

Tartalomjegyzék
1996., 6. lapszám

Szerző

Czike Klára

Cím

Addikciós tréning a gyermekvédelemben
dolgozó szociális munkások számára

A Félúton Alapítvány az iskolában

Gedeon Andor

Alkoholbetegek a szociális munkában

Dettre Erzsébet

Alkoholista szülők gyermekei

Majoros Mária

Fodor Miklós

Bihari Zoltán, Szabó András, Valachi László

Alkoholizáló család gyermeke a csecsemőotthonban
Alkoholprevenciós együttműködés

A mai fiatalok hétköznapi boldogsága – és
ahogyan szert tesznek rá
(Részlet egy vizsgálatból)

Arató Géza

A multidiszciplináris ellátás lehetőségei

Az egészséges ifjúságért
Zalai kezdeményezések

Czike Klára

Egészségügy, társadalom, alkohol

Simon Ildikó

Európai Alkoholelles Akcióterv

Herczog Mária

Szávai Ilona

Gyermek és alkohol

Így iszik a diáksereg

Felmérés orvostanhallgatók
alkoholfogyasztási szokásairól

Czeizel Endre

Magzati alkohol-rendellenesség

Horváth Mónika

A magzati alkohol szindróma megelőzése

A védőnő szerepe és feladata

Szenvedélybeteg a családban

A debreceni FORRÁS Leleki Segítők

Egyesület tevékenysége

Berényi András

TÁMASZ-gondozók az alkoholbetegek
kezelésében

Márton Edit

Változó viszonyok, változó család

Írta: Czike Klára

Addikciós tréning a gyermekvédelemben dolgozó szociális munkások számára

Az a felismerés, hogy az alkoholizmus és más függőségek mély hatást gyakorolnak a szociális munka gyakorlatára, nem új keletű. Már 1917-ben Mary Richmond írt a szociális munkások alkohol elleni küzdelemben betöltött szerepének fontosságáról.

Thomas K. Gregoire az amerikai Child Welfare 1994. január-februári számában közölt tanulmánya arról szól, hogy bár sok gyermek szociális problémájának gyökerét az alkohollal és egyéb drogokkal való visszaélés jelenti, a velük foglalkozó szociális munkások ennek ellenére kevés tudományos tréningen vesznek részt.

A függőségekkel kapcsolatos konzekvenciák különösen komolyak a gyermekvédelem gyakorlatában. A függőség nagy árat követel a családok sebezhető tagjaitól, a fiataloktól, és a még meg nem született gyermekektől.

Az Amerikai Egészségügyi Minisztérium (1990) becslése szerint az összes gyermekekkel szembeni visszaélések és bántalmazások majdnem 50%-ának eseteiben szerepel valamilyen addikció. A fiatalkorúak bíróságának feljegyzéseiből véletlenszerűen kiválasztott esetekben Famuro és társai felfedezték, hogy a bántalmazott gyermekek eseteinek 67%-ában szerepelnek függőségben szenvedő szülők. A legtöbb szerző növekvő valószínűséget talál a függés problémája és aközött, hogy az anya bántalmazza a gyermekét (Famular és tsai).

Azok a gyermekek, akik olyan családokból származnak, ahol a szülőknek alkohol problémája van, nagyobb az esélye arra, hogy kamaszkorban vagy felnőttként saját függősége is kialakuljon. Nehéz elképzelni, hogy hatékonyan működjön a gyermekvédelem az addikciós problémák ismerete nélkül. Ennek ellenére számtalan szociális munkás ismerete az alkoholizmusról és egyéb drogfüggőségekről meglehetősen hiányos. Van Wormer (Social Work and Alcoholism Counseling, Social Casework, 68, 7, 1987., 426-432) írja, hogy az elfogadott segítő szakmák - beleértve a szociális munkát is -, tradicionálisan elhanyagolják az alkoholproblémát. A legtöbb szociális munkás úgy fejezi be a szakmájára való felkészülést, hogy csak kis mértékben vagy egyáltalán nem részesül a függőségekkel foglalkozó oktatásban. Talán ennek a következménye, hogy a szociális munkások elkerülik azokat a klienseket, akik alkohol- vagy egyéb függőségben szenvednek - idézi B. Googins-t. Egy másik kutató, J. Kagle azt állapította meg, hogy a szociális munkások félnek szembesülni a kliensek alkoholproblémáival a vizsgált esetek lehangoló 83%-ában.

A szociális munkások ismereteinek növelésére, a hiányosságok pótlására a folyamatos oktatás egy a lehetséges válaszok közül. Kevés kutatás vizsgálta azt ugyanakkor, hogy az oktatás milyen hatást gyakorolt a gyermekvédelmi szociális munkásokra a munkába való visszatérésük után. Az oktatás költségeinek emelkedése és az anyagi források csökkenése miatt fontos a folyamatos oktatás hatásának vizsgálata szociális munkásokra és a kliensekre egyaránt.

Azért is fontos e tanulmány, mert annak a felmérésnek az eredményeit mutatja be, amely azt vizsgálta, hogyan hatott az alkoholproblémával és más függőségekben szenvedő gyerekekkel foglalkozó szociális munkásokra a folyamatos oktatás.

Számos szerző hivatkozott arra, hogy a tanulás hatására jelentős attitűdváltozások érhetőek el a családgondozó szociális munkásoknál. Azok a szociális munkások, akik feladatközpontú oktatásban vettek részt, használták is e technikát.

Fontos annak felismerése, hogy a folyamatos oktatás nem ad azonnali választ arra, hogyan kellene megváltoztatni a gyakorlatot. A folyamatos oktatásban való részvétel akkor a leghatékonyabb, ha szupervizorok segítenek a célok elérésében, elgördítve az akadályokat és megkönnyítve a szociális munkás erőfeszítéseit a gyakorlat és a csoportfoglalkozásokon tanultak összeegyeztetésére.

Az oktatás jelentős pozitív attitűdváltozásokat eredményez. A tréningek után a résztvevők szívesebben dolgoztak függőségben szenvedő kliensekkel, és megerősödik meggyőződésük, hogy változást érhetnek el. Az, hogy felismerik, hogy a függőség gyakran bántalmazás és elhagyás következménye, növelte a függőségi helyzetekre való érzékenységet. Ezek az attitűdbeli változások arra utalnak, hogy a folyamatos oktatás hatékony eszköz lehet ezen a területen.

(Thomas K. Gregoire: Assessing the Benefits and Increasing the Utility of Addiction Training for Public Child Welfare Workers: A Pilot Study. In: Child Welfare, Jan-Febr. 1994, pp. 69-82. alapján fordította és összeállította:)

Műhely

A Félúton Alapítvány az iskolában

Már rég nem vagyok diák, de ott ültem köztük, leghátul, amikor a számukra idegenek beléptek az osztályba. Egy nő, két férfi. Tapintható csönd lett, amikor az egyik férfi bemutatkozott:

– Csaba vagyok, alkoholista.

Önmagáról beszélt. A saját alkoholizmusáról. Arról, hogy ez milyen betegség, milyen fokozatai vannak. Mikor kellett volna észrevenni, hogy baj van, hogy ő másként iszik, mint a többiek, az úgynevezett szociális ivók. Végül arról, minek köszönheti, hogy abba tudta hagyni az ivást.

Majd a nő lépett elő, ő is hasonlóképpen mutatkozott be: „Gabi vagyok, alkoholista”, ő is a saját életéről beszélt, majd a másik férfi következett...

A negyvenöt percig tartó csönd és figyelem kétségkívül a szokatlanul személyes hangnak, a személyes történeteknek, a saját alkoholizmusuk nyílt beismerésének köszönhető.

A Félúton Alapítvány 1994. januárjában szerveződött, elsősorban „alkoholbetegek bentlakásos és járó beteg formában történő mentális gondozására”, de céljai között szerepel „az alkoholizmussal kapcsolatos előítéletek lebontása, a kialakult szemlélet megváltoztatása, őszinte, nyílt felvilágosítás és segítségnyújtás a fiatalság körében a betegség korai felismeréséről a várható tragédiák elkerülése érdekében.”

Az alapítvány tagjai tavaly novembere óta tartják a rendhagyó osztályfőnöki órákat azokban az iskolákban, amelyekben igényt tartanak önkéntes, és minden ellenszolgáltatás nélküli szolgálatukra.

Az érdeklődők levélben, vagy telefonon vehetik föl velük a kapcsolatot.

Levélcím:

Félúton Alapítvány

1107 Budapest

Somfa köz 15.

Telefon: 261-2780

Írta: Gedeon Andor

Alkoholbetegek a szociális munkában

Az alkoholfüggőség kialakulásának igen sok kiváltó oka lehet, de a családgondozói munka tapasztalatai alapján úgy gondolom, hogy a szociális feszültségek – a munkanélküliség, létbizonytalanság stb. – is hozzájárulhat ahhoz, hogy alkoholistává, alkoholbeteggé válik valaki. Munkánk során sajnos számos ilyen esettel találkozunk.

A jelen írásban azt próbálom körüljárni, mennyire lehet a szociális munka gyakorlatában megoldásokról beszélni, vannak-e egyáltalán megoldható esetek?

A családgondozó általában nem direkt módon találkozik alkoholbeteggel (sokan közülük ezt a problémát még maguknak sem vallják be) – erre a tényre, ha nincsenek nyilvánvalóan felismerhető külső jegek, többszöri találkozás, családlátogatás, a családtagokkal való beszélgetés után derülhet fény. Talán nem csak a szakember, hanem az alkoholbeteg számára is dilemma, hogy mennyire kezelhető anonim módon egy-egy eset, hol van az a határ, amikor hatósági beavatkozásra is szükség van – mert hogy ez is előfordulhat, bármennyire nem szeretjük a szociális munkában a hatósági eszközöket.

L.P. feleségével együtt nevelte két gyermekét, az öt éves Robit és a hét éves Józsefet. A családdal együtt laktak a nagyszülők is. L.P.-ről a környezete már évek óta tudja, hogy alkoholizál. Alkoholos állapotban agresszívvá vált, ha úgy adódott, megverte a feleségét, a nagyszülőket és a gyerekeket is, sőt késelési ügye is volt, ezért felfüggesztett szabadságvesztés büntetést kapott. Mindenki félt tőle, a családtagok, az óvónők, a pedagógusok, a szomszédok.

Nemrég egy hétfője utáni hétfőn reggel mindkét gyerek csúnyán összeverve ment óvodába, illetve iskolába. A gyerekekről azonnal orvosi látogatás készült. A nagyobb gyerekek a zúzódáson kívül három helyen volt eltörve az állkapcsa, a kisebbik nyakán kötéltől származó foltotagatási nyomokat állapított meg az orvos. A gyerekeket még aznap beszállították a Fővárosi Gyermek- és Ifjúságvédő Intézetbe. L.P.-t pedig előzetes letartóztatásba helyezte a rendőrség.

Tudom, aki a szociális munka területén vagy a gyermekvédelemben néhány évet eltölt, tucatjával sorolhatna hasonló eseteket. Mégis újra és újra felvetődik hasonló eseteknél, hogy miért kell bekövetkeznie ilyen vagy még súlyosabb családi tragédiának? Mit tettek az illetékesek, hogy a végkifejletet megelőzhessék? Szakmai körökben még mindig vita van arról, hogy az anonimitást garantáló Etikai Kódex (Szociális Szakmai Szövetség etikai kódexe és a Családsegítők Etikai Kódexe) ide vonatkozó passzusait érvényesíthesse a szociális munka, vagy hivatalos intézkedést kérjen a hatóságoktól. Azt is tudomásul kell venni persze, hogy egy hatósági procedura csak tüneti kezelés lehet; valódi megoldást az alkoholbetegek esetében is a prevenció, a betegség kialakulásának megelőzése nyújthat, kisebb eséllyel a gyógyulás, tünetmentesség.

Fontos azt is tudni, mire számíthat a családtag, szomszéd vagy bárki az alkoholbeteg környezetében, ha mégis rászánja magát, és bejelentést tesz az illetékes önkormányzatnál.

Talán furcsán hangzik, de egy ilyen bejelentéssel, panasszal sokszor az ügyintézők sem tudják, hogy mit kezdjenek. Ennek a bizonytalanságnak az igazolására idézem a BM. Önkormányzati Főosztályának jogértelmező tájékoztatását:

„Miután számos ügyintéző kereste meg hivatalunkat az alkoholisták, kábítószer-élvezők és gyógyszeres kóros mértékben fogyasztó személyek kötelező gondozásba vételével összefüggő jogszabályváltozást követő teendőikkel kapcsolatban, az egységes joggyakorlat

érdekében felkértük a BM Önkormányzati Főosztályát jogértelmező tájékoztató kibocsátására.

A BM válaszelevelében az alábbiakról tájékoztatt.

Az egészségügyről szóló és módosított 1972. évi II. tv. (Etv.) 35. paragrafusának helyébe lépő 1994. évi LXXXVII. tv. rendelkezéseivel a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétel a beteg lakóhelye vagy tartózkodási helye szerint illetékes helyi bíróság hatáskörébe tartozik, s a bírósági eljárás kezdeményezésére a kóros elmeállapotot megállapító pszichiátriai gondozóintézet vezetője bír hatáskörrel. Ezekben az esetekben a helyi önkormányzatok Jegyzőinek az eljárást meg kell szüntetniük, s tájékoztatni kell az ügyfelet – a beadvány és az iratok egyidejű visszaküldésével –, hogy az ügy elintézése nem tartozik államigazgatási útra, valamint arról, hogy az orvosi vizsgálat az illetékes háziorvosnál, sürgős szükség esetén pedig bármely orvosnál kezdeményezhető.

A BM. álláspontja szerint az eljárás megszüntetéséről a háziorvost tájékoztatni kell, mert sürgős szükség esetén a háziorvos vagy a beteget kezelő szakorvos közvetlenül intézkedhet az azonnali pszichiátriai gyógykezelésbe vételről. Azokban az ügyekben, amelyekben a kötelező gondozás hatálya fennáll ugyancsak a Jegyző hatósági eljárásának megszüntetéséről kell intézkedni, erről értesítve a háziorvost.”

A Ferencvárosi Önkormányzat Szociálpolitikai csoportjának vezetője elmondta, hogy ebben az évben alig volt „alkoholos ügyük”. Nem hiszem, hogy azért, mert sok család nem küszködik ezzel a problémával–inkább azért, mert az emberek nagy része szegényli vagy fél a hatósági, majd bírósági eljárástól. Egy ilyen ügy hónapokig húzódhat, és ha közben nem fajul tettelegességgig az együttélés, mint a leírt esetben, akkor a „hétköznapi” atrocitások ellen nincs igazi védelem.

Sokkal inkább hiszek a hatósági, bírósági eljárást nem igénylő megoldásokban, de ehhez mindenekelőtt az kell, hogy az alkoholfüggő beteg merje vállalni a helyzetét, legyen bátorsága szükség esetén akár az önkéntes orvosi kezelésnek is alávetni magát. Ma még a több százezer alkoholfüggőnek töredéke jut el eddig a felismerésig.

K.F-né tizenöt éve házas. Pedagógusként dolgozik egy általános iskolában, férje gépésztechnikus. K.F-nét kollégái és az iskola igazgatója is jó pedagógusnak ismerik, olyan embernek, aki nem csak az iskolában figyel oda a gyerekekre, de utánajár a családok ügyes-bajos dolgainak, segít a szociális problémákat is megoldani. Ha egy gyerek nem megy iskolába, azonnal kimegy a családhoz, szoros kapcsolatot tart a Családsegítő Szolgálattal és a gyámhatósággal is.

Házasságukból két leánygyermek született. Az idősebbik most tizenöt éves és gimnáziumba jár, a fiatalabbik tizenkét éves. K.F-né azt mondja, hogy a bajok akkor kezdődtek, amikor két évvel ezelőtt nehéz anyagi helyzetbe került a család. A kamaszodó lányoknak már nem tudtak megvenni mindent, amit a társaik megkaptak, egyre jobban kurtítani kellett a háztartási kiadásokat is.

A férj új munkahelyekkel próbálkozott, de nem jött el a várva vártjaiét, . de még a korábbi életszínvonal is a feledésbe merült. Nehéz helyzetükért a férj a rendszerváltást okolta leginkább. Két éve aztán elkezdett inni is; mindent ivott, ami alkohol. Arra vigyázott, hogy a munkahelyen ebből ne legyen baj, munkába mindig józanul ment. A felhalmozódott feszültséget otthon vezette le, a feleségén, a lányain. Egyre agresszívabb lett, egyre gyakrabban csattant el egy-egy pofon is. K.F-né ebben az időben kimerülten, a pszichikai túlrököpesség határán járt be az iskolába, a gyerekek közé. Mindent megtett azért, hogy gyerekei minél kevesebbet szenvedjenek apjuk agresszivitásától, volt úgy, hogy ismerőshöz kellett menekülniük otthonról. A férj az anyagi problémák súlya alatt végképp összeroppant, az alkoholba menekült. K. F-né életüknek ebben a szakaszában kereste fel a Családsegítő–

most először nem mások, hanem a saját gondjával. Ekkor már eltökélt szándéka volt, hogy elváljék, és megpróbál egyedül új életet kezdeni, természetesen a két gyerekkel együtt. Jogi segítséget és albérleti lehetőséget kért.

Néhány hét múlva kapott a Családsegítőtől egy komfort nélküli lakást, és a válókeresetet is beadta. Immár kilenc hónapja zajlik a jogi procedúra, de tárgyalás még nem volt. Férjével ritkán találkozik, olyankor a gyerekeket is magával viszi – de külön nem engedi az apjukhoz. Azt mondja, hogy nem is mennének a gyerekek, mert még mindig félnek. A férje most is dolgozik, de még mindig ugyanúgy iszik, mint azelőtt. K.F-né arról végképp lemondott, hogy újra összeköltözzenek. Szeretné, ha a közös lakást eladnák, és a pénzből valami kisebbet tudna venni. A családgondozó a férjjel nem tudott kapcsolatba kerülni. K.F-né szerint a férfi nem ismeri el, hogy alkoholista, így semmiféle erre irányuló segítséget nem fogad el.

K.F-né élete a válóperi ítélettel és egy önálló lakással talán megoldódik. Kérdés azonban, hogy ugyanez elmondható lesz-e a volt férjről, aki 13 évig tudott jó férj és jó édesapa lenni. Az is kérdés, hogy a „szereplőkben” milyen nyomot hagy ez a családi tragédia és vajon valaha is fel tudják-e dolgozni életüknek ezt a kritikus szakaszát? Mert azzal a családgondozó is tisztában van, hogy sem a jogi segítséggel, sem az átmeneti lakással nem oldja meg a valódi problémát.

A V. családdal először 1994 áprilisában kerültem kapcsolatba. Akkoriban még létezett szolgáltatásként intézményünkben a krízishelyzetekben adható átmeneti segély, amely többnyire néhány ezer forintig terjedt, és ez az összeg meglehetősen sok ügyfelet vonzott, akikről rendre kiderült, hogy a pénztelenség csak kísérő tünete valami sokkal komplexebb problémának. Így volt ez a V. család esetében is. Már az első találkozáskor éreztem, hogy nincs rendben valami. Az asszony ruházataról, beszédmódjáról és remegő végtagjairól erre következtettem, a későbbiekben ez be is igazolódott; többször állt ideggondozói és kórházi kezelés alatt etilizmus és pszichopátia miatt.

Intézményünkben mindig a feleség keresett meg, amelyet az én családlátogatásom követett. Erre azért volt szükség, mert a feleség rendkívül zárkózottan viselkedett és párbeszédeinket az anyagiak felé terelgette, úgy érezve, hogy a velem való beszélgetés a „munka” azért, hogy pénzhez jusson. Ezt az attitűdöt sokszor megfigyeltem. A személyes beszélgetés eredménytelenségét követően került sor a látogatásra a családi viszonyok feltérképezésére. Reméltem, hogy egyfajta „spontán” kialakult kapcsolat révén megnyerem bizalmukat, nyíltan mernek és tudnak beszélni azokról a problémákról, amelyből a pénztelenség fakad (mindketten jövedelempótló támogatásból élnek, családi pótlék és időnként különféle önkormányzati segélyek, amelyek jogosultságától apránként elestek, mivel jelentős díjhátralékok alakultak ki, mindent kikapcsoltak, ami kikapcsolható volt. Estéiket sötétben ülve töltötték.) Tehát a V. család segítségével a legnagyobb problémát az jelentette, hogy felkerestek ugyan problémájukkal, csökképben nem azzal, ami valójában a probléma. A valódi bajt egyrészt nem merték feltárni, másrészt nem is érezték igazán. Kérdés, hogy van-e jogom szembesíteni őket magukkal, másrészt nem is tudtam, hogyan fogjak hozzá. Végülis annyit tehetek, hogy valamilyen módon a személyes bizalmukba férközzöm, de csak addig a határig, ameddig ők engednek.

Nagyjából ez a folyamat zajlott rendkívül lassan, egészen szeptemberig. A családsegítőben egyre kevésbé láttak hivatalt és egyre több szolgáltatásunkat próbálták igénybe venni, de ez részben azzal is magyarázható, hogy segélykeretünk eddigre kimerült.

Tudható volt róluk, hogy napirenden vannak a veszekedések, jelenetek, rendőrségi ügyek, garázdaság és közbotrány-okozás. Ezekről a nyár végéig nem beszéltek velem, mígnem egy rendőrségi bejelentés és egy nagyon durva családi perpatvar kapcsán a feleség elhagyta családját és nagyobb bizalommal fordult hozzám.

Szólnom kell a család képletéről is, amely ekkor tárult fel előttem; addig tudatosan nem kerestem ezt, mert nem éreztem, hogy ha viselt dolgaikról tudok, és azt tudatosítom bennük, azzal bármit is megoldanék.

A család együttélése során a két szülő évek óta játszotta és játssza a maga emberi játszmáját, amelyet, ill. annak következményeit a gyerekek kényszerűen szövetkezve igyekeznek elhárítani. A szülők kapcsolata a gyerekekkel teljesen formális és kiüresedett, ennek ellenére a gyerekek mégis erősen kötődnek a szülőkhöz, illetve idegenkednek mindenféle, helyzetüket érintő változástól.

Kiderült: lakásukra, amely egy OTP részletfizetéses öröklakás, évek óta nem fizettek be semmi törlesztést, és ez azzal fenyegeti a családot, hogy mindnyájan az utcára kerülnek. Elárverezik fejük fölül a lakást, a gyerekek állami gondozásba kerülnek, ami azt eredményezheti a későbbiekben, hogy onnan kell elindulniuk, ahol szüleik kezdtek, amikor Szabolcs megyéből felkerültek a fővárosba és sokáig albérletből albérletbe költöztek évekig, mire végre lakáshoz jutottak.

Problémájuk gyökerét egyébként a személyes felelősségen és a pszichológiai motivációkon, ill. zavarokon túlmenően a rendszerben is látom: addig küzdöttek egy jobb életvitel kialakításáért, amíg értékrendjüket a sikertelenség lassan aláásta, ez végül az alkoholizmushoz vezetett, kritikátlaná váltak, kevesebbet adtak magukra, életvitelük, törekvéseik addigi „jutalmát” nem érezték.

Nagyjából valami ilyesmi juttathatta el őket az alkoholizáláshoz, amelynek társadalmi, szociális és pszichikai kísérő tünetei szakmai tanulmányokból ismeretesek.

Az alkoholizmus a legnehezebben kezelhető probléma a családsegítésben, mivel a családgondozó csak tüneti kezelést nyújthat.

V-ék esetében a családgondozó megszervezett egy problémamegoldó csapatot, ahol a szülők, a gyámhatóság képviselője, a szociális bizottság vezetője is jelen volt. Az itt felmerült kérdéseket – hogyan kerülhető el a gyerekek állami gondozásba vétele, van-e olyan rokon, aki vállalná esetleg a gyámságot, hogyan lehetne elkerülni a lakás elárverezését és ezzel megmenteni a lakást legalább a gyerekek számára, stb. –, az eltérő álláspontok miatt az első megbeszélésen nem sikerült megoldani.

Eredményként annyi könyvelhető el, hogy a résztvevők megállapodtak: egy hónapon belül újra részt vesznek a csoportmegbeszélésen.

A Ferencvárosi Családsegítő egyik önálló csoportjaként működik a Gyermekjóléti Szolgálat. Munkatársai elsősorban óvodai és iskolai szociális munkát végeznek, tehát kivétel nélkül gyermekes családokkal állnak kapcsolatban. A következő, talán szintén tipikusnak számító eset az egyik iskolai szociális munkás praxisából való.

A vezető óvónő tájékoztatott, hogy Marikáért az édesanyja erősen ittas állapotban jön. Gyakran előfordul, hogy a szomszédok viszik haza a kislányt, mert az anya ilyenkor ki sem tud menni az utcára. A gyámhatóság is foglalkozik a családdal, és félti, hogy előbb-utóbb megállapítják az anya alkalmatlanságát. Együtt italozik egy szomszéd házban lakó férjével, akinél gyakran tölti még az éjszakát is. A férfi igen agresszív magatartásával nagyon rossz hatással van Marikára.

Első találkozásunk az óvodában történt. Nagyon érződött rajta az alkohol szaga és az arcán is láthatóak voltak a jellemző torzulások (lilásan, pirosan elszínesedett, felpuffadt arcbőr). Vékony testalkatú 38 éves asszony. Állapota ellenére meglepően választékosan beszélt. Nem visszautasító, de kissé bizalmatlan volt.

Elmondtam, hogy többször kerestem, sajnos nem találtam otthon, ezért találkozunk itt az óvodában. Szeretnék beszélgetni Marikáról, a kettőjük kapcsolatáról és arról is, miben tudnék segíteni.

Bizalmatlansága akkor enyhült, mikor tisztázta, hogy nem a gyámhatóság munkatársa vagyok, bár nem hallott még semmit az iskolai-óvodai szociális munkáról.

*A megbeszélte időben eljött, bár ebben nem nagyon bíztam a találkozásunk után. Nem érződött rajta alkohol. Azonnal tudtára is adtam, hogy ennek mennyire örülök és elmondtam, milyen kiábrándító volt a múltkori állapota. Meglepődött az őszinteségemen és egyre felszabadultabban beszélt magáról és körülményeiről: polgári családból származik, szülei nagyon szigorúan nevelték, mindig igyekezett kitörni. Különösen anyja volt távolságtartó. Apja időnként ezt túlzott engedékenységgel kompenzálta.- Őszinte beszélgetésekre nem volt lehetősége. Érettségi után egyértelmű volt, hogy tovább kell tanulnia, de ő ennek ellen- * állt. Társaságát egyre inkább úgy alakította, hogy felnézzenek rá, 20 éves korában egy kapcsolatából lánya született. A fiú elhagyta, s ő még nem érezte érettnek magát az anyaságra. Kislányát elhanyagolta, akit szülei vettek gondozásba. Kapcsolata egyre gyengült családjával, végül elköltözött otthonról. Anyja nem engedte gyermekéhez, majd teljesen megszakitották az érintkezést. Később feleségül ment egy alkoholista-hoz, majd maga is egyre gyakrabban italozott. Gyermek fejlődését távolról figyelte, de nem volt ereje harcolni érte. Munkahelyeit egyre gyakrabban változtatta, s már nem voltak igényei. Jóval 30 éves kora felett még egy kislánya született, gondozását a szomszédok segítségével látta el. Férje a gyermek születése után nemsokára meghalt. Munkája nem volt, és már bátorsága sem, hogy igazán keressen, mert mindig elutasításra talált. A szomszéd házból egy munkanélküli alkoholista férfi felajánlotta segítségét a ház körül. Cserében ő főzött rá az özvegyi nyugdíjból és a családi pótlékból. Ez volt ugyanis a jövedelme. Később már gyakrabban tartózkodott ismerőse lakásán, mint sajátjában. Együtt italoztak. A férfi agresszív magatartása miatt Marika félt tőle, ezért ő engedte, hogy a szomszédok foglalkozzanak a kislánnyal. Félt, hogy elveszti második gyermekét is, de nem volt ereje kitörni helyzetéből.*

Elmesélte, hogy járt a pszichiátriára, ahol mindig nagyon sokat kellett várni. Mire rá került a sor, már kedve sem volt beszélni belső konfliktusairól. A kezelés leginkább abban merült ki, hogy a gyógyszereket felírták és megbeszéltek a következő időpontot.

Beszélgetésünk végén elmonda, hogy nem emlékszik, mikor lehetett utoljára ilyen őszinte, és hogy nagy könnyebbséget érez. Kérte, hogy még találkozzunk. Beszéltünk arról, mit szeretne, mihez lenne ereje. Meglepően sok mindent szeretne elérni, de hosszú ideje ezen nem volt érdemes, még gondolkodni sem. Az alkohol káros hatását belátta, de szervezett csoportterápiás kezelésen nem tudna részt venni.

Egy hét múlva találkoztam vele az utcán. Nagyon megörült nekem. Örömmel újságolta, hogy már 3 napja nem iszik. Arca nyugodtabb volt, a szemében reményteljes csillogás. Biztatásom és öröömöm láthatóan jó hatással volt rá. Kéthetente megkeres és elmondja apróbb sikereit: legfontosabb, hogy ellent tud állni az italnak. Azt mondja, a bizalmam erőt ad neki. Következő nagy feladat, hogy megszakítsa kapcsolatát férfi ismerősével. Ez azért nehéz, mert nagyon közel laknak egymáshoz. A kezdeti lépéseket már megtette. Otthon alszik Marikával, és a lakás rendezését tervezi.

Az arca megszépült, vonásai kisimultak. Most munkát keres – úgy érzem, akarja, hogy sikerüljön. Vannak tervei. Rendszeresen beszámol, hogy mi történt, és ami számomra fontos, bizakodik. Én vele együtt!

(N. Csilla szociális munkás)

Ezek az esetek is bizonyítják: egy alkoholbeteg esetében a szociális munkás, a családgondozó, de a hatóság sem vindikálhatja magának a jogot, hogy „megoldást” találjon. Együttműködésre van szükség a fentiekén kívül orvossal, pszichiáterrel való konzultációra is – ha a „segítő” valóban segítem akar!

A Ferencvárosban a Merényi Kórház Alkoholológiai osztálya fogadja a ma már szinte kizárólag önkéntesen jelentkező gyógyulni kívánó alkoholbetegeket. Dr. Hajdú Lelle főorvostól megtudtam, hogy az osztály harminc ágygal működik, szerény anyagi körülmények között. Az ambuláns rendeléssel együtt az osztály évente több, mint ezer beteget lát el, egy-egy betegre nagyon kevés idő jut. Éppen ezért igyekeznek a terápiás munkába bevonni a betegek hozzátartozóit, az utógondozói szakaszba pedig a családsegítő munkatársait.

Van olyan, gyermekeit egyedül nevelő édesanya is az osztályon, aki szintén önként vállalta a kezelést, hogy alkalmassá váljon a szülői feladatokra. A gyerekek jelenleg nevelőotthonban vannak ideiglenes beutalással (milyen jó volna, ha ilyen esetekben a lakóközvetben lehetne például krízisotthonba elhelyezni a gyerekeket!), és várják, hogy édesanyjuk hazavihesse őket.

Azt hiszem azonban, hogy a társadalomnak és a szakembereknek is az igazi kihívást azok az alkoholbetegek jelentik, akik nem vállalják betegségüket, vagy egyéb ok miatt nem jutnak el a segítséget jelentő lehetőségekhez. Sajnos ők vannak többségben...

