Negatív gyermekkori élmények hatása a szenvedélybetegségek kialakulására, A felismerés és a megelőzés lehetősége; Kábitószerprevenció az iskolapad mellett 2020. szeptember 30.

Az *Új Pedagógiai Szemle* részletes konferenciabeszámolója

MŰHELY

2020. szeptember 30-án zajlott – 2019 után immár második alkalommal – a címben jelzett konferencia a Májbetegekért Alapítvány szervezésében. A kiindulópont egy a témában megindult magyar kutatás volt, melyet dr. Makara Mihály, az Alapítvány egyik alapítója vezet. Az előadók ugyanakkor sokféle területről érkeztek, más és más nézőpontokat behozva a bántalmazott, elhanyagolt gyerekek, fiatal felnőttek komplex megsegítéséről szóló diskurzusba. Az eseménynek a budapesti Bornemisza Péter Gimnázium adott otthont, az érdeklődők pedig a pandémiára tekintettel online követhették a közvetítést.

Egy egészségügyi fókuszú rendezvényről – főként, ha az már régebben zajlott – ritkán készítünk részletes beszámolót, most mégis így tettünk, hisz a negatív gyermekkori élmények hatásaira fókuszáló, prevenciós szemléletű konferencia a nevelés minden színterén megkerülhetetlen témákat érintett és mutatott be kendőzetlen őszinteséggel, több nézetben. Végignéztük az előadásokat,[1] és ennek alapján készítettük el a minden előadást sorban bemutató, a megszokottnál bővebb, ezért két blokkra bontott összefoglalót.

A konferencián felolvasott személyes élettörténeteket pedig lényegében változatlan formában közöljük e számunk lapindító írásaként, a Látószög *rovatban.*[2]

Felhívjuk Tisztelt Olvasóink figyelmét, hogy az Európai Prevenciós és Terápiás Medicina Alapítvány **2022. szeptember 15-én ismét megrendezi a konferenciát** *„A GYERMEKKOR ÉS A FELNŐTTKORI ÉLETMINŐSÉG ÖSSZEFÜGGÉSEI – A negatív gyermekkori élmények hatásai a családra és az egészségre, és a védőfaktorként szereplő pozitív gyermekkori élmények megerősítése”* címmel. A helyszín ez alkalommal is a budapesti Bornemisza Péter Gimnázium Auditóriuma lesz. A részvétel díjmentes, előzetes regisztrációhoz kötött. A konferencián személyesen és online is részt lehet majd venni, de a személyes férőhelyek száma korlátozott. Minden további információ, illetve a jelentkezés lehetősége a **https://eptma.eu/ace-konf-2022/** linken elérhető.

[1] A teljes felvétel nyilvános, megtekinthető itt: https://majbeteg.hu/a-negativ-gyermekkori-elmenyek-hatasa-a-szenvedelybetegsegek-kialakulasara-a-felismeres-es-a-megelozes-lehetosege-kabitoszerprevencio-az-iskolapad-mellett-webkonferencia-2020/

[2] Az elsőt a megnyitóbeszédek után, a másodikat és a harmadikat pedig K. Németh Margit, illetve Majzik Balázs előadását követően olvasta fel a konferencián előadást is tartó kutató, Gál Martina.

I. rész

Megnyitó és köszöntő

A konferencia részvevőit és nézőit *Majzik Balázs*, a Nemzeti Népegészségügyi Központ Drogmegelőzési Programok Osztálya osztályvezetője üdvözölte röviden.

Utána *Fűrész Tünde*, a Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért (KINCS) elnöke bevezetőként emlékeztetett rá: akkor képes a gyermek épen a felnőttkor küszöbére lépni, ha szerető, kiegyensúlyozott családban nő fel, ahol tisztelet övezi, ahol a felelős gyermeknevelés nem kérdés. Kopp Mária szavaival: az első három évben kialakuló ősbizalom a legfontosabb, ahhoz pedig a teljes önátadás szükséges az anya és a gyerek, illetve az apa és a gyerek között. A közvetlen egymásra hangolódás közegében a személyiség szabadon kibontakozik, s így a gyerek a társadalomban támadó nehézségekkel is könnyebben birkózik meg. Sokuknak azonban nem adatik meg sem az ősbizalom megtapasztalása, sem más biztonságforrás – ők állnak a konferencia középpontjában, amelynek kérdésfeltevése: hogyan lehet az elszenvedett hiányok vagy átélt negatív élmények rossz nyomait kiradírozni vagy elhalványítani?

Harmadikként *Horváth András*, a rendezvénynek helyet biztosító Bornemisza Péter Gimnázium igazgatója köszöntötte a megjelenteket. Tanárokként tanulni jöttünk – mondta – arról, hogy a szenvedélybetegségek (és kialakulásuk körülményeinek) felismeréséhez és kezeléséhez mi magunk mivel és hogy tudunk hozzájárulni. Hozzátette: az itt lévőket az emberszeretet köti össze. Fontos téma a haszonelvűség, mert korunkat irányítja – de fontos az a haszon is, amely abból fakad, hogy most az emberszeretet a haszonelvűség elé helyeződik.

Az első élettörténet[3] elhangzása után következett a nyitóelőadás.

A gyermekkor és a felnőttkor összefüggései a nemzetközi vizsgálatok tükrében (Adverse Childhood Experiences [ACE] studyk és drogstudyk összefüggései) – Makara Mihály; Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Szent László Kórház telephely

Dr. Makara Mihály alapvetően azt az 1980-as években, a San Diegó-i Kaiser Permanente Medical Center égisze alatt zajlott szisztémás vizsgálatot[4] mutatta be, amely az általa vezetett magyarországi kutatásnak is kiindulópontját képezi. A negatív gyerekkori élmények (Adverse Childhood Experiences; *ACE*)[5] és a szenvedélybetegségek kialakulásának összefüggéseit feltárni kívánó amerikai kutatás alapvető eszközét – egy tíz pontból álló kérdéssort – *Vincent J. Felitti* és *dr. Robert Anda* professzorok dolgozták ki (*1. ábra*). A kérdéseket közel 17 és fél ezer „átlagos" amerikai, egészségbiztosított állampolgárnak tették fel, a következőkről:

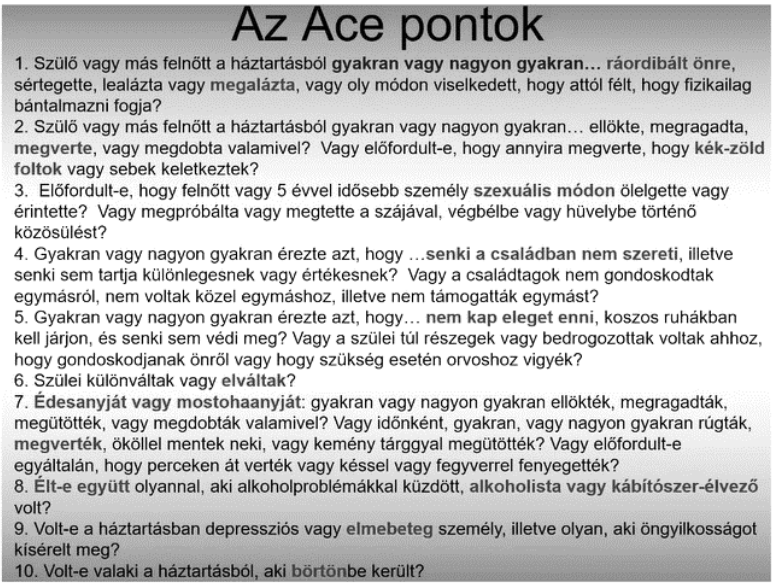
[3] Lásd *Látószög* rovatunkban!

[4] A *szisztémás* jelző azt jelzi, hogy egy rendszer egészének a komplex összefüggéseit kívánja feltárni a vizsgálat.*(A szerk.)*

[5] Mivel a kifejezés végigkíséri a konferencia egészét, a lejegyzés és a szerkesztés során, követve az előadókat, a legtöbb esetben az *ACE* betűszót használtuk a „gyerekkori negatív élmények" megnevezésére, és az előadókhoz hasonlóan az angol ejtés szerint toldalékoltuk (*a Szerk.*).

1. ÁBRA[6]

Az ACE-ekés a szenvedélybetegségek összefüggéseit feltáró amerikai kutatás kérdéssora



Nagyon sok beteg elmeséli – tért ki saját tapasztalatára Makara Mihály –, hogy a szülei olyasmit mondtak neki: „takarítónő lesz belőled, lányom, *és arra is alkalmatlan leszel*". És az önbeteljesítő jóslat működik. A beteg takarítónő – és egyben droghasználó.

Visszatérve az amerikai kutatásra: a kérdések közül *öt vonatkozik a szülőkre*. Ez azért fontos, mert – ahogy az első élettörténetben is hallhattuk – vannak, akik nem emlékeznek (nem „akarnak" emlékezni) a gyermekkorukra az ellenük elkövetett szörnyűségek miatt. A szülőkre vonatkozó öt kérdés azonban így is feltárja, ha az egykori gyermek diszfunkcionális családban nevelkedett.

Felitti professzor a vizsgálat során felrajzolta a súlyos negatív gyermekkori élmények és következményeik piramisát. Ez hasonló az ismert Maslow-szükségletpiramishoz – csak épp nem a szükségleteket, hanem a sérülések, zavarok hierarchiáját mutatja. A negatív gyerekkori élmények képezik az alapot – erre „rakódik" az idegi fejlődés zavara,[7] majd a szociális zavarok, a kognitív zavarok, ezekre a rizikómagatartások,

[6] Az ábrák minden esetben az előadók konferencián kivetített diái vagy azok részletei.

[7] Talán itt érdemes említeni Makara doktor úr egy későbbi közbevetését, miszerint a biológiánkra is súlyosan kihatnak a gyermekkori negatív élmények. Röviden: a génjeinken „ülő" fehérjéknek az életünk, fejlődésünk során – és érdekében –*metilálódni* kell. A bántalmazott, elhanyagolt gyerekekben azonban ez a metiláció elmarad. Azaz „a gyermekkorunk szó szerint *ráül a génjeinkre*".

amelyek szenvedélybetegségekhez, majd ezek más betegségekhez vezetnek. A piramis csúcsán a korai halálozás veszélye áll.

A következőkben dr. Makara Mihály főként az amerikai vizsgálat eredményeit ismertette számokban és arányításokban.

Az ACE-ek aránya

Fizikai bántalmazást a 17 és fél ezer megkérdezett 28%-a élt át gyerekkorában. A szexuális bántalmazás aránya 20% (a nőknél 24,7%, a férfiaknál 16%), az érzelmi bántalmazásé: 10%, az érzelmi elhanyagolásé közel 15%, míg a fizikai elhanyagolásé 10%. Alkoholista vagy kábítószer-használó családtagról a megkérdezettek 26%-a számolt be, a válások aránya 23%. Elmebetegséggel vagy depresszióval diagnosztizált a családban: közel 20%. A megkérdezettek 12%-a számolt be arról, hogy az édesanyját verték, s 5%-uk családjában volt börtönviselt ember.

Beszédes, hogy *a megkérdezetteknek összesen csak 36%-a volt az, akinek emlékei szerint egyetlen súlyos gyermekkori negatív élménye sem volt* – és *12,5%-uk négy vagy annál több negatív gyerekkori élményre irányuló kérdésre adott igenlő választ*. Gondoljuk meg – tette hozzá az előadó –, hogy ez a 12,5% Magyarországra vetítve több mint egymillió embert jelent.

A gyerekkori negatív élmények és a későbbi életproblémák összefüggései

A legszorosabb összefüggést majdnem minden vizsgálatban az **öngyilkossági gondolatokkal és kísérletekkel** találjuk. Aki nem számolt be negatív gyerekkori élményről, azoknak 1-2%-a kísérelt meg öngyilkosságot, *a négynél több ACE-ről beszámolók esetében viszont ugyanez az arány 20%*. A **droghasználók** aránya a nulla ACE esetében nem is igazán mérhető, míg a négynél több ACE-ről beszámolóknál 3% fölötti. A **súlyosan elhízottak** (35 fölötti testtömegindexszel rendelkezők) aránya nulla ACE-nél 5%, négy vagy több ACE-nél 12,5%.

A kutatók minden ellenőrző vizsgálatban azt találták, hogy az ACE-ek és az ún. negatív magatartásformák összefüggenek. Például **a terhesség alatti dohányzás, alkoholizálás, kábítószerhasználat** gyakorisága akár háromszorosára is megnőhet az ACE-ek növekvő arányának függvényében.

Az amerikai vizsgálatban az ACE-ről be *nem* számolók 97%-a minden probléma nélkül járta végig az iskolákat, míg a négy vagy több ACE-ről beszámolók **fele kimarad az iskolából** vagy „bukdácsol". Emellett – tette hozzá Makara Mihály – az a tény, hogy a másik 50%-ukkal *nem* ez történt, nagyon biztató. „Ha az összes gyerek bukásra lenne ítélve a szülei által, nem lehetne mit tenni." Ez az 50% azonban azt jelenti, hogy léteznek és működhetnek védő tényezők.[8] Még egy adalék: mivel Amerikában általában mindennek a gazdasági hatását is mérik, a vizsgálatból kiderült, hogy az USA gazdasági teljesítményének 7%-a vész el – ez elsősorban termeléskiesést jelent – az ACE-ek miatt.

Élethosszig tartó depresszió?

A pszichés zavarok között a depresszió különböző esetei mögött leginkább a negatív élménysorozat *hosszú ideig tartó elhúzódása*, illetve az *érzelmi elhanyagolás*, valamint a

[8] Ezek képezik alább Matuszka Balázs előadásának fő témáját, és a szakpszichológusok, terapeuták előadásaiban is természetesen hallunk ilyenekről különböző formákban.

szexuális bántalmazás és a következményes elnyomó szégyenérzet-keltés („nem beszélhetsz róla") találhatók, mint faktorok. A gyermekben ezek nyomán állandósul a belső fájdalom, és *ez* alacsony önértékeléshez vezet. „Semmirekellő vagyok, *mert* azt mondták (sugallták) nekem, hogy semmirekellő vagyok."

Ezzel a depresszióval küzd majd jobbára egész életében az, akit nem neveltek szeretetben. Ezek az emberek *nem az élvezetek hajhászása érdekében fordulnak drogokhoz*, és nem egyébért sebzik meg magukat vagy lesznek akár öngyilkosok, hanem úgymond „saját maguk" elől menekülnek. Ahogy az elhangzott élettörténet végéből is az derül ki – utal erre ismét az előadó, mondván: – még „nem bocsátott meg saját magának". *A szüleinek már igen.* Erre a fájdalomra és fals (ön)értékelésre rakódnak rá aztán a társas kapcsolati hiányok és inkompetenciák, a drog, az alkohol, vagy a menekülés a virtuális valóságba. A következmény: iskolázatlanság, betegség, rokkantság, korai halálozás.

