

Az alkoholista családi környezet szocializációs diszfunkciói

Bevezetés

A tanulmányban az alkoholizmus következményeivel, mindenekelőtt az alkoholista családi környezet gyermekekre gyakorolt hatásaival foglalkozom. Mint látni fogjuk, az alkoholista szülő nem képes gyermeke szocializációját és személyiség-fejlődését megfelelő módon segíteni. Ennek következményeit igyekszem példákon keresztül is illusztrálni, melyek publikált esettanulmányokon, a szegedi Gyermekjóléti Szolgálat munkatársaival készített interjúkon és egy alkoholista volt feleségével készített interjúm alapulnak.

Mindezek alapján nyilvánvalóvá válnak az alkoholista családi környezet disz-funkciói, melyek gyakran szocializációs hiányossággal bír, torz személyiségű utódokat bocsátanak ki a társadalomba.

A dolgozat utolsó részében megkísérlek felvázolni egy megoldási alter-natívákat tömörítő modellt, melyben központi szerepet kapnak az alkoholfogyasztás csökkentésére irányuló intézkedések és a korszerű terápiás módszerek.

1. Néhány szó az alkoholizmusról

Az alkoholizmus definiálását illetően nem egységes a szakirodalom. A *szociológiai szemléletmódú* meghatározást és a *hagyományos orvosi megközelítést* meghaladva a szakemberek manapság az alkohollal kapcsolatos problémák (alcohol related problems) kifejezést részesítik előnyben. Ez a terminus az alkoholizmus tágabb értelmezéseként magában foglalja a függőség kialakulásának folyamatát és annak következményeit (családi problémák, ittas vezetés következményei, egészségügyi problémák, társadalombiztosítás költségei stb.).¹

Levendel László alkoholproblémával küszködők körében végzett személyiség-vizsgálata alapján a következő fontosabb viselkedési és személyiségjegyeket állapította meg: 1. Az alkoholista még jó intellektuális képességek esetén is általában éretlen (infantilis) személyiség; 2. Az infantilis személyiségben a szexualitás is primitív fokon rögzült; 3. A szülőkapcsolatok terén megállapítható az apakép zavara, az apaideál hiánya, amely meghatározó jelentőségű a beteg viselkedésében és magatartásában; 4. Az anyakapcsolat szintén problémás: a kezelt domináns vagy gyenge anyaképpel rendelkezett; 5. A multiplex traumatizáltság rossz frusztráció-tűrőképességet eredményez, a szükségletek elhalasztására képtelen; 6. Súlyos önértékelési problémák; 7. Mániákus depresszió, időnként paranoid mechanizmusok; 8. Destrukciós, önpusztító hajlamok.

Mindezek a tényezők rányomják bélyegüket az alkoholista interakcióira: a tágabb környezetben, például munkahelyén nem megfelelő viselkedése miatt ezekből vesztesen kerül ki, ami önbecsülését még inkább aláássa. Ennek kompenzációjára szűkebb környezetében, vagyis a családban nyílik lehetőség: vélt vagy valós sérelmeit családtagjain vezeti le.

Ma az alkoholisták száma Magyarországon legalább 500 ezer főre becsülhető³, de akad olyan alkohológiával foglalkozó szakember, aki ezt az értéket 800 ezer fölé határozza meg.⁴ A becslés egyik módja az ún. Jellinek-képlet, amely a májzsugorban elhunytak számából következtet az alkoholisták számára⁵. A képlet alapján az 1990-es évek végén 790 és 810 ezer közötti volt az alkoholfüggők száma.⁶ A módszer hátránya, hogy a májzsugor évekig-évtizedekig tartó túlzott alkoholfogyasztás nyomán alakul ki, ezért a becsült érték nem vonatkoztatható a jelenlegi helyzetre.

¹ West, L. J. 1984.

² Levendel László 1980, 87–88.

³ Boór Károly – Nagy György 1990, 23.

⁴ Zsákai Szilvia 2001, 127.

⁵ Andorka Rudolf – Buda Béla – Cseh –Szombathy László 1974, 289.

⁶ Elekes Zsuzsa 2000, 155.

Egy kilencvenes évek közepén végzett közép-európai összehasonlító vizsgálat alapján⁷ a magyarországi alkoholdependencia a felnőtt lakosság 4,9 százalékát érinti, ami a szerzők szerint minimumbecslésként fogható fel. A kutatás eredménye szerint az alkoholisták nemenkénti eloszlása 4:1 a férfiak javára.

Az adatok alapján az a következtetés vonható le, hogy a magyar családokban viszonylag magas arányban adódnak problémák legalább az egyik családtag alkohol-fogyasztásából, ami sok gyermek szocializációját és személyiségfejlődését befolyásolja kedvezőtlenül.

2. Az alkoholista környezet és diszfunkciói

Alkoholista környezetben a továbbiakban azt a gyermeket körülvevő családi közeget értem, ahol legalább az egyik szülő alkoholproblémákkal küzd. A követ-kezőkben e közeg jellemzőit és szocializációs diszfunkcióit vizsgálom, és mindezek következményeit konkrét esettanulmányok és interjúk alapján is szemléltetem.

Azt azonban hangsúlyoznom kell, hogy a tanulmányban ismertetett disz-funkciók gyakran nem jelennek meg a maguk teljességében és nyilvánulnak meg szél-sőséges mértékben. Nem minden ilyen közegben felnövő gyermek küszködik súlyos személyiségzavarral, vagy válik deviánssá. Az azonban nyilvánvaló, hogy erre jóval nagyobb az esély, mint „normális” családi környezetben felnövő társaik esetében. Nincs két egyforma alkoholista közeg, bár az esetek nagy részében tipikus jegyek megtalálhatóak. Emellett a kedvezőtlen családi hatásokat egy külső személy vagy család, akivel a gyermek viszonylag sok időt tölt együtt, kompenzálhatja.

2.1. Az alkoholista környezet jellemzői

Általában az alkoholizmus velejárója a család anyagi elhanyagolása: az alko-holista a család jövedelmének egy részét italra költi. Ezáltal gyakran nem jut pénz a család mindennapi létfenntartásával kapcsolatos szükségletek fedezésére, és az otthon tárgyi környezete is szegényes. A családban felnövő gyermekek többnyire nem kapják meg az adott társadalmi nívónak megfelelő anyagi javakat, ami már önmagában beilleszkedési zavarokhoz vezethet.

A szülő(k) alkoholizmusa csak tünete egy már előzőleg jelenlevő (családi, személyiség) problémának, amely az alkoholizmus előrehaladtával fokozódik. A szülők közötti kapcsolat korántsem tekinthető ideálisnak: konfliktusokkal és sérelmekkel teli. Ez a gyermekkel kapcsolatos megnyilvánulásokban is tükröződik, és a gyermek számára félelemkeltő főként azért, mert nem szabad beszélni róla. Az alkoholista számára ugyanis a családon belüli kapcsolatok és problémák tabut jelentenek.⁸ Ha ezek mégis szóba kerülnek, agresszív viselkedéssel, esetleg visszahúzóódással reagál. Az alko-holista egyén viselkedése kötekedő, kiszámíthatatlan.

Előfordul, hogy a nem alkoholista szülő a társától elszenvedett lelki és fizikai sérelmeket a gyerekeken vezeti le, akik ezért néha jobban tartanak tőle, mint az alkoholfüggő szülőtől. A gyermek többnyire megtalálja a magyarázatot alkoholista szülőjének viselkedésére: túl sokat ivott vagy még nem eleget. A nem alkoholista szülő gyakran rideg magatartásának azonban nincsen jól látható oka, így a gyermek hajlamos saját magában keresni a hibát.

