

**Családkonzultáció speciális élethelyzetben lévő családokkal II.
Addiktológiai problémával küzdő családokkal folyó segítői munka**

Arany Zoltán

**Szegedi Tudományegyetem
Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék**

Szeged, 2019.

Lektorálta: Dr. Árkovits Amaryl

Tartalom

Bevezetés

1. Elméleti háttér:

1.1. A függőség háttere

1.2. Anya-gyerek kapcsolat / Kötődési problémák és a szenvedélybetegség kapcsolata, kapcsolatrendszere

1.3. Az egészséges család

1.4. A drogfüggő családja

1.5. Kodependencia

1.6. Családokkal folytatott munka elméleti háttere

2. Ellátórendszer és család kapcsolata. Történeti áttekintés

2.1. Ellátórendszer kapcsolata a családdal

2.2. A család és a terápiás folyamat kapcsolatának története

3. Csoportterápia módszertana. Pszichoedukatív, készségfejlesztő, illetve önsegítő csoportok

3.1. Önsegítő csoportok

- Al-Anon/ACA önsegítő csoportok
- Magadért Alapítvány „A HELY” hozzátartozói csoportja

3.2. Rehabilitációs intézethez kapcsolódó hozzátartozói csoport kialakulásának története a fejlődés folyamata (Szeged-Deszk)

3.3. Módszerválasztás/ Szakember által facilitált önsegítő csoport

3.4. Módszertani háttér, szociális munkás szerepe az önsegítő csoportokban

3.5. A csoportmunka feltételei (terápiás tér)

3.6. A szülőcsoport strukturális háttere

3.7. Esetbemutató

3.8. A szülőcsoport folyamata/ gyakorlata

3.9. Törekvések a szülőcsoportos munkában

4. Összegzés

Melléklet

Felhasznált irodalom

Arany Zoltán - szakvizsgázott szociális munkás, addiktológiai konzultáns, gyakorlatvezető családterapeuta, egészségtan tanár

A Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrumban több mint 21 évet foglalkoztam a szenvedélybetegségekkel kapcsolatos problémák átfogó ellátásával. Munkánkban nemcsak szerhasználat, hanem minden más problémakör is megjelent. Egyéni, pár - család, csoport, illetve közösségi formában is foglalkoztam párokkal és családokkal. Jelenleg a felsőoktatásban dolgozom, a családterápiás munkát emellett végzem. Az addikciós problémákon túl elsődlegesen nevelési, serdülőkori-, kapcsolati krízis, válás, illetve krónikus pszichiátriai problémák esetében keresnek a párok és a családok.

Bevezetés

Szociális munkásként bármilyen területen is dolgozik a segítő szinte elkerülhetetlen, hogy ne kerüljön kapcsolatba szenvedélybeteggel, illetve azok családjával. A gyakorlati munka során gyakran tapasztaltam, hogy a segítők sok esetben félnek, illetve nem érzik kompetensnek magukat a probléma kezelésében. Gyakran elhangzik az a mondat a segítők részéről még mindig, hogy „ameddig a kliens nem akarja a változást, sajnos nem tudunk segíteni”. Az addiktológiai probléma bármelyik fejlődési szakaszban is legyen, az egy krízis illetve egy tartósan fennálló krízis a család számára. Szociális munkásként feladatunk a helyzet pontos felismerése, az adekvát beavatkozási folyamatok megtervezése, végrehajtása. Ebben az anyagban összefoglalom a teljesség igénye nélkül mindazokat az elméleteket, megközelítéseket, amelyek segíthetnek megérteni a szenvedélybetegség jelenségét, elsődlegesen annak családi beágyazottságát. Ez nem elsődlegesen egy addiktológia témájú tananyag, hanem a család oldaláról próbáljuk megérteni a szenvedélybetegséget, illetve számba venni a családi beavatkozások lehetőségeit.

Felépítését tekintve a tananyag három nagy részre bontható. Az első részelméleti háttért épít egy meglévő alapszintű addiktológiai tudásra, ebből kifolyólag az elmélet családfókuszú. A második részben a jelen megértését segítő kis történelem, melyben megpróbáljuk nyomon követni a szenvedélybetegség problémájával küzdő családokkal folyó segítői munka fejlődését. A harmadik részben számba vesszük mindazokat a jelenleg leggyakrabban használt segítői eszközöket, azok használatának sajátosságait, amelyek a családi munkában megjelennek. A tananyag elolvasása után bizonyára látni fogják, hogy a szenvedélybetegekkel és azok családtagjaival folytatott segítői munka, folyamatosan fejlődik, változik. Az e-formátum szerencsére lehetővé teszi a fejlődés nyomon követését, az új ismeretek beemelését.

1. Elméleti háttér

1.1. A függőség háttere

A szenvedélybetegség egy komplex jelenség. Ahhoz, hogy működését, kialakulását megértsük, nagyon sok dimenziót kell egyidejűleg figyelembe vennünk. A probléma kialakulásában alapvetően négy nagy terület (1. táblázat) és azok kombinációja, egyidejű jelenléte játszik szerepet, mint rizikófaktor (Komáromi, 2000). Önmagukban egyik sem elegendő a függőség kialakulásához. A drogok sajátosságai, például az örömszerzés, a transzcendentális élmény nyújtása önmagában nem elegendők, ahhoz hogy valaki alkoholistá vagy drogfüggő legyen. A függőséghez illetve a problémás szerhasználathoz szükséges hozzávenni az egyén pszichológiai adottságait, a családi hátteret, illetve a tág szocializációs környezetet, amelyben a szerhasználó él. A viselkedési addikciónál a drogok sajátosságait az adott viselkedés nyújtotta jellemzők, előnyök helyettesítik. Mivel az addiktológiai tanulmányokban mindezek részletes kifejtésre kerültek, jelen esetben ebből kifolyólag a családi/ közvetlen környezeti háttérrel foglalkozunk.

Drogok sajátosságai	Drogfogyasztó jellemzői
<ol style="list-style-type: none">1. Vonzerő, pozitív hatások2. Hozzászokást és függőséget kiváltó hatás3. Megnövekedett kínálat4. Elérhető ár	<ol style="list-style-type: none">1. Genetikai és biológiai meghatározottság2. Ismeretek a szerekre és a szerfogyasztásra vonatkozóan3. Pszichológiai tényezők
Családi háttér	Társadalmi környezeti hatások
<ol style="list-style-type: none">1. Szülők iskolázottsága2. Egzisztenciális háttér3. Család összetétele4. Érzelmi kapcsolatok minősége5. Devianciák6. Trauma7. Generációkon átívelő minták8. „Bennragadás” egy életciklusban	<ol style="list-style-type: none">1. Társadalmi változások2. A fogyasztás kultusza3. A társadalomban tapasztalható drogfogyasztási minták, szokások4. Kortárs csoportok5. Reklám, média, internet, online világ6. Törvényi, szabályozás

1. táblázat: A szerfogyasztás kialakulásának okai (Forrás: Komáromi Éva (2000): A drogfogyasztás kialakulásában szerepet játszó tényezők alapján)

1.2. Anya-gyerek kapcsolat / Kötődési problémák és a szenvedélybetegség kapcsolata, kapcsolatrendszer

Mielőtt a családi háttér elemzésébe fognánk, fontos beszélnünk az anya-gyerek kapcsolat, a kötődés jellegének hatásáról a szenvedélybetegség kialakulására. A 70-80-as évek attachment kutatásai nagyban hozzájárultak mindennek a megértéséhez. A szakemberek egyetértenek abban, hogy az egészséges kötődés védőfaktor lehet a felnőttkori pszichopatológiai problémák kialakulásában. A szeretet-szükséglet kielégítésére már újszülött kortól szüksége van az embernek, ha ezt valami ok folytán egyik vagy másik szülő, esetleg mindkettő nem képes megadni, akkor szeretethiányos állapot léphet fel.

Ainsworth szerint a korai gyermekkorban az anya-gyerek kötődésének a mélysége, olyan jellemző belső mintázatokat hoz létre a gyermekben, amelyek a későbbiekben, felnőttkorban meghatározóak, stabilak lehetnek. Kialakulhatnak biztonságos, illetve bizonytalan-elkerülő, bizonytalan-ambivalens és bizonytalan-dezorganizált kötődések (Fonagy és Target, 2005).

Bowlby szerint az anyához való kötődés zavara, a hozzájutás hiánya súlyos szeparációt hoz létre, melynek következménye lehet a szeretetre, bosszúra való túlzott igény, a bűntudat, a depresszió, az érzelmi sivárság, az antiszociális viselkedés, a közömbösség, illetve a felszínesség (Fonagy és Target, 2005).

Mindezek következményeként a koragyerekkori kötődési tapasztalatok alapján, négy különböző felnőtt kötődési mintát különítünk el:

1. Biztonságos-autonóm
2. Bizonytalan-elutasító
3. Bizonytalan-múlt által lekötött
4. Feldolgozatlan kötődés

(Koltai, 2003; Fonagy és Target, 2005).

Azok a gyerekek, akik koragyermekkorukban nem megfelelő, esetleg bántalmazó gondozást kaptak, azoknak a későbbiekben problémájuk adódhat a stressz kezeléssel, a szociális készségeik és a **mentalizációjuk** területén pedig elmaradást mutatnak. A hibás kötődésnek, hibás szelf-rendeződés lesz az eredménye (Komáromi, 2009).

Azt a képességünket, amely lehetővé teszi, hogy megértsük magunk és mások mentális állapotát,

*érzelmeinket, motivációnkat, **mentalizációs** folyamatnak nevezzük.* Mindez olyan képességek összességét jelenti, amely a kötődési kapcsolataink tapasztalatai alapján alakul ki. A kötődési tapasztalások során, három területen szerzünk tudást az énről, a másikról és a kettő kapcsolatáról. Mindezeket a gondozó személy/személyekkel való kapcsolatból és azok visszatükrözéséből kapjuk. A mentalizációs folyamat sérülése esetén a szelf-fejlődés sérülhet, amely nárcisztikus vagy borderline fejlődési folyamatot indít el (Ajkey, 2002; Blága, 2003). Az eddigiekben felvázolt sérülések mind rizikófaktora a szenvedélybetegség kialakulásának. Sok esetben a patológia generációról, generációra megy át (transzgenerációs modell, 2. táblázat), a szülő kapcsolati sérülése (sok esetben ő tudja kezelni), a következő generációnál jelenik meg, mint probléma, esetlegesen szenvedélybetegség. Fontos hangsúlyoznunk, hogy mindezt nagyban befolyásolja, hogy esetlegesen milyen más jellegű kötődési tapasztalataink vannak, közvetlen meghatározó típusú, de akár családon kívüli is (nagynéni, szomszéd stb.).

1.	A szülő gyermek- és serdülőkori traumatizációja a kötődésben.
2.	A biztonságos kötődés és a mentalizáció lehetőségének hiányában a traumatizáció feldolgozatlan marad.
3.	A korai negatív tapasztalatok meghatározóak a szülői kötődés reprezentációi, érzelmi szabályozása, elhárító működése szempontjából.
4.	A szülő traumatizációjának következményei a későbbi kötődési viselkedésekben megjelennek (elutasító, múlt által lekötött vagy feldolgozatlan felnőtt kötődési típus).
5.	A várandósság, a szülés a megszületendő gyerekekkel való találkozás aktiválja a múltbéli eseményeket.
6.	A szülői kapcsolaton keresztül a gyerek maga is traumatizálttá válik (elhanyagolás, szorongás, feldolgozatlan gyász, elutasítás, bántalmazás, depresszió).
7.	Alternatív kötődési mintázatok, egészségesebb kapcsolódási lehetőségek hiánya
8.	A gyermek dezorganizált/dezorientált kötődési viselkedése. A csecsemő számára a gondozó egyszerre a félelem és a biztonság forrása.
9.	Elégtelen mentalizációs kapacitás, megzavart szelf-fejlődés.
10.	A későbbi traumák feldolgozására való képtelenség.
11.	Gyermek és felnőttkori pszichopatológia
12.	Traumatizáció továbbadása a következő generációra, amíg ez a folyamat meg nem szakad.

2. táblázat. A traumatizáció közvetítésének transzgenerációs modellje (Forrás: Fonagy és Target, 2005)

Az anya-gyermek kapcsolatnál maradva további rizikótényező, ha a gondozó életében betöltött különböző szerepei (feleség, beosztott, anya, barát, szerető, főnök...stb.) közül kizárólag az anyai szerep kap pozitív megerősítést. A pozitív énkép kialakításához feltétlen szükséges, hogy szerepeink összessége pozitív külső-belső képet biztosítson. Ez a probléma hozza magával, hogy a gyermek önállósodási törekvéseit bünteti, a kötődésit pedig jutalmazza, előtérbe helyezve ezzel szülői szerepének fontosságát. Az ilyen típusú kapcsolatokban nem történik meg valósan a

leválás. Demetrovics (2009) véleménye szerint ezekben a szimbiotikus, túlvédő kapcsolatokban az anyai bizonytalanság, az ambivalencia érzése meghatározó. Az ilyen családban felnövő gyerekeknél nagy a rizikófaktora a társfüggő személyiség kialakulásának. Összegezve megállapíthatjuk, hogy igen nagy szerepe van a korai anya-gyerek kapcsolatok jellegének a későbbi szenvedélybetegségek kialakulásában. Fontos újra felhívni a figyelmet arra, hogy a szenvedélybetegség kialakulása multifaktoriális hátterű, amelyből az anya – gyerek kapcsolat csupán az egyik dimenzió.

1.3. Egészséges család

Ahhoz, hogy megértsük a diszfunkcionális családok működését, tisztáznunk kell az egészségesen működő család jellemzőit. Az egészséges családban világos értékek, határok vannak és a családtagok ezek szerint próbálnak élni, minden változásra igyekeznek rugalmasan reagálni. Mindez folyamatosan történik, megjósolható a tagok számára, a családi közeg biztonságot nyújt számukra. Az alrendszerek (szülői, gyereki, nagyszülői) ellátják feladatukat, a hierarchia határok tiszták, a tagok a megfelelő alrendszerben helyezkednek el.

A stresszt, a konfliktusokat a tagok megfelelő módon tudják kezelni. Jellemző a családtagokra, hogy hasonlóan értékelik a stresszt okozó helyzetet. Érzéseiket beazonosítják és kimutatják, az érzelmekről, az indulatokról beszélnek, megélik ezeket és normálisnak tekintik magukra nézve. Meghatározó, hogy vannak családi rituálék, például egy születésnap, évforduló, közös étkezés, közös programok.

