

BÁTKI ANNA

A változatos állandó

*A családfogalom és annak alakulása a
technológiai fejlődés tükrében*

A pszichológia már a kezdeti, főként az egyénre fókuszáló évtizedei során is nagy figyelmet szentelt a családon belül kialakuló szerepek, kapcsolatok hosszú távon is meghatározó jellegének. Később, a rendszerszemlélet megjelenésével, a családterápiás megközelítés megerősödésével, a korai kötődés vizsgálatok tanulságaival még hangsúlyosabbá vált a legkisebb társadalmi egység, a család központi szerepének lélektani jelentősége.

A család fogalma az emberi történelem során jelentős társadalmi-kulturális variabilitást mutatott. Ezek a változások ugyanakkor egészen az 1950–60-as évekig leginkább évszázados távlatban voltak értelmezhetőek. Különböző korokat, civilizációkat, szemléleteket vizsgálva jelentős eltéréseket figyelhetünk meg a „család” megjelenését és leírását illetően. Ezek közös jellemzője a rokonsági, illetve életviteli kapcsolat: tipikusan egy háztartásban, házasságban élő szülők és egyenes ági leszármazottaik alkották a (származási) családot, amelynek a biológiai köteléken túl természetesen mindig voltak választáson, egyezményen alapuló tagjai (elsősorban és magától értetődően a választott házastársakat és az örökbefogadott gyermekeket illetően: „létesített család”).

A jelentős kulturális különbségek mellett (matriarchátus–patriarchátus, monogámia–poligámia stb.), az évszázadok során elsősorban a gazdasági-társadalmi változások hatottak a család felépítésére. A termelési egységként is értelmezhető nagy háztartások az ipari forradalom után fokozatosan átadták helyüket az úgynevezett nukleáris családszerveződésnek. A nyugati modernizáció magával hozta a patriarchális polgári családmódellet, amelyben a férfi volt a családfői és családfenntartói szerep.

A 20. században megjelent a feminista mozgalom, majd a második világháborút követően megerősödött a nők társadalmi szerepvállalása, és fokozatosan elterjedt a kétkeresős családmodell.

A nemi szerepek és a társadalmi normák újragondolásának folyamata az 1960-as évek beat-korszakával és szexuális forradalmával vett radikális lendületet. A női egyenjogúság mellett további, a magánélethez fűződő szabadságjogok, a hagyományoktól, társadalmi-vallási konvencióktól független egyéni döntések tisztelete iránti küzdelem fokozatosan áttörte a faji és nemi identitást övező évszázados előítéleteket. Ezzel megnyílt az út a nyugat-európai kultúrában „tradicionális”-nak tartott modell-től eltérő családok kialakulása és nyilvános felvállalása, illetve az ezeket támogató társadalmi attitűdök meghonosodása előtt. A hagyományokkal és közösségi elvárásokkal, mintákkal szemben meghatározóvá váltak az egyéni döntésen alapuló, érzelem- és megegyezés-hangsúlyú családmodellek: elfogadottá váltak a korábban előítélettel sújtott státuszon, vallási hovatartozáson vagy származáson átívelő „vegyes házasságok”, a tudatosan vállalt egyszülős családok, megjelentek a „szivárványcsaládok”, általánossá vált a nemzetközi örökbefogadások gyakorlata.

A társadalmi attitűdök megváltozása mellett a családok működését érintően jelentős változásokat hozott a robbanásszerű természettudományos fejlődés is. Már a 19–20. században radikálisan csökkent a gyermekhalandóság és nőtt a várható élettartam. A sokgyermekes családok helyét két-három gyermekes, kisebb lélekszámú családok vették át, szintén szerteágazó társadalmi következményekkel.

Mindezek a folyamatok önmagukban is jelentős kihívást jelentettek a családot leíró korábbi fogalomkészletek előtt. Az elmúlt évtizedek technológiai (illetve az ezekkel együttjáró társadalmi) változásai ugyanakkor elkerülhetetlenné teszik a családokat vizsgáló tudományos alapfogalmak újragondolását. A családokról gondolkozva fontos újra és újra hangsúlyozni, hogy az olyan társadalmi egység, amely alkalmazkodik a kultúrához és a társadalmi berendezkedéshez, normákhoz, értékekhez. Ahogy ezek folyamatosan alakulnak, módosulnak, úgy velük változik a családfogalom is.

