

Generációkon átívelő ismétlődő (összetett) hátrányok hajléktalan családok körében

Transgenerational disadvantages within homeless families

Fehér Boróka¹ – Lengyel Lea²

<https://doi.org/10.51624/SzocSzemle.15054>

Beérkezés: 2024. 01. 28.

Átdolgozott változat beérkezése: 2024. 05. 10.

Elfogadás: 2024. 06. 06.

Összefoglaló: A tanulmány a hajléktalan élethelyzetben élők összetett hátrányait térképezi fel a szakirodalmi összefoglalót követően 22 olyan család adatainak másodelemzése által, akiknek legalább két, néhány esetben három generációja vette igénybe a Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei valamelyik hajléktalanellátó szolgáltatását. A szülők (a mintavétel sajátosságai miatt elsősorban anyák), gyermekeik és unokáik életén keresztül mutatja be a szegénység, szülői minták, abúzusok, szerhasználat, pszichoszociális fogyatékoság, nem megfelelő szülői vagy kiilleszkedett magatartás öröklődő mintázatait, melyek együtt traumaként is értelmezhetők. A trauma befolyásolja az egyén érzelmeit, magatartását, és az amúgy problematikus viselkedés új értelmezést nyer: egy abnormális stresszhelyzetre adott megfelelő válasznak tűnik, nem pedig devianciának vagy kudarcnak. A szerzők ezek alapján javaslatokat fogalmaznak meg a szociális ellátórendszer megerősítésére, hogy meg tudják előzni ezek kialakulását, ismétlődését, és hozzájáruljanak az érintettek gyógyulásához, rehabilitációjához.

Kulcsszavak: hátrányos helyzet, trauma, hajléktalan, nők, intergenerációs hátrány

Abstract: The study explores the transgenerational disadvantages of homeless people, analysing data of 22 families where two or, in some cases, three generations have turned to homeless services in Budapest. Through the lives of the parents (mothers in most cases), children and grandchildren we follow patterns of poverty, parental role, abuse, substance use, psychological disorders, unfit parental behaviour and social disintegration, that together can be interpreted as trauma. Trauma influences the way an individual behaves and feels in certain situations, providing a rational explanation to the seemingly irrational, unruly or deviant behaviour. After the summary recommendations are proposed to strengthen social services, enabling them to prevent the regeneration of the above and taking part in the recovery of the members of these families.

Keywords: disadvantages, trauma, homeless, women, transgenerational, disadvantage

1 Károli Gáspár Református Egyetem, Gazdaságtudományi, Egészségtudományi és Szociális Kar – Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, email: feher.boroka@kre.hu

2 Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, email: lengyel.lea@bmszki.hu

1. Bevezetés

Tanulmányunkban olyan családok történeteit vizsgáljuk, ahol két vagy több generáció él hajléktalan élethelyzetben. A családok történeteit átszövi a szegénység, szenvedélybetegség, pszichoszociális fogyatékoság, abúzus, nem megfelelő szülői viselkedés, társadalmi kiilleszkedés. Ezek a hátrányok egymással kölcsönhatásban állnak, egymás hatását erősítve nehezítik meg a család tagjainak boldogulását, társadalmi részvételét. A sok esetben már a fogantatás pillanatától jelen lévő nehézségek együtt traumaként is értelmezhetőek, melyek generációról generációra öröklődnek.

A trauma széles körű szakirodalmából tudjuk, hogy a trauma befolyásolja az egyén érzelmeit, magatartását, és az amúgy problematikus viselkedés új értelmezést nyer: egy abnormális stresszhelyzetre adott megfelelő válasznak tűnik, nem pedig devianciának vagy kudarcnak (Fábián 2017). Tanulmányunkban a hajléktalan élethelyzetben élők transzgenerációs traumáit térképezzük fel bizonyos sarokkövek mentén. Vizsgálatunk egyediségét a felhasznált széles körű adatok adják, melyeket hajléktalan élethelyzetben lévő emberekkel szerzett kutatói tapasztalatunk mellett szociális munkás esetkezelői szemléletünkkel dolgoztunk fel. Témánk relevanciáját támasztja alá az is, hogy a hazai hajléktalanellátás megalakulása (lásd Albert–Dávid 2001, Oross 2001, Pelle 1999) után napjainkra telt el annyi idő, hogy megjelenhetnek a hajléktalanellátásban azok is, akiknek szülei az első igénybevevők között voltak a rendszerváltozást követően. Ezt igazolja az is, hogy vizsgálatunkban azok, akik nem családtagjaikkal egy időben, közösen, általában előre ki nem számítható életesemény miatt váltak hajléktalanná, fiatalabban jelentek meg az ellátórendszerben úgy, hogy legalább egy szülőjük már régebb óta igénybevevő volt. Sokszor látunk arra is példát, hogy a most mintánkba került személyek egyénként anya-gyermek relációban vagy teljes családként már megjelentek valamilyen szociális ellátásban, így szociális igénybevevői „karrierjük” nem a hajléktalanellátás intézményeiben indult, hanem például gyermekként vagy szülőként anyaotthonban, családok átmeneti otthonában.

Az elmúlt időszakban több olyan kutatáson dolgoztunk, ahol hajléktalan nőkkel kapcsolatos kérdéseket jártunk körül, mint például a gyermekvállalás, párkapcsolaton belüli dinamika, iskolázottság. Több olyan hajléktalan nő adatait elemeztük, akinek gyermekei, olykor unokái is a hajléktalanellátó rendszer igénybevevői. Egy korábbi cikkünkben ezért már célzottan a másod-, olykor harmadgenerációs hajléktalanság jelenségével foglalkoztunk, a látókörünkbe került hajléktalan élethelyzetben lévő családtagok életútját vizsgáltuk, különös tekintettel azokra az elemekre, melyek generációk között ismétlődően megjelennek – még akkor is, ha egyáltalán nem volt közvetlen szülő-gyermek kapcsolat, s a gyermeket esetleg már egészen kicsi korától valaki más nevelte (Fehér–Lengyel 2023b).

Írásunkban konkrétan, szavakkal elmondott traumákat elemzünk, azonban az ügyfelek jó része nem tudja vagy nem akarja verbalizálni a megélt nehéz életeseményeket, bántásokat és sérüléseket. Vannak, akik úgy vélik, hogy aki éveken át nem beszél a traumáról, vélhetően már nem is lesz rá képes soha (Heller 2006), miként az is ismert, hogy az élmények kimondhatatlansága, az elmondás vágya és a tagadás

vágya között mekkora feszültség van jelen (Pohárnok–Lénárd 2015). A biztonságot és az otthon jelentő közeg elvesztése (ha egyáltalán rendelkeztek vele valaha) önmagában is traumatikus hatású lehet. Tanulmányunk zárásaként azzal kapcsolatban fogalmazunk meg javaslatokat, hogy bánhatna a lehető legjobban a szociális szakma, azon belül is a hajléktalanellátás a rábízottakkal.

2. Hajléktalanná válásban szerepet játszó életesemények

A hajléktalan élethelyzetben többféle depriváció van egyszerre jelen, felerősítve egymás hatását. A hajléktalanság sok esetben összekapcsolódik a szegénységgel és a lakhatási szegénységgel, hiszen a hajléktalanná válást sokszor megelőzi egy hosszabb-rövidebb életszakasz, amikor az egyén valamilyen lakhatási problémával küzd, például nem összkomfortos lakásban él, szerződés hiányában kiszolgáltatott a főbérelőnek, vagy közüzemi tartozásai vannak. További mintázatok is megfigyelhetők, mint például a nem megfelelő szülői magatartás, abúzusok, szenvedélybetegségek, pszichoszociális fogyatékoság, kiilleszkedett magatartás, melyek akár a fogantatástól és születéstől jelen vannak alanyaink (és felmenőik) életében, lehetséges gátat szabván a társadalmi mobilitásnak.

2.1. Szegénység

Míg a hazai szegénységi mutatók az utóbbi években javulni látszanak, a szegénységi küszöb és a szegénységben élők jövedelme egyre távolodik egymástól, jelentősen akadályozva a legnehezebb helyzetűek kitörését (Huszár 2022, Gábos–Tátrai 2022). A növekvő szegénység különösen azokat sújtja, akik nem tudtak profitálni a munkaerőpiaci fellendülésből. „A nagyon alacsony munkaintenzitású és az iskolázatlan háztartásfővel rendelkező háztartásokban, továbbá a falvakban és az anyagilag súlyos deprivációban élők körében az átlagosnál és a többi szegénységi küszöb esetében megfigyeltnél is nagyobb mértékben emelkedett a mediánjövedelem 40 százaléknál szegényebbek aránya” (Gábos–Tátrai 2023: 155).