A gyermekek tehát bizonytalan környezetben nőnek fel, amelyben tudatos nevelési attitűdök csak a szülő józan állapotában, illetve viszonylag problémamentes időszakban jelennek meg, egyébként gyakran elhanyagolják őket. Az események kiszámíthatatlansága miatt a gyermekek állandó stresszt élnek át, és gyakoriak a családon belüli brutalitások.

Az alkoholista családokban magasabb a válási ráta, így ezek a gyermekek gyakran élnek csonka családban, és az sem ritka, hogy a velük maradó szülő új élet-társat hoz haza, aki szintén alkoholproblémákkal küzd.

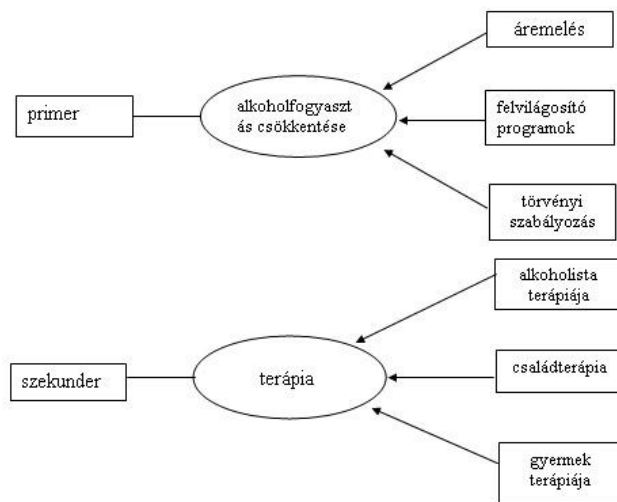
2.2. Szocializációs diszfunkciók – Okok és következmények

A továbbiakban az alkoholista környezet negatív szocializációs mecha-nizmusait elemzem, és megvizsgálom, hogy ezek milyen következményekkel járnak a gyermek személyiségére nézve. Ezeket a mechanizmusokat szemlélteti az 1. ábra. Fontos megemlíteni, hogy az ábra a lehetséges folyamatokat írja le, ezek a maguk teljességében csak kivételes esetben fordulnak elő.

⁷ Túri Ferenc és munkatársai 1997.

⁸ Burr, Alison 1987, 20.

1. ábra: Az alkoholista családi közeg hatása a gyermek szocializációjára és személyiségfejlődésére



2.2.1. Elhanyagolás és következtelen nevelés

Az alkoholista számára legfontosabb az italhoz való hozzájutás, minden egyéb – így gyermeke szükségletei is – másodlagos. Ebből következően elhanyagolja gyermekeit, akik megfelelő törődés hiányában ingerzegény környezetben nőnek fel. Ebben a környezetben a gyermek pszichikuma nem kap elegendő információt a külvilágból, ami retardációhoz vezethet. A visszamaradottság akár az egész személyiségstruktúrára jellemző lehet, de lehetséges, hogy csak némely pszichés folyamatban vagy tulajdonságban nyilvánul meg. Emellett fontos megjegyezni, hogy az inger-zegény környezetben a kevés ingerből több az antiszociális hatás, ami a személyiség torzulását még jobban valószínűsíti.⁹

Az elhanyagolásra és az egyéb pszichotraumákra a gyermek többféleképpen reagálhat:¹⁰ az introvertált személyiségűek általában visszahúzódnak, passzívvá válnak és apátiába süllyednek, beletörődnek saját értéktelenségükbe. Ez a reakció típus azért veszélyes, mert észrevétlenül maradnak a problémák, az egyén önértékelése alacsonnyá válik, és gyakran csak a személyiségfejlődés kései szakaszában ismerik fel a bajt, amikor már elhatalmasodott a gyermekben a védtelenség és kirekesztettség érzése.

Az extrovertált személyiségűek végső kétségbeesésükben mindent elkövetnek, hogy magukra vonják a figyelmet – akár büntetendő, agresszív cselekedetet is, mert büntetés vagy szidás esetén úgy érzik, hogy legalább törődnek velük. Azonban a negatív figyelemfelkeltést követő büntetés csak megerősíti a gyermekben azt, hogy ő valóban rossz, és ezért méltán nem foglalkoznak vele.

Az elhanyagoló nevelés következményeit példázza az alábbi esettanulmány részlete:

3. osztályos fiú:

„Egyeduralomra tört társai között, mérhetetlen agresszivitással és fölényrel – sokszor a nevelő elvárásaival azonosulva –, amit nem fogadtak el a többiek. Felnőttekkel szemben túlzottan udvarias, előzékeny, szinte lakájszerű néha. Társai ezt nem tűrik. Nagyon szeret felnőttekkel beszélgetni [...] hol anyját áruja el, hol apjára, nővérére panaszkodik. Valamilyen besúgó szerepre vállalkozik, holott ebből semmi előnye nem származik, hacsak az nem, hogy vele beszélgetnek.”¹¹

Az elhanyagoló nevelésnél még károsabb a következtelenség. Ennek fő jellegzetessége a követelmények labilitása, a gyengédség és elutasítás váltogatása a szülő pillanatnyi hangulatától függően.¹² A teljes bizonytalanság miatt a gyermek szorongóvá válhat, és kapcsolataiban is öntudatlanul az otthon tapasztalt ambivalenciát képezi le.

14 éves lány:

„Kapcsolatteremtéseiben ambivalens, ezért sokszor maradt egyedül a közösségben. Ilyenkor különféle »intrikákba« kezdett. Nemezszer kiközösítették emiatt. Nagyon akart kötődni, kapcsolódni, de félt is az esetleges »elvesztéstől«. Ez nem is csoda, otthonában állandóan szembesülnie kellett valaminek az »elvesztésével«.

⁹ Veczkó József 1966, 64.

¹⁰ Veczkó József 2000, 62–63.

¹¹ Forrás: Csongor Anna 1989, 44.

¹² Murányi-Kovács Endréné – Kabainé Huszka Antónia 1991, 94–95.

Szülei súlyos alkoholisták voltak, édesanyja már nem él. Otthonukban mindennaposak voltak a gyakran verekedéssé fajuló viták. Ilyenkor a környéken mindenki tudta, hogy mi történik odabent, s hogy nagy valószínűséggel mi fog következni: mentők vagy rendőrség, ne-tán mind a kettő. A szülők már voltak elvonón, eredménytelenül.”¹³

2.2.2. Brutalitás és traumák

Az alkoholista szülő gyakran bántalmazza családtagjait, és kiszámíthatatlan magatartásával feszültséget kelt. A gyermek nem érti a lelki-fizikai bántalmazás okait, így egy idő után magát kezdi hibáztatni. A brutalitás váratlansága miatt a gyermek állandó stresszhelyzetet él át, ami szomatikus betegségek kialakulásához vezethet.

Az átélt traumák nem ritkán egész életében kísértik a gyermeket, főleg abban az esetben, ha később sem szabad beszélnie róla, mert a család az újrakezdés érde-kében a problémát a szőnyeg alá söpri, mint ahogy azt az alábbi eset illusztrálja:

14 éves fiú:

„Az egyik veszekedés – a kisfiú ekkor másfél év körüli lehetett – verekedéssé fajult. Az alkoholista férj minden kontrollját elvesztve szabályosan agyonverte a feleségét, majd otthagya a lakásban a félig meztelen kisfiút a haldokló anyával. Másfél napig volt így ott, étlen-szomjan. Az anya a kórházban meghalt. Az apát elítélték, a gyerekek állami gondozásba kerültek, majd a nagyszülőkhöz.