A családtagok egymást érzelmileg támogatják, közöttük bizalom van. A tagoknak megvan a saját, tisztán látható feladata a családban, a hierarchiában elfoglalt helyüknek megfelelően felelősséggel megosztoznak. A kommunikáció tiszta, egyértelmű, meghallgatják egymás véleményét. Egy család egészséges működése nemcsak a családtagok belső működésétől függ, hanem attól is, hogy a milyen mértékben tud alkalmazkodni a családot övező társadalmi környezethez, valamint annak folyamatos változásához. Röviden összefoglalva egy család működését akkor tekinthetjük egészségesnek (3. táblázat), ha értékrendje világos, és valamennyi családtag fejlődését segíti azzal, hogy az életben adódó természetes és váratlan változásokra képes úgy reagálni, hogy a kialakult egyensúlyvesztést önerejéből, egy magasabb szinten újra stabilá teszi (Hoyer, 2004).

Családi jellemzők	Egészséges család	Diszfunkcionális család
Határok, szerepek	Világos, rugalmas, átjárható. Egyértelmű, mindenki a maga helyén van.	Sérült, kaotikus, rugalmatlan. Inadekvát, felcserélt szerepek.
Struktúra, hierarchia	Ép, világos, átlátható. A szülőknek van tekintélye.	Sérült, instabil, átláthatatlan. Merev vagy a szülőknek nincs tekintélye.
Kommunikáció	Nyílt, kölcsönös. Minden megbeszélhető.	„Nem beszélünk” tabuk, tilalmak, veszélyes zónák.
Értékek, szabályrendszer	Világos, a család minden tagja számára tiszteletben tartott. Számon kérhető.	Kiismerhetetlen, ellentmondásos. Nem számon kérhető.
Felelősség	Megosztott, mindenkinek megvan a maga feladata.	Egyesek túl nagy felelősséget vállalnak, mások felelősség nélküliek.
Bizalom, Érzelmek, indulatok kezelése Intimitás Fejlődés	Egészséges, őszinte. Természetes, kívánatos, megfelelően kontrolált. Egészséges, mélyülő. Lehetséges, sőt kívánatos.	„Nem bízunk” Tiltott, veszélyes, túl- vagy alulkontrolált. „Nem érzünk” Legátolt. Álintimitás. Az egyik tag fejlődése veszélyt jelent a többiekre nézve

3. táblázat. Az egészséges és diszfunkcionális családok jellemzői (Komáromi, 2005; Dallos, 1990; Hoyer, 2000).

1.4. A szenvedélybeteg családja

Számos elmélet foglalkozik a drogfüggők családjának szerepével a drogfüggőség kialakulásában és fenntartásában. Abban az esetben, ha rendszerben gondolkodunk a kábítószer-fogyasztást a

család patológiás működésének tüneteként foghatjuk fel.

A droghasználat fontos szerepet tölthet be a család széthullásának a megakadályozásában. A függő bűnbakká válik, így a szülőknek nem kell saját konfliktusukkal foglalkozniuk (Kaufman, 1995). Ezáltal, mint egy homeosztatisztikus segédmechanizmus szerepét tölti be a drogfogyasztó magatartás. A család a szenvedélybetegséggel kerül egyensúlyba, ezért mindenfajta változás, mint például az inderpáciens absztinenciája felborítja azt. A segítség szempontjából fontos, mivel ha a családi rendszerben nem történik változás, az egyéni szinttel párhuzamosan, szinte 100% a visszaesés esélye (Hoyer és mtsai, 1994; Barát és Demetrovics, 2009). Mindez fordítva is igaz. Abban az esetben, ha a változásra motiválatlan a szenvedélybeteg kliensünk, a családi rendszer változása esetén változást tudunk elindítani egyéni szinten.

A kontextuális családterápiás irányzat ezt a folyamatot a drogfüggő fiatal parentifikációjának tekinti (Böszörményi és Kasner, 2001). Mikor egy szülő infantilizálja növekvő gyermekét, valószínűleg a parentifikáció legkárosabb formáját alkalmazza. A drogfüggőség egy olyan állapot, amely kapcsán egy 18 éves fiatal „otthon” tud maradni, például hogy szülei felbomló házasságát összetartsa.

A kontextuális irányzat képviselői szerint nagyon fontos, hogy segítsük a szülőket abban, hogy önállóbbá tudjanak válni.

Egy amerikai tanulmány (Krischenbaun és mtsai, 1974) fontos jellemzőjét sorolja fel a drogfüggők családjának. Részletesen most nem tárgyaljuk ezeket, de a téma miatt fontosnak tartunk néhányat megemlíteni közülük. Az egyik ilyen jellemző, hogy ezeknél a családoknál a szülői jóindulat és a nemes szándékok szegényes interakcióval párosulva jelennek meg. A másik szerint a kommunikációs minták nehezen fejezik ki a bensőségesebb, mélyebb emberi érzéseket. Másként megfogalmazva: a család tagjai kizárólag kognitív, intellektuális, racionális és elsősorban “mihez tartás végetti” üzeneteket közvetítenek. A harmadik, de nem utolsó szempont, hogy az egyes családtagok érzelmi elszigeteltségben élnek (Kállai, 1992).

Ezekben a családokban gyakori jelenség a „csonka család” amely elsődleges az apai szerep hiányát jelenti. Mindehhez azonban nem szükséges, hogy a szülők elváljanak, vagy a család szétessen (Demetrovics, 2009).

A droghasználók, elsődlegesen ópiát függők esetén Cancrini és munkatársai (1988) alapvetően négy családtípust különböztetnek meg.

Az első típus a **traumatikus drogaddikció**. Jellemző rájuk, hogy mindig készen állnak mások

problémáik megoldásában, de az őket ért trauma kapcsán képtelenek segítséget elfogadni. A másik jellemző folyamat az, hogy az önállósodás kapcsán kialakult egyensúlyvesztést szerhasználattal próbálják helyreállítani. A szerhasználat nem más, mint a normalitásra való törekvés eszköze. Ezek a fiatalok gyakran élnek át aktuálisan a családban valamilyen traumát (haláleset, válás), amely kapcsán a büntudat, önmaguk hibáztatása kerül előtérbe. Szerhasználatukra jellemző a drog hirtelen megjelenése, a dozírozás gyors és éles mennyiségi változásai. A droghasználat elsődleges célja nem az örömszerzés, hanem a tompultság érzés elérése. Gyakori ezeknél a fiataloknál a politoxikománia is.

A második típus az **aktuális neurózishoz** kötődő drogaddikció. Családi szerveződéseikre jellemző, hogy általában az ellenkező nemű szülő túlzottan bevonódik a drogkarrierbe, mintegy szimbiotikus kapcsolatot fenntartva. Az azonos nemű szülő vagy nincs jelen, vagy a periférián van a családi rendszerben. Jellemző az ilyen típusú szerhasználatra az inadekvátság, depresszió, közömbösség, az alacsony aktivációs szint. Ezek a páciensek elsődlegesen a környezetüket hibáztatják a szerhasználatukért és az örömszerzés az elsődleges céljuk. A munkacsoport véleménye szerint esetükben az egyéni terápia nem adekvát beavatkozási módszer.

Harmadik típus az **átmeneti addikció**. Az elnevezés nem a szerhasználatra utal, hanem a személy pszichopatológiai szerveződésére (bipolaritás, illetve neurotikus és pszichotikus ötvöződés jellemzi). Ezekben a családokban nem értik egymást a tagok, inkongruens üzenetek vannak jelen. Általában mindig van egy kedvenc, idealizált gyerek. Sok esetben a szerepek sem tiszták, mindkét szülő nagyon bevonódik a drogkarrierbe. Segítővel való együttműködés során gyakran manipulálják a segítőt („én vagyok a jó szülő”), hogy bizonytalan pozíciójukat a családban megváltoztassák. Gyakoriak a hangulatingadozások, illetve előfordulhat szuicid veszély ezeknél a klienseknél.

A negyedik típus a **szociopátiás droghasználat**. Családi szerveződése a második típushoz hasonlít a legjobban. Jellemzője az alacsony szociális helyzet, esetlegesen a perifériára szorultság (például szegregátumban élők). Jellemző rájuk az antiszociális viselkedés, amely már a droghasználatot is megelőzi. A szerhasználat a viselkedés részét képezi, környezetükkel hidegek, ellenségesek (Demetrovics, 2009).

1.5. Kodependencia

A szenvedélybeteg családok működésében nagy szerepet játszik a kodependens működés (1. sz. melléklet). Kodependens az a személy, aki eltűri, hogy valaki más viselkedése alapvetően befolyásolja az övét és energiájának nagy részét leköti más emberek viselkedésének kontrollja (István, 1992). J. Small szerint, a kodependens személy egyrészt gyermekkori sérüléseiből adódóan felnőttkorában képtelen saját érzelmi vágyait és igényeit hatékonyan képviselni, másrészt kényszeresen törekszik olyan események, személyek kontrollálására, amelyek nem befolyásolhatók a számára (Kelemen, 1994).

A kodependens szülők megpróbálják kontrollálni gyermekük szerfogyasztását, az ebből adódó kudarcuk miatt egyre agresszívebben viselkednek gyermekükkel, de mindig megbánják a veszekedést. Hangulatukat elsődlegesen a gyermekük állapota határozza meg. Az absztinens időszakokban jól vannak, a visszaesések alkalmával együtt esnek vissza gyermekükkel.

A kodependens szülő viselkedésére jellemző, hogy gyakran menekülnek el mindennapi helyzetekből (pl: költözködés), érdeklődési körük leszűkül, kerülnek családtagjaikat, barátait. Az idő előrehaladtával munkahelyi problémák és anyagi gondok jelennek meg, megkezdődik a gyerek összes problémájának az átvétele. A napjuk nagy részét gyermekük megmentése tölti ki, gyakran ők maguk is illegális tevékenységbe keveredhetnek.

Ennél a pontnál érdemes visszakanyarodni egy kicsit a kontextuális irányzat parentifikációs meghatározásához (a parentifikációnál a strukturális irányzatot hoznám be inkább). A függő fiatal számára infantilis következmények nélküli életvitel - amelyet a szülő teremtett - alkalmas arra, hogy hosszú időn át fenntartsa a kialakult állapotot. A kapcsolatfüggő páciens tehát olyan családból származik ahol gyermekkorában magányos, elszigetelt volt, vagy nem kapott semmi szeretetet, vagy irreálisan nagy felelősséget kellett viselnie a vállán, s ezért túlzottan gondoskodóvá, önfeláldozóvá vált (Erika J. C., Margaret P., 2004). Az ilyen betegben elsősorú igény fejlődött ki, hogy a körülötte levőket és helyzeteket irányítsa. A társfüggő nem vált le a szülőről belsőleg, attól függetlenül, hogy esetleg fizikálisan már igen. Megragadt abban a függőségi szakaszban, ami csak az élet elején normális. Ez a függőségi szakasz esetében kitágul, áthúzódik a felnőttkorra és társfüggőség válik belőle. Amíg ebben a függőségi szakaszban marad, addig görcsösen, betegesen ragaszkodik a társához, akit tudat alatt azonosít azzal a szülővel, akiről nem sikerült leválnia. (Erika J. C., Margaret P., 2004)

A szenvedélybeteg családokban a gyerekek betöltött szerepeinek széles tárháza ismeretes. *A*

„hős” aki általában a legidősebb gyerek. Jellemző rá a fájdalom, düh, félelem, zavarodottság és szégyen, ezzel szemben a kifelé közvetített tulajdonságai az erős, különleges, elismerésvadász, ítélkező, független. Ő az, aki a szégyen miatt meg akarja mutatni, hogy nincs baj a családban, ő (nem kell nagybetű, nem egy személynevet helyettesít) majd kiköszörüli a csorbát. Általában Ő a jó tanuló, sportol, mindenben jó, karriert csinál, gyakran segítő szakmában helyezkedik el. (pl. orvos, pap, szociális munkás). Az ellenazonosulás miatt sokszor egész életében absztinens marad. A saját érzéseit háttérbe szorítja, elmagányosodhat, munkamániássá válhat, vagy más függőség keríti hatalmába. Ő az többnyire, akit a szülő maga mellé emelt, egyenrangúként kezelt és bevonta problémáiba (a (parentifikált) gyerek).

A „bűnbak” a családi diszfunkció szégyene, hisz Ő az, aki megmutatja a családi problémákat. Belül szégyen, sértettség, magány, bűntudat, félelem, düh és elutasítottság az érzelista, kifelé pedig mogorva, dacos, távolságtartó, rossz tanuló, aki keresi az egyenrangú társakat. A család dühének a „gyűjtő tégelye”, feljogosít mindenki mást, hogy különbnek érezze magát, számára a negatív figyelem is jobb, mint a tudomásul nem vétel. Ő a fekete bárány a családban, sok esetben az újabb függő. Viselkedését tekintve csavarog, lop az iskolában, dohányzik, iszik, drogozik fiatalokú bűnöző.

Az „elveszett” gyermek lelkében szégyen, félelem, magány, megsebzettség és düh a meghatározó érzések, kifelé viszont csendes, kőarcú, távolságtartó, kaméleon, visszahúzódó. Többnyire a hős után következik, akire senki sem figyel. Eltűnik, elmagányosodik, végzi a dolgát észrevétlenül, csendes, néha próbálja elsimítani a konfliktusokat.

A „bohóc” típusú gyermek belül szintén a szégyennel küzd, rémült, zavarodott, magányos, és a „maradék” érzése uralkodik benne. Kifelé mutatott viselkedése viszont: a tréfás, szeretnivaló, törekeny, figyelmet követelő, komolytalan, kedves és békekötő. Legtöbb családban Ő a legkisebb gyermek. Bohóckodásával, bolondozásával próbálja felvidítani a szülőket, ezzel maga felé fordítva figyelmet, és csökkentve a kettejük közötti konfliktust. Jellemző rá továbbá az éretlenség, infantilizmus (Szikszay-Tóth 1999; Kelemen 2001; Komáromi, 2009).

