

HOFFMANN KATALIN

Szenvedélybeteg szülők gyermekei

A diszfunkcionális családban való felnövekvés következményei

DOI 10.56699/MT.2023.1.3

ABSZTRAKT

A diszfunkcionális családban felnövő gyermekek személyiségfejlődése diszharmonikus, kiegyensúlyozatlan lesz. Bontakozó énjüket háttérbe szorítva különféle szerepeket vesznek fel a család működőképességének fenntartása érdekében. Ezért azonban nagy árat fizetnek. Kora gyermekkortól számos nehézséggel küzdenek, testi és lelki egészségük károsodást szenved, sokszor életre szóló következményekkel. Komoly elakadások mutatkozhatnak a kapcsolati élet, különösen a párválasztás, a családalapítás és a gyermeknevelés területén. A diszfunkcionális családi működés pedig – beavatkozás hiányában – generációról generációra továbbadódik. Ezek a gyermekek gyakran olyan dolgokat élnek át, amelyeket egyetlen kisgyermeknek sem volna szabad átélnie. Az egyik vagy mindkét szülő alkoholizmusa esetén az ártalmas gyermekkori élmények előfordulásának esélye 2–13-szoros. A krónikus, multiplex intrafamiliaris traumatizáció a személyiségfejlődés testi, kognitív, érzelmi és szociális vonatkozásában is súlyos következményekkel jár.

KULCSSZAVAK: diszfunkcionális családi működés, Ártalmas Gyermekkori Tapasztalatok, krónikus, multiplex intrafamiliaris traumatizáció

Az egészséges személyiségfejlődéshez és működéshez a jól funkcionáló család biztosítja az optimális körülményeket. Az alkoholista – sok szempontból diszfunkcionálisan működő – családban nevelkedő gyermekek személyiségfejlődése diszharmonikus, kiegyensúlyozatlan. Sok különféle traumát szenvednek el, általában bizonytalan, kiszolgáltatott és erőszakos légkörben nőnek fel (Oravecz, 2001; Kelemen, 2001, Komáromi, 2009). Ezek a traumák többnyire elgyászolatlanok és feldolgozatlanok maradnak, ugyanis a gyermek részéről még nem áll rendelkezésre a megfelelő, megküzdési képes pszichés apparátus, valamint hiányzik a stabil, biztonságos, szeretetteljes

környezet, a szülők pedig részben vagy teljesen képtelenek funkcióik – a fizikai, érzelmi gondoskodás – betöltésére (Buda, 1987).

A szülő alkalmatlansága a gyermek parentifikálódását eredményezheti (mint-ha a gyermek lenne a szülő szülője), illetve a család működőképességének érdekében a gyermek háttérbe szorítja saját igényeit, bontakozó énjét (Kelemen, 2001). A család

Ezekben a családokban az a biztos, hogy semmi sem biztos, állandó a káosz és a bizonytalanság, ugyanakkor a család különös gondot és sok energiát fordít a látszat, a kifelé mutatott pozitív kép fenntartására.

úgy tesz, mintha minden rendben lenne. A szenvedélybetegséget övező tabusítás és a hozzátartozók szégyenérzete nagymértékben késlelteti, akadályozza az adekvát támogató beavatkozások lehetőségét, határokat jelöl ki a gondolkodás, a beszéd és a cselekvés számára (Frankó, 2021). Ezek a családok gyakran a megbélyegzettségtől való félelem miatt inkább tovább asszisztálnak a szenvedélybeteg működéséhez, akaratlanul is beáldozva ezzel a családban felnövő gyermeke(ke)t. A gyermek pedig eközben, tapasztalva a külvilág közönyét és a történésekkel kapcsolatos reakciók szinte teljes

hiányát, maga is kénytelen alkalmazkodni ehhez a hozzáálláshoz. Gyakori tapasztalat, hogy ha idővel a szenvedélybeteg kap is megfelelő ellátást, s jó esetben (manapság már egyre gyakrabban) a felnőtt hozzátartozót is bevonják a kezelésbe, a gyermekekről – akik a legkiszolgáltatottabb szereplői a rendszernek – sokszor a segítőkész szakmák képviselői is megfélemlenek, hacsak a gyerekek nem mutatnak valamiféle nagyon súlyos problémaviselkedést (például deviáns viselkedés az óvodában vagy iskolában, komolyabb mentális problémák, függőség). Így lesznek belőlük az évek során „elfeledett gyermekek”, akik akár életük végéig cipelhetik magukkal ártalmas gyermekkori tapasztalataik súlyos következményeit.

A szenvedélybeteg családban nevelkedő gyermekek szélsőségek között nőnek fel. A sorozatos krízisekkel való megküzdés minden családtag számára komoly teher, ennek ellenére ártalmatlannak minősítik vagy bagatellizálják ezeket a tapasztalatokat. Ezekben a családokban az a biztos, hogy semmi sem biztos, állandó a káosz és a bizonytalanság, ugyanakkor a család különös gondot és sok energiát fordít a látszat, a kifelé mutatott pozitív kép fenntartására (Barnowski-Geiser, 2018).

A diszfunkcionális családokban a szabályok átláthatatlanok, következetlenek, így nem is nyújtanak biztonságot (Frankó, 2021). Ezek a gyermekek nagy túlélők, valahogyan képesek megküzdenni a rendkívül kiszámíthatatlan környezettel, a család instabilitásával és a folyamatos bizonytalansággal, amelyben az ember sosem tudhatja, mire számíthat (Moe, 2020).

A szenvedélybeteg szülők általában betegségük ellenére is jó szülők szeretnének lenni, ezért maguk előtt is tagadják azt aényt, hogy súlyos károkat okoznak gyermeküknek (Barnowski-Geiser, 2018). A szülő akkor is szülő, ha szenvedélybeteg vagy más szempont-

ból sérülékeny mentálisan, és általában – súlyos helyzetektől eltekintve – nem a családból való kiemelés a megfelelő megoldás, hanem abban kell támogatni a szülőket, hogy „elég jó szülőként” tudjanak működni (Glauber, 2021).