Írta: Dettre Erzsébet

Alkoholista szülők gyermekei

A francia orvosi-pszichológiai folyóirat az Annales Médico-Psychologiques érdekes cikket közölt egy genfi gyermekpszichiátriai kórházban végzett vizsgálatról. A szerzők 25-25, különböző problémák miatt az osztályukra beutalt, alkoholista és kábítószerfüggő szülőktől származó gyermek adatait hasonlították össze a többi beteg gyerek adataival.

Ebből a vizsgálatból álljon itt néhány, az alkoholista szülőktől származó, gyermekekre vonatkozó megállapítás.

1. A konzultációra vitt gyerekek között minden esetben a fiúk voltak többségben, de mivel az alkoholista szülők gyerekei között mégis több volt a lány, mint a teljes betegpopulációban, arra lehet következtetni, hogy a szülők alkoholizmusa őket jobban sújtja, mint a fiúkat.

2. Ami a konzultációra jelentkező gyerekek életkorát illeti, a lányok jóval fiatalabb – 5,5 éves – korukban jelentkeznek panaszaikkal, mint a fiúk, akik átlagosan 8,4 évesek.

3. A családban lévő gyerekek száma szerint nincs különbség az átlagos betegcsoport és az alkoholista szülők családjai között: legjellemzőbb a kétgyerekes, de előfordult 1- és 3 gyerekes család is.

4. Az alkoholista szülőktől származó, 25 vizsgált gyerek többsége (16) mindkét szülőjével együtt él, a többi az egyik szülővel. Nevelőszülőknél, intézetben vagy örökbefogadó szülőknél elhelyezett gyermekekre nem volt példa.

5. A vizsgált, alkoholista családból származó gyermekek szociális helyzete: legtöbbjük szülei szakmunkások vagy betanított munkások. A felsőbb társadalmi rétegekből csak elvétve jelentkeznek gyerekek vizsgálatra, de ebből nem lehet messzemenő következtetéseket levonni, mert ezek a társadalmi rétegek nehezebben viszik gyermeküket pszichiáterhez, vagy ha igen, akkor is privát orvoshoz.

6. Az alkoholista szülők gyerekei általában tanulási-, nyelvi- és magatartászavarokkal jöttek a konzultációkra. Leggyakoribb diagnózisuk a személyiségzavar és a diszharmonikus fejlődés, többségük azonban (18) normál intelligenciájú, szemben a mindössze 7 többé-kevésbé elmaradottal. Természetesen az a 30%-os arány is jóval felette van a nem alkoholista családból származó páciensekének. Ugyanakkor az a következtetés is levonható ebből, hogy az alkoholista szülők gyerekeinek személyiségzavarai elsősorban a hátrányos szociális helyzetből erednek.

Figyelemre méltó, hogy – ellentétben a nem alkoholista szülőknek az osztályon kezelt gyerekeivel – a neurotikus és instrumentális zavarok náluk jóval ritkábbak.

7. A vizsgált alkoholista szülőktől származó gyerekek közül heten azonos családból származnak, s ők szóról szóra ugyanazt a diagnózist és intelligencia-szintet mutatják, ami az alkoholizmussal kapcsolatban (is) a családi tényezők fontosságára mutat rá.

Az írás második része – az alkoholista és drogos szülőknek és gyerekeinek összehasonlítása – néhány még érdekesebb megállapítást tartalmaz, amikre azért is érdemes odafigyelni, mert az utóbbi időben egyre gyakrabban hallani Magyarországon a két fajta szenvedélybetegség közötti hasonlóságokról, miközben néhány lényeges különbségről hajlamosak vagyunk megfeledkezni.

Az alkoholista szülők családja – összehasonlítva a drogosokéval – sokkal stabilabb, amit az is bizonyít, hogy míg az előbbieket közül egyetlen gyermek sem nevelkedik idegen helyen, a toxikomániások családja szinte minden esetben széthullott, gyerekeiket nagyon gyakran mások nevelik.

Az alkoholisták esetében a család stabilitása mellett a szülő-gyerek s különösen az anya-gyerek kapcsolat folytonossága, óvó-védő karaktere nagyon jellemző. Ezek a szülők elismerik a helyzetükből a gyermek fejlődésére következő pszicho-szociális veszélyeket, s a családban uralkodó konfliktusok és kommunikációs zavarok ellenére is fenntartják a szolidaritást és a helyzet javulására vonatkozó reményt. Mindez természetesen azt is jelenti, hogy könnyen kérnek, és szívesen fogadnak minden segítséget a gyermekük számára. A terapeuták által javasolt + legtöbbször komplex: terápiás, iskolai és nevelési – beavatkozást az esetek többségében (21) elfogadták és végig- is vitték. Visszautasítással a terapeuták csak két esetben találkoztak. Bármilyen hosszú volt is a gyógyulás folyamata, az alkoholista szülők szinte minden esetben aktívan együttműködtek a terápiás csapattal gyermekük kezelésében, s csak pár esetben szakították meg a kezelés folyamatát. Mindez nem mondható el a kábítószerfüggő szülőkről, akik – ha egyáltalán fellelhetőek- sokkal nehezebben ismerik el saját felelősségüket a gyermekük betegségével kapcsolatban, és segítséget is ritkábban nyújtanak a gyógyuláshoz. A drogos szülők csak az esetek kb. kétharmad részében egyeztek bele a terapeuták javasolta kezelésbe, s az esetek 50%-ában az is idő előtt abbamaradt a szülők hibájából.

(J. Manzano és M. Fridman- Wenger az Annales Médico-Psychologiques, 1993/1. számban megjelent tanulmányok alapján fordította és összeállította:)

Írta: Majoros Mária

Alkoholizáló család gyermeke a csecsemőotthonban

1994. végén 1881 gyerek tartózkodott az ország 27 csecsemőotthonában. A gyerekek több mint a felének (1092 gyereknek) családi háttérében szerepelt az egyik vagy mindkét szülő alkoholizmusa. Természetesen nem egyedüli tényezőként szerepelt, hanem társult hozzá a szülők betegsége, a rossz anyagi- és lakáskörülmények, esetleg börtönbüntetés.¹

A családi háttérrel általában már a beutalókból tudomást szerzünk.

Idézek néhány visszatérően előforduló beutalási indokból: „A szülők italoznak, állandó munkaviszonnyal nem rendelkeznek, gyakori veszekedések, brutális jelenetek között élnek”, „A szülők italozó életmódot folytatnak, gyermekeiket elhanyagolják, az újszülöttet ilyen körülmények közé hazaengedni nem lehet”, „A szülők italozó életmódot élnek, munkaviszonyuk nincs, nem dolgoznak”, „Megvizsgálva a gyerek körülményeit megállapítható, hogy jelenleg sem az apa, sem az anya nem alkalmas a gyermek nevelésére. Az anya beteg, gyógyulása hosszantartó folyamat.” Az utóbbi megfogalmazásból nem derült ki pontosan, hogy miért nem nevelhetik a szülők a gyermeket, a később hozzánk érkező környezettanulmányból szereztünk csak tudomást az alábbiakról: az apát alkoholos állapotban jelentkező brutális, agresszív viselkedése miatt nem tartották alkalmasnak a gyerek nevelésére, az anya pedig többek között férje gyakori bántalmazása miatt szorult hosszantartó kórházi, pszichiátriai kezelésre.

Az 1994. december 31-én csecsemőotthonban nevelkedő gyerekek 39,5%-ának a születési súlya 2500 g alatt volt. Nem nehéz párhuzamot vonni a nagyon magas koraszülöttszárazány és az alkoholizáló családi háttér között. Tapasztalataink szerint minél idősebb az alkoholizáló anya, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy gyermeke nagyon kis súllyal jön majd a világra. Az életkor előrehaladtával ugyanis az anyák szervezetét az alkohol egyre jobban károsítja, de változnak életkörülményeik is.

A fiatal anyák elég jó testi erőben vannak ahhoz, hogy alkalmi munkát vállaljanak, és legyen bizonyos jövedelmük, de róluk még könnyebben gondoskodik élettársuk, esetleg családi környezetük. Így ha életvitelükben rendszeres is az alkoholfogyasztás, szervezetük elég egészséges ahhoz, hogy első, második gyermekük időre, normál súllyal, éretten szülessen meg.

Egészen más körülmények között hordják ki az idősebb, az évek során egyre súlyosabban alkoholizáló anyák gyermekeiket. Testileg egyre gyengébb állapotba kerülnek, támogatókra ritkábban akadnak, kevés pénzüket könnyebben költik italra, mint ennivalóra. A csecsemőotthoni gyerekek nagy része tartozik abba a populációba, akiknek már a méhen belüli fejlődése is zavart szenved, és többségük kis súllyal, gyengén, éretlenül jön a világra.

A nagyon alacsony születési súly, és/vagy a valódi koraszülöttség komoly hátrányt jelent a csecsemők további élete, fejlődése szempontjából. Gyakran születnek oxigénhiányos állapotban, ami idegrendszerüket károsítja, gyakoribb közöttük az intrauterin vagy a perinatalis fertőzés, sokan közülük etetési nehézségek miatt napokig szonda általi táplálásra

¹ A Csecsemőotthonok Pikler Emmi Országos Módszertani Intézete által évente készített statisztikából származnak az adatok

szorulnak. Mindez sok-sok vizsgálatot és hosszan tartó kórházi kezelést tesz szükségessé, így mire a csecsemő olyan egészségi állapotba kerül, hogy csecsemőotthonba helyezhető, hónapok telnek el.

Szomorú látványt nyújtanak a csecsemőotthonban az ilyen „múlttal” érkező csecsemők. Sírásuk erőtlen, testük feszes, arc kifejezésük riadt, meggyötört, nyugtalanok, rebbenékenyek. Néha hetekig nem néznek a feléjük közeledő gondozónőkre, bizalmuk, érdeklődésük inkább szól a környezetükben levő tárgyakhoz, mint személyekhez. De miután görcsösségük oldódott, arcvonásaik kisimultak, fejlődésük megindul, továbbra is megmarad fokozott érzékenyséjük, betegségekre való hajlamuk, és erősen meglassult fejlődésük miatt „gond-gyermekké” válnak a csecsemőotthonban.

Egy intézetünkben nevelkedő alkoholos embriopátiás kislány – az átlagostól mind szomatikus, mind mentális fejlettségében eltérő gyermek – életszervezésének gondjait foglalja össze dr. Püspöky Gabriella egy 1978 októberében tartott előadásában, a-melyből hosszan idézek:² „Julika koraszülöttként, az ő születésekor meghalt krónikus alkoholista anyja sokadik terhességéből a hatodik élő és az ötödik/ állami gondozásba kerülő gyerekként jött a világra. Hozzánk három hónapos korában került erősen koraszülött jellegű csecsemőként. Szomatikus fejlődése, súlygyarapodása kifejezetten lassult, csecsemőkorában végig hipotrófiás volt. Súlydeficitje mindig sokkal nagyobb fokú volt hosszelmáradásánál. Sokat volt beteg.

(...) Intézeti tartózkodásai alatt végig sűrűn ismétlődtek sok laza széklettel járó emésztési zavarai, emiatt gyakran diétáznia kellett. Ez mindaddig, míg egyedül, ölben evett csak nagyfokú éhség-türelmetlensége miatt okozott gondot. Amint társaival együtt asztalnál ülve kezdett enni, Julika diétázása nagyon megnehezítette az étkezések rendjét. Nyugtalanul viselkedett, hypermotilitásával, a szabályok be nem tartásával zavarta társait (...) Mozgásfejlődése az átlagosnál lassabb volt (...) 22 hónapos korában elindult szabadon, ekkor vált feltűnővé furcsa mozgásbizonytalansága: rendkívül sokat botlott, esett, járása dülöngélő, rosszul koordinált volt (...) 16 hónapos korában azért kellett külön figyelni rá és óvni fejlettebb mozgású társaitól, mert nagyon rosszul tűrte, ha rámasztak vagy fölötte közlekedtek. Mikor jární kezdett, azért igényelt fokozott törődést, mert sokat esett és az útjába kerülő gyerekekre is, tárgyakra is figyelmeztetni kellett. Ha kedvetlen, szomorú vagy fáradt volt, olykor álló helyzetből is felbukott, gondozónőjének különös gondot kellett fordítania Juli nyugalmára, kiegyensúlyozottságára, hogy a testi sérülésektől is óvhassa.

Sétálni is később indult, mint kortársai; fáradékonysága, a szabályok betartásának nehézségei miatt sétapartnereinek kellett mindig hozzá igazodniuk.

Beszédfejlődése is késve indult. 2 éves korában kezdett egy-egy értelmes szót használni, de rossz artikulációja miatt sokáig alig-alig érthetően. Ha a gondozónők vagy a gyerekek nem értették, nagyon elkedvetlenedett, olykor agresszívvé vált: komoly odafigyelést igényelt megtanulni Julika nyelvét és fenntartani benne a közlési kedvet... Julika „gond-gyermek” volt. Hogy az lesz, már csecsemőkorában, dyspepsiás (emésztési zavar) tünetei mellett kialakuló szomatikus és mentális retardáltságából nyilvánvalóvá vált. Sok ember együttműködésére volt szükség ahhoz, hogy belőle kihozhassuk a lehetséges maximumot, és ez ne menjen se egészséges társai, se gondozónői rovására...”

Az előadásban szereplő kislánnyal kapcsolatos gondok jól ismertek a csecsemőotthonok számára. A fejlődésükben visszamaradt gyerekek még körültekintőbb, tapintatosabb gondoskodást igényelnek, mint a jól fejlődőek. Gyakran ráccsal elkerített, külön játszóhelyet kell biztosítanunk számukra, hogy megvédjük őket testileg, értelmileg fejlettebb

² Az előadás szövege később megjelent a Gyógypedagógiai Szemle 1979. 7. számában

csoporttársaiktól. Ahhoz, hogy a többiekkel együtt mehessenek egy-egy nagyobb sétára, kirándulásra, külön felnőtt kísérő szükséges melléjük. Szocializációjuk is lassúbb, ezért később válnak érette ahhoz, hogy óvodába járhassanak. Többen közülük speciális szakember-pszichológus, logopédus, gyógypedagógus támogatására is szorulnak. Mindez komoly szervezési feladatok elé állítja az intézeteket, de sokszor nehezen előteremthető anyagi kiadásokkal is jár.

A gyermekek gondján kívül komoly gondot okoz a csecsemőotthonban maga az alkoholizáló szülő is. Az elhanyagolt külsejű, ápolatlan, alkohol-szagú emberekkel nem kellemes a találkozás. Ennél azonban komolyabb gond, dilemma olykor, hogy megengedhetjük-e találkozásukat a gyerekekkel? Nem jelent-e ijesztő, félelmetes látványt a csecsemő, a kisgyerek számára az ápolatlan, dülöngélő, netán összefüggéstelenül beszélő anya vagy apa? Még nagyobb a gond, ha a szülő hangos, ha tartanunk kell tőle, hogy nemtetszését vagy elégedetlenségét (akár az intézettel, akár a gyerekekkel) durva, agresszív formában juttatja kifejezésre. A fő gond azonban ekkor sem az, hogy az éppen jelen levő főnővérrel, orvossal vagy gondozónővel hogyan fog kiabálni – hiszen kevés az az ittas szülő, akit nyugodt, higgadt, de határozott szóval nem lehetne lecsillapítani – sokkal nagyobb gond, hogy gyermeke mennyire fog félni tőle, és ő, a szülő, hogy fog reagálni az ellene sírva tiltakozó viselkedésre. Sokadszor és még mindig kevés eredménnyel felvetett kérdés, hogy ha eközben családgondozás is zajlik, kiderülhet, hogy mi a szülő alkoholizálásának oka és akar-e, tud-e változtatni, akkor ez mindenkinek – gyerekek, családnak, intézménynek, tágabb közösségnek -sokkal jobb.

Intézetünk életéből vett néhány példa jól illusztrálja a találkozások nehézségeit:

Évekbe telt, amíg D. Zsolti gondozottunkat sikerült összebarátkoztatnunk hangos, veszekedő, örökké elégedetlen apjával. A krónikus alkoholista férfi – tele sérelemmel a családjával, kisfiával kapcsolatban és irántunk – gyakran jött enyhén ittas állapotban látogatóba. Ilyenkor dühös volt, ha néhány percet várnia kellett, ha kisfia félénken, gondozónője nyakát szorítva alig akart kijönni hozzá. Kellemetlen megjegyzéseket tett az intézetre, olykor felvetette azt is, áthelyezteti Zsoltit máshová. Nemcsak velünk volt agresszív és számonkérő az apa, előfordult, hogy a látogatások alatt hangos szóváltás alakult ki közte és a vele látogatóba jövő anyja (Zsolti nagymamája) között is. Zsolti sokáig félt apjától. Ha meghallotta, hogy látogatói jöttek, ijedten kérdezte: apukám is jött? Előfordult, hogy csak hosszas biztatásra volt hajlandó vele találkozni.

Intézetünk dolgozói nehezen, de mindvégig türelemmel állták az apa megjegyzéseit. Csendben kérték, hogy kerülje a hangoskodást, a veszekedést, hiszen ezzel kellemetlenné teszi Zsolti számára a találkozásokat. Közel két évig zajlottak így a látogatások, és a második év vége felé lett az apa viselkedése egyre kevésbé zavaró. Kezdett más hangon beszélni velünk is, a fiával is, és ha nem is szüntek meg, de egyre kevesebb lett a konfliktus közöttük.

A 10 hónapos K. Tündét egy vasárnap délután apja enyhén ittas állapotban jött meglátogatni. A rendezett külsejű férfinak arca vöröses, lehelete alkoholos volt, és határozottan kérte, hadd vehesse kislányát ölbe. A Tündét a szobájából kihozó főnővér kérdően nézett az éppen jelen lévő ügyeletes doktornőre: engedjenek-e az enyhén dülöngélő, alkoholszagú apa kérésének. A kezébe adták Tündét, és megkérték, üljön le vele a látogatószoba egy székébe. Tünde elengedetten simult apja karjába, nagy szemével kedvesen, mosolyogva, bizalommal tekintett rá. Ennek láttán mindkét munkatársunk megnyugodott, és a kezdeti rossz érzések ellenére a későbbiekben is könnyebben engedték, hogy az apa és kislánya találkozzanak egymással.

Gy. Zsuzsit már hónapok óta minden hétfőjén hazaengedték krónikus alkoholista anyjához, akiről úgy láttuk, egy ideje felhagyott az italfogyasztással. Amikor azonban újra azt tapasztaltuk, hogy hazafelé a buszról leszállva útjuk először az italboltba vezet, majd később az anya már ittasan érkezett a kislányért, le kellett állítanunk a hétfői hazameneteleket. Nem volt könnyű sem Zsuzsival, sem édesanyjával ezt a változást úgy megbeszélni, hogy közben az anya érzékenységét, emberi méltóságát ne sértsük meg. Az anyával egészségi állapotának megromlásáról, testi gyengeségéről beszéltünk, és arról, hogy gyógykezelésre lenne szüksége, és úgy gondoljuk, amíg meg nem erősödik, nem kéne magával hazavinnie hétfőkre Zsuzsit.

Zsuzsinak szintén anyja betegségével magyaráztuk a hazamenések elmaradását.

Egy-egy drámai találkozás, vagy a kapcsolattartás ritkítását hozó döntés után a gyerekek komoly segítséget kell adnunk ahhoz, hogy az átélt nehéz percek, a csalódásokat megértse, elfogadja, kiheverje. Igyekszünk őket megnyugtatni, és azt az érzést erősíteni bennük, hogy nálunk biztonságban vannak, vigyázunk rájuk, ugyanakkor ügyelnünk kell rá, hogy szüleik viselkedésére, alkoholos állapotára elítélő, kellemetlen megjegyzéseket ne tegyünk. Miközben elismerjük a gyerekek, a zavaróan viselkedő felnőttől való jogos félelmét és kétségbeesését, és megértésünket szavakba is foglaljuk, azt is igyekszünk tudatosítani bennük, hogy szüleik azért jönnek látogatóba, mert ragaszkodnak hozzájuk, látni szeretnék őket.

Ezzel az attitűddel előbb-utóbb sikerül elérnünk, hogy a kezdetben visszahúzódozó, a találkozások ellen tiltakozó gyerekek lassan elfogadják szüleiket, és ha szorongva is, de találkozzanak velük. Ha pedig a szülők hosszabb ideig nem jönnek látogatóba, vagy mi nem engedhetjük meg a hosszabb találkozásokat, hétfői hazameneteleket, a magyarázatul adott „betegséget” a gyerekek-mint az élet egy realitását – általában könnyen elfogadják.

Nehéz a csecsemőotthon helyzete akkor is, amikor egy alkoholizáló család gyermekének jövőjéről kell gondoskodni.

Mint minden gyermek esetében, az ő esetükben is további sorsuk végleges, megnyugtató rendezéséért harcol: ha lehetséges kerüljenek vissza vérszerinti családjukba, ha nem, nevelő-, vagy örökbefogadó családban nevelkedjenek fel. A másik intézetbe való helyezést mindig kényszerű kompromisszumként vállalja csak fel.

A dr. Püspöky Gabriella előadásában szereplő kislány felnőtté válásáig az értelmileg enyhén elmaradott lányokat befogadó intézetben nevelkedett. Saját családjának a támogatására soha nem számíthatott, tudomásunk szerint patronálója sem akadt. Utolsó híreink szerint nem régen gyermeke született, akit élettársával egy albérletben közösen nevelnek. Kérdés, hogy a továbbiakban hogyan alakul az életük? A férfi kitart-e mellette? Juli kap-e annyi segítséget tőle, a védőnőtől, egy családgondozótól, hogy felelősséggel, gondnal felnevelje a gyermekét?

D. Zsoltit négy és fél éves korában özvegy apja hazavitte. Intézeti nevelésének megszüntetését mi magunk is támogattuk, tekintettel arra, hogy az apa ragaszkodása egyre erősebb lett, és egyre elszántabban akarta otthonába vinni kisfiát. A távozás körüli hónapokban az apa munkanélküli lett, de ez sem tántorította el szándékától. Nehéz hónapok vártak mindkettőjükre. Nehéz volt az egyedülálló apának az életet úgy szerveznie, hogy abba a kisfiúról való mindennapos gondoskodás beleférjen, nehéz volt megbirkózni az óvodai környezet előítéletességével. (Az óvodában sokszor haragudtak az italos állapotban a gyermekért jövő, hangos, agresszív apára, és az intézetből kikerült hypermotil, sokat beszélő, nyugtalan kisfiúra.)

Nagyon komoly, igazi támogatást kaptak a kerületi Családsegítő Csoport munkatársától, aki életük több, kritikus helyzetében megakadályozta, hogy Zsoltit elvegyék apjától. Sajnos

az iskolai pedagógusok javaslatára a Gyámhatóság több mint hároméves otthon tartózkodás után újra intézetbe utalta a kisfiút. A körülmények pontos ismerete híján nem tudom eldönteni, mennyire volt indokolt ez a hirtelen meghozott határozat. Azt azonban sajnálom, hogy a Családsegítő munkatársat kihagyták a döntésből, nem kérdezték meg, lát-e lehetőséget az újabb nehéz helyzet megoldására.

Az apa alkoholizmusa a kisfiú intézetbe utalása után súlyosbodott, más segítő családtagra nem számíthatnak, így Zsolti további sorsa egyelőre (és feltehetőleg hosszú távon) az intézeti nevelkedés.

Ugyanilyen -kilátástalannak tűnik S. Brigitta nevű gondozottunk sorsa. A súlyosan alkoholista anya koraszülötten, kis súllyal született gyermeke magán viseli az alkoholos embriopátia számos jelét. Fejlődésében mind szomatikusan, mind mentálisan elmaradt kortársaitól, a nagyon sovány kislánynak jellegzetes, craniofaciális dysmorphismja van. Ötéves korában anyjának húga és annak családja elszántan vállalkozott a nehéz feladatra, hogy otthonukba viszik és felnevelik.

Sajnos egy hónapos otthon tartózkodás után visszahozták Intézetünkbe, hivatkozva a családi életben bekövetkezett sok nehézségre, Brigitta furcsaságára, viselkedési zavaraira. Rendszeres pszichoterápiával segítjük kiheverni nagy csalódását, de hogy mi lesz a most hatéves kislány további sorsa, arra megnyugtató választ jelen pillanatban nem tudunk adni. Eddigi tapasztalataink szerint a nevelőszülők általában nem vállalkoznak a fejlődésükben visszamaradt, nehéz múltjuk miatt nyugtalan, esetleg furcsa, a megszokottól eltérően viselkedő gyermekek felnevelésére. De visszariadnak a nevelőszülőség vállalásától akkor is, ha meghallják, hogy az alkoholizáló, zavaró viselkedésű szülőkkel tartaniuk kell majd a kapcsolatot.

Gy. Zsuzsi intézeti nevelését az iskolába kerülése előtti hónapokban szüntette meg a Gyámhatóság. Tekintve, hogy anyja közel két éve felhagyott a rendszeres alkoholfogyasztással, és Zsuzsi idősebb fiútestvérét egy éve otthonában megfelelően neveli, 6 éves intézeti tartózkodás után Zsuzsit is hazaengedték családjához. Helyzetünk azonban nagyon nehéz. A rendkívül rossz körülmények között élő családnak alig jut pénze tüzelőre, ennivalóra, ruhára. A családsegítő munkatárs által felajánlott segítséget az anya nem fogadja el, fél attól, ha segínyt kap, újra elveszik tőle gyermekeit. Az iskola már jelezte Intézetünk felé is, a Családsegítő Szolgálat felé is, hogy Zsuzsi gyakran érkezik éhesen az iskolába, remeg a keze, társaitól félrehúzódik, viselkedésével gondot okoz tanítónőjének. Vajon tud-e az Önkormányzat, a Családsegítő Szolgálat olyan segítségét nyújtani ennek az egyedülálló, korábban alkoholizáló, leszázalékolt anyának, amit ellenérzések nélkül, érzéseiben nem megbántva el tud fogadni tőlük, és ami hozzásegíti őt gyermekei jó ellátásához. És lehet-e Zsuzsinak az iskolában olyan segítséget nyújtani, hogy ne kelljen éreznie szegénységüket, a társaitól való különbözőségét, hogy a segítség szinte észrevétlen legyen.

Egyelőre kilátástalannak látjuk K. Tünde nevű gondozottunk sorsát is. A kislány apja krónikus alkoholista, alkoholos állapotában durva, agresszív, verekszik. A gyerekeihez viszont ragaszkodik, őket soha nem bántotta. (Két idősebb testvér otthon nevelkedik.) Az anya feltehetőleg személyiségéből következően, de az apa brutalitásától is állandóan rettegő, szorongó, már-már cselekvőképtelen asszony. Tünde születése után ő kérte Tünde intézetbe kerülését, mert nem merte vállalni ebben a családi környezetben a kislány felnevelését. Tünde jelenleg négy és fél éves, az anya most sem kívánja hazavinni a kislányt, az apa hazavinné, de figyelembe véve életvitelét, alkoholizmusát, nem teheti. Néhány hónapja a fiúgyermekével vidékre költözött idős édesanyjához, „új életet akar” kezdeni. Úgy tervezi, egy év múlva ide fogja hazavinni Tündét. Vajon tényleg sikerül-e neki az „új élet”, és sikerül-e Tünde számára majd igazi otthont kialakítania?

Megannyi megválaszolatlan kérdés.

Kettős nehézséggel küszködnek az alkoholizáló családok intézetben nevelkedő gyermekei.

Testi gyengeségük, fejlődésben való visszamaradottságuk mellett (miatt?) hiányzik belső felvértezetttségük, ami lehetővé tenné, hogy a rájuk váró számtalan nehézséget legyőzzék, hogy okosan, jól tudjanak alkalmazkodni környezetükhöz, körülményeikhez.

A bizonytalan perspektívát nyújtó családi háttér a másik nehézség, amivel meg kell küzdeniük. Ez a háttér, amellet, hogy hozzájárul belső gyengeségükhöz, jövőjük bizonytalanságát is meghatározza. Az alkoholista szülők többsége ragaszkodik gyermekéhez, így kevés gyereknek van lehetősége az örökbefogadásra. Nevelőcsaládba helyezésüket egyformán nehezíti fejlődésben való visszamaradottságuk, és a szüleikkel szembeni ellenérzés. Ha hazakerülnek vérszerinti családjukba, nehézségeik akkor sem szűnnek meg. Az újfajta nélkülözéseket, az éhséget, a fázást nem mindig kompenzálja a sok melegséget nyújtó anyai vagy apai szeretet.

Több szakember (orvos, védőnő, pedagógus, családsegítő munkatárs, gyámügyi előadó stb.) összehangolt segítségére lenne szükség ahhoz, hogy ezek a családok megfelelően tudjanak gondoskodni intézetből hazakerült gyerekeikről, ők pedig végre igazi otthonra leljenek családjukban.

Írta: Fodor Miklós

Alkoholprevenciós együttműködés

Az Országos Háziorvosi Intézet Kutatási és Tervezési Osztálya alakulásától, 1992 elejétől részt vesz a nemzetközi, úgynevezett Alkohol-prevenciós Együttműködési Tanulmányban.

A Tanulmány 3 fázisból áll. Magyarország az 1992-ben induló 111. fázisban lépett be a vizsgálatban együttműködő országok közé.

A résztvevő országok a tanulmány befejezése után terveznek egy olyan IV. fázist is, amely olyan, közösségre alapuló prevenciós stratégiák kifejlesztését foglalná magában, amelyek támogatnák és kiegészítenék a háziorvosi praxisokon alapuló, korai prevenciót.

A Tanulmány végső célja egy, a veszélyes mértékű – tehát, az alapellátás körébe tartozó, ám még nem dependens – alkoholfogyasztás visszaszorítására nemzetközi szinten leghatásosabbnak talált módszer, speciálisan a háziorvosi praxisokra kidolgozott, korai, rövid intervenció országos meghonosítása; mindeközben annak a vizsgálata, hogy az egészségmegőrző programok bevezetésének milyen hátráltató és segítő tényezői vannak az egyes országokban.

A rövid intervenció lényege: a háziorvosi rendelőben várakozó, 14 éven felüli betegek kitöltenek egy 1 oldalas kérdőívet, ez 3 percet vesz igénybe. Egy sablon segítségével az orvos ezt kiértékeli (1 perc). Ha a pontszám szerint a páciens már veszélyes mértékben fogyaszt alkoholt, akkor az orvos egy tanácsadó tábla segítségével rövid konzultációt folytat a beteggel (ez kb. 5-10 perc), majd átad egy kis füzetet, amely segítséget nyújt a betegnek abban, hogy sikeresebben próbálhassa meg alkoholfogyasztását csökkenteni. Ha szükséges, újabb konzultációs időpontban állapodhatnak meg.

A több szálon futó vizsgálatot eddig teljes mértékben intézeti keretből fedeztük.

Eredményként könyveljük el, hogy reprezentatív minta alapján felmértük, hogy a háziorvosok mennyire motiváltak az egészségmegőrzés területén, mennyire tartják saját feladatuknak – és fontosnak – saját szerepüket, milyen javaslataik lennének az egészségmegőrző szemlélet populációs szintű elterjesztésére.

Meginterjúvöltuk az alapellátásban döntéshozó, nagy szakmai befolyással bíró személyeket a tekintetben, hogy melyik szervezet prioritásának tartják az egészségmegőrző munkát, különös tekintettel a veszélyes mértékű alkoholfogyasztás megelőzésére, és hogy milyen javaslataik lennének ezen a téren.

Az Intézet eddig – az évente kétszer megtartott nemzetközi egyeztető konferencián való részvételeket is beszámítva – több mint egymillió forintot költött a programra.