Több kutatás is rámutatott, hogy a szegénységnek társadalmi következményei is vannak (lásd például Sen 1983, Bourdieu 2008), valamint hogy a társas kapcsolatok (is) alapvető szerepet játszanak a társadalmi integráció (és így a kirekesztődés) folyamatában (Castel 1993, Levitas 2006). A szegénységben élők a különböző kapcsolati mérőszámok terén is rosszabb helyzetben vannak a jobb módú embereknél: kisebb azoknak a köre, akikkel bizalmas, fontos beszélgetést folytathatnak, kevesebb erős kötéssel és barátal rendelkeznek, és társas kapcsolataik kisebb mértékű kapcsolati erőforrást jelentenek (Albert–Hajdu 2023). A szegénység (különösen annak súlyos anyagi deprivációs dimenziója) és a kapcsolati deficit hiánya egymást erősítő folyamatok lehetnek, közösen erősítve a társadalmi kirekesztődés többdimenziós folyamatát.

A lakhatási szegénység is a szegénység egy (lehetséges) dimenziója. A hajléktalanság és a lakhatásból való kirekesztettség európai tipológiája a hajléktalanságot tágan

értelmezi és a lecsúszás lehetőségét magukban hordozó élethelyzeteket is figyelembe veszi. A négy fő kategória a fedélnélküliség, a lakástalanság, a bizonytalan lakáshelyzet és az elégtelen lakáskörülmény. Ebben a felosztásban helyet kapnak például a nem jogszabályszerű albérletben élők, a lakhatásra alkalmatlan ingatlanban élők, azok a helyzetek, mikor a túlzásfoltosság mértéke meghaladja az adott ország küszöbértékét, de azok is szerepelnek benne, akik ingatlan-végrehajtási határozattal rendelkeznek vagy erőszakos fenyegetésben élnek (ETHOS). A lakhatási szegénység nem csak akkor áll fenn, ha az ingatlan rossz állapotban van, túlzásfolt vagy legalább egy közüzemi szolgáltatás hiányzik. Figyelembe kell venni a lakásra fordítandó kiadásokat, a lakbért, a rezsiköltséget és a lakáshitel törlesztőrészletét is. Kutatási eredmények szerint amennyiben a háztartási jövedelem több mint 30 százalékát költik a fenti kiadásokra, már megfizethetőségi probléma áll fenn (Jelinek–Czifrusz 2023). A megfizethetőségre vonatkozó felmérések szerint minél alacsonyabb egy háztartás bevétele, annál nagyobb arányát teszik ki a lakhatási költségek (Ámon 2023).

A lakhatás nemcsak azt jelenti, hogy az egyén rendelkezésére áll valamilyen fizikai környezet, hanem kapcsolódik hozzá többek között a biztonság, a családi élet, a pihenés, az önkifejezés és a társadalmi integráció is. Éppen ezért a lakhatás egyenlőtlenségek és elosztási hiányosságok színtere (Dombrovsky 2022).

2.2. Nem megfelelő szülői magatartás

Minden szülő más mintákkal és eszközkészlettel indul el a szülői szerep felé (Berentés 2022). A pszichológiai kutatások már régóta foglalkoznak a gyermekkor és a szülői minták hatásaival, illetve a szülői „felelősséggel” (lásd például Erikson 2004, Havelka 2011), olyan kutatást azonban nem ismerünk, mely ezeket a szempontokat hajléktalan emberek között vizsgálja.

Kántor (2019) a (volt) állami gondozott fiatalok körében tapasztalható lelki otthontalanságról ír, több olyan külföldi kutatást ismertetve, ahol volt állami gondozott fiatal hajléktalan emberek otthontalanságának külső és lelki komponenseit vizsgálták. Köztük külön csoportot alkottak azok, akik nem ismerték egyik vagy mindkét szülőjüket, akiknek a szülei válás után megszakították a másik féllal a kapcsolatot, illetve akiket külföldről fogadtak örökbe, így nemcsak vér szerinti szüleit, de eredeti kultúrájukat is elvesztették. Kvantitatív adat is rendelkezésünkre áll az állami gondoskodásban is megfordult emberekről (Győri 2021). Győri leszögezi, hogy maga a családból való kiemelés is több, nem kimondottan a szülők viselkedésével, képességeivel összefüggő okra vezethető vissza, amelyek önmagukban is hátrányokat jelentenek – ilyen például a sajátos nevelési igény, a fogyatékoság vagy a pszichés fejlődési zavar. 2020-ban a február 3-i felmérésre³ válaszoló hajléktalan emberek közül minden ötödik mondta, hogy valaha volt állami gondozásban, és mi-

3 A február 3-i kutatás országos kérdőív alapú adatgyűjtés hajléktalan szállókon és közterületen éjszakázók körében, mely minden évben február 3-án kerül lebonyolításra. Bár az adatgyűjtés nem teljes körű (mind a szolgáltatók, mind a hajléktalan válaszadók részvétele önkéntes), Magyarországon nincs más, ennél szélesebb kört elérő felmérés.

nél fiatalabb a válaszadó (minél közelebb áll a családalapításhoz), annál magasabb az arány (29 év alatt minden második, 30 és 49 év között minden harmadik válaszadó volt gyermekkorában hosszabb vagy rövidebb ideig állami gondozásban)! Azok a hajléktalan emberek, akik állami gondozottak is voltak, jellemzően alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, többen vettek részt pszichiátriai vagy neurológiai kezelésem, és kevesebben voltak azok, akik hajléktalanná válásuk előtt saját tulajdonukban vagy bérleményükben éltek. Többen éltek kéregetésből, gyűjtögetésből, kukázásból, vagy teljesen jövedelem nélkül, mint azok között a hajléktalan emberek között, akik sosem voltak állami gondozásban.

Szoboszlai (2012) interjú kutatásában azt találta, hogy a hajléktalan nők gyermekkori állami gondozásba kerülésének háttérében általában a szülők elhanyagoló bánásmódja és különböző szülői devianciák álltak. Több interjúalany közvetlenül születése után csecsemőotthonba került. A családban nevelkedettek között is többen beszéltek családját elhagyó anyáról, szenvedélybeteg, bántalmazó szülőkről, gyakori költözésekről vagy ingázásról a külön élő szülők között, de olyan történeteket is talált, ahol a család pozitív szerepet játszott, s meleg, szeretetteljes légkör uralkodott.

Korábbi adatelemzéseink során mi is vizsgáltuk azokat, akik családjukban nevelkedtek, és azokat, akik életük bármely szakaszában a gyermekvédelmi szakellátás rendszerébe kerültek (lásd például Fehér–Lengyel 2023a). Különösen fontos volt ez azokban az eredményeinkben, amikor a két csoport közötti hasonlóságokat és különbségeket azonosítottuk. Diszfunkcionálisnak tekinthetünk minden olyan családot, ahol a szülő bármilyen okból nem tudja ellátni alapvető funkcióit, azaz szocializációs, gazdasági és társadalmi feladatait, illetve a gyermeknevelésből tartósan hiányzik a szeretet, a következetesség és a megértés.

2.3. *Abúzusok*

A kutatások szerint a hajléktalan emberek élettörténetében számos abúzus, bántalmazás található – maga a hajléktalan lét is veszélyeztető tényező, de a hajléktalanná válás előtt, akár gyermekkorban, akár felnőttként sokan kerültek áldozat szerepbe.

Hajléktalan nők körében nemzetközi (lásd például Baptista 2010, Bretherton–Mayock 2016) és hazai kutatások (Fehér–Lengyel 2023a, Lengyel 2021, Szoboszlai 2012) is magas érintettségéről számolnak be mind a párkapcsolati, mind a gyermekként elszenvedett bántalmazások területén. A párkapcsolaton belül megélt agresszió minden esetben más és más, hiszen két adott egyén patológiás interakciója időről időre ismétlődik (Bancroft 2022). Gyakran maguk az áldozatok nem is definiálják bántalmazásként az elszenvedett verbális, fizikai vagy szexuális agressziót (Miraigla et al. 2018).

A bántalmazó párkapcsolatban élő szülők gyermekei, ha maguk nem is válnak közvetlenül bántalmazottá, mindenképpen elszenvedői a felnőttek közti erőszaknak, melynek hatására eltérő viselkedési reakcióval válaszolnak: például kisebb testvéreik vagy a bántalmazott szülő védelmezőivé válnak, vagy saját világukba menekülnek (Bancroft 2023, Hill 2021). Az erőszakos szülők melletti nevelkedés

mintává válik: „a fiúk nagyobb valószínűséggel ismétlik meg a bántalmazó szülő (általában az apa) viselkedését, a lányok inkább az áldozat narratíváját teszik magukévá, még akkor is, ha az anyjuk volt az erőszakos” (Hill 2021: 212). Meghatározó az elszenvedett bántalmazás gyakorisága, időpontja, időtartama a gyermek életében, hiszen ezeken keresztül mérhető az elsődleges szocializáció sérülése (Révész 2015).