A DISZFUNKCIONÁLIS CSALÁD JELLEMZŐI

Mint említettük, a szenvedélybeteg családok sok szempontból diszfunkcionálisan működnek. Néhány működési jellegzetességük (Dallos–Procter, 1990; Hoyer, 2000):

- Az egyes személyeket elválasztó fizikai és érzelmi határok sérültek, kaotikusak, de legalábbis nem egyértelműek. Szinte mindennapos és „természetes” a határok megsértése különböző módokon (megszégyenítés, bántalmazás, lejáratás, titkok kiadása stb.). Olykor a határok túl merevek, átjárhatatlanok, ami az érzelmi közeledés kialakulásának gátjává válhat.
- A családi szereprendszert tekintve gyakoriak az inadekvát, felcserélt szerepek (szülő gyermekszerepben, gyermek szülőszerepben, anya apaszerepben stb.).
- A családi struktúrában az egyértelmű, ép, jól megkülönböztethető szülői és gyermeki alrendszer helyett generációkon átívelő, egészségtelen koalíciók alakulnak ki (például az ellenkező nemű szülő és a gyermek közötti szoros, a másik szülőt kirekesztő, párkapcsolat intimítási fokán működő szövetség).
- A családon belüli kommunikáció őszintétlen és felszínes, gyakoriak a titkok, tabuk, mítoszok. A kommunikáció gyakran egyirányú (kioktatás, fegyelmezés; ellentmondás, visszakérdezés nem lehetséges).
- Az érték- és szabályrendszer ellentmondásos, kiismerhetetlen, nem kérhető számon, nem vonatkozik mindenkire egyformán.
- A felelősségvállalás és -megosztás szintén problémás, egyes családtagok indokolatlanul és aránytalanul nagy felelősséget vesznek magukra, más családtagok pedig hátrítják a felelősséget, kibújnak alóla.
- A bizalom hiánya explicit vagy implicit.
- Az érzelemkifejezés tiltott, veszélyes, gátolt vagy alulkontrollált. Az ilyen családokban gyakran tagadnak, elfojtanak fontos érzelmeket, ami a hatékony konfliktus- és kríziskezelésnek sem kedvez.

CSALÁDI RENDSZERBETEGSÉG – JÁTSZMÁK, SZEREPEK

A tartósan fennmaradó szerhasználati zavar családi rendszerbetegség. Ez azt is jelenti, hogy a nem szerhasználó szülő is aktív résztvevője a probléma fennmaradásának.

„Az alkohollal súlyosan visszaélő emberek döntő többsége családban járja betegségének lefelé vezető lépcsőit” (Frankó, 2021: 81). Ehhez a nem függő társ „asszisztál”, összejátszik az alkoholistával valamilyen – többnyire tudattalan – nyereség megszerzése érdekében. A tipikus szerepeket tekintve az Üldöző kontrollálni, szabályozni akarja az Alkoholistát, tetten érni „bűne elkövetése” közben, ő azonban folyton kicsúszik az ellenőrzése alól. A Megmentő az Alkoholista meggyógyításáért, „megjavításáért” küzd minden erejé-

vel, miközben megkíméli cselekedeteinek következményeitől, és felmenti a felelősség alól. A Balek szívességeket tesz, jóhiszeműen segít az Alkoholistának, aki becsapja, kihasználja. A szolgálatokért cserébe megszerezhető nyereségek a játszma résztvevői számára a dominancia, a hasznosság érzése, mások elismerése, a megmenekülés a saját problémákkal való szembenézéstől és az intimitás elkerülése (Berne, 1984). Egy személy több szerepet is felvehet, a szenvedélybeteg partnere általában az összeset, akár folyamatosan változtatva. „Bár látszatra az ivás megakadályozása a cél, az eredmény mégis a folytatás” (Frankó, 2021: 81).

A társfüggő általános jellemzői egyrészt az „áldozatiság”, a reménytelenség, a passzivitás, másrészt az agresszió, az irányítás szükséglete, az erőn felüli energiabefektetés, egyidejűleg a változás elutasítása. A társfüggőség spontán gyógyulást nem mutató, progresszív betegség, azonban hatékony és általában hosszú ideig tartó terápiával gyógyítható, vagy legalábbis jelentős tünetcsökkenés, életminőség-javulás érhető el (Komáromi, 2010).

A szenvedélybeteg családokban a gyermekek a túlélés és a család egységének, működőképességének fenntartása érdekében különböző szerepeket vesznek fel, valamilyen küldetést teljesítenek, a többi családtag tudattalan igényeivel összhangban. A leggyakoribb szerepek a Hős, a Bűnbak, az Elveszett gyermek és a Bohóc. Ezek egy ideig biztonságot jelentenek, rögzülve azonban később maladaptív válnak (Barnowski-Geiser, 2018). A születési sorrendtől, a nemtől vagy a temperamentumjellemzőktől is függ, ki milyen szerepet vesz fel, több szerepet is felvehet, illetve válthat is ezek között (Frankó, 2021).

Az alkoholista családok Hőse valamilyen erőn felüli teljesítménnyel próbál helytállni. Ő a szülők büszkesége, aki láttán megnyugvást érezhetnek, hiszen a külvilág felé igazolhatják, hogy még sincs velük gond, ha egy ilyen jól teljesítő, kiemelkedő eredményekkel büszkélkedő gyermeket sikerült nevelniük. De az ilyen gyermek, majd felnőtt gyakran örmöten, kényszeres túlteljesítésben éli az életét, nem elégedett magával, nem tud igazán örülni a sikereinek (Kelemen, 2001). Hajlamos túlzott felelősséget érezni. Sokszor éli meg magát bűnösnek, vesztesnek, és erős ambíciói, perfekcionizmusa, maximalizmusa miatt gyakran teljesen megfelelkezik saját igényeiről, túllépi határait. Túl sokat vár el magától, állandó megfelelési kényszer gyötri, erején felül szolgálat- és segítőkész. A hibákat és kudarokat rettentő rosszul viseli, erős kontrolligénye van, gyakran függő partnert választ (Frankó, 2021).

A Bűnbak szerepének vállalását gyakran a sértettség, frusztráció motiválja, a gyermek „bűne” valamilyen normasértő viselkedés (például csavargás, szökés, promiszkuitás, szuicidium, heteroagresszió, evészavar), amely nagy gondot és komoly foglalatosságot jelent valamelyik szülő vagy akár az egész család számára. Az önpusztítás sajnos rögzülhet, fennmaradhat, végül akár a gyermek élete árán is (Kelemen, 2001), tehát ennek a szerepnek vannak a legkárosabb következményei rá nézve. Ennek hátterében többek között hatalmas szeretet- és figyelemhiány áll, alacsony önbecsüléssel (Frankó, 2021).

Amikor a gyermekek azt érzik, hogy nem tudják befolyásolni a helyzetet, visszavonulnak, beletörődnek (Barnowski-Geiser, 2018), ezáltal könnyen kerülnek az Elveszett gyermek szerepébe. „Láthatatlanná” teszik magukat, gondoskodnak magukról, és elszí-

getelődnek a családtól. Gyakran visszavonulva felépítenek maguknak egy fantáziavilágot, mely biztonságot nyújt számukra. Nem tanulják meg sem megosztani érzéseiket, sem megvédeni önmagukat. Hosszú távon is kapcsolati problémákkal küzdhetnek, elszigeteltség, örömtelenség, gátlásosság jellemzi őket. A családi figyelem hiánya miatt gyakran az a megélésük, mintha nem is léteznének, nem lennének jelen (Frankó, 2021).