1. 6. Családokkal folytatott munka elméleti háttere

Nézzünk át újra néhány fontos elméletet, amely szükséges a szenvedélybetegekkel és családjukkal folytatott munkához. Az eddigiekben többször is említésre került, hogy a szenvedélybetegség kapcsán sok esetben azt tapasztaljuk, hogy a család bennragad egy-egy

életciklusban, nem történik meg a továbblépés. Mi lehet ennek hátterében?

A család fejlődése a különböző életciklusok mentén figyelhető meg (Hill, Rogers, 1964) Az életciklus váltással meg kell változtatnunk eddigi szerepeinket, szokásainkat, szabályainkat. Ezek a folyamatok egyensúlyvesztéssel járnak, melyet normatív krízisnek nevezünk. A másik nehézség, ha a család nem oldja meg az adott életciklushoz kötődő feladatait, minek eredményeképpen a következő ciklusban csak patológiás egyensúly alakítható ki. Családi szabályaink nagy része nem tudatos, az előző generáció értékrendszere jelenik meg benne. A transzgenerációs minták (Bowen, 1978) feltérképezése elengedhetetlen a jelen működés megértéséhez (a szenvedélybeteg családok jellemzőinél részletesen elemeztük ennek jelentőségét). A családkonzultáció/terápia a teljes családot tekinti a beavatkozás egészének. A problémát megjelenítő kliens csupán tünehordozó, a családi patológia megjelenítője. A családi szinten történő beavatkozások, a családi működés megváltoztatását célozzák meg a tagok kapcsolatrendszerének megváltoztatásán keresztül. A változás lehetőséget biztosít, hogy szükségtelenné váljon a családi patológia (bármely furcsának is tűnik, minden patológiának van egy pozitív hozadéka), ezáltal mindez visszahat az egyének egészségesebb működésére. A szemléletnek két fontos tartópillére van. Az egyik, hogy hiszünk a változásban, abban, hogy a család képes változni. A másik pillér, hogy minden esetben a meglévő erőforrásokra építünk. (Barát és Demetrovics, 2009). Nagyon sok családterápiás módszer/ irányzat fejlődött ki az elmúlt évtizedekben, melyek részletes ismertetésére ennek a segédanyagnak a keretein belül nincs lehetőség. De ezek az irányzatok, különböző szemléletek, filozófiák alapján, sajátos módszertannal koncentrálnak a családi élet egy-egy nehézségeire. A családterápia leginkább ott ígér sikert, ahol nem elsősorban a korai személyiségfejlődés károsodott, hanem inkább a család rendszerhatásának dinamikus zavarai állnak előtérben (Buda, 1986). Az elmúlt több, mint 20 éves, szenvedélybeteg családokkal folytatott gyakorlati munkám tapasztalata azt mutatja, hogy szükséges több irányzat alapos, készség szintű ismerete. A segítői munka a legtöbb esetben igényelte több irányzat együttes, vagy időben eltolva kombinált használatát.

Ellenőrző kérdések:

- **Sorolja, fel milyen családi rizikófaktorokat ismer a szenvedélybetegség kialakulása szempontjából!**
- **Milyen kapcsolat van a mentalizáció zavara és a szenvedélybetegség kialakulása között?**
- **Gondolja végig melyek, azok a veszélyeztető elemek a probléma kialakulása szempontjából, amelyeket esetlegesen generáción át hozunk magunkkal?**
- **Melyek az egészséges család jellemzői?**
- **Milyen szerepet tölt be a kodependens családtag a szenvedélybeteg életében?**
- **Sorolja fel azokat a szerepeket, melyeket a gyerekek betölthet egy szenvedélybeteg családban!**
- **Foglalja össze a rendszerelméletű gondolkodás szemüvegén keresztül, milyen szerepet tölt be, illetve hogyan van egyensúlyban a család a szenvedélybeteg családtaggal együtt?**
- **Milyen alapszabályai vannak a szenvedélybetegek családjaival folytatott munkának?**

2. Ellátórendszer és a család kapcsolata. Történeti áttekintés

2. 1. Ellátórendszer kapcsolata a családdal

A család bevonásának a jelentősége nagyon régen ismert a szakemberek számára. Az elmúlt 30 év ennek ellenére nagyon változatos gyakorlatot mutatott. Az alkoholbetegeknél, mire kezelésbe kerültek, sok esetben csak a kliens származási családjával volt lehetőség az együttműködésre. Az illegális szerhasználat és annak kezelése még nagyon új volt abban az időben a szakemberek számára, az elméleti háttér és eszközrendszer is korlátozottan állt rendelkezésre. Ez volt a hazai drogellátás aranykora.

A 90-es években nem volt egyértelmű az ellátórendszer kapcsolata családdal. A szakemberek elsődlegesen a szerhasználóra, azon belül is a motivált szerhasználókra koncentráltak. Meggyőződésük volt a „mélység”, azaz a kliens „kellően üsse meg magát, és ezáltal kellően motivált lesz, akkor foglalkozunk vele” szemlélet. A család sok esetben nem is értette, illetve nem fogadta el a segítők hozzáállását. Gyakran elhangzott az a mondat, hogy „ha továbbra is drogozik, kirabolja Önöket akkor cseréljen zárat, ne engedje be”. Ebből kifolyólag nagyon sok volt a konfliktus az ellátórendszer és a szakemberek között (és a családtagok?)... A szakembereknek hármasként volt e célja. A szerhasználó kliens tetteinek legyenek következményei, kerüljön ki a gyerekszerepből. Gyakran a szeparáció volt a fő irány a család és a szerhasználó között. Ebből kifolyólag a szeparáció célja a fiatal a droghasználó környezetből való kiemelése. A harmadik szint a nehezen kezelhető szimbiotikus kapcsolatban lévő család „kezelését”, távoltartását célozta meg. Ezekben az esetekben a járóbeteg ellátás fókuszában maga szerhasználó személy állt. A család kezelése, segítése ennek ellenére azért folyt, csak külön terápiás térben. A használt módszer a legtöbb esetben a probléma újszerűsége kapcsán pszichoedukatív típusú volt, mely a család számára a jelenség megértését segítő beavatkozásnak tekinthető.

Az első magyarországi ambulanciához kapcsolódó szülőcsoport a budapesti Jász utcai drogambulanciához kapcsolódik. 1991-ben hozzátartozók és néhány szakember létrehozta a Mátrix Egyesületet. „Az alapítók egyik célja az volt, hogy a drogfogyasztók szülei, hozzátartozói - immár szervezetet alkotva, egymást támogatva segítsék elő személyes fejlődésüket továbbá, hogy a hozzátartozók megértsék a drogfogyasztás sajátosságait és ezen keresztül megtalálják a drogfogyasztóval való együttélés optimális módját.”

(<http://www.matrixegyesulet.hu/bemutat.html>). Nagyon hosszú időn át ez nem csupán az első, hanem szinte az egyetlen szülőcsoport volt az országban. Ambuláns formában nagyon nehezen tudták bevonni a hozzátartozókat, mivel motivációjuk hullámlása hasonló volt a gyermekekéhez. Szülőcsoportok elsődlegesen a bentlakásos, azaz rehabilitációs intézetekhez kapcsolódtak. Kezdetekben sem a családterapeuta, sem a rendszerben történő gondolkodás nem volt jelen a kezelés folyamatában, kivéve néhány szórványos területet.

2.2. A család és a terápiás közösségek kapcsolatának története

A nemzetközi szakirodalom szerint az 1960-as évek második felében jelent meg a Terápiás Közösségekben (TK) a családok felé nyitás. Ezt megelőzően az Egyesült Államokban a drogfüggők számára létrehozott Terápiás Közösségek fejlődésének kezdeti stádiumában magát a Közösséget tekintették a drogfüggők családjának - pótlék a család helyett - ami a drogfüggő fiataloknak sokszor nem is volt (De Leon and Beschner, 1976). Például Daytop Village-ben (ami a New York-i Legfelsőbb Bíróság próbaidős részlegének egyik ágaként indult) a Terápiás Közösség tagjait és személyzetét családnak nevezték és a tagok testvérnek tekintették egymást. Úgy tartották, hogy az eredeti családnak negatív hatása van a bentlakókra. Csak a 70-es években jöttek rá, hogy a család bevonásával megelőzhető a család azon törekvései, amelyek hátráltatják a terápiát (O'Brien, 1983). Ekkor ismerték fel azt is, hogy a drogfüggők nagy része az elbocsátás után vissza fog térni eredeti családjához. Így, ha a családra nem fordítanak figyelmet, gyors visszaesés következhet be a terápia során elért eredményekben. Ezért integrálták a családot is a terápiás folyamatba és a kezelés során lehetséges segítségforrásnak és támogatónak tekintették.

Az első Terápiás Közösségekkel dolgozó szakember, aki a családterápia elemeit bevezette a kezelési programba, Pauline Kaufmann volt. A 70-es évek elején sokcsaládos csoportokat indított a New York-i Phoenix House napi programján belül. A sokcsaládos csoportokat kéthetente szülőcsoporttal váltogatták, ahol a kezelték nem voltak jelen. A New York-i drogambulanciákon emellett új rendszert vezettek be: csak akkor vettek fel valakit kezelésre, ha legalább az egyik szülő vagy meghatározó személy részt vett a kezelésben. Ma már speciális csoportok vannak a párok számára, külön a férfiaknak és a nőknek, a bentlakók szüleinek, a tinédzserek szüleinek illetve testvéreknek.

Napjainkban sokkal kevésbé merevek a csoportok az Egyesült Államokban, mint kezdetben voltak. Olyan szülők is eljárhatnak a csoportokra, akiknek a gyereke még nem áll kezelés alatt,

illetve férjek és feleségek is járhatnak ugyanabba a csoportba.

Ugyanez a fejlődési irány volt jellemző Olaszországban, Spanyolországban, Belgiumban, Írországon és Hollandiában is. Több országban azonban nem ez a helyzet, például Németországban, Svédországban és Angliában különféle okok miatt – pl. a személyzet ellenállása, a nagy földrajzi távolságok - a szülőket nem vonják be a terápiás folyamatba.

Ezen kezdeményezések célja összegezve a következő volt:

- véget vetni a szülők elszigeteltségének;
- felhívni a szülők figyelmét saját változási lehetőségeik fontosságára, miközben a gyerekeik is egy változási folyamatban vesznek részt;
- megtanítani őket önmagukra figyelni, és növelni az önbecsülésüket.

A szülőknek nyújtott segítség kapcsán nagymértékben csökkent a lemorzsolódás a Terápiás Közösségben.

Az olaszországi Accoglienza programokban például a családot már a Terápiás Közösségbe való felvétel előtt 4-9 hónappal bevonják, valószínűleg ez a legfőbb oka a rendkívül alacsony lemorzsolódásnak (a felvettek kb. 95 %-a fejezi be a programot). A szülőcsoportokon való részvétel mellett a szülők aktívan részt vesznek különböző bizottságokban, aktívak a politikában, a kutatásokban, a megelőzésben, a munka biztosításában az ex-drogosok számára. Néhány arra alkalmas szülőt szülőcsoport-vezetőnek képeznek ki (Kooyman, 1992).

Ellenőrző kérdések:

Gondolja végig és összegezze, hogy milyen fejlődési lépéseken ment át az ellátórendszer és a hozzátartozók kapcsolata! Véleménye szerint, milyen szempontok befolyásolták a folyamatot?

3. Csoportterápia módszertana. Pszichoedukatív, készségfejlesztő, illetve önsegítő csoportok

3.1. Önsegítő csoportok

- Al-Anon /ACA csoport és a 12 lépés

Az Al-Anon családi csoport elismeri, hogy az alkoholizmus családi betegség és, hogy szükséges megváltoztatni a hozzátartozói magatartásukat. Az ACA csoport külön biztosít segítséget az alkoholisták felnőtt gyerekei számára. Az Al-Anonnak egy célja van: segíteni az alkoholisták hozzátartozóit (házastárs, szülő, gyerek, barát) a 12 lépés segítségével. E program független minden más gyógyászati és terápiás eljárástól. A 12 lépés és hagyomány lelki irányultságú (4. táblázat), nem pedig vallási családtagok vesznek részt a folyamatban, akik alkoholisták, szenvedélybeteg vagy más módon rosszul működő családban élnek illetve nőttek fel.

AZ AL-ANON TIZENKÉT LÉPÉSE
1. Beismertük, hogy tehetetlenek voltunk az alkohollal szemben, hogy életünk irányíthatatlanná vált.
2. Meggyőződünk arról, hogy csak egy nálunk hatékonyabb Erő képes helyreállítani lelki egészségünket.
3. Elhatároztuk, hogy akaratumkat és életünket a saját felfogásunk szerinti Isten gondjaira bízunk.
4. Mélyreható és bátor erkölcsi leltárt készítettünk magunkról.
5. Beismertük Istennek, magunknak és egy másik embernek hibáink igaz természetét.
6. Teljesen felkészültünk arra, hogy Isten megszabadítson e jellembéli hiányosságoktól.
7. Alázatosan kértük Őt fogyatékoságaink felszámolására.
8. Sorba vettük mindazokat, akiknek valaha kárára voltunk és készek voltunk jóvátételre mindnyájuk felé.
9. Közvetlen jóvátételre törekedtünk mindazokkal, akikkel erre lehetőség nyílott,

kivéve, ha ez sérelmes lett volna rájuk vagy másokra nézve.
10. Tovább folytattuk az önvizsgálatot, és amikor hibásnak találtuk magunkat, azt haladéktalanul beismertük.
11. Igyekeztünk ima és elmélkedés útján tudatos kapcsolatunkat a saját felfogásunk szerinti Istennel fejleszteni, kérve velünk kapcsolatos akaratának felismerését és erőt annak kivitelezésére.
12. E lépések követésének eredményeként nyert szellemi ébredés után igyekeztünk továbbadni ezt az üzenetet másoknak és gyakorolni ezeket az alapelveket életünk minden megnyilvánulásában.