Az Egyesült Királyságban egy vizsgálat azt is kimutatta, hogy míg a nők leggyakrabban családon belüli erőszak miatt válnak hajléktalanná, a férfiak közül sokan „külső erőszak” elől menekülnek (Cramer 2005). Nem elhanyagolható a hajléktalanná válás utáni abúzusok súlya sem, különösen az elszenvedett fizikai erőszakra vonatkozó adatok fényében. Még azok a hajléktalan emberek is, akik hajléktalanszállón és nem közterületen alszanak, gyakrabban válnak bűncselekmények áldozatává, mint a lakásban élők. „Annak valószínűsége pedig, hogy valaki szexuális vagy egyéb fizikai erőszak áldozatává válik, minden hajléktalanul eltöltött évvel nő, a férfiak és a nők esetén egyaránt. Ez az erőszak sokszor nyilvános helyen történik, a jelenségre nem reagáló »közönség« előtt, ami öröki körként csak tovább súlyosbítja az áldozat bizalomvesztését és sebzettségét” (Kántor 2019: 34). Györi (2021: 101) felhívja a figyelmet a fejsérülések és a hajléktalanság „eddig még meg nem fejtett (...) lehetséges kapcsolataira” – a hazai felmérésen minden harmadik hajléktalan ember igennel válaszolt arra a kérdésre, hogy „Volt-e már komolyabb (például eszméletvesztéssel járó) fejsérülése?” Fadgyas-Freyler (2017) egészségügyi biztosító adatai alapján végzett elemzéséből látszik, hogy ez sokszorosa az „átlagnépesség” hasonló adatainak.

2.4. Szenvedélybetegség

A szenvedélybetegség és a hajléktalanság kapcsolatával számos tanulmány foglalkozik. A függőség kiváltó oka minden esetben az egyén fájdalma, amire enyhülést remél, cselekedete pedig egyfajta öngyógyszerezésként is felfogható. Lehetséges, hogy a fájdalom forrását nem is tudatosította magában, s csupán érzelmi szinten jelenik meg. A szenvedélybetegséggel küzdők gyermekkorukban a legkülönbözőbb sérüléseket élik át: többek között verést, elhanyagolást, erőszakot, gondatlanságot, elutasítást (Máté 2022). Maga a függőség nem tekinthető örökletesnek abban az értelemben, hogy nincs olyan gén, mely felelne a függőség kialakulásáért és generációkon átívelő megjelenéséért. A genetikainak tekinthető faktorok főként az egyes ingerekre adott válaszadásra hatnak, de ezt befolyásolja maga az egyén, habitusa, szocializációja, személyiségjegyei, tapasztalatai, így döntése mindig egyedi (Kapitány–Fövény 2019). Ugyanakkor az alkoholista szülő mellett felnövő gyermekek legalább negyede lesz maga is alkoholista felnőtt (Forward 2014). A szerhasználat öröklődési mintája egyre inkább ismert, azonban főként az alkoholfogyasztási adatokra koncentrálnak, mint ahogy a szerhasználó szülők mellett felnövő gyermekek bemutatása is (például Forward 2014). A nők alkoholfüggőségével azonban ezen belül is későn és főként megbélyegző módon (például fékezhetetlen szexualitás és rossz anya stigmával) kezdtek el foglalkozni (Kaló 2020). Az alkohorról való széles körű

tudásunk mögött állhat, hogy a zsidó-keresztény kultúrkörben ez a legrégebb óta ismert tudatmódosító szer, s csak remélhető, hogy azért áll a kutatási érdeklődés középpontjában, mert „az alkohol minden tekintetben a legveszélyesebbek közül való kemény drog” (Detrovics 2016).

Paksi és kutatótársai a szenvedélybetegségeket vizsgálták a 2017. február 3-i országos, hajléktalan emberek közötti felmérés során, 1302 válaszadó adatai alapján (2021). A legelterjedtebb pszichoaktív szer a dohányzás volt, a válaszadók 83 százaléka dohányzott, míg 65,6 százalék fogyasztott a kérdezést megelőző hónapban alkoholt. Minden negyedik hajléktalan ember iszik mindennap alkoholt, és 60 százalék ivott részegségig vagy rohamivás formájában a kérdezés előtti évben. Nyugtatót és/vagy altatót orvosi rendelvény nélkül minden tizedik hajléktalan ember szedett. A kutatást megelőző évben minden hetedik, az azt megelőző hónapban pedig minden tizedik hajléktalan ember fogyasztott valamilyen tiltott szert (intravénás vagy egyéb drogot). Az új, szintetikus drogok váltak a legnépszerűbbé, és a drogfogyasztók háromnegyede többfélét is használ (polydrog-használó). A válaszolók többsége már a hajléktalanná válása előtt használt kábítószer.

A drogfogyasztók egyharmada, az alkoholfogyasztók közel fele számolt be arról, hogy a drog/alkohol miatt már jelentkeztek életükben fizikai és/vagy lelki problémák, intézményes és/vagy személyes kapcsolataikban is tapasztaltak káros következményeket, illetve több mint egyharmaduk vett igénybe járó- vagy fekvőbeteg egészségügyi ellátást. Az átlagnépességhez viszonyítva a hajléktalan emberek között magasabb a folyamatos droghasználók, és közöttük is a polydrog-használók aránya, kétszer annyian dohányoznak, és különösen az excesszív ivás tekintetében sokkal veszélyeztetettebbek. Fadgyas-Freyler (2017) ugyanerre a megállapításra jutott az egészségügyi szolgáltatók adatai alapján: a hajléktalan emberek az átlagnépességhez képest sokkal gyakrabban fordultak orvoshoz „elsősorban nem gyógyszerként használt anyagok toxikus hatása”, illetve „drogok, gyógyszerek és biológiai anyagok által okozott mérgezések” miatt.

2.5. Pszichoszociális fogyatékoság⁴

A hajléktalan emberek és a pszichoszociális fogyatékoságok a köztudatban gyakran összefüggenek (lásd például Légman-Vályi 2022), és a szociális intézményekben is elterjedt vélekedés, hogy a hajléktalan emberek jelentős része valamilyen pszichés terheltséggel küzd (Gyöngyösi 2019). A 2020-as országos február 3-i adatfelvétel szerint ugyanakkor „csak” a hajléktalan emberek 29 százaléka vett részt saját bevallása szerint valamilyen pszichiátriai kezelésen (Györi 2020). Más, kisebb mintás vizsgálatok ennél jóval magasabb érintettséget találtak: szakemberek önként jelentkezők csoportjánál 86 százalékban diagnosztizáltak valamilyen pszichiátriai kórké-

⁴ Jelen tanulmányban következetesen a pszichoszociális fogyatékoság szókapcsolatot használjuk, mely teljes értékű szinonimája a pszichoszociális károsodásnak. Bár ezen fogalmak a jogszabályban eltérő definícióval találhatók meg (lásd Gurbai 2017), fontosnak tartjuk az érték- és előítélet-mentes szóhasználatot a korábbi, jelentősen megkérdőjelezhető szavak helyett.

pet (Braun–Gazdag 2015), és szociális munkások tapasztalatai szerint egy felmérés 70-90 százalék közötti arányt talált (Gyöngyösi et al. 2021).

Bizonyos kórképek nagyobb eséllyel jelennek meg az egyénnél, ha a családban már volt érintett. A skizofrénia családon belüli megjelenése például halmozódik. Bár nincs olyan gén, mely predeterminálná, az „öröklődés és a genetikai faktorok számottevő szerepet játszanak a betegség kialakulásában” (Nagy 2015: 12). Továbbá mind a nehéz életút, mind a sokszor többszörös traumatizáltság, valamint maga a hajléktalan élethelyzet magában rejt olyan kockázati tényezőket, melyek felerősítik a mentális állapotromlás esélyét. Ha a gyermekkori fizikai, érzelmi vagy szexuális bántalmazások nem is eredményeznek közvetlenül pszichoszociális fogyatékossgot, az erősen valószínűsíthető, hogy az idegrendszer fejlődését megváltoztató neurobiológiai folyamatokat indítanak el (Teicher 2004). Mivel a gyermekkori traumatizáció patológiás következményei ismertek (lásd például Merza 2018), a diagnózis ismétlődése ezek folyamánya is lehet.

2.6. *Kiilleszkedett magatartás*

Robert Castellel együtt a szegénység problémáját a társadalmi integráció dimenziójában vizsgáljuk, a kiilleszkedést folyamatként értelmezve. „Így nézve, a szegénység olybá tűnik, mint a valahová tartozásból való sorozatos kiszakadásoknak és a kapcsolatteremtés sorozatos kudarcainak eredője, melyek következtében az egyén »lebegővé« válik, a társadalmi lét senkiföldjére sodródik” (Castel 1993: 5).