A Bohóc bájos, szeretnivaló gyermek, aki állandóan szórakoztat, megörvendezteti családját, környezetét. Mindezt görcsös félelmében teszi, hogy ha nem elég sikeres a figyelemelterelésben, akkor felszínre törnek a család valódi problémái, felborul az egyensúly, ami a család széthullásával fenyeget. Ennek a rögzült szerepnek azonban gyakran hangulatzavarok vagy infantilizmus formájában kell megfizetnie az árát (Kelemen, 2001). A Bohóc mindent elkövet, hogy felhívja magára a figyelmet, vicces természete miatt többnyire könnyen kerül kapcsolatba, azonban nehézségei vannak e kapcsolatok ápolásában, fenntartásában. A felszín alatt rengeteg szorongás és zavarodottság rejtőzik (Frankó, 2021).

„A MA GYERMEKEI” – A KORAI TAPASZTALATOK EGY DISZFUNKCIONÁLIS CSALÁDBAN

A kapcsolatkézség, az önmagunkról és másokról alkotott belső reprezentáció, az érzelemszabályozás, az alapvető bizalom és biztonságérzet – a személyiségfejlődés szinte minden területe – súlyosan károsodik, ha nem áll rendelkezésre biztonságot adó, az érzelmeket és viselkedést szabályozni tudó, a gyermek belső állapotait megfelelően tükröző, a kapcsolatnak odaszentelődő személy (Sethi et al., 2013, Kuritárné Szabó, 2015).

A korai időszakban zűrzavaros vagy bántalmazó gondozásban részesülő gyermekek hiányosságokat hordoznak a stresszkezelés, a mentalizáció és a szociális készségek területén (Fonagy–Target, 2005). A mentalizációs hátrányokat tovább fokozza a bántalmazó és/vagy elhanyagoló környezet azáltal, hogy a gyermek aktívan gátolja mentalizációs képességét annak érdekében, hogy a bántalmazó gondozóhoz való kötődését megóvja.

A megfelelő önbizalom kifejlődése csak olyan kapcsolatokon keresztül lehetséges, amelyekben a gyermek saját személyiségjegyei és temperamentuma tükröződhetnek, ezek hiányában nem tud következetesen és stabilan fejlődni (Bauer, 2010).

A mentalizációs képesség a korai kapcsolatok által alakul és fejlődik, s a kötődés minősége meghatározza a fejlettségét. A főbb kötődési kapcsolatokban traumatizált gyermekeknek nincs lehetőségük a biztonságos kötődés megélésére és ennek következtében a megfelelő mentalizációs készség kialakítására sem (Fonagy–Target, 2005).

A szenvedélybeteg családban felnövekvő gyermekek gyakran olyan dolgokat élnek át – a bántalmazás különböző formáit, illetve az elhanyagolást –, amelyeket egyetlen kisgyermeknek sem volna szabad átélnie (Moe, 2020). A családon belüli gyermekbántalmazás gyakoriságát súlyosan alulbecsülik (Gilbert et al., 2009), ez titkokkal és tabukkal határolt téma. Pedig, szomorú tény, de gyermekeinket nem az idegenektől kell féltetni, ők a bántalmazások csupán 5–10 százalékáért felelősek, 75 százalékban szüleik bántalmazzák a gyermekeket, 10–15 százalékban pedig egyéb rokonok (Sadock–Sadock, 2004).

A fizikai bántalmazás fizikai erőszak szándékos alkalmazása, mely károsítja a gyermek testi épségét, fejlődését, valamint emberi méltóságát. A testi fenytést sok családban sajnos mind a mai napig elfogadható nevelési eszköznek tekintik, nem pedig bántalmazásnak (Butchart et al., 2006).

A szexuális bántalmazás minden olyan szexuális aktivitást magában foglal, amelyhez a gyermek nem képes informált beleegyezését adni, amelyre fejlődését tekintve nem áll még készen (Butchart et al., 2006). Korai éveikben a gyermekek gyakran nincsenek is tudatában, hogy abúzus érte őket. A szexuális visszaélések helyszíne leggyakrabban továbbra is az otthon, a család.

Az érzelmi bántalmazás a gyermek elutasítása, az ellenségesség vele szemben. Leggyakoribb formái a hibáztatás, a fenyegetés, az ijesztgetés, a neveltségessé tétel, a megalázás, a bűnbakolás és a mozgásszabadság korlátozása (Butchart et al., 2006). Ha a gyermekkel szándékosan vagy nemtörődöm módon kegyetlenül bánnak, a gondozó viselkedése azt közvetíti felé, hogy értéktelen, méltatlan a szeretetre. Fontos megemlíteni, hogy minden egyéb bántalmazási forma esetében érzelmi bántalmazás is történik, gyakran azonban az érzelmi bántalmazás önmagában van jelen a családban (Glaser, 2002), és sokszor egyáltalán nem ismerik fel (Trickett et al., 2009).

Az elhanyagolás során a veszélyeztetés mulasztás formájában valósul meg, amely a gyermek testi, lelki, érzelmi fejlődését akadályozza. Jelei kevésbé szembetűnők, de az alapvető érzelmi igények ki nem elégítése, a lélekben elérhetetlen gondozó traumatikus a gyermek számára (Allen et al., 2011).

Egy másik személy bántalmazásának látványa szintén traumatizáló hatású, érzelmi bántalmazásnak minősül, a gyermekben rettegést és tehetetlenségérzést vált ki. Gyakori az erőfölényen és kényszerítésen alapuló konfliktuskezelési minta továbbvitele az intim kapcsolatokban (Holt et al., 2008).

A gyermekbántalmazás különböző formái ritkán fordulnak elő önmagukban. A sokféle és/vagy ismétlődő traumatizáció kumulatív és interaktív hatásai értelemszerűen sokkal súlyosabb következményekkel járnak, nagyobb a patológiás kimenetel valószínűsége (Schaffer, 1996). Az érzelmileg bántalmazott gyermekek 63 százaléka fizikai bántalmazást, 75 százaléka elhanyagolást is elszenved (Trickett et al., 2009).

A következményeket, a kimenetelt számos tényező befolyásolja, például a bántalmazás típusa (érzelmi, fizikai, szexuális), az életkori kezdet, a gyakoriság és súlyosság, a bántalmazó és a bántalmazott viszonya s egyéb védő- és rizikófaktorok hiánya vagy megléte (Kuritárné, 2015). A legsúlyosabb következményekkel a Fonagyék által kötődési traumának nevezett traumatípus, azaz a kötődési kapcsolatban elkövetett bántalmazás jár (Allen et al., 2011), ugyanis épp az a személy, a szülő a bántalmazó, aki felé a gyermek a legnagyobb bizalommal van, aki a biztonságérzet forrása kellene hogy legyen. A családon belüli bántalmazás már alacsony életkorban elkezdődik, általában nem egyszeri, hanem rendszeres, gyakori eseményről van szó, a bántalmazó szoros kapcsolatban áll a bántalmazottal, általában a bántalmazás több típusa együttesen fordul elő, és hiányoz-

nak azok a védőfaktorok, amelyek enyhíthetnék a következményeket, így a patológiás kimenetel valószínűsége jelentős.

