

ADDIKTOLÓGIAI KONZULTÁCIÓ A GYAKORLATBAN

VÁLOGATÁS AZ ADDIKTOLÓGIAI KONZULTÁNSOK ÍRÁSAIBÓL

**Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia
2002**

A kötetet válogatta: Komáromi Éva
Dr. Vingender István

Szakmai szerkesztő: Dr. Rác Zsóf

Nyelvi szerkesztő: Kastaly Ildikó

ISBN 963 204 783 4

Kiadja: Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia

Felelős kiadó: Dr. Rác Zsóf igazgató

TARTALOM

Bevezető.....

Az addiktológiai munka és a szenvedélybetegek életútja

<i>Wiktoráné Szerdahelyi Emília:</i> Az addiktológiai konzultánsi munka szakaszai.....	
<i>Mihalsikné Borsos Erika:</i> Drogfogyasztásra utaló prediktorok megjelenésének sajátosságai átlagos és hátrányos helyzetű családok gyermekeinél.....	
<i>Zsankó László:</i> Egy szenvedélybeteg életútja.....	
<i>Kaszab Gézáné:</i> A visszaesés jelensége az alkoholbetegek életében.....	
<i>Szappan Csaba:</i> Az addiktológiai konzultációs munka lehetőségei és sajátosságai a droghasználók ellen folytatott büntetőeljárással párhuzamosan.....	
<i>Telek Ervin:</i> Szerepek és szerepmegvalósítások az addikció területéről.....	

Az addiktológiai konzultáció és a család kapcsolata

<i>Korinek Livia:</i> Egy szenvedélybeteg életútja – család szempontú megközelítés.....	
<i>Lajcsik Loretta:</i> Alkoholaddikció és család.....	

Az addiktológiai konzultáció és a segítő intézmények

<i>Hangosi Kinga:</i> Az addiktológiai konzultáció lehetőségei egy kerületi Gyermekjóléti Szolgálatnál.....	
<i>Lukács Karolin:</i> Az addiktológiai konzultáció a családsegítő és a gyermekjóléti szolgálatokban.....	
<i>Petrichné Veres Sarolta:</i> A szenvedélybetegek ellátásában jelentkező anomáliák.....	
<i>Jancsi Gabriella:</i> Dél-Dunántúl rehabilitációs otthonai.....	
<i>Királyné Tajti Marianna:</i> Szendélybetegek gyermekeinek rehabilitációja, a pedagógus mentálhigiénés lehetőségei.....	
<i>Fehér Beáta:</i> Az ártalomcsökkentés szerepe a drogproblémák kezelésében.....	
<i>Horváth György:</i> Addikt személyekhez fűződő attitűd vizsgálata.....	

Társadalmi problémák, társadalmi jelenségek

<i>Oravecz Julianna:</i> Az alkoholizmus és a társadalmi átalakulás kölcsönhatásai.....	
<i>Rózsa-Molnár Ilona:</i> A menekült családok jellemzői.....	
<i>Bakó Barnabás:</i> Hatványozott veszélyeztetettség.....	
<i>Koleszár Ágnes:</i> Partikultúra és amfetamin-mámor.....	

AZ ADDIKTOLÓGIAI KONZULTÁNSI MUNKA SZAKASZAI: KAPCSOLATFELVÉTEL, KONZULTÁCIÓ, UTÁNKÖVETÉS – EGY ESET BEMUTATÁSÁN KERESZTÜL

Wiktoráné Szerdahelyi Emília

Esetismertetés

A konzultáció egy dunántúli város - későbbiekben Város – segítő helyén - későbbiekben Ambulancia - történt.

Emma télen született. Várták, tervezték a születését. A család második gyereke. Hosszú vajúdas után lábbal jött a világra. Delegált gyerek volt. Abban bízott édesanyja, hogy a férje a második gyerek születésével megváltozik. Sajnos nem így történt. Szívbeteg édesapja asztalos volt, már nyugdíjas. Ahogy Emma jellemzi: "jó szakember, nem rossz fej, de kicsit nyers. Szeret parancsolgatni, és azt szó nélkül végre kell hajtani. Telepatikus, nem beszél a gondokról, magától kell meglátni, megérezni mindenkinek". Az édesanyja vesebeteg. Ápolónő volt, szintén nyugdíjas már. Gondoskodó, törekeny, érzékeny asszony, aki a lányánál rábeszélő, kedves szavával ér el eredményt.

Az apa - anya érzelmi kapcsolatát a leány kialakulatlanak tartja. A szülők között állandó, komoly veszekedések voltak. Az apa alkoholizáló életmódot folytatott, s ha nagyon sokat ivott, megverte a feleségét, megkergette a gyerekeket. Hetente megismétlődően.

Bölcsődébe nem járt, mert édesanyja otthon volt. Az óvodára Emma horrorként emlékszik vissza: mindent meg kellett enni, ebéd után aludni, otthon ez nem volt szokás. Minden nap félve ment óvodába.

Mint kisiskolás, szeretett iskolába járni. Baráti köre nagyon szoros és zárt volt: "Süncsalád". Ezt az idilli "családot" két fiú és két lány alkotta: sünapa, sünanya és két süngyerek. (Emma családjának a megszemélyesítése volt.)

Felső tagozatban már összeütközésbe került a tanárokkal, szülőkkel. Nem szerette a korlátozást, "undorító volt a köpenyviselés, diszkóba nem lehetett járni, a tanárok mindenbe belefolytak".

Ebben az időszakban történik az első alkoholfogyasztása, gyógyszerfogyasztása, cigarettázása. 12 éves, amikor otthon a barátnőjével beleittak a vermutba. 14 évesen a kocsmában a barátok rábeszélésére és kíváncsiságból nyugtatóra alkoholt ivott. Úgy érezte, mintha mesevilágba érkezett volna. A cigarettát is ebben az évben próbálta ki. Innentől rendszeresen dohányzik. Felnőtt korától napi egy-két dobozzal szív el.

A nyarakat az anyai nagyszülőknél töltötte. Itt szeretett lenni, semmiben nem korlátozták. A nagyapát egy öreg istenségnek tartja, aki tündéri volt, közös nyelven tudtak beszélni. Ő volt a legközelebbi, legbizalmasabb viszonyban az unokájával. Az apai nagymama a szeretetlistán második, aki mindig cinkosságot vállalt Emmával. A másik két nagyszülőhöz való viszonya kicsit távoli. Emma felső tagozatos, amikor mindkét nagyapa szinte egy év leforgása alatt meghalt.

Tizenöt évesen, szilveszterkor az első szexuális élménye megrázó volt számára. Így fogalmazta meg akkor saját versében:

"Arra gondolt, hogy jó volna megünnepelni valamivel az új évet.

Meg is ünnepelte cigivel és piával,

És egy kiéhezett "jó" baráttal.

S reggel, mikor keserű szájjal ébredt,

Csodálkozva kérdezte - HÁT ILYEN AZ ÉLET?"

A leány az általános iskola elvégzése után szeretett volna virágkötőnek tanulni, de nem vették fel. Az Iparművészeti Szakközépiskolába pedig szülei nem engedték. Édesanyja kérésére, döntésére gimnáziumban tanult tovább.

Emma baráti köre négy-öttagú volt, de a rajztanár állandó rivalizálást szítva szétzilálta, szembeállította őket. "Az osztályfőnök sem volt sokkal jobb, félelmetes agresszió áradt belőle".

A gimnáziumi éveket Emma így jellemzi: "Pocsék, sokat hiányoztam igazolatlanul. Két és fél év ebből, pont elég volt. Ekkor indultam el egy hosszú tanulási folyamaton. Meguntam a padban ülni. A kezemmel akartam valamit kezdeni."

Emma szeretett volna porcelánfestést tanulni, s Herenden egy-két hónapig bírta is, de otthagya, mert "nem akartam a világtól távol eltemetkezni". A barátnőjével az arborétumban 17 évesen kipróbálták a marihuánás cigarettát, amely "bekerít, s minden rossz dolgot megsemmisít" - írta a hatásáról Emma. Nem tanult és nem dolgozott, élvezte a pillanatnyi szabadságot. A haverokhoz ment Nagykanizsára autóstoppal. Útközben az idegen férfi az autóban megerőszakolta:

"Előtte az idegen,

Mint bika előtt vörös vászon,

Ízeiben állati ösztön.

Megölöm, nehogy bántson."

Majd Pécsre, Szegedre ment az ismerősökkel. Még csak 17 éves. Erre az időszakra tehető, hogy a marihuánás cigaretta mellett nyugtatóra ivott, majd elkezdte a mákteát. Ettől kezdve az alkohol és a máktea kisebb megszakításokkal folyamatosan elkíséri. Máktea naponta négyszer, összesen kb. két litert iszik meg egy nap. A máktea hatását rajzban érzékelteti. Amit szavakkal nehezen jelenít meg, azt a képeivel egyértelműen üzeni tudja. A gyógyszerek közül

a Dorlotynt, Eleniumot szedte az alkoholhoz. Igazi baráti köre nem volt, csak ismerősök, akik szintén dohányoztak, ittak, drogoztak.

18 éves, amikor öngyilkossági szándékkal gyógyszereket szedett be. Azt hitte, hogy a fiú elárulta őt. Az egyik lakótárs észrevette, és még időben kórházba került. Miután onnan kiengedték, az édesanyja a leány kérésére hazahozta a Városba. Otthon porcelánt festett, kisebb ékszereket készített.

Két évig élt otthon. Majd három hónapra Budapestre ment a rokonokhoz. Prostitúcióból élt, még három alkalommal homoszexuális kapcsolatot is létesített, hogy a gyógyszerekre, alkoholra, megélhetésre legyen pénze. Belefáradt, mindenből elege lett, semmiben nem talált örömet, kiégett. Amikor észrevette, hogy terhes, visszajött édesanyjához. Az abortusz ideje alatt otthon lakott, majd albérletbe költözött. A barátja kérésére megpróbálta a mákteázást abbahagyni, egyedül, segítség nélkül. Ez volt az első leállási kísérlete.

Majd Szegedre ment, két évig kolóniában éltek az ismerősökkel. 3 fiú, akik loptak, a két leány otthon dolgozott: ékszereket, különböző tárgyakat készítettek és azokat eladták. Így jutottak pénzhez, hogy gyógyszert tudjanak venni, és meg tudjanak élni. A máktea mellett Noxyront szedett és rá még alkoholt ivott. A szegedi Pszichiátriára került. Hat hétig volt kórházban. Ez alatt az idő alatt nem fogyasztott az orvos által előírt orvosságokon kívül gyógyszert, alkoholt, sem kábítószer, de a cigarettáról nem tudott lemondani. Ez volt a második leállási kísérlete.

A kórház után nem sokáig tudta az absztinenciát megtartani, nagyon hamar kipróbálta a Speedet, az LSD-t és az ópium injekciót. Ez utóbbit napi 4-5-ször. Egy tűt többször is használva. Az ópiumot úgy is alkalmazta, hogy a lábán egy lyukat szúrt egy kis szerszámmal (olyan, mint egy kis nyílpuska), és abba csepegtette az anyagot. Az anya tudomást szerzett hollétéről és állapotáról. Érte ment és rábeszélte a hazautazásra.

Megint egy hosszabb időt töltött a családdal. Megpróbálkozott harmadszor is a leállással. Először két hét a Város Pszichiátriai osztályán, majd 5 hónapig otthon. Ez alatt az idő alatt absztinens. A dohányzást is abbahagyta.

Bátyja, aki sikeres fiatalember, jó helyen dolgozik, is otthon élt. Vele a kapcsolata nagyon távoli.

Újra elkezdett inni és állandóan a mákteára gondolt. Nem tanult, nem dolgozott, nem csinált semmit. Emma így fogalmaz: "tengtem-lengtem". Aztán nem bírta tovább. Receptet hamisított — lebukott — rendőrség — házkutatás — hatósági beutalás a győri Drogambulanciára. Döntenie kellett: vagy elmegy, vagy megindítják az eljárást ellene. Elment. Két hetet töltött Győrben. Utolsó nap, távozás előtt már az ambulancián belötte magát és önként hazautazott.

25 éves. A Városhól kijárt Ausztriába: táncosnő és egyéb. Ebből a keresetéből, ami maradt, lakást vett a Városban és odaköltözött.

Kipróbálta a kokaint, mellette folyamatosan mákteát és alkoholt ivott. Egy éve folytatta már ezt az életet, amikor megismerkedett Norberttel, aki alkoholbeteg és nagyon féltékeny. A külföldi férfi családós ember. Felesége súlyos beteg volt, rákos. Van egy gyermeke. Emma felmondta a "munkahelyét", és a saját lakásába hazaköltözött. Megint visszatért a régi szeretett tevékenységhez: saját maga által tervezett tárgyakat készített. Egész héten egyedül volt, mert Norbert csak a hétvégeket tudta vele tölteni. Nehezen viselte el az egyedüllétet. Bár Norberttől kapott hetente pénzt, nem volt elég a megélhetésre és a drogokra. Hogy pénzhez jusson, megint prostituálódott. Norbert megtudta, durva lett vele, a veszekedések verekedéssé fajultak. A mákteázás fokozódott, a pénzes drogok csökkentek, mert nem volt rá anyagi fedezet. Az akkori időszak drogfogyasztása röviden így foglalható össze: máktea minden nap többször; Speed csak hetente; LSD ritkán; kokain, ha hozzájut; cigaretta napi egy doboz; alkohol folyamatosan.

„Szeretek beszélgetni, de Norberttel nem lehet, ő ezeket nem érti meg. Édesanyámmal meg nem akarok. Ide akkor jöhetek, és akkor mehetek el, amikor akarok. Otthon mindig találnak bennem valami rosszat. Nem akarok hazamenni.”

Kapcsolatfelvétel

Emma március elején jött be az Ambulanciára egy fiatalemberrel. A leány, saját maga által készített tárgyakat, képeket ajánlott eladásra. Furcsa pár volt: a leány szőkített rövid hajával, kirívó öltözködésével, sminkjével, ékszereivel, mozgáskényszerével (típródás), remegő kezével, egymás utáni cigarettáival, a mellette álló csak idegen nyelven beszélő barátjával. Behívtam a szobámba, ahol nem ült le. Fel-alá járkált, közben megállt egy-egy pillanatra az ablaknál. Örökké mozgásban volt, türelmetlenség áradt belőle. A képeiről beszélgettünk, ennek kapcsán derült ki, hogy drogos.

Megbeszéltünk másnapra egy találkozót.

Konzultáció

Állapotfelmérés

Emma minden nap jött, de sohasem pontosan. Hol előbb jött, hol később. Előre megbeszéltük, hogy minden alkalommal maximum egy óra áll rendelkezésünkre. Tízpercenként rágyújtott, közben cukrot szopogatott. A kérdésekre eleinte nehezen válaszolt. Míg édesapjáról beszélt, a leány arckifejezése hideg volt, szinte mozdulatlanul ült.

Az állapotfelmérés és információgyűjtés hat ülés alatt történt, egyrészt nyitott és zárt kérdésekre adott válaszok formájában, másrészt ASI-teszttel.

A családi szocializáció zavarainak oka

Az anya túlzott aggodalmaskodása, gyermekféltéséből származó szorongása, túlvédő, túlszerető nevelési stílusa megakadályozta Emma világra való kilépését. A szülő, hogy büntudatát kompenzálja, Emmát elkényeztette. Emmában kialakuló ambivalencia érdekes minta, ami sokkal később, serdülőkorban, sőt felnőtt korban is fellelhető lesz. Az

ambivalencia által kiváltott szélsőséges magatartás – általános elégedetlenség, instabilitás, hirtelen hangulatváltozás, dührohamok - megtalálhatók a leány életének egészében.

Iskolai szocializáció zavarainak oka

Emma iskolai eredményei nem voltak jók, magatartása sem volt problémamentes. Ellátták olyan "stigmákkal" - nehezen nevelhető, rossz, egyéni bánásmódot igénylő -, amelyek közül egynémely megállta a helyét, és ezeket büntetés követte. A rajztanár még csak erősítette tanulója szorongását, félelmét, kisebbségi érzését ahelyett, hogy ezen a téren megerősítést kapott volna.

Kortárs kapcsolata

Az alsó tagozatos évek alatt nagyon fontos szerepe volt a "Süncsalád" játéknak. A családi, iskolai szocializáció zavara, az autonómia hiánya sodorta Emma a deviáns szubkultúrához, ahol közvetítették felé a "közénk tartozol, mi így is elfogadunk, szeretünk" befogadást, s élhette a csalóka szabad életet.

Felvetődött bennem az a gondolat, hogy az anya - ha mérlegre tette gondolatban, hogy a gyermekének hol jobb, az apa közelében otthon, vagy leánya baráti körében -, kisebb rossznak tekintette ez utóbbit.

Pályaorientációja

Emma kisebbségi érzését még csak fokozta, hogy azt a továbbtanulási lehetőséget nem választhatta, amit szeretett volna. Édesanyja által választott iskolába kényszerült.

Pszichoszexuális viselkedésének zavara

Túl korai az első szexuális élmény, ami nem alapult érzelmeken. Rá két évre még nagyobb trauma éri: szexuális erőszak áldozata lett, ami még jobban megmérgezte az ellentétes nemmel való kapcsolatát, szorongását, félelmét növelte. Erőszakról azért beszélhetünk, mert nemcsak testi agresszió történt (melynek révén az áldozattal, annak szükséglete és akarata

ellenére valami történik, *Herbert Selg*, 1992), hanem párosult bizonyos hatalommal. A 17 éves lány áll szemben egy felnőtt férfivel, illetve pár évvel azelőtt egy gyerek az apjával.

Gondolataimban felmerült annak lehetősége, hogy az apa italos állapotban szexuálisan zaklatta a gyermeket, de erre nézve nincs biztos információ, mert Emma nem beszélt az édesapjáról. Ha mégis bekövetkezett a zaklatás, akkor két kérdés vetődik fel. Emma nem merte elmondani édesanyjának, sem senkinek, mert arra gondolt, hogy úgysem hinnének neki. Vagy beszélt róla, s akkor ez volt az oka, hogy az anya erősítette a leány és az apa közötti távolságot. Tehát a szexuális erőszak következtében a leány hosszú távú, illetve maradandó lelki sérülést szenvedett; károsodtak szerelmi kapcsolatai. Ha az apa részéről bármiféle szexuális zaklatás történt, akkor késői károsodások között szerepelhet szenvedélyhajlam, depresszió, szexuális élet zavara (*Herbert Selg*, 1992). Emma a szexuális és homoszexuális kapcsolatot pénzszerzési lehetőségnek tekintette.

Párkapcsolata

Az apa hiányzik a leány életéből, a családban Emma nem lát modellszerű párkapcsolatot. Hiányzik az utánzás, a mintakövetés, az azonosulás. Kapcsolatában dependens.

Drogfogyasztó magatartása

Az első anyag, amit kíváncsiságból fogyaszt, az alkohol. Két év múlva - már 14 éves - próbálta ki a drogot: alkohol, gyógyszer, cigaretta. Ez még experimentális drogfogyasztás. Modellként ott volt előtte a nagypapa, apa, testvére dohányzása, apja italozása (*Biglan, Weissman, Severson*, 1985). Másrészt megtapasztalta a drog pozitív hatásait, ez tudatosult benne. A problémáit szülőkkel, felnőttekkel nem tudta megbeszélni - nagypapa hiánya, összejátszó nagymama -, maradt a kortárscsoport, amelynek hatása meghatározó volt. Reális valószínűsége volt a később belépő keményebb drogoknak: Speed, LSD, ópium, kokain (Családi szocializáció, iskolai szocializáció).

Átlépett egy másik szakaszba, a reaktív-rekreációs fogyasztásba, mely időszakos, helyzethez kötött volt, a stressz csökkentésére szolgált. 18 éves korától drogozása habituális-addiktív, rendszeres anyagozó, s 20 éves korára kialakult a dependencia, amit Emma saját alkotásával tud megjeleníteni. A "Rabság" egy abroncsba zárt pókháló, középen az áldozattal, aki kettős rabságban szenved: egy saját maga által készített hálóban és egy külvilág által létrehozott abroncsban. Ezt a rabságot kivetíti fekete macskájára is, akit Szpídnak hívnak, és Emma szerint függő a portól.

A DSM-IV szerint igazolható Emma dependenciája: "állandó kívánság vagy sikertelen kísérletek a szerhasználat abbahagyására vagy kontrollálására; jelentős idő és aktivitás irányul a szer megszerzésére vagy hatásaitól való megszabadulásra; fontos szociális, foglalkozási vagy rekreációs tevékenységek feladása vagy csökkenése a szerhasználat miatt".

Az ASI-tesztből kapott információ alapján Emmának a legnagyobb problémát az életében a drog jelenti, másodsorban az iskolával kapcsolatos dolgok.

Emmánál destruktív agressziót találtam, az elviselhetetlennek megélt frusztrációk miatt. Szorongása deficit: menekülés a szorongás, a frusztráció elől. A kreativitás deficit, az anyáról való leválása nem történt meg. Deficit elhatárolódás befelé: nappali álmodozások, csökkent munka- és koncentráció-képesség. Deficit elhatárolódás kifelé: nem tud nemet mondani, átveszi mások hangulatait. A szimbiózis komplexus destruktív narcizmust alakított ki. Állandóan a középpontban szeretne lenni. Mindent elkövet, hogy felhívja magára a figyelmet. Tünet kialakítása - tüneti viselkedés. Szexualitás: az apai depriváció és a szimbiózis komplexus következményeként nem képes egészséges kapcsolatteremtésre.

Emma életében az objektív stresszorok mindhárom szintjét meg lehet találni: jelentős életesemény, pl. a két nagypapa halála, szexuális zaklatás, bántalmazás; az elhúzódó feszültségek, pl. az apa alkoholizálása, a családon belüli konfliktusok, az iskolai rossz teljesítmény; a mindennapos problémák. Drogfogyasztása az érzelmi szabályozással,

indulatkezeléssel, nárcisztikus és tárgykapcsolati zavarral és az önmagáról való gondoskodás hiányával függ össze. Minden esetben figyelembe kell venni a szociális környezetet. A "komolyabb" drogozás nem a családi környezetben történt, hanem amikor már elhagyta a családot, és a kortárs csoportba került (Rácz, 1988).

Célkitűzés

Emma céljait így fogalmazta meg:

"Azt csinálhassam, amit szeretek; szabad lehessenek, mint a lepke. Abba szeretném hagyni az anyagozást és az ivást. Az, hogy elhatározásaim eddig nem valósultak meg, azért saját magamat okolhatom. Leginkább azért, mert befolyásolható, lusta és szétszórt vagyok. Szeretnék tiszta maradni, tanulni és dolgozni. Norberttel komolyabb kapcsolatot kialakítani, bár nem tudom, lenne-e hosszú távon türelmem a gyerekneveléshez."

Az idő strukturálása a legfontosabb - ahogy én láttam -, hogy mindig legyen Emmának valami feladata, amit meg kell oldani, ami egyben sikerélményt is nyújt. Későbbi cél a továbbtanulás, a felvételre való felkészülés, hogy régi álmát (virágkötészet) meg tudja valósítani. Az absztinenciát meg kell tartani, ehhez viszont Emmának a szorongást, stresszt kezelnie kell, megfelelő coping válaszokat kialakítani, megtanulni. Párkapcsolatát is rendezni kell, azokat a kérdéseket tisztázni, hogy valójában komolyan gondolja-e ezt a kapcsolatát, fel tudja-e vállalni a férfi gyermekét, képesnek tartja-e magát a gyermeknevelésre. A későbbiekben önszerző csoportban való részvétel is segítő erejű lehet.

Közösen apró kis célokat határoztunk meg:

- Elengedhetetlen az orvosi vizsgálat és a szükséges gyógyszerek felírása.
- Második lépésként a napi időbeosztás tűnt a legfontosabbnak, aminek az elkészítése Emma feladata volt. Egy dolgot rögzítettünk előre: a konzultáció időpontját. A mindennapi tervben szerepelni kellett a saját képeinek, tárgyaknak, írásos anyagok összegyűjtésének, összerendezésének, rendszerezésének, hogy kiállítást lehessen összeállítani belőle az Ambulancián.

- Harmadik pontként az Ambulancia kertjének rendbetételét tűztük ki célul, az előmunkálatokat elvégezni, megtervezni, és ennek érdekében a munkát megszervezni és vezetni.
- A virágkötő szakma elsajátítása érdekében viszont mindennapos program az olvasás, tanulás volt, hogy a felvételi beszélgetésre Emma magyarból és biológiából fel tudjon készülni.

Megállapodást kötöttünk, hogy anyagot nem használ, de a dohányzást most nem érintjük, mert az ártalom minimalizálását kellett megkeresni. Felmértem első lépésként, hogy melyik drog használatának a következménye legkevésbé ártalmas a testi és lelki egészség, társadalmi és az igazságszolgáltatás szempontjából.

Terápia tervezés és szerződéskötés

A célok meghatározása után közös döntés született: Emma rendszeresen bejár az Ambulanciára. A pszichiáteren kívül minden más külső segítséget elutasított. Kihasználtam, hogy szeret beszélni a rajzairól, verseiről, ami egy örömszerzési lehetőség számára. Ha az alkotásait be szeretné hozni, haza kell mennie, tehát valami kommunikáció megint elindul anya és leánya között. Azzal, hogy egy előre megbeszélt időpontban bejön az Ambulanciára, van a napnak egy pontja, amihez alkalmazkodnia kell, tehát valamennyire igazítani kell ehhez az idejét. Szóbeli szerződést kötöttünk, amelyben először a kereteket beszéltük meg. Az időkerethez tartozott, hogy minden beszélgetés maximum 60 perc. Nagyon fontos a pontos megjelenés, mert ha késik, saját magától veszi el az időt.

A segítő kapcsolatot körülbelül négy hónapra terveztük. Emma kérte, hogy eleinte minden nap jöhessen, majd később ezeket a találkozásokat ritkítjuk. A titoktartás lényeges pont volt a szerződésben. Emma nem hatalmazott fel, hogy bárkinek is információt adhassak ki. Az absztinenciát megtartja, viszont, ha valami komoly gondja, problémája van, bármikor, a megbeszélt találkozáson kívül is bejöhet az Ambulanciára, vagy telefonon kereshet.

Kezelés menete, a változás előidézése

A megbeszélte időt nem volt képes tartani. Hol előbb jött, hol később. Soha nem pontosan. A beszélgetések alatt többször kiment a mosdóba. Majd megállt az ablaknál, s ott egy helyben járkált. Nem értettem. Később derült rá fény, hogy ez egy megszokott rítus, a mákteázás rituáléja olyan, mint egy szertartás: először kiment a mosdóba, majd elkészítette a mákteát magának, és az ablaknál itta meg. Elment orvoshoz, aki Rivotril, Pipolphen és Haloperidol írt fel. Én Vitiont adtam neki. Ez egy egészségmegőrző, lábadozást segítő, gyógyhatású készítmény, ami magnéziumot, cinket, foszfort és káliumot tartalmaz. Vízen oldódó, jól felszívódó sók formájában. Gyűltek a rajzok, a tárgyak, a versek. Volt úgy, hogy megbeszélte időn kívül is bejött. Ha nem értem rá vele foglalkozni - pl. kliens volt nálam -, akkor ingerült, haragos lett. Viselkedése, érzelmi világa olyan, mint egy kisgyereké. Mindig hoz valami ajándékot nekem. Mint az óvoda az óvónéninek, hogy "megvásárolja a szeretetét".

Emma tíz beszélgetés után már csak hetente háromszor jött. Még mindig pontatlan volt. Hangulata állandóan változott, kiszámíthatatlan volt. Egyszer a nyakamba borult, máskor csak ült a fotelben, vagy tipródott. Tudtam, hogy a zavarral küzdő személyt, a betegségben levőt nem lehet és nem szabad az egészséges emberre szabott normákkal mérni és kezelni. Nem aszerint él, nem aszerint méri magát, és nem aszerint cselekszik.

Emma öt alkalommal próbálta a drogozást abbahagyni. Ezeket a leszokási kísérleteket a Prochaska-DiClemente modell alapján írom le.

Nagyon erős a sóvárgása a máktea után. A Vitiont adom neki folyamatosan. Egy dobozban 30 tasak van. Az adagolása felnőtteknek napi 2 tasak. Tehát két hétre elég. Emma egy héten két dobozzal is elkért. Nem értettem. Kiderült, hogy naponta hat tasakkal is elfogy. (Azt tudtam már, hogy kábítószerrel tudatzavara még nem volt. Hallucinációja csak az LSD-nél. A leállások után flashback jelenség szokott nála jelentkezni. A lány arról számol be, hogy ezt saját maga is elő tudja idézni.). A Vitiont a kezére szórja és felszippantja. Hasonló hatást ér el,

mint a kábítószerrel. Én ebben egy kicsit kételkedtem, de magát a tényt nagyon komoly dolognak tartottam. Ettől kezdve mindig kiszámoltuk együtt, hogy meddig elég egy doboz. A többi segítőnek is szoltam, hogy ők se adjanak neki.

Relapszus veszély jelzőnek tekintettem ezt a magatartást. A sóvárgást amennyire csak lehet, csökkenteni kell:

- Az elvonási tünetek enyhítésére kap gyógyszert és Vitiont.
- Kritikus stresszorokra megfelelő coping válasz: könyvet olvasunk.

Ennek kapcsán megbeszéljük, hogyan lehet a szorongást, félelmet, indulatot, haragot, dühöt levezetni.

- Alternatív tevékenység a kiállítás anyagának a rendszerezése, plakát, meghívó megtervezése; a kertrendezés és virágültetés. Mindkettőt nagyon szívesen csinálta.

A segítő kapcsolat támogatást nyújtó ereje és pozitív élménye hozzájárult ahhoz, hogy már megül egy órán keresztül, nem gyűjt rá. Kérdésekre, lassan, összeszedetten válaszol. Szívesen elmeséli az éppen eszébe jutó élményeket, gondolatokat. Tartja a megbeszélte időt és időkorlátot. Saját magáról alkotott képét szimbolikusan egy széttört tükörrel jelenítette meg. "Milyen voltam középiskolás koromban? Ott a falon a kép. Milyen vagyok most?" Leül, és 20 perc alatt elkészíti rajzát. Nagyon örült, hogy a kiállítás elkészült, és aki bejön az ambulanciára, az láthatja.

Felajánlom neki - minden csütörtökön összejön a szabad interakciós csoport -, vegyen részt rajta. A csoportban megélheti, hogy szenvedésével, problémáival nincs egyedül; segíthet, hogy látja a többiek küzdelmét; de segíthet másokon is; konfrontálódik, és új élettapasztalatokat szerezhet. Néha olyan helyzetek is adódhatnak, szóba kerülhetnek, ami a családon belül is előfordulhat. Ezek a csoportban újra átélhetők és feldolgozhatók. "Hol találhatnánk jobb tükröt, mint a hozzánk legközelebb állókban? Itt a közösségben kerülhet az ember először tisztába önmagával. Nem álmai óriásaként vagy félelmeitől összezsugorodott

törpeként látja magát, hanem emberként, aki - egy egész részeként - hozzájárulhat ahhoz, hogy jól érezze magát. Ilyen talajba gyökeret tudunk verni és növekedni tudunk; többé már nem egyedül, mint a halálban, hanem elevenen, mint ember az emberek között" (*Beauvais, R.* 1964). El is ment. Az ambulancián dolgozó két segítő vezeti a csoportot. A fiatalabbik hasonló korú, mint Emma.

Emma hazaköltözött, a saját lakásának kiadásából szerzett pénzből él. "Egészséges", de még mindig nagyon remeg a keze, nyugtalan, nem tud huzamosabb ideig egy helyben maradni. Figyelmetlen, még nem tud munkát vállalni. Egy kicsit problémázom magamban. Tiltakoznék a hazaköltözés miatt. Úgy ítélem meg, hogy az anya egy állandóan visszatérő játszmát játszik, ami gátolja leánya önállósodását, leválását. A játszma neve: "Engedlek, úgy is visszajössz, visszahozlak, mert nem tudsz nélkülem élni".

Beszélgetünk a csoporttal kapcsolatos érzéseiről. Van, ami tetszett neki, pl. beszélhet, a többiek hallgatják, középpontban érezheti magát, de van, ami nem, pl. ha kritika éri. A csoportban való részvétel a konzultáció terminálását, és a tőlem való elválását is segítheti. Nagyon erős személyfüggőség alakult ki Emmában velem kapcsolatban. Egyik délután Bécsből telefonált, hogy nagyon jól érzi magát. "Ma nem jövök haza, kérem, édesanyámat értesítse, hogy ne izguljon." Mit csinál kinn, mikor jön haza, mikor jön be az ambulanciára? Nem tudott rá válaszolni. Egy pozitívum volt ebben a jelentkezésben, hogy elindult valamiféle felelősségérzés kialakulás. Két nap múlva már ott volt a csoporton. Az ezt követő beszélgetésen derült ki számomra, hogy fiatal kolleganőnként régóta figyelemmel kíséri, modellértékű számára, előírászerű példaként funkcionál. Sokat beszélget vele, könyveket hoz neki. Ez az a pont, amikor dönteni tud, elkezdi a tanulást.

(A kolleganő is tanul). Fontos volt, hogy olyan alternatív elfoglaltságot találjon, amiben örömet leli és értékteremtő, hogy ezt ő "találja meg", az ő döntése legyen. Emma esetében ez a virágkötészet. 14 éves kora óta ez az álma.

Hetente kétszer jön. A konzultáció egy részét együtt-tanulásra fordítjuk, de folyamatosan otthon is készül. Ha valami nem megy, indulatos, ingerült. Nagyon labilis. Egyik nap akar tanulni, másik nap nem. Veszekszik velem: "Muszáj nekem tanulni? Pont nekem? Pont ma? Pont itt?" Olyan, mint egy dacos gyerek. Ami előrelendíti, átsegíti ezeken a pontokon, az a kolleganő tanulása, szorgalma. Rivalizál, összeméri, hasonlítja magát vele. Otthon nagyon jól érzi magát. Ez számomra megnyugtatóan hangzik. Édesanyja jó irányban nyitott felé, engedi önállósulni. Édesapja már nem iszik.

A kezelés terminálása

Három hónap telt el a segítő kapcsolatból, hetente már csak egyszer jött. Nagyon közel volt a felvételi ideje, és kimondatlanul is ott lebegett valahol a konzultáció lezárása. Hogyan fog sikerülni? Meg tud-e kapaszkodni? Elég erős lesz-e? El tudom-e engedni? Segítségemre jött, hogy minden héten rendszeresen egy mozidélután szerveztünk az Ambulancián. Közös megnéztünk egy filmet - az vett részt rajta, aki akart -, és utána megbeszéltük. Emma ezt nagyon élvezte. A közös tanulás kezdetekor mindig belekezdett a "muszáj nekem tanulni?" játszmába. Néha az volt az érzésem, hogy készakarva provokál, ki akart hozni a béketűrésből. Egy ilyen alkalommal rákoppintottam a fejére, hogy figyeljen. Erre a mozzanatra én fel sem figyeltem. Csak később derült ki, hogy ez a számomra észrevétlen akció milyen mély nyomot hagyott benne.

Egy következő találkozáskor kokaint hozott, legalábbis az ő állítása szerint az volt. Odaadta nekem, hogy neki nincs már rá szüksége. Rám akar ijesztetni? Tényleg kokain van benne? Alapjában véve mindegy. Ha mégis az, jó, hogy nem nyúlt hozzá.

Ezekkel a megnyilvánulásaival azt közvetítette felém, hogy dependens velem, félt a konzultáció befejezésétől, félt, hogy elveszít engem. Egyre indulatosabb, ellenséges velem szemben. A felvételire egyedül ment el, utána bejött. Megbeszéltünk egy utolsó találkozást,

amire késve érkezett. Beszélgettünk a nyári tervekről, amik között szerepelt a csoporttal közösen tervezett programokon való részvétel, a mozikdelutánokra való bejárás. Ha nagyon meleg volt, mindig megöntözte a virágokat a kertben. Felelősséget érzett irántuk. Búcsúzóul megajándékoztam egy idézettel. (Keresni szoktam idézeteket, kis papírra írom, feltekerem, kis szalaggal átkötöm őket. Mindig van nálam ilyen "ajándék".) Kértem, hogy válasszon egyet.

Utánkezelés

Emma néha bejött, elmondta a számára legfontosabb történéseket. Egy ilyen alkalommal tudtam meg, hogy Norbertet otthagya. Vagy nem akarta, vagy nem tudta megmondani, hogy miért. Ezek a találkozások csak rövid beszélgetések voltak. Szabadságom ideje alatt - aminek idejét ő is tudta - bent járt az Ambulancián, keresett. Felháborodott azon a tényen, hogy nem voltam bent, kiabált, a munkatársakkal veszekedett. Felhívott telefonon, ezért szabadságomat megszakítva egy előre megbeszélte időpontban bementem az Ambulanciára. Egy órával előbb jött, idegesen, ingerülten várt. Úgy nézett ki, mint aki be van löve. A pénzét kéri a kiállításból. (Mivel ez a kiállítás az Ambulancián van, belépődíjat nem szedünk.) "Ha nincs pénz, akkor mindent elviszek." Tett-vett, közben összefüggéstelenül beszélt, szinte csak magának. Kérdéseimet mintha nem is hallaná. Összekapkodott egy-két dolgot, bevágta az ajtót és elviharzott. Nem értettem ezt a helyzetet. Megint anyagozik és/vagy pénzre van szüksége? Menjek utána vagy keressem telefonon? Miért nem jár csoportra sem? Rövid idő elteltével megint megjelent. Mindig elvitt dolgokat. Egyoldalú intrikát dobott felém: kijátszom, becsapom, belegázolok. Mindig ingerült volt, nem beszélgetett velem, szóhoz sem hagyott jutni.

Kívülállótól tudtam, hogy jár iskolába. Hogy a tanulás, a gyakorlati munka hogyan megy neki, arra nézve nem volt információm. Talán nehézségei vannak, s ez okoz nála valamiféle frusztrációt?

Emma soha sem látta reálisan saját értékeit. Ha odafigyel, könnyen tanul. Okos, intelligens, művelt, nagyon jó a kézügyessége, tehetséges. A kudarcot, a sikertelenséget nehezen éli meg. Ha Emmát megláttam az Ambulancián, lassan már ott tartottam, hogy szorongni kezdtem. A szupervízió segített: Az Ezeregyéjszaka egyik meséjén - "A halász és az ifrit" – keresztül kaptam magyarázatot Emma viselkedésére.

Az ifrit így indokolja megmentőjének megölését: "Száz évig feküdtem a tenger fenekén, és ez alatt az idő alatt szüntelenül azt gondoltam: »Aki engem innen kiszabadít, örök életére gazdaggá teszem. «De eltelt a száz esztendő, és nem jött senki, hogy kimentsen. Aztán újabb száz esztendő szállt el fölöttem, miközben azt mondogattam magamban: »Aki engem innen kiszabadít, annak föltárom a föld valamennyi kincsét« - de senki se szabadított ki. Amikor meg további négyszáz év vonult el felettem, így szóltam: »Aki engem kiszabadít a palackból, annak teljesítem három kívánságát« - de nem szabadított ki senki. Ekkor nagy haragra gerjedtem, és eltökéltem magamban, hogy aki most kiszabadít, azt megölöm."

A felnőttek úgy gondolkodnak, hogy minél hosszabb a rabság ideje, annál nagyobb hálával tartozik a fogoly a szabadítójának. Egy kisgyerek azonban - Emma bár korát tekintve felnőtt, de viselkedését nézve gyerekek tekinthető - az "elhagyás" során azt éli át, mint az ifrit (Bettelheim, 1985).

Világossá vált Emma reakciója a konzultáció befejezésére. Neki több hónap kellett, hogy el tudja fogadni, fel tudja dolgozni ezt az "elhagyást". Három hónap elteltével ismét keresett az Ambulancián. Éppen nem voltam bent, ezért levelet hagyott számomra. A levél tartalma összefüggéstelen, szétszórt, gondolatai csapongnak össze-vissza: "Tegnap gondolkodtam, hogy felhívom, de aztán letettem róla. Más. Eladtam a lakásom. Most ezt felejtse el. Nem leterhelésnek szántam."

Eszembe jutott, hogy amikor hazaköltözött, én magamban azt sem tartottam a legjobb megoldásnak. "...A virágkötészet. Tegnap elvágtam a jobb kezem általában minden

gyakorlaton ez megy. Végül is egy kis vérzésbe még senki nem halt bele. Ha gondolja hívjon fel, nem VITION-ért jöttem be. Csak jó lett volna beszélgetni. A képek, amiket elvittem szerintem nem jók. Bár lehet, hogy visszahozom, de akkor meg mit kezdenek annyi rossz képpel. Némelyik úgy érzem jó, de mégsem. Előre tudom, hogy nem fog felhívni. A tegnapi nap elvéreztem, ezt ugyan már írtam, de a vér szaga mámorító. Újabb játszma: azt akarja, hogy aggódjak miatta, s akkor talán felhívom. Én azonban eldöntöttem, hogy nem telefonálok.

Majd így folytatta: "Ott él egy egér. Ráadásul. Az egész terem tele van Mákkal. Tudja milyen érzés? Kiborító. Mikor megláttam, azt hittem beleőrülök. Egy szemet sem vittem el belőle. Azzal akartam a koszorút, az adventit feldíszíteni, de nekem csak toboz jutott. Nem tudom, hogy sikerült. Biztos pocsék lett. " Tényleg van ott egér, vagy csak képzelődik. Mi lesz, ha hozzányúl a mákhoz, és megint visszaesik? Megint felvetődik bennem, hogy telefonálnom kellene, de aztán mégis úgy döntök, hogy nem keresem. Két héttel később kereste nálam egy könyvét. Morogván, ingerülten keresgélt a könyvespolcon, nem találta, amit keresett. Majd megállt az asztal sarkánál, s támadott: "Emlékszik, amikor augusztusban azon a rendezvényen találkoztunk? Jól gyomorszájon könyököltem. Azt hihette, hogy véletlen volt, pedig én szándékosan tettem. Visszaadtam azt, hogy fejbeütött."

Olyan meglepő volt számomra ez a közlés, hogy válaszolni sem tudtam rá. Mire feleszméltem, már rohant kifelé csapkodva maga mögött az ajtókat. Jó két hónap után úgy jött be, hogy öröm volt vele beszélgetni. Mesélt az iskoláról, a virágkötészetéről. Látszott rajta, hogy szívesen csinálja. Bár a pozitív élményei még mindig negatív színezetet kaptak, a negatív visszajelzéseket még mindig nagyon nehezen dolgozza fel. Megemlíti az új barátját, aki öt évvel fiatalabb nála. A konzultáció folyamán Emma kommunikálása oldottabbá, nyitottabbá vált. Az új élethelyzetek, példakép új értékek kialakítását tette lehetővé - tanulás, dolgozás. A harag, düh, ingerlékenység, agresszió, negatív érzelmek csökkenése mellett

megjelent a szeretet, másokon való segítség, gondoskodás, felelősség érzése. Minden vonatkozásban kontrolláltabb viselkedés, növekvő tolerancia. Érzelmi világa labilis, érzelmei szélsőségesek. Személyhez, édesanyjához való kötődését még mindig dependencia jellemzi. Ez volt az utolsó találkozásunk.

Utánkövetés

Az Ambulancián többé nem jelentkezett. Sem csoportra, sem moxidélutánokra nem jött be. Amit tudok, azt közös ismerősünktől tudom. Elvégezte a virágkötészetet, egy virágüzletben dolgozik. Ezzel párhuzamosan tanul: esti iskolán gimnáziumba jár, szeretne leérettségizni. Otthon lakik, de keveset van otthon. Két és fél éve absztinens, a cigarettáról nem szokott le.

Összefoglalás

Megismerkedésnél, hogy kapcsolatot tudtunk kialakítani, fontos volt, hogy érzékeltem Emma nonverbális kommunikációját, amellyel segítséget kért. Az első beszélgetésre - ha már tudom előre, hogy kit várok – fel tudok készülni. Minden olyan tárgyat, ami a figyelmet elterelheti, vagy zavaró lehet, elteszek. A konzultáció az ambulancia egy adott szobájában - az én szobámban - folyt, de miután a kertet szebbé tettük, s ha jó idő volt, oda is kimehettünk.

Nagyon fontosnak tartottam egy rövid távú célkitűzést és szerződést, ami alatt kiderült, hogy tudunk és lehet együtt dolgozni. Nehezítette a munkámat, hogy senki felé nem nyithattam - titoktartás. Egy komoly segítségem, kapaszkodóm mégis volt. Minden héten egy délután esetmegbeszélést tartottunk az ambulancián, amin mindenki részt vett: segítők, gyógypedagógus, mentálhigiénés szakember, orvos, pszichológus, szociális munkás, szociális szervező. Amelyik eset nem okozott nagyobb gondot, azt csak megismerés szintjén érintettük. Ha viszont úgy érzékeltem, hogy elakadtam, egy helyben toporgok, akkor a team rávilágító kérdésekkel nagy segítséget jelentett. A konzultáció folyamán bennem felgyülemlett feszültséget, szorongást a szupervízió segítségével tudtam oldani.

A konzultáció kezdeti szakaszában a legfontosabb módszer az empátia, a meghallgatás, az elfogadás, a megnyugtató volt. Későbbiekben nagyban segített a köztünk lévő közvetlen kapcsolat. A figyelő meghallgatás magában foglalta, hogy nem szakítottam meg Emma önmagáról való elbeszélését, de a múltból a jelenre irányítottam óvatosan a figyelmét. A kommunikációnál ügyelnem kellett a verbális és a nonverbális kommunikáció összhangjára. A konfliktusokból kivezető alternatívákat közösen kerestük. A dicséret és pozitív vélemény mindig előbbre vitte munkánkat. Tudtam, hogy Emmát mindig olyannak kell elfogadnom, amilyen abban a pillanatban: ellentmondásos, indulatos, agresszív.

A beszélgetések után visszaidézve mindig megvizsgáltam, hogy milyen tényezők zavarták a folyamatot, hogyan érezte magát Emma a beszélgetés alatt, hogyan én, hogyan reagált rám, milyen érzelmi megnyilvánulásai voltak. Nekem mi okozott gondot, feszültséget. A konzultációs időn kívül biztosítottam lehetőséget arra, hogy bármikor, ha szükséges, elérhető legyek. A konzultációs folyamat befejezését már előre meghatároztuk közösen. Már hetekkel előbb ritkítottam a heti találkozások számát, és Emmának megajánlottam a csoportban való részvételt. Később a közös moxidélután. Mindkettő nagy segítségnek számított.

A konzultáns nem tanácsadó, de nem is segítő, inkább vezető. A konzultánsi munka lényegét a Szókratésznek tulajdonított mondás érzékelteti: „A valóban hasznos kapcsolat képletesen a szülésznő munkájához, a bábáskodáshoz hasonlítható: ő aktívan segíti az új élet megszületését, de sem a szülés munkáját nem vállalhatja magára, és nem befolyásolhatja a születendő gyerek nemét sem.” (Hézszer G. 1995).

**DROGFOGYASZTÁSRA UTALÓ PREDIKTOROK MEGJELENÉSÉNEK SAJÁTOSSÁGAI
ÁTLAGOS ÉS HÁTRÁNYOS HELYZETŰ CSALÁDOK GYERMEKEINÉL EGY VÁROSSZÉLI
ISKOLÁBAN**

Mihalcsikné Borsos Erika

Prediktorok vizsgálata átlagos és hátrányos helyzetű családok gyermekeinél
Célmeghatározás, hipotézis megfogalmazása

A különböző élethelyzetekben lévő gyermekeknél megjelenő prediktorok meghatározhatják későbbi sorsukat. Felismerésükkel időben segíteni lehet, s megelőzhetők a drogfogyasztásból származó súlyos következmények. S talán nem kell ilyen fájó sorokat olvasnunk (*Patai Klára, 1996*).

Ne Tedd!

Repülsz, azt látod minden szép, csodás,
a szer hat, már tudod, hogy rabja vagy,
mit most látsz, érzel, nem tudhatja más.
Kikapcsol, nem érez, nem forog az agy. . .

Drogot nyújtottak egyszer, "csak keveset". . .
te mondtad: nem élek vele, s nem fogadtad el.
majd vagányságból, vagy hogy feldobd a kedvedet
mit előbb megtagadtál, most azt mondtad rá: kell!

Ekkor adtad el lelked a halálnak,
életed csúf vég zátonyára tart,
hullámaid látod csak dühös óceánnak,
magad törbe csaltad, nem látszik a part. ..

Innen nincs menekvés, nincs többé kiút,
a bűnös méreg meg egyre csak sebez.
végzeted útja fájdalmas és rút,
Butaságodért a büntetésed ez.

(... .)

Tébolyult játékot már nem űz veled semmi

csak heversz, mint újabb áldozat.

Miért nem tudja nekünk megmondani senki,

hogyan támasszunk fel halottakat?!

Szeretteid zokogva állnak köréd sorban,

mindet önvád, vagy kérdések gyöttrik.

Te meg csak fekszel ott, a koporsódban,

melyből a fájdalmas üzenet hangzik:

Ne tedd!...

Drága osztálytársaim, Simon Balázs emlékére. Bárcsak velünk lehetne... .

1996. március 24.

Témaválasztásomban ösztönzött, hogy 476 diákunk közül 179, azaz majdnem 38% hátrányos helyzetű! Ez az arány bizony indokolja, hogy külön is foglalkozzunk velük. A hátrányos helyzetű csoportba tartozás leggyakoribb indokai a következők:

- családdromlás válás vagy haláleset miatt;
- mukanélküliség miatti anyagi problémák;
- három vagy annál több kiskorú gyermek nevelése;
- szenvedélybeteg, nem törődő szülő;
- állandó lakóhely hiánya (albérletekbe vándorlás);
- tartós betegség a gyermekek vagy szülők körében.

Természetesen az indokok a valóságban nem ilyen szépen elválaszthatók, gyakran jelenik meg egyszerre több is.

A nyilvántartás minden, az osztályban tanító számára hozzáférhető. Kiegészítve az osztályfőnökkel történő beszélgetésekkel arra használjuk, hogy lássuk, kikre kell nagyobb figyelmet fordítanunk. Kik azok, akiknek figyelembe véve igényeit még többet kell segítenünk.

A prediktorok megjelenési formáinak mindegyikét vizsgálódásomba nem vonhattam be. Azokat emeltem ki, amelyeknek kutatásához elegendő segítséget tudtak adni a gyermekek. Fontosnak tartottam, hogy értsék mit szeretnék tudni, és azt is, hogy ne érezzék kényszerűnek, őszintén válaszolhassanak.

Hangsúlyosnak tartottam a család összetételét, mert a szülői depriváció magányossághoz, deviáns csoportba sodródáshoz vezethet. A család hangulata, a gyermekekkel kialakult bánásmód és az elfogadás mértéke jelentős szerepet játszhat az egészséges önértékelés kialakulásában, ami védőháló lehet a káros hatásokkal szemben.

A szülői szerfogyasztás - ami főleg az alkohalnál genetikai veszélyeztetettséget is jelezhet - megjelenhet mint negatív minta, amit bizony követhet a meggondolatlan gyermek.

Az iskolai problémák: teljesítménybeli gyengeség, beilleszkedési nehézségek, igazolatlan mulasztások mindenképpen valamilyen érzelmi deficit mutatói és felvetik a kérdést: miért? Lehet, hogy a társaság, amelybe keveredett, "nem engedi" tanulni, vagy éppen a kudarcok miatt menekül nem megfelelő társaságba. Érdekelt ennek a társaságnak az összetétele, mivel meghatározó a szerfogyasztás kialakulásában és a gyermek érdekében.

Tanulságos megtudni, hogyan éli meg egy gyerek a hozzá közel álló felnőttek véleményét, mit érez, van-e vele "komoly" baj. Ugyanakkor az agresszivitás vagy más deviáns magatartás megjelenése ugyancsak utalhat negatív hatásra.

Az életkor meghatározása a szerfogyasztás kialakulása, megjelenése, rendszeressé válása szempontjából fontos. A már említett tapasztalatok szerint ugyanis a 15 év alatt próbálkozók nagyobb aránya válik rendszeres szerfogyasztóvá. A statisztikai adatok szerint

Magyarországon a 15 évesnél idősebbek 38%-a dohányzik. A jelenlegi felnőtt dohányosok átlag 12,7 éves korukban szoktak rá, és évente 3260 db-ot szívnak fejenként (Új Néplap 1999/XI.).

A pénzhez való hozzájutás abból a szempontból érdekes, hogy van-e legális lehetősége a fogyasztással járó kiadások fedezésére, vagy törvénybe ütköző módon kell hozzájutnia.

Az eddigi tájékozódásom alapján azt feltételezem, hogy az általam kiválasztott prediktorok nagyobb arányban fordulnak elő a hátrányos helyzetben élőknel, mint az átlagos családok gyermekeinél.

Alkalmazott módszerek

Hogy feltételezésem igazáról meggyőződjek, olyan módszert választottam, mely lehetővé teszi a viszonylag gyors és nagyobb tömegű információgyűjtést.

Ez a kérdőív. Azért is előnyös ennek használata, mert ez a gyermekek számára nem ismeretlen. Számos feladatlapot töltöttek már ki, és nem kelt aggodalmat, ha ilyennel találkoznak. Az összeállításnál törekedtem arra, hogy a kérdések viszonylag rövidek, jól érthetőek legyenek. Nagyobb arányban szerepeltek zárt kérdések, mert ezekre könnyebben válaszoltak.

Az a tapasztalatom, hogy nehezen fejezik ki magukat "szabadon", nehezen találják meg a megfelelő szavakat, fogalmakat. Ebből a szempontból is könnyebb a dolguk, ha lehetséges megoldások közül választhatnak. Néhány kérdésnél hagytam azért lehetőséget arra is, hogy ha van kiegészíteni valójuk, azt megtehessék, vannak úgynevezett részben zárt kérdések.

Ha az általam vizsgált prediktorokra vonatkozó kérdéseket témájuk szerint rendszerezni akarnám, öt fő szempont szerint tehetném:

- család;
- szülők szerfogyasztása;

- iskola;
- kortárs csoport;
- kérdezett személyre vonatkozó adatok.

A családra, szülői szerfogyasztásra vonatkozott a legtöbb kérdés, hiszen a már említett okok miatt ez az egyik legmeghatározóbb tényező. Ezt követik az iskolai hatások, majd az egyénre vonatkozó adatok, és az igen jelentős befolyást gyakorló kortárstényezők közül: kikkel tölti idejét és vannak-e káros mintát közvetítő hatások a szabadidős csoportokban.

A kérdések számát úgy határoztam meg, hogy mindegyikre figyelni tudjanak, ne fáradjanak ki a végére.

A válaszadás kb. 20-25 percet igényelt. A munka megkezdése előtt megbeszéltük, hogy ha bárki elakad, bátran kérdezhet. Azt tapasztaltam, hogy igen nyugodtan dolgoztak, láttam az odafigyelést. A kérdések megértése nem okozott gondot, közben egyáltalán nem jeleztek ehhez kapcsolódó problémát. A munka végén még volt egy kis idő, felajánlottam, hogy elmondhatják gondolataikat, véleményüket, ami ehhez a témához vagy a kérdőívhez kapcsolódik.

Hozzászólásaikat beépítettem az értékelő részbe.

A vizsgálatban résztvevők bemutatása

A vizsgálódásba iskolánk 7. és 8. osztályos tanulóit vontam be. Pontosabban minden általam tanított nyolcadikost és egy hetedik osztályt. Azért ebben az elosztásban, mert a "kimenők" helyzetére, véleményére különösen kíváncsi voltam. Szerettem volna, ha ők vesznek ebben részt nagyobb arányban. A bevont hetedik osztályban több "túlkoros" van, tehát ebből a szempontból közel állnak egymáshoz.

Céлом az átlagos és hátrányos helyzetben élő gyermekek körében megjelenő prediktorok összehasonlítása volt, ezt figyelembe vettem a kitöltésnél is. Az összehasonlítás

megkönnyítése érdekében azonos számban töltötték ki a hátrányos és átlagos családban élők, azaz 30-30 tanuló. A még arányosabb helyzet kedvéért úgy alakítottam, hogy egyenlő legyen a fiúk és lányok száma is, csoportonként 15-15 fő. A kitöltés önkéntes alapon történt. Az óra elején elmondtam, mihez kérném a segítségüket. Elmondtam azt is, hogy a név nélküli kitöltés lehetetlenné teszi az azonosítást. Nem az a fontos, hogy ki írta a választ, inkább csak az, hogy mit írt.

Végül felhívtam a figyelmüket, hogy ez nem kötelező, ha valaki úgy érzi nem szívesen vesz részt, nyugodtan jelezze. A felkértek közül két tanuló úgy érezte, most nincs kedve, nem szívesen válaszol a kérdésekre.

A vizsgálat eredménye

A kapott válaszok rendszerezésénél arra törekedtem, hogy az átlátható, világos legyen. Az eredmények bemutatásánál szinte végig a kérdőív kérdéseinek sorrendjéhez igazodtam. *A gyermekkel együtt élőkről* készült diagram tanúsága szerint a hátrányos helyzetűek között jelentős számban találunk úgynevezett csonka családokat. Ezekben a családokban, kisebb arányban az anya, nagyobb részt az apa hiányzik! Tehát a válással, illetve egy esetben halálessel összefüggésben átalakult családi összetétel az ő hátrányukra változott. Ennek a szülői deprivációnak különösen a serdülő fiúk látják kárát, a tapasztalat szerint az ő körükben nő a magatartási problémák aránya. Ahol az édesanya marad a gyerekekkel vagy gyerekekkel nagyobb számban segítenek be nagyszülők.

Ma már nemigen van hagyománya a többgenerációs együttélésnek, a lakásviszonyok sem kedveznek ennek, de azért a segítségre sok esetben szükség van. A beszélgetésekből kiderült: sok olyan családnál is segít a nagyszülő, ahol nem lakik ott. Igaz a nagyszülők-unokák kapcsolata elég ambivalens, hiszen jelentős különbség van életritmusuk, értékrendjük között. Mégis a vizsgálatok tapasztalati szerint van visszatartó hatásuk a szerhasználattal kapcsolatban.

Talán épp a lakásviszonyok miatt, de egyik oldalon sem jellemző ma már a távolabbi rokonnal való együttélés. Nem jellemző a nevelőszülővel élés sem, igen jelentős számban találunk azonban testvéreket, akiknek lehet negatív szerepe a drogfogyasztás kialakulásában, vagy éppen az elutasításában jelenthetnek támaszt.

A válaszokból az derül ki, hogy a gyerekek jelentős részének nem kellett nélkülözni szülőjét hosszabb ideig. Az átlagos családban élők közül mindössze egy, a hátrányos helyzetben élőknel hat gyermekkel fordult elő.

Helyzetük annyiban különbözik, hogy az egy, édesanyját nélkülözni kényszerülő gyermeknek átmenetileg kellett ezzel megbirkóznia. És őt a betegség miatt szanatóriumi kezelésben részesülő anyja távollétében is szerető család vette körül.

Az apát nélkülöző másik hat gyermek helyzete más, ott a válás után jelentősen ritkultak a találkozások, és van két olyan eset, ahol a kapcsolat teljesen megszakadt.

A kialakult helyzet természetesen befolyásolja a család, *az együtt élő családtagok hangulatát.*

Közel azonos arányban soroltak fel pozitív, illetve negatív hangulatot megjelenítő kifejezéseket. Ezek közül lényegesen több negatív válasz található a hátrányos helyzetűek között.

Többen érezték idegesnek, szomorúnak, feszültnek a légkört, mint a másik oldalon, és kevesebben érezték vidámságot, segítőkészséget, szeretetteljes közeledést. Mindenképpen jó, hogy sehol nem jeleztek ridegséget, és sajátos, hogy közel ugyanannyian érezték átlagosnak mindennapjaikat. Ehhez azonban tudnunk kell, nem ugyanazzal a fogalommal dolgoztak, ami kiderült a kérdőív kitöltése utáni hozzászólásokból.

Az átlagos családokban az "átlagos" fogalmában benne van az esti élménybeszámoló, az egymással való folyamatos törődés, a problémák megbeszélése is, míg a másik oldalon ez a közös TV-nézést, a szükséges információcserét, az egymás mellett élést jelentette leggyakrabban. Jó, hogy mindenhol szinte jelentéktelen a közömbösség, elgondolkodtató

azonban, hogy kevesen érzik segítőnek a háttérre. Ez az átlagos családok mindössze 1/3-ánál, a másik oldalon még ennél is kevesebbszer fordul elő. Azért baj ez, mert ebben az életkorban, ha néha nem mutatják is, a gyerekeknek szükségük van a segítő, biztonságot nyújtó háttérre.

Nem kevésbé fontos *a szülők bánásmódja*. A beszélgetésekben is megnyilvánuló kapcsolattartás az édesanyával sokkal kiegyensúlyozottabb. De nem mondhatjuk, hogy sok gyermeknek van része benne, hiszen 1/3-ot sem éri el egyik oldalon sem. Az édesapáknál ez sajátosan alakul, az átlagos családokban gyakoribb beszélgetőtárs, mint az édesanya, a hátrányos családokban azonban kevesebb szerepet vállal! A barátok, baráti társaságok "számontartása" inkább az édesanyákra jellemző. Olyannyira, hogy a hátrányos helyzetű gyermekeknél egyetlen egy sem érezte az édesapa érdeklődését!

Örvendetes módon egyik szülőnél sem túlságosan jellemző, hogy csak a tanulmányi eredménnyel foglalkozzon. Mint ahogyan az sem, hogy csak saját gondjaival törődjön. Ugyancsak lényeges, hogy a gyermekek nagy része úgy érezheti, mindig számíthat édesapjára. Ez mind a két oldalon hasonló arányú, eltérő azonban az édesapák támogató jelenléte. Az átlagos családoknál még közel felében, a hátrányosoknál már csak csekély mértékben van jelen. Ki kell emelnünk az örvendetes tényt, hogy ha elő is fordul a verés mint büntetési forma, ez sehol sem a kizárólagos. Nem jellemző a kényeztető nevelésre utaló "mindent megvesz" szokás, de érdekes, hogy az átlagos családokban az édesapa részéről gyakrabban fordul elő.

Az együttlét örömet az édesanyával élvezhetik jobban, az édesapa még az átlagos családban is csak közel fele esetben tudja éreztetni ez. A hátrányos helyzetűeknél döbbenetes az arány, mindössze ketten érezték vele örömtelinek az eltöltött időt.

Az erős elutasítást kifejező szülői reagálás: "Csak saját gondjaival van elfoglalva, nem szereti, ha problémáimmal zavarom", az átlagos családoknál nem jellemző - a hátrányosoknál azonban sajnos mind az édesanyával, mind az édesapával összefüggésben megjelenik.

Elszomorító, ha egy gyerek úgy érzi, mindegy otthon van-e. Szerencsére nem jelentős mértékben, de ez mindkét szülőnél és mindkét gyerekcsoportban megjelent.

A bánásmódhoz kapcsolódik *a rossz jegyekre történő szülői reagálás* is. Szerencsére nem jellemző, ha elő is fordul az, hogy nem érdekli a szülőket az iskolai teljesítmény, vagy veréssel elintézik. Sajnos azonban a vigasztalás, biztatás, segítség sem túl gyakran jelenik meg. Általában szidással, tiltással reagálnak a szülők. A jelzések szerint gyakori, hogy egyszerre nemcsak egy, hanem több büntetési módot alkalmaznak. Kár, hogy nem jellemző az utólagos pótolgatás.

Elérkeztünk talán a legfontosabb szemponthoz: a gyermek szerint *mit éreznek szülei vele kapcsolatban*. Az átlagos helyzetű gyermekeknél csak két lehetőség merült fel: úgy szeretnek, ahogy vagyok - ez 22-nél! És általában elégedettek velem: 8-nál. Ez mindenképpen örömdetes. A hátrányos helyzetűeknél minden lehetőség és változat megjelenik. Jó, hogy nagyobb arányban itt is az előző kettő jut szerephez, de egy részük úgy érzi, mindig meg akarják változtatni, és sajnos van, aki szerint másnak képzelte őt, szívesen elcserélnék. Milyen lehet így hazamenni nap mint nap?

A szülői szerfogyasztással kapcsolatban az alkohol- és gyógyszerfogyasztásra kérdeztem rá. Bár a szenvedélyeknél gondolhatnánk a dohányzásra is, erről azonban vannak információim. Az édesanyák között kisebb arányban fordulnak elő dohányosok, mind a hátrányos, mind az átlagos családban élőkénél. Ez azt jelenti, hogy az előbbieknél 17, az utóbbiaknál 8 esetben találkozunk vele. Megfordul azonban ez a helyzet az édesapáknál, a hátrányos helyzetűek mellett 22, míg az átlagos helyzetben élők mellett 19-en fűjják a füstöt. Előfordul, de nem túl gyakori, hogy csak az egyik fél rabja e szenvedélynek.

Ha *az alkoholfogyasztási szokásokat* vesszük szemügyre, azt látjuk, hogy soha nem fogyasztó mindkét csoportban csak az édesanyák között van. Az édesapáknál csak az átlagos körülmények között élőkénél találunk mindösszesen kettőt. Az édesanyáknál mindkét

csoportban, a legtöbb esetben a ritkán ivó, az úgynevezett szociális ivók dominánsak. Elvértve isznak tömény italokat, és fogyasztásuk rendszerint eseményekhez kötött. Az édesapák esetében az átlagos helyzetben élőknél igaz az előbbi megállapítás, a hátrányos helyzetűeknél azonban kevesebb a ritkán és több a gyakran ivó. Bízató, hogy olyan szülők, akikre azt lehet mondani, hogy állandóan isznak, az átlagos családokban egyáltalán nincsenek, és a hátrányos helyzetűeknél is csak 2-3 fő.

Ha a *gyógyszerfogyasztást* vizsgáljuk jelentős eltérést tapasztalunk a szülők között. Az édesanyák az átlagos családokban csak betegség esetén, orvosi előírásra használják. Az egy kivétel arra vonatkozik, aki szanatóriumban is volt, ő betegségével összefüggésben naponta gyógyszert szed. Ugyanebben a közegben azonban az édesapák között találunk alkalmi és gyakori fogyasztót is! A mindennapos fogyasztás itt is betegséggel függ össze. A fenti tapasztalat azért meglepő, mert a kutatások szerint inkább az anyák hajlamosak gyógyszerekhez folyamodni probléma esetén.

A hátrányos helyzetű szülőknél az eredmények megfelelnek a várakozásnak. Itt az apák inkább csak betegség esetén vesznek be gyógyszert, az anyák hajlamosabbak altatóhoz, nyugtatókhoz nyúlni.

Az iskolába lépés meghatározó a gyermekek számára, azt is mondhatnánk, hogy itt "véget ér" a gyermekkor. Egy sajátos világba, feladatorientált rendszerbe lépnek, aminek bizony nem mindig könnyű megfelelni. Szerencsére a gyerekek nagy részének a jelenlegi az első iskolája, és ez igencsak fontos. Ha már nem az új szokásokra, követelményekre kell figyelni, több energia marad a feladatok teljesítésére. A hátrányos helyzetű gyerekek e téren rosszabb helyzetben vannak, mert többen vannak közöttük, akiknek a jelenlegi már második, sőt olyan is van, akinek ez a sokadik iskolája. A háttérben gyakran költözés, az előző intézménnyel való elégedetlenség áll. Ezzel függ össze, hogy közöttük vannak azok is, akik épp emiatt nehezebben illeszkedtek be, illetve akiknek elmondásuk alapján ma is vannak gondjaik.

Nem tagadhatjuk, hogy lehet összefüggés az iskolaváltások, a beilleszkedési problémák és az osztályismétlés között. Az átlagos helyzetben élők között nincs, a hátrányos helyzetűek között azonban több mint egyharmad az ismétlők aránya! Ez újabb problémák forrása, hiszen ismétlőként, túlkorosan új közösséghez alkalmazkodni sokkal nehezebb. Más gondolatok, programok kötik le, és ez nehezíti a beilleszkedést. Ez negatívan hat tanulási kedvére, és szép lassan bezárulhat a kör. Nem véletlen tehát, hogy a hátrányos helyzetű és többször ismétlő gyermekek tanulmányi eredménye gyengébb. A legtöbb kettes-hármas közülük kerül ki, kitűnő közöttük nincs. Persze ebben a szülői érdeklődés, ösztönzés hiánya is benne van. Érdekes fordított arányosság figyelhető meg, ahogy nőnek a jegyek, úgy csökken a gyerekek száma! Tény azonban, hogy minden kategóriában az átlagos helyzetűek vannak többen, az egyes-kettes és kettes-hármas kategória kivételével.

Ezzel összhangban van az "elégedettségi mutató, ami logikus, de kicsit elszomorító is. Miután az átlagos környezetben élők eredménye jobb, közöttük többen vannak azok, akik ezzel elégedettek. A nehézségekkel, problémákkal küszködő hátrányos helyzetben élők szinte mindegyike elégedetlen azzal, amit elért! Ez mindenképpen figyelmeztető jel. Egyrészt arra, hogy van remény, hiszen nem nyugodtak bele a kudarcba, másrészt viszont arra, hogy vannak hamis illúziók! Hiszen e mögött a teljesítmény mögött nem egy esetben van gyenge képesség, alacsony szintű felelősségtudat vagy lustaság. Nem egyszer tapasztalom magam is, hogy szeretnének jobbat, de csak úgy, ha magától jönne. Ha pedig nem jön, hagyjuk ott, menjünk máshová.

Ez a gondolkodás is ott van az *igazolatlan hiányzások hátterében*, amelyek lényegesen többször fordulnak elő a hátrányos helyzetűeknél. A hiányzás sokszor "apróságokból" jön össze. Vannak például olyan órák, amelyekre nem szívesen mennek be. Ezeket kihagyják, és amire észbe kapnak már össze is jött egy nap. Vannak emellett úgynevezett notórius hiányzók is. Van, aki hétfőn nem jár, van, aki pénteken. Nem csak az a baj, hogy távollétük esetén nem

tudunk segíteni, ha veszély fenyegeti őket, hanem az is, hogy az órák anyagát nem pótolják. Ez pedig újabb tanulmányi nehézségekhez vezet. Az átlagos környezetben élő gyermek igazolatlan hiányzása abból adódott, hogy elfelejtette hozni az igazolást, azután már meg sem találta és végül egyszerűen nem tartották fontosnak a pótlást.

A deviáns viselkedések megjelenése is sajátos képet mutat. Az átlagos családban élőknel mindössze két formája jelenik meg: a verekedés és a csavargás. A verekedés megítélése érdekes: amennyiben a gyermek "önvédelmét" szolgálja, nem tartották teljesen elutasítandónak. Csavargáson itt nem az otthonról történő teljes eltűnést értik, hanem azt az időt, amit a gyermek a barátokkal az utcán tölt. A szülő tudja, hol és kikkel van. Itt az igazolatlan hiányzás meg sem jelenik, tehát a szülők, nevelők sem tulajdonítottak nagy jelentőséget neki.

A hátrányos helyzetűeknél szemmel láthatóan megugrik a verekedés aránya, több az igazolatlan hiányzás, és jelentős mértékűnek tartják a csavargást. Ugyanakkor előfordul lopás és otthonról való szökés is. A verekedés valós probléma. Nem tanulták meg konfliktusaikat békés úton megoldani, nagyon sokszor élnek az erő eszközével. És nem nagy dolgokról van itt szó, a legkisebb nézeteltérésnél is hajlamosak odacsapni. Itt most a verekedésnél azokat sorolták ide, akik mindig így intézik el problémáikat. A csavargáson azt értik, amikor a szülő nem tudja hol, kikkel van gyermeke, csak azt, hogy majd hazajön. Pedig, hogy kikkel van, nem mindegy. A válaszokból az derül ki, hogy ebben a korban az átlagos környezetben élők főleg a szülőkkel, osztálytársakkal és részben változó baráti körrel töltik a szabadidőt. Ez azért jó, mert ez a közeg igen jól követhető. A hátrányos helyzetűeknél még mindig sokan vannak a szülőkkel, de többen a barátokkal, akiknek köre hol változik, hol nem. Az osztálytársak szerepe csökken, ugyanúgy mint a rokonoké. Érdekes, hogy a testvér a szabadidő eltöltése szempontjából egyik csoportban sem fontos. Úgy vannak vele, hogy az úgyis van, amolyan „alkatrész”. Ugyancsak jellemző, hogy ebben a korban még nem

alakultak ki egyik csoportban sem páros barátságok, erősebb a csoporthoz tartozás vágya. Általában elmondható, hogy szabadidejük jelentős részét olyan környezetben töltik, ami jól átlátható, a szülők ismerhetik tagjait, sőt részei a gyermek szabadidejének. Ez azonban azt is jelenti, hogy a baráti körben tapasztalható szerfogyasztás (mind az alkohol, mind a cigaretta tekintetében) rossz minta.

Persze a barátok nem mind fogyasztók, azok is itt vannak, akik nem élnek vele rendszeresen, hiszen a kérdés a kipróbálásra vonatkozott. Mindenesetre figyelmeztető jel kell, hogy legyen, mert a baráti hatások tekintetében szinte nincs különbség az átlagos és hátrányos helyzetben élők között. Ezeket látva az ember elgondolkodik, hány évesek is ezek a gyerekek? Tulajdonképpen megfelelnek évfolyamuknak az ismétlőket leszámítva, vagyis zömmel 13, 14 évesek, négy 15 és egy 16 éves van közöttük. Ez akkor válik igazán érdekessé, ha megnézzük őket *hogyan állnak a szerek kipróbálásával*. Ami a legjobb eredmény: egy kivételével senki sem próbálta a kábítószer. A kipróbáló a 16 éves túlkorosunk, aki magától jött oda egy szünetben és mesélte el. Hozzátette azt is, hogy ő sokkal jobbat várt. Tehát van remény.

Nem ilyen jó a helyzet *a cigaretta és az alkohol* esetében. Mindkettőt, mindkét csoportból a csoport több mint fele kipróbálta! A cigarettát a barátoktól kapták, de különösen szomorú, hogy az alkoholhoz nem egy esetben saját szüleiken keresztül jutottak. Igaz, hogy ez egyszer fordult elő, de azt gondolom, tennünk kell annak a téveszmének a felszámolásáért, miszerint: "elég nagy már, megkóstolhatja!" Hiszen tizenévesekről van szó! Nálunk valahogy összekapcsolódott a felnőtté válás és az alkoholfogyasztás fogalma. Elgondolkodtató, hogy a barátok között a szerek kipróbálása sokkal nagyobb arányú, mint az övéké! Korosztályban közel állnak, sőt vannak közöttük osztálytársak. Tehát lehet, hogy a barátok egy része füllentett. (Nem volt kitétel, hogy látta-e őt kipróbálni valamelyik szert.) De az is lehet, hogy a válaszoló túlozta el a dolgot, hogy "nagyobb" látsszon. Vagy mégsem voltak elég őszinték? Persze lehet, hogy szerencsére még nem voltak elég bátrak a próbálgatáshoz.

Ezek a hobbik persze költségekkel járnak, amit fedezni kell. Honnan? Szerencsére kevesen vannak, akik annyi pénzt kapnak, amennyit akarnak. Közöttük is több az átlagos családban élő gyermek. Az a tapasztalat, ők jobban meggondolják, mire költenek. A gyerekek egy része kevesli, amit kap, közel ugyanannyian mindkét csoportban. Sokan vannak, akiknek nincs állandó zsebpénzük, kérnek, ha valamire kell. Ebben a csoportban a hátrányos helyzetűek vannak többen. Ez nem feltétlen jó. Az átlagos családok nagy részénél ugyanis pontosan meg kell mondani, mire kell és van egyfajta kontroll a felhasználásról is. A hátrányos helyzetűeknél azonban nem így működik, elég bármilyen elfogadható indok. Ez magában hordozza annak veszélyét, hogy nem hasznos dologra költi.

A kérdőív kitöltése után megkérdeztem a gyerekektől: volt-e, aki nehéznek találta?

Senki nem érezte így. Tehát a válaszok igazságtartalmát nem befolyásolhatta az, hogy nehéznek vagy értelmezhetetlennek találták bármelyik kérdést. A többit lelkiismeretükre bíztam.

Eredmények és hipotézis összevetése

A kérdőív bemutatásához kapcsolódó gondolatok megfogalmazása kapcsán utaltam rá, hogy az általam kiválasztott és vizsgált prediktorok öt téma köré csoportosíthatók. A témákhoz kapcsolódó kérdésekre adott válaszok sok érdekes információval szolgáltak, ezek téma szerinti összegzése pedig segít abban, hogy lássam, hipotézisem igaz volt-e?

A családdal kapcsolatban megállapíthatjuk, hogy a hátrányos helyzetben élők sorsa bizony nehezebb. A csonka családokból hiányzó szülő nehezen vagy egyáltalán nem pótolható. Különösen nagy traumát szenvednek el azok a gyerekek, akiket valamilyen okból végleg megfosztott a sors valamelyik szülőtől. A szülői depriváció alapjául szolgálhat az elmagányosodásnak, a későbbi devianciáknak. A kiegyensúlyozott személyiség fejlődését

segítő pozitív családi hangulatot inkább megtaláljuk az átlagos helyzetben élőknél, mint a hátrányos helyzetűeknél. Itt inkább a negatív értékek kerültek előtérbe, elősegítve a bizonytalanság, alacsony önértékelés megjelenését. Erősen személyiségformáló a szülők bánásmódja is. Azt láttam, hogy szerencsére mindkét oldalon nagyobb arányban megtaláljuk a törődő anyát, de csak az átlagos helyzetű családoknál áll mellette törődő apa! A hátrányosoknál az apához fűződő viszony ambivalens. Ebben persze megnyilvánul a párkapcsolat minősége is. Ha a harmónia nincs meg a párkapcsolatban, ez megmutatkozik a szülő-gyerek kapcsolatban is. Nagyfokú durvasággal ezen a téren nem találkoztam. Elgondolkodtató viszont, hogy a hátrányos helyzetben élő gyermekek közül 10 úgy érzi, szülei elutasítják.

A szülői szerfogyasztás prediktor-értéke igen nagy, genetikai okok és a szülők által közvetített minta erőssége miatt is. Azt tapasztaltam a válaszok alapján, hogy bármelyik területet nézzük: alkohol, gyógyszer, cigaretta, a szenvedélyes használat aránya mindhárom esetben nagyobb a hátrányos helyzetben élő gyermekek környezetében.

Kritikus pont az iskolai eredmények területe. Kiderült, hogy a jelentős részben második vagy sokadik iskolában tanuló gyermekek több beilleszkedési problémával küszködnek, több közöttük az ismétlők aránya is. Ez sok olyan lelki sérüléssel jár, aminek kompenzálása bizony nem mindig egészséges módon történik. A hátrányos helyzetben élők között egyébként is több az iskolai kudarcokat elszenvedő, gyengén teljesítő és emiatt elégedetlen gyermek.

Sajátosan alakult a szabadidős partnerek vizsgálata. Az eredmény meglepő és sajátos. Mindkét csoportban közel ugyanannyian töltik szabadidejüket szüleik vagy velük egykorú osztálytársak, barátok között. És még egy váratlan dolog: mindkét csoportban közel ugyanannyi kipróbáló van a barátok között, akár alkoholoról, akár cigarettáról van szó. Itt tehát nem mondhatjuk el, hogy valamelyik oldalon is dominánsan több prediktor jelent volna meg.

A vizsgált személyre vonatkozó adatok alapján megállapíthatjuk, hogy az átlagos helyzetűeknél több volt, aki kipróbálta a cigarettát, viszont csak egyszer. A hátrányos helyzetűek között azonban sajnos több rendszeres dohányos van. A hátrányos helyzetűeknél több volt az alkoholt kipróbáló, közöttük sajnos van fogyasztó is. Különböznek abban is, hogy az olyan problémás viselkedés, mint a verekedés, csavargás durvább formában és nagyobb arányban fordul elő a hátrányos helyzetűek között. Ugyancsak ők, akik korlátlanabb mértékben rendelkeznek a beszerzéshez szükséges pénzzel is.

Nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy a szereket kipróbálók és esetenként rendszeresen fogyasztók életkora még többségben 13-14 év!

Összességében tehát megállapítható, hogy hipotézisem - mely szerint a hátrányos helyzetben élő gyermekek körében nagyobb arányban fordulnak elő az általam kiválasztott prediktorok, mint az átlagos helyzetben élő gyermekek között - jelentős részben helytálló és igaz. Egyetlen terület van, ahol a hipotézis nem teljesül, ennek pedig az az oka, hogy itt az életkori és fejlődési sajátosságok dominánsabb szerepet játszanak, mint az élethelyzet.

Hogyan tovább? A prevenció lehetősége egy általános iskolában

Maga a prevenció szó megelőzést jelent. Arra utal, hogy meg akarunk védeni valakit valamitől. A szakirodalom szerint (Rácz, 1999) olyan többlépcsős tevékenység, melynek minden fokán más-más célt fogalmazunk meg, és mindegyikhez igyekszünk megtalálni a megfelelő módszert.

Az elsődleges prevenció esetében a cél a szerfogyasztás kialakulásának megelőzése. Ehhez egyik lehetséges út a megfelelő programok biztosítása és a személyiségjellemzők pozitív erősítése.

A másodlagos prevenció esetében arra törekszünk, hogy minél hamarabb felismerjük a bajt, és minél hamarabb megkezdődhessen a korai kezelésbe vétel. Egyesek szerint ide kapcsolhatjuk

a szűrővizsgálatokat is, mert ezzel is lehet segíteni, hogy a felismerés minél korábban megtörténjen. *A harmadlagos prevenciónál* a hangsúly a rehabilitáción, reszocializáción van. Azzal foglalkozik, hogyan lehet együtt élni a betegségből visszamaradt állapottal, de ide tartoznak az ártalomcsökkentő programok is. Ezek közül talán a legismertebb az egyre terjedő tücsere program.

Az ismert és alkalmazott prevenciós módszerek sokfélék és hatékonyságuk is eltérő.

Információadás

Ez lehet tényszerű adatközlés, de próbálkoztak elrettentéssel is. E területen talán legeredményesebb a volt szerhasználóhoz kapcsolódó személyfüggő információk közlése, összességében azonban elmondhatjuk, hogy ez a módszer kevésbé eredményes.

Érzelmi nevelés

Központban az értéktisztázások és a pozitív önértékelés erősítése áll. A probléma az, hogy ez a módszer igen költséges, mert sokáig tart és szakképzett vezetőt kíván, ugyanakkor nem bizonyítható közvetlen hatás.

Negatív attitűd kialakítása

A tapasztalat azt mutatja, hogy ezzel nem igazán lehet a viselkedést befolyásolni.

Társas hatás

A környezetből érkező pozitív és negatív hatásokra, jelzésekre hívják fel a figyelmet. Cél, hogy ellent tudjanak állni. Ide tartoznak az úgynevezett "nem"-et mondó programok.

Téves hiedelmek korrigálása

Tapasztalhatjuk, hogy a szerfogyasztás elkezdésekor sokszor hangzik el indoklásként: "már mindenki csinálja!" Fontos tudatosítanunk, hogy közvetlen környezetük - ahol igaz lehet ez a megállapítás - nem mindenki! Ezen a területen jól bevonhatók a kortárssegítők, használhatók a szituációs játékok. Arra azonban gondolnunk kell, hogy a hatékonyság idővel arányosan csökken, így időről-időre újra kell tréningezni.

Készségfejlesztő programok

Abból indulnak ki, hogy az emberi készségek fejleszthetők. Ehhez kapcsolódik a problémaviselkedés elmélete. Úgy gondolják, hogy ha megtanulják a problémákat más módon kezelni, nem nyúlnak droghoz. Ide kapcsolják a stresszoldó technikák tanulását és a kommunikációs készségek fejlesztését is.

A drogok alternatívái

Az a cél, hogy a megjelenő kockázati, kockázatkeresés iránti szükségleteket megpróbálják legális úton kielégíteni: pl. veszélyes hobbi vagy foglalkozás keresésével. Az a tapasztalat azonban, hogy ez nem igazán hatékony.

Egészségfejlesztés

Minden módszer közül ez tűnik leghatékonyabbnak. Kialakulásában szerepet játszott az is, hogy bebizonyosodott: a kórházi kezelés igen drága és nem is mindig tud segíteni. Másként fogalmazták meg az elérendő célt: A „Ne drogozz” helyett: „Élj egészségesen!” Mi az egészség? A WHO 1977-es megfogalmazása szerint "teljes fizikai, mentális és szociális jólét állapota és nem kizárólag a betegség hiánya". Magában foglalja a jól létet az élet minden területén, az önszabályozás képességét és a felelősségtudatot. Tudjuk, hogy az egészséget három tényező határozza meg különösen: az örökletesség, a környezet és a magatartás. Különösen nagy szerepe van a magatartásnak, hiszen az egyén felelős saját egészségéért és ezt a felelősséget nem utasíthatja el. Az egészségfejlesztő programok sajátja, hogy nem csak az egészségre neveléssel foglalkoznak, hanem a társadalmi hatások befolyására is kísérletet tesznek. Így befolyásolhatóvá válik az életstílus is, ami gyakran áll különböző betegségek hátterében. Az egészségfejlesztés magában foglalja az elsőleges, másodlagos és harmadlagos prevenció lazább formáját is, nagy hangsúlyt helyezve a prevenció célszemélyének aktivitására.