- táblázat: Al-Anon 12 lépés

Az Al-Anon önsegítő csoport elvein működik, alapja a sorstárs segítség. Nem szakember által vezetett önsegítő csoport, nem tartalmaz hierarchikus elrendeződést, nincsenek titulusok, vezetők. A hierarchia abban jelenik meg, hogy a csoportban az elfoglalt pozíciót a talpra állási folyamatban elfoglalt helye, szenvedélyével (társ-függőség) végzett munka határozza meg. A csoportmunkát kiegészíti egy úgynevezett mentor rendszer (Szponzor), amely egyéni szinten próbál segítséget nyújtani a tagok számára. A mentor minden esetben egy „idősebb/tapasztalt” sorstárs. Azonos problémával rendelkezők önsegítő csoportjában gyakori rizikófaktor, hogy a csoportfolyamat nem építő jellegű, hanem destruktív, melynek fókuszában az önsajnálát („mi milyen szerencsétlenek vagyunk, hogy ez történt meg velünk...”) áll. Hosszú évtizedek tapasztalata alapján az Al-Anon csoportokon fix ceremónia van, amelyet „hagyományoknak” neveznek. Ez a keretrendszer segít a folyamat karbantartására.

A „anonim mozgalom” hálózati felépítésű. Jellemzője a rendszeresség, azonos helyen azonos időben. Ez az elem mindenféle szenvedélybeteg ellátási rendszerben, meg kell, hogy valósuljon. A rendszeresség és a folyamatosság nem csupán egy-egy csoportra igaz, hanem szinte a világ minden nagyvárosában van lehetőség csoporton részt venni. Másik nagy erőssége a mozgalomnak a 24 órás elérhetőség, melyet a csoporttagok (mentorok) biztosítanak egymás számára.

Néhány gondolat, iránymutatás a csoporton résztvevők számára:

„Az Al-Anon egy kölcsönösen támogató csoport. Mindenki egyenrangú félként vesz részt a gyűléseken. Senki sem áll mások fölött, így nem ad tanácsot, vagy utasítást másoknak. A gyűlésen mindenkinek van valamilyen tapasztalata azokról a problémákról, amit valaki más ivászata okoz. Az első gyűlésen kérdezhetsz, vagy elmondhatod azt a helyzetet, amiben élsz. Ha jobban szeretnél csak hallgatni, mondhatod: „passzolok”, vagy azt, hogy „most csak hallgatni szeretnék.”

„Minden gyűlés különböző. Minden gyűlés úgy zajlik, ahogy a tagok szeretnék, az irányelvek betartásával, ami elősegíti az Al-Anon egységét. Az Al-Anon azt ajánlja, hogy látogass meg legalább hat különböző gyűlést, mielőtt eldöntöd, hasznos-e számodra az Al-Anon. Eltelik majd egy kis idő, mire teljesen megérted, hogy mi a névtelenség jelentősége az Al-Anon programban. Leegyszerűsítve, az anonimitás azt jelenti, hogy a szobában jelenlevők tiszteletben tartják azokat a bizalmas dolgokat, melyeket elmondasz, és a gyűlésen kívül sem közelednek hozzád oly módon, mely veszélyeztetné a te, vagy az Al-Anon gyűlésen részt vevő többi tag magánéletét.

A találkozó valószínűleg az Al-Anon Tizenkét Lépésének felolvasásával kezdődik. Beletelik majd egy kis időbe, hogy teljesen megértsd, hogyan segít ez a tizenkét lépés helyreállítani azokat a negatív hatásokat, amit egy másik ember ivászata okozott. Az Al-Anon lehetőséget ad, hogy a saját tempódban fejlődj” (Al-Anon családi csoport.<http://al-anon.hu/gyulesekrol/>)

Ezek az anonim csoportok, nem helyettesítik az egészségügyi, illetve a szociális ellátást, de szorosan együttműködve kiegészítik egymást.

- Magadért Alapítvány „A HELY” hozzátartozói csoportja

„A HELY” 2000-ben indította hozzátartozói csoportját, az Budapesten az Eötvös u. 19. sz. alatti pinchehelységben. Azóta heti rendszerességgel, szerdánként 17-22 óra között látogathatják a csoportot az érintettek.

A csoport indulásakor a résztvevők a rehabilitációról kikerült és az absztinenciát vállaló drogfüggők hozzátartozói voltak. A program indítói tapasztalatból tudták már, hogy a drogfüggők problémái nem oldódnak meg a detoxikálással, illetve az absztinenssé válással. A sikeres rehabilitációs folyamathoz a hozzátartozóknak is változniuk kell, és mindehhez hosszabb időre van szükség.

Filozófiájuk az volt, hogy a drogfüggőknek segítségre van szükségük a „tiszta élet”

megtartásában, személyiségük újraépítésében, a társadalomba való visszailleszkedéshez, mindemellett a hozzátartozóknak is erőforrást és segítséget jelent a csoport. A hozzátartozók – szülők, testvérek, élettársak, nagyszülők, barátok – sem képesek hirtelen váltani, újra megbízni, megtalálni a helyes kommunikáció útját. Újra meg kell ismerkedniük az absztinensé vált hozzátartozójukkal.

Ezek voltak a fő gondolatok 2000-ben a csoport indulásakor és ez ma, 2018-ban is érvényes.

Rendi (2018) szerint az elmúlt közel 18 év alatt figyelemre méltóan megváltozott a hozzátartozói csoport összetétele. Az utóbbi években jelentősen megemelkedett a csoportokba járó hozzátartozók száma: egyrészt azokkal, akik most szereztek tudomást gyereük, családtagjuk droghasználatáról, másrészt olyanok is bekapcsolódtak, akik társkapcsolati problémákkal-, önértékelési zavarral-, olyan nehezen kezelhető, problémás hozzátartozóval élnek együtt, akik ugyan nem használnak semmilyen kémiai szert, mégis hasonló magatartást, viselkedést mutatnak, mint a szerhasználók. Akadnak olyanok is, akiknek hozzátartozójuk valamilyen pszichés problémával (depresszió, pánik, kényszerek) küzd elsődlegesen vagy a korábbi droghasználat következményeként. A csoport támogatása, abban adhat segítséget, hogyan hozzák döntési helyzetbe „problémás” hozzátartozójukat.

Gyakran nehéz ugyanis szembenézni hozzátartozójuk drogozásával, kérdés az is, hogyan viszonyulnak drogot fogyasztó hozzátartozójukhoz. Melyek azok a lépések, amelyeket megtehetnek anélkül, hogy szeretetlenséggel vádolnák őket, illetve magukat. Központi kérdés az, hogyan tudnak szembenézni büntudatukkal és az önvád érzéseivel. A büntudat nem jó tanácsadó, mivel nem a helyes lépéseket segíti elő. Irányadónak csak a negatív érzésektől való megszabadulás tekinthető.

A szülőknek képessé kell válniuk, a jelenre koncentrálva, olyan döntéseket hozni, kimondani, amiket aztán következetesen be is tudnak tartani. Ezek a döntések mindig fájdalommal járnak a szülők számára, nem ígérnek száz százalékos eredményt, mégis lehetőséget biztosítanak a hozzátartozóknak, hogy olyan élethelyzetbe hozzák függő vagy problémás hozzátartozójukat, ahol neki kell vállalniuk a drogfogyasztással vagy bármilyen más addikcióval járó életmód felelősségét és következményeit.

Önsegítő jellegű csoportjainkon az empátia, az elfogadás, az odafigyelés, a változás támogatása, az „itt és most” jó megélése, önfejlesztés, saját sors megismerése, a tanulási folyamat támogatása a kommunikáció, a viselkedés területén, a gondolati sémák felismerése és az érzelmek felismerése és megélhetősége a főbb szempontok. A csoportok interaktívak (empatikus konfrontáció), szakemberek és saját élményű segítők vezetésével működnek. A csoportok nyitottak, bárki részt vehet a foglalkozásokon. A csoportszabályok, mint pl. a titoktartás, tegeződés, E/1. személyben való kommunikáció, őszinteség mindenkire érvényesek, ahogy az ítékezés-, és magyarázkodás mentesség is.

A foglalkozásokon mindig az aktuális helyzet, a felmerülő problémák megosztása, az egyéni megoldások közös keresése az elsődleges fontosságú. A csoport önmagát működteti, a megfelelő szakember gárda közreműködésével, ahol mindenki tanul mindenkitől.

A csoporton belül lehetőség van különböző egyéni feladatok vállalására, ami segíthet a hozzátartozónak saját viselkedése, magatartása megváltoztatásában, a változás elindításában. Ezek olyan önként vállalt feladatok, melyeket a hozzátartozók határoznak meg és amiről úgy érzik, hogy képesek már betartani.

A rendszeresen felmerülő témák: félelem-gyávaság, büntudat-lelkiismeret, bizalom-bizalmatlanság, erő-gyengeség, elengedés-leválás, szeretet-gyűlölet, felnőtté válás, jó szülő-rossz szülő, saját származási családjával való kapcsolat, gyerekként felnőtt - felnőttként gyerek szerepek, a családi játszmák felismerése, azok átkeretezése.

A hozzátartozói csoportokon nincs ismeretátadás, de időnként lehetőség van néhány perces szakmai keretbe foglalásra, vagy értelmezésre. A csoportmunka eredményeként folyamatosan jelennek meg olyan igények, amik segíthetik a változás, az épülés folyamatát. Ennek megfelelően különböző programokat biztosít az Alapítvány, például szakmai előadásokat, 6-10 alkalmas tematikus csoportokat, illetve egyéni-, pár-, és családi konzultációkat.

Az Alapítvány csoportjai átjárhatóak, így a függő csoportba járók is használhatják a hozzátartozói csoportot, ill. a hozzátartozóknak is lehetőségük van a függő csoporton való részvételre (Rendi, 2018).

3.2. Rehabilitációs intézethez kapcsolódó hozzátartozói csoport kialakulásának története, a fejlődés folyamata (Szeged-Deszk)

A nemzetközi tapasztalathoz hasonlóan a Deszki Rehabilitációs Intézetnek is megvoltak a sajátos fejlődési pontjai.

A szakmai stáb az indulástól (1993, 1995-től) kezdve nagy hangsúlyt fektetett a család bevonására a terápiás folyamatba. Ez eleinte elsődlegesen a kapcsolattartásra korlátozódott illetve a szülők és a rehabilitálódó gyerekek találkozásainak moderálására. Ez a módszer önmagában nem volt hatékony, mert a családi rendszer változatlan maradt, a szülőknek minimálisak maradtak az információi a terápiás folyamatról, gyakran nem értették a gyermekükkel történő változást. A család felé az intézetnek nem voltak elvárásai, a kapcsolattartás felszínes volt, a változás nem együttes folyamatként haladt, így a szülők nem tudtak kapcsolódni gyermekük új igényeihez, elvárásaihoz, a változásokkal szemben értetlenek voltak és nem volt eszközkészletük másképp reagálni. Az értetlenség kölcsönös volt, hiszen gyermekeik és a kezelő személyzet sem értette a család változatlan kommunikációját, amely nem volt adekvát az új helyzethez, segítséget viszont nem nyújtottunk ebben a családnak. Ennek végeredménye a leggyakrabban az volt, hogy a szülők megszegették a terápia kereteit, szabályait. (Például a találkozások alkalmával több pénzt adtak a gyermeküknek, mint amiben az intézettel megállapodtak, a csomagokba nem engedélyezett dolgokat csempészték bele ... stb.)

A program végén, a Terápiás Közösségi modell bevezetésével (1996-97) egy időben új eszközként elkezdjük a családterápia alkalmazását. Tehát a család egészének felajánlottuk a közös munka lehetőségét, mint egy szolgáltatást. A családok kis százaléka vette csak igénybe a segítségnyújtásnak ezt a formáját, nehezen lehetett bevonni a szülőket a folyamatba. Ennek az is lehetett az oka, hogy a rehabilitációs kezelést a családok többsége úgy fogta fel, mint egy olyan módszert, ahol egy-másfél év alatt megoldódik a probléma pusztán attól, hogy a gyerek „elvégzi” a programot. A gyerek kábítószer-használatát a gyerek problémájának tekintették.

Tapasztalataink szerint, a tartósan sikeres terápiák az önálló életvitelt választóknál voltak megfigyelhetők. Azoknál az eseteknél, amikor nem történt meg a családi rendszerben is a szükséges változás.

A családi rendszer a drogfüggővel egyensúlyozódott ki hosszú évekig és miután visszakerült a fiatal a családba, a család megpróbálta korábbi egyensúlyi helyzetét a régi módon fenntartani. Ezt két módon tudta elérni: vagy visszahelyezte a fiatalt az eredeti szerepébe, aminek a

következménye a visszaesés volt; vagy a család egy másik tagja mutatott hasonló vagy ugyanolyan tüneteket.

Az eddigi tapasztalatok azt mutatták, hogy a terápia sikerességének egyik alapfeltétele - a terápiás programban való részvételen túl - a családi rendszerben elindított és kialakított változás. Ezért olyan módszert kellett választanunk, amely jobban integrálódik a rehabilitációs munka folyamatába. Így indítottuk el 1998-ban a szülőcsoportot (Ambrózay- Arany).

Célok a szülővel folytatott csoportos munkában:

Mindezek alapján két fő célt tűztünk ki a szülőcsoporttal kapcsolatban:

1. Egy biztonságos hely megteremtése, ahol a problémájuk miatt gyakran izolálódott szülők újra átélhetik a csoporthoz való tartozás élményét. Olyan sorsközösség létrehozása, ahol stigmák nélkül beszélhetnek problémáikról, fájdalmaikról.
2. A család felkészítése a gyermekük hazatérésére. Ebben a felkészítő folyamatban nagy sok minden megtörténhet. Sok esetben elindulhat a családi rendszer megrekedt működésének a fellazítása is.

3.3. Módszerválasztás/ Szakember által facilitált önsegítő csoport

A mi szülőcsoportos tevékenységünk, amelyet már a bevezetőben is említettem, a Terápiás Közösségi modell eszközzrendszerén, az önsegítő csoportok filozófiáján és a rendszerszemléletű gondolkodáson alapul.

Mielőtt elkezdjük a szülőcsoport módszerének bemutatását, szólnunk kell néhány szót a Terápiás Közösségi modell alapelveiről. A módszer részletes ismertetése nem célja ennek a tanulmánynak, ezért csupán azokat a fő irányvonalakat ismertetjük, amelyek szorosan kapcsolódnak hozzá és meghatározzák a szülőcsoportot is.