Kötődési traumatizációt okozhat a feldolgozatlan traumával élő anya viselkedése is, mely dezorganizált kötődési stílust alapoz meg (Lyons-Ruth–Jacobvic, 1999). Nagyon fontos tehát, hogy a bántalmazásban nevelkedett gyermek segítséget kapjon traumái feldolgozásához, ugyanis ha ő maga nem is válik bántalmazóvá (a bántalmazott gyermekek egyharmada maga is bántalmazóvá válik!), a bántalmazottság következtében kialakult dezorganizált (zavart) kötődési stílust akaratlanul is továbbörökítheti.

A krónikus, multiplex intrafamiális traumatizáció a személyiségfejlődés testi, kognitív, érzelmi és szociális vonatkozásában is súlyos következményekkel jár. Az ilyen ártalmakat átélt gyermek nagyszámú posztraumatikus jellemzőjét (érzelemszabályozás-deficit, koncentrációs és figyelemzavarok, negatív önkép stb.) a jelenleg érvényben lévő nozológiai rendszer nem képes megragadni. Sokszor a klasszikus PTSD-tüneteket nem mutató traumatizált gyermekek olyan diagnózisban részesülnek, amely nem fejezi ki, sőt elrejtje a traumás eredetet, vagy egymástól független, komorbid diagnózisokat adnak a szerteágazó tünetprofil egy-egy aspektusát megragadva (Van der Kolk et al., 2009). Több kutatás is rámutat, hogy ezek a traumatizált, multiplex bántalmazást elszenvedett gyerekek gyakran a következő diagnózisokat kapják: szeparációs szorongás, ADHD, magatartászavar, fóbia, oppozíciós zavar, reaktív kötődési zavar. Különösen fontos tehát a szakemberek tájékozottsága, és hogy e zavarok tünete esetén gondoljanak a traumaeredetre, különös tekintettel arra, hogy a korán kezdődő multiplex traumaáldozatok szinte sosem beszélnek maguktól a velük történekről (Terr, 2003).

A családon belüli bántalmazás általában titokban marad, a személy senkivel nem meri megosztani fájdalmas tapasztalatait, a titok elszigetel, akadályozza a feldolgozást, ami növeli a patológiás kimenetel valószínűségét. A gyermek gyakran magára marad élményeivel, nem kap segítséget a történetek értelmezéséhez, önmagát okolhatja a történetekért. A bántalmazáshoz a legfontosabb személyek által elkövetett cserbenhagyás kapcsolódik. A gyermek kiszolgáltatottsága és a gondozóhoz való kötődés is akadályozza a bántalmazó helyzetből való kilépést (Kuritárné, 2015).

A komplex traumatizációt elszenvedő gyermekek számára a bántalmazottság nem egy időben körülhatárolt egyszeri esemény, hanem létállapot (Schaffer, 1996).

A megbetegítő hatások ellenére egészségesse váló gyermekek esetén központi jelentőségű egy biztonságos, gondoskodó felnőtt jelenléte, aki nem feltétlenül családtag, hanem

Nagyon fontos tehát, hogy a bántalmazásban nevelkedett gyermek segítséget kapjon traumái feldolgozásához, ugyanis ha ő maga nem is válik bántalmazóvá (a bántalmazott gyermekek egyharmada maga is bántalmazóvá válik!), a bántalmazottság következtében kialakult dezorganizált (zavart) kötődési stílust akaratlanul is továbbörökítheti.

jóformán bárki lehet, aki képes megfelelni ezeknek a követelményeknek (Moe, 2020). Továbbá fontos tényező, hogy az érintett gyermekek minél előbb segítséget kapjanak a történetek értelmezéséhez, feldolgozásához.

ÁRTALMAS GYERMEKKORI TAPASZTALATOK (ACE)

Az ártalmas gyermekkori tapasztalatok hatását számos vizsgálat igazolta. A legegyszerűbb és egyik első vizsgálati változatban a negatív gyermekkori (tizennyolc éves korig) élmények tíz kategóriája a következő volt: (1) lelki, (2) fizikai, (3) szexuális bántalmazás, (4) érzelmi és (5) fizikai elhanyagolás, a (6) szülők válása vagy különköltözése, az (7) anya ellen elkövetett erőszakos cselekedetek, illetve ha a gyermek olyan felnőttel él egy háztartásban, aki (8) szenvedélybeteg vagy (9) pszichiátriai beteg és/vagy öngyilkosságot kísérelt meg, vagy (10) börtönviselt. Ahány kategóriában igen a válasz arra a kérdésre, hogy történt-e ilyen a gyermekkel, annyi az ACE- (*Adverse Childhood Experiences*) pontszám. Későbbi kutatások nyomán és a WHO jelenlegi kérdőíve tizenhárom tételre bővült. Gál és munkatársai hazai mintán született eredményei alapján Magyarországon is jelentős mértékben fordulnak elő negatív gyermekkori élmények, s az ACE-ek számának növekedésével összefüggésben nő az egészségügyi és pszichés problémák, megbetegedések száma is (Gál et al., 2020).

Az egyik vagy mindkét szülő alkoholizmusa esetén az ACE-ek előfordulásának esélye 2–13-szoros (Dube et al., 2001). Az ACE-ek hatását vizsgálva tíz felnőttkori kockázati magatartásforma (dohányzás, súlyos elhízás, fizikai inaktivitás, depresszió, szuicid kísérlet, alkoholizmus, egyéb pszichoaktív szer abúzus, parenterális szerhasználat, ötven vagy annál több szexuális partner, nemi úton terjedő betegségek) és a gyakoribb betegségek (koronáriabetegség, daganatos megbetegedés, szélütés, idült höröggyulladás vagy tüdőtágulat, cukorbetegség, májgyulladás, csonttörés) előfordulása és kockázati mutatója is magasabb volt a gyermekkori traumákat elszenvedők esetében. A dózis-hatás elv érvényesült, azaz minél több traumát szenvedtek el az érintettek, annál magasabbak voltak a kockázati mutatók. A négy vagy több traumát elszenvedők körében volt szignifikáns a kockázatemelkedés a vizsgált betegségekre vonatkozóan (Dong et al., 2004a).

Néhány hétköznapi példa:

Bármely ACE esetén nő az alvászavar valószínűsége, kockázata az ACE-pontszámok emelkedésével erősen szignifikáns módon nő (Chapman et al., 2011). Bármely ACE esetén fokozott a kockázat a tizennégy éves korban rendszeres dohányossá válásra (Anda et al., 1999). A fizikai elhanyagolás kivételével bármely ACE szignifikánsan növeli a felnőttkori alkoholizmus kialakulásának kockázatát (Dube et al., 2006). Bármely ACE két–négyeszeresére növeli valamely pszichoaktív szer tizennégy éves korra elkezdett használatának kockázatát (Dube et al., 2003).