Ahogy már korábban szó esett róla: tíz negatív tényezőből öt a szülők valamely magatartása. Mindenhol kitapintható – és a tanárok feladata is, hogy kitapintsák –, ha baj van. Be kell avatkozni, a gyermek mellé kell állni. Ez nemcsak személyes, hanem infrastrukturális igény is: volt már iskola, ahol létezett *menekülőszoba.* Ott pedig nem azt kérdezték a gyerektől, hogy „miért viselkedsz így?", hanem hogy „mi történt veled?". Már ennek az egyszerű különbségtételnek óriási eredményei voltak. Senki nem túl kicsi a változtatáshoz – mondta később az előadó –, mindenki tud tenni a maga frontján. Ahogy az afrikai közmondás figyelmeztet: „If you think you are too small to make a difference, try sleeping in a room with a mosquito".[9]

Fontos adalék itt – amit rokon vizsgálatokból tudhatunk –, hogy a poszttraumás stresszbetegségek megelőzésére tett korai beavatkozások közül a gyógyszeres kezelés a *legrosszabb.* Nem ez a megoldás. Hanem a különböző kognitív pszichoterápiák, ahol a résztvevők együtt feltárhatják az eseményeket.

A kutatásban a védelmi tényezőket is vizsgálták. Az eredmény egyszerűen kimondható: *ha az állandó érzelmi támogatás elérhető a gyermek számára, akkor ki tudja védeni az ACE-ek hatásait*. Mégis: jobb volna az ACE-eket minden szinten folyamatosan *megelőznünk*. Beszélnünk kell erről a házasságkötéskor, a szülészeteken, a védőnőnek fel kellene ismernie egy diszfunkcionális családot. Fel kell ismerni minden tanárnak, hogy amikor megbuktat valakit, vagy kizavarja az osztályból „rossz magatartás" miatt – valójában nem a gyerek bűne, ami történik. Ha valakire mérgesek akarunk lenni, legyünk mérgesek a szüleire, talán még a nagyszüleire is. Mert ha nem szakítjuk meg a téves reakciókört, akkor családról családra, generációról generációra száll tovább a rossz örökség. Dr. Makara Mihály metaforikusan úgy fogalmazott: **mentális védőoltás-sorozatot kellene adnunk a negatív gyermekkori élmények ellen.** S befejezésképp még egy figyelemfelkeltő adattal egészítette ki az elmondottakat: az eredeti vizsgálat kimutatta, hogy akinél hat vagy több ACE merül fel gyerekkorából, annak átlagosan 20 évvel rövidül az élettartama. Ennyire negatív átlagos élettartam-csökkentő hatása még a betegségek közül is nagyon kevésnek van.

[9] Ha úgy érzed, kicsi vagy ahhoz, hogy változtass egy helyzeten – próbálj egy szobában aludni egy szúnyoggal.

Negatív gyermekkori élmények: a hazai vizsgálatok eddigi eredményei – különös tekintettel a fertőző májbetegségben szenvedő kábítószerfogyasztók adataira– Gál Martina; Európai Prevenciós és Terápiás Medicina Alapítvány

A magyar vizsgálatok kezdetekor – melyek célja hosszabb távon egy stratégia kidolgozása a megelőzésre – a kutatók a Dél-pesti Centrumkórház Szent László Kórház telephelyén négy mintavételi csoportot alakítottak ki májkárosodást szenvedett betegekből, a károsodás fő oka mentén:1. drogfogyasztók, 2. alkoholfogyasztók, 3. súlyosan elhízott (obesitasos) betegek, 4. vérátömlesztés által hepatitis C-vel fertőzött betegek (ez utóbbi volt értelemszerűen az első tervezett kontrollcsoport, hiszen itt *alapvetésként* nem merül fel a szenvedélybetegség). Továbbá külső mintavételek is történtek, s végül összesen 15 csoportot állítottak föl a kutatók. Az OPAI[10] betegeit is bevonták a vizsgálatba, s így alakult ki végül a vizsgálati minta három csoportja – illetve az összes többi csoport mint kontrollminta (*2. ábra*).[11]

2. ÁBRA

A magyar ACE-vizsgálat mintájának csoportjai

	Csoport	Fő	ACE-ek átlaga
Vizsgálati minta	intravénás drogh.	72	4,94
	OPAI betege	85	4,18
	alkoholista	15	2,36
Kontroll minta	vérátömlesztést k.	21	1,19
	egyetemista	114	2,49
	álláskereső	50	2,41
	borsodi	50	2,38
	háziorvosi vizsg.	57	1,95
	alapítvány	47	4,38
	börtön	44	3,23
	anonim HIV/HCV szűrésen vett részt	6	2,17
	obesitasos beteg	8	2,63
	HIV beteg	51	1,90
	hajléktalan	29	4,79
	Oracle dolgozó	2	0,5
Összesen		651	3,10

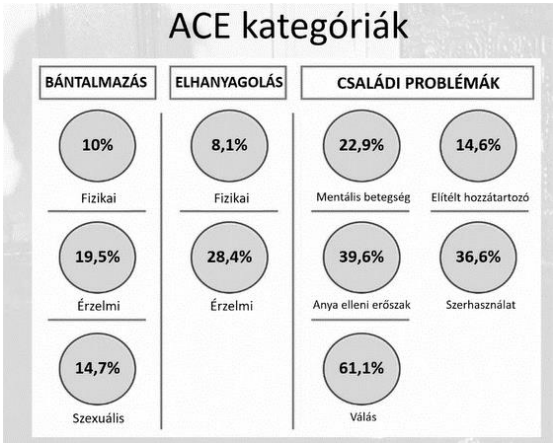
[10]A 2020-ban Nyírő Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet néven működő intézmény.

[11] A táblázatban az „alapítvány” elnevezésű csoport az Emberbarát Alapítvány betegeit jelzi. (Lásd később Bató Éva előadásának összefoglalóját az Alapítvány működéséről.) A „háziorvosi vizsg.” elnevezésű csoport a háziorvoshoz jogosítványhosszabbítás céljából érkezők szűretlen csoportját jelöli.

Összesen 651 személy válaszait vették fel a kutatók. Kb. 40 év az átlagos életkor, és kicsivel több férfi szerepel a mintában, mint nő. Rögtön látható, hogy az ACE-ek átlaga 3,1, azaz önmagában is magas (*3. ábra*). Az intravénás droghasználóknál azonban majdnem 5 ez az érték. De az „alapítvány" néven megnevezett csoport és a hajléktalanoké is kiugró ACE-számadatot produkál a kontrollmintában. A magyarázat: valójában ők is többnyire alkohol- és drogfogyasztók.

3. ÁBRA

A vizsgálati mintában szereplők között az ACE-ek aránya és jellege:



A kutatók a WHO által kialakított, bővebb, részletesebb kérdőívet is felvették a *vizsgálati* mintában szereplő személyekkel. Ennek lényege röviden, hogy az eredmények alapján még három ACE-kategóriát tudtak belőle fölállítani a vizsgálathoz: kegyetlenkedés (10,8%), közösségi erőszak (13,5%) és kollektív erőszak (30,1%).[12]

Ezután az ACE-ek mennyiségét *a teljes mintára* vetítve mutatta a kivetített diagram. Megdöbbentő volt, hogy a minta csupán 14%-a *nem* tudott beszámolni egyről sem a kérdőívben szereplő negatív gyerekkori élmények közül. De még inkább elgondolkodtató – emelte ki az előadó is –, hogy a hat vagy több negatív élményről beszámolók aránya csaknem 20 százalék – hiszen ez rengeteg embert jelent.

Következtek a részletek az ACE-ek „esélyteremtő" hatásairól:

Az *iskolai teljesítmény*t nézve: *tizenhétszer* nagyobb az esélye annak, hogy egy bántalmazott, elhanyagolt gyermek sikertelen tanuló az általános iskolában. A középiskolában is nyolc-kilencszeres ennek valószínűsége. Az évismétlési kötelezettséget jelentő *bukásnak* is nyolcszor akkora esélye van hat vagy több ACE esetében. Ugyanilyen

[12] A WHO kétféle kiértékelés-ajánlatából pedig a szigorúbbat használták, ahol csak akkor kaphat a vizsgálati személy „ACE-pontszámot", ha nem csak egyszer, hanem többször vagy gyakran tapasztalta az adott élményt gyerekkorában. Továbbá: mivel itt nem 10, hanem 13 kérdésről van szó, nem 0 és 5 ACE-ben jelölik ki a határokat a kutatók az összevetésekhez, hanem 0 és 6 vagy több ACE-ben.

esetben a *diplomaszerzés* valószínűsége a felére esik, a 8. osztályos felnőttkori végzettségnél való „leállás" esélye háromszorosára nő.

Hat vagy több ACE esetében *ADHD-diagnózis*t 8,1-szer akkora valószínűséggel kap a gyerek, mint nulla ACE-nél. Ugyanennyi ACE-nél a *depresszió, szorongás, pánik* diagnózisnak ötször nagyobb a valószínűsége, de az ilyen öndiagnózisnak is közel három és félszeres. Annak, hogy *nincsenek a személynek megbízható barátai*, ötszörös; hogy *erőszakot szenved el a párkapcsolatban*, szintén ötszörös; s hogy ő maga *erőszakos a partnertkapcsolatában*, 9,6-szoros az esélye.

Közbevetőleg: két kontrollcsoport („vérátömlesztés", „háziorvos") együttes adatait[13] összevetve a kábítószerhasználó vizsgálati csoportéival kiderül: a nulla ACE-ről beszámolóknak 90%-a az előbbiekből, míg a hat vagy több ACE-ről beszámolók 91,4%-a az utóbbiból kerül ki.

A kitöltőket a kutatók előzetes tudásuk alapján sorolták csoportokba (alkohol- vagy drogfogyasztó/kontroll), s feltételezték, hogy szenvedélybetegség csak a szenvedélybeteg csoportokba kerülő betegek esetén áll fenn. Azonban az adatok elemzése során világossá vált, hogy a kontrollmintában is rengeteg szenvedélybeteg szerepelt. Összességében tehát „jóval több szenvedélybeteg volt a mintában, mint ahogy mi azt előzetesen feltételezhettük".[14] A szenvedélybetegség kialakulásának általános valószínűségét tekintve: az egyenesen arányos az ACE-ek számával. A 0 és a 13 ACE között ez a valószínűség 6,4-szeresére nő.

Az előadó végül ACE-ek önsértéssel, illetve öngyilkossági késztetésekkel és kísérletekkel való összefüggéseit villantotta fel. Az *önsértés* esélye hat vagy több ACE-nél már 8,1-szeres a nulla ACE-szinthez képest. (Egyébként 4,4% a nulla ACE-es önsértők aránya is!) Az *öngyilkosságra késztető gondolatok* megjelenése esetében külön vizsgálták a felületes, és külön a határozott elképzeléseket. Utóbbinak 13 ACE esetén 37-szeres a valószínűsége, de már hat ACE esetében is 15-szörös. (Nyolc ACE-nél a felületes öngyilkosságra késztető gondolatok jelenléte csökkenni kezd, míg a határozottaké megugrik.)

Az *öngyilkossági kísérletek* esetében: 12 ACE-nél már körülbelül 60-szoros az egyszeri, és 65,5-szörös a többszöri öngyilkossági kísérletek valószínűsége – de hat ACE esetében is körülbelül hússzoros.

Pozitív gyermekkori élmények: hogyan alakítható ki a reziliencia? – Matuszka Balázs (Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológiai Intézet)

Előadásában *Matuszka Balázs* Makara főorvos úr mentálisvédőoltás-hasonlatából indult ki, mondván: nem evidens – ahogy más oltások fejlesztésénél sem –, hogy a vakcina *miből* álljon, milyen komponenseket tartalmazzon, milyen technológia mentén alakítsák

[13] A kontrollminta itt azért ez a két csoport, mert a háziorvosi mintába olyan betegek kerültek, akik jogosítványhosszabbítás (s nem valamilyen kezelés) céljából érkeztek háziorvosukhoz, a vérátömlesztésen átesett betegek pedig felnőttkori vérátömlesztés útján szerezték májbetegségüket, vagyis annak nem volt köze a szenvedélybetegséghez.

[14] A vizsgálatban szenvedélybetegnek tekintették, ha valaki korábban egy évnél huzamosabb ideig vagy jelenleg egy hónapja rendszeresen alkoholt vagy drogot fogyasztott.

ki. Meg kell vizsgálni, melyek lehetnek azok a pozitív tapasztalatok, preventív tényezők, melyeket „beinjektálva gyermekkorban elvárhatjuk, hogy immunizáljon bennünket, akár felnőttkorunkra" is, azaz meg tudjunk küzdeni a nehézségekkel – amelyeket többek közt pl. az ACE-ek jelenhetnek számunkra.

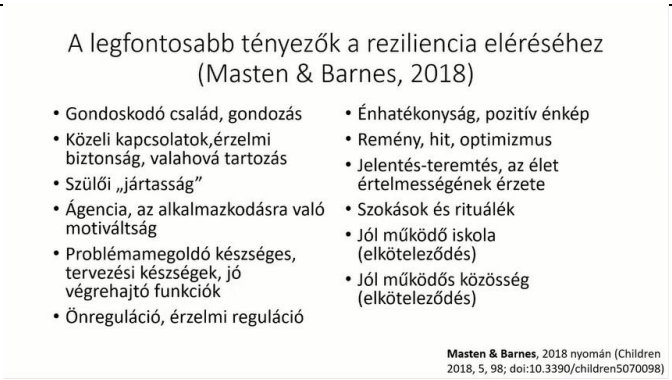
A kérdés kettős: az optimális körülményeket biztosító gyerekkor megvéd-e minket az ACE-eket követő káros kimenetektől, illetve: ellensúlyozni lehet-e pozitív hatásokkal a bekövetkező rossz élmények jellemző hatását?

A pszichológiában azt a jelenséget, képességet, amikor valaki a kedvezőtlen körülmények ellenére is meg tudja őrizni egészségét, eleget tenni fejlődési feladatainak, *rezilienciának* hívjuk. A reziliencia sokszínű, egymással kölcsönhatásban lévő tényezők dinamikus, rendszerszintű egyensúlya. Multidiszcilpináris kutatásának célja a fejlődés pozitív irányainak azonosítása és leírása, az egészséges fejlődés tényezőinek elősegítését célzó faktorok azonosítása, és a nyilvánvaló káros, toxikus hatások ellenére megmutatkozó pozitív hatások tudományos vizsgálata.

A reziliencia szakirodalmában két nagy tényezőcsoportot különítenek el: a protektív és a promotív tényezőket. Előbbiek azok az élmények, tapasztalatok, jellemzők, melyek képesek *megvédeni* minket egy ártalmas hatás *kellemetlen és káros kimeneteleitől*. A promotív tényezőknél pedig úgy fogalmazhatunk: ezen élmények, jellegek *elősegítik az egészség, az egészséges fejlődés elérését*. Előbbi lényegében mediál a rossz hatások és a kimenetek között, utóbbi pedig direkt módon hat a személyiségre. A mi vizsgálatunkban döntően fontos feltárni a promotív tényezőket, melyek a személyiség közvetlen erősítését segítik – mondta az előadó. Az azonosítandó protektív tényezők inkább az esetleges *intervenciókban* válnak fontossá.

Masten és Barnes az elmúlt ötven év kutatásait összegezve az alábbi, rezilienciát támogatni képes tényezőket gyűjtötte össze (*4. ábra*):

4. ÁBRA



A fő kérdés: mely tényezőket „töltsük be a vakcinánkba" az ábrán szereplő tényezők közül? Ebben a vonatkozásban ugyanis még keveset tudunk. A kutatások csupán egy évtizede kaptak lendületet, a mérés több szempontból nehéz, de néhány tanulságról már beszélhetünk:

Például Moore és Ramirez vizsgálatában[15]– reprezentatív mintán, több mint 34 ezer 12–17 éves gyermek családtagjaival készült interjúk alapján – sikerült egyértelmű (direkt) összefüggést demonstrálni a protektívnek tartott faktorok *és a jóllét* mutatói között. Tehát ezek, úgy tűnik, potenciálisan *promotív* faktorok, emellett az ACE-ek káros hatásainál *részlegesen mediáltak* is, itt tehát részlegesen protektív a hatásuk. A vizsgálatban a legerősebb faktoroknak ezek bizonyultak: támogató lakókörnyezet, biztonságos szomszédság, vallásosság.