– Antal az első és a második osztályban nagyon agresszív volt. Félttem, nehogy az apja természete jöjjön elő – emlékszik vissza a nagymama. Ennek a félelemnek az eredményeként odáig fajult a »nevelés«, hogy a nagyszülő elkezdett attól tartani, hogy unokája »férfiatlan, önmagát megvédeni nem tudó, gyámoltalan« kamasszá fog majd válni.”¹⁴

A gyermek az ilyen közegben, ahol nem törődnek vele kellőképpen, fokozott mértékben ki van téve a szexuális visszaélésnek, elsősorban az anya gyakran változó élettársi kapcsolata miatt. A szexuális zaklatás a gyermek személyiségfejlődésére és viselkedésére a későbbiekben is kihat.

8 éves kislány:

„Sok viselkedési problémája volt, különösen az iskolában. Szétszórt volt, kialvatlanul ment iskolába, mert éjszaka alkoholista anyját ki kellett zárnia, hogy ne verje szét a berendezést. A nagyszülőkkel éltek együtt, akik mindketten alkoholizáltak. Az anyuka többször életveszélyesen megfenyegette saját szüleit, hogy megöli őket, rájuk gyújtja a házat, satöbbi. Előfordult, hogy az édesanya élettársat vagy alkalmi partnert hozott haza. Ezzel kapcsolatban nagy problémát jelentett, hogy nem éri-e a kislányt szexuális bántalmazás. Később be-bizonyosodott, hogy az anya egyik partnere szexuális abúzust követett el a kislánnyal szemben.

A kislányt ezt követően az édesapjánál helyezték el a szomszédos faluban, aki rendezettebb körülményeket tudott biztosítani számára. Eleinte megviselte az új helyzet, de sokat segített neki, hogy »normális« családba került (apa élettársa, féltestvérek), ahol gondoskodtak róla.”¹⁵

2.2.3. Negatív magatartásminta és hiányos szocializáció

A család a kisgyermek szocializációját eleinte alapvetően érzelmi alapon való-sítja meg, a viselkedési modellek az affektív apparátusra hatnak. Ez azt jelenti, hogy ideális esetben a szülők a gyermek viselkedését egyfajta szeretet-motiváció segítségével próbálják a helyes útra terelni, a megfelelő magatartás jutalma a szülői szeretet intenzívebb megnyilvánulása és a dicséret.

Ha nincs a kisgyermeknek állandó, biztonságot nyújtó kapcsolata egy felnőtellel, akinek irányítása és bátorítása mellett környezetét megismerheti, különféle visel-kevéseket megtanulhat, akkor érzelmi biztonság hiányában elhúzódik a világtól. Ennek oka egyrészt az ismeretlentől való szorongás, másrészt pedig az, hogy nincs, akinek a szeretetéért, dicséréteért újabb dolgokat megtanuljon, tehát hiányzik a fejlődéshez szükséges motiváció.¹⁶

Mindezeket az alkoholista családi közeg nem képes elégséges szinten biz-tosítani, így a gyermek szocializáltsága elmarad kortársaiétól. Közösségben gyakran küzd beilleszkedési problémákkal, mert otthon nem tapasztalta a makrotársadalom által kitűzött, követendő normákat és magatartásformákat. Ehelyett csak a látott mintákat tudja alkalmazni, így gyakran átveszi szülei viselkedését és azoknak probléma-megoldási stratégiáját, az agressziót.¹⁷

A kisiskolás gyermeknél 9-10 éves korban értékelődik fel a moralitás. Eddig a szabályokat és normákat külső kényszer nyomására (a büntetés elkerülése miatt) tar-totta be, de erre az időszakra már értelmet nyernek a szabályok

¹³ Forrás: Benza Béla 2001, 39.

¹⁴ Forrás: Benza Béla 2001, 52.

¹⁵ Forrás: a szegedi Gyermekjóléti Szolgálat munkatársával készített interjú.

¹⁶ Komlósi S. 2000, 99.

¹⁷ Az analitikus pszichológia ezt a folyamatot én-védekezési mechanizmusnak tartja, amely a szorongás feldolgozását segíti elő azáltal, hogy a gyermek átveszi a szorongást okozó személy viselkedését. Ha a szorongás állandó, a negatív viselkedés is állandósul, ami társadalmi be-illeszkedési zavarokhoz vezet (Freud, Anna 1978, 169).

és betart(at)ásukra fokozottabban ügyel. A normák interiorizációjához azonban még szükséges a meg-felelő szülői viselkedésminta és az, hogy a gyermek a szülőt tökéletesnek, az értékek ideális megtestesítőjének tartsa. Ezt a képet megzavarhatja a szülők gyermek előtti veszekedése, egymás kritizálása, ami az alkoholista családi közegben gyakori. A gyermek mintaelsajátítási folyamatára negatív hatással van, ha az otthon tapasztalt minta ellentétes a többségi társadalom értékeivel. A normák nem megfelelő átvétele deviáns viselkedéshez vezethet, amit a gyermek gyakran nem érez büntetendőnek.

„Géza tavasszal 1300 Ft-ot ellopott az apjától. Az apa bejött az iskolába, ahol a gyermek beismerte a lopást, és tudta, hogy nem szabad lopni. Azonban azt továbbra sem értette meg, hogy ha az apja olyanra költi a pénzt, amire nem kellene – sör, pálinka –, miért rossz az, ha ő olyanra fordítja, amire szükségük van (rotring-ceruza magának és testvéreinek) és amire ő is vágyik (hiszen az apja is azt veszi meg): csokoládé, üdítő.”¹⁸

A gyermek kisiskolás korában egyre fokozottabban igényli, hogy a családi élet mozzanataiba bevonják, teljes jogú családtagként kezeljék. A kiszámíthatatlan alko-holista közegben ez nem következik be, ezért a gyermek szociális készségeit nem tudja kellőképpen begyakorolni, és szociális kompetenciája társaiénál fejletlenebb lesz. A családban betöltött szerepe egész életén át modellként kíséri, és párválasztásában tudattalanul ezt akarja rekonstruálni¹⁹.

2.2.4. Zavarok a személyiségfejlődésben

A nemi szerepének megfelelő viselkedést óvodáskorban veszi át a gyermek az azonos nemű szülőtől azonosulással. Az ekkor nyújtott szülői modell kihatással lehet a fejlődő személyiség későbbi alakulására.

A gyermekkor fontos feladata eljutni a *szeretve lenni* akarásától a *szeretni tudásig*.²⁰ Ezt a gyermek az anyától sajátítja el, de ehhez át kell élnie, hogy anyja csak rá figyel és reagál szükségleteire. Másfél éves kora körül a gyermek eljut arra a szintre, hogy a másik ember gesztusai, megnyilvánulásai alapján benne is ugyanazok a hangulatok, érzelmek idéződnek fel, tehát kialakul *empátiás* készsége. Az alkoholista kö-zegben felnövekvő gyermekek általában nem részesülnek annyi szeretetben és figye-lemben, hogy később érdek nélkül tudjanak szeretni és bízbanak embertársaikban. Ez megnehezíti későbbi kapcsolataik kialakítását.

A gyermek optimális fejlődéséhez elengedhetetlen a harmonikus szülői kapcsolat és a szeretetteljes, meleg családi légkör, amely bátorításával a világ meg-ismerésére késztet és a sikert dicsérettel jutalmazza. Mindez segít az önértékelés alapjait elég stabilá tenni ahhoz, hogy a gyermek „később a realitás tépázását el-viselhesse”²¹.