Tanulságos megismerkedni azzal a munkával, amelyet a LEA (Lelki Egészségvédő Alapítvány) munkatársai végeztek (*Antalfai, Kurdi, Márton, Pados, 1998*). Veszélyeztetett miliőben élő gyermekek számára szerveztek prevenciós táborot. A gyerekek életkora 7-14 év között volt és a hat nap alatt rendszeresen vettek részt nagy- és kiscsoportos foglalkozásokon. Emellett volt lehetőség sportolni, meséssel, zenével ismerkedni szituációs játékokon részt venni. Ha az eredményét nézzük, látjuk, hogy a csoport-összetartozás még két hónap után is érezhető volt, javult önértékelésük, képesek lettek problémáikat megfogalmazni, megtanulták feszültségeiket kreatívabban megoldani. Ha egy hét alatt eljutottak ide, mi mindent lehetne tenni hosszabb távon?

Ha konkrétan az iskolai prevencióra gondolunk, megállapíthatjuk, hogy sok lehetőség rejlik benne. Az iskola természetes közege a prevenciós programoknak, hiszen itt a gyerekek jelentős számban elérhetőek. Ezek a programok elég jól kidolgozottak és figyelembe veszik a serdülők életkori sajátosságait. Foglalkoznak téves hiedelmeikkel és törekednek a nevelők, szülők, kortársak bevonására is. A különböző programok elnevezése mögött általában az eltérő koncepciók húzódnak meg, arra utalnak, hogy a programok hová helyezik a hangsúlyt.

Fontos, hogy a programok dolgozói, terjesztői tisztában legyenek vele: nem a diákokkal kell kezdeni! Ha eredményes munkát akarunk végezni, megfelelően képzett szakemberekre van szükség. Ezek lehetnek vállalkozó szellemű pedagógusok is, őket azonban az egyéb problémák miatt jobban fenyegeti a kiégés veszélye. Ezért fontos a pedagógus lelki és testi egészsége, konfliktuskezelő képessége, megfelelő pszichológiai, kommunikációs ismeretei.

Bár az iskola valóban természetes közege e programoknak, nem tekinthetünk el korlátaitól.

Vannak olyan csoportok, akik itt nem elérhetőek. Ők az iskolaelhagyók és a krónikus hiányzók. Ugyanakkor van még egy korlátozó tényező: az iskola a szociális tanuláshoz csak egyik színtere! A család, a lakókörnyezet legalább olyan fontos, és ha innen nincs megerősítés, bizony a hatékonyság csökken.

Több olyan program is van, amely iskolában jól alkalmazható és eléggé kidolgozott. (ld. Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. ISM, 2001. 105-155. old.)

EGY SZENVEDÉLYBETEG ÉLETÚTJA – AVAGY KIÚT A KÁBÍTÓSZER ÚTVESZTŐIBŐL

Zsankó László

Esetismertetés

Zoli születését a család nagyon várta, annál is inkább, mert remélték, hogy fiúként folytathatja apja kettétört labdarúgó karrierjét. Delegált gyermekként született. Édesapja tehetséges labdarúgó volt, nagy jövő előtt állt, amit egy sajnálatos ok - végzetes sérülés - szakított meg. Szülei, de elsősorban édesapja remélte, hogy fiának sikerül végigjárni azt a labdarúgó karriert, amit ő nem tudott megvalósítani, hiába szerette volna. A fiú korai gyermekkorát nagyon harmonikus családi légkörben élte meg, szívesen emlékszik vissza rá. Édesanyja a helyi bölcsődében gondozónőként dolgozott, Zoli is ide járt. Édesapja rendőrként dolgozott, munkájából adódóan nagyon keveset volt otthon, de ha együtt voltak, mindig focizni tanította Zolit. Óvodás korában nagyon súlyosan megbetegedett, agyhártyagyulladásra lett. Hosszú ideig élet-halál között volt, az orvosok nem tudták megmondani, hogy sikerül-e megmenteni. A betegségből végül is sikerült kigyógyulnia ugyan, de visszamaradtak viselkedési zavarok, és ennek következtében alapvetően megváltozott az élete. Mély nyomokat hagyott a szülőkhöz a betegség, illetve az a tudat, hogy el is veszthették volna fiukat. Szembe kellett néznie édesanyja túlzottan féltő, túl óvó viselkedésével, valamint édesapja iránta érzett csalódásával, hogy nem tudja teljesíteni "küldetését" - betegségéből adódóan -, nem lesz belőle ismert, elismert labdarúgó. Akkor még nem értette meg, hogy mi történik vele.

Mint kisiskolás, a kezdetekben szeretett iskolába járni, de ez később megváltozott, egyre több kudarc érte a tanulás során. Nem tartozott a jó tanulók közé, többször állt bukásra is. Időközben édesapja és édesanyja között is megromlott a viszony, egyre sűrűbben

veszekedtek. Zoli ezt nehezen viselte. Az általános iskolai tanulmányai során több volt a kudarca, mint a sikere, ami miatt a szülei gyakran megbüntették, nem engedték el a többiekkel játszani. Emellett túlzottan óvták az átélt betegsége miatt, főleg az alsó tagozatos időszakban. Nagyon keveset töltött szabadidejében az osztálytársaival, emiatt kiemelten szerencsétlennek érezte magát.

A felső tagozatos időszakára úgy emlékszik vissza, hogy ekkor már többször szembeszállt a szülői szigorral, az iskolából nem ment egyenesen haza, elcsavargott az osztálytársaival. Kezdetben büntetéseket kapott a csavargásért. 6. osztályos korára azonban jelentős változás állt be a család életében. Édesanyja elveszítette a munkahelyét, állás nélkül maradt, amit nem tudott feldolgozni. Egyre többet ivott, és nagyon gyakran volt részeg. Ilyen állapotában tettelegességgig fajuló veszekedéseket produkált Zoli édesapjával, amelyek egyre gyakoribbá váltak. A gyerek nem értette, mi történt velük. Mióta édesanyja elkezdett inni, nem kérték számon iskolai eredményeit, nem törődtek vele, nem érdekelte a szüleit, hogy mit tesz szabadidejében. Amikor megkezdte az utolsó évét az általános iskolában, édesanyja elhagyta őket, "kilépett az életükből", nem törődött velük, ahogy Zoli jellemezte, "masszív alkoholista" lett. Teljesen megszakította a kapcsolatot a családdal, nem akart velük találkozni. A karácsonyi ajándékot is az ajtó elé tette, ha egyáltalán eszébe jutott a fia. Zoli az utcán többször látta az édesanyját, aki szinte mindig részeg volt, így egyre jobban meggyűlölte és a barátai előtt is szégyellte.

Ebben az időben a családnak már anyagi gondjai kezdődtek, hisz csak az édesapa fizetése volt, ráadásul ő is az alkoholhoz nyúlt. Erre az időre tehető Zoli életében az első alkoholfogyasztás és cigarettázás. Barátaival otthon édesapja pálinkájából ittak. A "barátai" között érezte igazán jól magát, egyre több időt töltött velük. Elmondása szerint ilyenkor érezte úgy magát, mint aki fontos másoknak, meghallgatták, beszélgettek és közben egyre többször fogyasztottak alkoholt. A nyolcadik osztály befejezését követően a ballagási banketten a

barátaival gyógyszerre (nyugtatóra) alkoholt ittak. Úgy érezte, mintha mesevilágba érkezett volna. Haza már nem szeretett menni, mert az apja állandóan éreztette a csalódását, hogy Zoliból nem lett sikeres focista. A helyzetét igazán akkor érezte elviselhetetlennek, amikor az apja részeg volt, ilyenkor az apai nagyszülőkhöz ment, ahol biztonságban érezte magát.

Az édesanyja szülei nem laktak a városban, így nem is tartották velük a kapcsolatot. Az apai nagyapát egy öreg istenségnek tartotta, "aki jó barát volt", közös nyelven tudtak beszélni. A nagyapával volt a legközelebbi, legbizalmasabb kapcsolatban. Az apai nagymama a szeretetlistán a második, aki mindig cinkosságot vállalt az unokájával.

Az általános iskola elvégzése után, "ami nem sikerült valami fényesen", a kézműves iskolába jelentkezett bőrdíszműves tanulónak. Az iskolába hasonló problémákkal küszködő gyerekek jártak, Zoli szavaival élve: "ez egy alternatív iskola volt". Az osztálytársaival 15 évesen kipróbálták a marihuánás cigarettát, amely "bekerít, s minden rossz dolgot megsemmisít", mondta Zoli. Az iskolában jól érezte magát, "igazi társaság alakult ki", egyre többet maradt el, gyakran fordult elő, hogy már az éjszakát sem töltötte otthon. Az apja mindezzel nem foglalkozott, este már részeg volt, nem kérdezte, hogy hol, merre járt, mi történt vele. Zoli ekkor már úgy érezte, nincs semmi, ami érzelmileg az apjához kötné, egyelőre az anyagiak miatt maradt otthon.

16 évesen ismerkedett meg a mákteával. Ettől kezdve az alkohol és a máktea folyamatosan elkísérte. Mákteát naponta négyszer ivott, összesen kb. 2 litert. Időközben édesapja elveszítette állását, munkanélkülivé vált és egyre jobban eldurvult a helyzet, gyakorivá váltak a veszekedések. Az apa alkoholfogyasztása és állásának elvesztése között összefüggés volt. Egyre többet ivott, amihez pénzre volt szüksége, amit bűncselekmények elkövetésével próbált megszerezni. Ez kiderült, büntetőeljárást indítottak vele szemben és elbocsátották. Időközben Zoli abbahagyta az iskolát, nem szerette a kötöttséget, szabadságra vágyott. A barátaival megegyeztek, hogy kivesznek egy albérletet és együtt fognak élni. Különböző "balhékból"

szereznek pénzt, így fedezik a megélhetéshez szükséges kiadásait. Öt társával együtt albérletbe költöztek, ahogy eltervezték.

Időközben kipróbálták az összes beszerezhető kábítószer, így az LSD-t, a heroint, a speedet is.

A megélhetésükhöz és az "anyag" vásárlásához szükséges pénzt kisebb "balhék" (gépkocsi-feltörés, lopás, bolti lopás stb.) elkövetésével szerezték meg, majd lehetőséget kaptak heroin és LSD terjesztésére is. Jól ment az üzlet, megszűntek az anyagi problémáik. Egyre többet "anyagoztak" ők is, így jött el az a végzetes vasárnap délután is. A hét elején annyi pénzt szedtek össze, hogy úgy döntöttek, hosszú hétvégét tartanak. Állandóan "belőtt" állapotban voltak. Vasárnap délután mind az öten otthon tartózkodtak, mindenkinek jutott egy LSD bélyeg, amit "le is nyaltak". "Kovi" a barátjuk egyszer csak felkelt, kiment a konyhába, felállt a konyhaasztalra, kinyitotta az ablakot majd kiugrott a negyedik emeletről és szörnyethalt. Zolit az események nagyon megviselték, de ekkor már nem tudott "leválni az anyagról", sőt, egyre többet fogyasztott, már csak heroint. A pénzt dealerkedéssel szerezte meg, egyre jobban elmerült a kábítószeres éjszakában, míg a rendőrség fel nem figyelt rá. Kábítószer-terjesztés miatt előzetes letartóztatásba helyezték és büntetőeljárást indítottak ellene.

Kapcsolatfelvétel

Zoli kábítószer-terjesztése miatt előzetes letartóztatásban volt a rendőrség fogdájában. Május 16-án üzenetet kaptam, hogy szeretne velem találkozni, elbeszélgetni. Ismeretségünk korábbi időkre vezethető vissza, hiszen édesapja munkatársam volt és egy lakótelepen éltünk, így gyermekkorában gyakran találkoztunk. Az üzenetet megkapva, még aznap délután megkerestem és felkísértem az irodámba. Izgatottnak tűnt, fel-alá járkált a szobában, nem volt türelme egy helyben ülni. Beszélgetni kezdtünk, melynek során elmondta, hogy drogproblémával küzd, ismer engem, és a segítségemet kéri. A beszélgetés során közöltem vele, hogy felvállalom, segítséget nyújtok neki a kábítószer-problémája leküzdéséhez.

Megbeszéltük, hogy másnap ismét találkozunk. A kapcsolatfelvételt követően felmerült bennem helyzetünk sajátossága, és lehetőségét láttam annak, hogy függetleníteni tudom magam e speciális helyzet negatív hatásaitól. Alapvetően a problémát az jelentette, hogy én rendőrként dolgozom, így Zoli részéről bizalmatlanság, elutasítás is jelentkezhetett volna. Szerencsére ez nem következett be. A konzultáció során ilyen jellegű probléma nem merült fel.

Konzultáció

Állapotfelmérés

Zolival megbeszélésünk szerint az irodámban találkoztunk. Előre megegyeztünk, hogy egy-egy alkalommal egy óra áll a rendelkezésünkre. A találkozásokra rendszeresen jött, nem keresett kibúvót. Az első időszakban naponta találkoztunk és egyre jobban megismertem. Rendkívül érzékeny, bizonytalan, nehezen megnyíló fiatalember. Sokszor ironikus, cinikus hangulatú megszólalásokkal próbálta oldani zavarát, és elterelni a szót az igazán komoly, vagy őt mélyen érintő dolgokról. Ennek ellenére találkozásainkon általában jó interjúalanynak bizonyult, de esetenként "hosszabb" időnek kellett eltelnie, míg komolyan beszélni tudott valamiről. Az állapotfelmérés és információgyűjtés öt ülés alatt történt.

Az állapotfelmérés lényeges motívumai:

- A droghasználata leküzdésének motivációs tényezői

Az elmúlt időszakban sokszor szembesült a droghasználata okozta negatív következményekkel, látta, ahogy meghalt a barátja, többször került összeütközésbe a hatóságokkal, egészségi állapotában is jelentős romlás következett be, csalódott a "barátaiban", akikről legalábbis azt hitte, hogy a barátai. A rendőrségi fogdába kerülését követően volt ideje mindezt átgondolni és arra az elhatározásra jutott, hogy szeretne megszabadulni kábítószer-függőségétől, és egy új életformát akar kialakítani. Tisztában volt azzal is, hogy ehhez nem elegendő csak az elhatározás, komoly erőfeszítéseket kell tennie.

Tudta, hogy ez egy hosszabb folyamat, de ha segítséget kap, végig tudja csinálni és ezért kérte a segítségemet.

Drogfogyasztó magatartás

Az első "anyag" fogyasztása 13 éves korára tehető, de ekkor szinte egy időben próbálta ki az alkoholt és a cigarettát is. A kipróbálás kortársi "megerősítéssel" történt, hiszen Zoli a barátaival lakásukon kóstolta meg apja pálinkáját, és szívták el az "összedobott pénzből" vásárolt cigarettát. Modellként ott volt az anya és az apa dohányzása, valamint italozása. Az első kipróbálást követően gyakran fogyasztott alkoholt a számára "kedvező" hatása miatt. Az általános iskola befejezését követően 14 éves korában - a ballagási banketten - próbálta ki először az alkohol-gyógyszer kombinációt. Ez akkor még a kísérletező drogfogyasztás kategóriájába volt sorolható, annak ellenére, hogy már megtapasztalta ezen kombináció pozitív megerősítő hatásait is. A családon belül a nagypapa volt az, akivel bizalmas viszonyban volt, de neki sem tudott minden problémájáról beszélni, szülei "nem voltak vevők" rá, így maradtak a "barátok", a kortársak, akik életének további alakulása szempontjából jelentős befolyással bírtak. A gyógyszer-alkohol fogyasztását követően, az adott körülmények között reális volt a veszélye annak, hogy később újabb kábítószer kipróbálása és fogyasztása következik. Ez meg is történt, hiszen iskolaváltását követően 15 évesen már "füvezett" is. Ezzel átlépett a drogfogyasztási magatartási forma újabb szakaszába, a szociális rekreációs szakaszba, mely általában heti rendszerességgel, többnyire alkalomhoz kötött fogyasztást jelentett. 16 éves korában megjelent a "máktea" az életében, amely folyamatosan elkísérte és így lett először habitualis-addiktív fogyasztó, majd miután kipróbálták az összes kábítószer (LSD, amfetamin, heroin stb.), leragadt a heroinnál. 18 éves korára kialakult nála a kényszeres droghasználat, a dependencia.

A DSM-IV. szerint igazolható Zoli dependenciája: "állandó kívánság, vagy sikertelen kísérletek a szer abbahagyására vagy kontrollálására; jelentős idő és aktivitás irányul a szer

megszerzésére vagy hatásaitól való megszabadulásra; fontos szociális, foglalkozási vagy rekreációs tevékenységek feladása vagy csökkenése a szerhasználat miatt".

Zoli életében a drogfogyasztás az önmagáról gondoskodás, valamint a családi helyzet tisztázatlanságával függ össze, ami az érzelmi szabályozás, indulatkezelés zavarához vezetett.

Családi háttér

Zoli pillanatnyi helyzetében elsősorban az apai nagyszülők segítségével bízhatott, annak ellenére, hogy régóta nem találkozott velük. Az anyját már hónapok óta nem látta, és vele nem is kívánta felvenni a kapcsolatot. Az apjával kapcsolatosan olyan információi voltak, hogy nem iszik, sikerült munkahelyet találnia. Zoli úgy érezte - annak ellenére, hogy haraggal váltak el -, van remény a kapcsolat újrafelvételére. Egyéb rokoni kapcsolatai a "drogos karrier" ideje alatt felmorzsolódtak.

Érdeklődési körök

Zolinál az iskola választásakor szempontként szerepelt, hogy olyan szakmát tanuljon, amely összefüggésben van a kézügyességével. Ilyen megfontolásból választotta a bőrdíszműves szakmát, mely meg is tetszett neki, szerette csinálni az iskolában, de a drogozás miatt a tanulmányai félbeszakadtak.

Jogi, rendőrségi problémák

Zolival szemben jelenleg büntetőeljárás van folyamatban "visszaélés kábítószerrel büntett" elkövetése miatt, ezért is került előzetes letartóztatásba, melyből a kapcsolatunk felvételét követő két hét múlva szabadlábra került. Korábban is indultak büntetőeljárások vele szemben, de azok már lezárultak.

Egészségi állapot

Az előzetes fogvatartásának ideje alatt megtörtént a detoxikálása, így jelenleg "tiszt". Folyamatosan kapja a nyugtatókat és állandó orvosi felügyelet alatt van. Egészségi állapota

kezd normalizálódni, fizikálisan egyre jobban erősödik, a probléma elsősorban a szorongása és nyugtalansága.

Célkitűzés

Zoli a következőképpen fogalmazta meg célját:

"Szeretném elfelejteni a múltat, és egy új életet kezdeni, ahol az "anyagnak" már nincs szerepe. Most úgy érzem, elég erős vagyok ahhoz, hogy ezt végigcsináljam." Az időbeosztás, az idejének hasznos eltöltését tűztük ki a legfontosabb feladatának; azt, hogy legyen mindig valami elfoglaltsága, mindig le tudja kötni magát jelenlegi speciális helyzetében, és szabadlára kerülését követően is. A célok között megfogalmazódott, hogy apai nagyszüleivel és apjával rendezze a kapcsolatát. Későbbi célként fogalmazódott meg az iskola újrakezdése, a bőrdíszműves szakmunkás bizonyítvány megszerzése. Fontos cél, hogy az absztinenciát megtartsa, ehhez viszont az kell, hogy szorongásait, feszültségeit kezelni tudja, valamint amennyiben a lehetőség adott, beköltözik a közelben működő rehabilitációs otthonba.

Közösen rövid távú célokat is megfogalmaztunk:

Legfontosabb feladat: levél írása a nagyszüleinek és az apjának a kapcsolatfelvétel érdekében.

Zoli nagyon fontos feladata a napi időbeosztás elkészítése, melyben állandó pontként kell szerepeltetni a konzultáció időpontját. Az iskola újrakezdése érdekében mindennapos program volt az olvasás, tanulás, illetve fizikai állapotának javítása érdekében a "kondizás".

Újabb célként azt tűztük ki - saját választása alapján -, hogy bőrből készít egy kis ajándéktárgyat, bizonyítva, hogy a korábban tanultakat nem felejtette el. Az ajándékot elviszi régi-új iskolájába az igazgatónőnek mintegy kapcsolatfelvétel szándékának jelzéséként.

Megállapodást kötöttünk, hogy "anyagot" nem használ, és mérsékli a kávé fogyasztását is.

Terápia és szerződészkötés

A célok meghatározása után közös döntés született, hogy Zoli rendszeresen feljön hozzám az irodába, majd szabadlára helyezését követően a rendőrségtől független "Áldozatvédelmi

Irodába", ahol zavartalanul tudunk beszélgetni. Szóbeli szerződést kötöttünk, amelyben először a kereteket beszéltük meg. Az időkerethez tartozott, hogy minden beszélgetés maximum 60 perc. Nagyon fontos a pontos megjelenés, mert ha késik, saját magától veszi el az időt. A segítő kapcsolatot kb. négy hónapra terveztük. A találkozók kezdetben mindennaposak lesznek, majd később ritkítjuk. A titoktartás lényeges volt, Zoli nem hatalmazott fel, hogy az ott elhangzottakról bárkinek információt adhassak. Közölte velem, hogy megbízik bennem és ígéretemet a titoktartásról elfogadta. Elmondtam neki, hogy a név és egyéb azonosításra alkalmas adat megjelenítése nélkül a segítő kapcsolatunk folyamatát dolgozat formájában szeretném megírni. Nem volt kifogása ellene, beleegyezett. A szerződésben szerepelt, hogy az absztinenciát megtartja, ha viszont krízishelyzetbe kerül, telefonon bármikor felhívhat.

Kezelés menete, a változás előidézése

A kezelés menete a speciális helyzetből adódóan két szakaszra bontható. Az első szakasz - amely két hétig tartott - a fogvatartás ideje, míg a második szakasz a szabadlábra kerülését követő időszak. Az első szakaszban a helyzetéből adódóan mindig pontosan megjelent az ülésen, a második szakaszban ez már nem volt ilyen egyértelmű. Hol előbb jött, hol késett, de ezek az időeltérések nem voltak jelentősek. A beszélgetések során izgatott volt, főleg a szabadlábra helyezését megelőzően. Zoli ennek részbeni okát a következőképpen fogalmazta meg: "Furcsa, de mégis félek, hogy újra szabadon mozoghatok, mert igazából most fogok találkozni a csábításokkal". Az előzetes terveknek megfelelően megírta a levelet az apjának és a nagyszüleinek is. Megkért, hogy hallgassam meg, mit írt a levelekben, majd felolvasta nekem. Én ezt a kapcsolatunk elfogadásaként értékeltem, mely jó alap lehetett a további együttműködéshez. A levelekben leírta élete alakulását, röviden a "drogos karrierjét", és azt az elhatározását, hogy egy más életet szeretne kezdeni, amelyből a kábítószer ki akarja hagyni. Ehhez kérte a segítséget az apjától és a nagyszüleitől is, akikhez még azzal a kéréssel

is fordult, hogy szabadlára helyezését követően hozzájuk költözhessen. A levél felolvasását követően látszott rajta, hogy egy kissé megnyugodott. Megkért, hogy juttassam el a leveleket a címzetteknek. A következő két ülésen nagyon izgatott, feszült volt, állandóan izgett-mozgott. Türelmetlenül várta a válaszokat leveleire, melyek a harmadik napon megérkeztek. Nagyon boldog volt és türelmetlen. Üzent nekem is, hogy találkozásunkat ne a szokott időben tartsuk meg, hanem hamarabb. A helyzet jelentőségére tekintettel beleegyeztem az új időpontba. Örömmel újságolta, hogy mindkét levelére kapott választ.

A nagyszülei maximális támogatásukról biztosították és megígérték, hogy amíg nem talál jobb megoldást, addig náluk lakhat. Az apja levele nem bizonyult ennyire egyértelműnek, kicsit tartózkodó volt, de benne volt a lehetősége a kapcsolatuk újragondolásának. Zoli ezt is pozitívként értékelte, mert úgy gondolta, hogy megvan a kapcsolatuk rendezésének lehetősége. Ennyire boldognak és felszabadultnak még nem láttam. Az orvos rendszeresen ellenőrizte, Rivotril, Pipolphent és Haloperidolt írt fel neki.

Eljött a szabadlára helyezését megelőző beszélgetésünk ideje. Nagyon izgatottan érkezett, várta is azt a napot, amikor szabadon kiléphet a rendőrség épületéből, és félt is tőle. Megbeszéltük, hogy az elkövetkezendő időszakban minden nap találkozunk, de már nem itt, hanem az "Áldozatvédelmi Irodában", illetve ha úgy érzi, hogy beszélni szeretne velem, telefonon is kereshet. Másnap szabadlára helyezték, melyről telefonon azonnal értesített. A délutáni találkozásunk alkalmával - ahová már fél órával előbb megérkezett - elmondta, hogy azonnal a nagyszüleihez ment, akik nagyon kedvesek voltak és támogatásukról újból biztosították. Nagyon félt ettől a találkozástól, nem tudta, hogyan fogadják. Ahogy Zoli mondta, "egy nagy kő gördült le a szívemről, amikor beléptem nagyszüleim házába, ők átöleltek és kisfiamnak szólítottak". Nagy megnyugvást jelentett ez a kapcsolat számára. A következő időszakban naponta találkoztunk. Felkereste egyezségünkben foglaltaknak megfelelően a volt iskoláját, beszélt az igazgatónővel az iskola újrakezdésének lehetőségeiről.

Ebből az irányból is biztatást kapott: az ajtó ősztől nyitva áll előtte. A következő találkozóra nagyon izgatottan, idegesen érkezett, sőt, jelentősen el is késett. Elmesélte, hogy találkozott a régi drogos barátaival, akikkel elbeszélgetett. A beszélgetés nagy hatással volt rá, visszaemlékezett a drogos időkre, ennek hatására nagyon erős sóvárgást érzett a heroin után, krízishelyzetben volt, ezért a megszokottnál tovább beszélgettünk. Amikor elbocsátottam, úgy láttam, kissé megnyugodott. Ezt a magatartást azonban relapszus veszély jelzőnek tekintettem. A sóvárgást, amennyire lehet, csökkenteni kell:

- Az elvonási tünetek enyhítésére gyógyszert kap.
- Kritikus stresszorokra megfelelő coping válasz: könyvek olvasása, melynek kapcsán megbeszéljük, hogyan lehet a szorongást, félelmet, indulatot, haragot, dühöt levezetni.
- Alternatív tevékenység: bőrből ajándéktárgyak készítése és edzés testépítő-szalonokban.

Mindkettőt nagyon szívesen végezte.

A segítő kapcsolat támogatást nyújtó ereje és pozitív élménye hozzájárult ahhoz, hogy már nem volt olyan feszült, mint a barátokkal történt találkozás után. A kérdésekre már megfontoltan, átgondoltan válaszolt. Szívesen beszélt élményeiről, sikereiről. Ekkor már hetente kétszer találkoztunk, melyek alkalmával betartotta a megbeszélte időt és időkorlátot. Nagyon boldog volt, amikor elkészültek a bőr kulcstartók, ugyanis nemcsak egyet készített, hanem ötöt. Adott a nagyszüleinek, az apjának - akivel rendeződni látszott kapcsolata -, az iskola igazgatónőjének és nekem is. Felajánlottam neki, hogy egyik ülés helyett menjünk ki a közelben lévő rehabilitációs otthonba, ahol megismerkedhet az ott lakókkal; illetve működik ott egy olyan interakciós csoport is, amelyben "külsősök" is részt vehetnek. A csoportnak nagyon értékes szerepe van. Megélheti Zoli, hogy szenvedésével, kínlódásával nincs egyedül: reményt meríthet abból, hogy látja a többiek küzdelmét, segíthet másokon, konfrontálódik, és azt kezelni kell, kialakíthat megfelelő coping válaszokat, kiélheti védett környezetben

agresszióját, dühét, kipróbálhat új viselkedési módokat, új élettapasztalatokat szerezhet. Itt a közösségben kerülhet az ember először tisztába önmagával.

Elmentünk az otthonba, ahol megismerkedett a "rehab" életével és a lakókkal. Meghívták a csoportos foglalkozásokra. Zoli a következőre el is ment. A nagyszüleivel a kapcsolata igazán jól alakult, az apjával is egyre többet találkozott, és ahogy ő mondta: "kezdjük megérteni egymást". Beszélgettünk a csoporttal kapcsolatos érzéseiről. Nagyon tetszett neki, hogy pl. beszélhet, a többiek hallgatják, középpontban érezheti magát, de a kritikát még nem tudta egyértelműen elfogadni. A csoportban való részvétel a konzultáció terminálását, és a tőlem való elválását is segíthette. Nagyon erős személyfüggőség alakult ki Zoliban velem kapcsolatban. A konzultációkat ekkor már lecsökkentettük heti egy alkalomra. Közben üresedés történt a rehabilitációs otthonban, Zolinak telefonáltak, hogy költözzön be. Élt a lehetőséggel, négy hét múlva lehetett beköltöznie.

Otthon a nagyszüleinél jól érezte magát, apjával is alakult a kapcsolata.

A kezelés terminálása

Három hónap telt el a segítő kapcsolatból, hetente már csak egyszer jött. Egyre közeledett a rehabilitációs otthonba történő beköltözés ideje, mindketten tudtuk a szerződésünkből adódóan, hogy közeleg a konzultáció lezárása. A találkozásainkon ekkor már egy kissé provokatívnak éreztem a velem szembeni viselkedését. Az ilyen jellegű megnyilvánulásaiból arra a következtetésre jutottam, hogy dependens velem, félt, hogy befejeződik a konzultáció - annak ellenére, hogy a rehabilitációs otthonba költözik -, megijedt, hogy elveszít engem. Egyre indulatosabban, provokatívabban kezdett viselkedni velem. Megbeszéltük, hogy az otthonba történő beköltözését megelőzően találkozunk. A találkozón megbeszéltük, hogy nincs oka a félelemre, az otthonban is jól fogja érezni magát - hisz a csoportfoglalkozások is ezt igazolták -, de engem telefonon elérhet, ha úgy érzi, hogy szüksége van rám. Megígértem, hogy meglátogatom majd. A beszélgetést követően láthatóan megnyugodva távozott.

Utókezelés

Az otthonba történő beköltözését követően, kezdetben heti rendszerességgel hívott telefonon, én is többször meglátogattam. Ilyenkor elmondta, hogy mi történt az eltelt időszakban, és azt is, hogy egyre jobban érzi ott magát. A nagyszüleivel továbbra is jó volt a kapcsolata, támogatták, erősítették benne a hitet, hogy képes lezárni a múltját. Apjával is egyre jobban alakult a kapcsolata, nála is érezte már a támogatást. Az idő múlásával csökkentek a telefonhívások, egyre nagyobb időközök teltek el két beszélgetés között. Az otthonba történt beköltözés után kb. 1 hónappal hívott egy beszélgetésre. Mesélt az otthonról, hogy a rehabilitáció újabb szakaszába lépett, megemlítette, hogy egy nagyon jó segítő társaság jött össze, sőt, úgy tűnik, barátokra is lelt. A konzultáció folyamán Zoli kommunikációja oldottabbá vált, nyitottabb lett a külvilág felé. Az új élethelyzeteket példaként élte meg, melynek eredményeként már mást jelentett számára a tanulás, a munka, a barátság és a közösség. A harag, agresszió, düh, ingerlékenység mellett megjelent a szeretet, a másokra történő odafigyelés, segítség. Viselkedése ellenőrzöttebb lett és másokkal szembeni toleranciája is megnőtt.

Az utolsó találkozásunkat követően elmaradtak a telefonhívások.

Utánkövetés

Újabb hívások nem érkeztek, személyesen sem találkoztunk. Tudomásom szerint az otthonban teljes mértékben beilleszkedett, jó a közösséghez a hozzáállása, aktív és várható, hogy beválasztják a "rehab" irányító testületébe, ami azt is igazolja, hogy a lakók is elfogadják.

Összefoglalás

A kapcsolatfelvételünk Zoli kezdeményezésére történt, és felért egy segítségkéréssel. Ez azonban így nagyon egyszerűnek tűnt, de nem tudtuk még akkor, hogy sikerül-e elfogadtatnom magamat, tudunk-e együtt dolgozni. Ezekre a kérdésekre előre nem ismertük a

választ, ez csak a konzultáció során derült ki, és kisebb-nagyobb nehézségek ellenére egyértelmű igent jelentett. Helyzetünket nehezítette az a speciális helyzet, ami Zoli esetében a szabad mozgásának korlátozását jelentette az első időszakban. Ezt a problémát is át tudtuk hidalni, jelentős akadályt nem jelentett segítő kapcsolatunk kialakulása és fejlődése szempontjából. Nagyon fontos volt, hogy rövid távú, elérhető célokat tűzzünk ki és az együttműködésünket szerződéskötéssel szentesítsük. Munkám szempontjából nehézséget jelentett, hogy igazából senki felé nem nyithattam, mert nem élhettem vissza Zoli bizalmával. A konzultáció kezdeti szakaszában főleg az empátia, a meghallgatás, az elfogadás és megnyugtatás eszközeivel kívántam élni. Később már a köztünk kialakult közvetlen kapcsolat is segítő tényezőként hatott. A figyelő meghallgatás során nem szakítottam meg Zolit, hagytam, hogy saját magáról beszéljen, de arra ügyeltem, hogy figyelmét óvatosan, de tudatosan a jelenre irányítsam. A konfliktusok megoldását közösen kerestük, de a lehetséges megoldásokat mindig ő mondta ki. A konzultáció során éltem a dícséret, illetve a pozitív véleményerősítő és lelkesítő hatásával. Tudtam, hogy Zolit mindig olyannak kellett elfogadnom, amilyen az adott helyzetben volt. A beszélgetések után mindig visszapergettem, megvizsgáltam az eseményeket, különös tekintettel a zavaró tényezőkre, azzal a céllal, hogy ezt a következő alkalommal ki tudjam védeni.

A konzultációs időn túl is biztosítottam lehetőséget arra, hogy ha szüksége van rám, bármikor el tudjon érní. A konzultáció idejét, illetve befejezésének időpontját előre megbeszéltük, így tudatosan tudtunk készülni a leválásra. Ennek köszönhető, hogy nagyobb konfliktus nélkül sikerült befejeznünk a konzultációt. Zolival való kapcsolatam a nehézségek és kudarcélmények ellenére is sikeresen zárult, s ezt megerősítette életének további alakulása is.

A VISSZAESÉS AZ ALHOLBETEGEK ÉLETÉBEN
Kaszab Gézáné

Alkalmazott kutatási módszerek

A szakdolgozat összeállításánál a magyar szakirodalomból felhasználtam *Kelemen Gábor* (1994), *Gerevich József* (1991) írásait, valamint *Rácz József* "Addiktológia - Tünettan és intervenciók" - című könyvét (1999). Tanulmányoztam az Alcoholics Anonymous gazdag irodalmát.

A visszaesésnek - mint jelenségnek - a megértéséhez segítséget adott *Maratt*, *Godon*, *Litman*, *Solomon*, *Schiffman*, *Donovan*, *Hather* és *Tallard* (1991-98) visszaeséssel kapcsolatos kutatásainak eredményei.

A tapasztalatszerzésben segített a városunkban működő alkoholelles klub tagjaival tartott kapcsolatom, valamint olyan szakemberekkel történt beszélgetések, akik a terápiában hosszabb ideje dolgoznak kórházunk addiktológiai osztályán és kellő tapasztalatokkal rendelkeznek.

Szakdolgozatom elkészítéséhez interjúkat készítettem a fenti osztályon kezelt visszaeső alkoholbetegekkel. Elkészítettem az interjúk összehasonlító vizsgálatát, azokról értékelést készítettem, majd általános tapasztalatokat vontam le.

Dolgozatomban foglalkozom az utókezelés és utánkövetés kérdéseivel.

Vizsgálataimban és következtetéseimben *Marlatt* visszaeséssel kapcsolatosan kidolgozott bővebb rendszerét használtam.

A visszaesés vizsgálata

A visszaeséssel kapcsolatos vizsgálataim során öt személlyel készítettem interjút, megállapítottam, hogy majdnem mindegyikük csak rövid ideig tudott absztinenciát tartani, de legalább hat hónap telt el a visszaesésükig. A visszaesés vizsgálatánál feltett kérdésekkel lehetőséget adtam, hogy saját saját szavaikkal mondják el véleményüket a visszaesésükről, s azt is, ahogyan erről gondolkodnak. .

Az interjúk és vizsgálatuk

1. Interjú

Az interjú készítésének helye: egy városi kórház addiktológiai osztálya.

Az interjú készítésének ideje: 1999. 10.20.

Szeretném Öntől megkérdezni nevét és korát.

- Nevem K. J-né vagyok 43 éves.

Iskolai végzettsége, foglalkozása?

- Iskolai végzettségem: főiskola (egészségügyi főiskola védőnői szaka).

- Védőnőként dolgozom jelenleg is egy Nógrád megyei kis faluban.

Családi állapota?

- Férjezett vagyok, két iskoláskorú gyermekem van, egyik 18, a másik 15 éves.

- Férjem szüleivel élünk együtt házasságkötésünk óta. Férjem osztályvezetőként dolgozik egy vállalatnál, neki itallal nincsenek gondjai, csak alkalmanként fogyaszt alkoholt.

Itallal való kapcsolata, komolyabb italozása mikor kezdődött?

- Az első pohár alkoholt 18 éves koromban fogyasztottam baráti társaságban.

- Az első pohártól egész férjhezmenetelemig csak szociális ivó voltam, főleg összejövetelek alkalmával.

- 25 évesen mentem férjhez, házasságkötésünk után anyósomékhöz költöztünk, ahol állandó feszültségben éltem, - ez még most is tart, - stresszoldásra kezdtem az italt használni: egy idő után észrevettem, hogy így kevésbé vagyok feszült. Férjhezmenetelemtől italozásom folyamatosan növekedett, ami a GYES alatt teljesen elmélyült, mire visszamentem dolgozni, az ital már hozzátartozott az életemhez.

Mit gondol arról, mi játszott szerepet egyre mélyülő italozásában?

- Így most a kérdésen elgondolkodva úgy vélem, az, hogy négyszáz kilométerről kerültem ebbe a kis faluba, teljesen más kultúrát kellett megszoknom. Állandóan alkalmazkodnom

kellett anyósomékhöz, az itt élő emberekhez. Gyes alatt sokat voltam egyedül, mert férjem ekkor végezte a főiskolát, ráadásul nappali tagozaton. A velem szemben támasztott sok feladattól állandóan feszült voltam és mikor megismertem az ital hatását, rendszeresen fogyasztani kezdtem.

Hogyan érzi: mióta okoz komoly problémát az ital Önnek?

- 39 éves koromtól egyre nagyobb problémát kezdett jelenteni a családi életemben, ahol férjemmel egyre rosszabb lett a kapcsolat, egyre jobban eltávolodtunk egymástól. A gyerekekkel és anyósomékkal is nagyon rossz a viszonyom. Munkahelyemen is kezdtek észrevenni italozásomat, sokszor nem bírtam dolgozni menni és betelefonáltam, hogy rosszul érzem magam.

Egészségügyi problémák is jelentkeztek, ha nem ittam, kötekedő voltam, a kezem is remegett.

Mikor került először kezelésre, hogyan került az osztályra?

- Első alkalommal a Pszichiátriai osztályra kerültem főnököm javaslatára, mivel egyik alkalommal nagyon rossz állapotban mentem be dolgozni és ekkor javasolta, hogy saját érdekemben vegyem igénybe a kezelést. Ekkor még az addiktológiáról hallani sem akartam. Három hétig voltam a pszichiátrián, de sajnos hazakerülésem után azonnal ott folytattam, ahol abbahagytam. Újabb rosszullet következett és ekkor már önszántamból döntöttem úgy, hogy igénybe veszem az addiktológiai kezelést.

Kezelés után miben látja visszaesésének okát?

- Úgy gondolom, visszaesésemet több dolog is befolyásolta:

- A három hét kezelés mindenféleképpen rövid volt, még az ital csábító voltától sem tudtam igazán megszabadulni. Férjemtől, anyósoméktól igazán segítséget nem kaptam. Úgy éreztem a faluban mindenki engem figyel, bár ez kevésbé volt igaz, mert a faluban nem tudták, hogy hol vagyok. Családom nagyon szégyellte, így nem is mondták senkinek. Munkába nem

álltam, ahol segíteni tudtak volna. Gondolom, talán ezek játszottak szerepet gyors visszaesésemben.

Kitől vagy kiktől vár segítséget, hogy újabb visszaesés ne következzen be?

- Mindenféléképpen az osztályon egy hosszabb időt szeretnék eltölteni. Szeretnék jól felkészülni a hazamenetelemre, ehhez elsősorban a kezelőorvosomtól, az osztály dolgozóitól várok nagyon sok segítséget. Most már egyre jobban látom, hogy az ital mennyi problémát okozott számomra. A visszaesés elkerülésében nekem is nagy szerepem lenne, de ehhez nagyon sok erőt kell gyűjtenem.

Segítséget várok a családomtól, elsősorban férjemtől, valamint nem utolsósorban munkatársaimtól.

Véleményem az elhangzottakról:

A beszélgetés után úgy látom: K. J-nének kb. 18 évi folyamatos italozás után el kell jutnia oda, hogy elfogadja és szembesüljön az ital okozta problémáival. Alkoholmentesen még nagyon kevés időt töltött el. Fel kell fognia és szembesülnie kell azzal is, hogy családi problémáinak okozója az ital. Férje bizalmát vissza kell nyernie. Munkahelyén a munkájának meg kell felelni, munkatársai látogatják, biztatják, és visszavárják. Osztályon való tartózkodása során sok stressz-lerendezési technikát kell elsajátítania ahhoz, hogy minél tovább alkoholmentesen tudjon élni.

2. Interjú

Az interjú készítésének helye: egy városi kórház addiktológiai osztálya.

Az interjú készítésének ideje: 1999. augusztus 05.

Szeretném Öntől megkérdezni a korát és nevét.

- Nevem V.M, 52 éves vagyok.

Foglalkozása, iskolai végzettsége?

- Iskolai végzettségem gépészmérnök, ebben a munkakörben dolgoztam, amíg munkaköröm átszervezés miatt meg nem szűnt. Jelenleg munkanélküli vagyok.

Családi állapota?

- Nős vagyok, sajnos a feleségem is munkanélküli. Két fiam van, akik még iskolába járnak. Itt szeretném megemlíteni, hogy édesanyámnak voltak alkoholproblémái. Ha gondjai voltak, hajlamos volt az italhoz nyúlni egész komoly mennyiségben. Édesapám életében az ital nem okozott nagyobb problémát.

Italozása, itallal való kapcsolata mikor kezdődött?

- Itallal való találkozásom a középiskolában kezdődött. Ivásom itt még rendszertelen volt, munkába állásom után kezdett rendszeressé válni.

Hogyan érzi: mióta jelent az ital komolyabb problémát?

- Problémát számomra 42 éves koromtól folyamatosan okoz, mind egzisztenciálisan, mind egészségileg. Környezetem italozó embernek ismer, ami a faluban való elhelyezkedésemet nagyon nehezíti.

42 éves kora előtt próbálkozott-e önállóan leszokni az italtól?

- Magamtól igazából nem próbálkoztam, illetve volt olyan, hogy rövidebb ideig nem ittam, de mindig újrakezdtam. Jelenleg is csak orvosi segítséggel sikerül hosszabb-rövidebb ideig megállnom, hogy ne igyak. Absztinenciát huzamos ideig képtelen vagyok tartani.

Mit gondol, mi játszott szerepet italozása elmélyülésében?

- Első helyre tenném munkakörömet: amíg dolgoztam, vezető voltam és munka után a munkatársakkal együtt szinte mindennap ittunk. Munkahelyem megszűnése után az állás-keresésben tapasztalt és jelenleg is fennálló kudarcok jelentik a második okot. Feleségem munkanélkülivé válása is elkeserített.

Mikor került először kezelésre és hogyan?

- Kezelésre 42 évesen kerültem először ide az osztályra, ahol tíz éve vagyok folyamatos kezelés és ellenőrzés alatt. Ezen idő alatt öt alkalommal voltam az osztályon, mint fekvőbeteg. Kezelésemre mindig rosszulléteim miatt került sor, vagy az ebből fakadóan bekövetkezett baleseteim miatt. Legtöbbször mentővel kerülök az osztályra.

Miben látja visszaesésének okait?

- Visszaesésem okai: Feleségem látszatra elfogadja, hogy az osztályon vagyok, de amikor otthon vagyok, sokszor tesz szemrehányást. Állandóan feszültnek érzem magam. Gyakran vagyok ideges amiatt is, hogy nem sikerül munkát találnom. Gyerekeim részéről is jönnek az állandó szemrehányások, italozásom zavarja őket. Ha józan vagyok, úgy gondolom, jogosan. Barátaim is szerepet játszanak abban, hogy mikor kikerülök az osztályról, rövid idő után újra a pohárhoz nyúlok.

Szokott-e csábítást érezni az ital iránt?

- Az osztályon mindig megállok, hogy nem iszom, néha azonban érzek kísértést. Amint kikerülök az osztályról, azonnal érzem a csábítást.

Milyennek ítéli a kapcsolatát környezetével, barátaival?

- Úgy gondolom, hogy a kapcsolatam nem szakadt meg, ami a visszaeséseimet is okozza.

Hogyan vélekedik jelenlegi helyzetéről?

- A helyzetemet jelenleg kilátástalannak érzem, nagyon kis esélyem van arra, hogy munkát tudjak találni a faluban vagy a környékünkön. Igazából már nem is ragaszkodnék a szakmámhoz sem. Úgy gondolom, ha munkához tudnék jutni, könnyebben meg tudnám állni, hogy ne igyak, ezért a munka-keresést tartom legfőbb célomnak.

Kitől vár segítséget céljai eléréséhez?

- Elsősorban a családomtól, barátaimtól, nem utolsósorban az osztályon dolgozóktól várom, hogy minél tovább sikerüljön az absztinenciám megtartása.

Véleményem az elhangzottakról:

A beszélgetés alapján úgy értékelem, hogy V.M. italozásában szerepet játszott édesanyja nagymértékű alkoholizálása, aki a problémák megoldását az italban látta.

A fentieket bizonyítja, hogy már fiatal korában is - középiskolába járt – a gondok megoldását az ital fogyasztásában kereste. Munkába állása után italfogyasztása fokozódott, melyben nagy szerepet játszott, hogy vezető beosztásba került és gyakorivá váltak a munka utáni italozások a szűkebb baráti és munkatársi körével. Az italozás szinte öncélúvá vált, amint a munkahelye megszűnt, munkanélkülivé lett. A helyzetét nehezítette az is, hogy a felesége is elvesztette munkahelyét. Gondot okozott a család ellátása. Az is valószínű, hogy a probléma megoldásához nagymértékben hozzájárulna, ha legalább egyikük (elsőként ő maga), minél hamarabb találna munkát, ezzel javulna anyagi helyzetük, megélhetési gondjaik csökkennének, illetve kiszakadna régi környezetéből.

3. Interjú

Az interjú készítésének helye: egy városi kórház addiktológiai osztálya.

Az interjú készítésének ideje: 1999. július 10.

Szeretném Öntől megkérdezni nevét és korát.

- Nevem Dr. J.P., 49 éves vagyok.

Foglalkozása, iskolai végzettsége?

- Iskolai végzettségem egyetem, foglalkozásom jogász, e munkakörben dolgoztam egészen a leszázalékolásomig, illetve utolsó munkahelyem elvesztéséig.

Családi állapota?

- Elvált vagyok, 1985 óta. Italozásom nem függött össze a válásommal, illetve ahhoz csak kismértékben járult hozzá. Gyermekeim nincsenek. Jelenleg egyedül élek, mivel szüleim meghaltak.

Italozása, itallal való kapcsolata mikor kezdődött?

- Inni egyetemi éveim alatt kezdtem, ekkor kerültem komolyabb kapcsolatba az itallal. Egyetemi éveim előtt nem fogyasztottam alkoholt. Italozásom az egyetem befejezése után kezdett egyre jobban fokozódni, amihez hozzájárult édesanyám elvesztése is.

Hogyan érzi: mikortól kezdett az ital komolyabb problémát okozni?

- Komolyabb problémát 43 éves koromtól jelentett számomra egzisztenciálisan és egészségileg is. Ettől az időtől már nem tudtam a munkámat megfelelően ellátni, meggyúlt a bajom a főnökeimmel, munkatársaimmal, nem tudtam tartósan munkát végezni. Munkahelyeimet váltogattam, a próbaidők letelte után szerződés-hosszabbítás nem történt.

Italozó éveiben próbálkozott-e önállóan a leszokással?

- Nem próbáltam az italfogyasztást abbahagyni, legfeljebb csak kevesebbet ittam a szokottnál.

Mi játszott szerepet italozása elmélyülésében?

- Úgy gondolom, munkahelyem játszott ebben nagy szerepet, ahol munkatársaimmal munkaidőben és munka után is italoztunk. Ittunk egy per megnyerésekor, de elvesztésekor is. Egy idő után már azt vettem észre, hogy nem tudok ital nélkül élni. Itt jegyzem meg, hogy családomban senki nem fogyasztott alkoholt. Másik fontos ok édesanyám elvesztése volt, mivel nagyon közel álltam hozzá.

Mikor került először kezelésre?

- Kezelésre először 1997 októberében kerültem, önként jelentkeztem. Ehhez hozzájárult szülész-nőgyógyász nővérem is, akinek a segítségével kerültem Kiskovácsiba. Itt kezdtem belátni, hogy az ital komoly problémát jelent az életemben, de igazi belátás-tudatom még nem alakult ki. Kiskovácsiban három és fél hónapot töltöttem, igazán absztinens nem lettem, mert esetenként a kezelés alatt is fogyasztottam alkoholt.

Miben látja visszaesésének okait?

- Visszaesésem okai: Visszakerültem ugyanabba a környezetbe és társaságba. Az ital nem maradt ki igazán az életemből a kezelés alatt sem. Nem tudtam azonnal munkába állni.

Egzisztencia-vesztésemet felfogtam, ezen kívül a lakásomból is az italozásom miatt játszottak ki.

Fenti problémák hatására a kezelés után rövid időn belül újra nagymérvű italozásba kezdtem, naponta lerészegedtem, ezen időszak körülbelül két-három hétig tartott.

Mikor került ide az addiktológiai osztályra?

- Az addiktológiai osztályra ismét önszántamból jöttem, ehhez kértem nővérem segítségét, aki felvette a kapcsolatot az osztályvezető főorvossal és 1998 februárjában felvett az osztályra, jelenleg is itt tartózkodom és teljesen absztinens vagyok.

Hogyan ítéli meg kapcsolatát környezetével, volt barátaival?

- Kapcsolatom a volt környezetemmel és barátaimmal teljesen megszakadt.

Érez-e néha csábítást az ital után?

- Amióta ezen az osztályon vagyok nem, pedig már kipróbáltam a kocsma hangulatát is, amihez úgy érzem, hozzájárul az is, hogy a főorvosnő gyakran megbíz jogi ügyek intézésével is.

Hogyan vélekedik jelenlegi helyzetéről?

- Bizakodó vagyok, ehhez hozzájárul az is, hogy hamarosan - igaz, peres úton, de - visszakapom budapesti lakásomat. A jövedelmem is stabilizálódott leszázalékolásom után, valamint hamarosan úgy érzem, hogy megpróbálhatok dolgozni is.

Kitől vagy kiktől kap segítséget terve megvalósításához?

- Segítséget, támogatást nővéremtől, valamint az addiktológiai osztály dolgozóitól, a főorvosnőtől kapok, akik bátorítanak és biztatnak terveim megvalósításában.

Véleményem az elhangzottakról:

J.P. egy magasan képzett ember, italozásában a családi háttér nem játszott szerepet. Szülei orvosok voltak, akiknek életében az ital nem okozott problémát. Italozása az egyetemi évek

alatt kezdődött, munkahelyén folytatódott és egyre jobban elmélyült. Az italfogyasztás elmélyüléséhez hozzájárult baráti köre, édesanyja elvesztése és kisebb mértékben válása is. Az italfogyasztás abbahagyásával önállóan nem próbálkozott, csak a kezelés után döbbsent rá igazán, hogy az italozás mind egzisztenciálisan, mind egészségileg mennyire tönkretette. Az addiktológiai osztályon képzettségének megfelelő munkalehetőség nyílik számára, ami hozzájárulhat további absztinenciájához.

4. Interjú

Az interjú készítésének helye: egy városi kórház addiktológiai osztálya.

Az interjú készítésének ideje: 1999.augusztus 05.

Kérem mondja meg a nevét és életkorát.

- Nevem K.A, 39 éves vagyok.

Foglalkozása, iskolai végzettsége?

- Iskolai végzettségem szakérettségi, zenei szakon végeztem. Zenészként dolgoztam, amíg lakhelyet nem változtattam. Jelenleg fizikai munkásként dolgozom.

Családi állapota?

- Nős vagyok, sajnos már kétszer váltam el. Három kiskorú gyermekem van. Édesapám bányász volt, italt rendszeresen fogyasztott. Sajnos édesanyám is a pohárhoz nyúlt, ha problémái voltak. *Italozása, itallal való kapcsolata mikor kezdődött?*

- Már 14 éves koromban fogyasztottam italt, majd egyre többet, 22 éves koromtól a munkahelyemnek köszönhetően, hangversenyek után, a munkatársaimmal és barátaimmal rendszeresen italoztunk.

Hogyan látja, mi játszott szerepet az italozásában?

- Rendszeres italozásaim a válásaimat követően és munkahelyem elvesztése után fokozódtak. Italozásommal kapcsolatban a családi és környezeti problémáim szaporodtak.

Mikor került először kezelésre?

- Már 32 éves koromban, kb. 10 éves italozó múlt után, az ital fogyasztása egyre nagyobb problémát jelentett. Az egészségi állapotom megromlott, a feleségem is választás elé állított, elvesztettem a munkahelyemet, nem tudtam munkát találni, jelenleg is munkanélküli vagyok. A család ellátásában anyagi problémák merültek fel. Saját elhatározásomból, önként, orvosi beutalóval érkeztem az addiktológiai osztályra. Az osztályon először vagyok, de a pszichiátriai osztályon már kezeltek, öngyilkossági kísérlet miatt, ami az előzőekben elmondottakra vezethető vissza.

A kezelés, vagy kezelések után miben látja visszaesésének okait?

- A visszaesésem okát elsősorban abban látom, hogy hosszú idő után sem sikerült a szakmámban elhelyezkedni, az életben nem találom a helyemet. Sajnos, a feleségem sem ért meg igazán, nem találok segítőtársakat sem, sokszor elkeseredésemben egyedül iszom, ami talán még rosszabb helyzetbe hoz.

Kitől, vagy kiktől vár segítséget, hogy a visszaesése ne következzen be?

- Nagyobb segítséget várnék elsősorban, a feleségemtől, igazi családi körben szeretnék élni. Úgy érzem, ennek érdekében - ha kis mértékben is, - már megtettem az első lépést. Bízom abban, hogy ha abbahagyom az italozást, találok munkát, még az is lehet, hogy a végzettségemnek megfelelő szakterületen tudok elhelyezkedni. Amennyiben dolgozni tudok, az anyagi helyzetünk is javulna. Segítséget kapok az addiktológiai osztály dolgozóitól is, akik segítenek abban, hogy a problémáim csökkenjenek, vagy megoldódjanak és fel tudjak készülni a jövőben előttem álló problémák megoldására.

Véleményem az elhangzottakról:

K.A. már fiatal korában elkezdett italozni. Italfogyasztásához nagymértékben hozzájárult, hogy édesapja, mint bányász, rendszeresen italozott, sajnos esetenként az édesanyja is a pohár

után nyúlt, ha problémái voltak. Az csak fokozta a problémát, hogy családi élete rendezetlen volt, két esetben is elvált, amikor a munkahelyét is elvesztette, rossz anyagi körülmények közé került. Az italfogyasztás következtében egészségi állapota is megromlott, ami öngyilkossági szándékhoz vezetett. A kezelést saját elhatározásából választotta, a helyzetét felismerte, de az életben a helyét nem találja, nagy segítségre szorul és arra kell törekedni, hogy lehetőleg munkába tudjon állni, a szakmájában, vagy más területen. Ezzel valószínű csökkenne az italfogyasztása, javulna anyagi helyzete és egészségi állapota, családi élete rendbe jöhetne.

5. Interjú

Az interjú készült: egy városi kórház addiktológiai osztályán.

Az interjú készítésének ideje: 1999. július 22.

Kérem, mondja meg nevét és korát!

- B.Sz-nek hívnak, 54 éves vagyok.

Iskolai végzettsége, foglalkozása?

- Iskolai végzettségem: agráregyetem, növényvédelmi szak. Az iskola befejezése után növényvédő állomáson dolgoztam, egy munkahelyen, egészen a leszázalékolásomig, ami 52 éves koromban történt.

Családi állapota?

- Nős vagyok. Két gyermekem van: egy 29 éves fiam és egy 24 éves lányom. A család együtt él, egy társasházban lakunk. Itt említem meg, hogy szüleimnek nem volt problémája az itallal, de anyám apja - aki bányásként dolgozott - komoly alkoholista volt, sőt anyám testvére is. Mindkettő negatív minta volt számomra.

Italozása és itallal való kapcsolata mikor kezdődött?

- 18 éves voltam, amikor először italt fogyasztottam. Egyetemi éveim alatt, illetve munkába állásomkor még csak alkalmi ivó voltam. Munkám során a sikereim, előmenetelem hatására megváltozott szakmai körökben a megítélésem és az elfoglalt pozícióm révén egyre több olyan helyen fordultam meg, ahol lehetőség volt az italozásra. Ekkor 25 éves voltam.

Mióta érzi, hogy az ital komoly problémát jelent Önnek?

- Folyamatos 20 évi italozás után 45 évesen kezdtem észrevenni, illetve tudatosult bennem az alkohol okozta probléma. A család részéről érkezett az első jelzés, “így nem lesz jó”, tették az első megjegyzéseket, majd kezdtek kihagyni az összejövetelekről. Nem vittek magukkal - különböző kifogásokkal - a barátainkhoz. Az italozásomat szégyelltek és keményen titkolni próbálták az emberek előtt, nekem pedig szemrehányásokat tettek. A második jelzés a főnökömtől jött, mert már az italfogyasztás kezdett a munkám rovására menni.

Próbálkozott-e az eltelt időben az italtól önállóan leszokni?

- Magamtól nem próbálkoztam, csak olyan eset volt, hogy csökkentettem a mennyiséget, de mindig ittam valamennyit.

Mi játszott szerepet az ilyen mértékű italfogyasztásában?

- Úgy gondolom, hogy elsősorban a munkahelyem, munkatársaim és baráti köröm. De az sem volt szerencsés, hogy a feleségem is ott dolgozott, ahol én, az Ő végzettsége is agráregyetem. A feleségem jelenleg is ott dolgozik, leszázalékolásom után nagyon sok szemrehányás következett ebből is. Pl.: Mert ha még dolgozhatnál, milyen előnyeink lehetnének.

Mikor került először kezelésre?

- Kezelésre először 46 éves koromban kerültem, epilepsziás roham miatt, amikor is a mentő a neurológiai osztályra szállított, de onnan két órán belül átkerültem az addiktológiára, mert kiderült, hogy rosszul életemet az alkohol okozza. Kezdődő delíriumot állapítottak meg. Négyhetes kezelés után hazakerültem Antetilt szedtem, így tudtam elérni másfél éves

absztinenciát. Azóta azonban szinte minden évben bent vagyok az osztályon, hol rövidebb hol hosszabb ideig, de mindig önként jövök, amikor már érzem, hogy többet iszom.

Kezelés után miben látja visszaesésének okait?

- Leszállékolásom utáni italozásomban nagy szerepe van a családomnak, most már ők állnak első helyen. Állandó szemrehányást kapok tőlük. A sok feszültség oldására egyértelműen az italt használom. Feleségem eltávolított a barátaimtól, most már egyedül iszom. Magányos ivó lettem, amit magam is veszélyesnek tartok.

Érez-e csábítást az ital után, ami esetleg visszaesést okozhat?

- Minden stresszhelyzetben előjön a csábítás és elkezdek inni, ilyenkor előbb utóbb visszakerülök a kórházba.

Jelenleg hogyan vélekedik a helyzetéről?

- Most megyek haza az osztályról. Jelenleg kiegyensúlyozottnak érzem magam. Családom is kezdi elfogadni, hogy időnként kezelésre van szükségem. Bízom benne: sikerül megállni, hogy nem iszom.

Kitől vagy kiktől vár segítséget, hogy a visszaesés ne következhesen be?

- Elsősorban nekem kellene megváltoznom. A családomra is számítok és az osztály dolgozóira, akik bátorítanak és biztatnak.

Véleményem az elhangzottakról:

Úgy látom, hogy B. SZ. italozásában komoly szerepe van a családi mintának. A munkahely is sok gondot jelentett számára, ahol nem csak a barátaik hatására, hanem feszültségeinek oldására is italt fogyasztott. Nem volt szerencsés számára az sem, hogy felesége is ugyanazon a munkahelyen dolgozott. A családja a nagy titkolózással nem segítette az italról való leszokásban, hanem inkább hátráltatta. Ha bármilyen feszültség vagy komolyabb

megrázkódtatás éri, továbbra is hajlamos az italhoz nyúlni, betegségei ellenére. Az talán szerencsés, hogy ilyenkor már kisebb italozás után is jön az osztályra, segítséget kérni.

Az interjúk összegzése

A munkámban négy férfi és egy nő visszaesését vizsgáltam, a vizsgálat során azt vettem figyelembe, hogy a nevezettek legalább hat hónap időtartamban absztinenciával rendelkeztek és visszaesésük ez után következett be.

Az interjúalanyok kiválasztásánál az addiktológiai osztályon kezelt betegek közül a magasabb képzettségűek mintába kerülését tartottam döntő szempontnak, - mivel arányuk az utóbbi időben növekedett. Azt kutattam, mi volt a kiváltó ok italozásukban, illetve mi vezetett visszaesésükhöz. Az interjúk értékelésénél az volt az általános tapasztalatom, hogy minden személynél az absztinencia hosszabb idejű fenntartásához a szociális támasz hiányzott. Nem kaptak megfelelő segítséget családjuktól, környezetüktől de még munkatársaiktól sem. Nehéz volt az ismételt beilleszkedésük, kétkedések vették körül őket a családban, a házastárs és a gyermekek sem támogatóan léptek fel.

A beszélgetések során kiderült, hogy az alkoholbetegeket a visszaesésüket megelőző időben nem készítették fel kellően a számukra szokatlan helyzetek felismerésére, különösen azokra, melyek az újbóli italozásukhoz vezethetnek.

Ilyen tényezők lehetnek: (Marlatt 1979)

- A helyzet egyén által precipitált stressz-telisége;
- A személyes kontroll bejósolt mértéke;
- Az ital hozzáférhetősége;
- A helyzetnek megfelelő coping válasz hozzáférhetősége;
- A személy drogra vonatkozó elvárásai.

Ezek felismerése és betartása lényegesen csökkentené a visszaesésüket, illetve csökkenne ennek esélye is.

Az italozás újbóli kialakulásához szinte mindegyikük esetében a munkahelyi körülmények, munkahelyi szokások, és a munkakörük nagymértékben hozzájárultak, melynek következtében a stresszhatások fokozódtak.

A stressz csökkentéséhez az alábbi coping folyamatok közül választhatnak:

- Anticipátoros coping-válasz egy majdan bekövetkező eseményre;
- azonnali coping-stresszkezelés - ott és akkor történik meg;
- helyreállító coping - az esemény bekövetkezése után stabilizálja a személy pszichés egyensúlyát.

Azt is megállapítottam, hogy kis mértékben hozzájárultak italozásukhoz a családi körülmények, baráti körük, de valójában családi életük megromlását maga az ital okozta.

Következtetések

Az is kiderült, hogy fel kell készíteni őket a rendszeres életmód folytatására, arra, hogy reális célokat tűzzenek ki maguk elé. Az alkohol helyett más alternatívát keressenek, alakítsanak ki jó emberi kapcsolatokat, a veszélyes helyzeteket kerüljék. A betegeket fel kell készíteni a betegségük felismerésére, elfogadására, az ebből eredő következmények levonására, arra, hogy a visszaesést, megcsúszást ne büntudattal éljék meg. Értetniük kell, hogy ez egy természetes folyamat a gyógyulásban és inkább kritikus szemmel vizsgálják, vonják le a tapasztalatokat, ez így segíteni tud problémáik kezelésében. Felkészítésük során figyelni kell arra, hogy az alkalmazott technikák értelemre és érzelemre egyaránt hassanak. Ilyen technikák, pl.: a szerepjátékok, kognitív újrastrukturáló gyakorlatok, öninstrukciós tréningek.

A veszélyhelyzetek listáját célszerű elkészíteni és az elkerülésük módszerét rögzíteni.

Úgy látom, hogy ezen személyek a fent leírt tapasztalatokkal rendelkezve a visszaesést megelőzni, vagy legalább is későbbre halasztani tudták volna.

Befejezés

Úgy gondolom, hogy mint addiktológiai konzultáns a megfelelő képzettség és gyakorlati tapasztalatok megszerzése után sokat tudok tenni, a relapszus prevencióban, segíteni tudom betegeimet a józan élet örömeinek fenntartásában. Segíteni tudom a betegeimet abban, hogy ismerjék fel saját értékeiket, fogadják el önmagukat és másokat. Hozzásegíthetem őket új kapcsolatok kialakításához, különböző önsegítő csoportok felé tudom őket irányítani. Munkám során fő célom az lesz, hogy a betegekkel őszinte segítő kapcsolatot alakítsak ki. El szeretném érni, hogy betegeim motivációt érezzenek autonómiájuk kialakításához, amellyel gyógyulásukat és boldogulásukat kívánom elősegíteni.

AZ ADDIKTOLÓGIAI KONZULTÁNS MUNKA LEHETŐSÉGEI ÉS SAJÁTOSSÁGAI A DROGHASZNÁLÓK ELLEN FOLYTATOTT BÜNTETŐELJÁRÁSSAL PÁRHUZAMOSAN, HATÓSÁGI MUNKAKÖRBEN

Szappan Csaba

Esetismertetés

A konzultáció és szakaszai egy konkrét eset bemutatása tükrében

Az ismertté vált kábítószer-visszaélések száma elsősorban az adott hatóság ilyen irányú aktivitását tükrözi, s korántsem biztos, hogy reálisan jelzi a kábítószer-használat kiterjedtségét. Megyénk egyik városában 2000. október 30-án, jelentős hatósági erők koncentrálásával nagy szabású akciót indítottak, melynek eredményeképpen 30 fiatalat előállítottak, s közel 26 főt letartóztattak. A nyomozás során további személyek - összesen 146 fő - kerültek az eljáró szerv látókörébe, akik közül 110 fővel szemben - vádemelési javaslattal - visszaélés kábítószerrel és más, elsősorban vagyon elleni bűncselekmények elkövetése miatt, a közelmúltban fejezték be a 10 hónapig tartó büntetőeljárást. Az időközben 36 főre duzzadó előzetesen fogva tartottak közül 10 fő letartóztatását a rendőrségi eljárás

végéig fenntartották, mivel vagyon elleni bűncselekményeket is elkövettek. Az esetről értesülve elhatároztam, hogy néhány droghasználó személy sorsát végigkísérem, illetőleg kísérletet teszek arra, hogy az addiktológiai konzultáció bevihető-e, alkalmazható-e az eljárás alá kerültek körében. Elhatározásomat részben a kábítószer-probléma megyei sajátosságainak kutatásával, valamint a visszaesések, visszacsúszások valószínűségének csökkentésével, összességében prevenciós tevékenység folytatásával indokoltam. Figyelmem középpontjába azokat a személyeket helyeztem, akik elsősorban kábítószer-használat vagy használat és ennek anyagi háttere biztosítása érdekében szűk körben terjesztői tevékenység folytatása miatt kerültek előzetes letartóztatásba. Nem kívántam tanulmányozni a kábítószerfüggők további sorsát, mivel fogva tartásukra a BV kórházat jelölték ki. Megjegyzem, hogy a nagy számú elkövető közül senkinél sem állapítottak meg büntetőjogilag is figyelembe vehető függőséget. Az addiktológiai konzultációs lehetőséget 3 személynek ajánlottam fel. Első ízben négyszemközt találkoztam egy 25 éves fiatalemberrel, aki 3 napja volt a fogdában és azon a napon tartóztatták le 1 hónap időtartamra. Neki elmondtam, hogy a Bűnmegelőzési Osztályon dolgozom, egyik feladatom a kábítószer-fogyasztás megelőzése, a visszaesések csökkentése. Hangsúlyoztam, hogy nyomozást, büntetőeljárást mi nem folytatunk, az mások feladata. Beszéltem arról is, hogy olyan képzésen veszek részt, ahol a droghasználók helyzetét tanulmányozzuk, s legfőbb célja a képzésnek a segítségre, támaszra szoruló, illetve ilyen igénnyel előálló személyekkel történő foglalkozás, közös megoldás keresés, akár a háttérben meghúzódó problémák kezelése útján is. Meglepett, hogy illet tudóan végighallgatta 3-5 perces mondandómat, majd meglehetősen pökhendi, fellengzős stílusban így reagált: "Nem is gondoltam, hogy a zsaruk még ilyen pszichológiai akárminek kiadva magukat is megpróbálkoznak frankó vallomásra bírni... Nem hiszem, hogy ennyire hülyének látszodom, hogy ezt a blöfföt beveszem. Különben nekem semmi bajom, amúgy is azt csinálom magammal, amit akarok, úgy sem tudják megakadályozni..." Mikor abbahagyta és láthatóan

elégedett volt azzal, hogy nekem beolvastott, még annyit jegyeztem meg, ha esetleg meggondolta volna magát, én fenntartom, hogy beszélgethetünk, elsősorban amiről ő akar, s közöltem vele, miként tud értesíteni.

A történetekről nagy vonalakban tájékoztattam a főkapitányság orvosát és pszichológusát. Elmondtam próbálkozásom célját, és szoltam az addiktológiai konzultáns képzésen való részvételemről is. A fogva tartottakkal naponta találkozó orvos helyeselte a konzultációt, s felajánlotta, hogy vele és a pszichológus kolléganővel menjek el a fogdai "vizit"-re, ahol ő majd megemlíti a kábítószer miatt bent lévő néhány rendkívül nyugtalan őrizetesnek, hogy van egy ilyen lehetőségük a konzultációra. Ottlétemet úgy tüntetjük fel, hogy szakmai gyakorlatszerzés céljából vagyok a team tagja. A kábítószeres ügy szereplői szinte kivétel nélkül altató és nyugtató gyógyszereket kértek a doktornőtől, pedig elmondta, hogy problémáikon az is segítene, ha feldolgoznák azt a helyzetet, amibe kerültek. Ajánlotta, hogy a nem testi jellegű problémák miatt fordulhatnak hozzám. Egyidejűleg én is megadtam elérhetőségemet. Két nap múlva a fogda személyzet értesített, hogy az egyik őrizetes feltétlenül beszélni szeretne velem.

Másnap a fogda orvosi szobájában találkoztam a fiatal férfival. Bemutakoztunk. Elmondtam, hogy lehetősége volna velem több esetben, akár kéthetente is találkozni, mely alkalmak során az ő igényei szerint választhatnánk témákat, bár én voltaképpen szenvedélybetegekkel foglalkozom, olyanokkal is, akik szeretnének változtatni eddigi "dolgaikon" (szándékosan nem úgy fogalmaztam, hogy "életformán, életvitelen"). Elkezdte firtatni, hogy valójában ki is vagyok én. Beszéltem magamról..., többek között az addiktológiai konzultáns képzésről is, érdekelte hogyan kerültem oda. Éreztem, hogy többet tud rólam bizonyos tekintetben, mint amit neki elárultam. Ekkor felfedtem előtte, hogy a bűnmegelőzési tevékenység része a drogprevenció is, ezért foglalkozom a kábítószer-használókkal, s lényegében bűnmegelőzési területen dolgozom a rendőrségen. Magáról csak keveset beszélt, arra hivatkozott, majd

gondolkodik a folytatáson, aztán majd jelez, ha érdekli a dolog. Anélkül, hogy bármiben megállapodtunk volna, a beszélgetést befejeztük. Később nem kérte, hogy találkozassunk.

Eltelt legalább egy hónap is, és a tíz fogva tartott droghasználóból senki sem jelentkezett. Ekkor ismét értesítettek, hogy valaki szeretne velem beszélni. Szintén az orvosi szobába mentem, ahol összeismerkedtem a 23 éves Rolanddal. Ő lett végül is a kliensem, akivel az ellene indított büntetőeljárással párhuzamosan hatósági munkakörömben folytatott konzultációs kapcsolaton keresztül bemutatom a konzultáció szakaszait, lehetőségeit, sajátosságait.

Kapcsolatfelvétel, a konzultációs kapcsolat kiépítése

A kliens és konzultáns kapcsolata csak fizikailag kezdődik akkor, amikor leülnek beszélgetni. A kapcsolat létrejöttét sok más tényező befolyásolja, s jelentős kihatással lehet a konzultáció további menetére. Legalább annyira hatással lehet a konzultáció kezdeti atmoszférájára a megismerkedés módja, az első benyomások, mint maga a konzultációs helyiség kialakítása. A berendezésnek nyugalmat, kényelmet, meghittséget kell biztosítani. Alapvetően ingerszegény környezet szükséges, az ott lévő tárgyak ne vonják el a figyelmet. A konzultációs folyamat első szakasza tehát a kapcsolat kiépítése. Célja, hogy rávegye a klienst, hogy fedezze fel saját maga az őt közvetlenül érintő problémákat. A kliensek gyakran nem tudják mit is várjanak a folyamattól, előfordul, hogy irreális elvárásokkal érkeznek a konzultációra. A konzultáns dolga, hogy megfelelő módon tájékoztassa a klienst a konzultációs folyamatról, önmagáról, szakmai múltjáról, utalhat a jövőben kialakítandó keretekre is, amelyben a folyamat zajlik. Tisztázni kell, hogy a kliens saját választása alapján jött, vagy mások kezdeményezésére. Mindenképpen szükséges az elfogadás, türelem és megértés éreztetése, a kongruens közlések, a nem elítélő magatartás fokozza a bizalmat. Fontos, hogy a konzultáns figyelje a kliens verbális és nonverbális kifejezéseit, ugyanakkor ügyeljen saját viselkedésbeli reakcióira, kerülje a sztereotípiák és megalapozatlan feltételezések alkalmazását még

gondolatban is, mert azokra a kliens ráérezhet, s ha a konzultáns közlései nem eléggé kongruensek, akkor önbeteljesítő jóslatokhoz vezethetnek. „Benjamin (1981) az első interjúk két típusát különbözteti meg: a kliensek által, illetve a konzultánsok által kezdeményezett interjúk.” Ez utóbbi esetében mielőbb meg kell mondani mi okból kívánt a klienssel találkozni, nehogy találgatásba fogjon. A konzultánsnak mindig a kapcsolat-orientáltságra kell törekednie, ehhez hozzásegítik a különféle kommunikációs eszközök, például az újramondás, érzés visszatükrözése, érzések összegzése. Lényeges, hogy a konzultáns a kapcsolat kiépítése során ne feledkezzen meg tájékoztatni a klienst, hogy a konzultáció folyamatként képzelhető el, ajánlja fel a következő találkozás lehetőségét és egyetértés esetén annak időpontjában állapodjon meg.

Rolanddal - mint már korábban említettem - orvos, pszichológus társaságában találkoztam először, amikor ő altatót, nyugtatót kért, mert feszültnek érezte magát és alvás-problémái voltak. A doktornő ajánlotta neki, hogy jelzett tünetei gyógyszereszedéssel csak átmenetileg szűnnek meg. Van lehetőség arra, hogy feszültségét gerjesztő gondolatairól, helyzetéről, lehetőségeiről, vagy másról velem beszélgessen, mivel én ilyen dolgokkal foglalkozó szakember vagyok. Ő kb. egy hónap tartózkodás után jelezte, hogy találkozni szeretne velem. Az orvosi szobába a fogda személyzet kísérte, kértem, hogy hagyjanak magunkra, így is történt. Egy kisasztal mellé ültünk le, nem teljesen szemben egymással. Én akartam visszautalni arra, amikor először találkoztunk, és a konzultáció lehetőségét felvetettük, de ő megelőzött. "Szeretném tudni, miről is szólna ez a csevegés, amit a doktornő mondott a múltkor" - kezdte. Láthatóan szorongott. Alapvetően azon múlik, hogy Ön miről óhajt velem beszélni - válaszoltam. Úgy látszott, érdekelné a lehetőség bővebben, ezért folytattam. Mindketten tisztában vagyunk azzal, hogy miért került ide, én olyan munkaterületen dolgozom, ahol azon munkálkodunk, hogy segítsünk az ide került szerhasználókon, ha ők maguk is akarják. Elmondtam, hogy ilyen jellegű képzésben részesültem, illetőleg azt

hamarosan befejezem. Utaltam arra, hogy a beszélgetéseknek akkor van igazán értelme, ha többször is találkozunk, ha lesznek céljaink, amiket szeretnénk elérni. Annyit oszt meg velem önmagáról, amennyit akar, de ha később megállapodunk valamiben, akkor célszerű ahhoz tartani magunkat. Az információk kettőnk között maradnak, azt csak az ő hozzájárulásával osztom meg más egészségügyi vagy segítő szakemberrel. Ő rákérdezett ekkor: "Az anyagozásról lesz szó?" Nekem ez a szakterületem, de érinthetünk más témákat is, amiknek szükségét érzi - válaszoltam. Észrevehetően oldódott feszültsége, mosolyogva mondta. "Végül is az elmúlt egy hónapban úgy is mindent elmondtam a zsaruknak, legalább nem unatkozom, ha beugrom a játékba." Hangsúlyoztam, hogy ez nem része az ellene folyó eljárásnak, de azzal kapcsolatban is beszélgethetünk, legalább is a lehetőségeiről. Megjegyeztem, hogy nem szükséges most rögtön mindent eldöntenie, de ha esélyt lát arra, hogy jobban érezze magát a beszélgetés után, mint előzőleg, akkor találkozhatunk néhány nap múlva. Hangot adott annak, hogy nem szeret "bent" lenni, az elmúlt egy hónap sok mindenre rádöbbsentette, szerinte változnia kellene. Megegyeztünk, hogy négy nap múlva találkozunk. Szóltam a felügyeletnek, hogy végeztünk. Még az ő belépése előtt kezet nyújtott, melyet én elfogadtam.

Konzultáció

Állapotfelmérés

A kapcsolatfelvétel után elkezdődhet a tényleges konzultáció, amely állapotfelméréssel indul. Ez magába foglalja az információszerzést, amely alapján később kialakíthatjuk a terápiás célokat, tehát amit a kliens szükségletei figyelembe vételével el kívánunk érni. Az állapotfelméréssel a segítő kapcsolat továbbfejlődhet arról a szintről, amelyre a kapcsolatfelvétel során már eljutottunk. A kliens megtapasztalhatja, hogy megértők, elfogadók vagyunk vele szemben, elmondhatja problémáit, odafigyelünk rá, nem kritizáljuk, olyannak fogadjuk el, amilyen. Ha visszajelzést is adunk neki, akkor ez segítheti őt abban, hogy helyzetét másképp ítélje meg, ő maga is érezze a változás szükségességét. Az

állapotfelmérés nem lehet célirányos faggatódzás, több száz kérdés feltétele, azonban bizonyos kérdőívek használata praktikus lehet, mert gyorsan nyerünk releváns információkat, melyek befolyásolják a kezelés menetét, módszereit és később is előnyösen használhatók a változás szemléltetésére. Fontos, hogy amennyiben kérdőíves formát választunk, akkor is adjunk lehetőséget a kliensnek válaszai kifejezésére, a folyamat ne csapjon át egy túldimenzionált tesztkitöltésbe, mert ez a kliens motivációját gyengíti, elveszítjük az eddig kiépített kapcsolat továbbfejlődési lehetőségét. Ha a kapcsolatfelvételnél még nem tisztáztuk "Miért éppen most fordult segítségért?", akkor az állapotfelmérés kezdetén még ezt megtehetjük.

Alkohol-, droghasználat jellemzői

Az összes szer vonatkozásában célszerű információt szerezni a kienstől. Lényeges, hogy az első szerhasználat hány éves korában történt, mikortól használja rendszeresen, illetve mely időponttól okoz problémát számára. Az elmúlt egy év felmérése mellett az elmúlt 30 nap használati jellemzőit is tisztázni kell, melynek keretében az első számú drogra, illetve a drogok sorrendiségére az abbahagyási törekvésekre, kísérletekre, azok számára, az utolsó drogmentes időszak paramétereire kereshetünk választ. Itt tisztázható az is, hogy a kliens mennyit költ a drogra, milyen körülmények között használja azokat (barátokkal, egyedül, stressz- és konfliktushelyzetekre stb.), milyen módon történik a szerhasználat (orális, intravénás, szippantás, szívás stb.).

A dependencia mértéke

A választandó terápiás célokat és módszereket a dependencia mértéke befolyásolja. Tisztázni szükséges, hogy kialakult-e a tolerancia, jelentkeztek-e elvonási tünetek, milyen módon próbál a kliens ezektől szabadulni, problémás-e szociális viselkedési magatartása, mennyire

tölt be kiemelkedő szerepet a droghasználat a kliens életében. A dependencia mértéke mellett a droghasználat életkörülményeket befolyásoló hatására is rá tudunk kérdezni egy strukturált interjú módszer az ASI (Addiction Severity Index) segítségével. 1996 folyamán elkészült az interjú "európai" változata: az EuropASI a hollandiai Amsterdam Institute for Addiction Research kutatásai keretében. Az interjú hét skálát tartalmaz: egészségügyi státusz, munkahelyi és társas támogatás, drog- és alkoholhasználat, jogi problémák, családi és szociális problémák, pszichiátriai tünetek. Az interjú előnye, hogy a válaszok alapján a készítője értékeli, s az értékelést a kliens is elvégzi. A végleges értékelést az ún. összehasonlító skála felhasználásával alakítja ki a segítő szakember. Ezáltal a kliens igényei hatványozottan érvényesülnek, mely elősegíti a később választott terápia illeszkedését.

Egyéni háttér

Ennek keretében az iskolai, munkahelyi kapcsolatokat ismerjük meg. A felépülés szempontjából és a droghasználat progressziója miatt egyaránt kiemelt jelentőségű, hogy milyen anyagi, megélhetési lehetőségek várnak a kliensre, ez befolyásolja terveit, ezáltal motivációját is. Lehetőség szerint célszerű megtudni, hogy a kliens korábban milyen eredményeket ért el, sikeres volt-e vagy örökké kudarcra ítélt. Családtagjai és más fontos személyek vannak-e, velük milyen kapcsolatban áll. Előfordult-e korábban erőszak a családban, támogatják-e a változást. Különösen óvatos megközelítést igényel a szexuális problémák, szexuális bántalmazások felelevenítése, mely akkor válthat ki leginkább ellenállást a kliensben, ha a folyamat jelenleg is tart. Fel kell mérni, hogy illegális tevékenység mennyire jellemző, jogi, rendőrségi problémák előfordultak-e, illetve vannak-e, ezekben igényel-e segítséget. Kiemelt kockázati magatartások kapcsolódnak-e a droghasználathoz (intravénás droghasználat, prostitúció, drogfogasztás veszélyes munkakörökben stb.).

Testi-lelki egészség

Informálódni kell a kliens egészségi állapotáról. A droghasználat előtti és a használat következtében kialakult szomatikus és pszichés betegségekkel tisztában kell lenni. Fokozott kockázati magatartások esetén javasoljuk a HIV és hepatitisz szűréseket. A pszichiátriai zavarok körében a szorongásos vagy depressziós állapotokra, hallucinációkra, öngyilkossági kísérletekre célszerű rákérdezni. Az állapotfelmérés része, hogy a kliens korábban milyen kezelésben vett részt, előfordult-e visszaesés.

A kliens motivációs állapotfelmérése

A kliens motiváltsága döntően befolyásolhatja a segítő kapcsolat kimenetelét; a motivált kliensek nyilván jobban azonosulnak a terápiás célokkal, azok megvalósításáért komoly erőfeszítéseket is hajlandók tenni, míg a motiváció nélküliek gyakran kisebb-nagyobb energia-befektetéssel részben motiváltakká tehetők, de sokszor ellenállást fejtenek ki a terápiás folyamatban, ezért mégis a segítség más formáját célszerű nekik megajánlani, mint az erősen motivált klienseknek. A kliens motiváltságát a Prochaska-DiClemente-féle felépülési modell stádiumai alapján is besorolhatjuk (Rácz J. 1999). A modell azt vizsgálja, hogy az egyén mennyire elszánt szerhasználói magatartása változtatásában. A változás folyamatában különféle szakaszok (stádiumok) különíthetők el, melyekben más-más viselkedés jellemzi a klienst, s ennek megfelelően a segítőre háruló feladatok is eltérőek.