A program protokollja szerint először kisebb területen, költségkímélés céljából Budapesten kerülne kipróbálásra ez az anyag, amelynek elterjesztésében, a megvalósítását befolyásoló tényezők felmérésében, analizálásában az Intézet belső és külső – háziorvosi – rezidensek vesznek majd részt.

Az eredmények feldolgozásával járó papírköltségek, telefon, posta, munkadíjak kiadásait, az Intézet, amint eddig is, vállalni tudja, úgy vélem.

Valódi problémát az intervenció csomag nyomdai költségei jelentenek majd.

Várható eredmény

Nos, a többi földrész országaiban elvégzett korábbi WHO-tanulmány, 1984-89, 1985-92, a vizsgálatok alapján a korai, rövid intervenciós módszer a leghatékonyabb a veszélyes mértékű alkoholfogyasztás csökkentésében. Ideális esetben a páciens maximum 30%-kal csökkenti az alkoholfogyasztását, ami a jelenlegi magyar helyzetet figyelembe véve igen jelentős eredmény lenne. Hazánkban az alkoholt mérséketlenül, alkalmasszerűen vagy rendszeresen fogyasztók, de még nem alkoholista felnőtt lakosság aránya 50%. Az alkoholfogyasztási tendencia sajnos nemhogy csökkenne, inkább növekszik, az intézményekben ápolat alkoholisták számával egyenes arányban. Éppen ezért, a prevenció erősítése, a morbiditás, mortalitás és az óriási egészségügyi és társadalmi költségek, mint a közúti, munkahelyi, otthoni balesetek, családi tragédiák, szociális költségek csökkentése érdekében -talán nem kell tovább részleteznem, hogy mennyire és miért, igen fontos lenne.

Ellenőrizhetőség

A tanulmányt igen szigorú nemzetközi protokoll szerint végezzük. A 3 hónapon át tartó, budapesti vizsgálat során, az egyes háziorvosi praxisokból 2 hetenként küldik vissza a betegkérdőívek másolatát egy olyan borítékban, amelynek előrenyomtatott hátoldalán a körzeti nővér vagy az asszisztens megjelöli, a különböző okoknak megfelelően, csoportosítva, a kérdőív kitöltését megtagadó betegek számát.

A tanácsadásban részesült, tehát egyben a tanácsadó füzetet is kapó páciensek száma a betegkérdőív másolati példányán, az orvos által kitöltendő rovatból – megtudható.

Az eredmények kiértékelésében segítségünkre lesz az Intézet informatikusa, statisztikusa, közgazdásza is.

Együttműködés

Eddig is, ezután is szoros munkakapcsolatot tartunk fenn a témában érdekelt magyarországi szervezetekkel, az alkoholológia-addiktológia kiváló szakembereivel.

Ha sikeresen lezajlik a budapesti vizsgálat, reális reményekkel fordulunk majd az orvosegyetemek felé a program regionális támogatását illetően, a program nagy népegészségügyi hasznosságára való tekintettel.

Írta: -schmidt-

Alkoholprevenciós iskolai programokról

Önismeretünk a gyerekkor és a fiatalkor idején alapozódik meg, a gyerekek ekkor nemcsak önmagukat, de társaikat is megismerik, ekkor kezdik megtanulni a stresszhelyzetek feloldásának módjait, a helyes döntéshozást, információkat hallanak a veszélyes szerekről. Ezek közül bármelyik téma alapos megismerése segíti az egyéniség kialakulását. Az ismerethiány azonban szorongást okozhat, ami alááshatja az iskolai teljesítményt, negatív énképet, alacsony önbecsülést hozhat létre. Mindez az alkohol- és drogproblémák melegágyává válhat.

A nemet mondás képességét is rendkívül fontos kialakítani még gyerekkorban. Megtanulni úgy nemet mondani a kritikus helyzetekben, hogy az ne vonja maga után a barátok, kialakult kapcsolatok elvesztését.

Aki megtanul nemet mondani a számára veszélyes helyzetekben, az irányítani tudja sorsát, nem válik áldozattá, az képes elutasítani a drogot és az alkoholt is.

Az „Egészséged testben, lélekben” elnevezésű, az Egyesült Államokban kidolgozott program pontosan ezekkel a létfontosságú kérdésekkel foglalkozik. A magyar iskolák igényeire magyar szakemberek által elkészített változatát 1990 óta alkalmazzák hazánkban. 1991 és 1996 között több

ezer pedagógus és több tízezer tanuló ismerkedett meg anyagával. A tankönyvek óvodai és iskolai keretek között tanítható alkohol- és drogmegelőző tananyagot tartalmaznak. A témát óvodáskortól középiskolás korig, korosztályokra lebontva összesen hét kötet dolgozza fel. A pedagógusok kiképzését az egész országban a CHEF-Hungary Alapítvány végzi.

Király Martina, az alapítvány munkatársa tájékoztatásában elmondta, hogy a program megismertetésére nem a trénerképzés módszerét választották, hanem minden alkalommal a CHEF-Hungary 3-4 fős oktatógárdája tartja meg a háromnapos képzést. Így szeretnék fenntartani az oktatás magas minőségét. A Tanári Kézikönyvek szakmai színvonalát 1994-ben a Művelődési Minisztérium díjjal is elismerte.

A tananyag óvodai és iskolai alkalmazását 1996-tól a Mentálhigiénés Programiroda támogatja.

Az alkohol és a drogok problémaköre a Soros Alapítvány iskolai egészségnevelési programjában is szerepel. Taróczy Gábor, a Soros Alapítvány munkatársa a következőképpen foglalta össze eddigi munkájukat:

- A Susan Shapiro (Egyesült Államok) által közép- és kelet-európai középiskolások számára kidolgozott *egészségnevelési tréningek* jelenleg öt témát érintenek. Ezek a következők: egészséges táplálkozás, szex, AIDS, dohányzás, valamint az alkohol és egyéb drogok kérdései. 1997-től egy újabb résszel, a konfliktuskezeléssel egészül ki ez a program. Magyar nyelvű tankönyvek és oktatási segédanyagok felhasználásával az alapítvány által kiképzett trénerok tartanak témakörönként négynapos foglalkozásokat önszerveződő csoportok részére. Minden megyében két kiképzett trénerünk van. Ez idáig az összes pályázó csoport számára biztosítani tudtuk a képzést, ha teljesítették a pályázati feltételeket. Ebben annyi foglaltatott, hogy találjanak a négy nap lebonyolítására megfelelő helyszínt, szakítsanak rá időt, vidéken szükség szerint biztosítsanak szálláslehetőséget a tréner számára, s ha lehetséges, teremtsék meg a demonstráció lehetőségét (videó, magnó, diavetítő). A trénerok díjazásáról a Soros Alapítvány gondoskodik.

Pályázati felhívásainkat ez idáig a megyei pedagógiai intézeteken keresztül tettük közzé. Segítségükkel 1994-ben körülbelül ötven, 1995-ben 52 vidéki és 7 budapesti, 1996-ban közel harminc képzés valósult meg összesen a különböző témákban, átlagosan 20-25 fős csoportlétszámok mellett.

Az alkohollal és egyéb drogokkal kapcsolatos tréning elméleti részében szó esik az alkohol történetéről, az emberi testre kifejtett hatásairól és annak következményeiről, az alkohol és társadalom, az alkohol és család problémaköréről, a megelőzés szerepéről, az alkoholizmus fokozatairól. A résztvevők pontos információkat kapnak a kábítószerekről, az alkohol és drogfüggőség kockázatairól. Készségeket tanulnak a döntéshozatalra, mások segítségére, a nemet mondásra. Az elméleti részt demonstrációk egészítik ki.

A résztvevők viszonyulása az érintett témákhoz rendszerint jelentősen megváltozik, de tapasztalataink szerint ez nem feltétlenül jelenti azt, hogy az iskolai közösségükön belül is sikerül változást elérniük. Még ha így is van, személyes kapcsolataikon keresztül bizonyára tudatosítani fogják majd diákjaikkal, mit választanak, amikor ezekre az utakra lépnek vagy nem lépnek.

Írta: Bihari Zoltán, Szabó András, Valachi László

A mai fiatalok hétköznapi boldogsága – és ahogyan szert tesznek rá (Részlet egy vizsgálatból)

A Kapocs Ifjúsági Önszolgálatban kortárssegítő feladataink során naponta találkozunk fiatalok megoldatlan élethelyzeteivel. Közvetlen közelségből tapasztalhatjuk, hogy akik meg tudják fogalmazni a céljaikat, a vágyaikat, azok kortársaik között egy lépéssel előrébb járnak problémáik megelőzésében, vagy megoldásában.

1994 nyarán úgy láttuk, hogy egy jól végiggondolt vizsgálat segítségével hasznos volna megismerni a fiatalok véleményét is „boldogság ügyben”. Vajon mit tartanak ma a legfontosabbnak a fiatalok, mire van leginkább szükségük, miben szenvednek hiányt? Vajon mire vágnak leginkább? Sikerre? Pénzre? Nyugalomra? Barátra? Társra? Nevetésre? A fiatalok boldogságának, lelki komfortérzetének vizsgálatával összefüggésben nem gondoltuk persze, hogy kimeríthetjük a témát. Igyekeztünk azonban rávilágítani az általunk legfontosabbnak tartott kérdésekre, hogy olyan információkat kaphassunk, amelyekről tudomásunk szerint a közelmúltban nem voltak, vagy alig voltak ismereteink, hogy lehetővé tegyünk az egyes válaszok közötti összefüggések feltárását.

Egyre inkább letagadhatatlan tény, hogy a különféle szerek használata (szer alatt jelen esetben a cigarettát, alkoholt és kábítószeret értjük) ma Magyarországon a fiatalok között is széles körben elterjedt, hétköznapi kultúrájuk része, korosztályi szerephelyzeteik velejárója. Nyilvánvaló azonban, hogy különbséget kell tenni cigaretta, alkohol, illetve kábítószer használata között, hiszen más-más társadalmi közegben, más-más körülmények között dominál az egyik, illetőleg a másik. A kábítószeres használata viszonylag új jelenség nálunk, ugyanakkor terjedése futótűz-szerű.

A lelki komfortérzet felmérésével egyidőben – mindezek miatt – megfogalmazódott az az igény is, vizsgáljuk meg, hogy mit gondolnak valójában a fiatalok a drogokról, milyen a viszonyuk a különféle függést hordozó szerekhez.

Úgy gondoltuk, szoros összefüggés lehet a boldogság, illetve a cigaretta, az alkohol-, vagy a kábítószer-fogyasztás között. Kiindulásként azt feltételeztük, hogy problémásabbban megélt élet és labilisabb személyiség áll a különféle szereket fogyasztók oldalán. Elemzésünk elsősorban ennek bizonyítására szorítkozik. Az egyes kérdésre adott válaszok persze sok esetben – véleményünk szerint – önmagukban is jelzésértékűek.

A Kapocs vizsgálat 80%-a a Diákszigeten készült. A válaszok értelmezésénél figyelembe kellett vennünk azt, hogy a kérdőíves felmérés nem egy átlagos hétköznapi szituációban történt, hanem a családtól, iskolától, a mindennapok megszokott életvitelétől eltérő helyzetben. A kérdőív intim jellege miatt – elsősorban a boldogságra vonatkozó kérdések miatt – a hagyományos szociológiai módszerekkel sokkal nehezebb lett volna hitelt érdemlő válaszokat kapnunk, sőt talán az egész eredmény hitelessége is megkérdőjelezhető lett volna. Ezt támasztja alá a 20%-ot kitevő, pályaudvarokról hazafelé induló fiataloktól kapott válasz. A Diáksziget barátságos, közvetlen légkörének köszönhetően a válaszok meggyőzően hitelesek, a fiatalok egyértelmű érdeklődést mutattak a felvetett kérdések iránt, és bebizonyosodott, hogy a témák aktuálisak, foglalkoztatják őket. Közönyt vagy elutasítást nagyon ritkán tapasztaltunk.

A Diáksziget másik előnye az volt, hogy az ország minden részéből a legkülönbözőbb fiatalok jöttek el ide.

Felmerülhetnek a vizsgálattal szemben persze olyan kritikák, melyek szerint a Diáksziget közönsége semmiképp nem tekinthető reprezentatívnak. Ilyet azok állíthatnak, akik csupán az újságokon keresztül értesültek vagy távoli ismerőseiktől hallottak egy-egy hírfoszlányt a Diákszigetről. Az ilyen állítások mögött prekonceptió rejlik, és semmiféle valós alapja nincs. A tapasztalatunk ezzel szemben az volt, hogy a Diáksziget a lehető legreprezentatívabban jelenítette meg az ország fiataljait, a szakadt csövestől a szemüveges egyetemistáig, a legapróbb falubeliektől a városiakig és budapestiekig, a „bulizósaktól” a csendes, kikapcsolódni vágyóig.

A vizsgálat során nyert adatainkat, a feltárt összefüggéseket jelzésértékűnek tekintjük, amelyek a mai fiatalok többségének életére, életfelfogására nagy valószínűséggel igazak lehetnek. Mindezzel közvetlenül is segíteni szeretnénk azoknak–legyenek akár szakemberek, akár szülők, akár hivatalban ülő felnőttek, akár a korosztályi érdekeiket képviselni akaró fiatalok–, akik érintettnek érzik magukat a fiatalok élethelyzetének javításában, akik tevékenységükkel, döntéseikkel befolyásolhatják a fiatalok sorsának alakulását.

Az elkövetkezőkben tanulmányunkból a kábítószerekkel kapcsolatos anyagrész–némi- szűkebb változatban–kerül bemutatásra.

A vizsgáltak köre

Az általunk megvizsgált populáció a 15-24 éves fiatalok, azok, akik 1970. január 1. és 1979. december 31. között születtek. A KSH 1994-es adatai szerint Magyarországon ez 1.600 ezer főt jelent. Vizsgálatunkban 300 fős mintával dolgoztunk, végül 298 értékelhető kérdőív adatait összesítettük. A minta reprezentációját a fiatalok nem-, kor- és lakhely szerinti megoszlása alkotta. Így a 298 megkérdezett fiatal 153 fiú, 145 lány, 60 budapesti, 142 vidéki Városi, 96 községi volt. A korcsoport szerinti megoszlás esetében két kategóriát használtunk, az 1970-74, illetve az 1975-79 között születetteket. Az egyszerűség kedvéért a továbbiakban „idősebbek”-nek és „fiatalabbak”-nak fogjuk őket nevezni. A 298 főből 133 volt „idősebb” és 165 „fiatalabb”.

Feltettünk néhány további kérdést is, melyek a fiatalok háttérét próbálják körvonalazni. Ezek közül az egyik legjellemzőbb, hogy kétharmaduk folytat iskolai tanulmányokat, egyharmad már nem jár iskolába. Az iskolába járók közül 57% középiskolába (gimnáziumba, szakközép-, vagy szakmunkásképzőbe), 35% főiskolára vagy egyetemre jár. 83% együtt él szüleivel; 72%-uknak együtt élnek a szülei. Az általunk megkérdezettek szinte kivétel nélkül (98%-ban) nőtlenek, illetve hajadonok. Legjellemzőbb a négyfős háztartás (41%), míg egyedül mindössze 7%-uk él.

Kiindulópont

Mindenekelőtt az írásunkban gyakran használt drog fogalmi megközelítését szeretnénk világossá tenni: a drog alatt mi nem csupán a kábítószeret értjük (minden olyan szer drog, amely potenciális függést hordoz), hanem a cigarettát és az alkoholt is, és ennek megfelelően a vizsgálat is mindhárom szerre kiterjed.

A drogokra vonatkozó kérdéseink elsősorban a fiatalok fogyasztói szokásaival kapcsolatos véleményekre irányultak. Kérdéscsoportként mindössze egy-egy kérdés vonatkozott a válaszoló személyes érintettségére, így lehetővé vált a szerek elterjedtségének a mérése, és ezek összevetése a saját véleményekkel.

A vizsgálat másik része a beérkezett válaszok segítségével a fiatalok lelki komfortérzetét, boldogságának jellemzőit próbálja megismerni – amelyet jelen esetben tanulmányunk témájával összefüggésben csupán érinteni tudunk: az életükkel való elégedettséget, kiegyensúlyozottságukat, jövőképüket, illetve a világ jövőjének a képét is.

Arra kerestünk ennek során választ, hogy a fiatalok ma milyennek látják a világot, a világukat, milyen lehet és mire épül a fiatalok boldogsága, mennyire érzi stabilnak magát a korosztály.

Feltételezésünk szerint a különféle szerek használata és a boldogság érzése között jelentős összefüggés van. Úgy látjuk, a drogok (alkohol, cigaretta, kábítószer) fogyasztásához vezető úton döntő tényező a céltalanság, a megoldatlan problémák felhalmozódása, a kiútatlanság érzése, az életünkkel való általános elégedetlenség. A tanulmányunk itt nem ismertetett részében mindezekért a drogfogyasztás és a boldogság összefüggéseit is megpróbáljuk elemezni. Vajon boldogok-e a fiatalok miközben isszák a sört vagy kendert szívnak? Vagy ha megfordítjuk a kérdést, vajon akik boldogabbnak tartják magukat, jobban vagy kevésbé érintettek a drogfogyasztásban?

Alkohol

Az alkohol a drogok között az, amely talán mindhárom vizsgált szer közül a legmélyebben beépült a társadalmi szokások közé. Amíg a kábítószerekre azt mondhattuk, hogy viszonylag új jelenség és komoly viták tárgya, addig a cigaretta és az alkohol régiesen régi „útítársai” az életünknek. A szokások, megítélések azonban itt is állandó változásban vannak. Az alkoholfogyasztás hagyományosan inkább az ünnepekhez, ünnepléshez, a teremtetett alkalomhoz kötődik. A hagyományok fellazulásával azonban kérdéses, hogy milyen funkciót tölt be az alkohol a fiatalok között. Az egymás egészségére történő ivás ma is létező felfogás a kultúránkban, ugyanakkor él közöttünk egy kritikus szemlélet is a mérték nélküli, illetve a l'art pour l'art ivással szemben. Bármikor kedvünkre szívhatjuk a cigarettát, de a környezetünk megütközése nélkül nem iszogathatnánk egész nap. Mindezzel azt kívántuk érzékeltetni, hogy véleményünk szerint jelentős különbségek vannak a cigaretta és alkoholfogyasztás megítélése között is. Feltételezésünk szerint az alkohol az a szer, amely ma talán a legnagyobb veszélyt jelenti a fiatalok számára. Segítő munkánk során azt tapasztaljuk, hogy a fiatalok életében az alkohol rendszeresen jelen van, nem szükséges hozzá ünnep vagy jelentősebb esemény, egyszerűen a társasági élmények általános velejárója. A túlzott mértékű alkoholfogyasztás mögött azonban sok esetben személyes problémák húzódnak meg.

Ezek után nézzük meg, hogyan vélekednek maguk a fiatalok. A válaszokat adó fiatalok 38%-a szerint mindenki fogyaszthasson szabadon alkoholt, 34% véleménye szerint pedig mértékkel kellene fogyasztani. 20% szerint alkoholt inni csak meghatározott helyeken vagy meghatározott alkalmakkor kéne, s mindössze 7% vélte úgy, hogy egyáltalán nem kellene az embereknek alkoholt fogyasztaniuk. Adataink azt mutatják, hogy a fiatalok az alkohollal szemben a legmegengedőbbek. Amíg a kábítószereknél 35%, a cigarettánál 20%, addig az alkoholnál mindössze 7% a teljes elutasítás, a teljes megengedés viszont a három vizsgált szer közül az alkohol esetében a legnagyobb arányú. Ezek az adatok már önmagukban is jelzik, hogy az alkohol óriási mértékben beépült a fiatalok kultúrájába. A korlátok közül a választ adó fiatalok a mértéket tartják lényegesnek, minden harmadik fiatal a mértéktartó alkoholfogyasztással értett egyet. Azt mondhatjuk tehát, hogy a fiatalok döntő többsége nem veti el, nem veti meg az alkoholfogyasztást, önmagában véve egyszerűen nem tartja elutasítandó szokásnak. Sokak szerint csak akkor válik mindez negatív, elvetendő szokássá, ha mértéken felül fogyasztunk. Erősen megoszlanak a vélemények azonban abban a tekintetben, hogy vajon milyen gyakoriságú ivást tartanak elfogadhatónak.

Melyik mondattal értesz egyet?	%
Az emberek szabadon fogyaszthatnak alkoholt–113	37,9
Az emberek mértékkel fogyasszanak alkoholt–102	34,2
Az emberek meghatározott helyeken vagy alkalmakkor fogyasszanak alkoholt- 59	19,8
Az emberek egyáltalán ne fogyasszanak alkoholt–20	6,7
egyéb válasz–2	0,7
nincs válasz–2	0,7
összesen–298	100,0
<i>Ivás gyakorisága szerint milyen mértékű alkoholfogyasztást tekintesz normálisnak, elfogadhatónak?</i>	
Egyáltalán nem tartod elfogadhatónak az alkoholfogyasztást–15	5,0
havonta egyszer vagy annál ritkábban–37	12,4
két-három hetente egyszer–43	14,4
hetente egyszer–84	28,2
hetente többször–37	12,4
naponta egyszer–46	15,5
bármennyiszer- 30	10,1
nincs válasz–6	2,0
összesen- 298	100,0

Láthatjuk, hogy a leggyakoribb válasz a heti egyszer, de ez sem kiugró arányú. Ha itt húzzuk meg a határvonalat a rendszeres és a nem rendszeres ivás között, akkor a választ adó fiatalok 66%-a említett rendszeres, azaz heti egyszeri vagy annál gyakoribb ivást. Figyelemre méltó, hogy minden negyedik fiatal szerint legalább naponta egyszeri fogyasztás is normális, sőt ebből a 25%-ból 10% úgy gondolja, hogy bármennyiszer fogyasztunk, nincs abban semmi kivetni való. Ezek a válaszok is arra utalnak, hogy a fiatalok maguk is komolyan érintettek, és a 10%-nyi teljesen megengedő válaszok felvetik bennünk annak a gyanúját, hogy nem kevés fiatal számára ismerős élmény a mindennapos iszogatás. Viszonylag szűk az a réteg, akik teljesen elítélően nyilatkoznak az alkoholról. Az arányukat a két kérdésre adott válaszok alapján 5-7%-ra tehetjük (a cigarettánál ugyanezek az arányok 16-20% körül mozogtak).

A betegségre és függőségre vonatkozó kérdések a másik két szerhez hasonló eredményeket hoztak, azaz a fiatalok szinte egységesen–93%, illetve 97%-ban–gondolják úgy, hogy az alkoholfogyasztás súlyosabb betegséget és függőséget is okozhat. Azonban amíg a kábítószeres és a cigaretta esetében a választ adó fiatalok jellemzően úgy vélték, hogy kis mértékben fogyasztva is káros, addig a többség szerint (70%) az alkohol csak nagymértékben fogyasztva káros az egészségre. Itt újra megjelenik a mérték kiemelt jelentősége, és kirajzolódik előttünk egy olyan kép, amely szerint az alkohol önmagában a fiatalok számára nem feltétlenül egy rossz dolog, csak akkor válik azzá, ha túllépik azt a bizonyos mértéket. Ezek után különösen érdekes, hogy vajon a fiatalok mit értenek mértéken, számukra mi az a mennyiség, ami már túllép a határon. A kérdésünk az volt, hogy „naponta mennyi alkoholt kell elfogyasztani ahhoz, hogy valaki függővé váljon”. Az eredményeket tiszta szeszben dolgoztuk fel, hiszen egyesek a válaszaikban sört, mások bort; vagy esetleg töményét mondtak. (A sör 5%, a bor 10%, a tömény 40% tiszta szesz.) A fiatalok válaszai szerint napi 1,57 dl tiszta szeszt kell a függőséghez elfogyasztani. Ez

naponta több mint 6 üveg sört, vagy több mint 1,5 liter–azaz kb. két üveg–bort, vagy kb. 8 felest jelent. Úgy tűnik tehát, hogy a fiatalok igen magasra teszik a mércét.

Az alkohol fogyasztásának motivációi között a válaszolók első helyen említik a feloldódást, a gátlások leküzdését, és az ehhez kapcsolódó pozitív érzéseket (161 válasz). Az alkoholnál tehát elsődleges tényező maga a szer hatása, de a társaság, barátok, hagyomány szerepe is jelentős (ezt említették második leggyakrabban, 110 esetben). Nyilvánvalónak tűnik mindebből, hogy az alkoholfogyasztás közösségi élményként is jelen van a fiatalok életében. Az alkohol esetében a válaszok szerint fogyasztásra jelentős ösztönző még a személyes problémák említése (89-en látják így).

A fiatalok, saját véleményük szerint, az alkoholfogyasztásban a problémáikra egy mesterséges kapaszkodót találnak, hiszen a hatás feledteteti azokat egy rövid időre, s ehhez az alkoholfogyasztás régi-új hagyománya, a közvetlen környezetünk ivási szokásai biztosítják a megfelelő közeget. Úgy is mondhatjuk, hogy a fiatalok elsősorban a hatás miatt isznak, de ez is sok esetben összekapcsolódik a személyes problémáikkal.

A válaszolók az alkoholt hetente legalább egyszer fogyasztók arányát (a cigarettához hasonlóan) 64%-ra becsülik. Ehhez képest az önmagukról nyilatkozó fiatalok válaszaiból a realitás, hogy saját maguk közül 53%-uk iszik hetente legalább egyszer. Az arányok ebben az esetben is szinte teljesen megegyeznek a cigarettázásnál látott arányokkal. Mindez azt mutatja, hogy az alkohol és a cigaretta szinte hasonló súllyal, hasonló mértékben jelenik meg a fiatalok életében.

A vizsgálat során érdekelt bennünket, hogy kikre jellemző inkább a szeszesital-fogyasztás nem, településtípus, és kor szerint? A válaszok egyértelműek, a fiúk (a többi szerhez hasonlóan) lényegesen többen találkoznak az alkohollal, mint a lányok. A fiúk 67%-a, a lányok 38%-a iszik rendszeresen alkoholt. Úgy tűnik, hogy a fiúk minden szer vonatkozásában lényegesen érintettebbek, mint a lányok, könnyebben nyúlnak a drogokhoz. Település szerint leginkább a városi fiatalokra jellemző az alkoholfogyasztás (63%), aztán a fővárosiakra (47%). A legkevésbé talán a községi fiatalok isznak (41%). A községekben az alacsonyabb arány igazából a lányok 22%-os érintettségének tulajdonítható, hiszen a fiúk ott is jóval többen, 60%-ban rendszeres fogyasztók. Az alkoholfogyasztás szempontjából a községekben érzékelhető a legnagyobb különbség fiúk és lányok között. A községekben (ahogy azt a cigarettánál is láttuk) a lányoknak nem illik szerezket fogyasztani, egyszerűen nem nézik jó szemmel, a fiú alkoholfogyasztása viszont „természetes”, elfogadott.

Az idősebb (20-24 éves) fiatalok isznak gyakrabban és többet (60%), míg a 15-19 éveseknek 46%-a iszik legalább heti egyszer alkoholt. Különösen figyelemreméltó, hogy az idősebb városi fiúk itt is (ahogy a kábítószerrel, és a cigarettánál is) kiemelkednek a fogyasztásukkal. 84%-uk iszik minimum heti egyszer. Úgy látjuk, minthogy a legtöbb veszélyeztetettség mutató az esetükben tapasztalható, minderre érdemes lenne külön is visszatérni és részleteiben vizsgálni.

(A tanulmány a Kapocs Ifjúsági Önszolgálat önkéntes munkatársai által végzett vizsgálat eredményeinek felhasználásával készült. A vizsgálat ideje: 1994. augusztus-október)

Írta: Arató Géza

A multidiszciplináris ellátás lehetőségei

Magyarországon a drogproblémákkal kapcsolatosan az utóbbi időben igen sokan foglaltak állást, fejtették ki határozottan véleményüket, mind a probléma természetéről, mind a tennivalókról. A vélemények sok esetben szakmailag erősen kifogásolhatók, sőt olyan szélsőséges nézetek is napvilágot láttak, amelyeket határozottan vissza kell utasítani. A közvélemény tájékoztatásában hallatlanul fontos szerepet játszó sajtó ma már egyre inkább partner abban, hogy mindezeken a kérdéseken megfelelő módon szolgáltatson információt az érdeklődők, de általában a lakosság egésze számára, mert hogy általános érdeklődésre lehet számítani ezekben a kérdésekben, amelyekről itt is szó esik ma. Még most is érezhető annak az igen erős érzelmi és indulati reakciókat kiváltó vitának a hatása, ami több mint egy évvel ezelőtt kezdődött Konrád György Népszabadság-beli írása nyomán, és rögtön azt követően erősen politikai színezetűvé vált, főleg a felvetést követő hónapokban. Utalok arra, hogy parlamenti interpelláció követte az augusztusi cikk megjelenését a kormányzati állásfoglalás kimondatása céljából, ami természetesen a várakozásnak megfelelően meg is történt, de sajnálatos módon a vita ettől kezdve megtapadt az eredeti kérdésfeltevésnél – tiltás vagy engedés – és a dolog lényegéről, természetéről, a nálunk kialakuló helyzetről ezzel kapcsolatosan, a tennivalók fontosságáról lényegesen kevesebbet lehet hallani. Magam is számos beszélgetésnek voltam részese, ahol a problémával kapcsolatos nagyon fontos dologról alig esett szó, mert csak az érdekelte az újságíró, hogy mi a véleményem a Konrád-cikkről és én melyik szekértáborba tartozom. Azért tartom szerencsétlennek, hogy így alakult ez a vita, mert az érzelmek és indulatok viharában nem igazán lehetett hallani azok hangját (lehet, hogy ők maguk nem akartak szólni, de lehet, hogy nem voltak kíváncsiak a véleményükre), tehát nem-lehetett hallani igazán azokat, akik nagyon sokat tudnak a drogkérdés legtagabb összefüggéseiről és feltételrendszereiről. Az is sajátossága volt ennek az egyszerűsítésre, leszűkítésre törekvő vitának, hogy azt a képzetet keltette sokakban, hogy a megoldást is ezen két pólus mentén kell keresni és lehet megtalálni. Magyarán azt a több évtizedes, egyébként a világ számos helyén már kudarcot vallott szemléletet akarja meghonosítani nálunk, mely azt vallja, hogy a tiltás, a nagyon szigorú ellenőrzés, büntetés kilátásba helyezése, a kínálat legteljesebb kontrollja, a bevetések megakadályozása megoldja a drogproblémáinkat és az erőforrásokat is erre a területre kell összpontosítani. A határok valamikori zártságára való emlékezés és az akkori nem túl jelentős droghelyzet közötti összefüggés sokak fejében a nagyon erős kontroll iránti igényt szüli, és a lehetséges megoldást is valahol ebbe az irányba történő mozdulással tudják elképzelni. Csak zárójelben szeretném megjegyezni, mert a kérdésnek ezzel a részével nem kívánok hosszabban foglalkozni, hogy a Budapesti Rendőrfőkapitányság Szervezett Bűnözéssel Foglalkozó Osztályán belül egy kislét-számú alosztály próbálja felvenni a harcot a kábítószerkereskedők, deale-rek növekvő hálózatával szemben. További nehézséget jelent és ez ugyancsak a leszűkítő megközelítés eredménye, hogy a probléma iránt érdeklődők elfelejtkeznek arról, hogy globális, az egész térséget – bár különböző mértékben -, de mégis egyértelműen az egész térséget sújtó kérdésről van szó, éppen ezért a megoldási lehetőségeket, de inkább úgy fogalmazok, hogy a lehetséges megközelítéseket jelentősen befolyásolják a nemzetközi egyezmények. Végül, túlzottan csak a kínálati oldalt előtérbe helyezők elfelejtkeznek arról, hogy a drogok csak akkor adhatók el,

ha a megszerzésükre törekvő kereslet kialakult, és ma ez Magyarországon számottevően jelen van.