A Terápiás Közösség (TK) a drogfüggőséget elsődlegesen nem betegségként értelmezi, hanem az egész személyiség zavaraként, kihangsúlyozva ebben az egyén felelősségét. Ezt jól jellemzi a Terápiás Közösségek egyik mottója is: *“Egyedül Te tudod véghez vinni, de egyedül nem tudod véghez vinni.”* A változás a Közösség tagjainak interakciójában jön létre. Az egyénnek, a sorstársak (peer-ek) segítségével tartós életmódváltást kell elérnie az absztinens életmód megtartásához. Ez egy több stádiumon keresztül zajló tanulási folyamat, ahol az “itt és most”-on van a hangsúly. A legfontosabb területek, amelyekben az “itt és most”-ban feltétlenül változást

kell elérnie az egyénnek a következők: viselkedés, értékek, érzelmek, felelősségvállalás, önállóság, konfrontálódási képesség, énkép meghatározása stb.

A TK felfogása lehetőséget ad az egyénnek arra is, hogy lezárja a drogos életszakaszt, és pozitív önértékeléssel, a megtanult eszközök segítségével új, önálló életvitelt alakítson ki (Talabér, é.n.).

Összegezve néhány mondatban a terápiás közösségi modell eszközrendszerét, a következő jellegzetességeket tartjuk fontosnak, hogy megjelenjenek a szülőcsoportos munka folyamatában:

- a hangsúly a változáson és ebben az egyén felelősségén van;
- a változás a csoport tagjainak interakciójában jön létre;
- alapja a peer-hatás (sorstárs-segítés);
- a tanulási folyamat az "itt és most"-ban történik;
- a fejlődés célja egy sajátosan megjelenő drogos életszakasz lezárása, pozitív önértékeléssel, új, önálló életvitel kialakítása.

Visszatérve a csoport módszerválasztására, alapvetően egy nyitott – időhatáros – speciális csoportnak nevezhetjük (Yalom, 1995). Speciálisnak mondható, mert a különböző csoportformák elemei és eszközei szorosan összefonódnak egymással a szülőcsoportos munkánkban. Fontosnak tartjuk, hogy az általunk vezetett csoportmunkában megjelenjenek az encounter csoportok által hangsúlyozott elemek, így például az őszinteség, a megnyílás a kapcsolatokban, a kételkedés és az önbizalom hiánya (Yalom, 2000). Yalom fogalmazza meg az encounter csoportokról szóló írásában, hogy elő kell segíteni az egyénnek, hogy meg tudja vizsgálni berögzült feltevéseit önmagáról és másokról. Az encounter csoport ezt a folyamatot „olvasztásnak” nevezi, ugyanis ilyenkor az egyén korábbi hiedelem-rendszerének érvénytelenítésére törekednek (Yalom, 2000). Az önségítő csoportok jellegzetességeiből a védettséget, a csoporthoz tartozást, a szabad kommunikációt, a sorsközösség kommunikatív kontextusát, a korrektív visszajelzések befogadását tartjuk fontosnak, hogy megjelenjenek a folyamatban (Buda, 1992).

A szülőcsoport nyitott, folyamatosan változik az összetétele, a tíz-tizenkét állandó résztvevő azonban rendszeresen jelen van. Egy csoportmunka fázis szeptembertől-júliusig tart, az első három évben kéthetente szombatonként 2-2,5 órában tartottuk a csoport összejöveteleket. Az utóbbi időben objektív okok miatt (a kliensek többsége nem Szeged környéki lakhellyel rendelkezik) havonta egy alkalommal 5 órában találkozunk.

A csoportra minden olyan család meghívást kap, akinek a gyermeke, hozzátartozója (testvére,

unokája stb.) a programba felvételt nyert. Azoknál a családoknál, ahol valamelyik családtag elkíséri az első találkozásra a terápiába jelentkezőt, a felvétel napján személyesen beszéljük meg azt a lehetőséget, amit a szülőcsoport kínál. Akikkel nem tudunk találkozni, azoknak motivációs levelet küldünk.

3.4. Módszertani háttér. Szociális munkás szerepe az önsegítő csoportokban

Csoportvezetői munkánk részletes bemutatása egy külön dolgozatot igényelne, ezért csak néhány hangsúlyos elemet emelnénk itt ki.

A vezetők szerepe leginkább a folyamat facilitálása, az „itt és most” helyzet fenntartása a csoportfolyamatban. A gyakorlatban ez az eszközök biztosítását, a keretek és a folyamat kézbentartását, betartatását valamint a visszajelzést jelentik.

A csoport kettős vezetőségű. A koterápiás helyzet lehetőséget ad, hogy a vezetők megosszák a feladatokat és szerepeket. Jellemző, hogy az egyikünk aktív és a csoportmunkában vesz részt, a másikunk egy kicsit a háttérbe húzódva ügyel az objektivitásra és a csoportfolyamatra. Gyakran úgy is felosztjuk feladatainkat, hogy az egyikünk a kételkedő, provokátor, míg másikunk az összhangteremtő, megértő szerepét vállalja fel. Főleg az első néhány ülésen van erre szükség, ilyenkor kell ugyanis dolgozni azon, hogy a csoportnak legyen megtartó ereje illetve elindulhasson egy „kétkedési folyamat” a résztvevőkben, hogy ezáltal felül tudják vizsgálni berögzült hiedelem rendszerüket a problémával kapcsolatban (Minden szülőnek megvan a saját elmélete a problémával kapcsolatban).

A szülőcsoport vezetői a rehabilitációs programban is dolgoznak. Ezért egyrésztől biztosítaniuk kell a szülőcsoporton és a rehabilitációban résztvevőket a csoport titok meglétéről. Másrésztől tudniuk kell kezelni illetve szétválasztani a két különböző helyről jövő információkat. Ezen azt értem, hogy például a gyerekük által elmondott információk a szüleikről ne jelenjenek meg a viselkedésünkben, kommunikációnkban és ne egy manipuláló, igazságtévő, esetleg közvetítő szerepbe kerüljünk a szülő és a gyerek között.

A rehabilitációs munkában előnyt jelent ez a munkaforma, mert lehetőséget nyújt a kliens történetének komplexebb látására, a kliens aktuális (a rehabilitációban történő) viselkedésének megértésére.

A neutralitás megőrzésének érdekében a vezetőknek nagy hangsúlyt kell fektetniük a tudatosságra és a folyamatos szupervízióra, melyet az intézményünk biztosít számunkra. Jelenleg

havonta egy alkalommal van lehetőségünk szakmai szupervíziót kapni.

3.5. A csoportmunka feltételei (terápiás tér)

A szülőcsoport helyszínéül nem a rehabilitációs intézetet, hanem a Drog-Centrum szegedi épületét választottuk. Ennek gyakorlati oka, hogy a rehabilitációs intézet a városon kívül, nehezen megközelíthető helyen van, tehát nehéz lenne kijutni a szülőknek az intézménybe. A gyakorlati okon kívül segítséget nyújt a vezetőknek ez a térbeli szétválasztás, mert így a rehabilitációban betöltött szerepüktől könnyebben tudják elkülöníteni a szülőcsoportos munkában betöltött szerepüket.

Ezen felül, szeretnénk volna, hogy a találkozásoknak, ne legyen sem szülőértekezlet, sem a kórházban megszokott „beteglátogatási alkalom” hangulata.

A szülőcsoportnak – hasonlóan a rehabilitációs programhoz – vannak rituális elemei. Az első és az utolsó alkalom ceremóniaszerűen megnyitja, illetve lezárja a közel egyéves munkát. A legelső szülőcsoporton beszélünk magáról a terápiáról, a módszerekről és a tapasztalatokról, találkozhatnak a résztvevők a kezelésben dolgozó szakemberekkel. A legutolsó alkalom pedig nyílt nap, amikor a szülők személyesen is megnézhetik a Közösséget.

3.6. A szülőcsoport strukturális háttere

Minden alkalommal két nagy részre osztjuk a találkozásokat.

I. Az első rész témája: “Hogy vannak?”. Fontos, hogy az “itt és most”-ban csak saját magukról beszéljenek a szülők. A gyerekeikről egyáltalán nem beszélünk, amit a csoport elején tisztázunk a résztvevőkkel. Ez az első időszakban inkább csak törekvés, mivel a szülők legfőbb motivációja, hogy információt gyűjtsenek a gyermekükről és problémájáról. Fontos, hogy a szülők átéljék a csoportok folyamán, hogy ők a legfontosabbak és azzal tudnak a leginkább segíteni gyermeküknek is, ha ők rendben vannak.

Az első alkalomak során jól megfigyelhetők a kodependencia alapvető vonásai a szülőknél: például az érzéseik attól függenek, hogy a gyerekük hogy van; folyamatosan hibáztatják magukat, de egy-egy kritikus kérdésre indulattal reagálnak.

A szülőknél az első néhány alkalommal az ellenállás leggyakrabban tagadásban és projekcióban jelenik meg. A problémáikkal kapcsolatos kérdéseiket kitágítják: a társadalmat, az egészségügyet, a kortársakat hibáztatják illetve megoldási javaslatokkal szolgálnak a nagy

társadalmi problémákra. Abban az esetben, ha büntudatuk kerül szóba, ekkor sok esetben nem létező dologként kezelik, vagy alárendelik a gyermekük problémájának.

A gyakorlat azt mutatja, hogy tiszteletben kell tartani a szülők változási képességének sebességét, mert attól függetlenül, hogy ha hárít valaki vagy visszahúzódik, az nem azt jelenti, hogy nem történik vele semmi.

Egy édesanya így fogalmazott a harmadik csoport végén: „Eddig nem nagyon mertem megszólalni, mert mit is mondhatnék... Azt láttam, hogy másoknak sokkal nagyobb problémájuk van, mint nekem. Nagyon jó volt másokat hallgatni, mindig feltöltődtem, ha itt voltam a csoporton. Néhány alkalommal ki is próbáltam azokat a módszereket, amelyeket egy- egy szülő mesélt.” – Ez volt az első alkalom mikor elkezdett beszélni önmagáról. Nagyon meglepte ez a csoportot, de jót tett a folyamatnak az édesanya megfogalmazása, megerősített mindenkit abban, hogy tudnak segíteni egymásnak.

II. Lehetőségek a csoporttémákra

A második rész rendszerint tematikus. A témák nem egyformán hangsúlyosak, mert van olyan egy csoporton belül, amely egy bizonyos időszakban meg sem jelenik a folyamatban. Mondhatjuk, hogy számunkra ezek a témák alternatív lehetőségek, amelyből a csoport összetételét és aktuális állapotát figyelembe véve tudunk választani.

1. Egy hasonló tapasztalatokkal rendelkező szülő által publikált írás bizonyos részeit emeljük ki és ez szolgál a beszélgetés témájául (Rimanóczy, 1999). Fontos, hogy a csoporton ne arról beszéljünk, hogy a gondolat megalkotója mit gondolhatott, amikor leírta ezeket a sorokat, hanem a cél ebben az esetben is az, hogy egyes szám első személyben a saját gondolataikról és érzéseikről beszéljenek. Más szóval a saját életükben mit jelentenek ezek a mondatok, illetve juthatnának-e ők is erre a következtetésre. Néhány példa ezekből a gondolatokból:

- *“Ha a fiam drogozásával kapcsolatos tapasztalataimat egy képzeletbeli mérleg serpenyőjébe rakhatnám, akkor a mérleg pozitív irányba billenne ki - vagyis többet nyertem, mint veszítettem”.*
- *“Felismertem, hogy nem én vagyok a Jóisten földi helytartója, akinek mindenki a problémáját magára kell vennie ill. meg kell oldania”.*
- *“Soha nem tudom kiszámítani, hogy mikor teszek jót és mikor*

fordul ellenkezőjére a jó szándékom.”

- *“Ne a drogos gyermekünket akarjuk mindenáron megváltoztatni, hanem magunkat kell a figyelem központjába helyezni.”*
- *“Nem kell büntudatot éreznem.”*
- *“A gyermekkorban elszenvedett sérelmekért és traumákért nem a gyermekeimen kell elégtételt venni, s kárpótolni önmagunkat.”* (Rimanóczy, 1999)

Ki kell emelnünk e mondatok konfrontáló hatását, hiszen legtöbbjük szöges ellentétben áll a csoporttagok aktuális érzéseivel. A másik fontos hatása az lehet, hogy segít a fókuszot a gyerekről a szülő felé irányítani, teljesen új dimenziókat nyitva meg a szülők előtt. Segítséget ad számukra, hogy kilépjenek a “mókuserékből”, abból a hiedelemrendszerből, amelyet az évek folyamán felépítettek maguknak. Már az is eredménynek mondható, hogy felvállalják, tudatosítják magukban ezt a hiedelemrendszert. További célunk ebben a szakaszban az, hogy megtanulják kimondani az érzéseiket. Jellemző mondatok: “Én vagyok a hibás”; “utálok a gyermekem, amiért ezt tette velem”; “hol rontottam el”; “mit tegyek, hogy ne essen vissza”; “én addig nem lehetek fontos, ameddig a gyerekem nincs biztonságban”; “szégyellem magam” stb.

Ennél a pontnál ki kell hangsúlyoznunk, hogy nem a büntudat erősítése a cél, hanem éppen ennek az állapotnak a lezárása. Azzal, hogy kimondja a benne zajló dilemmákat, bizonytalanságokat, amelyek gyakran a múlthoz kapcsolódó negatív érzéseikről, önmaguk hibáztatásáról szólnak, van lehetőség ezek megbeszélésére, lezárására. A büntudatot más szóval nevezhetjük egy alacsony önértékelési állapotnak, amely állapotból nagyon nehéz a „talpra állás”, esetleg gyermekének a megfelelő segítségnyújtás. Tartós változást csak pozitív önértékelésnél lehet elérni. Az előző részben már említettük, hogy inkább a “probléma” hárítása a domináns (“a társadalom, az iskola a hibás”; “a barátai vitték bele”; “az egészségügy tehet róla, hogy ide jutottunk” stb.).

Itt szeretnénk kitérni néhány olyan megközelítésre, amely a patológiás családok működésével foglalkozik. Az egyik Freud és az első analitikusok által megfogalmazott “szőnyeg alá söprés elmélete” (Skynner és Cleese, 1983). Minden családban vannak érzelmek, amelyeket rossznak tartanak és elfojtanak. Ezeket az érzelmeket a legtöbb ember a szőnyeg alá seprí, mert nem kockáztatja meg az elutasítást. A patológiás szerkezetű családoknál, óriási energiákat vesz el a „szőnyeg helyén való tartása” a családtagoktól. Viszont ahhoz, hogy az ember egyensúlyban legyen, elengedhetetlenül szükséges, hogy mindezekhez az érzésekhez hozzájusson függetlenül attól, hogy negatívak. Csak így ismerhetik és tanulhatják meg őket kezelni is. Vannak viszont az

életben olyan helyzetek, amikor váratlanul feltörnek, ilyenkor megijednek tőle, és azt érzik, hogy nem is ők azok, akikkel ez történik. A drogfüggőknél és családjaiknál a szőnyegek jól le vannak ragasztva. Ezt a leragasztást erősíti az a társadalmi hozzáállás is, amely nem csak a drogfüggőt diszkriminálja, hanem a családot is. A csoportban van, aki képes alánézni ennek a szőnyegnek és van, aki csak az önfogadásra képes.