A gyakori lelki abúzust elszenvedettek kockázata a súlyos elhízásra (40-es vagy afölötti testtömegindex) 90 százalékkal magasabb (Williamson et al., 2002).

Öt vagy több ACE-pontszám esetén több mint ötszörös a kockázata a tizennégy évesen rendszeres dohányossá válásnak (Anda et al., 1999), több mint kétszeres a fejfájás előfordulásának kockázata (Anda et al., 2010), több mint két és félszeres kockázattal azonosítottak krónikus obstruktív tüdőbetegséget (COPD) (Anda et al., 2008), a tüdődaganat kialakulásának kockázata háromszoros (Brown et al., 2010), az orvosi rendelvényre felírt pszichotróp szerek fogyasztásának kockázata közel háromszoros, a hangulatstabilizálók szedésének valószínűsége tizenhatszoros (Anda et al., 2007), az illegális szerek használatának és a függőségnek a kockázata hét-tízszeres (Dube et al., 2003).

Hat vagy több ACE-pontszámmal rendelkezők esetén átlagosan közel húsz évvel (!) kevesebb a várható élettartam, mint a nem traumatizáltaknál (Brown et al., 2009).

Hét vagy több ACE-pontszám esetén háromszoros az iszkémiás szívbetegség kialakulásának kockázata (Dong et al., 2004b), s az érintettek harmincegyszer (!) nagyobb eséllyel kísérelnek meg öngyilkosságot életük során.

Alkoholista szülők mellett nevelkedett gyermekek esetében a felnőttkori saját alkoholizmus kockázata emelkedik, „a szülői alkoholizmus a traumatikus élményeken keresztül hat a gyermek felnőttkori alkoholizmuskockázatának emelkedésére” (Edwards et al., 2007).

A gondozója által bántalmazott gyermek 60 százalékkal nagyobb eséllyel válik kortársbántalmazás áldozatává is (Finkelhor et al., 2005). Ezek a gyerekek sokszor alacsony önértékelésük miatt nem tudják megvédeni magukat a kritikus társas helyzetekben, így a támadások önvédelemre képtelen célpontjaivá válnak (Asmussen, 2010). Egy traumatizáció megtörténte négy-hatszorosára emeli egy újabb, bármilyen típusú erőszak áldozatává válás esélyét (Finkelhor et al., 2009).

A „TEGNAP GYERMEKEI” – SZENVEDÉLYBETEG CSALÁDOK GYERMEKEI FELNŐTTKÉNT

A szenvedélybeteg vagy más szempontból rosszul működő családok felnőtt gyermekei – beépítve gondolkodásukba a családjukra jellemző tagadást – gyakran azt gondolják, hogy gyermekkoruknak ehhez az oldalához felnőve többé nincs közük, nincsenek problémáik, vagy ha vannak, azok semmilyen módon nem kapcsolódnak a családban megélt egykori helyzetükhöz. „De ez tragikus tévedés, aminek messzemenő következményei vannak az életminőségüket illetően” (Barnowski-Geiser, 2018:13).

A hosszan tartó, ismétlődő vagy komplex traumatizáció a személyiségműködés több területén átfogó károsodást okoz, következményeit a Komplex poszttraumás stressz zavar kritériumai írják le (Herman, 2003). Néhány a legfontosabb következmények közül:

Az érzelemszabályozás módosulásai: perzisztens (tartósan fennálló) diszfória (nyugtalanlás, elégedetlenség, ingerlékenység), önbántalmazás, akár krónikus öngyilkossági késztetések, rendkívül gátolt düh vagy robbanékonyság, akár váltakozva, rendkívül gátolt vagy kényszeres szexuális viselkedés, akár váltakozva.

A tudat módosulásai: átmeneti disszociatív epizódok, amnézia a traumatikus eseményekre vonatkozóan, derealizáció (a valóságélmény elvesztése) vagy deperszonalizáció (módosult önérzékelés, idegenségérzet), az élmények újraélése akár emlékbetörések, akár kényszeres tépelődés formájában.

Szomatikus tünetek: emésztőrendszeri problémák, krónikus fájdalom, konverziós tünetek, szexuális tünetek, szív- és érrendszeri tünetek, légzőszervi tünetek.

Előfordulhat az is, hogy ugyan számtalan nehézséggel küzdenek életük során, ők maguk nem válnak szenvedélybeteggé, azonban a rendellenes működés következményeit magukon viselik, s esetleg a következő generációban bukkan fel újra az addikció. A diszfunkcionális működés beépül, és beavatkozás hiányában generációról generációra továbbadódik.

Az önészlelés módosulásai: a kezdeményező-készség lebénulása, tehetetlenségérzés, szégyen, önvád, büntudat, tisztátalanság érzése, másoktól való különbözőség érzése.

Az emberi kapcsolatok módosulásai: visszahúzóds és elszigetelődés, az intim kapcsolatok megszakadása, állandósult bizalmatlanság, ismételt megmentőkeresés, az önvédelem ismételt elmulasztása.

A jelentésrendszerek módosulásai: a lelkerő, a hit elvesztése, reménytelenség, kétségbeesés.

A bántalmazó környezethez való pszichológiai adaptáció tartósan fennmaradhat, és több különböző mentális, illetve pszichés probléma formájában mutatkozhat meg. A pszichiátriai diagnózistokat tekintve azok a felnőttek, akik sok gyermekkori traumát szenvedtek el, és súlyosan diszfunk-

cionális családi működésben nevelkedtek, életük során 6,29 mentális zavar kritériumait teljesítik (Putnam et al., 2008). A leggyakoribb diagnózisok: PTSD, depresszió, szorongásos zavarok, szomatizáció, konverziós zavarok, disszociatív zavarok, szerabúzus, alvászavar, különböző problémaviselkedések stb. A borderline személyiségzavarok 80 százaléka traumaeredetű (Golier et al., 2003).

A fiatal felnőttkor fő feladatai, mint a leválás a származási családról, a stabil partnerkapcsolat kialakítása, a családalapítás, a foglalkozási szerepbe való beilleszkedés mind nehezítették zűrzavaros családi viszonyrendszer esetén.

Gyakori, hogy a szenvedélybeteg családban felnőtt gyermek szintén szenvedélybeteg lesz (genetikai tényezők, szociokulturális átörökítés, modellkövetés), a kockázatos alkoholfogyasztó vagy függő családban felnőtt gyermekeknek körülbelül az egyharmada (Klein, 2005). Előfordulhat az is, hogy ugyan számtalan nehézséggel küzdenek életük során, ők maguk nem válnak szenvedélybeteggé, azonban a rendellenes működés következményeit magukon viselik, s esetleg a következő generációban bukkan fel újra az addikció. A diszfunkcionális működés beépül, és beavatkozás hiányában generációról generációra továbbadódik.