Önjellemzés

A kliens állapotfelmérésénél korántsem közömbös, hogy ő milyennek látja önmagát, miként ítéli meg saját droghasználatát és annak valamennyi már meglévő vagy várható következményeit. Értékkitétele alapján gyengének, erősnek tartja-e magát, vannak-e a

stresszhelyzetekre megoldási ötletei, erőforrásai, mit vár a konzultációtól, milyen szükségletei vannak. Az önjellemzés során hasznos információkat kaphatunk a terápia tervezéséhez. Kliensem, Rolanddal a korábbi megbeszélésünk szerint találkoztunk a kapcsolatfelvételt követő negyedik napon. Az állapotfelmérés beszélgetés formájában, nyitott és zárt kérdésekre adott válaszok alapján történt úgy, hogy közben EuropASI-tesztet is vettem fel. Már az elején tisztáztuk, hogy a változás szempontjából releváns kérdés: hol tart most? Kijelentette, hogy kedveli a pszichológiai jellegű tesztek, utalt igazságügyi orvosszakértői vizsgálatára, amely a büntetőeljáráshoz kellett. Éreztem, hogy az ASI felvételéhez szükséges jegyzetelése nem zavarja, ezért döntöttem a teszt mellett. Fogva tartása miatt fokozottan igényelte a beszélgetést, ezért hagytam, hogy bővebben reagáljon az egyes skálákkal kapcsolatban. Egészségi problémát az alvászavaron, nyugtalanságon, ingerültségen és depresszión kívül nem jelzett. Utaltam rá, hogy ezek pszichés problémák. Gyermekkorában sem volt komoly betegsége. Elmondta, hogy a szerhasználat következtében kialakult több napos "pörgés" miatt voltak rosszullétei; verejtékezett, remegett, hányingere volt, de utána néhány nap alatt "helyrejött", elvult szer nélkül is. Fogva tartása alatt az első héten érzett erős drogéhséget. Foglalkozási helyzetével kapcsolatban úgy nyilatkozott, hogy gyermekkorában is már asztalos szeretett volna lenni és ez később meg is valósult, mert elvégezte a szakmunkásképzőt. Sok helyen dolgozott, de a leghosszabb munkaviszonya egy év és két hónap volt. Fogdába kerülése előtt egy év négy hónapja nem dolgozott. Munkanélküliségének okát nemcsak önmagában látja. Általában keveset keresett, ugyanakkor szigorú követelményeket támasztottak vele szemben. Egy asztalos vállalkozó azért küldte el, mert szóvá tette az alacsony bért és a sok munkát. Olyan is előfordult, hogy ő mondott fel. Úgy gondolja, ha saját műhelye lehetett volna, akkor nem jut el idáig, ahhoz viszont nem volt pénze. Közel másfél éve a megélhetési forrását kábítószer viszonteladásából fedezte. Lebukásakor az utolsó alkalommal átvett szerrel még nem számolt el. A munkával összefüggésben hosszasan és

vidáman beszélt arról, hogy érdekli a modellezés, korábban tagja volt egy modellező klubnak, melyet szabadulása után szeretne folytatni. Droghasználatáról elmondta, hogy 14 éves korában próbálta ki az alkoholt, 19 éves koráig rendszeresen ivott, 17 és 19 éves kora között pedig gyakran volt részeg. Ezt a kort úgy jellemezte, hogy "a rocker srácokkal jól éreztük magunkat". Ezután "behúztam a kéziféket, semmit nem ittam", igaz, ettől kezdve amfetamint használt és marihuánát szívott. Alkoholt gyakorlatilag négy éve nem fogyasztott, ugyanakkor 18 éves korától többféle illegális szert is használt, sokszor egymással párhuzamosan is. Büszkén "dicsekedte", hogy heroin és kokain kivételével mindent fogyasztott már, a speedet bulik előtt szokták szippantani, de ha hozzájutottak Ecstasyhoz, akkor abból vettek be a kellő pörgés érdekében. Általában társaságban szokott füvezni. LSD-hez bélyeg formájában jutott, de azt nem kedvelte kellemetlen utóhatása miatt. Amikor nagyon "csórók" voltak, mákteát főztek, annak készítését a haveroktól látta. Kezelésben soha nem részesült, szükségességét nem is érezte. A szabadlábban töltött utolsó 30 napban Ecstasyt, marihuánát, speedet vásárolt és fogyasztott 40.000 Ft értékben. Jogi helyzetét tartotta a legsúlyosabb problémának. Büntetve még nem volt, de 18 éves korában botrányos részegség szabálysértés miatt pénzbüntetést kapott. Többször vezetett kábítószer hatása alatt, egyébként "notórius" gyorshajtó, mint általában a többi autós. Az öt éve tartó kábítószer-használat alatt árult is. Különösen igaz ez az elmúlt két évre. Legális jövedelme utóbbi időben már nem volt, a drogok eladásából tartotta fenn magát és biztosította saját szerhasználatát. Különös csodának tartja, hogy eddig nem bukott le, az viszont nagyon megviselte, hogy fogdába került. Érzéseim szerint problémáját súlyosabbnak ítélte a valóságnál. Tény viszont, hogy többrendbeli lopással is gyanúsítják, "valamiből élni kellett" - fűzte hozzá.

Családjáról - az állapotfelmérés keretében - két ülésen is beszélünk. Elmondta, hogy anyja adminisztrátor, munkájára rendkívül igényes, melyet hallatlan ügybuzgalommal és kitartással végez. Édesapja festő, amolyan művészlélek és társadalmi aktivista egy személyben.

Szabadidejében egy polgári baráti kör elnökeként éli ki interakciós szükségleteit. A nővére főiskolát végzett, jelenleg egy ipari nagyvállalat alkalmazottja és nívós munkakör várományosa. A családdal él kliensem édesapjának az édesanyja, tehát Roland nagymamája. Csecsemő- és gyermekkorából sem átélte, sem családtagjaitól hallott tárgyvesztést, traumát nem tudott felhozni. 15 éves korában diáktársai hatására kezdte el a dohányzást. Ezzel kapcsolatban úgy emlékezett vissza, hogy addig-addig hergelték társai, míg a korábban tett "ellene vagyok a dohányzásnak" kijelentés alulmaradt, és rágyújtott. A hatás sem maradt el, "szédelegtem, hánytam, minden bajom volt...". Erre az időre esett szülei építkezésének kezdete, mellyel párhuzamosan az addigi családi "egyensúly" megbomlott, kliensem elhanyagolták, mondván, nincs idő a túlzott gondoskodásra. Ettől kezdve egyre többször hallott megállapítás volt a szülők részéről "bezzeg a nővéred..., vele nincs annyi gond..., miért nem tudsz te is olyan önálló lenni?". Azzal csak Roland foglalkozott, hogy nővére négy évvel idősebb, mint ő, ennél fogva önállósága Roland serdülő korában természetes volt. Roland mindaddig jelentéktelen tényezőnek számított családjában, amíg jogosítványt nem szerzett. Ekkor apja Trabantjával egy szántásban kötött ki, melyre a szülők "száguldó örült" minősítéssel, „jutalmazták”. Szüleivel való kapcsolata fokról-fokra egyre felszínesebb lett. A családi rituálék hiányát haveri körben pótolta, s ettől kezdve drogkarrierjének grafikonja jelentős emelkedést mutat. Ez egybeesett a már említett probléma-ivás időszakával, alig néhány évvel később pedig az illegitim szerhasználat kezdetével folytatódott. Leszerelését követően egyre többször maradt el otthonról, haverjainál húzta meg magát. Úgy érezte, otthon nem hiányzott senkinek. Ha éppen összefutott szüleivel, ők mindig nővérével példálództak. Családtagjai érintettségét illetően utalt arra, hogy anyját az építkezés időszakában pszichiátrián kezelték major depresszióval, s anyai nagyanyja is szenvedett ilyen betegségben. Nagyapja néhány éve meghalt, rá mint "részeges emberre" emlékezett. Apja csak a festéssel foglalkozott, a család dolgai csak akkor érdekelték, ha ez számára nem jelentett

többletfeladatot. Apja testvére is alkoholproblémás. Nővérét szerette, de "szülei megutáltatták" vele, mert mindig őt dicsérték. Keveset tud róla, de elképzelhetőnek tartja - feszültség- és szorongáscsökkentésre - droghasználatát. Roland kiemelte, hogy élete során főleg apja utasította el érzelmileg, ez elsősorban nemtörődömségben, a kommunikáció sivárságában nyilvánult meg. Anyja tudott baráti kapcsolatairól, emiatt vele is voltak veszekedései.

Barátnője, Eta is belekeveredett a jelenlegi büntetőügybe, mint fogyasztó. Az elmúlt 30 nap történései közül fontosnak tartotta, hogy egyik barátjával összeveszett a drog miatt, ezért barátja megverte. Az incidens azért pattant ki, mert a "kevés" drogot nem tudták elosztani.

Annak ellenére, hogy a családi élet zavarai láthatóan megviselték, nem értékelte súlyosnak a problémákat.

Pszichiátriai/pszichológiai problémái a szerhasználat miatt vannak. LSD hatása alatt és utána hallucinációi voltak, s valamennyi szer után depresszió, feszültség, ingerlékenység uralja, különösen amióta fogdában van. Szerhasználat előtt nem voltak ilyen jellegű problémái.

Az állapotfelmérés két találkozás alkalmával megtörtént. Roland dependenciája a DSM-IV. szerint igazolható: "Állandó kívánság vagy sikertelen kísérletek a szerhasználat abbahagyására vagy kontrollálására; jelentős idő és aktivitás irányul a szer megszerzésére vagy hatásaitól való megszabadulásra; fontos szociális, foglalkozási vagy rekreációs tevékenységek feladása vagy csökkentése a szerhasználat miatt."

Ennek ellenére a konzultációval párhuzamosan, a büntetőeljárás részeként történt igazságügyi orvosszakértői vizsgálat nem állapított meg függőséget. Roland úgy gondolja, hogy a DSM-IV. említett három kritériumának nem felel meg, de azt elismerte, hogy leszokási próbálkozásai nem sikerültek; az anyag megszerzéséért, ha kellett 100 km-re is elutazott; s az utóbbi időben mást nem nagyon csinált, mint árult és fogyasztott, ez életvitelévé vált. A felsoroltak pedig dependenciáját támasztják alá.

Célkitűzés

A konzultáció sikerét nagyban befolyásolja, hogy sikerült-e olyan célokat megfogalmazni, amelyek a kliens szükségleteire épülnek, ugyanakkor az eddigi kliens-konzultáns kapcsolat gyümölcsseként, akár kompromisszumos megoldásként kerültek kialakításra. Ezzel egyidejűleg különös jelentőséggel bír a konkrétság, megvalósíthatóság és - a kliens állapotfelmérése alapján szerzett tapasztalatokra is figyelemmel - a realiztikusság. Lehetőleg a célokat rövid lépésekre kell lebontani, s a kis lépések teljesítése is adhat sikerélményt a kliensnek a további - akár markánsabb - változáshoz. Az elérhető célok kialakításánál figyelembe kell venni a kliens motivációs állapotát, más megközelítésben azt, hogy a Prochaska-DiClemente felépülési modell szerint mely stádiumban van, melyik szakaszát éli droghasználatának, milyen elváltozások, szövődmények alakultak ki a szerhasználat következtében. Ennek keretében segítséget jelent, ha figyelembe vesszük, hogy az ASI-teszt során a kliens milyennek értékelte az egyes skálákon jelentkező problémáit. Jó eredményt érhetünk el, ha a célok meghatározásánál egyaránt figyelembe vesszük az egészségi állapotot, a munkával kapcsolatos nehézségeket (mihez lenne valójában kedve és milyen reális lehetőségek vannak), a droghasználat intervallumát, a preferált szert, a fogyasztás módját és körülményeit, a törvénnyel való összeütközést, családi kapcsolatokat és segítségül hívható egyéb társas támaszt, valamint az esetleges pszichés problémákat. Mindezek alapján kell dönteni arról, hogy absztinenciát ajánlunk-e. Illegális szerhasználat esetén - kivéve a fizikai dependencia meglétét - célszerű az absztinenciára törekedni. Mindenképpen óvakodni kell a határozatlan célkitűzésektől, amelyeknek nincs kellő prioritásuk, az olyan irreális céloktól, amelyek testi és lelki egészségük magas fokán állók esetében sem könnyen fenntarthatók. A célok illeszkedjenek a kliens személyiségéhez, aki legalább annyira elszánt legyen azok megvalósítására, mint a konzultáns (*Fonyó-Pajor* 2000).

Roland a harmadik találkozásunkkor így fogalmazta meg céljait: "Amíg fogva vagyok, hetente jó lenne találkozni önnel, de arról beszéljünk, amihez kedvem van, bár én szeretném, ha másról is szó eshetne. Elment a kedvem az eljárókkal való szembehelyezkedéstől. Jó lenne megújítani a kapcsolatot szüleimmel. A barátnőm, Eta is fontos nekem, ezért a rendelkezésemre álló fogdai beszélő időkeretét megosztanám szüleim és Eta között. Reménytelen, hogy valaha még egyszer kimegyek innen, ez esetben tanácstalan vagyok. Talán a modellezés lekötne. No, meg melóznék is rendesen, nem úgy, mint előtte. Ide többet nem jövök, inkább a pokol, mint a sitt. Biztos megint összezúrózók az ősökkel, ha kimegyek, ezt kéne még kivédeni." Meglepődtem, hogy az általam gondolatban megfogalmazott, fontosnak, reálisan elérhetőnek tartott, de még ki nem mondott célokat a kliens szinte ugyanúgy alakította ki, mint én, bár kezdetben intelligens stílusban fogalmazott, a végén jellegzetes "fogda-nyelvre" váltott.

Valójában járható, hogy hetente, majd kéthetente találkozzunk, ekkor kedve szerint beszélgethetünk, érinthetjük a büntetőeljárást, az enyhítő körülményeket, igényelte, hogy tájékoztassam szüleit változási szándékáról, őket szívesen látja a beszélőkön.

A rövid távú célok tehát a rendszeres konzultációkban, a szülőkkel való kapcsolatfelvételben, a változás iránti elköteleződésben, a családi és mikrokörnyezet által történő elfogadtatásban jelölhetők meg. Hosszú távú céljait egy hobbyjához közel eső munkavégzésben, Etával való kapcsolata fenntartásában, a szabadidő általa is tolerált eltöltésében - modellezés -, a családi kommunikációs kapcsolatok új alapokra helyezésében, a drogos társakkal való szakításban jelöltük meg. Örültem, hogy felvetette, ennek érdekében még szülővárosát is képes elhagyni, ugyanis a modellező klub most Győrött a legjobb a környéken, s ott munkát is talál. Ekkor már érezni lehetett, hogy Etát sem nézték jó szemmel munkahelyén, mivel kitudódott, hogy fogyasztóként ő is érintett a "híres" kábítószeres ügyben. Roland faluként jellemezte lakóvárosát, ahol "semmi sem marad titokban a sznob, konzervatív fejések előtt". Úgy érezte,

új életet, új identitást csak máshol tud kialakítani, ezért lényeges volt, hogy a távoli célok között szerepeltessük a szabadulás utáni elköltözést és letelepedést más városban, melyre ekkor Győr tűnt a legoptimálisabbnak. Én a hosszú távú célok markáns pillérének tartottam önbecsülésének erősítését, optimista szemléletmódjának kialakítását és a világ dolgainak toleránsabb elfogadását, ebből fakadóan a társadalmi nehézségekkel, igazságtalanságokkal való együttélést, illetőleg másságának és véleményének elfogadott keretek között történő megjelenítését. Úgy gondoltam, drogfogyasztása elsősorban kortársi hatásra, egyfajta kockázatkereső magatartásként csírázott ki, majd a droghasználat progresszióját a családi kapcsolatok befagyása, a társadalmi igazságtalanság determinálta kilátástalan szociális helyzet, és a pillanatnyi "jól érzés" egymással párhuzamos, de összességében összeadódó hatása eredményezte. Ezt a célok meghatározásánál Rolandkal egyetértésben figyelembe vettük.

Terápia tervezés, szerződéskötés

Az állapotfelmérés során összegyűjtött információk és egyéb forrásból származó adatok következetes szem előtt tartása mellett történik a célok meghatározása. A terapia tervezése azt jelenti, hogy megfelelő priorítás szerint sorrendbe állítjuk azokat a tennivalókat, amelyekkel a kitűzött célok elérhetők, melyek azok a dolgok, amelyek azonnali kezelést igényelnek és melyek halaszthatók későbbre. Mindezt - a célok során meghatározottaknak megfelelően - a kliens igényeinek figyelembe vételével kell megtenni. A tervezés során megfogalmazzuk, hogy a kliensnek terápiára vagy konzultációra, ambuláns ellátásra vagy bentfekvéses kezelésre, esetleg szociális segítő intézményre van szüksége problémái megoldásához.

A szerződéskötés a célok alapján meghatározott tervek megvalósítási keretét, a kliens és konzultáns kölcsönös elvárásait, a konzultációs folyamat struktúráját, a módszereket, az adatvédelemmel kapcsolatos kérdéseket magában foglaló szóbeli vagy írásos megállapodás. Keret jellegű elemek: a kliens és konzultáns mikor és hol találkozik, milyen rendszerességgel,

mennyi ideig tart egy konzultáció, előreláthatólag hány találkozást jelent a kapcsolat. Ki lehet térni arra is, hogy kit vonnak be a konzultációba, nekik - és egyéb esetekben – milyen adatokat lehet kiadni. Összességében a szerződéskötéssel nagy vonalakban rögzül mindaz, amit a célkitűzés kapcsán már kifejtettem.

Rolanddal már a kapcsolatfelvételnél érintettük, hogy a konzultációt fogva tartása idejére mindenképpen érdemes fenntartani, de ha igényli, utána is találkozhatunk. A tervezést nagyban segítette a pontosnak minősíthető állapotfelmérés, melyhez az ASI-teszt mellett az első néhány konzultáció, az eljáró nyomozóktól kapott információk egyaránt hozzájárultak. A fogva tartás a tervezést leegyszerűsítette, mivel absztinencia elérésével, fenntartásával rövid távú tervként nem kellett foglalkozni. Legakutabb probléma a rendőrségi eljárás volt számára, ezért az eljárókkal való viszonyát, a nyomozás lehetséges alternatíváival való azonosulást kellett segíteni, s ehhez a konzultációs folyamat tűnt járhatónak. Jelzett egészségügyi problémáira az orvostól rendszeresen kapott nyugtatót. Figyelembe vettem családtagjaival való kapcsolatfelvételi szándékát. Megegyeztünk, hogy kezdetben hetente találkozunk, majd később ezt két hétre ritkítjuk. Az egyes konzultációs ülések idejét legalább egy órában határoztuk meg.

Hosszabb távra terveztük identitásának tisztázását, helyreállítását, szüleivel való kapcsolatának átalakítását, a szabadulása utáni független élet adta felelősség átérzését, a józan cselekvési lehetőségeket, alternatívákat. Ragaszkodtunk a céloknál meghatározottak feldolgozásához.

A tervet írásban is rögzítettük. Kitértünk a titoktartásra, ezen belül kiemelt jelentőséggel bírt, hogy a köztünk elhangzottak csak írásos hozzájárulásával oszthatók meg másokkal. Szükségesnek tartottam rögzíteni, hogy a kábítószer beszerzési helyéről, az érintett személyekről, a jogsértésnek minősülő eddigi magatartásairól feletteseimet nem tájékoztatom, a birtokomba került adatok büntetőeljárás alapjául nem szolgálhatnak. Belevettük a soron

kívüli találkozó és a szabadlára helyezés utáni kapcsolattartás lehetőségét is. A szerződést mindketten aláírtuk. Úgy éreztem, az aláírás után megkönnyebbült, "most már homályos előttem, hogy miről is csevegünk igazán" - tette hozzá.

A kezelés menete, a változás előidézése

A kitűzött célok figyelembevételével tervezett konzultációs folyamatot a szerződéskötéssel tovább erősíthetjük, konkretizálhatjuk. Az előző fejezetben részletezett tervezés és szerződéskötés után a kezelés menete következik, mely a konzultáció leginkább célorientált szakasza, amikor az előzőleg kitűzött célok, a megtervezett és rögzített szerződés alapján - meghatározott számú találkozás alkalmával - a változás előidézése történik. Ennek elérése érdekében különféle módszereket alkalmazhatunk. Tekintettel a választott témára, a konzultáció és a képzés nyújtotta kompetenciára, olyan személyeknél, akik az addikciókon kívül más pszichiátriai rendellenességben nem szenvednek, elsősorban a viselkedés, a családi és társas kapcsolatok során jelentkező interakciók megváltoztatására való törekvés lehet a kezelés általános célja.

A viselkedés megváltoztatásának egyik hatékony segítő módszere a motivációs interjú (*Miller és Rollnick*, 1991). A technika elsősorban a korábban már bemutatott Prochaska-DiClemente-modell kontempláció szakaszában alkalmazható, amikor a kliens még nem érzi úgy, hogy droghasználata számára probléma lenne. A kliensnek joga van a választásra, ezért a felelősséget ő viseli.

A módszer alapelemei:

1. *Empátia kifejezés:* ami a kliens elfogadását jelenti és ezzel a változás elősegítését.
2. *Diszkrepancia kifejezése:* a kliens drogos viselkedése és az elérendő céljai között össze nem illés van. Ambivalencia felkeltése a droghasználattal kapcsolatban, előnyök, hátrányok felsorakoztatása. Ezzel szintén a változás felé lehet segíteni a klienst.

3. *Vitatkozás elkerülése*: a vitatkozás a betegség (probléma) beláttatása, növelheti a kliens énvédő mechanizmusát. Az ellenállás egy jelzés lehet a konzultánsnak, hogy stratégiáján változtasson.

4. *Játék az ellenállással*: az ellenállást be kell építeni a konzultációs folyamatba, a pozitív irányú változáshoz lehet felhasználni.

5. *A kliens önbizalmának támogatása*: a döntések, a változtatások végrehajtása mindig a kliens dolga, ez egyben felelősség is számára. Fontos tudatosítani, hogy mindig van remény, megoldás még a visszacsúszásoknál is.

A konzultáció ezen szakaszában fontos az ülések írásbeli rögzítése, a változás figyelemmel kísérése, a konzultáns munkájának és módszereinek kontrollálása esetmegbeszélés vagy szupervízió útján. A változás előidézése érdekében lényeges, hogy a konzultáció a kliens számára jelentős emocionális élményt nyújtson. Ennek megvalósításához szükséges, hogy a konzultáns rendelkezzen kellő empátiával, közlései kongruensek legyenek, képes legyen a kliens feltétel nélküli elfogadására.

Mivel Roland céljai meghatározásánál is említette, hogy jó lenne rendezni a viszonyát szüleivel, s emellett Etával is szeretné megosztani a rendelkezésre álló időt, tájékoztattam arról, hogy erre lehetősége van a hatályos jogszabályok szerint. Jelentős problémaként értékelte a büntetőeljárás bizonytalan kimenetelét, ezért az első két ülésen kérésére arról beszéltünk, hogy milyen törvényi tényállást merített ki, s azért legfeljebb mennyi büntetést kaphat. Kiemeltem, hogy első büntényesként a törvényben meghatározott tételek alsó értékével kell számolni. Szabadlábra helyezésére csak a szembesítések és az összes lehetséges bizonyíték beszerzése után számíthat. Érződött, hogy ambivalens az eljárókkal való viszonyát illetően, úgy gondolta, a rendőrök is tehetnek arról, hogy ide jutott, néha pedig együttműködési készséget mutatott velük. Kértem, hogy rakja össze az elmúlt öt év történéseit. Ő maga mondta: családjában keveset törődtek vele, túl független volt, baráti

körben próbálta pótolni a családi fészek ürességét, ridegségét. A drogfogyasztás az említett életút szerves velejárója volt. Drogkarrierjét nem értékelte rövidnek. Egy alkalommal, mikor hosszabb szünetet tartott, csendesen megkérdeztem "Mit gondol a drogfogyasztással kapcsolatos jogszabályokat kik hozták?". Válasza pontos volt, s folytatta: "...Tudom, a rendőröknek csak azok betartatása a feladatuk, végül is az a csoda, hogy csak most buktam be." Céлом az volt, hogy ő is rádöbbenjen arra, saját sorsáért és jelenlegi helyzetéért egyaránt felelős, de van kiút. Mivel jelezte, hogy levelet írt szüleinek, melyben tudatta, hogy hol van, s kérte őket, látogassák meg, megkérdeztem, mit vár a szülőkkel való találkozástól. Roland rávilágított, igazából bocsánatot szeretne kérni azért, hogy a korábbi szülői intelmeket nem fogadta meg. Érződött, hogy sajátos fogdai helyzete miatt kezdeményezte a kapcsolatot szüleivel. Néhány nap múlva édesanyja felhívott, kérte tájékoztassam fia ügyéről. Mivel előzőleg Roland felhatalmazott arra, hogy változási szándékát én is mondjam el szüleinek, kértem édesanyját, keressen meg személyesen. Kb. másfél órát beszéltem vele, nagy vonalakban elmondtam az eljárás lényegét, majd Roland céljaira fókuszálva, a helyzetet optimistán ítélt meg.

"Roland szeretné, ha rendszeresen találkozhatnának, amíg ő fogva van." - mondtam. Az aggódó anya sok-sok kérdést tett fel, melyekre én válaszoltam. "Mi vezethetett ide, hogy a gyerek drogfogyasztó lett?" - egyre csak hajtogatta. Kértem, hogy beszéljen fiával való kapcsolatáról. Az anya elismerte, hogy az elmúlt három évben alig beszélt fiával, inkább csak "leszúrta", ha véletlenül összefutottak. Nem hallgattam el, hogy Roland igényli a szülői törődést, ezért képes áldozatot is hozni, komoly céljai vannak a szabadulás után, az anyát láthatóan zavarta a mikrokörnyezet megbélyegzése, "fia drogos".

Egy következő alkalommal Roland említette, hogy szülei meglátogatták, a beszélőt három szakaszra bontva beszélt apjával, anyjával és Etával. A beszélő utáni találkozáskor

jókedvűnek, bizakodónak tűnt. "Átmentem jófiúba, s ez tetszett az ősöknek, rájuk hagytam a nekem szánt intelmeiket" - mondta.

A szerződés kötéstől számított egy hónap alatt négyszer találkoztunk, azután javaslatomra kéthetente voltak az ülések. A változás néhány hét alatt is szembetűnő volt. Életvidám, optimista, higgadt, kipihent lett. Folyamatosan konzultáltam az orvossal, aki elmondta, hogy a kezdeti altató adagok már nem kellenek, Roland gyógyszer nélkül él a fogdában. Ilyen állapotában meglepően produktívak voltak a találkozások. Magától rájött arra, hogy "szüleit nem válthatja le", a kifejezés tőle származik. Úgy ítélte meg, elsősorban neki kell alkalmazkodni hozzájuk. Nagyon hálás volt azért, hogy szülei e válsághelyzetben melléálltak, a fogdában is ellátták "minden lehetséges jóval".

Két hónap eltelte után egyre többször érintettük, hogy mihez tud kezdeni a szabadulás után. Bár még nem látszott az eljárás vége, ügyvédje szerint a nyár közepe táján volt várható az iratismertetés és remélhetőleg a szabadlára helyezés. Roland nem ok nélkül ugyan, de pesszimista volt az elhelyezkedési lehetőségek és hobbjá megvalósíthatóságát illetően. Mindenképpen a modellezéssel szerette volna szabadidejét lekötni. Egy alkalommal Eta említette neki a beszélőn, hogy munkahelyét közös megegyezéssel otthagyta, valószínű, hogy Győrben próbálkozik elhelyezkedni, mivel helyben kevesebb esélye van. Roland is hajlott az átköltözésre, "Így legalább nem esem kísértésbe, hogy a haverokkal találkozzak" - tette hozzá. Eta azt is megtudta győri nagybátyjától, hogy az Audi gyárban működik egy modellező klub, de csak az ott dolgozóknak. Ez a lehetőség Rolandot érdekelte.

A konzultációk a megbeszélt időpontokban rendre megtörténtek. Mindig az utolsó konzultáción állapodtunk meg a következő időpontjában, de a civil körülmények imitálása gyanánt kértem Rolandot, ha valóban találkozni akar velem, akkor a találkozó napján is üzenjen a fogda személyzetén keresztül. Ez az üzenet helyettesítette a megjelenési fegyelmet.

Ennek ellenére csak egyszer maradt el találkozó, de akkor sem miatta. A konzultációs folyamat szupervízióját a pszichológusunk látta el, akivel folyamatos kapcsolatban voltam.

Öt hónap telt el, Roland rendszeresen találkozott szüleivel és Etával is. A nyomozás vezetője együttműködő, beismerésben lévő gyanúsítottként jellemezte kliensem, aki a szembesítések során "alulmaradt". Szomorúan szembesültem e kijelentéssel, ugyanis tisztában voltam valódi tartalmával: a rafináltabbak Rolandot mélyebben igyekeztek "bemártani", mint amennyiért magatartása miatt a törvény szerint felelnie kellett. Tudtam, hogy a bizonyítékok határozzák meg a felelősségre vonás mértékét és e tekintetben az őt körülvevő terhelő vallomások bizonyítékként értékelhetők. Igyekeztem feloldani azt az ellentmondást, melyet kliensem őszintesége és változásra való elszántsága eredményezett, vagyis az együttműködő gyanúsított beismerő vallomása indukálta súlyosabb büntetőjogi megítélés és a változásért tett erőfeszítések társadalmilag is méltányolható pozitívumai közötti ambivalenciát. Olykor felbukkant gondolataimban, hogy Roland szabadulása után nehéz lesz megértetnie környezetével, hogy tiszteletre méltó lépéseket tett a korábbi életvitelével való szakítás érdekében. Az említettekből azonban Roland nem érezhetett semmit, felvetéseire mindig úgy reagáltam, hogy erősítsem benne optimizmusát, céljai megvalósítása érdekében tett lépéseit elismerő szavakkal jutalmaztam, s igyekeztem eloszlatni "drogos" megbélyegzése miatt kialakított előítéletét. Bár többször utalt arra – különösen kapcsolatunk első felében -, hogy az elkezdett drogos úton könnyebb lenne végigmenni, mivel a környezete is arra hajlamos emberként fogja őt kezelni, de én a céljai elérhetőségére biztatva, gondolatait más identitás kialakítása felé igyekeztem terelni.

A kezelés terminálása

A szerződéskötéskor rögzíti a kliens és konzultáns a konzultáció várható időtartamát. A befejezés előtt a klienst időben fel kell készíteni arra, hogy hamarosan egyedül kell dolgait rendezni, mert a kapcsolat véget ér. A konzultációs folyamat során erős érzelmi kötődés

alakulhat ki a kliens részéről, ezért a hirtelen változás ellenállást válthat ki, illetve újabb problémahelyzet elé állíthatja, mely később fokozhatja a relapszus veszélyét. Az ellenállás megnyilvánulhat úgy is, hogy a kliens szándékosan rosszabb állapotban tünteti fel magát, s ezzel azt „üzeni”, hogy még nincs itt az ideje a leválásnak, illetőleg újabb témákkal hozakodhat elő, melyek megbeszélése hosszú időszakot igényelne. A konzultánsnak kezelnie kell az ellenállást, ezért jó, ha egy folyamat részeként, nem pedig csupán egy ülésen történik a befejezés előkészítése. Ebben a szakaszban lehet értékelni az elért eredményeket, azokat összevethetjük az állapotfelmérés adataival.

A sikeres befejezés lényegbevágóan fontos a kliens és a konzultáns szempontjából egyaránt, ez a szakasz meghatározó lehet minden megelőző szakasz sikerére, az elért eredmények fenntartására, ezt hozzáértő módon kell kezelni. A befejezés funkciója, hogy esélyt biztosítson a kliensnek újfajta magatartásformák kipróbálására, ezért motiváló erőként működik (*Fonyó-Pajor 2000*).

A konzultáció befejezésére való felkészülést Roland fogva tartása is befolyásolta. A nyár elején csak annyit tudtunk, hogy egy-két hónap múlva befejeződik a nyomozás, s akkor számíthat a szabadulásra. A szabadság vágya Rolandban természetesen rendkívül erős volt, ez elnyomta a konzultációs folyamathoz való ugyancsak nem csekély ragaszkodását. Ő a helyzetet a következőképpen látta: "Itt a fogdában jó volt magával találkozni, álmomban sem reméltem, hogy ilyen létezik, ez engem rendkívüli módon segített a helyzet átvészelésében. Úgy érzem, más vagyok, mint amikor bekerültem. A szabad élet nekem szükséglet, de jó érzés tudni, hogy bármikor megkereshetem, ha esetleg elakadok valamiben."

Újból megbeszéltük, hogy mihez kezd ezután, céljaiból nem engedett. Az első hetekben szüleinél lakna, majd megpróbál átköltözni Győrbe. Ehhez az is kell, hogy felvegyék dolgozni. Az Audi gyárba szeretne menni, ezzel kapcsolatban Eta már tett lépéseket. Én biztosítottam telefon történő elérhetőségemről és személyes találkozás lehetőségéről ezután is.

Utánkezelés, rövid távú nyomon követés

A konzultáció befejeztével az elért eredmények ellenére szükség lehet kevésbé intenzív utánkezelésre, akár önsegítő csoportban is. A kezelés e kevésbé strukturált formája lényeges lehet, mert megerősíti mindazt, amit a kliens a konzultáció alatt elért és segíti újraértékelni a konzultációs élményt. Rövid távú nyomon követés általában a konzultáció befejezése után legfeljebb 6 hónapig történhet, mivel azt követően utánkövetésről, utógondozásról beszélünk, amely a konzultáció egy önálló, újabb szakaszát jelenti.

Kliensemét 7 hónapi fogva tartás után augusztusban helyezték szabadlábra. A várható időpont két héttel korábban bekövetkezett. Utolsó konzultációs találkozásunkkor Roland csapongott, szorongott az előtte álló lehetőségektől, s örült a szabadságnak. Bízattam: keressen, ha problémái vannak. Két hét után régi ismertősöm hívott telefonon, akivel tankörtársak voltunk valamikor a győri Széchenyi Főiskolán. Csakhamar kiderült, hogy az Audi győri gyárának egyik műszakvezetője, s telefonszámomat Rolandtól tudta meg, aki nála jelentkezett munkára. Mondta, hogy lehetséges a munkafelvétel, bár Roland a múlt őszinte feltárásával elbizonytalanította. Én oldani igyekeztem bizonytalanságát, hangsúlyoztam, hogy az általa is tapasztalt őszinteség a változás bizonyítéka. Javaslatomra végül is úgy döntött, 6 hónap próbaidőre felveszi kliensemét. Hamarosan Roland is hívott, hálálkodott sikeres elhelyezkedése miatt. A lakhatást is megoldották a cég szállásán. Eta szintén el tudott helyezkedni betanított munkásként, bár ő érettségivel is rendelkezik. Roland hangjából öröme és elégedettségre következtettem.

Utánkövetés, utógondozás, hosszú távú nyomon követés

Az előző pontban említettem, esetenként előfordulhat, hogy a konzultációs folyamat befejeződése után néhány hónapig a rövid távú nyomon követés keretében lehetőség van a klienssel való kapcsolattartásra. Az utánkövetés, utógondozás valójában a kezelést követő

néhány hónap eltelte után elkezdődhet és akár egy évig is tarthat. Ez alatt jó, ha kapcsolatba tudunk lépni a klienssel, megbeszéljük mi történt vele, igényli-e segítségünket. Egyben számvetést készíthetünk a magunk számára is, helyesek voltak-e a célkitűzések, az alkalmazott módszerek, azokat a kliens milyen hatékonysággal tudta az éles élethelyzetekben kamatoztatni. A hosszú távú nyomon követés és utógondozás része lehet az esetleges visszacsúszás kezelése, a krízisintervenció. A visszacsúszás gyakori, sokszor előfordulhat, mielőtt a páciens végül sikerrel jár, a konzultánsnak viszont nem szabad feladnia.

Rolanddal a munkahelyi felvételekor beszéltem telefonon, majd 3 hónap múlva keresett személyesen, ekkor vele volt Eta is. Hármasban beszélgettünk. Munkáját el tudja fogadni, nem is keres rosszul, bár szórakozni abból nem lehet úgy, mint azelőtt. Gyorsan hozzáfűzte azt is, hogy ez nem is célja. Etának sokat köszönhet, mondta, jól elvannak együtt. Újabb 3 hónap munka után véglegesíthetik. Ettől kezdve lehet tagja a modellező klubnak, amit már nagyon vár. Megjegyezte, hogy örül a győri letelepedésnek, mert így legalább nem kísértik a haverok. A beszélgetés során együtt örültünk az elért eredményeknek, kitartásra bíztattam, hiszen csak néhány hónap és modellezhet, mellyel régi vágya valósulhat meg. Továbbra is biztosítottam arról, ha szükségét érzi felkereshet vagy telefonálhat.

SZEREPEK ÉS SZEREPMEGVALÓSÍTÁSOK AZ ADDIKCIÓ TERÜLETÉRŐL

Telek Ervin

Akik közel kerültek...

Az úrigyerek tiltakozásból kerül közel a szerekhez. Tiltakozik konszolidált, kispolgári életmódja ellen, a családi biztonság ellen. Határozottan fellép a gondoskodó, féltő szülőkkel szemben is. Szerhasználatát egyfajta büntetésnek, kibillentésnek, szembesítésnek szánja. Családja mindent megad számára, kényeztet, dédelgeti. Ez ellen igyekszik úgy lázadni, hogy

megdöbbsenti környezetét. Alkalmi droghasználóként rendszeresen felhívja a figyelmet saját drogozására, eszközeit szabadon hagyja, szinte kihívó módon. Minden cselekedetével bántani akar, büntetni - drogozása lázadás a kiegyensúlyozottság ellen. Az úrigyerek szívesen csatlakozik marginális csoportokhoz, levetkőzve úrigyermeki külsőségeit, eszközeit. Lázadása azonban biztos anyagi, tárgyi fedezettel rendelkezik, a szülői házra bármikor számíthat, számít is. Elszakadása a visszatéréseket erősíti. Úgy érzi családját büntetnie kell, hogy másként figyeljenek rá. A túlzott foglalkozás helyett átalakult odafigyelést kíván. Tiltakozik, mert gondoskodnak róla, követeli, hogy gondoskodjanak róla a megváltozott körülmények között. Nem veszi észre, hogy alkalmi szerhasználatából már függővé válik, a büntetés már elvesztette értelmét, neki már csak a szerre van szüksége. A dependencia viharos gyorsasággal alakul ki: mire a család az első jelekkel szembesül, az úrigyerek már beteg, rabja a szenvedélyeknek, rabja a saját tiltakozásának.

Betegsége visszaviszi egy régebbi gyermekszerepbe, tehetetlen, kiszolgáltatott, segítségre vágyik. Kezdeti szakaszban vádol, csapkod, rendetlenséget tart maga körül, szakadtan öltözik, szándékosan elhanyagolja külsejét, iskoláját, munkáját egyaránt. Kötelességeit elmulasztja, felelősségérzése minimális. Verbális kommunikációja igen szűk, hangneme agresszív, erőszakos. Előrehaladott állapotában azonban szerepregresszióba kerül, esendővé, kisfiúvá válik.

Az utód alkoholista szülők alkoholista gyermekeként éli életét, meggyőződve arról, hogy nem önmaga a bajok forrása, hanem szüleinek sorsát folytató utódként kell léteznie. Gyermekkorára nem szívesen emlékszik, amikor a részeg szülő bántotta, zaklatta az egész családot. Emlékszik az ébren töltött éjszakákra, a rettegésekre. Tudja, százszor megfogadta, hogy ő soha nem fog az alkoholhoz nyúlni, s lám most mégis, szinte ördögi módon ismétli mindazt, amit apjától, anyjától látott. Képes a géneket, neveltetését szidni mindezért. Úgy érzi számára semmi más út nem akad, csak a szülei által kitaposott rögzös ösvény. Azzal, hogy

felvállalja az utód szerepét egyben fel is menti önmagát, hiszen nem tehet róla, benne van vérében, őseinek utódja, a szenvedély folytatója. Modellt követ. Szereptanulása a családi hagyományok és szokások mentén alakult ki. Életproblémáinak megoldására csak a maladaptív modelleket ismeri, a pótszereket, a szenvedélyt. Szerzett családjában a megismert mintákat alkalmazza, olyan feleséget választ, aki anyja tűrőképességét mintázza. Gyermkeivel szemben azonban igyekszik közvetlenebb attitűdöket alkalmazni, kedveskedik, adakozik. Tárgyakkal, pénzzel kívánja megszerezni a szeretetet. Gyakran támadnak lelkiismereti problémái a saját példája miatt, ilyenkor bánatában újabb alkoholhoz kell fordulnia. Munkahelyi, szomszédsági kapcsolatban kiválóan helytáll, számos modellt tud mobilizálni külső kapcsolataiban, gyakran válik a csoport vezér-egyéniségévé, családjában jelent csak gondot magatartása. Leszűkül kommunikációja, nem tudja nyomon követni a családtagok történetét, nem bírja átlátni a különböző helyzeteket. Pénze sosem elég, állandó anyagi zavarban van, mégis bőkezű, folyton fél, hogy nem tudja biztosítani gyermekei megélhetését.

Az úriasszonytól távol áll minden deviancia. Megveti a lezüllött piásokat, elítéli és tüzzel-vassal irtatná a kábítószeresekeket, lenézi az étkezési zavarokkal küzdő fiatal lányokat. Ő semmi szenvedélynek nem rabja, éli mindennapos életét, meglehetősen jó pozícióban, jó anyagi viszonyok és rendezett családi légkörben. Nem tehet róla, hogy folyton fáj a feje, hogy állandóan őt idegesítik, kiborul, ha veszít a kanasztá-partin, ha nem jön össze a hön áhított külföldi nyaralás. Panaszkodik, s kibillent világát igyekszik helyrehozni: nyugtatókhoz fordul, mert nem lehet így elviselni a ránehezedő nyomásokat. A tablettá megnyugtatja, ellazítja, elmúlik migrénje, feszültsége, haragja, dühe. De lassan! Ezért hát mennyiséget, alkalmat újraszabályoz. Már a legkisebb gond esetén nyúl a fioláért, eleinte számolva, majd számolatlanul kapkodja gyógyszereit, porait, aztán kicsit már könnyebb. Függősége nem

látványosan alakul ki, a hozzászokás folyamata viszont megjósolható. Hetek alatt kialakul intim viszonya a gyógyszerekkel, toleranciájának mértéke gyorsan emelkedik. Háziorvosa mellett már másokat is megtisztel panaszaival, ugyanazt a gyógyszert több helyen, több alkalommal is felírhatja. Társaságban szívesen válik valamely nyugtató, altató, csillapító propagátorává, eleinte csak súgva, majd fennhangon reklámozva azt. Környezete lassan döbben rá: már nem képes kedvenc szereit nélkül élni, már együtt él egy új dologgal. A család azt látja, hogy szereplőnk bágyadt, lelassult, értetlenül tekint rájuk, kérdésekre elfelejt felelni, kijelentéseiket szóra sem méltatja. Reggel csészeszámra önti magába a kávé, idegesen gyújt rá cigarettájára, kócosan mereng kifelé az ablakon. Nehezen szedi össze magát, jajgatva kezdi a napot, „kilencig, tízig használhatatlan vagyok” - lihegi és lemondóan legyint.

„*A szerencse fia*” megállás nélkül hajszolja szerencséjét. Nem a nyereség - mint egy cselekvési sor betetőződése, a kielégülési pillanat a fontos számára, - hanem a kielégüléshez vezető út, az izgalom, a feszültség. Szerepvállalása bonyolult hártási, indoklási rendszeren keresztül valósul meg, optimizmusa és pillanatnyi pesszimizmusa folyton keveredik. Önmagát kell legyőznie és folyamatosan behajszolnia a szerencsejátékba. Ez a játék azonban már nem játék, nincsenek meg a rekreációs szakaszai, a szórakozás érzése, hangulata, nem pihentet, nem kapcsol ki, hanem betölti a "szerencse fia" teljes életét. A személy állandó feszültségben él, úgy érzi lemarad valamiről, éppen akkor köszönne rá a szerencse, amikor távol van. Szerencsejátéka kezdetén magára erőlteti a lezseriséget, az "engem nem is érdekel" magatartást, később belesodródik a cselekvési sorba, s már megszűnik körötte a külvilág. Pulzusa felgyorsul, szívverése felerősödik, izzad, keze folyton mozog, tekintete egy pontra fókuszál. Elfeledkezik testi szükségleteiről, étkezés, ivás számára csak mellékes tevékenységek. Kudarcai csak pillanatokra veszik el kedvét, újból erősen, intenzíven kell beszállnia a szerencsejátékba, feledtetve önmaga és mások előtt a veszteséget, ugyanakkor

bizonyítandó szerencsájének mértékét is. Családja fokozatosan veszi észre, hogy a "szerencse fia" már nem a család gyermeke többé, hiszen folyamatosan távol van a családtól, gyakran küzd pénzzavarral, máskor egy-egy délután feltűnően költekezik. Elbeszélései a szerencsejáték technikájára vonatkoznak, többször elmondja sikereinek részleteit, soha meg nem unva azokat. Folyton keresi a "játék" lehetőségét, amely számára már meghatározó jelentőségű, ezért emberi kapcsolatai is erre szűkülnek le. Családtagjaitól eltávolodik, "játsszótársai" válnak fontossá. Ezek a játékkapcsolatok azonban nem érzelmi alapúak, hanem célérdekűek, s mindössze addig tartanak, amíg a cél, a közös szenvedély összeköti őket.

Passzív szakaszokban a "szerencse fia" lehangolt, deprimált. Folyton a passzivitás jár a fejében. Ilyenkor családjával, környezetével agresszív, durva tud lenni, hiszen ez a semmittevés számára lemaradás, lekésés valami igazán fontosról. A munkahelyén igyekszik teljesíteni, energikusan, gyorsan dolgozni - mindössze azért, hogy teljen az idő - ezzel a "szabadságát" minél közelebb hozza, s azután beleveti magát örömszerző tevékenységébe. Szenvledélyét tagadja, hiszen ő csak pihen, szórakozik, pénzt keres, izgalmakat kíván, s nem árt senkinek. Gesztusaiban a feszültség a meghatározó, a koncentráció a "játék" során. A szerencsejáték előtt fokozódó izgalom, a játékban teljes személyisége a "feladatra" irányul, a "játék" végén, szüneteiben a kielégültség kielégítetlensége jelenik meg, újból erőt gyűjtve a következő "menetre". "A szerencse fia" serdülő, felnőtt férfiak szerepe, elvétele női szerepmegvalósításként is találkozunk vele. A felnőttek több filozófiai, ok-okozati érvelést használnak háritásként, mint a fiatalok. Családi kapcsolatukban feltétlenül fontos, hogy legyen a megmentésükre és üldözésükre egyaránt szövetkező családtag.

A szertartásos kettős szenvedélyben él. Egyik szenvedélye valamely szerhez vagy viselkedéshez, másik szenvedélye ezek alkalmazásának módjához, formájához kötődik. Ez utóbbival az első súlyát, jelenségét kívánja csökkenteni, hiszen alapszenvedélyét saját maga

által kialakított rend, szertartás szerint működteti, büszkén vallja, hogy képes szabályozni, kordában tartani szenvedélye működését. "Ura vagyok a helyzetnek" - állítja, hiszen rajta nem hatalmasodik el szenvedélye, hiszen csak akkor engedi uralkodni, amikor a szertartás szokásrendszere ezt lehetővé teszi. "Délelőtt nem iszom." - mondja egyikük, mintegy mentegetőzésként, aztán délután lerészegedik, majd a déli fordulópontot egyre korábbra hozza. "Csak hétvégén egy-két speed!" - mosolyog a másik, aztán a vasárnap, szombat, péntek, csütörtök is hétvégévé válik. Szokásos helyzet, hogy kliensünk a szertartások körülményes formáihoz ragaszkodik, csak meghatározott összetételben, helyen, alkalommal használja szenvedélye tárgyát. Mélyen ragaszkodik ezekhez a körülményekhez, de bármikor képes ezeket megteremteni is, hogy sóvárgását kielégítse. Szertartásához társaságban, közösségben ragaszkodik, hiszen valós szenvedélyét igyekszik ezzel tagadni. Határozott, szinte kihívó módon közli környezetével, hogy ő ilyen körülmények között ezt és azt nem fogyasztja, nem alkalmazza. Ezzel, mintegy kiemeli magát a mások gyakorlatából, s ezzel a kiemeléssel felmentést ad arra, hogy a csoporttól távol önnön törvényei, szertartásai között éljen szenvedélyének. A csoportban használt tagadása és szabálymagyarázata másokban értetlenséget, lelkiismeret-furdalást okoz. Néhányan azonban tudják, hogy mi rejlik a tagadás mögött, hiszen hősünk gyakran mutat olyan jeleket, amelyek valamely titkos szenvedélyre utalhatnak. A szertartásos fogyasztás tehát egyéni megvalósítás, elvonultan alkalmazható. Igyekszik megnyújtani a sóvárgási időszakot, sajátos feszültséget szerezve saját magának a beteljesülés pillanatáig. Hosszadalmas "előjátékai" a csúcspillanatot tolják időben távolibbá, ugyanakkor a kellékek, helyzetek kialakítása már része a vágy beteljesülésének. Ezt az előkészítési szakaszt is külön szenvedélynek tekinthetjük, attól függetlenül, hogy viselkedési vagy szerhasználati szakasz követi; így alakul ki a szenvedély láncszem-rendszere, hiszen az alapszenvedélyt megelőzi egy körülmény-rendszer, a körülmény pedig nem tud működni az azt követő "beteljesülési-rendszer" nélkül. Kábítószer-használóknál ez a szerepmegvalósítás

igen gyakori, alkoholisták között is szép számmal fordul elő más szerepmegvalósítás elhárítási módszereként. Étkezési addikciók és viselkedési zavarok alapja, kortól, szertől, eszköztől függetlenül.

A búsfogasztó csak bánatában használ pszichoaktív szert, végez kényszeres cselekvést. És folyton búsul. Öröme nincs, maga a szenvedély jelenti számára az örömforrást. Aktuális állapota a kitartó örömtelenség, ezt erősíti meg szenvedélyével, hogy nyilvánvaló legyen: számára semmi sem szerez örömet, boldogságot. Folytonos hangulati mélypontok, melankólia, kielégítetlenség, halálfélelem jellemzi, s ezekről maga elé meredve beszél alkalmi hallgatóságának, akár figyelnek rá, akár nem. Bánata univerzális, nincs szégyenérzete, annál magasabb rendű saját szenvedése. Minden közeledést félreért, interperszonális kapcsolatokban meg van győződve arról, hogy úgyis kihasználják, megcsalják, nem értik meg. Számára a való világ keserves, a szenvedélyéhez nyúlva ez még keservesebbé válik. Világfájdalmában mindent leértékel, az elemi szerepeit is leírta régen, számára nem fontos, hogy milyen elvárásai vannak családjának, szűkebb környezetének. Az addikció gyakorlásához mindig talál okot, minden sértést eltúloz, tragikussá emel, katarzis nélkül. Örömtelensége, búsulása áthatja mindennapjait. Nem talál örömet az étkezésben, olykor el is feledkezik róla. Alvása felszínes, kora hajnalban reménytelenül forgolódik, gyakran halálfélelmek gyötrik, izzad, hőhullámai vannak. Rendszeresen hosszú ideig öltözik, tisztálkodik, mégis elhanyagolt, rendezetlen állapotúnak tűnik. Mozgásában lassú, fejét lehajtja, halkán, szinte motyogva mondja örök monológját önmaga örömtelenségéről. Szenvledélyévé válik a kilátástalansággal való szembesülés, a rendszeresen alkalmazott pszichoaktív szer, amely szintén nem örömforrás, hiszen úgy használja, hogy belevetíti az "úgy sem segít semmit" - feltételezését. Munkahelyén ellenállásba kerül, ugyanakkor bebizonyítja, hogy íme, valóban nincs semmi értelme a munkának sem, lám az örömet is

elvették tőle. Magáért a szenvedélyért sosem érez büntudatot vagy szégyent. Számára a bús-állapot, az örömtelenség része maga a szenvedély is. Családjában teljesen beszűkül, kapcsolatai minimálisra korlátozódnak, újakat nem teremt. Alkalmi hallgatóságát sem méltányolja, képes egyedül is felhangosan szenvedni. E szerepmegvalósítás főleg alkoholbetegeknél, a kábítószereseknél jelenik meg, jórészt férfiak körében. A serdülőkori világfájdalom is igen intenzíven jelenik meg ebben a szerepben.

A szer szerelmese sajátos szimbiózisban él szenvedélye tárgyával. Számára a drog birtoklása a legnagyobb élmény: egy megszerzési folyamat eredménye és a felhasználás lehetőségeinek biztosítója. Az anyagot rejtegeti, őrizgeti, mindig megfelelő mennyiség birtoklása szerzi az örömet. Miután intenzív használó, mindig többet és többet kell őriznie, hogy megkívánt "raktárkészlete" elegendő legyen. Maga a birtoklás egyszerre vég és egyszerre kezdet is. Örömet jelent a tudat, hogy rendelkezik a használathoz szükséges anyaggal és mennyiséggel. A szer szerelmese mindig tart magánál alkoholt, vagy több doboz cigarettát, hasmenést okozó gyógyszereket, kábítószeret, hogy alkalom adtán különös kéjjel újra ellenőrizhesse, birtoklását konstatálja. Szüksége van újabb és újabb mennyiségre, kettős szenvedélye miatt. Egyrészt a használat folyamatos szenvedélye, másrészt a gyűjtés, őrzés különös helyzete miatt. Kliensünk a gyógyító intézménybe is magával viszi az anyagát, rejtegeti, újabbat is próbál szerezni, hiszen rohamosan fogy a készlet. A birtoklást tagadja, inkább más betegséget mutat, nem retten vissza pszichiátriai problémákról beszélni, csak ne kelljen kiadnia rejtett anyagát. Fiatal lányok bulimiás problémák esetén százszámra őrizgetik Phenolphthalein tablettáikat, alkoholisták az utolsó kortyot mintegy tabuként rejtegetik. Erős nikotinfüggők az éjszakai órákban is képesek beszerezni egy doboz cigarettát, attól félve, hogy reggelre nem lesz füstölnivalójuk. Idősebb alkoholisták már délután beszerezik a reggelre valót, ne szenvedjenek hiányt egy pillanatra sem. Kapcsolatuk a külvilággal csak alkalmi jellegű. Személyközi

kapcsolataik elvesztették értelmüket. Családjukban titkolódzó, rejtegető életet élnek, mások problémája közömbös számukra. Széles körű szerepmegvalósítás, nincs nemek közti különbség, az egyes anyagok közötti eltérés viszont sajátosságokat mutat koronként és nemenként is. Alkoholnál középkorú nők és idősebb férfiak, kábítószerrel serdülők, hashajtók, hánytatóknál fiatal lányok szerepeként találkozunk velük.

A zugivó önnön hazugságainak megvalósítója. Már előzőekben megállapítottuk, hogy a szenvedélybetegség a legtöbb esetben illegális tevékenységek során valósul meg a „zugszerhasználat” tehát általános. Mégis külön kell venni ezt a szerepmegvalósítást, egyrészt gyakorisága miatt, másrészt az alkoholfogyasztás speciális típusa miatt. A zugivó rejtőzködő módon nyúl az italért. E rejtőzködés kétoldalú, hiszen a nyilvánosság elől és önmaga elől is rejtőzködik. Nem vállalja fel alkoholfogyasztását a szűk környezet, a család előtt, de nem meri felvállalni önmaga előtt sem. Titokban történő alkoholfogyasztása azonban sosem válik titokká. Családja, környezete a cselekvést folyamatosan tapasztalja, észreveszi.

Hogyan alakul ki ez a speciális alkoholfogyasztás?

Több feltétele van: egyrészt a magányra alkalmat adó status, helyzet, másrészt a nyilvánosságtól való tartózkodás pszichés háttere, harmadrészt egy ellenőrző, kontrolláló környezet, amely miatt a titkos cselekvés szükségeltetik. A zugivó magányától akar megszabadulni, társat talál az alkoholban, partnert a magány feloldásában - ez még a kezdeti lépés, hiszen pótlásként, partnerként használja az italt. Később az alkohol, mint "hatótényező" kerül be ebbe a kapcsolatba, s kialakul egy sajátos szertartásos rendszer: a dugiban, suttyomban történő italfogyasztás. Bujkálása válik a szenvedélyévé, a körülmények, a pillanatok megragadása, az ital elrejtése, elvarázslása, a magány izgató társkeresése. Ehhez a magatartáshoz kapcsolódik a tagadás folyamata, a tiltakozás és a titkolódzás teljes rendszere. Kielégülést a zugivás alkalma jelenti, a helyzet és az alkohol együttese. A pillanat

megragadása válik szenvedélyévé, hogyan tudja kijátszani környezetét, családját, barátait, hogyan tudja "átverni" a figyelő tekinteteket, hogyan tud túljárni az eszközön. A rejtőzködés, a zugivás válik a függőség érzés-állapotává. A zugivó rendszertelenül étkezik, alvási zavarai vannak. Étkezése háttérbe kerül, hiszen az italfogyasztás a meghatározó, energiáját ezzel igyekszik biztosítani. Alvása több dolog miatt válik problémássá: egyrészt az alkohol okozta alvászavar, másrészt pedig az éjszakai "keresés lehetősége" okozza a gondokat. Családjában igyekszik megfelelni az alapvető szerepelvárásoknak, néha túl erőszakosan akar fellépni családi szerepeiben, mások rovására. Hullámzó rendszerben végzi szülői, házastársi szerepét, olykor odaadó, máskor lelassul, elfelejti az elvárás teljesítését. Amikor szembesítik rejtőzködő szenvedélyével kitartóan tagad, teátrálisan mutat szekrényre, asztalra, hogy keressék meg, ő nem dugdos semmit, itthon nincs egy korty alkohol sem. A legváratlanabb helyeken tárolja készletét, szükséges, hogy mindig legyen valahol valami. A dugdosás, rejtegetés így válik lételemévé, rafinált titkosításokat talál ki, de egy idő után maga sem emlékszik mit hová rakott. Újabb beszerzés következik, egyre távolibb üzleteket, kimeréseket látogat, ne válják publikussá nyilvánvaló helyzete. A család tagjai rendszeresen nyomoznak utána, áttelepítenek, kiöntöznek, de erre betegünk nem jön rá, mert emlékezete már problémássá vált. Mániákusan keres újabb rejtekhelyeket, alkalmakat a többiek átverésére, alkalmanként az is előfordul, hogy hirtelen dolga támad, el kell hagynia a lakást valami alibi feladattal: ilyenkor hatalmas energiával szerzi meg innivalóját.

„A zugivó egyik változata amikor a titkos iváshoz társat talál. A kapcsolatot maga a titkosság adja, nincs érzelmi - értelmi kapocs, az alkoholizálás legalitása az, ami összetartja őket. A kapcsolat csak egy szakaszra terjed ki. Egy szakasz után mindketten folytatják egyéni harcukat. Gesztusrendszerükben a folyamatos körbetekintés, a figyelés jellemző. Állandó tagadás, állandó menekülés a részük. "Én nem, ez nem igaz..." - hangzik tőlük. Legtöbbször felnőtt nőknél találkozhatunk ezzel a szerepmegvalósítással, de fiatal férfiak is alkalmazzák.

Nemcsak alkoholfogyasztással hozható kapcsolatba, hanem hányási addikcióban, bulimiában, anorexiában is fellelhető. A gyógyszeres fogyasztók körében is általános, nemi különbségek nélkül.

A messiás önmaga elhivatottságával mások megváltásán fáradozik, ügyelve arra, hogy a megváltásba feltétlenül bekapcsolódjon a drog. Úgy érzi, hogy megtalálta a boldoguláshoz vezető utat, a kiegyensúlyozottságot, a végső megoldást. Életébe beépültek a drogok, szervezete ettől működik. Földöntúli kapcsolatait néha révületben találja meg, elhivatottsága narkotikumokkal keveredik. Félműveltsége nem okoz gondot számára, hivatkozik az ősi keletre, az aztékokra, inkákra, istenekre és szertartásokra. Meggyőződése, hogy kötelessége van, megváltóként kell fellépnie, prófétaként kell hirdetnie a szer csodatévő hatását. Önmaga papja és istene egyben. Filozófiát teremt, elméletét tanítja egyre tágabb hallgatósága, hódolói előtt. Szellemiségének alapja a jelen idő, a tér és helyzet tagadása, a boldogulás csak a repülés révén valósulhat meg. Az illegális szerhasználattal ellentétben a messiás fennen hirdeti a preferált szer jótékony hatását. Kapcsolataiban csak alárendelt, beosztott szereplőket fogad el, hiszen az ő felsőbbrendűségéhez alávetett társszereplőkre van szüksége. Társaihoz leereszkedik, a való világra lenéz kivételes magasságából. Szenvedélye a szerhez köti, de hozzákapcsolja elhivatottságát és filozófiájának használatát, mindezek együttesen jelennek meg, egymást feltételezve. Nincs szer számára messianisztika nélkül, filozófia nincs misztikum nélkül. Vallásos módon ragaszkodik tehát a szerhez, és a szerhez kapcsolt eszmeiséghez. Kábítószer-fogyasztó fiatal férfiak szerepei között találkozhatunk vele. Csoportbeli hatása igen komoly, a banda agyaként találkozunk vele csoportszerepben.

A szégyenlőst is kettős motivációja tartja életben. Egyrészt szenvedélye, másrészt a szenvedély miatti szégyene. Ördögi csapdájában a kettőség egymást erősíti. Szenvedélyéhez ragaszkodik, hiszen nem is tud, nem is akar megszabadulni tőle, de minden "tisztá-száraz-

üres" állapotban lelkiismeret-furdalása van a szenvedélye miatt, legyen az szer vagy magatartás. A szenvedély miatt kialakult szégyen és lelki válság újból kialakít egy olyan állapotot, amelyből a kiút csak a szenvedély ismételt bedobása során valósítható meg. Megnyugvása, szégyenének leküzdése csak a szégyen okának újbóli alkalmazásával érhető el, majd ismét kialakul a szégyen, amit le kell küzdeni, s ez így megy tovább. Veszélyes szerep. A szenvedélybeteg önmaga előtt már tisztázta, hogy problémái vannak, hogy nem tud/akar megszabadulni anyagától, ezzel a konfliktussal nem tud mit kezdeni. Ebbe a körbe családtagot, társat is szívesen bekapcsolnak. Hivatkoznak arra, hogy gondjaik miatt elviselhetetlen a lelki válság, a mardosó önvád, s ezek enyhítésére kell ismételten hozzányúlni valamihez, ismételten belemenni a szokásába - "de csak egy kicsit, csak egy kis ideig".

A támogatással azonban erősebb lesz a szégyen, intenzívebb leküzdésre van szükség. Egy idő után a szenvedélybeteg már tökéletesen alkalmazza a sorrendet - okot, okozatot felcserélve - már értelmi magyarázatot ad szenvedélyéhez, háttérbe szorítva az érzelmi vonalat. Társas kapcsolataiban őszintétlen, hiszen az ok-okozati szinteket felcserélte, ezért mások számára teljesen érthetetlen. Családi körben sajnálatot vív ki magának, mikor a szégyen periódusában van, ilyenkor elmélyülten, szomorúan néz maga elé, gyakran sóhajtva fekszik, visszautasítja az ételt és italt. Minden gesztusa azt mutatja, most szégyen gyötri, elesett és reménytelen. A megerősítés elbizonytalanítja, feltétlenül arra van szüksége, hogy szégyenét leküzdve újból szenvedélyéhez meneküljön. Munkahelyi, családi körben, ha felvetődik az addikciója, mereven néz maga elé, nagy szemekkel figyeli a vádlókat, mindent elismer, sőt gyalázza önmagát, leértékeli összes pozitívumait is. Felfokozott önvád és kiúttalanság jelenik meg. Nemritkán fordulnak szuicid cselekedetekhez, "falcolnak", gyógyszereznek. Bánatuk gyakran válik depresszióvá, félelemmé, olykor üldöztetési téveszmék is kialakulnak. Verbális megnyilvánulásuk egoista alaphangú, mindig egyes szám első személyben beszélnek, mindig

róluk szól minden történet. Szuicid-kísérlet után az egészségügyi szakellátásban csak reménytelen depressziójától, elcsúszott életéről beszél, szenvedélyét megtartja titoknak, fel sem említi. A szégyenbe rendszeresen belehajszolja családját, közvetlen környezetét, munkahelyén, iskolában értetlenül néznek kettős kötődésére. Leggyakrabban alkoholfüggőknél, étkezési addikcióban, szerencsejátéknál találkozunk vele. Serdülők, fiatal felnőttek körében gyakoribb, mint a középkorú felnőtteknél. A nemek között a nőknél többször tapasztalható ez a szerepmegvalósítás.

Szerepek a csoportban: csoportszerepek

A drogfogyasztás egyik jelentős színhelye a csoport. Dolgozatunkban a csoport fogalmát az elsődleges csoportra használjuk, s mint ősi együttélési formáról beszélünk.

A drogos csoport néhány fontos jellemzőjét feltétlenül szükséges kiemelni:

- a szerfogyasztó csoport önmagától alakul ki,
- a csoporttagok között folyamatos interakció zajlik sajátos jelek és jelrendszerek használatával,
- a csoportban pozíciók és szerepek vannak,
- a csoport célja az élmény megszerzése,
- a csoport a tanulás színtere, a tanulás szerepcserék segítségével valósul meg. (Kozma, 1994.)

"A drogos serdülők csoportjába kerülésnek bizonyos pszichológiai predispozíciói vannak, azonban ezek a szociokulturális elhelyezkedéstől, a droghasználat típusaitól és az abba való involváció mértékétől függően különböznek" (Rácz, 1988).

Dolgozatunknak ebben a részében a csoportban működtetett drogos szerepeket kívánjuk felvázolni, ezért nem tudunk foglalkozni a csoportszerveződéssel, a csoport működésével a csoportdinamika sajátosságaival.

Rácz négy drogfogyasztó típust vázol fel könyvében:

- az első típus magasabb általános aktivizációs nivóra vágyik, a környezeti ingereket erősebben elnyomja,
- a második elnyomja a környezeti ingereket, alacsony aktivizációs szintet keres,
- a harmadik kevésbé szűri a környezeti ingereket és magasabb általános aktivizációs szintet keres,
- a negyedik típus depresszáns-használó, ingerelnyomásuk alacsony, alacsony aktivizációs szintet keresnek.

A drogfogyasztó csoportokban a csoporttag különféle motiváció hatására léphet be. A belépés oka lehet valahonnan való kilépés, helykeresés, tapasztalatok szerzése, társulás, izgalomkeresés vagy kielégülési szándék. A drogfogyasztó illegális szinten éli szenvedélyét, rejtőzködik. A drogos csoport illegalitása még egyértelműbb, hiszen a csoport egésze tisztában van vele, hogy a társadalmi reagálás, minősítés milyen eljárásokat vonhat maga után. Az egyéni devianciát a közösség általában nehezen tűri, a csoportos devianciát ennek következtében még nagyobb elítélés övezi. A deviáns - jelen esetben drogfogyasztó - egyén csatlakozása a drogozó csoporthoz rendkívül érdekes, hiszen itt, ebben a csoportban válik illegális cselekménye elvárttá, követendővé, legálissá, törvényessé. Szerepelvárás szempontjából a deviáns csoportban deviánssá kell lenni, míg a csoport különbözőségét, szubkulturális tényezőit a társadalom egésze elől rejtegetni kell. Mint minden elsődleges csoport, a drogfogyasztó csoportok is dinamikusan működnek, folyton alakulnak, változnak, szerkezetük, mobilitásuk állandó változásban van. A drogfogyasztó csoportok is sajátos szerkezetűek, kialakul a csoport valódi és informális állapota. A csoport alakulása spontán módon jön létre, nem tűzi ki célul az alkohol, a kábítószer fogyasztását, bűncselekmények elkövetését, mindezek csak a csoportfejlődés egyes szakaszaiban alakulnak ki. A szerveződő deviáns csoport nem rendelkezik meghatározott megvalósítandó céllal, indulási célja a tagadás, a másikkal, más helyen, mást nem csinálni állapota. A létrejövő deviáns csoport tehát

célkereső, feladatvállaló. Mivel senki sem tiszta lappal lép be a csoport életébe, mindenki magával hozza lázadási helyzetét, alapdevianciáját, így találkozik mások azonos vagy kiegészítő másságával.

Fogadjuk el a rendszerelmélet tanítását, s mondjuk ki a csoportra is, hogy a csoport egésze több, mint a csoporttagok összessége. Ezt látni fogjuk, s a szerepcserék következtében valóban izgalmas kutatási témát adhat a továbbiakban.

Foglaljuk össze a drogos csoportok alapvető sajátosságát, minősítés nélkül:

- sajátos normát képviselnek a csoporton belül és a csoporton kívül;
- különös tanítás, tanulás jön létre az interakciós folyamatban (talán beszélhetünk a deviancia szocializálásáról is);
- sajátos kommunikáció, jel és jelrendszer, szimbólumhasználat áll rendelkezésre;
- közös tevékenységi formájuk az illegalitás működtetése, a rejtőzés;
- szabályosan elkülöníthető szerepek rendszeresen cserélődnek;
- fontos központi téma a pénz, a pénz megszerzése;
- a csoport többnyire azonos életkorú (kortárscsoport, kortársnyaláb);
- társadalmi szembeállításuk egyértelmű;
- a társadalmi elítélésük jogi és erkölcsi alapú.

A drogfogyasztó csoportba bekerülő tagok más és más előélettel rendelkeznek. A legtöbb esetben itt ismerkednek meg a szenvedélykeltő szerekkel, szokásokkal, itt lesznek részesei esetleg az első kísérleteknek, ebben a csoportban válhatnak visszaélővé, addikt személyé. A csoportban kialakuló drogos karrier különös folyamat, dolgozatunkban a csoporttagok szerepeiről kívánunk néhányat felmutatni.

A csoport meghatározó szereplője a *főnök*. Köréje szerveződik a csoport, ő az, aki kivívta magának a vezető szerepet. „Jelentős” múlttal rendelkezik, polidrog-használóból már preferált drogot alkalmaz, alkalmanként szembekerült a rendőrséggel, igazságszolgáltatással.

Kapcsolatai kiterjedtek, más csoportok is ismerik, tisztelik. Mint összetartó erő elvárásokat és normákat megfogalmazó csoporttag, modell, minta. Kemény, határozott, kérlelhetetlen. Senki nem tud róla semmi konkrétumot, a legendák köde veszi körül, a csoporttagok a legendákat tovább költik, a csoport érdekeinek megfelelően alakítják. A főnök nem fedi fel titkait, társait meghagyja a homályos történetek talaján. Korán kezdte a szerhasználatot, maga is csapódott több társasághoz, gyorsan önállósította magát, kialakította saját hálózatát. Valamikor szép reményekkel indult az életben, iskoláit sikerrel vette, pályaválasztása megalapozottnak tűnt. Senki sem tudja mikor siklott ki az élete, hogyan szerezte meg főnöki szerepét. Nem tudni, mikor költözött el szüleitől, ha egyáltalán családban élt valamikor, nem lehet tudni mivel foglalkozik, hol lakik, honnan van jövedelme, pénze. Nincs folyamatosan jelen a csoport életében, de rendszeresen feltűnik, eligazít, elsimít, kioszt, rendet teremt. Ő az, akinek joga van bevenni valakit a körbe, kilökní onnan egyeseket, büntetni és dicsérni egyaránt.

Mindig más nő jelenik meg az oldalán, a csoporttagok közül csak ritkán választ magának szexpartnert, "nem alázza le magát saját bandája tagjaival". A csoport leánytagjai sóvárognak kegyeiért, a peremen lévő tagok, főleg az új csoporttagok tiszteletteljes pillantásokkal néznek fel rá. A főnök attól meghatározó, hogy múltja van, jelene is a titkos múltból épül fel. Kényesen vigyáz, hogy apró csínytevésekben ne legyen benne, számára a komolyabb események irányítása jelent feladatot. Különösen ügyel arra, hogy a csoporttagok ne lássák szerhasználat közben, addikciója önmagára tartozik egyedül.

A banda agya szintén meghatározó személy, ő az ész, a filozófus. Nem vágyik vezető, irányító szerepre, ő már bizonyított, ő majd bizonyít. Hozzá fordulnak minden fontos kérdésben, így válik jogásszá, orvosszá, pszichológusszá, lelkésszé egyaránt. Tudása sokoldalú, ismeri a beszerzési lehetőségeket, tudja hol vannak a razziák, ellenőrzések, pontosan tájékozott a piacról, a dealerek neki jelentenek árfolyamot. A banda agya nem kereskedik.

Szerhasználata kialakult, precízen nyomon követhető. Kontrollált drogos, sosem válik valódi szenvedélybeteggé, mindig megtalálja a megálljt parancsoló szót. Másokkal nem ilyen határozott, csak ha kéri. Képes valós segítséget adni szerváltásban, ártalomcsökkentésben. A csoport néha azt hiszi, hogy beépített ember, nem lehet, hogy őszintén ad segítséget, tanácsot. Ismeri a pénzszerzési lehetőségeket, alkalmi és fekete munkát tud javasolni, közvetít szerelmi szolgáltatások nyújtásában és elfogadásában, nincsenek erkölcsi gátlásai, legyen az homo- vagy heteroszexuális kapcsolat. A főnökkel jó a viszonya, egymást erősítik, véleményt tud mondani, szakértőként szerepel. Társait lenézi, annak ellenére, hogy támogatja őket. Különös, ahogyan a kábítószerokról beszél. Filozófiája van, történelmi információi, s mindezeket tudományos alapossággal osztja meg társaival. Tanító, aki tanítványból vált új szerep betöltőjévé, de minden információt felszív, folyton tanul. A banda agya szívesen kilép az illegalitásból, részt vesz - absztinenciája esetén – pl. prevenciós munkában. Meggyőző stílusával nagy segítséget nyújthat a szakembernek is.

A dealer a csoport fontos külső tagja, fenntartja a csoport működését, de nem része a belső körnek. Független ember, vagyis ő másoktól függ, s másoknál alakítja ki a függőséget, összekötő kapocs elosztók és használók között. A legtöbb esetben maga is szerhasználó, már szenvedélybeteg. A dealer igen fontos feladatot teljesít: biztosítja a szert, fenntartja az addikció jelenlétét, kívülről működteti a csoportot. Barátságban van a főnökkel, a banda agyával, a csoport marginális tagjaival nem szívesen foglalkozik, nem bízik meg bennük. Feltűnése rendszertelen, alkalomszerű, de mindig a legjobb pillanatban érkezik. Nem kell keresni, egyébként sincs placca, ő megrendeléssel házhoz jön, rejtkehelyről árusít. Senki sem tudja hol szerzi az anyagot, titkát őrzi, hiszen megélhetéséről van szó. Gyakran erőszakos, főleg, amikor saját anyagának biztosítása a tét. Neki ugyanis árulnia kell, hogy önmagát is fenn tudja tartani. Ilyenkor könyörtelen, kíméletlen. A máskor reális kereskedő megváltozik,

ezt többen ki is használják, visszaélnék vele. Egyes dealerek azzal rombolják le tekintélyüket, hogy belőtt állapotban jelennek meg a csoport színpadán, ezáltal esendőségük lesz a központi szerep, s nem a dealeré. A bűnüldözők célszemélye, ezzel tisztában van maga is. Tudja, hogy többszörös illegalitása miatt rejtőzködni kell. Félelmei egyre erősödnek, a higgadt kereskedő űzött vad lesz, feszültségét drogokkal próbálja csillapítani, drogos állapotban azonban könnyebben lebukik, s a mókuserékből nincs már kiút.

A csókos a vezéregyéniségek kiegészítője, afféle testőr, titkár, hódoló. Szükséges, fontos szereplő, hiszen a vezérek hatalmát támasztja alá. Alárendelt szerep, de csak a főnökök szempontjából, mivel a vezetők szűkebb köréhez tartozik, a megítélő személyek szintén tisztelettel néznek fel rá. Szerepének lényege, hogy biztosítsa a döntések végrehajtását, s mint végrehajtó nem feladata a gondoskodás, a latolgatás, fontoskodás. Csókossága abban áll, hogy teljesen elfogadja a vezetést, behódol neki, csüng rajtuk és függ tőlük egyaránt. Feltűnő, hogy a csókos a legtöbbször fizikailag is erős, agresszív, erőszakos, ezáltal is tiszteletet tud kiváltani. Korán került a vezetés környékére, valószínű, hogy tőlük tanulta meg a szer használatát, olykor szexuális kapcsolat is kialakult közöttük. Létezik természetesen női szerep is, a "csókos nők" ilyenkor anyatigrisként védelmezik a főnököt, ápolják mitológiáját. Mindkét nembeli alávetett szerepet játszik, kodependens szerepet valósít meg. Függésük szinte végleges. A főnök kilépése esetén gyászba borulnak, kétségbeesnek, de sürgősen keresnek újabb irányítót, hogy boldogan alá vessék magukat az újabb vezetőnek. Szűk a szerepmegvalósítók köre, hiszen nehezen engednek be másokat ebbe a szerepkörbe. A "kisfiúk" számára azonban felmutatnak egy olyan modellt, amelynek segítségével közel lehet kerülni a csoport meghatározóihoz. Feltételezhető, hogy ezt a kiegészítő szerepet maguk is úgy tanulták meg, úgy kerültek be a perifériáról a kör közepére.

Az alkalmazottak már nem a csoport magjához tartoznak, nem is egyedülálló szerepmegvalósítás. Alkalmazottak többen vannak, feladatuk a csoport működéséhez szükséges instrumentumok megszerzése, a csoport működésének biztosítása. Az alkalmazottak feladata a pénz beszerzése, ők azok, akik bűncselekményeket is elkövethetnek. Kialakult rendszerükben pontos szereppel rendelkeznek, az áruházi lopástól a betörésen át. Az alkalmazottak részfeladatot végeznek, kötelezettségeik vannak a vezetők és a tagtársak felé egyaránt. Állandó jelenlévő tagok, nem csókosak, nem hódoltak be, hanem elvégzik a rájuk bízott feladatot. Szerhasználatuk még rendszerint experimentális, jó úton vannak a visszaélés felé, dependenciájuk esetén kilépnek az alkalmazott szerepből. Az alkalmazott azért kerül be a kisközösségbe, hogy feladatot kapjon, más csoportból lép át, olyan helyről, ahol szer nélküli szereplőként létezett. Gyakran a családi kötelék szorításából lépnek át a csoportba, vagy üresjárataik, szabadidejük eltöltésére keresnek megoldást. Alkalmazkodnak a normákhoz, az elvárásoknak megfelelnek, nem keresnek kibúvót a feladat alól, nem csodálkoznak a szerek használatán, maguk is alkalmazni fogják az első adandó alkalommal. Cigarettazás, alkohol már adott a körükben is. Az alkalmazottak sosem lesznek szexuális abúzusok áldozatai, nem az intimitásra van szükségük, hanem társakra, ezért osztoznak ezen a szerepen többen is.

A mószer, a spicli a periférián állók egyik szerepe. Önkéntes kém, önkéntes áruló. Nem szereti helyét a csoport szélén, befelé igyekszik haladni, de ehhez nincs kellő eszköztára. Új szerepet vállal tehát. Figyel, les, s árulkodik. A csoport vezéregyéniségeit bombázza a többi vezető vagy a csoporttagok viselt dolgaival. Rágalmaz, mószerol. Nem számít mennyi igazságtartalma van árulásának, lényeg, hogy az ellenségeskedés, a kétely kialakulhasson. Árulkodása megnehezíti a csoport életét, a félelemmel működő rendszerben a spiclitől egyre többen kezdenek tartani. A csoport vezetői felismerik az áruló hasznát, alkalmazni kezdik őt

saját érdekeik megvalósításában. A periférikus emberek vele üzennek újabb információkat. A csoport két választás előtt áll, vagy kilöki magából, vagy engedi széthullani a bizalmatlanság miatt a tagságot. Tisztában vannak vele, hogy a spicli nem áll le, kiközösítés esetén árulkodása már intézményes méreteket ölt. A felbomlás esetén sem fog belenyugodni, hanem tovább viszi a megszerzett információkat. A csoport tehát választ, rendszerint agresszív módot talál, erőszakosan igyekszik jobb belátásra bírni társukat, ekkor a zsarolás, a verés éppúgy megjelenik az eszköztárban, mint a szabadság korlátozása vagy a szermegvonás. A spicli azonban halhatatlan, elvesztése esetén újabb csoporttag lép szerepébe, a feszültség folytatódik, a megoldás újból ismétlődik, a rendszert csak a veszteségek árán lehet továbbra is fenntartani.

A dilist senki sem veszi komolyan. Néha-néha feltűnik a csoport környékén, beleavatkozik mindenbe, de senkit sem érdekel. Már szenvedélybeteg. Többször kéri jön, vagy jó szándékúan figyelmeztetni. Valamikor a csoport része volt, de lezüllött, kötelékét vesztette, valódi csoportmúltja nincs, nem kapcsolódik a szertartásokhoz, nem része a hierarchiának. Nem kap sajnálatot, segítséget, gondozást. Nem kap ingyen adagot, hagyják a kör szélén ácsorogni. Gyakran elkergetik, elűzik maguk mellől, nem azért, mintha veszélyt hozna rájuk, hanem zavarja a csoportot a szerhasználat ilyen minősége és mennyisége. A rendőrség próbál még némi információt szerezni tőle, de reménytelennek látják, megbízhatatlannak tartják. A "dilis" azonban még nem veszítette el teljesen a józan ítélőképességét. Szándéka szerint sokszor figyelmeztet, hogy megóvjon másokat, de már hiteltelenné vált. Senki sem szembesül szívesen jövőképevel, ezért nem fogadják el figyelmeztetéseit, más szerepet szának neki, s ezt ő is igyekszik megvalósítani. Kudarcra ítélt szerep, eleve konfliktusos. Más az elvárás és más a szándék. Csoportbeli helye csak akkor lesz elfogadható, még ha a periférián is, ha az elvárásokat valósítja meg. Ezáltal le kell értékelni szándékát, szereptartalmát fel kell borítani

és a „dilis” reménytelen szerepében léphet fel. Gyógyulási kísérletei rövid idejűek, vállalásai elméletiek, elveszti a támogatást, magányossá válik, elfelejtődik, komolytalan écek céltáblájaként él tovább.

Én csak egy csöppet, egy kis időre, csak egy kortyot, egy szívást - mondja *a kisfiú*, aki frissen csapódott a csoporthoz. Bármilyen lehet ebből a jelenetből, ebből a kisfiúból. A belépés első pillanata meghatározó. Senki sem fogja megkérdezni miért jöttél, honnan és miért. A lehetőségek tárháza nyílik meg előtte, a csoport szerepei közül kedvére válogathat. Nem fog leszakadni a csoporttól, tag akar lenni, szerepet keres és talál magának. Kezdetben csak szemlélődik, feladat nélkül, majd olyan csoporttagot keres, akihez közel kerülhet, aki példát ad, modellt nyújt. Nem kíván drogozni, bűnöző lenni, neki a csoport erejére van szüksége, s nem tehet róla, hogy éppen ilyen csapat áll rendelkezésére. Fogalma sincs mi öröme van a többieknek a drogozásban, az alkoholfogyasztásban, a szipuzásban, a kábítószer-fogyasztásban. Figyeli a szerek hatását, a társak változásait, kíváncsi lesz, kipróbál, belelendül. Mindig talál beavatót, kitanítót. Itt kell megtanulnia a szerhasználat technikáját, módszerét. És ő beavatódik, részben kíváncsisága miatt, részben a csoporthoz tartozás, az elvárás teljesítése miatt. A képlet tehát teljessé válik! - és elindul egy újabb karrier, hogy a kisfiúból főnök, alkalmazott... stb. legyen.

Barátod vagyok az utolsó fillérig - mondja és valójában ezt a fajta barátot alakítja az újabb szereplő. *Érdekember*, s ezt mindenki tudja a körben. Hasznát húz, s belőle hasznát lehet húzni - ezzel is tisztában van mindenki. Élősködő, mégis a csoport magjához tartozik, szükséges szerepet játszik meg.