2012-ben egy kutatócsoport kidolgozott egy *jótékony* gyerekkori élményekkel (Benevolent Childhood Experiencess; *BCE*) foglalkozó – az ACE-mérőeszközhöz hasonlóan tíz kérdéses – kérdőívet. Fontos, hogy ebből a fejlesztők a szocioökonómiai státusz szempontjából érzékeny tételeket kihagyták, hiszen a család széles értelemben vett gazdasági helyzetén *túlmutató* meghatározottságú pozitív gyerekkori élményeket keresték.

5. ÁBRA

A 2012-ben kifejlesztett BCE-mérőeszköz

BCE = Benevolent Childhood Experiences /Jótékony Gyermekkori Élmények/

1. Volt-e legalább egy olyan gondviselője (olyan személy, aki törődött Önnel vagy gondját viselte), aki mellett biztonságban érezte magát?
2. Volt-e legalább egy jó barátja?
3. Hitt-e Ön valami olyasmiben, ami vigaszt nyújtott az Ön számára?
4. Szeretett iskolába járni?
5. Volt-e legalább egy olyan tanára, aki törődött Önnel?
6. Jó kapcsolatot ápolt a szomszédaival?
7. Volt-e jelen olyan felnőtt (aki nem az ön szülője vagy gondviselője és nem az elő kérdés kapcsán megadott személy) az Ön életében, aki támogatta Önt vagy tanácsokkal látta el Önt?
8. Volt lehetősége arra, hogy jól érezze magát és szórakozzon?
9. Szerette önmagát, vagy meg volt elégedve önmagával?
10. Az otthoni napirendje kiszámítható volt (pl. rendszeres időközönkénti étkezések vagy rendszeres esti lefekvési idő)?

A mérőeszközzel először Narayan és munkatársai végeztek empirikus pilot-vizsgálatot, 2018-ban.[16] 101 várandós nőt vontak be a vizsgálatba egy amerikai közkórházban, és a szülés előtt és után is felvették a kérdőívet. A kiindulópont szerint a koraszülés, vetélés aránya sokkal magasabb az átlagosnál a négynél/hatnál több ACE-t átélt nők közt. Azonban a lehetséges prevenciót, intervenciót és tudásátadást támogatandó alapvetően azt vizsgálták, hogy a gyerekkori *pozitív* élmények milyen hatással vannak a várandósság alatti jóllétre a hölgyek körében. Az eredmény egyértelmű volt: a

[15] Moore, K. A. és Ramirez, A. N. (2016): Adverse Childhood Experience and Adolescent Well-being: Do Protective Factors Matter? *Child Indicators Research.***9.** 2. sz., 299–316. DOI: 10.1007/s12187-015-9324-4

[16] Narayan, A. J. és mtsai (2018): Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the benevolent childhood experiences (BCEs) scale. Child Abuse Neglect, 78. 19-30. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.09.022

több BCE előre jelezte a szülés előtti depresszió alacsonyabb fokát (azaz védőfaktornak bizonyult). A BCE-k tehát képesek az *internalizáló* (hangulati és szorongásos) testi-lelki problémák erejét csökkenteni. Ugyanakkora BCE hatása nem erősebb, mint az ACE-é. Sőt, a poszttraumatikus stresszzavar tünetei és a stresszteli életesemények vonatkozásában az ACE-ek hatása bizonyult erősebbnek. A jövő kutatásaira ez a tanulság a legfontosabb – szögezte le az előadó.

Még két recens kutatásról esett szó az előadásban, mindkettő Crandall és munkatársaié. Ezekben a BCE terminus helyett a „Counter-Ace"-t használják, de ugyanarról a jelenségről van szó.

Az első kutatásukban, 2019-ben, felnőttek 246 fős mintáján vizsgálták az ACE-ek és ellen-ACE-ek összefüggését a felnőttkori fizikai-lelki-szociális egészséggel (testtömegindex, testmozgás, alvásminőség, dohányzás, depresszió, hálaérzés, családi kapcsolatok stb.). A második, 2020-ban publikált, az ellen-ACE-ek és a kamaszkori/fiatal felnőttkori egészségi állapot összefüggéseiről szóló vizsgálatukban a szerzők közel 500 fős, körülbelül 21 évesekből álló mintával dolgoztak – egy tíz éves longitudinális kutatás *kimeneti* adatfelvétele alapján. A fő egészségmutatók itt: depresszió, szorongás, szerhasználat, kockázatos szexuális viselkedésformák. Mindkét vizsgálatnak hasonlóak az eredményei: az ellen-ACE-ek jelentős *promotív* faktoroknak bizonyultak, és statisztikailag protektív hatásuk is jelentős.

A jó gyakorlatokat és a kutatási eredményeket elemezve az Amerikai Közegészségügyi Hatóság népegészségügyi fókuszba állította az „ACE-problémát", és kiadott egy javaslatcsomagot a prevenciós munka megkezdésére. Ennek központi tényezői: a családok anyagi támogatása, a békés, agressziómentes együttélés normái átadásának támogatása családokban, kisközösségekben és más színtereken; „biztos kezdet"-programok indítása (már a perinatális időszakban, hogy a gyermek *születése* és korai fejlődése zavarmentes lehessen), a kommunikációs és problémamegoldó készségek fejlesztése már az óvodától stb. S persze az ártalomcsökkentés, a szükséges beavatkozás támogatása.

Mit lehet tenni fiatal felnőtt korban? – Szabó Zsuzsanna (Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Szent László Kórház telephely, klinikai szakpszichológus)

Ha a boldogtalanság oka valamilyen szerhasználat lenne – kezdte az előadó –, az a szer régen be lenne tiltva, és minden tudós keresné az okozatokon úrrá lévő ellenszert. Az okok azonban a gyerekkori negatív élmények – s azokkal szemben csak azokat a bizonyos „mentális védőoltások"-at fejleszthetjük. A WHO adatai szerint a súlyos pszichiátriai problémák közel harmada mögött negatív gyerekkori élmények állnak – melyek legerősebb mérge, hogy tartósak, hosszan elhúzódóak, és nem követi őket feloldozás. És bármely, szülők által okozott negatív hatás eredménye *mindig egyedi*. Azonban, ahogy a Maslow-szükségletpiramis mutatja: a *biztonság, védettség* minden fejlődő szervezet szükséglete. Egy diszfunkcionális családi mintában azonban ez nincs biztosítva a gyerek számára.

Mielőtt a címben feltett kérdésre rátért volna, *Szabó Zsuzsanna* részletesen leírt kétféle – internalizáló és externalizáló – diszfunkcionális családi mintázatot. Az előbbi környezetben az „én vagyok a bűnös/érdemtelen", az utóbbinál „a bűnösök: mások, a külvilág" általános érzete és reakciómintázata alakulhat ki a gyerekben.

Az internalizáló mintájú családban a szülőre jellemző a gyereke felé irányított *túlzott aggodalom* – amit valójában a szülő saját „érdekében" fejt ki. „Mi lesz *velem*, ha te így viselkedsz? Mit fognak gondolni *a szomszédok*?" Ez egészen végletes formát is ölthet: „Ha most itt hagyod anyádat szenvedni, majd meglátod, mi lesz!" (Egy esetben a huszonéves „kisfiú" egy alkalommal végre, bátran, elment otthonról este nyolc óra után – a fenyegetés ellenére –, s mire hazaért, az anya szívinfarktust kapott és meghalt.) Itt az *érzelmi melegség* ugyanúgy hiányzik. A *túlvédés*, a *magas kontroll*, a *túlzó érzelmi bevonódás* valójában *érzelmi visszautasítás*, a gyerek igényeinek, vágyainak elutasítása. Ami általában a gyerek számára rendkívül elbizonytalanító *következetlenséggel, rugalmatlansággal* is párosul.

Az externalizáló diszfunkcionális családban a gyerek jellemzően *erős visszautasításban* részesül, *alig* vagy *nem támogatják*, vele szemben *túlzott kontrollal* és a *büntetéskontrollal* élnek, *sok a konfliktus* a családban, és a *következetlenség* is állandó zavaró tényező. A szülő mindig „a külvilágban" keresi a felelőst, ami vagy aki szerencsétlenné teszi őt vagy a családot.

Ha internalizálja egy gyerek a külvilágból érkező hatásokat, akkor szorongó, aggódó, kóros elfojtásokban vergődő, dysthymiás, depressziós, kényszerekre, fóbiákra hajlamos gyerekké – majd felnőtté – válik. Hiszen alapvetően saját magára vetíti: „alkalmatlan vagyok, úgyse jó, amit csinálok. Vagy ha jó, megjön érte a megérdemelt büntetés. "Előre „tudja", hogy nem lehet örülni az esetleges sikernek, „mert úgyis jön valami rossz". Ennek a belső mechanizmusnak a forrása képszerűen megjelenik abban a mondatban, amit sokszor hallunk páciensektől: „már abból tudtam, hogy jön haza az apám, hogy hogyan csapja be az ajtót". Hiszen ha nem csapja be – nem részeg –, akkor akár még kedves is. *De amint berúg, minden rosszra fordul.*

Az externalizáló családban nevelkedett gyerek és felnőtt a környezet számára is sok gondot jelent agresszív, impulzív, mindenért a külvilágot okoló, zavaros, örökös dackorszakot manifesztáló viselkedésével. Aki a külvilágra vetíti az érzéseit, azzal nagyon nehéz együttműködni. Az externalizáló mintájú családban a tanult tehetetlenség állapotába kerül a gyerek, hisz valódi megoldásokkal nem találkozik – a „megoldás" számára leginkább az agresszió. Összeütközésbe kerülni a törvénnyel, a szomszéddal, az iskolával, a családdal, hiszen „mindenki bánt engem".

Fontos észrevenni még, hogy az egyszülős háztartásban a gyerek *egy* szülőnek van kiszolgáltatva, bármilyen is a mintázat. Ha *két* szülő él a családban, akkor azonban esély nyílik rá, hogy a gyermek egyiküknél védelmet, menedéket – akár még elfogadást is – talál.

De mit lehet tenni egy ilyen módon sérült felnőttel? Mi az, ami valóban szükséges, ami „működik"? Az első lépés a *feltétel nélküli elfogadás*. Először is ez segítheti a fixálódott sémák átalakítását, hiszen egy negatív élményekkel, érthetően teljességgel bizalmatlan fiatalember számára az, hogy mi *figyelünk rá,* sosem látott *új tapasztalat* lehet. A következő lépés *az érzések, érzelmek felismerése, azonosítása, tudatosítása*. Ez a tudatosság ugyanis egyáltalán nem magától értetődő egy érzelmi káoszban vergődő ember számára. A *kötődést* is meg kell tanulni a terápiás kapcsolatban – hiszen eddig ilyen nem volt. Ha a bizalmi kapcsolat kiépül, elkezdődhet a *reális önértékelés felépítése***.** Megtalálni az egyensúlyt, „amiben létezni talán könnyebb".

A sikeres terápia felnőttkorban is lehetséges. Szabó Zsuzsanna ezt egy másfél éve terápiába járó 28 év körüli férfi példájával illusztrálja. A családjában gyerekkorában

alkohol- és drogabúzusnak kitett, nyolc éves kora óta ivó,[17] meleg, HIV-pozitív, piercinggel és tetoválással teli fiatalember szorongással, alvászavarral, (nem pszichotikus) hanghallással és impulzuskontroll-zavarral jelentkezett. A férfi első visszajelzése az volt, hogy „de jól esett, hogy el tudtam mondani, ami bennem van, pedig nagyon féltem magától – de láttam, hogy figyel rám". Most már másfél éve ugyanazon a munkahelyen dolgozik, alkoholt nem iszik, drogot is alig használt ez idő alatt, és négy hónapja tartós kapcsolatban él.

A bántalmazott gyermekek felismerésének legfontosabb kulcsai – Csák Annamária (Klinikai gyermek szakpszichológus pszichoterapeuta)

Nehéz felismernünk – kezdte az előadó –, hogy egy gyerekkel történt-e, történik-e bántalmazás. Ugyanis a gyerekek az esetek nagy részében nem szívesen beszélnek róla. Érzetük szerint ez óriási szégyen, s mint ilyen: tabutéma. A legjellemzőbb válaszuk: „nem tudom, nem emlékszem, nem is történt semmi". A bántalmazott gyerek maga eközben úgy érzi, azt éli meg: ő a felelős, bűnt követett el, megérdemelte a büntetést, a gúnyt, a kirekesztést vagy más abúzust. És hogy ennek „így kell lennie, más is így csinálná". Jellemzően csak akkor merül föl benne, hogy másféle szülő, más környezet, más család is létezhet, amikor a kortársaival beszélget – és *azok mást mesélnek*. De kitartó kapcsolódás, bizalom és hosszú idő kell ahhoz, hogy a bántalmazott, elhanyagolt gyerek elkezdje – önmagához is őszintén – elmondani, ami vele történt.

Ebben az előadásban *Csák Annamária* főként családokról, esetekről beszélt saját praxisából. Az esetek, villanások legtöbbjének közös eleme az a (rendkívül gyakori) szülői elhanyagolás, amikor a gyerek „egyszerűen csak" *nem kap elég és kellő figyelmet*. Közös jellemzőjük továbbá, hogy a bántalmazás súlyossága a felnőttekben nemigen tudatosul.

Egy válás krízisidőszakaiban például a szülők gyakran *egymással* vannak elfoglalva. Sőt, nagyon gyakran „a gyereken keresztül" vitatkoznak, *mintha* a gyerekről lenne szó – a gyerek persze tudja, hogy ő itt csak egy „tényező". Ilyen Levi esete is. Levi tízéves, kitűnő tanuló az iskolában. A válás óta egy hetet az anyjánál, egyet az apjánál tölt, a bíróság döntése szerint. Levi először csak annyit tudott mondani a helyzetére a terapeutának: „ez rettenetes". Az apa saját focista-álmát erőlteti a gyerekre, és edzésre járatja. (Egyszer valaki azt mondta, Levi „nagyon jól tud vetődni" – innen az apa ambíciója.) Az anya emellett zeneiskolába íratta Levit… Valójában a szülők vitája: egy *kettejük közti* dominanciaharc. A gyerek: csak ürügy. Levinek eközben nincs egy szabad délutánja sem. Szorongása aztán olyannyira fokozódott, hogy sem edzésre, sem különórára, de még iskolába sem tudott menni. A felnőttek pedig bele sem gondoltak, hogy ez a

[17] Az apa súlyosan agresszív, bántalmazó és elhanyagoló alkoholista. A fiú soha nem hallotta tőle, hogy meg lenne bármivel elégedve, de azt igen, hogy ő mire alkalmatlan. Az anya melegszívű, kedves – de sokszor elveri a férje, a kisfiú ilyenkor közéjük áll. 8 évesen egyszer vendégek vannak náluk, és a fiúnak feltűnik, hogy van, aki iszik alkoholt, de *kedves lesz tőle és vidám*. Ezért próbálja ki ő is. Nyolc éves korától folyamatosan iszik, majd 20 évesen bekerült egy olyan társaságba, ahol drogokat használtak. A terapeutánál a kérdésre, hogy „mit használt", azt válaszolja, inkább az a kérdés, hogy „mit nem".

gyerek állandóan hozza-viszi a dolgait, nincs igazán lakása, otthona sem, nem is tudja, hogy tulajdonképpen „hol él". Felfokozott szorongása egyáltalán nem rejtélyes.