A „TEGNAP GYERMEKEI” PÁRKAPCSOLATBAN

Az eddig felvázolt – számos kapcsolati nehézséget okozó – tényezőkön túl érdemes kiemelni, hogy az ismerős, „otthonos” helyzet, kapcsolati mintázat keresését gyakran látjuk a párválasztás esetében: alkoholista családban felnőtt gyermekek gyakran választanak alkoholista vagy más szempontból problémás viselkedésű, gyakran bántalmazó társat. Ilyen esetben az egyén a származási családban megélt kapcsolati valóságot teremti újra, az átélt szenvedéssel együtt, ismétlődő, kényszeres módon, ez utóbbi pedig már a kodependencia vagy társfüggőség jelensége (Valleur–Velea, 2002). A szülői minta megismétlése elleni törekvés módja lehet az izolálódás, kapcsolatkerülés is.

AZ „ELFELEDETT GYERMEKEK” SZÜLŐKÉNT

Maga a szülőszerep vállalása is gyakran konfliktusos, nehezített (vonakodás vagy elzárkózás a gyermekvállalástól, késői gyermekvállalás, gyermekvállalás vágya, amikor már késő), később pedig a szülőléttel járó kihívások okoznak akár klinikai szintű problémát (gyakran olyan maladaptív megoldási kísérletekkel, mint a gyermektől való érzelmi vagy fizikai elhatárolódás, elhagyás, elhanyagolás, bántalmazóvá válás, overprotektivitás, szeparációs, szorongásos és viselkedészavarok).

Mivel alkoholista családban felnőve nem szokványosak a szocializációs tapasztalataik, ezért az érintetteknek szülőként gyakran fogalmuk sincs arról, milyen egy átlagos, normál fejlődésmenetű gyermek működése, a saját múltjuk miatt egyszerűen nem tudják, mi a normális (Woititz, 2002). A gyermekneveléssel törvényszerűen együtt járó olyan feladatok, mint a határok és keretek kijelölése, a reális és irreális elvárások elkülönítése, a következetesség, a konfliktusvállalás, az érzelem- és indulatkezelés, az optimális közelség-távolság szabályozása, a szeparációs-individuációs törekvések adekvát kezelése különösen nagy megterhelést jelentenek az ártalmas gyermekkori tapasztalatok között nevelkedett szülők számára.

A szenvedélybeteg, bántalmazó családban felnőtt gyermekek egyharmada maga is bántalmazó szülővé válik (Oliver, 1993), nagy részük pedig ugyan nem válik azzá, de folyamatosan retteg a bántalmazóvá válástól. Elégtelen, negatív önképükkel összhangban szülői kompetenciáik területén is gyakran alulbecsülik önmagukat.

A családlátogatások bántalmazást megelőző szerepe igazoltnak tekinthető. Ezeket a terheesség kezdetétől legalább az ötödik életévig érdemes folytatni. A szülői készségeket fejlesztő programok hatásosságáról is állnak rendelkezésre adatok. Ezekkel a kezdeményezésekkel úgy célszerű elérni a rizikópopulációt, hogy az ne legyen kényszerítő jellegű vagy stigmatizáló (Sanders et al., 2003).

Egy gyermek születése egy új életciklus kezdete – normatív krízis –, amely egyéni és rendszerszinten is egyensúlyvesztéssel jár, s ez mindkét nemet érinti (Molnár, 2015).

A krízisek – így az életszakaszváltás is – mindig lehetőséget adnak a fejlődésre, változásra is. Gyakran épp a gyermek születésével és nevelésével kapcsolatos nehézségek, elakadások hozzák terápiába a diszfunkcionális családban felnőtt gyermekeket, akik

addig nem feltétlenül tudatosították saját sérelmeiket. Ez a legkedvezőbb kimenetel, azonban sajnos azt is látjuk, hogy gyakran épp ezek a krízisek képesek belobbantani a szenvedélybetegséget, egyéb mentális problémákat. Súlyosan traumatizált gyermekek esetén a trauma újraaktiválódása akár komolyabb disszociációt, szétesést eredményezhet. Amikor aránytalanul súlyos dekompenzáció, szinte teljes összeomlás, gyermeki rémület és tehetetlenség a válasz egy felnőttkori, körülírt traumatikus élményre, az mindig fel kell hogy vesse a gyermekkori bántalmazottság gyanúját (Kuritárné, 2015). Nők esetében még árnyaltabb a kép, a szülést követő hormonális ingadozások, testi változások, alvásmegvonás fokozzák a mentális zavarok kialakulásának vagy súlyosbodásának esélyét. Gyakran tapasztaljuk, hogy sérülékeny, általában traumatizált nők esetében igen magas arányú a klinikailag jelentős posztpartum (szülés utáni) zavarok megjelenése, mint a depresszió, szorongás, illetve a poszttraumás stressz zavar (Molnár, 2015). Szakemberként ezért érdemes kiemelt figyelmet szentelni e nagyon intenzív, sérülékeny időszaknak. Fontos a támogató jelenlét, az edukáció, a szülőszerepben való támogatás, illetve a felszínre került traumák, veszteségek adekvát kezelése.

Felhasznált irodalom

- ALLEN, JON G. – FONAGY, PETER – BATEMAN, ANTHONY W. (2011): *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*, Budapest, **Lélekben Otthon Kiadó**.
- ANDA, ROBERT F. – BROWN, DAVID W. – DUBE, SHANTA R. – BREMNER, J. DOUGLAS – FELITTI, VINCENT J. – GILES, WAYNE H. (2008): Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults, *American Journal of Preventive Medicine*, 34. évfolyam, 2008/5., 396–403. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.02.002>
- ANDA, ROBERT F. – BROWN, DAVID W. – FELITTI, VINCENT J. – BREMNER, J. DOUGLAS – DUBE, SHANTA R. – GILES, WAYNE H. (2007): Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults, *American Journal of Preventive Medicine*, 32. évfolyam, 2007/5., 389–394. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.01.005>
- ANDA, ROBERT F. – CROFT, JANET B. – FELITTI, VINCENT J. – NORDENBERG, DALE – GILES, WAYNE H. – WILLIAMSON, DAVID F. – GIOVINO, GARY A. (1999): Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood, *Journal of the American Medical Association*, 282 (17), 1652–1658. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.282.17.1652>
- ANDA, ROBERT F. – TIETJEN, GRETCHEN – SCHULMAN, ELLIOTT – FELITTI, VINCENT – CROFT, JANET (2010): Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults, *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 50. évfolyam, 2010/9., 1473–1481. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01756.x>
- ASMUSSEN, KIRSTEN (2010): *Key facts about child maltreatment*, London, The Commissioning Toolkit, The Institute of Psychiatry King's College.
- BARNOWSKI-GEISER, WALTRAUT (2018): *Apa, anya, pia*, Budapest, Magyar Máltai Szere-tetszolgálat.
- BAUER, JOACHIM (2010): *Miért érzem azt, amit te? Ösztönös kommunikáció és a tükkörneuronok titka*, Budapest, Ursus Libris.
- BERNE, ERIC (1984): *Emberi játsszmák*, Budapest, Gondolat.
- BROWN, DAVID W. – ANDA, ROBERT F. – FELITTI, VINCENT J. – EDWARDS, VALERIE J. – MALARCHER, ANN MARIE – CROFT, JANET B. – GILES, WAYNE H. (2010): Adverse childhood experiences are associated with the risk of lungcancer. A prospective-cohortstudy, *BMC Public Health*, 10. évfolyam, art. 20., 20–32. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-20>
- BROWN, DAVID W. – ANDA, ROBERT F. – TIEMEIER, HENNING – FELITTI, VINCENT J. – EDWARDS, VALERIE J. – CROFT, JANET B. – GILES, WAYNE H. (2009): Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality, *American Journal of Preventive Medicine*, 37. évfolyam, 2009/5., 389–396. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.021>
- BUDA BÉLA (1987): Utószó, in ALISON, BURR: *Alkoholista a családban*, Budapest, Medicina, 121–141.