Az otthoni bátorító légkör hiánya és a büntetések váratlansága a gyermek személyiségfejlődését negatívan befolyásolja: alacsony önértékelés alakulhat ki, ami gátolja a gyermeket feladatainak teljesítésében. A személyiségfejlődés során az én-iden-tifikáció elengedhetetlen feltétele a másokkal való összehasonlítás, ami gyakran a teljesítmény alapján történik, így a gyermek önértékelése tovább csökken. Ezt a folyamatot a fiatal gyakran deviáns kortárs csoportokhoz való csatlakozással próbálja kompenzálni, mert a hasonló helyzetűek között nem érzi magát alacsonyabb ren-dűnek. Ezzel a fiatal megkezdheti deviáns karrierjét, amelyből a kivezető út nagyon nehéz, főleg akkor, ha az otthoni körülmények sem ösztönöznek változásra.

Az identifikáció bázisát a szülő-gyermek szeretetteljes, harmonikus kapcsolata képezi, ez készíti a gyermeket a szülő utánzására, majd később normáinak átvételére. Ideális esetben ez az azonosulási folyamat a serdülőkorra lezárul, de a serdülő nem a szülők által hangoztatott elvekkel, normákkal azonosul, hanem a látott mintával, amit a szülőkön kívül a kortárs csoport is közvetít. Az esetleges serdülőkori személyiség-fejlődési zavarok ekkor még bizonyos mértékben korrigálhatók, amire a személyiség megszilárdulása és az értékrend megcsontosodása után már kevés lehetőség nyílik.

Azonban gyakran előfordul, hogy a serdülő – látva a társadalmi és otthoni normák inkonzisztenciáját – nem képes azonosulni a szülő által közvetített mintákkal, sőt a szülőt sem képes szeretni, ami törést okoz személyiségében.

15 éves lány: szülei elváltak, alkoholista apjával él:

„Amikor részeg, mindig lekurváz, anyukámhoz sem enged, és ha mégis elmegyek, megver... Apu tegnap kikergetett otthonról, a szomszédban aludtunk, nincs kész a házi feladat... Apu tegnap részegen összeesett az udvaron, összecsinálta magát, de mi nem segítettünk neki, hátha megfázik és akkor meghal.”²²

¹⁸ Forrás: Csongor Anna 1989, 44–45.

¹⁹ Komlósi S. 2000, 131.

²⁰ Komlósi S. 2000, 107.

²¹ Komlósi S. 2000, 112.

²² Forrás: Jakatics Árpád – Szabó Erzsébet – Garai Ildikó 1996, 162.

A kamasz gyakran szégyelli a külvilág előtt szülei viselkedését, és kétségbe-esetten próbál magyarázatot találni szülei magatartására. Ez a magyarázatkeresés láthatólag hasonlít az alkoholista elhárítási mechanizmusaihoz, amelyekről a dolgozat első részében már volt szó. Ezeket a kifogásokat a gyermek elsősorban otthon, a szüleitől hallja és a „saját érdekében” igyekszik azonosulni velük.

11 éves fiú:

„– Anyukád is ivott?

– Igen, volt részeg is. (Ekkor minden átmenet nélkül beszél az apjáról). Apukám tegnap este hazajött, bejött a lakásba, elesett –nem volt részeg, hanem tiszta fáradt volt. Én kérdeztem, hogy hol kell lekapcsolni a lámpákat, mert égve hagyta a teherautón.”²³

A gyermek személyiségfejlődését szintén negatívan befolyásolja az a tény, hogy nem bánnak vele életkorának megfelelően. Gyakran nem veszik tekintetbe véle-ményét, mert „úgysem értheti meg a szülő problémáit”, máskor viszont olyan el-várásokat támasztanak vele szemben, amelyeknek csak egy felnőtt tudna megfelelni (gondoskodás testvéreiről, az alkoholista szülő hazahozatala a kocsmából stb.).

2.2.5. Romló iskolai teljesítmény

Sok szerző a gyermekkori gondozás hiányosságait a tanulást károsító mozza-natként értékeli. Mollenhauer szerint „az általános fejlődési visszamaradás és az IQ-értékek tekintetében való lemaradás mellett az ily módon károsodott gyereknél külön-nösen a társas magatartás, a nyelvi viselkedés és az alkotás terén lépnek fel hiány-jelenségek”²⁴. Az alkoholista családi közegből érkező iskolások körében mindezek a tendenciák fokozottan érzékelhetők: a gyermek nyelvi kódja nem megfelelő kidolgo-zottságú (bernsteini értelemben véve), és beilleszkedési nehézségek is megfigyelhetők. Az alkalmazkodási nehézségek forrását számos kutató a családi környezetben látja.²⁵

Ezt a jelenséget Kósáné Ormai Vera szociális inadaptációnak nevezi, amely „a személyiség szociális viszonyainak zavarára épülő különböző típusú viselkedési rendellenesség, amely normál értelmű képességű gyermeknél elsősorban iskolai kör-nyezetben nyilvánul meg és optimális pedagógiai tevékenység útján korrigálható”²⁶.

Az iskola azonban gyakran csak továbbmélyíti a környezeti ártalmakat azzal, hogy a gyermek rendellenes viselkedésére megtorlással²⁷ válaszol, ami elmagányoso-dáshoz, kiközösítéshez vezethet.

Ezek a gyermekek nem ritkán olyan mértékben lemaradnak kortársaiktól, hogy a pedagógus gyakran kisegítő iskolába történő áthelyezésüket is javasolja. A gyenge iskolai teljesítmény hátterében gyakran figyelemösszpontosítási zavar áll, amint azt a következő eset is szemlélteti:

„Tamara kifejezetten jó képességű, tehetséges lány, csak kamatoztatni nem tudja képességeit, tehetségét. Saját, kifejezhetetlen indulatai, a folyamatos félelem a megszégye-nüléstől, s az állandó »készenléte« ennek elhárítására elvette energiái zömét.”²⁸

Nyilvánvaló, hogy a gyermek az otthoni események kiszámíthatatlanságai miatt állandó készenléti állapotban van, befelé figyel, ami iskolai dekoncentrációt, fáradékonytságot eredményez. Olykor a dekoncentráció hátterében veleszületett fejlődésbeli rendellenességek állnak, amelyek gyakran a szülői alkoholfogyasztásnak tudhatók be.

Az iskolai teljesítményt befolyásolják a szülő iskolával kapcsolatos attitűdjei is. Ha a szülő szidja az iskolát és a pedagógusokat, illetve nem tartja fontosnak gyermeke iskoláztatását, akkor a gyermek az iskolát egy szükséges rossznak fogja tekinteni és nem lesz motivált a tanulásban, ami később alacsony iskolai végzettséghez vezet. A képzetlenség pedig a későbbiekben megnehezíti a munkaerőpiacra történő bejutását.

2.2.6. Szülői alkoholizmus és szuicid hajlam

Számos kutató leírja, hogy az öngyilkosságot megkísérlő serdülők családjában kiemelkedően magas a pszichopatológiai jelenségek aránya. Jellemző a konfliktusokkal teli családi légkör, gyakori a gyermekkori bántalmazás és az érzelmi-fizikai elhanyagolás.

Az öngyilkosság gondolatának megjelenése összefügg a kamasz érzelmi életét jellemző bizonytalansággal. A serdülő érdeklődik a felnőttek világa iránt, de az azzal járó felelősséget még nem képes vállalni. Megrendül a felnőttek idealizált világába vetett képe, és szüleire is reálisabban tekint. Szüleitől kezd elhatárolódní, ezzel is

²³ Forrás: Csongor Anna 1989, 15.

²⁴ Mollenhauer, Klaus 1974, 202.

²⁵ Kósáné Ormai Vera 1989, 22.

²⁶ Kósáné Ormai Vera 1981, 15.

²⁷ Murányi-Kovács Endréné – Kabainé Huszka Antónia 1991, 95.