Az alábbiakban elsősorban az utóbbi évek orvoslástechnológiai fejleményeit és trendjeit tekintjük át a család, a születés és a gyermekvállalás szempontjából. Az ezekre ható, országonként eltérő társadalmi és szabályozói környezet változásainak természetesen hasonló a jelentőségük, de ezekre a folyamatokra itt nincs lehetőségünk alaposabban kitérni.

Termékenység és technológia

A történelem során mindig kiemelt figyelmet kapott a termékenység kérdése: e képesség megőrzésére, helyreállítására min-

den korban és kultúrában igyekeztek megoldásokkal szolgálni a mágikus vagy vallási rítusoktól a gyógyfüveken és különféle gyógy módokon és fürdőkön át a zarándoklatig. A megoldási mód természetesen nagyban függött attól, hogy milyen vélekedések éltek az adott kultúrában és korban a meddőség természetéről és okairól. Korábbi évszázadokban a meddőséget jellemzően a tisztátalatlansággal, bűnnel, átokkal vagy isteni büntetéssel hozták összefüggésbe, és ez sajnos ma is érzelmi hatását: a meddőség vagy nehezített gyermekvállalás korunkban is jelentős stigmatizáltsággal jár.

A meddőségi kezeléseknél manapság már számos, tudományosan megalapozott válfaja ismert. A meddőségnek több olyan oka lehet, amely hatékonyan kezelhető, akár már életmódváltással is (pl. diéta, testsúlycsökkenés stb.). Az is előfordulhat, hogy valamilyen mikrosebészeti beavatkozás vagy hormonális terápia, termékenységet elősegítő gyógyszerek alkalmazása lehet a megoldás.

A 20. század második felében jelentek meg a mesterséges megtermékenyítési (azaz asszisztált reprodukciós) eljárások. Ezek olyan orvosi beavatkozások, amelyek során mesterséges úton, külső beavatkozások, technológiák alkalmazásával teszik lehetővé, hogy létrejöjjön a terhesség. Az asszisztált reprodukciós technikák (ART) alkalmazása során közöskülés nélkül történik meg a petesejt megtermékenyítése. Két alapvető formája létezik: a mesterséges ondóbevitel (inszemináció) és a testen kívüli megtermékenyítés (in vitro fertilizáció, IVF).

1978-ban született meg az első, szervezeten kívüli mesterséges megtermékenyítéssel (IVF eljárással) fogant újszülött („lombikbébi”). E technológia alkalmazása azóta széles körben elterjedt és jelentős mértékben hatékonyabbá is vált.

Világszerte egyre nagyobb az igény az asszisztált reprodukciós eljárások alkalmazására. Ennek háttérében (főképp a fejlett országokban) az egészségügyi okokon túl jelentős részben a már korábban is említett társadalmi és demográfiai változások állnak, amelyek a gyerekvállalás életkori kitolódását eredményezték. A nők továbbtanulása és munkavállalása, a családon belüli szerepek átalakulása, a változó párkeresési és párválasztási szokások, a szülői szereppel kapcsolatos növekvő elvárások, a fogamzásgátló tabletták elterjedése egyaránt a termékenység csökkenését eredményezik a gyerekvállalás iránti döntések időpontjában. További kihívást jelentenek a termékenységet illetően a civilizációs környezeti hatások, a fokozott stressz vagy az életmódbeli változások.

Míg a „hagyományos” IVF eljárás során a szülők saját ivarsejtjeit használják, ma már lehetőség van donorsejtek vagy más pártól származó embrió beültetésére is. Bár országonként változik az asszisztált reprodukció törvényi szabályozása (engedélyezett-e a petesejt-, hímivarsejt- vagy épp embrióadományozás, ki lehet donor és kaphat-e ezért ellentételezést, anonim-e a donáció,

illetve mennyi információt kaphatnak a szülők a donorról stb.), de orvosi értelemben „rutin” eljárásról beszélhetünk. Az orvosi-lag meddő párokon túl a mesterséges megtermékenyítés mára szélesebb körben is lehetővé teszi a gyerekvállalást (pl. egyedül-állók számára).