Azért időzöm el egy kicsit hosszasan ezeknél az alapkérdéseknél, mert amíg ezeket nem sikerül tisztázni és világossá tenni a legszélesebb nyilvánosság mellett a politikai döntéshozók számára is, addig a korszerű, multidiszciplináris megközelítés általánossá válása, elismerése és szükséges támogatása elmarad. Ez egy ideig még talán súlyosabb funkciózavarokat nem okoz a szolgáltatásokban, de a meglévő, a drogdependenciában szenvedőket kezelő intézmények és nem kormányzati szervezetek kerülhetnek rendkívül nehéz helyzetbe rövid időn belül, ha nem történik változás ezen a területen.

A piacgazdaság valószínűleg jó dolog, de a nálunk alakuló és valódi evolúciót nélkülöző kényszerszülte piacgazdaság a maga torzulásaival valószínűleg még sok keserűséget fog okozni. Egyes területeken a piacgazdaság-szerű működések megindultak, ugyanakkor más fontos területeken viszonylag lassabban történnek a változások. Elsősorban a társadalmi méretű szolidaritásra gondolok, ami ma még nem jellemzi a magyarországi közéletet. A napjainkban elég sok feszültséget okozó egészségügyi reform eredményeit nehéz lenne előre megjósolni, de némi aggodalmat okoz, hogy a kemény-drogok fogyasztásából származó szenvedélybetegségek esetleg nagyságrendekkel történő növekedését a társadalombiztosítással nehéz elismertetni. Még ma is ott tartunk, hogy a dependens gyógyítására akkor hajlandó a biztosító áldozni, amikor már számtalan szövődmény miatt sebészeti, belgyógyászati, traumatológiai, vagy pulmonológiai osztályon kezelik. Azt hiszem, hogy amikor a multidiszciplináris megközelítés lehetőségeiről beszélünk, nem arra gondolunk, hogy késői stádiumban a sokféle pszichés és szomatikus szövődmény miatt voltaképpen az orvosi szubdiszciplínák művelői valósítsák meg a multidiszciplinaritást.

Tovább gondolkozva, de még mindig a szemléleti kérdéseknél maradván most jutottunk el oda, és ez már eredmény, hogy a megelőzést, a mentálhigiénés prevenciót sokkal korszerűbben sikerült megközelíteni, mint akár néhány évvel ezelőtt. Tényleg, néhány évvel ezelőtti gyakorlat volt, hogy a társadalombiztosítás mentálhigiénés alapjából, mentálhigiénés prevencióra pályázat útján csak egészségügyi intézmények kaphattak támogatást, és később is csak úgy sikerült a pályázatba bevontak körét bővíteni, ha a pályázó az egészségügyi, szakmai háttérrel képes volt biztosítani. Ha már szóba hoztam a prevenciót, egy kicsit el is időznék ennél a témánál, mert nem csak divatból, de valóságos meggyőződésemmel is kitüntetett fontosságúnak érzem az ezzel kapcsolatos feladatokat. Anélkül, hogy belemennék a jelenlegi, kicsit zűrzavaros helyzet elemzésébe, pontosabban, amit egyáltalán képes vagyok ebből nyomon követni, azt vallo, hogy a szenvedélybetegségek átfogó megelőzése fontos része, de csak egy szelete az általános mentálhigiénés megelőzésnek. Tudom, hogy ezzel semmi újat nem mondok, de a multidiszciplinaritás szempontjait szem előtt tartva a politika, az oktatáspolitikai és munkaügyi kormányzás felelőssége, illetve az alattuk működő intézményrendszer gyakorlata messzemenően befolyásolhatja a droghelyzet későbbi alakulását. Félek, hogy az előbbieken említett piacgazdasági torzulások ezen a területen okozhatják a legtöbb kárt. Lehetnek bármilyen jó programok kiváló színes tankönyvekkel, ha azokat a lehetőségeket, amiket az iskolai szakkörök nyújthatnak, a nem csak gyermekmegőrzőként működő napközik jelenthetnek, a figyelemzavaros, gyengébb iskolai teljesítményt nyújtók speciális képzési formákban megkaphatnak, egyszerűen megszűnnek, vagy csak egy szűkebb réteg számára maradnak elérhetőek. Ha az iskolai programok mellett semmit nem tudunk kínálni az egyre nagyobb számú, és egyre fiatalabb, szocio-kulturális szempontból hátrányos helyzetű gyerekek számára, akkor jó eredményeket nem várhatunk semmilyen téren. Tudom, hogy a családok felelősségét nem lehet az iskolára hárítani, de mégis a jelenlegi helyzetben, mikor a családi élet múltbéli szétzilálásának történelmi-

társadalmi okaival tisztában vagyunk, nem tehetjük meg, hogy a második legfontosabb szintén: az iskolában és a szabad vagy zárt térben, de nem otthon eltöltött szabadidőben rejlő lehetőségeket kihasználatlanul hagyjuk. Vannak szerencsére kivételesen jó példák, jó kezdeményezések ezen a területen, csak észre kellene venni, és követni kellene ezeket. Ilyen például az óbudai rendelőintézetben most már több, mint egy éve beindított éjjeli bajnokság, ahol a lakótelepen csellengő igen tekintélyes számú meglehetősen sok és meglehetősen fiatal fiú és lány, saját maga és a környezetveszélyeztetése nélkül értelmesen, boldogan, egymást formálgatva tölti együtt a késő estét, vagy akár a fél éjszakát. Ennek és a hasonló kezdeményezéseknek az ötletgazdái és a végzői olyan lelkes emberek, akik végzettségüket és felkészültségüket tekintve az élet legkülönbözőbb területeiről jönnek és képesek harcba szállni az önkormányzatokkal, a bürokráciával, hogy valóban nagyon hatékony prevenciós munkájukat végezhesék. Nem törekszem arra, hogy felsoroljak nagyszerű kezdeményezéseket, de ezeknél valóban az alulról való építkezés a civilszervezetként való megszületés, sőt ehhez a státushoz való ragaszkodás a jellemző. Kimondottan kedvező a sokszínű háttér, amit az ilyen programokban résztvevők sokfélesége tesz színessé; ugyanez a kedvező jelenség jellemzi a drog-stop telefonos szolgálatot is, melynek sokszor egyedüli lehetősége van a kliensekkel való kapcsolat felvételére és így a segítségnyújtásra. Az ő általuk nyújtott többféle segítségben, melyet részben a prevencióhoz is sorolok, nagyon lényeges, hogy a stáb, a csapat átlagéletkora igen közel van a segítséget kérőkéhez, ami a hitelességüket, a jó kommunikációt és az elfogadásukat nagyban megkönnyíti. Azért válhat kínossá egy-két példa nevesítése, mert joggal bántódhatnak meg azok, akik nem említettnek, de most valóban az a célom, hogy minél több általam fontosnak tartott kérdést érintsek. Emiatt itt és most általában szeretném kifejezni elismerésemet mindazok munkájáról, és szép számmal vannak ilyen kezdeményezések, amelyek hasonló szellemben, hasonló módszerekkel teszik a dolgukat. Bízom benne, hogy a Mentálhigiénés Programiroda a többi lehetséges támogatóval, így a Fővárosi Önkormányzattal együtt kiemelt fontosságot tulajdonít az ilyen fajta prevenciónak, és a további működésükhöz szükséges források biztosításában segítséget tudnak nyújtani.

Mivel az egészségügyi szolgálatok igénybe vétele a drogosok részéről ugyanúgy nem elfogadott, mint az alkoholista számára is elfogadhatatlan volt az ideggondozó és az alkoholgondozó, mert sok esetben az alkoholbetegek ott kapták meg az alkoholista bélyeget és alkoholgondozói bélyegzőt, szükséges lenne az egészségügytől ily módon idegenkedő kliensek számára is elérhető segítségnyújtó hely. Ha ez a hely nem kórház, vagy rendelő, vagy ambulancia része, ha nem kell kérdőívet kitölteni és nem kell azonnal további Orvosi vizsgálatokon részt venni, ha ezen a helyen a segítséget kérő elsőbbséget élvez a kérdezéskor, akkor ennek minden bizonnyal híre megy, és ide sokan eljönnének, akik ma még ezt nem nagyon tudják megtenni. Azt képzelem, hogy kicsit úgy működne a dolog, ahogy ezt a drogbusszal ebben az évben SZIGET-ként megrendezésre kerülő egyhetes rendezvénysorozaton tette a felkészült team. Azt gondolom, hogy szükség van egy helyhez kötött, a fenti ismérvekkel jellemezhető, valódi multidiszciplináris: jogi, szociális, egészségügy keretein belül működő, általános életvezetési tanácsot nyújtó, de nem egészségügyi szolgálatra a közeli jövőben a fővárosban.

Előbb már tettem egy-két nem túl hízelgő kijelentést az egészségügyi szolgálatra, de valóban nem bántó szándékkal. Azért merem ezt megtenni, mert magam is 12 éven keresztül dolgoztam egy neuropszichiátriai osztályon. Tudomásul kell vennünk, ahogy a pszichiátriai betegek és az alkoholbetegek nagy része nem rendelkezik megfelelő betegségbelátással, ugyanúgy a tiltott kábítószeres élvezői sem vonulnak előszeretettel a kórházba, azért, hogy valami érthetetlen diagnózist akasszanak a nyakukba. Messze vagyunk attól, hogy

kimondhassuk, hogy a betegek nagy része valóban önként, saját belátásából, a szenvedélytől való megszabadulás szándékával kerül az ambulanciákra, kórházi osztályokra. Ezzel együtt az ambulanciák, és osztályok az egyéb kórházi osztályok és ambulanciák színvonalánál egy csöppet sem rosszabb nívón végzik azt a munkát, ami az orvostársadalom egy tekintélyes részéről, ha nem is lenézett, de nem egyenrangúnak tekintett területe az orvoslásnak. Nem tudom ennek az értékítéletet tükröző viszonyulásnak a gyökereit egészen pontosan, de érdekes módon a pszichiátriai osztályok beteganyagával, és főleg a szenvedélybetegekkel szembeni egyéb orvosi attitűd elszomorítóbb képet mutat, mint ami a laikus népesség körében tapasztalható.

Valóban az okozza a legtöbb gondot, hogy nehezen szánják rá magukat a drogbetegek, hogy felvételüket kérjék kórházi osztályra, vagy akár csak ambuláns segítséget vegyenek igénybe. A saját tapasztalataim alapján kiemelt jelentőségűnek tartom azt a munkát, amit gyógyult szenvedélybetegek végeznek a még drog fogságában szenvedő társaik megsegítésére. Azt láthattam, hogy sokkal könnyebben és sokkal hamarabb kérik a segítséget, például a Drog-free alapítványban dolgozóktól, ugyanúgy egyébként, mint az utcai szociális munkásoktól. Nyugodtan tekinthetjük ezeket az első, az. orvosi ellátáson kívüli találkozásokat, a gyógyítás nagyon fontos, bevezető stációinak. A klienseink jelentős hányada ilyen fajta segítség közbejöttével, igénybevételével került, illetve kerül ambulanciákra, kórházi osztályokra. Ugyancsak ennek az ellátási szintnek kiemelt a jelentősége az után-követésben is, a korai visszaesések észlelésében és az újbóli kezelésbevételre történő bátorításban, segítségben. Nem csekélyebb az a fajta segítség, amit azok tudnák igénybe venni ezeken a helyeken, akik várakozólistán várják felvételüket kórházba, vagy rehabilitációs otthonba.

A gyógyítás-rehabilitáció az én értelmezésemben egymást fedő és kiegészítő fogalmak, részben szinonimák. A rehabilitációt a gyógyítás szerves és nélkülözhetetlen részének gondolom, ami nélkül a szenvedélybetegségek esetén az egészség visszanyerésének nagyon kevés az esélye. Az a fajta szereposztás, ami kialakult ezen a területen voltaképpen szerencsésnek is tekinthető bizonyos vonatkozásban. A medikális ellátás felől a rehabilitációs folyamatban a hangsúly a valódi szociális rehabilitációra, reszocializációra helyeződik, és éppen azért helyes az a kialakulóban lévő gyakorlat, hogy az egészségüggyel csak lazább kapcsolatban, vagy akár anélkül kerül sor erre. Magyarországon a drogbetegek rehabilitációjában főleg egyházi háttérű, egyházak által létrehozott és működtetett otthonok vannak, melyek már az elmúlt évtized végén létrejöttek abból a felismerésből, amire előbb utaltam, hogy tudniillik nincs megfelelő ellátás a kórházi kezelést követően. Kiemelkedő az az aktivitás, amit ez a néhány, nagyon felkészült és elkötelezett team végez. Fontos, hogy bár kevés az ilyen otthon, kevés a férőhely és sajnálatos módon várakozólistán kell tölteni az időt a felvételig, mégis legalább van lehetőség arra, hogy teljesebbé tehető legyen a gyógyítás. Nemzetközi mércével mérve is megállja a helyét, modell és példaértékű a Leo Amici Alapítvány komlói otthona, de nem szeretnék újra abba a hibába esni, amibe már beleestem, és nem folytatnám a felsorolást és az elismerést, hanem ezzel kapcsolatosan a jelenlegi gondokról szeretnék szólni röviden. A korábbiakban a társadalombiztosítás általi finanszírozást említve, már beszéltem arról, hogy bizony nehézségek vannak a működtetési költségek biztosítása körül. A valóságban az látható, hogy a rigidebb, kevésbé rugalmas állami intézményrendszerrel szemben az egyházi és egyéb civil szerveződések, alapítványok, egyesületek sokkal gyorsabban és adekvátabban adnak választ az újfajta problémákra. Az viszont elszomorító, hogy az említett rehabilitációs otthonok, de általában a karitatív civil szervezetek támogatási rendszere nem megoldott, és e támogatások megszerzése, a pályázatok elnyerése hihetetlen sok energiát vesz el az érdemi munkából, és

bizonytalanságot, indokolatlan feszültséget teremt mind az ellátottak, mind a szolgáltatók körében. Ugyancsak szorosan ehhez kapcsolódó jelentős probléma, hogy ma egyes rehabilitációs otthonokba való bejutásra sok-sok hónapot kell várni, ami nem egyszer azzal a következménnyel jár, hogy mire felvételre kerülne sor, a beteg már nem motivált, vagy olyan súlyosan visszaesett, hogy aktuálisan a rehabilitáció, a gyógyítás számára elveszett. Bizonyítottak már annyit az említett rehabilitációs otthonok, hogy autonómiájukat nem sértve fix költségvetési támogatást kaphassanak a működési költségeik mondjuk 75-80%-ig.

Minél kevésbé tudjuk kielégíteni a gyógyítás-rehabilitáció iránti igényt annak jelentkezésekor, annál inkább kényszerülünk az ártalomcsökkentés egyébként is elkerülhetetlen gyakorlatahoz nyúlni. Nem hiszem, hogy a harm-reduction néven közismertté vált szolgáltatás nélkülözhető lenne Magyarországon, de arra azért szeretném felhívni a figyelmet, hogy az ártalomcsökkentés iránti igény nem független a gyógyító-rehabilitáló szolgáltatások színvonalától és kapacitásától. Az utóbb elmondottakkal kapcsolatosan a lényegét abban tudnám összefoglalni, hogy a teljes gyógyítási, sok-szektorú folyamatban a mindig aktuális helyzethez történő helyes aránykialakítás hallatlanul fontos. Bár a prevenció, ez az idegenül csengő, mégis nagyon felkapott jelszó, melyet úton-útfélen hallhatunk élvezhet és élvezzen is prioritást, de ha ugyanakkor elhanyagolunk más nagyon fontos területeket, azzal a megelőzés sikerét is kérdésessé tesszük. Hiszen ha a gyógyítás-rehabilitáció hiányosságai miatt egyre nagyobb számban és tartósan lesznek jelen droghasználók, akkor az ő közösségen belüli, a drogfogyasztó viselkedés irányába ható nyomásuk is egyre erőteljesebb lesz.

Ma már a nemzeti drogpolitikához képest felértékelődött egyrészt a nemzetközi előírásokhoz, ENSZ egyezményekhez való igazodásnak a fokozott igénye, másrészt a hasonló problémával küzdő városok, főleg nagyvárosok és fővárosok közötti együttműködéseknek a jelentősége. Határozatok születnek, szövetségek kötöttek, melyek természetesen fontosak, de a napi tennivalók vonatkozásában mégis csak keretül szolgálhatnak, bár fontos keretet kell, 'hogy jelentsenek.

Ebben az időszakban történt, hogy Budapest a Stockholmi Egyezményt aláírta, amely fontosnak tartja leszögezni, hogy mindenféle legalizáció irányába ható nyomásnak a leghatározottabban ellenáll, és úgy tűnik, ebbe beletartozik bizonyos nézetek szerint az oly sokat vitatott harm-reduction gyakorlata is. Éppen ezért ez az egyezmény, illetve aláírói szemben állnak a Frankfurti egyezménnyel, melyet Frankfurt, Zürich, Amsterdam, Hamburg és több nyugat-európai nagyváros írt alá. Ebben az utóbb említett egyezményben is a megelőzés elsődlegességét hangsúlyozzák, de nem tartják reálisnak a drogok teljes száműzését a társadalomból, és ehhez képest fogalmazzák meg a legfontosabb tennivalókat. Ezek között az ártalomcsökkentés az egyén és a közösség érdekében jelentős szerepet kap.

Budapest ugyanakkor csatlakozott egy másik, városok közötti együttműködéshez, mely az Európai Városok Biztonságáért Fórum címet viseli, ahol legutóbb Portugáliában arról volt szó, hogy a droghasználók és a HIV fertőzött drogosok Európai Közösségen belüli helyzetváltoztatása, vándorlása általános jelenség. Ezzel kapcsolatban ma arra a kérdésre kell választ találni, hogy miképpen lehet az ő személyiségi jogait nem sértve, de mégis a különböző szolgáltatók által elérhető módon kezelve az adataikat úgy biztosítani a methadon-fenntartó kezelésüket, tucseréjüket, hogy a visszaélés lehetőségét, tehát a többszörös dózis felvételét kizárják. Itt tehát bevett, elfogadott gyakorlat az ártalomcsökkentés és a technikai illetve részletkérdések megvitatásánál tartanak. Ahogyan már említettem, az idén, Budapest ebben az együttműködésben is részt vesz.

Némi önkritikát gyakorolva be kell vallanom, hogy a fenti egyezményekhez csatlakozás anélkül történt, hogy a fővárosnak elfogadott drogpolitikája lett volna, sőt azt is el kell árulnom, hogy mind a mai napig nem tudok beszámolni ilyen dokumentumról.

Ez egyfelől szomorú dolog, mert azt gondolom, hogy ma már tényleg jelentős problémáról van szó, és a politikai állásfoglalás segítené egyrészt az eligazodást a közvélemény számára, másrészt a szakmapolitikai vonatkozások révén a sokszektorú, multidiszciplináris ellátásnak adhatna tájékoztató pontokat. Másfelől éppen a téma kiemelt fontossága miatt lehet, hogy érdemes kiérlelni a drogpolitikai állásfoglalást, mert egy esetleg elhibázott, nem eléggé előkészített, vagy átgondolt döntés akár hátrányos is lehet az ügy szempontjából.

A jelenleg kialakult helyzet a szolgáltatások területén arra utal, hogy nehézségek vannak ugyan, de politikai direktívák nélkül is tudnak dolgozni és segíteni, akik részt akarnak és részt tudnak venni a megelőzésben, a gyógyítás-rehabilitáció szolgáltatásban és ugyanígy az ártalomcsökkentésben.

PRAXIS

Az egészséges ifjúságért Zalai kezdeményezések

A hazai alkoholizmus elleni küzdelemben jelentős szerepet játszó alkoholizmus elleni, alkoholmentes klubok munkájában az 1980-as évektől jelentős, úgymond meghatározó szerepe lett a családvédelmi tevékenységnek, az alkoholbeteg és családja együttes gondozásának, melynek következtében a közösségek foglalkozásain, rendezvényein egyre nagyobb számban jelentek meg a gyerekek, a fiatalok. Szinte ezzel egyidőben egyre nagyobb érdeklődés nyilvánult meg a klubok segítő tevékenysége iránt a hátrányos helyzetű, veszélyeztetett fiatalok részéről, illetve azon fiatalok részéről, akik az egészséges életmódszemlélet alapelvei szerint kívántak élni. E tényezők együttes hatásának öröndetes eredménye lett, hogy egyre több klubban alakult ifjúsági csoport, e csoportok klubokká szerveződtek, más helyeken kifejezetten ifjúsági alkoholmentes klubok jöttek létre. Az ifjúsági alkoholmentes klubok idővel átalakultak e-gyesületekké, ami lehetőséget teremtett 1994-ben az „Egészséges Ifjúságért” Szövetség megalakulására. A szövetségnek, s a hozzá tartozó tagszervezeteknek legfontosabb célja, hogy sajátos önsegítő-öngyógyító eszközeivel és módszereivel hozzájáruljon egy egészséges nemzedék felneveléséhez.

E célok érdekében:

- elősegíti a megelőzési tevékenység kiszélesítését
- terjeszti és hirdeti az egészséges életmódszemlélet előnyeit
- közreműködik a káros szenvedélyek terjedésének megfékezésében
- felkarolja és segíti a hátrányos helyzetű, veszélyeztetett fiatalok életvitelének rendezését

- segítséget nyújt a szenvedélybeteg fiatalok gyógyításához és gyógyulásához
- módszertani és egyéb eszközeivel elősegíti a szabadidő hasznos, káros szenvedélyektől mentes környezetben való eltöltését.

Hosszú távú program kidolgozását tartottuk szükségesnek. Ennek alapelvei:

- Az önként vállalt, ellenszolgáltatás nélkül végzett tevékenység formája a közösségi munka, melynek egyik a-lapfeltétele a megfelelő klubhelyiség biztosítása.
- A klub a közösség tevékenységét megfelelő jártassággal rendelkező jó-szándékú és önkéntes segítségnyújtásra hajlamos szakember (szociális munkás, pedagógus, népművelő, jogász stb.) is segítse. E feltétel megteremtése alapvetően a helyi közösségek feladata.
- A szövetség egyik nagyon fontos feladata a megelőzési tevékenység kiszélesítése.
- Az ismeretterjesztő tevékenységre a közművelődési intézmények, továbbá az általános és középiskolák bevonása a taglétszámot is gyarapítják, és hatékonyabbá teszik a programot.
- A közösségek fontos feladata, hogy tagjai sorába hívja a hátrányos helyzetű, veszélyeztetett fiatalokat. Célszerű az adott lakóhelyen felkeresni ezeket a fiatalokat, és meggyőző módon segíteni őket életvitelük rendezésében. A GyermeK- és Ifjúságvédelmi Intézetekkel, a Családsegítő Központokkal történő kapcsolatfelvétel és munkakapcsolat létesítése segítheti ezt a munkát.
- A szövetség, illetve hozzá tartozó tagszervezetek eredményes tevékenységének biztosítása érdekében törekedni kell arra, hogy a képzett és laikus segítők egyaránt megfelelő jártassággal és tudással rendelkezzenek.

A jártasság, a tudás gyarapítása érdekében:

- módszertani anyagokat kell készítenünk, illetve készíttetnünk, beszerezniük és terjeszteniük
- klubközi tapasztalatcsere-látogatásokat kell szerveznünk a jól bevált és hasznosítható módszerek megismerése és lehetőség szerint minél szélesebb körben történő alkalmazása érdekében
- továbbképző tanfolyamokat kell szerveznünk laikus segítőink és szakembereink részére egyaránt, annak érdekében, hogy a legújabb ismereteket elsajátítsák, gyakorlatban alkalmazzák.
- Évek óta működő és újonnan alakuló klubjaink célja az egész napos nyitvatartási rendszer bevezetése.
- Szenvedélybeteg fiatalok egészségi állapotának helyreállítása érdekében munkakapcsolatot kell kialakítani a háziorvosokkal, kórházakkal a gyógyítás és rehabilitáció elősegítése, illetve klubok megismertetése céljából.
- Fontosnak tartjuk, hogy Szövetségünk megfelelő kapcsolati rendszert és munkakapcsolatot alakítson ki azokkal a kormányzati, állami szervezetekkel, intézményekkel és társadalmi szervezetekkel, melyek célkitűzéseinkkel egyetértenek és azok megvalósításában valamilyen módon, valamilyen eszközzel segítségünkre lehetnek.
- Nagy hangsúlyt fektetünk arra, hogy mind helyi, mind pedig országos szinten folyamatos tájékoztatást adjunk tevékenységünkről, rendezvényeinkről a sajtón, rádión és televízión keresztül.

(x)

Írta: Czike Klára

Egészségügy, társadalom, alkohol

1995. december 12. és 14-e között Párizsban rendezte meg a WHO Regionális Irodája a közegészségügy történetében első konferenciát Egészségügy, társadalom, alkohol címen. A konferencia az alkoholfogyasztással kapcsolatos egészségügyi akcióterv első periódusát zárta. A konferencián ötven ország szaktárcáinak képviselői vettek részt. A konferencia öt alapvető etikai kérdést tárgyalta.

1. Minden embernek joga van a balesetmentes, erőszaktól védett és az alkoholfogyasztás következményeitől óvott családi és közösségi életre és munkahelyre.

2. Minden embernek joga van, kora gyermekkorától fogva, érvényes és tárgyilagos információra és oktatásra az alkoholfogyasztás egészségi, szociális és családi következményeit tekintve.

3. Minden gyermeknek és fiatalnak joga van biztonságos és az alkoholfogyasztás következményeitől mentes környezetben felnőnie.

4. Minden embernek és családtagjának, aki az alkoholfogyasztás káros következményeitől szenved, joga van elérhető kezelésre és gondoskodásra.

5. Minden embernek, aki nem óhajt vagy egészségi okok miatt nem tud alkoholt fogyasztani, joga van védelemre az ivással kapcsolatos nyomás ellen, és támogatást kell kapnia ebbéli magatartásában.

A fenti alaptételek megvalósításához az alábbiakat ajánlják:

1. Informálni kell az embereket az alkoholfogyasztás egészségi, szociális és családi következményeiről, valamint arról, hogyan lehet megelőzni vagy minimalizálni a károkat. A tömegkommunikáció és a kampányok csökkentik az alkoholfogyasztást és az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémákat. Elsődleges céljuk befolyásolni az alkoholfogyasztási szokásokat.

2. Elő kell segíteni a társadalmi, a magánélet és a munkahelyi környezet védettségét a balesetek, az erőszak és az ivással kapcsolatos más negatív következményekkel szemben. Az alkohol nagy szerepet játszik a különböző balesetekben és az erőszakos cselekedetekben, ez gyakran 20 és 60 % között mozog. A lakosság majdnem felének ismeretségi körében túl sokat iszik valamely rokon, barát vagy munkatárs. Az alkohol, ezen belül a rövid italok elterjedése szoros kapcsolatot mutat a baleseti kockázatok növekedésével, az öngyilkossággal, az erőszakos bűntényekkel: az emberrablással, a nemi erőszakkal és a rablással. Az alkoholfogyasztás csökkentése e negatív következmények csökkenését vonja maga után.

3. Olyan törvényeket kell megalkotni és érvényesíteni, amelyek hatékonyak az ittas vezetéssel szemben. Ezeknek a törvényeknek erőteljes betartatása lényeges, hiszen például a fiatal alkoholfogyasztók általában nem csak az ivásban, hanem az autóvezetésben is tapasztalatlanok. Épp ezért a fiatal autóvezetőknél szigorúbb szabályokat kell bevezetni, alacsonyabb vér-alkohol szintet kell megszabni. A rendszeres ellenőrzések tartósan csökkenthetik az elkerülhetetlen baleseteket legalább 20 %-kal,

4. Az alkoholhoz való hozzáférhetőség korlátozásával sikeresen vissza lehet szorítani az alkoholizmust. A korhatárok felemelése mintegy 25%-kal csökkenti az ittas vezetés miatt bekövetkezett balesetek számát. Az a-dóztatás is hatékonyak bizonyul, 10%-os áremelkedés 5%-os sörfogyasztás visszaesést von maga után, a bor esetében ez 7,5%, a röviditaloknál pedig 10%.

5. Az alkohol-reklámok korlátozása is csökkenő tendenciát idéz elő. A töményital reklámokat tiltó OECD országokban 16%-kal alacsonyabb az alkoholfogyasztás, a sör és a bor esetében ez 11%, a halálos kimenetelű balesetek 10%-kal kisebb számban fordulnak elő ott, ahol csak a tömény italok reklámozása van tiltva és 23%-kal, ahol a sör és a bor reklámozása is tiltva van. Az alkohol reklámozását nem kizárólag közvetlen hatásában kell vizsgálni, hanem tágabb összefüggéseiben, mintegy az alkohol-prevencióval kapcsolatos oktatás és stratégia aláaknázásaként. Az alkoholreklámok célja, hogy biztosítsák a vásárlókör újratermelődését, és cáfolják a felvilágosító programokat.

6. Rehabilitációs szolgáltatásokat kell nyújtani az alkohol-függőségben szenvedőknek. A kezelés típusait differenciáltan kell kialakítani, azonban nem lehet lebecsülni egy egyszerű, nem kórházi környezetben történő kezelés jelentőségét sem, mint például a háziorvosi segítségnyújtás.

7. Meg kell fogalmazni az alkoholt felszolgálók és forgalmazók felelősségét. Az alkoholfogyasztás csökkentését elősegítő intézkedéseket közegészségügyi és közbiztonsági szempontokból is meg kell vizsgálni. A harmadik világ országaiiban az erőszakos marketing politika, vagy a korábban alkoholtilalom alatt lévő országokban a szigorítások enyhítése az alkoholhoz való hozzáférhetőség ugrásszerű megnövekedéséhez vezetett.

8. A kérdést nem individuális alapon kell megközelíteni, hanem figyelembe kell venni a közvetlen környezetet is.

9. Támogatást kell nyújtani a nemkormányzati háttérszervezeteknek, önszervező mozgalmaknak, melyek terjeszteni kívánják az egészséges életmódot. A kormánynak alkoholelles programmal kell rendelkeznie, de végrehajtásában érdemes támaszkodnia a nonprofit szervezetekre. Nagy eredményeket ért el e téren például az Anonim Alkoholisták szervezete, amely közel 2 millió tagot számlál világszerte.

10. A Health for All Policy for Europe 1980 és 2000 között 25%-os alkoholfogyasztás-csökkenést irányoz elő, de 1980. és 1990. között 40-ből csak 19 országban csökkent a fogyasztás. A FÁK országai közül kilencben pozitív tendencia érezhető.

Fordította és összeállította:

Czike Klára

Írta: Simon Ildikó

Európai Alkoholelles Akcióterv

Az Európai Alkoholelles Akcióterv egy olyan átfogó, globális terv, amely az alkohol-, a dohányzás-, és a drogfogyasztás csökkentését, és az ezzel kapcsolatos pszichikai, szociális és egészségügyi problémák, kockázatok megelőzését és kezelését tűzte ki célul.

A világon Európa vezet az alkoholfogyasztásban. 1990-ben az egy főre jutó mennyiség 8 liter volt a „gyenge” alkoholokból. A 26 tagállamból 15-ben-sikerült mérhető adatokhoz jutni, a továbbiakban minden szám eszerint értendő. Az alkoholfogyasztás szempontjából az 1950 és 1980-as évek közötti periódus bizonyult a legnehezebbnek, ezt a 80-as évek elejétől egy stabilizációs időszak követte.