- BUTCHART, ALEXANDER – HARVEY, ALISON PHINNEY – MIAN, MARCELLINA – FÜRNISS, TILMAN (2006): *Preventing Child Maltreatment. A Guide to Taking Action and Generating Evidence*, Geneva, WHO-ISPCAN, http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf (letöltve: 2023. 02. 16.).
- CHAPMAN, DANIEL P. – WHEATON, ANNE G. – ANDA, ROBERT F. – CROFT, JANET B. – EDWARDS, VALERIE J. – LIU, YONG – STURGIS, STEPHANIE L. – PERRY, GERALDINE S. (2011): Adverse childhood experiences and sleep disturbances in adults, *Sleep Medicine*, 12. évfolyam, 2011/8., 773–779. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.03.013>
- DALLOS, R. – PROCTER, H. (1990): A családi folyamatok interakcionista szemlélete, in BÍRÓ SÁNDOR (szerk.): *Családterápiás olvasókönyv*, Budapest, Animula, 7–8.
- DONG, MAXIA – ANDA, ROBERT F. – FELITTI, VINCENT J. – DUBE, SHANTA R. – WILLIAMSON, DAVID F. – THOMPSON, THEODORE J. – LOO, CLIFTON M. – GILES, WAYNE H. (2004a): The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction, *Child Abuse and Neglect*, 28. évfolyam, 2004/7., 771–784. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>
- DONG, MAXIA – GILES, WAYNE H. – FELITTI, VINCENT J. – DUBE, SHANTA R. – WILLIAMS, JANICE E. – CHAPMAN, DANIEL P. – ANDA, ROBERT F. (2004b): Insights into causal pathways for ischemic heart disease. Adverse Childhood Experiences Study, *Circulation*, 110, 1761–1766. DOI: <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000143074.54995.7F>
- DUBE, SHANTA R. – ANDA, ROBERT F. – FELITTI, VINCENT J. – CROFT, JANET B. – EDWARDS, VALERIE J. – GILES, WAYNE H. (2001): Growing up with parental alcohol abuse. Exposure to childhood abuse, neglect and household dysfunction, *Child Abuse and Neglect*, 25. évfolyam, 2001/12., 1627–1640. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00293-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00293-9)
- DUBE, SHANTA R. – FELITTI, VINCENT J. – DONG, MAXIA – CHAPMAN, DANIEL P. – GILES, WAYNE H. – ANDA, ROBERT F. (2003): Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use. The Adverse Childhood Experience Study, *Pediatrics*, 111. évfolyam, 2003/3., 564–572. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- DUBE, SHANTA R. – MILLER, JACQUELINE W. – BROWN, DAVID W. – GILES, WAYNE H. – FELITTI, VINCENT J. – DONG, MAXIA – ANDA, ROBERT F. (2006): Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence, *Journal of Adolescent Health*, 38. évfolyam, 2006/4., 444.e1–444.e10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.06.006>
- EDWARDS, VALERIE J. – ANDA, ROBERT F. – GU, DAVID – DUBE, SHANTA R. – FELITTI, VINCENT J. (2007): Adverse childhood experiences and smoking persistence in adults with smoking-related symptoms and illness, *Permanente Journal*, 11. évfolyam, 2007/2., 5–7. DOI: <https://doi.org/10.7812/TPP/06-110>
- FINKELHOR, DAVID – ORMROD, RICHARD – TURNER, HEATHER A. – HAMBY, SHERRY L. (2005): The victimization of children and youth. A comprehensive, natio-

- nal survey, *Child Maltreatment*, 10. évfolyam, 2005/1., 5–25. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077559504271287>
- FINKELHOR, DAVID – TURNER, HEATHER – ORMROD, RICHARD – HAMBY, SHERRY – KRACKE, KRISTEN (2009): Children’s exposure to violence. A comprehensive national survey, *Juvenile Justice Bulletin*, <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/227744.pdf> (letöltve: 2023. 02. 16.).
- FONAGY, PETER – TARGET, MARY (2005): *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében*, Budapest, Gondolat.
- FRANKÓ ANDRÁS (2021): Szenvedélybeteg szülők – elfeledett gyermekek, in F. LASSÚ ZSUZA – FRANKÓ ANDRÁS – KAPOSNÉ CZINKÓCZKI ANNAMÁRIA – KORMOS PIROSKA (szerk.): *Gyermekek mentálisan sérülékeny családokban*, Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat, 67–136.
- GÁL MARTINA – MAKARA MIHÁLY – MATUSZKA BALÁZS (2020): A negatív gyermekkori élmények összefüggései az iskolai végzettséggel és az öngyilkossággal, *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle*, 25. évfolyam, 2020/2., 5–9.
- GILBERT, RUTH – SPATZ WIDOM, CATHY – BROWNE, KEVIN – FERGUSSON, DAVID – WEBB, ELSPETH – JANSON, STAFFAN (2009): Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries, *The Lancet*, 373, 9657, 68–81. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- GLASER, DANYA (2002): Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment). A conceptual framework, *Child Abuse and Neglect*, 26. évfolyam, 2002/6–7., 697–714. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00342-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00342-3)
- GLAUBER ANNA (2021): Reziliencia – a gyermekek lélektani rugalmassága, in F. LASSÚ ZSUZA – FRANKÓ ANDRÁS – KAPOSNÉ CZINKÓCZKI ANNAMÁRIA – KORMOS PIROSKA (szerk.): *Gyermekek mentálisan sérülékeny családokban*, Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat, 179–203.
- GOLIER, JULIA A. – YEHUDA, RACHEL – BIERER, LINDA M. – MITROPOULOU, VIVIAN – NEW, ANTONIA S. – SCHMEIDLER, JAMES – SILVERMAN, JEREMY M. – SIEVER, LARRY J. (2003): The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events, *The American Journal of Psychiatry*, 160. (11.), 2018–2024. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.2018>
- HERMAN, JUDITH (2003): *Trauma és gyógyulás*, Budapest, Háttér Kiadó – Kávé Kiadó – NANE Egyesület.
- HOLT, STEPHANIE – BUCKLEY, HELEN – WHELAN, SADHBH (2008): The impact of exposure to domestic violence on children and young people. A review of the literature, *Child Abuse and Neglect*, 32. évfolyam, 2008/8., 797–810. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>
- HOYER MÁRIA (2000). A droghasználó és a család, in NÉMETH SÁNDOR (szerk.): *A droghasználaról – őszintén*, Budapest, B + V Lap- és Könyvkiadó Kft., 92–125.
- KELEMEN GÁBOR (2001): *Szenvedélybetegség, család, pszichoterápia*, Pécs, Pro Pannónia.