²⁸ Forrás: Benza Béla 2001, 40.

hangsúlyozva önállóságát. Magát kortársaihoz és a felnőttekhez hasonlítja, ami az én-tudat formálódását segíti elő. Mivel önértékelése ebben az időszakban gyakran labilis, a túlzott büntetés önértékelési válsághoz vezethet.

Az alkoholfüggő szülők gyermekei között gyakoribbak a szorongásos zavarok, a személyiségzavar, a depresszió és traumatizáltságuk is magasabb kortársaikénál. Emellett a gyermekek környezete többször panaszkodik általános alkalmazkodási zavarról. Mindezek a problémák az öngyilkossági készítés katalizátorainak tekinthetők.

17 éves lány esete a szegedi Gyermekjóléti Szolgálat családgondozójának tolmácsolásában:

„Nemrég a pszichiátriai klinikáról hívtak telefonon, hogy van ott egy 17 éves lány, aki segítségre szorul. Reaktív depressziója volt, ami azt jelenti, hogy a külső körülmények hatására alakult ki az érzelmi válság. A problémát az édesapja jelentette, aki nagyívó, rendszeresen fogyaszt alkoholt és nagyon agresszív. Olyan konfliktus alakult ki közte és a lánya között, hogy a lány már egyszerűen nem bírta elviselni.

...Bejött hozzánk [a Gyermekjóléti Szolgálat épületébe – F. J.] és beszélgettünk. Kiderült, hogy szülei elváltak, apja élettársa is velük él és emellett van egy öccse... Az apa rendszeresen iszik, szinte minden nap agresszíven viselkedik és csicskázgatja a gyerekeket, teljesen lelki terror alatt tartja őket, mindent megtilt, még ennek a nagylánynak is. Kiderült, hogy a lánynak vannak szuicid készítményei, csináltunk egy krízis-intervenciót, nehogy öngyilkos legyen.”

Oravecz Róbert végzős gimnazisták mintáján végzett felmérése²⁹ alapján arra a következtetésre jutott, hogy a serdülőkori öngyilkosság-jelenség mindhárom di-menziója (öngyilkossági gondolat, szuicid kísérlet és befejezett öngyilkosság) a szülő(k) szerfüggésével, mindenek előtt az alkoholfüggőséggel mutatja a legszorosabb korrelációt. A szerző felhívja a figyelmet arra, hogy az alkoholfüggő szülők gyermekei e tekintetben veszélyeztetett serdülőkori szubpopulációt képeznek, azonban ez a szuicid veszélyeztetettség nem részesül kellő figyelemben az addiktológia részéről.

2.2.7. Alkoholista szülő – alkoholista gyermek?

A családi közegben tapasztalt alkoholfogyasztási minták nagyban befolyásolják a gyermek későbbi szeszital fogyasztását. Számos kutató szerint „az iszákos, alko-holista család bizonyos fokig magában rejtje az alkoholbetegség újratermelésének veszélyét, de mindenképpen hajlamosít valamilyen deviáns viselkedésformára”³⁰. A dohányosokkal ellentétben az alkoholista szülők gyermekük szerfogyasztását nem korlátozzák, sőt gyakran előfordul a gyermek itatása.³¹

A szülő alkoholfogyasztását a gyermek hamar megszokja (hiszen ilyen közeg-ben nő fel) és természetesnek véli. Gyakran előfordul, hogy idősebb testvérein is látja az alkohol hatását, így valószínűsíthető, hogy később ő sem veti meg az italt.

(11 éves fiú:)

„ – Apukád mit csinál otthon?

– Hát vásárol, járkál, iszik. ... Mari (a nővére - F. J.) is szokott inni 1-2 pohárral, ha nem megy dolgozni...

– Amikor apa magának sört vesz, nektek mit szokott vinni?

– Akkor semmit.

– Meg szoktátok-e beszélni fizetéskor, hogy mire van szükségetek, mit kellene venni?

– Egy papírra felírjuk a legfontosabbakat: liszt, tojás, kenyér, kávé, sör...

– Te mit kaptál születésnapodra?

– Semmit.”³²

A szülői minta követését azonban nem lehet általánosítani: gyakran előfordul, hogy a felnövő gyermek szüleit negatív példának tartva teljesen elutasítja az alkohol-fogyasztást. Meg kell jegyezni, hogy a gyermek ekkor is továbbviheti az otthoni légkör jellemzőit (ridegség, következtelenség), ami alapított családjában problémákhoz vezethet.

Lányoknál megfigyelhető az a tendencia, hogy alkoholista apa esetén azonosul az édesanyjával, alkoholfogyasztása normális marad, de a családi mintát leképezve ő is alkoholproblémákkal küzdő partnert választ. Farkas Attila, a szegedi Gyermekjóléti Szolgálat munkatársa ezt a kollúzió jelenségével magyarázza. Eszerint az ember hajlamos olyan párt választani, akinek a kommunikációs készlete és viselkedés-repertoárja az övét kiegészíti. Ha valaki egy alkoholista közegben szocializálódott, annak a viselkedés-repertoárja úgy alakult ki, hogy ahhoz leginkább egy alkoholista partner illik.

17 éves lány:

²⁹ Oravecz Róbert 2000, 116–119.

³⁰ Buda Béla 1982, 209.

³¹ Murányi-Kovács Endréné – Kabainé Huszka Antónia 1991, 91.

³² Forrás: Csongor Anna 1989, 14.

„A lánynak volt egy lelki barátja, ahogy a 17-18 évesek nevezik, akivel összejött. És ez a lelki barát éppen akkor ment be a 2-es kórházba, az addiktológiára. Bement magától azzal, hogy neki alkoholproblémái vannak és szeretne segítséget kérni. Amikor a lánnyal beszél-gettem, kérdeztem tőle, hogy nem fél-e, hogy most megismétli azt, amit az apjával már átélt. Azt mondta, hogy nem fél, hanem támogatja ezt a srácot. Nagyon átjött a beszélgetésből, hogy amivel nem tudott megküzdeni az édesapjával való kapcsolatában, azzal most megpróbál megküzdeni saját párkapcsolatában. [...] Még mindig együtt van az alkoholfüggő fiúval, volt a családjánál, ahol nagyon szeretik őt.³³

Kutatások kimutatták, hogy az alkoholfüggő szülők gyermekei valóban szignifikánsan gyakrabban válnak alkoholistává, ami számokban kifejezve azt jelenti, hogy a függőség körülbelül 40 százalékban vezethető vissza alkoholista családi környezetre.³⁴ Ilyen esetekben azonban nehéz elkülöníteni a genetikai és mikro-környezeti hatásokat. A genetikai meghatározottság mérésére az alkoholfüggő szülő(k) örökbefogadott gyermekeinek vizsgálata és a külön és együtt nevelkedett egy- és két-petéjű ikerpárok vizsgálatát alkalmazzák. A kutatási eredmények többnyire a követ-kező konklúzióval zárultak: bár kimutatható bizonyos fokú örökletesség az alkoholiz-mus kialakulásában, de ez korántsem olyan jelentős, mint a mikro-környezeti hatások.³⁵

3. Van-e segítség?

3.1. A gyermekvédelem lehetőségei és korlátai

Az alkoholista közegben felnövő gyermeket az elmúlt évtizedekben veszélyez-tetettségre hivatkozva gyakran kiemelték a családból és állami gondozásba helyezték.³⁶ Ez azonban a gyermekek számára az eddigieknél is nagyobb traumát jelentett: sokan büntetésként élték meg és az intézményes nevelés keretei között fokozottabb pszichés retardációt mutattak. Azóta ez a gyakorlat megváltozott: felismerték, hogy a gyermek számára még a nem megfelelő családi környezet is jobb, mint a család teljes hiánya. A családok nagy része büntetés helyett segítségre szorul, aminek szintén nem el-hanyagolható előnye, hogy kevesebbe kerül, mint a gyermek állami gondozása.