Az adott szabályozói környezettől függően bizonyos országokban elérhető a béranyaság, illetve dajkaterhesség lehetősége is. Ezekben az esetekben nem a gyermeket felnevelni szándékozó anya hordja ki a magzatot, hanem egy erre felkért másik személy. A magyar nyelvben markánsan különböző két kifejezés tartalmilag abban tér el egymástól, hogy míg a béranya fizetségért, a dajkaterhes szívességből vállalkozik az eljárásra. A leginkább elterjedt módszer, amikor a nevelőanya petesejtjét megtermékenyítik, s az így létrejött embriót a béranya méhébe ültetik be. Ugyanígy lehetőség van arra is, hogy egy (akár egyedülálló vagy más okból erre igényt tartó) férfi egy petesejt-donor segítségével létrejött embrióját hordja ki a béranya vagy dajka.

Az IVF kezelések során tipikusan több egészséges embrió keletkezik, ilyenkor részben a leendő szülők preferenciája, részben szakmai szempontok alapján döntenek arról, hány embriót ültessenek vissza. A szabályosan fejlődő, de beültetésre nem kerülő embriókat pedig le lehet fagyasztani. A mélyfagyasztás (krioprezerváció) által az embriók életképessége megőrizhető, így az embriók felolvasztására és beültetésére később is sor kerülhet, amennyiben a friss embrió beültetéséből nem jött létre terhesség, vagy ha a szülők egy sikeres kezelés után következő gyermeket szeretnének.

A női termékenység képességének megőrzésére alkalmazott másik, egyre gyakrabban alkalmazott módszer a petesejtek lefagyasztása, fagyasztva tárolása és későbbi felhasználása (oocita krioprezerváció). A módszer lényege, hogy a petesejteket a szervezetben történő megérlelésük (hormonális stimuláció) után megtermékenyítés nélkül fagyasztják le egy speciális eljárás (ún. vitrificáció) segítségével. Ennél a módszernél a petesejtben található vizet olyan folyadékkal helyettesítik, amely megakadályozza, hogy a petesejtben jégkristályok képződjenek (és ezzel megóvják a nagyon érzékeny petesejteket). A felhasználás kívánt idejében a petesejteket felolvasztják, majd mesterséges megtermékenyítésük után az embriót a méhbe helyezik. A beültetés sikeressége többek között a páciens életkorától is függ a petesejtjeinek lefagyasztásakor.

Ez az eljárás lehetővé teszi hogy valaki későbbi időpontban vállaljon gyermeket, saját petesejt felhasználásával. Van, aki magánéleti okokból dönt így (pl. egy egyedülálló nő harmincas éveiben járva lefagyasztatja a petesejtjeit, hogy később, ha megtalálja a megfelelő partner, a „fiatalabb” petesejtjeiből foganhat meg gyermekük IVF segítségével), de sok esetben egészségügyi problémák indokolják a döntést, mint a daganatos, autoimmun betegségek vagy a súlyos hormonális problémák. A daganatos

betegségeknel használt sugár- vagy kemoterápia súlyosan károsítja a petesejteket, így a páciensnek megoldást jelenthet a kezelést megelőző petesejtfigyasztás.

Méh eredetű meddőségről olyan nők esetében beszélhetünk, akik méh nélkül vagy méhfejlődési rendellenességgel születtek, illetve daganatos vagy egyéb megbetegedés miatt el kellett távolítani a méhüket. A méh eredetű meddőség kezelésében nyit új távlatokat a méhtranszplantáció, amelynek során esetenként elhunyt, de jellemzően élő donor méhét ültetik át a páciensbe (a gyermek megszületése után az átültetett méhet eltávolítják, ezzel is csökkentve a későbbi komplikációk, kilökődés veszélyét).

Technikailag immár egyszerűen megvalósítható az úgynevezett megosztott anyaság is, amikor leszbikus párok esetében az egyik anya petesejtjéből fogant embriót a másik méhébe ültetik be – így a pár mindkét tagja más-más módon, de biológiai anyja lesz a születendő gyermeknek.

Párkapcsolati, kötődési megfontolásból meleg férfi párok pedig sok esetben választják azt a megoldást, hogy a felhasználandó (donortól származó) petesejtek egyik részét egyikük, másik részét a másikuk ivarsejtjeivel termékenyítik meg.