Nagy szerepe van ilyenkor a régi csoporttagoknak (sokuknak már a gyermekük végzett a rehabilitációs programban), hogy bátorítsák az új tagokat és szerepmódként működjenek az új tagok számára. Szerepmódek lehetnek abban, hogy lehetséges a jelenben élni úgy, hogy viselkedésüket nem a büntudat irányítja és a figyelem fókusza nem gyermekükön, hanem önmagukon van.

Az eddigiekben megpróbáltuk megjeleníteni azokat a jellemvonásokat, amelyek jól megfigyelhetők a szülők csoportban való működésében. Tapasztalataink azt mutatják, hogy ez a fajta konfrontáció egy "biztonságos helyen", sorstársak között elősegítheti az elmozdulást, önmaguk felvállalását. A szülőknél ugyanúgy, mint a gyermekeiknél a terápiában fontos, hogy realisan lássák önmagukat, szerepeiket, érzéseiket és ezeket fel is tudják vállalni, mert ez lehet alapja a nyitásnak a változásra.

2. A másik téma alapja a szülők rehabilitációs intézetben lévő gyermekük által névtelenül összeírt kérdések. Ezek olyan kérdések, melyeket nem tudtak vagy nem mertek megkérdezni szüleiktől. Itt szintén nem a kérdező a fontos és a kérdés tartalma is csak másodlagos. A hangsúly a kérdésfeltevésen van azaz, hogy ez az a kérdés, ami a gyermekük számára fontos, de valamiért soha sem merete feltenni nekik. Néhány mondatot kiemeltünk ezekből a kérdésekből:

- *"Miért nem mondtad soha azt, hogy szeretsz?"*
- *"Meg tudsz-e bocsátani?"*
- *"Hiszed-e, hogy képes leszek önállóan élni?"*
- *"El tudjátok-e fogadni, hogy van illetve lesz saját, önálló életem?"*
- *"Mennyire hibáztatjátok magatokat?"*
- *"Haragszotok-e az elmúlt időszak miatt?"*
- *"Miért nem beszélgettünk soha egymással?"*
- *"Milyennek szeretnél engem?"*
- *"El tudod-e képzelni, hogy valaha is a család része leszek?"*

A családokkal foglalkozó szerzők, függetlenül attól, hogy milyen irányzatot követnek, nagy hangsúlyt helyeznek a családon belüli kommunikációra. Azt gondoljuk, hogy a rehabilitáció és a szülőcsoport egy speciális helyzet, mert a családtagok külön-külön dolgoznak, igaz a terápia előrehaladtával egyre gyakoribbak a találkozási pontok.

(A szülők gyermekeikkel telefonon és adaptációs szabadságok alkalmával tudják tartani a kapcsolatot. A találkozások gyakorisága a gyermekük terápiás előmenetelétől függ.)

Hosszú időn át az volt a tapasztalatunk, hogy a „gyerek” a terápiában megtanul egy tiszta, nyílt kommunikációt, a konfrontálódás felvállalását, a családi kapcsolatok átértékelését, de újra csatlakozva a családi rendszerhez, nagyon sok esetben nem talál partnert a változtatáshoz illetve gyakran nem is értették a szülők, hogy mit mond.

A legtöbb ilyen kudarc a gyereket akkor érte a szüleikkel való találkozások alkalmával, amikor igyekeztek olyan beszélgetéseket kezdeményezni, amiben hangsúly volt a múlt tisztázása és a családtagok érzéseinek a megismerése. A legtöbb esetben a családtagok részéről a háritás volt a jellemző. Ez a háritás nem csak a múlttal kapcsolatban megfigyelhető, a jelenre és a jövőre is vonatkozik. A leggyakoribb megfogalmazás, amelyet ezekben a szituációkban mondanak a családtagok: *„Fiam nekem csak az a fontos, hogy boldog légy, és felnőtként tudj élni, de én nem akarok beleszólni a dolgaiba.”*

A kérdésfeltevések és megbeszélésük feltámaszthatnak a szülőkben egy igényt a családban elfoglalt helyük és szerepük felülvizsgálatára. A csoport akkor hatékony, ha tagjainak kommunikációjában is elindul egy változás a tiszta, nyílt kommunikáció irányába.

3. A harmadik téma a szülők aktuális problémáinak, nehézségeiknek a megbeszélése. Például első találkozás a gyermekükkel, a konfliktuskezelés, a következetesség, a visszaesés kérdése, az életkezdés a terápia után stb. A terápia folyamán kapcsolatuk rendezésére a feleknek külön-külön, de egymással párhuzamosan van lehetőségük felkészülni. A család számára a szülőcsoport, a gyermeküknek a rehabilitációban pedig az úgynevezett „kimenős csoport” ad erre lehetőséget. Ez utóbbin a csoport próbálja felkészíteni a tagjait a találkozásra. A családtagok és a rehabilitálódó gyerekük között történő találkozások alkalmával nyílik lehetőség mindezek gyakorlati megvalósítására. A találkozások feldolgozása pedig szintén ugyanezekben a színtereken történik meg, ezért ezeknek a témáknak nem csak élményfeldolgozó, hanem találkozásokra

felkészítő és előkészítő szerepe egyaránt van. A szülőcsoport heterogén összetétele lehetőséget ad a tapasztalati úton történő megbeszélésre, hiszen mindig van olyan szülő, aki már megélte valamelyik helyzetet és tud segíteni, felkészülni a többieknek.

Előkészítő szerepe azért van, mert a későbbiekben a terápia lezárásaként 2-4 alkalmas családi konzultációt ajánlunk meg számukra, mind a szülőnek, mind pedig a rehabilitációs programban lévő gyermeküknek. Mindkét félnek elmondjuk: ha úgy érzik, hogy a kapcsolatuknak vannak olyan pontjai, amelyben nehézségeik vannak, akkor van lehetőségük ezt a segítséget igénybe venni a terápia befejezése után is bármikor. Ezeken a találkozásokon elsődlegesen a család belső kapcsolatrendszerével, az elvárásokkal, a határokkal kapcsolatos problémák jelennek meg. A terápia lezárásával kapcsolatos gyakorlati tapasztalataink alapján építettük be a folyamatba a segítségnyújtásnak ezt a formáját. Azt tapasztaltuk, hogy mindkét oldalon nagyon félnek az új helyzettől, és egy-egy tisztázatlan kérdés, ki nem mondott elvárás nagyon sok rossz régi mechanizmust indíthat be, megnövelve ezzel a teljes visszarendeződés esélyét. Fontos, hogy a család jövőjével kapcsolatos döntéseket közösen tudják meghozni, függetlenül attól, hogy az együttélést, vagy a különélést választják. Ezeken a beszélgetéseken lehetőség van az esetleg eddig ki nem mondott kérdések, vélemények megosztására is.

3.7. Esetbemutató

A 27 éves Krisztina, a terápia befejezése után kérte a családi konzultáció lehetőségét. Krisztina egy albérletben élt, külön a szüleitől. A probléma az volt, hogy édesapjával nem sikerült megegyezni abban, hogy a neki vásárolt biciklit ajándékba vagy hitelre kapja, amelynek Krisztina fizeti majd a részleteit. Krisztina azt szeretne volna, ha hitelben kapja meg a biciklit. Az édesapja viszont ezt sértésnek vette, úgy érezte, hogy mint szülővel ezzel nagyon megbántja Krisztina. „Én tisztelem Krisztina küzdését az életben, de túlzásokba esik. Miért baj, ha egy szülő segít a gyerekének?”

Ez a beszélgetés határkérdéseket feszeget. Általában ha egy szülő vesz egy biciklit a gyermekének nem jelent problémát, viszont a függőség rendezésének folyamatában, gyakran jelentőséggel bírnak az ilyen és ehhez hasonló szituációk.

Krisztina az életkezdés és az önálló életvezetés-, míg az édesapja a szülői segítségnyújtás csorbítását élte át ebben a szituációban. Mindeközben egy tisztázatlan határ érzelmi síkra történő áthelyezése történt. Ezért fontos, hogy a legapróbb részletekig tisztázzák a családtagok a

kapcsolatuk szabályait, az elvárásokat. Ilyen és ehhez hasonló kérdések jelennek meg a családi konzultáción. Böszörményi-Nagy Iván azt írja a Kapcsolatok kiegyensúlyozásának dialógusa című könyvében: „Mindenkinek képessé kell válnia arra, hogy kifejezze saját igényeit, ugyanakkor figyelembe vegye a többiekét is” (Böszörményi Nagy 2001).

A szülőcsoport utolsó fázisában egy-egy, a terápiás programot már régebben befejező fiatalot szoktunk vendégül látni a csoporton. Fontos kitétel, hogy ne olyan fiatalot válasszunk, akinek valamelyik hozzátartozója részt vesz a csoporton. Ilyenkor a terápia befejezése utáni időszak a központi kérdés. A téma a szülő és a gyerek félelmeinek, bizonytalanságainak a megbeszélése. A csoportvezetőknek a legfőbb feladata, hogy vigyázzon arra, hogy a beszélgetés ne menjen át személyeskedésbe, ill. a csoporttagok ne kérjék számon a fiatalot, a saját gyermekük viselkedéséért. A legtöbb kérdés a szülők részéről a végzett fiatal érzéseivel-, életvezetési nehézségeivel kapcsolatosak. Nagyon sok kérdést tesznek fel ilyenkor a szülő-gyerek kapcsolatra vonatkozóan is.

3.8. A szülőcsoport folyamata/ gyakorlata

Az első néhány alkalommal nagy számban jelennek meg a szülők, majd sokan lemorzsolódnak, mert nem tudják felvállalni, elfogadni azt a munkát, amit megajánlunk nekik, és amit “elvár” a csoport többi tagja is tőlük. Sokan úgy gondolják, hogy nem ők a “betegek”, nem velük kell foglalkozni, nem nekik kell változni.

Néhány esetben előfordul, hogy azok a szülők, akik csak az első néhány alkalommal jelennek meg, hónapokkal később visszatérnek és rendszeresen járnak csoportra a továbbiakban. Ebben szerepe van annak, hogy gyermekük gyakran jelzi azt, hogy neki fontos, hogy a család is foglalkozzon magával. A másik ok, hogy az egyéni fejlődésükben és a gyermekükkel való kapcsolatukban eljutnak arra a pontra, hogy fontosnak érzik a csoporton való részvételüket önmaguk miatt is.

Egy a csoportra visszatérő szülő így fogalmazott: „Az első csoporton láttam a többi szülőt és önmagam, képtelennek éreztem magam, hogy szembenézzek ezzel. Erőt kellett gyűjtenem és most itt vagyok.”

Az év folyamán az új tag belépése a csoportba egy kicsit lassítja a folyamatot. A csoporttagok ilyenkor megállnak és az új taggal foglalkoznak a találkozás első részében. Összefoglalják az eddig történeteket, a kereteket és célokat illetve a legtöbb esetben megfogalmazzák, hogy eddig

miben segített nekik a csoport. Ilyen esetekben azt tapasztaljuk, hogy a „régEBbi szülők” új erőre kapnak, ezáltal fokozódik a csoporton a meghittség, a csoportösszetartás. Az esetleges konfliktusok, ellenállások a minimálisra csökkennek ezeken az alkalmakon. Gyakori ilyenkor, hogy az eddig hárító, a csoportot esetleg destruáló szülő együttműködővé, nyitottá válik.

Ferenc öt alkalommal volt csoporton, a legtöbb esetben nagyon keveset beszélt magáról. Néha, mikor csoportnyomásra megszólalt, gyorsan igyekezett válaszolni a kérdésekre vagy egy-két elmés megjegyzéssel visszadobta a labdát a többieknek. A csoporttagok jó humoráért kedvelték Ferencet és passzivitását annyival magyarázták, hogy „Ferenc egy nehéz ember”. A hatodik alkalommal egy új szülő érkezett a csoportra, megkértük a tagokat, hogy mutassák be a csoportot. Elsőnek Ferenc ragadta magához a szót. Összefoglalta a csoport kereteit, célját és magáról kezdett el beszélni: „Én nagyon keveset beszélek magamról, tudom ez nem jó és nem is szabad tőlem ezt megtanulni. Ettől függetlenül nagyon sokat tanultam a csoporton. Az első dolog, amire rájöttem, hogy talán nekem is rehabilitációban kellene lennem, mert sok területen nekem is fejlődnöm kellene. Megtanultam odafigyelni magamra, és átértékelni a tetteimet. A múltban soha nem tudtam komoly dolgokról beszélgetni a lányommal, most már ebben is vannak sikereim. Fontos, hogy ne várjuk a jó válaszokat, hanem közösen keressük meg. Hosszú ideig, minden alkalommal hoztam valamilyen nagy ajándékot a lányomnak és minden alkalommal megkérdeztem a csoportvezetőket, hogy jól teszem-e ha kiküldöm neki az intézetbe. Minden alkalommal azt mondták, hogy döntssem el én és ha akarom beszéljünk róla csoporton. Egyszer beszéltem róla csoporton, amire a többi szülő csak annyit mondott, hogy azon gondolkodjam el, hogy mennyire következetes szülői magatartás ez a kapcsolatunkban. Az igazság az, hogy nem mertem kiküldeni az ajándékot, de most már értem, hogy miért volt jó döntés a részemről.”

Eleinte a szülők csak nehezen tudják vállalni önmagukat, érzéseiket nehéz koncentrálniuk az „itt és most”-ra, az egyes szám első személyre. Amint a fenti példában is említettem leginkább kérdéseik vannak, konkrét tanácsokat, megoldásokat várnak, elsősorban a csoport vezetőitől. Az “igen-nem”, “jó-rossz” válaszokat próbálják kimondani, illetve kimondatni a vezetőkkel.