Az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igaz-gatásról³⁷ a gyermek családban történő nevelését a prevenció megerősítésével kívánja elősegíteni, amelynek letéteményesei a települési önkormányzati fenntartású *gyermek-jóléti szolgálatok*. A törvény 39-40.§ szerint a gyermekjóléti szolgáltatás főbb feladatai a következők:

- a gyermek családban történő nevelésének biztosítása addig, amíg a gyer-mek mindenekfelett álló érdeke ezt kívánja;
- a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése;
- a kialakult veszélyeztetettség megszüntetése;
- a családból kiemelt gyermek visszahelyezésének elősegítése.

Mindezek érdekében a gyermekjóléti szolgálatok szervezési, szolgáltatási és gondozási feladatokat végeznek, ami többek között észlelő és jelző rendszer működtetésében (a védőnői hálózattal, ill. a nevelési-oktatási intézmények hozzá-járulásával), családgondozásban és az illetékes szervekkel való együttműködésben nyilvánul meg. A törvény emellett kimondja, hogy a gyermek családjától csak saját érdekében, törvényben meghatározott esetben és módon választható el, amelynek kizárólagos indoka nem lehet az anyagi veszélyeztetettségre való hivatkozás (7.§).

Mindezek alapján elmondható, hogy a „gyermekjóléti szolgálat a hatósági munkát megelőző, azt információkkal segítő és kiegészítő, minden településen működő szolgáltató tevékenység”³⁸. Azonban a kiterjedt törvényi szabályozás ellenére ezek a szolgáltatások nem kielégítően biztosítottak. Herczog Mária szerint nemhogy arra nincs esély, hogy a gyermekjóléti szolgálat maga oldja meg a problémákat, de arra sincs, hogy azoknak a szolgáltatásoknak az elérhetőségét biztosítsa, amelyekre a gyermeknek és családjának valójában szüksége van. Ennek legfőbb oka a kapacitás-hiány és a nem megfelelő létszámú szakember, amely különösen a kistelepüléseken jelent

³³ Részlet a szegedi Gyermekjóléti Szolgálat egyik munkatársával készített interjúból.

³⁴ Niven, Robert D. 1984, 98.

³⁵ Czeizel Endre 1982a, 163.

³⁶ Herczog Mária 1997, 73.

³⁷ A törvény szövege teljes terjedelmében megtalálható: Mányai Judit – Mózer Péter – Révész Magda 1999.

³⁸ Farkas Péter 2000, 95.

problémát. A mintegy 1600 gyermekjóléti szolgálat több mint fele egyszemélyes, és a települések jelentős részén részmunkaidőben foglalkoztatják a gyermekjóléti szolgálat munkatársát.³⁹

Mindezekon túl a szegedi Gyermekjóléti Szolgálat munkatársa, Gyovai Gabriella egyéb gyakorlati problémákra is felhívta a figyelmet.

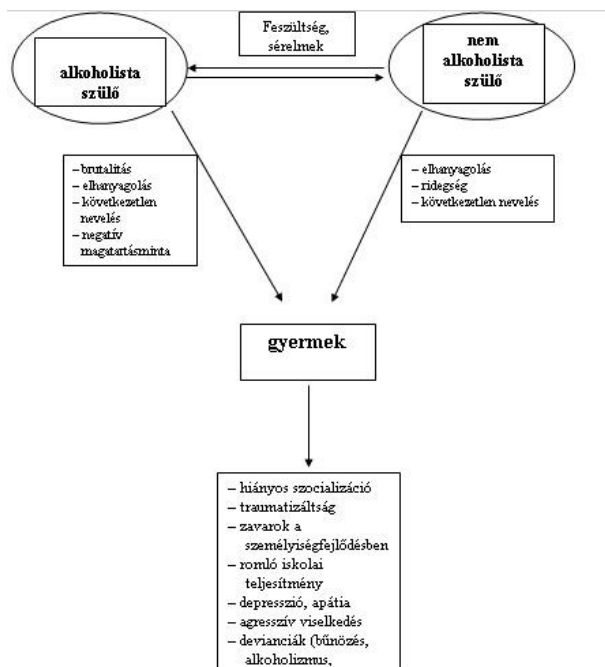
- Szegeden mindössze 12 családgondozó tevékenykedik 8 körzetben és nem ritkán 60-70 család jut egy szakemberre (a törvény 20 családot vagy 45 főt ír elő családgondozóként).
- A védelembevétel⁴⁰ mint preventív intézkedés nem éri el a célját, mert a gyermekjóléti szolgálat kvázi hatósági szervként nem képes kötelezni a családot a nevelési-gondozási terv betartására.
- A prevenció alkalmazása a magas esetszám mellett lehetetlen, inkább csak korrekciós jellegű beavatkozások folynak, amikor már kialakult valamilyen fokú veszélyeztetettség.
- A családból kiemelt gyermek visszahelyezésének elősegítése rendkívül rossz hatékonyságú, és a visszakerülést követő egy évben általában ismét átmeneti nevelésbe kerül a gyermek.
- Bár törvény szerint nem lehet a gyermeket anyagi veszélyeztetettség jog-címén a családból kiemelni, ez a gyakorlatban sajnos előfordul.

Emellett az is előfordul, hogy a családgondozót a kliensek nem engedik be a házba, és a Gyermekjóléti Szolgálat munkatársa erre hatósági jogkör hiányában nem is kényszerítheti⁴¹. Ezenkívül számomra feltűnő volt, hogy a szegedi Gyermekjóléti Szolgálat munkatársai viszonylag kevés olyan családdal foglalkoznak (évi 50 eset alatt), amelyben a szülő(k) alkoholfogyasztása a probléma szerves részét képezi. Ez többek között arra utalhat, hogy nagyon kevés rászoruló családhoz sikerül eljutni.

3.2. Összehangolt alkoholpolitika

Mint láthattuk, a dolgozatban tárgyalt problémát a gyermekvédelem nem képes kielégítően kezelni, ezért a következőkben egy, az alkoholprobléma kezelésére irányuló elméleti sémát szeretnék nyújtani, amelyet egy összehangolt alkoholpolitika keretében képzelek el. A modell szerint az alkoholprobléma kezelési lehetősége két-szintű. Primer szinten a cél az alkoholizmus kialakulási valószínűségének csökkentése, szekunder szinten pedig a már meglévő probléma kezelése.

2. ábra. Az alkoholprobléma kezelési szintjei és lehetőségei



³⁹ Herczog Mária 2001, 110–111.

⁴⁰ A védelembevétel tartós hatósági ellenőrzést jelent, amelyre akkor kerül sor, ha a szülő a gyermek veszélyeztetettségét az alapellátás önkéntes igénybevételével nem tudja vagy nem akarja megszüntetni, de a hatóság még lát arra reményt, hogy a gyermek nevelése segítséggel biztosítható a családban. Ilyen esetekben a települési önkormányzat jegyzője a gyermekjóléti szolgálat családgondozóját rendeli ki, aki a probléma megoldására egyéni nevelési-gondozási tervet készít, amit a családnak be kell tartania. Amennyiben ez nem valósul meg, a gyermeket kiemelik a családból.

3.2.1. Alkoholfogyasztást csökkentő intézkedések

Napjainkban az jelenti a legnagyobb problémát, hogy „az alkoholelleses küz-delem kikerült a közvélemény fókuszából – a kábítószer-probléma elhomályosítja azt a tényt, hogy továbbra is az alkohol az első számú addiktológiai probléma”⁴². Mivel Magyarországon az alkoholpiacon kívül az állam is érdekelt abban, hogy ne csökkenjen az alkoholtermelés és -forgalmazás, ezért az elmúlt évtizedekben nem került sor kínálatkorlátozó alkoholpolitikára vagy szuperadó kivetésére.