Köztudott, hogy az egészségügyi- valamint a szociális szolgáltatások, a munkahelyek és az igazságügyi rendszerek viselik az alkoholproblémákkal kapcsolatos terhek nagy részét. Még néhány adat: egyes európai államokban a bruttó nemzeti termék 2-3%-át költik az alkohollal kapcsolatos kiadásokra. Ugyanezekben az államokban a 16 és 74 év közötti lakosság elhalálzásában 8-10%-ban felelős az alkohol.

Az Európai Alkoholelles Akcióterv célja, hogy segítséget nyújtson az európai tagállamoknak az egészségügyi és szociális kockázatok megelőzésében. Hogy ezt elérje, két dologra van szükség: csökkenteni az általános alkoholfogyasztást, valamint átalakítani az iváshoz kapcsolódó viselkedéseket, szokásokat.

Az európai tagállamok 1991-ben, Lisszabonban, a WHO Európai Regionális Bizottság ülésén elfogadtak számos célkitűzést, amelyek az alkoholfogyasztás csökkentését segítenék elő.

Három nagyon fontos szempont merül fel az Akciótervvel kapcsolatosan:

Az első az egészségügyi és szociális kérdések. Azokban az országokban, ahol az alkoholfogyasztás szintje magas, ott megterheli a családokat, az egészségügyi és szociális ellátó rendszert, a közlekedést, a munkahelyeket, valamint az igazságszolgáltatási rendszert. Az alkohollal kapcsolatos szociális költségek a különböző országokban elérhetik a bruttó nemzeti termék 2-3%-át is.

Az egyik kulcspont ezen a téren az, hogy ezek a problémák nemcsak az alkoholfogyasztót érintik, hanem másokat is, nevezetesen a családokat és a tágabb közösséget.

A második fontos terület a gazdaság. Vannak országok, ahol az alkoholtartalmú italok fő exportcikk. Ezekben az országokban az alkoholtermelés a GDP 2%-a körül mozog. Ezeken a problémákon valószínűleg speciális adóztatási politika segíthet.

A harmadik kulcskérdés a kulturális faktor. Az európai régióban számtalan variációja van annak, hogy mit is értünk alkoholfogyasztáson, illetve ' milyen szinttől definiáljuk problémának. Legtöbb európai országban az alkoholfogyasztás integrált része a társasági életnek, a különböző alkalmak és ünnepségek velejárója. Az alkoholfogyasztás a kikapcsolódáshoz és a vidámsághoz kötődik.

Az alkohol- amennyiben a gazdasági faktort tekintjük – az anyagi jólét egyik forrása lehet, de egyben sok betegség okozója is.

Az Európai Alkoholelles Akcióterv nagy figyelmet szentel az ifjúságnak és a prevenciónak, előtérbe helyezi e korcsoport függvényében felmerülő nem-biztonságos szexuális élettel és a bűnözéssel kapcsolatos kérdéseket. Ezen kívül a fiatalkori alkoholizálásnak negatív hatása van a tanulási teljesítményre is.

Az európai országoknak, különösen Kelet-Európában, most számos kihívással kell szembenéznük. A politikai értelemben vett liberalizáció néhány országban az alkohol-ellenőrzés liberalizációját is magával hozta, és így néhány tagállamban erőteljes növekedés állt be az alkoholtartalmú italok fogyasztásában. Ukrajnában például 1986 és 1990 között a fogyasztás 24%-kal, az ezzel kapcsolatos elhalálozások száma pedig 30%-kal nőtt.

Egy 1990-es adatokat tartalmazó táblázatból, amely a különböző európai országok egy főre jutó alkoholfogyasztását mutatja be, az derül ki, hogy Franciaország (13 liter), Luxemburg (12,1 liter) és Kelet-Németország (11,9 liter) után harmadik helyen Magyarország áll 10,5 literrel. Az első tíz helyen álló ország mindegyike a 10 liter körüli értéknél marad. A legalsó helyeken Norvégia (4,1 liter), Izland (4 liter), a Szovjetunió (2,9 liter), majd a legalsó helyen Törökország (0,5 liter) állnak. A vezető helyen álló Franciaországban például az össz-halálozás 42%-ában az alkoholfogyasztással összefüggő májcirrózis a kiváltó ok.

Európai irányzatok

Az összehasonlítási problémák, illetve az adatok pontatlansága ellenére általánosan megjegyezhető, hogy az egy főre eső alkoholfogyasztás egész Európában erőteljes növekedést mutat 1950 és 1980 között. A korai 80-as években volt egy rövid ideig tartó stabilizációs periódus, majd a növekedés tovább folytatódott. Ez a folyamat mind a nyugat-, mind a kelet-európai országokban egyaránt tapasztalható.

A 16 és a 74 év közötti korosztály halálozásának 8-10%-áért, különösen a magas vérnyomás, a rákbetegségek különböző fajtái, a májcirrózis, a pszichés betegségek és a függőség kialakulásáért az alkohol felelős.

Az alkohol sok esetben (három alkalomból egyszer) felelős a közlekedési balesetekért, valamint a háztartási-, és munkahelyi balesetekért is.

Az alkohol más problémákkal is összefüggést mutat, mint például a bűnözés, az emberölés és az erőszak. Az alkohol a fő oka a családok felbomlásának, az otthon elkövetett erőszakos cselekedeteknek, a gyermekek bántalmazásának. Az alkohol kapcsolatba hozható a dohányzással, a droghasználattal, és ezekkel együtt szerepet játszik más kockázati faktorok növelésében, amely a halálozások számát szaporítja.

A stratégia

Az Alkohollelles Akcióterv kétféle megközelítéssel dolgozik. Az egyik, hogy az általános fogyasztást igyekszik csökkenteni, másfelől pedig hatni szeretne az alkoholfogyasztási szokásokra. A két megközelítés egymást kiegészítve működik.

Az Akcióterv területei

Kilenc stratégiai területet céloz meg az Európai Alkohollelles Akcióterv:

A tagállamok politikája

Segít kialakítani egy hatékony törvényi szabályozást, amely tartalmazza az árakat, az adózási mechanizmust, a kontrollt és a marketinget.

Konszenzusteremtés kormányközi szervezetekkel

A kormányközi szervezetek politikájának fejlesztésével, növekszik a partnerek tárgyalóképessége és együttműködése.

Megelőzés a vendéglátóiparban

Az Európai Alkoholelles Akcióterv fontosnak tartja tárgyalni egy közös megközelítésről és politikáról az italok piacszerzésével és forgalmazásával kapcsolatban.

Egészségbarát környezet kialakítású

Az otthonokban, az iskolákban, a munkahelyeken és az egészségügyi intézményekben meg kell találni a lehetőségeket arra, hogy az embereket az egészséges életmódra biztassuk, javítva társadalmi támogatásukat.

Közösségek

A közösségi programok és a helyi akciók egyaránt fontosak az egészséges életmód támogatásában.

Biztonságosabb alkoholfogyasztás

A tömegkommunikáció kampányai nagymértékben hatnak az alkoholfogyasztási szokásokra. Az oktatási programok és tömegkommunikációs kampányok nem vezethetnek sikerre, ha nem erősíti meg őket az alkoholipar szigorúbb ellenőrzése.

Egészségvédelmi rendszerek

Az egészségügyi rendszerekre nagy szerep hárul a fogyasztással kapcsolatos károk felismerésében és megelőzésében, különös tekintettel az elsődleges egészségvédelemre, de a kórházi kezelésre is.

Szociális ellátó rendszerek

A szociális ellátó intézmények kerülnek először kapcsolatba az alkoholfogyasztásból eredő problémákkal. Ezért nagyon fontos ezeket azonosítani, és segíteniük a családokat és az egyéneket a kockázatok elkerülésében.

Az igazságszolgáltatási rendszerek

Megfontolandó az igazságügy leterheltsége az alkohollal kapcsolatos letartóztatások, a szabadságvesztés, a feltételes szabadlábra helyezés és utógondozás viszonylatában. Lehetőség van arra, hogy enyhítsük ezeket a problémákat a közösségi nevelés, az ittas vezetés, az otthoni erőszak, a véletlen balesetek és a bűnügyi károk megelőzésével.

A bűnügyi igazságszolgáltatási rendszernek elodázhatatlan szüksége van alkohol-problémákkal kapcsolatos képzésekre, hatékony támogatásra.

Szervezési kérdések

Az Akcióterv alapvetően két fázisra bomlott. 1995-ig: az egyes tagállamok alkoholpolitikájának kialakítása és fejlesztése, a kormányközi szervezetekkel történő megegyezés és konszenzuskérés, az egészségbarát környezet kialakítása, az elsődleges egészségvédelem tisztázása, a támogató rendszerek kialakítása.

Az egészségvédelemmel kapcsolatos szervezetek dolgozóinak (orvosok, pszichiáterek, nővérek, farmakológusok) fontos szerep jut az Akcióterv megvalósításában, és sikeressége aktív közreműködésükön múlik. Szükség van olyan képzésekre, oktatási anyagokra, amelyek az egészségügyi dolgozókat segítik a drog, a dohányzás és az alkohol problémákkal kapcsolatos tennivalókban.

Az Akcióterv terjesztése kulcskérdés, hiszen ha nagyobb nyilvánosságot kap, az jobban fogja támogatni a megvalósítást.

Féligévesben a Regionális Iroda európai szintű konferenciát szervez, hogy újra megerősítsék a célokat, a stratégiákat és a további lépéseket. A konferencia újabb lendületet adhat a folyamatnak. Fontos, hogy résztvevők különböző hivatalokból, minisztériumokból érkezzenek minden tagállam részéről, és találkozzanak nonprofit, valamint kormányközi szervezetekkel, hogy összehangolják céljaikat és eszközeiket.

Az Akciótervet végigkíséri egy kutatási és egy érdekérvényesítési hálózati munka, amely hatékonyságát növeli.

A második fázis 1996-1999-ig tart, és alapvetően az első fázisból indul ki, azt a folyamatot folytatja és fejleszti tovább.

Fontos célja az Akciótervnek egy olyan kommunikációs rendszer kidolgozása, amely a tömegkommunikációs és műholdas csatornákon keresztül oktatási anyagokat, információkat közvetít. Az egyik legfontosabb törekvés egy olyan oktatási és információs központ létrehozása, amely az egyes kezdeményezéseket összefogja, helyet ad a képzéseknek, a problémával foglalkozó publikációk gyűjteményének, önszervező csoportok működésének.

(Ilona Kikbusch 1992-ben Lisszabonban, a WHO-konferencián elhangzott előadása alapján fordította és összeállította:)

Simon Ildikó

Írta: Herczog Mária

A gyermekvédelemben dolgozók számára e két szó rendkívül gyakran kapcsolódik össze, mégis a szükségesnél sokkal kevesebbet beszélünk róla. A családokból kikerülő gyermekek jelentős részénél az okok között szerepel az alkoholizálás, alkoholizmus. Noha a rendelkezésre álló adatok alapján nehéz eldönteni, hogy pontosan milyen mértékű és mélységű ez a probléma a gyermekes családok vonatkozásában, azt mindenképpen tudjuk, hogy a magyar családok egy jelentős része számára a problémák, feszültségek oldására, konfliktusok kezelésére az alkohol a legkézenfekvőbb válasz. Ahelyett, hogy a szülőket vádoljuk, meg kellene vizsgálni, miként lehetne megelőzni és kezelni ezt a problémát, hogyan lehetne segíteni a gyerekeknek, családoknak. Az iskola és a szülői ház – különösen az érintett családok esetében – nem képes ma még olyan technikákat, életstratégiákat tanítani, amelyek segítenek a felnövekedő gyermeknek abban, hogy konfliktusait, bánatát, kríziseit kezelni és oldani tudja, kevesen tudják, hogy honnan és hogyan kérhetnek segítséget. Ugyancsak kevés szó esik e kérdésekről az újságokban, televízióban, rádióban. Álproblémák megoldása általában magánügy, a konfliktus és krízishelyzet szégyellnivaló, takargatandó.

Az alkoholfogyasztás pedig – legalábbis addig, amíg nem nyilvánvaló a függőség és a lecsúszás, ugyancsak nem nyilvános ügy, és általában bocsánatos bűn.

Az ivás olyan mértékben tartozik hozzá a mindennapi élethez – a dohányzással együtt –, annyira „természetes” velejárója a mindennapoknak, hogy a gyerekek kiskoruktól szinte mindenhol találkozhatnak vele. Az még hagyján, hogy a társasági ivás, az ebéd utáni fröccs, vagy sör, az ünnepi pezsgőzés része a családok életének, a mindennapoknak. A televízióban bemutatott filmek jelentős részében isznak, és ugyanezt tapasztalhatja a gyerek a családon kívül is. Az alkoholreklámok sem ritkák, úton-útfélen és a médiában. Nálunk nem szokás olyan művészeket, híres embereket megszólaltatni, bemutatni, akik leszoktak az ivásról, vagy éppen alkoholproblémával küzdenek, és beszámolnak erről, mint ahogyan az is kevésbé nyilvánvaló, hogy milyen ártalmakat okoz az alkohol és hány ember haláláért felelős közvetlenül vagy közvetve. Az évi 40 000 alkohol-okozta halálozás hihetetlenül magas szám, és emellett érdemes elgondolkodni azon is, hogy vajon az államnak, a vitathatatlanul magas alkoholtól származó bevételei mellett, mennyi közvetlen és közvetett kiadást jelent a megbetegedettek gyógyítása, mekkora a munkaalkalmatlanság, a családok szétesése, a gyerekek tönkre menetele által okozott pénzübeli kár. Ez természetesen kiszámítható, de nehezebben becsülhető fel az érzelmi, lelki károkozás. Ha a veszélyeztetettként nyilvántartott közel 400 ezer gyereket vesszük alapul, akkor körülbelül az esetek kétharmadában szerepet játszik az alkohol. Itt természetesen felmerül az a kérdés, ki és mit tehetne, tesz azért, hogy ezek a családok más eszközökkel is meg tudják oldani problémáikat, mi vezetett odáig, hogy ezt „választották”, és ki fogja megelőzni azt, hogy a gyerekek ezt a mintát kövessék. Nem hiszem, hogy a gyerekek kiemelése, a szülők megbüntetése, megszégyenítése a jó válasz, ez ugyanis nem oldja meg a problémát. A szülők nem az egyedüli mintaadók, és a felnőttek italfogyasztási szokásai – akár tanárokról, nevelőkről, munkatársakról vagy éppen példaképként élő művészekről, zenészekről van szó – nagyon erős hatást gyakorolnak. „Sokáig azt hitték a szakemberek, hogy ez a veszélyeztetettség csak az ivó ember saját szervezetére vagy személyiségére vonatkozik. Most kezd nyilvánvalóvá válni, hogy közvetlen családi környezetére is kihat. Ez a típusú ivás kóros feszültségfeldolgozás és/vagy hibás teljesítménycsökkentési mód, „dopping”. Ugyanis, főleg a férfiakra, az alkohol fáradtságoldó, erőnlétfokozó, ébresztő hatást fejt ki, ha

nem részegségig iszik valaki; és ennek nagy jelentősége van például a férfiak jellegzetes magyar „önkizsákmányoló” viselkedésmódja, a túlmunka, a szabadidő pénzkereső felhasználása szempontjából. Ennek pedig különböző következményei vannak. Például a párkapcsolat – hogy csak egyet említsünk a lehetséges következmények közül – felszíneesebbé válik. Ritkább a kommunikáció, a problémák megbeszélése elmarad, emiatt a konfliktusok valószínűsége nő. A gyerekek erre érzékenyen reagálnak. De károsító körülmény az is, hogy a gyermeki személyiség formálódó korszakaiban hiányos a felnőtt párkapcsolati modell, amelynek pedig nagy jelentősége lenne a pszichoszexuális fejlődés szempontjából. Sokszor a közvetlen szereptanulás is nehezített, mert az azonos nemű szülő viselkedésmintája nem tud kellően kibontakozni. A fiúk számára az italozó apa, aki gyakran csak fizikailag van jelen a családban, az alkohol hatására valójában lelkileg nincs ott, hiányos az azonosulási modell, itt tehát a fiúk közvetlenül károsodhatnak, és ennek majd saját pártalálási és párkapcsolati nehézségek, emiatt stresszek, esetleg tüneti reakciók alakulhatnak ki később” – írja dr. Buda Béla.

A gyermekvédelem rendszerében élő gyerekek nagyon kevés segítséget kapnak ma még ahhoz, hogy megtanulhassák, hogyan lehet elkerülni azokat az „alkoholcsapdákat”, amelyek nemcsak az alkoholizálókat, hanem a velük élőket is fenyegetik. Ismert, hogy a családtagok áldozat-szerepe is megtanulható, az alkoholfogyasztó szülőtől gyermekkorában szenvedő gyermek gyakran maga is alkoholista házastársat választ, a játszmák folytatódnak.

A családon belüli erőszak, akár fizikai bántalmazás, akár szexuális abúzus esetén gyakran függ össze alkohol okozta problémákkal. Erről is a szükségesnél lényegesen kevesebbet beszélünk, noha a gyerekek tízezrei szenvednek anélkül, hogy erről konkrét és számszerű ismereteink lennének, és ezáltal a segítség igénye is nyilvánvalóbbá válna.

Itt nem egyszerűen annak a megtanítása hiányzik, hogy „az alkohol öl, butít és nyomorba dönt”, hanem az, hogy egészen kicsi kortól alig van mód a jó és reális önértékelés, önbizalom megteremtésére, az érzelmek és helyzetek értékelésére, kezelésére és olyan készségek elsajátítására, amelyek érdemi választásokat tesznek lehetővé. A szülők számára is fontos lenne, hogy alkalmuk nyíljon e készségek elsajátítására, saját életük megváltoztatására. Sajnálatos tény, hogy a Magyarországon ma hozzáférhető iskolai és közösségi programok a legtöbb intézmény számára megfizethetetlenek, de van, ahol nem tudnak róluk és van, ahol nem akarnak ilyesmivel foglalkozni. Kevés embernek van módja és igénye az önszorgató csoportokra, mások segítésére, részben azért, mert nem tud e lehetőségekről, és a társadalmi elismertség is nagyon alacsony, amit pedig a média nagyban segíthetne. Ezen közben a gyerekek alkoholfogyasztása is nő, egyre fiatalabb korban próbálják ki az alkoholt és a dohányzást is. Azért is említjük együtt, mert szinte mindig együtt jár a gyermekek ivása a dohányzással, sokszor éhség- vagy feszültségcsillapítás okán.

Azért választottuk egy önálló szám témájaként az alkohol és gyermek problematikát, mert szeretnénk ezzel is felhívni a figyelmet arra a rendkívüli és növekvő gondra, amit a családok egy jelentős részének az alkoholfogyasztás jelent. Jó lenne, ha olvasóink megosztanák velünk tapasztalataikat, leírnák azokat a lehetőségeket, amelyek lakóhelyükön, vagy intézményükben adóttak, megosztanák velünk kérdéseiket, gondjaikat.

Írta: Szávai Ilona

Így iszik a diáksereg

Felmérés orvostanhallgatók alkoholfogyasztási szokásairól

Az *Egészségnevelés* című folyóirat 1996. január-februári számában érdekes tanulmányt olvashatunk, amely harmadéves orvostanhallgatók alkoholfogyasztási szokásainak vizsgálatából született.

Horváth Anna (SOTE Orvostörténeti és Társadalomorvostani Intézet, Budapest) 254 harmadéves általános orvostanhallgató között osztotta szét az összeállított kérdőívet. A begyűjtött és kielemezett 50 válasz 22 lánytól, illetve 28 fiútól származik.

Horváth Anna elmondja tanulmánya elején, hogy – bár számos felmérés született Magyarországon az alkoholfogyasztás szokásairól, olyannal nem találkozott, amely azt vizsgálná, hogy az ifjúság körében (18-35 év) hányan fogyasztanak rendszeresen alkoholt. Mi több, külföldi szakirodalmat sem talált arra vonatkozóan, hogy milyenek a felsőoktatásban tanulók alkoholfogyasztási szokásai. Pedig hogy ennek a rétegnek specifikus ivási szokásai vannak azt az is bizonyítja, hogy már a *Carmina Burana*-ban is (*In taberna quando sumus*) strófákat szenteltek a költők ezeknek a hagyományoknak.

„Az egyetemisták és a főiskolások között elvétele van alkoholista – írja *Horváth Anna*. – Visszont ma is találkozhatunk a régi diákhagyományok ápolóival. A hallgatók nagy része rendszeresen nyúl az italhoz. Általában nem a problémák elől való menekülés miatt fordulnak az alkoholhoz, hanem a társasági életük szertartásához tartozik. (...) Ezt az alkoholfogyasztást sem a társadalom, sem a környezet nem ítéli el.”

„A orvosok alkoholfogyasztási szokásait egyrészt az otthonról hozott kultúra határozza meg, másrészt nagyban befolyásolja a diákélet” – szögezi le a szerző. Európában a diákéletnek nagy hagyományai vannak, amelyek alól nem kivétel egyetlen ország sem; különbség csak abban mutatkozik, hogy egyes országokban a bort, míg másutt a sört preferálják.

Horváth Anna a felmérést harmadévesek között végezte, mert véleménye szerint az együtt eltöltött hat félév elegendő ahhoz, hogy a diákok eléggé megismerjek egymást, valamint ahhoz is, hogy „gimnáziumi magatartásformáikat felülvizsgálják, és mindenki felnőttnek tekintse magát”. A szerző azt tapasztalta, hogy „a 20-21 éves' diákok már szinte teljesen elszakadtak szüleiktől, önállóan alakítják életüket”

A kérdőív

1. Mikor ittal, először alkoholt?
2. Egy alkalommal kb. mennyit iszol?
3. Milyen gyakran fogyasztasz szeszesitalt?
4. Hol szoktál inni?
5. Kikkel fogyasztasz alkoholt?
6. Miért veszel kézbe „ poharat”?
7. Mit szoktál inni?
8. Ittál-e már gyógyszerre alkoholt?
9. Voltál már berúgva?
10. Szerinted az egyetemisták hány százaléka fogyaszt rendszeresen alkoholt?

Eredmények

Az első kérdésre kapott válaszokból kiderül, hogy a hallgatók 96% 14-15 éves korban ivott először alkoholt, és nincs szignifikáns eltérés a fiúk és lányok között. „Egy kirívó esetet találtam, ő már négy évesen kapott alkohol tartalmú italt. A felmérésből csak kettő jelezte, hogy életében sohasem ivott szeszesitalt, mind a ketten fiúk voltak.”

A második kérdés kapcsán azt az érdekes következtetést vonhatta le a kutató, hogy bár a lányok egyszerre kisebb *menyiséget* isznak, a megkérdezettek közül egyik sem vallotta magát antialkoholistának. A fiúk között annak ellenére, hogy a megkérdezettek fele korábban már megkóstolta az alkoholt, 14%-uk egyáltalán nem fogyaszt alkoholt.

Az alkoholfogyasztás gyakoriságára vonatkozóan kiderül, hogy az egyetemisták zöme legalább havonta fogyaszt valamilyen mennyiségben szeszt.

A „*társadalmi háttér*” vizsgálatánál a válaszok „egyértelműen jelzik a társasághoz kötöttséget, és ez különösen erős a lányoknál” –írja Horváth Anna.

Miért isznak az egyetemisták? Legtöbbjük- mint a válaszok 70%-ból kiderül-”a társaság kedvéért”.

Égetett szeszesitalt kisebb mértékben (17%) fogyasztanak az egyetemisták; a bor áll az első helyen (ami a szerző szerint magasabb kulturáltságra vall), bár az utóbbi években nálunk is előtérbe került sörfogyasztás káros hatásaira csak most kezdenek felfigyelni a kutatók.

Abból, hogy a lányok 1:21, a fiúk pedig 2:26 arányban ittak már gyógyszerre, arra figyelmeztet, hogy a Magyarországon egyre jobban szaporodó abúzus szerek betörtek az egyetemekre is.

Azonban biztató jel – írja a szerző –, hogy a lányok háromnegyede és a fiúk egyharmada még soha sem volt részeg.

A 10. kérdéssel a szerző „a válaszolók realitásérzékét, és a közösségük ismeretét” szándékozott „tesztelni”. Érdekesnek találja, hogy szinte minden válaszadónak más volt a tippje (10 és 95% között) arra, hogy az egyetemisták hány százaléka fogyaszt alkoholt. „Rendszeres alkoholfogyasztónak én a hetente, vagy annál gyakrabban ivót tekintettem, függetlenül az elfogyasztott alkohol mennyiségétől (hiszen alkoholistát nem találtam a vizsgáltak között). Összesen 20-an kerültek ebbe a csoportba. Ez 40%-os arányt jelent. Nemekre lebontva: 5 lány és 15 fiú.”

Érdekes következtésekre jut Horváth Anna abból, hogy „az egyetemisták (különösen a lányok) sokkal magasabbnak gondolják a rendszeres alkoholfogyasztók számát, mint az a valóságban van. Ebből több következtetést is le lehet vonni: egyrészt többet vallanak be egymásnak, mint amennyit valójában fogyasztanak, vagyis sikk az ivás, másrészt igazolni próbálják vele saját italozásukat. Ez előrevetíti az alkoholfogyasztás mértékének növekedését.”

Mit rejteget a jövő?

Kíváncsi voltam, kitér-e a kutató a vizsgált populáció *társadalmi háttérére*. Szerintem ugyanis egyáltalán nem elhanyagolható, hogy az orvostanhallgatók zöme milyen szülői háttérrel rendelkezik (ami egy lényegesen meghatározó anyagi és kulturális szintet, is jelent). Talán ezért vonható le az a vitatható következtetés is, hogy a „20-21 éves diákok már szinte teljesen elszakadtak szüleiktől, önállóan alakítják életüket”. Nem merném ezt állítani a magyar egyetemi-főiskolai hallgatók nagyobb átlagáról!

Gyanúmat alátámasztják – és mintegy igazolják – azok a megjegyzések, miszerint „egyes egyetemeken külön-külön sokkal nagyobb százalékos arányt tippelnének (a hallgatók), hírhedten nagy ivók a jogászok és a Műszaki Egyetem fiú kollégistái”.

Abban azonban teljességgel egyetérthetünk a szerzővel, hogy a kutatást ki kellene terjeszteni más évfolyamokra is, (kutatásokat és) összehasonlításokat kellene végezni más egyetemek és főiskolákon is, és tanácsos lenne kezdeményezni „egy széleskörű, az AIDS-programhoz hasonló felvilágosító tevékenység beindítását, hogy az ifjúság körében egyre népszerűbb alkoholizálás visszaszorítható legyen.”

Írta: Czeizel Endre

Magzati alkohol-rendellenesség

A mértéktelen szeszésital-fogyasztás ártalmait – „öl, butít és nyomorba dönt” – régóta hangoztatják. Mégis, ezek ismerete sem tudta korlátozni az alkoholos italok elterjedését. Gyakran emlegették az alkohol „degeneráló” hatását is. Ez azt jelenti, hogy az iszákosság az utódok egészségét is veszélyezteti. A háttérben az alkoholnak az ivarsejtekre és az öröklődésre gyakorolt ártalmas hatását gyanították. Ez nem bizonyosodott be. Ugyanakkor megerősítést nyert a mértéktelenül szeszésitalt fogyasztók gyermekeinek veszélyeztetettsége. Ennek hátterében egyfelől az alkoholista szülők ártalmas családi környezete, másfelől a nők terhesség alatti italozása áll. Ez utóbbi korunkban vált komolyabb társadalmi veszéllyé. Az utóbbi évtizedekben ugyanis három kedvezőtlen tendenciának lehetünk tanúi. Egyrészt az elfogyasztott szeszésitalokon belül a töményitalok aránya mindinkább fokozódik. A magyar borivó nép volt, jelenleg azonban már inkább pálinkaivónak számítható. Másrészt a szeszésital-fogyasztás kezdete mind korábbi életkorban kezdődik. A tizenévesek között ez a virtusnak és vagányságnak rosszul értelmezett bizonyítékává vált. Végül, harmadrészt, a nők szeszésital fogyasztása is meredeken emelkedik. Régen nem tartották „nőiesnek” szeszésitalt inni, ennek megfelelően az alkoholbetegek között a nők aránya minimális volt. Manapság a női egyenjogúság torz megnyilvánulásaként sok lány és asszony az italozásban is vetekszik a férfiakkal. Jelenleg Magyarországon a nők 3%-a tekinthető mértéktelen szeszésital-fogyasztónak és 0,3% alkoholistának. Az utóbbi két jelenség az utódvállalás szempontjából is veszélyes. Régen, az a kevés nő, aki italozott, ezt csaknem mindig a gyermek megszületése után kezdte. Mostanában azonban gyakorta előbb kezdenek inni, és később szülik meg gyermeküket. Ez pedig azt jelenti, hogy gyakorta a terhesség alatt is isznak, és ez teremti meg a magzati alkohol-rendellenesség létrejöttének az okát.

A magzat károsodása

A magzati alkohol-rendellenesség (orvosi nevén fetális alkohol szindróma) kórismézése nem könnyű, mégpedig két okból. Egyrészt a terhesség alatti szeszésital-fogyasztásról nem mindig lehet pontos adatokat szerezni. Ennek az okai is szerteágazóak: pontatlan emlékezet, szégyen, tudatos félrevezetés stb. Másrészt a magzati alkohol-rendellenesség egységtünetei folyamatos átmenetet képeznek a normálisból a kóros felé és nehéz a határt meghúzni.

A magzati alkohol-rendellenesség lényegében öt tünetcsoportra osztható:

1. A központi idegrendszer fejlődésének visszamaradását tükröző tünetek: kisfejlődés (microcephalia), értelmi visszamaradás (mentális retardatio) és működészavarok: az izomzat csökkent tónusa, szopási nehézség, ingerlékenység, túlérzékenység, túlzott aktivitás. (Ez utóbbiakat a „minimális agyi károsodás” tüneteinek tekintjük.)

2. Az általános testi fejlődés visszamaradására utaló jelek: kisebb születési súly az általában időre születetteknel, a testi fejlődés általános visszamaradása és ezzel kapcsolatban alacsonyabb testmagasság.

3. Az arc fejlődési zavara is jellemző képet ad: rövid és keskeny szemrés; benyomott orrgyök és pisze orr; az arc beesett az arccsont fejletlensége miatt; az orr és ajak közötti távolság széles, az itt lévő függőleges bőrredő (az ún. filtrum) fejletlen vagy hiányzik; az

ajkak, különösen a felső, vékony és színtelen; az állcsúcs szokatlanul kicsi vagy esetleg éppen kiálló.

4. A minor anomáliák előfordulása gyakoribb a szokásosnál, a legjellemzőbbek a belső szemredő (epicanthus), alacsonyra helyezett fülkagyló, gótikus száypad, kisebb mellkas-deformitások, behúzóda a farokcsont felett (fovea coccygea), ujjak behajlása (camptodactylia), és a kancsalság.

5. Fejlődési rendellenességek.

Ezek (pl. szív- és nagyér-rendellenességek) viszonylag ritkán fordulnak elő.

Nincs egyetlen olyan „tünet” sem, amely egyértelműen körjelző lenne. A tünetek összessége azonban alkalmas a magzati alkohol-rendellenesség felismerésére. Mégis, szükséges a magzati alkohol-rendellenességnek tipikus és nem-tipikus formáját elkülöníteni. A tipikusban az említett tünetek mind megfigyelhetők, ezzel szemben a nem-tipikusban általában csak az értelmi és testi fejlődés visszamaradása észlelhető.