Az egyéni munka az első időkben még nem annyira a csoporton mutatkozik meg, hanem a két csoport közötti időszakban történik. A folyamat előrehaladtával érezhető a csoportok közötti minőségi változás a kérdésfeltevésekben, a témákhoz való csatlakozásban, ami a csoportok közti komoly munkára utal.

Jellemző témák: kinek milyen szerepe volt a családban és a drogtörténetben, ki hogyan élte meg ezeket a helyzeteket, büntudat. A központi kérdés az, hogy jó szülő voltam-e vagy sem. Ezek a témák panasz és érzelem szintjén maguktól jönnek, a vezetők próbálják azokat átfogalmazni, hogy a gyakran a szülőkre jellemző „mártír szerep” ne dominálja a folyamatot. A csoportvezetők a jelenre segítenek koncentrálni, a ventillálástól a lezárás irányába terelve ezzel a csoportot. A lezárásra való törekvésben komoly szerepet játszanak azok a szülők, akik már 6-7 hónapja részt vesznek a csoporton. Saját példáikon keresztül szemléltetik az általuk bejárt utat a témával kapcsolatban, ezáltal felgyorsítják ezt a folyamatot. Lényeges, hogy ne mentsék fel egymást a szülői felelősség alól, mert tapasztalataink szerint a „mártír szerep” is erősödik ezzel a szülőkből. A következő fázisban már a csoportban is egyre inkább fel tudják vállalni, meg tudják élni az érzéseiket. A témák között gyakrabban szerepelnek a gyakorlati kérdések, pl. első találkozás, keretek, határok, önállóság. Arra törekszünk, hogy a berögzült szabályokat újra felülvizsgálják, mivel a legtöbb családban a tagok általában becsapják magukat az érzelmi életükkel kapcsolatban, megpróbálják szabályozni érzelmeiket, hogy stabilá tegyék azokat (Satir, 1993). Ebben az időszakban már többet találkoznak a gyerekükkel is, tehát vannak saját élményeik a megváltozott helyzettel kapcsolatban. A találkozások a terápiás kereteknek és a rehabilitálódó gyermekük igényeinek és felkészültségi szintjének megfelelően történnek. A felvételt követő első egy hónap minden esetben teljes izolációt jelent. A későbbiekben általában levélben és telefonon történik a kapcsolatfelvétel, ami szintén alapja a későbbi személyes találkozásoknak. Az első „adaptációs szabadság” és találkozás nem otthoni környezetben, hanem Szegeden, egy másik résztvevő kíséretében zajlik, aki támaszt nyújt az első lépéseknél, az esetlegesen felmerülő nehézségekben, tükröt tart, mint kívülálló, segítve ezzel a további felkészülést. Ezek a találkozások a terápia előrehaladtával fokozatosan sűrűsödnek és időtartamuk is növekszik. Lényeges ezekből kiemelni az első találkozást. Ez a téma gyakran visszatérő igény a szülők részéről. Általában egy-három hónap telik el az első találkozásig. A szülők bizonytalanok, és félnek ezektől az alkalmaktól. Félnek attól, hogy mit fog kérdezni tőlük a gyermekük, mit kérdezhetnek tőle, mondhatják-e nekik az esetleges múltbeli sérelmeiket. Már az előbbieken volt szó a csoport összetételéről. Most ismét ki kell emelnem, hogy akkor tud hatékonyan működni a csoport, ha vannak olyan szülők, akik nem régóta tagok és vannak olyanok, akik hosszabb ideje járnak illetve gyermekük a terápiája végén tart, esetleg már végzett. Lehetőséget ad a tapasztalatok megbeszélésére, a már átélt helyzetekből való tanulásra.

A találkozások során meglátják a gyerekeiken a pozitív változásokat: kedves, udvarias, őszinte, rendezett a külseje stb. A pozitív változás láttán általában ugyanolyan tanácstalanok, mint amikor még gyermekük aktív szerhasználó életet élt. Alapvetően a család ettől a felszínen megnyugszik és próbálja „megjutalmazni” a gyereket, elárasztják őket szeretetükkel, elfogadásukkal. Mindeközben félnek attól, hogy ez a változás csak időleges, esetleg nem is valóságos.

Egy jellemző mondat a szülők részéről: *“Olyan jól halad a terápiában, nem szembesítem a hibáival, mert félek, hogy visszaesik ettől.”* Az eddig leírt jelenség gyakran ütközőpontja a szülőcsoporton illetve a rehabilitációban történő munkának. A rehabilitációs intézet terápiás közösségében a tagok arra ösztönzik egymást, hogy a kapcsolatrendezésben a szüleikkel tisztázzák a múltat, vállalják fel a határaikat. Próbálkozásaikra gyakran kapják azt a választ, hogy a „múlt le van zárva”, minden el van felejtve, nincs miről beszélnünk”.

Ez az időszak általában hullámvölgye a közös munkának. Mindent, amit a csoporton felépítettek, képesek egy pillanat alatt, egy-egy adott szituációban felborítani. Például: *“Nem mondom ki.”* - *“Nem vagyok következetes.”*

Másrészről pozitív, mert segíti a csoportfolyamatot az „itt és most”-ban tartani, valamint az esetleges sikertelen találkozások nagyon sok tanulságos elemet tartalmaznak a kapcsolatrendezés szempontjából. Szerencsés abból a szempontból is, hogy mindkét félnek lehetősége van egy biztonságos közegben átbeszélni a történeteket és felkészülni a következő találkozásra.

Ebben a szakaszban gyakori a csoportvezetőkkel szembeni ellenállás és agresszió. Ez feltehetőleg azért van, mert a csoportvezetők a következetességet, a tiszta, nyílt kommunikációt képviselik a csoportban. A csoportvezetők számára is ez egy nagyon nehéz szakasz. Tisztában kell lenniük azzal, hogy az esetleges agresszív megnyilvánulások a szülők részéről nem személyüknek, hanem a csoportban betöltött szerepüknek szól.

A sok felmerülő téma közül hangsúlyos már ekkor a kodependencia kérdése is. A függő szülő rendszerint nem gyermeke kielégítéséről gondoskodik elsősorban, hanem saját szükségleteinek megfelelően viszonyul gyermekéhez (Kohut és Wolf, 1978) Egy jellemző mondat erre a szülőcsoporttal: *“Az eszemmel tudom, hogy nem kéne megvennem neki mindent, amire szerintem szüksége van, de hát anya vagyok és olyan jó látni, hogy ő jól van.”*

Először általánosságban beszélünk a jelenségről és egy listát adunk a szülőknek, amelyen a kodependencia tipikus ismertetőjegyei vannak felsorolva (1.sz.melléklet – *kodependencia*).

Miután elolvasták a felsorolást nem kérdezzük meg őket, hogy ki melyik pontnál ismerte fel önmaga viselkedését, csupán az érzéseikről és gondolataikról beszélgetünk a témával kapcsolatban. Rájuk bízunk, hogy kezdenek-e valamit az ezzel kapcsolatos felismeréseikkel.

Általában a kodependenciáról való beszélgetés két-három csoportot vesz igénybe, a későbbiekben majdnem minden csoporton előkerül a téma valamelyik szülő részéről. Ennek eredménye lehet, hogy a szülők megfogalmazzák saját függőségüket, határaik átjárhatóságát, kapcsolatuk meghatározatlanságát. Ezzel párhuzamosan fogalmazódik meg bennük a változtatás iránti igény. Ez a legaktívabb időszaka a közös munkának, ahol a csoportvezetők feladata, hogy mindezeket felszínen tudják tartani.

A szülők a terápia és a szülőcsoport utolsó szakaszában már tudatosan alkalmazzák a gyakorlatban a csoporton elsajátítottakat. Beszámolnak arról, hogy milyen sikereik voltak a következetes viselkedésben; hogy meg tudták fogalmazni elvárásaikat a gyerekeknek; határokat tudtak húzni önmaguk fontossága érdekében. Ez többek között külön programok szervezését: mozi- és színházlátogatást, az elhanyagolt társas kapcsolatok újraélesztését, nyaralást jelent. A csoporton való működésük jellege is megváltozik: önmagukról beszélnek, nyíltan kommunikálnak, felvállalják a konfrontációt egymás között. A csoportvezetők szerepe ebben az időszakban kizárólag a szakaszok összefoglalására, a visszatükrözésre és a keretek betartatására korlátozódik.

Míg az első két szakaszban szembesülnek a valódi problémával (amit addig óriási misztikum övezett), a szerepükkel, érzéseikkel, bizonytalanságaikkal, addig az utolsó szakaszban már terveik vannak, konkrét elképzeléseik a jövővel kapcsolatban, jól körvonalazott határaik, újfogalmazzák önmagukat. Ebben a folyamatban a csoportnak elemző és megerősítő szerepe van. A csoport tagjainak viszonya is megváltozik a terápia során: barátságok szövődnek, a csoporton kívül is tartják egymással a kapcsolatot, krízis esetén megkeresik egymást.

Személyes tapasztalatunk az, hogy a változás folyamata nem áll meg csoportból történő kilépéssel, hanem komolyabb problémák jelentkezése esetén a család ismét tud segítséget kérni. Ezt azért is fontosnak tartjuk, mert a változás csak elindulhat a csoportok eredményeként, de a stabilitásáról, az új egyensúly kialakulásáról kevés információnk van. Másrészről az egyén és a család felépülésének 3-5 éves folyamatának - amiből csak az első egy-másfél év történik intézeti

keretek között és a szülőcsoport is ebben az időszakban zajlik - későbbi fázisában is jelentkehetnek komoly problémák.

Mivel a "drogtörténet" gyakori velejárója, hogy a család megreked egy adott életciklus (általában a kezdeti serdülőkor) szintjén, a terápiában központi szerepet kell kapnia a fixációnak és a változás szükségességének. A felépülés folyamatára jellemző, hogy késve és sűrítve történnek meg ezek a változások. Ezek kríziseit kell megoldania a családnak. Az első váltásnál - szerencsés esetben - aktív kapcsolatban vannak még az intézménnyel, a későbbiekénél viszont már nem olyan szoros a kapcsolat.

Felmerülhet a kérdés, hogy mivel külön-külön történik a két folyamat, a változás mennyire lehet tartós. A terápiában megpróbáltuk mindkét rendszert úgy alakítani, hogy a fokozatosság elvét és az egyéni fejlődést figyelembe véve, egyre több találkozási pont legyen, ahol kifejezésre juthat ez a munka (adaptációs szabadság, adaptációs hétvége/hét). Azt tapasztaljuk, hogy a munka folytatódik a kapcsolatrendezésben, de már sokkal gazdagabb eszköztárral mint, ami a múltra volt jellemző.

Egyértelmű választ nehéz adni a szülőcsoportos munka hatékonyságáról, de tapasztalataink alapján a szülő-gyerek kapcsolatban pozitív elmozdulást figyelhetünk meg. Ezt elsődlegesen azoknak a szülőknek és gyerekeiknek a beszámolójából szűrtük le, akik egy-két évvel a terápia lezárása után ellátogatnak a csoportra.

Nóra egy évvel a rehabilitációs terápiája befejezése után így fogalmazott: „Nagyon sokat küzdöttem magammal az elmúlt egy évben és sokat köszönhetek a helynek. Azt érzem, hogy sokat változtam és végre vannak céljaim... Emellett meg szeretném köszönni, hogy a szüleimnek volt lehetőségük a szülőcsoportra járni... Úgy érzem, ha nekik nincs lehetőségük a csoportra járniuk, akkor nem alakul olyanná a kapcsolatunk, mint most.”

István édesanyja két évvel a terápia befejezése után látogatott el a szülőcsoportra. Elmondta, hogy milyen jó újra megélni, hogy hétköznapi problémák vannak, amit úgy érez, meg tudnak beszélni a családban. „A fiam kéthetente meglátogat minket és azt elmondja, hogy sok gondja van, de jól érzi magát és én is ezt látom rajta. Igaz azért még néha most is előfordul velem, hogy eszembe jut a múlt és akkor aggódom és féltetem őt.”

Véleményünk szerint a terápia pozitív kimenetelére három tényező megléte van hatással. Az első, hogy a drogfüggő fiatal befejezze a programot. A második, hogy a terápia után csatlakozzon valamilyen önsegítő csoporthoz. (Az intézményünkben heti két alkalommal van erre lehetőség, a visszaesés megelőző csoporton.) A harmadik tényező, a családtagok és hozzátartozók szülőcsoportos munkája.

3.9. Törekvések a szülőcsoportos munkában

Az utóbbi időszakban törekvéseink közé tartozik, hogy hozzátartozók körét bővítsük és integráljunk a szülőcsoportba minden olyan fontos személyt, aki az egyén drogkarrierjében domináns lehet. A találkozásokra meghívjuk a testvéreket, nagyszülőket, a szomszédokat, a barátokat és barátnőket. Kevés jelenleg még a tapasztalatunk abban, hogy a szülőcsoportokon folyamatosan több generáció is jelen van. Az eltelt rövid időszakra jellemző volt, hogy elsődlegesen a testvérek jöttek el a csoportmunkára. A részvételük nem rendszeres, de két-három alkalommal visszatérnek a folyamatba. Gyakori jelenség, hogy megpróbálják „távol tartani” magukat a testvérük történetétől, kihangsúlyozva ezzel a családban betöltött „jó-gyerek” szerepüket. Emellett a családterápiában alkalmazott „élőszobor technikánál” felszínre jövő működés figyelhető meg a testvérek csoportbeli működésében is (Sherman és Fredman, 1989). Az úgynevezett „jó gyerekek” kifejezik titkolt magányukat, félelmüket, ellenséges érzéseiket, melyet korábban csak a „beteg” gyerekről feltételeztek. A családban elfoglalt szerepüket egy kicsit részletesebben megvizsgálva azt látjuk, hogy két szélsőséges szerep mentén mozognak. Egyrészt, a már említett „jó és sikeres gyerek”, másrészt a „rossz” szerepét töltik be a családban. A rossz gyerek - hasonlóan drogfüggő testvéréhez - szintén szerhasználó, ők általában nem jelennek meg a csoporton. A sikeres szerepben lévők gyakran parentifikálódnak, felvállalják az apák szerepét, azok távolléte vagy érdektelensége miatt.

