

DR. SALAMON SÁNDOR
TÖMÖS BÉLA GYULÁNÉ
HÁZIORVOSI PRAXIS –LÁCACSÉKE

GYERMEKKORBAN ÉS FIATALOKNÁL ELŐFORDULÓ ALKOHOLFOGYASZTÁS ÉS DROGFOGYASZTÁSRÓL

A gyermekkorban, ifjúkorban véletlenszerűen elkezdett alkoholfogyasztás és drogfogyasztás idővel szenvedéllyé válhat, majd függőség alakulhat ki. Keveset foglalkozunk ezek súlyos következményeivel, ezért gondoltam fontosnak tíz éves tapasztalataimat közölni. Egy különösen nehéz helyzetben lévő praxisban szereztem ismereteket a megelőzésről, a kezelés és a nevelés stratégiáiról. A sajátosságok mellett, számtalan szomorú, általánosítható devenciára is fel szerettem volna hívni a figyelmet.

Bevezetés

Figyelembe vettem a gazdasági, familiáris és szociokulturális tényezőket. Szem előtt tartottam a pszichológiai konstellációkat is, ezért vontam be szakpszichológust a veszélyeztettek egyéni illetve kis csoportos kommunikációjába. Természetesen mérlegeltem a rendszerváltást követő változások általános és regionális effektusait, a kapcsolatok átértékelődéseit és nem utolsósorban a rendszeres alkoholfogyasztást és a drogfogyasztást kísérő magatartászavarokat.

PRAXISOMRÓL

Halmozottan hátrányos régióban a Bodrogközben található. Elszegényedő falvakban és elnéptelenedő tanyákon élnek előregedő betegek.

Alkalmazkodásra alig képesek, akik a krízis helyzeteket sem felvállalni, sem megoldani nem tudják. 2012. december 31-én a praxis átlag életkora 65 év volt, a GDP az országos átlag 10%-a, a munkanélküliség 64%-os és a cigány lakosság adta, az összlétszám 40%-át. Az asszociális egyének kevés jövedelmük nagyobb részét sem a megélhetésre fordítják.

Nincsenek életcéljaik, megszűnt a jövőképük. Egyik napról a másikra élnek, állami és önkormányzati támogatásokat számítanak 80%-ban. Sajnos, így nevelik a gyerekeiket, az unokáikat. A jellemző gazdasági, szociális, oktatási paramétereket az alábbiakban foglaltam össze.

1.TÁBLÁZAT

A lakosságszám alakulása

Év	Összes betegem	Felnőttek	Gyerekek (10-14 évesek) fiatalok (14-18 évesek)
2003	1281	986	295
2004	1270	983	287
2005	1247	967	280
2006	1289	1016	273
2007	1291	1026	265
2008	1302	1042	260
2009	1312	1062	250
2010	1293	1021	243
2011	1345	1105	240
2012	1333	1099	234

2.TÁBLÁZAT
Az iskolai végzettség

Év	Analfabéta	8 általános	Szakközép iskola	Gimnázium	Főiskola	Egyetem
2003	0	80	10	5	3	2
2004	0	84	9	4	2	1
2005	1	85	8	4	2	0
2006	1	87	7	4	1	0
2007	1	87	7	3	1	0
2008	3	87	6	3	1	0
2009	3	88	6	2	1	0
2010	4	88	5	2	1	0
2011	4	89	5	1	1	0
2012	5	89	5	1	0	0

Az analfabéták számának az emelkedése egyenesen arányos volt, a krónikus alkohollista nagycsaládok anyagi helyzetének a rohamos romlásával. Sok innen került ki és számtalan esetben csak a gyámügy segítségével tudtam, a helyzetükön változtatni.

Az ún. kiségitő /"gyógypedagógiai"/ osztályokba került gyerekek közül is, a többség az említett familiáris környezetből származott. Ezek életvitelét és viselkedési normáit követték számtalan esetben. Sajnos sokan nem voltak felzárkóztathatók.

Problémás eseteim zömmel innen kerültek ki. Ezen veszélyeztetettek nagy számban rendszeresen dohányzók volt és fiatalon ütközésbe kerültek a törvénnyel.

3.TÁBLÁZAT

Gyerekek és fiatalok alkoholfogyasztása (drog)

Év	6-8 év*	8-10 év*	10-12 év*	12-14 év	14-16 év	16-18 év
2003	0	1	2	2	8	9
2004	1	2	2	3	7	12
2005	2	1	2	5	8	16
2006	0	2	3	7	11	19
2007	1	2	1	8	13/1	17/2
2008	2	1	2	9	13/2	13/2
2009	1	1	1	11	15/0	14/2
2010	0	1	2	13	13/2	16/2
2011	1	2	2	14	18/2	14/3
2012	1	1	3	16	18/4	14/3
Összesen:	10	14	21	88	124/11	144/14

*Alkalmi alkoholfogyasztók.

A nemek aránya férfi/nő= 60/40% szerint alakult valamennyi korosztályban

Az italozás és a drogfogyasztás legfontosabb okai

A kapcsolatok meggyengülése, az elszigetelődés (eseteim 80%-ában).