A 2. osztályos Nóri esetében az édesanya „mobilozó". Nóri nagyon jó képességű gyerek, emellett az anya a váróban hiába mondja neki, hogy menjen be a terapeutához, a kislány belekapaszkodik, átöleli, „pici" gyerekként szinte zokog az anyjának, hogy ő is menjen be vele. 1-2 éve elvált szülőkről van szó. Az édesanyja már a GYES alatt egyetemre járt, éjszakánként tanult – keveset foglalkozott Nórival. Nagyon egyedül is érezte magát, de úgy érezte, nem teheti meg, hogy párkapcsolatot keressen. „Megoldásképp" telefonon tart kapcsolatot egy Ausztriában élő férfivel. Ez a kapcsolat intenzív; ahogy a munkahelyéről hazaér, hívják egymást. Az anyai figyelem hiánya miatt pedig Nóri annyira regrediált, hogy úgy viselkedett, mint egy baba vagy egy dackorszakban lévő gyerek.

Ez a fajta elhanyagolás – a szülői figyelem hiánya – nagyon gyakori. A szülők elfoglaltak, sokat dolgoznak, otthon alig szólnak egymáshoz is, a gyerekekhez is. Szinte csak tőmondatokban beszélnek. „Vettél kenyeret?" „Rendben van a…?"A gyerekhez pedig: „Na mi történt az iskolában?" – Mit mond erre a gyerek? „Semmi." Minél nagyobb, annál inkább. Ez teljesen érthető: miért meséljen el valamit magáról, *amikor úgyis mindegy, senki nem figyel oda*, illetve: „Úgyis hülyeségek, amiket mesélek, nem érdekes nekik." Ha pedig a gyerek azt érzi, hogy *ő nem érdekes*, akkor elhárítja, *elöki magától a szülőt*. Aztán elkezd menekülni otthonról, egyéb társaságot keres. Ha ez valamiképp félremegy, akkor előbb-utóbb jönnek a szintetikus kábítószerek. Sajnos a mai világban ez utóbbi számít olcsó drognak.

A kapcsolat hiányát mindezzel „jelzik" a gyerekek. Csoportos beszélgetésen egy nyolcadikos meséli: „Hát, füveztünk. Éjjel kettőkor hazamentem, anyu fölébredt, beszélt velem, és *ilyen nagyok voltak a pupilláim, de nem vette észre*". Pedig a gyerek – ez látható, mondja az előadó – *mindent megtett, hogy észrevegye az anyja!* Valójában a kamaszok szeretnék, ha foglalkoznának velük. Pontosabban: örülnének annak, ha *észrevennék* őket a szüleik!

Ezek után néhány szó esett még olyasféle bántalmazásokról, melyeken sokan a mai napig „átsiklanak", mintha nem azok lennének, amik. Nem is sejtenénk – mondta az előadó –, milyen sokszor történik *súlyos* bántalmazás, abúzus a szülők részéről. Azt gondolnánk, hogy ma már nem jellemző – pedig sajnos az. Legfeljebb nem árulja el (nem fogja fel?) egy családtag sem. Átszövi az emberek mindennapjait a bántalmazással való nevelés. Tudjuk, hogy évszázadokon keresztül természetes volt – sajnos a pedagógusok körében is. Akkor nem diszgráfiásnak mondták a „csúnyán író" gyereket, hanem körmöst kapott. A verés nem volt elítélendő eszköz, sőt, a szülőnek kötelessége volt.

Ehhez kapcsolódik az a nehézség, hogy a nevelést a mai napig az anyától várja el a magyar társadalom. Így nem csoda, hogy statisztikai tény: a verések nagy részét az anyák követik el. És nem is a kezükkel, hanem eszközzel. Egy negyedikes (zömmel részképesség-zavaros) gyerekekből álló osztályban mesélik: „Igen, anyu szokott bántani." „És mivel?" „Hát eltöri rajtam a fakanalat." Mások szíjról beszéltek. Hogy miért anyu, arról azt mondták: mert „apu túl erős".

A szülők csatározását látni-hallani a gyereknek: szintén abúzus. Még az is, ha csak kiabálnak egymással. A gyerekek sokszor beszámolnak róla, hogy számukra milyen rettenetes hallani, amikor anyu és apu ordítoznak. Mi, felnőttek, vegyük észre: amikor mi magunk *kimaradunk egy feszültségből*, azaz amikor szemlélői vagyunk – az rettenetes érzés. A feszültségben *bent lenni* sokszor jobb.

Szexuális abúzus is történhet úgy, mintha „valójában nem történne semmi”. Például az is az abúzus egy formája, ha a szülők közötti kapcsolat már olyan mértékig megromlik, hogy a gyereket maguk közé fektetik az ágyba. Vagyis őt *használják* arra, hogy ne kelljen intim kapcsolatba kerülni.

Munka kezeletlen kezelhetetlenekkel – K. Németh Margit (Pillér Pszichoterápiás Magánrendelő, klinikai szakpszichológus és kiképző pszichoterapeuta)

Előadásában K. Németh Margit a *korai sérülések* súlyos voltára mutatott rá a gyerekek életében, és arról beszélt, hogy a *pedagógusok, a gondozók, a szülők – illetve a pszichológusok maguk – mit tudnak tenni* annak érdekében, hogy a korai sérüléseket szenvedett gyerekeknek segítségére legyenek.

Kikre mondhatjuk azt, hogy „kezeletlen”? Például azok az édesanyák (nagyon sokan), akik a várandósság alatt és a szülés után is segítség nélkül vannak. Az előadó praxisának egyik legmegrázóbb esete: szakszolgálathoz került egy elsős kisgyerek, akit nagyszülei neveltek, s októberre már kétszer került át másik iskolába. Szülei bujkáló hajléktalanok, súlyos heroinisták voltak, csak cipelték magukkal a gondozatlan kisgyereket. Az anyukát aztán kórházban kezelték, az apát elítélték, és az anyai nagyszülők kapták a gyámságot – egy orvos házaspár. Azt gondolná az ember, hogy végre jó kezekbe került a gyerek – nem így történt. Az édesanya később jobban lett, és elmondta: gyakorlatilag a szüleitől menekült annak idején, mert azoknak csak a szakmai siker volt fontos – otthon is csak ezzel foglalkoztak. A lány valamikor jó tanuló volt, majd (visszaeső) heroinistává vált, nagyszülei nevelték, de nem bírtak vele – és végül állami gondozásba adták. Ez a történet tehát elsősorban az anyáról szól – és arról, hogy hogyan viszi tovább az ő „örökségét” egy újabb nehezített életű gyermek.

De mik a nehézségek a gyerekek életében, ha kezeletlen édesanyák nevelik őket?

Az ilyen helyzetű várandósságoknál gyakori a koraszületés, a kisebb fejkörfogat, az idegrendszeri éretlenség. Azok az anyák, akik maguk is traumatizáltak vagy depresszziósak, nagyon nehezen tudnak ráhangolódni a gyermekükre. A gyerek pedig ennek hiányában szinte rögtön traumatizálódik. Ez az elhúzódó hiányállapot *sokkal súlyosabban érinti, mintha egyszeri nagy trauma érné őt*.

Súlyos kötődési nehézség alakul ki a korán megsérült gyerekeknél. Rájuk panaszkodnak leginkább a pedagógusok. Sokkal régebben – reflektál az előadó – mi, pszichológusok gyakran gondoltunk arra: mi az, hogy „kezelhetetlen” óvodásokról beszél egy óvónő? Valóban azok?! Ma már tudjuk: igen, az óvónő számára egy 26 fős csoportban kevés a valószínűsége, hogy ez a „kezelés” gyakorolható. Ezen gyerekek szüleik diszfunkciói miatt *semmit soha nem a saját igényeik szerint kaptak* – vagyis nem akkor, nem azt és nem annyit, mint szükséges lett volna. A szoptatás számukra gyakran nem társas együttlét volt – mert az anya mással foglalkozott közben. Folyamatos traumatizációnak voltak kitéve ezek a gyerekek. A *folyamatosság* miatt az agy is megsérült. Mindez meghatározza a gyermek későbbi tárasas viszonyait, érzelmi működésének, értelmi képességeinek fejlődési lehetőségeit. Ők a „figyelemzavaros” és „impulzív” gyerekek (ma már majdnem minden második gyerek ADHD diagnózist kap). A gyógyszeres kezelés pedig… „Én azt mondom: másfajta terápiával többet tudnánk elérni.”

Fontos tudni például, hogy ezek a gyerekek a verbalitásra sokkal kevésbé képesek figyelni (sok tanulási probléma magyarázata ez) – annál érzékenyebbek a non

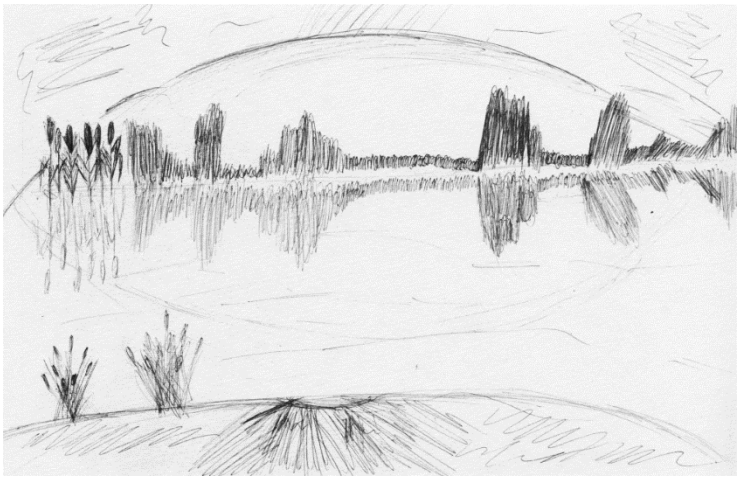
verbalitásra. Ám mivel mentalizációs deficittel élnek, az ilyen jeleket is gyakran félreértik, és állandóan azt gondolják, hogy bántják, támadják őket. A túlfeszített, túlingerelt, traumatizált agy folyamatosan menekülésre készít fel – az állapot hasonlatos ahhoz, ahogy egy apja által megerőszakolt gyerek sokszor menekülésképp „lefagy". A felnőtt, aki effélére kényszerült gyerekkorában, általában nagyon rossz állapotban van.

Mit tehetnek a pedagógusok? Először is azt, hogy figyelembe veszik mindezt. Ezek a gyerekek nehezebben tudnak koncentrálni, kognitív információkat értelmezni, és nagyon nehezen képesek elvont fogalmakban gondolkodni. Amikor egy közösségbe bekerülnek, másként kell hozzájuk állni minden tekintetben. Fontos tudni, hogy ha egy ilyen gyerek maga úgy érzi, hogy beszorult egy helyzetbe, nem értelmezni próbálja, ami történik. Nem mentalizál. A pedagógusnak vagy a szülőnek felesleges például olyasféle felelősségrevonással élnie, hogy „nézd meg, mit csináltál, mi lesz ennek a következménye?" stb.

Mégis: lehet a korán megsérült gyerekekkel is dolgozni, élni. Ahol lehet, dicsérni kell. Az azonnali jutalom ezeknek a gyerekeknek nagyon fontos. Azonnali kielégülésben élnek, az az „itt és most"-ban. Mint a pedagógus, aki a „csúnyán író" kisfiú házi feladatában talált egyetlen gyönyörűn formált betűelemet, azt bekarikázta, és odaírta: „Gratulálok!". Onnantól kezdve a gyönyörű betűelemekből minden házi feladatban egyre több volt. A pedagógusok feladata az volna, hogy ne erősítsék meg a negatívat, illetve emeljék ki a pozitívat. Lépegessenek előre a „jutalomlépcsőn", és mindig legyen valami kisebb cél. Ha valami nem sikerül, ne a pincébe zuhanjon rögtön a gyerek. Álljon meg egy kicsit, aztán lépegessen tovább. Hosszú évekig voltam vezető – mondja az előadó –, és ha odamentem valakihez, hogy „jaj, fantasztikus vagy, köszi" (sokszor volt ilyen), akkor láttam felnőtt embereken, hogy ez mennyire jólesik, mennyire fontos. A korai sérüléseket elszenvedett gyerekeknél különösen az.

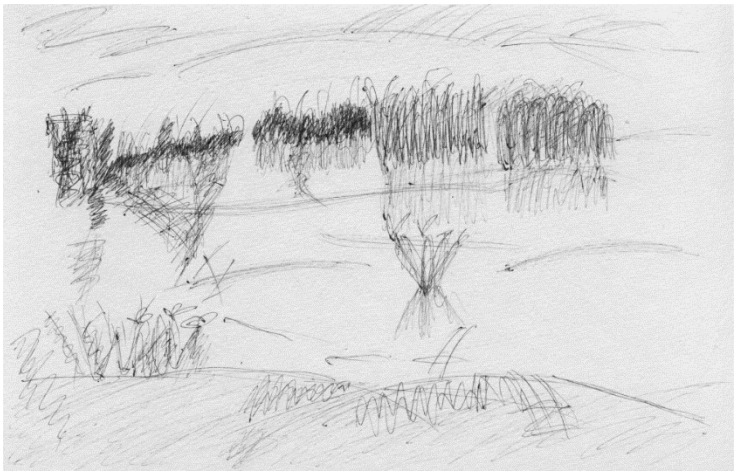
Sokat segít egyszerűen az is, ha mondatainkban kerüljük a nyelvtani tagadó formulát. Felnőttként gyakran fogalmazunk pl. így: „*Nem* iszunk meg egy kávét?". Ezek a gyerekek erre is érzékenyek. Fontos továbbá: ha nyugtalan a gyerek, esetleg dühöng éppen, akkor *nem tudja, mit csinál,* azt sem tudja, hol van! Ha már megnyugodott, kérdezzünk: mi dühítette fel? Nem szidni kell – kérdezni. És forduljunk szembe a gyerekkel – ettől a szemkontaktust is megtanulják (megszeretik). És az általános szabály: *nem lehet gyorsítani azon a tempón* semmiféle okból, amelyre az adott gyereknek szüksége van. A frontális osztálymunka nem megfelelő számukra. Amire szükség van: hogy sokféle modalitásban kapják meg, éljék meg a gyerekek az információkat. Hogy lássák, tapintsák, eljátszhassák, lerajzolhassák, stb. A 45 perces órakeret is a múlté kell legyen esetükben.

A pedagógusok részéről fontos a figyelem, és ha kell, a szemléleti váltás a korán megsérült gyerekeket illetően. Pontosan azért is, hogy ők maguk, a pedagógusok is jól érezzék magukat az órákon ezekkel a gyerekekkel is.



Kesztyűs Anett tollrajza (6. o.)

Pálinkás Brigitta tollrajza (6. o.)



Virág Brigitta tollrajza (7. o.)