Kozma tanulmányában több olyan viselkedésmódot leír, mely a szegénységben élő, kiilleszkedett egyének, családok esetében megfigyelhető. Ilyen például a családi kapcsolatok labilitása, a „sodródó és élősködő életvitel (...) az agresszív és deviáns viselkedés, melyhez rendszerint társulnak azok a nevelési sajátosságok, melyeket a szociális munkában a gyermekek veszélyeztetéseként értékelünk. Ezekhez még hozzátehetjük a segítőköt leginkább zavaró kapcsolati sajátosságokat, mint amilyenek az előrelátás és a felelősségvállalás hiánya, a szociális szolgálatok manipulációja, a rendszeresen ismétlődő krízis-szcéna, a segítő félrevezetése és megfélemlítése, a megállapodások be nem tartása, valamint a játszámák” (Kozma 2003: 18). Kozma ezeket a „kiilleszkedési karrier” folyamán, a túlélés érdekében elsajátított viselkedési formáknak tekinti, melyek csak a „beilleszkedettek” szemszögéből tűnhetnek irracionálisnak.

Ezek a magatartások gyakran a szerhasználat vagy a pszichés állapot következményei is lehetnek. Fadgyas-Freyler például bemutatja, hogy hajléktalan emberek körében a leggyakoribb, az átlagnépességre kevésbé jellemző panaszok, amellyel orvoshoz kerülnek a „sérülések, pszichoaktív és toxikus anyagok használatának következményei, illetve hangulatzavarok” (Fadgyas-Freyler 2017: 118). A harmadik leggyakoribb ok valamilyen egészségügyi ellátás igénybevitelére a pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok F10–F19-es kód alapján. Paksi és szerzőtársai (2021) szerint a droghasználók között lényegesen magasabb azoknak az aránya, aki kéregetésből, kukázásból, gyűjtögetésből élnek, vagyis erősebben kiilleszkedettek.

3. Transzgenerációs traumák

A fentiek – szegénység, nem megfelelő szülői magatartás, abúzus, szenvedélybetegség, pszichoszociális fogyatékoság, kiilleszkedés folyamata – mind eredményezhetnek olyan sérülést, mely traumaként rögzül és befolyásolja az egyén egész további életét. A trauma fogalmát, annak hatásait szerintünk legjobban Heller fogalmazta meg, kutatási anyagunk és terepen végzett munkánk tapasztalatai alapján is meszszenenőkgig egyetértünk a következővel: „A traumát sokan olyan puskalövéshez hasonlítják, mely halálos sebet hagy a pszichén. Ezért aztán a trauma sebei sosem gyógyulnak be. Lehet a sebet kezelni és kötözni. De még ha be is zárul a seb, a heg soha el nem tűnik” (Heller 2006: 14).

A trauma görög eredetű szó, sebet, sérülést jelent és a 17. század közepén jelent meg az orvosi szakirodalomban; kizárólag fizikai sérülésekre vonatkoztatták (Erős 2008). Maga a trauma fogalom a pszichológiába a 19. századi baleseti sebészetből került. Freud és Lacan révén terjedt el a pszichoanalízisben, ahonnan történészek adaptálták történelemmel és emlékezettel foglalkozó munkáikba. A trauma fogalma a második világháború után került a fókuszba, majd a vietnámi háborúból visszatérő katonák beszámolóí hatására kezdődtek meg a háborús borzalmak életre gyakorolt hatásaira vonatkozó kutatások, sőt, ekkor már a háborút meg nem járt családtagokra is koncentráltak (Heller 2006).

Bár a traumakutatás alapjait háborúk és népiirtások kollektív traumája tette le, nem szabad elfelejtenünk, hogy az egyénnel szemben leggyakrabban nem idegen személyek követnek el bántalmazást, hanem a családban szenved el a legtöbb traumát (Orvos-Tóth 2018). A traumát átélt személyek egy részénél kialakul a poszttraumás stressz szindróma (PTSD), a gyermekkorban, legtipikusabb tartós elhanyagolás és bántalmazás formájában átélt trauma (Barron–Friedman–Gell 2023) esetében pedig úgynevezett komplex PTSD, más néven fejlődési trauma (Hill 2021).

A trauma fogalma nem egységes. A klinikumban a traumatizáltság kritériuma a PTSD-tünetek megléte, míg egyes kutatásokban a nehéz életeseményeket megtapasztalt személyt tekintik traumatizáltnak (Békés 2012). Diagnosztikai szempontból az tekinthető traumának, amikor az egyén súlyosan megsérül, vagy fennáll ennek a veszélye. Ezen megközelítés szerint ha egy gyermek szemtanúja annak, ahogy az egyik szülője a másikat bántalmazza, az olyan traumatizáló, mintha magát a gyermeket érte volna a bántalmazás (Berentés 2022). Más megközelítésben a trauma belső sérülés, melyet fájdalmas esemény váltott ki. A trauma feldolgozás nélkül gátolja a személyes fejlődés lehetőségét, emellett sok betegség oka lehet (Máté–Máté 2022).

A traumák vizsgálatakor társadalomtudósként nem lehet eltekinteni attól a szocioökonómiai környezettől, melyben az egyén vagy a csoport elszenvedi azokat. Különösen fontos ez azért, mert a tünetek így értelmezhetőek, beemelve azt a szempontot, hogy térben és időben milyen hatással vannak a csoport egyes tagjaira, illetve a csoport egészére, esetünkben a családtagokra és a családra (Erős 2008). A holokauszt vagy például

a különböző országokban⁵ élő őslakosok bentlakásos iskoláiba kényszerített túlélők körében végzett kutatásokból sokat tudunk a trauma transzgenerációs hatásáról, főként arról, hogyan jelennek meg a sérülések és a szülők által elszenvedett negatív élmények a gyermekek és unokák diszfunkcióiban. Bár sok esetben a traumát megélt, felnőtté vált személy családot alapít, s látszólag sikeresen alkalmazkodik az őt körülvevő világhoz, a legitimebb kapcsolatban, a szülő-gyermek viszonyban nem tud helytállni, s ebben a nagyon érzékeny dinamikában mutatkoznak meg a túlélő szülő alapvető problémái. Több kutatás bizonyítottan látja, hogy a közvetlenül átélt traumák nemcsak a gyermekekre vannak hatással, hanem a harmadik és akár a negyedik generációra is (Békés 2012). Az átadás tehát szülő és gyermek között történik, így hat a múltból a jövőbe (Máté–Máté 2022), sokszor nem is tudatosan (Wolynn 2023) és megingatja a társadalomba vetett ösbizalmat (Virág 2001).

Az Amerikai Egyesült Államokból származó ACE⁶-kutatások, melyek az ártalmas gyermekkori tapasztalatok gyakoriságát és hosszú távú hatásait mérik longitudinális módszerrel, felhívták a figyelmet a családon belül elszenvedett gyermekkori traumák magas arányára, illetve igazolták, hogy minél több ártalomtípus elszenvedője volt az egyén gyermekként, annál nagyobb a felnőttkori egészségkárosodás, valamint az egészségkárosító magatartás (például szenvedélybetegség) esélye (ACEs Prevention 2019, Ujhelyiné–Kuritárné 2020, Perry–Szalavitz 2021). Fitzpatrick és szerzőtársai (2013) az Egyesült Királyságban végeztek széles körű kutatást a hajléktalan élethelyzetű emberek ártalmas gyerekkori tapasztalatairól. A 452 meginterjúvált között csak elvétve akadt olyan, akinek ne lett volna ártalmas gyerekkori tapasztalata, míg a válaszadók 23 százaléka számolt be szexuális, 22 százalék fizikai bántalmazásról, 27 százalék látta, ahogy szülei bántalmazzák egymást, 24 százaléknak legalább az egyik szülője küzdött valamilyen szenvedélybetegséggel, és 15 százalék esetében fordult elő, hogy nem volt mit ennie. 16 százaléknak a családja is hajléktalan volt,⁷ 34 százalék szökött meg kis korában legalább egyszer otthonról úgy, hogy éjszakára nem tért haza, és sokan nagyon fiatalon váltak először hajléktalanná. Más kutatások is megerősítik a kapcsolatot a szegénység, a családon belüli erőszak és elhanyagolás, a hajléktalanná válás, valamint a felnőttkori áldozattá válás, a mentálhigiénés problémák és a magas kockázatú magatartás között (lásd például Theodoru–Johnsen 2017).