A termékenységi nehézségek és a meddőség orvosi kezelésén túl a modern technológia megteremtette annak lehetőségét is, hogy magát az embriót (még annak beültetését megelőzően) genetikai vizsgálat alá vonják annak érdekében, hogy kiszűrhesse nek bizonyos rendellenességeket. Mi több, a tudomány ma már azt is lehetővé teszi, hogy súlyos betegségek esetén módosítsanak az embriók genetikai felépítésén. Az embriók genetikai módosításának egyik speciális alete az úgynevezett mitokondriális donáció (MDT). A mitokondriumok a test szinte minden sejtjében megtalálhatók, és a feladatuk hasznosítható energiát előállítani a táplálékból. A mitokondriális betegségek gyógyíthatatlanok, és a születést követően napokon vagy akár órákon belül végzetesek lehetnek. Az MDT eljárás során a szülők ivarsejtjei mellett (mivel a mitokondriumokat csak az anyától örököljük) egészséges donor petesejtből származó mitokondriumokat is felhasználnak, így ezek a „háromszülős” embriók három ember DNS-ét is hordozzák: nagy részben a két szülőét, és körülbelül 0,1%-ban a családod segítő donorét.

Ez egy tartós változás, amely generációkon át tovább öröklődik. A donor DNS csak a hatékony mitokondriumok létrehozásában vesz részt, nem befolyásolja az így született gyermek egyéb tulajdonságait, és a donor természetesen jogilag sem minősül „harmadik szülőnek”.

Mint a felsorolt eljárások is jól mutatják, az elmúlt néhány évtized technológiai fejlődése radikális változásokat hozott a fogamzásról, az élet keletkezéséről, a szülésről–születésről és így a családról való gondolkodásunkban is, hiszen felülírta a reprodukcióról alkotott hagyományos elképzeléseink „természet adta”, „sorsszerű” és „megváltozhatatlan” feltételezését.

Az asszisztált reprodukciós eljárások azonban ennél is váratlanabb, jelenlegi gondolkodásunk szerint szinte elképzelhetetlen lehetőségeket teremhetnek a nem is túl távoli jövőben.

Az őssejt kutatás forradalmi eredményei hamarosan megtekinthetők az eljárásokat, amelyek segítségével szintetikus embriók, mesterségesen (laboratóriumi körülmények között) létrehozott petesejteket és spermiumokat lehet létrehozni. Jelentős nemzetközi kutatócsoportok már ma is beszámolnak embriónális őssejtekből, illetve újraprogramozott bőrsejtekből létrehozott, embriókra emlékeztető sejtsomókról. Ezek az úgynevezett „embriómodellek” (még) nem életképesek, ám a termékenységet érintő fontos kutatásokat végezhetnek rajtuk.

Talán a leginkább futurisztikus képet a mesterséges méh megalkotása mutathatja. A mesterséges méh egy olyan kísérleti orvosi eszköz, amely az emberi méhhez hasonló, folyadékkal teli környezetet biztosítva a későbbiekben akár a magzatok emberi testen kívüli kihordását is lehetővé teszi. A mesterséges méhnek többféle felhasználási területe is lehetne: jelentősen növelné például az olyan koraszülött csecsemők túlélési esélyét, akik (például tüdejük fejletlensége miatt) nem helyezhetők inkubátorba. Hasonlóképpen, a mesterséges méh egyszerűbb és biztonságosabb környezetet biztosítana a magzatokon végzett műtétek, beavatkozások számára. A mesterséges méh másik felhasználási területe az lehet, hogy a méh nélküli vagy más egészségügyi problémával élő nőknek (vagy akár egyedülálló férfiaknak) ezzel lehetőségük lenne szülővé válniuk.

Végül, a közeljövő technológiai lehetőségei megkerülhetlenné teszik a szélesebb körű génmódosítás kérdését is. Amiként a genetikai beavatkozások kiszűrhetik vagy orvosolhatják a súlyos veleszületett megbetegedéseket, úgy lehetővé teszik a „genetikai programozást” is: felerősíthetik bizonyos testi vagy szellemi tulajdonságok megjelenését, háttérbe szoríthatják másokét.

Fogalmaink és alapvélekedéseink újragondolása

A hatékony fogamzásgátlással elkezdődött a szexualitás és a reprodukció „hivatalos” különválása: lehetővé vált a fogamzás nélküli szex. Az asszisztált reprodukció újabb mérföldkövet jelentett: lehetővé tette a szex nélküli fogamzást.