Társ! Vele lehet részt venni minden visszaélésben, bűncselekményben, amíg haszna van belőle. Mégis, olyan társ, aki fontos, hiszen az ember nincs egyedül, társ, aki feloldja a magányt. Ő szolgáltatást teljesít, odacsapódik, ahol szükség van rá. Nem önfeláldozó, nem

mártír, ő a feladatát teljesíti, segít elkölteni a maradék pénzt, elszívni az utolsó cigarettát, meginni az utolsó kortyot. Szívesen használja a főnök, a banda agya is, mivel okosan hallgat, megért, vevő a filozófiára, a tervezésre is. Nem kell vele örök szövetséget kötni, a kapcsolat addig tart, amíg a kapcsolatot kialakító tárgy létezik. Amennyiben nincs pénz, nincs anyag, a szolgáltató leáll, továbblép, felelősségtudat nélkül. Érdekes, hogy mégis a kör közepéhez tartozik. Ennek oka, hogy sosem ő jelentkezik, mindig választja valaki, tehát ő úgy élősködik, hogy másoknak öröme származik belőle. Erkölctelenségét nem látja be, fontos szerepét azonban kihasználja, a periférikus szereplők szinte harcolnak kegyeiért. Terápiás aktusnak nevezi a szexuális életét, nem ő vár ettől kielégülést, hanem másoknak nyújtja azt. Ezzel a filozófiájával tisztára mossa magát minden erkölcsi vád alól. Félelmetes szereplő, mosolya mögött a tisztátalanság alig látszik, képes elhitetni szerepe szükségességét, hiánypótló jellegét. Nem sokáig játszható, újabb és újabb szereplők veszik át helyét, míg végül a periférián döggelként lesz megtalálható. Az egykor még mosolygó elfogadó személyből vigyorgó haszonleső lesz, élete gyakran fordul tragédiába, üldöztetési téveszméi alakulnak ki, görcsös ragaszkodása főbiává változik, egyik napról a másikra lezüllik, múltjából él, jövőképe összeroppan, öngyilkossági kísérletekkel hívja föl magára a figyelmet, sikertelenül.

A csoport nyanyája nem feltétlenül női szerep. Ő az, aki már jelen volt a csoport életében talán a megalakulás előtt is. Mint kövület van jelen, nem meghatározó, de ő biztosítja a folyamatosságot. Véleménye nincs, de mindenki neki beszél, jelenléte természetes, hiánya feltűnő lenne. A csoportban ő már megjárta a kezelések hadi útjait, rehabilitációs intézmények törzslakója volt. Már sosem lesz tiszta, száraz, nála az absztinencia reménytelen. Haldoklik, s amióta ismerik, folyton a végét járja. Mementó, a végső stádium állandó prezentálója. A csoport ápolgatja, eltűri, igyekszik megkönnyíteni végnapjait. Folyamatos szerhasználatához hozzásegítik, fogalmuk sincs hogy miért csak így alakult ki, így vált hagyománnyá. Múltjáról

zaftos történetek járnak szájról-szájra, szexuális életéről legendák keletkeztek. A csoport belső tagja erősen védi a mementót, egyeseknek személyes élményei fűződnek hozzá, ezekről természetesen nem beszélnek nyíltan. A csoport nyanyája fizikálisan és pszichésen teljesen leromlott, ritka tiszta pillanataiban vigyorog, alig ismer fel bárkit is a régiek közül. Emlékei, hallucinációi és a valóság már régen helyet cserélt. Nincs baj vele. A rendőrség már nem üldözi, a gyógyító lemondott róla, családja azt sem tudja létezik-e még. A csoport tartja fent, része a szertartásoknak, a hiedelmeknek, ő a megtestesült eredet és vég. Női szereplő esetén a szerelmi betanítót tisztelik benne, férfiként a mestert. A tagok a múltat látják benne, senkiben sem vetődik fel, hogy a jövőt, a saját jövőjüket is benne láthatnák.

Mindenki Malvinkája ezzel szemben aktív, vitális szereplő. Valóban mindenkié, de nem feltétlenül női szerepmegvalósítás. Önfeláldozó, adakozó, önmagát osztja meg társai között anélkül, hogy ebből akár haszna, vagy lelkiismereti válsága lenne. Anyaként gondoskodik mindenkiről, anyaszerepbe burkolózik, véd, óv, ápol, gondoz. Nem elégszik meg csak az anyai szereppel, többre vágyik. Ha kell szexuális partner, nemek válogatása nélkül, ha kell társ a betörésben, lopásban. Így válik orvossá, védőügyvéddé és árucikké. Kiárúsítható, teste és teljesítménye jövedelemforrás a társaknak, erre szívesen is figyelmeztetik. Nincsenek erkölcsi aggályai. Szerfüggése már szinte megváltoztathatatlan, gyógyulása reménytelennek tűnik. Alkoholistaként indult karrierje, az alkohol még most is meghatározza mindennapjait, bár már mindent fogyaszt, "csak ártson". A csoporthoz tartozásának az az alapja, hogy használható, kihasználható, mégis tiszteletnek örvend, elfogadják. A csoporton kívüliek a leginkább megvetik, elítélik, lenézik, ő jelképezi az erkölcsi fertőt, a mélypontot. Mindenki Malvinkája mindezzel tisztában van, saját morálja másként működik, ő a csoport elvárásainak, önmaga szerepfelfogásának akar megfelelni. Rejtőzködő magatartása egyre jobban kialakul, elítélése egyre nagyobb mérvű, a csoport egy idő után kilöki magából, látva,

hogy csak árthat nekik. Az eltávolított szereplő magára marad, éltető önfeláldozása megvalósíthatatlanná válik, egyre mélyebbre süllyed, magányosan hal meg túladagolásban vagy mások erőszakos áldozataként.

A szenvedélybeteg passzazser és intim szerepei

Mivel a szenvedélybeteg a legfontosabb kapcsolatban preferált szerével vagy viselkedési addikciójával áll, egyértelmű, hogy utas szerepében is ez a meghatározó. Felmerül a kérdés, miért kell passzazser, alkalmi szerepében is megismerni a szenvedélybeteget? Hát nem ugyanolyan mozinéző, vásárló, ügyfél mint mások, akik nem rabjai szenvedélyeknek? Miért viselkedne az addikt személy másként egy-egy rövid ideig tartó szerepben, amikor ez számára nem meghatározó?

A válasz nem egyszerű. El kell különíteni a keresőt, a szer hatása alatt állót, a megvonási állapotot ahhoz, hogy felelni tudjunk. Azt már leszögeztük, hogy a szenvedélyszerű viselkedés domináns a szenvedélybeteg életében, vagyis körülötte forog a világ. Az addikt személy ennek megfelelően éli tehát alkalmi szerepeit is. A sóvárgás, keresés szakaszában nem is figyel alkalmi szerepére, nem tudatosul benne, hogy részese egy interakciónak. Futása a megszerzésért zajlik, nincs ideje azzal törődni kikkel került kapcsolatba. A keresés, a megszerzés foglalja el energiáját, ennek értelmében átgázol mindenen, erőszakos, törtető, senkivel sem törődik, nem vesz tudomást rokonról, ismerősről, régi barátról. Számára a jelzőlámpa pirosa sem egyértelmű, neki a konvencionális jelek nem bírnak jelentéssel. Ezért nem tud nyugton maradni a metrón, meglép az igazoltatás elől, nem ér rá fizetni a közértben, nem képes ülni maradni a moziban. Úzottsága nem engedi meg, hogy felvegyen a külvilágból számára egyáltalán nem fontos jelzéseket, tehát érintetlen marad az elvárásokkal szemben, nem tudatosulnak benne ezek a szerepek. Belőtt, bódult állapotában, feldobott helyzetében, kielégülést érezve a külvilági ingerek átértékelődnek, szerepeinek tartalma felborul, a tipikus

részegség állapotában nem működnek a hagyományos elvárások teljesítései. Emberi kapcsolatai kibillennek a valóságból, ölelgeti, csókolgatja a számára ismeretleneket is, gyalázza a kedves ismerősöket. Gyilkos haramiaként látja drogtestvéreit, remegve húzódik el a sarokba, máskor nyitott sliccel dicsekednek teljesítményükről, felelőtlen kalandokba keverednek egyszer látott emberekkel is. Valóban másként viselkednek, mint mások, valójában a szerepelvárásokat figyelembe sem veszik. A megvonási tünetek szintén átalakítják a személyiséget, kapcsolatokra nincs szüksége, kilátástalansága, reménytelen helyzete befelé fordítja, nincs módja érzékelni a környezet jelentéseit, a társas kapcsolatokban másként vesz részt, tartalmi felborulnak, viszonyrendszere átalakul. A megfogalmazott elvárásokat túlértékeli, a külső ingerek megnőnek vagy teljesen elnyomódnak, a szertől függően.

S a száraz, tiszta, az aktuális absztinenciával birkózó beteg?

Ő igyekszik a társadalmi elvárásoknak megfelelően viselkedni utas és magánéleti szerepben egyaránt. Kínosan ügyel, hogy ne hibázzon, ne vétsen, ezért folyton kutat, hátra-hátra tekint, nehogy lebukjon. Alkalmi kapcsolataiban görcsösen ragaszkodik, hogy ne derüljön ki addikciója. Igen erős kényszeres megfelelés mozgatja, telve a kudarcok lehetőségével. Előző állapotában tapasztalatokat szerzett a társadalom ítéleteiről, minősítéséről, most fél, hogy ezek az ítéletek újra életre kelnek. Kerüli a tekinteteket, pontosan fogalmaz, kér, sohasem bliccel, mindig megfelelően fizet. Elkerüli mindazokat a helyeket, embereket, akik arra emlékeztetik, amitől most éppen szabadulni igyekszik. Gátlásos, hideg és kimért lesz. Tele görcsös félelmekkel, kétellyel, tehát alkalmi szerepeiben is megváltozik, nem tud szabadulni valódi énjétől, alapvető addikt szerepétől.

EGY SZENVEDÉLYBETEG ÉLETÚTJA - CSALÁDSZEMPONTÚ MEGKÖZELÍTÉS

Korinek Livia

Esetbemutató

Ismertetem Tamás élettörténetét a múltbéli családi események, kortárshatások, párkapcsolat, drogos karrier és jelenlegi helyzet szempontjából.

Tamással egy közös ismerősön keresztül ismerkedtem meg. Felkeltette az érdeklődésemet azzal, ahogyan a drogokról beszélt. Megtudtam, hogy hosszú ideje rendszeresen használ marihuánát. 2000. őszén megkértem arra, hogy találkozzunk és meséljen nekem magáról, az életéről. Háromszor találkoztunk egy csendes kávézóban, - ahol az ő kérése szerint - dohányozni lehetett.

Első benyomások

Tamás 28 éves, 175 cm magas, nagyon vékony testalkatú fiú. Mindig ugyanabban a ruhában láttam. Farmer, póló, kapucnis pulóver a fejre húzva. Első látásra nagyon bizonytalan, zavart ember benyomását keltette.

Ahogy egyre jobban megismertem, beigazolódott, hogy a külseje is magán hordozza belső tulajdonságait. Rendkívül érzékeny, félénk, bizonytalan, nehezen megnyíló, nehezen beszélő ember. Találkozásainkon általában jó interjúalannak bizonyult, de többször hosszú időnek kellett eltelnie, míg komolyan beszélni tudott valamiről. Sokszor tréfával, vagy ironikus, cinikus hangulatú megszólalásokkal próbálta oldani zavarát, és elterelni a szót az igazán komoly, vagy őt mélyen érintő dolgokról.

Az első alkalmat rövidre terveztem, hiszen nem tudtam, hogyan fog reagálni a "kérdőzködésre". Tamás nem volt elutasító, de látható volt, hogy egy alkalom kevés lesz a

megnyíláshoz. Leginkább a közös ismerősökről beszélgettünk, és azt tisztáztuk, hogy miért szeretnék vele interjút készíteni.

Családi múlt

A második alkalommal kezdett el beszélni a családjáról.

Szüleivel jelenleg is együtt él. Öten vannak testvérek, ő a középső. Testvérei már kirepültek, így most hárman laknak egy hámszobás lakótelepi bérlakásban egy macskával. Szülei fiatalon házasodtak. Egymás után hamar jöttek a gyerekek. Tamás harmadikként már sok volt a mamának, mert a háztartás és gyereknevelés, mint "az asszony feladata", teljesen rá maradt. Tamás 4 évesen az anyai nagyszüleihez került. Nagypapája rendkívül kemény, szigorú ember volt. "Ott nem lehetett gyereknek lenni" mondja Tamás. Nagymamája pedig alkalmazkodott a férje elvárásaihoz, így Tamás, a meleg, együttérző szülői szeretetből nem sokat kapott. Édesanyja hetente meglátogatta, édesapja nagyon ritkán, mert Ő sem jött ki apósával. Az anyai látogatások is inkább traumát jelentettek, hiszen rendszerint az anya és a nagymama közötti veszekedés volt a találkozás csúcspontja, és a fájdalmas, zokogós elválás a lezárása. Ez az "dráma" ismétlődött hetente, ami az anyának is lelkipurdalást okozott, és Tamás idegrendszere is megsínylette. Rendkívül zárkózott lett. Nem voltak barátai az idegen helyen, otthon sem beszélt senkivel. Legtöbbször csak ült a szobában, vagy megpróbált egyedül játszani. Ez a távollét két évig tartott. Az iskolát már otthon kezdte meg. Mikor hazavitték, visszaemlékezései szerint egyáltalán nem örült. Mérhetetlen dühöt érzett, haragudott a nagyszüleiére, mert úgy érezte, hogy nem szerették, csak szigorú parancsokat osztogattak neki, csak az elvárásoknak kellett megfelelnie. Haragudott a szüleiére, főleg az édesanyjára, mert azt hitte, hogy ő sem szereti, neki sem kell, hiszen odaadta őt a nagyszülőknek. Haragudott a testvéreire, mert ők otthon maradhattak. Szóval "haragudott az egész világra".

Így kezdődött az iskola. Nem volt jó tanuló, és a magatartásával is bajok voltak. Amikorra elérkezett a felső tagozatba, már egészen külön gyereknek számított. Nem volt verekedős, vagy agresszív, éppen csak azt csinálta, amihez kedve volt. Igazi barátja végig nem volt. Tanulmányi eredménye nem tükrözte tudását, bár ha kedve volt, nagyon sokat tudott tanulni, olvasni. A matematikához, számítástechnikához pedig különös tehetsége volt. Fel is vették egy jó nevű gimnáziumba, ahol első osztályban megismerkedett egy fiúval, akivel nagyon szoros barátságba kerültek. Hasonló sorsú, hasonló problémákkal küzdő fiú volt. Együtt gyújtottak rá az első cigarettára, és az első marihuánás cigarettával is ő kínálta meg. Együtt rúgtak be először, és együtt próbáltak ki mindenféle drogot. Mindeközben megszorodott a család két húggal. Anyagilag kezdett ellehetetlenülni a család. Ez egyrészt az apa alkoholizmusából adódó leszázalékolásának, másrészt az anya rossz munkaerőpiaci helyzetéből (gyengénlátó volt) következett. Nőtt otthon a feszültség, felszínre kerültek a problémák, amiket nem tudtak megoldani, sem egymásnak megbocsátani. Tamás zsarnoknak látta az apját, és túl gyengének, "mártírnak" az anyját. A szülők sokat veszekedtek a pénztelenség, az alkohol miatt. A gyerekek amint lehetett, menekültek ebből a helyzetből. Tamás két bátyja megházasodott és elköltözött.

Drogos karrier

Tamás menekülésnek a haverokat, a bulizást, a lógást választotta. Az iskolát nem vette komolyan, bár így is eléggé „ragadt” rá a tananyag. 15 éves volt, amikor az első marihuánás cigarettát elszívta. Aztán jött minden. Kipróbálta a gyorsítókat és a kokaint is. A tünél semmit nem érzett jobbnak. Együtt "szittyóztak" a haverokkal, ami egyben lázadás és élmény is volt. Ilyenkor mindig nagyon erősnek, magabiztosnak, humorosnak és lazának érezte magát. Így telt el a négy év. Leérettségizett, de a felvételire már egyáltalán nem készült, nem is vették fel sehová. Nem tudott mit kezdeni magával. Egy darabig otthon volt, nem csinált semmit. Aztán

egy ismerős révén bekerült egy hajléktalanszállóra éjszakai ügyeletesnek. Itt dolgozott két évig. Közben rájött, hogy érdeklik a nehézsorsú emberek (szapszok)* problémái és általában is szeret emberekkel foglalkozni.

Ennek eredményeként felvételizett szociális munkás képzésre. Többszöri halasztással, sok-sok lógással, végül is 12 félév alatt befejezte a főiskolát. A főiskolai évek alatt végig hajléktalan szállókon dolgozott, és „végigszittyózta” ezt a hat évet, de elmondása szerint nem jelentett problémát az életében a fű. Arra a kérdésre, hogy miért tartott ennyi ideig az iskola, azt válaszolta, hogy voltak időszakok, amikor képtelen volt bejárni, tanulni, kimenni az utcára, emberekkel beszélgetni. Ha ez hosszú ideig tartott, akkor halasztott. Ilyenkor a fű is több volt. Hogy melyik következett melyikből, arra nem tudott válaszolni.

Párkapcsolat

A főiskola alatt megismerkedett egy lánnyal, akiben társra talált. Úgy érezte, hogy bár külsőre egyáltalán nem tetszett neki a lány, mégis vonzódott hozzá. Hasonlítottak a problémáik, a "paráik", hasonlóan képzeltek az életet, hasonló munkahelyen dolgoztak, és tudtak együtt füvezni is. Idővel egy albérletbe költöztek. Tamás úgy érezte, hogy van valakije, akiben megbízhat, akivel tud őszintén beszélni, aki előtt nem kell megjátszania magát, akivel együtt szövögethetik a jövőt. A lány bevezette Tamást a baráti társaságába, ahol olyan emberekkel találkozhatott, mint ő maga. Gondolkodó, a világot abszurd módon látó, "dekadens hangulatú cimborákkal." Szeretett velük lenni. Úgy tűnt, hogy megtalálta a helyét a világban, nem is szívott annyit. A kapcsolat azonban tönkrement. A lány pont olyan kifogásokat hozott fel ellene, amelyek miatt Tamás azt hitte, hogy ez a lány más, ami miatt társának választotta. Ezután nagy mélypont következett.

* szapsz: Tamás szavai szerint alkoholista, hajléktalan, kéregető embert jelent.

Újra otthon

Tamás hazaköltözött. Két hónap múlva meghalt a nagymama, akinél kiskorában lakott. Mindez azt eredményezte, hogy ki sem mozdult a szobájából, nem volt hajlandó senkivel beszélni, és éjjel-nappal szittyózott. Ha elment otthonról, azt figyelte az utcán, hogy ki követi, ki figyeli. Ha valakivel beszélt, közben arra gondolt, hogy vajon mit is akar tulajdonképpen. Egy nagy csődtömegnek érezte magát. Ezt mondta erről az állapotról: "Hányini tudtam volna saját magamtól. Úgy éreztem magam, mint akinek megváltás a halál, mert akkor talán nem kellene paráznom többé. Szétszittyóztam az agyamat."

Közben a családi élet sem volt zökkenőmentes. Egyik bátyja alkoholfüggő lett, és felesége rövid időn belül elhagyta. Másik bátyjának folyamatban volt a válása. Két húga szintén megházasodott. Az egyik vidékre, 400 km-re ment férjhez, a másik pedig 19 évesen, egy 10 évvel idősebb férfihez. Szüleivel semmiről nem beszéltek, sem az Ő, sem a testvérei problémájáról. Apja nagyon sokat ivott, nem foglalkozott semmivel. Vagy ivott, vagy éppen kialudta a mámort. Anyja a vallásba menekült, de igazából nem értette, hogy miért is lettek ezek a problémák, hogy mit csinált rosszul. Továbbra is tűrte a sorstól amit ráért, és csendben tette a dolgát. Tamást végül az újból megerősödő gimnáziumi barátság rángatta ki ebből a helyzetből. Egy évvel később folytatta az iskolát. Végül sikerült be is fejezni.

Drogos karrier II.

A diploma megszerzése után állást változtatott és egy anyaotthonban helyezkedett el, először éjszakás, majd főállású szociális munkásként. Úgy tűnt, hogy minden folytatódik a régi kerékvágásban. Sok szittyós cimborával, de igazából egyedül. Olyan volt, mintha minden ismétlődne. Mindig ugyanazok a problémák jöttek elő, mindig ugyanazok a félelmek, ugyanazok a rossz hangulatok, ugyanolyan magányos órák, és ugyanúgy próbálta megoldani

ezeket a helyzeteket, a marihuána csodálatos gyógyító erejével. Nem ment. Több ember próbált segíteni, de mindig ez volt a válasz: "Ez az én ügyem, nekem kell megoldani, és különben sem a füvel van a baj, hanem a családdal." Kábítószer-fogyasztására egyre inkább jellemző lett, hogy otthon, egyedül (legfeljebb barátjával) füvezett. Így hát minden maradt a régiben, néha jobb, néha rosszabb állapotok következtek. Aztán tavasszal eljött a mélypont. Olyan rosszul volt, hogy sem dolgozni, sem a legjobb barátaihoz nem tudott elmenni. Felöltözött, és nem mert kimenni a lakásból. Általában sikerült a fűnek elfelejtetnie vele a külvilágot, de most semennyi nem volt elég.

"Aztán besokalltam. Arra gondoltam, hogy ha a legjobb cimborát sem tudom meglátogatni, akkor miért élek egyáltalán. Próbáltam erőt venni magamon Nem tudom hogy, de sikerült. Igaz sok minden rendeződni látszik egyébként is az életemben. Apám elvállalt egy éjjeliőr állást, ami duplán jó. Nappal alszik, éjjel nincs otthon, pénzt keres, nincs ideje engem paráztatni, és még büszke is, hogy megbecsülik a munkáját. Anyám is jobb bőrben van. Nagymama évfordulóján kimentünk együtt a temetőbe. Utána beszélünk azokról az évekről, mikor nála éltem. Talán sikerül ezt is helyre tennem... Nemrég kaptam egy új munkalehetőséget is. Elvállaltam. Itt talán több értelmét érzem majd a munkának, több lesz a sikerélmény."

Az új munkahely egy alapítványnál van, ahol alkoholfüggő hajléktalanoknak szerveznek és tartanak személyiségfejlesztő kurzusokat. Tamás itt lett csoportvezető. Később tudtam meg, hogy a kezdeti lelkesedés pár hét alatt lelohadt és Tamás mindent folytatott úgy, mint eddig.

Értékelés

Az eset bemutatása után az elméleti ismereteket is szem előtt tartva az alábbiakban összefoglalom a véleményem szerint fontos és kiemelendő prediktív faktorokat, amelyek

alapján nyomon követhető, hogy mely tényezők játszottak szerepet Tamás kábítószer-függőségének kialakulásában.

1. Tamás 13 éve folyamatosan használ marihuánát, hol kevesebbet, hol nagyon sokat. Életének mélypontjaitól eltekintve nem tartja a szerhasználatát problémásnak, nem érzékeli, hogy a szer bármennyire is negatívan hatna rá, hogy káros következményekkel járna az életére. Szerinte ez neki olyan cselekvés, mint az átlagembernek egy pohár bor elfogyasztása hétvégén a haverokkal. Véleménye szerint szociális munkásként tudja, hogy mi a függőség, hiszen nem egy "alkeszt" látott a hajléktalan szállókon. Ő nem függő, ő bármikor abba tudná hagyni. Nehézségeinek okát soha nem a szerhasználatban, hanem egyéb külső tényezőkben látta.

A beszélgetések során nekem viszont ezzel ellentétes véleményem alakult ki. Szerintem Tamás nemcsak komoly problémával küzd, hanem pszichés kábítószer-függőségben szenved. Ezt támasztják alá azok a sikertelen próbálkozások is, amikor Tamás abba akarta hagyni a füvezést. Több olyan mélypont volt az életében, amikor megérzett valamit függősége tüneteiből, amikor félelmei "nem engedték" emberek közé menni. Soha nem kért segítséget, egyedül pedig sikertelenek a próbálkozásai. Jelenleg a Prochaska-DiClemente modell alapján az elszánás előtti, pre-kontemplatív állapotban van, a marihuána használatának előnyei (biztonság, magabiztosság, vidámság, jó kommunikáció) meghaladják a használat hátrányait, azzal járó negatív következményeket. Ebben az állapotban nem motivált a segítség elfogadására, a kezelésre.

2. Tamás szüleinek a nagyszülőkkel való kapcsolati zavaráról annyit tudtam meg, hogy az apai nagypapa is alkoholfüggő volt. Ez tovább "öröklődött" az apára is. Az anyai nagypapa egy nagyon kemény, szigorú emberként saját gyermekei nevelésében valószínűsíthető, hogy autoriter módon állt a nevelés kérdéshez. Gyermekeivel való kapcsolatában biztosan

meghatározó volt a szigor, az érzelmek nélküli magatartás. Az anyai nagymama pedig alkalmazkodással, engedelmességgel tűrte férje uralmát. Ezt a magatartást adta mintául lánya számára, aki a férjével és gyermekeivel való kapcsolatában ugyanilyen alárendelt szerepet töltött, tölt be. Az anya egy mártír, aki önmaga igényei, vágyai és egészsége feláldozása árán valósítja meg az anyai szerepet.

3. Tamás és édesanyja kapcsolatában komoly törést jelentett a nagyszülőkhöz adás négy éves korában. Ő volt az egyetlen gyerek, aki kikerült a családból. Nem értette, hogy mi a baj vele, amiért nem kell szüleinek. Rossznak és bűnösnek gondolta magát, amiért a büntetést kapta. Nagyon rosszul érezte magát nagyszüleinél. Volt egy szobája, ahová mindig menekült nagyszülei elől. Mindig várta az anya látogatását, de csak rosszabb lett tőle a helyzet. A hazakerülés után sem tudta ezt a megrázkódtatást kiheverni. Ő volt a felesleges gyerek a családban. Viselkedésével kizárta magát a család, a testvérei életéből. Mostani életére is gyakran használta azokat a kifejezéseket, amelyeket akkor gyakran mondtak neki: rossz, gonosz, javíthatatlan.

4. Édesapjával szinte semmilyen kapcsolata nem volt. Először félt tőle, majd lenézte. Az apa nem törődött a családdal, tulajdonképpen az iváson kívül semmi mással nem foglalkozott. A kiszolgálást, a rendet azonban elvárta. Így minden feladat az anyára hárult, ami miatt Tamás haragudott az apjára. Így nem is alakulhatott ki az apa-fiú kapcsolat. Soha nem tekintett rá, mit példaképre, a későbbi években pedig már szinte nem is beszéltek.

5. Az egész családra jellemző volt a zártság. Külső kapcsolataik szegényesek, hiszen az apa otthon ivott, az anya pedig mártírként végezte a feladatait. Egymással sem nagyon

kommunikáltak. Tamás elköltöztetéséről pedig soha nem beszéltek. Ez az elhallgatás életben tartotta a sebet, ami elválasztotta Tamást az egész családtól.

6. Tamás családjában apai ágon a nagypapa is, és az apa is alkoholfüggő volt. A szerfogyasztás mintája így megvolt a családban. Ez jelentkezett később Tamásnál és kisebbik bátyjánál is. Ő szintén alkoholfüggő lett. Genogramon ábrázoltam Tamás családját, amelyben a jelzésekből kitűnik, hogy a családi problémák hogyan öröklődtek, és hogy a későbbi generációknak követendő lett az a minta, hogy ha "problémám van, akkor az alkohol (a marihuána) majd megoldja; könnyebb lesz mindent elviselni; addig sem gondolok a nehézségekre; elfelejtek mindent."

7. Tamásnál a dohányzás, a marihuána elsősorban a magánytól való megszabadulás eszköze volt. Megtalálta benne a segítőtársat, aki válaszol a problémáira, oldja feszültségét, magányát, zárkózottságát, hangulati problémáit. 15 évesen barátja unszolására gyújtott rá az első marihuánás cigarettára. Az első élmény nem volt meghatározó, a továbbiakban azután kialakult közös rítusuk. Összekötötte őket sok hasonlóságuk mellett ez az élmény is. Majd hasonló érdeklődésű barátokra is találtak, ami valódi közösség volt Tamás számára, itt nem volt egyedül. Később egyre gyakrabban használta otthon, egyedül is. Édesanyja vette észre, de reakciója, mint mindig, most is a beletörődés volt.

8. Fontosnak tartom megemlíteni Tamás lányokkal való kapcsolatát. Voltak lányok az életében, de egy kivételével egyik sem volt komoly. Mielőtt komolyra fordulhatott volna, Tamás odébbállt. Zsuzsa volt az egyetlen komoly társ. A főiskolai évek alatt találkoztak. Zsuzsában olyan társra lelt, aki ugyanúgy elvetette a "kispolgári" életet, mint ő. Zsuzsa is füvezett és a társaság is, ahová bevezette Tamást. Ez a kapcsolat is olyan volt Tamásnak, mint

a "nagy" barátság. Ennek elvesztése még mélyebbre lökte. Különösen fájdalmasan érintette, hogy szakításuk után Zsuzsa rögtön terhes lett, és összeházasodott gyermeke apjával. Azóta Tamásnak (3 éve) nem volt kapcsolata senkivel.

9. A pályaválasztással kapcsolatos kérdéskör is figyelmet érdemel. Tamás olyan pályát választott, ahol mások segítségére lehet. A segítő szakma olyan területén találta meg a hivatását, ahol a legelesettebbekkel, a társadalom periferiáján élőkkel foglalkozhat.

Véleményem szerint ez a hivatásválasztás kompenzációként szolgál Tamás problémái megoldatlanságához. "Van azonban a segítő kapcsolatnak olyan formája is, ahol a segítség kompenzációs mechanizmusokat, gyermekkori eredetű nárcisztikus fantáziákat és szükségleteket mozgósít a segítőben." (Tomcsányi-Fodor-Kónya, 1990.)

10. Az eset kapcsán szükséges érinteni, a "kettős diagnózis"* kérdéskörét. Tamásnak olyan tünetei vannak, amelyek véleményem szerint már nem pusztán a szer okozta hatások. Nagyon komoly szorongással küzd; sokszor fél attól, hogy üldözik, követik, nem mer kimenni az utcára... Kimondható, hogy pszichiátriai vizsgálatra lenne szüksége, amelyet jelenlegi állapotában nem fogadna el.

Összefoglalás

A dolgozatban végigvezetett gondolatok megerősítették előfeltevésemet, hogy mennyire fontos foglalkoznunk a "könnyű" drogok közé sorolt marihuánával. Fontos, mert tudnunk kell, hogy a gyógyászatban milyen pozitív és használandó hatásai vannak. Fontos, mert olyan szerről beszélünk, amely minden pozitívuma ellenére komoly pszichikai függőséget és egészségkárosodást okozhat. Bemutattam, hogy a családi tényezők milyen nagymértékben

* Kettős diagnózis: „A kifejezés azt jelenti, hogy a pszichoaktív-szer használati rendellenesség mellett más pszichiátriai zavar is fennáll.” (Rác, 1999.)

befolyásolják tagjaik élettörténetének alakulását. Megvizsgáltam a drogliberalizálás érveit és ellenérveit.

Tamás története igazolta, hogy mekkora felelősségük van a családoknak utódaikkal kapcsolatban, milyen nagy a társadalom, a szakma hatása és felelőssége a szenvedélybetegségek kialakulásának megelőzésében és rehabilitációjában.

ALKOHOLADDIKCIÓ ÉS CSALÁD

Lajcsik Loretta

Összefoglalás

A dolgozatomban az alkoholista családok életrendjét, mindennapjait, gyermeknevelési szokásait, valamint az óvodáskorú gyermekeiknél jelentkező tüneteket és problémákat vizsgáltam. Valamennyi vizsgált családban igen súlyos problémát okozott az alkoholfogyasztás. Ez többnyire az apákra volt jellemző (85%-ban), de az anyák esetében is előfordult (25%-ban). Néhány családban (10%) mindkét szülő rendszeresen ivott. A férfiak inkább a sört, a bort kedvelik (kisebb mennyiségben az égetett szeszes italokat) és általában vendéglátóhelyeken, barátaikkal italoznak, míg a nők többnyire az égetett szeszes italokat kedvelik és azt otthon, vagy szűkebb baráti körben fogyasztják. A férfiakra a társas ivás, míg a nőkre inkább a magányos ivás volt a jellemző. Az alkoholfogyasztás mellett más addikciók (férfiaknál viselkedési addikció, dohányzás; nőknél túlzott nyugtatószer szedése) is megjelentek. A nők esetében a dohányzás, a férfiaknál az alkoholfogyasztás és a dohányzás egyidejű élvezete volt a leggyakoribb. Már a szülők saját családjában is általánosan előforduló jelenség volt az alkoholfogyasztás. Az ivás okát nehezen tudták megfogalmazni, többnyire általános gondokat, problémákat jelöltek meg indítékként. A családok szerény körülmények között élnek. Sokszor problémát okoz nekik a mindennapi megélhetés is. Több családnak vannak nagyobb adósságai (számlahátralékok, pénzbeli tartozások, stb.).

A mindennapok és a hétvégék rendszerint ugyanúgy telnek. A gyermekkel való foglalkozás kimerül a gondozási feladatok elvégzésében.

A kulturális tevékenység, a nyaralás, éppúgy nem volt jellemző, mint a közös élményszerzés, vagy a családon kívüli társasági élet. Kapcsolatrendszerük szegényes. A családonkénti átlagos gyermekszám kettő, illetve három gyermek. A szülői attitűdök tekintetében, az apa gyakran elhanyagoló volt (hideg-engedékeny beállítottság). E nevelői magatartásnak az a veszélye, hogy a gyermeket a kriminális antiszociális fejlődés felé viheti. Az anyákra már inkább a gazdagabb érzelmek (meleg), valamint a szigorúbb követelmények (korlátozó) voltak jellemzőek, amely a konformista és önállótlan magatartás kialakulásának kedvez.

Jutalmazás terén az anyák szóbeli, vagy tárgyi jutalmazást alkalmaztak, míg az apáknál a tárgyi jutalmazás volt a gyakoribb. A büntetés az anyák esetében szóbeli megrovás, a szeretett tárgy megvonása, vagy a szívesen végzett tevékenység megtiltása révén történt; míg az apáknál szóbeli (szeretet megvonás is), illetve a testi fenytetés volt a jellemző. Azokban a családokban, ahol a szülők a jutalmazás és a büntetés tárgyi módszerét, vagy a fizikai bántalmazást alkalmazták, több összetűzés adódott. Ugyancsak több volt a konfliktus, ahol a közös élményszerzés kevés volt, illetve kimerült az esti közös televízió nézésben. A konfliktusokat nem a közös megbeszélés alapján, nem demokratikus módon oldják meg. A szülők rendszerint nem hajlandóak kompromisszum kötésére a gyermekkel, hanem a saját döntéseiket, megoldásukat és akaratukat kényszerítik rá gyermekeikre. Ennek feltehetőleg az oka, hogy ez kevesebb ráfordítandó időt és energiát igényel. Arra azonban nem gondolnak, hogy e döntéseikkel, megfosztják gyermekeiket a problémamegoldás hatékony és vereségmentes módszerének az elsajátításától.

A gyerekek rendszeresen járnak óvodába, ahová leginkább az anyjuk hordja őket, de előfordul, hogy a nagyobb testvérük, illetve ritkán az apjuk viszi őket. Az óvodai beszoktatás nem okozott problémát, a gyerekek valamennyien sikeresen adaptálódtak a közösségi élethez.

A szülőktől való reggeli elszakadás nem okoz nehézséget. Az óvónővel való kapcsolatuk jó, érzelmileg is kötődnek hozzá. A társaikkal való kapcsolataikban gyakran fejeződik ki durvaság, agresszivitás. Esetenként előfordul, hogy agresszivitásuk célpontja a szeretett óvónő. Ez főleg a délutáni hazamenetelnél a jellemző, amikor a kisgyermek még nem szeretné felfüggeszteni a társaival közösen folytatott játékot. Étkezésükkel nincs gond, étvágyuk átlagos. A napirendet és a foglalkozásokat gyakran megzavarják viselkedésükkel, elvonva vele a többi gyermek figyelmét is a közös tevékenységről.

Az alkoholista családok gyermekeinél magas számban fordul elő agresszivitás (60%), ami a tárgyakra, a társaikra, ritkán az óvónőre irányul. Mozgásigényük nagy, 25%-ban előfordult a hipermotilitás is. A teljesítményük alacsonyabb, mint az azonos életkorú nem alkoholista családból származó társaiké. Figyelmük még hat éves korukban is csak tíz-tizenöt percre köthető le. A csoportfoglalkozásokon sokszor fáradtak, ezért nem tudnak társaikkal együtt dolgozni. A gyermekek tünetei között az agresszivitás mellett megjelent a dadogás (30%), az alvási zavar (25%), az enurézis (25%), a körömrágás (20%) és a tick (10%) is.

Külön foglalkozásokra kevés gyermek jár. Körükben a küzdősportok a legnépszerűbbek. A szülők különösebb érdeklődést nem mutatnak gyermekük óvodai viselkedése iránt, ezért a szülő-óvoda kapcsolata egyoldalúnak mondható.

A vizsgálat tervezési szakaszában felállított hipotézisek, melyek megválaszolása a vizsgálat egyik célja volt, az interjúk készítése és kiértékelése során rendre beigazolódtak.

A feltevés, miszerint:

- Az alkoholista családok gyerekeinél gyakran fordulnak elő beilleszkedési nehézségek és már óvodás korban megfigyelhetők bizonyos tünetek, amelyek felhívják a figyelmet a későbbi viselkedési, esetleg tanulási zavarra 40%-ban nyertek igazolást, annak révén, hogy a gyermekek csoportmunkára való képessége az átlagos alatti (ld.: hipermotilitás, alacsonyabb és rövidebb idejű koncentráció, agresszivitás és alvási zavar).

- A gyermeknevelés során (büntetésnél) magas arányban alkalmazzák a fizikai fenytést, az alkoholbeteg szülők esetében 36%-os arányban fordult elő.
- A család ritkán van együtt, a közös programok nem jellemzőek és a család életére a mindennapok monoton sora a jellemző, általánosságban minden vizsgált családra igaz (100%-os előfordulással).

AZ ADDIKTOLÓGIAI KONZULTÁCIÓ LEHETŐSÉGEI A GYERMEKJÓLÉTI SZOLGÁLATOKNÁL EGY CSALÁDGONDOZÓ SZEMÉVEL

Hangosi Kinga

Bevezető gondolatok

1998 óta szociális munkásként dolgozom a gyermekvédelemben. Pályám során nagy nehézséget okozott a szenvedélybetegségek alaposabb ismeretének és a függő személyekkel való szakmai munkának a hiánya. Családgondozóként szinte napi kapcsolatban vagyok ügyfeleimmel, illetve azok családjával, akiknél a kontrollvesztő alkoholfogyasztás, gyógyszerfogyasztás (nyugtatók, altatók), esetleges droghasználat nem függetleníthető a jelentkező problémáktól vagy maga a szerfüggőség okoz problémát. A szenvedélybetegségeket érintő szakirodalom felkutatását és hosszas tanulmányozását követően megérett bennem, hogy vállaljam az addiktológiai konzultáns szakképzést.

Munkahelyem egy Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálat, Budapest egyik peremkerületében, ami döntően kertváros, de a kertés házakból álló utcák közé néhány helyen beékelődik egy-egy négy-, tízemeletes panelépület alkotta lakótelep is. A lakosság összetételét vizsgálva: jelentős az időskorú népesség, és 1990 óta felgyorsult és jelentős az építkezni vágyó vagyonos családok kiáramlása a kerületbe. Így jelenleg meglehetősen eltérő szociális, anyagi és műveltségi háttérrel rendelkező családok alkotják a közel 70.000 fős kerületet. Ennek következményeként a problémák széles skáláját próbálják a szakemberek orvosolni (pl.: a nyugdíjából szűken gazdálkodó idős néni adósságának törlesztésétől kezdve az újjgazdag fiatal bagatell szabálysértéséig).

A Családsegítő Központ 1994-ben jött létre, majd 1998 első felében az új Gyermekvédelmi Törvény a gyermekjóléti szolgálat felállítására kötelezte az önkormányzatot. Így a Családsegítő és a Gyermekjóléti Szolgálat egy intézményen belül működik, egymás tevékenységét kölcsönösen segítve.

A Gyermekjóléti Szolgálatnál szerzett tapasztalataim alapján írok arról, hogyan látom az addiktológiai konzultáció lépéseinek gyakorlati alkalmazását a szociális szférának ezen a területén, figyelembe véve a szakma történeti háttérét, az intézmény felépítését, működését statisztikai adatokkal kibővítve. Az addiktológiai konzultáns képzés segített abban, hogy tudásomat rendszerezhessem, kiegészíthessem és munkám során hasznosíthassam klienseim hatékony segítése érdekében.

A kliens "útja" az intézményen belül

Ügyfeleink "útja" a Családsegítő és a Gyermekjóléti Szolgálaton belül néhány esetben igen egyszerű, rövidre zárható. Az esetek többségében viszont bonyolult, több kollégával is kapcsolatban állnak a családgondozón kívül, mivel egyéb szolgáltatást is igénybe vesznek vagy éppen a hivatal kötelezi őket arra.

A klienst küldők tekintetében három csoportot különböztethetünk meg: a hivatalt (gyermekvédelmi iroda, gyámhivatal), a jelzőrendszer tagjait (iskola, védőnő, nevelési tanácsadó) és az érintett személy családtagjait, rokonait.

Ennek a folyamatát két eset bemutatásával szeretném illusztrálni, amelyeket a jelzőrendszer tagjai küldtek szolgálatunknak.

Jolán, 36 éves, munkanélküli, két gyermek anyja. Lányai: Viola, 12 éves és Mónika, 7 éves. Az anya kétszer elvált. Első férje Viola apja volt, aki vidéken él és új családot alapított, jelenleg asztalosként dolgozik. Második férje Mónika apja volt, aki Budapesten él és kőművesként dolgozik.

Az esetet Mónika iskolai osztályfőnöke jelezte szolgálatunknak, mivel úgy látta, hogy az anya nem látja el megfelelően a gyermekeit, akik sokszor ápolatlanok, hiányosak a tanszereik és a házi feladataik sem készülnek el. Az osztályfőnök mindkét kislányt ismerte, mivel egy iskolába jártak.

Családlátogatásom során kiderült, hogy Jolán élettársi kapcsolatban él egy Imre nevű férfival, aki a kerületi kártyagyárban dolgozott segédmunkásként. Albérletben laktak a kerület más részén, de a bejelentett lakóhelye a nagymama címe. A nagymama egy lakótelepi négyemeletes panelház két szobás lakásában él, amely mindig rendezett, tisztán tartott volt. Jolánék albérlete egy két szobás tágas kertes ház volt, szintén rendezett, tisztán tartott.

Jolán a segítő kapcsolat elején cáfolta azokat az észrevételeket, amiket az iskola tett, azonban keze folyamatosan remegett, arcán pedig láthatók voltak az alkoholizmus jelei: vörös orr, beesett arc, mindig rágózott, ha velem beszélt. Alkoholfogyasztására a nagymama hívta fel a figyelmem négy szemközti beszélgetéseink során. Később fény derült arra, hogy sokszor a nagymama vigyáz a gyerekekre iskola után, ő próbál tanulni velük. Viola és Mónika is megbukott év végén. Családlátogatásaim során tapasztaltam, hogy a nagyobbik lány segít a kisebbiknek a tanulásban. A nagymamától, a szomszédától, az iskolától folyamatosan kaptam az információkat, hogy az anya rendszeresen nagy mennyiségben fogyaszt alkoholt és éjszakákra eltűnik. Egy előre nem egyeztetett családlátogatás alkalmával Jolánt és élettársát is alkoholos állapotban találtam. Ez volt az a pont, amikor direkt közlés útján szembesítettem az általa folyamatosan tagadott súlyos alkoholfogyasztásával és a gyermekek védelembe vételére javaslatot tettem. A védelembe vételi tárgyalásig pár hét volt hátra. Ez alatt az idő alatt élettársi kapcsolata felbomlott, visszaköltöztek a nagymamához. Mint utóbb kiderült a második férjével próbálta rendezni a kapcsolatát a gyermekekre hivatkozva, hogy ne válasszák el tőle őket, de a volt férj nem volt hajlandó újra együtt élni Jolánnal.

Mivel ez a próbálkozása kudarcot vallott, annyira kétségbe esett, hogy gyermekeit elveszíti ezért gyakorlatilag folyamatosan részeg állapotban volt. Ismerőseinél lakott, sosem lehetett tudni, hogy éppen hol tartózkodik. Egy alkalommal a gyermekeit is magával vitte és napokig nem lehetett tudni, hogy az utcán vagy ismerősnél alszanak-e, mivel a nagymamához nem vitte vissza őket. Ekkor felkértem a gyermekvédelmi irodát, hogy tegye meg a szükséges intézkedést a BRFK-nál a rendőrségi kerestetés ügyében, mivel a kiskorúak veszélyeztetett helyzetben voltak. Ezzel párhuzamosan elkezdtem felkutatni Jolán első férjét vidéken és második volt férjét Budapesten, mivel azon az állásponton voltam, hogy ezek után nem tudom támogatni, hogy a gyermekek az anyánál maradjanak. Ha már el kell kerülniük tőle, rokon családban nevelkedjenek. A nagymama idős korára és szívbetegségére hivatkozva nem vállalta a lányok nevelését. Mónika apja jelezte, hogy szükség esetén vállalja mindkét gyermek nevelését és az ehhez szükséges nyilatkozatokat meg is tette. Amikor Viola apjával próbáltam felvenni a kapcsolatot, akkor derült ki, hogy a kislány már pár napja nála él. Ugyanis a férfi anyja, az apai nagymama, meglátta egy parkban Jolánt súlyos alkoholos állapotban a kislánnyal és elhozta a gyermeket mellőle. Akkor döntött az apa úgy, hogy vállalja Viola nevelését. A kislányt érthetően megviselték a történetek, hogy nem láthatja nővérét és anyját, de apja és a nagymama mellett biztonságban érezte magát.

Időközben Mónikát visszavitte az anya a nagymamához, de megkereséseimre egyáltalán nem reagált. Végül a szomszéd által megadott címen megtaláltam őt enyhén alkoholos állapotban, s akkor már egy öngyilkossági kísérleten is túl volt. Ekkor újra szembesítettem direkt módon az anyát súlyos alkoholizmusával és azzal, hogy ha önként nem hajlandó a gyógykezelését vállalni gyermekeit a hivatal el fogja venni tőle.

Megkértem, hogy másnap Mónika lányával együtt keresse fel pszichológusunkat, mivel a védelembé vételi tárgyaláshoz szükséges a pszichológus véleménye is. A szakember véleménye szerint, Mónikán kezdődő depresszió jelei voltak tapasztalhatók, a bizonytalanság

érzése uralta, kötődik az anyjához, de szeretné az apját is megismerni, mert még eddig nem találkozott vele. A pszichológus adott egy beutalót az anyának a pszichiátriára és gyógyszer is írt fel. Véleménye szerint, az alkoholfogyasztással akarta büntetni anyját, amiért engedte, hogy kamasz korában intézetbe kerüljön apja unszolására; részben pedig önmagát, amiért ő nem jó anya, senkinek sem kell.

A védelemben vételi tárgyalást megtartottuk. Kimenetele az lett, hogy Mónika nyaralás címén elkerült vidékre az apjához, amíg anyja kórházi kezelésben részesült. A további fejleményekről nincs információ, mivel munkahelyet változtattam.

László, 17 éves. Az általános iskola 8. osztályát végezte a dolgozók általános iskolájában. Ezt az esetet a hivatásos pártfogó jelezte szolgálatunknak, felkérve minket, hogy segítsünk a fiatalnak munkát találni.

László csoportosan elkövetett rablásban vett részt és ezért a bűncselekményért a fiatakorúak bírósága két év pártfogó felügyeletet rendelt el az ügyében. A gondozási folyamat során fény derült arra, hogy a családja előtt tagadta szerfogyasztását. A bátyja a bűncselekmények óta zárta a szobája ajtaját és nem állt szóba vele. László anyai nagymamájával és bátyjával élt egy háztartásban.

Télen egy szobában aludt a nagymamájával, mivel a számára beépített erkély nyáron lakható csak - ennek a beépítését a testvérével sikerült megbeszélni, amikor kapcsolatuk rendeződött több együttes beszélgetés után. Ekkor hetente járt egyéni konzultációra a fiatal.

Az anya, élettársával egy másik kerületben élt. Mint kiderült gyakran fogyasztott alkoholt. Naponta meglátogatta a nagymamát és vitt családjának ennivalót az iskolából, ahol a konyhán dolgozott. Így fiaival alig találkozott, és később sem tartotta szükségesnek, hogy szorosabbra fűzze a szálakat velük. Az anyai szerepet teljesen átadta a nagymamának, aki nem érezte jól magát egyáltalán ebben a helyzetben, főleg Lászlóval voltak komolyabb konfliktusai. Próbált

vele következetes lenni, de a fiatal élte az életét, mondván, hogy ne parancsoljon neki a nagymama, ő nem az anyja. Az apjáról semmilyen információt nem tudott mondani László, az anyja is csak annyit tudott mondani, hogy elváltak, amikor még László kicsi gyermek volt.

Az autók tekintetében közös témára találtunk, így sikerült eljutni abba a műhelybe, ahol korábban a fiatal dolgozott, visszacsábítva őt az utcáról. A 8. osztály befejezését követően pedig önállóan döntött úgy, hogy elmegy a McDonald's gyorsétterembe dolgozni. Szerfogyasztása mérséklődött, hétközben már nem volt kábult. Ekkor két-háromhetente járt egyéni konzultációra, majd rábízta a döntést, hogy akkor jöjjön beszélgetni, ha szükségét érzi. Közben havonta látogattam a családját. Végül pedig visszaadtam az esetet a hivatásos pártfogójának.

Fontosnak tartom kiemelni, az önként segítséget kérő kliensek csoportját. Számuk elenyésző a jelzőrendszer által küldött kliensekhez képest.

Munkám során úgy tapasztalom, hogy ezekben az esetekben jóval hatékonyabban végezhető a családgondozás, mivel a hozzánk forduló ügyfél motivált az őt érintő probléma megoldásában, benne merül fel az igény a változásra, nem pedig egy külső kényszerítő erő hatására kell együttműködnie a szolgálattal.

Mind a kötelezésnek, mind pedig az önkéntességnek megvan a maga előnye és hátránya egyaránt. A határok átjárhatóak, azaz az önként jövő klienst is lehet kötelezni a gyermekjóléti szolgáltatások igénybevételére, és az együttműködésre kötelezett számára is fel lehet ajánlani az alapellátást vagy annak megszüntetését.

Nem hagyható figyelmen kívül mindennek a segítő kapcsolatra gyakorolt hatása sem, hogy éppen a kötelezés vagy az önkéntesség segíti vagy gátolja azt. Ebben a családgondozó döntése jelentős súlyú, hiszen elsősorban ő ismeri a kliensét.

Az addiktológiai konzultáció szakaszai

Az addiktológiai konzultáció speciálisan a szenvedélybetegekre fókuszáló konzultációs forma, amely igazán akkor hatékony, ha a kliens önként vállalja a részvételt. Erre ugyan a gyermekjóléti szolgálatnál kevés példa van, mégis a családgondozó eszköztára segítségével az együttműködő klienst gondozhatja úgy, hogy az illető észre sem veszi, hogy gyakorlatilag egy konzultációs folyamat részese. Ezen kívül néhány együttműködésre kötelezett kliens a kényszerítő erő segítségével motiválható a szerhasználattal kapcsolatos problémák megbeszélésére, az önmagával történő szembenézésre.

A klasszikus addiktológiai konzultáció szakaszait a segítőnek célszerű szem előtt tartania.

A probléma-értelmezés szakasza

Ebben a szakaszban a kliens elbeszéléséből fontos minél több információ összegyűjtése róla, nehézségeiről, problémáiról. Kiemelt szerepe van a kliens által közölt szubjektív, pozitív érzelmi töltésű információknak, mivel a segítő a későbbiekben ezekre visszautalva építi fel a konzultációs folyamatot. A kliens által hozott probléma definiálása azért fontos, hogy a segítő mindig szem előtt tartsa azt és annak megoldására törekedjen kliensével együtt.

Jolán esetében a megfogalmazott probléma az volt, hogy: „Hagyják, hogy önállóan neveljem a gyerekeimet és a nagymama ne szóljon bele az életünkbe”.

László esetében, hogy: „Hagyjanak élni. Lehessen egy külön szobám”.

Az utóbbit úgy sikerült megoldani, hogy az erkélyrészt beépítették. Ez lett az ő „szobája” nyáron, télen pedig a nagymamával egy szobában aludt, mivel az erkély nem fűthető.

A tisztázás szakasza

Erre a szakaszra a konzultánsnak készülnie kell legalább négy szubjektív, pozitív érzelmi töltésű témával a probléma definíció alapján (pl.: „megbízható vagyok a munkában” vagy ”régebben szerettem sokat olvasni”), amelyekre visszautal és egyeztet a klienssel, hogy megfelel-e számára a javasolt téma megbeszélése. A kliens hozhat új témát, ami éppen

aktuálisan foglalkoztatja őt. Ebben az esetben célszerű azt megbeszélni. Az új információk gyűjtése ebben a szakaszban is folytatódik.

Jolán elmondásában talált szubjektív elemek a következők voltak:

- kedve szerint varrt egy-egy ruhát a gyermekeinek (póló, szoknya, nadrág), illetve a régieket átalakította,
- régebben jó kikapcsolódás volt a focizás gyermekeivel a réten,
- jó volt a kapcsolata a bátyjával, akit rendszeresen látogatott.

László esetében pedig:

- szerette az autókat szerelni és szerinte jól végezte,
- szeretett főleg fantasztikus regényeket olvasgatni.

Az elemzés szakasza

Ebben a szakaszban a fő feladata a konzultánsnak az ún. akceptált szubjektívek felismerése a kliens elbeszélése során. Ezek mélyebb realitástartalmat fejeznek ki (pl.: "amikor megbíznak valamivel alaposan végzem el, tisztességesen adom át a munkámat") és célszerű a kliens erőforrásait ezek köré csoportosítani, általuk támogatva, erősítve őt.

Ebben a szakaszban a segítő-segített bizalmi kapcsolatra építve kísérletet lehet tenni arra, hogy a klienst a konzultáns szembesítse szerfogyasztásának mértékével és annak következményeként kialakult problémákkal.

Jolán esetében a szabás-varrásra helyeződött a hangsúly, mint akceptált szubjektív elem. A nagymama és a gyerekek is elismerték, hogy az anya kezűgyessége feltűnően jó. A szerhasználat tekintetében a kórházba kerüléséig tagadta, hogy alkoholbeteg.

Azokban az esetekben, ahol a szenvedélybetegség hordozza a fő problémát, a kliens részéről pozitívan megélt ürügy, azaz a varrás, kapcsán próbálom megközelíteni azt. Úgy tapasztaltam, hogy ez az ürügy ugyanakkor jótékonyan hatott a segítő-segített kapcsolat építésére.

László elismerte szerfogyasztását. A vele folytatott konzultáció során az erősségeit próbáltam a felszínre hozni és a családi kapcsolatait rendezni. Az autószerelés folytatása vagy egyéb diákmunka végzése felé terelni. Ami az autószerelést illeti, már dolgozott a bátyja ismerősének a műhelyében, ahol saját bevallása szerint hozzáértő munkaerőnek tartották. Ezt a testvére is alátámasztotta, aki azért keresett neki munkát, hogy ne az utcán csavarogjon. Hogy egy időre miért hagyta abba az autószerelést, azt sosem mondta meg.

A szintézis szakasza

Ebben a szakaszban azoknak a pozitív akceptált szubjektíveknek az összegyűjtése és kiemelése történik a klienssel együtt, amelyeket a legtöbb realitás támogat.

Ezzel kapcsolatosan egy "Mi lenne ha,...?" hipotézis felállítása történik. Végül ehhez kapcsolódva egy konkrét feladatot kell teljesítenie a kliensnek a következő ülésig.

Jolánnál a szabás-varrással kapcsolatos érdeklődésére lehetett építeni, amíg el nem váltak útjaik az élettársával.

A kerületi Munkaügyi Központban munkanélküliként történő regisztráltatása volt a feladata.

Lászlónál az autószerelésre lehetett építeni. Megkértem, hogy gondolkozzon azon, elvinne-e a műhelybe, ahol dolgozott korábban.

A megállapodás szakasza

Ekkor hosszabb távra egy megállapodás kötése történik, amely tartalmazza azokat a napi feladatokat, célokat, amelyek megvalósítását a kliens vállalja. Ezek a feladatok, részfeladatok, amelyek egy távlati cél (pl.: ártalomcsökkentés, absztinencia) elérése felé vezetik a klienst.

Jolán regisztráltatta magát a Munkaügyi Központban. Ezt követően megállapodtunk, hogy érdeklődik szabás-varrás tanfolyam után és elkezdi a képzést. Volt is rá lehetősége de nem fejezte be az iskolát, mivel éppen akkor kezdődtek a komolyabb gondok a család körül. Oktatói tehetségesnek és szorgalmasnak találták.

László beleegyezett abba, hogy megmutassa nekem az autószerelő műhelyt. Meg is történt és ezt követően ott is maradt pár hónapig dolgozni, majd a McDonald's gyorsétteremben vállalt munkát.

A családgondozás során ezek a szakaszok nem követik végig egymást. A kereteket a gondozási folyamat során szükséges tágitani, mivel a legtöbb családgondozás nem zárható le 10-15 találkozást követően.

A klienssel történő kapcsolatfelvétel során az első személyes találkozásra többnyire a kliens otthonában nyílik alkalom. Ez azért fontos, mert az otthoni környezet biztonságot ad kliensünknek. Segíti a feszültség oldását, ha a családgondozó kiemeli egy-egy tárgy szépségét, vagy pl. egy-egy növény gondozottságát, vagy a lakás rendezettségét, tisztaságát. A lakókörnyezet feltérképezése mindenképp fontos lépés a gondozási folyamatban, hiszen rendkívül sok információt közvetít a családról, szűkebb és tágabb környezetükről (pl.: szomszédok, rokonok). Ez a közösségi dimenzió, amely pozitív erőforrás lehet a szenvedélybeteg életében.

Jolán esetében a szomszéd, aki védőnő volt a kerületben, aktívan figyelemmel kísérte a család életét, vigyázott a gyerekekre, ha szükség volt rá. Több alkalommal szolgált hasznos információval számomra, vagy értesített, ha újabb problémát észlelt.

Az első beszélgetés célja a kölcsönös bemutatkozás és a családgondozó látogatása okának feltárása, amelyre a családok többsége először szűkszavúan reagál vagy épp a küldő szervvel kapcsolatos véleményét mondja el (pl. iskola esetében a tanárok minősítése).

Jolán ekkor elmesélte, hogy nincs jó kapcsolata az anyjával, aki mindig irányítani akarja. Kikérte magának, hogy az iskola az ő tudta nélkül információkat adott a családról és a gyermekeiről. Nem értette, hogy mi volt a gondjuk vele, amikor az iskolai sportnapon is ott volt.

László ekkor alig beszélt, főleg az anyja ragadta magához a szót, aki nevelése csődjének tekintette a fiát és előttem is szidta az elkövetett rablás miatt.

Ezt követően jelezzük, hogy szeretnénk még az adott problémáról mélyrehatóbban beszélgetni, s időpontot egyeztetünk egy újabb családlátogatásra.

Amennyiben a kliens önként jelentkezik, meghallgatjuk a problémáját, majd összegezzük az azzal kapcsolatos teendőket és időpontot kérünk egy családlátogatásra, amely a kapcsolat mélyítését segítheti.

Az első interjú során a kliens elmondja a problémájával összefüggő gondolatait. A segítőnek nem szabad elmulasztani a kompetenciahatárok tisztázását a klienssel, hogy az reálisan mérhesse fel, segítője mit tud tenni az érdekében. Az első interjút magába foglaló beszélgetés a gyermekjóléti szolgálatnál gondozott esetekben vagy a családlátogatás során zajlik le, főleg családi körben, vagy az intézményben négy szemközt a klienssel. Itt a segítő legfontosabb feladata a kliens által közölt szubjektív módon megélt pozitívumok kiemelése. Egyrészt, támogatva őt; másrészt, a további segítő kapcsolat erősítése, az együttműködés ösztönzése érdekében. Ugyanakkor fontos a nyugodt, türelmes légkör megteremtése, az odafordulás, a megértés, az elfogadás kifejezése. Mindehhez az intézménynek nyugodt, csendes, otthonosan berendezett interjúszobát, zavaró körülmények kizárását szükséges biztosítani.

Jolán az első interjú során, amely a szolgálatnál zajlott, részletezte, hogy véleménye szerint teljes mértékben ellátja a gyermekeit, odafigyel rájuk. Tagadta, hogy fogyasztott volna alkoholt, akkor szokott inni - mondta -, ha nagyon zaklatott, ideges. A beszélgetés közben keze remegett és ütésnyomok voltak az arcán.

László eleinte szűkszavú volt. Nem titkolta, hogy gyakran szívott marihuánás cigarettát és szedett amfetamin tablettákat, főleg hétvégén, amikor barátaival szórakozni mentek. Elmondta, hogy a rablás, amiben részt vett „buli volt” és hogy megváltozik ezek után. Beszélt a könyveiről és a bátyjával való jó kapcsolatáról.

Fontos az időkorlát jelzése a kliensnek, ezzel is arra ösztönözhetjük, hogy mondanivalóját rendszerezze, összefoglalja. Míg a konzultáció meghatározott számú ülésből áll, addig a családgondozó rendszerint évekig is gondozhat egy családot és a konzultáció szakaszai időben kitolódhatnak, illetve egy-egy új probléma esetén a konzultáció fázisai ismétlődhetnek.

Az első interjú végén szükséges az adatok felvétele, a kötelező adminisztráció, illetve a nyilvántartás miatt.

Írásbeli szerződést akkor kötünk, ha az együttműködés hiányát érezzük a kliens részéről. Amennyiben nem tartja be az ott rögzítetteket, hivatalos eljárást kezdeményezünk (pl.: védelembe vétel). A szerződést folyamatosan módosíthatjuk a felmerülő igényekhez igazodva.

Az első interjú az ügy típusát tekintve kétféle lehet:

- *un. információ alapú*, amikor minél több konkrét információt szeretnénk megtudni a kienstől (pl.: nyilvántartásba vételhez szükséges adatok), hasznos lehet a Ki?, Mi?, Hol?, Hogyan? kérdő szavak, az eldöntendő kérdések használata. Fontos a tisztázás, amely megerősítésként szolgál arra, hogy a segítő biztos legyen abban, érti, amit kliense mond.

Ezt a típusú interjút pl. családi jogállás rendezése, vagy örökbefogadás, vagy nevelőszülőkhöz történő kihelyezés esetében használom, amikor meghatározott, konkrét információkra van szükségem és nem valószínű, hogy szükséges lesz a családgondozás.

- *A kapcsolat alapú interjú esetén* hagyjuk a kienst beszélni. Alkalmazott technika: az érzések visszatükrözése, a verbális és nonverbális üzenetekre való reagálás (pl.: mosoly, szemkontaktus felvétele vagy hiánya, gesztikuláció, testtartás).

A bemutatott két esetleírásból is érezhető, hogy munkám során elsősorban ez az interjú típus kapott hangsúlyt, mivel a gondozási folyamat alapja a jó kapcsolat a családdal.

A segítő kapcsolat további folyamatában az elsődlegesen hozott és a későbbiek folyamán felmerülő problémákat beszéljük meg. Ennek során a családgondozó számára világossá

válnak a családi határvonalak, erőtartalékok, a családban uralkodó hierarchia, a szülő-gyermek viszony, a koalíciók, a szövetségek, a szociális kapcsolatok, a család élettörténete, és betekintést nyerhetünk a család mindennapi életébe. Az így nyert tapasztalatok ötleteket is adhat a segítőnek, mi lehet az általános irány, ami felé haladni kell, érdemes-e, vagy szabad-e bevonni a családtagokat a megbeszélésekbe vagy sem.

Nem szabad elfeledkeznünk a lehetséges célok egyeztetéséről sem. Némely esetben mást tekintünk mi elérendő célnak és mást a kliens. Ekkor fontos a problémát újra meghatározni, így kiderülhet, hogy a családgondozó és a kliens is mást tekint megoldandó problémának. Ha lehet, maradjunk minél közelebb a kliens saját definíciójához, mivel neki kell lépéseket tenni a változások érdekében.

Döntő kérdés az is, hogy tényleg meg lehet-e oldani a problémát, amiben a kliens aktuális helyzete és erőtartalékai jelentik a döntő tényezőt.

A célok egyeztetése írásban mindkét esetben megtörtént.

Jolán a Munkaügyi Központban történő regisztráltatását kivéve másra nem volt képes, ennek ellenére rendszeresen felkeresett a szolgálatnál.

László esetében annyit tudtam elérni, hogy az iskolába rendszeresen eljárt és munkát vállalt.

Akkor tudunk innen továbblépni, ha a kliens nyitott a változásra, elgondolkodik a segítő meglátásain és van belátási képessége (pl.: ha a kliens alkoholbeteg és rendszeresen tagadja azt, akkor előfordul, hogy a direkt közlés hatásosabb a rávezetésnél). Ezt követően ismét sor kerülhet a szerződéskötésre szóban vagy írásban, a szenvedélybetegek esetében ez jelentős lelki kapaszkodót adhat. Ugyanakkor segít végiggondolni, rendszerezni, hogy milyen érzés és viselkedés megváltoztatására van szükség ahhoz, hogy céljait elérje kliensünk, és ezzel kapcsolatban felelősséget ruház rá.

Speciális helyzet a *krízishelyzet*. Veszélyt és lehetőséget jelez egyszerre, hogy változás nélkül a probléma rosszabbra fordulhat. Ekkor gyakorlatilag nincs idő arra, hogy finoman tereljük

kliensünket, sokkal inkább direkt visszajelzésekre van szükség. Van olyan eset, amikor ez a segítő-segített kapcsolat megromlását eredményezheti, de legalább ennyi esély van arra, hogy a kliens kibillenti a holtpontról, és sokkal inkább együttműködő lesz.

Jolánnál akkor állt elő krízis, amikor elvitte a gyermekeit a nagymamától és éjszakára sem ment haza velük. Ezt követően tudattam vele, hogy úgy látom, az ő életében az alkoholfogyasztás betegséggé vált és a gyógyuláshoz szakemberre van szüksége. Az őszinte, nyílt, egyenes kommunikáció együttműködővé tette őt.

Fontos szólni még a visszacsúszásról, azaz arról az állapotról, amikor a kliens elbizonytalanodik, meginog és ismét a kontrollvesztő szerfogyasztáshoz tér vissza.

Jolánnál a visszacsúszás akkor volt érzékelhető, amikor második férje visszautasította családegyesítési szándékát. A bujkálás után elmondta, hogy akkor érezte úgy, hogy nincs értelme semminek az életében a továbbiakban. A gyermekeit azért vitte magával, hogy senki ne vehesse el tőle. Tettében érezhető volt a félelemérzés és az anyasághoz való ragaszkodás.

Az utóbbi fontos pozitív tartalommal bír, amit kifejeztem neki. Hirtelen eltűnésével azonban elbizonytalanította gyermekeit és a segítő szakembereket is.

A józanság fenntartása sokszor bonyolultabb, mint a kezelésbe való belépés. A segítő folyamat részét képezi a kliens erre történő felkészítése is. Tudjuk, hogy lépten-nyomon adódhatnak olyan helyzetek, amelyek megkísértik a szenvedélybeteget (pl.: ismeretségi körben, összejöveteleken megkínálják itallal, vagy kerülhet olyan lelki nyomás alá, amelyet az ismételt szerfogyasztással próbál enyhíteni). Szükséges ezeknek a helyzeteknek a megbeszélése a klienssel és olyan viselkedési technikák megtanítása, amelyek segítségével kivédheti a "kísértéseket". Fel kell készíteni őt arra, hogy a visszaesés törvényszerű. Itt van jelentős szerepe a viselkedésterápiának, a csoportos foglalkozásoknak, az önsegítő csoportoknak. Fontos, hogy a kliens a segítőben biztos támaszra találjon és megcsúszás esetén vissza tudjon térni hozzá. A visszacsúszás tulajdonképpen egy ideiglenes tévedésként is

felfogható, hiszen a szenvedélybeteg szerhez való viszonya, a kontrollált fogyasztásra való áttérés meglehetősen hullámzó a leszokás időszakában, illetve az absztinencia elérését követően. Hiba a visszaesést kudarcnak címkézni, segíthet a relapszus átértelmezése.

A segítő kapcsolat végső állomása *a lezáró szakasz*. Ezt kezdeményezheti a kliens és a családgondozó is.

László esetében sor került a lezárásra. A lezárás előtti második alkalommal jeleztem neki a szándékomat. Mind ő, mind pedig a családja tiltakozott a segítő kapcsolat megszüntetése ellen. Annak ellenére, hogy további időpontot nem beszéltünk meg egy találkozásra, ő később több alkalommal megkeresett. Pl. amikor megkezdte a sorkatonai szolgálatát, eljött, hogy beszámoljon az ottani nehézségeiről.

Ha a kliens kezdeményezi a segítő kapcsolat megszüntetését, valószínűsíthető, hogy nem érzi jól magát a segítő kapcsolatban vagy még nem tart ott, hogy szenvedélyszer fogyasztását problémaként felvállalja.

"A gondozó-kliens kapcsolat alap a változásra. Alap, amelyre a problémamegoldás épül, de önmagában nem hoz létre változást. Sok kezdő gondozó összezavarja ezt és drámai változást vár már egy "bizalmas" beszélgetés után, amikor a kliensből sikerült kihozni egy témát, amelyet évekig visszatartott."

Naiv elképzelés, hogy változás állna be valakinél csupán az érzései kimutatása után. Ez csak a kezdet. Tenni valamit a problémáért - ez az, ami változást hoz létre.

A szenvedélybetegek segítése terén a társszervekkel történő együttműködésről, sajnos széles körű tapasztalatokról nem tudok beszámolni. A gyermekjóléti szolgálatnál szerzett tapasztalatom szerint, az együttműködés meglehetősen személyfüggő.

A gyermekjóléti szolgálatnak törvény adta lehetősége a kórházi kezelőorvossal, a pszichológussal, a pszichiáterrel, a TÁMASZ gondozóval és egyéb intézményekkel a kapcsolattartás, amennyiben azok folyamatosan részt vesznek kliensei kezelésében.

Tulajdonképpen, egy-egy közös ügy kapcsán tartjuk a kapcsolatot az OPNI X. Pszichiátriai osztályának és a kerületi TÁMASZ gondozónak azzal a szakemberével, aki személyesen foglalkozik kliensünkkel.

A gyermekjóléti szolgálatnak törvényes lehetősége az ún. Intézményközi esetkonferencia összehívása, amelyen a klienst közvetlenül segítő szakemberek vesznek részt, hogy az ügyféllel kapcsolatos konkrét probléma megoldására közös stratégiát alakítsanak ki.

A család életének vizsgálata során nem hagyhatók figyelmen kívül olyan előzmények, minták, amelyek az egyén szenvedélybeteggé válásában szerepet játszhatnak. Ezeket foglalom most össze a bemutatott két eset alapján:

Jolán anyai és felnőtt működésére hatott apja alkoholfogyasztása, aki vélhetően feszültségeit, problémáit az alkohol bódító, feledtető hatásával próbálta kompenzálni. Az alkohol segítségével viszonylagos nyugalmat, felszabadultságot vitt hétköznapijaiba. Generációs mintaként ezt a fajta problémamegoldási módot Jolán is alkalmazta, de életében jelentős nyomot hagyott az intézetben töltött időszak, amikor vágyait, kéréseit nem volt lehetősége szüleivel megosztani. Tőlük az elutasítást kapta. Itt a szülők érzelmi életének a zavara érezhető, amely úgy nyilvánult meg, hogy gyermekük szükségleteit nem voltak képesek kielégíteni. Serdülő lányuk vágyaival, önállósulási törekvéseivel nem tudtak mit kezdeni és inkább egy állami intézményre bízták ennek a megoldását.

Jolán nevelési stílusát tekintve megengedő volt, azaz nem állított fel egyértelmű szabályokat, főleg a nagyobbik lányával szemben (pl.: meddig lehet a játszótéren, meddig nézheti a televíziót stb.). Amikor a nagymama próbálta a saját maga által felállított szabályok betartását megkövetelni a gyerekektől, annak kiabálás és veszekedés lett a vége. Mónika el is mondta, hogy ezért nem szeretett a nagymamával lakni. Jolán családjában tehát transzgenerációs mintaként jelent meg az a kimondatlan szabály, hogy nincsen szabály.

László családi hátterét vizsgálva láthatjuk, hogy az anya alkoholfogyasztása folyamatosan jelen volt, ami szintén arra enged következtetni, hogy mindennapi problémáival nem volt képes egyedül megbirkózni. Így ezt a problémamegoldó mintát tudattalanul is közvetítette fiának, aki az alkohol mellett kábítószer is fogyasztott.

Érdekes volt, hogy beszélgetéseink során az anya részéről nem nyilvánult meg egyértelmű tiltás a droghasználattal kapcsolatban. Mindez mutatja az anya attitűdjét a szenvedélyszerek iránt.

László esetében szintén dominált a szülői elutasítás. Az egyetlen személy, aki vállalta a fiatal nevelését, az a nagymama, aki idős koránál fogva nem érezte feladatának ezt a szerepet és a nagy generációs távolság miatt egyre kevésbé tudta követni unokája igényeit, szükségleteit elsősorban érzelmi, lelki tekintetben.

Az anya nevelési stílusát illetően, szintén transzgenerációs mintával állunk szemben a szabálykövetést vizsgálva. Az anya és a nagymama sem tudott egyértelmű, világos szabályokat és határokat felállítani. "Mindent szabad és nincsen szabály."

László életében megtalálható a fel nem dolgozott gyászmunka is. Az apjáról nem tudott semmit. Ugyan a fényképét látta, de anyja sosem mesélt róla. Az elhallgatás nem volt helyes az anya részéről, így akaratlanul is bizonytalanság érzést keltett a fiában. László nem értette ezt a helyzetet, nem tudta, hogy mit gondoljon az apjáról, emiatt a benne keletkezett feszültséget - véleményem szerint - a szerhasználattal enyhítette. Olyan volt László számára, mintha apja elhunyt volna.

Kimondatlanul viszont mindig is köztük élt. Így tulajdonképpen titok vette körül az apa személyét.

László esetében is fellelhető a szülők tartós hiánya. Ez a látszat ellenére szorongást okozott benne, s ebből következően ösztönösen is kötődött azokhoz az emberekhez (pl. a

családgondozója), akiknél érzelmi biztonságot tapasztalt meg. Az elvesztés érzésétől való félelem motiválta őt abban, hogy segítőjével nem akarta megszakítani a kapcsolatot.

AZ ADDIKTOLÓGIAI KONZULTÁCIÓ A CSALÁDSEGÍTŐ/GYERMEKJÓLÉTI SZOLGÁLATOKBAN

Lukács Karolin

Az addiktológiai konzultáció a gyermekjóléti/családsegítő szolgálatokban

A gyermekjóléti szolgálatoknál szolgáltatásként az addiktológiai konzultációt biztosítani lehet. A gyermekjóléti szolgálat ügyfelei részben önkéntesen keresik fel a szolgálatot, részben a különböző intézmények (óvoda, iskola) jelzik a problémás családot, végül a gyámhivatal védő intézkedésként kötelezi a családot a gyermekjóléti szolgálattal való együttműködésre. A családsegítő szolgáltatásait az ügyfelek önkéntesen veszik igénybe, motivációjuk erősebb a gyermekjóléti szolgálatba irányított ügyfeleknél.

Ha a családsegítőben, gyermekjóléti szolgálatban az addiktológiai konzultáns a team tagja, és az első interjút a családgondozó veszi fel, akkor a családgondozó szűrőrendszert is jelent. A kliens addiktológiai érintettsége esetén a probléma fókuszálása céljából ASI felmérő teszt készíthető. (ASI tanfolyamot végzett családgondozó is felveheti.) Ha az alkohol/drogproblémájára a kliens kezelést remél, ennél a pontnál átadható az eset addiktológiai része. Itt az addiktológiai konzultáns önálló szakmai munkát végez. Ha az addiktológiai tanácsadást, mint szolgáltatást keresik az új ügyfelek, szociális probléma, ügyintézés kapcsán lehetőség van a családgondozó bevonására. Az addiktológiai konzultáns a diagnózisalkotás keretében - pontos információt szerez a kliens droghasználatáról és az ezzel kapcsolatos problémákról, (szomatikus betegség, szociális, jogi, pszichológiai problémák). A problémák feltérképezése után az addiktológiai konzultáns és a kliens szerződést köt. *Dean Hepworth- Jo Ann Larsen* véleményét figyelembe véve, a célkitűzésről és a szerződésről a következőket mondhatjuk el: a szerződés meghatározza az elérendő célokat és azok

elérésének módját, tisztázza a résztvevők szerepeit, és megteremti a segítségnyújtáshoz szükséges feltételeket. A szerződés tartalmazza az alkalmazandó módszereket, a találkozások gyakoriságát és számát, időtartamát, a haladás ellenőrzésének módszereit (pl. napló írás, űrlap kitöltés, a szerződés újratárgyalására vonatkozó megállapodásokat, illetve egyéb kérdéseket). Ez a megegyezés irányítja a konzultánst és az ügyfeleket a meghatározott célok elérésében.

A segítő folyamatban a célok a következő fontos szerepeket töltik be:

1. Biztosítésként szolgálnak arra, hogy a konzultáns és az ügyfelek egyetértenek az elérendő végeredményben. (Ha a segítő céljai nem egyeznek meg az ügyfél céljaival, akkor az ügyfél kudarcot, zavart, és elkedvetlenedés élhet át).
2. Irányt és folytonosságot adnak a folyamatnak.
3. Megkönnyítik a megfelelő eljárások és intervenciók kialakítását és kiválasztását.
4. Segítik a konzultánst és a klienseket, hogy követni tudják az előrehaladást.
5. Eredménymérőként szolgálnak a különböző beavatkozások és segítő folyamatok eredményességének ellenőrzésére.

A szociális munka során is alkalmazott probléma-megoldási folyamat lépései az addiktológiai konzultáns számára is alkalmazható módszer. (Pl. cél egy rehabilitációs intézménybe való eljutás)

1. A probléma elismerése.
2. A probléma elemzése és a résztvevők szükségleteinek megállapítása.
3. Minél több lehetséges megoldás kigondolása (ötletbörze).
4. Az összes megoldás értékelése a résztvevők szükségleteit figyelembe véve.
5. A kiválasztott megoldás megvalósítása.
6. A probléma-megoldás eredményének értékelése.

Természetesen a kiválasztott megoldás megvalósítása nem jelenti az addiktológiai érintettségű esetekben a szenvedélybeteg végleges gyógyulását, a rehabilitáció után, a kliens a saját

környezetébe való beilleszkedés során az utógondozás-visszaesés megelőzése új feladatot jelent mind az addiktológiai konzultánsnak, mind az absztinenciáját fenntartó kliensnek. A visszaesés szempontjából a saját környezetbe való visszakerülés után az első 6 hónap a legkritikusabb időszak (drogfogyasztás esetében), de még a kezelés után sok évvel is előfordulhat. Alkoholbeteg esetében a kezelés után 12 hónappal a betegek fele a korábbi szintre esik vissza, 90%-uk pedig eljut az első ital fogyasztásáig. A visszacsúszás megelőzése során azonosítani kell azokat a helyzeteket, és hangulatokat, amelyek korábban szerfogyasztáshoz vezettek. (Pl. családi, munkahelyi konfliktus, bizonyos személyek társasága, unalom, álmatlanság, magányérzet, bizonyos helyek, feszültség, depresszió stb.) A családsegítői munkám során családgondozóként azt tapasztaltam, hogy a szenvedélybeteg családtagja kér segítséget a Szolgálattól, elsősorban szociális problémájára. A gondozás során derül fény a családi rendszer működési zavaraira, illetve a családtag szenvedélybetegségére. Ekkor új célként rajzolódik ki a problémás családtag bevonása a gondozási folyamatba, a probléma hosszú távú rendeződése érdekében. A családok nagy részében a kapcsolatot tartó ügyfél (a szenvedélybeteg családtagja) túlműködése figyelhető meg. A családtag úgy gondolja, nem számíthat segítségre a családjától, bár otthon elmondja, hogy a család szociális problémájának megoldása érdekében a családsegítőtől, (gyermekjóléti szolgálattól) kér segítséget. A család többi része számára ezzel a probléma megoldódott, az index páciensben azonban nem csökken a feszültség. (Sokszor ez a szorongás jelzi a családgondozó számára a mélyebb problémák jelenlétét.) A szociális probléma megoldása után, ha a kliens is beleegyezik, célszerű új szerződést kötni. (Pl. cél a családon belüli egyenlő munkamegosztás, egyenlő felelősség, az anyagi terhek, javak egyenlőbb elosztása stb.).

Az addiktológiai érintettségű esetekben itt kapcsolódhat be az addiktológiai konzultáns, ha a családgondozó:

- nem rendelkezik elég ismerettel a szenvedélybetegség természetéről,

- ha számára az eset túl nagy megterhelést jelent,
- ha nem érzi magát kompetensnek az eset kezeléséhez,
- ha a családgondozó ellenállást érez a klienssel szemben,
- ha a családgondozó ellenállást érez az esettel szemben.

Amikor szenvedélybeteg család az eset, fontos eldönteni, hogy ki a kliense az addiktológiai konzultánsnak. Ha a családtag a kliens, akkor szükséges feltérképezni a háttérben rejlő motivációt, illetve, hogy saját maga számára, vagy a problémásnak tartott személy részére kér-e segítséget. Célszerű különválasztani a szükségleteket is. Családgondozói munkám során azt tapasztaltam, hogy ha a családtag a kliens, akkor elsődleges cél a családtag "önállósítása", hogy képes legyen hatékonyan (játszmák nélkül), kommunikálni a családjában. Az addikt családokban a hozzátartozó saját igényeit nyomja el, szükségleteiről mond le abban a reményben, hogy ezzel segít megváltozni a problémás családtagnak, de ezzel párhuzamosan a szenvedélybeteget (tudatosan vagy tudattalanul) hibáztatja. A hozzátartozó mindennapi tevékenységeit a szenvedélybeteghez igazítja, így gyakran munkahelyet változtat annak érdekében, hogy jobban vigyázzon (ellenőrizze) a problémás családtagot. Ezekben az esetekben, a társfüggőség háttérében alacsony önértékelést és magas függőségi igényt láthatunk a hozzátartozónál. A családon kívüli szerepek helyreállításával nő az önértékelés és az önbizalom, így a konzultáció során a családon belüli önállóság megteremtése a feladat. (A kommunikáció javítása annak érdekében, hogy az eddig megszokott hibáztatás elmaradjon a család életében.) Az önállóság megtapasztalása sokszor olyan nagy élményt jelent, hogy házastársak esetében felmerül a válás lehetősége, ekkor azonban tisztázni kell, hogy mit érez családtagja iránt, és a válás ténylegesen a házastársra, vagy annak most már elfogadhatatlan viselkedésére irányul. Ha a hozzátartozó a válás mellett dönt, ezt tiszteletben kell tartani, ez esetben az új cél a különélés előkészítése, megszervezése. Ha gyermek van a családban, úgy a láthatás módját hibáztatások nélkül kell megbeszélni a házastárssal. Célszerű olyan

megállapodást kötni, amely mind a két félnek elfogadható és könnyen betartható, ezzel elkerülve a későbbi ütközéseket, rossz érzéseket.

Ha a hozzátartozó szereti társát, de nagyon zavarja vagy már nem tud tovább együtt élni a szenvedélybetegség következtében kialakult rendszerben, az új feladat, hogy a családtag képes legyen konfrontálni családtagját a számára elfogadhatatlan viselkedésformákkal. Nagyon fontos, hogy a viselkedés megjelölése ne általánosságban, hanem konkrétan és hibáztatás nélkül fogalmazódjon meg, amivel a hozzátartozó jelzi, hogy számít a jövőbeni együttműködésre. Az addiktológiai konzultáns ebben a szakaszban felméri a család erőforrásait, előkészíti a családot a majdani rehabilitációra. A gondozott eseteim során megfigyelhető volt, hogy a hozzátartozó–szenvedélybeteg között az egymás elismerése, a dicséretesek gyakorisága minimálisra csökkent, illetve teljesen elmaradt. Amikor a családban újra elhangzott egy dicséret a szenvedélybetegre vonatkozóan, akkor lett képes a szenvedélybeteg visszafordulni a családja felé. A szenvedélybeteg valódi önállóságát visszakapva áll hosszú idő után először döntési helyzetben, ekkor nyílik lehetősége a hibáztatás nélküli beszélgetések alkalmával a saját életének átgondolására. Ha a család minden tagja számára cél a gyógyulás, akkor kezdődhet el az addiktológiai konzultáció a szenvedélybeteggel. A konzultáció célját a kliens és lehetőség szerint annak családja, valamint az addiktológiai konzultáns együttesen fogalmazzák meg és kötnék szerződést a minden résztvevőnek elfogadott célok megvalósítása érdekében. Az absztinencia eléréséhez a szenvedélybeteg és a család számára is elfogadható módszer kiválasztása során figyelembe kell venni a szenvedélybeteg egészségi állapotát, a szerfogyasztással eltöltött hónapokat (éveket), társas kapcsolatokat, illetve egyéb körülményeket. A családtagok számára is javasolt olyan közösségek, csoportok felkeresése, amely felkészíti az egyént, a családot az absztinens alkoholistával/drogossal való együttélésre (pl. A.A., Al-Anon). Ha a gyógyulás helyszíne kórház vagy rehabilitációs intézet, a családtagok számára szükséges az addiktológiai

konzultáció, hiszen a túl nagy, irreális várakozások feszültsége az absztinencia veszélyét jelentheti.