II. rész

Apa, anya, pia és a gyerekek – Frankó András (Magyar Máltai Szeretetszolgálat)

Előadása elején *Frankó András* kifejezte az örömét afelett, hogy ezen a konferencián nemcsak apáról, anyáról és a piáról van szó, hanem a gyerekekről is. Ezt követően egy filmet mutatott, azok közül a pályamunkák közül, melyeket a Szolgálat filmpályázatára készítettek kamaszok (a filmen egy alkoholista apa mellett élő fiú igyekszik nemet mondani az őt piás buliba invitáló társainak).[18] A céljuk ezekkel a filmekkel az, hogy segítsenek a gyerekeket megszólítani – ami az előadó elmondása szerint nagyon nehéz.

A folytatásban *Frankó András* arról beszélt, hogy miért maradnak segítség nélkül ezek a gyerekek – azért, mert az egész felnőtt társadalomra jellemző, hogy *nem érzünk, nem beszélünk, és nem bízunk abban, hogy változás történhet*. Így élünk túl, és a gyerekek is ezt a megoldást (az elrejtést, elfojtást, nem-beszélést) választják a túléléshez; mert ha minden élményt át kellene érezniük, amit egy ilyen családban megélnek, akkor, ahogy az előadó fogalmazott, kiborulnának. Mindeközben – miközben az alkoholizmus okozta súlyos traumákat elrejtjük –, „egy korty lélekmelegítőt" használunk. A kifejezést Frankó egy képen is bemutatott pálinkareklámból idézi. Ezek a plakátok a metróban láthatók, pozitív életérzést mutatnak és azt, hogy az alkohol az életmódunk része. Miközben egy svájci vizsgálatból látszik, hogy a korán kezdett ivásban az utcai és az online reklámoknak milyen komoly szerepe van.

Ezt követően Frankó egy közelmúltbeli esetet mutat be, melyben egy férfi kliense súlyos alkoholos korszakon ment keresztül: nagyon keményen ivott és nagyon sok veszteség is érte emiatt, ám arra a kérdésre, hogy mit szeretne változtatni, azt válaszolta, hogy nem szeretné abbahagyni, mert ez a kultúra része. Az elmondása szerint az édesapja, aki alkoholbeteg volt egy időben (és a nagyapa is az volt), tanította arra, hogy ez a kultúra része, és ő ezt a kultúrát őrizni szeretné, annak ellenére, hogy sok kínlódást okoz, a munkája és párkapcsolata is veszélybe került miatta. Arra is fény derült az elmondása alapján, hogy a párja apjának is volt súlyos alkoholista korszaka, s a párja előző férje is alkoholbeteg volt.

Kérdés, hogy kettejük összesen hét (!) gyereke mit visz tovább. Ezért kell a társadalom kultúráján változtatnunk. Becslések szerint (bár nincs hazai vizsgálat, Frankó itt német adatokból következtet) minden ötödik, vagyis összesen 400 000 magyar gyermek olyan családban él, ahol az egyik vagy mindkét szülő alkoholbeteg. Egy térképen szemléltetve ezt a számot, ha ezek a gyerekek fél méterenként egymás mellé állnának, Budapesttől Pécsig tartana a sor!

Hogy az alkoholfogyasztás lehet a kultúra része, az természetes, de az alkoholbetegségnek nem kellene a kultúra részévé válnia, és nem kéne azt nemzedékről nemzedékre újratermelni. 800 000 – 1.000 000 alkoholbetegről beszélünk, de nem szoktunk beszélni a gyerekekről és a hozzátartozókról, akik a viselkedésükkel továbbörökítik a megoldatlanságot. Nincs alkoholstratégiánk – illetve az *ágazatot* fejlesztő stratégiák vannak, de egészségfejlesztési stratégia: nincs.

[18] Az előadás és benne a kisfilm megtekinthető itt: https://majbeteg.hu/apa-anya-pia-es-a-gyerekek-franko-andras/

Milyen munka zajlik a Szeretetszolgálatnál? Nos – összegezte az előadó –, meg szeretnénk változtatni a fent jelzett attitűdöt, így a munkánkat meghatározó hármas jelszó: *érzünk, beszélünk* és *bízunk*. Alkalmakat teremtünk az embereknek, hogy elmondhassák a tapasztalatukat, hogyan is éreznek, és bízunk abban, hogy ennek a hatása egy változást indít el Magyarországon.

Érzünk, mert testközelből ismerjük – a kollégáim és magam is megéltünk nagyon hasonló helyzeteket (egy kimutatás szerint a családterapeuták 25%-a maga is szenvedélybeteg családból származik, amit egy konferencián a kollégák meglepően kevésnek tartottak). Naponta átéljük velük a szomorúságot, a dühöt, a szégyent, a bizonytalanságot, a félelmet. Igyekszünk megadni a vigasztalást, az elfogadást, segíteni a szégyentől való szabadulásban, biztatást és megnyugtatást adni, így megtartva a hozzánk fordulók számára a reményt.

Beszélünk róla, ami a kimondhatóságot jelenti: azt, hogy lehet arról beszélni, hogy apa és anya problémái a piával összefüggenek. Három honlapunk van, ahol igyekszünk kimondhatóvá tenni a problémát: a ***kimondhato.hu*** egészen széles kör számára készült, ***az apaiszik.kimondhato.hu*** (illetve ugyanide vezet az *anyaiszik.kimondhato.hu* cím is) kamaszoknak szól, és van egy mesekönyvünk gyerekeknek, illetve hozzá kapcsolódó hanganyagok, és egy nagyon precíz szakmai útmutató a ***lurko.kimondhato.hu*** oldalon.

Beszélünk továbbá azzal, hogy kiadványokat jelentetünk meg: a szenvedélybeteg családban élő gyermekeket mutatja be az *Elfeledett gyermekek családi titkai* című kötet.[19] *Apa, anya, pia. Hogyan találhatják meg a szenvedélybeteg szülők felnőtt gyermekei MÉGIS a boldogságot* címmel megjelent kiadványunkkal a szenvedélybeteg családban felnőtt érintettek számára igyekszünk perspektívát nyújtani;[20] *Szülő mindenek előtt. Szülő mindenek ellenére* című kötetünk pedig egy svájci kiadvány adaptációja, melyben a szenvedélybeteg emberekhez szólunk, az ő szülőségükben igyekszünk támogatást adni.[21]

Három mesekönyvünk jelent meg: az első címe és főhőse *Bolyhos,* akinek az édesapja alkoholbeteg, az ő szenvedéseit és kivezető útját kísérjük végig ebben a helyzetben. Bolyhos kap egy segítőt, akivel beszélhet, aki megérti az érzéseit – az ő beszélgetéseiket ismerhetjük meg. A *Lurkó* című kötet egy kiskutya története, akinek a gazdája alkoholbeteg, a legújabb könyvünk pedig a *Gabi kívánsága*,[22] ami kicsivel nagyobb gyerekeknek szól. Ebben egy kislány éli végig az édesanyja alkoholizmusát, miközben a nagyszülei segítik, támogatják.

Bízunk abban, hogy találunk szakembereket, akik egyre jobban értik ezt a problémát, ezért képzéseket szervezünk. Bízunk azokban a gyerekekben, akik a felhívásunkra a filmeket elkészítették; a kimondhato.hu oldalon megtalálható, ingyen letölthető filmek nagyszerűen használhatók különböző foglalkozásokon. Ezekkel a filmekkel az a célunk, hogy eljussunk és másoknak is segítsünk eljutni ezekhez a gyerekekhez.

[19] A kötetről a Magyar Máltai Szeretetszolgálat honlapján lehet tájékozódni: https://maltai.hu/kiadvanyaink/honap/201701
[20] A kötet könyvesbolti forgalomban kapható.
[21] A kötet ingyenesen letölthető: http://bolyhos.kimondhato.hu/szulo-mindenek-elott/
[22] A kötet innen letölthető: http://kimondhato.hu/gabi-kivansaga-2/

Nagyon nehéz megszólítani, megtalálni, bevonni a kamaszokat – bár létezik számukra is csoportunk, a részvétel egyelőre igen szerény.

Bízunk abban, hogy új könyveket is kiadhatunk. A Jerry Moe: *Gyerekszemmel* című kötet a függőségről és felépülésről szól.[23] A másik a *Hogy folytatod?*, ami egy társasjáték lesz, ahol kérdésekre lehet majd különféle válaszokat adni.[24]

Frankó András végül a Gyerekszemmel című könyv egy részletét felolvasva húzta alá azt a tanulságot, hogy az érintett gyerekek sorsa akkor változhat meg, ha a pia elé a gyerek kerül a mi szemléletünkben és a család szemléletében is. A gyerekeket úgy tudjuk segíteni, ha tanítjuk őket arra, hogy nincsenek egyedül, valamint arra, hogy *„nem én vagyok az oka, nem tudom befolyásolni, nem tudom meggyógyítani, viszont vigyázhatok magamra jobban, ha kimondom az érzéseimet, ha jó döntéseket, józan döntéseket hozok és szeretem magam”.* Ahhoz, hogy ezt megtehessék, nekünk kell előbb jobban szeretni őket.

A prevenció és rehabilitáció lehetősége az Emberbarát Alapítványnál – Bató Éva (Emberbarát Alapítvány, tréner, coach)

Bató Éva előadásában az Emberbarát Alapítvány kiterjedt tevékenységéről beszélt. Az Alapítvány Kőbánya egyik szociális, kulturális, tudományos, szellemi központja, melyet a X. kerületi önkormányzat is támogat, hiszen jelentős munkát végez az ifjúságvédelem és az egészségnevelés területén. Alapvetően a szenvedélybetegek komplex ellátására jött létre 1989-ben; rehabilitációs, reszocializációs, társadalmi mobilizációs tevékenységet végeznek. Az alapítványt vezető lelkészek, Bereczki Sándor és Bereczki Sándorné Kőbánya díszpolgárai, és a Magyar Érdemkereszt arany fokozatának kitüntetettjei.

Az alapítvány komplex ellátórendszert működtet; az addiktológiai gondozó mellett bentlakásos alkohol- és drogrehabilitációs otthonuk van 10–55 éves férfiak, és immár nők számára is. Az absztinenciát vállaló és munkahellyel rendelkező gondozottjaiknak a rehabilitációs időszakot követően a lakóotthonukban biztosítanak ellenőrzött lakhatást. Tekintettel arra, hogy tanköteles korú fiatalokkal is foglalkoznak, valamit arra, hogy sok gondozott nem végezte el az általános iskolát, illetve nem rendelkezik szakmával, iskolarendszerű és felnőttképzési tevékenységet is végeznek. Utóbbi keretében cukrász szakmát, illetve sütőipari betanított munkás képesítést lehet szerezni, az asztalosműhelyben pedig munkalehetőséget biztosítanak. Az alapítás óta eltelt mintegy 30 év alatt több mint 3000 klienst láttak el, a nemzetközi trendeknek megfelelő gyógyulási eredményességgel.

Az alapítvány aktívan részt vesz a gyermek- és ifjúságvédelemben más módon is – szakembereik iskolai prevenciós programokat, mentálhigiénés táborokat vezetnek. Kiemelt jelentőségű itt az életvezetési készségek, a munkaerőpiaci készségek tanítása. Az alapítványnak *Segítünk, próbáld meg!* címmel önálló műsora van a PAX TV-n.

A szenvedélybetegségekről szólva *Bató Éva* megerősítette, hogy az alapítványnál minden olyan jelenség megfigyelhető, amiről a korábbi előadók beszéltek. Kiegészítésképpen kiemelte az állami gondoskodásban élő fiatalok nehézségeit – tapasztalataik szerint a korábban állami gondozott, majd az utcáról szenvedélybetegként az

[23] A kötet 2021-ben megjelent, bolti forgalomban kapható.*(A Szerk.)*
[24]A társasjáték azóta megjelent, bolti forgalomban kapható. *(A Szerk.)*

alapítványhoz bekerülő érintettek rendkívül súlyos élethelyzetben vannak, ami a gondozók részéről is különös erőfeszítést igényel.

A Z generáció megoldatlan problémái is erős kihívást jelentenek. Itt egy olyan társadalmi hatásrendszerről van szó, ami a szóban forgó (20 év alatti) fiataloknak frusztrációt, szorongást okoz. Ez komplex jelenség, minden társadalmi folyamat begyűrűzik ehhez a generációhoz. A tapasztalat szerint ezeknek a fiataloknak *rendkívül laza a kötődésük a többi generációhoz* – ezzel is társadalmi szinten kellene foglalkozni az előadó szerint. Az apanélküliség következtében sok fiatal a rehabilitáción találkozik először azzal, hogy a férfiaknak mi a dolguk; a tematikus csoportfoglalkozásokon – bármi is az alaptéma –, gyakran ez kerül a fókuszba. Sokan nincsenek tisztában a saját érdeklődésükkel, képességeikkel sem – a pozitív megerősítés hiányában jellemző a kudarckerülő magatartás, és az, hogy erős családi nyomásra választanak szakmát, amiben azután nem érzik jól magukat.

A terápia elsődlegesen a terápiás közösségre épül. A közösség épülését a terápiás team tagjai –, tanárok, pszichológusok, szociális munkások – segítik, és az egyénnel külön is foglalkoznak személyes gondozók is. Emellett a gondozottak viselkedésterápiás foglalkozásokon vesznek részt; ez az addikciók esetében bevált terápiás mód, hiszen egy egészen új viselkedési rendszert kell kialakítani az addikcióhoz kapcsolódó működések helyett. Mindezt a munka-tevékenység terápia egészíti ki, amely a kreativitásra is épül – ezért választották éppen a cukrászatot és az asztalosságot a mesterségek közül.

A kommunikáció fejlesztésére és az érzelmekre nagy hangsúlyt fektetnek, az ezzel kapcsolatos foglalkozásokon Bereczki Sándor könyve alapján haladnak, illetve élményekre építenek. A csoportfoglalkozásokra a feltétel nélküli elfogadás attitűdje jellemző, ahol a résztvevők azt tanulják, hogyan fejezzék ki az érzelmeiket és hogyan fogalmazzák meg, milyen viszonyulást szeretnének a környezetüktől.

A közös szabadidőt gyakran egy magánembertől kapott budai területen töltik, ahol bográcsoznak, kertészkednek. De sokszor kirándulnak is.

A rendszeresség kialakításához napirendet használnak. A gondozottak részt vesznek az intézmény hétköznapi működtetésében is (takarítás, terítés, stb.), ami a felelősségvállalást fejleszti.

A lelkiismeret is külön hangsúlyt kap; *Önreflexió és reális önismeret* címmel szintén Bereczki Sándor írt egy könyvet, melynek segítségével próbálják a lelkiismeretet mintegy megtanítani egy megkésett szocializációs folyamat keretében.

A spirituális segítségnyújtás megtapasztalása a lelkészek – Bereczki Ágnes és Bereczki Sándor – áldozatos munkáján keresztül valósul meg, szívesen mennek ezekre az alkalmakra a fiatalok és az idősebbek is.

A munkatársak mindent megtesznek, hogy *aki elkezdte a rehabilitációt, azt bent tartsák a rendszerben*. Ez sokszor nem egyszerű. A beilleszkedéshez a tapasztalatok szerint nagyjából 3 hónap kell, a stabilizációhoz újabb 3 hónap, és mire eljut valaki odáig, hogy a habilitációs folyamatot elkezdheti, addigra biztosan eltelt 9 hónap. A teljes terápia javasolt időtartama 18 hónap. Ezalatt és más esetben is a feltétel nélküli elfogadás, a következetesség, a szakmai hitelesség, a rendszeresség és a kiszámíthatóság a legfontosabbak az alapítvány munkatársainak eszköztárában.