Az alkoholfogyasztást a múlt század elején több országban (USA, Kanada, Finnország) a teljes prohibíció bevezetésével próbálták csökkenteni. Az intézkedés nem hozta meg a várt eredményt: az alkoholisták száma nem mérséklődött, sőt meg-növekedett az alkohol forgalmazásával összefüggő bűnözés. Később, az alkoholizmus betegségkoncepciójának elterjedésével kialakult egy olyan szemlélet, amely a kulturált ivási szokások megteremtését tűzte ki célul. Ez az elképzelés azonban kudarcot vallott. Ezzel kapcsolatban Ledermann francia demográfus az 1960-as években meg-fogalmazta a Log-normális eloszlás törvényét, mely szerint minden országban az elfogyasztott szeszesital mennyisége egyformán oszlik meg a kevesebbet, az átlagosan és a legtöbbet fogyasztók között. Ezek alapján elmondható, hogy a legtöbbet fogyasztó 10 százalék issza meg a teljes mennyiség 40-45 százalékát. Tehát, ha növekszik az egy főre jutó szeszesital-fogyasztás, akkor az alkoholisták száma a fo-gyasztás növekedését meghaladó arányban (annak négyzetével) nő. Ebből követ-kezően az alkoholisták száma csak akkor csökken, ha az egy főre jutó fogyasztás mérséklődik.⁴³

A szeszesital-fogyasztás csökkentésének egyik útja az alkoholhoz való hozzá-jutás korlátozása (mikor, hol és kinek adhatóak el szeszesitalok). Azonban a gyakorlatban tinédzsereket is kiszolgálhatnak szeszesitalokkal szórakozóhelyeken és az alko-holtartalmú italok reklámozása is szinte megkötés nélkül engedélyezett. Ez nem csak azért szokatlan, mert a fejlett országok többségében bevezettek ilyen jellegű korlá-tozásokat, hanem azért is, mert a kevésbé elterjedt tiltott drogok fogyasztására és a hasonlóan elterjedt dohányzásra vonatkozóan szigorú jogszabályok léteznek.⁴⁴

A jogszabályi korlátozásnál hatékonyabb befolyással lehet a fogyasztásra az alkoholtartalmú italok ára. Azonban a nyolcvanas évektől megfigyelhető az a ten-dencia, hogy a bor kivételével a szeszesitalok áremelkedése a fogyasztói árindexnél csekélyebb mértékű, főként a tömény italok esetében. A magyarországi felmérések szerint az 1980-as években a sör és a bor áremelkedése nem gyakorolt hatást a fogyasztásra, míg az időnként elrendelt áremelések a tömény italok esetében akár 5-10 százalékkal is visszavetették az éves fogyasztást. Andorka Rudolf szerint az időszakos csökkenéssel nem járt együtt illegális pálinkafőzés és az ebből eredő eltitkolt pálinka-fogyasztás növekedése. Andorka ezért úgy véli, hogy az alkoholfogyasztás korláto-zására a legalkalmasabb intézkedés a tömény italok árának emelése.⁴⁵

A harmadik alkoholfogyasztást csökkentő stratégia a felvilágosítás, amely főként a fiatalabb korosztálynál vezethet eredményre. Ennek szükségességét mi sem mutatja jobban, mint hogy a kilencvenes években középiskolás mintákon végzett fel-mérések szerint⁴⁶ a fiatalok csak a tiltott drogok veszélyeit ismerik és ezek fogyasztását helytelenítik. A középiskolások a mértéktelen alkoholfogyasztást kisebb mértékben utasítják el, mint a könnyű drogok alkalmoszerű használatát és nincsenek tisztában az alkohol negatív következményeivel, amely számos társadalmi és egészségügyi prob-léma okozója.

3.2.2. Alkoholpolitika és terápia

Mivel az alkoholizmus biopszichoszociális betegség, ezért kezelése több-dimenziós megközelítést igényel. A biológiai kezelés mindenekelőtt orvosi, valamint szakpszichológusi feladat, a szociális helyzet kezelése pedig a szociális munkás és a családterapeuta hatáskörébe tartozik. A kezelési módszereknek tartalmazniuk kell az ambuláns és a fekvőbeteg-gondozás lehetőségét, a sürgősségi kezelést (detoxikálás) és a rehabilitációt is. Azonban gyakran előfordul, hogy a krízishelyzet elmúltával (a tüneti javulást követően) a rosszul értelmezett liberalizmus és tolerancia sablonjai érvé-nyesülnek, így a kezelésre szoruló az akut tünetek megszűnésével visszakerül meg nem oldott konfliktusai közé és minden kezdődik előlről.⁴⁷

⁴² Elhangzott a WHO EAAP varsói konferenciáján 1999-ben, idézi Zsákai Szilvia 2001, 120.

⁴³ Andorka Rudolf 1986, 1.

⁴⁴ Elekes Zsuzsa 2000, 166.

⁴⁵ Andorka Rudolf 1986, 6.

⁴⁶ Elekes Zsuzsa 2000, 167–168.

⁴⁷ Buda Béla 2002, 272.

A sikeres terápia feltétele, hogy az alkoholista beismerje függőségét és a meg-oldás érdekében hajlandó legyen lépéseket tenni. A gyógyulást nehezítheti, hogy a kidolgozott pszichoterápiás módszerek érett, önreflexióra képes kliensek számára készültek⁴⁸, ezzel szemben az alkoholisták nagy hányada súlyos személyiségzavarral küszködik. A kezelésbe a családot is be kell vonni, hogy a családtagok tisztázhassák sérelmeiket és kapcsolatukat új alapokra építhessék. Emellett fontos szerepet játszik a szenvedélybetegek gyermekeinek preventív gondozása és a sérült gyermekek korrekciós terápiája.

A traumatizált gyermek terápiáját Volentics Anna reszocializációnak tekinti, amely elősegíti a szociálisan kompetens viselkedés fejlődését, praktikus életismereteket tanít és gyakoroltat, valamint felzárkóztató oktatást is nyújt. A személyiségfejlesztés terén a szerző a következő célokat tűzi ki: énkép korrekciója, felettes-én erősítése, felelősségtudat és önkontroll fejlesztése.⁴⁹

A terápia lehetséges módszerül⁵⁰ trauma-feldolgozó szimbolikus játékok szolgálhatnak, amelyek lehetőséget teremtenek a gyermekeknek a bennük lévő fájdalom kiélésére, egy út végigjárására (ide tartoznak az ún. labirintusjátékok és a lakatlan szigettel kapcsolatos szituatív kérdések). A szociális kompetencia fejlesztésére pedig legalkalmasabbak a szerepjátékok vagy szociodramák, amely a csoporton belüli interakciókkal a problémamegoldó és a kommunikációs képességet fejleszti.

Összefoglalás

Az alkoholfüggőség kialakulásával az egyén személyiségében és viselkedésében változások jelennek meg, amelyek kihatnak interakcióira, többek között családi kapcsolataira is.

Az alkoholista környezetben felnövő gyermek szocializációja nem megfelelő, ami megnehezíti társadalmi beilleszkedését. A bizonytalan, elhanyagoló és negatív magatartásmintákkal tarkított közeg traumatizálja a gyermeket, akin gyakran személyiségfejlődési zavarok figyelhetők meg, és nem ritka a deviáns viselkedés sem (bűnözés, öngyilkosság, alkoholizmus, kábítószer-használat stb.).