Bár Magyarországon nem tudunk olyan vizsgálatról, amely kimondottan hajléktalan élethelyzetű emberek ártalmas gyermekkori tapasztalataival foglalkozna, a 2014. évi február 3-i, országos kutatásban a hajléktalan emberek lehetséges PTSD-tüneteit gyűjtötték össze (Fehér–Szabó 2017). A kutatók a PROTECT (Matevžič 2017), eredetileg kínzás áldozatainak felismerésére és támogatására kidolgozott kérdéssort használták. A 10 434 válaszadó közül 8155 fő mind a tíz vonatkozó kérdésre válaszolt. A válaszadók 54 százaléka gyakran alszik rosszul, 47 százaléknak

5 Ausztrália: <https://healingfoundation.org.au/looking-where-the-light-is/> és Denborough 2008; Kanada: <https://www.traumastoryhealing.ca>

6 Adverse Childhood Experiences Study.

7 Az Egyesült Királyságban sokkal tágabban értelmezik a hajléktalanságot, hazánkban a hajléktalan emberek gyermekkori lakhatási helyzetéről ilyen adat nem áll rendelkezésünkre.

vannak gyakori fájdalmai – a fejfájásra külön kérdés vonatkozott, erre 36 százalék válaszolt igennel. 47 százalék gondol gyakran múltbeli fájdalmas eseményekre, 36 százalék felejt el gyakran dolgokat, 35-35 százalék tud nehezen összpontosítani, illetve gurul könnyen dühbe, 20 százalék érez gyakran félelmet vagy rémületet, és 20 százaléknak vannak gyakran rémálmai. A nők, az alacsony iskolai végzettségűek és a régebb óta hajléktalan emberek szinte minden kérdésre gyakrabban válaszoltak igennel. A válaszadók 11 százalékánál magas a PTSD valószínűsége (legalább nyolc kérdésre válaszoltak igennel), míg 38 százalékánál közepes (4–7 igen válasz). Ugyanez az arány a nők között: 18, illetve 44 százalék, a legalacsonyabb iskolai végzettségű nőknek azonban 35 százaléka tartozik a magas rizikójú csoportba!

4. Kutatásunk

4.1 Módszertan

4.1.1 Adatbázis

Korábbi tanulmányunkban a Budapesti Módszertani Központ és Intézményeinek (BMSZKI⁸) valamely átmeneti szállóján lakó 50 nő intézményi dokumentációjának másodelemzését mutattuk be. A vizsgálat célja a hajléktalan emberekről szóló irodalomból hiányzó és a nők élettapasztalataihoz szorosabban kapcsolódó területek azonosítása és feltárása volt, mint az anyaság, a külön élő kiskorú gyermekekkel való kapcsolattartás, vagy a korábbi és jelenlegi párkapcsolatok szerepe akár a hajléktalanná válás, akár már hajléktalan élethelyzetben a túlélés során. Az 50 alany történetének megismerése közben szembetűnő volt, hogy sokuknak a rokonuk – szülőjük, felnőtt gyermekük vagy testvérük – is hajléktalan volt élete során valamilyen, még ha nem is feltétlenül ugyanabban az időszakban (Fehér–Lengyel 2023a).

Jelen kutatásunkban 22 olyan családot vizsgáltunk, amely több generációjának tagjai megfordultak a BMSZKI intézményeiben. A BMSZKI dokumentációs rendszerben elérhető adatok (FET-adatlap, első interjú, első éjszakás kérdőív, gondozási napló, összefoglaló értékelés) másodelemzését végeztük. A 22 családnak legalább egy tagja (általában az anya) élt valamennyi ideig átmeneti szállón, a többi családtag pedig legalább néhány alkalommal vett igénybe valamilyen más szolgáltatást (nappali ellátást, éjjeli menedékhelyet vagy átmeneti szállást). A különböző típusú intézményekben eltérő a segítő munka mélysége, és másfajta dokumentációs rendszert vezetnek – azokról, akik átmeneti szállón élnek, jellemzően több adat áll rendelkezésre, mint azokról, akik csupán egy nappali melegedőbe térnek be olykor.⁹ (A

8 Ez a szervezet a legnagyobb a fővárosban, mely ráadásul minden ellátási szinten jelen van, így működtet éjjeli menedékhelyet, nappali melegedőt, átmeneti szállót, lábadozót, illetve utcai gondozó szolgálatot is.

9 A szociális intézményekben folytatott kötelező tevékenységeket az 1/2000 (I. 7.) SzCsM rendelet – a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről – tartalmazza. Míg a nappali melegedő csupán „segítséget nyújt a hajléktalan személy életviteléhez, elősegítve a szociális ellátások igénybevételét, elérését”, 102 § (2), az éjjeli menedékhelyen „tanácsadás[t] és esetkezelés[t]”, 107 § (3), az átmeneti szállón pedig „tanácsadás[t], esetkezelés[t], gondozás[t] és készségfejlesztés[t]”, 106 § (1) kell biztosítani.

családok, illetve az egyes családtagok dokumentumait összefoglaló táblázat a mellékletben található.)

A BMSZKI átmeneti szállóra a Felvételt Előkészítő Csoporton (FET) keresztül lehet bekerülni, az itteni felvételi beszélgetés során töltik ki a *FET-adatlapot*, amely rögzíti az igénylő főbb demográfiai, egészségügyi, jövedelmi, foglalkoztatási adatait. Az átmeneti szállóra költözést követően az intézmény belső eljárásrendje szerint tíz napon belül találkozik az esetkezelő és az ügyfél először, ekkor készül el az *első interjú*. Ez az élettörténet főbb eseményeit tartalmazó dokumentum, melyet a szociális munkás készít az első beszélgetés alapján. Az éjjeli menedékhelyeken az *első éjszaka adatlapot* töltik ki, amely egy sokkal szűkebb körű, szikár adatgyűjtést jelent. Szintén az átmeneti szállók dokumentációjának része az úgynevezett összefoglaló értékelés, melyben az esetkezelő háromhavonta összegzi a lakóval történeteket, rögzíti a fizikai, mentális és egészségügyi állapot változását.¹⁰ Intézménytípustól függetlenül egy belső rendszerben elérhetőek a *gondozási naplók*, amelyekbe a szociális munkások a segítő kapcsolat főbb lépéseit rögzítik, kivonatolják egy-egy találkozás, ügyintézés, stb. eredményét. A fentiek alapján a családok tagjairól eltérő mennyiségű és mélységű információ állt rendelkezésünkre, különösen a csak nappali melegedőt és az éjjeli menedékhelyet használók esetében hiányos a tudásunk például a származási családról, gyermekkorról. Egyes információk is csak közvetett módon következtethetőek ki (például a szülők szegénysége vagy kiilleszkedett viselkedése).¹¹

A szövegeket tartalomelemzéssel vizsgáltuk – az egyes területek közvetlen adatain túl történeteket kerestünk, amelyek illusztrációként szolgálhatnak a különböző hátrányterületek bemutatásához.

4.1.2 Demográfiai adatok

A 22 kiválasztott család (21 édesanya és 3 édesapa¹²) 74 tagját tudtuk azonosítani, a szülők mellett 44 gyermek (16 férfi és 28 nő) és 2 unoka (1 férfi és 1 nő) szerepel a BMSZKI nyilvántartásában. Az édesanyák közül három esetben találtunk oldalági rokont, egy lány- és két fiútestvért. (Az egyik alany nagymamaként vált hajléktalanná, így neki a lányát vettük a szülők csoportjába.)

10 A jogviszony megszűnések során készül összefoglaló értékelés, melyből pontosan megismerhetjük, miért lett vége az adott jogviszonynak. Ez különösen azért fontos számunkra, mert ha erőszakos cselekmény vagy egyéb súlyos házirendszértés állt a háttérben, annak körülményei pontosan leírásra kerülnek, adott esetben akár az is, hogy párkapcsolaton belül történt-e bántalmazás.

11 A mellékletben jelölt hátrányok épp ezért tájékoztató jellegűek: a jelölt esetekről volt információ a dokumentumokban, ami nem jelenti azt, hogy a nem jelölt esetekben a hátrány nem állt fenn, csupán nem volt írásos nyoma.

12 Nyilvántartási rendszerünkben lehetőség van az édesanya (anya neve) szerinti keresésre. Rákerestünk a korábban elemzéseink fókuszába került hajléktalan nők édesanyjának nevére, így kezdtek el kirajzolódni a családok, amelyekkel dolgozni tudtunk. Vélemmezhető, hogy édesapák is vannak a hajléktalanellátó rendszerben, azonban több élettörténetben kiletük (nevük) nem ismert, illetve rendszerünkben nem lehet az apa nevére keresni. Jelen kutatásunkban két olyan családdal dolgoztunk, ahol mindkét szülő beazonosíthatóan megjelenik. Mindkét családban a felnőtt gyermekkel egy időben váltak hajléktalanná a szülők, ráadásul mivel ők párjukkal közös elhelyezésben részesültek, kiletük teljes biztonsággal azonosítható volt. Egy esetben a négy felnőtt gyermek mellett csak az édesapát találtuk meg. Az egyik gyermek első interjújából világosan kiténik, hogy az édesanya is hajléktalanként él, valamint szintén ebben a dokumentumban került megnevezésre az édesapa, és konkrétan az az átmeneti szálló, ahol akkor lakott, így sikerült őt megtalálnunk.