A konfliktusok halmozódása (70%-ban).

Serdülő kori devenciák + stressz, túlérzékenység + vulnerabilitás (80%-ban).

A „kötődési insufficienciák”:

Az anyagi gondoskodása hiánya.

„Instrumentális” szeretet differenciák.

Az „interperszonális időtöltések” (pl. beszélgetések) idejének a csökkenése.

Bizonytalan szülői kötelességvállalások konfliktusok a túlzott gyermek- és fiatalkori autonómiával.

Hierarchia, autóm elfogadás hiánya (50%). frusztrált gyermek- és fiatalkor (50%)-(15%).

Valamennyi gyanús viselkedésű, magatartászavarral küszködő gyerekekkel, fiatallal személyes kapcsolatot teremtettem. A szülők vagy pszichológus jelenlétében kerestem pótcselekvésük okait, s minden problémás esetet írásban is megszólítottam. Kérdéseimre szignó nélkül anonim válaszolhattak, illetve visszakérdezhettek.

Természetesen az orvosi titoktartás szabályainak és a személyiségjogoknak a tiszteletben tartásával arra is volt lehetőség, hogy egyéni vagy kiscsoportos foglalkozások keretei között kitérülhessenek.

Terápiás lehetőségeinkről

A megelőzési és nevelési modellek

A „szociális tanulás” elvén alapuló módszer:

A nevelés és a megelőzés team- munkája, amibe bevonhatók:

- a család
- a baráti közösségek
- az osztályok

A „kognitív disszonancia” gyakorlata.

Ütköztetni az italozó fiatalok felfogását a mindennapi magatartásunkkal.

Szóbeli vagy írásbeli meggyőződést alkalmaztam ezekhez.

„Kötelezettségvállalást” az absztinenciára.

A „magatartás/szándék”

Mások alkoholfogyasztásának a túlbecsülése italozásunk mértéktelenné válásához vezethet. (Kontroll tanítás!)

A nevelésnek és a megelőzésnek az egészségmegtartáson alapuló felfogása, az alkoholfogyasztás testi, lelki, társadalmi, személyes kockázata egyetlen programba lett így integrálva.

Az elfogadás és a határoosság sokszor köszönő viszonyban sem volt, különösen a drogozóknál. A betegek követési ideje minimum egy, maximum öt év volt.

Táblázat: Megelőzési és nevelési módszerek, compliance és hatásossága esetekben/drog

	Elfogadás /compliance	Hatásosság
„Szociális tanulás” a családok a közösségek az osztályok	30/5 20/5 10/0	15/5 10/5 10/0
„Kognitív disszonancia” írásbeli meggyőzéssel, szóbeli meggyőzéssel, kötelezettség vállalás kérése	30/5 30/10 10/0	20/10 30/10 10/0
„Kontroll tanítás”	25/10	10/0

Az elfogadás /compliance/ hatásosság discrepanciája jelzi, hogy van még mit javítanom meggyőzési módszereimen, a modellek alkalmazásán. Számtalan esetben az ígéretéseik cselekedeteikben nem realizálódtak, azaz megmaradt a kockázat vállaló magaratásuk 50% illetve 70%-ban.

A „pozitív szenvedély kialakítása” révén, néhány esetben „új személyiségeket sikerült a szakpszichológus segítségével felépítenünk.” /eseteink 10%-ban,30%-os compliance mellett/. Ez sok éves munkánk következetességét jelezte és hosszas utógondozást követelt, hogy az egészséges életmód fennmaradása mellett, az elért harmónia megmaradjon.

Az alkalmazott eszközeink, a következők voltak:

- neurolinvizitikus programozás,
- rebirthing, transzrelaxáció,
- vezetett meditációs technikák.

Nem kívánok a részletekbe belemenni, mindössze jelezni a terápiás effektusok hatás mechanizmusát. A hazánkra is jellemző negatív gondolkodás szerint: „Tehetségtelen, nem szerencsés és

bizalmatlanok vagyunk. Én, te és ők sem vagyunk őszinték, színházat játszunk. Ezeknek lényeges szerepe van eseteinkben is.

A pozitív hozzáállás szerint:„Elfogadom magam és titeket is olyannak, amilyenek vagytok. Tudomásul veszem a másságot, a választás szabadságát”.

Ebből adódóan, az alkoholizálás- drog káros szenvedélyére, mint a függetlenséget akadályozásra hívtam fel a fiatalok figyelmét.

Így a káros szenvedély „átranzformálása pozitív szenvedéllyé” megteremtette a prevenció, a gyógyítás lehetőségét.

ÖSSZEFOGLALÁS

Fontosnak tartottam egoista világunk e deviációjára felhívni a figyelmet. Fiatalságunk kóros kiélési vágyai, extrém mindennapjaink virtuális álmaimnak a hajszolása érzelmi és kommunikációs válságot teremtett.

Ezek megelőzésére, kezelésére tettem javaslatokat. Remélem, segíteni tudtam bizonyos lehetőségek megmutatásával, a jövő generációjának identitás megtalálásában.

Dr. Salamon Sándor