A korábban már említettek szerint utánkövetést is biztosít az intézmény; ilyenkor a korábbi gondozottak élhetnek a lakóotthonban, miközben már külső munkahelyen dolgoznak.

„Vannak olyan találkozások, amelyek felforgatják az egész életünket" – s mi reméljük, hogy a velünk való találkozás is egy ilyen hatás a gondozottak számára – zárta előadását egy kutya-macska barátságot ábrázoló képpel *Bató Éva*.

Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF-ek) szerepe a prevencióban – Majzik Balázs

A Nemzeti Népegészségügyi Központ Drogmegelőzési Programok Osztálya részéről *Majzik Balázs* osztályvezető tartott előadást. Felütésképpen Frankó Andráshoz tért vissza, akinek egyik legfontosabb üzenete az volt, hogy ne hagyjuk egyedül a szenvedélybetegeket, a szülőket. *Majzik Balázs* ehhez kapcsolódóan azzal indított: fontos, hogy a szakembereket se hagyjuk magukra. Legyen egy közös szemléleti keretük, és támogassuk az együttműködést a szakemberek – például a pszichológus és a pszichiáter – között. Hiszen egy horizontális szakpolitikáról beszélünk, aminek számos ágazatba implementálódnia kell: a szociális ágazatba, az egészségügybe, a foglalkoztatásba, a köznevelésbe. Két fontos üzenetet szeretne megfogalmazni az előadással: az egyik a felhívás az összefogásra, melyhez a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokat mint lehetőséget kínálja fel, a másik pedig a *prevenció* szemléleti kerete. A Drogmegelőzési Programok Osztálya az NNK Népegészségügyi Főosztályán kapott helyet, ahol az egészségfejlesztés általánosabb célkitűzésével összefüggésben igyekeznek koordinálni ezt a nagyon szerteágazó területet. Hozzájuk tartozik a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) munkájának támogatása.[25]

Az egészségmegőrzés és -helyreállítás terén elkötelezetten dolgoznak azon, hogy a közgondolkodásban az egészséget mint társadalmi értéket megerősítsék, hiszen az egészségre gondolhatunk úgy, mint a munka, a gazdasági teljesítmény, a közösség alapjára. Ennek a szemléletnek az elmélyítése közös társadalmi feladat, ami összefogást igényel és erősen épít a közösségek szerepére mind az egészségmegőrzés, mind a szűkebben vett drogprevenció területén.

A KEF-eknek immár 20 éves múltja van. Ezek a szerveződések (jogi személyiség nélküli szakmai csoportok) *Majzik Balázs* szerint nagyon egyszerűen arról szólnak, hogy a helyi szakemberek fogjanak össze, mérjék fel, hogy helyben mi a probléma, majd dolgozzanak azon közösen, hogy milyen megoldási módokat javasolnak. Így végeredményben a kábítószerellenes stratégia kulcstényezői a helyi drogpolitika motorját jelentik. 105 KEF van jelenleg az országban, őket próbálják hálózatba szervezni. Ez nem könnyű feladat, mert a szerveződések más és más szintű erőforrásokkal, háttérrel rendelkeznek; ráadásul részben önkéntességre épülnek. Mivel a helyi ügyek megoldására szerveződtek, a KEF-eknek jó esetben erős önkormányzati kötődésük van; ha a KEF kezdeményezéseit, eredményeit a helyi politikai vezetés is támogatja, ha be tudnak menni a közgyűlés elé és ott költségvetést tudnak a munkájukhoz kapcsolni, akkor tudják biztosítani a stabil működési feltételeket.

Az NNK által támogatott programok a Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztés koncepcióján alapulnak. Ez a megközelítés az egészségfejlesztés részeként tekint a lelki

[25] Létrejöttük kereteit a 2000. december 5-én elfogadott Nemzeti Stratégia a Kábítószer-probléma Visaszaszorítására fogalmazta meg, az első KEF-ek 2001-ben alakultak.

egészség fejlesztésére, és ehhez kapcsolódóan a szerfogyasztás megelőzésére. Ebben a tevékenységében az állam nem hagyja magára az iskolákat. A 20/2012-es EMMI rendelet meghatározza az akkreditációs folyamatot ahhoz, hogy egy szervezet e téren iskolai prevenciós munkát végezhessen. A módszertant részletesen be kell mutatniuk, ezt egy bizottság értékeli, és megadja a szakmai ajánlást. Az állam aztán a szervezetet támogatja abban, hogy menjenek be az iskolába, mérjék fel az osztályt, és személyre szabottan, *folyamatban*, kurrikulumszerűen felépített és utánkövethető módon végezzék ezt a munkát. Ezek a szervezetek általában részt vesznek a helyi KEF munkájában.

A KEF-ek működésének promotálása, társadalmi értékességük bemutatása céljával hozták létre a http://kef.hu/oldalt, ahol minden KEF létrehozhatja a saját aloldalát (érdemes megnézni jó gyakorlatként Kisvárda, Debrecen, Szombathely vagy a 3. kerület aloldalát). *Majzik Balázs* arra biztat minden iskolát, hogy keressék meg a KEF-et, kérdezzék meg, hogy milyen szervezetek dolgoznak velük, vigyék el hozzájuk kérdéseiket, problémáikat, és vegyenek részt a közös helyi prevenciós munkában.

Gyermekvédelem alulnézetből – Jármi Éva (Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet)

Jármi Éva az egyetemen pedagógusokat, iskolapszichológusokat tanít gyermekvédelmi ismeretekre, és ebben az előadásban is alapvetően a pedagógusokra fókuszál. A címet a szervezők adták, és amikor az előadó meglátta, ráeszmélt, hogy ez a nézőpont tényleg érvényes a pedagógusokra, mert ők képezik az „alját" annak a rendszernek, mely a gyerekek jogainak érvényesülését és fejlődésüket biztosítja, miközben még sincsenek benne annyira, mint a gyermekvédelem szakemberei, és annyira sem, mint a rendszeren belül felnövő gyerekek. Az előadónak sokszor az a benyomása, hogy a pedagógusok nem látnak rá a gyermekvédelmi rendszerre: kicsit kívülről és tényleg alulról nézik, miközben ők adják a bemenetet mint jelzőrendszeri tagok.

Mit látnak így a pedagógusok? *Jármi Éva* tapasztalatai szerint ez az élmény nagyon kettős lehet: egy csoportjuk a gyermekvédelmet egészen jó építménynek látja. Talán nem ismeri az összefüggéseket, de azt, hogy ez egy nagy és komplex rendszer, aminek a célja a gyerekek védelme, elfogadja, és nagyfokú bizalmat előlegez neki. Van azonban a pedagógusoknak – és másoknak is – egy másik csoportja: az ide tartozók a gyerekvédelemre hatóságként tekintenek, amelyre inkább a kontroll jellemző; inkább bünteti azokat, akik a részévé válnak. Akik így látják a gyermekvédelmet, sokkal kevésbé nyitottan viszonyulnak hozzá.

Az együttműködés szempontjából persze *félelmetesen meghatározó, hogy a pedagógusok mit gondolnak a gyermekvédelmi rendszerről*. Hiszen feladatuk például, hogy jelzést küldjenek egy gyerek veszélyeztetettségéről. Mit gondol a jelzést megtevő pedagógus, *mi fog történni a jelzés után a gyerekkel a rendszerben?* Eljut a megfelelő emberhez, és a védelmi folyamatnak siker lesz a vége? Esetleg azt gondolja a veszélyeztetettséget észlelő pedagógus, hogy teljesen fölösleges jelezni, mert nem tudja, mi fog történni, így nem meri megkockáztatni *–hátha a jelzése rosszabb helyzetet eredményez*. Vagyis az, hogy a jelzőrendszer tagja mennyire bízik a gyermekvédelemben, erősen meghatározza jelzési hajlandóságát, s hogy mennyire tartja fontosnak az együttműködést.

Az egyik kurzusunkon – folytatta az előadó – nehéz gyermekvédelmi esetekről kérünk esettanulmányokat, ezek alapján tudom felsorolni azokat az anomáliákat,

amelyekről panaszkodnak a pedagógusok (a diasoron itt hosszú felsorolás látható). Két dolgot emelek ki, ami tapasztalatom szerint a leginkább aláássa a bizalmat.

Az egyik, hogy a jelzést tevő elveszíti az esetet onnantól fogva, hogy jelzett; *semmilyen visszajelzést nem kap arról, hogy mi történt*, még akkor sem, ha családgondozás, nagyon komoly ellátás folyik. Lehet, hogy ő erről semmit nem tud, és azt érzi, fölösleges volt jeleznie.

A másik eset, amikor azt érzik a pedagógusok: ha ők segítő szándékkal jelzést küldenek, és a gyermekvédelem beavatkozik, *ez gyakran szankcionálást jelent*; a család kontrollját, a családi pótlék elvételét, a gyerek kiemelését – ami a gyerek számára trauma. (Hiszen amikor azért emelik ki, hogy ő biztonságba kerüljön, mert a családon belül bántalmazzák, a gyerek maga azt éli meg, hogy *neki* kell elhagynia a családját és bekerülnie egy gyerekotthonba.) Vagyis a gyermekvédelemben olyasmi történik, ami a percepció szintjén nem minősül segítségnyújtásnak, még ha tudjuk is, hogy az intézkedésnek ez a célja. Egy-egy ilyen intézkedés előrevetíthetősége sok pedagógust gátol a jelzés megtételében.

Még egy tényezőt kiemelt az előadó, ez pedig a *nagyfokú fluktuáció a gyermekvédelemben*. Olyan gyorsan cserélődnek a szakemberek, hogy nem lehet azt gondolni: a jelzés után az esetnek jó gazdája lesz. Állandóan új családgondozó jelenik meg, és a pedagógusnak az az érzése, hogy mindent elölről kell kezdeni. A szakellátásban ugyanez a helyzet a gyermekvédelmi gyámokkal – a gyerekek sokszor nem találkoznak kétszer ugyanazzal az emberrel, nem tud kialakulni a bizalom közöttük.

Mi javíthat a helyzeten?

A fentiek nyomán *Jármi Éva* a visszacsatolás szükségességére hívja fel a figyelmet. A gyermekvédelemnek kötelező visszajelzést küldenie a jelzésre, de az előadó hangsúlyozza, hogy *ezen túlmenő, komoly visszacsatolásról beszél*, amelynek arról kellene szólnia, hogy *mi történt a jelzés nyomán*. Nagy szükség volna esetek publikussá tételére, hogy ezek híre eljusson akár más pedagógusokhoz is. Még nagyobb szükség lenne annak bemutatására, hogy egy-egy esetben a rendszer mely pontjain milyen intézkedésekkel, hogyan segítettek a szakemberek. Fontos tehát, hogy *a jó történetekről is legyenek visszajelzések*, ne csak a drámai esetek jussanak el a jelzőrendszeri taghoz a médián keresztül, hanem a sikerek is. Ha vannak nehéz esetek, azt elemezni kell, és szakmaközi megbeszéléseken le kell vonni a tanulságokat.

Az előadó másik üzenete azzal kapcsolatos, hogy a gyermekvédelem sokszor talán nem is tudja, hogy a jelzőrendszeri tagok – például az iskolában – hatóságként tekintenek rá. Ezt tudatosítani kell, és tudatosan kell a rendszer *segítő* imázsát építeni – a segítő és a hatósági funkciókat szét kell választani. Ennek viszont az a feltétele, hogy a családsegítés ténylegesen partneri viszonyban történjen, különben az alá-fölérendelt viszonyban jelen lévő kontrollt a résztvevők érzékelik, és ez a hatóságként való percepciót erősíti meg.

Fontos (lenne), hogy a gyermekvédelmi rendszer működéséről legyen egy képe a pedagógusoknak (itt egy bekötött szemű karikatúrát mutat az előadó, szóban is jelezve, hogy a metafora nem véletlen). *A tanárképzésben például nem szerepel a gyermekvédelem mint kötelező tantárgy*, a képzésben esetleges, hogy e téren ki milyen ismereteket és támogatást kap. De később sem jobb a helyzet: egy kutatás szerint a továbbképzések választásánál nagyon csekély az érdeklődés a téma iránt, vagyis, bár nincsenek megfelelő ismeretek, mégsem éget az ismerethiány. Ráadásul, szintén a kutatás szerint, aki elmegy egy ilyen képzésre, az sem érzi magát utána kompetensebbnek.

Ez a bizonytalanság érzékelhető akkor is, amikor megkérdezik a pedagógusoktól, hogy veszélyeztetettség esetén kihez fordulnak segítségért; sokkal többen mondják azt, hogy valakihez az intézményen belül, és ha külső intézményt említenek, akkor sem egy gyermekvédelmit, hanem a pedagógiai szakszolgálatot. Ez – a fent már taglalt gyanúkon túlmenően – azt is jelzi, hogy a pedagógusok egy része *a veszélyeztetettséggel kapcsolatos problémát mint pedagógiai problémát definiálja*. Így amin ő dolgozni szeretne, az nem a háttérben húzódó alapprobléma megoldása, hanem az ebből fakadó nemkívánatos iskolai viselkedés, a teljesítményzavar az, amivel kapcsolatban segítséget kér.

Az előadó itt ismét arra kereste a választ, hogy mi javíthat a helyzeten.

Elsőként megemlítette: jó lenne, ha a tanárképzésben nagyobb teret kapna a gyermekvédelem és a gyermekvédelmi pszichológia, valamint azok a módszertanok, melyeket a pedagógusok a hátrányos helyzetű gyerekek tanulmányainak támogatása érdekében használhatnak. Két könyvet ajánl, a *Tanítani a taníthatatlant* (Matthew D. Liddle) és a *Hátrányban az előny* kézikönyveket (utóbbi online letölthető, Gyarmathy Éva munkája). Jó gyakorlatként megemlíti a KIP és a NoBadKid programokat, melyek segítenek a hátrányos helyzetű gyerekeket támogatni az iskolában.

A pedagógusok kompetenciaérzése, ahogy korábban már láttuk, *nem attól nő, hogy ismeretekkel rendelkeznek*. Az említett kutatás azt találta, hogy azoknak a pedagógusoknak nőtt a kompetenciája, akiknek már volt több iskolai esetük; olyan saját élményük, amiből tanultak arról, hogy hogy működik a gyermekvédelmi folyamat – például a bántalmazás felismerésétől kezdve a jelzésen keresztül a megsegítésig –, így ezeket a tapasztalatokat tudta átgondolni és a saját működésébe beépíteni. Ez a fajta *reflexión alapuló fejlődés* az, ami a pedagógusokat magabiztosabbá teszi hasonló helyzetekben.

Felmerül a kérdés, hogy lehet-e külső szakembereket bevonni az iskola gyermekvédelmi tevékenységébe. A gyermekvédelmi rendszeren belül az esélynövelő szolgáltatások körében a Tanoda program az, ami az iskolához köthető: a program a szociokulturálisan hátrányos helyzetű gyerekek iskolai sikerességét igyekszik – délutáni foglalkozások nyújtásával – támogatni. Határozottan üdvözlendő, hogy a tanodák beemelődtek a gyermekvédelem rendszerébe, és így mint állami feladat definiálódnak (ami megbízhatóbb finanszírozást jelent), a másik oldalról azonban – figyelmeztet az előadó – folyik egy szakmai vita arról: nem legalizáljuk-e ezzel, hogy az iskola képtelen ezeknek a gyerekeknek a megtartására. Eszerint a vélemény szerint a tanodarendszerrel egy árnyék-iskolarendszer alakul ki, melynek a feladata kompenzálni az alap-iskolarendszer hiányait –azonban ezzel végeredményben pont a hiányokat stabilizálja. Emiatt sokan azzal érvelnek, hogy az iskolákat kellene inkább tanodásítani, vagyis alkalmassá tenni a feladat ellátására. Erre jó példa a Burattino Iskola.