A legfiatalabb személy 18¹³, a legidősebb 69 éves volt a szervezetnél való első megjelenésükkor. A szülők korosztálya 39 és 69 év közötti volt, a gyermekek 19 és 49 év közöttiek, az unokák pedig 18 és 20 évesek. A legtöbben az első igénybevételt megelőzően lakásban laktak, főként tartozás miatti kilakoltatás, az al- vagy ágybérlet hirtelen megszűnése vagy a lakás hirtelen lakhatatlanná válása miatt fordultak a BMSZKI-hoz. A legjellemzőbb iskolai végzettség a nyolc általános, de vannak olyanok, akik egyáltalán nem jártak iskolába, illetve érettségivel vagy szakképesítéssel rendelkezők is. A mintába került személyek harmadának munkabérből van bevétele. 24-en, összesen 11 családból valamely rokonukkal egy időben jelentek meg a BMSZKI-nál, közülük egy testvérpár. Az anya-gyermek párok közül hárman a fiukkal, heten a lányukkal jelentek meg a rendszerben. A második generációban a magyar társadalomhoz képest is magas a nők aránya, nem csak a szülővel együtt hajléktalanná válók körében.

4.2 *Eredményeink történeteken keresztül bemutatva*

Az alábbiakban ezekből a történetekből¹⁴ mutatunk be néhány részletet az előző fejezetekben említett hátrányokról. A mintába került családokban sok esetben nem csak a lakhatási körülmények, iskolai végzettség és egyéb demográfiai adatok (például az anya életkora az első gyermeke születésekor, a gyermekek száma, bevételi forrás) mentén hasonlítanak egymásra az első- és másodgenerációs hajléktalanságban érintett személyek. Több olyan esetet mutatunk be, ahol mind a két generáció szenvedett el valamilyen bántalmazást, esett áldozatul erőszakos cselekménynek vagy követett el olyat. Meglátásunk szerint fontos felismerni a transzgenerációs traumákat, és a szociális munka eszköztárába be kell emelni az ezekkel való munkát, valamint a rossz minták átörökítésének megakadályozását.

Jelen írásunkban a transzgenerációs traumák olyan példáit mutatjuk be, mikor az azonos vagy nagyon hasonló traumát okozó helyzetek ismétlődnek, azaz nem egy trauma közvetett hatását látjuk a következő generációban, hanem az élethelyzetek, életesemények ismétlődnek. Ugyanakkor látható, hogy több olyan interjúalanyunk is van, aki több témában nem tudja megfogalmazni konkrét érintettségét, mégis jelzi, hogy életében nehézségekkel küzd. Ezek már olyan transzgenerációs traumák lehetnek, melyek a klasszikus traumairodalomban is láthatóak, például a holokauszt túlélők leszármazottai vagy az őslakosok esetében. Megalapozottan feltételezhető, hogy azon hajléktalanná vált embereknél, akiknek szülei is érintettek voltak a hajléktalanság vagy legalább a lakhatási szegénység által, kimondható és

13 Hajléktalanellátó intézményekben csak felnőttek kaphatnak ellátást. Ugyanakkor az élettörténetekből kiderült, hogy valójában többen nagykorúvá válásuk előtt váltak hajléktalanná – például közterületre költöztek szintén kiskorú párjukkal, vagy rokontól rokonig vándoroltak szívességi lakáshasználóként. A BMSZKI továbbá családok átmeneti otthonát is működtet, ahol gyermekes családokat fogadnak, és nem hajléktalanellátó, hanem gyermekvédelmi intézmény. A belső nyilvántartásokban ennek az intézménynek a lakói is szerepelnek.

14 Minden nevet megváltoztattunk, hogy az interjúalanyok ne legyenek beazonosíthatóak. Ugyanabból az okból a települések, intézmények nevét is kitakartuk, mert bár a történetek között sok a hasonlóság, véletlenül sem szerettük volna, hogy valaki felismerhetővé váljon.

felismert traumáik mellett, több meg nem határozott transzgenerációs trauma is jelen van, melyek miatt még sérülékenyebbek, s a velük, értük való munka még inkább interdiszciplináris hozzáállást és segítői teamet igényel.

Bár megpróbáltunk olyan történeteket keresni, amelyek egy-egy témát tudnak illusztrálni, a valóságban a legtöbb történetben keverednek a szálak, és egyszerre van jelen többféle hátrány, trauma. Olyan történetekkel is találkoztunk, amikor a különböző családtagok máshogy emlékeztek életük egy-egy szakaszára, esetleg másik időszokról meséltek, így teljesebb, bár olykor ellentmondásosabb kép bontakozott ki.

4.2.1 Szegénység

A szegénységből nagyon nehéz kitörni – még azoknak is, akiket nem szüleik neveltek, hanem a gyermekvédelmi szakellátásban nőttek fel. Ezt mutatja az alábbi család története is, ahol ugyan az öt gyermekből csak kettő került édesanyját követve a BMSZKI valamelyik intézményébe, de mindkét lány maga is anyuka, így akár további generációk küzdhetnek hasonló nehézségekkel, mint a szülők, nagyszülők.

Irén (47 éves,¹⁵ 13. család¹⁶) Borsod megyében született. Négyen voltak testvérek, szülei munkások voltak. 14 évesen abbahagyta az iskolát és Budapestre költözött, ahol többnyire feketén dolgozott a vendéglátóiparban. Munkahelye megszűnése után hazaköltözött, férjhez ment és öt gyermeket szült. Férjét korán elveszítette, őt magát gerincsérvvel többször műtötték majd leszalálékolták. Hogy el tudja magukat tartani, jelzáloghitelt vett fel, melyet nem tudott törleszteni, így elvesztette a házáat. Élettársával albérletekben és szívésségi lakáshasználóként éltek, míg végül egy, a lakás tulajdonosaival kialakult konfliktust követően ténylegesen hajléktalanná váltak.

Tamara (20 éves), Irén negyedik gyermeke, máshogyan emlékszik gyerekkorára. Az ő elmondása szerint anyja hároméves korában elhagyta a családot, és apja nevelte a gyerekeket. Tízéves volt, amikor apja, akihez nagyon kötődött, meghalt. Rövid ideig idősebb testvére vigyázott rá és húgára, majd megkeresték az anyát, aki nem vállalta a nevelésüket, és így kerültek két különböző gyermekotthonba. Tamara nagyon rosszul érezte magát az új helyén, sokat bántották gyerektársai és a nevelők, állandóan szökésben volt. Tizenkét évesen megismerkedett a sógora testvérével, akitől két évvel később megszületett első gyermeke, Ricsi. Ricsivel anyaotthonba¹⁷ kerültek, ahonnan nagykorúvá válása után édesanyja albérletébe költözött, hátrahagyva gyermekét. Ricsi nevelőszülőkhöz került, megmaradt anyjával a kapcsolat, havi egy alkalommal látogatta, és ünnepekre ki is vihette. Irénnel hamar elköltötték az életkezdési támogatást, az összegyűlt árvasági ellátást és családi pótlékot; új élettársa prostitúcióra akarta kényszeríteni. Tamara a férfivel közös albérletből először egy rokonhoz menekült, majd hajléktalanszállón kötött ki. Többször költözött egyedül albérletbe, szobabérletbe, ám ezek általában nagyon bi-

¹⁵ Minden esetbemutatáskor az első regisztrációkori életkort tüntetjük fel.

¹⁶ A család száma a melléklet szerint szerepel.

¹⁷ Az anyaotthonok és a családok átmeneti otthonai gyermekvédelmi intézmények, amelyekbe különböző élethelyzetű anyák, szülők kerülnek gyermekeikkel. Bár nem kimondottan hajléktalanellátó intézmények, az itt élőknek nincs állandó lakhásuk.

zonytalan lakhatások voltak, gyakran kellett váltania (például mert a szobájából eltűnt a tűzifa, amit vásárolt). Közben a volt élettársa is zaklatta, egyszer el is rabolta, és más férfiak is bántalmazták koedukált hajléktalanellátó intézmények közelében. Munkahe-lye még sosem volt, az általános iskolát az anyaotthonban fejezte be.

Timi, Irén legfiatalabb gyermeke budapesti gyermekotthonba került és ott nevelkedett. Nemrég lett 18 éves, élettársával közösen nevelte a gyermekét, a férfi családjával bérelt lakásban. Amikor onnan el kellett jönni, családok átmeneti otthonába költöztek.