Ezáltal az asszisztált reprodukció egyszerre meghatározó technológiai és társadalmi vívmány. A családhoz, rokonsághoz hagyományosan kötődő fogalmak már nem írják le kielégítően sem a biológiai, sem a társas kapcsolatokat: „vér szerinti” kapcsolat létesülhet „láthatatlan” idegenekkel; egy pár saját magzata megszülethet az anya terhessége nélkül, egy gyermeknek négy-öt szülője is lehet.

Hasonlóképpen, az egészségügyi nehézségektől függetlenül jelentkező úgynevezett társas meddőség (*social infertility*) is

meghaladottá válik: az asszisztált reprodukció megoldást kínál akkor is, amikor a kapcsolat jellege (vagy annak hiánya) tenné lehetetlenné a természetes úton létrejövő fogantatást (elsősorban azonos nemű párok, egyedülállók vagy transzneműség esetén).

Mint láthattuk, a családok, rokonsági rendszerek tradicionális meghatározásai mind úgy definiálják a családot, mint egymással szoros kapcsolatban levő, együtt élő egyének csoportja, akiket házassági vagy leszármazási kapcsolat köt össze. Most azonban a fent kifejtett változások miatt azt tapasztaljuk, hogy a népesség egy részére a klasszikus megállapítások már nem igazán illeszthetők, hiszen nem szükségszerűen élnek együtt; nem szükségszerűen osztják egymás genetikai örökségét; megjelentek a tudatosan egyedülálló szülők és a szivárványcsaládok. A család kialakulásában és működésében így egyre meghatározóbbak az érzelmi, megegyezésalapú, illetve gazdasági funkciók.

Mindezek miatt pedig alapvélekedéseink („anya csak egy van”) és alapfogalmaink kérdőjeleződnek meg, hiszen a biológiai-genetikai vagy társas-társadalmi rokonság különválik. A rendelkezésre álló szókészletünk sem elégséges az így előálló biológiai (gesztációs), genetikai és szociális rokonság megkülönböztetésére. Nem egyértelmű az anya, apa, testvér vagy a nagy-szülők fogalma, egymáshoz való viszonya. Milyen szó írja le az ugyanattól a donortól származó, de más kontinensen élő, egymást személyesen soha nem ismerő embereket? Vagy az együtt nevelkedő, de egymással semmilyen biológiai kapcsolatban nem álló gyerekeket? Előfordulhat, hogy egy gyereknek van egy genetikai anyja (petesejtdonor), van egy szülőanyja (béranya) és egy szociális anyja, aki vágyott rá és felneveli. Transznemű emberek válhatnak szülővé úgy, hogy nőként lefagyasztott petesejtjüket már nemváltoztatás után termékenyítik meg, akár új partnerükkel, s a születendő gyermeket férfiként nevelik fel.

A biológiai korlátok és kötöttségek feloldása, valamint az ezzel együttjáró párkapcsolati és családi modellek variabilitása visszahat a családon belüli dinamika és az identitás alapkérdéseire is. A technológia által nyújtott új távlatok ugyanakkor komoly társadalmi, etikai és lélektani kérdéseket is felvetnek.

Az etikai és lélektani dilemmák már az egyén szintjén is megjelennek. Az IVF kezelésben részesülő szülőknek például a be nem ültetett embriók sorsáról is dönteniük kell: „felhasználják” még ezeket az embriókat egy későbbi időpontban; felajánlják őket más meddő pároknak vagy személyeknek; esetleg orvosi kutatásra ajánlják fel; vagy pedig felolvasztják és így megsemmisítik őket. Sok pár számára kihívást jelent a személytelen donorok megjelenése a reprodukcióban: miképpen viszonyulhatnak a donorsejtből születő gyermekükhöz és annak „láthatatlan” genetikai apjához/anyjához? Mennyiben más ez a feladat a gyermekével genetikai kapcsolatban is álló szülő és a megtermékenyítéskor donorsejttel helyettesített párja számára?

Szintén az egyéni megfontolások szintjén merülnek fel az asszisztált reprodukcióval megszülető gyermek szempontjai: milyen nehézséget jelenthet számára, ha nem ismeri saját genetikai hátterét, vagy épp hogyan alakul az identitása több szülő esetén? Noha e kérdéskört a (titkos) örökbefogadás kapcsán számos kutatás vizsgálta, az asszisztált reprodukció során kifejezett és tudatos szülői döntés eredménye a fogantatás, amelynek ennek megfelelően kiemelt az etikai jelentősége. Mindez hatványozottan merül fel a genetikai „programozás” lehetőségének megjelenésével. Milyen módon biztosítható és képviselhető egy még meg sem fogant gyerek érdeke saját leendő tulajdonságait illetően?