Az intézményben gyógyuló ügyféllel az addiktológiai konzultáns kevésbé tartja a kapcsolatot, ebben az időszakban a család előkészíti önmagát és a helyet az absztinens szenvedélybeteg részére. Azt gondolom, a család egészének (működésének) a megváltoztatása nagyobb feladat, mint a szenvedélybeteg absztinenssé tétele, hiszen ez néhány hét kórházi kezeléssel megvalósítható (pl Erzsébet Kórház - krízisintervenciós osztály, vagy a kórházak pszichiátriai osztálya). A kórházi kezelés után az addiktológiai konzultáció az utógondozásra irányul, amely részben az addiktológiai konzultáns, részben a családgondozó mozgástere (szabadidős tervek készítése, álláskeresés). A rövid kórházi kezelés előnye, hogy a szenvedélybeteg a családból csak néhány hétre kerül ki, így a visszailleszkedés is könnyebb. A hosszabb időt rehabilitációs intézményben eltöltött szenvedélybeteg családja (a kapcsolattartás ellenére) megtanul a szenvedélybeteg nélkül élni, a betöltetlen szerepeket más családtag veszi át. A fiatal, "kirepülőfélben lévő" szenvedélybeteg számára a rehabilitáció viszont jó alkalmat ad az önállósulásra, illetve családja számára is az elengedést szolgálja.

A családsegítő/gyermekjóléti szolgálatok ügyfeleinek szociális körülményeit, családi hátterét vizsgálva azt látjuk, hogy az esetek nagy részében a családi minta követése (alacsony iskolázottság, tartós munkanélküli a családban, hibás probléma-megoldás stb.) nem segíti a társadalmi beilleszkedést. A társadalom által elvárt szerepek betöltése nehézséget jelent. Ez a hosszan tartó stressz a drogfogyasztás kialakulását segíti.

A gyermekjóléti szolgálatok nagy segítséget jelenthetnek a serdülőkori problémák kezelésében mind a fiatalok, mind a szülők számára. "...A serdülőkor a biológiai, kognitív és szociális változások korszaka, melyben kialakul a személyes identitás. A tevékenység és viselkedésváltás izgalmakat jelenthet, de a szokásos tevékenységek elmaradása bizonytalanságot és szorongást válthat ki... A serdülő öntudatossága, önellenőrzési és

önszabályozási képessége is növekszik. Az elképzelések és lehetőségek kognitív összehasonlítása is stressz forrása lehet... A hangsúly a jelen idejű érzelmi jóérzésen van. A drogozás így pozitív élmények elérése és az emocionális önszabályozás eszköze lehet... A droghasználat - bizonyos keretek közt - adaptív jellegű... Az általános stressz-lerendezési képességek hiányosságai a droghasználat kialakulásában játszanak jelentősebb szerepet...ide értve az alkoholt és a cigarettát is.” (Rácz J.: A drogfogyasztó magatartás)

A stresszlerendezési (coping) modell háromféle stresszt emel ki:

1. lényeges életesemények (szülők halála, válása);
2. maradandó hatású nehézségek (pl: nem kielégítő munkahely, rossz iskolai pozíció). *Wills és Schiffman /1985/* szerint ez a típus játssza a legnagyobb szerepet a droghasználat során;
3. mindennapos problémák.

„... A modell megállapítása szerint a negatív környezeti jelenség, ha az kognitív felértékeléssel és fokozott érzelmi reaktivitással jár együtt, akkor az egyén drogozással csökkentheti az így előálló negatív érzéseket. Ha az egyén kognitív szinten nem képes a környezeti esemény megragadására és reaktivitása fiziológiai szinten is csökkent, droghasználat által növelheti a kismértékű pozitív érzéseket, azaz ekkor érzelmi alapaktivitását növelheti”. (Rácz J.: Id. mű)

A gyermekjóléti szolgálatoknál a prevenció, illetve annak megszervezése az egyik leghangsúlyosabb feladat kell, hogy legyen. A prevenciónak elsődlegesen a lelki egészség megőrzésére kell irányulnia - általános iskolától kezdve a középiskolásokig. Az elsődleges prevenció célja, a drog- és az alkoholvisszaélés új eseteinek megjelenésének megelőzése mellett, hogy segítsen elkerülni a fiatal számára ártalmas hatásokat. A prevenció keretében a pszichoaktív anyagok (beleértve a nikotin is) fogyasztásának káros következményeiről adott információ mellett a fiatalokat képessé kell tenni, hogy problémájukra olyan hatékony megoldást alkalmazzanak, amely számukra és környezetük (család, iskola) számára is

elfogadható. A kis létszámú csoport védett helyzetben, minimális kockázattal ad lehetőséget az új viselkedésforma kipróbálására. Az általános prevención túl a településen fel kell mérni a kockázati csoportokat, amelyek veszélyeztetettek a szenvedélybetegségek kialakulása szempontjából. A veszélyeztetett gyermekek részére (korcsoport, vagy probléma szerinti bontásban), az iskolai prevención túl célszerű a külön csoport létrehozása. A coping modell mellett nagy szerepe van a serdülőkorban a szociális tanulásnak. Ebben a korban a fiatal kötődési igénye megváltozik, a szülőről a kortárs csoportra irányul. A serdülőkor sikeres lezárását nagymértékben befolyásolja a fejlődési kompetencia, azaz, hogy a fiatal képes legyen az életét kompetensként vinni. Ennek az időszaknak, 10-15 év között a feladata az identitás kifejlődése (*Erikson, 1959*). Az eddig fennálló rendet lebontja, visszautasítja az eddigi értékeket, helyettük újakat keres. "...Erre az időszakra jellemző az én-központúság megnövekedése, mely a felnőtt szerepek felvételének fokozott képességével jár,... és az önértékelés kockáztatása..." (*Baumrind: A serdülőkori drogfogyasztás családi előzményei – fejlődés-lélektani megközelítés.*) Kísérletezik a különböző életstílusokkal, megoldja a biszexualitás konfliktusát, a gyermekkori függőséget megszakítva létfontosságú döntéseket hoz az iskola, a szerelem, a munka terén. Szembefordul a szülők (szerinte értelmetlen) konvencióival, de nem adja fel. Kockázatkereső viselkedést vesz fel. Saját identitását keresi, ezért kipróbál mindent, amit érdekesnek talál, amiből felépítheti önmagát. (Egészségére káros dolgokat is kipróbál. Van aki kipróbálja és abbahagyja, van aki benne marad.) A szülők számára gyermekük serdülése - nagyfokú önállósága – saját szerepük megváltozását is jelenti: a túlgondoskodó szülő akadályozza a fiatal önállóságát, felnőtté válását. Emögött gyakran laza, kihűlt házastársi kapcsolatot, egymástól eltávolodott szülőket találunk. Többnyire az anya az, aki a formálissá vált házasságot felbontani nem akarja (nem képes rá, fél, nincs lehetősége a külön életre,) így a szeretet igénye kielégítését a gyermekétől várja, a törődési vágya a házastársáról a gyermekekre irányul. Az anya a házastársi problémák tagadása (az

érzelmi kielégítetlenség) miatt egyre szorosabb kötődést alakít ki gyermekével. A túl szoros anya-gyerek kapcsolat a serdülőkor kezdetéig viszonylag kis energiabefektetéssel fenntartható, azonban a fiatal önállósulási igénye csak harcok árán tud megvalósulni. A szakirodalom általában a serdülőkort a tizenéves szempontjából elemzi, ugyanakkor a szülői szerep változására kevés figyelem irányul, pedig, ha a drogfogyasztás kialakulásában a nevelési stílus szerepet játszik, akkor a serdülőkor folyamatát, irányát a szülő által közvetített minta, viselkedés-, kommunikációs sémák, szexuális kultúra is befolyásolja. A szülők autoritativ, autoriter vagy éppen permisszív (nonkonformista) viselkedésmódja meghatározza a gyermek önértékelését. Az eltérő nevelési gyakorlatok eltérő viselkedésmódot alakítanak ki az iskolába még nem járó gyermekeknél. (*Baumrind*, Id. mű 1967) A vizsgálat során megfigyelhető volt az eltérés a társas viselkedés és az érzelmi reakciómódok között. A különböző viselkedési formák a serdülőkorban is megfigyelhetőek.

„...A szociálisan leginkább felelősségteljes és független gyermekek szülei szigorúan követelők és ellenőrzők voltak, de ugyanakkor melegséget sugároztak, racionálisak és fogékonyak voltak a gyerekek közléseire (autoritativ szülői gyakorlat)... A társaikhoz képest elégedetlen, visszahúzódó és bizalmatlan gyermekek szülei maguk is elkülönülésre hajlamosak, erősen kontrollálók voltak, ... kevesebb melegséget sugároztak (autoriter szülői gyakorlat)... A legkisebb fokú felelősségtudattal és függetlenségi törekvésekkel jellemezhető gyermekek szülei egyáltalán nem gyakoroltak kifejezett, erős kontrollt, nem voltak különösen követelődzők, s meglehetősen sok melegséget adtak (megengedő/permisszív szülői gyakorlat)...” *Baumrind*, Id. mű)

A nevelés során a szülő által működtetett jutalmazó-büntető rendszer a kamaszkorban már nem éri el a kívánt hatást, ennek ellenére a szülő a hatalmi pozíció fenntartására, megerősítésére törekszik a serdülőben egyre nagyobb ellenállást (agresszió, bosszú, visszavágás, düh, mások hibáztatása stb.) keltve. Vannak olyan serdülők, akik a

meghunyászkodást, engedelmeskedést, alázatot "választják", ők „egész életükben gyerekek maradnak, passzívan megadják magukat a tekintélynek, megtagadják saját szükségleteiket, félnek önmaguk lenni, rettegnek a konfliktusoktól, és attól, hogy saját meggyőződésükért kiálljanak”.(Th. Gordon: P.E.T. Szülői eredményesség tanulása, 1991) A kockázatkerülő magatartás, a szorongás, a konfliktusoktól való félelem a későbbiekben a szenvedélybetegség, vagy más pszichiátriai betegség kialakulásához vezethet.

A családi nevelés fontosságát nem lehet eléggé hangsúlyozni. A gyermeknevelési-oktatási intézmény a családtól várja a gyermek megfelelő nevelését, az iskolában, óvodában, nevelési tanácsadóban sok esetben már csak a részleges korrekcióra van lehetőség. A családsegítő/gyermekjóléti szolgálatoknál a folyamatos gondozás során lehetőség van a nevelési hibák korrigálására is. A Józsefvárosi Családsegítő Szolgálatban indított "Gyermekes Anyák Önsegítő Csoport" minta értékű. Remélhetőleg minél több szülőcsoport alakul a családsegítő/gyermekjóléti szolgálatokban, amely segít megküzdni a gyermeknevelés során felmerült problémákkal. A csoportokban az addiktológiai konzultáns meghívott vendégként, (serdülő gyermekek szüleinek működtetett csoport esetében vezetőként) segíthet a csoporttagoknak.

Összegzés

Dolgozatommal szerettem volna ráirányítani a figyelmet az addiktológiai konzultáció szükségességére a családsegítő/gyermekjóléti szolgálatokban. Két, egymástól eltérő környezetben működő családsegítő- gyermekjóléti szolgálatot mutattam be a területi sajátosságokkal együtt, (demográfiai helyzet, lakáshelyzet, iskolai végzettség, munkanélküliség). A szociális háttérben és az életminőségben eltéréseket találunk, azonban a családi problémák között mind a Józsefvárosban, mind Dunakeszin megjelenik a szenvedélybetegség. A kérdőíves felmérés azt támasztja alá, hogy a családgondozó munkája

során a szenvedélybetegség kezelése nagy megterhelést jelent, emiatt a gondozás folyamán a szenvedélybeteget vagy átirányítják más intézménybe (alkoholgondozó), vagy a tömegesen megjelenő anyagi, lakhatási problémák miatt a szenvedélybetegség sok esetben a háttérben marad. A VIII. kerületre jellemző súlyos szociális problémák a családgondozók számára csak részben teszik lehetővé a mentálhigiénés gondozást. Tapasztalataim szerint a széles mentálhigiénés ellátás csak akkor megoldható, ha a családsegítő/gyermekjóléti szolgálatok a szolgáltatások skáláját bővítik (pl. pszichológiai, nevelési, addiktológiai tanácsadás, önségítő csoportok, prevenciós csoportok).

Az addiktológiai konzultációnak azért van nagy jelentősége a családsegítő/gyermekjóléti szolgálatokban, mert jóval nagyobb és szélesebb populáció kerül kapcsolatba a szolgálatokkal, mint a hagyományos alkoholgondozókkal. A családgondozó és az addiktológiai konzultáns intézményen belüli együttműködése növelheti a korai gondozásbavétel és az utógondozás hatékonyságát. A gyermekjóléti szolgálatokban az addiktológiai konzultáns az esetkezelésen túl, a gyermekintézmények (óvoda, iskola) gyermekvédelmi felelőseivel együttműködve, lehetőséget teremt prevenciós programok megszervezésére, és lebonyolítására.

Szakedolgozatommal szeretnék hozzájárulni, hogy az addiktológiai konzultáció a családsegítő/gyermekjóléti szolgálatok szolgáltatásai között helyet kapjon, így a veszélyeztetett csoportok tagjai a szolgálatok előítélet-mentes felkeresése révén a szenvedélybetegség kialakulása előtt képessé váljanak az autonóm szermentes életre.

A SZENVEDÉLYBETEGEK ELLÁTÁSÁBAN JELENTKEZŐ ANOMÁLIÁK – KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A SZOCIÁLIS ELLÁTÓ RENDSZERRE

Petrichné Veres Sarolta

Vizsgálati módszerem

Annak érdekében, hogy a kutatás tárgyát képező témában a teljes magyarországi helyzetképet megismerhessem, 2000-ben a Szociális és Családügyi Minisztérium engedélye alapján

vizsgálati célcsoportokat jelöltem meg, szem előtt tartva azt a tényt, hogy Magyarországon jelenleg még nem különül el teljes egészében a pszichiátriai és szenvedélybetegek intézményi ellátása. A vizsgálat elvégzésében felkért munkatársaim voltak segítségemre. Kétlépcsős, valamennyi megyére és a fővárosra kiterjedő célcsoportonkénti reprezentatív mintavétellel dolgoztam, melybe a felnőtt pszichiátriai, addiktológiai gondozók közül csak Bács-Kiskun, Baranya, Csongrád megye és a főváros került be.

Az ápolást-gondozást nyújtó intézményekben, kórházakban és pszichiátriai gondozókban az ellátást igénybe vevőket, ellátottak hozzátartozóit, és a szakdolgozókat kérdeztem, random mintavétel útján történő kijelöléssel. Az első lépcsőben a mintába került intézmények, a második lépcsőben a mintába került személyek kiválasztása történt meg. A megkérdezetteket levélben felkértem egy kérdőív kitöltésére és visszaküldésére. A kérdőívek valamennyi célcsoportnál megtalálható általános, és célcsoport-specifikus kérdéseket is tartalmaztak. A megfogalmazott általános kérdések segítségével információt kívántam szerezni a pszichiátriai és szenvedélybetegeket ellátó rendszerről, annak működéséről, az ápolást-gondozást nyújtó intézményekbe történő beutalás gyakorlatáról, valamint a gondnoki rendszer működéséről. A válaszadás önkéntes és anonim volt.

Kérdőívvel megkérdezett célcsoportok, és a visszaérkezett kérdőívek aránya.

Visszaérkezett kérdőívek a célcsoportok %-ában

1. ábra

Célcsoportok	Visszaérkezett kérdőívek %-ban
Alternatív és civil szervezetek	45%
Családsegítő központok	59%
Falugondnokok	14%
Felnőtt pszichiátriai, addiktológiai gondozók	17%

Gyámhivatalok	55%
Gondozási központok	41%
Hivatásos gondnokok	75%
Önkormányzatok	45%
Szakdolgozók	51%
Ellátást igénybevevők	54%
Ellátottak hozzátartozói	29%

A fenti táblázatban látható, hogy a megkérdezett célcsoportok, személyek 50%-a válaszolt a kérdőívekre. Ez az arány már alkalmas az országos helyzetre vonatkozó általános következtetések levonására. A válaszadók 54%-a községben, 36%-a kisvárosban és 10%-a nagyvárosban élt. A kérdőívet kitöltők: 28%-a férfi, 72%-a nő volt. Az írásos megszólítás mellett, a kérdőívek kérdései mentén interjút is készítettem bírókkal a fővárosban, Baranya-, Bács-Kiskun-, és Csongrád megyében, tekintettel arra, hogy az írásos válaszadást visszautasították.

Értékelő elemzés

1. Hogyan érvényesül az egészségügyi és szociális ellátórendszer kompetenciája a szenvedélybetegek ellátásában?

Elsődlegesen azt kívántam megtudni, hogyan vélekednek a megkérdezettek a jelenlegi intézményi struktúráról? Erre vonatkozó kérdésemet és a válaszok arányát a 2. ábrában mutatom be.

Megfelelőnek tartja-e a pszichiátriai és szenvedélybetegek ellátására szakosodott intézményi struktúrát?

2. ábra

Célcsoportok	Nem megfelelő
Alternatív és civil szervezetek	90%
Családsegítő központok	85%
Falugondokok	44%
Felnőtt pszichiátriai, addiktológiai gondozók	71%
Gondozási központok	78%
Gyámhivatalok	50%
Hivatásos gondnokok	33%
Önkormányzatok	60%
Szakdolgozók	39%
Ellátást igénybevevők	88%
Ellátottak hozzátartozói	3,3%

Az ellátásra szakosodott intézményi struktúrát a megkérdezettek 57%-a minősítette nem megfelelőnek, különösen a vidéki, kistelepülési ellátás tekintetében jeleztek hiányosságokat.

Elgondolkodtató az ellátást igénybevevőktől nyert adat, hiszen "értük" van a rendszer, s mégis 88%-uk elégedetlen annak struktúrájával. Ha megvizsgáljuk az egyes célcsoportok közti arányok alakulását, szembetűnő, hogy a kifejezetten területi gondozást végző szolgálatok, családsegítő központok, gyermekjóléti szolgálatok, pszichiátriai gondozók, gondozási központok, önkormányzatok magasabb arányban jelzik elégedetlenségüket a jelenlegi ellátó rendszerre vonatkozóan. Nem hagyható figyelmen kívül a hozzátartozóktól kapott 96,7%-os elégedettséget mutató arány, mely vélemény magyarázata két irányból is megközelíthető. Egyrészt: más alternatív lehetőség hiányában örül a család, ha a meglévő rendszerbe - hosszú várakozás, bonyolult procedura után - végre elhelyezést nyert a hozzátartozója. Másrészt: arra a kérdésemre, hogy a "Pszichiátriai és szenvedélybetegek ellátásának milyen intézményeit

ismeri?", első helyen a kórházakat, majd pszichiátriai gondozókat, és végül a szociális intézményeket jelölték meg. Kivételt egy-egy eset jelentett, amikor rehabilitációs intézményt, és egy esetben egyházi intézményt is megjelöltek. Ebből az következik, hogy a hozzátartozók még a meglévő intézményrendszerben lévő lehetőségeket sem ismerik.

A szakma, az ellátás színvonalára vonatkozó kérdésekre adott válaszok elemzésének eredménye alapján országosan erős szóródás érzékelhető. Főként centrális helyeken - fővárosban, regionális centrumokban - és elsősorban egészségügyi intézmények esetében - némelyre már az eurokomformitás jellemző, míg a vidéki, kistélepülési intézményeknél az elégtelen fizikai adottság melletti alacsony szakmai színvonal érhető tetten. Összességében a megkérdezettek 20%-a minősítette megfelelőnek a szakmai munkát.

A pszichiátriai és szenvedélybetegek szociális és egészségügyi ellátásában jelentkező problémák jellemzői a következőképpen kategorizálhatók:

- Magyarországra jelenleg jellemző mortalitási-morbiditási statisztikai adatok szerint - melyet szakmai tapasztalat is alátámaszt-, látható, hogy aránytalanul nagy létszámú betegpopuláció terhelődik a tartós elhelyezést nyújtó szociális intézményekre, és a területi alapellátó rendszerekre.

A helyzetet csak tovább súlyosbította a kórházi ágyszám leépítés. A megkérdezettek 32%-a szerint az ellátás nem változott, 6% szerint javult, és válaszadók 52%-a látta úgy, hogy a kórházi ágyszám leépítés, valamint a pszichiátriai osztályok átszervezése miatt a betegek ellátása jelentős mértékben romlott. Tehát a betegek nagy létszámával nem harmonizál az intézményi szűk férőhely kapacitás, és természetesen ennek érzékelhetőek a következményei a területi ellátásban. Itt rendkívüli módon lecsökkent az egy betegre jutó kezelési idő, elmarad az egyéni, személyre szóló, megfelelő színvonalú terápiás lehetőség. A válaszokból kiderült, hogy a betegek felszínesnek, személytelennek érzik a szakdolgozókval való találkozásukat, kapcsolatukat. Tovább rontja a helyzetet az a tény, hogy a kérdőívet kitöltő betegek 56%-a

csak a kórházban találkozott első alkalommal szakemberrel. A területi ellátó rendszerre tendenciózan jellemző a dolgozók alacsony létszáma. A létszámhiány minősége és mennyisége elégtelenséget is jelent, ugyanis nagyon sok helyen a jogszabályban előírt minimum-létszám sincs meg, s ezen belül a szakképzettségi arány is igen alacsony. Speciális addiktológiai szakképzettséggel rendelkező felsőfokú végzettségű (addiktológiai konzultáns) személy ritka, mint a fehér holló, középszintű addiktológiai szakképesítésű dolgozó pedig egyáltalán nincs a szakmai ellátásban, hiszen hazánkban ilyen irányú szakképzés jelenleg még nincs. Ez tovább részletezve azt jelenti, hogy sok helyen – különösen vidéken, kis településeken - szakemberhiány van. Hiányzik pszichológus, mentálhigiénés szakember, szociális munkás, addiktológus, a kellő számú, középfokú szakképesítéssel rendelkező egészségügyi szakdolgozó, területi gondozást végző. Az ápolást-gondozást nyújtó intézmények esetében központi költségvetési forrás ugyan rendelkezésre áll a bérek fedezetére, a jogszabályban meghatározott dolgozói létszám eléréséhez, de az állások teljes körű betöltésére jelentkező hiányában, nem kerülhetett sor. Fenti okok is közrejátszanak abban, hogy nem működik kellő hatékonysággal e betegkör tekintetében a jogszabályban meghatározott utógondozás, szociális alapellátás sem.

Az ellátás anomáliájának minősíthető további jellemzők – az előbbiekre visszavezethetően - a szakmai munka során jelentkező nagy fizikai és pszichés megterhelés. Sokszor elviselhetetlenül nehéz, az emberi teherbíró képesség felső határáig terjedő feladatot kell megoldani, szakmai és jogszabályi elvárást teljesíteni, melynek következményeként számolni kell a dolgozók mentálhigiénés károsodásával, a burn out jelentkezésével.

A kérdőíveket kitöltő ellátottak 29%-a, a hozzátartozók 13%-a, a pszichiátriai ellátást végzők 71%-a, az önkormányzatok 30%-a, gondnokok 50%-a, gyámhivatalok 50%-a említette meg, örömmel venné, ha az ellátó intézmények:

- otthonosabbak, díszítettebbek, színesebbek lennének;

- ápolási-gyógyítási, gondozási munka nem lenne sok esetben empátiát nélkülöző, monoton, időnként személytelen, rideg.
- Az ápolást-gondozást nyújtó intézményekben élők, és hozzátartozóik részéről, igényként fogalmazódott meg a foglalkoztatás, hasznos időtöltés, a mentálhigiénés munka színvonalának emelése.
- Az ellátottak életminőségének javítását szolgálná kisebb létszámú, nagyobb alapterületű lakószobák, közösségi helyiségek számának növelése, melyek teret adnának a kiscsoportos foglalkozásoknak is.
- Hozzátartozók részéről több esetben problémaként jelenik meg az intézmények területi elhelyezkedése, távolsága tömegközlekedési eszközöktől, lakott területtől, amely akadályozza a rendszeres kapcsolattartást.
- A személyi feltételrendszer elemzésénél tovább súlyosbítja a képet a dolgozók anyagi és erkölcsi megbecsülésének méltánytalanul alacsony szintje, amire reflektálva elmondható, hogy a dolgozókat gyakran már csak a magas fokú szakmai elkötelezettség, hivatástudat tartja a pályán.
- A dolgozók szakmai elégedettségének kérdéskörében kapott válaszok elemzése során kimutatható, hogy több sikerélményre vágnak. Többen említenek visszatérő hivatásbeli identitás-krízist, ismétlődő frusztrációs helyzeteket, igen gyakoriak a burn out-ok, melyek negatívan hatnak a szakmai munka színvonalának alakulására.
- A pszichiátriai és szenvedélybetegek ápolását és gondozását végző intézmények állami normatív támogatásának egy gondozottra jutó összege jelentős mértékben emelkedett az utóbbi években, a megkérdezettek szerint ez azonban az intézmények működésének pozitív változásában nem tükröződik. Ennek magyarázata a dolgozók szerint az, hogy a rendelkezésre álló pénzügyi fedezet a megfelelő működtetéshez messze nem elegendő,

pedig az intézmények infrastrukturális feltételei is elégtelenek, és ezen a téren is jelentős fejlesztésekre lenne szükség.

- Az egész ellátó rendszerre az adminisztráció indokolatlan túlméretezettsége, bürokratizálódása, a standardok hiánya jellemző, s ez is gátat szab a minőségi munkavégzésnek. A technikai felszereltség színvonala még messze nem optimális. Ez meghosszabbítja az adminisztráció idejét.
- A szakmai munka, a betegellátás elemzése során jól látható, hogy elsősorban még mindig a gyógyszeres kezeléseket preferálják az intézményekben.
- A szakdolgozói célcsoportot kivéve, a megkérdezettek véleménye szerint a különböző intézmények - mint pl. az egészségügyi, tartós bentlakást biztosító szociális, területi ellátást nyújtó-, és egyéb civil, alapítványi, egyházi intézmények – közötti szakmai integráció gyakorlatilag nem megoldott. Ennek az anomáliának az összes negatív következménye elsősorban az ellátást igénybevevőkre hárul. A betegek, gondozottak megfelelő ellátása érdekében rendkívül nagy szükség lenne a szakmai együttműködésre a különböző intézmények és ellátási formák között.

A megkérdezett szakdolgozói célcsoport szerint jól bejáratott együttműködési kapcsolatok jellemzők kórházakkal, szociális otthonokkal, szakrendelő intézetekkel, gondozókkal, önkormányzatokkal, gyámügyi előadókkal, rehabilitációs intézményekkel, családsegítő központokkal, és van már példa mintaértékű szakmai integrációra is, igaz csak elenyésző számban.

A hozzátartozók leginkább szociális otthonokkal, kórházakkal és felnőtt pszichiátriai gondozókkal kerültek kapcsolatba. A megkérdezett hozzátartozóktól kapott adatok szerint az esetek 1/3-ad részében az együttműködés sikertelen volt.

Az ellátottak pedig csak 20%-ban említenek (bentlakásos intézménybe kerülésük előtti) bármilyen más intézményi kapcsolatot.

A válaszadók 23%-a gondolja úgy, ha megfelelő segítséget, tájékoztatást kapott volna a lehetőségekről, hozzátartozójuk ma is eredeti környezetében élhetne. Bár 42,4% nem is ismer olyan szervezetet, amely felvilágosítást tudott volna adni.

Természetesen a válaszolók között szép számmal voltak olyanok, akik magas szakmai színvonalú munkát tapasztaltak. Mindezek mellett nem szabad megfeledkezni arról, hogy az anomália- elemzések során feltárt hiányosságok rizikótényezői az intézményi szakellátásnak.

A tisztázatlan kompetenciahatárok, a rendszer működésének hiányosságai azért aggasztóak, mert tudvalevő, hogy a szociális szolgáltatások igénybevételének feltétele az egészségügyi ellátó rendszer együttműködése (beutaláshoz szakvéleményt ad), illetve a szociális szolgáltatások része az egészségügyi ellátás biztosítása is. A szűkebb szakmai bázison alapuló, erősen pragmatikusan vezérelt napi, vagy rendszeres, időszakos munkakapcsolatok nem pótolják az átfogó, globális, rendszerszemléletű, teljességgel a betegre fókuszáló, betegcentrikus szakmai integrációt. A szakmai integrációt elősegítő együttműködés kibontakozását szorgalmazó és célzó mindennapi erőfeszítések, a válaszadók tapasztalatai szerint, sokszor hátrító attitűdöt váltanak ki az intézmények, illetve szakemberek részéről.

Úgy gondolom a szakmai integráció lényegileg, fogalmilag szorosan kapcsolódik a szakmai identitás, illetve a szakmai kompetencia kérdésköréhez. Az eredmények alapján feltárt szakmai integráció részleges megléte, sok esetben hiánya, véleményem szerint szakmai identitászavarhoz vezethet.

A fekvőbetegek egészségügyi ellátórendszere feladatát élesen körvonalazott medicinális kompetenciahatárokból, az akut, szubakut ellátásban látja, a másodlagos prevenció szellemében. Az elsődleges és harmadlagos prevenciót, utógondozást, átmeneti ellátást, és a rehabilitációt, elsősorban arra specializálódott szakosított bentlakásos, és területi alapellátást nyújtó szociális intézményekre hárítja, mely rendszereknek az ellátás érdekében szorosan együtt kellene működniük. A szociális intézményrendszer részéről megfogalmazott igény,

hogy a szociális és egészségügyi ellátó rendszer kompetenciahatárai élesebben körvonalazottak, tisztázottak legyenek.

Véleményem szerint a kliensek teljes körű ellátása, rehabilitációja érdekében feltétlenül szükséges a két ellátó rendszer összehangolt együttműködése.

Mennyire megalapozottak a beutalási indokok a szenvedélybetegek részére ápolást–gondozást nyújtó szociális intézményekben, kórházi pszichiátriai osztályokon elhelyezettek és elhelyezésre várók esetében?

A témakör optimális körbejárásához néhány alapvető kérdést fogalmaztam meg a célcsoportok számára. A kapott válaszok alapján kerülhetett sor a problémák feltárására és elemzésére az alábbiak szerint.

a) Ön szerint a beteget mindig az aktuális állapotának és szükségleteinek kielégítésére alkalmas intézményben helyezik el?

- A válaszok értékelése alapján elmondható, hogy a megkérdezettek szerint a betegek nem mindig az aktuális állapotuknak megfelelő intézménybe kerülnek elhelyezésre.
- Szakemberek által megfogalmazott igényként jelenik meg "jó lenne, ha a szakosított intézményekbe csak azonos betegcsoportba tartozókat helyeznének el"! Sajnos a profiltisztítást akadályozza a 2/1994. (1.30.) NM. r. 40§ (3). mely a személyi és tárgyi feltételekről rendelkezik, valamint az 1993. évi III. tv. 71 - 73-ig §. mely az elkülönített ellátást a beteg állapotához köti, így a jogszabály a kórképek szerinti differenciálásra nem ad lehetőséget, és csak intézményi belüli, betegség-specifikus, külön gondozási egység kialakítását engedélyezi.

b) Kinek az érdeke a betegek intézményi elhelyezése?

A 1993. évi III. tv. "a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról" adja a jogszabályi keretet.

- A megkérdezett célcsoportok (a betegek és hozzátartozóik nélkül) válasza azt mutatja, hogy elsősorban a család az érdekelt a beteg elhelyezésben. A családra sokszor jellemző, hogy intoleráns a beteggel, vagy a családi működés diszfunkcionális, illetve a család krízisállapotban van. Sokszor gyenge stresszkezelő képesség; a másság-, a betegség intoleranciája jelenik meg.
- A család mellett nyilvánvalóan a betegnek is - tudva-tudatlanul - gyakran érdeke a bentlakásos intézményi elhelyezése a gyógyulásához, mert az állapota rendeződéséhez szükséges adekvát intézményi feltételrendszer hiányzik.

Megjegyezni kívánom, hogy a megszólított betegek 24%-a kérte önként a gyógykezelését, és az *ilyen típusú segítségkérések 52%-a a pszichiátriai gondozókban hangzott el.*

- Ezen kívül még érdeke közelebbről a lakókörnyezetnek szűkebb, tágabb értelemben, valamint a munkahelynek is a stigmatizálás miatt.
- Felfedezhető még az érdekeltsége a procedúrában az önkormányzatnak, gyámügyi hivatalnak, a pszichiátriai osztályoknak, orvosoknak, rokonoknak, és nem utolsósorban a fogadó szociális intézmény részéről is megjelenik érdekeltség.
- A fentiek alapján elmondható tehát "érdeke" az egész társadalomnak, mely mögött bizonyos kirekesztő attitűd is tetten érhető. Fentiek alátámasztására szolgál a 3. ábra, amely a következő kérdésekre adott válaszok alapján készült.

Érez-e valamiféle megkülönböztetést a társadalmi megítélésben a pszichiátriai és szenvedélybetegeket ellátó intézmények, az ott dolgozók és az ellátottak tekintetében?

Érez-e társadalmi előítéletet?

A diagramról leolvasható, hogy a válaszadók az ellátottak negatív társadalmi megítélését említették legnagyobb arányban. Szembetűnő, hogy az ellátó intézmények hátrányos

megkülönböztetését is jelentős mértékben érzékelik, és a dolgozók is szenvednek a társadalmi megbélyegzéstől.

c) *A beutalási eljárás során vélelmezhetők-e érdekkülönbségek?*

Erre a kérdésre is a kutatási eredmények, valamint a mindennapi tapasztalataim alapján adom meg a választ. A betegek intézeti elhelyezésének, eltávolításának a motívuma sokszor teremt érdekkonfliktusokat. Gyakran tapasztalható rejtett, vagy nyílt ellenérdekeltség a beteg és a hozzátartozók, betegek és a gondnok, illetve a pszichiátriai osztály között. Arra is van példa, hogy szinte körkörösén van rejtett ellenérdekeltség a folyamat valamennyi résztvevője között. Az érdekkonfliktusok hátterében sokszor vitatott kompetencia-kérdés húzódik meg. Máskor alig leplezetten jelentős anyagi érdekeltség jelenik meg a konfliktusok hátterében. A fentieket tekintve látható, hogy nem érvényesül az 1993. évi III. tv. 93. §. (1) "a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról", mely szerint az igénybevétel önkéntes, az ellátás az igénylő kérésére történik, és ellentmondás fedezhető fel a 93. §. valamint 104. §. között, amely döntési lehetőséget ad a törvényes képviselő részére, az érintett bevonása nélkül.

A betegek beutalásával kapcsolatban további fontos kérdés volt számomra annak elemzése, hogy vajon milyen okok indokolják a betegek intézményi elhelyezését.

Az 4. ábra adatai mutatják:

- A lehetséges okok sorában az első helyen a szociális indikáció (48%), a megfelelő családi háttér és egzisztencia hiánya szerepel.
- A következő, a medicinális ok (41,6%), nevezetesen a betegség súlyossági foka szerepel.
- Beutalási okként szerepel még a törvény-, normasértő viselkedés, netán veszélyeztető magatartás is (8%).

Szóba jöhet még a kirekesztő attitűd is beutalási motívumként.

Leggyakoribb beutalási okok a célcsoportok véleménye alapján

4. ábra

Célcsoportok	Beutalási indokok			
	Betegség	Szociális indokok	Viselkedésével normát sért	Egyéb
Alternatív és civil szervezetek	28%	51%	12%	8%
Családsegítő központok	33%	33%	24%	10%
Falugondnokok	55%	45%	-	-
Felnőtt pszichiátriai addiktológiai gondozók	28%	62%	10%	-
Gondozási központok	44%	50%	6%	-
Gyámhivatalok	50%	50%	-	-
Hivatás gondnokok	30%	54%	16%	-
Önkormányzatok	37%	58%	5%	-
Szakdolgozók	62%	34%	4%	-
Ellátást igénybevevők	35%	55%	-	10%
Ellátottak hozzátartozói	62%	31%	1%	6%

A válaszok elemzése alapján a beutalási rendszer működésében feltárható hiányosságok az alábbiakban foglalhatók össze.

- Hiányos információk, gyakran hibás diagnózis, hiányosak az orvosi leletek, a beteg és családja kevés információval rendelkezik az ellátó rendszerről: így látja a válaszadók 23%-a.
- A beutalás lassú és túl bürokratikus, túl sablonos, írta a válaszadók: 15%-a.
- Nagy százalékban nem az állapotának megfelelő intézménybe utalják be a beteget, nem mérlegelik kellő alapossggal a tüneteit, anamnesztikus adatokat, nem derül fény a kettős diagnózisra, esetleg a veszélyeztetés ténye, a beteg életkora mellékes momentum marad.
- A beteg nincs kellőképpen tájékoztatva, esetenként félreinformálják, vagy akaratát figyelmen kívül hagyják, írja a válaszadók: 12%-a.

- A beutaló határozatok nem mindig a kellő szakmai körültekintéssel készülnek el.
- Előfordul, hogy a beutalás oka egyenesen jogsértő.
- Esetenként a család anyagi érdekei a szakmai indokokat háttérbe szorítják.
- A beutalás indokait pontatlanul fogalmazzák meg.
- Előfordul a megfelelő szakmai indok nélküli beutalás, illetve elutasítás.
- Helyhiány miatt hosszú a várakozási idő.
- Beteg belátási képességének hiánya miatt nem együttműködő az eljárás során.
- A hozzátartozó kényszerpályája az ellátó rendszer hiánya miatt, véli a megkérdezettek 22%-a.

A megkérdezett szakemberek 78%-a jól működő, egymásra épülő ellátó rendszer megléte esetén, reális lehetőséget látna az intézményi beutalások felülvizsgálatára, módosítására.

Fentiek alapján összegezve elmondható:

- a beutalások alkalmával nincs kellő mennyiségű és minőségű információ birtokában a család, orvos, az önkormányzat, aminek következtében rossz ellátási formába történhet a besorolás és az elhelyezés.
- Az önkormányzat munkájában tapasztalható hiányosságok miatt a szociális ellátó rendszerbe történő bekerülés indokolatlanul elhúzódik.

A felsorolt hiányosságok összességében az intézményeknél csapódnak le, melynek ellensúlyozására a szociális intézmények esetében az előírt kötelező előgondozási rendszer önmagában nem elegendő.

A családok és az önkormányzatok hogyan tehetők érdekeltté az intézményben ápolott hozzátartozó visszafogadására?

a) *Visszahelyezésből adódó hátrányok:*

A 5. ábráról leolvasható, hogy visszahelyezés esetén milyen problémákkal kell számolni.

5. ábra

Kiköltözés esetén felmerülő problémák

Felmerülő problémák	Várható arány
Betegség, visszaesés	25%
Szociális problémák jelentkezése	14%
Lakáshiány	17%
Családi problémák kialakulása	13%
Kikerül az ellátó rendszer látóköréből	13%
Önmagát nem tudja ellátni	9%
Egyéb	9%

- Az optimális feltételrendszer híján beilleszkedési problémák jelentkeznek, un. megterhelési krízisek formájában. Ez pedig állapotrosszabbodást, visszaesést, szövődmények kialakulását eredményezi. A beteg esetleg ellátatlan marad, deviáns pályára sodródik.
- Magyarországon az amúgy is diszfunkcionális és egzisztenciálisan megterhelt családok nem tudják felvállalni a beteg hozzátartozó gondozását, ápolását.
- A kórházi ágyak túlterheltsége tovább fokozódna, az ambuláns ellátás a megnövekedett terhelést jelen feltételek mellett nem tudná felvállalni.
- Mivel nincs lépcsőzetesen egymásra épülő utógondozó rendszer, a betegek ellátatlanok lennének.
- A szemléleti anomáliák miatt is ellenjavallt ez a szakmai elképzelés.

b) A visszahelyezésből adódó előnyök:

Előnyökről csak a megkérdezett szakdolgozók és betegek számoltak be:

- A betegvezetés jobban érvényesülhet, jobban követhető, hosszmetiszetileg jobban megismerhető, véli a válaszadók 38%-a.

- A szakdolgozók 16,5%-a szerint saját környezetével való szorosabb kapcsolat révén a harmadlagos prevenció közösségi mentálhigiénés jelentősége felértékelődik.
- A beteg a hozzátartozók, illetve segítő személyek, intézmények számára jobban hozzáférhető, ezáltal optimális rehabilitációs tér alakul ki körülötte.
- Jobb esélye van arra, hogy személyisége egyensúlyba kerüljön, együttműködővé váljon. Saját, megszokott környezetében élve – a család közelsége révén - reszocializációs lehetőségei szaporodnak.
- A válaszadók 27%-ának véleménye szerint a társadalom teljes jogú tagjának érezhetnék ismét magukat azáltal, hogy nem csupán egy illuzórikus világban élnek. A rehabilitáció során alapvető emberi jogaik kevésbé sérülnének.

Összefoglalóan megállapítható:

- az alapellátás, a családközelgi gondozás-utógondozás kérdésében egy sor anomália tárható fel, melyek megszüntetése, a problémák megoldása csak rendszerszemléletű megközelítésben lehetséges. A kapott eredmények alapján látható, hogy a jelenlegi ellátó rendszer mellett nincsenek meg a reális feltételek a tartósan gondozóintézményben élők elhelyezésének megszüntetésére, a családba történő visszafogadására. Megoldást az egymásra épülő intézményi ellátórendszer kialakítása jelenthetné, ahol megfelelő létszámú, speciális képesítéssel rendelkező szakdolgozó, önkéntes segítő alkalmazására nyílna lehetőség. A szoros értelemben vett megelőzés, az elsődleges prevenció az okok kiküszöbölésével jelenthet segítséget. Ez egyben a leghumánusabb, a leginkább költséghatékony, pszichiátriai, addiktológiai, mentálhigiénés eljárásmód. Az ilyen irányú szakmai munka fejlettségi színvonala hitelesen tükrözi egy ország egészségügyi kultúráját, megelőző-, gyógyító-, rehabilitációs ellátásának fejlettségi színvonalát.

A kutatási eredményeim szerint a prevenció hangsúlyozottan és hosszú távon fókuszpontban tartandó feladat.

A gondnokság és a gondnokság alá helyezés anomáliái

Számomra fontos kérdés volt, hogy a megkérdezettek hogyan ítélték meg a vizsgálat időpontjában működő gondnoki rendszert?

6. ábra

A gondnoki rendszer minősítése

A kérdés felvetését az indokolja, hogy az ellátó rendszerbe bekerülők igen jelentős százaléka cselekvőképességet korlátozó, vagy kizáró gondnokság alá helyezett személy. Az összesített válaszok alapján készült diagramon az látható, hogy a gondnoki rendszert a megkérdezettek 1/3-a rossznak minősíti, vagy problémát érzékel. A válaszokból megállapítható, hogy az anomáliáktól elsősorban a beteg szenved. A megkérdezett ellátottak 50%-a cselekvőképességet kizáró, vagy korlátozó gondnokság alá helyezett. A szakmánk egy erősen diszfunkcionális területe a gondnoki rendszer, amely jelentős mértékben módosításra szorul, figyelembe véve a minőségi ellátás iránti növekvő igényeket. A kutatásom kiterjedt a gondnokság alá helyezés teljes terjedelmére, úgymint;

a) *Az eljárás megindítása:*

- Kinek az érdeke?

Nem hagyható figyelmen kívül a kérdés, hiszen nagy jelentőséggel bír az a tény, hogy ki volt az eljárás kezdeményezője? Fontos szempont továbbá, hogy mik az indítékok: a gondnokság alá vont viselkedése, ápolásának megoldatlansága, ügyei vitelének hiányosságai, anyagi motivációk?

A beküldött kérdőívek feldolgozása után az eljárás megindítójára vonatkozóan a következő adatokat kaptam: az esetek 31%-ában a kezdeményező a gyámhatóság, 28%-ban a

kezelőorvos, és 25%-ban a beteg hozzátartozója. Az elhelyezésnél legtöbb esetben a család érdekeit tekintik elsődlegesnek, és csak másodsorban említik magát a beteget.

- A gondnokság alá helyezés okaival kapcsolatban a megkérdezettek elsősorban a betegség súlyosságát, illetve a szociális indokokat tartják fontosnak.
- Komoly anomáliának érzem azt a tényt, hogy a korlátozott cselekvőképesség hatálya a gondnokság alá helyezést kimondó jogerős ítélethez fűződik, a jogerős ítélet meghozatala előtt tett nyilatkozatra visszaható hatálya nincs. Cselekvőképtelenség megállapítása esetén a Pp. 309.§ (4) bekezdése alapján, hirdetmény kifüggesztését követő napon válik csak hatályossá az ítélet, és csak korlátozottan ad védelmet a Pp. 307. § (2) szerinti ideiglenes gondnokság, valamint a Ptk. 9.§ (1)-(2) szerinti zárlat. Ez lehetőséget teremt a szenvedélybetegek vagyoni kifosztására, különösen akkor, ha a gyámügyi feladatokat az egyébként is leterhelt jegyző látja el.
- A vagyoni állapot tisztázása is igen fontos. A megkérdezettek fontosnak tartanak a gondnokság alá helyezendő személyek vagyoni alapállapotának tisztázását, melyet esetleg közjegyzőnél tett hivatalos nyilatkozat formájában képzelnék el, mely tartalmazná az illető ingó- vagy ingatlan vagyonát, és későbbiekben ez lehetne egy gyámhatósági leltár alapja, illetve a bírósági zárlat tárgya. Ez a megoldás azoknak a visszaéléseknek a lehetőségét szüntetné meg, ami a betegség diagnosztizálásától a gondnokság alá helyezésig felmerülhet.
- Mivel a peres eljárás megindítását a területi ellátás résztvevői a gyámhatóságon keresztül kezdeményezhetik (149/1997. (IX. 10.) Korm. r. 144.§ (1), ezért felmerül a kérdés, hogy milyen a kapcsolat a területi ellátás elemei és a gyámhatóság között? A megkérdezettek egyöntetűen számadás jellegű kapcsolattartásról beszélnek, mely konkrétan nem jelent mást, mint igazolások kibocsátását a gyámhatóságok részére, melyben a gondnok ráfordításait tételesen kell megjeleníteni. Az ilyen problémákkal küzdő embereknél sok

esetben csak a bekerülésük után derül ki, hogy jogsértés történt, főleg polgárjogi szerződések (adás-vételi szerződés, öröklési szerződés, ajándékozási szerződés), végrendeletek esetében. A helyzetet nehezíti, hogy a jogsértések az intézmény kompetenciahatárain kívül történnek. Ezen probléma megelőzésében segítené, ha az intézményi felvételek előtt a már fent említett közjegyző által hitelesített vagyonnyilatkozat megtételét az eljárásba bekapcsolódó önkormányzatok megkövetelnék. Ez egyben hiteles alapot adhatna az esetleges gondozási díj, hátralék fedezésére szolgáló ingó- és ingatlan vagyon zárlatára.

b) Közigazgatási szakasz:

- Gondnokság alá helyezés kérdéskörében fellelhető anomáliák.

Felmérésem kitért az eseti és végleges gondnok kirendelésének körülményeire, a hivatásos gondnokok leterheltségére, az általuk képviselt gondnokoltak számára. Kutatásom feltárta a gyámhatóságok azon gyakorlatából fakadó ellentétet, melyek során a gondnokság alá helyezendő személy közvetlen hozzátartozójának érdekeit előtérbe helyezi a gondnokolttal szemben. Át kell tekinteni a jogerős bírói végzés után a gondnok személyének megválasztását, az eddigi ideiglenes vagy eseti gondnok gyámhatósági gyakorlat útján történő végleges kinevezésének jogosultságát.

- A megkérdezettek különbséget látnak a hivatásos gondnokok és a család vagy rokonság köréből kikerülő gondnokok munkája között, egyrészt a gondnokoltak létszáma tekintetében, a gondnokok anyagi preferenciája, de a kapcsolattartás terén is.

A hivatásos gondnokok működésével kapcsolatban kíváncsiaknak tartják a gondnokoltak létszámának csökkentését, a működésükhöz szükséges finansziális háttér megteremtését és részükre továbbképzési lehetőségek biztosítását. Szükségesnek tartom az egységes "felvételi" minősítési rendszer kidolgozását és bevezetését, melynek segítségével kiszűrhető lenne a pályára alkalmatlan hivatásos gondnok személye. A családból kikerülő gondnokok

tekintetében esetenként felmerült az a probléma, hogy a gondnok a gondnokolt vagyonával oly mértékben él vissza, hogy csak a törvényben előírt minimumot - gondozási díj, költőpénz - szolgáltatja, ezzel mintegy megmentve maga számára a hagyatéki vagyont.

- A személyes beszélgetések során kiderült, hogy a gondnokság alá helyezési perek folyamán a gyámhatóság képviselője nem kíséri figyelemmel az ideiglenes gondnokra ott elhangzó terhelő információkat, mely később az ideiglenes gondnok véglegesítésénél így nem kerülhet mérlegelésre.

A megkérdezett gondnokság alá helyezett személyek 70%-ának a hozzátartozója a gondnoka.

A hozzátartozói gondnokok közül kevesen minősítették csak kötelességnek a feladat ellátását, bár 10%-uk nem válaszolt ilyen irányú kérdésekre.

A szakterület fejlesztésére vonatkozó javaslataim a következők:

- Mindenekelőtt fontos lenne a személyes kapcsolattartás kívánalma gondnok és gondnokolt között.
- Ellenőrzési-elszámoltatási rendszer hatékonyabb (szakmai feedback) működtetése.
- Gondnokok adekvát kiválasztása, pl. alkalmassági vizsgálattal.
- Egy gondnokhoz tartozó gondnokolti létszám csökkentése.
- A gondnok érdekeltségének a fókuszában a gondnokolt álljon.
- A gondnoki kompetencia fokozott vizsgálata.
- Rugalmas, reverzibilis rendszer kialakítása.
- A gondnokok képzése, továbbképzése.
- A gondnoknak egészségügyi kérdésben ne legyen egyedüli döntési joga, tekintettel, arra, hogy laikusként nem tud reálisan dönteni.

Személyiségi jogok érvényesülése

A mindennapos szakmai munka során gyakran merülnek fel jogi, személyiségjogi kérdések. A régi álhumánus pszichiátriához képest felmérhetetlen jelentőségű a fejlődés, az emberközpontú, személyiségközpontú, betegcentrikus, humanisztikus pszichiátriáig.

Ennek a gondolatnak a szellemében csak üdvözölhető és helyeselhető napjainkban a betegek személyiségi jogainak a hangsúlyozása. Azonban minden új rendszer bevezetésekor fennáll a veszély a torzulásokra a pontatlan beszabályozás révén. Ilyen torzulások és visszasságok érhetők tetten a személyiségi jogok túldimenzionálásával kapcsolatban is. Az ezekből származó anomáliák oda vezethetnek, hogy csak súlyos, életveszélyes állapotban lévő betegek kerülnek intézményi beutalásra. Az intézményi ellátásban pedig a személyiségi jogok egyoldalú túlhangsúlyozásával irányíthatatlanságra, a házirend megsértésére, kritikátlanságra, devianciákra, agresszivitásra készíthetik az intézmény lakóit.

Bírói szakasz

Gondnokság alá helyezés kérdéskörére adott válaszok alapján az alábbiak kiemelését tartom fontosnak:

- Áttekintendő az ideiglenes ügygondnok (ügyvéd) tevékenységének tartalma, a hozzátartozókkal, illetve az intézményekkel folytatott információcseréjének hiányosságai.
- A gondnokság alá helyezési perekben csak a tényállás minden oldalú tisztázása után lehet állást foglalni abban a kérdésben, hogy a gondnokság alá helyezés feltételei fennállnak-e.
- A bíróságnak azt kell eldöntenie, hogy az alperes szenved-e olyan elmebetegségben, van-e olyan szellemi fogyatkozása, kóros szenvedélye, amely kihat belátási képességére, és vannak-e olyan ügyei, melyek viteléhez szükséges a belátási képesség. Ezek megállapítása részben jogi, részben orvosi szakkérdés.
- A bíróságnak fel kell derítenie az alperes személyi és vagyoni viszonyait, milyen magatartást tanúsít a mindennapi életben, rendelkezik-e ügyei viteléhez szükséges

aktivitással és kellő ismerettel, általános szociális beilleszkedése és életvezetése megfelel a környezetében szokásos követelményeknek.

- Az alperes személyes meghallgatása kiemelt jelentőségű. Az alperes elmebetegsége, szenvedélybetegsége a meghallgatást nem zárja ki (BH 1979. 157.), kizáró ok csupán a gyógyintézeti kezelés lehet. Ez a gyakorlatban egy egyszerű orvosi igazolás, mely lehetőséget ad a visszaélésre, a bíróság pedig a szakvélemény alapján dönt.
- Nem mellőzhető a tanúbizonyítás lefolytatása és az igazságügyi elmeorvosi szakértői vélemény beszerzése (BH. 1981. 362.). A perindítást megelőzően beszerzett orvosi véleményre alapítva gondnokság alá helyezést kimondó ítélet nem hozható. Ezért a 2/1988.(V.19.)/M 52.§(4) alapján az elmeállapotot a perben kirendelt állandó vagy kijelölt igazságügyi elmeorvos-szakértővel vagy elmeorvos-szakorvossal kell megvizsgáltatni.
- Mivel a gyámhatóság eddigi gyakorlata szerint előzetes szakértői véleményt kér a kereset megindítása előtt, így a beteg kétszer esik át szakorvosi vizsgálaton, mely sok esetben felesleges traumát okoz, leterheli a szenvedélybeteg gondozó szolgálatot, felesleges költségnövekedést okoz.
- A gyakorlatban nagy hiányosságot mutat az alperes részére kirendelt ügygondnok tevékenysége. A legtöbb esetben az ügyvédek gyakornokokkal képviseltetik magukat., aminek az a következménye, hogy szerepük csak formálissá válik. Az esetek nagy részében az ügygondnok csak a tárgyaláson találkozik az alperessel, ha az megjelenik, így az esetleges visszaélésekre sem derülhet fény. Ezen a helyzeten a kijelölt ügyvédek anyagi preferálásával lehetne segíteni, mely nem feltétlenül terhelné a költségvetést, hanem részben vagy egészben az alperes (gondnokolt) vagyonának terhére lehetne érvényesíteni. Kíváncos lenne az ügyvédi kamarák, illetve szakmai kollégiumok fokozottabb ellenőrzése és számonkérése az ilyen ügyekben történő jogsértések esetén. A felsorolt problémák felszámolásában segíthet az ügyvédek képzésében megjelenő új szakosodási

irány, a mediáció beépítése. Hiányosság a továbbiakban az is, hogy a bíróságnak a per végén nincs lehetősége a gondnok személyének kiválasztásába beleszólni. Ez akkor okoz problémát, ha a per folyamán az alkalmatlanságára fény derül. Fentiekkel összhangban van az 1993. évi III. tv. 112.§-ában megjelölt felülvizsgálati bizottság észrevétele "tisztázni kell a cselekvőképességet kizáró vagy korlátozó ítéleteket meghozó bíróságok későbbi kötelezettségeit."

Az ellátásban részesülők felülvizsgálatát az 1993. évi III. tv. értelmében végző bizottságok tapasztalatai hogyan hasznosíthatók a pszichiátriai és szenvedélybetegek ellátásának minőségi javítása érdekében?

A bizottságok által készített értékelő elemzés megállapításai harmonizálnak kutatásom eredményeivel, mely szerint:

- A szociális otthonok belső - anyagi, szakmai személyzeti - nehézségekkel küszködnek.
- Feltárható a lakók elhelyezéssel szembeni ellenállása és az önkéntesség, szükségességének problémája.
- A fenntartó önkormányzatok eredményérdekeltségű, pénzügyi szemléletű beállítottságát állapítottam meg.
- Az intézményekben különböző attitűddel rendelkező dolgozók a minőségi munkavégzés egyik akadályát jelentik.
- Érdekellentétek mutathatók ki az egészségügyi és szociális intézmények között.

A fenti megállapításokat alátámasztották az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosának megállapításai is. Tekintettel arra, hogy az 1993. évi III. tv. 112. §-ában meghatározott szakértői bizottságok nem rendelkeznek hatósági jogkörrel, szükség lenne arra, hogy a bizottságok észrevételeiket továbbítsák a közigazgatási hivatalokhoz, akiknek feladata a működési engedélyek kiadása, és a működés rendszeres szakmai ellenőrzése.

Van-e reális esély hazánkban a szenvedélybetegek közösségi pszichiátria szellemében történő ellátásának megszervezésére?

A közösségi pszichiátriai ellátásról a megkérdezettek 52%-a nem hallott, 48% számára ismerős a fogalom, de annak valós működését nem ismerik.

A modell lényege, jellegzetességei

a) A modell elsődleges megvalósítói

A szenvedélybetegeket jól képzett szociális és egészségügyi szakemberekből álló team (pszichiáter, pszichológus, addiktológiai konzultáns, gondozónő, szociális munkás) a saját lakókörnyezetben, a családban kezeli, menedzseli, messzemenően segíti. Mindezt úgy teszik, hogy tiszteletben tartják a kliensek emberi jogait, nem rekesztik ki a beteget a közösségből, a társadalomból.

b) A modell módszertana

Ha egy családban beteg van, felborul a korábbi egyensúly, tehát az egész családot kell támogatni. A közösségi ellátási forma nagy érdeme, hogy a magas színvonalú, komplex gyógyítás és rehabilitáció mellett prevenciós hatása is van. A családban, a közösségben olyan ismereteket tanít meg, hogy általa nő a mentálhigiénés kulturáltság színvonala, a közösség tagjai megtanulják a stresszkezelés módjait, így kevesebb lesz a lelki zavarban szenvedő beteg, az öngyilkos, a drogos, az alkoholbeteg.

c) Kórházba csak az a beteg kerül, akinél nincs más megoldás.

Így akinél veszélyeztető állapot áll fenn, akinél a családban nem megfelelőek a körülmények, akivel nem tudunk együttműködni, továbbá, ha a kórházi kezeléstől nagyobb hatékonyság várható el, ha olyan vizsgálatok kellene, amelyek a járóbeteg-rendelés keretei között nem végezhetők el.

Az új modell realizálásának a feltétele az optimális emberi- és anyagi erőforrások biztosítása, a jelenleg meglévő ellátó rendszer radikális átalakítása, korszerűsítése, dolgozói szemléletváltás.

DÉL-DUNÁNTÚL REHABILITÁCIÓS OTTHONAI
Jancsi Gabriella

Leo Amici Alapítvány - Komló

A Leo Amici Alapítvány rehabilitációs otthona Komlón található egy 6 hektáros fákkal, erdőkkel övezett csodálatos, napfényes völgyben, amely terület valaha Carbon-sporttelepként funkcionált. Minden Leo Amici ház, legyen az Maddaloniban, Komlón, vagy Korfun (itt most van készülöben egy újabb létesítmény), szóval mindezek hegyek által övezett tájakon, természetes környezetben épültek. Ez nem véletlenül van így, mert valódi, ősi energiát, erőt lehet meríteni ezekből a tájakból azoknak, akiknek egyébként is szükségük van az erősödésükhöz ezekre a forrásokra. Továbbá nem elhanyagolható az a lehetőség sem, amely abból adódik, hogy ezek a területek távol vannak a város zajától, nyüzsgésétől, szennyeződésétől, amely szintén elengedhetetlen azoknak az idekerülőknél, akik egy speciális tisztulási folyamaton vesznek részt, és akik éppen elég szennyeződést, mérget szívtak magukba. Ez a táj, az ő nyugalmaival, tisztaságával és energiájával, közel és mégis olyan távol a város mocskától, lehetőséget, igazi újrakezdési lehetőséget kínál a mérgekkel fertőzött testnek a tisztulásra, a sok gondtól, fájdalomtól terhes léleknek az újragondolásra, átértékelésre.

Komlón, ezen a 6 hektáros területen áll egy 14 személy befogadására alkalmas ház, továbbá található még egy 1,5 hektár nagyságú veteményeskert, műhelyek, gazdasági épületek, raktárak, az állatok tartására alkalmas elkülönített karám, fotólabor. A rekreációs sportolási

tevékenységre a labdarugó- és kézilabdapályán van lehetőség. Mind a terület, mind a ház állandó változásokon megy keresztül, úgy is mondhatnám, hogy az itt folyó testi és szellemi munkával együtt párhuzamosan fejlődik, és alakul hozzá a változásokhoz, például a terápiás létszám tervezett bővítéséhez. Vagy itt egy példa: az elmúlt 7 év tapasztalata látszik megvalósulni a most folyó építési munkálatokban, amelynek során egy új konyha és ebédlő felépítése a cél. Megvalósul ebben a tervben például egyfelől az egyre sürgetőbb bővítés, illetve azok a tapasztalatok, amelyek az elmúlt időszakban a higiénia terén a felszínre kerültek, és betartásuk ebben a terápiás közösségben elkerülhetetlennek bizonyulnak.

A terápiás élet legfőbb színtere a ház, ahol 2 szoba fiúk számára - az egyik 6, a másik 4 fő befogadására alkalmas -, és egy 4 személyes szoba lányok befogadására, egy iroda, egy segítő szoba, zuhanyozók, a konyha és az ebédlő található. Felvetődik talán a kérdés, hogy miért van a ház több fiú, mint lány befogadására berendezkedve? Az ok abban kereshető, hogy több ma Magyarországon, sőt a világban is a kábítószer rabságában élő fiú, mint lány, illetve a két nem magatartásbeli különbsége, kezelhetőségének lehetősége is a fiúlétszám magasabb arányát indokolja. Továbbá az sem véletlen, hogy nem egy vagy két ágyas szobákban alszanak a terápián lévők, ennek oka abban kereshető egyrészt, hogy mára már bizonyított tény, hogy szenvedélybetegeket valójában csak közösségben lehet hatékonyan kezelni, hiszen itt a betegsége alatt izolálódott személyiség nem tud többé elszeparálódni, illetve az együttélésből, konfliktusokból adódik egy sor olyan életszerű helyzet, amelyet meg kell oldaniuk ahhoz, hogy képesek legyenek egy szobában aludni. Ez mind-mind az élet helyes megélésére, a problémák megoldására tanítja az itt terápián lévőket. Számomra nagyon érdekes és hasznos tapasztalat volt, hogy ebben a házban mindennek jelentősége van, például annak is, hogy a házat közös terv alapján együtt festették színesre, amelynek szimbólumértéke van: jelképezi ez a vidámságot, a harmóniát, hátat fordítva a drogozás egyszínű feketeségének

és sötétségének. A házban és az udvarban található növények is ezt a hangulatot árasztják, siettetvén elfeledtetni az itt lakók egykor volt életének egyhangú borzalmait.

Az alapítvány 1991. május 23-án jött létre. Elnöke, dr. Tímár Csaba. Tizen alapították, olyan emberek, akik korábban éveken át dolgoztak alkohol és kábítószer hatása alá került emberekkel, akik az akkor és még ma is működő egészségügytől - más nem nagyon lévén - kértek segítséget. A komlói segítők közös tapasztalatát jelentették azok a buktatók és kudarcok, amelyek úgy tűnik, szükségszerűen következtek az egészségügyi ellátási rendszer strukturális hiányosságaiból. Így érlelődött meg bennük egy olyan új kezelés forma, amely már szerkezetileg is, de elvi működésében feltétlenül alkalmasabb a szenvedélybetegek hatékonyabb kezelésére. Erre motiválták őket például a nyugat-európai és amerikai tanulmányaikból szerzett tapasztalatok és egy történelminek nevezhető találkozás az 1991-es év elején *Tonino Palmaval*, aki az olasz Leo Amici Alapítvány elnöke. Ő azzal a céllal jött akkoriban Magyarországra, ezen belül is Pécsre, hogy kapcsolatot keressen olyan lelkes emberekkel, akik önszorgú csoportokat szerveznének szenvedélybeteg fiatalok talpra állítására. Ő hozta el hozzánk azt a szellemiséget, amely egyedülálló emberközpontú filozófiájával, és amit Leo Amici egy kifejezésével illusztrálhatok a legjobban: "cselekvő szeretet". Ez a kifejezés nemcsak az elfogadást, a toleranciát, hanem a szeretet igazi megélését a feltétlen segítségnyújtást jelenti, amely az élet minden pillanatában megnyilvánul. Leo Amiciről tudni kell, hogy egy kivételes empátikus érzésekkel, érzékenységgel bíró ember volt, aki nem elsősorban szavaiban, sokkal inkább tetteiben élte meg tanításait és szeretetét. Tehát az ő üzenetét hozta el Magyarországra Tonino Palma. Ez a tanítás volt nagy hatással azokra, akik úgy döntöttek, hogy létrehozzák hazánkban a Leo Amici Alapítványt. Az első találkozást több is követte, majd a kiutazás, amely azért volt fontos, mert a saját szemükkel tudtak meggyőződni a magyarok arról, hogy ez a munka hitelesen folyik Olaszországban. Sőt, a saját bőrükön tapasztalták meg ennek a munkának az egyik sajátos lényegét, együtt

dolgozni, együtt létrehozni valamit a terápián lévőkkel. Ezek az impressziók mélyen megérintették őket, amelyek azóta is bele vannak építve az itteni munkába. A találkozások során szoros szakmai és baráti kapcsolat bontakozott ki, amelynek során lehetőségük nyílt a tapasztalatok kicserélésére, a további és megállíthatatlan fejlődésre. Az évek során pedig bebizonyosodott, hogy ez a módszer és rendszer az egyike a leghatékonyabbaknak a kábítószer-fogyasztók kezelésében. Mert az itteni munka nem más, mint szeretettel gyógyítani, segíteni.

Ez az, amit megérezhetsz egy, az ajtón belépő szenvedélybeteg, hiszen ezen a világos helyen azonnal nagy szeretettel fogadják. Nyugodt szívvel mondhatom, hogy az a lelkesedés és szeretetkinyilvánítás, ami egy ide belépőt fogad, töretlen és változatlan, és ami a legfontosabb, nem személyfüggő. Összeszalad az egész ház, mindenki a kezét nyújtja, bemutatkozik, és őszintén mosolyog. És ettől a pillanattól kezdve megszűnik, eltűnik az az élettelen levegő, amely idáig körülvette a kábítószer borzalmában tengődő anyagost, vagy alkoholistát. Pedig tudni kell azt is, hogy nem mindenki, sőt többségében nem tisztán érkeznek ide, hiszen a felvétel szempontjából nem kritérium, hogy a "delikvens" végigcsináljon egy detoxikációt, tehát nem szükségeltetik az ide jelentkezéshez sem kórházi, sem otthoni elvonókúra. Eleinte az is előfordult, hogy egyenesen az utcáról jött ide valaki segítséget kérni és azonnal felvették, mára azonban a jelentkezésnek behatároltabb kerete van. Indokolt ez azért, mert ez az intézmény országos hírűvé nőtte ki magát, és sajnos lényegesen több a jelentkező, mint a hely befogadóképessége. Aminek következtében a jelentkezők várólistára kerülnek. A jelentkezés - csakúgy, mint a többi rehabilitációs intézményben - telefonon történik, majd a segítő, akivel ily módon a jelentkező felveszi a kapcsolatot, azt a javaslatot teszi, hogy írjon levelet magáról, és arról, miért is akar terápiára jönni. Aztán újabb telefon, újabb levél, amely egyik sem cél nélkül való, segít az egyébként határozatlan

fiatalnak a motivációja kialakításában. Nem utolsósorban pedig, egy képet nyújt magáról az itt dolgozó segítők számára, akik így már mint ismerőst tudják majd fogadni.

A Leo Amici Alapítványban nincsenek zárt kapuk, sem rideg szabályok, van ezzel szemben olyan egészséges, értékekben gazdag élet, melynek egyszerű és természetes tartalmai felé a segítők konkrét példája vezeti a fiatalt. Egyik idekerülő sem kap a belépés pillanatától kezdve semmilyen gyógyszert, bármilyen elvonási tünetekkel küszködjön is. Kap helyette tisztító teákat, meleg fürdőt, szakszerű masszírozást, amely mindeddig elegendőnek bizonyult az elvonási tünetek enyhítésére. Ilyen feltételek mellett kell döntenie arról, hogy itt marad-e. Ezáltal az önállóan meghozott döntés által, bekerülhet a közösség szövetébe, mindezt teheti könnyedén és bizalommal, ráhagyatkozva segítőkész társai útmutató segítségére. A pszichofiziológiai rehabilitáció programja: természetes herbateák, vitaminokban gazdag étkezés és a sportfoglalkozások. Még mielőtt elmerülnénk az itt folyó terápiás munkában, általánosságban el kell azt mondani, hogy ez a rehabilitációs otthon egy hosszúterápiás intézet, melynek ideje kb. 1,5-2 év, de ezt az időt mindig a stáb határozza meg az egyénre szabva. Sok-sok szempont figyelembevétele - pl. a fejlődés mértéke, az itt megtanulható értékek elsajátítása és megélése stb. - alapozza meg és eredményezi a döntést.

Lényeges változás és beavatkozás a drog világával történő szakításkor, hogy egy határozott programmal találkozhat a terápiára kerülő fiatal. Ez a határozott program keretet jelent az életében, amelynek megtanulása nélkülözhetetlen a társadalomba való visszailleszkedéshez. A betegek többsége még nem látott helyes családstruktúrát, a mindennapi élet megszervezése gondot jelent a számukra. Ezért van például a napirendnek nagy jelentősége, amely azonban mindig rugalmasan alkalmazkodik a változó programokhoz. A napirend fontossága abban rejlik, hogy egyrészt egy strukturált mindennap biztonságát adja, másrészt lehetővé teszi a fejlődési fázisok figyelemmel követhetőségét, és az azokon való átjutást, amely a változás biztosítója. Mint minden bentlakásos intézménynek, a Leo Amici Alapítványnak is van

házi rendje, amely szabályok gyűjteménye révén felmérhető a terápiában lévők felelősségérzete és nem utolsósorban keretet szab az ottani életnek.

Reggel 7-kor ébresztő, fél 8-ig mosakodás, rendrakás. Majd fél 8 után a fiúk sétálni indulnak az erdőbe, amely egy jó nap indításának energiaforrása. Eközben a lányok reggelit készítenek. Nyolckor reggeli, majd az un. Reggeli csoport következik, ahol mindenki elmondja, hogy milyen feladatot tűzött ki maga elé arra a napra. 9-kor elkezdődik a munkaterápia.

Állandó munkák

Fizikai munka: - állattenyésztés, kerti munka, műhelymunka, kőművesmunka, takarítás, főzés.

Egyéb terápiás aktivitások:

1. Kreatív tevékenységek: színházterápia, zeneterápia.
2. Rekreációs testi aktivitások: kirándulások, vetélkedők, sport.
3. Képzés: nyelvtanulás, általános vagy középiskola befejezése.
4. Előadások: didaktikus előadások, amelyeket pszichiáterek, pszichoterapeuták, pszichológusok, esetleg belgyógyászok tartanak.
5. Csoportterápia: klasszikus nagycsoport, ahol a napi történéseken túl a kezelésben lévők a belső fejlődésükről is számot adnak.

Visszatérve a napi időbeosztáshoz: az a bizonyos idő, amelyet munkával töltenek, 9 órától 13 óráig tart, majd folytatódik 14 órától 16.30 óráig.

Minden második nap ebéd után van a zeneterápia, amelyre később térek ki bővebben együtt a színházterápiával. A színházterápia általában kedden és csütörtökön van este 6-tól 9-ig. A hét többi napján a munkaidő utáni idő szabadon felhasználható, amely rendszerint továbbra is munka (készülés egy ünnepségre, saját ruháik rendbetétele stb.). Történik ez este 7-ig, a vacsoraidőig, amely után hétfőn, szerdán és pénteken este fél 9-től van a csoportterápia. Szerda délután és hétfőn nyílik arra lehetőség, hogy hosszabb lélegzetű szabadidős

programokat tervezzenek. Ekkor jut idő olvasásra, játékokra, túrázásra, személyes látogatók fogadására.

A Leo Amici Alapítvány két specifikumáról, a színház- és zeneterápiáról szeretnék bővebben beszámolni. A két művészeti ág közül a zene az, ami szerves része minden toxikomán fiatal életének, a zenehallgatás talán az egyetlen tevékenység, amelyhez ragaszkodnak a még aktív szerhasználatuk idején is. De milyen ez a zene?

Leggyakrabban ugyanolyan egységesült, sötét, semmitmondó, mint a kábítószerrel való életforma. Az alapítványnál ez a zene lényegét veszti előbb vagy utóbb, teret engedve a pozitívabb értelmű, mélyebb tartalmú muzsikának. És ez még mindig csak az egyik váltás, ami bekövetkezik. A másik az, amire a zeneterápia egymásra épülő foglalkozása ad lehetőséget, ez pedig a személyiség megnyílásával kapcsolatos. Egy-egy bátortalanul kiénekelte hang hatalmas sikerétől felbuzdulva még az is dalra fakad, akinek képességeit a gátlások nem engedték felszínre jönni. Továbbá sokszor itt a terápia során derül ki valakiről, hogy zenei képességei figyelemreméltóak. Ilyen formán jött létre egy pár évvel ezelőtt az alapítvány zenekara, Repuber néven. A zenekar fontos része az alapítvány prevenciós célú fellépéseinek.

A Leo Amici Alapítványnál a másik kreatív terápiás aktivitás a színházterápia. Az itt folyó munkának is pontosan kijelölt menete van. Az alapítvány színház-terapeutája az olasz tapasztalatokból és egy kivételes, nagy tapasztalatú szakember, George Baal, magyar származású francia színház-terapeuta tanításai alapján végzi munkáját. Ennek a munkának a során a fiatal megtanulja a minél választékosabb testi (mimika és gesztus) és verbális (szöveg előadása) nyelvezet fontosságát, csakúgy, mint a koncentráció és az önkontroll megszerzésének a képességét. A színházterápia eredményeképpen létrejövő előadások fontos részét képezik a prevenciós utazásoknak, amely tevékenység nagyon népszerűnek és hatékonynak bizonyult az elmúlt évek során, hiszen olyan emberek beszéltek a kábítószerrel

kapcsolatos élményeikről, akik nemcsak végigélték drogos éveiket, hanem talán szerencsésen ki is jutottak belőle.

Fontos ez a tevékenység továbbá, mert az utazás, az új, más emberekkel való találkozás nemcsak élményt jelenthet, hanem lehetőséget is ad nyitni idegenek felé, megérteni, elfogadni, amit mondanak és megértetni azt, ami bennük van. Nagy feladatnak bizonyul ez azért is, mert esetleg olyan emberekkel kell kommunikálniuk, akiknek előítéleteik vannak a drogozással kapcsolatban. Azt is megtanulják mindeközben, hogy miképpen küzdjenek meg a nézőkkel, akik számukra tudattalanul is a társadalmat szimbolizálják, melybe majdan vissza kell illeszkedniük. A fellépésekből származó élmények is szóba kerülnek a csoportterápiákon. Itt a kontrolláló magatartás feladása, a spiritualitás, az alázat, a leltárkészítés és megbocsátás, majd az élet konkrét akciói: jóvátétel, önellenőrzés, az új magatartások témái képezik az üléseket. Itt tudják meg és tudatosítják, hogy mind alapjaikat, mind felépítményeiket újra kell formálni.

Tehetik ezt úgy, hogy másokon segítve maguknak is segítenek. A Leo Amici által megfogalmazott kifejezés érvényesül a csoportterápia során, mind a segítő, mind a terápiában lévők részéről, amit úgy hívunk, a kemény szeretet. A Leo Amici fontos elve az egyszerűség. Ez azt jelenti, hogy a segítők igyekeznek minél világosabb és gyakorlatiasabb megfogalmazásokat adni, az elhangzó kérdésekre, amelyek ezáltal könnyen megjegyezhetőek és népszerűek: "egyszerre csak egy napot", "lassan a testtel", "élni és élni hagyni", "a kis változások is nagy jelentőségűek", "azonosíts, ne hasonlíts", "lassan siess", "ne vakard ott, ahol nem viszket" stb. A csoport lényege az, hogy mindenki önmagáról beszéljen, ne pedig másokról. Semmilyen szituációban, esetleges konfliktusban nem az okozó, a bűnbak megkeresése a cél, hanem a kialakult helyzet megoldása, az előidéző ok megszüntetése. Ezt az eszmeiséget tükrözi például az, hogy a terápiára újonnan jelentkező csak a megérkezés pillanatától számított életét illetően tartozik beszámolóval és felelősséggel. Az elmúlt

dolgokról akkor esik szó, ha ő ezt fontosnak tartja, de sohasem úgy, hogy a kábítószerelés okát vagy felelősét keresné bárki is, hiszen ezeket a dolgokat már nem lehet meg nem történné tenni, csak az emlékeket lehet és érdemes átértékelni és feldolgozni. Ez a módszer a "tabula rasa"-t kínálja az ideérkezőknek.

Van még két speciális csoport, amelynek intenzív léte csak a Leo Amici Alapítványra jellemző. Mindkettő havonta egyszer van, hétvégén, az egyik a Szülőcsoport, a másik a Józanágcs csoport nevet viseli.

A Szülőcsoportra minden komlói terápián lévőknek a közeli hozzátartozója meghívást kap, amely meghívással általában örömmel élnek. Túl azon, hogy gyermekeikkel találkozhatnak, számukra is egy nagy lehetőség arra, hogy beszéljenek magukról, a mindennapjaikról nyíltan, tabuk nélkül. Egy idő után már olyasmiről is tudnak beszélni, amiről valaha még szégyelltek talán gondolkodni is. Ezen együttlétek során szülő-gyerek kapcsolat egyre szorosabbá, meghittebbé válik.

A másik nagy esemény a Józanágcs csoport, amit az alapítványnál a terápiájukat befejező, "felszabadított" volt terápiások kezdeményeztek. Céljuk az volt, hogy havi egy alkalommal összejöjjenek beszélgetni egymással, kicserélve tapasztalataikat, érzéseiket, amelyek az életben érik őket, ezáltal is megerősítve egymásban a józanágba vetett hitet. Azt sem szabad elfelejteni, hogy még a terápiájuk ideje alatt mély barátság és szoros kötelék alakul ki közöttük, ami a későbbiekben is nagyon fontos számukra. Ez az érzés az otthonosság érzése, amit a ház nyújt, idehozza hónapról-hónapra az akár több száz kilométerre élő józan életű szenvedélybeteg. Az alapítvány számára is fontos ez az esemény, hiszen ezeknek az embereknek a példája valódi mintát állít a még terápián lévő számára, hogy lehet és érdemes tisztán és józanul élni.

Nagyon sok az az öröm, amely az itt folyó munkából származik, de a munka mennyisége sem kevés, nagyon pontos ismeretet, szakértelmet, odafigyelést igényel, hiszen ne feledjük, itt

emberéletekről van szó! A segítők nemcsak itt dolgoznak, hanem jóformán egész életüket is itt élik, 24 órán keresztül. De ha nincsenek is itt, a gondolataik állandóan e hely körül járnak, hogy mit és hogyan lehetne jobban és másképp csinálni. Kérdésemre azt válaszolták, hogy az ehhez szükséges energiát a stábból, annak erejéből merítik, hiszen a Leo Amici Alapítvány egy teljesen önerőből létrehozott nonprofit szervezet. Stábülés hetente kétszer van. A közös gondolkodás, együttműködés az alapja és feltétele ennek a munkának; mindenért együtt küzdenek meg, anyagi és szellemi értékekért egyaránt. Szeretettel és őszinte odaadással végzik ezt a munkát, amelyen keresztül megvalósuló hitük igazi ars poeticája lehet minden segítő munkát végzőnek.

SZENVEDÉLYBETEGEK GYERMEKEINEK REHABILITÁCIÓJA, A PEDAGÓGUS MENTÁLHIGIÉNÉS LEHETŐSÉGEI

Királyné Tajti Marianna

A problémafeltáró rajzoltatás legáltalánosabb formái

Egy foglalkozás alkalmával a gyerekek azt a feladatokat kapják, hogy rajzolják le, akit legjobban szeretnek, aki számukra a legkedvesebb. A rajzok árnyaltabbak, kidolgozottabbak és értékelhetőbbek lesznek, ha a tényleges munka megkezdése előtt megbeszéljük a gyerekekkel a jellemzés lehetőségeit az ábrázolásban. A következő feladat - egy-két héttel később -, hogy önmagukat jellemezzék rajzban.

Az irányított rajzolás mellett helyes, ha nem kerüljük el a pedagógus figyelmét a szabadidőben készített, esetleg otthoni játék közben készült spontán rajzok. Ezek elsődleges értéke, hogy számot adnak a gyerek aktuális pozitív és negatív élményeiről és ezek súlyáról is, ami átmenetileg módosíthatja a gyermek iránti igények szintjét vagy jellegét. Ebből a szempontból leglényegesebb annak a megítélése, hogy a rajzon látható regressziós jelek minőségi vagy formális jellegűek-e.

A családrajz, mint diagnosztikai eszköz, családrajz a kutatások tükrében

A családrajzot, mint egyéni diagnosztikai és terápiás eszközt, projekciós tesztként értékelve, pszichoterapeuták alkalmazták először. Egy *Appel* nevű pszichológus - mint erre *Porot* (1954) utal - 1931-ben azt a feladatot tűzte az általa vizsgált gyermekek elé, hogy rajzoljanak egy házat, egy családot és állatokat. *Fr. Minkowska* és *E. Minkowski* (1947) az alábbi témájú rajzfeladattal dolgozott: "Én, az én családom, az én házam." *Porot* (1950, 1952, 1954) az utóbbi feladatsorból kiemelte és önállósította a családrajzot, s teljesen leegyszerűsített formájú "rajzold le a családodat" felszólítással készítettett rajzot vizsgálati személyeivel. Nálunk az I. Sz. Gyermekklinikán és az MTA Gyermeklélektani Intézetében, valamint a Központi Gyermek-ideggondozóban hosszabb idő óta rendszeresen felhasználják a családrajzoltatást egyéni diagnosztikai és terápiai célokra. - *Porot* szerint valamennyi eddig javasolt témarajz közül a családrajz tár fel a legtöbbet a gyermek családi kapcsolatairól, különösen a 4-től 15 és fél éves korig terjedő korosztályon belül.

Családrajz, mint a családi relációk és az önértékelés feltárásának eszköze

Az iskolai oktató-nevelő munka eredményességének egyik feltétele a tanulók személyiségének minél megbízhatóbb ismerete. A megismerés módszerei között jelentős helyet foglal el a rajz. A gyermekek életét befolyásoló társadalmi hatótényezők között igen jelentős, sőt sokszor döntő fontosságuk van a családon belüli interperszonális viszonylatoknak. A család az az intim közösség, amelynek atmoszférája, a benne uralkodó rend, rendszer, rendetlenség vagy rendszertelenség, szolidaritás vagy ellenségeskedés kitörölhetetlen nyomokat vés a gyermek pszichikumába, egész személyiségébe. A pedagógus számára ezért fontosak azok az egyszerű vizsgálatok, amelyek e területre vonatkozóan értékes kiegészítő támpontokat adnak. Ilyen vizsgálatnak bizonyul a család rajz, anélkül, hogy ezt a pszichológiai tesztek kritériumainak megfelelő, standardizált vizsgálati módszerré kellene merevíteni. *Porot* szerint több szükség van itt a józan észre, mint előre kigondolt, átfogó

elméletekre. Megfelelő gyakorlat, összehasonítás, egyéb adatokkal való rendszeres és gondos egybevetés, elmélyülő elemzés és megfelelő szintézis útján a növendékei iránt intenzíven érdeklődő pedagógus a családrajzokból értékes vallomásokat kaphat arról, milyennek éli át a rajzoló szubjektív családi helyzetét, a benne uralkodó interperszonális kapcsolatokat, saját maga értékelését stb. Ez pedig sokszor legalább olyan fontos, mint az, hogy kívülről nézve milyennek látszik, objektíve valójában milyen ez a családi miliő.

E rajzoltatást igénylő vizsgálattal főként a családi viszonyrendszert tanulmányozhatjuk, de képet nyújt a rajzoló saját pszichikus állapotáról, szükségleteiről, vágyairól, szorongásairól és agressziós töltéséről is.

A családrajzokat a pedagógus és a pszichológus a pedagógiai személyiség rajz és az egyéni személyiségdiagnózis elkészítése során sokoldalúan és eredményesen felhasználhatja a bennük rejlő értékes - de mindig más bizonyítékokkal is ellenőrizendő - utalások birtokában.