4.2.2 Nem megfelelő szülői magatartás

Gyakran tapasztalható, hogy a gyermekkori rossz minták, a szülőktől eltanult viselkedési formák, kötődési és egyéb nehézségek a gyermek saját szülői hozzáállását, eszköz-készletét is meghatározzák. Másodgenerációs mintánkban több olyan szülői szerep-készletet is találtunk, melyek a transzgenerációs diszfunkcionális minta átörökítését mutatják. Sok esetben a szülő olyannyira alkalmatlan volt a feladatára (még ha nem is konkrét bántalmazó magatartásról beszélünk), hogy a gyermek végül gyermekvédelmi szakellátásba került, ahol (akár a nagy létszámú intézmények kitagolási folyamata előtti kevésbé személyre szabott ellátás, akár gyakori gondozásihely-váltás miatt) nem kapott jó mintát, így nem tudta felülrni a szülői feladatokról, szerepről alkotott képét. A fenti történetben Tamara maga is anyja mintáját követi, amikor pici gyermekét hátrahagyva próbál boldogulni – mindkét gyermek óvodás korban kerül gyermekvédelmi szakellátásba (igaz, Ricsi már nevelőszülőkhöz és nem gyermekotthonba). Nem megfelelő szülői magatartásnak számít az is, amikor a szülő valamilyen okból nincs jelen a gyermek életében (például elhagyja a családot vagy börtönbüntetését tölti).

Szabina (47 éves, 7. család) családban nevelkedett, de a körülmények nem voltak túl optimálisak. *„Szabina 1974-ben született Budapesten. Családban nőtt fel, szülei és testvérei körében. A IX. kerületben lévő önkormányzati bérlakásukban élt a család. Szabinának 4 testvére van, ő a 2. gyermekként született a családban. Bátyja intézetben nevelkedett, már születése után bekerült ide, mert szülei nem tudták hová vinni rossz anyagi körülményeik miatt és megfelelő lakhatás hiányában. Szabina egy évvel később született. Apja születése előtt börtönben volt, szabadulása után már együtt nevelték anyjával Szabinát. (...) Édesanyjával sosem álltak közel egymáshoz, »többször kilökött a lakásból«. Anyját ridegebbnek, távolságtartónak érezte, nem kapott annyi szeretetet tőle, mint apjától.»* Édesapja korai halála nagyon megviselte, pszichiátriára került, többször kísérelt meg öngyilkosságot, több alkalommal vitték kórházba túlzott gyógyszerfogyasztás miatt, gyomormosásra is sor került ilyenkor.

Szabinát 14 évesen szöktette el a barátja otthonról. 19 évesen született első gyermeke. Rudolf (24 éves), aki a BMSZKI egyik átmeneti szállójának lakója, az ötödik gyermeke. A fiú így emlékszik vissza a gyermekkorára: *„Vele mindig sokkal rosszabbul bántak, mint a többi gyerekkel, aminek okát nem tudja. »Engem a falu nevelt, rengeteget voltam az utcán, a kertbe se engedtek be. Cipőt-ruhát nem kaptam, sokszor még enni se.« Alkoholista, börtönviselt apja gyakran megverte őket, és az anyjától sem kapott védelmet vagy szeretetet.»*

4.2.3 Abúzusok

A rossz szülői minták kapcsán már bemutattuk, hogy a bántalmazó, elhanyagoló szülői magatartás hogyan tud transzgenerációs normává válni. A párkapcsolati erőszak átörökítése is hasonlóan egyértelműnek tűnik. Azok a gyermekek, akik úgy nőttek fel, hogy látták szüleik, nevelőik egymással szembeni agresszióját, nagyobb arányban gondolják ezt a fajta magatartást elfogadhatónak, „természetesnek”, s valószínűbb, hogy konfliktusaikat maguk is így oldják meg felnőttként. Sok esetben a bántalmazott félben fel sem merül, hogy joga lenne más viszonyban élni, illetve a bántalmazók is úgy gondolják, hogy amit elkövettek, az még pont nem erőszakos magatartás.

Imola (54 éves, 6. család) gyermekkoráról nincsenek részletes információink. Az, hogy az ország egyik legszegényebb megyéjében egy sokgyermekes családban nevelkedett, s négy osztályt végzett, valószínűsíti, hogy (mély)szegénységben éltek. *„Korai férjhezmenetel után 4 gyermeke született, 3 fiú és 1 leány, Budapesten éltek. A férje rendszeresen bántalmazta verbálisan és fizikálisan egyaránt. Lakásukat elveszítették, férjétől elvált, bántalmazó házasságából gyermekeivel együtt elmenekült, albérletbe költöztek. Tanácsi lakásban éltek egy ideig, közben dolgozott, elsősorban piacokon kereskedett.”*

Imola több gyermeke is megjelent a BMSZKI rendszerében. Lánya, Bernadett (37 éves) első interjújából egyik párkapcsolata hasonló bántalmazó mintát mutat, mint szülei esetében: *„[Bernadett] legkisebb lánya, Mariann, D. B-től van, a férfi is lakott az [átmeneti szálláson], augusztusban meghalt. Súlyos drogfüggő volt, érzelmkezelési zavarokkal, sok bajt is okozott Bernadettnek. (...) Rátörte az ajtót, mindig ittas volt, bántalmazta várandósan is. (...) Mariannt haza sem engedték a kórházból, azért, mert a férfi nagyon bántalmazóan viselkedett, mind a gyerekekkel, mind Bernadettel. Veszélyeztető környezet miatt egyből csecsemőotthonba került.”* Bernadett most is bántalmazó párkapcsolatban él, melyről a gondozási naplóban ez olvasható: *„Bernadett élettársa B. Cs., aki köztudottan bántalmazó, napi szinten várja Bernadettet a [csak nőket fogadó] intézmény előtt. Be nem engedjük természetesen. Az ügyfél beszámolt róla, hogy alkalmanként bántalmazza élettársa, és ő inkább tűri, illetve azt is, hogy mindenhová követi, fenyegetőzik. Láthatóan Bernadett nem tud tőle szabadulni, klasszikus bántalmazott-bántalmazó viszonyban vannak. Bernadettnek rögtön a beköltözésekor több ízben elmondtam minden tölem telhetőt arról, hogy miként oldhatná meg a fennálló bántalmazó kapcsolatból való kilépést! Védett házról is informáltam, illetve egyéb módokat is javasoltam. Azt mondta, tudja, mit akar csinálni és véghez is viszi.”*

4.2.4 Szenvedélybetegség

A szenvedélybetegség családon belüli bagatellizálása, illetve főként az alkoholfogyasztás mértéke miatt ennél a témánál szintén magas látenciával számolhatunk. Esetkezelői tapasztalatunk megerősíti azt a vélekedésünket, hogy a szerhasználó és főleg az alkoholista szülő mellett nevelkedett hajléktalan emberek gyakran nem is érzik problémásnak szüleik egykori viselkedését, a sokszor mértéktelen alkoholfogyasztást főként akkor emelik ki külön, ha a szülő tudatmódosult állapotban bántalmazó magatartást is tanúsított. Emellett gyakran előfordul, hogy az egyén nem

is méri fel, milyen hatással volt gyerekkorára, fejlődésére a szerhasználó szülő, nem tudatosítja vagy nem is tudja, mi történt vele.

Elviráról (52 éves, 22. család), az édesanyjáról nem sok minden derül ki a dokumentumokból. Közterületen él párjával, így nem készült vele részletes feltáró interjú. 52 évesen járt először a BMSZKI egyik nappali melegedőjében, majd néha éjjeli menedékhelyen is megfordult. Többször ittasan jelent meg az intézményben. Lánya, Emese vele egy időben vált először hajléktalanná, s később átmeneti szállón is élt, az ő elmondásából rendelkezünk bővebb információról a családról. Emese ekkor 21 éves, egy kislánya nevelőszülőknél él, havi kétszer látogatja, átmeneti szállóra költözésekor második gyermekével várandós. Gyermekkoráról elmondja, hogy apja börtönbüntetés miatt évekig távol volt a családjától, anyja egyedül nevelte őt és őt testvérét. *„Az anyja az alatt az időszak alatt ivott, amikor az apja börtönben volt, előtte és utána nem. Anyja alkoholizálása Emesének óvodás és kisiskolás éveit érintette. Nagyon rossz emlékei vannak erről az időszakról, az anyja alkoholos állapotban gyakran megverte őt és testvéreit. Ezekre a verésekre az anyja másnap nem is emlékezett, bocsánatot is kért tőlük, de ez nem tette sokkal szebbé a gyerekkorát.”* Bár Emese azt mondja, nem iszik, több szállón ittas állapotban elkövetett házirendszértés miatt szüntették meg a jogviszonyát. Egyik testvére drogelvonón volt, két bátyja pedig közterületen élt.