- KLEIN, MICHAEL (2005): *Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalanalyse, Konsequenzen*, Regensburg, Roderer.
- KOMÁROMI ÉVA (2009): Szülői traumatizáció – gyermeki addikció, in DEMETROVICS ZSOLT (szerk.): *Az addiktológia alapjai III.*, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 105–129.
- KOMÁROMI ÉVA (2010): A kodependencia, in DEMETROVICS ZSOLT – KUN BERNADETT (szerk.): *Az addiktológia alapjai IV.*, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 331–386.
- KURITÁRNÉ SZABÓ ILDIKÓ (2015): A gyermekkori családon belüli traumatizáció és következményei, in KURITÁRNÉ SZABÓ ILDIKÓ – TISLJÁR-SZABÓ ESZTER (szerk.): *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia*, Budapest, Oriold és Társai, 13–52.
- LYONS-RUTH, KARLEN – JACOBVITZ, DEBORAH (1999): Attachment disorganization. Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies, in CASSIDY, JUDE – SHAVER, PHILLIP R. (szerk.): *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*, New York, The Guilford Press, 520–554.
- MOE, JERRY (2020): *Gyerekszemmel a függőségről és a felépülésről*, Budapest, Magyar Máltai Szeretetszolgálat.
- MOLNÁR JUDIT (2015): Posztpartum poszttraumás stressz szindróma, in KURITÁRNÉ SZABÓ ILDIKÓ – TISLJÁR-SZABÓ ESZTER (szerk.): *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia*, Budapest, Oriold és Társai, 203–216.
- OLIVER, J. E. (1993): Intergenerational transmission of child abuse: rates, research, and clinical implications, *The American Journal of Psychiatry*, 150. (9.), 1315–1324. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.150.9.1315>
- ORAVECZ RÓBERT (2001): Alkoholfüggő szülők gyermekei – pszichotraumatológiai aspektusból, *Szenvedélybetegségek*, 9. évfolyam, 2001/3., 182–187.
- PUTNAM, F. – PERRY, M. – PUTNAM, K. – HARRIS, W. (2008): *Childhood antecedents of clinical complexity*, Annual Meeting of ISTSS, Chicago.
- SADOCK, BENJAMIN J. – SADOCK, VIRGINIA A. (2004): *Concise Textbook of Clinical Psychiatry*, Philadelphia, Lippincott Williams & Williams.
- SANDERS, MATTHEW R. – CANN, WARREN – MARKIE-DADDS, CAROL (2003): Why a universal population-level approach to the prevention of child abuse in essential, *Child Abuse Review*, 12. évfolyam, 2003/3., 145–154. DOI: <https://doi.org/10.1002/car.797>
- SCHAFFER, H. RUDOLPH (1996): *Social Development*, Oxford, Blackwell Publishers.
- SETHI, DINESH – BELLIS, MARK – HUGHES, KAREN – GILBERT, RUTH – MITIS, FRANCESCO – GALEA, GAUDEN (szerk.) (2013): *European report on preventing child maltreatment*, WHO, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf (letöltve: 2023. 02. 16.).
- TERR, LEONORE C. (2003): Childhood traumas. An outline and overview, *Focus*, 1. évfolyam, 2003/3., 322–334. DOI: <https://doi.org/10.1176/foc.1.3.322>

- TRICKETT, PENELOPE K. – MENNEN, FEROL E. – KIM, KIHUN – SANG, JINA (2009): Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents. Issues of definition and identification, *Child Abuse and Neglect*, 33. évfolyam, 2009/1., 27–35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.003>
- VALLEUR, MARC – VELEA, DAN (2002): Les addictionssansdrogue(s), *Revue Toxicbase*, 2002/6., 1–13.
- VAN DER KOLK, B. A. – PYNOS, R. S. – CICCHETTI, D. – CLOITRE, M. – D’ANDREA, W. – FORD, J. D. – LIEBERMAN, A. F. – PUTNAM, F. W. – SAXE, G. – SPINAZZOLA, J. – STOLBACH, B. C. – TEICHER, M. (2009): Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V., <https://www.complexttrauma.org/wp-content/uploads/2019/03/Complex-Trauma-Resource-3-Joseph-Spinazzola.pdf> (letöltve: 2023. 02. 16.).
- WILLIAMSON, D. F. – THOMPSON, T. J. – ANDA, R. F. – DIETZ, W. H. – FELITTI, V. J. (2002): Body weight, obesity, and self-reported abuse in childhood, *International Journal of Obesity*, 26. évfolyam, 1075–1082. DOI: <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802038>
- WOITITZ, JANET GERINGER (2002): *Alkoholbetegék felnőtt gyermekei*, Budapest, Félúton Alapítvány.

Children of addicts

The impact on the personality development in a dysfunctional family

ABSTRACT

The personality development of children growing up in a dysfunctional family won't be harmonious and will be unbalanced, as they take various roles in order to maintain the functioning of the family at the expense of their own personal development. As a result they struggle with many difficulties from early childhood in both their physical and mental health, that often has lifelong consequences. A notable vulnerability in relationships, in the domains of choosing a partner, starting a family, and raising children. In the absence of intervention, dysfunctional family functioning is likely to pass on from generation to generation. These children often experience things that no young child should experience. In case of alcoholism of one or both parents, the chance of adverse childhood experiences is 2-13 times higher. Chronic, multiplex intrafamilial traumatization has serious consequences in the physical, cognitive, emotional and social aspects of personality development.

KEYWORDS: dysfunctional families; Adverse Childhood Experiences; chronic, multiplex intrafamilial traumatization

HOFFMANN KATALIN | Krízisintervenció tanácsadó szakpszichológus, felnőtt klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus, képzésben lévő családterapeuta, színházterapeuta. Húsz éve dolgozik az addiktológia területén. A Láthatatlan árvák című könyv egyik szerzője, szerkesztője.