A családrajzok segítségével megvilágítható főbb területek:

- a) család atmoszférája, kohéziója, rendje, struktúrája;
- b) a családtagok között kialakult hierarchia átélése;
- c) a rajzolót a család egyes tagjaihoz fűző érzelmi szálak, rokonszenvi és ellenszenvi érzések, indulatok, az egyes családtagok értékelése;
- d) saját szorongás és agresszió;
- e) saját szükségletek, vágyak;
- f) önértékelés, saját maga lebecsülése, saját maga túlértékelése.

A családrajzok által vizsgált főbb területeket a következő szempontok segítségével lehet tovább elemezni:

- a) Néhány családrajz áttekintése elég ahhoz, hogy kiugorjanak egyrészt a jó családi légkörről, belső rendről, jól tagolt struktúráról valló családrajz típus sajátosságai, másrészt a negatív atmoszférát sejtető sajátosságok. A globálisan pozitívnak mondható rajzokon a családtagok

egy vagy két sorban helyezkednek el, általában úgy, hogy az első két helyet a szülők foglalják el, majd – sokszor megközelítőleg életkor szerint - sorra következnek a többiek.

A rajzoló legtermészetesebb helye az, amely őt koránál fogva illeti meg, vagy - elfogadott társadalmi konvenciók értelmében - az utolsó hely. Az egyes alakokat - értelmi és rajzfejlettség szerint - fej rajz, mellalak, statikus és aktív egész alak, jellegzetesen tevékenykedő egész alak végül közösségben tevékenykedő alak formájában mutatják be. Gyakori az olvasó vagy jellegzetes foglalkozásukat folytató szülők és kedvenc időtöltésüket űző gyerekek bemutatása.

Globálisan negatívnak mondhatók azok a rajzok, amelyeken nem ismerhető fel határozott család szerkezet, az alakok össze-vissza vannak elhelyezve, olykor kihúzva, átfirkálva, s felbomlik rajtuk az életkor és társadalmi szerep alapján természetesnek mondható rend. A negatív légkörre jellemzőek a fenyegető felnőtt alakok és az összezsugorított vagy túlméretezett, vagy esetleg állatszerű saját alakok.

b-c) Igen jellemző adatokat szolgáltatnak a családrajzok a családtagok között kialakult hierarchiára, valamint az interperszonális kapcsolatok rendjére vonatkozóan. A tapasztalatok szerint a legértékesebb hely a bal felső sarok, legértéktelenebb a jobb alsó, megfelelő közbülső átmenetekkel. Ha két sorban helyezkednek el az alakok, a felső sorba kerülnek a többre értékelt családtagok. Így foglalja el normális esetben az első és második helyet a két szülő. A legelső hely felhasználása határozott kiemelést jelent.

Ezt igazolja az a tény is, hogy a rajzfeladat elől kitérők elég gyakran nyilatkoznak arról, hogy - ha rajzolni tudnának – kit rajzolnának le először az első helyre, vagy kit tennének a végére. Egyes családtagok leghagyása mindig minősítő értékű.

Más, kívül álló egyének, vagy állatok, esetleg tárgyak családtagnak kijáró helyen történő szerepeltetése az illető ember, állat vagy tárgy különleges kiemelést jelent. Az, hogy a rajzoló saját magát mely családtagokhoz rajzolja közelebb vagy távolabb, ki felé fordul, kinek fordít

hátat, kivel teremt testi kontaktust, kit ruház fel pozitív, "szép" vonásokkal, színekkel, ruhadarabokkal, hogy kit rajzol aránytalanul kisebb vagy nagyobb méretekben, nagy szájjal, vagy száj, kéz nélkül, mind jól értékelhető mozzanat.

d-e) A családrajzok igen fontos vallomásokat tartalmaznak a rajzoló saját pszichikus állapotáról, szükségleteiről, vágyairól, szorongásairól és agressziós töltéséről. Van, aki henteslegénynek, betörőnek, sőt hóhérnak rajzolja magát. A gyermek rajzok között találunk példát túlzó kiemelésre, saját maga túlértékelésére, de találunk veszekedős anyuról és italboltban iddógáló alkoholista apáról vallót is.

f) A családrajz bizonyos időszakonkénti megismétlésével képet kaphatunk az esetleges változásokról is a fenti területeken.

Munkám gyakorlati példái

Munkámból adódott, hogy a rajzelemzéshez felhasznált eseteket logopédiai 1-2. osztályból választottam. A bekerülés feltétele a Beszédvizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság és Gyógypedagógiai Szolgáltató Központ vizsgálati szakvéleménye.

A diagnózisban előfordul:

- megkésett beszédfejlődés,
- beszédészlelési és beszéd megértési folyamat elmaradása,
- aktivitás és figyelem zavarai (hiperaktivitás),
- grafomotoros éretlenség,
- tanulási zavar veszélyeztetettség (részfunkció zavar pl. dyslexia).

A fejlesztés erre a diagnózisra és javasolt korrekciós eljárásokra épül. Sok esetben a tanulási zavarhoz kapcsolódó magatartási zavar újabb kivizsgálást és gyógyszereszedést (Ritalin) tesz szükségessé.

Esetismertetések

T. Szabolcs, (7év, 4 hó) és T. Tamás (9 év, 3 hó) testvérpár

A Steinglass modell alapján a családi rendszer hiányos. Az alkoholista apa egy lakáson belül külön lakrészben él, de évek óta "nincs jelen" a család életében. Erre utal az is, hogy egyik fiú sem jeleníti meg a családrajzán. Az anya antidepresszívumokat (Prozac, Seroxán, Xanax) szed hosszú évek óta.

A családtagok (anya és 3 testvér) mindkét gyermek rajzán egymás mellett, egy vonalban helyezkednek el. A gyerekek közül Tamás rajza kidolgozottabb, színesebb, de összességében mindkét ábrázolási mód elmarad ebben az életkorban átlag tapasztalttól. Tibor (T.) emberábrázolása torz, hiányos, aránytalan - ami fejletlen testsémára utal. Mindkét rajzon első helyen az anya áll, tehát fontos szerepet tölt be a család életében. Szabolcsnál a méretek a családi hierarchiának megfelelőek. Önmagát az anya mellé (2. helyre) rajzolja, maga mögé rendelve két nagyobbik testvérét. Szorosabb érzelmi kapcsolatot jelez az, hogy Szabolcs közel rajzolja a 12 éves lánytestvéréhez - Anikóhoz - magát. Míg a korban közelebb lévő testvérét a sor végére helyezi hajat nem rajzolva, mely gyászra utal. Anikó dőlt - de a két fiúhoz képest centralizált helyzettel - ábrázolása egyensúlyvesztettséget mutat és alakja a törékenységet látszatát kelti. Tamásnál az anya alakja sokkal kisebb, mint a testvéreké, jelezve az eltörpülő szerepét a két testvérral szemben. A két testvér nagysága mutatja a domináns szerepet a rajzoló életében, a közelségük pedig a szoros összetartozást. A nagyobbik lánytestvérnél a lábak iránya az anya felé fordulást jelzi nemcsak rajzban, hanem érzelmileg is. Ő hiányzik a képről - sugallva, hogy kirekesztve érzi magát a család életéből. Általában a rajzról a konfliktus-személy hiányzik (súlyos önértékelésű és depressziós gyerekek szokták lehasználni magukat). Az alakok mimikájára a sematikus mosoly jellemző, kivéve Szabolcs anyaábrázolásán - itt a száj kidolgozottabb, beszédre nyíló, ami verbális kommunikációra ("sok beszédre") utal. Tamás rajzának jellegzetessége még, hogy öccsének nem rajzol kezét,

ami tehetetlenségre és érzelmi-kapcsolati zavarra utal. Rajzában a föld és az ég elválasztására szolgáló hangsúlyos vonalak szorongásra utalnak, mely fakadhat abból, hogy nem tudja védeni az "én" határait. A nap és a felhő együttes megjelenítése érzelmi-hangulati zavart feltételez. A látszólag derűs kép jó elaborációs készséget mutat. Az emberalakok és a virágok együtt (számban is megegyeznek) a világ megkettőzését jelzik. Fejlettebb rajzkészséget mutat a madárfészek megjelenítése. (A fészek és az odú ábrázolása általában traumára utal.) A madár visszafelé repül a fészekhez, a tojásokhoz, mintha az apa visszavárását jelezné. A nap és a felhő ismét megjelenik az érzelmi zavar szimbólumaként. A "szép" kifejezésével - mint a problémák ellensúlyozásaként - jó elaborál. Szabolcs elvarázsolt családrajzát a széteső vonalak jellemzik. Az anya és a lánytestvér zárt vonalai rendezettebb képet mutatnak. Önmagát és fiútestvérét nyitott formaként ábrázolja (nincsenek határaik), mely az apa modell hiányából adódó sérülésekre, mint például a nemi identitás hiányára, nemi bizonytalanságra utalhat.

H. Botond (8 év, 6 hó)

Funkcionális családi rendszer, egy alkoholista van a családban. B. a rendelkezésre álló teret teljesen kitölti, a rajz színes (tárgyak megjelenítése), harmonikusnak mondható, ellentétben az ember-alakokkal. Az emberek elrendezése szokatlan, a szülők egy vonalban egymás mellett állnak, önmagát pedig a szülők fölé helyezi egy fa ágára. Ez jelképezheti a "túlféltő" anyától való távolság növelésének a vágyát és jelképezheti az apához - akitől elképzelhető, hogy tart vagy fél - való közeledés vágyát is, mintegy rádőlve a fejére. Az alakábrázolása életkorának nem megfelelő, kezdetleges. A fej-láb sémától csak a nyak, törzs egyszerűsített formájának megjelenése különbözteti meg. Ember-önábrázolása grafikusán - a korábbi rajzokhoz képest - alig változott, ami testséma zavarra ("testi el nem fogadottságra") utal.

Az első helyen az anya látható - fontossági szempontból, de kidolgozottságában nem, csak méretében tér el az apa alakjától. Az apa a második helyre kerül, méreteiben nagyobb, tehát uralkodóan domináns a családi hierarchiában. B. alakja a legkidolgozatlanabb a képen. Szinte felismerhetetlen, torz, színtelen. Az arcmimika nem fejez ki érzéseket. Nagyon szokatlan a fa esetében ez a kétfajta ábrázolás - zárt-nyitott korona -, az oldalágakon lógó "díszek" karácsonyfa jelleget kölcsönöznek, illetve az egyik ág olyan, mintha egy sárkányfejet jelképezne.

B.Dávid (7 év, 3 hó)

Egyszülős családmódel, az anya alkoholizál. A családrajzon az apát és az anyai nagyapát is megjeleníti annak ellenére, hogy velük nem élnek egy háztartásban, de folyamatos a kapcsolattartás. Tehát mindenkit lerajzol, aki érzelmileg fontos számára. A lap felületét csak félig használja ki, az alakok a lap alján láthatók egy vonalban elhelyezve. Emberábrázolása életkorától elmarad, kezdetleges. A karok hiányoznak, ami az egész család cselekvőképtelenségére, illetve érzelmi-kapcsolati zavarra utal. A lábak oldalra fordulnak, ellentétben a test többi részével melyet szemből ábrázol. Az anyát fél lábon, dőlt helyzetben - mint egy egyensúlyvesztett állapotban ábrázolja. Az apára és a nagyapára is jellemző a fél lábon állás és a dőlés, ami mindenképpen labilitásra utal. A törzsek aránytalanul nagyok a fejhez képest. Az első helyen a nagypapa áll - érzelmileg a család életében mindenképpen fontos szerepet játszik. Méreteiben kisebb mint a szülők és hiányos - fülek, haj hiányzik. Az apa, anya méreteiben, kidolgozottságában hasonló. Az apa ábrázolásában fordul elő javítás, korrekció, ami negatív indulatot feltételez. Az apa figurája fej-láb sémának indul, ami regresszióra utal. (Annyi idős lehetett, (3-4 éves) amikor az apa elment.) A rontott figura vonalait nem rajzolja újra, inkább "beépíti" a fejet a törzsbe. Az anya száját kiemeli azzal, hogy két vonallal rajzolja meg. Ezzel felhívja a figyelmet az anya egy jellegzetes

tulajdonságára (beszédes, veszekedős). A sorban önmagát helyezi utolsónak - méreteiben azonos a nagyapával. Az elvárásolt családrajzban önmagát kígyónak ábrázolja, ami önértékelési zavarra utal. Az emlős állat (hím oroszlán - mint a férfi rivalizálás jelképe) és a hüllő (kígyó) együttes megjelenítése valamiféle feszültséget feltételez. Elképzelhető, hogy az anyától ő kapja meg azt az indulatot, amelyet az apának szán. A madár (vagy pillangó) az elvagyódást, a hiányt jelzi. A távolság közte és a nagyapa között mindenképpen érzelmi távolságra utal. Az anyát az anyai nagyapa és az apa közé helyezi, ami a férj-feleség konfliktusos kapcsolatát és az apa és lánya korábbi vagy jelenleg is szoros kapcsolatát is feltételezi. Az apa - nagyapa - fiú (hím oroszlán - hold - kígyó) figurájának egy háromszög mentén történő elhelyezése, mintegy trianguláció jelenik meg, melyen az anya (madár) kívül esik.

B. Ákos (8 év, 9 hó)

Szerkezetileg ép család: apa, anya és két gyerek. A hűg 2 évvel fiatalabb, de Á. többszörös évisméltése miatt most mindketten párhuzamos 1. osztályba járnak. Az ábrázolás színvonalá kora átlagától nagyon messze elmarad. Vonalvezetése kapkodó, elnagyolt. Rajzának kivitelezését lendületes mozdulatok, de zilált vonalak jellemzik. A rajzlapnak csak egy kis részét tölti ki. Az alakok kidolgozottsága az apától a hűgig fokozatosan egyszerűsödik és torzul (fej-láb és fej-nyak séma). Ábrázolását laza ceruzafogás, bizonytalan vonalvezetés és gyenge nyomaték jellemzi. Az első helyen az anya feltűnően elnagyolt alakja áll. A testrészek hiányosak, összemosódottak. Az előforduló, felfelé mutató kezek segélykérőek. Méreteiben kisebb mint a második helyen álló apa. A 4 figura közül az apa alakja a legrészletesebb és leghatározottabban felismerhető. A szája - ellentétben a többiekével - nyitott, kezei a törzshöz képest nagyok és félelmet sugallók. A karok mindkét alaknál felfelé mutatnak - segélykérőek.

A sorban kor szerint ő, majd a húga következik. Á. fej-láb séma, húga fej-nyak séma. Lánytestvérének arca részletekben gazdagabb, olyan, mintha a test többi része lemaradt volna. Az elvarázsolt családrajzban a madarak az elvagyódást jelképezik. A varázsló általában a szorongó gyerekeknél jelenik meg, akik segítséget várnak. A varázslót jelen esetben én mint a "bölcös öreg" negatív aspektusát tekintem, mellyel a gyermek a konfliktusos apa élményt közvetlenül a varázslóra vetíti ki. A varázsló Á-nál egy olyan apakép megtestesítője lehet, aki nála hatalmasabb, okosabb, de fenyegetőbb. Az előzőekből következően a rajz egy indulattal teli apa-gyerek kapcsolatra utal. (Szóbeli információk a gyermek és a tanító részéről mindezt alátámasztják.)

T.Kálmán (7 év 3 hó)

A családszerkezet ép, - anya, apa, 3 gyerek - a körülmények rendezettek. K-ra mind a családi, mind az iskolai életben egy túlzott rendszeret, már-már mánia jellemző. Kényesen ügyel ruházatára, személyes holmijára és környezetére. Ezek úgymond „megsértése” akár hisztériás rohamot is kiválthat belőle. Személyes kontaktusban gyakori szem-rángás (tikkelés) figyelhető meg.

A családtagok a kép jobb sarkában helyezkednek el „zsúfolódva”. K. erős nyomatékkal rajzol. Az alakok egy vonalban rendezőnek el, de mégis megfigyelhető egy alá-fölé rendeződés egy lebegőszerű mozgással összekapcsolva. Az első helyen az apa alakja látható, nagysága és mérete is utal a családban elfoglalt domináns helyre. Figurája részleteiben gazdagabb, kidolgozottabb, - nála jelenik meg egyedül a nyak - és nála formálja meg a törzset. Az alakokra az ujjak hiánya vagy nem megfelelő száma jellemző. A karok vagy kezek (a méretbeli aránytalanság miatt nem lehet eldönteni) kiterjesztett, óvó szárnyra emlékeztetnek. Ezek is kidolgozatlanok és legtöbbször a törzshöz hozzárajzolva jelennek meg - kivétel itt is az apa. A kezekkel ellentétben a lábak sokkal részletesebben kidolgozottak. A második

helyen az anya áll, akinek magassága megegyezik az apáéval. Az ő alakja rontott. Úgy tűnik közelebb került volna az apához, de akkor K. és húga Dóri (harmadik és negyedik) nem fértek volna be a két szülő közé. K. nagyobbik testvére – szinte kirekesztődik, és a sor végére kerül. Az arcokon sematikus mosoly látható. Az ábrázolt ház részletekben gazdag. A ház - Dr. Taraczközi István "Grafo-pszicho-morbo analízis"-e szerint -: "Az egót, az énmeghatározást, a tudatot jelképezi. A ház nagysága, formája, díszítettsége, az ajtók, ablakok nagysága, azok nyitottsága vagy zártsága, a többi motívumhoz való helyzete mutatja az ego kapcsolatát a többi érzelmi, testi szimbólumhoz."

Az elvarázsolt családrajzban a varázsló megjelenése mindenképpen valamiféle szorongást jelez. A gyerekek tárgyként való megjelenítése egy érzelmileg hidegebb szülő-gyerek kapcsolatot feltételez, és a gyerekek elmagányosodását jelzi, de elképzelhető, hogy ez elsősorban K-ra vonatkozik, mert önmagán kívül mindenkinek (még a varázslónak is) mosolygós arcot rajzol. Az is elképzelhető, hogy ő a varázsló, aki bármit el tud varázsolni, vagyis olyan eseményeket tud befolyásolni, amelyek rajta kívül állóak. A családrajz és az elvarázsolt családrajz összehasonlításából kitűnik, hogy más van a felszínen és mások a családi erőviszonyok, más a hierarchia és a sorrend. Általában az elvarázsolt családrajz mutatja meg a valódi családi dinamikát. Az anya itt mint napocska pozitív szerepbe és "szellemi fölénybe" kerül. Az apát nyúlként ábrázolja, ami a gyávaság, félénkség, puhaság szimbóluma is lehet. Ez ellentmond a családrajz első helyével és domináns szerepével. Ez a kettőség – melyik szereppel azonosuljon - szorongást kelthet K-ban. Ő - mint játékvonat - befejezetlen, ami testséma- és kapcsolati zavarra utal. Két testvérét papírnak, illetve doboznak ábrázolja. K. és kisebbik lánytestvérének pozíciója a két rajzon - és valószínű, hogy a családban is - ellentmondásos. Még a családrajzon méreteiben és sorrendjében magát rajzolja nagyobbak és előrébb, addig az elvarázsolt családrajzon a húgát rajzolja maga fölé és nagyobbaknak.

H. András (7 év, 6 hó)

A család egyszülős családmodell (anya, 3 testvér). Nehéz életkörülmények között élnek. Minden gyerek más apától született. A. az egyedüli a testvérek között, akit az apa nem vállalt - nem vett a nevére. Emberábrázolása megközelíti életkorát, de részletek, arányok, színek tekintetében elmaradást mutat. Vonalvezetése bizonytalan. Ezzel szemben más iskolai spontán ábrázolási munkáiban emberek nem szerepelnek csak illatok, növények, természeti jelenségek (pl. szivárvány), melyeknél a valósághű ábrázolásra törekszik. Rajzaiban gyakori a halál, az elmúlás megjelenítése és a fekete szín használata. A családrajzban szépen kivehető a családi hierarchia, sorrend. Első helyre legnagyobb fűtestvérét rajzolja „családfő” szerepben, melyet szembeötlő méretnagysága is tükröz. Kidolgozottságában csak a keze különbözteti meg a többi alaktól. A nagyméretű, túlhangsúlyozott kéz - "kézben tartja a dolgokat" -, mintha jelezne tulajdonosának felnőtt szerepbe kényszerítettségét. A. nagytестvére méreteit és a többi családtagtól való távolságát is túlhangsúlyozza. Tőle távolabb, ugyanakkor egymáshoz közel rajzolja anyját és nagyobb lánytestvérét, mely szorosabb érzelmi kötődést jelez. A két figura közül az anya részletesebb, a lánytestvér alakja felületes, elnagyolt. Feltűnő a két alak ábrázolásánál, hogy az anya figurája szinte féloldalasan elnyomja, eltorzítja a lánytestvér alakját, mely utalhat kettőjük viszonyában az anya túlzott irányító szerepére. Önmagát negyedikként, a többiektől távolabb, utolsó helyre helyezi. Megfigyelhető a fej és a nyak dőlése a többi családtag felé. Az utóbbi 3 figuránál a kezek hiánya a tehetetlenség érzését kelti bennünk és valamilyen érzelmi-kapcsolati zavarra utal.

A 2. számú család rajzon a fejetlen önábrázolás gátoltságra, öndestrukcióra utal, mely a szuicid veszélyt hordozza magában. Lánytestvére mintha anyaként felé hajolna. Az anya ruházatát egy átlátszó szoknyával jelzi, mely az óvodáskori transzparenciára jellemző. Ez lehet utalás az anyai szerep betöltésének nehézségeire, identitászavarra.

Emberábrázolásában az arcjavítás, korrigálás bizonytalanságra utal. Az emberalak mozdulatot sejtet, mintha lépne, menne valahová.

Bár az elvarázsolt családrajz elkészítésére nem vállalkozott, de szóban elmondta, hogy kit - mivé varázsolna el. Az anya (kígyó) és a lánytestvér (hal) egy kategóriába vehető, mely állatokkal a sikamlósság és a csúszósság érzetét kelti, és számára a megfoghatatlanságot, esetleg utálatot jelentik. A nagyfiú testvér (cica) és ő (kutya) szintén egy kategóriába vehető. Az ismert kutya- macska viszony és a rajzon látható távolság jelzi a köztük lévő érzelmi kapcsolatot, de az azonos kategóriába sorolás mégis arra utal, hogy a fiútestvérével - mint férfival - próbál azonosulni.

Befejezés

Tekintettel arra, hogy a szakdolgozatom rendkívül nagy és sokszínű területet ölel fel, lezárásként, befejezésként csak néhány olyan gondolatot szeretnék - a tanultak az olvasottak és a tapasztaltak alapján - "újra- vagy átgondolni" átfogalmazni, megismételni, amelyek, érzéseim szerint a munkámat hatékonyabbá és jobbbá tehetik.

Az addiktológiai konzultáns képzésen belül rendszerszemléletből és családterápiából tanultak a család szerkezetét, működését, hierarchiáját teszik világosabbá. A deviancia szociológiája és a magatartástan pedig a deviáns vagy szenvedélybeteg személyiség kialakulásának folyamatát, prediktorait tárta föl, valamint betekintést nyújtott pl. az alkoholista család pszichodinamikájába.

Mindezek segítséget nyújtanak a jövőben a gyermek problémája mögött meghúzódó, mélyebb okok feltárásában, szűkebb környezetének, családi háttérének feltérképezésében. A gyermek megismerését a kapott írásos és szóbeli információk, a személyes kontaktus (fejlesztő munka) benyomásai, tapasztalatai mellett, mintegy kiegészítik, segítik a gyermek-, családrajzok elemzése.

Szükséges azonban a gyermekek rajzainak elemzéséhez, a gyerekekkel és környezetükkel való személyes, kölcsönös bizalmon alapuló kapcsolat kiépítése és a közös munka során annak fenntartása is. Ehhez a munkához nagyon nagy segítséget jelentett számomra a tanácsadáselméletben és a konzultációs technika gyakorlatokon tanultak alkalmazása.

A gyógypedagógusi feladatkörömről túllépve - mint addiktológiai konzultáns - megpróbálom integrálni a tanult ismereteimet a munkámban. Elképzelésem szerint az olyan esetekben, amikor összetett problémáról van szó, a jelenlegi tudásom, ismereteim alapján hatékonyan tudok segítséget kérni a környezetemben működő intézményektől, szakemberektől. Például: Nevelési Tanácsadó, Családsegítő Központ, Gyermekjóléti Szolgálat, Nagycsaládosok Egyesülete, Gyámhatóság és egyéb állami, társadalmi és egészségügyi intézmények szolgáltatásai stb.

Az iskolán belül - ahol jelenleg dolgozom, a saját munkámban - további lehetőséget látok arra, hogy drogrevenüciós programok bevezetésében nagyobb szerepet vállaljak és ennek a feladatnak ellátásába több munkatársat, szülőket, szakembereket és egyéb segítőköt (kortárs csoport, stb.) is bevonjak.

Munkahelyem - mely egy integrált egységként magában foglal óvodát, általános iskolát ép-, és értelmi fogyatékos gyerekekkel, speciális szakiskolát, szakiskolát és logopédiai hálózatot - jövőképe egy rehabilitációs központ létrehozása, mely számomra is nagy kihívást és megoldandó feladatok sorát jelenti.

„Hiú álom?

Lehet.

De álmok nélkül az ember halott.

Az álmok azért vannak,

hogy megvalósítsa őket az ember!"

(Kisfalvy Ákos)

AZ ÁRTALOMCSÖKKENTÉS SZEREPE A DROGPROBLÉMÁK KEZELÉSÉBEN

Fehér Beáta

Az ártalomcsökkentés módszerei

Azokban az országokban, ahol a kábítószer-használat szélesebb körben elterjedt, az intravénás droghasználók körében égető szükség volt a HIV fertőzés terjedésének megelőzésére. Az AIDS az egymással megosztott injekciós tűk segítségével gyorsan terjed. Ennek megelőzésére a legkézenfekvőbbnek a steril tűk osztása tűnt. Problémát jelentettek azonban a tereken, parkokban szétszórt fecskendők. Elkerülése érdekében megindult a tűcsere mozgalom: a szerhasználók használt tűkért cserébe steril eszközöket kaptak. A tűcsere kétféle formában működött: egyrészt úgynevezett alacsony küszöbű szolgáltatásként *drop-in centereket* hoztak létre, valamint utcai megkereső tevékenységet folytattak.

A drop-in szolgáltatás azonnali segítséget nyújt az aktív drogosoknak, nem állítva szigorú feltételeket: nem elvárás az absztinencia, tulajdonképpen csak az üzletelés és az erőszak van megtiltva (egyes helyeken a droghasználat sem tilos - lásd szűrőszoba). Ezek a központok nyitva tartásukkal, elérhetőségükkel és szolgáltatásaikkal is a kliensekhez igazodnak. Az injekciós tűkön kívül egyéb steril eszközökhöz is hozzá lehet jutni, pl. eldobható kupak (a drog feloldására), víztartó edény, alkoholos párna (a bőrfelület megtisztítására), szűrő (cigarettafilter helyett). A heroinfüggők aszkorbinsavat is kapnak a drog feloldásához, mert az egyébként használatos ecet, citromlé, vagy citrompótló vénaroncsoló. Sok helyen adnak érszorítót, vénakenőcsöt. Óvszert is osztanak, hiszen bebizonyosodott, hogy a drogfüggők jó része aktív szexuális életet él. A használt eszközöket olyan badellákba gyűjtik, amit megsemmisítenek. Ennek miniatűr változata alkalmas az egyéni gyűjtésre.

Általában egyéb szociális, egészségügyi pszichológiai segítségnyújtási formákkal is kiegészül a szolgáltatás. A tanácsadóktól információt kapnak a helyes szűrési technikákról, a

biztonságosabb droghasználati módokról, a fertőzések terjedéséről. Az információk továbbadására szóbeli közléseken, és a bemutatáson túl egyéb eszközöket is használnak. Plakátok, képeslapok szemléltetik a helyes használati módokat propagálják az óvszerhasználatot. A megfogalmazások tömörek, egyszerűek. A fertőzések megelőzésében egyre gyakrabban kerül előtérbe - az elrettentés helyett - azon technikák használatára szóló biztatás, mellyel mindenki vigyázni tud önmagára.

Ha mindenki legalább saját magára vigyáz, akkor a fertőzések terjedésének elejét lehet venni. Ugyanezen meggondolásból készítene a frankfurtiak kis kártyácskákat, melyek mindegyike egy-egy információt közöl. A frankfurti program minden héten másik kártyát osztogat, és az ezeken lévő praktikus tanácsok elfogadására igyekszik rábírni a bejárókat. Információkat kapnak a különböző kezelőhelyekről, a védekezési-módokról, a HIV/hepatitis vizsgálatok elérhetőségéről. Gyakran maguk is végeznek AIDS/hepatitis szűrést, egyrészt vérmintát küldenek a laborba, ahonnan visszajuttatják az eredményt, másrészt nyáltesztet végeznek (használatja jóval egyszerűbb), melyet szintén egy laboratórium elemez. Az információ mellett kérhetnek orvosi, jogi és pszichológiai segítséget is. Egy-egy drop-in center nappali melegedőként is üzemel, ahol teát, olcsó szendvicset kapnak, kimoshatják a ruhájukat a "beesők". Egyes helyeken működik szűrőszoba is, ahol biztonságos körülmények között adhatják be adagjukat az intravénás droghasználók. A nővéri felügyelet a - helyes technika bemutatásával - nemcsak a vénák károsodását segít elkerülni, de túladagolás esetén azonnali segítséget jelent (Naltrexon) beadásával.

A szolgáltatások anonimak, (név nélkül vehető igénybe) a nyilvántartás kódok alapján történik. Az USA-ban kártyás rendszer működik. Minden "vendég" kap egy mágneskártyát, kóddal ellátva. Rendőri igazoltatásnál a kártya felmutatása után a rendőr felhívja a központot, és ha annak nyilvántartásában a személy szerepel, akkor - de csak a drogfogyasztásért - nem indít eljárást, hiszen részt vesz valamilyen ellátásban.

Az utcai megkereső tevékenység - outreach - azon az elgondoláson alapul, hogy sokkal több ember érhető el ily módon, mint amennyit esetleg "be tudnak csábítani" egy központba. A droghasználókat a tereken, lakásokban, ifjúsági szórakozóhelyeken keresik fel, és így juttatják el hozzájuk a steril eszközöket, az információkat. Az információ tartalma hitelesebb, ha olyan adja át, aki maga is érintett, ezért az utcai munkások között sok a volt, vagy aktív droghasználó.

A „szó elszáll...”, ezért szóróanyagokat visznek magukkal. Ötletes megoldás a drogfogyasztók által írt, rajzolt képregény, mely humoros formában közvetíti a célpopulációnak eljuttatni kívánt információkat.

Az Egyesült Államokban külön újságot szerkesztenek, melyben egyéni történeteken keresztül próbálnak egy-egy dolgot népszerűsíteni.

Egyes helyeken gyógyszerárakban adnak ingyenesen injekciós tűt, máshol mobil szolgáltatás végzi ugyanezt (tűcsere-busz), de van, ahol tű-automáták működnek. A megkereső tevékenység egy sajátos formája a *party-service*, mely a rave, house, acid, GOA-partykon a disco-drogot használókat célozza meg. A szóróanyagok a drogok hatásain és használatuk veszélyein túl olyan információkat közölnek, melyek csökkenthetik a használók ártalmait.

A "biztonságos táncolás" elengedhetetlen feltétele a pihenők tartása, és a folyadék pótlása.

Az információn túl vitaminokat, ásványvizet, némi ennivalót is osztanak a táncolók között. Hangsúlyt fektetnek a "biztonságos szexre" (óvszert osztanak), valamint a biztonságos droghasználatra is.

Egyes országokban bevizsgálják a tabletták hatóanyag- és szennyezőanyag-tartalmát, ezzel előzve meg a károsodásokat, haláleseteket.

Az ártalomcsökkentő módszerek közé sorolható a *metadon-program* is. Kezdetben elvonás céljából adták, fokozatosan csökkentve a mennyiséget, ezzel elkerülve az elvonási tünetek okozta problémák jó részét. Manapság a metadon-fenntartó kezelés is gyakori. Azoknak az

ópiátfüggőknek, akik nem képesek az ópiátfogyasztással felhagyni, és több sikertelen leszokási kísérleten esnek át, metadont (Magyarországon Depridolt) adnak, mely szerkezeti hasonlósága okán kiváltja az ópiátok hatásait, de nem kelt kábulatot, eufóriát. A metadonnak jó ára van a feketepiacon, ezért a kiadóhelyek a szirup helybeni elfogyasztására tértek át. Máshol folyadék formában adják, mert akadtak, akik ragaszkodtak a szúráshoz.

A fenntartó kezelés előnye, hogy nem következik be túladagolás, nem használnak szennyezett anyagot, és aki egyelőre nem képes leállni, emellett normális életvitelre képes. Kiiktatódhat életéből a bűnözés, és az egész napos hajsza a drog után, így munkát is vállalhat. Az intravénás használat kikerülésével gátat szabnak a fertőzések terjedésének is.

A fenntartó kezelés ellenzői elsősorban azzal érvelnek, hogy a függőt nem gyógyítjuk meg, a problémát csak tüneti szinten kezeljük. A másik ellenérv, hogy a fenntartó kezelésben részesültek gyakran a metadon mellett is használnak drogokat. A HIV-fertőzés kockázata olyan magas, és oly sok kár származik a drogfogyasztók által elkövetett bűncselekményekből, hogy a negatívumok ellenére is indokolt a metadon-fenntartó kezelés. Szempont az is, hogy így a kliensekkel rendszeres kapcsolat tartható fenn (orvosi vizsgálat, AIDS/hepatitis teszt stb.).

Vannak olyan elszánt heroinisták, akik a metadont is elutasítják. Néhány ország megpróbálkozott a heroin-fenntartó kezeléssel. A próba eredményesnek mutatkozott: csökkent a bűnözés, és az illegális droghasználat.

Több nyugat-európai országban biztosítanak helyet a metadon-fenntartó kezelésben résztvevőknek, drogfogyasztóknak védett munkahelyen, és védett szállón. Itt nem feltétel az absztinencia, csak a házirend betartása. Tilos például a drogokkal való kereskedés a szállón. Ezekkel a lehetőségekkel a perifériára szorulásukat igyekeznek elkerülni.

A *segélytelefonok* is szolgálhatják az ártalomcsökkentést. Ezek többnyire 24 órán keresztül ingyenesen elérhetőek. Hasznos információval (drogok hatásai, kezelőhelyek stb.) látják el a hívókat, ez sürgős esetben azonnali segítséget jelent.

Egyre nagyobb szerepet kapnak az ártalomcsökkentésben maguk az érintettek is. Nemcsak a megkereső tevékenységben vállalnak részt a droghasználók, de olyan önsegítő-, és érdekszervezeteket hoznak létre, melyek feladata egymás segítése, a droghasználók érdekeinek védelme, jogsegélyszolgálat stb. Az egyéni érdekképviselőtől a politikai döntéshozatal befolyásolásáig is felvállalják. Megalkották az ártalomcsökkentés 12 pontját az életben-maradásért. Az alulról szerveződő sorstárs-programok igen hatékonyak, hiszen részleteiben is ismerik a problémákat, sorstársaikért - a helyzetük hasonlósága miatt - nagy erőfeszítéseket képesek megtenni. Hitelességük megkönnyíti a segítségnyújtást a drogfogyasztóknak, s mivel olyan ügyért küzdenek, mely személyes érdekük is, nagy energiákat képesek mozgósítani.

A sorstárs-hálózatok sok érintetthez képesek eljutni, az s összefogásuk nagy energiákat mozgat meg. A munkát - felvilágosítás, tücsere, party-service stb. - zömében önkéntesen végzik.

Az *önsegítés* igen hatékony, s mindemellett kifejezetten költségkímélő is.

Interjúk

„Kata”

Egy átlagos fiatal lány.

Kata tizenhat évesen középiskolába jár, kézilabdázik, megismerkedik egy fiúval, akivel négy évig járnak együtt. Konszolidált életet élnek, ritkán járnak társaságba, alkoholt nemigen fogyasztanak.

Húszéves koráig a szüleivel lakik. A középiskola elvégzése óta folyamatos munkaviszonya van. Mikor a párkapcsolat megszakad, akkor fordul elő, hogy „kocsmázni”, táncolgatni járogat.

Huszonkét évesen szívja el az első marihuánás cigarettát, amelyet egy „tapasztaltabb” barátnő szerez be. Az első alkalommal rosszul lesz. Ennek ellenére „buliból” másodszor is beszív. Rátanul, hogy az unalom, álmatlanság ellen jó ellenszer számára. Kizárólag akkor szív, amikor barátai megkínálják.

Új munkahelyén könnyen beilleszkedik, hamar társaságot talál magának. Egyre gyakrabban jár velük szórakozni. Patykra járnak, acid, house zenét hallgatnak. Divatosan kezd öltözni, szoláriumba is jár.

Vonzó számára ez az ismeretlen világ. Munkatársa megkínálja egy LSD-bélyeggel. A kezdeti kellemes hatás hamar átvált „parává”: úgy érzi, hogy kihullott a haja, a fogá, a kedves arc eltorzult. A szórakozóhelyről hazatérve nem mer egyedül maradni, elaludni nem tud. Felhívja ismerősét, aki iskolai drogmegelőzéssel foglalkozik. A személyes beszélgetés megnyugtatja. Félelme, hogy megzavarodott, hogy többé nem tud majd elaludni, eloszlik.

Hallotta valamikor egy baráttól, hogy a bélyegtől „úgy lehet maradni”, azaz hogy a hallucinációi örökké fognak tartani. Kata úgy érzi, hogy többé ezt inkább nem kockáztatja meg.

A rákövetkezendő hétvégén újra előkerül a bélyeg, amelyből ő is fogyaszt. Ekkor is vannak negatív élményei, de már tudja, hogy mire számíthat. Megfogadja – az imént említett ismerőse – tanácsát, igyekszik nem egyedül maradni. Mikor hazamegy, nekilát a házimunkának, hogy unalmát és félelmét elűzze. A következő party előtt speed-del kínálják, amit a kólájába keverve fogyaszt el. Otthonából indulnak a partyra. A melegséget, barátságosságot felváltja a heves szívdobogás, ami pánikkal tölti el. Úgy érzi, hogy meg fog halni. Folyadékot nem fogyaszt, csak két kávét, alkoholt nem is kíván. Reggelig táncolnak,

majd hazamegy. Aludni nem tud, pedig nagyon kimerültnek érzi magát. Rossz a közérzete, napokig nem képes enni.

Ismét felkeresi ismerősét. Legyűr néhány falatot, vesznek vitamint, és kalcium pezsgőtablettát. Katát jó érzéssel tölti el, hogy van kihez fordulnia, aki ugyan aggódik érte, de mégsem ítéli el. A hasonló hétvégék még három-négy alkalommal ismétlődnek. Már nem kezd el olyan hevesen dobogni a szíve, mert a kávé és az energitalokat kerüli. Megpróbál táplálkozására is odafigyelni, bár bevallja, hogy az időközben leadott 8 kiló „megdobja az önértékelését.” Az utolsó alkalom előtt, már egész héten a szombat estét várja. ”Az ivás eszembe sem jut, de anélkül már el sem mennék. Nagyon megijedtem, amikor azt mondta a Zoli, hogy lehet hogy nem lesz”.

A partyn egy régi barátja, aki „csak spanglizgat” (marihuánás cigarettát szív) megállítja és azt mondja: „Hagyd abba, nagyon le vagy robbanva”. Ez a mondat azóta is élénken él az emlékezetében. Elgondolkodott, mintha tényleg nagyon nyúzott, zaklatott lenne „...de inkább ritkán néztem tükörbe”.

A speed-et ez alkalommal már orrba szippantotta „...pedig soha nem tudtam volna elképzelni, hogy valamit is felszippantsak. Undorodtam az ilyesmitől. Csípte is az orrom rendesen.”

Intravénás használatra nem is gondol, azt elképzelhetetlennek tartja, hogy megszúrja magát. Az ismerősétől hallja először, hogy a disco-drogokat is túl lehet adagolni. A kiszáradásról, meg arról, hogy valaki halálra táncolja magát, már hallott, de mindig azt gondolta, hogy ezek csak pletykák. A Diákszigeten egy tanácssátorban találkozott a Party-sevice-zel, ahova odasétált.

Bátortalanul méregette az asztalra kirakott szóróanyagot. Nem értette, hogy miért van ott az a sok pezsgőtabletta. Egy szimpatikus fiatalember megszólította, és megkínálta. Megitta, majd ezen felbuzdulva ivott egy másik fajtaból is, zsebre tett néhány szóróanyagot, és magához vett néhány kekszet.

Az elmúlt négy évben csak alkalmi kapcsolatai voltak. Mivel nem szed rendszeresen fogamzásgátlót, így terhesség elleni védekezéséppen is óvszert használ, de bevallja, hogy időnként megfedezkedik róla. Tart a megfertőződéstől is, de magától soha nem ment volna el HIV/hepatitis-vizsgálatra.

Orvoshoz kb. félévente egyszer megy. A kért általános orvosi vizsgálat semmilyen eltérést nem mutatott. A HIV /hepatitis tesztjeinek eredménye negatív volt.

Kata ismerésétől olyan ártalomcsökkentő tanácsokat kapott, melyeket különösebb nehézség nélkül alkalmazni is tudott.

A speed mellé ivott kávék és energiatitalok kerülése nem csak a szíve túlterhelésétől mentették meg, de az emiatt érzett pániktól is. Az, hogy tudta, milyen hatásra számíthat a drogok használata közben és után, lehetővé tette, hogy bánni tudjon velük. A vitaminok, a kalcium, a folyadék pótlása maradandó károsodásoktól óvhatja meg szervezetét.

Az időközben megerősödött bizalmi szál mentén sok tanácsot elfogad, problémáival, félelmeivel pedig olyan emberhez tud fordulni, aki szakmailag megalapozott segítséget nyújthat.

A Party-service-t olyan szolgáltatásként értékeli, melynek nagy pozitívuma, hogy "házhoz jön". "Egy-egy pezsgőtablettát bedobni nem felejték el, ha elém rakják, és még a folyadékot is pótolom."

Böbe és Jani

Mindketten heroinfüggők. Egy Civil AIDS-megelőző Tűcsere-program "utcai munkásai".

Böbe édesanyja alkoholista, már tíz éve egyedül neveli lányát. Kórházi asszisztensként dolgozik.

Böbe sokat jár társaságba, mindig "zűrös palikat" fog ki. Barátaival alkalmanként iszogatnak, marihuanás cigarettát szívnak. Négy évvel ezelőtt beleszeret egy fiúba, aki politoxikomán.

Együtt kipróbálják az LSD-t, varázsgomát. Fél éven keresztül legalább havi öt-hat alkalommal használnak speed-et. Először orrba szippantják, majd intravénásan alkalmazzák. Az első injekciót barátja adja be neki, de - nem irtózva az ilyesmitől (édesanya-egészségügy!) - hamar megtanulja saját magának beadni. Csak egy-két alkalommal használnak közös fecskendőt, mással soha nem osztózik. A speed-es másnaposságot barátja javaslatára heroinnal orvosolják. A "fóliázásról" gyorsan áttérnek a gazdaságosabb intravénás használatra. Böbe a heroinban megtalálja azt a nyugalmat, amire mindig vágyott.

A Diákszigeten barátja elviszi a Drogbuszra, ahol steril eszközöket kapnak, és az ügyeletessel végigbeszélgetnek egy fél éjszakát. Ott hallanak először a Tűcsere-programról, ahová azontúl heti egy-két alkalommal lejárnak.

Böbe három-négyfős társaságot gyűjt maga köré a lakásában, a Tűcsereből nekik is visznek injekciós tűket. Ekkor merül fel a gondolat, hogy a többi ismerőst is elláthatná steril eszközökkel. Így lesz Böbe és barátja "utcai munkás".

De kapcsolatuk megszakad, Böbe Janival kezd járni.

Jani Böbével való megismerkedésükig - csak alkoholt iszik, két három alkalommal szipuzik. Böbe már heroinfüggő, amikor megismerkednek. Jani úgy próbál neki segíteni a leállásban, hogy példát

mutat: "Gondoltam, majd én megmutatom neki, hogy milyen könnyű leállni, de ehhez előbb rá kellett szoknom. Nem volt nehéz. Leállni se az, de a Böbe nem bírja, így legalább ketten nyomjuk el a pakkot (kb. egy napi adag), nem ő egyedül." Jani rögtön intravénás használattal kezdi, saját magának adva be a heroint. Közös tűt soha nem használnak. "Minek, mióta Tűcserebe járunk, van dögivel."

Böbe édesanyja esténként sokat veszekedett velük, "hol azért, mert sokat ivott, hol azért, mert semennyit." Böbe egy alkoholelvonás alkalmával felkínálja édesanyjának a heroint. Valóban elmúlnak az elvonási tünetek. Böbe és Jani úgy gondolják, hogy a heroin még mindig jobb,

mintha inna. Azóta már az édesanya is heroinfüggő. Egészségügyi dolgozó lévén sok praktikus tanáccsal látja el lányát és annak barátját is (hova, hogyan szúrjanak). Még vénakenőcsöt, fertőtlenítő folyadékot is szerez a kórházból.

Böbéék jövedelemforrása kezdetben a betöréses lopás, később (kb. egy éve) a dealerkedés (drogárusítás) lett. Az üzletet a lakásban bonyolították.

Böbéék az "ügyfeleik" tucseréjét is megoldották. A használt tűket a programtól kapott badellákban gyűjtötték, így havi több százat cseréltek le. Később óvszert, alkoholos kendőt, szűrőt, kupakot is kaptak a Túcserétől, és ezt továbbították is.

A tucserésekkel rendszeresen folyt az információcsere is, Böbéék pedig lelkesen szívtak magukba minden információt, és lelkiismeretesen tovább is adták azt.

Böbe négy éve folyamatosan fogamzásgátló tablettát szed, óvszert soha nem használt. Janival havi három-négy alkalommal élnek szexuális életet, óvszert eddig még nem használtak.

Böbe egy esetben adagolta túl magát, amikor több tablettát Rivotrilra - szúrt. Kórházba került, több napig benn tartották.

Böbe elkezdte a szociális asszisztens-képzőt, tervezgették a leállást. A rendőrség azonban lefűlte őket. Jelenleg előzetes letartóztatásban vannak.

Az általános orvosi vizsgálatra már nem került sor, de bélpanaszokon kívül semmilyen egészségügyi problémáról nem számolnak be.

HIV/hepatitis-teszten az interjúkészítés előtt három héttel voltak utoljára.

A hepatitis C-teszt ismételten pozitívnak bizonyult mindkettőjükénél. A fertőzésről kb. fél éve tudnak. Három-négyhavonta járnak szűrésre.

Böbe és Jani droghasználatának módját alapvetően meghatározta az, hogy Böbe édesanyja az egészségügyben dolgozik. Egyrészt Böbe ezért nem irtózott a szúrástól, másrészt viszont az anyja sok hasznos tanáccsal, eszközzel látta el őket, ami hozzájárult ahhoz, hogy

egészségkárosodásuk a minimálisra csökkenjen. Az egészségükhöz való alaphozzáállás eredményeképpen Böbe a szociális asszisztens képzésen is leplezni tudta heroinfüggőségét

Az utcai munkásként folytatott tevékenységük nagyban hozzájárult a fertőzések terjedésének megelőzéséhez. Személyes példájuk sok olyan szokás meghonosodását szolgálta az intravénás használók körében, melyekre addig nem fordítottak figyelmet. Az úgynevezett drogos mentalitás átformálásában is nagy szerepük volt a kliensek között.

Legalább tíz-tizenöt olyan használót sikerült elérniük, akik a programba nem voltak hajlandók eljönni.

Norbert

25 éves, volt ópiátfüggő.

14 évesen már rendszeresen dohányzik, gyakran fogyaszt alkoholt.

Szabadideje jó részét az utcán tölti haverjaival. Szereti a kihívásokat, a kockázatot, mindent kipróbál, amire csak alkalma van. Mikor a középiskolából eltanácsolják, anyja kirúgja otthonról. Sodródik társaságból társaságba, országról országra. Tizenhat évesen szívja el az első jointot (marihuánás cigaretta), s ezentúl soha nem utasítja vissza, ha megkínálják. Gyakran főznek rnákteát is, aminek veszélyeiről szinte semmit nem tud. Tizenhét éves, mikor egy haverja morfinnal kínálja meg, melyet abból a kórházból szerez, ahol beteghordóként dolgozik. Ketten osztoznak egy-egy ampullán, aztán már fejenként egyet-egyet használnak. Haverja és ő is ekkor szúr először, minden előzetes tapasztalat nélkül. A fecskendőt is a barátja hozta a kórházból. "Mindig azt használtuk, amelyik éppen kéznél volt." Félelmet egyáltalán nem érzett: "Mi történhetett volna, maximum beledöglünk."

Tizennyolc évesen találkozik a heroinnal. Néhány hónap alatt eljut a napi rendszerességű használathoz. A pénzt bolti lopásból, lopott holmik adás-vételéből, heroin- és marihuána árusításból szerzi. Fecskendő mindig került valahonnan, csak akkor használta másét, ha

nagyon rosszul volt. "Inkább kihegyeztem, meg kimostam a pocsolóban a sajátomat, minthogy másét használjam. Volt hogy a gyufás skatulya oldalán hegyeztem ki a tűmet."

Az egészségével nemigen törődött. Egy alkalommal 52 kilogrammot mutatott a kórházi mérleg, amikor túladagolással beszállították.

Elmondása szerint nyolc-tíz alkalommal adagolta túl magát. Ilyenkor hol a barátai élesztgették (sós vizet adtak intravénásan), hol mentő vitte. "A bal. belen (baleseti sürgősségi osztály) már mindenki ismert akkoriban."

Kétszer szándékosan vett magához nagyobb adagot, az "aranylövésre" készült. "De nekem még ez sem sikerült!"

Norbert tizenhat éves korától rendszeresen élt nemi életet, többnyire alkalmi partnerei voltak. Óvszert csak igen ritkán használt. Húsz éves, amikor megismerkedik egy lánnyal, akitől gyermeke születik. A terhesség kezdetétől a gyermek másfél éves koráig leáll az ópiátokkal, de heti rendszerességgel alkoholizál.

Mikor a kapcsolat megromlik, visszatér korábbi életformájához. Mivel a heroinra nemigen volt pénze, többnyire "kompótozott" (lengyel heroint szúrt). A "kompótosnő" mindenkinek tiszta fecskendőbe mérte ki adagját.

Hallottak arról, hogy Lengyelországban a kompótot használók között úgy terjedt el az AIDS, hogy közös edényből szívták föl az adagot – használt fecskendőkkal. Ügyeltek arra, hogy ez ne fordulhasson elő.

A "kompótosnő" érdeke is azt szolgálta, hogy ügyfelei ne haljanak ki, ezért steril "pumpákat" használtak. Ezek beszerzése akkoriban nehézkes volt, de mindig akadt olyan gyógyszertár, ahol adtak.

Norbert vénái megsínylették a rengeteg szúrást. Általában oda szúrt, ahol kézre esett, később, ahova még tudott (kézfej, lábszár), mindenféle fertőtlenítés nélkül.

Kiskanálból gyűjteménye volt, így sosem szorult máséra. A szűrőket gyakran továbbadta, ha valaki rászorult, mivel ő is gyakran került ilyen helyzetbe. A hepatitisről akkoriban még nemigen hallott. A Tűcsere-programmal ő is a Diákszigeten találkozott először. Benézett, és látta, hogy hátul beszélgetnek, elől pedig ki van téve rengeteg steril tű. Óvatosan zsebre rakott belőle amennyit csak bírt, nem gondolván, hogy az "free" (ingyenes). Mikor elfogyott, visszament a buszra. Az ügyeletes ellátta injekciós tűvel, és a lelkére kötötte, hogy hozza vissza a használtakat. Norbert visszahozta még a régieket is, és új klienseket is hozott.

A Tűcsere-program utcai munkása lett. Szuggesztív egyénisége nagy segítséget jelentett az információ-átadásban. Nem csak kivitte a lakásokra az eszközöket, de meg is mutatta használatukat. A tűcserezések pozitív mintát jelentettek számára az úgynevezett normális életből. A leálláshoz is az ő segítségüket kérte. Akkoriban már odafigyelt öltözködésére és egészségére is. Igyekezett rendszeresen étkezni, vitaminokat szedett, és elment egy kivizsgálásra is. Gyomorfekélyt diagnosztizáltak, melyre rendszeresen gyógyszert szedett.

A sokadik leállási kísérlet sikeresnek bizonyult. Immáron háromnegyed éve tiszta. Gyógyteákat iszik, és a reformétkezés híve. A Tűcserét ma már elkerüli, de a munkatársakat időnként meglátogatja. Az általános orvosi vizsgálat megerősítette a gyomorfekély tényét, kisebb májnagyobbodást észleltek. Gyomorfekélyére egy új gyógyszert írtak föl. A szíve "időnként rendetlenkedik". A fél évvel ezelőtti EKG (munkaalkalmassági vizsgálat során) lényeges eltérést nem mutatott. Panaszai nincsenek.

HIV-szűrésen két alkalommal járt - mindig a leállás elhatározása után -, negatív eredményt kapott. "Ha pozitív lett volna, akkor minek álltam volna le?!" Mióta úgy tudja, hogy TAJ-kártyát, nevet kérnek, azóta inkább nem megy el.

A jelenlegi anonim AIDS/hepatitis tesztnek negatív eredménye lett.

Norbert többévnnyi drogos karrier és a sodródó életmód következtében igen sok kapcsolattal rendelkezett. A nála bekövetkezett pozitív változások például szolgáltak másoknak is. Mindig

volt nála néhány csomag fecskendő és aszkorbinsav, hátha összetalálkozik olyanokkal, akiknek hiányos a felszerelésük. Jó beszédkészsége, szuggesztív egyénisége lehetővé tette, hogy saját történetein keresztül "okítsa" társait. A legtöbben adtak a szavára. Lelkesen tesztelte az új szolgáltatásokat (szűrő, kupak, beutalás stb.), és a munkatársakat is felvilágosította. A szóróanyagok mindig átmentek az ő kezén is. Ezeket kivitte lakásokra, szórakozóhelyekre. Mivel teljes jogú munkatársnak érezte magát, szívesen propagálta szolgáltatásokat ismerőseinek is. Lelkesen fogadott minden új információt (fertőzésekről, kezelőhelyekről), és szívesen továbbította is azokat. A kórházi kezelést és a rehabilitációt az alapítvány munkatársai szervezték. A pozitív törődés nagy segítséget nyújtott számára a leállásban.

Karcsi

Huszonhat éves. Heroinfüggő.

Tizennégy évesen szívta el az első marihuánás cigarettát. Nem tudott sokat róla, csak azt, hogy az is „narkó”. Két hét után már szinte napi rendszerességgel szívott.

Tizenhét évesen próbálta ki a speed-et, ezzel ünnepelte születésnapját.

LSD- bélyeget kiáztatott, beletett egy kis speed-et és beszúrta. "Láttam már másoknál is hogyan csinálják. Bedöftem, nem talált. Újra. Recsegett, de betoltam. Másnapra úgy bedagadt a kezem, hogy meg kellett műteni. Azóta „innen csuklótól könyökhajlatig művéna van benne. Na, oda többet nem szűrhatok." Tanulság volt ez számára, azóta is igyekezett váltott helyre szűrni.

Vigyáztam rájuk, mert tudtam, ha tönkremennek, akkor elbúcsúzhatok a flash-től." Mindent elolvasott a drogokról, amit csak be tudott szerezni. Ennek köszönhető, hogy multivitaminokat szedett és kalcium-ampullát használt szűráshoz víz helyett.

Három év alatt felélte a kocsmáját, autóját és lakását.

Húsz évesen találkozott először az ópiátokkal. Régóta tervezgette már a heroin kipróbálását. Először mákteát szúrt, amitől úgy belázasodott, hogy 1 hétig kórházban kellett feküdnie. Utánaolvasott, végigkérdezgette ismerőseit, hogy mi lehetett a baj. Rávetették, hogy ne bajlódjon a mákkal, vegyenek inkább heroint. Alig egy hónap telt el, és már naponta szúrt. Közben kipróbált - a crack kivételével - szinte mindent. Hat évig használt folyamatosan ópiátokat.

Mostanáig nem is gondolt a leállásra. Kórházban csak egyszer volt, amikor nem volt heroin a városban. Négy nap után el is jött.

Az egészségére mindig vigyázott: "Ezért nem vagyok annyira lepusztulva hat év után, mint a többi cuccos".

Állítása szerint soha senki eszközeit nem használta, csak két-három alkalommal kért el használt szűrőt. Kezdetben ugyan az AIDS-ről, hepatitisről még nem, de egyéb fertőzésekről már hallott. Az gyakrabban megesett, hogy valamilyen eszközt továbbadott: "Ő tudja, mit csinál, mindenki vigyázzon magára." Több, mint négy éve nem él szexuális életet, de a heroin mellett nem is érezte hiányát.

Ez év júniusában börtönbe került, szeptemberben szabadult. Nagy adag gyógyszert kapott bent. Egy hónapig csak a gyógyszerosztásra kelt fel.

Mikor kiengedték, első dolga az volt, hogy megkeresse "hernyós" (heroinista) ismerőseit. Egy hétig azon volt, hogy bepótolja a lemaradást, majd úgy döntött, jobb, ha lemegy egy rehabilitációs otthonba. "Komolyan elhatároztam, hogy leállok. Elegem volt már az egészből. Teljesen legyengültem, már nem is élveztem a cuccot."

A felvételhez el kellett mennie szűrésre. Azelőtt soha nem járt még. Levélben értesítették, hogy HIV pozitív. Másodszor is elment, az eredmény ugyanaz lett. "Örültem. Annyira depressziós voltam, hogy ez még jól is jött." Abba nem is gondolt bele, hogy hogyan kaphatta el, nem is érdekelte. Az eredményt rögtön elmondta a Tücsere dolgozóinak, aztán a

haverjainak is. Innentől mindenki jobban igyekezett vigyázni magára, de Karcsit nem közösitették ki. Ő pedig óvta a többiekét a megfertőződéstől. Egy kezelőhely munkatársa elkísérte egy újabb szűrésre, az eredmény negatív lett. A két további vizsgálat is negatív. „Hát nem örültem neki. Ez se jött össze.”

Jelenleg dolgozik, laknia nincs hol. Lépcsőházakban, haveroknál alszik. Még mindig depressziós, de pszichológusról, pszichiáterről hallani sem akar. A kezelőhely munkatársaival viszont rendszeresen tartja a kapcsolatot.

Karcsi szorgalmasan gyűjtötte az információkat. Hat-nyolc évvel ezelőtt azonban még nem sok mindenhez jutott hozzá. Mint ahogyan ő is megfogalmazza, az, hogy vigyázott egészségére, és próbálta a droghasználat ártalmait csökkenteni, nagyban hozzájárult ahhoz, hogy viszonylag egészségesen kezdhet neki a "tiszta" életnek.

Saját hibáiból (véna átszúrása, túladagolások) könnyen tanul, de mindez kellő információ birtokában elkerülhető lett volna.

A fertőzések elkerülése érdekében sok mindent megtesz. Hozzáállása: "Mindenkinek vigyázzon magára". Saját egészségét óvja, de másokéért nem vállal felelősséget.

A HIV-pozitív eredmény változtatott a hozzáállásán: megértette, hogy nem elég az, ha csak önmagára vigyáz. Ez az esemény a többi intravénás használót is óvatosságra intette.

A rehabilitációs otthonba kerülését a kezelőhely munkatársai segítették. Mikor megtudta, hogy HIV/hepatitis tesztet kell csináltatnia, majdnem feladta.

Fölösleges procedúrának érezte, hiszen ő betartotta a biztonságos droghasználat szabályait. A kezelőhely egyik munkatársa tudta rábeszélni, aki a további szűrésekre is elkísérte. Iránta bizalmat érez, problémáival hozzá fordul.

Tapasztalataim a Tűcsere-programban

A Tűcsere-program 1995 őszén indult. Az első három hónapban mindössze két-három intravénás droghasználó jött le. A program nem mert és nem is akart túl nagy nyilvánosságot. A tűcsere híre szájról-szájra terjedt, a drogosok bizalmatlanságával azonban nehéz volt megküzdeni. Ahogy az egyik fiú fogalmaz: „Magyarországon olyat, hogy csak úgy adnak pumpát, és nem hívják rám a zsarukat - hihetetlennek tűnt.” Ahhoz, hogy eredményes munka folyhasson, elengedhetetlen volt az elfogadó, nyitott légkör biztosítása. Hamarosan kiderült számunkra, hogy a konkrét tűcserén kívül egyéb módszerekre is szükség van az ártalmak csökkentése érdekében.

Megpróbáltuk a beszélgetések során azokat az ártalmakat feltérképezni, amelyek érintik a klienseket, és azokat a módszereket bevezetni, amelyekre igényeik vannak.

A klienseink ártalmai

Fertőzések

Azzal tisztában voltak, hogy a HIV/hepatitis a használt fecskendők továbbadásával terjedhet, de hogy a kanál, szűrő, vizesedény stb. is fertőző lehet, arra nemigen gondoltak. A hepatitis különböző típusait csak kevesen tudták elkülöníteni. Az egyéb fertőzésekkel pedig szinte egyáltalán nem törődtek. Az alapvető higiénés szokásokat (kézmosás) sem tartották be.

A nem megfelelő szűrési technikák ártalmai klienseinknél

A legtöbben nem gondoltak arra, hogy a váltott helyre szűrés csökkentheti annak az esélyét, hogy a véna tönkremenjen. "Odaszúrok, ahol kézre esik, vagy ahova még egyáltalán tudok."

A program egy utcai munkása hétévi rendszeres intravénás használat után visszatért a fóliázásra: „Nincs egy fél centiméternyi ép véna sem a testemen. Mit gondoltam én arra, hogy

védjem őket. így most jóval többet kell költenem.” Két esetben az is előfordult, hogy a kliens keze lebénult, amikor kézfejbe szúrt. Feltételezhetően megrongált egy fontos ideget.

Túladagolás

Évente legalább öt-tíz alkalommal kellett mentőt hívni túladagolás miatt. Hat kliensünket így vesztettük el. (Sokról esetleg nincs tudomásunk.) Nagy százalékban valamilyen gyógyszer (Rivotril, Noxyron) mellé szúrtak heroint. Sokan ezért kerültek például az elvonáskor adott Rivotril szedését: "Bennem van egy rakat Rivotril, jön a Béla, vegyünk még felesbe egy pakkot. Én meg majd biztos nemet mondok!"

„Hamisított” drogok

Nagyon sok történetet meszeltünk velünk arról, hogy milyen "hígítókkal" találkoztak már. Volt közte kakaópor, patkányméreg, gyógyszer porrá törve, porított gyanta stb. Egy régi utcai munkásunk gyantával hígított heroint vásárolt, ami a könyökhajlatánál megrekedt, és eltömítette a vénát. Az alkarja fél kilós kenyér nagyságúra dagadt. A kórházban, mivel nem találtak vénát az érzéstelenítéshez, anélkül vágták fel és tisztogatták ki a vénát. Néhány óra hiányzott ahhoz, hogy elveszítse a karját.

A drogok által előidézett káros hatások

Legtöbb kliensünk testsúlya nem éri el a magasságához viszonyított minimumot. Ennek oka nem csak a helytelen, rendszertelen táplálkozás, de a különböző drogok az emésztőrendszert és az immunrendszert is rongálják. Klienseink számos betegséget hordanak ki lábon, az ópiátfüggők még a fájdalmakat sem érzik. Azok között, akik évekig mákteáztak, nagyon

sok a hiányos fogazatú. Izületi panaszokról azok számolnak be, akik néhány hónapnyi speed használat után abbahagyták azt.

A szexuális úton terjedő betegségek

A lejáró heroinisták nem szívesen beszéltek szexuális életükről. Az egyik fiú nem is igen értette, hogy miért adunk a tű mellé óvszert. Volt olyan kliensünk is, aki viszont heti rendszerességgel váltogatta partnereit. Két lánnyal való beszélgetésből is kiderült az, hogy a drogra szánt pénzt prostitúcióval szerzi.

A SZTB-k közé többnyire csak az AIDS-t és a hepatitist sorolják.

Érdekesnek tűnt számunkra, hogy amennyire igyekeznek a közös fecskendőhasználat elkerülésével védekezni a fertőzések ellen, annyira nem törődnek a szexuális úton terjedő ártalmakkal.

A Tűcserében alkalmazott ártalomcsökkentő módszerek

A heti háromszor két órás nyitva tartás és kizárólagosan a tűk cseréje, mint szolgáltatás hamarosan elégtelennek bizonyult. Az ügyeleti idő heti ötször négy órára bővült, a szolgáltatásainkat pedig folyamatosan bővítettük. Az utcai megkereső tevékenységgel igyekeztünk minél több intravénás droghasználóhoz eljutni. Ebbe a munkába aktív droghasználókat is bevontunk. Az ő belépésükkel látványosan megnövekedett a lejárók száma. Az tűk mellé ma már alkoholos kendőt, kupakot, vizes edényt, érszorítót, szűrőt, vénakenőcsöt, aszkorbinsavat is adunk. A használt eszközöket badellákba gyűjtjük, ami megsemmisítésre kerül.

Az információ átadásának útja még mindig elsősorban a szóbeli közlés. A falon plakátok találhatók az AIDS terjedési formáiról, az anonim szűrőállomásokról. A helyes szűrési

technikákat a Tűcsere saját szóróanyaga ismerteti. A jogi következményekről a Drogjog-ban olvashatnak, a kezelőhelyekről a Droginfo-ban tájékozódhatnak.

Folyamatos a kapcsolattartás a drogambulanciákkal, rehabilitációs otthonokkal, kórházakkal. Közvetlen beutalót az Erzsébet Kórház Krízisintervenciós Osztályára - kéthetes, Depridos méregtelenítő kúrára tudunk adni.

A teljes anonimitást kezdetektől fogva biztosítani tudjuk. Körülbelül egy éve kódrendszert vezettünk be, mely a kliensek azonosítására, regisztrálására szolgál, így korrekt statisztika készítésére is alkalmas.

Az ügyeleti idő (hétfőtől- péntekig: 17- 21 óráig), és a belvárosi helyiség sokak számára elérhetővé teszi a programot. Egy év alatt százötven klienst regisztráltunk. Körülbelül ötven állandó látogatónk volt, akiknél sikerült elérni az „egy szűrés-egy tű” elv elfogadtatását. A kupakokra való áttérés miatt nem probléma ma már a közös kanál használata. A szűrő továbbadásának megakadályozása kudarcba fulladt, mert sok olyan kliensünk is volt, akiknek a beszerzés komoly anyagi gondot jelentett.

A kliensek között - saját bevallásuk szerint - körülbelül hetven-nyolcvan hepatitis C-s van. Egy kliensünkről derült ki, hogy HIV-pozitív, de ő már Párizsban volt, mire a hír eljutott hozzánk.

Az egyéb fertőzések elkerülésének érdekében alkoholos kendőt osztottunk, illetve személyes jó példával jártunk elől, ami a kézmosást, takarítást, fertőtlenítést illeti.

„A szűrés” című szóróanyag több angol nyelvű szöveg fordításából született, mely a szűrés helyes technikájáról minden lényeges információt tartalmaz. Ezek eljuttatása az érintettekhez elsősorban az utcai munkások feladata volt. Sok szó esett a túladagolásról. Többnyire egymást látták el jótanácsokkal, amiket mi összegyűjtöttük.

A különböző "hamisító" anyagok felismerésére ötletes módszereket dolgoztak ki, ezeket egy tea mellett beszéltek meg. A különböző egészségügyi problémák felismerésére, kezelésére kezdeményezték a helybeli orvosi ügyeletet (folyamatban).

Legnehezebben az SZTB-kel birkóztunk meg. Az óvszerhasználatot sokan nyíltan elutasítják impotenciára hivatkozva. A badella mellé helyezett ládányi óvszer azonban észrevétlenül, de látványosan fogyni kezdett.

Évente megközelítőleg hetven-nyolcvan ópiátfüggőt utaltuk be a kórházba, néhányan jelenleg is rehabilitációs otthonban vannak.

Következtetések

Feltételezéseimet, miszerint az ártalomcsökkentő megközelítés egyéni és társadalmi haszna létező, és a droghasználat kezelésében elengedhetetlen, mind az interjúk, mind a gyakorlati tapasztalatok igazolni látszanak. Az első interjúalany egészségmagatartási szokásain sokat változtattak azok az információk, melyeket „szakember” ismerősétől kapott. Azon túl, hogy ezek a későbbiekben - nem túlzás - az életét is megmenthetik, olyan bizalmi kapcsolat alakult ki, melyre mindig számíthat.

A heroinfüggő pár nagyon sokat tett nemcsak az AIDS terjedésének megelőzésében, de hitelességükkel erős kapcsolatot teremtettek a „szakma” és a droghasználók között is. A Tűcsere-program által közölt információkat hatékonyan továbbították, valamint személyes példájuk jó hatást gyakorolt a többiek fogyasztási szokásaira.

Az ópiátfüggő utcai munkás fiú szemléletében, életmódjában jelentős változások következtek be. A tűcsere-kezeléssel kialakult szoros kapcsolat olyan támaszt jelentett számára, melyet addig nem tapasztalt. Ez a mankó is egy lépéssel közelebb vitte az anyag elhagyásához.

A negyedik interjúalany sok olyan információt gyűjtött be, mellyel tudatosan óvta egészségét. A HIV-pozitív eredmény hatására felelősséget érzett már társai iránt is, akik változtattak is droghasználati szokásaikon. A fertőzések problémája testközelivé vált.

A Tűcsere-program néhány éves tapasztalatai megerősítettek abban, hogy az AIDS-megelőzésen túl még számos céllal szerveződhet egy ilyen szolgáltatóhely. Több ember kerülhetett el számos megbetegedést, halált. A hatékonyságot jelentősen növelte az egészen újfajta hozzáállás, és a drogfogyasztók bevonása.

A hazai droghasználatok kezelésében is elengedhetetlen lenne az ártalomcsökkentő szolgáltatások számának növelése, illetve a külföldön bevált módszerek adaptálása.

ADDIKT SZEMÉLYEK IRÁNTI ATTITÚD VIZSGÁLATA

Horváth György

Az addikt személyekkel foglalkozó kórházi osztályokon dolgozók társas beállítódásának vizsgálata

Vizsgálódásaimat két budapesti kórház addiktológiai osztályán, egyik kórházunk központi aneszteziológiai és intenzív terápiás osztályán, illetve az egyik Pest megyei önkormányzat rendelőintézetében folytattam, ahol a kezelőszemélyzetet kértem meg arra, hogy töltsék ki a Leary-féle Interperszonális Vizsgáló Listát.

Célok

Célom volt a szenvedélybetegekkel valamilyen módon kapcsolatba kerülő egészségügyi dolgozók vizsgálata arra vonatkozóan, hogy milyenek a beállítódásaik az addikt személyhez, illetve milyen elképzeléseik vannak a szenvedélybetegekkel foglalkozó ideális segítőkéről.

Úgy gondolom, hogy érzelmeik a nézeteikkel, hiedelmeikkel és az addiktokra vonatkozó tapasztalataikkal együtt viszonylag kedvező beállítódást eredményeznek bennük. Az az ember, aki azt a hivatást választja magának, hogy segítsen másokon, a másokkal való törődés értékei miatt teszi azt, tehát világos elképzelése van arról, hogy milyennek kell lenni egy ideális (jó) segítőnek.

Két kérdésre kértem választ, mégpedig, hogy

1. Gondoljon a szenvedélybeteg emberre;
2. gondoljon a szenvedélybeteggel foglalkozó ideális segítőre és válassza ki a rájuk nézve megítélése szerint igaz állításokat.

Ténylegesen tehát Leary tipológiája szerinti II. szint (tudatos önjellemzés szintje), illetve az V. szint (értékek szintje) vizsgálatát végeztem el. A két lapot összetűztem, hogy a későbbiekben, a kiértékeléskor ne okozzon gondot, ha a szenvedélybeteghez, illetve a vele foglalkozó ideális segítőhöz fűződő beállítódást ugyanahhoz a vizsgált személyhez kívánom kapcsolni.

A kérdésfeltevésért azért használtam a szenvedélybeteg kifejezést az addikt helyett, mert abban bíztam, hogy a nem ezen a területen dolgozó medikális és paramedikális személyzet is ebben a formájában biztosabban megérti. Kíváncsi voltam a munkatársaim véleményére azon az osztályon, ahol dolgozom kitöltéssel kapcsolatban. Mindenki kitöltötte, senkinek sem okozott gondot a megértés, a válaszadás.

Egy kritikai észrevétel volt csak, hogy a 88. állításban szereplő, "tapintatos, lágyszívű" kifejezések nem szinonimái egymásnak, aki tapintatos, annak nem kell egyszersmind lágyszívűnek is lennie.

Feltevéseim

- a) Feltételezem, hogy a különböző egészségügyi intézményben dolgozók az addikt személyt a szubjektíven megfigyelhető viselkedés, a tudatos önjellemzés szintjén az önmagát háttérbe szorító-mazochisztikus (HI), és a lázadó-bizalmatlan (FO) kategóriába sorolják.
- b) Azt gondolom, hogy ezek a dolgozók az addikt személlyel foglalkozó ideális segítővel kapcsolatban úgy gondolják, hogy ők a felelősségteljes-hipernormális (NO), és a vezető-autokratikus (AP), kategóriákba tartoznak.

A vizsgált minta összetétele

A négy egészségügyi intézményben összesen 81 dolgozó töltötte ki a listát. Közülük 22 fő orvos, (addiktológus, pszichiáter, aneszteziológus, szülész-nőgyógyász, sebész szakorvosok, pszichiáter rezidens), 37 fő ápoló, illetve asszisztens, 15 fő más paramedikális személyzet, (pszichológus, szocioterapeuta, tanár, diplomás ápoló) 6 fő takarító, 1 fő konyhai kisegítő.

A vizsgálat módszere

Módszerként a Leary-féle Interperszonális Vizsgáló Listával dolgoztam, amely 128 állítást tartalmazott az interperszonális diagnózis viszonylag gyors megállapításához.

Ehhez manuálisan kezdtem a feldolgozást, minden egyes listánál megoldókulcs segítségével kijegyzeteltem a Leary által felállított nyolc osztályba tartozó válaszokat, majd számítógép segítségével felrajzoltam a függőleges dominancia-önalávetés tengely, és a vízszintes szeretet- gyűlölet tengely közé eső válaszokat úgy, hogy a kiszámított nyerspontértéket a gép áttanszformálta standard pontokra, és az Sz –D koordinátarendszerben ábrázolta. Készítettem két összesített grafikont úgy, hogy a két kérdésre adott válaszok standard pontértékeit külön-külön ábrázoltam.

A Leary teszt ismertetése

Az interperszonális magatartás vizsgálatára elsőként Leary (1957) dolgozott ki interperszonális személyiségelméletet és diagnosztikus módszert. Elsőként írta le és elemezte a szociális interakciók alapvető törvényszerűségeit, s ezen keresztül a személyek közötti kapcsolatok főbb típusos formáit.

A személyiséget az interperszonális magatartás terminusaiban több szinten jellemzi.

I. A nyílt, objektíven megfigyelhető viselkedés szintje

A Leary féle Interperszonális Vizsgáló Listát társak, vagy szakemberek töltik ki a személyről (objektív self) a közvetlenül megfigyelhető interperszonális kommunikációs formák alapján.

II. A tudatos önjellemzés szintje

A vizsgált saját magát jellemzi a Listán (szubjektív self). Ez a szint a személynek saját interakcióiról alkotott véleményét tükrözi és az interperszonális magatartás tudatosuló jellemzőit tartalmazza.

III-IV. Egyéni szimbólumalkotás szintje

A ki nem fejezett, vagy tudattalan szintje (tudatelőttés és tudattalan self) Az álmokban, fantáziában, projektív teszt anyagban megjelenő szociális szerepeket, illetve interakciókat, és a nem tudatosuló, "elfojtott" tendenciákat mutatja.

V. Az értékek szintje

A vizsgálati személy a Listát az én-ideáljára vonatkoztatva tölti ki.

(Ideális self) A személy által elfogadott morális normát, az interperszonális magatartásra vonatkozó én-ideált írja le.

Leary összesen 16 interperszonális alaptémát határoz meg:

- A. Vezető-irányító magatartás
- B. Öntörvényű-narcisztikus magatartás
- C. Versengő-másokat kizsákmányoló magatartás
- D. Büntető-ellenséges magatartás
- E. Agresszív, szadisztikus magatartás
- F. Lázadó, nonkonformista magatartás
- G. Bizalmatlan, kétkedő magatartás
- H. Önbüntető-mazochisztikus magatartás
- J. Gyenge, önalávető magatartás
- I. Könnyen irányítható magatartás
- K. Függő-ragaszkodó magatartás
- L. Kooperatív magatartás
- M. Szeretetteljes magatartás
- N. Gondoskodó magatartás
- O. Nagylelkű magatartás
- P. Sikeres, csodálatot keltő magatartás

A kategóriák mindegyike két tengely (dimenzió), a "dominancia - önalávetés" és a "szeretet-gyűlölet" tengely mentén helyezhető el, az interperszonális alaptémák lényegében négy csomópont (dominancia, önalávetés, szeretet, gyűlölet) kombinációi.

A 16 változó a két dimenzió mentén ábrázolható, ahol az alaptémákat 8 osztályban foglalhatjuk össze. A függőleges tengelyt az A-I, a vízszintes tengelyt az E-M kategóriák határozzák meg. A 8 osztály mindegyike a megfelelő interperszonális magatartás két formáját,

adaptív és extrém- intenzív megnyilvánulási módját képviseli. A kategória-elnevezés első tagja az adaptív forma, a második a patológiás-extrém forma megjelölésére szolgál:

AP = vezető-autokratikus

BC = versengő-narcisztikus

DE = agresszív-szadisztikus

FC = bizalmatlan-lázadó

HI = önmagát háttérbe szorító-mazochisztikus

IK = könnyen irányítható-függő

LM = kooperatív-túlkonvencionális

NO = felelősségteljes-hipernormális

Az interperszonális magatartás 8 osztálya végül négy főcsoportot határoz meg:

- a domináns jóindulatú
- az önalávető-jóindulatú
- az önalávető-gyűlölködő
- és a domináns gyűlölködő magatartás, illetve attitűdformákat.

Az I., II. és V. szinten felhasznált lista 128 tételből áll, a 16 interperszonális alaptéma mindegyikét 8-8 állítás képviseli. A megkérdezett feladata az, hogy a tételek közül válassza ki az önmagára (II. szint), én- ideáljára (V. szint), vagy az általa megítélt személyre jellemző (I. szint),

rá nézve megítélése szerint igaz állításokat.

A személyiség minden szintjét a két tengely által meghatározott sík egy-egy pontjával jellemezhetjük. Az interperszonális diagnózist a vizsgált szinten az a kategória jelenti, amelybe az illető pont esik. E pont függőleges koordinátáját (a „dominancia” tengelyen) az egyes kategóriákban elért pontértékek függőleges koordinátáinak algebrai összegéből, a vízszintes koordinátáját (a „szeretet” tengelyen) ugyanazon pontértékek vízszintes

koordinátáinak algebrai összegéből határozzuk meg Az értékelés illetve ábrázolás további szemléletes módja: a 8 körcikkre osztott körsémán külön ábrázoljuk az egyes kategóriák pontértékeit úgy, hogy a maximális pontértéket (16 pontot) 100 %-nak tekintve meghatározzuk az elért pontszámok arányát, és a megfelelő körcikket ennek alapján bejelöljük. A belső körön túli bejelölés az adott jellemző extrém magas értékét jelzi.

Az interperszonális magatartás egyes szintjeinek funkciói és diagnosztikus értékei

I. A nyílt kommunikáció szintje. Az interperszonális reflex

A társ jelenlétében megfigyelhető viselkedés expresszív egységeit Leary interperszonális reflexnek nevezi. Ezek automatikus, nem akaratlagos komplex válaszok a verbális kommunikáció háttérén: emocionális "üzenetek" közlése hangsúly, gesztusok által. Minden személy konzisztens preferenciát mutat bizonyos interperszonális reflexek irányában. (Sokak magatartása 2-3 reflexre szűkölt be.) Ez a reflexmód Leary szerint a személyiség legfontosabb elemi aspektusa, a funkcionális diagnózis kulcstényezője. Mérése az interperszonális viselkedés 16 típusos formájának alapján történik.

A legkompetensebb diagnosztikus "eszközök" a társak. A diagnosztikus funkció alapja ugyanis a közvetlen emocionális hatás, amelyet a vizsgálandó személy a társakból reflexszerűen kivált. Minél

szűkebb az interperszonális reflex-repertoár, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy az ilyen - kevés választási lehetőséggel rendelkező - személy határozza meg interakciói formáját.

A flexibilis, tág repertoárral rendelkező, egészséges ember a rigid, "túlfeszített" interperszonális reflexek hatásának áldozatul esik.

A tapasztalat szerint a beszűkölt személy az idegenből is percek alatt előhívja a komplementer magatartást (pl. bizalmatlan-FO-magatartás büntető elutasítást és fölényt -BCD-t) Minél szűkebb a viselkedés-repertoár , annál szűkebb a kapcsolatlehetőségek köre és a szociális

környezet. A saját viselkedés minden egyéb tényezőnél döntőbben határozza meg azt a fogadtatást, amelyben részesül.

A személytől minden interperszonális helyzet specifikus válaszokat vár el (adott esetben pl. büntető akciókat). Ha ezek közül egyeseket képtelen megvalósítani, konfliktushelyzetbe kerül, alkalmazkodási nehézségek lépnek fel. Az I. szintű reflexek rendkívül stabilak, akaratlagosan úgyszólván nem befolyásolhatók, terápiás változtatásnak igen erősen ellenállnak.

II. A tudatos kommunikáció szintje. Az interperszonális vonás.

Ezen a szinten jellemezheti a személy önmagát és partnereit (szüleit, házastársát, gyermekét, munkatársát stb.)

A II. szint tartós becslése akkor válik lehetővé, ha több forrásból nyert II. szintű adatok egyeznek.

A II. szintű adatokból következtethetünk az indulatátvitel-viszontindulatátvitel jellegére, a tudatos identifikációkra, családi kapcsolatokra (szülő-gyermek viszonyra).

V. Az értékek szintje. Az én-ideál.

A szint funkciója Leary szerint a szorongáscsökkentés. Az ideálok elfogadása a társadalom erőivel történő identifikáció útján válik szorongáscsökkentővé. Paradoxonja: a túl magas standard tenziót okoz, az eredeti szorongás elhárító viselkedésformákat felerősíti, ami gátolja az én-ideál megközelítését.

Az V. szint 53 %-ban az AP, 37 %-ban az NO oktánsba esik.

Interperszonális tipológia

Leary 1903 személy I. szintű, és 781 személy II. szintű diagnózisa alapján 8 szélsőséges, az első és második szinten azonos diagnosztikus kategóriával jellemezhető interperszonális típus részletes leírását adja, amelyben kitér az adaptív és extrém formák jellemzésére, az interperszonális viselkedés formáival statisztikailag együtt járó klinikai manifesztációkra, illetve standard pszichiátriai vagy pszichoszomatikus kórformákra.

Válaszol a pszichoterápiás prognózis, a szülőkkkel való identifikáció és a szociális percepció kérdéseire, valamint arra is, hogy az adott szélsőséges interperszonális magatartásformák milyen interperszonális reakciót hívnak elő a legnagyobb gyakorisággal (interperszonális reflex).

A következőkben vázlatosan ismertetett tapasztalatok egyfajta "félkvantitatív" standardként is használhatók.

Vezető autokratikus személyiség (AP)

Adaptív forma: az interperszonális magatartás erőt, dominanciát sugároz, tervszerű szervezettség jellemzi, kompetens. Legkonstruktívabb megnyilvánulási formája a tanítás. Respektust, engedelmességet hív elő (IJ). Extrém fokban: autokratikus magatartás, a szituáció kontrolljának minden áron való fenntartása, saját és mások életének túlszervezése. Megjelenik a felfokozott törekvés a tervszerűségre, precizításra, a bizonytalanság teljes elkerülésére. A szervezettség olyan biztonságérzetet eredményez, amely a kontrollálhatatlan lehetőségekkel szemben illuzórikus védelmet biztosít. Klinikai manifesztációk: pszichoszomatikus panaszok, elsősorban ulcus, bizonyos dermatitisek, obesitás. A pszichoszomatikus betegek 23 %-a e kategóriába esik.

Énidegen szimptomatikus magatartás izolált szorongásos rohamok, impotencia. Standard pszichiátriai dg: kényszeres személyiség kényszercselekvések. Szülőkkel és én-ideállal erősen identifikálódnak. Fokozottabb önálvetést tulajdonítanak a társaknak a ténylegesnél.