Gyakoriság

A magzati alkohol-rendellenesség gyakoriságát a kórismézés bizonytalansága miatt nem könnyű meghatározni. Ha csak a tipikus eseteket vesszük figyelembe, akkor hazánkban születéskori gyakoriságuk 0,1 ezrelékre tehető. Így minden 10000. újszülöttben fordulhat elő, és ez évente kb. 13 gyermeket jelent. Ha azonban a nemtipikus eseteket is figyelembe vesszük, akkor összgyakoriságuk 4 ezrelék. Ez viszont azt jelenti, hogy minden 250-ik újszülöttben jelentkezhet, és ez évente 520 gyermeket tesz ki. E magas gyakorisággal hazánk nem képvisel különleges helyzetet a világban. Minden ún. „jóléti” társadalomban ma a magzati alkohol-rendellenességet tekintik a leggyakoribb külső eredetű fejlődési rendellenesség-egységnek.

A magzati alkohol-rendellenesség létrejötte az alkohol, illetve az ennek lebomlásakor keletkező acetaldehid sejtosztódást gátló hatására vezethető vissza. Ennek mértékét három tényező határozhatja meg. Az egyik az elfogyasztott szeszesital mennyisége. Jól kimutatható az ún. „dózis-hatás” összefüggés, vagyis minél többet isznak, annál nagyobb a kár. Ennek megfelelően jól elkülöníthető küszöbei vannak a fejlődési visszamaradásnak, a kisebb és nagyobb fejlődési zavarok kialakulásának.

A magzat alkohol iránti fokozott érzékenységet az óriási tömegű és nagyon intenzív sejtosztódáson túl az is magyarázza, hogy a májában még nincsenek meg azok az enzimek, amelyek az alkoholt és az acetaldehidet elbontják és ezzel „méregtelenítene”. A másik az italozás időpontja. A központi idegrendszer fejlődésében kritikus időszaknak a 12. és 20. hét közötti periódus tekinthető. A magzat testi fejlődése pedig a 20. hét után a legintenzívebb. Így a szeszesital-fogyasztás szempontjából a terhesség alatt kritikusnak a III. hónap utáni időszak tekinthető. (Ez ellentétes az általános szabályszerűségekkel, miszerint a magzat legsérülékenyebb időszakának a 3. és 8. hét közötti idő tekinthető.) Végül említést érdemel bizonyos-genetikai hajlam. Tipikus magzati alkohol-rendellenesség valószínűleg csak azoknak a terhéseknek a magzatjában alakul ki, akik az alkohollebontásban különlegesek, és ezért az acetaldehid hatása intenzívebben érvényesülhet. Erre utalhat az is, hogy a tipikus magzati alkohol-rendellenesség fiúkban gyakoribb.

A magzati alkohol-rendellenességgel született gyermekeken sokat segíteni nem lehet. Általában nincsenek olyan rendellenességeik, amelyek sebészi vagy egyéb orvosi beavatkozást tennének szükségessé. Az értelmi és testi fejlődés visszamaradásának orvoslására pedig igazából nincs mód. Ugyanakkor a megfelelő táplálkozás, egészséges életmód és családi légkör bizonyára segíthet a meglévő adottságok maximális kihozásában.

A magzati alkohol-rendellenesség a megelőzhető fejlődési rendellenességek közé tartozik. Sokszorosan igazolt tény, hogy ha az alkoholista nő a terhesség alatt biztosan nem iszik (mert pl. börtönben volt), akkor a gyermeke egészséges lesz. A gyakorlatban két gond szokott előfordulni. Az iszákos-részes és alkoholista (tehát a már alkoholfüggőségben lévő) nők személyiségének leromlása és általános rossz egészségi állapotuk miatt a terhesség alatt sem képesek az italozás kerülésére. Így elsősorban az ő gyermekeik között fordul elő a tipikus magzati alkohol-rendellenesség. Másrészt sokan még nincsenek tudatában terhességüknek és részt vesznek a szokásos társasági italozásban. Szerencsére ennek a korai szeszesital-fogyasztásnak nincs kimutathatóan ártalmas hatása. Ugyanakkor jelenleg pontosan nem tudjuk, mi az a szeszesital szint, amelynek bizonyosan nincs ártalmas hatása a magzatra. Éppen ezért helyes általános szabályként elfogadni, hogy – mint a gépkocsivezetőknek, úgy – az áldott állapotú asszonyoknak is mindenfajta szeszesital-fogyasztástól tartózkodniuk kell.

A szeszesitalok magzati ártalmasságát régóta feltételezték. „A törvények” című könyvében Platón írta: „Amikor nászát üli az ember, ilyenkor igazán ésszerű kell lennie mind a vőlegénynek, mind a menyasszonynak, hiszen életük nagy fordulópontjához érkeztek és a magzatnak is józan szülőktől kell származnia... Ezért leghelyesebb... a nemzés időszaka alatt nem esni a természet rendje elleni vétség hibájába, mert... silányabb nemzedék jön a világra”. A Bibliában, a Bírák könyvében olvasható: „Fogasz és fiat szülsz. Ezért mostantól ne igyál se bort, se szeszesitalt.” Most ennek érvényt kell szerezni, mivel a terhesség alatti szeszesital-fogyasztás okozta magzati ártalmak a megelőzhető rendellenességek közé tartoznak. Ennek érdekében három fontos szabályt kell tudatosítanunk.

Az egyik: a terhesség alatti szeszesital-fogyasztás súlyos veszélyt jelent a leendő gyermekekre.

A másik: az anyaság nem a szüléssel, hanem a fogamzással, sőt a fogamzásra való felkészüléssel kezdődik. A méltán oly nagy tiszteletet kiváltó anyaság feltétlenül szükségessé teszi a szeszesitaloktól való teljes tartózkodást. A három hónapos felkészülés, a terhesség és a gyermekágy időszakában.

S végül: minden ember alkotmányos joga az egészséghez való jog. Ebből következően utódaink alapvető emberi jussa az egészségesen születés joga. Aki e jogot a terhesség alatti szeszesital-fogyasztással megsérti – méltatlan az anya névre.

A méltatlan anya

Ne higgyék, hogy mindez csak amolyan elvi állásfoglalás. Hadd osszam meg Önökkel egyik fájdalmas emlékemet. A terhesgondozót vezető orvos határozott fellépésére kereste fel 1980-ban Genetikai Tanácsadónkat a 24 éves alkoholista terhes. Elmondása szerint 18 éves kora óta – ekkor házasodott – iszik, egyre többet. Férje iszákos volt. S ahelyett, hogy az asszony jó útra térítette volna a férfit, inkább maga hasonult hozzá. Ő is iszákos lett. Négy éve alkoholistaként gondolják. Eddig háromszor volt terhes. Két gyermeke közül az első ép, mivel a kisfiú születését megelőzően még csak „kezdet” inni. A második gyermekén, a kislányon, már megmutatkozott a magzati alkohol-okozta károsodás. Így testi és értelmi fejlődésében jelentősen visszamaradt. Harmadik terhessége spontán vetéléssel végződött. 1979-ben a fogyatékos kislány meghalt. Mint kiderült, az egyik családi dárídó után a városszéli viskójukban tűz keletkezett, és a kétéves kislány égési sebeibe belehalt. Az eszméletlenségig részeg szülőket tulajdonképpen az ötéves kisfiuk mentette meg, aki a tűzből kimenekülve riasztotta a szomszédokat.

Az asszony újra terhes lett. A terhesgondozóba csak a védőnő érélyes kérésére ment el. Hozzánk 12 hetes korában küldték el. Az utóbbi években, így a jelen terhessége alatt is, naponta átlagosan 5 féldeci pálinkát fogyasztott. A terhesség alatt is mértéktelenül sokat ivó nők súlyos magzati ártalmának a kockázata 70%. Így javasoltuk neki a terhesség megszakítását, mondván, hogy ha majd képes lesz kóros szenvedélyével felhagyni, akkor vállalkozzon új terhességre. Ettől az asszony elzárkózott, mert a meghalt gyermek helyére újat akartak. Ezt az elhatározását minden érvünk ellenére fenntartotta. Érdekelte a kimenetel, ezért egy évvel később a védőnő segítségével megkerestük és megvizsgáltuk a gyermekét. A terhesség 40. hetére, tehát időre született fiú 1500 grammal jött a világra. A születéskor már feltűnt kis fejkörfogata. Számos idegrendszeri károsodásra utaló tünetet is megfigyeltek. Testi fejlődésében is visszamaradt. A kisfiú arcán a magzati alkoholkárosodás tünetei voltak észlelhetők. Ezen túl számos kisebb fejlődési zavarra utaló elváltozást fedezhettünk fel, emellett szívrendellenességben is szenvedett. Mindezek együttesen megfeleltek a magzati alkohol-rendellenességnek. Mint később a védőnő tájékoztató, amikor a gyermek két éves korában a szülők előtt is nyilvánvalóvá vált a gyermek súlyos értelmi fogyatékossága, kijelentették, nekik ilyen gyermek nem kell, és állami gondozásba adták. Nem fűzők az esethez hosszabb kommentárt, talán most már megértik korábbi indulatosságom. Meddig tűri a társadalom az ilyen méltatlan szülők garázdálkodását, ki védi meg az ilyen szerencsétlen sorsú gyermekek alkotmányos jussát, az egészségesen születés jogát?

Az alkoholos meddőség

Az alkoholbetegek gyermekszáma szélsőséges arányokat mutat.

Az iszákosok személyisége: felelőtlensége és erkölcsi gyengesége nem egyeztethető össze a gyermekvállalás követelményeivel. Mégis, éppen az elmondottak és a szabados nemi élet miatt, gyakoriak a nem tervezett, de bekövetkező terhességek. A magzatok többsége meg is születik, noha általában szomorú sors vár rájuk. Később azután az alkohol okozta károsodás határt szab a további terhességeknek.

Az alkoholbetegek termékenységcsökkenése, majd meddősége jól ismert, és ennek négy oka lehet. Mindenekelőtt az ivarmirigyek: tehát a here és petefészek közvetlen károsodása az alkohol mérgező hatása miatt. Ennél lényegesebb a májkárosodás közvetett hatása. Ez különösen férfiakban nyilvánvaló. A májkárosodás miatt, egyrészt elmarad a nemi hormonok elbontása, ennek következtében megnő a férfiaknál a vérben különben alacsony szintű női hormonok mennyisége, és ez elnőiesíti a férfiakat. Így megnő a mellük, kihull a szőrzetük, és a férfiasságuk is csökken. Másrészt, a májban termelődő A-vitamin nélkülözhetetlen feltétele az ivarsejtképződésnek. A májkárosodás miatt A-vitamin is alig termelődik, és ennek hiányában leáll a herében az ondósejtképződés. Ezen túl az alkohol gyulladásra hajlamosít a belső férfi nemi szervekben, pl. a dűlmirigyben (a prosztatában). Az itt keletkező gyulladásos váladék úgy gátolja az amúgy is csökkent számú ondósejtek mozgását, mint a mocsár az odatévedt embereket. Végül széles körben elterjedt téves nézet, hogy az alkohol gátlást oldó hatása a nemi életben is hasznosítható, segítségével a nemi aktivitás fokozható. Az újabb kutatások ennek ellentmondanak, és inkább Shakespeare zseniális megfigyelését igazolják:

„S inni, uram, három nagy dolog atyja... az orrfestésnek, az alvásnak meg a vizelésnek. A ringyolkodást, uram, csábítja és kábítja: felpiszkálja a vágyait, de cserbenhagy a végrehajtásnál. Ennél fogva kiadósabb ivászatra csakugyan rá lehet mondani, hogy csürcsavarosan és rókamód viselkedik a ringyósággal szemben: gyártja és rontja: birizgálja és elsikkasztja: rábeszél és elbátortalanít tőle: talpra állítja és kicsinálja, hogy ne bírjon

állani: következésképpen orránál fogva vezeti álmában, és amikor beugratta a lefekvésbe, ő maga megugrik”, (*Macbeth, II. felvonás, 3. szín. Szabó Lőrinc fordítása*)

Írta: Horváth Mónika

A magzati alkohol szindróma megelőzése

A védőnő szerepe és feladata

A védőnő feladatvégzése során a várandós anya gondozásba vételének egyik lényeges mozzanata az anamnézis tisztázása, rögzítése.

Előfordul, hogy a védőnő már az első találkozás alkalmával tudomást szerez a család – konkrétan az apa és az anya – ivási szokásáról, de nem ez a jellemző. A tapasztalat az, hogy családlátogatás, illetve a szomszédokkal, ismerősökkel, néha a rokonsággal való találkozás és beszélgetés során derül ki az apa, netán az anya alkoholizmusa.

Amennyiben nem az első gyermeket várják, a védőnő rendszerint már jól ismeri a családot, annak körülményeit, életmódját, bár még így is „érheti meglepetés” abban az esetben, ha a mértéktelen ivás később, súlyos válsághelyzet hatására következik be. (PL: családi egyensúly felbomlása, válás, váratlan baleset, munkaviszony megszűnése). A védőnő szerepe és feladata várandós anyák gondozása során – kiemelten az anya alkoholfogyasztásával kapcsolatosan változó.

Tisztázandó a szeszital fogyasztásának rendszeressége és mennyisége a fogamzás előtti időben, jelen várandósság idején, valamint az előző szülés/szülések kimenetele és az életben lévő gyermek/gyermekek egészségi állapota.

A védőnő főiskolai tanulmányai során szerez némi elméleti tudást a mértéktelen alkoholfogyasztás személyiség-, vagy közösségromboló hatásáról és mindarról, amit „alkoholizmus”, illetve „alkoholizmus elleni küzdelem” címen emlegetünk.

Megtanulja, hogy várandósság idején milyen tanácsot adjon az alkoholfogyasztással kapcsolatosan, azonban amikor a gyakorlatban – szembesülve a valósággal – alkalmaznia kell mindezt, már bonyolult és nehéz a helyzet.

Ismernie kell az alkoholfogyasztás formáit, hatását, a család, az anya szokásait.

Más a helyzet, ha „csak” az apa iszik, illetve ha az anya néha, vagy rendszeresen fogyaszt alkoholt és az sem mindegy, hogy mit és mennyit.

Egy azonban biztos: „A szeszital-fogyasztás közvetlen magzati ártalmassága ma már bizonyított, ez lényegében az alkohol, illetve az acetaldehid citotoxikus, vagyis a fejlődő magzatok sejtjeire gyakorolt ártalmas-mérgező hatására vezethető vissza”. Az alkoholbeteg nőkben ugyanis olyan súlyos károsodások alakulnak ki, melyek a magzatok fejlődését is kedvezőtlenül befolyásolhatják. Ezek közül a legfontosabbak a következők:

- A gyomor-bél traktus idült gyulladása...
- Az alkoholos májkárosodás...
- Az alkoholos anyagcsere átállás...
- A hormonális rendszer zavara...
- A központi idegrendszer működésének zavara...
- A szervezet ellenálló képességének csökkenése...
- Az alkoholbeteg nők rossz szociális-kulturális körülményei, a terhesgondozással szembeni érdektelenségük, felelőtlenségük...”

A női alkoholbetegeknél tehát olyan súlyos testi és pszichés ártalmak alakulhatnak ki, melyek képtelenné teszik az iszákos és alkoholista terhest a magzat zavartalan méhen belüli fejlődésének biztosítására”.

Mindezek „eredményeként” kialakulhat egy súlyos kórkép: a Magzati Alkohol Szindróma (MASZ), melynek legfontosabb tünetei:

1.) A központi idegrendszer fejlődési ártalma

- az értelmi visszamaradás
- kisfejség (mikrocephalia)
- funkcionális neurológiai tünetek (csökkent izomtónus, szopási nehézség, remegés, túlérzékenység, ingerlékenység, túlzott aktivitás)

2.) A szomatikus fejlődés visszamaradása

- kisebb születési súly, majd a későbbiekben
- az aktuális testsúly visszamaradása
- az aktuális testmagasság visszamaradása

3.) Az arc különlegessége (dysmorphiája)

- rövid, keskeny szem és
- benyomott orrgyök, pisze orr
- az orr-ajak távolság széles
- a függőleges bőrredő hiánya, vagy fejletlensége
- keskeny felső ajak
- beesett arc
- kis, esetleg kiálló állcsúcs

4.) Minor anomáliák:

- belső szemredő (epicanthus)
- fülrendellenesség
- gótikus szápad
- abnormis tenyérrredők
- kis érdaganat
- túlzott szőrzet
- ferde ujj
- hajlított ujj

5.) Major anomáliák:

- szemhéj csüngés
- kancsalság
- köröm fejletlensége
- korlátozott ízületi mozgás
- tölcsérmellkas és egyéb mellkas-deformitások
- szívrendellenesség
- nemi szervek rendellenessége
- keresztcsont feletti bemélyedés
- húgyszervi rendellenesség

Az előbbi öt kategóriába sorolt tünetek alapján a tipikus MASZ – bizonyos tapasztalatszerzés után – általában felismerhető. Legfontosabb tünetnek a központi idegrendszer ártalma, a növekedés visszamaradása és a sajátos arc tekinthető.

A MASZ súlyosságát több tényező befolyásolhatja, például:

- az alkoholfogyasztás mennyisége, időtartama
- az anyai és magzati érzékenység különbözősége
- az anyai szervezet általános ellenálló képessége és állapota
- egyéb mellékhatások (cigarettafüst, elégtelen táplálkozás, alkoholelvonás, egyéb gyógyszerek)

A rendellenességek kialakulása szempontjából öt különböző veszélyes időszak lehetőségével kell számolni.

1. A fogamzás előtti időszak:

A fogamzást megelőzően rendszeresen fogyasztott nagy mennyiségű szeszes ital a női szervezetben olyan károsodást idézhet elő, amely később a terhességre és főleg a magzati fejlődésre kedvezőtlen lehet... és ez elsősorban a súlyfejlődésnek visszamaradásában nyilvánul meg... A tanulság: már a terhességre való felkészülés időszakában – 3-6 hónapig – tartózkodni kell az alkoholizálástól.

2. A mámorban fogant gyermek

A súlyos részegség vagy rendszeres italozás következtében olyan hormonális, idegrendszeri, anyagcsere, stb. elváltozások alakulhatnak ki a nő szervezetében, amelyek a tüszőrepedés, a beágyazódás és a magzati fejlődés szempontjából kedvezőtlenek lehetnek. ...Fontos tehát tudatosítanunk az ún. három hónapos felkészülés szabály fontosságát.

3. A terhesség alatti alkoholizálás kritikus periódusa

a.) „A terhesség és így a magzati fejlődés 2-8. hete tekinthető a legérzékenyebb időszaknak. Az alkohol közvetlen magzati toxikus hatása valószínűleg ekkor érvényesíti leginkább a hatását.

b.) A terhesség második harmadában a magzati fejlődés 12-20. hete között történik az agyfejlődésnek egyik legfontosabb és éppen ezért legérzékenyebb fázisa, az idegsejtek nagy osztódási hulláma.

c.) A terhesség harmadik harmadában a legintenzívebb a magzat súlynövekedése, és ekkor megy végbe az idegrendszer funkcionális érése is.

Ebben az időszakban fogyasztott nagy mennyiségű alkohol hatására lassul, vagy megáll a magzat súlyfejlődése, következmény lehet az értelmi fogyatékos, valamint az ehhez társuló kisfejlődés és a már említett funkcionális idegrendszeri tünetek.

4.) A szülés közbeni „alkoholterápia” ritkán, de előfordul. Néhány asszony, félve a vajúdas fájdalmaitól, megpróbálja elkábítani magát szeszes itallal.

Következménye lehet:

- a magzati légzésszám csökkenés
- újszülöttnél alkoholemegvonásos tünetek
- újszülött heveny alkoholmérgezése

5.) Italozás a szoptatás időszakában:

Mindennapos tévhit, hogy a sör elősegíti a tejképződést... Mind a kísérletes vizsgálatok, mind a humán megfigyelések egyértelműen azt igazolták, hogy az anya szeszesital fogyasztása egyrészt csökkenti a tejelválasztást és a tejkilövellési reflexet, másrészt veszélyes a csecsemő központi idegrendszerének fejlődésére. Az anyatejben – a véralkohol szintnek megfelelően – nem nagy az alkoholkoncentráció, mégis érvényesülhet közvetlen és közvetett ártalmas effektusa is.

A tejelválasztás csökkenésének hátterében az alkohol dehidrááló hatása áll.

A magzati alkohol szindróma gyakorisága

Hazánkban a nők döntő többsége 20-29 év, ezen belül is 21 és 24 éves kora között vállalkozik átlagosan egy-két gyermek világra hozatalára.

A magyar női népességben 0,2-1,5%-ra tehető az alkoholbetegek, tehát az alkoholisták és az iszákosok együttes aránya. A rendszeresen nagyobb mennyiséget fogyasztó terhesek aránya 0,1-0,4% között mozog. „Tapasztalataink szerint magzatuk alkohol veszélyeztetettsége miatt – mivel a probléma valódi súlyát nem ismerik – egyelőre kevesen hagynak fel a terhesség alatti alkoholizálással, ha az már szenvedélyük. Így az iszákos – alkoholista terhesek 0,15%-os, és a rendszeresen szeszes italt fogyasztó terhesek 2,0%-os

aránya látszik reálisnak. Az előbbieket esetében 65%-os, az utóbbiakban 15%-os magzati kockázattal kell számolni. Az előbbi csoportban a gyerekek 8%-a lehet tipikus MASZ-os (kongenitális abnormitással), a többi az atipikus MASZ-sok közé sorolható (retardációval). Fentiek alapján... mondhatjuk, hogy a tipikus MASZ közepes gyakoriságú kongenitális abnormalitás, az atipikus MASZ viszont a koraszülések mintegy 4%-áért és az értelmi visszamaradottság 7%-áért felelős” (vö: Czeizel E., 2. sz. jegyzet).

Tipikus MASZ: „a jellemző minor és major kongenitális abnormalitásokból összetevődő ritka és specifikus szindróma.”

Atipikus MASZ: „... ugyancsak a magzati fejlődés visszamaradásának következménye, de ez csak az ún. retardációs és esetleg az ún. funkcionális ártalom küszöböt lépi át, így nem tekinthető kongenitális abnormalitásnak, hanem a magzati fejlődés-visszamaradás (intrauterin retardáció) kategória megnyilvánulása, ... nem tekinthető igazi teratológiai ártalomnak, a kis születési súly, az értelmi fogyatékoság kórereditében azonban igencsak fontos lehet.”

A megelőzés lehetőségei

Primer prevenció

1.) Az alkoholizmus elleni propaganda során az eddigénél sokkal nagyobb figyelmet kell fordítani az alkohol okozta magzati ártalmakra elsősorban a középiskolások körében.

„A tapasztalat szerint a fiatal leányok számára az anyaság ideálja még sokat jelent, így sokszor és hangsúlyozottan a tudomásukra kellene hozni, hogy felelőtlen alkoholizálásukkal leendő gyermekeik életét és egészségét veszélyeztetik.”

2.) Alkoholbeteg nők körében jobban kellene tudatosítani a korszerű fogamzásgátlás módszereit.

3.) Jobban kell tudatosítani, milyen veszélyt jelentenek az alkoholbeteg szülők gyermekeikre. „Ezt mind a tudományos ismeretterjesztés, mind az egészségügyi felvilágosítás és egészségnevelés során jobban és gyakrabban kell hangsúlyozni.”

Szekundér prevenció

1.) Alkoholbeteg szülők felkutatása, gondozása

2.) Az alkohol függőség hajlamának feltárása 3.) Alkoholbeteg nő gyermekének speciális szűrővizsgálata

Tercier prevenció

1.) Alkoholbetegek védelme és

2.) Kezelése

A prevenció nem az egészségügy kizárólagos feladata, azonban ismerve, vagy kutatva a hazai alkoholfogyasztás helyzetét, mégis jelentős az orvos, védőnő szerepe.

Egy 1983-ban végzett felmérés szerint a magyarországi alkoholfogyasztás „helyezése” 14 ország között (vö: 4. sz. jegyzet) az alábbi volt:

Tiszta alkohol:	11,7 liter/fő	7. hely
Sör:	89,0 liter/fő	13. hely
Bor:	33,0 liter/fő	11. hely
Égetett szeszes ital:	4,8 liter/fő	3. hely

Az alkoholisták becsült száma Magyarországon

ÉV	FÉRFI	%	NŐ	%	ÖSSZESEN
1980	171.936	76,7	52.128	23,3	224.064
1985	329.472	75,7	105.984	24,3	435.456
1990	424.944	72,3	162.576	27,7	587.520

Megdöbbentő az emelkedés, ezen belül a nők száma és aránya!

Az alkoholos májzsugorodás miatt elhaltak száma Magyarországon

ÉV	FÉRFI	%	NŐ	%	ÖSSZESEN
1980	1194	76,7	362	23,3	1556
1985	2288	75,7	736	24,3	3024
1990	2951	72,3	1129	27,7	4080

Az alkoholisták számának, arányának emelkedésével azonos a májzsugorodás miatt elhaltak száma és aránya!

A helyzetet még súlyosabbá teszi az alkohol romboló hatása a családban:

„Az alkoholisták családjának sorsát mindenki ismerj az alkoholizmus elleni propaganda egyik fő érve is ez volt már a múlt században. Ma is gyakran hangoztatják, hogy az alkoholista családja veszélyeztetett”(vö.: Buda Béla, 1. sz. jegyzet).

„Ha a szülő, vagy a szülők alkoholizmusa már a gyermek kicsi korában megnyilvánul, gyakori, hogy a kisgyermek fizikai fejlődése is hátrányt szenved, mert nem gondolják elég lelkiismeretesen, ennek következtében gyakran megbetegszik, a betegségek pedig a központi idegrendszert károsítják. Mint ahogy a feleséget bántalmazza az alkoholista – gyakran a súlyos testi sértés, vagy az élet elleni vétség nagyságrendjében – úgy a gyermekeket is verik, kínozzák. Az ún. „megvert gyermek” szindróma is legtöbbször alkoholisták családjában fordul elő.

„Az alkoholista nő gyermeke szinte minden esetben súlyosan károsodik, rendszerint hamar állami gondozásba, vagy idegen családba kerül... Általában elmondható, hogy az alkoholista szülő a gyereket többszörösen veszélyeztetett pszichológiai helyzetbe hozza és ezáltal különböző viselkedészavarokat ültet el benne. A károsodások közül ki kell emelni a kábítószeres veszélyét. A károsodott fiatal személyiség ugyanis előszeretettel választja ezt az utat a lélektani menekülésre... és csoportigénye miatt a kábítószeres „kis csoportokhoz” különösen könnyen csapódik.”

Védőnői feladatok

A **körzeti védőnő** általában tudja, hogy körzetében hány család veszélyeztetett a mértéktelen alkoholfogyasztás okozta problémák miatt. A problémák megoldása nem a védőnő feladata, azonban a segítség módját mégis meg kell találnia, elsősorban a születendő-, vagy megszületett gyermek/gyermekek védelme érdekében.

A várandós nőgondozása során fontos

- a rendszeres családlátogatás
- a környezet, életmód ismeretében a személyre szóló tanácsadás
- meggyőzés az alkoholfogyasztás teljes elhagyása érdekében

- kérje őt arra, hogy gyakrabban jöjjön tanácsadásra, orvosi vizsgálatra
- esetleg még a szülés várható ideje előtt javasolja a kórházi felvételt
- szükség esetén kezdeményezze az anyaotthonba történő elhelyezést
- vegye fel a kapcsolatot a Családsegítő Szolgálattal, családgondozóval, szociális munkással
- ha a család megélhetési gondokkal küszködik, kezdeményezze a helyi önkormányzatnál a szociális támogatást, melynek felhasználásáról célszerű tájékozódni.

Újszülött-, illetve csecsemő és kisgyermekgondozás során

- intézetből távozás után a lehető legrövidebb időn belül (48-72 óra) látogassa meg a családot
- a csecsemő bármilyen kedvezőtlen helyzetét, egészségi állapotát, rendellenességét észlelve azonnal vegye fel a kapcsolatot a háziorvossal/gyermekorvossal
- a veszélyeztetett csecsemőt otthonában szükség szerinti gyakorisággal látogassa (az első 10 napon lehetőleg naponta, majd hetente)
- a bántalmazás észlelése, vagy gyanúja esetén haladéktalanul tegyen jelentést az önkormányzat gyermek- és ifjúságvédelmi szakreferensénél
- tegyen meg mindent annak érdekében, hogy a csecsemőt, kisgyermeket rendszeresen hozzák tanácsadásra (ott kapja meg a védőoltásokat, vitaminokat, esetleg egyéb természetbeni támogatást)
- a csecsemő, gyermek életét veszélyeztető súlyos bántalmazás, elhanyagolás esetén kezdeményezze az állami nevelésben való részesítést, a szülői felügyelet megszüntetését, „ha a szülő a gyermek érdekeit súlyosan sértő módon elhanyagolja, úgyszintén ha magatartásával gyermeke javát, különösen testi jólétét, szellemi vagy erkölcsi fejlődését veszélyezteti” (Családjogi törvényből).

Családgondozás

„A családgondozás területén a védőnő feladata a gondozott családban előforduló egészségi, mentális és környezeti veszélyeztetettség megelőzése, felismerése” (5/1995. sz. NM rendelet 2, § 6. pontja)

A körzeti védőnőnek azt a családot, ahol az apa, vagy az anya alkoholista, és a 0-16 éves korú gyermeket vagy gyermekeket otthon nevelik, fokozott figyelemmel kell követnie. Valószínűleg ő az az egyetlen személy, akit a deviáns viselkedésű család megtűr és otthonába beenged. Ezzel a helyzettel azonban nem lehet visszaélni, azaz a védőnő magatartása nem lehet parancsoló, utasító, vagy tiltó.

Éreztetnie kell viszont, hogy az alkoholizáló viselkedéssel nem ért egyet, szívesen segít, közbenjár a család érdekében, de a szülők is érezzék felelősséget, próbáljanak meg a rossz életviteli szokásokon változtatni.

Adott esetben kérheti a védőnő valamelyik családtag segítségét. (Pl. nagyszülők, keresztszülők.)

Ha több gyermek él a családban próbálja meg „rávenni”, illetve tanítsa meg a nagyobbakat arra, hogyan kell a kisebbeket ellátni. Hozza el tanácsadásra az idősebb testvér a fiatalabbat.

Az alkoholista szülők gondozására mentálhygiénés hálózat működik, a csecsemőgondozási feladatok megoldásához pedig a családsegítő szolgálatok nyújtanak a védőnőnek segítséget.

Minden védőnő térképezze fel saját körzetében (vonzáskörzetében) azokat a tanácsadókat, amelyeket az alkoholista anyák felkereshetnek, így pl. alkoholológiai tanácsadó,

drogambulancia, lelki segély szolgálat, családsegítő szolgálat ügyeleteit. Adjon támogatást ahhoz, hogy az alkoholisták szülők a tanácsadóba eljussanak.

Az oktatási intézményekben főállásban működő **iskola-védőnők** ritkán ismerik a családokat.

Tevékenységük során (orvosi vizsgálatok, előadások, tanfolyamok, tanácsadás) azonban észlelik – vagy tudomást szereznek- a tanuló átlagostól eltérő, esetleg kirívó, illetve megváltozott magatartását.

A személyes beszélgetés, a pedagógustól kapott információ segítheti őt abban, hogy a viselkedés okát felderítse.

A segítségnyújtás lehetőségei:

- személyes beszélgetés
- az osztályközösség bevonása
- kapcsolatfelvétel ifjúsági egyesületekkel
- szünidei elfoglaltság megszervezése (táborozás)
- iskolát ellátó orvos közreműködése
- tanfolyamokon, versenyeken, kirándulásokon való részvétel elősegítése.