Külső szakemberek bevonására példa még az iskolai és óvodai szociális segítők rendszere, amely harmadik tanévét kezdte a konferencia időpontjában. A szociális segítőknek nagy szerepük van abban, hogy a pedagógusok jelezzék a veszélyeztetettséget; ennek ösztönzésével, előmozdításával tudnak a legtöbbet segíteni. A jelzések megtételét segíti a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság gyermekvédő hívószáma is (06-80-212-021), ahol 24 órás szolgálatban válaszolnak a szakemberek a hívók veszélyeztetettséggel kapcsolatos kérdéseire. Itt szakemberként is lehet anonim módon segítséget kérni a jelzéssel kapcsolatban, sőt a segítők el is indítják a jelzés hivatalos folyamatát, ha indokoltnak látják.

Kiemelten fontos az előadó szerint az iskolai eljárásrendek kialakítása. Dokumentumelemzések mutatják, hogy nincs az iskolákban átgondolt gyermekvédelmi

program. Sokat segítene, ha lennének protokollok egy-egy veszélyeztetettséggel kapcsolatos történésre. A Hintalovon Alapítvány *Nemecsek program*ja segít az intézményeknek kialakítani ezeket az eljárásrendeket, meghatározni, hogy kinek mi a feladata, és hogyan járjon el, ha bárkinek a biztonsága veszélyben van.

Utolsó gondolatként *Jármi Éva* a traumatudatos szemlélet jelentőségét emelte ki. A gyermekvédelemben az elmúlt években elindult ennek a szemléletnek az erősödése, amit a konferencia következő előadásai is alátámasztanak az előadó várakozása szerint. A traumatudatos szemlélet lényege annak a megértése, hogy *ha traumatizált gyerekekkel dolgozunk, nem hagyhatjuk figyelmen kívül a korai traumák hosszú távú következményeit*. Nem várhatjuk el például egy nevelőszülőhöz kerülő gyerektől (mondván, hogy már biztonságban van), hogy egyszerűen „tegye le a puttonyt", amiben ott hordozza a negatív életesemények hatásait. Fontos, hogy ezen a traumalencsén keresztül nézzük a gyerekek viselkedését, és a „mi baj van veled" kérdése helyett a „mi történt veled" kérdést tegyük fel. Azoknak a felnőtteknek is, akik traumatizált gyerekekkel dolgoznak, folyamatos támogatásra van szükségük, hiszen ezekkel a gyerekekkel sokszor nagyon nehéz együttműködni. A gyerekek támogatását úgy kell kialakítani, hogy fizikai biztonságuk mellett a traumafeldolgozásuk elősegítése is célkitűzés legyen, és minden olyan tényezőt erősíteni szükséges, ami a trauma hosszú távú következményeinek a hatását csökkenti. A reziliencia erősítésének létezik pedagógusok számára is módszertana – sajnos egyelőre csak angol nyelven érhető el[26] –, amely egészen gyakorlati ötletekkel szolgál a pedagógusoknak a traumatudatos szemlélet beépítésére.

Bántalmazott gyermekek kivizsgálása és ellátása (a Barnahus módszer) – Lázáryné Illés Mária

Lázáryné Illés Mária, a szombathelyi Barnahus-szolgálat és a Barnahus Nemzeti Tudásközpont vezetője intézményükről és munkájukról beszélt előadásában.

A Barnahus-szolgálatot 2016 novemberében nyitották meg, a Vas Megyei TEGYESZ épületének néhány szobájában kialakítva, Magyarországon és Kelet-Közép-Európában egyedülállóként. Ma már 12 országban 52 ház van, az egyre bővülő hálózatban itthon is több új intézményt sikerült megnyitni. Nagyon erős európai fejlődés indult be a bántalmazott gyerekek védelmében, sok országban számos szakember és minisztérium dolgozik azon, hogy a szexuálisan bántalmazott gyerekeket gyerekhez méltó körülmények között vizsgálják. Ez azt jelenti, hogy a gyerekek a legszelídebb rendőrségi és bírósági eljáráson tudnak keresztülmenni.

A *barnahus* izlandi nyelven (a modell innen származik) gyerekházat jelent. Éppen a szombathelyi szolgálat javasolta, hogy legyen a gyerekbarát igazságszolgáltatást és a gyermekvédelmet összekapcsoló szolgálatok elnevezése egész Európában egységes, így terjedt el a fordítás nélküli elnevezés, amire mindenki felkapja a fejét, és éppen ez volt a cél.

Az ENSZ 1997-es Gyermekjogi Egyezménye kimondja, hogy minden olyan intézkedésnek, amit egy állam a 18 év alatti gyermekekkel kapcsolatban meghoz, a gyermek mindenek felett álló érdekét kell szolgálnia. Ezt szem előtt tartva az erősen a

[26]https://web.unbc.ca/~loneill/classroomstrategiesmanual.pdf; A szakirodalom a *trauma-informed classroom strategies* kifejezést használja a módszertanra.

felnőtt társadalomra szabott igazságszolgáltatási eljárásokon, akár a perszakaszban, akár a nyomozati eljárásban, változtatni kell. 1997 és 2013 között ezügyben nem igazán történt változás Magyarországon. 2013 azonban a gyerekbarát igazságszolgáltatás éve volt, s ekkor a rendőrségeken gyerekbarát kihallgatószobákat létesítettek. (Itt az előadó megjegyzi, hogy ezek nem igazán alkalmasak a célra, ahogy a később a bíróságokon létrehozott gyerekbarát kihallgatószobák sem.) Ebben az időszakban már Európa számos országában létesítettek – ma már Barnahusnak hívott – gyerekházakat.

A módszert a szombathelyi szolgálat alapítói 2013-ban Izlandon tanulták. Gyermek klinikai szakpszichológusként és igazságügyi szakértőként az előadó azt szokta mondani: ebben az intézményben virtuálisan az van a falakra írva, hogy ***itt hisznek a gyereknek***. Ez egy nagyon fontos tétel ebben a munkában.

A modell elsősorban maga az infrastruktúra. Európában általában családi házakban működik a Barnahus, aminek még tábla sem jelzi a falán, hogy milyen létesítmény van benne. Magát az infrastruktúrát franchise rendszerben alakítják ki, vagyis lényegét tekintve egyforma valamennyi Barnahus: van egy speciálisan berendezett gyermek nőgyógyászati vizsgálószoba, amiben a szexuálisan abuzált, érzelmileg vagy fizikailag súlyosan elhanyagolt, illetve fizikailag vagy verbálisan súlyosan bántalmazott gyerekeket vizsgálja meg speciálisan erre kiképzett gyermeknőgyógyász és a védőnők. Magyarországon csak a védőnők vetkőztethetik le a gyereket, egy pszichológus nem, és nagyon sokszor kiderül, hogy a gyermek testén súlyos, már gyógyult vagy gyógyulófélben lévő bántalmazásnyomok vannak, vagy rosszul forrtak össze a csontjai, melyek korábban fizikai bántalmazás következtében sérültek meg. A speciális gyermeknőgyógyászati vizsgálat jól kidolgozott rendszerben folyhat. A vizsgálatokról színes videofelvétel és színes fényképek készülnek az orvosszakértői lelet részeként.[27] Olyan bizonyítékokat gyűjtenek össze a szakemberek, amelyek segítik az ügyészt a vádemelésben, a bírót pedig a perszakaszban és később, az ítélet meghozatalában. Amikor perszakaszban a tárgyalóterem hatalmas képernyőjén megjelenik az orvosi vizsgálat videofelvétele, ennek sokkal erősebb bizonyító ereje van, mint egy ambuláns kezelőlapnak.

A bizonyítékok második körét a gyermeknek egy speciálisan bekamerázott szobában történő meghallgatásakor gyűjtik speciális kihallgató módszerrel; ezt a magyar szakemberek külföldi tanulmányútjaik során sajátították el. A meghallgatást pszichológus vezeti, és mára a jogszabályi környezet is úgy alakult, hogy ez kiváltja a rendőri kihallgatást. A büntetőeljárási törvény 151. §-át az EMMI, az Igazságügyi Minisztérium és a Barnahus jogi tevékenysége folytán úgy módosították, hogy 2021. január 1-től a nyomozati szakban speciálisan kiképzett pszichológusok hallgathatják ki a gyerekeket a Barnahusban. Ez a gyerekek mindenek felett álló érdeke megvalósulásának egy fontos állomása. A meghallgatás előtt a pszichológus konzultál a nyomozó rendőrökkel, egyeztetve a felteendő kérdéseket – de végső soron a pszichológus dönti el, hogy adott kérdés nem traumatizálja-e a gyereket. A speciálisan bekamerázott szoba mellett van egy ún. monitoringszoba (ez tehát a harmadik helyiség), ahol egy nagy kivetítőn az ügy nyomozati rendőre és ügyésze nyomon követi a pszichológus kihallgató munkáját, és egy fülesen keresztül, ha úgy ítélik meg, kérdést javasolnak a pszichológusnak, vagy javaslatot

[27] Az előadó nem beszélt róla, de fontos itt elmondani, hogy a vizsgálathoz olyan speciális kamerát alkalmaznak, ami érintés nélkül képes felvételt készíteni a nemi testüregekről, ami teljes értékű bizonyítékként szolgál a nemi erőszakkal kapcsolatos eljárásokban. (*A szerk.*)

tesznek a vizsgálat további irányára. Illetve szüneteket tartanak, és ekkor beszélik meg, hogy mit volna még jó megkérdezni a gyerektől. Az a cél, hogy a gyereknek egyetlen egyszer kelljen a történetet elmondania, és soha többé ne kelljen utasításra felidéznie azt a traumát, ami vele történt. Az adatvédelmet biztosító jogszabályoknak megfelelően történő videofelvétel fog később szerepelni a nyomozati szakban és a perszakaszban, így kerülik el, hogy a gyereknek újra fel kelljen idézni a vele történteket.

Nagyon gyakran tapasztaljuk, hogy a gyerekek, amikor felidézik például a szexuális bántalmazásuk tényét, nagyon heves reakciókat élnek át. Ez az újrafelidézés súlyos traumatizációt idéz elő náluk, főleg akkor, ha a bűnelkövetés és a gyerek kihallgatása között olyan sok idő telik el, hogy a személyiségfejlődésében történik egy váltás. Például ha a gyerek időközben a kisiskoláskorból a kiskamaszkorba lép, fejlődik a fogalmi gondolkodása, sokkal több mindent ért meg a világból, és amikor egy barnahusos kihallgatáson felidézi a történteket, akkor érti meg, hogy az a személy, akit a legbelső bizalmi körébe tartozónak vélt (apuka, nevelőapa, nagyapa, testvér, féltestvér, nagybácsi), az, akinek őt szeretni, mindentől védeni kellett volna, milyen borzasztó cselekedetet hajtott végre rajta.

A negyedik szoba az infrastruktúrában egy szintén bekamerázott terápiás szoba. A Barnahus ugyan nem gyógyító szolgálat, hanem a 21. századi igazságszolgáltatásnak egy európai követelményeknek megfelelő színhelye, de mégis céljuk, hogy minden itt kihallgatott gyermeknek egy maximum négy alkalmas traumacsökkentő speciális terápiát nyújtsanak, hiszen az, hogy a kihallgatás során egyáltalán fel kellett idéznie a bántalmazás emlékét, jelentősen traumatizálja a gyereket. A Barnahusban segítenek abban, hogy el tudja helyezni magában a történetet – erre a célkitűzésre speciális terápiás módszert alkalmaznak. Azért van kamera ebben a szobában is, mert a nemzetközi gyakorlat megmutatta, hogy nagyon sok gyerek, amikor a meghallgatása után visszajön az első terápiás alkalomra, azzal kezdi, hogy mi mindent felejtett el a kihallgatás során elmondani – gyakran olyan dolgok jutnak eszébe, amik bizonyítékként szerepelhetnek a nyomozati szakaszban.

A munka jelentős része az adatgyűjtés, a statisztikaszolgáltatás, továbbá az utánkövetéses vizsgálat. Erre is szeretne jogszabálymódosítást elérni a Szolgálat, mert a nemzetközi sztenderdek szerint bizonyos idő elteltével szakembernek kell felkeresnie a gyereket, a családot. Ezt ők már most megteszik, és elsősorban arról érdeklődnek, hogy milyennek élte meg a gyerek a Barnahusban zajló kihallgatását, a terápiáját. A visszajelzés szükséges ahhoz, hogy a szolgáltatást javítani tudják, illetve azért is, hogy nyomon kövessék a gyermek állapotát.

A Barnahust leszámítva elhanyagolt terület az igazságszolgáltatásban a gyerekek nonverbális kommunikációjának a figyelembevétele a bizonyítékgyűjtésben. Miután videófelvétel készül minden gyermekről, amit többször visszanéznek, a Szolgálatnál ráeszméltek arra, hogy a gyerekek mennyire kifejezőek nonverbálisan, hogy mennyire mindent el tudnak mondani, csak oda kell figyelni, megérteni, és szavakra fordítani. A szombathelyi Barnahusnak ez a vezető kutatási témája.

Az előadó ezt követően egy jogszabályt ismertetett: 2019. január elsején lépett érvénybe a Gyermekvédelmi törvényben, hogy

61. § (2) A gyermekvédelmi szakszolgáltatás az elhanyagolt és bántalmazott, közülük is elsősorban a szexuálisan bántalmazott gyermekek vizsgálatát és terápiáját végző szolgáltatást, valamint – hivatalos szerv megkeresésére – az érintett gyermekek

meghallgatását elősegítő szolgáltatást működtethet, amelynek során a gyermekvédelmi szakszolgáltatás együttműködik a megkereső szervvel.

A jogszabály azt jelenti, hogy Barnahus-szolgáltatást csak a TEGYESZ-ek hozhatnak létre, amivel kapcsolatban az előadó jelezte a reményét, hogy Magyarországon elérünk oda, hogy a 19 megyében és Budapesten is lesz ilyen intézmény, tehát összesen 20 Barnahus működik majd az országban. Az előadó szomorúan fejezte ki, hogy úgy látja, egyre nagyobb szükség van rá. A kísérleti pilotprogrammal működő szombathelyi szolgáltatás szűk két év alatt, nagyon kislétszámú személyzettel több mint 150 olyan gyereket vizsgált meg, akinél felmerült a szexuális abúzus vagy a súlyos érzelmi elhanyagolás – túlnyomórészt az előbbi – gyanúja, és ez nem kevés. Sajnos a munkájuk eredményességéről kevés visszajelzést kapnak, noha hosszú évek óta törvény mondja ki, hogy az igazságügyi pszichológus szakértőnek, ha kéri, a nyomozati és a bírósági szakban visszajelzést kell adni az ügyről; történt-e vádemelés, történt-e ítélet, és az másodfokon is jogerőssé vált-e. A munkájuk eredményességét abban látják, hogy sikerült-e bizonyítékokat nyújtani az igazságszolgáltatás számára, és szakemberként is azt kívánják, hogy aki bántalmazta a gyereket, az kapja meg a méltó büntetését. Sajnos erről nem kapnak visszajelzést, informális csatornákon tudják, hogy Vas megyében, amióta Barnahus működik, a nyomozati és a perszakasz ideje is jelentősen lerövidült, és jogerős ítéletek is születtek, amelyeknél az igazságszolgáltatás szakemberei azt mondják, hogy ez már a Barnahus munkájának is köszönhető.