Versengő nárcisztikus személyiség (BC)

Adaptív formában domináns vonása az imponáló önállóság, függetlenség. Extrém intenzitásban: gögös önelégültség, exhibicionizmus, öntörvényűség. A versengő attitűd feltűnő fogyasztásban nyilvánulhat meg. Önértékelésük feltétele a szociális környezetükben keltett legyőzött irigység, kisebbségi érzések. Státusz irányította személyiségek. Státuszuk megszégyenít és sért. A Leary által vizsgált beteganyagban a legkisebb előfordulási gyakoriságú interperszonális típus (6%). Segítséget szinte sohasem kér. Standard pszichiátriai definíciója nincs. Az analitikus iskolák nárcizmus, ill. exhibicionizmus kategóriáihoz áll legközelebb. A társaknak a ténylegesnél több ellenségességet és passzivitást tulajdonítanak.

Agresszív, szadisztikus személyiség (DE)

Minden olyan magatartás e kategóriába tartozik, amely a társakban szorongást kelt, fizikai, vagy morális eszközökkel fenyeget, büntet. Büntudatot provokáló attitűd, amely szociálisan pozitív formába öltözteti a negatív indulatot: a morális korlátozás az agresszív személy legkielégítőbb és leghatékonyabb viselkedésformája: ellenségességet enged meg az önbecsülés és a társadalmi megbecsülés fenntartásával. A szocializált agresszív, szadisztikus személyiség a szabályok és szankciók humán szimbóluma. A konvenciót szociális környezete ellen fordítja. Félelemmenti respektust, sértett szubmissziót, vagy lázadást hív elő /FGH/. A D személyek Leary szerint pszichopáták: intim kapcsolatteremtésre, empátiára képtelenek. Alkalmazkodási készségüket a törvénnyel, tilalmakkal való szokatlan mértékű identifikációjuk biztosíthatja. Radar érzékenységet mutatnak a lázadás, bűn és gyengeség iránt. Nem

szomatizálnak. DF szülők gyermekeinél igen gyakori a bűnözés, fóbiák, enurézis. A társaknak a valóságosnál több ellenségességet tulajdonítanak.

Lázadó-bizalmatlan személyiség (FG)

Jellemzői: a konvenciók, konformitás elutasítása, kritikája, önkritika.

A kooperációból származó egyetértés, intimitás a FG személy számára szorongáskeltő, az identitás, individualitás elvesztésének veszélyével fenyeget. Hatása: büntető elutasítás és fölény (BC, DE). Csoportterápiában "segítséget elutasító", panaszos szerep (J. Frank). Klinikai manifesztációk: pesszimista diszfória, szkizoiditás. Pszichoterápiában az FG személy viszonylag sokáig kitart. Szociális percepciója az ellenségesség irányában torzít.

Önmagát háttérbe szorító, mazochisztikus személyiség (HI)

Adaptív fokban: szerénység, igénytelen tartózkodás. Extrém intenzitásban: mazochisztikus önkicsinylés, megalázkodás, büntudatos ön-alárendelés. Motívumaik eredete a vitálisan igényelt tárgyhöz való feltétel nélküli ragaszkodás. Az "interperszonális reflex" a HI személy új kapcsolataiban sokszor segítő, támogató (NO). Ha azonban a büntudatos magatartás pozitív szociális reakciókra nem változik, elkerülhetetlenül rosszallást, lekicsinylést, büntetést vált ki. (DE) klinikai manifesztációk: depresszió, önvádolás, szorongás, kényszeres bizonytalanság: ugyanannak a jelenségnek interperszonális megnyilvánulási formája az ön- alárendelés.

Docilis, dependens személyiség (JK)

Dependens konformitás, extrém fokban magatehetetlen függőség. Együttérzést, segítséget, irányítást várnak és kapnak másoktól (NO). Bizonytalan, riadt, reményteljes függő passzivitást közölnek. Klinikai manifesztációk: elsősorban fóbiák. Az áttolt félelem eredeti tárgya többnyire közelálló személy, az áttolás teszi lehetővé, hogy tudatos szinten konformis,

pozitív emóciókkal viszonyulhasson azokhoz, akik iránt (hiszen fél tőlük) voltaképpen negatív, rebellis módon érezhetne. Diffúz fizikai tünetek ugyanezt a célt szolgálhatják: konformitást engednek meg segélykérő, szorongásos háttéren. Kooperativitásuk pszichoterápiában félrevezető, ellenállnak annak, hogy tisztázzák motívumaikat. Interperszonális percepciójuk az összes diagnosztikus típus közül a legpontosabb, elsősorban a dominancia-tengely mentén. Csupán az ellenségességet hajlamosak tévesen, gyengességként értelmezni.

Kooperatív, túl-konvencionális személyiség (LM)

Adaptív forma: konvencionalitás, barátságos affiliáció, harmonikus, szívélyes kapcsolatok, szociabilitás. Extrém fokban: merev konformizmus, a személyiség generális beszűkülése, originalitás, kritika feltétlen elkerülése, a negatív indulatok "outgroup"-ra vetítése. Kapcsolatuk kizárólag LM személyekkel, az interperszonális reflex is ez. Klinikai manifesztációk: generalizált feszültség, amely nem kapcsolódik tudatos emocionális problémákhoz, az élményben énidegenként jelenik meg. Konverziós tünetek. Leggyakoribb standard pszichiátriai dg. a csoportban a hisztéria (77 dg). Gyakori börtönbüntetésüket töltő elítélteknél és pszichiátriai osztályokon ápolt paranoid szkizofréneknél. Utóbbi oka lehet Leary szerint egyrészt az, hogy pszichózishoz vezethet a saját ellenséges indulatok elfogadására való képtelenség. Ugyanakkor a paranoid betegek disszimulációja nyilvánulhat meg az eredményben. Ez állhat az elítéltek esetére is, és a negatív emóciók naiv elhárítása határozza meg szociális percepciójuk torzításait.

Felelősségteljes, hipernormális személyiségek (NO)

Adaptív formában: erőteljes konvencionalitás, affiliációval társuló magabiztos függetlenség. Támogat, tanácsot ad, segít, együttérez.. Hatásai: függés és respektus (KL). Extrém forma: a

hipernormális szerep merevsége. Vezérmotívuma a másoknak tett szolgálat. Többet kíván adni, mint amennyit módjában áll, vagy amennyit környezete igényel. Ez önértékelésének feltétele.

Interperszonális reakció: JK attitűd. Háttérben többnyire súlyos konfliktus, amely nem a neurózis klasszikus formáiban fejeződik ki, hanem indirekt, pszichoszomatikus manifesztációkban. A vizsgált pszichoszomatikus esetek közül 50% e kategóriába tartozott, az NO és a két szomszédos (LM,AP) csoportba került a pszichoszomatikusok 79%-a.

Előfordulnak még a csoportban énidegenként percipiált viselkedészavarok (időnkénti alkoholizálás, szerencsejátékok, szexuális aberrációk) és szimptomatikus szinten adhatnak képet zárt osztályról kikerült pszichotikusok.. A partnereknek a ténylegesnél több kooperativitást és erőt tulajdonítanak. Pszichoterápiára kevésbé motivált esetek..

Interperszonális reflex, utánzás és empátia

Minden interakció két faktor, az emocionalitás és a dominancia-viszonyok mentén jellemezhető. Az interperszonális attitűdje azonos (kölsönösen szeretetteljes vagy gyűlölködő), míg a dominancia-viszonyok reciprok jellegűek. A domináns akció nagy valószínűséggel megjelenő reakciója szubmisszív, és viszont. Az interperszonális reflex tehát az emocionalitás oldaláról tekintve egyszerű empátiás válasz, míg a "szociális ügyesség" reflex-szerű összemérésének jóval kevésbé tisztázott folyamatára épül.

Az interperszonális típusokban könnyű felismernünk az utánzás tárgyaül választott modell és az imitátor jellemzőit. A modell szociális erőt képvisel, az imitátor ezzel szemben inkompetens, alacsony önértékelésű, függő személy.

Az interperszonális magatartás domináns típusai a modell karakterisztikumait hordozzák. A kontrolláló: jutalmazó, illetve büntető hatáskör a "vezető-autokratikus" (AP) illetve az "agresszív-szadisztikus" (DE), míg a státusz mint a szociális erő szimbóluma, valamint a

konzummátor pozíció a "versengő-narcisztikus" (BC) személyiségtípus releváns jellemzője. A "felelősségteljes-hipernormális" (NO) személyiség segítőkész, "problémamegoldó" szerepében nagy valószínűséggel tesz szert másodlagos megerősítő funkcióra, s válik ezen keresztül modellé. Az utánzás fokozott tendenciája jellemző ezzel szemben - éppen konformista attitűdje folytán - a "kooperatív- konvencionális" személyiségre, a hasonlóság irányában torzító percepció teremti meg az utánzó szerep feltételét, valamint a könnyen irányítható "függő" személyiség esetében, ahol a dependencia-szükséglet fixálódása kényszeríti a személyt az utánzó pozíciójába.

Interperszonális típusok és a negatív, illetve pozitív önértékelés

Az "önmagát háttérbe szorító mazochisztikus" (HI) személyiség büntudatos magatartásával a negatív énképet konzerváló, büntető, elítélő, rosszálló magatartást vált ki válaszul szociális környezetéből. A szociális magatartásformák "öndetermináló" jellege tulajdonképpen az énkép kognitív konzisztenciájának a viselkedésben megvalósuló védelmeként is felfogható (disszonancia-elmélet).

Interperszonális tipológia és szorongás-elhárítás

Az interperszonális tipológiát Leary a szorongás-elhárító manőverek, a veszélyhelyzetben megfigyelhető viselkedés- és percepciómódok típustanának tekinti. Nézete szerint minden interperszonális viselkedésforma a szorongás-elhárítás sikeres módjaként rögzült, azonban a tanulási folyamat a viselkedés-repertoár beszűkülését eredményezi. Az eredetileg adaptív viselkedésmódok az alkalmazkodás gátjává válnak, a személyt veszélyhelyzetbe sodorhatják, szorongáshoz vezethetnek. A dominánsan pozitív emocionalitású represszor személyiséget Leary tipológiai rendszerében kézzelfogható módon az emocionalitás tengely pozitív térfelén elhelyezkedő interperszonális típusok képviselhetik, így a dependens (JK) személyiség,

amelynek jellegzetes szorongás-elhárítási módja a segítségkérés. Láttuk, hogy a JK személyiség – rögzült interperszonális viselkedésmódja következtében negatív impulzusait elhárítja, neurotikus tünetekbe fordítja. A dependens interperszonális attitűd és az agresszió-elfojtás, mint represszor-jellemző tehát együtt járnak. A repressziós típusú elhárítás minden valószínűség szerint extrém mértékben jellemzi a "kooperatív-konvencionális" (LM) személyiséget, amelynek patológiás extrém megfelelője a hisztéria. A felelősségteljes hipernormális (ND) típus esetében a szorongás-elhárítás feltétele a pozitív affiliatív viszonyuláson túl a társaknak tett szolgálat, a szociálisan elismert teljesítmény-készítetését szociális facilitációs hatások határozzák meg. A hipernormális szerepmerevsége, a frusztrációra - elismerés, vagy igény hiányára - megjelenő pszichoszomatikus betegségek a szélsőséges NO típusú személyiség éretlenségét, erős dependencia-szükségletét jelzik, amelyet a szociálpozitív, domináns magatartás csak az első kudarcig tart rejtve. A represszió típusú szorongás-elhárításra, illetve agresszió elfojtásra éppen a háttérben feltételezhető fokozott dependencia-szükséglet utal.

Szenzitizációs típusú elhárításra következtetünk a Leary-féle diagnosztikus rendszer emocionalitás-tengelyének negatív térfelére eső típusok esetén. Az "agresszív-szadisztikus" (DE) személy büntető attitűdjé mintegy szükségképpen vonja maga után az externalizációt (bűnbak keresést) és az acting out megoldásokat feszült, negatív emocionális jelentésű helyzetekben, s e két elhárítási forma, mint láttuk, szenzitizációval jár együtt. A "lázado-bizalmatlan" (FG) személy szélsőségesen kritikus- önkritikus beállítottsága a szenzitizátor attitűd típusos példája. Az FG személy mind környezete, mind saját megítélésében a kedvezőtlen, negatív szempontokat élezi ki, s így hárítja el a számára leginkább szorongást keltő helyzetet, az intimitást. A szenzitizációs típusú kategóriába sorolhatónak tűnik végül az önmagát háttérbe szorító, „mazochisztikus” (HI) típus, amelynek jellemzője a rigid, öndetermináló negatív önértékelés, tünete pedig a depresszió, szorongás, kényszeres

bizonytalanság, azaz sikeres szorongás-elhárító kognitív vagy viselkedéses manőverekkel nem él, mintegy megrekedt a büntetés-elvárás állapotában. A szubmisszív attitűd, a szorongás, és a depresszív alaphangulat a kedvezőtlen vagy veszélyt rejtő lehetőségektúlhangsúlyozásának a jele, szenzitizátor attitűd velejárója lehet.

Következtetések

Az 1.számú hipotézisemmel kapcsolatban a következő megállapításra jutottam:

A választ adók nagy része a Leary-féle II. tipológiai szinten, amelyen a vizsgált személy jellemezheti önmagát, házastársát, jelen esetben az addikt személyt, a lázadó-bizalmatlan (FG) és az önmagát háttérbe szorító-mazochisztikus (HI) típusba sorolja, ahol a kedvezőtlen negatív szempontok állnak az előtérben az intimitás elhárítása mellett. Többségük szerint az addikt személyt rigid, negatív önértékelés jellemzi, tünet a depresszió, a szorongás, a bizalmatlanság. Az FG és a HI típust szubmisszív attitűd, depresszív alaphangulat jellemzi, a szenzitizátor attitűd típusos példajaként.

Úgy gondolom, hogy a szenvedélybeteghez kapcsolódó attitűdjük egy olyan értékrendszerhez kötődik, amely szorosan kapcsolódik az önmagukról alkotott felfogásukhoz, elképzelésükhöz.

2. számú hipotézisemmel kapcsolatban a következőket állapíthatom meg:

A feltevésemben azt gondoltam, hogy a megkérdezett egészségügyi dolgozók az értékek szintjén az ideális segítőt a felelősségteljes-hipernormális (NO) és a vezető-autokratikus (AP) típusba sorolja. Az AP, mint a szociális erő szimbóluma jelenik meg, míg az NO személyiség a segítőkész, problémamegoldó szerepében válhat modellé azért, mert ez a személyiség az, aki támogat, tanácsot ad. Ő az, aki segít, együttérez, magabiztos és független, vezérmotívuma a másoknak tett szolgálat. Ugyanakkor az AP személyt tervszerű szervezettség jellemzi, személyközi magatartása erőt, dominanciát sugároz, kompetens, oktatásban remekel, respektust hív elő. Úgy tűnik, hogy nem elhanyagolhatók a versengő-narcisztikus (BC)

pozícióba sorolt ideális segítők sem. Azt gondolom, hogy az adaptív formában megjelenő imponáló önállóság, illetve a státusz által irányított személyiségük, és az a büszkeség, hogy segítséget szinte sohasem kér, indította a dolgozókat arra, hogy megjelenjenek a listában.

Meglepetéssel tapasztaltam, hogy a legtöbben a vezető-autokratikus típusba helyezték az ideális segítőt, hiszen az AP-be tartozók az autokrata magatartást, engedelmességet előhívó, respektáló, mások életét túlszervező viselkedésformát jelenítik meg, holott a segítők a tanácsot adó, támogató, együttérző (NO) mezőbe kellene, hogy tartozzanak, hiszen segítőkész, problémamegoldó szerepében modell lehet a társaknak tett szolgálattal együtt.

A segítő munkájáért, minden megnyilvánulásáért felelős személy, akinek joga van részt vállalni a kliens gyógyulási folyamatában és kötelessége e gyógyulásának elősegítése, szakmai tudásának minőségi biztosításával. A kliens jogosult a gondoskodásra, a problémamegoldási folyamatot segítő szakértelem igénybevételére, segítség elfogadására, illetve kötelessége közreműködni az autonómiája lehetséges mértékű visszanyerésében. Az eredményes kölcsönhatás kialakulásának és megvalósulásának katalizálója a segítő attitűd, amely a kapcsolatot alapvetően meghatározza.

A vezető-autokratikus (AP) típusú személy az, amelyet a legtöbb válaszoló megjelölt, nála - az engedelmesség, a kontroll minden áron való fenntartása mellett - a lehetőségekhez mérten kevésbé érvényesülhet a kliens önrendelkezési jogára való törekvés biztosítása. Ha ez a nem túl ideális légkör a kettejük közötti kapcsolat diszharmóniáját okozza, akkor a kliens bizonytalanság érzést élhet át, amely a segítő kapcsolat előrejelzését, kimenetelét kérdésessé teheti, konfliktus jöhet létre.

Viszont, ha az ideális segítőt az NO típusúnak gondolom inkább, akkor a cél elérése érdekében létrejött viszonyban levő kiegyensúlyozottság, stabilitás, a kliensben biztonságérzetet kelthet, ez előnyösen befolyásolhatja viszonyulását tekintetben, hogy

együttműködésük jó eredménnyel zárul. Az AP típusnál viszont a túlzott elvárások diszkrepanciája, a kapcsolat instabilitásához vezethet.

Az NO személynél a problémamegoldás képességén túl a segítő szereppel kapcsolatos pozitív érzelmek, a klienshez fűződő kedvező viszonyulás, készenlét az aktivitásának felkeltésére, illetve a kommunikáció magas szintje, és az aktív részvétel a problémamegoldásban, képessé teheti őt valamilyen változás irányába való elmozdulásra, és felelősségteljes döntésre.

Azt gondolom, hogy dolgozatomban választ kaptam arra az önmagamban régóta felbukkanó dilemmára, hogy az egészségügyi dolgozók szenvedélybetegekkel kapcsolatos hozzáállása inkább pozitív vagy negatív. A vizsgálat arról győzött meg, hogy a kezelőszemélyzet szenvedélybetegekhez fűződő attitűdje inkább pozitív.

Megjelentek viszont szélsőségek az ideális segítővel kapcsolatban a viszonylag gyorsan elkészíthető és kiértékelhető Leary-féle interperszonális vizsgáló lista alapján. Ha a kérdések megválaszolásánál önvédelmi tendenciák jelen is voltak, ezeknek számomra csekély a jelentősége. Allport írja, hogy a belátáshiány, tudatlanság, gyanakvás, félelem, neurotikus büntudat, túlzott lelkesedés, de még a kutató céljainak ismerete is érvénytelenné tehet egy vizsgálatot.

Remélem, hogy megállapításaim a társas beállítódásokra vonatkozóan nemcsak felületes absztrakciók, hanem kauzálisan összefüggő, egyértelmű interpretációk.

AZ ALKOHOLIZMUS ÉS A TÁRSADALMI ÁTALAKULÁS KÖLCÖNHATÁSAI

Oravec Julianna

A felmérés bemutatása

Bevezetés

Dolgozatomban arra vállalkoztam, hogy egy kelet-szlovéniai pszichiátriai kórház beteganyagának adatai alapján betekintést szerezzek a szlovéniai addiktológiai történések

dinamikájába a tranzíciós - transzformációs folyamatok tükrében. Az említett módszert azért is választottam, mert a társadalom egészére vonatkozó releváns adatok e pillanatban nem állnak rendelkezésre. Ugyanakkor pedig kétségtelen, hogy a lokális-regionális vonatkozású adatok nagymértékben hozzájárulhatnak az addiktológiai intervenciók rendszer funkcionálisabbá tételéhez.

Mindenekelőtt szeretném röviden bemutatni a közelmúlt szlovén történelmet.

Mint ismeretes, Szlovénia Magyarország dél-nyugati szomszédja. 1918 előtt Szlovénia is az Osztrák-Magyar Monarchia területéhez tartozott. Az I. világháborút követően a Szerb-Horvát-Szlovén királyság (az I. Jugoszlávia) konstitutív tagállama lett. A II. világháború után pedig mint federatív köztársaság integrálódott be a Jugoszláv federációba (a II. Jugoszlávia). 1991-ben, pár napig tartó fegyveres konfliktus után kivívta függetlenségét a Jugoszláv Federációval szemben. A következő év tavaszán nemzetközileg elismert állammá nyilvánították.

Szlovéniában parlamentáris demokrácia és piacgazdaság van. A BPD jelen pillanatban kb. 10000 US \$ körül mozog. A tipikus közép-európai agrárállam, a '70-es és '80-as években alakult át ipari jellegű társadalommá. A munkások java része azonban a munkavállalás ellenére is megőrizte falusi életmódját és kultúráját. A tranzíciós (transzformációs) folyamat kezdete 1989-1990-re tehető, amikor a Markovič féle szövetségi kormány kihirdette a piacgazdaságot és a demokratikus politikai reform lehetőségét.

A volt Jugoszláv köztársaságoktól való elszakadás komoly gazdasági gondokat okozott Szlovéniának, ugyanis az ipari termelés kb. felére esett vissza a Szerbia által bevezetett embargó, illetve a balkáni háborúk következtében. Az ipari termelés visszaesése nagymértékben hozzájárult a munkanélküliség ugrásszerű növekedéséhez, a lakosság életszínvonalának csökkenéséhez. A szlovén gazdaság arra kényszerült, hogy a "parádés" ipari kolosszusokat felszámolja, a gazdaság költségeit csökkentse és új piacokat keressen a termékek számára.

1994 óta a gazdaság viszonylag stabil növekedést mutat. Úgy tűnik, hogy az országban szociális béke honol. Ennek ellenére bizonyos mutatók arra utalnak, hogy a relatív gazdagság és biztonság mellett a lakosság súlyos demográfiai és népegészségügyi problémákkal küzd. A tranzíciós periódusban a natalitási index nagymértékben csökkent, (aktuálisan "0" alatt), a populáció ugyanakkor nagymértékben öregszik. Az öngyilkossági mutató változatlanul 30 százzezrelék körül mozog. Igen gyakoriak a válások is. Szlovénia mortalitási rátája meglehetősen alacsony 1002.3 (1995-ben). Ugyanakkor azonban szembetűnő, hogy a máj eredetű halálozásban Szlovénia Európában a negyedik helyet foglalja el. (Csak Románia, Moldávia és Magyarország mutat magasabb értékeket.) Ez a megállapítás nem csupán az összlakosságra vonatkozik, de önállóan a nőkre is. Szlovénia a dohányzással összefüggésbe hozható halálozás tekintetében is igen „előkelő” helyet foglal el. Fontosnak tűnik megemlíteni, hogy az ország jelentős nagyságú területein folyik bortermelés. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás igen magas, 12 liter körül mozog. Az alkohol okozta mortalitás és morbiditás mindenekelőtt az ország keleti, észak-keleti területein magasabb. A nők halálozási rátája különösen szembetűnő, ugyanis az említett területeken a nők várható élettartama 6-8 évvel alacsonyabb az országos átlagnál. A rendelkezésre álló statisztikai adatok alapján azonban megérthetetlen az összefüggés az addiktológiai jellegű problémák és a tranzíciós folyamat jelenségei között.

Minta

A felmérés mintájaként 430 alkoholfüggőség diagnózissal - 1985 és 1998 között - elbocsátott beteg adatait választottam. Az egyes betegek kórtörténetei a mintába véletlenszerűen kerültek. (Randomizálás: minden 3.dobozból az alkoholfüggők kórtörténetei.)

Hipotézis

Felmérésem célja mindenekelőtt az volt, hogy egy regionális kórház beteganyagán keresztül megkíséreljem feltárni a tranzíció (transzformáció) során bekövetkezetett változásokat, melyek egyaránt tükröződnek a kezelt betegek demográfiai jellemzőiben, a felvétel körülményeiben, valamint a kezelés formájában és minőségében.

A munkához az alábbi munkahipotézisekkel közelítettem:

- Tekintettel arra, hogy a társadalmi változások, illetve átalakulások nagymértékben befolyásolták a társadalmi struktúrát, feltételeztem, hogy e változások valamiképpen tükröződnek az addiktológiai betegek jellemzőiben. Márcsak azért is, mert a lakosság alkoholfüggő rétege, illetve csoportjai sajátos módon reagálnak az említett társadalmi változásokra s e sajátos reakció megnyilvánul a már bemutatott paraméterekben.
- Amennyiben a változások identifikálhatók, kétségtelen, hogy a tranzíció során lezajlott változások valamiképp azonosíthatóvá válnak.
- Tekintettel arra, hogy a kórházi kezelés feltételei, szerkezete és tartalma mit sem változott az elmúlt évek során, felvethető a kérdés, hogy a megváltozott feltételrendszer közepette mennyiben funkcionális egy olyan kezelési rendszer, mely a korábbi, sajátosan más társadalmi közeg terméke.

Módszer

Felmérésemben kvantitatív módszert alkalmaztam. Egy előre elkészített adatlap alapján azonosítottam a kórtörténetben található adatokat. Az adatlap 22 változót tartalmazott: ezek közül 8 a betegek élettrajzi adataira, 7 a felvétel körülményeire és a felvételi adatokra, további 7 pedig a kezeléssel kapcsolatos történésekre vonatkozott.

ADATLAP

1. kor

12. felvétel: addikt.osztályra illetve felvételes

oszt-ra

2. családi állapot	13. felvételi státus
3. nem	14. előző hospitalizációk során kapott dg.-ok
4. kivel él	15. a kezelés kezdeményezője
5. iskolai végzettség	16. labor. eredmények MCV,GOT,GPT, G.GT
6. hivatás, szakma	17. A hospit. tartalma
7. munkavégzési státus	18. elbocsátás módja
8. lakóhely	19. elbocsátási dg.
9. a felvétel hónapja	20. hozzátartozók együttműködése
10. előző hospitalizációk száma	21. terápia
11. a legutóbbi kórházi kezeléstől eltelt idő	22. szakorvosi vizsgálatok

A kapott adatokat Microsoft Excell segítségével tároltam, rendszereztem és dolgoztam fel.

Eredmények

Szociodemográfiai adatok

A mintát képező hospitalizált addiktológiai betegek adatait három nagy csoportra osztottam.

Az első csoportba tartoznak a betegek szociodemográfiai jellemzői, mint:

Kor, nem, családi állapot, családi környezet, iskolai végzettség, foglalkozás, munkaügyi státus, lakóhely jellege. A felsorolt jellemzők alapján könnyedén leírhatóak a felvételre kerülő addiktológiai betegek szociodemográfiai jellemzői.

Életkor

	-20	21-30	31-40	41-50	51-60	60-	ÁTLAG
1985	1	5	9	6	9	0	40,7
1986	0	2	15	5	8	0	40,5
1987	1	3	11	9	5	1	41,3
1988	1	4	14	7	3	1	39

1989	0	6	7	10	7	0	42,3
1990	0	3	12	9	6	0	41,2
1991	0	1	10	11	8	0	43,7
1992	0	2	9	10	7	2	45,8
1993	0	3	9	13	3	2	43,1
1994	0	3	8	13	5	1	43,1
1995	0	1	5	17	6	1	46,36
1996	2	3	5	10	10	0	43,06
1997	1	1	4	13	9	2	46,96
1998	0	0	10	13	7	0	44,6

1.táblázat: a betegek életkora (1985-1998)

Az életkorra vonatkozó adatok alapján kitűnik, hogy az intézménybe felvett alkoholfüggő betegek átlagéletkora a tranzíciós időszakban jelentős mértékben megemelkedett.

1.ábra: Az átlagéletkor változása (1985-1998)

A közel 5 éves életkornövekedés tükrözi az addiktológiai betegek kórházi kezelésbe vételének egyre későbbi időpontját. Az életkorban tapasztalt eltolódás hitelesen magyarázható az alkoholfüggőség következményeinek későbbi megnyilvánulásával (tehát pl. az ivási szokások, az életforma változásai), de pl. az alkoholfüggőséggel szemben megnyilvánuló változó társadalmi viszonyal is. Tekintettel arra, hogy az átlagéletkor változása eltakarja az egyes korcsoportokban bekövetkezett változásokat, a mintát alkotó betegek életkorát korcsoportok (10 évenként) szerint osztottam fel. A grafikusán ábrázolt, korcsoportok szerinti gyakoriság sajátos dinamikát mutatott a elmúlt 14 év tükrében.

2. ábra: Korcsoportok szerinti életkor változás (1985-1998)

A grafikon szemléletesen mutatja, hogy a 41 és 50 év közötti betegek száma folyamatosan nőtt 1996-ig. Más szavakkal ez azt jelenti, hogy a 41 és 50 év közötti betegek aránya folyamatosan nőtt a mintában. Ezzel szemben (a perspektívebb) 31 és 40 év közötti betegek aránya folyamatosan csökkent, ugyancsak 1996-ig. Ezt követően az idősebb betegek számának csökkenésével arányban ismét nőni kezdett a 31 és 40 év közötti betegek aránya, akik a tranzíciót megelőző időszakban a beteganyag legjelentősebb részét tették ki. Úgy tűnik, hogy a jelenség mögött fontos tranzíciós mechanizmusok húzódnak meg. A lehetséges értelmezések egyike a generációváltás, a másik pedig olyan változások bekövetkezése 1996-ban, melyek radikálisan befolyásolták az alkoholfüggő személyekkel szemben megnyilvánuló társadalmi viszonyt.

Nem

3. ábra: A nők számának alakulása (1985-1998)

A nők száma a mintában meglehetősen elenyészőnek tűnik, habár a tranzíciós években folyamatos emelkedést mutat. Sajnos úgy tűnik, hogy az adatok nem tükrözik a populáció nőtagjai által mutatott addiktológiai problémákat. Annál is inkább, mert köztudott, hogy az alkoholfüggő nőknél lényegesen gyorsabban alakulnak ki maradandó testi, lelki és szociális következmények. A szlovéniai női alkoholfüggőség problémájára mutatnak rá a *Rác és Vingender* (1999) által gyűjtött adatok is, melyek a női halandóság okait és arányát tükrözik. Ezek szerint a szlovén nők májbetegség okozta halálozása igen kimagasló, Európában a 4. A nők egyre gyakoribb hospitalizációja azonban nem jelenti a női alkoholfüggőség

gyakoriságának növekedését, de jelzi a női "alkoholizmushoz" való viszony változását a tranzíció tükrében.

Családi állapot

4. ábra: A hospitalizált betegek családi állapotának alakulása (1985-1998)

A családi állapotra vonatkozó adatok utalnak a tranzíció "legzűrösebb" éveit során mutatkozó fluktuációra, habár a rövid időtartam miatt a jelenség nehezen értékelhető. A rendelkezésre álló adatok alapján az alkoholfüggő betegek családi állapota nem mutat olyan változásokat, melyek alapján következtethetnénk a tranzíció lefolyására. Mindenesetre megnyugtató, hogy az alkoholfüggő személyek még a kórházi kezelés (kezelések) ideje alatt is jobbra szoros családi kötelékben élnek.

Mint ahogyan említettem, a szlovén iparosodás nem befolyásolta jelentős mértékben a lakosság tradicionális életformáját. Az ipari központokba való áttelepülés mértéke nagyságrendekkel kisebb volt, mint pl. Magyarország esetében. Ennek következtében lényegesen kevesebb azok száma, akik családjuktól elszakadva élnek. Sokkal jellemzőbb a terepmunkás, illetve a vendégmunkás életforma és a nappali ingázás. A '70-es és '80-as években lezajlott életszínvonal-emelkedés során a lakosság széles rétege jutott nagyméretű lakóházakhoz, ami jelen pillanatban gyakran "börtönként" funkcionál a házastársak számára, mivel a válással járó vagyonelosztás radikális életszínvonal-csökkenést jelentene mindkét fél számára.

Családi környezet

5. ábra: A betegek családi környezetében bekövetkezett változások (1985-1998)

Az adatgyűjtés során különös figyelmet szenteltem az addiktológiai betegek családi környezetének. Ugyanis, a "családi állapot" nem azonos a "családi környezettel". Ezt híven

tükrözi a grafikon is, hiszen a "nős" és a „családdal élő” betegek száma között némi eltérés tapasztalható. Meglepő, hogy 1991-ben (a függetlenedés és a háború évében) kimagasló volt azok száma, akik nem családtagjaikkal éltek. Megkockáztatható a megállapítás, hogy e betegek jelentik a populáció legvulnerabilisabb rétegét, mely igen érzékeny "szeizmográfként" reagál a társadalmi változásokra. Hasonló mértékben jelentős kiugrást más szociodemográfiai jellemzők nem mutattak szelektíven az 1991-es év vonatkozásában. Mégis, a munkanélküliség, az iskolai végzettség alacsony színvonala és a nőtlenség bizonyos összefüggést mutat a családi körön kívül éléssel. Mindez igazolja a szociális kohézió jelentőségét az alkoholfüggőséggel asszociált életminőség alakulásában.

Iskolai végzettség

6.ábra: A betegek iskolai végzettségének alakulása (1985 - 1998)

Az iskolai végzettség klasszikus demográfiai kategóriának tekinthető. A rendelkezésre álló adatok alapján kitűnik, hogy a tranzíciós folyamat kezdetén megnőtt az iskolai végzettség nélküli (nem befejezett elemi iskolával rendelkező) betegek száma. A társadalmi átalakulás folyamatában ezen betegek aránya fokozatosan csökken, ugyanakkor pedig nő az elemi iskolai, illetve szakmunkás végzettséggel rendelkező betegek száma és aránya. E változás 1996 óta folyamatosan zajlik, ami ugyancsak igazolja a generációváltás hipotézisét. Ugyanakkor kétségtelen, hogy a társadalmi változások (munkanélküliség, gazdasági visszaesés, életszínvonal-esés) mindenekelőtt az alacsony végzettséggel rendelkező (öregedő és csökkent munkaképességgel rendelkező) társadalmi réteget érintette.

Foglalkozás

7. ábra: A betegek foglalkozási struktúrájának változásai (1985-1998)

A foglalkozási struktúrákból csak néhány jellemzőt emeltem ki. Fontosnak tűnt a munkások (képzettség nélküli ipari dolgozók) aránya az egyéb foglalkozásokhoz viszonyítva. A két görbe jól tükrözi a tranzíció folyamata során bekövetkezett változásokat.

Munkaügyi státus

8. ábra: A betegek munkaügyi státusának alakulása (1985-1998)

Az iskolai végzettségre és a foglalkozásra vonatkozó adatok relevanciája csakis a munkaügyi státus (ld. foglalkoztatottság) tükrében értékelhető. A grafikon jól ábrázolja az állandó munkaviszonyban levő betegek számának folyamatos csökkenését a tranzíció kezdete óta. Ugyanakkor azonban a munkanélküliek számának stagnálása, illetve az utóbbi években bekövetkezett enyhe visszaesése megfelel a munkanélküliség összetársadalmi dinamikájának. 1990-ben ugyanis hirtelen megemelkedett a munkanélküliek száma az alkoholfüggő populációban. Az emelkedés megegyezik a szlovén gazdaság „megtorpanásával”, ami a Szerbiával való viszály kezdetével esik egybe. 1990-től 1992-ig számos nagyvállalat ment tönkre, munkások ezrei váltak munkanélkülivé. Tehát, az addig munkaviszonyban levő betegek nagy száma egyik napról a másikra munkanélkülivé vált. A folyamatosan csökkenő foglalkoztatottság azonban jól ábrázolja az addiktológiai problémákkal küzdő emberek sorsának rosszabbra fordulását, illetve a társadalmi "lemaradás" veszélyét.

Falusi – városi lakosság aránya

9. ábra: A falusi és városi lakosság aránya (1985-1998)

Tekintettel, hogy a pszichiátriai kórház, ahol vizsgálatomat végeztem, egy rurális, bortermelő régió közepében található, várható a falusi lakosság túlsúlya a betegek között. Talán épp ezért okozott meglepetést, hogy az utóbbi 3-4 év során a városi lakosok száma meghaladta a rurális

jellegű településeken lakó betegek számát. Az 1996-os év itt is vízválasztó, ugyanis azóta folyamatosan nő a városi lakosok aránya.

A megelőző kezelésekkel kapcsolatos adatok

A mintát képező betegekkel kapcsolatos adatok második csoportja a megelőző kezelésekkel kapcsolatos tényeket tartalmazza. Ezek közé tartozik:

- előző kezelések száma;
- a legutóbbi kezeléstől eltelt idő;
- a megelőző kezelés során felállított diagnózis.

A megelőző kezelések száma

10. ábra: a megelőző kezelések számának alakulása (1985-1998)

A grafikon szolgáltatja adatok alapján egyértelmű, hogy a "visszaesők" kórházi kezelése az elmúlt 13 éves időszakban sajátos dinamikát mutattak. A legmarkánsabb eltérések az 1991-es ("háborús") évben mutatkoztak. Az adott évben szinte "0"-ra csökkent a már egy hospitalizáción átesettek ismételt felvétele. Ugyanakkor pedig fokozódott a 2-3 felvételen átesettek ismételt hospitalizációja. Feltűnik, hogy az 1991-es évben volt a legmagasabb a kétszeri kezelésen átesett betegek újabb felvétele. Az utóbbi 2-3 év során (tehát 1996-tól) pedig a változatlan kezelési feltételek ellenére a „forgóajtó populáció” aránya minimálisra csökkent, s az egy hospitalizáción már átesett betegek aránya is visszaesett. Mindez arra utal, hogy a társadalom toleranciája egyre kisebb az alkoholfüggő betegekkel szemben. Egyre inkább nyilvánvaló, hogy az alkoholfüggők legtöbbje egy-két esélyt kap a "felzárkózásra". Akinek pedig nem sikerül tartósan kijózanodni, óhatatlanul "lemarad", ami azzal jár, hogy elveszíti motivációját a további kezelésekre.

Megelőző diagnózisok

11. ábra: a megelőző diagnózisok jellege (1985-1998)

A megelőző diagnózisok száma a "forgóajtó" páciensek számának csökkenésével arányban csökken. Feltűnő, hogy a 80-as években domináló agresszivitás visszaszorult a súlyos megvonásos állapotok növekvő számához viszonyítva.

A legutóbbi kezeléstől eltelt idő

12. ábra: A legutóbbi kezeléstől eltelt idő alakulása (1985-1998)

A grafikon által bemutatott adatokból kiderül, hogy a tranzíció során nem csupán a „forgóajtó” betegek száma csökkent, de a rövid idő alatt (egy éven belül) visszatérő betegek száma is. Mindez arra utalhat, hogy a kórházi kezelések hatékonysága egyre nagyobb és az ismételt felvételek "küszöbe" egyre magasabb. Amennyiben azonban az adatokat az előző változók (megelőző felvételek száma, diagnózisok) függvényében értékeljük, a kép nem tűnik ennyire optimisztikusnak. Jóllehet, hogy a rövid idő után bekövetkezett ismételt hospitalizációk aránya csökkent, ami azonban nem tükrözi szükségszerűen a terápia sikerességének növekedését, de lehetséges, hogy a társadalmi feltételrendszer nem motiválja a beteget az absztinencia ismételt felállítására. Így a relapszus nem jelent pozitívan értékelhető tapasztalatot, inkább a sikertelenség bizonyítékát. A visszaeső betegek így csak hosszabb idő után, meglehetősen súlyos állapotban kerülnek ismételt felvételre.

A felvételre vonatkozó adatok

A felvételre vonatkozó adatok közé sorolhatók azok a változók, melyek közvetlenül tükrözik a beteg felvételkor észlelt állapotát. Ezen változók közé sorolhatók: felvételi állapot, az osztály jellege, amelyre a beteg kerül, a kezelés kezdeményezője, a felvételt követően regisztrált májfunkciós értékek. A felsorolt változókhoz rendelhető adatok alapján jól megítélhető a betegek felvételi státusa, illetve annak változása a tranzíció folyamatának tükrében.

Felvételi állapot

13 ábra: a felvételi állapot alakulása (1985-1998)

A felvételnél feljegyzett pszichopatológiai tünetek, illetve állapotok közül (a jobb áttekinthetőség érdekében) csak a megvonásos tüneteket tüntettem fel a grafikonon. Ugyanis e tünetek, illetve állapotok a tranzíciós időszakban sajátos dinamikát mutattak. A delíriummal felvett betegek száma 1990 óta folyamatosan nőtt, egészen 1998-ig, amikor a delíriummal kezelt betegek száma szinte nullára csökkent. Ezzel szemben igencsak megemelkedett a fenyegető delíriummal, illetve megvonási tünetekkel felvett betegek száma. A delíriummal kezelt betegek száma, illetve aránya számos tényező függvényében változik. Ezek közül talán a leglényegesebb az adott évben termelt bor mennyisége. Köztudott, hogy 1997 óta a régióban a megtermelt bor mennyiségileg meghaladja a fogyasztás, illetve a kereslet mértékét, így a bor leértékelődött, könnyen hozzáférhetővé vált a lakosság peremhelyzetű rétege számára is. Ebből adódóan egyre kevesebben kerülnek a „borhiány” miatt súlyos megvonásos állapotokba. (Az előző években a delíriumok száma általában júniusban "tetőzött". Akkor, amikor a szegényebb sorsú betegek pincéjében kifogyott a bor.)

A generációváltás mint hipotézis úgyszintén hozzájárulhat a jelenség megértéséhez. Ugyanis, az új, fiatalabb, iskolázottabb alkoholfogyasztó illetve alkoholfüggő populáció ivási szokásai várhatóan eltérnek az előző generáció jellemzőitől. Ezek a betegek több ismerettel rendelkeznek az alkohol károsító hatásáról és táplálkozási szokásaik is jobbak. Az alkohol így egyre ritkábban nyer tápanyagpótló szerepet, sokkal inkább előtérbe kerül annak pszichotrop hatása.

A beteg osztályra kerülése

Az, hogy az addiktológiai betegek milyen osztályra kerülnek felvételre, fontos adatokat szolgáltat a betegek felvételi állapotáról. A kórház belső rendje szerint ugyanis a felvételes pszichiátriai osztályra csak azok az addiktológiai betegek kerülnek,

- akik a manifeszt delírium tüneteit mutatják, valamint azok;
- akiknél a delírium kirobbanása fenyeget;
- akik epileptiform rohamokon estek át, illetve azok a betegek;
- akik pszichotikus tüneteket mutatnak.

Az adatok alapján egyértelmű, hogy a teljes tranzíciós időszakban magasabb azon betegek aránya, akik felvételi osztályon kezdték hospitalizációjukat.

14. ábra: A betegek addiktológiai ill felvételes osztályra kerülése (1985-1998)

Mindez arra utal, hogy a betegek meglehetősen veszélyeztetett és veszélyeztető állapotban kerültek kórházba. Jelentős hányaduk tehát nem "elvonókezelésre" jött, de a súlyos absztinens tünetek, illetve az alkoholfüggőség egyéb következményei késztették őket házi kezelésre.

A kezelés (hospitalizáció) kezdeményezője

15. ábra: Az addiktológiai kezelés kezdeményezői (1985-1998)

Mint köztudott, az addiktológiai betegek viszonylag ritkán szánják el magukat az erősen stigmatizáló és hosszan tartó kórházi kezelésekre. Ezért tehát általában nem jönnek, hanem hozzák, vagy küldik őket. Ebben kétségkívül nagy szerepet játszik több tényező is.

- A tradicionális bortermelő vidéken az alkoholfogyasztás kiemelkedő értéket jelent. Az ivás óhatatlan tartozéka a férfiúi identitásnak. Az absztinencia tehát a kasztráció és az exklúzió jelentéseit hordozza magában.

- Mivelhogy az addiktológiai osztály integrált részét képezi a regionális pszichiátriai kórháznak, a kezeléssel nem csak az alkoholfüggőség, de az elmebetegség stigmája is jár. Tekintettel arra, hogy a szociális exklúzió küszöbe igen alacsony, az elvonókezelés az egyén számára tartós hátrányt jelent.
- A tradicionális "konfrontatív" jellegű addiktológiai ideológia egyre nagyobb diszkrepanciát mutat a társadalomban lezajló értékváltaáshoz viszonyítva. Így a kezelés egyre kevésbé vonzó a lakosság jelentős része számára. Ezért igen fontos adat, hogy ki is kezdeményezte a beteg hospitalizációját. A grafikonból kiderül, hogy a munkaadók meglehetősen fontos szerepet játszottak ebben a '90-es évek derekáig. A későbbiekben azonban szerepük nagymértékben csökkent. Emelkedett azonban az egészségügy szerepe, habár ez gyakran csak a beutalás fizikai tényére korlátozódik.

A májfunkciós enzimek értékei

16. ábra: A betegek májfunkciós enzim-érték alakulása (1985-1998)

Mint ismeretes, a májfunkciót tükröző enzimek meglehetősen nagy jelentőségűek az alkoholfogyasztás károosságának megítélésében. Az enzim-értékek információkat szolgáltatnak az alkoholos italok toxicitásáról, a bevitt energiahordozók arányáról, a májsérülések jellegéről stb.

A grafikon látványosan ábrázolja a '80-as és '90-es évek közötti különbségeket, ami mindenekelőtt a GOT -GPT és a GGT közötti arány eltéréseiben mutatkozik. A '90-es évekre jellemző a kisebb különbség. Kivételt képez az 1998-as év, ami szintén a bő 1997-es borterméssel járó excesszívebb ivást igazolja.

A hospitalizációra vonatkozó adatok

Magára a hospitalizációra, a kezelés sikerességére, illetve a kezelési rendszer funkcionalitására több változó hordozza az információt. Ezek közé sorolható:

- a kezelés időtartama;
- az elbocsátás jellege;
- az alkoholfüggőség társvizsgálata;
- az elbocsátáskor ajánlott terápia.

A hospitalizáció időtartama

17. ábra: A hospitalizáció időtartamának változása (1985-1998)

A szlovéniai alkoholfüggőséget célzó kórházi kezelés ajánlott időtartama kb. 3 hónap. Számos esetben azonban a kezelés meghaladja az ajánlott időtartamot. Ugyanakkor a két hónapnál rövidebb kezelések általában csak detoxikációt jelentenek. Az adatok arra utalnak, hogy a betegek java része nem vesz részt "elvonó" kezelésben, illetve nem fejez be addiktológiai programot. Fontosnak tűnik azonban, hogy az extrém hosszúságú kezelések száma csökkenő tendenciát mutat az utóbbi évek során. Ugyanakkor pedig nő a 3-4 hónapos hospitalizációk száma.

Az elbocsátás jellege

18. ábra: Az elbocsátás jellegének változása (1985-1998)

Az elbocsátások jellege fontos információt hordoz a kezelésekről, illetve a hospitalizációk "sorsáról". A gyógykezelések végződhetnek:

- Fegyelmi elbocsátással - amennyiben a beteg vét a házirend, illetve a terápia szerződés tartalmazta szabályok ellen. A fegyelmi vétségek miatt elbocsátott páciensek aránya viszonylag alacsony és 1994-ben volt a legalacsonyabb.

- Szembetűnik azonban, hogy az azonos időszakban a betegek java része elhárította az „alkoholelvonó” kezelést, illetve pár nap után kérte elbocsátását.
- A terápiás tevékenység kudarcaira utal az a tény is, hogy az adott évben szinte senki sem fejezte be sikeresen a terápiás programot.

A kritikusnak értékelhető 1994-es év óta a helyzet folyamatosan javul. Egyre több beteg szánja rá magát az „alkoholelvonó” kezelésre és végzi el sikeresen az előírt programot. Legszámottevőbb az utóbbi két év során bekövetkezett ugrásszerű emelkedés. Az adaptált (könnyített) program az organikusan károsodott, illetve alacsony iskolai végzettségű betegek számára készült. A betegpopuláció általános végzettségének emelkedésével arányosan csökken azoknak a száma, akik adaptált programot „abszolválnak”.

Társdiagnózisok

	Predelir.	Delírium	Epileptif.	Pszichoo.	Szem.zav.	Cir.+hepa.	Depressz.
1985	3	3	1	5	1	1	0
1986	3	4	1	6	4	4	0
1987	0	6	2	4	2	11	0
1988	0	4	2	3	2	3	0
1989	1	12	1	8	0	4	0
1990	3	7	6	1	2	4	0
1991	2	5	5	6	0	3	0
1992	3	8	4	6	0	3	3
1993	2	9	10	4	2	2	2
1994	3	9	5	4	1	4	1
1995	3	11	4	3	0	2	3
1996	3	7	3	3	0	8	3
1997	4	11	4	2	0	2	1
1998	3	3	4	2	0	2	3

2. táblázat: A társdiagnózisok alakulása (1985-1998)

Köztudott, hogy az addiktológiai jellegű kórképek számos egyéb pszichopatológiai és szomatikus jellegű zavarral szövődnek. Ezek egy része szorosan kapcsolódik a függőség diagnózisához, mint pl. a megvonásos tünetegyüttesek, illetve a polineuropátiás állapotok vagy az alkoholos májkárosodás. Más esetben (pl. alkoholfüggőség és személyiség zavarok, depresszió) a kórállapotok kölcsönösen befolyásolják egymást. Az említett társdiagnózisok

közül kiemelném a depresszív állapotok felismerését alkoholfüggő betegek esetében. Szembetűnik ugyanis, hogy az új típusú antidepresszívumok megjelenése előtti időszakban az illető kórisme nem került felismerésre, illetve feltüntetésre. A gyógyítás lehetősége ellenére a későbbiekben is csak igen alacsony arányban jegyezték fel a diagnózist.

Terápia az elbocsátáskor

19. ábra: Az elbocsátáskor felírt szerek dinamikája (1985-1998)

Az elbocsátólapokon feltüntetett gyógyszercsoportok közül csak a leglényegesebbeket emeltem ki. A benzodiazepinek elbocsátáskor való felírása mind az utolsó évekig ellenállt a szakma megváltozott szabályainak. Ugyanakkor pedig az antidepresszívumokat csak az utóbbi években írják fel gyakrabban. A diszulfirám alapanyagú szerek használata elenyésző. Meglepőnek tűnik a neuroleptikumok meglehetősen gyakori használata, ugyanis a társdiagnózisok között nem szerepelnek pszichotikus állapotok.

Közreműködés a kezelésben

20. ábra: A közreműködő személyek dinamikája (1985-1998)

Az adatok alapján szembetűnik, hogy a tranzíció időszakában csökkent a szélesebb családi kötelékek jelentősége, ugyanis a rokonok egyre ritkábban vettek részt az addiktológiai betegek kezelésében. Folyamatosan csökkent a partnerek szerepe is, ugyanakkor pedig mindvégig nőtt a gyermekek részvételének aránya.

Összefoglaló

Mint ahogyan már a dolgozat előző fejezeteiben is említettem, a tranzíció, illetve transzformáció egy bonyolult, multidimenzionális folyamatként zajlik. A tranzíció a folyamat három elemét feltételezi:

- Kiindulási állapot,
- Maga az átmenet folyamata;
- A végállapot.

A transzformáció ettől eltérően olyan folyamatot jelöl, melynek ugyan

- világos kiindulópontja van, de ugyanakkor
- nem előre látható az átalakulási folyamat végállapota.

Dolgozatomban nem döntöttem határozottan az egyik, illetve a másik fogalom mellett. Az általam elemzett adatok alapján ugyanis egyértelmű, hogy a rendszerváltás folyamata bizonyos szegmenseiben tranzíciós jellegű, más aspektusból azonban inkább a transzformáció feltételrendszerének felel meg. Ennek alapján tehát joggal feltételezhető, hogy a tranzíciós jellegű történések párhuzamosan zajlanak azon folyamatokkal, melyek végállapota nem látható előre, illetve ami biztonsággal előfeltételezhető, az az előre nem láthatóság ténye.

Az általam áttekintett addiktológiai jellegű adatok alapján megkíséreltem felosztani a szlovén tranzíciós-transzformációs folyamatot több fázisra, melyek egyrészt meglehetősen világos makroszociális jelleget hordoznak, ugyanakkor pedig tükröződnek az általam értelmezett addiktológiai adatokban és jelenségekben.

A tranzíció fázisai

Az általam elemzett addiktológiai vonatkozású adatok alapján a szlovén tranzíciós-transzformációs folyamaton belül öt, viszonylag jól elkülöníthető fázist ismertem fel.

A növekvő anómia évei – 1985-1989

A szlovén gazdaság a '80-as években még mindig kimagasló eredményeket mutatott fel a többi szocialista országhoz, illetve a volt Jugoszlávia többi részéhez viszonyítva. Habár érződött a szocializmus lendületének alábbhagyása, az emberek java része nem foglalkozott a társadalmi átalakulás szükségességének gondolatával. Az első hangosabb állásfoglalások csak

1989 körül jelentek meg a médiában. A többi közép-, illetve kelet-európai országokban zajló történések viszont csak a jugoszláv federáció szűrőjén keresztül érték el Szlovéniát. A viszonylag nyugatorientált (katolikus) Szlovénia sokkal radikálisabb tranzíciós elképzelésekkel lépett színre, mint amelyek elfogadhatóak lettek volna a többi köztársaság politikai vezetése számára.

Az addiktológiai adatok alapján leírható helyzet

A kórházi felvételre került betegek java része a 31-40 év közötti korcsoportba tartozott. Ugyanakkor pedig az említett időszakban fokozatosan nőtt az idősebb, 41-50 év közötti betegek aránya. A nők száma mindvégig alacsony maradt. (Ami nem tükrözi a női alkoholizmus arányát és problematikáját a régióban). A betegek többsége családban (primáris, generációs vagy nukleáris) élt. A nős és a nőtlen betegek aránya megközelítően azonos volt.

A '85-ös és a '89-es évek között az iskolai végzettség nélküli betegek aránya csökkent, ugyanakkor megnőtt a szakmunkásképzőt végzett betegek száma, s csak elvétve akadt munkanélküli beteg.

Az adatok szerint meglehetősen nagy volt a visszaesők száma. A betegek többsége az alkoholfüggőséghez társuló agresszív viselkedés miatt került felvételre.

A delíriumok alacsony száma a viszonylagosan jó anyagi körülményekkel magyarázható. Erre utal a betegek viszonylag stabil egészségi állapota is, amire joggal következtethetünk annak alapján, hogy a későbbi évekhez viszonyítva lényegesen kevesebb beteg került felvételi osztályra. A betegek hospitalizációját viszonylag magas arányban kezdeményezte a munkaadó. A betegek laboratóriumi leletében jellemző volt a magas gamma glutamil transzferáz érték, viszonylag alacsony GOT, GPT érték mellett.

A kezelést sokan hagyták el idő előtt, de viszonylag sokan fejezték be a strukturált addiktológiai programot.

A '80-as évekre vonatkozó adatok viszonylag jól demonstrálják a kor társadalmi szövetének tükröződését az addiktológiai betegek jellemzőiben. Az addiktológiai kezelés indítéka tehát számos esetben az alkoholfüggő személyek magatartászavarában keresendő. A "beutalások" célja többnyire a társadalom érdekeinek megvédése volt. Ugyanez vonatkozik a munkaadók motivációs szerepére. A társadalom ugyanis viszonylag toleráns volt az alkoholfogyasztást, illetve az alkoholfüggő személyek problémáit illetően. A negatív jellegű társadalmi mobilitás mértéke igen alacsony volt az adott időszakban, így nem volt elrettentő, illetve kezelésre motiváló szerepe. Ugyanakkor mégis feltűnik, hogy a betegek sokkal fiatalabb korban és sokkal jobb "kondícióban" kerültek az osztályra, amiből következtethető, hogy mégiscsak működött egy bizonyos "korai veszélyt jelző rendszer", mely hatékonyan juttatta kezelésbe az alkoholfüggő személyeket. Úgy tűnik azonban, hogy a leginkább percipált alkoholfüggőséggel kapcsolatba hozható "tünet", az agresszió volt.

Az aranykor ígérete - 1990

1990. január elsején az akkori szövetségi kormány elnöke bejelentette a dinár konvertabilitását és a gazdasági-politikai reformok törvényes lehetőségét. A '87-'88-ban zajló, hihetetlenül frusztráló hiperinfláció után a polgárok hitetlenkedve, de mégis nagy optimizmussal fogadták a nagy horderejű változásokat. Szlovéniában hirtelen megugrott az életszínvonal, megnőtt a vásárlóképesség, leomlottak a jóléti társadalom kialakulását késleltető akadályok. Most utólag úgy tűnik, hogy az említett intézkedések jelentették az utolsó kísérletet Jugoszlávia békés átformálására és megőrzésére. 1990-ben Szlovéniában lezajlottak az első szabad és demokratikus választások. A viszonylag optimisztikus közhangulatot csak a szövetségi szinten zajló, konfederalizációt célzó tárgyalások sikertelensége és a Szlovéniával szemben folytatott politikai nyomás jelentette. Az év vége felé egyre inkább egyértelművé vált, hogy Jugoszlávia képtelen a békés átalakulásra.

Karácsony előtt a szlovén polgárok népszavazáson döntöttek a köztársaság Jugoszláviából való kiválása mellett.

Addiktológiai aspektusból nézve, az 1990-es év egyaránt hordozta a megnyugvás és optimizmus, valamint a negatív előjelű változások jegyeit. A folyamatos életkor növekedés mellett 1990-ben ugrott meg az 51-60 év közötti betegek aránya. Ezzel arányban lecsökkent a szakiskolát végzettek száma az iskolai végzettség nélküli betegek számához viszonyítva. Megjelent a munkanélküliség mint probléma.(Feltételezhetően szoros összefüggés vonható az idősebb korosztály, az iskolai végzettség hiánya, a munkanélküliség és a fenyegető delíriumok gyakorisága között.) Ugyanakkor a fiatalabb betegek arányának csökkenésével és a viszonylagos szociális jóléttel hozható kapcsolatba az agresszió csökkenő mértéke és a kiugró gamma GT értékek csökkenése a GOT -GPT érték tükrében.

Az adatokból kiolvasható, hogy az addiktológiai szcénán megjelent a betegek egy új csoportja:

- A viszonylag hosszú ideje;
- jól szocializáltan ivó;
- idősebb;
- képzetlen;
- munkanélküli betegek csoportja.

A gyakorlati tapasztalatok arra utalnak, hogy a munkanélküliség lényeges eleme az alkoholfüggő személyek radikális kontrollvesztésének. A nap strukturáltságának hiánya, a passzivitásra csábító viszonylagos jólét, de a szerepvesztések stressze is nagyban hozzájárul az elfogyasztott alkoholmennyiség növekedéséhez és az alkoholfüggő karrier felgyorsulásához. Ugyanakkor azonban nyilvánvaló, hogy az említett szubpopuláció arányának növekedése az excesszív jellegű ivás és következményeinek (agresszió, magas gamma GT érték) csökkenését is eredményezte.

Elszakadás, háború és a következmények - 1991

1991 tavaszán a jugoszláv politikai helyzet egyre feszültebbé vált. Válaszul a szlovén elszakadási törekvésekre Szerbia szigorú gazdasági embargót vezetett be a szlovén ipari termékek ellen. Katonapolitikai téren is fokozódtak a feszültségek, a szövetségi katonaság és a szlovén fegyveres testületek között egyre gyakrabban villantak fel konfliktusok, provokációk. Szlovén oldalon is egyre több férfi öltözött "mundérba". A függetlenedés napjának közeledtével a feszültség egyre csak fokozódott. 1991. június 26-án, a szlovén függetlenség kikiáltása után megkezdődött a fegyveres harc a szlovén és a szövetségi egységek között. A viszonylag rövid ideig tartó harci tevékenységet követően szinte egyik pillanatról a másikra robbant ki a gazdasági krízis. A szlovén vállalatok jelentős hányada maradt piac nélkül, az infláció szinte megtizedelte a lakosság jövedelmét, a beszerzési útvonalak megszakadása miatt az élelmiszerek ára a többszörösére nőtt. A „parádés lovaknak” tekintett nagyvállalatok hetek alatt hullottak szét, a munkások ezrei maradtak munka nélkül. Megjelent ismét a valuta feketepiac, megnőtt a bűnözés aránya.

Addiktológiai aspektusból nézve, az adott év adatai számos tekintetben hasonlítottak az 1990-es év mutatóihoz. Az életkor továbbra is nőtt, főleg a 41-50 év közöttiek aránya. Ugyanakkor pedig a fiatalabb betegek száma továbbra is csökkenő tendenciát mutatott. 1991-ben meglepően magas volt a nem családjukkal élő betegek aránya. Az adott jellegzetesség igen magas egybeesést mutat az adott évvel. Hasonlóképpen nagymértékben csökkent az egyszeri kezelésen átesett betegek ismételt felvétele és ugrásszerűen megnőtt a "forgóajtó" betegek száma. Mindebből jogosan következtethető, hogy az adott (szorongáskeltő) társadalmi-politikai helyzet leginkább a szociális háló hiányában élő és anyagilag veszélyeztetett alkoholfüggő személyeket érintette.

Az 1991-es év során megnőtt a delíriummal kezelt és az agresszív betegek száma. Kiemelkedően magas volt a programot idő előtt abbahagyó betegek száma is. Ugyanakkor

meglepő, hogy a benzodiazepinek felírásának aránya hirtelen leesett és ugrásszerűen megnőtt a neuroleptikus terápiában részesülő betegek aránya.

Az 1991-es év volt az utolsó, amikor a tágabb rokonság tagjai tevékenyen vettek részt az addiktológiai betegek kezelésében.

Az áttekintett adatok alapján úgy tűnik, hogy a nagy horderejű, szinte katasztrofikus jellegű társadalmi történések nem tükröződnek meggyőzően az addiktológiai betegek jellemzőiben. Feltételezhető, hogy az alkoholfüggőség némileg "amortizálja" a társadalmi változások feszültségkeltő erejét és azok csak némi áttételekkel, késve manifesztálódnak.

Az átmenet éve – 1992-1996

Az 1992 és 1996 közötti éveket azért tekintem egy korszaknak, mert az általam vizsgált addiktológiai adatok arra utalnak, hogy az adott időszakra vonatkozó jellemzők meglehetősen homogének és ugyanakkor jól különböznek a megelőző és a következő évek jellemzőitől. Ugyanakkor az addiktológiai betegek szolgáltatott adatok birtokában a makroszociológiai történések is mutatnak némi sajátosságot.

Az 1991-es évben bekövetkezett gazdasági kollapszus a későbbi években is folytatódott. A gazdasági recesszió minden bizonnyal rányomta pecsétjét a 90-es évek első felére. A közben lebonyolított piackeresés, privatizáció, denacionalizáció, átstrukturálás csak az utóbbi években mutatja eredményét. A munkanélküliek 130-140.000-es tömege mindvégig komoly terhet jelentett a gazdaság és a költségvetés számára. Fontosnak tűnik azonban megemlíteni, hogy az új gazdasági ciklus beindulásával számos munkanélküli jutott új munkalehetőséghez, ami tehát azt jelenti, hogy a munkanélküli dolgozók között arányában egyre több lett az idősebb, képzetlen, addiktológiai gondokkal küzdő személy. Az adott szubpopuláció jelenléte és arányának fokozódása tükröződik a hospitalizált az alkoholfüggő személyek adataiban is.

Az 1992 -1996 közötti időszakban ugyanis a hospitalizált betegek átlagéletkora tovább nőtt, a viszonylag fiatal (és kétségkívül perspektívebb) betegek aránya azonban csökkenő tendenciát mutatott. Csökkent a saját családdal élő betegek száma, és megnőtt:

- az iskolai végzettség nélküli;
- munkanélküli;
- falusi betegek száma, illetve aránya.

Az ismételt felvételek száma nőtt, a többszörösen visszaeső betegek aránya csökkent. Gyakori volt a megelőző delírium, az aktuálisan zajló delíriumok száma is folyamatosan nőtt 1996-ig, amikor tetőzött. Egyre több addiktológiai beteg kezdte kórházi karrierjét a felvételi osztályon, ami mindenképpen a betegek rossz kondíciójára utal.

A májfunkciós enzimek értéke folyamatosan nőtt 1995-ig. A teljes időszakra jellemző a megközelítően azonos GOT-GPT-Gamma GT arány.

A betegek nagy százaléka távozott el rövid idő után a kórházból. Az addiktológiai (elvonó) kezelés egyre kevésbé volt vonzó számukra. Ebben kétségtelenül fontos szerepet játszott a kellő külső motiváció hiánya, de ugyanakkor óhatatlanul felvetődik a kezelés funkcionalitásának kérdése is. A szocialista társadalmi rendszer során kialakított (Hudolin féle) kezelési modell ugyanis az alkoholfüggőség morális problematikusságára épült. Egyéb kezelési modellek nem jöhettek létre, nem alakulhattak ki, ugyanis a pszichiátria mint szigorúan ellenőrzött tevékenység nem térhetett le a kommunista párt által jóváhagyott "vonallról". Így az addiktológiai kezelési módszerek megrekedtek egy tranzíciót megelőző szinten. A terapeuták olyan kezelési módszereket alkalmaztak, amelyek leginkább az "átnevelő" pszichopedagógiai módszerekre emlékeztettek. A pszichoterápiában és konzultációs elméletben gyökerező metódusok nagyfokú elutasításra leltek a terápiás team tagjai részéről.

A kezelési rendszer legsúlyosabb krízise 1994-ben zajlott, amikor a betegek közül szinte senki sem fejezte be az (elvonó) kezelési programot. A betegek java része elutasította az addiktológiai osztályra való áthelyezést, illetve onnan idő előtt távozott. Tekintettel arra, hogy a kezelést vállaló betegek száma meglehetősen alacsony volt, az osztály kihasználásának biztosítása érdekében számos beteg hospitalizációja nyúlt szükségtelenül hosszú hónapokra, akár egy teljes évre is.

A „drop out” ráta hihetetlenül magas mértéke csakis a személyzet kiégettségére, illetve a kezelési modell diszfunkcionalitására utalhat. Az 1995-1996 során bekövetkezett személyzeti változások feltételezhetően hozzájárultak a program funkcionalitásának javulásához. Sajnos a rendelkezésre álló adatok alapján lehetetlen megítélni a program sikerességét a reális (visszaesési) mutatók alapján, habár kétségtelen, hogy e mutatók alakulásában nagy szerepet játszanak az AE klubok is, melyek a poszthospitalis rehabilitáció egyedüli lehetséges útját jelentik.

A feltámadás – 1997-1998

A szlovén társadalom az 1990-es évek vége táján fokozatos gazdasági növekedést mutat. Habár a nyugati tőke beáramlása nem számottevő, a szlovén gazdaság feltámadása mégis csak egyre inkább szembetűnő. Erre utal a szlovén pénznem, a tolar és a szociális helyzet stabilitása, az alacsony kamatok, az életszínvonal emelkedése. Szlovénia beintegrálódott az európai intézményrendszerbe, a parlamenti demokrácia működése sikeres. Kívülről nézve Szlovénia mindenképpen a sikeresen véghezvitt tranzíció történetét jelenti. Ugyanakkor azonban az addiktológiai mutatók nem ennyire biztatóak. Az alkoholizmusból származó egészségkárosodás még mindig igen számottevő és a felnőtt lakosság jelentős részét érinti.

A viszonylag liberális szociálpolitika nagyban hozzájárul a lakosság egy részének passzivizálódásához. Úgy tűnik, hogy egész területek lakossága válik ismét munkavállalásra alkalmatlanná, illetve motiváció-vesztetté. A szociális mobilitás csökkenésével egyre több

család válik ismét több generációssá. A függetlenedés, önállósodás – mint társadalmi érték - megszűnőben van. Az alkoholfogyasztás egyre inkább a jutalmazás és az öngyógyszerezés szerepét tölti be és válik igencsak preferált értékke. Ehhez óhatatlanul hozzájárul a pszichiátria alacsony terápiás kompetenciája, totalitáris jellege, hozzáférhetetlensége.

A kórházban kezelt betegek jellemzői azonban ennek ellenére változó trendeket mutatnak, ami mindenképpen arra utal, hogy az új társadalmi játékszabályok hozzájárultak a lakosság alkoholhoz való viszonyának folyamatos átalakulásához. A hospitalizált betegek adatai alapján a betegek átlagéletkora ugyan lényegesen még nem csökkent, de csökkenő tendenciát mutat a 41-50 és az 51-60 év közötti betegek aránya. Ezzel szemben ismét nő a fiatalabb 31-40 év közötti betegek aránya. Számottevően nőtt a nők aránya is. Családi állapotot tekintve, nő a nős betegek aránya az elvált és özvegy betegek rovására. Nő a családban élő betegek aránya is. A szűkebb családtagok viszonya az alkoholfüggő személyekhez nagymértékben megváltozott az elmúlt években. Erre utal az is, hogy a házastársak ismét nagyobb mértékben vesznek részt a kezelésben. Úgy tűnik, hogy a '90-es évek végén az addiktológiai betegek generációváltása zajlott le. Az idősebb, elhagyatott, iskolai végzettség nélküli, az alkoholfüggőség súlyos következményeit mutató falusi betegpopulációt egyre inkább felváltja egy viszonylag fiatal, jól (vagy legalább is jobban) képzett, munkavégzésre alkalmas városi populáció, mely azonban még mindig aggodalmat keltő állapotban kerül kórházba. A delíriumok számának csökkenése megnyugtató adat lenne, ha nem esne egybe a kimagaslóan bő bortermés éveivel (és a kiugró gamma GT értékekkel), ami úgy is értékelhető, mint a rövidebb ideig tartó, de intenzív alkoholfogyasztás lenyomata. A csökkenő delíriumok számával szemben megnőtt a fenyegető delíriummal, illetve a súlyos megvonásos tünetekkel kórházba kerülő betegek száma. Ezt igazolja az is, hogy a fiatalabb kor ellenére sem csökkent a felvételi osztályra kerülő betegek aránya.

A betegek kórházba kerülését ismét egyre gyakrabban kezdeményezik a munkaadók, ami egyaránt tükrözi a dolgozókkal szemben mutatott pozitívabb emberi viszonyt, az alkoholfüggőséggel szembeni csökkenő toleranciát és a profitorientáltságot. A munkahelyi "játékszabályok", a közlekedésbiztonsági törvények, és a munkahely megszerzésének és megőrzésének buktatói kétségkívül hozzájárulnak a lakosság alkoholhoz fűződő viszonyának radikális változásához és az addiktológiai betegek kezelési motiváltságának növekedéséhez. Ez tükröződik a rövid kezelések számának csökkenésében, és a sikeresen befejezett kezelések számának növekedésében. Az új addiktológiai betegpopuláció óhatatlanul új szükségleteket hoz felszínre, melyek kielégítésére elengedhetetlen a kezelési rendszer adaptációja. Mindenképpen szükségesnek látszik a kezelés ideológiáját hozzáalakítani a társadalom változó arculatához, pl. az emberi jogok, a civil társadalom hordozta értékekhez. A moralizáló addiktológia helyett szükségeszerű egy modern terápiás koncepciókon alapuló, betegközpontú diszciplína kialakítása.

A MENEKÜLT CSALÁDOK JELLEMZŐI ***Dr. Rózsa-Molnár Ilona***

A vizsgált családok

Első esetösszefoglaló

Alapadatok: Milica, 11 éves tanuló.

Anyja kíséri a gyermekgyógyászati szakrendelésre. Boszniából menekült család gyermeke. Szüleivel és nővérével 2 éve élnek területünkön.

Anamnézis

Az édesanya második, problémamentes, kívánt terhességéből született, időre. Születés súlya 3500 gr volt. 6 hónapos koráig jól és megfelelő mennyiségben szopott. Elválasztása

fokozatosan történt, és problémamentes volt. Motorosan és mentálisan normálisan fejlődött. Komolyabb betegsége nem volt. Bölcsődébe nem járt, óvodába hatéves korában, iskolába pedig hétévesen került. A közösségbe könnyen és gyorsan beilleszkedett. Kétéves korában lett szobatiszta. Kilencéves korában kezdődött éjszakai bevizelése. Két évvel idősebb nővérével alszik egy szobában, de külön ágyban.

Panasz

A kislány tünetei kilencéves korában akkor kezdődtek, amikor Boszniából idekerültek. A háborús övezet elhagyása után 3 hónapig menekülttáborban voltak Újvidék mellett egy kis faluban, a közeli rokonokkal együtt. A "végleges" elhelyezés során ők hozzánk kerültek, a rokonok pedig más faluban kaptak elhelyezést. 3 hónapig "befogadó" családban éltek, másfél éve pedig a jelenlegi családi házban, albérletben. Éjszakai bevizelési, alvászavarai az otthon elhagyása után kezdődtek. Este nehezen aludt el, az éjszakát nem tudta átaludni, rémálmai voltak. Álmában sírt, segítségért kiabált. Az addig jókedélyű, játékos gyermek visszahúzódó lett, kerülte a gyermekek társaságát, félénkké vált, nem érezte biztonságban magát az új környezetben. Hetente egy-két alkalommal éjszaka ágybavizelt. Édesanyja este megvonta tőle a folyadék bevitelét, és éjjelente egy, néha két alkalommal is felébresztette és megpisíltette. Az anamnézis, a klinikai-, laboratóriumi-, és egyéb vizsgálatok kizárták az enuresis organikus okát. A panaszok hátterében az átélt háborús eseményeket tételezték fel. Vitaminokat és Carbamazepin tartalmú gyógyszert kapott, és a nevelési tanácsadóba irányították. A kapott gyógyszerek és a tanácsadás hatására alvászavarai megszűntek, enuresise pedig ritkult. A nevelési tanácsadóban a pszichológusnál csak két alkalommal voltak. Több találkozást anyagi és az utazási nehézségek miatt nem tudtak vállalni.

A jelenlegi probléma meghatározása

Három hónapja kifejezetten fennálló éjszakai ágybavizelés. A jelentkezés időpontjában enuresise mindennapos. Iskolai teljesítménye az utóbbi időben romlott, hangulata változó, sokszor rosszkedvű.

A kliens

Félénk, visszahúzódó. Problémáját egy mondatban fogalmazza meg – éjszakai ágybavizelés miatt szégyenérzete van, szeretne a problémától megszabadulni. Szüleit, nővérét szereti. Szorong az iskolai kudarcoktól. Tanulmányi előmenetele az utóbbi időben romlott. Az iskolában egy barátnője van, akihez nagyon szeretne hasonlítani. Halkan, tömondatokban beszél, kerüli a szemkontaktust. Felkérésemre, szívesen vállalja a fogalmazásokat (az én családom, ilyen vagyok én, szorongásaim, az én barátaim), és a befejezetlen mondatok kitöltését. Kérésére, engedélyezem, hogy a befejezetlen mondatok kiegészítését otthon végezze el, és a következő találkozásra hozza magával.

Az anya

Középtermetű, zárkózott. Szigorú nevelésben részesült, általános iskolai végzettsége van, háziasszony. A háztartási munka mellett, alkalmi mezőgazdasági munkát is szokott vállalni, hogy javítson a család anyagi helyzetén. Nehezen alkalmazkodik az új környezethez, időnként erős honvágya van, de erről a gyerekek előtt nem beszél. Idősebb leányát felmagasztalja, kiemeli kedvességét, ügyességét, kiemelkedő tanulmányi előmenetelét. Milica semmiben sem hasonlítható nővéréhez. Nem engedheti el osztálykirándulásra sem, ha meg is engedné anyagi helyzete, mert bepisilése miatt csak szégyenkezni kellene. Amikor türelme a sok mosás miatt fogytán van, elcsattan az anyai pofon is.

A házasság

Férjével 20 éve ismerkedett meg egy falusi bálon. Háromhónapos udvarlás után kötöttek házasságot. Házasságának előző éveit boldognak ítéli meg. Amióta új környezetben élnek, azóta férjével gyakran vannak konfliktusai. Kezdetben a problémák a munkanélküliség miatt adódtak, ma pedig az alkoholfogyasztás miatt.

A jelen körülmények és az addikció kialakulása

Mindenük odaveszett, amit kétkezi dolgos munkával megteremtettek. Átélték a nélkülözés, a megalázottság és kiszolgáltatottság legnehezebb időszakát. A nehéz napok után, biztatóbb jövő ígérkezik, hiszen a férj képesítésének megfelelő munkát kapott a szomszéd községben. Igaz, csak meghatározott időre. Ezzel anyagi helyzetük nagyon sokat javult. Albérletbe költöztek, egy kertes házba, ahol az élelmiszer egy részét meg tudják termelni. A házasság kezdetén mindketten dohányoztak, most csak a férfi dohányzik. Napi egy doboz füstszűrős cigarettát szív. Naponta két, három kávét fogyasztanak. Az apa alkalmanként ivott, de azt is csak társaságban, sohasem volt részeg. Rendszeres alkoholfogyasztása a menekülttáborban kezdődött. Az alkohollal szerette volna feledni a sötét múltat, és a problémák megoldásának lehetőségét is abban kereste. Gyakoriak voltak a lerészegedések is. A táborban dolgozó pszichiáter segítette át a krízisen. A tábor elhagyása után új környezetbe került, távolmaradtak az addigi ivócimborák. A kilátásba helyezett munkahely betöltésének feltétele pedig az alkoholtól való mentesség volt. Jelenleg alkoholos italt csak a munka után fogyaszt. Felesége ezen italozását sem nézi jó szemmel, emiatt gyakoriak a konfliktusok.

A probléma definiálása az első interjú, a fogalmazások és a családrajz alapján

A családban a tünehordozó az enuretizáló kislány. A szeretetet nem a valódi formájában ismeri meg. Számára teljesen érthetetlen, néha miért van túlkényeztetve, máskor pedig csak az elmarasztalás jut. Egyidőben megjelenik az apai engedékenysége, és az anyai tiltás. A családi feszültség rajta csapódik le. Testvéréhez hasonlítják, a rosszért mindig ő az ügyeletes felelős. Apjához tartja magát hasonlónak, érzelmileg is kötődik hozzá. Nem szívesen barátkozik az iskolában senkivel sem, mert fél, hogy kiderül ágybavizelése, és emiatt osztálytársai kicsúfolják. A játékból így is kirekesztik, azért mert ő "menekült", és nem igazán ismeri a helyi játékszokások sajátosságait. Egy barátnője van, aki nagyon gazdag, hozzá szeretne hasonló lenni. Az anya, erős, meghatározó személyiség. A család vezető szerepét ő viszi. Időnként tűr, és viselkedik. Gyermekének jó anyja szeretne lenni, de gyakran apai szerepeket is ellát. Az apa, keresetével biztosítja a család jövedelmét, családfenntartói szerepet tölt be. A családban erős férfit szeretne felmutatni, de minden alkalommal szidás következik. Időben strukturált alkoholizmusa van. A benne felgyülemelő feszültség a családban csapódik le. Az ő alkoholizmusa a háttérben bújkál meg. A nővér az iskolában jó tanuló. Tudatosan teljesítményorientált. Magatartásával felvállalja a család pozitív értékeinek a felmutatását. Szeretne kilépni a bűvös családi körből.

A probléma meghatározása a kliens szerint: a mindennapos enuresis

Az általam megfogalmazott probléma:

- a gyermek pszichoszomatikus betegsége;
- az apa időben strukturált alkoholos gondjai;
- szerepzavarok;
- a gyermeknek nyújtott példakép hiánya.

A probléma megoldására az enuresis kezelése mellett családi konzultációt javaslok.

A konzultációs folyamat tervezése

- a bűnbakképzés megállítása;
- az anyai szerepek tisztázása;
- a családi szerkezet újrastrukturálása;
- érvényes apamodell kialakítása;
- az apa szabadidejének strukturálása, indirekt módon történő alkoholos gondozás, melynek célja az ártalomcsökkentés.

Második esetösszefoglaló

Alapadatok: J. Srdjan, 15 éves középiskolai tanuló

Osztályfőnökével jelentkezik a szakrendelésen. Az oktatás szünetében erős hasi görcsökre panaszkodott. Ezen panaszok az utóbbi időben gyakran előfordulnak az iskolában.

Anamnézis

Az anya második, panaszmentes terhességéből született, időre. Születési súlya 3700 gr volt. Jól és megfelelően szoptott 7 hónapos koráig. Az elválasztás lassan és fokozatosan történt. Korai motoros és mentális fejlődése zavartalan volt. 5 éves korában óvodába ment, 7 évesen pedig iskolába. Iskolai előmenetelével eddig gondok nem voltak. Az általános iskolát jó eredménnyel végezte. Szülőfalujában 6 osztályt fejezett be, a többi osztályokat Újvidéken, majd Törökkanizsán. Szakmunkásképzőbe nyert felvételt, ahol jelenleg első osztályos tanuló. 11 éves koráig komolyabb megbetegedése nem volt. A háború kitörésekor szüleivel menekülni kényszerült. Az ostromgyűrűből az utolsó pillanatban sikerült kimenekülniük. Menekülés közben bombarobbanás következtében rádőlt egy fal, súlyos sérüléseket szenvedett. Katonai helikopter szállította az Újvidéki Orvostudományi Egyetem Gyermeksebészeti Klinikájára. Nyílt combtörés, és zúzódások miatt hosszabb időt töltött a

klinikán, ahonnan úgymond gyógyultan távozott. A klinikáról való elbocsátása után egy falusi menekülttáborba került, ahol már korábban szülei és nővére elhelyezést kapott. Itt egy évet töltött a család. Ezt követően kerültek Törökkanizsára, előbb egy családhoz, majd a felépített menekült kolónián kaptak lakást, ahol jelenleg is laknak. A menekülttáborban gyakran voltak alvászavarai, rémálmai. Sokszor álmodott a menekülés körülményeiről, és rémálmok is gyötörték. Gyógyszeres kezelésben részesült, és panaszai fokozatosan megszűntek.

Törökkanizsára való költözésüket követően felső légúti panaszai voltak, gyakori volt az éjszakai nehézlégzés. Két alkalommal szanatóriumi kezelésben részesült. Panaszai fokozatosan megszűntek. Jelenleg gyógyszert nem szed.

Jelenlegi panaszai

Erős hasi fájdalmak, melyeket általában émelygés és hányinger előz meg. A panaszok az iskolában kifejezetté válnak, és általában az oktatás befejezése előtt erősödnek. Több alkalommal az oktatási óráról is ki kellett menni. Időnként hasmenése is van, súlyából is vesztett. Az iskolában szégyenli emiatt magát, mert mindenki azt gondolja, hogy lógni szeretne. Étkezése rendszertelen, iskolába uzsonnát ritkán visz. Tejet, tejterméket és gyümölcsöket ritkán fogyaszt.

A kliens

Középtermetű, sovány, csendes. Rövidlátása miatt szemüveget visel. Öltözete rendben tartott. Nehezen nyílik meg a beszélgetésre. Elsőéves középiskolai tanuló. Autószerelő szeretne lenni. Tanulmányi előmenetele közepes, ami az utóbbi hónapban romlott. Osztálytársai jól befogadták, igaz vannak, akik kinézik, mert menekült család gyermeke. Ő nagyon szégyenli, hogy menekült, de nem tehet róla. Osztályfőnöke nagyon derekasan kiáll minden helyzetben mellette. Amikor rosszulletei vannak az iskolában, mindig elkíséri az orvoshoz, ha kell, haza

is viszi. Osztálytársai ruhaneművel is szokták segíteni, főként ünnepek alkalmával lepik meg valamivel. Külsejével sincs meglegedve, a szemüvege zavarja. Nővérével nagyon jó a kapcsolata. Ő gimnáziumba jár, sokat segít a tanulásban. Gondjait szívesen megosztja vele. Édesanyjához, aki sokat aggódik az egészségéért, nagyon közel érzi magát. Édesapjával nem sokat szoktak beszélgetni. Őt nem nagyon érdeklik az iskolai gondok, számára csak egy fontos dolog létezik, a tanulás, hogy ne hiába fizesse az iskoláztatást. Amikor kisgyerek volt, sokat játszottak együtt, kártyáztak, bóbicsoztak, de amióta ideköltöztek, azóta az apját semmi sem érdekli. Gyakran részeg, ilyenkor ő mindig igyekszik a szobájába elvonulni, mert néha nagyon durva tud lenni, és ha az ember nem úgy válaszol, ahogy ő elgondolja, gyakran elcsattan az atyai pofon. Apját sokszor találja ittas állapotban, amikor az iskolából hazamegy. Kérészemre a következő nap az anya bekíséri vizsgálatra Srdjant. Megtervezem a kivizsgálás menetét, és kérem, hogy lehetőségekhez mérten az apa is jöjjön be. Készséggel fogadják közeledésemet, mivel elég problémásnak látják fiuk egészségi állapotát.

Az apa addikciójának kialakulása

13 éves korában rúgott be egy szülinapi bulin. 14 éves kora óta rendszeresen dohányzik. Napi egy doboz cigarettát szív. Otthonában rendszeresen fogyasztott minden étkezés előtt egy kispohár pálinkát, a főétkezést követően pedig egy üveg sört. Több italt csak társaságban fogyasztott, egyedül sohasem rúgott be, mindig csak barátokkal. Pár alkalommal ittas vezetés miatt kisebb bírságot is róttak ki, de komolyabb összeütközése a törvénnyel nem volt. Nagyobb mértékű italozása a menekülttáborban kezdődött, ott szinte minden férfi ivott, ő sem kerülhette el, de szüksége is volt rá, mert feledni akarta a menekülés szörnyű körülményeit. A táborban dolgozó pszichiáter segített abban, hogy italozása valamelyest csökkenjen. A felajánlott elvonókúrát nem akarta elfogadni, mondván, hogy ő akkor mond le az italozásról, amikor akar. A családban a gyerekek nem jó szemmel nézik, habár egyik sem mond semmit.