Jellemző rájuk továbbá az, hogy a jelenlévő szüleikkel folyamatosan kritikusak, gyakran konfrontálódnak velük a csoporton. A családi működéssel kapcsolatban megfogalmazásaik tiszták és objektívek. Kommunikációjukban gyakran az érződik, hogy ők csak külső szemlélői, szenvedői a kialakult helyzetnek, függetlenül attól, hogy egy háztartásban élnek-e a szüleikkel. A szülőcsoportos vagy nevezhetjük hozzátartozói csoportos munkába való bekapcsolódásukat több szempontból is fontosnak tartjuk. Az egyik szempont, hogy az új családi egyensúlyban ne „sérüljenek” meg és legyenek részesei a változás folyamatának. Ez azért is jelentős, mert a függő

testvérük változásával az ő szerepük is megváltozhat a családban. Tapasztalataink azt mutatják, hogy ez abban az esetben nem jelent nehézséget a számukra, ha a családtól való leválásuk már megtörtént és független önálló életet alakítottak ki.

A rehabilitációban lévő fiatal számára másik hangsúlyos kapcsolatrendezési terület az esetleges párkapcsolat rendbetétele. Ez a folyamat nem kapcsolódik szorosan a szülőcsoportos munkához, de egyértelműen pozitív, ha ennek rendezése a terápia időszaka alatt megtörténik, hiszen a visszaesésben óriási szerepe lehet a nem kielégítően működő vagy lezáratlan kapcsolatoknak. A barátok vagy barátnők nagyon kis számban és általában egy alkalommal jelennek meg a csoporton. Ennek az egyik oka lehet, ha pl. a barát/barátnő konfliktusban áll a családdal. Gyakori ugyanis az, hogy a bűnbak szerepét töltik be a történetben, másrésztől gyakran Ők is aktív szerhasználók. A másik oka talán az, hogy a szükségleteik nem azonosak a szülőkével, ezért számukra külön speciális csoportra lenne szükség, amelyről a nemzetközi szakirodalom tesz is említést. Jelenleg a mi rehabilitációs gyakorlatunkra az jellemző, hogy a rehabilitációs csoport ad az egyén számára segítséget a párkapcsolat rendezés folyamatára és ha szükségesnek tartják a terápia lezárása környékén párkonzultációra is van lehetőségük.

4. Összegzés

Összegezve eddigi törekvéseinket, azt a következtetést vonhatjuk le, hogy következő fejlődési szakaszunkban a több speciális csoport indításának kell megvalósulnia. Gondolunk itt például a testvérekre vagy azokra a szülőkre, akiknek a gyermeke már végzett a terápiában, illetve a gyermeküket jelenleg egyedül nevelő szülőkre.

Az indulástól napjainkig nagyon sok változáson mentünk keresztül, amely folyamat jelenleg is tart. A kezdeteknél nagyon kevés volt a tapasztalatunk és rálátásunk a szülőkkel folytatott terápia csoportos formájára. Nagyon sok munka és idő szükséges ahhoz, hogy ennek a speciális csoportnak a működtetéséhez megtaláljuk a megfelelő keretet és eszközrendszert.

A célok azonban a rendszerelméletű gondolkodás és a rehabilitációban szerzett tapasztalataink alapján hamar egyértelművé váltak. Meg kell teremteni egy biztonságos helyet, ahol a problémájuk miatt gyakran izolálódott szülők újra átélhetik a csoporthoz való tartozás élményét. Olyan sorsközösséget kell létrehozni, ahol aszülők stigmák nélkül beszélhetnek problémáikról, fájdalmaikról. Másrészt fontos a család felkészítése a gyermekük hazatérésére, amely folyamatban nagy sok, váratlan esemény is megtörténhet. Sok esetben pl. elindulhat a családi rendszer megrekedt működésének a fellazítása is.

Tapasztalatainkból megállapíthatjuk azt, hogy a szülőcsoportos munka jól illeszkedik a rehabilitáció folyamatához és megfelelő alkotóeleme az „absztinens életmód” kialakításának a folyamatában. Valószínűleg ez annak is köszönhető, hogy eszközrendszerében, gondolkodás módjában mindkét helyen hasonló elemeket találhatunk meg.

A kezelési formákba való csatlakozás önkéntes. Mindkét terápiás formában, amelyet már korábban említettem, a hangsúly a változáson és ebben az egyén felelősségén van. A változás a csoport tagjainak interakciójának következményeként jön létre és alapja a sorstárs-segítés. A fejlődés célja egy sajátosan megjelenő drogos életszakasz lezárása pozitív önértékeléssel, valamint új, önálló életvitel kialakítása stb.

Céljaiban is találhatunk hasonlatosságokat a két csoport között. A szülőcsoport céljai közé tartozik, hogy segítse a szülőket abban, hogy minél önállóbbá tudjanak válni, ne a gyermekük aktuális állapota irányítsa és befolyásolja az életvezetésüket. Ezzel párhuzamosan a rehabilitációs folyamatnak is alapvető eleme, hogy a drogfüggő fiatal önálló életvezetést tudjon kialakítani.

Visszatérve a csoport módszerválasztására, tudatosan próbáltuk kiemelni a rehabilitáció

terápiájából az önsegítés és encounter azon elemeit, amelyek a szülőcsoportos munka céljaihoz tudnak illeszkedni.

A terápiákban mindkét fél párhuzamosan valamilyen változási folyamaton megy keresztül és ebben a folyamatban nagyon sok kapcsolódási, találkozási pont. Ezekre a találkozási pontokra való felkészülés, valamint a találkozások feldolgozása hasonló környezetben történik. Ebből kifolyólag a szülő és a gyerek kapcsolat rendezésének folyamatában ott van a lehetőség a tervezésre.

Sokat gondolkodtunk azon, hogy mennyire jelenthet hátrányt, hogy a munka egy része külön térben zajlik. Tapasztalataink azt mutatják, hogy ennek elsődlegesen pozitív hatása van mindkét fél számára. Szimbolikusan ez a külön térben folyó munka olyan, mintha különválasztanánk a szülői-, és gyermeki alrendszert és arra kérnénk őket, hogy dolgozzanak a saját helyzetüknek-, szerepüknek megfelelő problémákkal. A folyamatban lehetőségük van a mindennapi megszokott működésekből kilépve, önmagukra koncentrálni. A terápia előrehaladtával viszont a fokozatosság elvét betartva, a találkozósaik alkalmával elkezdhetik a kapcsolatuk rendezését.

A szülőcsoport folyamatánál már beszéltünk a csoport hatékonyságának a vizsgálatáról. Az elmúlt időszakban kezdtük el a rendelkezésünkre álló adatok számszerű feldolgozását. Tervezzük a közeljövőben – a statisztikáink alapján - egy szülőcsoport hatékonyságot vizsgáló tanulmány megírását. Emellett fontosnak tartjuk egy olyan komplex kutatás elindítását, amely „egy dimenzióban” vizsgálja a családi háttér-, a szülőcsoportos munkát-, és az egyén fejlődését a terápiában. Véleményünk szerint, ezen elemek vizsgálatának a tükrében, hasznos információkat kaphatunk a drogfüggőség általunk végzett komplex kezelésének jelenlegi pozitívumaira és fejlesztendő területeire.

Ellenőrző kérdések:

- **Hasonlítsa össze az Al-Anon és a Magadért Alapítvány hozzátartozói csoportját! Céljaikban, eszközrendszerében melyek az azonosságok, melyek a különbségek?**
- **Milyen célokat tűzhetünk ki a hozzátartozói csoportok kialakításánál?**

Melléklet

1. számú melléklet

Kodependencia (Társfüggőség)

A társfüggésben szenvedő személy

Tünetek:

- Túlságosan felelősségteljes, kötelességtudó viselkedés (általában rosszul működő családban)
- Vonzódik a gondoskodást igénylőkhöz
- Erős késztetést érez mások irányítására
- Állandóan, kényszeres bizonyítási vágyat érez
- Megpróbálja gyermekét „jól” szeretni (ahogy annak idején a szülei)
- Gyakran a gyerektől várja azt, amit a szüleitől nem kapott meg
- Egyre erősebben függ a gyerek problémája miatt a gyerektől
- Megkezdődik a szülő –gyerek kapcsolat valós jellegének a tagadása
 - miközben óvakodik a gyereket felingerelni, állandóan irányítani és kontrollálni akarja
 - kínzó vágyat érez, hogy a problémát megbeszélje a gyerekekkel, a „nagy beszélgetést” mindig elhalasztja másnapra
 - s a problémákat mániákusan eltusolja

Mivel

- a gyerek irányítása tett kísérleteket ismétlődő kudarcnak éli meg
- egyre agresszívebben viselkedik gyerekekkel, bosszúvágy fűti
- de mindig megbánja a veszekedést
- dühöt és megbántódást érez a be nem tartott ígéretnek miatt
- elkezd menekülni a helyzetből (költözés útján, - gyerekekkel vagy nélküle)
- egyéb érdeklődési köre más problémák után lassan megszűnik
- kerüli családtagjait és barátait
- munkahelyi, és anyagi gondok jelennek meg

- megkezdődik a gyerek összes problémájának (adósságok stb.) átvállalása

Fizikailag

- evési rendellenességek jelentkeznek (túlevés, koplalás)
- nyugtatót, altatót kezd szedni, fokozott dohányzás tapasztalható
- esetleg alkoholt, vagy kábítószerrel használ
- általános fizikai állapot rosszabbodik
- torzult gondolkodás, melankólia alakul ki
- depressziós időszakok lépnek fel
- munkába, hobbikba, házasságon kívüli viszonyokba menekül
- haragszik a „normális” emberekre
- szorongás, paranoiás tünetek jelennek meg
- cselekvőképtelennek érzi magát
- egyre agresszívebb a gyerekkel
- öngyilkossággal fenyegetőzik (vagy öngyilkos lesz)
- súlyos lelki problémákról panaszkodik
- a kapcsolati függőség teljes elhatalmasodik rajta
- úgy érzi, hogy a gyerek irányítására tett minden erőfeszítése hiábavaló

Mélypont

- Kapcsolatok megromlása
- Munkába/hobbikba való menekülés
- Evési rendellenességek
- Pszichoszomatikus megbetegedések
 - Gyomorfekély
 - Migrén
 - Vastagbélgyulladás
 - Cukorbetegség
 - Nőgyógyászati betegségek
 - Magas vérnyomás

Felhasznált irodalom

- Barát Katalin, Demetrovics Zsolt (2009): Családterápia és szerfüggőség. In: Demetrovics Zsolt (2009): Az addiktológia alapjai. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest
- Böszörményi-Nagy Iván - Barabara R. Krasner (2001): Kapcsolatok kiegyensúlyozásának dialógusa Coincidencia Kft, Budapest
- Buda Béla (1992): Az alkoholológia új távlatai. Alkoholizmus ellenes Bizottság, Budapest
- Cancrini, L., Cingolani, S., Compagnoni, Costantini, F, Mazzoni, S. (1988): Juvenile Drug Addiction: A Typology of Heroin Addicts and Their Families. Family Process, 27(3), 261-271.
- Demetrovics Zsolt (2009): A droghasználat családi háttere. In: Demetrovics Zsolt: Az addiktológia alapjai. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest
- Családterápiás olvasókönyv I. kötet Animula, Budapest
- Edward Kaufman M.D. (1995): Családi rendszerek és a szerfüggőség családterápiája. A kutatás és klinikai gyakorlat két évtizedének áttekintése. Addiktológiai Szöveggyűjtemény / HIETE, Budapest
- Kaufmann, E (1986): A workable System of Family Therapy for Drug dependence. Journal of Psychoactive Drugs, vol.18 (1) jan-mar.
- Erika J. C. Margaret P (2004): A gyógyító gyermeki én - Út a lelki egyensúly felé Animus Kiadó Szolgáltató és Kereskedelmi Kft.
- Hoyer Mária (2000): A droghasználó és a család. In: Rácz J.: A drogkérdésről-őszintén, B+V Lap-és Könyvkiadó Kft., Budapest.
- Hoyer, M., Cserne, I., Tremkó, M. (1994): Egyesület a határon. Mátrix szenvedélybetegek hozzátartozóinak Egyesületének bemutatása. Szendélybetegségek, 2(6) 430-433.
- Irvin D. Yalom, I.D. (2000): A csoportpszichoterápia elmélete és gyakorlata Animula, Budapest
- István Éva (1992): Kodependencia Végeken 1992/2. 3.évf. 2.sz.,
- Kelemen Gábor (1994): Az addikciók széles spektruma. Alkoholológia füzetek. 27, Budapest
- Kelemen Gábor: Az addiktív falánkság. Szendélybetegségek. III.évf. 1. sz. 20-38.
- Kelemen Gábor (2001): Szendélybetegség család, pszichoterápia. Pro Pannónia Kiadó Alapítvány. Budapest.
- Komáromi Éva (2000): A droghasználat kialakulásának okai. In: Dr. Rácz József és mtsai: A drogkérdésről őszintén B+V Kiadó Budapest,

- Komáromi Éva (2009): Szülői traumatizáció, gyermeki addikció. in: Demetrovics Zsolt: Az addiktológia alapjai. ELTE Eötvös Kiadó. Budapest
- Kállai Tibor (1992): „A drog és a család”. In: Gerevich J.-Veér A. (szerk.): *A kábítószer kihívása*. Gondolat, Budapest,
- Kooyman, M. (1992): The therapeutic community for addicts. Rotterdam
- Rendi Mária (2018): Magadért Alapítvány „A HELY” Hozzá tartozói csoportja. kézirat, Budapest
- Rimanóczy Ildikó (1999): Hét kemény drogos év alatt szerzett tapasztalataim. Más Világ - Önkontroll Egyesület, Budapest
- Skynner, R., Cleese: Hogyan éljük túl a családot. Helikon, Budapest 1993
- Sherman, R., Fredman, N. (1989): Strukturális technikák a pár- és családterápiában. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest
- Rudas János (1990): Delfi Örökösei. Gondolat, Budapest
- Stanton, D. M. (1980): A Family Theory of Drug Abuse. In: Theories in Drug Abuse. (NIDA Reserch Monograph30.) Rockville-Maryland: National Institute on Drug Abuse. 147-173.
- Szikszay, P.,Tóth, M. (1999): Deviáns alkoholológia. Szilvits Alapítvány
- Talabér György(é.n.) (évszám): A Terápiás Közösség mint általános elmélet és modell (kézirat)
- Satir, V. (1993): A család együttélésének művészete. Coincidencia, Budapest