Egészségnevelési munkájában kapjon kiemelt szerepet a káros szenvedélyek megelőzése.

Ehhez használjon fel minden olyan eszközt, mellyel „megnyerheti” a fiatalokat pl.:

- videó
- poszterek, kiállítások
- szerepjátékok
- kiscsoportos foglalkozások
- betegségből gyógyult személy (fiatal) meghívása
- látogatás segítő közösségekben.

Együttműködés

a.) A körzeti, és iskolát ellátó védőnő ismerje a területén működő és elérhető családsegítő intézményeket, civil szervezeteket.

b.) Vegye fel a kapcsolatot az intézmények, szervezetek vezetőivel.

c.) Tájékozódjon a tanácsadás, csoport- vagy klubfoglalkozás helyéről, idejéről

d.) Lehetőség szerint kapcsolódjon be egy-egy programba

e.) A kapcsolattartás legyen kölcsönös, naprakész és folyamatos

f.) A tanácsadóban a védőnő meghatározott napon/napokon és időben legyen elérhető (védőnői tanácsadóban)

g.) Minden esetben igényelje a visszajelzést (a segítséget kérőtől, az intézménytől, szervezettől) de ezt a védőnő se mulassza el!

Összefoglalás

A körzeti védőnő az egészségügyi ellátás szakembere. Az ő feladata elsősorban a várandós anyák és gyermekek egészségvédelme.

A munkája során tapasztalt, a család életére kedvezőtlenül ható változás, deviancia, szociális probléma megoldása nem a feladata, azonban a megoldást elősegítő folyamatban közreműködő szerepe jelentős lehet. Ezen tevékenysége viszont nem hozhatja őt kiszolgáltatott helyzetbe, azaz nem lehet olyan intézkedést elvárni, kívánni tőle, mely személyét, vagy munkáját veszélyeztetné.

A védőnőnek ismernie kell a kompetencia határait, a sajátját és a segítőkéét egyaránt.

Ezért nem célszerű olyan feladatot vállalnia, amit arra hivatott személyek, vagy intézmények sem tudnak ellátni. Az alkoholizmus megelőzésében az ő elsődleges feladata a tanácsadás és egészségnevelés, észlelés esetén pedig a megfelelő helyen történő jelzés, kapcsolatfelvétel, együttműködés, indokolt esetben az intézkedés: pl. pártfogó családgondozás, szociális támogatás, családterápia, pszichiátriai kezelés, alkoholelvonás, intézeti elhelyezés, gyermek állami nevelésének kezdeményezése. Úgy gondolom mindez nem csekély felelősség, amely a védőnőtől megfelelő szakismeretet, empátiás készséget kíván, a szakmától és a társadalomtól pedig elismerést, támogatást érdemel.

IRODALOM:

1. Buda Béla dr.: Az alkoholológia új távlatai, 111-121. (Kiadó: Alkoholizmus Elleni Bizottság, Bp. 1992.)
2. Czeizel Endre dr. (szerk.): A magzati alkohol szindróma. (Alkoholológiai kiskönyvtár, 2. kötet; 45-286; Medicina 1981)
3. Czeizel Endre dr. (szerk.): Az iszákosok iszákosokat nemzenek? (Alkoholológiai kiskönyvtár 5. kötet, 227-230; Medicina 1982)
4. Dévényi Edit dr., Kenessey Albert dr.: Az alkoholbetegség diagnosztikus és terápiás problémái. (Praxis, 1993. 2. évf. 10. szám; 45-50)
5. Szél-Székely-Szeles: Védőnői módszertan 1994. (309-312.)

Írta: Berényi András

Szenvedélybeteg a családban

A debreceni FORRÁS Lelki Segítők Egyesület tevékenysége

1989 tavaszán tizenketten ültünk le arról beszélgetni, hogy milyen problémákat látunk munkánk során – ki az iskolában, ki az óvodában, ki az egészségügy és szociális ellátás területén. Mindannyian azt tapasztaltuk, hogy a CSALÁD egészére egyik ellátási területen sem összpontosítanak. Felkértük az akkor Magyarországra érkezett Teleki Béla pasztorálpszichológust, hogy a lelkes kis csapatot készítse fel a terveink megvalósítására. Hetente ültük körül a gyertyát és beszélgettük át a különböző segítői munkával kapcsolatos témákat. Ez volt a felkészülés, az erőgyűjtés időszaka.

Olyan ellátási formákon gondolkodtunk, hogy a lelki és egzisztenciális krízisben lévő emberek, családok problémái ne mélyüljenek el annyira, hogy az egészségügy stigmatizáló hatása érvényesüljön. Minél könnyebben elérhető szolgáltatásokat szerettünk volna kialakítani, ahol nincs szükség személyi igazolványra, társadalombiztosítási kártyára, és így biztosítható a kliensek számára az anonimitás és a titoktartás. Indokolt esetben természetesen felvesszük a kapcsolatot a megfelelő szakintézménnyel és szakemberrel.

1989 júniusában alakult meg a Forrás Lelki Segítők Egyesülete, így lehetőség nyílt álmaink megvalósítására. Az első pályázati támogatásokból az egyesületi tagok képzését támogattuk és a szolgáltatásaink beindításához szükséges alapvető eszközöket szereztük be.

1990 tavaszán az egyik pártházban kaptunk egy helyiséget, ahol heti háromszor 3 órában hirdettük meg egyének, családok és hátrányos helyzetű csoportok számára szolgáltatásainkat, amelyekről a katolikus papokat és református lelkészeket is informáltuk. E-közben tovább folytatódott a képzés, ahová az újonnan érkezett munkatársak is bekapcsolódtak. Ezt az időszakot neveztük el „hőskornak”.

1992-ben a holland Stichting Katholieke Noden Alapítvány 2 éves támogatásával Debrecen város legnagyobb, 40.000 lakosú Tócskerti lakótelepén 3 munkatárssal pszichoszociális tanácsadó kialakítását kezdtük el.

1993 óta az egyesületünk a Magyar Karitásztagszervezete. A német Karitásztagszervezete által vezetett szocioterápiás képzésen szereztük a szakmai ismereteket. A formális kapcsolat után 1994-ben a Szenvedélybeteg Segítő Szolgálat munkacsoportjába két munkatársunk kapott meghívást. Itt dolgozzák ki a szenvedélybeteg ellátás rövid és hosszú távú stratégiáját, illetve alakítják ki a szenvedélybetegeket ellátó rendszert.

1994 óta a szociális törvény alapján az önkormányzat Szociális Irodája ellátási szerződést köt az egyesületünkkel családsegítő tevékenységre és a szenvedélybetegek ellátására.

A Forrás Tócskerti Segítő Szolgálatának működése során szerzett tapasztalatok azt mutatták, hogy a kliensek 65-70%-a-közvetlenül vagy közvetve érintett a szenvedélybetegség problémájában. Ez azt jelenti, hogy a függő betegek mellett a hozzátartozók, házastársak, gyermekek, szülők, szomszédok, munkatársak kérnek segítséget. Az egyre növekvő igényeket figyelembe véve munkacsoportot alakítottunk klinikai szakpszichológus, családterapeuta, szociális munkás és önkéntes segítő bevonásával, aki maga is szenvedélybeteg volt.

Rész munkaidőben dolgozik még pszichiáter, orvos családterapeuta és lelkész. A munkatársak közül valaki a hét minden munkanapján elérhető a szolgálatban. Kezdetben több ellentmondással is meg kellett küzdenünk.

Az egyesület önkéntes munkával kezdte működését, és sokáig laikusoknak tartották a csoportunkat.

Az önkormányzat számára túlzottan egyházi jellegű volt, míg az egyházak vezetői túl szakmai szemléletűnek minősítették az egyesületet.

A mentálhigiénés tevékenység, amit végzünk az egészségügyi, szociális, kulturális és társadalombiztosítási finanszírozáshoz tartozik.

Speciális szolgáltatásaink az igényekhez igazodva alakultak és alakulnak ki, és mindig nagy figyelmet fordítottunk arra, hogy információt kapjanak a társintézményben dolgozók és a szolgáltatások után érdeklődők is. Kiemelkedően fontos a hálózatszervezés/hiszen hatékony szenvedélybeteg ellátás elképzelhetetlen a különböző ellátó rendszerek folyamatos együttműködése nélkül. Az ellátási rendszert a mentálhigiéné 3 lépcsőjének megfelelően építettük fel abból a megfontolásból, hogy csak komplex rendszerben dolgozhatunk sikerrel.

MEGELŐZÉS

Munkacsoport szervezése

Nélkülözhetetlen a hálózati munka mivel az egészségügyi, szociális területen és a civil szférában dolgozó intézmények, szolgálatok gyakran párhuzamos tevékenységet folytatnak a szemléleti megközelítések egyeztetése nélkül.

Népjóléti műhely

A Tóócskertben működő különböző humán segítő intézmények, szolgálatok munkatársainak részvételével havi rendszerességgel megbeszélést tartunk, ahol az együttműködés lehetőségeiről, a prevenciós programmal kapcsolatos tennivalókról illetve feladatok egyeztetéséről esik szó. Alkalmanként 10-12 fő vesz részt a találkozókön – az iskolák szociális munkásai, a rendőrség képviselői, a Gyermek és Ifjúságvédő Intézet, a gyámügyi csoport, a területi gondozás munkatársai, és a civil szervezetek képviselői.

Családorvosok munkacsoportja

A lakótelepen dolgozó mintegy 30 családorvossal tartjuk a kapcsolatot. A megbeszéléseken ismertetjük programunk jelenlegi helyzetét és megbeszéljük az együttműködés lehetséges formáit különös tekintettel a gyógyszerdependencia kialakulásának csökkentésére és a szenvedélybetegek ellátására. Az orvosok részéről felmerült az igény, hogy működjünk együtt a szenvedélybetegek pszichoterápiába való bevonásában.

Képzések szervezése

A képzések lehetőséget adnak a közös szemléleti alap kialakítására. A különböző segítői módszerek megismerése alkalmával lehetőség van egymás munkájának bemutatására és a közös esetek megbeszélésére is.

Családterápia: új módszer a családorvoslásban

15 órás pontszerző továbbképzést tartottunk családorvosok számára, melyek során lehetőség nyílt a rendszerszemléletű családterápia, a családtagok és szenvedélybetegek gyógyításának formái, a drogprevenció módszerei, az együttműködés módozatai megismerésére.

Családi tanácsadó képzés humán segítők számára

A humán területen dolgozó kollégák számára igen fontos a gyakorlatközpontú ismeretek megszerzése. Családsegítéssel kapcsolatos képzést indítottunk, ahol megbeszéljük a szenvedélybetegség kialakulásának folyamatát, a probléma kezelésének szomatikus, pszichés és szociális aspektusait illetve a megelőzés lehetőségeit.

Szemléletformáló mentálhigiénés képzés

Többen megkerestek, hogy szívesen bekapcsolódnak a megelőzési és a segítő munkába, ezért határoztuk el, hogy 30 órás önkéntes segítő képzést indítunk, ahol az alapvető segítési módszereket, a mentálhigiéné alapfogalmait ismerhetik meg az érdeklődők, akik a későbbiekben önkéntes munkatársként vesznek részt a munkában.

Szenvedélybetegeket segítő munkatársak alapképzése

A Magyar Karitás Szenvedélybeteg-segítő munkacsoportjával együtt dolgoztuk ki a 30 órás tematikus önismereti csoport programját, ahol a résztvevők a saját példáikon keresztül kapnak ismereteket a szenvedélybetegség kialakulásának folyamatáról és a segítség lehetséges formáiról.

Átfogó megelőzési programok indítása a lakótelep iskoláiban

A másodlagos szocializáció helye az iskola. Ezért is fontos, hogy különböző mentálhigiénés, prevenciós programok szervezését támogassuk a pedagógusokkal dolgozva, együttműködve.

Rendhagyó osztályfőnöki órák

Közel 100 órát tartottunk a lakótelep iskoláiban. Ezeken az alkalmakon szó esik a drogproblémák jelentkezéséről, a segítség lehetséges formáiról, a serdülőkor nehézségeiről, a családi életről, a szülőkkel való kapcsolatról. Az órákon az eddigi felvilágosító, főleg egészségügyi ismereteket közvetítő előadások helyett a gyermekek ismereteire, tapasztalataira építő beszélgetések folynak. A diákok szívesen vesznek részt ezeken a foglalkozásokon, bár tudjuk, hogy ezek az órák nem helyettesíthetik az átfogó prevenciós programokat.

Rendhagyó szülői értekezletek

A fiatalok szüleinek tájékoztatása a drogprobléma jelentkezésével kapcsolatban igen lényeges feltétele a hatékony prevenciós munkának, hiszen a szülők is igen keveset tudnak a különböző szenvedélybetegségek kialakulásáról. Ezeken az alkalmakon a szülők információkat kapnak a jelenlegi droghelyzetről, a probléma jelentkezéséről, a megelőzés lehetőségeiről és a segítség módjairól. A szülői munkaközösség vezetői igen lelkesen fogadták a programot. A továbbiakban „Szülők iskolája” -t tervezzük a gyermekneveléssel kapcsolatban, mert azt tapasztaltuk, hogy a drogprobléma kialakulásában döntő szerepe van a megromlott szülő-gyermek kapcsolatnak.

Megelőzési programok indítása

Azt tapasztaltuk, hogy akkor igazán hatékony a prevenciós program, ha több éven keresztül folyik és nem kampányszerű. Így az iskolák lehetőségeihez igazodva kezdtük el a különböző programok szervezését. A Tócskerti Általános iskolában a Népjóléti Minisztérium által támogatott programot kezdték el, a Vörösmarty Általános Iskolában a

DADA programot a rendőrség munkatársai vezetik, az Angyalföld téri Általános Iskolában a Soros Alapítvány programját CHEF programmal ötvözve indítjuk.

Kortárs segítő program

A külföldi tapasztalatok mutatják, hogy igazán hatékony prevenciós munkát jelent például a kortársak bevonása is. A Medgyessy Gimnázium egyik osztályában például két munkatársunk 14 órás programot dolgozott ki, amely egyben prevenciós, illetve képzési elemeket is tartalmaz. Az első tapasztalatok azt mutatják, hogy a fiatalok természetes fenntartással fogadják a felnőtteket, de amikor kialakult a bizalom, akkor megjelenik az önismereti igény. Ezt kreatív és tematikus módszerekkel dolgozzuk fel. A gimnázium vezetése jelezte már, hogy szívesen együttműködik a program folytatásában.

Tájékoztatás és információszerzés

Szóróanyagok kiadása, terjesztése

Tapasztalataink szerint hiányoznak azok a közérthető kiadványok, amelyek tájékoztatnak a mentálhigiénés problémák, ezen belül a szenvedélybetegségek kialakulásáról. Ezért határoztuk el, hogy információs anyagokat, kiadványokat jelentetünk meg, amelyek egyaránt használhatók az érdeklődők és a szakemberek által.

Alkoholizmus a családban című kiadványunk a szenvedélybetegséggel kapcsolatos pszichológiai, orvosi és szociális problémák kialakulásáról nyújt ismereteket.

Amit mindannyiunknak tudni kell a lelki egészségről című kis füzetből a legalapvetőbb mentálhigiénés fogalmakat ismerhetik meg.

Mit tegyünk a szenvedély ellen? Hét javaslat szülőknek és nevelőknek, hogy már kisgyermekkorától fel tudják ismerni a szenvedélybetegségekre való hajlamot. E kiadvány segíti a jó szülő-gyermek kapcsolat kialakulását.

Asszony, szenvedély, szerelem. A kiadvány fontos ismereteket közöl a társfüggőség és kapcsolatfüggőség jellemző viselkedésmintáiról, és arról, hogy milyen szerepe lehet a hozzátartozónak a szenvedélybetegség fenntartásában.

Fordulópont a szenvedélybetegek kezelésében. Winifried Huber, a szerző, aki 3 éves szocioterápiás képzést vezetett egyesületünk szervezésében hozzájárult, hogy magyar nyelven is kiadjuk a könyvét. A könyv bemutatja a Wendepunkt szakklinika működési modelljét és a szenvedélybetegek családterápiás kezelésének lehetőségét. A szenvedélybetegek gyermekeiről külön fejezet szól. Az előszót Dr. Buda Béla írta.

Felmérés a drogfogyasztással kapcsolatban

1996 év elején közel 1500 általános iskolás körében végeztünk felmérést a drogfogyasztással kapcsolatban. E felmérést a Debreceni Akadémiai Bizottság is támogatja. A feldolgozás jelenleg folyamatban van. Terveink szerint a felmérést 2 év múlva megismételjük, ezáltal is lemérve prevenciós munkánk hatékonyságát.

Közösségi programok

Iskolán kívüli programokkal a lakótelep lakosságát szándékozzuk elérni, hiszen sokan nem érhetők el az iskolában. A szabadidő alternatív eltöltésének lehetőségeit kívánjuk felajánlani a résztvevőknek.

Előadások, beszélgetések szervezése

A lakótelepen lévő református gyülekezettel együtt gyermekek, szüleik és az érintettek számára két napos programot szerveztünk, melyet – nagy örömünkre–Balog Zoltán, a Református Iszákosmentő Misszió vezetője és munkatársai vezettek. A programon a szenvedélybetegségből szabadultak tettek tanúságot. Úgy tűnt, hogy ez a forma igen nagy hatással van a résztvevőkre, hiszen a személyes példa még az elméleti előadásnál is hitelesebb.

Anonim Alkoholisták nyitott ülése

Bár Debrecenben nem működik ilyen szervezett csoport, két alkalommal nyitott ülést szerveztünk, hogy így facilitáljuk a csoport kialakulását. Azóta heti rendszerességgel találkozunk néhány érdeklődő szolgálatunkban.

Szülői Gordon tréning

Azoknak a szülőknek szerveztünk Gordon tréningeket, akiknek gyermekei a deviáns viselkedés jeleit mutatják, és akiknél már előfordult legális vagy illegális drogfogyasztás. A szülők viszonyulásának változásai pozitív hatást gyakorolnak a fiatalok viselkedésére.

Filmklub

Igen sok fiatal – aki kimaradt az iskolából – nem vonható be a prevenciós programokba. Így született meg az ötlet, hogy ezt a réteget a drog témájával foglalkozó filmekben keresztül próbáljuk elérni. 10 videofilm levetítése után, tea mellett kötetlen beszélgetésre kerül sor szakember vezetésével. Ez a forma igen népszerű, további folytatást igényelnek a résztvevők.

Tapasztalatok

Minél hamarabb kezdődik a megelőzés, annál hatékonyabb, hiszen egyre fiatalabb korban kerülnek a gyerekek kapcsolatba a droggal. Óvodás programok kidolgozására lenne szükség.

A drogfogyasztás megelőzésében nem csak az egészségügyi felvilágosítás lényeges, hanem fontos kitérni a lelki és szociális hatásokra is.

A korosztályoknak, különböző élethelyzetű csoportoknak más és más speciális programokat kell kidolgozni, mert csak ekkor lehet hatékony a prevenciós munka.

A program hatékonyságát növeli a multidiszciplináris megközelítés, hiszen a professzionális és önkéntes szervezetek munkatársai nem egymást gátolva, hanem egymást erősítve léphetnek fel.

Az egészségügy, szociális és oktatási szféra különböző finanszírozású terület, ez nehezíti az együttműködést, s gyakran párhuzamosságok figyelhetők meg.

Az országos, megyei és városi koncepciók nincsenek összehangolva és gyakran rivalizálásokról figyelhetők meg.

Hiányzik a folyamatos munkához feltétlenül fontos anyagi bázis; így pályázattól pályázatig élhetnek csak a programok.

A képzések igen hatékonynak bizonyulnak a megelőzés területén, hiszen a képzésen résztvevők szemléletváltozása többszörösen érvényesül, így több emberhez jut el hamarabb a segítség.

TERÁPIÁS MUNKA

A kliensek 70%-a alkoholproblémával, 20%-a gyógyszerfüggőséggel, míg a fennmaradó 10%-a illegális kábítószer-fogyasztással és más szenvedélybetegségekkel keresi fel szolgáltatunkat. Az utóbbi időben egyre több játékszenvedélyben szenvedő kért segítséget, akiknél már anyagi és családi gondok is jelentkeznek.

A szenvedélybetegek kezelésében főleg a rendszerszemléletet és a személyközpontú szemléletet alkalmazzuk. Munkánk során tapasztaltuk, hogy milyen problémát jelent a kliensek motivátlansága a kezelésre, segítségre. A napi gyakorlat során alakítottuk ki a terápiás munkát megelőző motivációs beszélgetést.

Motivációs beszélgetés

Gyakran a különböző családtagok illetve érintettek jelentkeznek és érdeklődnek a segítség lehetőségeiről. Vannak, akik többször voltak már elvonó kezelésen és nem akarnak már egészségügyi intézményhez fordulni. Ezen a beszélgetésen az érdeklődővel pszichoterápiásán képzett szakember és az önkéntes szabadult alkoholist (ahogyan saját magát nevezi) együtt beszélget. A két segítő így több lehetőséget tud felajánlani a gyógyulásra, illetve nagyobb eséllyel tudja támogatni a klienst a döntése meghozatalában. Szükség esetén kórházi elvonó kezelést, vagy az Iszákosmentő Misszió dömösi gyógyító tréningjén való részvételt, vagy rendszeres bejárást ajánlunk. Ha a kliensnek nincs pénze az utazásra és a részvételi díj fedezésére, akkor pályázati és önkormányzati támogatásból hozzájárulunk a költségek fedezéséhez. Ha a motivációs beszélgetés után úgy dönt a kliens, hogy igényli a segítséget, a következő terápiás formákat ajánljuk fel:

Egyéni terápia, konzultáció

Itt kerül sor a szenvedélybetegség kialakulásának és az egyéni életút összefüggéseinek feltárására, valamint a természetes támogató rendszerek -családtagok, rokonok, ismerősök- bevonásának felmérésére.

Pár- és családterápia

Tapasztalataink szerint a szenvedélybetegség kialakulásának hátterében sok esetben a pár között és a családban keletkezett kommunikációs zavarok állnak. Ezért az egész családi rendszert kell támogatni a gyógyulás folyamatában anélkül, hogy a család bármelyik szereplőjére ráterhelnénk a bűnbak szerepet. Ezzel a módszerrel a házastársak és a családtagok együtt keresik a kiutat a szenvedélybetegség okozta testi, lelki és szociális problémákból.

Hozzá tartozói csoport

A szenvedélybetegek családtagjai számára szerveztünk csoportot, ahol a szenvedélybeteg hozzátartozóinak lehetősége van beszélni a betegség kapcsán felmerülő gondokról, nehézségekről, lelki kifáradásról. Igen nagy gondot jelent, ha a társ befejezi a drogozást, hogy a hozzátartozónak is változtatnia kell az eddigi viselkedésén, és a párnak, illetve a családnak közösen kell tervezniük a drogmentes életet. Ez azért is nehéz, mert évek alatt kialakult társfüggő (kodependencia) ~ magatartás miatt nehéz a több éve rögzült viselkedési minták megváltoztatása.

Gyermekprogramok

A gyermekekkel eddig szinte alig foglalkoztunk, pedig a felmérések szerint a szenvedélybetegek környezetében felnövekvő gyermekek sokkal nagyobb százalékban válnak maguk is szenvedélybetegekké, illetve sokkal gyakoribb a pszichés sérülések kialakulása.

Ezért szervezünk a szenvedélybetegek gyermekei számára az Ifjúság Műhely Egyesület Boróka Csoportjával játszóházas programot. Itt a kreatív foglalkozások, játékok, lehetőséget adnak az érzelmi életben lévő problémák megbeszélésére. A program igyekszik a kommunikációs készséget fejleszteni, növelni a mindennapos konfliktus megoldó készségüket. Az alkotás öröme és a közösségi érzés pozitív élményekhez juttatják a gyermekeket. Az utóbbi időben a gyerekek a szülőket is bevonják a játékokba. Nyáron 2 hetes napközis tábor is szerveztünk a játszóházban résztvevő gyermekeknek.

Nyaranta 1 hetes táborozást szervezünk vidéki plébániákon a klienseink pszichoszociálisan hátrányos 6 és 14 éves gyermekeinek. Legutóbb Szatmárcsekén üdültettünk 25 gyermeket.

UTÓGONDOZÁS

Kék Kereszt csoport

Közel 2 éve működik a Kék Kereszt csoport, melynek feladata azoknak a szenvedélybetegeknek (alkohol, gyógyszerfüggők) utógondozása, akik részt vettek a dömösi gyógyító tréningeken, valamint a kórházi elvonó kezelésből kerültek ki. Minden héten kedden 15.30-tól 17.30-ig a Forrás Közösségi Klubjában van a csoportfoglalkozás. A lelkész igehirdetése után kötetlen beszélgetés keretében esik szó a jelenlévők egészségügyi, szociális, pszichés és hitbeli gondjairól. Havonta a csoport egy csendesnapot szervez, ahol lelki program mellett szabadidős tevékenységre is sor kerül. Ilyenkor azok is el tudnak jönni, akik hétköznapi elfoglaltságaik miatt nem tudnak részt venni a heti alkalmakon. A csoport létszáma 20-25 fő, és felvetődött, hogy a magas létszám miatt, a hét más napján is teremtsünk a csoport számára találkozási lehetőséget. Fontos, hogy a szabadidő hasznos eltöltésére is legyen mód. 1995 őszén kirándulást szerveztünk Dömösre a Református Iszákosmentő Misszió Kék Kereszt gyógyító szanatóriumába, ahol meglátogattuk a környék nevezetességeit. Havonta 4-5 fő jut el a segítségünkkel a dömösi gyógyító alkalmakra, és az ott eltöltött 12 nap után csatlakoznak a hazatérők a Kék Kereszt csoporthoz. Tervezzük, hogy újból bejárunk a kórházi osztályokra, hogy az osztályról való távozás előtt már tudjunk kapcsolatot teremteni a szenvedélybetegekkel, ezzel is csökkentve a visszaesés veszélyét. Jelenleg nincs utógondozó intézmény a városban, ahol az elvonó kezelés után továbbkezelhetők a betegek. Így határoztuk el, hogy rehabilitációs intézmény szervezését kezdjük el Debrecenben.

Fordulópont: a rehabilitációs ház

Jelenleg a megyében és így Debrecen városában a szenvedélybetegek (alkohol-, gyógyszer- és kábítószerfüggők) utógondozása, reszocializációja a mai napig megoldatlan. Debrecenben a DOTE Pszichiátriai Részlegén (5 ágyon) és a Kenézy Gyula Kórház Pszichiátriai Osztályán (80 ágyon) kezelnek szenvedélybetegeket. A pszichiátriai betegek mintegy 30-40%-a alkohol-, illetve gyógyszerfüggőség miatt kerül kórházi kezelésre. A megye egyetlen alkoholfüggők kezelésére specializálódott pszichiátriai osztálya Berettyóújfaluban található (ehhez adódik hozzá az 52 akut, 40 krónikus, s munkaterápiával kezelt beteg számára fenntartott ágy Hencidán).

Problémát okoz, hogy az osztályok túlterheltek; a függő betegeken kívül az akut pszichiátriai betegeket is el kell látniuk, ezért az osztályok túlszűfoltak és túlterheltek. Az ápoló személyzet alacsony száma is nehézséget jelent az ellátásban. Gyakori gond, hogy az osztályról elbocsátott betegek kezelése nem fejeződik be. Az ambuláns ellátás főleg gyógyszeres kezelést jelent, melynek gyakori következménye a gyógyszerdependencia kialakulása. Így a pszichés függőség, illetve a szociális és családi rendszer problémáinak kezelésére a hagyományos ellátási formák túlterheltségük miatt nem alkalmasak. Gyakori jelenség, hogy többszöri elvonókezelés után sem tartják sikeresnek a hozzátartozók a kezelést, és ennek fő oka, hogy a családtagok nincsenek felkészítve. Ilyenkor újra meg kell tanuljanak kommunikálni egymással, és a szenvedélybetegségből kilábalni akaró helyét is újra meg kell találni a családi rendszerben. A másik probléma, hogy nagyon kevés olyan kör, csoport működik, amely befogadja és támogatja a leszokni akarót. Pedig ezek nélkül a csoportok nélkül elképzelhetetlen az életforma váltás.

Igen nagy gondot jelent, hogy az ellátás után a betegek nem kapnak szociálterápiás támogatást. Ennek egyik oka, hogy a különböző segítő szervezetek együttműködésének hiányában a szenvedélybetegek gyakran visszaélnek a helyzettel, s e talaj vesztés hozzájárul a visszaeséshez.

Újszerűség

1. A családcentrikus rehabilitációs-reszocializációs program családtagok közvetlen bevonását jelenti; a terápiás program idején a családban lévő konfliktusok, a szenvedélybetegekkel kapcsolatos problémák átbeszélése, feldolgozása illetve a drogmentes élet tervezése képzett szakemberek irányításával történik.

2. Az eddigiekhez képest rövid rehabilitációs program (3 hónap benn fekvő és 4 hónap nappali ellátás) a hospitalizációt megakadályozza; a város elérhetősége lehetőséget nyújt a mindennapi életbe való visszailleszkedésben, a hivatalos és szociális ügyek intézésében.

3. Az egészségügyi ellátórendszerben eddig megfigyelhető volt, hogy az elvonókezelést újabb és újabb elvonás követi (forgóajtó), amely azt jelenti, hogy a szenvedélybetegek drága aktív kórházi ágyakat vesznek igénybe. Ebből a szempontból programunk a költségek csökkentésére is kísérlet.

4. Speciális programok a szenvedélybetegek gyermekeivel, hiszen a szenvedélybetegek hozzátartozói, főleg a gyermekek, veszélyeztetettek a szenvedélybetegségek modellkövetésében.

5. A bennlakó kliensek aktív bevonása, részvétele a terápiás folyamatban abban nyilvánul meg, hogy önálló terápiás feladatokat végeznek, amely egyéni és csoportterápiás formában kerül feldolgozásra. Emellett az intézmény fenntartásában, takarításában, a konyhai feladatok végzésében aktívan részt vesznek a kliensek, a-mellyel az alkalmazotti létszám is csökkenthető.

6. Nagyon fontos az intézményből kikerülés után az utógondozás, hiszen a korai visszaesés egyik kiváltó oka, hogy a kliensek nem tömörülnek csoportba. A reszocializációban igen nagy szerepet tulajdonítunk az önszorgító csoportoknak, közösségeknek, amelyek erősítik az absztinens életmódot. Ezért motivációs programot indítunk közvetlenül az elbocsátás előtt, amikor a különböző csoportok és ellátó intézmények mutatkoznak be az otthon lakóinak.

7. Jelenleg a Tiszántúlon a szegedi Rehabilitációs Házon kívül nem működik más hasonló intézmény (míg ezzel szemben a Dunántúlon 5 hasonló intézmény van)!

A kliensek köre

Azokat az alkohol-, gyógyszer- és más drogfüggőséggel küszködő embereket várja az intézmény, akik a kórházi elvonókezelés után vannak. Fontos kritérium, hogy a családtagok is vállalják az együttműködést a rehabilitációs programban a kliensek gyógyulásáért.

Felvételi körzet Debrecen és Hajdú-Bihar megye, indokolt esetben az ország egész területe.

Az egyesületünk Debrecen város köztisztasági vállalatától bérelt ingatlanon kezdte el az intézmény kialakítását. 1996 tavaszán 25 fő részére nappali ellátást indítunk be, 1997 nyarára pedig 20 fő számára bennlakásos intézmény megnyitását tervezzük.