Feleségének nem sok beleszólása van, édesanyjával pedig ritkán találkoznak, akkor pedig nem ez a fő beszédtema. Régi szokása megmaradt. A napi kispohár pálinkát mindig elfogyasztja a főétkezés előtt. Naponta négy-öt üveg sört is megiszik. Ha jönnek a szomszédok kártyapartira, akkor több üveg sör is elfogy. Az itteni főzésű pálinkák nagyon erősek, így abból nem szabad sokat meginni. A napi négy-öt adag kávéjáról nem is akar lemondani. Felesége is fogyaszt naponta két kávé, de sohasem többet. A gyerekek nem dohányoznak és kávé sem isznak. Alkoholfogyasztását mértékletesnek tartja, még annak ellenére is, hogy néha többet iszik a kelleténél, de akkor annak mindig megvan a nyomós oka. Gyógykezelésre nem gondol, hiszen ez nem betegség.

A házasság

Mindketten húsz évesek voltak, amikor házasságot kötöttek. Szerelmi házasság volt. A házasságkötés után az özvegy nagymamával laktak együtt. A családban nem volt konfliktus. Mindkét gyermekük születését nagyon várták. Különösen a kliens érkezése volt örömteli, mivel trónörökös született. A családi név továbbvitelében nagyon fontos volt. Házasságukat mindkét szülő jónak mondja.

A kliens addikciójára vonatkozó adatok

Osztálytársai unszolására megpróbált rágyújtani, de minden alkalommal rosszul lett, erős köhögési rohamai voltak, és nehéz légzése is kisebb mértékben visszatért. Jelenleg nem dohányzik. Az alkohollal is próbálkozott egy osztálybuli alkalmával. Ekkor hányt, erős fejfájása volt, és napokig kábultnak érezte magát. Azóta ez nem ismétlődött meg.

A család előző életkörülményei

Az édesanya takarítónőként dolgozott a községházán. Az apa a nagyszülőktől és a szülőktől örökölt földet művelte, később saját földet is tudtak venni. A meglévő családi házat kibővítették, négy szoba, összkomfortos lakássá, és minden konyhai eszközzel felszerelték, hogy az édesanya háziasszonyi munkáját segítsék. A nyári szünetben a gyerekek is segítettek a házi munkában, illetve a mezőgazdasági munkában is.

A jelenlegi életkörülmények

A menekülés miatt minden vagyonukat otthagyták. Minden családtag annyi holmival hagyta el a lakást, ami egy zacskóba belefért. Jelenleg szociális segélyből élnek, és az anya alkalmi munkájából. A szociális segély kifizetése rendszertelen, a közszolgáltatási díjak fizetése alól mentesek. A Németországban tartózkodó nagymama rendszeresen küld pénzt, és ezzel tudják magukat fenntartani, mert a szociális segély igen alacsony. Hat hónapja a menekült kolónián, két szobás összkomfortos családi házban laknak. Lakáskörülményeik jók. A gyerekek minden nap busszal mennek az iskolába. A többi menekült családhoz viszonyítva életkörülményeiket jónak minősítik. Szerencsések, hogy megoldott lakáskörülményeik vannak. Munkanélküliségük zavaró, de a helybeliek elhelyezkedésére sincs lehetőség, még idény jellegű munka sem akad. A klinikai és egyéb kivizsgálások organikus eltérést nem mutattak. A kliens szívesen vállalta a családrajz, és a fogalmazások elkészítését, valamint a befejezetlen mondatok kitöltését.

A kliens által megfogalmazott probléma

Kínzó hasi panaszok, étvágytalanság. A szülők által megfogalmazott probléma: a gyermek étvágytalansága, soványság, valamint a hasi panaszok, amelyek az iskolában jelentkeznek. Az általam megfogalmazott probléma:

- a fiú pszichoszomatikus betegsége;
- szülői szerepminták hiánya;
- szerepzavarok.
- a család alkoholos gondjai;
- munkanélküliség.

A pszichoszomatikus tünetek jelenléte zavarja a tanulót a mindennapi életben. Teljesítménye emiatt csökken, címkézik, hogy betegségét az iskolai kimaradások igazolására szeretné felhasználni. Az elkészített családrajzból kitűnik, hogy apja nagyon közel áll a nagymamához, őrá ezért nagyon haragszik. Mind apját, mind a nagymamát dühösen összefirkálja. Annak ellenére, hogy a nagymama nincs állandóan jelen a családban, alakja mégis meghatározó a család életében. Az anya tűr, és viselkedik, hiszen a férje és közte a nagymama alakja áll. A gyermekek a háttérben vannak. A fiú - aki a fiatalabb gyermek a családban – élvezi a családi hierarchiában az elsőbbséget, hiszen ő az a személy, aki a család nevét továbbviszi. A fiú számára tüneti kezelést javaslok, a család számára pedig családkonzultációt. Szükségesnek tartanám a nagymama bevonását is, amennyiben a lehetőségek ezt megengedik.

A konzultációs folyamat során elérendő célok megfogalmazása

- a szülőről való leválás;
- a család újrasztrukturálása;
- a szülői szerepek tisztázása;
- az érvényes apamodell kialakítása és annak megerősítése;
- az önbizalom visszanyerése, az értékek újfogalmazása;
- munkakeresés;

- szabadidő strukturálása - indirekt módon történő addiktológia gondozás – ártalomcsökkentés;
- az erőforrások felmérése, kik, és hogyan segíthetnek még a család helyzetén.

Harmadik esetösszefoglaló

Alapadatok: P. Georg, 11 éves, negyedik osztályos tanuló

Az édesanya hozza a szakrendelésre, gyakori felsőlégúti panaszai miatt. Egy éve asztmás rohamai vannak, melyek igen gyakoriak és hevesek. Gyakran kórházi gyógykezelésre szorul.

Anamnézis

Az anya második, problémamentes terhességéből született, időre. Születése normális. Súlyja 3800 gr. Jól szopó újszülött volt. 6 hónapos koráig szopott. Elválasztása nem okozott gondot. Korai motoros és mentális fejlődésében eltérés nem mutatkozott. 10 éves koráig komolyabb megbetegedése nem volt. Hároméves korában bölcsődébe iratták, hétéves korában kezdte általános iskolai tanulmányait. Jelenleg negyedik osztályos tanuló. Tanulmányi előmenetele jó. Bátyja harmadikos, szakmunkástanuló. Szüleivel, és testvérével lakik egy két szobás családi házban.

Jelenlegi panaszai

Egy évvel ezelőtt kezdődtek panaszai. Felsőlégtúti hurutos megbetegedése volt, amelyet asztmás rohamok is kísérték. A rohamok a betegség kezdetén hevesek voltak, gyakran kezelték kórházban. Az eddigi gyógyszeres terápia nem hozta meg a kellő javulást. Rohamai az utóbbi hetekben ismét sűrűsödnek. A kórháztól már szorongása van. Betegsége a napi tevékenységében gátolja. Nem hódolhat szenvedélyének, a táncnak.

A kliens

Boszniában született. Apja ott dolgozott a zentai Malomipari RT képviselőjeként. Ötéves korában költöztek Zentára a nagyszülőkhez. Visszaköltözésük okáról a szülők sohasem beszéltek. Mindig úgy tartották, hogy ő még kicsi, és úgysem értené meg. Alacsonyabb növésű, halkszavú gyermek. Csak a feltett kérdésre válaszol, röviden, tömondatokban. Szorong, fél, hogy állapota miatt ismét kórházba kell mennie. Tekintetemet kerüli, a földet nézi. Anyja unszolására sem hajlandó sokat beszélni.

Az anya

Alacsonyabb termetű, zömök, jólöltözött. Szókimondó. Gyermeke állapotáért felelőssé teszi az orvosokat, hogy nem találják meg mi a gyerek baja. Éjszaka nem tud nyugodtan aludni, mert állandóan attól retteg, mikor ébred fel a gyerek és kéri a segítségét. Férjével is sokat vitatkoznak emiatt. Mindig keresi a legjobb orvost, annak a reményében, hátha tud majd segíteni. Hazajövetelüket nem részletezi: így hozta a sors.

Az apa

Középkorú, magas, göndörhajú. Szókimondó. Aggódik a „Kópéért”, ahogy fiát nevezi. Kellene kezdeni valamit vele - ahogy találkozásunkkor fogalmaz -, mert milyen heptikás felnőtt lesz belőle, ha már most ilyen. Középiskolai tanulmányokat végzett. Érettségizett. Vízvezetékyszerelő. Éveken át Boszniában dolgozott. Idősebb fiát a nagyszülőkhez küldte, hogy magyar anyanyelvi oktatásban részesüljön. „Később a sors úgy hozta, hogy biztonságosabb lett az élet a Vajdaságban, és mi is hazajöttünk. Idehaza nem kaptam az anyavállalatnál munkát. Nem sajnálkozom rajta, mert a szakmámból jól meg tudok élni.”

A házasság

Szerelemből kötöttek házasságot. Fiatal házasként kerültek el szülőhelyükről az ismeretlenbe. A feleség nem vállalt munkát, mivel nem ismerte a szerb nyelvet. Gyermekai kívánt gyemekek voltak. Külön öröm volt a család számára, hogy mindkettő fiú. Házasságukat mindketten jónak ítélik meg.

Előző életkörülmények

Boszniában egyszoba összkomfortos szolgálati lakásban laktak. A család jövedelme kielégítő volt. A szülőktől minden alkalommal mikor hazalátogattak, élelmiszersomagot kaptak, így sokkal kevesebb volt a kiadás.

Jelenlegi életkörülmények

Jelenleg sokkal jobb körülmények között laknak, családi házrészben, ahol az apa édesanyja és nővére is lakik, de külön lakásban, csak az udvar közös. A nagycsalád minden tagjával jó a kapcsolat.

Az apa addikciójának kialakulása

14 éves korában kóstolta meg a sört, majd a pálinkát. 15 éves korában a ballagási banketten rúgott be először. Nem emlékszik hogyan ment onnan haza. Középiskolás éve alatt, a szakmunkásképzőben divat volt a hétvégi italozás, amiből ő sem szívesen maradt ki. Szülei ugyan tiltották a szesz fogyasztásától, de az intelem, olykor a büntetés sem hozott kellő eredményt. Ekkor a kedvenc itala a sör volt. Mindig csak társaságban ivott, és szigorúan csak hétvégén. A katonaság ideje alatt is fogyasztott szeszes italt. Itt már az égetett szesz volt a slágerlista vezető itala. Ittas állapota miatt több ízben megtagadták a kaszárnyából való eltávozást. Házasságkötése után italozása csak az alkalmi fogyasztásra korlátozódott. Sohasem ivott egyedül, és nem itta részegre magát. Jelen alkoholfogyasztását mértéktartónak

ítéli meg, annak ellenére, hogy néha önkontrollját a fogyasztásban elveszti. A pálinkát maga főzi, saját termésű gyümölcsből, és elkészítése mindig cukormentes. A kifőzött ital egy részét e értékesíti. Ittas állapotában nagyon sokat beszél, "ugat", ahogy fogalmaz, és emiatt a család igen haragszik. Sohasem szokott verekedni, mindig jókedélyű, felesége ilyennek fogadja el, amilyen. Nem veszekszik vele. Gyermekei közül főként „a kicsi az, aki szégyenli italozásomat”. Olyankor inkább elvonul a szobába és TV-t néz. 17 éves kora óta rendszeresen dohányzik. Naponta egy doboz cigarettát szív. Van rövidebb-hosszabb időszak, amikor nem dohányzik, és alkoholt is kevesebbet fogyaszt. Naponta négy-öt kávét iszik. Magas vérnyomása miatt gyógyszert fogyaszt – de rendszertelenül.

A kliens által megfogalmazott probléma

- visszatérő asztmás rohamok;
- fizikai tevékenység gátoltsága;

A szülők által megfogalmazott probléma:

- visszatérő asztmás rohamok;
- fizikai aktivitás csökkenése;
- a kórháztól való félelem.

A klinikai kivizsgálás eredményei organikus eltérésre utaló jelet nem mutattak. A tesztek por- és pollenallergiát nem igazoltak. A kliens szívesen vállalta a családrajz, és a fogalmazások elkészítését, valamint a befejezetlen mondatok teszt kitöltését. A kapott kiértékelések alapján a problémát a következőkben fogalmazom meg:

- az asztma, mint pszichoszomatikus tünet jelenléte;
- a családi kommunikáció hiánya;
- a családi hierarchia zavarai;
- az apa alkohol-problémái.

A rohamok enyhülésére tüneti, gyógyszeres kezelést javaslok. A családi zavarok rendezésében fontosnak tartom a családi konzultációt.

A konzultációs folyamat során elérendő célok megfogalmazása :

- a családi kommunikáció helyreállítása;
- a család újrastrukturálása;
- teljes absztinencia elérése.

Negyedik esetösszefoglaló

Alapadatok: K. Miklós, 28 éves, munkanélküli.

A köztisztletnek örvendő édesapa keres fel rendelőmben. Elmondja, hogy fiával, aki egy magyarországi középvárosban él, gondok vannak. Italozása miatt elvesztette jó állását, a házassága is veszélyben forog. Lakását eladta. Arra kér javasoljak számára magyarországi intézetet ahol gyógykezeltetné magát, mivel a városban, ahol lakik, nem akar elmenni.

A viharos múlt

A belgrádi zavargások idején tényleges katonaidejének utolsó napjait töltötte. A nehéztüzérségi alakulatban szolgált. A tüntetések idején benn volt a tankban, amelyet a hatalom kivezényelt az utcára. Szorongva várta a napok múlását, mivel csak négy nap választotta el a leszereléstől. A csodával határos módon időben leszerelték. Érvényes útlevét birtokában még hazatérésének éjjelén Magyarországra távozott, nővéréhez, aki tanulmányai befejezése után családjával ott telepedett le.

Tanulmányait a Zágrábi Egyetem építészeti karán kezdte, de katonai szolgálat miatt megszakította. A háborús események miatt nem volt lehetőség a tanulmányok folytatására, így elhelyezkedett dolgozni középiskolai végzettségével. Szüleit nem látogatta, mert menekültként hagyta el az országot, és félt a hatalom megtorlásától. Nyugtalanok voltak

éjszakái. Tankokkal álmodott, hogy embereket tapos el a legnagyobb óvatossága ellenére is. Az álomból jó volt felébredni, és a valóságban lenni. Ilyenkor leizzadt, és álombeli tetteiért büntudatot érzett. Nővére pszichiáterhez vitte. Pszichoterápiás kezelése eredménnyel zárult. Időközben megszületett az amnesziáról szóló törvény, és hazalátogathatott szüleihez. A nagyszülői örökségből lakást vásároltak számára Magyarországon. Állást kapott a Földhivatalban, így megkezdhette önálló életét. Munkahelyén megismerkedett egy kislánnyal, akivel hathónapos udvarlás után összeköltöztek. A lány nem akart házasságot kötni, mivel csak formai dolognak tartotta. Kapcsolatuk problémamentes volt, amíg az ex-anyós meg nem jelent a színen.

Családjában senki sem dohányzik. Alkoholt, csak családi ünnepek alkalmával fogyasztanak, mértékkel. A kliens alkoholfogyasztásának kezdete egybeesik a szülőföld kényszerű elhagyásával. Feszültségét nem tudta oldani, és az alkoholtól várta ennek elérését. Pszichiátriai kezelése alkalmával alkoholos problémája csak másodrangú volt. A probléma kezdetét jelentette az ex-anyós túlságos bevonódása a családi életbe. Élettársa egyre több időt töltött édesanyjával, aki mindig jó tanácsokkal látta el. Mind kevesebbet beszélgettek, a kliens is kimaradozott a haverokkal, és gyakran ittas állapotban tért haza. Később munkahelyén sem tudta megtartani józanságát, így az első létszámcsökkenésnél elvesztette állását. Adósságba keveredett, eladta lakását, hogy számláit ki tudja egyenlíteni. Szülei a hiányzó összeget pótolták, és új lakást vásároltak, de ez alkalommal megtartva saját maguk számára a haszonélvezeti jogot. Élettársa hajlandó vele az új lakásba költözni, de csak azzal a feltétellel, ha gyógykezeltetni magát. A szülők gyógyulási szándékát messzemenőleg támogatják, még anyagi áldozatra is készek. Nehezen tudja elfogadni a hontalanságot, és az olykor nyomatékosan elhangzó jugó címkét. Zentán ennyi év után már nem érzi magát itthon, de Magyarországon sem találta meg az igazi otthont. A klienst középiskolásan láttam utoljára, amikor az egyetemi felvételihez készítettük a kötelező orvosi vizsgálatokat. Emlékezetemben

még úgy él, mint egy jóvágású srác, aki tudja mit és miért akar az életben. Mit tudok tanácsolni kedves barátomnak, aki bizalommal keresett meg, és segítségért fordult hozzám?

Felkínálhatom régi és új kapcsolataimat, határon innen, és határon túl. A kliensen, aki már eljutott addig, hogy beismerte alkoholizmusát, és attól szabadulni akar, segíteni kell. Ha csak információkat is adhatok ebben az esetben azon intézményekről, kollégákról, barátokról, akik szenvedélybetegek megmentésén fáradoznak, már akkor is egy lépéssel előrébb segítetttem a családot, a klienst a problémamegoldás rögzös útján.

A vizsgált családok általános jellemzői

Az index páciensek

Kik kerestek meg és milyen okai voltak a találkozásnak?

Szülők kerestek meg iskolás gyermekeikkel. A megkeresés okai: éjszakai ágybavizelés, kínnó hasi fájdalmak, asztmás rohamok, a tanulmányi eredmény romlása, alvászavarok, éjszakai rossz álmok, fejfájás. A gyermekek menekült családból származnak, olyan család tagjai akik a háborús történések miatt elhagyták szülőföldjüket, maguk mögött hagyva vagyonukat, közeli és távoli rokonaikat. Átélték direkt vagy indirekt módon a háborús borzalmakat, megtapasztalták a meneküléssel járó nehézségeket és új környezetbe kerültek. A panaszok kezdete az új környezetbe érkezés után kezdődött. A tünetek megjelenésének időpontja, azok jellege a poszttraumás szindróma zavarai – tünetegyüttesbe volt illeszthető. Gyógyszeres kezelésre és a pszichopedagógiai tanácsadóban való foglalkozás hatására a tünetek enyhültek, vagy teljesen meg is szűntek. Panaszmentes időszak következett, majd a panaszok ismét jelentkeztek. Jelenlétük zavarta a gyermekeket mindennapi tevékenységükben, romlott a tanulmányi eredményük, és a család figyelme is a beteg gyermekek felé irányult. Minden esetben klinikai kivizsgálást végeztünk. A vizsgálatok során organikus eltérést nem sikerült igazolni. Az organikus háttér hiánya miatt a probléma okát a családi háttérben próbáltam

keresni. Ezek a gyermekek zárkóztak, keveset beszélnek, és nem szívesen tárják fel a család titkait. A családi háttér megismerésére alkalmaztam a családrajzok, a fogalmazások elkészítését, és a befejezetlen mondatok teszt kitöltését. A gyermekek szívesen vállalták a felkérést. A családrajzok betekintést nyújtottak a családi hierarchia viszonyaiba, a családi kapcsolatokba, a gyermek elfoglalt helyére a családban, és néhány rajzon megjelent az addiktív viselkedés szimbóluma is. A fogalmazások és a kitöltött befejezetlen mondatok teszt, bővítették a családról és a gyerekekről kapott információkat. Itt már megfogalmazódott az addikció jelenléte, vagy annak a ténye, hogy ez a gyermek számára problémát jelent, de nem beszél róla. A befejezetlen mondatok kitöltésénél szinte minden esetben találkoztam azzal a befejezéssel, hogy „nem szeretem, amikor az apukám részeg, nem szeretem, amikor a szüleim veszekednek, nem szeretem, amikor az apukám iszik”. A gyermektől indirekt módon kapott információk nagyban hozzásegítettek ahhoz, hogy a szülőkkel folytatott beszélgetést az addikció felé tereljem, a korábbi és a jelen addikcióra vonatkozó adatok birtokába jussak, és összefüggéseket próbáljak keresni a családi háttér és a jelenlegi panaszok között. Az anamnézis, a klinikai kivizsgálások, valamint a család tagjaival készített interjúk alátámasztották azon feltevésemet, hogy ezen panaszok most már nem a poszttraumás stressz zavarok tünetei, hanem pszichoszomatikus megbetegedések, melyek hátterében a családban kialakult szerkezeti és szerepváltozások, valamint az alkoholos gondok állnak. Nehéz a családdal elfogadtatni az újat, hogy a családban létrejövő bármilyen tünetért, problémáért az egész család felelős! És az egész családnak részt kell vennie a megoldásban.

Az addiktív viselkedési minták megjelenése a bemutatott családokban

Minden menekült család jellemzője, hogy a változások hatására a család rövidebb vagy hosszabb ideig nem tud újraszerveződni. A kényszerített környezetváltozás a menekült családoknál állandó bizonytalansági helyzetet jelent, a vesztes helyzetét, és egyben az állandó

félelmet a soron következő kudarcoktól és veszteségektől. Ezt az állapotot követi a szorongás, a kilátástalanság és a depresszív állapot. A másik oldalról az alkohol, a nyugtatószerek vagy egyéb élvezeti szerek eufóriás állapotot kínálnak, ahol a jövő nem oly sötét, a problémákat, ha időlegesen is, el lehet felejteni. Azok nem tűnnek el, csak halmozódnak, és a józanság állapotában ráébrednek arra, hogy a helyzet még súlyosabb, mert a megoldásukra tett kísérlet csak növelte a gondokat. A bűvös kör bezárul, ha a kliensek az állapothoz mindig hozzáadnak egy pohárával. A bemutatott családoknál már előző otthoni körülményük között is találkoztunk alkoholfogyasztással, de az a fogyasztás meghatározott társadalmi keretek között fordult elő és maradt. Az egyik családnál az alkohol fogyasztása a táplálkozás szerves része. Az alkoholos ital úgy jelenik meg, mint étvágygerjesztő, vagy mint frissítő a nehéz munka után. Korábban a családok férfi tagjai társas ivók voltak. Csak bizonyos alkalmakkor fogyasztottak szeszes italt, főként családi ünnepek alkalmával, sohasem egyedül, és ritkán részegedtek le. Alkoholfogyasztásuk indítékai: élvezeti, rituális, vagy társasági. Ezt a társadalom elfogadja és az adott kultúra részeként kezeli. Az új környezet változást hoz az alkoholfogyasztási szokásaik terén. A fő motivációs indíték, a feszültségek oldása, a problémák feledtetése. A társas helyzetekben történő alkoholfogyasztás továbbra is megmaradt. Vannak családok, ahol az alkoholos periódusokat alkoholmentes időszakok váltják fel, szakaszos absztinencia alakul ki, másoknál az ivási mintázat változik meg. Csak odahaza iszik és a nap meghatározott szakaszában, munka után, de előfordul, hogy az új környezetben alakul ki az alkoholizmus, vagy az eddigi társas ivó nagyivóvá válik. A családokban az anyáknál alkoholfogyasztással nem találkoztunk. Gyógyszerfogyasztással sehol sem találkoztunk. Ezt talán azzal lehet magyarázni, hogy igen komoly gondok vannak az egészségügyi intézményekben a gyógyszerellátással, és a családi kasszából pedig nemigen tudnak kiszakítani pénzt a gyógyszer megvásárlására. Minden családnál találkoztunk viszont a dohányzással. A családtagok közül régebben az anyák is dohányoztak, de ma már sokan

lemondtak erről a szenvedélyükről. A dohányzással együttjáró "szertartás" az évek során kifejlődő reflexek, nyugtatóan hatnak, csökkentik az idegességet. A dohányzással együtt jár minden családnál a feketekávé fogyasztása is.

A bemutatott családoknál csak egy esetben találkoztunk az index páciens dohányzási és alkoholfogyasztási kísérletével, de a kísérletet nála sem követte a fogyasztás, hivatkozva egészségi állapotára. A kipróbálás a kortárs csoport hatására következett be, de a családban is jelen van a követhető minta.

A munkám során felmerülő dilemmák

Gyermekorvosként dolgozom, addiktológiai konzultánsként nem keresnek. Hogyan lépek fel e kettős szerepben? Melyiket rangsoroljam első helyre, hogyan egyeztetsem össze a kettőt?

A menekült családok gyermekeivel való foglalkozás során merültek fel először ezek a dilemmák.

A páciensek, szüleik, akik megkerestek, a gyermeket kízó tünetek vezérelték a szakrendelőbe. A kivizsgálás során nem sikerült a tünetek mögött organikus okot kimutatni, így pszichoszomatikus tüneteik mögött a családi háttérrel kezdtem boncolgatni.

- ***A kiterjesztés dilemmája***

Számtalanszor felvetődött a kérdés: kit kell, kezelni, a beteget, vagy az egész családot? Mi történik akkor, ha a gyermeket kísérő szülő nem akarja bevonni az egész családot? Nagyon nehéz volt elfogadtatni azt a tényt, hogy a családot együtt szeretném látni, és a gyermek tünete mellett a családdal is foglalkozni szeretnék.

- ***A szomatika és az addikció dilemmája***

Felmerül a kérdés: testi betegséget kezelek, amelynek háttérében ott van a függőség, vagy a függőséget kezelem, hogy megszabaduljon az index-páciensem a tünetétől? Gyermekgyógyászként azt tapasztaltam, hogy a kettőt nem szabad egymástól elválasztani. A

gyermek panaszainak az enyhítésére törekedni kell, hiszen ha azok a napi tevékenységében gátolják, a depresszió kialakulásának veszélye fenyeget.

- ***A beavatkozás dilemmája***

A családi háttérben jelen van az alkohol, az addikció. Van-e jogom a családtagot megfosztani attól a szertől, amely az ő számára örömet okoz? A konzultáció során reális célként tűzhető ki a teljes absztinencia, vagy csak az ártalomcsökkentés legyen a reálisan elérhető cél? Az alkoholfogyasztás társadalmi és gazdasági jelentősége miatt azonban a teljes absztinencia elérése illuzórikus volna.

- ***Az érdemesség dilemmája***

Megérdemli-e, hogy bevonjam a konzultációba, hiszen a konzultáció után, úgyis ahhoz a szerhez nyúl, amiről le akarom beszélni?

- ***A háborús sebek gyógyításának dilemmája***

Rákérdezhetek-e a háborús borzalmaira, számba vetethetem-e veszteségeit? Van-e hozzá jogom, vagy csak a jelen, az itt és most helyzettel foglalkozzam?

- ***A feltárás dilemmája***

Mindenki a régmúltból indít. A gyermekkori szerepek, élethelyzetek meghatározók. A konzultáció itt és most zajlik. Mennyire nyúlhatok vissza a múltba? Kell-e visszanyúlnom? Ha a kliens igényli, hogy a múltat tárjuk fel, hogyan reagálok?

- ***A gyermeki védelem dilemmája***

Gyermekorvosként a gyermeket védem. Fel kell-e mérni a gyermek helyzetét a családban, milyen a helyzete a szülőnél, jobb lenne-e a családból kiragadni? Ha a családból kiragadom a gyermeket újabb szenvedésnek teszem ki, mekkora ennek a kockázata?

- ***A konzultánsi szerep dilemmája***

Menni, vagy maradni dilemmája: tanácsolhatom-e, hogy ha visszatér otthonába megszabadul a szenvedélyétől? Elmondjam, hogy én is érintett vagyok, nekem is vannak döntési kényszereim, és én is választás előtt állok!

Összefoglaló

Az 1991-ben kirobbant polgárháború új fejezetet nyitott az itt élő családok életében. Családok hagyták el az ősi földet, és indultak útnak az ismeretlenbe. A háború félelmetes élményei, gyász, kilátástalanság minden család jellemzője. Új kulturális közegbe kerültek. Megváltoztak a lakásviszonyok, a környezet, az étkezési szokások, a gazdasági körülmények. A régi munkaszokásokat újak váltották fel, vagy a munkanélküliség. Az új közegben új, ismeretlen a nyelv, a vallás, a tanulási lehetőségek, újak a barátok, szomszédok.. Minden családnál közös a nehezen végbemenő adaptációs folyamat az új környezethez. A család befelé fordul, problémamegoldásában nem alkalmazza a már jól bevált stratégiákat és a külső szociális háló segítségét sem veszi igénybe. Problémáját egyedül szeretné megoldani, feszültségét pedig az alkohollal kívánja oldani. Magán viseli a "menekült család" címkéjét, ami számára csak hátrányt jelent mindennapjaiban.

HATVÁNYOZOTT VESZÉLYEZTETETTSÉG, AVAGY ÖSSZEFÜGGÉS AZ ENYHE FOKÚ ÉRTELMI FOGYATÉKOSSÁG ÉS A SZERHASZNÁLÓ MAGATARTÁS KÖZÖTT ***Bakó Barnabás***

Enyhén értelmi fogyatékosok szerekhöz fűződő viszonya

Felmérést készítettem enyhén értelmi fogyatékosok között, melyben arra voltam kíváncsi, mely szerekhöz, milyen viszony fűzi őket. A vizsgálat kérdőív kitöltésével készült, aminek technikai kivitelezésében az iskolában dolgozó kollégák segítettek. A diákok figyelmét felhívtuk, hogy a válaszadás nem kötelező, ennek ellenére mindenki vállalta a részvételt.

A pedagógusok elmondása szerint rendkívül nehéz volt a felvétel, mert a diákok sokat kérdeztek, nem mindent értettek meg elsőre. Ez a körülmény a válaszok hitelességét esetenként megkérdőjelezheti (hiszen a többiek szóbeli megnyilatkozása befolyásoló tényező). Mégis úgy gondolom, a vizsgálat célját így is elérte, s érzékeltetni képes a helyzetet. Három szerre vonatkozóan emeltem ki a válaszokat (alkohol, cigaretta, szipu), míg a többieket összegezve adom közre. Ezt nem én terveztem így, hanem a kapott válaszok alapján éreztem indokoltnak az ilyen irányú megközelítést.

Alkohol

A válaszolók közel harmada vallotta be, hogy már fogyasztott alkoholt, lényegesen magasabb a fiúk aránya. Ha kiemeljük az önmagukat cigánynak vallókat, akkor egy majd 50%-os adatot kapunk.

Az összes megkérdezettek között majdnem eléri a 10%-ot (a magukat normálnak valló fiúk között 25%-os) a magukat rendszeres fogyasztónak tartók aránya. Külön ki kell térni az életkori összetételre! 14-15 éves diákok tartják magukat rendszeres fogyasztónak (összesen 5-en a 40 e korosztályhoz tartozó közül).

Pozitívumnak tekinthetjük, hogy viszonylag magas azok száma, akik nemet tudtak mondani egy kínálásnak (81-ből 10-en), s mindössze egy diák jelezte, hogy esetleg szívesen megkóstolná az alkoholt.

Elkeserítő, hogy 12-13 éves gyerekeink is a kipróbálók közé sorolták magukat (összesen 5-en).

Ha a fogyasztás körülményeit nézzük, azt láthatjuk, hogy a magukat rendszeres fogyasztónak tartók akár egyedül is hajlandók italozni (lányoknál a magányos iszogatás nem jelentkezett).

Dohányzás

A tendenciák tekintetében nagyon hasonló arányokkal, adatokkal találkozunk a dohányzás terén is, mint az alkoholfogyasztásnál. Valamivel magasabb a kipróbálók száma, és a

rendszeresen dohányzók is többen vannak. Az életkori, illetve az etnikai megoszlás, valamint a nemek közötti arány viszont hasonló.

Megvizsgáltam a kitöltött kérdőíveket, s azt kellett észrevennem, hogy a magukat rendszeres alkoholfogyasztónak vallók mindegyike egyúttal rendszeres dohányosnak is vallotta magát.

A kérdőívben nem szerepelt kérdés arra vonatkozóan, hány szál cigarettát szívnak el naponta.

Kötetlen beszélgetés során többen is azt mondták, hogy bizony elfogy napi egy doboz, de azt is hozzáteszik, hogy hétvégén akár kettő is, bár azt nem egyedül fogyasztják el. Szóval nehéz lenne pontosan meghatározni a napi adagot, de talán nem tűnök túl konzervatívnak vagy maradinak, ha hangot adok azon véleményemnek, hogy szerintem ebben a korban akár még a napi 4-5 szál is túl sok. S tartom ezt akkor is, ha többek szerint a mai mindenféle ízesítésű cigaretták korántsem olyan kártékonyak, mint a korábbi bagó erősségű termékek (pl.: a Munkás). Nem szabad ugyanis elfelejtkeznünk arról, hogy ezek a fiatalok többnyire nem a bolti forgalomban kapható márkás cigarettákat vásárolják, hanem a bizonytalan eredetű, s ezáltal bizonytalan összetételű és hatású, illegálisan forgalmazott cigiket.

Szipuzás

Intézményünk 7 diákja került már kapcsolatba a szerfogyasztás e formájával, közülük 5-en rendszeres használónak nevezik magukat. 14-15 éves, roma fiúkról van szó. Miután személyesen is ismerem őket, ezért tudom (kötetlen beszélgetések során ugyanis nyíltan elmondják), hogy elsősorban hígítót használnak. Szóbeli megnyilatkozásaikban diákjaink többsége elutasítja a szipuzást, s maguk a szipuzó gyerekek is - legalábbis a szociometriai felmérés alapján - perifériára szorulnak, mégis akad, aki esetleg kipróbálná.

Meg kell persze jegyezni, hogy ők öten egy baráti társaságot alkotnak, sőt egymáshoz közel laknak. Ami viszont elkeserítő, hogy már nemcsak akkor teszik, amikor együtt vannak, hanem akár egyedül is. Sőt, mostanában inkább egyedül, mert a társaság szétszéledőben van (2-en kerültek nemrégiben állami gondozásba).

Egyéb szerek

Itt nem is annyira számokról szólnék. Csak rögzíteni szeretném, hogy az egyéb szerek is ott vannak diákjaink tudatában. Érdeklődnek, kíváncsiak. S bizony nemcsak az előbbi fejezetben említett szipusok köréből származnak az adatok. Az viszont egyértelmű, hogy azok, akik bármely szer irányában érdeklődést mutatnak, rendszeres alkoholfogyasztónak, vagy rendszeres dohányzónak titulálták magukat, esetleg mindkettőnek egyszerre.

Megítélésem szerint a szerek típusainak nincs annyira nagy jelentősége az enyhén értelmi fogyatékosok esetében. Nem vagyok ugyanis minden esetben meggyőződve arról, hogy valóban tudják, mit is takar egy-egy elnevezés. Véleményem szerint ezek a válaszok nem a konkrétan megnevezett anyagok irányában jeleznek érdeklődést, hanem általában a drogok iránt. Amit esetleg ismerhetnek, az a füves cigi. Egyesek állítólag ki is próbálták, sőt ecstasyhoz is jutott egy tanítványunk (?!).

Szerintem ezek a gyerekek keresnek valamit. Valamit, ami segít nekik megélni ezt az életet. Hallottak ezt-azt, akár egymástól, akár máshonnan. Utat keresnek, vagy közlekedési eszközt, amivel ezen az úton haladhatnak, mert a gyalogláshoz nem mindig van kedve az embernek. Az értelmi fogyatékos ember kitartása pedig elmarad az átlag egyénéhez viszonyítva. Adjunk hát nekik egy botot, amire támaszkodhatnak, ha megfáradnak! Esetleg legyünk mi magunk a bot!

Bántalmazások

Szerfogyasztás kapcsán igen gyakran kerül előtérbe a szexuális és/vagy fizikai bántalmazás. Heroinisták között sok olyan személy fordul elő, akik gyerekkorukban ilyen traumának voltak kitéve (Rácz, 1999.).

Ha áttekintjük vizsgálatunk adatait, azt láthatjuk, hogy bizony szép számban fordul elő akár családon belüli, akár családon kívüli fizikai bántalmazás. Fiúk esetében mind korosztályra, mind etnikai hovatartozásra nézve egyaránt jellemzőnek mondható, lányok esetében viszont - úgy tűnik - nem annyira. Szexuális kapcsolatot csak a fiúk vallottak be, nem is kis

százalékban (majd egy- harmaduk), viszont ugyancsak náluk jelenik meg nagyobb arányban a szexuális bántalmazás.

Minden gyermekkorban elszenvedett trauma, különösen azok, melyek feldolgozatlanul maradnak, mintegy időzített bomba dolgoznak az egyénben, csak azt nehéz megmondani, hogy mikor lép működésbe, s hogyan fog hatni. Egy nagy robbanás lesz, vagy csak apró szikrákat szór majd stb.

Egy szerhasználó életútja

Jelen fejezetben egy 15 éves enyhén értelmi fogyatékos cigányfiú esetét írom le. A leírtak javarészt a beszélgetéseink során elhangzottakat tartalmazzák, de mivel napi kapcsolatban állok vele, így már korábbról is rendelkezem ismeretekkel, valamint a kollégákkal folytatott eszmecsereken elhangzottakat is beépítettem.

Péter története

Péter szülei második gyermekeként jött a világra. Egy nővére van. Apja rendszeres és nagy mennyiségű alkoholfogyasztása miatt otthon gyakoriak voltak a veszekedések, minek következtében a szülők előbb külön költöztek, majd el is váltak. A papa többször próbálkozott visszakönyörögni magát felesége kegyeibe, sikertelenül.

A mama egyedül nevelte két gyermekét. Életkörülményeikre leginkább a szűkölködés volt jellemző. Komfort nélküli lakásukat szegényes bútorzattal rendezték be, feltűnő volt a takarítás hiánya. A lakás állaga az évek során a gondozatlanság következtében tovább romlott. Ma egy erősen lepusztult, lakóhelynek alig nevezhető építmény képét nyújtja.

Mindkét gyermek esetében elmondható, hogy ápolatlanul, komoly szülői ráhatás nélkül, szinte az utcán felnöve teltek első éveik. Péter többször került kórházba. Már születésének körülményei sem tekinthetők normálisnak. A mama a terhesség 6-7. hónapjától hasi görcsökre panaszkodott, olykor

vérzések is előfordultak. Péter 8 hónapra jött világra 2300 gr-mal, éleszeni nem kellett, adaptációja zavartalan volt. Egy hónaposan kétoldali lágyéksérvvel műtötték, három hónapos korában tüdőgyulladással került kórházba (közel egy teljes hónapig tartott kezelése). Kisgyermek korában autóbalesetet szenvedett, így került ismét kórházba, ezúttal viszont csak egy napra - agyrázkódás gyanúja miatt. Általános fejlődése komoly eltérést nem mutatott, mindössze szomatikus téren volt kimutatható retardáció (8 évesen mindössze 22,5 kg-ot nyomott). Ez a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság jegyzőkönyvében olvasható. Ugyanitt külön is kitérnek a fiú elhanyagolt külsejére. A vizsgálatok eredményeként született meg a diagnózis: "Összképe és a vizsgálat alapján mentálisan retardált képet mutató, elhanyagolt kisfiú"(1995).

Az iskolai évek problémákkal terhelttel teltek, különösen Péter viselkedésével akadtak komoly gondok. Ez kihatott teljesítményére is. A kollégák többsége mindezt a neveltetés körülményeinek tudta be. Abból, amit otthonról hozott, a mutatott magatartásformákat, valójában természetes következménynek lehetett tekinteni. Időközben apja újabb családot alapított, gyerekei születtek. Péterrel és nővérével kapcsolata még felszínesebbé vált. Nagyon ritkán találkoztak. Egyik fél sem erőltette a kapcsolatfelvételeket.

Péter édesanyját, áruházi lopás miatt 10 hónapos fogházban letöltendő szabadságvesztéssel sújtották, ezért 4. osztályos korában Péter és nővére intézeti elhelyezésbe került. Itt használt először szerves oldószert. Miután a mama kiszabadult, gyermekeit újra magához vette. Ma már gyakorlatilag csak ketten élnek, mivel nővére időközben élettársi kapcsolatot létesített.

Péter és a drogok

Péter nem tudja pontosan megmondani, mikor szipuzott először. A beszélgetés során azt igyekezett bizonyítani, hogy az intézetben egyszer-kétszer próbálkozott csak, viszont nyilvánvaló ellentmondásba kerül önmagával, amikor bevallja, hogy eleinte csak akkor vett magának hígítót, amikor zsebpénzt kapott a hónap elején nevelőitől. Ezt csak annak

érzékeltetésére írtam le, hogy mennyire nehéz még egy ilyen egyszerű kérdésre is pontos választ kapni enyhén értelmi fogyatékosoktól. Péter nem titkolni akarta szerhasználatát. (Már csak azért sem, mert tisztában volt vele, hogy én viszonylag pontosan tudom, mikor jelentkezett nála ez a probléma. Abban az időben én voltam az osztályfőnöke, nevelőivel napi kapcsolatban álltam. A hígítózást, az anyag igen jellegzetes, erős szaga miatt nagyon nehéz eltitkolni.) Egyszerűen időbeli orientációjának sérültsége miatt nem volt képes behatárolni, de amint konkrét történésekhez tudta kapcsolni (zsebpénzosztás), már könnyebb volt a kezdeteket is feleleveníteni. Még otthonról ismert néhány, azóta ugyancsak intézetbe került nagyobb fiút, akikről tudta, hogy szipuznak (egyikük iskolánk 8. osztályos tanulója volt akkoriban, így Péterrel együtt jártak még iskolába is, illetve onnan haza). Gyakran beszéltek neki ezek a srácok az anyagozásról. Peti eleinte még ellenállt. (A nevelők az első gyanús jelekre Péter bent tartózkodásának negyedik hónapja körül figyeltek fel.) Az első élmény - szinte törvényszerűen - nagyon kellemetlen volt a próbálkozó fiú számára. Elmondása szerint majdnem megfulladt, és nagyon égett a légsöve (ezt megnevezni nem tudta, csak kezével mutatta). A többiek győzködték, hogy mindenkivel ez történik először, de ezután gyorsan újra kell szívni, és akkor majd elmúlik. Peti viszont annyira megijedt és rosszul is érezte magát, hogy ekkor még nem hagyta magát újra befolyásolni. Mindez - a gyerek emlékei szerint - hétvégén történt, de ebben nem volt biztos.

Pontosan nem lehet tudni, mennyi idővel később, Péter mégis engedett a folyamatos csábításnak. A második alkalom kapcsán negatív élményekről már nem számolt be. Arra a kérdésre, hogy miért maradt ezekkel a fiúkkal, akik végül mégis sikerrel meg tudták őt fűzni, Peti előbb hallgatással válaszolt, majd visszakérdezett: „Akkor kivel lettem volna?”

Ezek után már, amikor pénzük volt hárman-négyen szívtak együtt elég rendszeresen. Az előző tanév elején az intézet, iskolánkkal történt többszöri egyeztetés után, amikor immár

egyértelművé vált, hogy nem néhány alkalomról van pusztán szó, felkereste a megyei jogú város Drogambulanciáját, s kérték Péter kezelésbe vételét, ami meg is történt. (Természetesen a többi fiúval együtt.) Lényegi változás azonban nem történt.

A srácok eljártak ugyan a megbeszélte időpontokban, de mellette, ugyanúgy anyagoztak is. Ekkor a nagyobb fiúk már középiskolába jártak. (Még ekkor mi is bíztunk abban, hogy ha különválnak útjaik, s Péter kikerül a nagyok befolyása alól, akkor talán leáll. Tévedtünk.) Innentől kezdődtek a magányos szipuzások. Péter azt állítja, hogy ekkor már nem tudta volna abbahagyni, mert ha nem szívott, már nagyon hiányzott neki az anyag.

Időközben az anyukát szabadlábra helyezték, s Péter hazakerült. Bevallása szerint erre az időre esik a legintenzívebb szerhasználati periódusa. Hónapokon keresztül szinte minden nap anyagozott. Anyja, akit nagyon szeret, beállt állapotában nem engedte be fiát a házba, ilyenkor a kutyával aludt vagy a szabad ég alatt, vagy valahol, ahova be tudott húzódni. Gyakran voltak láthatók rajta különböző sérülések. Ezek eredetére vonatkozóan mindig szolgált magyarázattal, megpróbálta - talán magával is - elhitetni, hogy amit mond, az igaz. Egyik ilyen tetten érhető kitalációja volt pl., hogy az aktuálisan a fején található sebeket egy szekrénnel vélt találkozásából eredeztette, ennek egy szépséghibája volt csak, Péter az ominózus éjszakát ismét lakáson kívül volt kénytelen tölteni, s többen is látták, amint bódult állapotában tántorgott az utcán, jó nagyokat vágódva a földön (ezt az utcában lakó gyerekek mesélték el másnap). Egy idő után azonban telítődött a fiú. Ő maga ezt úgy magyarázza, hogy rájött, mennyire veszélyes a drogozás. Néhány kérdés után azonban kiderült, megijedt. Nagyon rosszul érezte már magát. Ezért csökkentette az adagot. Most már heti kétszer, esetleg háromszor szipuzik.

Péter történetében nehéz volt az időbeli sorrendet felállítani. Emlékei mozaikszerűen jöttek elő, többszöri pontosításokkal tudtuk csak együttesen legalább körülbelül behatárolni a történések egymásutánosságát.

Amit talán mindenképpen érdemes még leírni, az a többi szerhez fűződő viszony. Péter elmondása szerint még más drogot nem próbált ki (a cigit és alkoholt nem tartja annak), de több is van, amelyre kíváncsi lenne. Leginkább most a füves cigi foglalkoztatja (úgy gondolja, hogy az nem olyan veszélyes, mint a hígító, mert attól nem lehet megfulladni), de semmilyen szertől nem zárkózik el, amit nem intravénásan adnak be. Megkérdeztem, fél-e esetleg a tütől. Mire ő azt felelte, hogy nem, de azt csak a drogosok csinálják. Kikerülhetetlen volt az újabb kérdés: magát nem tartja drogosnak? A válasz egyértelmű nem volt. S jött az "én akkor hagyom abba, amikor akarom" szöveg.

Mesélt arról is, mennyire utálja, ha a többiek szipósnek nevezik.

A beszélgetések során végig azt éreztem, hogy Péter nagyon vár tőlem valamit. Amikor a drogambulanciáról volt szó, már akkor megemlítette, hogy ott is csak beszélgetnek vele. Ez viszont nem egy indulatos megjegyzés volt, inkább egy csalódott kijelentés, ami egyúttal egy segélykiáltással is felért, hogy adjatok már nekem valami mást is!

Legutóbbi találkozásunkkor bevallotta, hogy előtte levő napon megint szipuzott.

Péter szociális kapcsolatainak alakulása

Az osztályban felvett szociometriai felmérés szerint Péter egyértelműen az osztályközösség által elutasítottak közé tartozik. Mindössze három esetben választották a többiek (ez egyébként két gyerektől származtatható választás volt, de olyan két gyerektől, akik maguk is kiszorított helyzetben vannak a közösségen belül), az elutasítás Péterrel szemben viszont nagyon erős (36 elutasítással a csoport legkitaszítottabb tanulója).

Ezt az ellenszenvet egyébként érzi is, ezen úgy teszi magát túl, hogy érdektelenséget mutat. Van néhány gyerek, akikkel elvan, a szünetekben zömében velük látható, vagy egyedül üldögél a padon.

A többiekkel folytatott beszélgetésből egyértelműen kiderült, hogy nem szeretik Pétert, okként a szipuzását hozták fel, és azt, hogy bűdös. Valóban nagyon ápolatlan, gondozatlan, s

ehhez keveredik még a hígító szaga is. Itt azért meg kell jegyezni, hogy ez nem mindig volt így. Még két éve is Péter, ha nem is töltött be központi szerepet az osztályközösségben, de a többiek is elismerték, hogy egy kis szorgalommal, a legjobb tanuló lehetett volna. Akkor még csak "rossz" volt. Ma már lényegesen kevesebb a rendbontás, amiben ő részt venne. Visszafogottabb lett.

Családján belüli viszonyairól csak annyit mondott el, hogy szereti az anyját, aki szintén szereti őt. Apjával nem tartja a kapcsolatot, testvérére sem szentel sok szót ("őt is szeretem"). Állítólag alakulóban volt egy viszonya egy lánnyal, de amikor kiderült, hogy Péter szipuzik, megakadt. Szexuális kapcsolata még nem volt. Az intézetben barátkozott egy lánnyal, de nem jutottak el a szexig. Az elmesélésből arra következtettem, hogy ez inkább hagyományos barátság volt.

Miért drogozott Péter?

Nem is a kérdést szeretném igazán megválaszolni. E helyen csak végigmegyek Péter esetének azon pontjain, melyek a szerhasználat kialakulás szempontjából figyelmet igényelnek.

1. Értelmi fogyatékoság

Péter enyhe fokban értelmi fogyatékos, s számtalan tipikusnak mondható személyiségjegyet érhető tetten viselkedésében.:

- Befolyásolhatóság (Nem mutatott nagy ellenállást, néhány csalogató mondat elég volt, hogy elcsábuljon.)
- Kapcsolatalakításában felszínes szempontok uralkodtak (Az említett társasággal töltötte idejét, mert az ugye adott volt, hiszen ismerte őket otthonról, ráadásul együtt jöttek-mentek, mert egy iskolába is jártak. Még sem próbált máshonnan barátokat keresni, pedig akár a gyermekotthonban, akár intézményünkben is lettek volna életkorban jobban hozzáillők. Egyébként azt is elmondta, hogy bár korábban ismerte a haverrá lett srácokat, amíg az

anyjával lakott, nem "lógta" együtt. Vagyis nem fordított különösebben gondot a baráti társaság formázására, sodródott.)

- Akaratgyengeség (Az első kellemetlen élmény után, bár eldöntötte, hogy nem szív többet, mégsem tudott ellenállni a kísértésnek.)

- Érzelmi depriváció (Ez a téma legelkeserítőbb területe. Ha végigmegyünk Péter esetén, igazából azt kell látnunk, hogy csak ő próbált kötődni valakihez, valakikhez, viszont valós, érzelmi alapokon nyugvó kapcsolata nincs - a mai napig sem. Állítólag anyja törődik vele, ennek jelét viszont nem igazán mutatja. Nehéz nekem egy olyan szülő szeretetét belátni, aki hagyja a fiát kutyaólban aludni. Rákérdeztem, pl. a születés/névnapokra. Kiderült, hogy Pétert senki sem szokta felköszönteni.

Mikuláscsomagot, karácsonyi ajándékot évek óta csak az iskolában kap – alapítványunk jóvoltából, illetve az intézetben eltöltött idő alatt, mindehhez odabent is hozzájutott. Ott kapott életében először szülinapi tortát is.)

- Szociális hátrányok (Arról már volt szó, hogy az enyhén értelmi fogyatékos gyerekek többsége szociálisan hátrányos helyzetű családból, igen gyakran cigány családból kerül ki.)

2. Intézeti elhelyezés

Sajnos tipikusnak mondható, hogy a nevelőotthonban nevelkedő - elsősorban fiú - gyermekek, kipróbálják a drogok különböző típusait (itt most széles értelemben használom a fogalmat, tehát beleértem az alkoholfogyasztást, a dohányzást is). Péter esetében szerencsére nem jelentkezett egy másik, intézetben nevelkedőknél ugyancsak nagyon jellemző deviáns viselkedésforma, a kriminalitás. (Bevallása szerint, soha nem loptak, ha nem volt pénzük, akkor inkább nem anyagoztak. Az is előfordult, hogy kéregettek, esetleg üres üvegeket gyűjtöttek, és beváltották.

Komáromi Éva (2000) a droghasználat kialakulásában szerepet játszó tényezőket 4 főcsoportra osztva tárgyalja:

I. A drogok sajátosságai

1. Vonzerő, pozitív hatások
2. Hozzászokást és függőséget kiváltó hatás
3. Megnövekedett kínálat
4. Elérhető ár

II. A drogfogyasztó jellemzői

1. Genetikai, biológiai meghatározottság
2. Ismeretek a szerekre és a szerfogyasztásra vonatkozóan
3. Pszichológiai tényezők

III. Családi háttér

1. Szülők iskolázottsága
2. Egzisztenciális helyzet
3. Család összetétele
4. Érzelmi kapcsolatok minősége
5. Devianciák

IV. Társadalmi, környezeti hatások

1. Társadalmi változások
2. A fogyasztás kultusza
3. A társadalomban tapasztalható drogfogyasztási minták, szokások
4. Kortárs csoport
5. Reklám, média
6. Törvényi, jogi szabályozások
7. A társadalom drogfogyasztással kapcsolatos attitűdje

Úgy érzem, ha ezen a felosztáson vezetjük végig Péter esetét, akkor is arra a következtetésre juthatunk, hogy e legény életének számtalan momentuma, mint kockázati tényező nagyon

erősen jelen van, s így utólagosan már azt is leírhatjuk, hogy szinte egyenes út vezetett Peti életében a drogokhoz.

PARTIKULTÚRA ÉS AMFETAMINMÁMOR AVAGY AZ „EX”-GENERÁCIÓ ***Koleszár Ágnes***

A kutatás

Kutatásomat, olyan szerhasználókkal végeztem, akik legalább fél éven keresztül minimum havi rendszerességgel használtak amfetamint, és szórakozási szokásaik között szerepelt a partira járás. Vizsgálatom során célul tűztem ki e szubkultúrát alkotó csoportok kialakulásának, drogfogyasztási módjának, szórakozási szokásainak megismerését.

Jelen írás első részében a kutatás módszertanát, a vizsgálat helyszínét és az ezekkel kapcsolatos nehézségeket mutatom be, a második részben pedig a tanulmányozott szubkultúrát. Végül a harmadik részben személyes tapasztalataimat összegzem.

Módszer, helyszín

Vizsgálatom során 20 félig-strukturált interjút készítettem. Az interjúalanyok közül 15 fő a drogambulancia kezeltje volt, a többiek barátok, ismerősök, akikkel a kliensek segítségével kerültem kapcsolatba.

Az interjúkat diktafonnal rögzítettem, és a kazettákat a beszélgetések legépelése után letöröltem. Természetesen az interjúalanyok írásos beleegyezését kértem, hogy név nélkül felhasználhassam szakdolgozatomban a velük készített interjúkat, illetve írásban biztosítottam őket a kazetták letörléséről és arról, hogy az elhangzottakat bizalmasan kezelem. Félttem, hogy a diktafon használata nehézséget jelent majd, vagyis, hogy nem szeretnék így elvállalni az interjúzást. Úgy gondolom, hogy ez a technika megkönnyíti az én dolgom, - nem kell jegyzetelnem – és éppen emiatt a beszélgetés gördülékenyen folyhat, de az interjúalanyok hangja rögzítve lesz, - igaz, hogy csak rövid időre - ami gátolhatja őket a nyílt beszélgetésben.

A felkért fiatalok közül mindenki vállalta az interjúzásnak ezt a formáját, de egy-két esetben éreztem, hogy nem szívesen válaszolnak a kérdésre.

Kutatásom helyszínéül egy megyei jogú város Drogambulanciáját választottam, mert számomra itt volt leginkább elérhető a vizsgálandó populáció. A helyszín és az emberek kiválasztása bizonyos szempontból előnyös volt, más szempontból viszont nem. Előnyös volt, mivel a megkérdezett fiatalok kb. 80 százalékát ismerem (kezeltjeink), így nem kellett attól tartaniuk, hogy rendőr vagy beépített ember vagyok. Akiket felkértem szívesen elvállalták az interjúzást. Hátrányos volt azért, mert lehettek olyan kérdések, amelyekre az intézményes környezetben nem szívesen válaszoltak, - ezt éreztem is egy-két esetben - bár igyekeztem olyan kérdéseket feltenni, amelyek nem túl vájkáló jellegűek.

Kutatásomat tehát klinikai környezetben végeztem - nagyrészt a drogambulanciákra járó fiatalokkal -, de igyekeztem olyan bensőséges kapcsolatot kialakítani interjúalanyaimmal, amiben őszintén tudnak beszélni élményeikről, tapasztalataikról. Ez persze a drog témakörében nem könnyű feladat, - a fentebb említett okok miatt sem - mivel a drogfogyasztás büntetendő magatartás, és ezért nehéz a fiatalok bizalmát nehéz megnyerni.

A város Drogambulanciájának megnyitása óta eltelt három évben egyre nagyobb számban jelentkeztek amfetaminhasználók, legtöbbször panasz nélkül. Rájuk egyébként jellemző, hogy legtöbbjük nem a leállásban kér segítséget, hiszen drogfogyasztásukat nem tekintik problémának, ezért nem is szeretnék feladni ezt a fajta életmódot. Nagyrésztük az ún. hat hónapos elterelés miatt kéri segítségünket, kezelésbevételét. Az ő szemükben az amfetaminhasználat olyan szerepet kap, mint a hagyományos társadalmi értelemben vett szociális ivás.

1. táblázat

Az amfetaminhasználók megjelenés okai a Drogambulancián

	FÉRFI/fő	NŐ/fő	ÖSSZESEN/fő
--	-----------------	--------------	--------------------

Hatósági eljárás	139	40	179
Saját elhatározás	21	14	35
Honvédség	11	-	11
ÖSSZESEN	171	54	225

A kutatás eredménye

Személyek, kor

A fiatalok között 12 fiú és 8 lány volt. 11-en 15-18 évesek, a többiek 18-26 évesek voltak.

Foglalkozás, jövedelem

Nagyobbrészt tanulók (14-en), hárman dolgoznak, a többiek munkanélküliek, de alkalmi munkákat vállalnak, és több fiatalnak van bevétele ún. "üzletelésből".

"Nem volt elég pénzünk, úgyhogy elkezdünk betörni, meg kocsikat feltörni, emiatt voltam most előzetesben."

A tanulók az anyagi forrást legtöbbször a szülőktől kapják: „Pénzt, főleg az apukámtól kapok, napi minimum 2000 Ft-ot, és ettől csak több lehet. Ha kérek, ad; de ha nem kérek nem fog odajönni hozzám, hogy "Itt van pénz, gyere!" A pénzből veszek ruhákat, hajfestéket, csatokat, meg anyagot.” Persze vannak olyan szülők, akik korlátozzák gyermekük zsebpénzét, hogy ne vehessen anyagot: "Anyukámtól kapok pénzt reggelire 200 Ft-ot, de ő veszi meg a ruháimat. Szórakozáshoz hétvégén szintén minimális összeget ad. A reggelire kapott pénzből nem tudok összespórolni a hétvégére, így hogy eladom a ruháimat.”

Családi állapot, kivel él együtt

Az interjúalanyok közül mindenki egyedülálló volt. 13 fő családi kötelékben él (2 fő rokonoknál, 3 fő az édesanyjánál), négyen élnek a barátnőjükkel és hárman egyedül.

Hat főnek elváltak a szülei. „Szüleim elváltak 13 éve, és egy hétig anyával, egy hétig pedig apával vagyok, de végül is nem így szokott történni, mert ott vagyok, ahol éppen jól érzem magam.”

Legmagasabb iskolai végzettség

13 főnek nyolc általánosa van, de közülük 9 fő most végzi a középiskolát, négy főnek szakmunkás végzettsége van, hárman érettségiztek, ebből egy fő jelenleg egyetemista.

Öltözködés

A fiatalok öltözködésére általában jellemző volt a divatos, drágább ruhaviselet, ami leginkább a lányoknál mutatkozott meg. „A legtöbb lányon Buffalo cipő van, az enyém vastag talpú és ezüstszínű, 35 000 Ft-t volt, a csípőnadrágom pedig 18.000 Ft.” Fiúknál jellemző a nagyon rövidre vágott haj, a visszahajtott nadrág, pulóverek, sötét színek. "Mindenkinek szeretett feltűnően öltözködni, rikító ruhák, minél kisebb szoknyák, a hajukat variálták. Nekem a kényelmes ruha volt a fontos, én mindig joggingban jártam. Sok lány hétköznapi is feltűnően öltözködik, de egy ilyen bulira meg pláne kitesznek magukért. Öltözködés szerint két csoportba sorolom a lányokat: az egyik csoport a holdjárós cipősök, a 20-25 cm-es talppal, ez tetszett egy darabig, a másik csoport a deszkás féle, lapos talpú cipő, bő nadrág, szűk felső, mostanában inkább ez tetszik. Fiúknál elég sokan járnak joggingban. Fiúknál is két csoport van: a jogingos és a machos stílus, bőrszerkó stb.”

Az öltözködésüket gyakran a körülmények is befolyásolják: "Akik szúrnak, azok mindig hosszú ujjúban vannak, hogy ne lehessen látni, és vastagon öltöznek, mert sokszor fáznak, ha szét vannak csúszva.”

„Öltözködés alapján rá lehet jönni, hogy ki tartozik ebbe a körbe, de van, aki direkt úgy öltözködik, mintha drogos lenne. Általában a drogosok igényesek, szeretik a jó, drága ruhákat, bár a hernyósok nem annyira.”

Ezeket a drága ruhákat, mint fent már olvashattuk, a fiatalok sokszor a szüleiktől kapják meg, de más módja is akad a ruhaszerzésnek, vagy éppen a ruha "eltüntetésének". "Sokan úgy jutnak hozzá (az anyaghoz), hogy a ruhájukat elcserélik mondjuk 1 gramm speedre."

Legtöbbjük hétköznapi öltözködése nem tér el a hétvégi partikon hordott ruháktól. Viszont van egy-két esemény, egy-egy nagyobb parti, vagy szilveszter, amelyre egyesek - főleg a lányok - különleges ruhát varratnak.

Közösségi élet

„A közösségi lét és cselekvések világa felé történő orientációt erősíti az a tény, hogy a serdülők, kamaszok a drogok fogyasztása, beszerzése, a körjük szerveződő szimbolikus világ alkalmazása és értelmezése terén tapasztalatlanok, így rászorulnak valamilyen közösségi támogatásra. Ha ezt a felnőttek társadalma nem biztosítja, akkor a kortárs csoportok jelenthetik számukra a lehetséges bázist drogfogyasztó törekvéseikben.” Az interjúból kiderült, hogy a fiatalok főleg lakóhelyi, illetve szórakozóhelyi közösségekben szerveződtek, ez jellemző volt az iskoláskorúakra is. "Nem az iskolából vannak a barátaim, hanem a környékről, együttjárunk szórakozni. Az iskolatársaimnak másabb a felfogásuk, olyan "pisisek", így én nem szeretek velük lenni."

„Egy partin nagyon közvetlenek az emberek, főleg, ha látják a másikon, hogy az is csinálja. A mostani haverommal is, miután megismerkedtem, pár perc után úgy beszélünk egymással, mintha száz éve ismernénk egymást. Ha elmegyek egy partira, sokszor be sem megyek, csak ide-oda mászkálok, beülök egy kocsiba, aztán egy másikba, beszélgetek. Ilyenkor meséljük egymásnak anyagos történeteinket."

A fiatalok elenyésző többsége (3-4 fő, főleg az idősebbek) rendelkezett olyan társasággal, ahol közvetlen, intim viszonyok voltak a jellemzők. A legtöbben nagyszámú, mobil határokkal rendelkező csoportok tagjai voltak, ahol a találkozások a közös szórakozásban,

anyagozásban merültek ki. A drogfogyasztás a csoportba való tartozást szimbolizálta, és szervesen beépült a csoport magatartásrendszerébe.

Kommunikáció

Az interjúalanyok és baráti társaságuk beszélgetéseinek legfőbb témája a kábítószerhez kapcsolódik: kitől és hol tudta beszerezni, van-e most kapcsolata, a legutóbb milyen volt, honnan szerezzenek most anyagot. Megbeszélés tárgya még a soron következő parti vagy házibuli, kedvenc dj-k, hová menjenek stb.

Az interjúkészítés során jellemző volt, hogy a kábítószerhez jutással kapcsolatos válaszaiknál szinte suttogtak és burkoltan fogalmaztak, csak a szövegkörnyezetből lehetett tudni, hogy miről beszélnek:

Kérdés: ”- És előfordul, hogy egy partin helyben veszitek meg az anyagot?”

Válasz: „- Csak egy ember megy oda, félrevonulnak, elintézik maguk között és akkor kész.”

„Elmentünk a partira, ott volt egy ismerős srác, szólt, hogy kint pörög a kocsiban, kimentem hozzá, és tudta ő is meg én is, hogy mi van.”

Kérdés: „Általában hol találkoztok?”

Válasz: „- Megmondom neki, hogy jöjjön ki a benzinkútra. Lejön és akkor kifizetem neki, és ő ideadja.”

Anyagos élményeikről legtöbbször úgy beszéltek, mint a világ legcsodálatosabb, legelvarázsoltabb jelenségéről, amit nem lehet máshoz hasonlítani, bár nehezen tudták megfogalmazni érzéseiket. "Az emberek egy ilyen partin boldogan, elvarázsoltan táncolnak... Ha gyors a zene, akkor bele adnak ilyen varázslós dolgokat a kezükkel, aztán már csak pörögnek...Kipróbáltam és nagyon megtetszett, azóta is keresem azt az élményt.”

"Én nagyon kíváncsi voltam, mert láttam, hogy neki milyen jó. Hangosabban vette a levegőt, mert érezte azt, amikor átmegy az egész testén az anyag, a kisujjától a feje tetejéig. Ezután kértem, hogy szúrjon nekem, és nagyon jó volt!!! „Ha nem tudnánk, hogy kábítószerrel

kapcsolatos élményekről számoltak be a fiatalok, vajon a mi kíváncsiságunkat nem keltenék-e fel az itt leírtak?

Sajátos kommunikációs helyzetet teremt a parti, melynek zajszintje nem teszi lehetővé a verbális kommunikációt, így felértékelődik a nonverbális kommunikáció szerepe. "Az nem is zavar annyira, hogy nem lehet beszélgetni, mert ha akarok valakitől valamit, azt elmutogatom, meg az az igazság, ha ránézel valakire, ahogy táncol, már lehet tudni, hogy neki mennyire jó vagy nem jó, tehát érdemes-e odamenni hozzá egyáltalán."

Kábítószerhasználat

A megkérdezettek viszonyulása a kábítószerekhez nagyon változatos képet mutatott. Vannak a "mindenevők": "Ha elém tesznek valamit, megkóstolom, az biztos. Ezt megjártam már egy párszor. Tavaly volt, hogy hazamentem az albérletbe, tele volt a lakás idegen emberrel, az asztalra kirakva fehér csíkok. Mondták, hogy nyugodtan, erre én felszívtam egyet, de majd meghaltam tőle, szétmarta az orrom. Nem tudom, hogy mi volt, ők ice-nak nevezték. Én csak olvastam róla, nem tudom, hogy az volt-e." És vannak persze azok, akiknek egyáltalán nem mindegy, hogy "mit nyomnak az agyukba".

Az interjúalanyok jelentős százaléka már kipróbálta az amfetaminokon kívül a heroint, kokaint, cannabis-származékokat, LSD-t, de fő droguknak mégis az amfetamin tekinthető. A fű használat egyébként szinte mindenkinél megtalálható, mint kísérő drog. "Amikor pörgős zene van, akkor speedet használok, utána pihenéshez egy kis fű, ilyenkor lágyabb zenét hallgatok pl. reggeat, dubot, trip-hoppot. Miután kipihentem magam megint egy kis speed és irány pörögni." „A speedet kombináltam fűvel, mert hajnalban, amikor elkezdek fáradnia, és a felpörgető szerek hatása megy lefele, a spanglival vissza lehet hozni egy kicsit, mondjuk egy félóra.”

Első kábítószerhasználat

Az interjúalanyok közül 9 fő marihuánát, illetve hasist használt először, ez négy főnél 13 éves korukban fordult elő. Két fő szipuzással kezdte 16 évesen, a többiek amfetaminnal (hatan speedet, hárman ecstasy tablettás használtak). "Először az ex. volt, 20 évesen, sokkal később volt a speed, mert az nekem úgy volt beállítva, hogy löni kell, én meg a tütől undorodom, és úgy gondoltam, hogy soha nem fogom kipróbálni. A bogyó egyszerű volt, mert csak bekapom és kész."

Sokan keresték az első kábítószeres élményt, úgymond készültek rá, mások pedig "belecsöppentek" a helyzetbe: "Először speedet használtam 18 évesen. Sofőrnék hívtak el a barátaim, hogy vigyem le őket P-re, pont előtte kaptam meg a jogosítványomat. Eszembe sem jutott, hogy kipróbáljak valamit. Láttam, hogy a fiúk, milyen izgatottan szaladgálnak, persze tudtam, hogy miért, és ez felbirizgálta az idegrendszeremet. Volt nálam pénz, és mondtam, hogy egy kicsit szerezzenek már nekem is. Hát így kezdődött az egész. Megkaptam a pakettot és elmagyaráztak mindent, hogy kell csinálni. Végül is orra szívtam fel, de a felét szétfűjtam, úgy viselkedtem, mint egy kezdő, de elég tutis volt a dolog, megtetszett. A barátaim előre mondták, hogy mit fogok érezni. Mondták, hogy először melegem lesz, és egyre jobb lesz a kedvem. És tényleg így történt. És egy idő után arra lettem figyelmes, hogy táncolok, mint egy őrült, és hogy nagyon jól érzem magam, nagyon tetszik minden, mindenkit szeretek, aki csak körülöttem van. Jó volt mindenkivel beszélgetni."

Speed, ecstasy

Megoszlottak a vélemények arról, hogy a két szer közül melyik a jobb, vagy éppen együtt jó-e a kettő. 11 fő a speedet részesítette előnyben, indokolásul többek között a következőket mondták: "A bogyó az elnyom, azzal csak ülni jó vagy táncolni, de a speeddel lehet szaladgálni akárhova, egész nap csak megyek." "Én nem nagyon használtam bogyót, mert az zsákmacska, akármit adhatnak, és nekem sosem jött be." "A speedet jobban szeretem, mert

pörget." Négyen az ecstasy-t használják legszívesebben: "Az ecstasy jó, elvarázsol, a speednél mindenki csak pörög. De nehezebb szerezni bogyót, mint speedet." A többiek pedig úgy gondolják, hogy a "speed és az ecstasy szeretik egymást, együtt a legjobbak"

A húsz főből már mindenki használta intravénásan a speedet. Igazából a legtöbben vénásan használják(ták). „Szerintem, aki speedet használ, az szúrja, mert úgy hamarabb bejön. Nekem az az élmény teszik, ahogy beszúrom.” És vannak az ún. "flashvadászok", akik arra hajtanak, hogy minél több és hosszabb ideig tartó élvezetet jelentsen a speed használata, és ha tehetnék egész életüket flahsben töltenék.

A megkérdezettek több, mint felének volt olyan időszaka, amikor naponta használta a speedet. Ez mindenkinél azzal kezdődött, hogy elkezdte szűrni, és ez egy idő után rendszeressé vált. "Aki szúrják többet költenek, mert így jobban kívánja az ember. Jobban rákattan az anyagra. Aki orrba szívja az általában megmarad a hétvégénél. Én azt hittem, hogy meg bírom majd állni, hogy ne szúrjam, de nem ment. Volt olyan, hogy azt álmodtam, hogy szúrok..., Tehát az intravénás speedhasználat minőségileg és mennyiségileg is másfajta droghasználatot alakít ki. Akik szúrnak, már csak ritkán járnak partikra vagy más szórakozóhelyekre. Inkább azzal vannak elfoglalva, hogy a napi adagra megszerezzék a pénzt és legyen kitől vásárolni. Sokan a szúrást, mint érzést kívánják. „Utána rákattantam erre a szúrásra nagyon. Már gyógyszereket is szúrtam, amikor nem volt anyag, vagy bármit, amit lehetett.” Néhány esetben a fiataloknak álmukban is előjött a szúrás iránti vágy: „Volt olyan álmom, hogy szúrok, kívántam ezt az érzést, reggel aztán mentem anyagot keresni.”

Alkohol

Az alkoholfogyasztást egyértelműen elutasította a megkérdezettek szinte száz százaléka. "A partik és az anyag nagyon összefügg, egy house-partira részegen elmenni, szóval az egyrészt ciki is, és azt nem is lehet részegen annyira élvezni, mint a diszkó zenét. Én például nem is tudnék részegen elmenni, amúgy sem nagyon iszok, de nem mennék el így egy house-partira.

Egyrészt, akik már ismernek, azok hülyének néznének, egyből mindig azt mondanák, hogy "hú ez a múltkor, úgy be volt rúgva". Meg hát az ember, ha táncol, nem tud úgy táncolni a house zenére, főleg ha le van lassulva, ha be van rúgva, egyből ki lehet szűrni. Az alkoholt elvetik teljes mértékben, főleg ha már vagy háromszor kipróbálta (a drogot) és úgy dönt, hogy továbbra is fogja csinálni, akkor az alkohol az soha. "

A többieknek is határozott elképzelései és döntései voltak arra vonatkozólag, hogy mit használjanak: „Eldöntöttem, hogy minden hétvégén elmegyek szórakozni, beállok, viszont nem iszok. Én az alkoholt felcseréltem erre és megnyugtattam magam, hogy ez jó, mert olyat biztosan nem hallottál, hogy valaki bogyózott és leszúrta a feleségét. Tehát én jobb helyzetben éreztem magam, mintha innék.”

Parti

A megkérdezettek kezdetben elsősorban partikon szórakoztak, amihez erősen kötődött az amfetaminhasználat. Később már legtöbbjüknel csak az anyag maradt és a partikon való részvétel helyett autózással, lakásban való semmittevéssel ütötték agyon az időt. „Eleinte még mentünk partikra, bulizgattunk, de mostanában van, hogy csak otthon szürogatunk, vagy elmegyünk kocsikázni. Már nincs olyan táncolási kényszerem.” „Amikor már egyre többet használtam, már nem volt kedvem táncolni, csak az volt a lényeg, hogy bepumpáljam, aztán meg csak néztem ki a fejemből.”

A vizsgált szubkultúrának a legkedveltebb szórakozóhelye egy a várostól kb. 40 km-re lévő település híres-hírhedt diszkója, ami népszerűsége csúcsán bezárt és csak a közelmúltban nyitott meg újra. Ez a kényszeres pauza is oka lehetett annak, hogy a fiatalok nagy része kevesebbet jár partikra. A legtöbben a zene miatt jártak el egy-egy szórakozóhelyre és nem a hely miatt. A népszerű dj-k bárhol telt házat tudtak produkálni.

Ami a partikon való táncot illeti, az legalább annyira eltér a hagyományos értelemben vett diszkó táncról, mint az itt szóló zene a '70-es évek diszkó muzsikájától. "Mindenki ütemre

rángatja a fejét", „A kezük egyfolytában jár, le-fel vagy oldalra monotonon.” „Mindenki úgy táncol, hogy kiesik a szeme, veri a víz és egy monoton ritmusra rázzák a fejüket.”

Abban is eltér ez a tánc a hagyományos diszkótánctól, hogy itt nem párok táncolnak egymással, hanem mindenki táncol mindenkivel, de ha valaki egyedül szeretne, azt is megteheti.

A beszélgetések alkalmával kiderült, hogy sokan nem is táncolnak a partin, hanem úgy téblábolnak, kapcsolatokat keresve. "Végül is az egész buli abból állt, hogy kerestünk egy kocsit, ahova be tudunk ülni szívni, vagy nyomni, aztán visszamentünk és kezdtük jól érezni magunkat, - szoktattuk magunkat a helyhez, ehhez kellett az anyag - táncoltunk, és ha még volt pénzünk, vettünk bogyót, vagy bélyeget, megint kerestünk egy kocsit, aztán megint visszamentünk a partira. A barátom állandóan járkált összevissza, nem bírt egyhelyben maradni, én meg állandóan táncoltam.

Két-három ember beszámolt arról, hogy ők igazából nem tudnak mit kezdeni a partikkal és az ott szóló zenével, eljárnak, mert mennek a haverok is, de igazából nem az ő műfajuk. „A túl monoton zenére én zavarba jöttem, lementem a tánctérről, mert nem tudtam, hogy mit csináljak, verjem a falat, vagy rázzam a fejem.”

Ismerkedés és párkapcsolat teremtés szempontjából a parti tánctere nem a legideálisabb, már csak a magas zajszint miatt sem, ezért az ismerkedés helyszínéül új terek adnak lehetőséget a fiatalok számára: „Ismerkedni csak a parkolóban lehet, mert bent mindenki magával, a zenével, meg a tánccal van elfoglalva.”

És találkoztam olyan fiatallal is, aki be sem megy a partira: „Ha elmegyek egy partira, sokszor be sem megyek, csak ide-oda mászkálok, beülök egy kocsiba, aztán egy másikba és beszélgetek. Folyamatos mozgásban vagyok, nem tudok egy helyben maradni.”

Drog és parti

Egy városi dj-vel készült interjú során hangzott el a következő:

- És szerinted van összefüggés a drogok és a partik között?

- „Hogyne lenne! Az a durva az egészben, hogy ahány újságot olvasok, azt írják, hogy miért kell ezt a zenét összekapcsolni a drogokkal? Hát azért, mert erről szól, ezt kár tagadni. Hozzá tartozik, a '90-es évek végén vagyunk.”

Szinte mindenki egyformán nyilatkozott arról, hogyan függ össze számukra a parti és az anyag. „Ha mentünk bulizni, akkor előtte is, helyben és utána is használtunk. Előtte azért jó, mert ha megyünk a kocsival, nem bírom ki, hogy ott van a zsebemben, vagy bárhol eltéve, nem bírom ki, hogy ott lapul, én meg tisztán üljek az autóban. Általában indulás előtt, mert ha már ott vagyunk, a kocsiban nem nagyon lehet, mert a parkolóban csak látják. Ha meg bemegyek, akkor még menjek el a WC-re és ott szenvedjek? Szóval inkább előtte felszívom, és ha éjszaka kell még, akkor újra. Volt olyan, persze, hogy bent szúrtam. Félttem nagyon, hogy meglátnak, remegett a kezem, lötyögött ki a víz.”

„Sosem voltam tisztán partin. Szerintem a fiatalság nagy része kábítószeres. Ha valaki tisztán megy el egy partira, az csak azért teszi, mert nincs anyag, és abban reménykedik, hogy hátha beesik valami.”

A partikon anyagot használókat megkülönböztethetjük aszerint is, hogy mernek-e a szórakozóhelyen belül fogyasztani drogok, vagy pedig csak a parkolóban, gépkocsikban, izoláltabb körülmények között. „Egy partin bent sosem használtam, mindig csak autóban, az volt nagy előny, ha valakinek sötétített ablakú kocsija volt.”

„Elégge drogos diszkóba jártunk. Találkoztunk a diszkóban, bementünk a WC-be - fiúk lányok együtt, - és akkor felszívtuk.”

És vajon hogyan érzik magukat egy partin anyag nélkül? „Egyszer előfordult, hogy speed nélkül mentünk egy partira, és nagyon-nagyon rossz volt úgy bemenni. Rázott a hideg, és vártuk, hogy kinél van speed, vagy ki tud adni, szóval nagyon rossz úgy elmenni, hogy nincs bennünk semmi.”

Maraton

A partira járók életében elég sűrűn előfordul(t), hogy több napon át amfetaminnal "átítatva", belevetették magukat az éjszakákba és a nappalokba. Sokszor ezeket az alkalmakat nem tervezték meg előre: „Hat-hét nap a legtovább, ez csak úgy jött mindig. Sose számítottunk rá. Mindig úgy terveztük, hogy elrakjuk hétvégére az anyagot, de miután megkaptuk, kipróbáltuk, aztán, amikor múlt a hatás újból, amíg el nem fogyott. Ha egy estés buli után kezd múlni a hatása, akkor rossz, lemegy a hangulatom, nincs kedvem mozogni, beszélni, csak ülök magamban, viszont egy 3-4 napos buli után nincs ez, elalszok. Teljes a kimerültség. Végül is ezért szerettem a több napos bulikat, mert utána nem éreztem rosszul magam.”

Sokan végigjárták, utazták az országot, keresve a különböző partikat, amíg el nem fogyott a pénzük. „Hat napig voltam fent a legtovább, mindig máshova mentünk, Siófok, Budapest, Sárád, Polgár. Csütörtökön kezdtük, kedden már nem volt semmi hely, és egy nosztalgia buliba mentünk, mert muszáj volt. Napi 3-4 gramm speedet használtam.”

És vannak, akik nem mentek partikra, hanem teletankolták a kocsit és szintén irány az ország és a haverok.

Szex és drog

„Sokan úgy gondolják, hogy a speed a férfiakra negatívan, a nőkre pozitívan hat szexuális téren. Szerintem, nem ettől függ a hatása. Ha speedezek és partira megyek és ott kitáncolom magam, utána nyugodt, jó érzésem van, mint szeretkezés után, nem kívánom a szexet nem is tudok rágondolni. Viszont ha speedezek, de valamiért nem megyek buliba, akkor annyi energia és feszültség van bennem, hogy be tudnék vállalni egy egész estés szeretkezést is.” A speed olyan energiákat szabadít fel, amelyeket mindenféleképpen ki kell élni, ennek egyik módja lehet a szex is. Ha azonban a használó több napos partin vesz részt, utána hosszú ideig nem érez nemi vágyat. „Amikor bespeedeztünk a barátommal, mindig az volt az első, hogy szeretkeztünk, volt amikor négy-öt órán át.”

Érdekességek

Ebben a részben néhány olyan interjúrészletet mutatok be - minden magyarázat nélkül, - melyek tartalma számomra érdekességként hatott.

„5-6 cm-es szívószállal szívjuk fel, de jó volt a régi ezres is. Nekem az nagyon tetszett, hogy amikor a papírpénzt összegöngyölve hagytuk, és fizettünk, elővettük a sok összegöngyölt pénzt és azt adtuk oda. Most ha belegondolok, szinte mindenki így fizetett.”

„Volt olyan, régen, hogy a bárpulton kihúztam egy csíkot magamnak és felszívtam, ez 4 éve volt. A sarokban elszívhattál egy jointot, még a kidobók sem szóltak hozzád, persze nem minden helyen lehetett ezt. Máshol még a WC-be sem, csak P-n.”

„Kitaláltuk, hogy menjünk P-re, lőttem egy grammot, de még a barátomnál, meg bombába bedobtunk egyet. Ez azt jelenti, hogy kis papírzsebkendőbe belerakod a speedet és egyben lenyeled. Ez nem olyan, mint amikor felszívod és lezsibbad először az agyad, meg minden bajod van, hanem lenyeled és azon veszed észre magad, hogy jár a lábad, a kezed meg a lábad le van fagyva, de közben meleged van, meg ráz a hideg, meg mit tudom én. Ez nálunk hagyomány. Ha szúrsz, akkor az rögtön bejön, de a bombának több idő kell, amennyi idő alatt felszívódik.”

„Speedszívó-verseny: Úgy történt, hogy volt 10 gr. speed ötünkre, amit öt felé osztottunk és a lehető leghosszabb csíkokat húztuk ki belőle. És stopperrel mértük, hogy ki szívja fel a leghamarabb. Az első helyezett 2 gr. speedet és egy pumpát kapott, a második 1 gr-ot, a harmadig helyezett pedig egy felet pumpa nélkül. Én általában második helyezett voltam.”

És persze született egy-két átírat is: „Speedes Mackó az én nevem szívok nektek eleget, van finom heroin s más finom anyagok, de azért szeretek, hogy ha Speedes is vagyok!”

Összegzés

A partira járok minden, médiák által felénk sugárzott termékreklámot magukévá tesznek, megszereznek. A "Mindent akarok, de azt most rögtön" gondolkodáshoz ideális partner a kábítószer - jelen esetben főleg az amfetamin -, amely különösebb erőfeszítés nélkül gyors és intenzív "boldogságutazást" nyújt számukra. Az intravénás használat ezt még csak fokozza, hiszen a szúrás után a "flash" néhány másodperc múlva jelentkezik. Jellemző, hogy az általam megkérdezettek, kortól függetlenül, szinte kivétel nélkül vénásan is kipróbálták az amfetamint, és életük egyik legjobb élményeként tartják ezt számon.

Általánosan is jellemző a vizsgált csoportra, hogy a partikat nem olyan intenzív élményként élik meg, mint az előző évtizedek sokat szidott rocker és alternatív nemzedéke egy várva várt koncertet, hanem inkább a "bárhol legyünk, de ne otthon" magatartás a jellemző.

Az interjúk készítése során a fiatalabbakkal (15-18 évesek) nehezen találtam meg a hangot. Kérdéseimet nehezen értették meg, hiányos szókinccsel rendelkeztek, melynek oka lehet, hogy nagyon fiatalon 13-14 éves korukban kezdték el a kábítószerhasználatot, ezáltal érdeklődési körük beszűkült.

A megkérdezettek beszámoltak arról, hogy az utóbbi egy-két évben negatív változás tapasztalható a városi partiéletben, illetve az itt kapható amfetaminok terén. A partik száma és minősége folyamatosan romlik, már nem olyan családias a légkör, mint régebben volt. „Régebben olyan bulik voltak a városban, hogy mindenkit ismertem, bementem és olyan volt, mint egy nagy család. Tavaly már úgy láttam, hogy mindenki szívesebben húzza le a másikat.” Állításuk szerint már nem lehet jó speedet és ecstasyt sem kapni, mindent felütnek. Mindezek az észrevételek azt is tükrözik, hogy a partikultúra a kezdeti underground mivoltából valóban egy erősen kommercializálódott szórakoztató iparággá fejlődött, amelyben sokkal inkább a marketing szemlélet és a pénz játssza a szerepet.