Az alkoholprobléma kezelésében primer szinten kínálatkorlátozó intézkedésekkel (törvényi szabályozás, áremelés, felvilágosítás) csökkenteni kell a lakosság alkoholfogyasztását, szekunder szinten pedig a már kialakult függőség terápiás kezelése mellett szükség van családterápiára és a traumatizált gyermek kezelésére.

Felhasznált irodalom:

Andorka Rudolf – Buda Béla – Cseh-Szombathy László: *A deviáns viselkedés szociológiája*. Budapest, 1974, Gondolat.

Andorka Rudolf: Befolyásolják-e az áremelések a szeszesital-fogyasztást? In *Alkohológia*. 1986/3. sz. 1–8. o.

Andorka Rudolf: Nemzetközi tendenciák és korlátozási törekvések. In Fekete János (szerk.): *Van segítség?* Budapest, 1988, Kossuth.

Andorka Rudolf: Adalékok az alkoholizmus és az öngyilkosság társadalmi rétegek közötti különbségeinek kérdéséhez. In *Alkohológia*. 1990/1. sz. 32–41. o.

Bagdy Emőke: *Családi szocializáció és személyiségzavarok*. Budapest, 1986, Tankönyvkiadó.

Benza Béla: *Gyerekek az utolsó padban*. Budapest, 2001, Tipográfia Múzeum Alapítvány.

Boór Károly – Nagy György 1990: Helyzetkép a szeszesital-fogyasztás alakulásáról, továbbá az alkoholizmusról és a mértéktelen alkoholfogyasztásból származó gazdasági és társadalmi károkról a 80-as évtized második felében. In *Alkohológia*. 1990/1 sz. 16–32. o.

Buda Béla: Az alkoholbetegek családi környezetének hatása az utódokra. In Czeizel Endre (szerk.): *Az iszákosok iszákosokat nemzének? Az alkoholbetegség és az öröklődés*. Budapest, 1982, Medicina. 203–219. o.

Buda Béla: Az alkoholizmus családpatológiája és családterápiája. In *Alko-hológia*. 1986/3. sz. 8–17. o.

⁴⁸ Fórizs Éva 1995, 349.

⁴⁹ Volentics Anna 1996, 219.

⁵⁰ Bencza Béla 2001, 100–115.

- Buda Béla: *A személyiségfejlődés és a nevelés szociálpszichológiája*. Budapest, 1998, Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Buda Béla: *A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései*. Budapest, 2002, Animula.
- Burr, Alison: *Alkoholista a családban*. Budapest, 1987, Medicina.
- Czeizel Endre: Az alkoholbetegség örökletes hajlamára utaló vizsgálatok. In Czeizel Endre (szerk.): *Az iszákosok iszákosokat nemzének? Az alkoholbetegség és az öröklődés*. Budapest, 1982, Medicina. 158–203. o.
- Csongor Anna: *Általános iskolások. Család-esettanulmányok*. Budapest, 1989, Oktatókutató Intézet.
- Elekes Zsuzsa: Alkoholprobléma az ezredvégi Magyarországon. In Elekes Zsuzsa – Spéder Zsolt (szerk.): *Törések és kötések a magyar társadalomban*. Budapest, 2000, Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég Kiadó. 152–170. o.
- Farkas Péter: *Családszociológia és gyermekvédelem*. Piliscsaba, 2000, Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar.
- Fórizs Éva: Az Országos Alkohológiai Intézet Központi Modell Ambulancia tapasztalatai a halmozottan hátrányos helyzetű családok ellátásában. Az alacsony szociális helyzetű kliensek terápiájának sajátosságai. In *Szenvedélybetegségek*. 1995/5. sz. 347–351. o.
- Freud, Anna: Azonosulás a támadóval. In Zrinszky László (szerk.): *Magatartásminták – azonosulás*. Budapest, 1978, Gondolat. 166–170. o.
- Harsch Helmut: *Alkoholizmus*. Eisenstadt, 1990, Prugg.
- Herczog Mária: A gyermekvédelem helyzete egy megyei kutatás tükrében. Általános gyermekvédelmi körkép. In Papp György (szerk.): *Jelentés a gyerekek helyzetéről Magyarországon 1996*. Budapest, 1997, Gyermekérdekek Magyarországi Fóruma. 73–94. o.
- Herczog Mária: *Gyermekvédelmi kézikönyv*. Budapest, 2001, KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft.
- Jakatics Árpád – Szabó Erzsébet (vál.) – Garai Ildikó (szerk.): *Sikereim – kudarcaim. Igaz történetek a gyermek- és ifjúságvédelemből*. Szolnok, 1996, Jász-Nagykun Megyei Pedagógiai Intézet.
- Komlósi Sándor: *Családi életre nevelés*. Budapest, 2000, Nemzeti Tan-könyvkiadó.
- Kósáné Ormai Vera: *A pedagógus és a nehezen nevelhető (szociálisan inadaptált) gyermek*. Budapest, 1981, Akadémiai Kiadó.
- Kósáné Ormai Vera: *Beilleszkedési nehézségek és az iskola*. Budapest, 1989, Tankönyvkiadó.
- Környei Edith – Kassai-Farkas Ákos: *Az alkoholbetegség és neuropszichiátriai szövődményei*. Budapest, 1997, Medicina.
- Levendel László: Lehetőségeinken alul. In *Valóság*. 1971/6. sz. 11–19. o.
- Levendel László: *Az orvos látóhatára*. Budapest, 1980, Gondolat.
- Mányai Judit – Mózer Péter – Révész Magda: *Kézikönyv a gyermekvédelmi törvény és a hozzá kapcsolódó rendeletek használatához*. Budapest, 1999, MAN Kontakt Bt.
- Mollenhauer, Klaus: Szocializáció és iskolai eredmény. In Ferge Zsuzsa – Háber Judit (szerk.): *Az iskola szociológiai problémái*. Budapest, 1974, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 189–216. o.
- Niven, Robert G.: Alcohol and the Family. In West, Louis Jolyon: *Alcoholism and Related Problems. Issues for the American Public*. 1984, The American Assembly, Columbia University, 91–110. o.
- Oravecz Róbert: Serdülőkori szuicid veszélyeztettség, a trauma és a szülői alkoholfogyasztás. In *Szenvedélybetegségek*. 2000/2. sz. 114–121. o.
- Oravecz Róbert: Alkoholfüggő szülők gyermekei – pszichotraumatológiai aspektusból. In *Szenvedélybetegségek*. 2001/3. sz. 182–188. o.
- Túry Ferenc – Szabó Pál – Verdes Emese – László Zsuzsa – Wildmann Márta – Günther Rathner - Dirk Dunkel – Frantisek D. Krch – Irene Namyslowska: Az alkoholizmus hazai epidemiológiája egy közép-európai összehasonlító vizsgálat alapján. In *Szenvedélybetegségek*. 1997/3. sz. 164–174. o.
- Veczko József: *Gyermek-és ifjúságvédelem*. Budapest, 1966, Tankönyvkiadó.
- Veczko József: *A gyermek- és ifjúságvédelem alapjai*. Gyula, 2000, APC Stúdió.
- Volentics Anna: *Gyermekvédelem és reszocializáció*. Budapest, 1996, Nemzeti Tankönyvkiadó.

West, Louis Jolyon (szerk.): *Alcoholism and Related Problems. Issues for the American Public*. 1984, The American Assembly, Columbia University.

Zsákai Szilvia: Az alkoholizmus és az alkoholpolitika helyzete az ezred-fordulón Magyarországon. In *Szenvedélybetegségek*. 2001/2. sz. 120–133. o.



Bethlen Gábor Kollégium, Nagyenyed