Mit tudhatunk a „nem-hagyományos” családok működéséről?

Mind tudományos, mind társadalmi szempontból nagyon fontos és rendkívül összetett kérdés, hogy vajon másként működnek-e ezek az újonnan megjelenő családok, mint a hagyományos családok, és ha igen, mennyiben és miben mások? Milyen ezekben a családokban szülőnek lenni, és milyen lehet ezekben a családokban felnőni?

A legújabb technológiák hatását illetően ma még csak nagyon kevés konkrét ismeretünk lehet. Ugyanakkor a hagyományos IVF-fel fogant, a donoros és (a bizonyos tekintetben hasonló) örökbefogadó családokkal, valamint szívirványcsaládokkal kapcsolatban már számottevő tapasztalat halmozódott fel, amelyek alapján legalább következtetni tudunk az újfajta asszisztált reprodukció segítségével létrejövő családok sajátosságait illetően. A kutatókat leginkább olyan kérdések foglalkoztatták, hogy mennyiben más a különféle családtípusokban felnövő gyerekek fejlődése; a genetikai vagy környezeti hatások fontosabbak-e; gyakrabban fordulnak-e elő pszichés vagy viselkedési problémák; eltérőek-e a szülői és nevelési attitűdök?

A kutatók elsősorban Amerikában és Nyugat-Európában végeztek számos longitudinális (családokat a gyermekek fogantatásától akár felnőtt korukig követő) vizsgálatot interjúk, kérdőívek és különféle fejlődéslélektani vizsgálóeszközök segítségével, valamint azt is feltérképezték, gyakrabban jelennek-e meg a mentálhigiénés vagy pszichológiai ellátásban a donorról fogant, szívirványcsaládokban élő vagy örökbefogadott gyerekek. A vizsgálatok eredményeit¹ összefoglalva kijelenthető, hogy jelenlegi ismereteink szerint a gyerekek pszichológiai jóléte és fejlődése szempontjából kevésbé fontos az, hogy pontosan kiből is áll a család (hány szülő van jelen, milyen nemű-

1 Az érdeklődők magyarul részletesen olvashatnak a „nem-hagyományos” családokra vonatkozó kutatásokról a 2021-ben megjelent *Családhatározó* (szerkesztette BÁTKI Anna és M. RIBICZEY Nóra) című kötetben, amely kifejezetten pszichológiai szempontból mutatja be a különböző családmodelleket.

ek, mi a nemi identitásuk, szexuális orientációjuk, és biológiai rokonai-e a gyerekek), mint a családi kapcsolatok minősége, a kommunikáció, az egymásra való odafigyelés, a konfliktusok megfelelő kezelése. Csak azért, mert egyesek nem hagyományos módon válnak szülőkké, nem jelenti azt, hogy kevésbé alkalmasak szülőnek, vagy ne szeretnék a gyerekeiket épp annyira, mint a hagyományos módon szülőkké válók. Sőt, épp ellenkezőleg, nagyon is bevonódott és elkötelezett szülők lesznek, akik sokat küzdöttek azért, hogy gyerekek lehessenek, és rendkívül tudatosan készültek a szülői szerepre.

Mindez nem jelenti azt, hogy ne merülhetnének fel speciális nehézségek ezen családok életében: a már említett etikai dilemmák; a szülők közötti megegyezések; a hagyományostól eltérő családmodell elfogadtatása szűkebb és tágabb környezetükben; a kisebbségi stressz, a fogantatására vagy épp világrajöttére vonatkozó érzékeny információ megosztása a gyerekekkel és további számos kihívás állhat a technológiai-társas vívmányok mentén létrejövő családok esetében.

Ez is felhívja a figyelmet a többségi társadalom felelősségére és az edukáció, érzékenyítés fontosságára: most is jelentős számban vannak és egyre általánosabban lesznek nem-hagyományos családok. Márpedig mind a szülők mind az ezekben felnövő gyerekek pszichés jólléte nagyban függ attól, hogyan viszonyul hozzájuk a tágabb közösség és társadalom.