Várt eredmények

- Csökken a visszaesések száma
- A családtagok bevonásával a változás az életvitelben gyorsabban megtörténik.
- A terápiás csoportokon való részvétel elősegíti az utógondozó csoportokba való beilleszkedést.

- A visszaesések számának csökkenése aktív kórházi ágyakat szabadít fel. Ebből a szempontból a program költségek csökkentésére is kísérlet.

A tervek szerint évente 80-100 kliens vesz részt a rehabilitációs programban, amelyhez közel 180-200 családtag kapcsolódik. Várakozásunk szerint testi, lelki, szociális és egzisztenciális téren a négy hónapos nappali ellátási forma hatására hatékony változások indulnak el a kliensek életében, különös tekintettel a családba való visszailleszkedésre. A program befejezésekor szociális munkások és önkéntes segítők támogatják az eltávozókat az életvezetési és szociális problémák megoldásában.

Műhely

TÁMASZ-gondozók az alkoholbetegek kezelésében

Az addiktológiai járóbeteg-hálózat az elmúlt években jelentősen fejlődött, a régi típusú alkoholgondozók a TÁMASZ-konceptió jegyében modernizálódtak. A fekvőbeteg-ellátásban létrejöttek az önálló alkoholológiai-addiktológiai osztályok, a viszonylag önálló alkoholológiai részlegek, bár kevert típusú osztályok is maradtak a pszichiátriai hálózaton belül.

Az alkoholbetegek speciális addiktológiai ellátásának számszerű és tartalmi fejlődése azonban nem tudott lépést tartani a morbiditás-növekedéssel. 1995-ben már 1 millió alkoholistával kell számolni a Jellinek-formula szerint. Többségük (kb. 2/3-uk) ugyan nem sorolható az alkoholbeteg BNO diagnózisába, mégis a legkülönbözőbb alkoholos eredetű szomatikus szövődményekkel kezeljük őket.

Vizsgálataink is egyértelműen azt bizonyítják, hogy a keresőképes férfiak szív- és érrendszeri, illetve daganatos halálozása oki összefüggést mutat az egészségre káros mértékű alkoholfogyasztással. Sajnos, ez a magyar orvosok többségében, sőt az egészségügyi kormányzatban sem tudatosult. Csak egy megdöbbentő adat a sok közül: 1995-ben az addiktológiai gondozókban nyilvántartott 50252 beteg közül közel 10000-nél (9967) észleltek alkoholos eredetű belgyógyászati szövődményt.

Az addiktológiai gondozók statisztikai adataiból megállapítható, hogy 1995-ben az ellátási mutatók mérsékelten javultak, a napi orvosi óraszám 557,8 (117,3-mal több), a pszichológusi 107,5 óra (4,0-gyel több), a gondozónői 841,9 óra (12,4-gyel több), a szociális munkási 140,2 (10,7-tel több).

A létszám azonban még mindig kevés, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy

- a nemzetközi norma szerint 100000 lakosra kellene napi 6-6 orvosi és pszichológusi óra, 16 gondozónői és 8 szociális munkási óra, tehát Magyarországon az optimális orvosi óra 612,6, a gondozónői 1633, és 816 a szociális munkási. A megemelt munkaórák bérének egy részét a TÁMASZ Alapítvány fedezi.

Sok még a kétszemélyes gondozó is (orvos-gondozónő), holott ez nem felel meg semmilyen szakmai elvárásnak. Az infrastruktúra hiányosságai miatt pedig az igazi terepmunka általában esetleges.

Még mindig kevés az önálló addiktológiai gondozó. Az alkohol-addiktológiai beteggondozás sok helyen csak papíron, elkülönített formában, de a pszichiátriai gondozás keretében zajlik, mert az alkoholbeteg-ellátás eredetileg elkülönített finanszírozása beleolvadt a pszichiátriai gondozók díjazásába.

A szakspecifikus gondozóintézet pedig az eredményes ellátás előfeltétele és a szenvedélybeteg-ellátás fejlesztése az egészségügy reformban megfogalmazott követelmény az ágycsökkentés lehetőségeinek érdekében.

A TÁMASZ-konceptió a kórházcentrikus szemlélettel és betegellátási formákkal szemben az ambuláns, félambuláns ellátás kialakítását preferálja. A teljesebb (holisztikus) orvoslás szemléletének elfogadását és a kuratív addiktológiában a prevenciót előtérbe helyező komplex, gyógyító-megelőző tevékenységet.

A TÁMASZ-konceptió célja az egységes addiktológiai hálózat (alkohol-, drog-, polytoxikománia), és a korai kezelésbe vétel megszervezése a családorvosokkal, a társszakmák orvosaival, civil (pl. CsSK) és egyházi szervezetekkel együttműködve, részükre

a konzíliusi és tanácsadó szolgálat biztosításával. A TÁMASZ gondozókban csak olyan szakembercsoport dolgozhat (orvos, pszichológus, gondozó, szociális munkás, laikus segítők), amely képes a pontos differenciáldiagnosztikai munkára és az adott beteg állapotának megfelelő eredményes pszicho-szocioterápia végzésére a farmakoterápia mellett, ellátja a konzíliusi és tanácsadó szolgálatot.

Budapesten 27, vidéken 45 TÁMASZ gondozót sikerült megszervezni.

Az addiktológiai járóbeteg-hálózat munkájában a TÁMASZ koncepció alapján történt modernizálás minőségi javulást hozott.

A forgalmi adatok értékelése

A TÁMASZ típusú gondozókban számottevően nőtt a forgalom (a pszichiátria keretén belül működő addiktológiai rendeléseken csökkent), a megjelenések száma 241255 volt. Az év végén 50252 gondozott beteget tartottak nyilván, olyan körülmények között, hogy 12 419 beteget-töröltek (többségében a kötelezés megszűnése miatt) és 15434 új, önkéntes beteget vettek gondozásba.

Az egységes addiktológiai hálózat elfogadható működését jelzi, hogy 1995-ben több mint 51-gyei emelkedett a drog- és a polytoxicoman gondozottjaik száma (összesen 1696).

A korai kezelésbe vétel szerveződését pedig az mutatja, hogy a családorvosok és a társszakmák orvosai 7555 szakkonzíliumot kértek, egyéb civil és egyházi szervezetek pedig 1151-et. A statisztikai adatok tükrében hasznosnak bizonyul a TÁMASZ gondozók tanácsadói szolgálata is, hiszen ezt 4202 alkalmazottal vették igénybe. A munka eredményességét mutatja talán az is, hogy az új gondozottak közel 25%-ánál sikerült tartós absztinenciát elérni az ambuláns kezeléssel.

A gond az, hogy az 1995. október 1-jével megkötött OEP-szerződésekből nem tűnik ki, hogy a többszörösen egyeztetett, javasolt – és támogatott – TÁMASZ gondozók plusz, óraszám-igényét elfogadták-e? Egyelőre zömében a TÁMASZ Alapítvány finanszírozza a többletmunkát.

Az addiktológiai fekvőbeteg-ellátás helyzete

Ma (1995) Magyarországon 1637 nevesített addiktológiai ágy működik (ebből 671 aktív, 378 krónikus és 588 rehabilitációs ágy), 1995. október 1-jével az OEP-pel ennél kevesebb addiktológiai ágyra kötöttek szerződést.

A 10214000 lakost és a nemzetközi normát figyelembe véve, mely 10000 lakosra 3 addiktológiai ágyat tart szükségesnek, 3064 ágy működése lenne indokolt.

A jelenlegi ágyszám tehát még az 54%-át sem éri el a nemzetközi normának. 1995-ben addiktológiai ágyon kezelték 22731 beteget, pszichiátriai ágyon pedig 8100-at, ez összesen 30831 (ebből 29634 alkoholbeteg volt, 742 drogfüggő, 455 polytoxicoman). A 30831 betegből az addiktológiai gondozók összesen 4843-at utaltak be (15,7%). Elgondolkoztató, hogy a 84,3% hogyan és milyen állapotban kerül kórházba. Ha feltételezzük, hogy a pszichiátriai osztályon gyógykezelt betegeket -8100-at – a pszichiátriai gondozók küldték, ez együtt is csak 12943, tehát 42%-a a kórházban kezelt betegeknek. Valószínű, hogy az addiktológiai betegek 58%-a már súlyos szomatikus szövődménnyel terhelten, több kerülőutat megtéve jutott el az alapbetegségét talán eredményesen befolyásolni tudó szakemberhez. Ezt látszik bizonyítani, hogy az addiktológiai-pszichiátriai osztályokon gyógykezelték között 13327-nél, tehát 43,2%-nál találtak belgyógyászati, illetve egyéb szomatikus szövődményt, 8654-nél (28,1%) pedig alkoholos eredetű pszichózist. (...)

Következtetések

Általánosan megfogalmazható tapasztalatok: a statisztikai adatok szerint növekszik az addiktológiai betegforgalom mind a fekvőbeteg-, mind a járóbeteg-ellátó helyeken.

A TÁMASZ típusú addiktológiai gondozókban jelentősen nőtt a forgalom, az ideggondozókban viszont stagnált vagy csökkent (pszichiátriai gondozókban).

A TÁMASZ gondozókban – mint a statisztikai adatok elemzésénél már jeleztük – szoros a kapcsolat a családsegítőkkel, a társadalmi szervezetekkel, az egyházi segítő szolgáltatásokkal és a családorvosokkal. A növekvő gondozotti szám mellett komoly mértékű a konzultációs betegforgalom is. A TÁMASZ gondozók eszmegbeszélő csoportokon, továbbképző előadásokon igyekeznek felkészíteni a családorvosokat a szenvedélyszerű visszaélők esetében a szakszerű betegvezetésre.

Az addiktológia és a háziorvosok kapcsolata persze még hagy kívánnivalót. Ennek okai:

- A háziorvosi képzés pontszerző tanfolyamait többnyire a klinikák végzik, s e téren az Országos Intézet javaslatai az addiktológiai ismeretek igen indokolt bővítésére elsikkadnak.

- A háziorvosok igen gyakran (szubjektív és objektív okok miatt) fedő diagnózissal szomatikus osztály azután csak súlyos polimorbid állapotban (kvázi) végállapotban kerülnek addiktológiára.

- Általánosan megfogalmazható, hogy nőtt az addiktológiai osztályok egy részlegének forgalma is. Jelentős, 35-40%-os a pszichiátriai osztályokon alkoholos neuropszichiátriai szövődmények miatt kezelt betegek aránya. Ebben mutatkozik némi különbség az ország régiói között.

- Egyes területi, regionális felmérések szerint igen jelentős a szomatikus szövődmények miatt belgyógyászaton, sebészen, traumatológián, pulmonológiai osztályokon kezelt alkoholbetegek száma is. Extrapolált adatok szerint ez a kezelték 25-40%-a.

- Torzítja a statisztikát ugyan, hogy a HBCS-besorolás szerint az addiktológiai diagnózisok a fekvőbeteg osztályok számára sem kedvezőek, ezért ezt az alapbetegséget sokszor csak a szövődmények között lehet megtalálni.

- Az epidemiológiai vizsgálatok szerint észrevehetően nőtt az utóbbi 5 esztendőben az alkoholbeteg nők aránya (10%-ról 25%-ra) Ugyancsak jelentősen emelkedett a 35-59 év közötti korcsoportban (keresőképes férfi-lakosság) a korai halálozás-ráta, ezzel párhuzamosan kifejezett emelkedést mutat a veszélyeztetett mértékű alkoholfogyasztók aránya ugyanebben a korcsoportban (63,2%).

- A szuicídiumoknál, a közlekedési baleseteknél, a kriminális cselekményeknél az alkoholos befolyásoltság kiemelt szerepét igazoló adatok alapján az addiktológiai vészhelyzet romlott.

- Az addiktológiai veszélyeztetettség természetesen párhuzamos a szociális helyzet romlásával is. Ez a korai kezelésbe vételt még indokoltabbá teszi, s ugyanakkor rendkívül megnehezíti. A hajléktalan betegek addiktológiai betegségének kezelése gyakran még súlyos lelkiismereti gondot okoz a szakembereknek. (Hová küldjék javult állapotban, vissza az utcára?)

Mi lenne a teendő?

Az addiktológiai szakma önállóságát, presztízsének kialakulását támogatni kell.

Ennek első lépése lenne az Addiktológiai Szakmai Kollégium visszaállítása. A Kollégium megszüntetése 1995-ben negatív kihatású, amit csak fokoz, hogy az addiktológia még csak nevében sem került be egyetlen más összevont kollégium elnevezésébe se.

Megfontolandó, hogy az addiktológiának ugyanolyan érvényesítő struktúrát kellene kialakítani, mint a-milyen a drogügy szempontjából a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság (KTB), mely a medicinánál magasabb presztízssű összefüggésekbe helyezi a megoldatlan problémát.

1995-ben megalakult ugyan a Magyar Addiktológiai Társaság és megkezdte munkáját a Mentálhigiénés programiroda, de a MAT szakmapolitikai támogatás nélkül nem képes az addiktológia érdekeit érvényesíteni.

Visszatérő reflexió, hogy a TÁMASZ koncepció a mai realitások között az egyetlen sikerrel kecsegtető megoldás^ mégsem finanszírozza „alanyi jogon” az OEP (az összevont vagy kétszemélyes gondozók nem felelnek meg a szakmai követelményeknek). El kell tehát érni a TÁMASZ-ok OEP befogadását.

A most finanszírozási okok miatt fogyatkozó addiktológiai fekvőbeteghálózat további erózióját meg kell akadályozni és célszerű struktúráját meg kell szervezni (kórházi ágyak, reszocializációs intézetek, nappali szanatóriumok, foglalkoztatók stb.).

Az egyre növekvő addiktológiai problematológia ellenére sem kap az ellátó rendszer kellő támogatást.

A Tárcának az önálló addiktológiai (alkohológiai) munka mellett konkrét kiállását bizonyítaná, ha az OAI-nak átfogó epidemiológiai munkára megbízást adna a szükséges primér prevenció eredményessége érdekében is (a korai kezelésbe vétel a korai szocializáció meghatározója).

(Forrás: Beszámoló az Országos Addiktológiai Intézet 1995. évi tevékenységéről. Network 1996/3)

Írta: Márton Edit

Változó viszonyok, változó család

1994 októberében – mint területi gyermekvédelmi felelős, azaz családpedagógus – kaptam a jelzést az egyik, körzetembe tartozó óvodából, hogy a Vali nevű kiscsoportos óvodás kislányt egyre súlyosbodó problémák veszélyeztetik.

Az óvodai gyermekvédelmi felelős kolléganő kérésére már másnap elmentem az óvodába, hogy ott a gyermeket is látva hallgassam meg Vali és családja helyzetét.

Mikor beléptem az óvodai terembe éppen aludtak a gyerekek, csak egy aranylós szőke, félhosszú, hullámos hajú, hatalmas kék szemű kislány szegezte rám tekintetét kiságyán ülve, és nem zavartatva magát harsányan megkérdezte: „Te ki vagy?” A váratlanul ért kérdésre suttogva így válaszoltam: „Az Erzsi néni kolléganője.” Közben a kolléganő is észrevett, a terem másik végéből sietett üdvözlésemre. A kislány láthatóan elégedetlen volt a válaszzal, tovább beszélgetett volna, de az óvó néni erélyesen rászólt, hogy most már aludjon végre. Így ismertem meg Valit. Az óvónő kolléganő elmesélte, hogy Vali négy éves, de korához képest fizikailag, de elsősorban szellemileg visszamaradott, retardált. Az utóbbi időben rendkívül nyugtalan, zaklatott, nem pihen, alszik rendesen, ugyanakkor vannak időszakok, amikor olyan kialvatlan, hogy a délutáni alvásidőt túlalussza, ruházata gyakran elhanyagolt, piszkos. Vali családjáról pedig megtudtam, hogy nagyon szegényesen, igen rossz körülmények között élnek egy kis kunyhószerű ház parányi helyiségében, ahol még rendes ajtó sincs, csak valamiféle ajtóhoz hasonló tákolmány.

Mind a két szülő második, jelenlegi házasságából született Vali. Az anya egy Nyíregyháza melletti kis faluból való, félcigány származású, első házasságából nem születeti gyermeke.

Az apa budapesti, mátyásföldi; első házasságából született egy lánya, Erika, aki már tizenhat éves és édesanyjával él Ecseren. Az apa nagylányával ritkán találkozik, tartásdíjat nem fizet, mert a feleség a vagyoni rendezés során lemondott róla.

Kiderült, hogy Vali anyukája érszűkület miatt mozgáskorlátozott, leszázalékolt rokkant nyugdíjas, az apa pedig ápolási járadékot kap. Esetenként rendkívüli segéllyel egészül ki alacsony jövedelmük. Az apa időnként alkalmi munkát is vállal, építkezéseken besegít.

Az óvónő elmondta továbbá, hogy a szülők rengeteget dohányoznak, előfordul, hogy isznak is. Volt már eset, mikor Valin ütések nyomait fedezték fel. Az apa, és egyszer-e egyszer a velük egy házban lakó nagymama szokta hozni-vinni a gyermeket az óvodába, illetve az óvodából. Az apa az óvodával szemben elég mogorván viselkedik, nem lehet vele szót érteni, illetve nem fogadja el a kislánnyal kapcsolatos problémákat.

A családról tehát már rögtön az elején elég sokat megtudtam. Az óvónő hetesóvodai elhelyezést javasolt átmeneti megoldásnak. Erzsikével megbeszéltem, hogy folyamatosan tartom vele a szakmai kapcsolatot.

Ezek után másnap egymagam meglátogattam a családot, pontosabban a szülőket. A valóban kunyhószerű házban több, szegény, lumpen életmódot folytató lakó él. Az egyik lakó közvetítésével értesítettem a szülőket, hogy keresném őket. Egy ápolatlan, elhanyagolt külsejű negyven év körüli férfi közeledett felém. Egyszerű természetességgel bemutatkoztam, s röviden elmondtam jövetelem szándékát. Láttam rajta, hogy már lemondó, a segíteni akaróban nem bízik. Betessékelt egy kb. 20 m²-nyi helyiségbe, ahol borzasztó

állapotok között egy, a szoba felét elfoglaló nagy ágyon összekuporodva, bűzölgő cigarettával a kezében feküdt Vali édesanyja. Nem volt elutasító, inkább fásult, közömbös. Kosz, piszok, rossz levegő, hideg.

Valiról kezdtem beszélni, hogy milyen szép kislány, melyik szülőre miben hasonlít stb. Kicsit próbáltam oldani a merev, tartózkodó légkört. Ezután az apa megkérdezte tőlem, véletlenül nem a Baross Gábor utcai Általános Iskolában tanultam-e? Kiderült, hogy az apával egy iskolában, egy évfolyamon jártam iskolába. Ő megismert. Felidézve a régi iskolai emlékeket, kötetlen társalgás indult közöttünk. Az asszony is bekapcsolódott a beszélgetésbe. Ez a régi, halvány ismeretség jó „kiindulási alapnak” bizonyult. Közlékenyek lettek, elmesélték több éve húzódó lakásgondjukat, próbálkozásait.

Valiról nagy szeretettel beszéltek, gyermekükhöz való őszinte ragaszkodásuk egyértelműen megnyilvánult.

Az első találkozásunk végén a lakásmegoldás lehetőségének tervét igyekeztem megerősíteni bennük, hogy az eddigi sikertelenségek még nem szabad, hogy feladásra kényszerítsék őket. Megígértem, hogy segítek.

Az óvónőtől kapott információk, valamint az első családlátogatás során összegyűjtött tapasztalatokból megpróbáltam egy kezdeti helyzetképet felvázolni a családról. Majd megterveztem a további lépéseket.

Abból indultam ki, hogy ha a kislányt elszakítják amúgy is beteg édesanyjától, családjától, nagyobb kárt okozunk a gyermek személyiségében is, és a szülők lelkében is. Ezek a szerencsétlen emberek egy környezeti szociális ártalom áldozatai, és egyedül, „külső” segítség nélkül nem képesek javítani állapotukon, nem bírnak kiszakadni az úgynevezett ördögi körből. Ha viszont vállaljuk, hogy a gyermek a családban maradjon, akkor felelősséggel vállalnunk kell támogatásukat, családgondozásukat.

A harmadik családlátogatásom után, mikor már a családtagok viszonyairól és előtörténetéről többet tudtam, elkészítettem a genogramot és a szociogramot, valamint a családgondozói tervet.

Első hipotézis: (1994. november)

A problémák kiváltó okát elsősorban a már öröklött, rossz szociális-anyagi körülményekben, az otthonról hozott helytelen életmintákban láttam. A szülők kilátástalannak élték meg helyzetüket. Konfliktushárítási eszközökhöz nyúltak (ivászat, dohányzás, szabályozatlanság: ügyis mindegy alapon). Amikor a nagymama kezdeményezésére megpróbálkoztak egy területen, a lakáskérdésben lépni, akadályba ütköztek. Ismételten kezdődött, illetve folytatódott a negatív folyamat. Az egymás közötti érzelmi viszonyokat stabilnak találtam. Van érzelmi összetartás a családban. Az alrendszerek működését még nem láttam tisztán, illetve a szülői alrendszeren belül az anyai szerep, a házastársi alrendszeren belül pedig a feleség-szerep sérült az édesanya tényleges betegsége, valamint túlzott betegségtudata miatt.

Megoldási terv (1994. november):

1. A család anyagi- és lakáshelyzetének javítása:
 - rendszeres nevelési segély
 - évi kétszer átmeneti segély,
 - kerületi szükséglakás-pályázat
 - a ruházkodás gondjainak enyhítésére: kerületi Vöröskereszt segítségével

- a gyermek ingyenes étkeztetése az óvodában.

2. A család belső életének alaposabb megismerésével párhuzamosan a családi életvezetés és nevelés hibáinak korrigálása.

3. Az anya betegségtudatának „kezelése”: a büntudat, csökkentértékűség enyhítése, anyai és házastársi szerep erősítése; rendszeres orvosi ellenőrzés és ápolás megvalósítása; egyeztetés a körzeti orvossal.

4. Az apa önbizalmának erősítése, problémamegoldó-képességének fejlesztése: gondolati aktivizálás, cselekvésre motiválás.

5. A kislány személyiségének vizsgálata, fejlesztése a kerületi Nevelési Tanácsadóban; a családgondozáson belül:

- a szülők meggyőzése ennek fontosságáról
- a kislánnyal történő esetenkénti személyiség- és viselkedésfejlesztő foglalkozások (családpedagógus).
- szakmai konzultáció a pszichológus munkatárssal.

Megállapodások (1994. november, írásban):

1. Az anyagi és lakáshelyzet javulásában segítünk (családpedagógus, óvoda, Szociális- és Gyámügyi Iroda), de a szülők is rendezzék otthoni körülményeiket:

- rendszeres takarítás, mosás, vasalás stb.
- a gyerek rendszeres gondozása, pihenésének biztosítása
- káros szenvedélyekről történő fokozatos leszokás.

2. Rendszeresen, heti egy alkalommal (csütörtök délután) Valit vigyék el a XVI. kerületi Nevelési Tanácsadóba..

3. Az anya rendszeres (heti) orvosi ellenőrzésének biztosítása.

4. A segítőmunka közvetítése és koordinálása végett heti egy alkalommal (szerda délután) családlátogatás.

Eredmények (1995. január):

A szülők nehezen értették meg, hogy rossz lakáskörülmények között is lehet tisztaságot, rendet kialakítani. Beszélgetéseink, és Valival való esetenkénti foglalkozásaim során fokozatosan közelebb kerültem a családhoz. Érezték, hogy komolyan és kitartóan mellettük állok.

Gyakran vidámságot, humort vittem a családi hangulatba. A kislány gondozására – különösen az apa – jobban odafigyeltek. Viszont a lakásban még mindig nem valósult meg az igazi nagytakarításba rendteremtés napi ritmusa. Az ivást mérsékeltek, de a dohányzás mennyisége változatlan maradt. A kislányt nagy nehezen végül is a nagymama vitte el a Nevelési Tanácsadóba. A pszichológusi vélemény szerint eredményesen korrigálható Vali lemaradása.

Az eredmények számbavételénél arra a következtetésre jutottam, hogy a rögzült, rossz szokások „bűvköréből” valami külső kényszerítő eszközzel lehetne őket kibillenteni. A XVI. kerületi Szociális- és Gyámügyi Irodán megbeszéltem tervemet az illetékes területi munkatárssal, majd a következő ultimátummal álltam a szülők elé: ha lakásukban rendszeres tisztaságot, rendet teremtenek, akkor megkapják a rendszeres nevelési segítyt. Ezen kívül a kerületi szükségjelölés pályázatukat is támogatjuk. Türelmi idő egy hónap (február). A rendszeres nevelési és átmeneti segélyekről el kell számolniuk. Ez az ultimátum eredménnyel járt. Az apa barátjával kitakarított, még egy-két új, egyszerű lakásfelszerelési eszközzel is bővítették a meglévő, igen hiányos készletet.

Az egy hónap elteltével jeleztem a XVI. kerületi gyámhatósági ügyintéző kolléganőnek a változást, s ő maga – mint hatóság – meggyőződött róla. A segélyeket megkapták. Március elején beadtuk igényüket a szükségjelölés-pályázatra. A hivatalos ügyintézésben segítettém és ajánlást írtam, amit az óvoda is megerősített.

Miközben az anyagi- és lakáshelyzet javítására megtettük az erőfeszítéseket, az anyával folytatott beszélgetés során egy megrázó mondatra lettem figyelmes: „A mama nem szeret engem!”

Ettől kezdve újabb megközelítésből vizsgáltam a családi viszonyokat.

Módosult hipotézis: további vizsgálódásom során bebizonyosodott, hogy az apai nagymama nem elhanyagolható szerepet játszik a család életében. A már korábban megfogalmazott hipotézisem is igaz, de ki kellett egészítenem a nagymama okozta feszültségnövelő hatás mérlegelésével.

A nagymama nem fogadja el a fia új feleségét. A nagymama szavait idézve: „Sándor első felesége életrevaló, ügyes asszony volt; a fiam mellé egy ilyen típusú nő való.”

– Miért váltak el? – kérdeztem.

– Mert Gizi már nem bírta elviselni Sándor élethetlenségét. Teréz pedig mindent ráhagy Sándorra.

Sándor válasza a válás okára csak ennyi volt: (1994. november) „Elhidegültünk egymástól.”

A volt feleség a nagymama karakteréhez hasonlító asszony volt. Erősen uralkodó, irányító szerepet töltött be Sándor életében. Az „elnyomott”, lenézett Sándor szinte belemenekült második házasságába. A szerény, jólelkű Teréz elfogadja, szereti őt.

A nagymama elégedetlen, a fiáért és a kislányért is aggódik. „Egy beteges asszonyt elvenni!”

Az apa szenved. Ragaszkodik az anyjához is, és családjához is. Felnőtt férfi- és férji szerepe anyja által labilissá vált, hiszen a nagymama a mai napig nem bízik fia önállóságában. Sándor korábban neveltetése és helyzete miatt most sem képes a változtatásra, egy normális, korának megfelelő anya-fia kapcsolat kialakítására.

Az anya szerette volna magát elfogadtatni anyósával, s mivel ez a vágya kudarcot vallott, egy visszafogott ellenszenv fejlődött ki vele szemben.

A szülők nagymamával kapcsolatos gondjaikat elfojtották^ nehogy a kettőjük közötti jó kapcsolat megromoljon.

Vali nagymamához való viszonyára a családrajzból következtettem.

Vali nagyon erősen kötődik szüleikhez. A két egyenrangú (azonos természetű) szülő között áll. Az alrendszeren belül kirekesztődés nincs. Egyik fél sem szövetezik a másik ellen. A nagymama szövetezett volna fiával Teréz”ellen”, de Sándor nem volt hajlandó erre.

Kiegészített megoldási terv (1995. március)

- a szülők meglévő szeretet-kapcsolatának, szövetségének erősítése
- az apa családfői szerepének tudatosítása, önbizalmának, hitének erősítése (az anya betegsége miatt több feladat hárul rá)
- az anya betegségének javulása érdekében: az orvos utasításainak betartására ösztönzés, dohányzásáról való leszoktatás segítségével
- az anya- és feleségszerep erősítése
- az apa és a nagymama közötti kapcsolat normalizálása
- a nagymama fokozatos „leválasztása” fiáról
- a nagymama szerepének korrigálása

- a gyerek egészséges fejlődése érdekében nevelési tanácsadás: Valival való foglalkozás, törődés módjai
- rendszeres meleg, főtt étel fogyasztására: XVI. kerületi Szociális Gondozó igénybevétele.

Megállapodások (1995. március):

Az, apával:

- törekszik a nagymamával egy egészséges távolságtartásra: hetenként egyszer találkozás, beszélgetés, segítségadás
- segíti feleségét a dohányzásról való leszokásban; ha igazán segíteni akar, ő is próbáljon meg leszokni, ha ketten összefognak, könnyebben megy
- továbbra is tisztaságot, rendet tart fenn a lakásban, ebben időnként segítséget kér barátjától, akinek ezt a segítséget autószerelési munkával viszonzza
- a rendszeres táplálkozásról gondoskodik a feleséggel együtt: a XVI. kerületi Szociális Gondozóból olcsó étkezési lehetőséget teremt
- kéthetente (csütörtök) elviszi Valit a XVI. kerületi Nevelési Tanácsadóba.

Az anyával:

- megpróbál leszokni a dohányzásról, a napi 10 cigarettát először 5-re csökkenti
 - a gyógyszereket az orvos előírása szerint szedi, és ha szükséges, kórházi kivizsgálásra megy
 - megpróbál a könnyebb házimunkákban besegíteni (pl. főzés, mosogatás, varrás, portörlet stb.)
 - Vali gondozására nagyobb figyelmet fordít és segít férjének a gyermekgondozásban.
- A nagymamával:
- nem foglalkozik annyit fia és családja „belső” életével, megbízik fia felnőttiségében.

Eredmények (1995. április):

A szükséglakás-pályázatnak köszönhetően a család már az új lakásban él (2 szoba – 40 m² összkomfortos lakás). Sándor barátai segítettek a költözködésben. Az egyik irodaház leselejtezett bútorából sikerült egy szekrényt és négy széket szerezni, amiket Sándor szinte újjá varázsolt. Valinak olcsón vettek egy kiságyat. Végül is most már rendezetten, viszonylag lakható körülmények között élnek. Az új lakás, a megváltozott környezet érzékelhetően kimozdította a helyzetüket korábban reménytelennek látó szülőket a holtpontról. Legutóbb, mikor náluk voltam a lakás további rendezésének, szépítésének tervéről beszéltek. Szinte kicserélődtek ezek az emberek! Kellemes érzés volt számomra, hogy velük együtt örülhettem. Vali új óvodába került, és úgy tűnik nyugodtabb, kiegyensúlyozottabb lett. A külön szoba a zavartalan alváslehetőséget is biztosítja. Az édesanya betegségéről az orvosi vélemény nem a legjobb, de megfelelő életmód és gyógykezelés mellett állapota javítható.

A nagymama tudomásul vette a változást, de a feleséget illetően változatlan a véleménye. A szétköltözés kimondottan elősegítette a család életének jó irányú változását. A nagymama dolgozni szeretne a közeli kisvendéglőben, konyhai kisegítő munkát vállalna. A napokban várja az eredményt, hogy alkalmazzák-e vagy sem. Minden esetre így meglenne a hétköznapi elfoglaltsága.

Sándor hétvégén látogatja meg édesanyját, ilyenkor Valit is magával viszi.

Fél év elteltével idáig jutottunk.