Több olyan utánkövetéses eredményük is van, ahol a másodfokú ítéletig a gyermek különböző mentális problémákkal – depresszióval, étvágytalansággal, motiválatlansággal, súlycsökkenéssel – küszködött, nem érezte magát biztonságban az elkövetőtől, és amikor megtudta, hogy az elkezdte a jogerős büntetése letöltését, a gyereknek egy csapásra megváltozott a viselkedése, megnyugodott és biztonságban érezte magát.

Az EMMI és a Pénzügyminisztérium problémaérzékenységének köszönhetően és a szombathelyi szolgálat elismeréseképp Budapesten, Miskolcon és Debrecenben[28] zajlik a következő Barnahusok kialakítása és pilot működésük beindítása. Végezetül az előadó hozzátette, hogy a Barnahus honlapján keresztül szívesen válaszol kérdésekre, és az érdeklődőknek telefonos konzultációt is ígért.

Bizonyítékokon alapuló elsődleges megelőzés. Az izlandi modell – Jón Sigfusson (ICSRA[29])

Az előadó egy 1997. júniusi éjszakán Reykjavík belvárosában készült fotó bemutatásával kezdte az előadását, melyen az utca tele van részeg, nagyrészt 15-16 éves fiatalokkal. (Fontos, hogy ez egy több mint 20 éves fotó, ami abból is látszik, hogy a képen rajta van a McDonald's, amely azóta kivonult az országból.) Felmérések szerint akkoriban a tizedik osztályos tanulóknak majdnem fele volt részeg a megkérdezést megelőző 30 napban.

[28] Az Országos Gyermekvédelmi Szakszolgálat területi központokat felsoroló tájékoztatása szerint jelenleg a szombathelyi mellett Gyulán, Budapesten és Debrecenben működik Barnahus szolgálat. (*A szerk.*)

[29] Jón Sigfusson előadását videofelvételről láthattuk, angol nyelven, magyarul feliratozva.

Erre a súlyos helyzetre régóta kereste Izland a megoldást. Tavaly aztán az egész világon címlapon hozták az újságok a tudósítást arról, hogy Izland képes volt megállítani a pszichoaktív szerekkel való visszaélést. Az előadó egy diagramot mutat, melyen az látszik, hogy 1998-ban a tinédzserek 42 százaléka volt részeg a kérdezést megelőző 30 napban – míg jelenleg ez az arány 6 százalék. A diákok 23 százaléka rendszeresen dohányzott, ami most 2 százalék, a cannabist kipróbálók aránya pedig 17-ről 7 százalékra csökkent. Új kihívást jelent azonban az e-cigaretta, amit a fiatalok kb. 10 százaléka használ napi rendszerességgel. A 2015-ös ESPAD[30] kutatásokban az látszik, hogy a „nehézivó" epizódok elmúlt 30 napban mért aránya Izlandon alacsonyabb Dániához, Norvégiához, Svédországhoz képest, míg a 20 évvel ezelőtti eredmény még Dániáéhoz volt hasonló – vagyis a helyzet változtatható.

Vannak, akik azt mondják, könnyű az izlandiaknak változtatni, mert egy kis szigetországról van szó, kisszámú populációval, azonban Izlandot Máltával összehasonlítva látható, hogy ott a pszichoaktív szerekkel való visszaélés sokkal súlyosabb, sőt kifejezetten súlyos a gyerekek körében. Az előadó szerint ők azt mondják, hogy ez a turisták miatt alakult ki, azonban Izlandon is igen magas – a 350 000-es a népesség mellett 3,5 millió! – az egy év alatt ide látogató turisták száma, ami azt jelenti, hogy a szerfogyasztás nem a turistákkal van összefüggésben.

Az előző évben az izlandi szakemberek világszerte publikálták az eredményeiket, és próbálják megismertetni a módszertant is. Húsz éve kezdtek dolgozni a prevención, és 2015-re minden kategóriában több mint 50%-kal csökkent a szer-abúzus jelenléte. Hogyan sikerülhetett ez? Bevezették a „Youth in Europe" modellt, ami igen egyszerű (sokaknak épp az a gondja, hogy túl egyszerűnek tűnik), és úgy látják, más országokban is alkalmazható; mára 24-25 országban indították el, Európán kívül Dél-Amerikában és Afrikában is – de nem állami szinten, hanem mindig az önkormányzatok, közösségek szintjén.

A projekt három tartóoszlopon nyugszik:

1. bizonyítékokra épül, vagyis semmit nem tesznek, amíg nincsenek empirikus bizonyítékok, ami alapján hatni tudnak a fiatalok életvitelére,
2. közösségekre alapozott, nem országos szintű – közösségekben, kerületekben, iskolákban dolgoznak
3. a kutatók, a politikusok és a közvetlenül a fiatalokkal dolgozók közötti párbeszéd kialakítását és fenntartását célozza meg.

Ezen pillérek együttesétől lesz sikeres a projekt.

Miért helyeznek ilyen nagy hangsúlyt a kutatásra? Ugyanazért, amiért senkinek nem jutna eszébe hidat építeni előzetes mérések nélkül. (Amikor az előadó ezt a példát egy chilei konferencián mondta el, a közönség nagyon élénken reagált, mert éppen a közelmúltban egy híd ilyen előzmények után omlott össze.) Az előadó kifejtette, hogy ha csak arra alapozunk, hogy mit éreznek vagy mondanak az emberek, a projekt nem fog működni. Empirikus bizonyítékokra van szükség, hiszen a gyerekeink életéről van szó. Az állami és önkormányzati kutató intézmények 1992-től kezdtek adatgyűjtésbe, a

[30] Iskolások egészségkárosító magatartása, európai kutatás - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

gyerekeket 10 éves koruktól 20 éves korukig minden évben kikérdezték, és az adatokat három korcsoportra osztva elemezték, ennélfogva hatalmas adatbázisuk van. Nemcsak arról, hogy mennyit isznak vagy dohányoznak a gyerekek; mindenre rákérdeznek, ami a gyerekek életében fontos, a barátaikhoz, szüleikhez fűződő kapcsolatra, az étkezésre, a pszichológiai aspektusokra (feszültség, stressz, szorongás, depresszió). Igyekeznek követni a változásokat, ezért a 20 évvel ezelőttiek mellett új készségekre is rákérdeznek.

A munkát két részre bontják: a tudományos rész az adatok mélyelemzése, melynek nyomán több mint 100 lektorált tanulmányt publikáltak (akár évekig is dolgoznak egy tanulmányon) az adatok alapján (a linkek megtalálhatók itt: www.planetyouth.org). A gyakorlati szakaszban ennél sokkal gyorsabb a folyamat: minden adatgyűjtés után a szakemberek akár nyolc hét alatt megkapják a beszámolókat, azaz az adott közösség átfogó elemzését. Így azonnali visszajelzéshez jutnak arról, hogy adott pillanatban mi történik, milyen problémákra kell reagálni. Ez az azonnali információadás a siker alapja.

Van egy részletes, naprakész adatbázisuk a megfelelő lekérdezésekkel, így csak be kell vigyék a legfrissebb adatokat, és azonnal készen állnak az eredmények.

A döntéshozók részére minden kutatás után kidolgoznak egy útmutatót arról, hogy mit lehet, és mit kell tenni. *Ezt* értjük a kutatók, döntéshozók és gyakorlati szakemberek párbeszéde alatt.

Mi az, amit az adatok alapján tanultak?

1998-ban már építhettek az 1992 óta összegyűjtött adatokra, és látták, hogy a szerhasználat folyamatosan növekszik a fiatalok között. Az adatokból látható volt, hogy bizonyos viselkedésminták köthetőek a szer-abúzushoz, vagyis az adatok között korreláció áll fenn. Ezért megvizsgálták a rizikófaktorokat és a preventív faktorokat, és azt látták, hogy négy faktort kell figyelembe venni: a család, a kortárscsoport, az általános jóllét és az iskolán kívüli tevékenységek, sport hatását. Számos együttjárást figyeltek meg a faktorok között: pl. az alkoholfogyasztás és a családdal töltött idő vagy a dohányzás és a sporttevékenység között.

Azt látták, hogy a család melege protektív tényező a drogfogyasztással szemben, ezért elkezdték edukálni a szülőket, miként tudnak prevenciós faktorként működni; pl. megelőzni, hogy a gyerekek céltalanul plázákban lézengjenek, mert a korreláció azt mutatta, hogy ők hajlamosabbak a drogok, cigaretta, alkohol fogyasztására. Vagy akik későn jártak haza, ők még inkább hajlamosak voltak pszichoaktív szerek és dohányáru használatára. Nem kerestek más magyarázatot, csak a korrelációt vizsgálták. Látható volt, hogy az általános jóllét is védőhálót jelent: minél jobban érzi magát egy fiatal pszichésen és fizikailag, annál kevésbé fogyaszt drogokat, és azok a fiatalok is védettek, akik iskolán kívül sportolnak. Eleinte azt gondolták, hogy önmagukban a tevékenységek a védőfaktorok, később azonban látták, hogy a szervezettség és a minőség fontosabb, mint maga a tevékenység. Vagyis abban, hogy *mennyire* védőfaktor egy tevékenység, a *minőség* a kulcsmomentum. Ezért minden tevékenységet jól képzett szakemberekre kell bízni.

1998-ban a kormány, Reykjavík városa és más önkormányzatok részvételével létrehozták a Drogmentes Izland programot, elhatározva, hogy megerősítik a preventív faktorokat és eliminálják a rizikófaktorokat. Sokan nevettek a program nevében rejlő lehetetlennek tűnő célkitűzés miatt. A kezdetben ötévesnek indult, a kormány által támogatott programban maguk se tudták, mi fog történni, egy kísérlet volt. Annyit tudtak, hogy amit korábban tettek, az nem vált be. Az a biztatás, hogy „mondj nemet a

drogokra", nem működik. Hogy valakinek minden barátja iszik és cigizik, *de ő nem fog* – ezt nehéz elképzelni, ezért *a környezet megváltoztatására* kellett koncentrálniuk.

Az elrettentésre épülő módszer helyett a Drogmentes Izland programban az életmód-környezetet igyekeztek megváltoztatni, és ezzel csökkenteni a szerfogyasztás rizikóját. Azt vallják, hogy le kell állni a gyerekek „oktatásával", hiszen a gyerekek okosak, tökéletesen tudják, hogy a drogok veszélyesek, nem kell újra és újra elmondani nekik, inkább olyan környezetet kell teremteni, ahol nincs szükségük drogokra.

Mélyebbre ásva a születési kohorszok longitudinális vizsgálatában azt találták, hogy az 1985-ben születettek közül 13 éves korukra 20 százaléknak volt részegségélménye, két évvel később, 15 éves korukra pedig 57%-nak. Hat évvel később egy újabb kohorszvizsgálatban 13 éves korra 10%, két évvel később 41% volt az arány. Rájöttek, hogy a szerhasználat születési kohorszokban vizsgálható, ezért fontos az első részegséget, drogélményt kitolni, amennyire csak lehetséges. 2016-ra Izlandon a 16–20 éves fiatalok 46%-a soha nem volt még részeg. Egyre gyakrabban hallani alkoholmentes bulikról (az előadó megjegyzi, hogy az ő fiatalkorában nem volt ilyen). A Nemzeti Egészségügyi Intézet szerint a korai alkoholfogyasztás egészségügyi probléma. Azok, akik 15 éves kor alatt kezdtek alkoholt fogyasztani, négyszer nagyobb valószínűséggel váltak alkoholfüggővé életük egy szakaszában.

Izlandon tehát az elsődleges prevencióra fókuszálnak, vagyis arra, hogy megelőzzék a drogfogyasztást, mielőtt elkezdődne. A korábbi időszakban számos, fiataloknak fenntartott drogrehabilitációs központ működött, mára összesen kettő van az országban, mert nincs szükség többre. Természetesen akadnak az elsődleges prevencióban nehézségek, főleg azoknak a gyerekeknek a támogatása, akiket nem érnek el az iskolában, illetve akik szétesett családban élnek.

Az eredmények azt mutatják, hogy a fiatalok alkohol- és szerfogyasztásának csökkentése céljával helyes irány a megelőző kutatásokra építeni, megerősíteni a szülőket, és rengeteg iskolán kívüli tevékenységeket szervezni. Az év teljes egészére nézve a gyerekek az éber idejüknek kb. a 20 %-át töltik aktív interakcióban felnőttekkel – 14-15%-ot az iskolában, és 5-6%-ot a szülőkkel. Vagyis az idő 70%-a szabad, ezt kell az előadó szerint értelmes és érdekes programokkal megtölteni.

Reykjavík városa a költségvetése 7%-át a fiatalokat célzó aktivitásokra költi. A Leisure Card-dal 2017 óta minden 6-18 éves fiatal és minden felnőtt évi 400 Eurót költhet a város által támogatott szabadidős tevékenységekre, ami mindenkinek a társadalmi-gazdasági feltételektől független lehetőséget jelenti. Vagyis ha a gyerek kosárlabdázni vagy táncolni szeretne, a szülő beíratja, és végső soron a város állja a költségeket.

A kormány is sok mindent tehet a megelőzésben. Szigorú rendelkezések szabályozzák az alkohol és a dohányáru forgalmazását, a megvásárlásuk 18 éves életkorhoz kötött, a boltokban való láthatóságuk, elhelyezésük szigorú szabályokhoz van kötve, és a csomagoláson figyelmeztetések láthatóak.

Utolsó témaként az előadó a közösségre való fókuszálásról beszélt. Úgy fogalmazott, hogy az *átlag* a társadalomtudományok legnagyobb hazugsága; az átlagadatok nem mondják el az egész „történetet". Ezért ők mindig közösségre koncentrálnak; az önkormányzatokat *helyi* adatokkal látják el. A friss helyi információk segítenek a szakembereket közös asztalhoz ültetni és cselekedni.

Az előadásban bemutatott intézkedések hatására növekedett a szülői monitorozás hatása: kevesebb késő este otthonon kívül töltött idő mellett növekedett a fiatalok

aktivitása, csökkent a bűnözés, a bullying, a szexuális abúzus és az abortuszok száma. Kevesebb a vandalizmus, a lopás – vagyis nagyon sok minden változott.

Összefoglalásképp az előadó kiemelte: mindez úgy történt, hogy nem a drogokról beszéltek, hanem megváltoztatták a környezetet. Nem a gyerekekre helyezték a felelősséget, hanem a társadalom végezte el a változtatásokat.

A konferencia zárásaként Makara Mihály megerősítette az izlandi példa általános relevanciáját, és figyelmeztetett a helyi jobbító, beavatkozó cselekvések fontosságára és szükségességére – továbbá köszönetet mondott a konferenciát befogadó iskolának. Matuszka Balázs pedig inspirálónak nevezte azt a sokrétű elhivatottságot, amely az előadásokban megjelent, illetve reményét fejezte ki, hogy az e konferencia által is ösztönözni kívánt párbeszéd – és a sokasodni kezdő jó gyakorlatok és kutatások – végre ellenpontot képeznek majd a Magyarországon szokásos problémahárítási reflexekkel szemben.

Kurmay Kitty festménye (6. o.)