4.2.5 Pszichoszociális fogyatékoság

A pszichoszociális fogyatékoság transzgenerációs feltérképezése volt az egyik legnagyobb kihívás kutatásunk során. A többségi társadalomban is megfigyelhető az a tendencia, hogy keveset foglalkoznak a mentális egészséggel, illetve bármilyen érintettség olyan stigmát jelent, melyet az egyén nem szeretne felvállalni. Ahogyan a szerhasználat és a bántalmazás elszenvedésében, itt is igen nagy arányú látenciával kell számolnunk.

Az első interjú közege nem is mindig alkalmas arra, hogy a beszélgetésben felmerüljön a mentális egészség. Természetesen amennyiben kiderül, hogy a lakó leszázalékolt valamilyen pszichoszociális fogyatékoság miatt, akkor más a helyzet. Azokban az ellátási formákban, ahol nincs konkrét esetkezelő rendelve az ügyfél mellé, még nagyobb eséllyel maradnak rejtve ezek a problémák. Éppen ezért adatforrásainkat kiegészítettük nyilvántartási rendszerünk „egészség-függőség” részével, melyből egyrészt a szedett gyógyszerek nevéből láthatóvá vált, ha valaki pszichiátriai jellegű gyógyszert szed, illetve külön kérdés vonatkozik arra, hogy részesül vagy korábban részesült-e pszichiátriai, pszichológiai ellátásban.

Zsófia (5. család) 55 évesen jelent meg a BMSZKI rendszerében. Akkor lánya, Szilvia (33 éves) és unokája, Gabriella (18 éves) már egy speciális, pszichoszociális fogyatékkal élőkre fókuszáló átmeneti szálló várólistáján volt. Zsófia szintén ideköltözött. Az esetkezelő így látja az első interjú alkalmával Zsófia skizofréniával való kapcsolatát: *„Zsófia fiatal felnőtt kora óta rendszeresen pszichiátriai kontroll alatt él és rendszeres Depo injekciókat kap. Masszív, jól megélt betegségbelátással bír. »Injekció nélkül nem tudnék létezni, folyamatosan hallucinálnék« – állítja. Lánya holnap fogja megkapni első injekcióját – ugyan-*

azon gondozóban, ahová ő jár. Nem áll fenn annak reális esélye, hogy az ügyfél a gyógyszerelését önként elhagyná.” Nemcsak a betegségükben, hanem a hajléktalanná válásukban, illetve az azt megelőző, veszélyeztetett életszakaszban is összefonódott Zsófia, a lánya, Szilvia és az unokája sorsa: „Hol ismerősöknél, hol albérletben, hol szállókon lakik a nagyobbik lányával, akit Szilviának hívnak és 33 éves. Most is együtt költöztek a szállóra, és előző évben is, amikor 11 hónapot [átmeneti szállón] lakott Zsófia, akkor is a lányával közösen. Albérletbe sikerült költözniük, ahol velük élt az unokája is.” Anya és lánya élete teljesen összefonódik, az első interjúban sok közös elemet találhatunk. Ami viszont csak rá vonatkozik: „Szilvia és édesanyja visszaköltöztek [átmeneti szállóra]. Ezt megelőzően Szilvia állapota annyira leromlott, hogy [kórházba] került. (...) Az édesanyja irányítása fontos számára, márpedig az anya már mondta a lányának, hogy talán le kellene szavalóztatnia magát.” Szilvia összefoglaló értékelésében, mely a háromhavi jogviszony alatt történeteket summázza, szintén megjelenik az anyjával való szimbiózis: „Szilvia a gyógyszerfüggő és kontrollált pszichotikus édesanyjával egy krízishelyzetet követően került szállónkra. Pszichotikus beteg, aki csak az esetkezelő unszolására jelent meg ambuláns kontrollon és fogadta el az amúgy kéthetenként járó injekciót. Az ügyfél számos, fontos információt elhallgatott vagy egyszerűen elfelejtett.” Zsófia unokája, a 18 éves Gabriella szintén pszichiátriai beteg. FET-adatlapja szerint: „Az elmúlt évben több alkalommal került pszichiátriára. Jelenleg is [kórházban] kezelik, kimenővel jelent meg a felvételi beszélgetésen.”

4.2.6. Kiilleszkedett magatartás

A szegénység, abúzus, pszichoszociális fogyatékoság, szenvedélybetegség társadalmi kiilleszkedéshez is vezethet, ami a társadalom többi tagjával való kapcsolatok elsorvadását, a többségi normák elutasítását is jelentheti. A kiilleszkedést gyakran olyan magatartás kíséri, amely megnehezíti a közösségi integrációt, legyen az lakó- vagy munkahelyi közösség, vagy egy intézmény ügyfélköre.

Anita (51 éves, 19. család) Nógrád megyében született, szegény családban. Nyolcévesen már ő főzött a családra, öt osztályt végzett. Tizenhárom éves korában elszökött otthonról és egy férfihez költözött, első gyermekét tizenöt évesen szülte. Még kilenc gyermeke született, már mind felnőttek. Háromszor volt férjnél, mindegyik férje bántalmazta – az első halála után „egy könnyet sem ejtettem”. Legnagyobb lányait, Brigittát (37) és húgát, akik az első házasságból származnak, Anita anyja nevelte – később egy féltestvérükkel együtt. Anita második férje többször volt tartósan börtönben, mindkét szülő bántalmazta a gyerekeket.

Anita öt gyermeke is szerepel a BMSZKI nyilvántartásában. Három lánya maga is (többszörös) párkapcsolati erőszak túlélő. Brigitta párja évekig börtönben volt, nem volt jelen első gyermekei születésénél sem. A nő ez alatt vett egy romos házat, amit a tágabb rokonság „széthordott”, így Brigitta az anyósához kényszerült költözni. Férjét megvádolták, hogy egyik lányukat zaklatta, a gyerekeket kiemelték a családból. Férjével páros elhelyezésben éltek, amit a férfinak egy lakótársa bántalmazása miatt el kellett hagynia – Brigitta önként követte.

Anita egy másik lánya, Csilla (30 éves) öt osztályt végzett. Maga kérte állami gondozásba kerülését, majd 16 évesen kezdett új életet egy férfivel. A hajléktalanszállóra párjával költözött. A kaució befizetésének ellenőrzésekor „*lekurvázta*” a munkatársat, később egy lakótársát bántalmazta. Egy korábbi ügye miatt 2 év, 6 hónap elzárást kapott, felfüggesztve, később is vitték el rendőrök a szállóról más ügy miatt. Több munkahelyéről elbocsátották egy-két nap vagy hét után. Gyermekeit rendszeresen látogatta, „*folyamatosan ordít és balhézik a nevelőszülőkkel, a kisfiú (3 éves) zaklatott ezen alkalmakkal, nem akar az anyjához menni. (...) Csilla nem alkalmas a szállón való életvitelre.*”

Anita harmadik lánya, Dia (36 éves) hét osztályt végzett. Hat gyermeke van, három már felnőtt, három gyermekvédelmi szakellátásban van. Egyik testvérénél élt, amikor megismert egy férfit, akivel Budapestre, közterületre költözött. Laktak albérletben is, de többnyire sátorban, míg sikerült közösen páros szállóra kerülniük. Itt többször volt közöttük tettelegességig fajuló konfliktus. „*Írásban kértem, hogy a szállón a viselkedési anomáliáit, jelesül: hangoskodás, fenyegetőzés, sértő viselkedés, függessze fel.*” Miután a bántalmazó férfit elküldték az intézményből, a szociális munkás Dia férőhelyét is megszüntetésre javasolta, mert „*folyamatos konfliktusforrás, képtelen a szálló szabályait, az együttélés feltételeit betartani.*” Végül a szociális munkás többszöri megfenyegetése miatt jogviszonyt bontottak vele is. Ádám (18), Dia fia, nagykorúvá válása után 18 évesen, állami gondozásból kikerülésekor kért először segítséget a hajléktalanellátó rendszertől. Dia hívására közterületre költözött Budapestre érkezése után, csak nappali melegedőket vett igénybe.

Anita negyedik lánya, Erika (27 éves), szintén vidékről érkezett Budapestre, miután összeveszett a testvérével, akinél addig lakott. Szállóra kerülése után több konfliktusba is került. „*Az ügyfél nem jár be a szállóra. Szobájában csak szeméthalom volt, amit kidobtam. A kollegák által kitöltött OEP-bejelentő is ott enyészett szó szerint a pörköltös lábasban. Férőhelyét megszüntettük.*” Egy következő próbálkozás a szállón így végződött: „*Erika lakótársai elleni fenyegetéssel, illetve magatartásával, cselekedeteivel akadályozta a szolgáltatás nyújtását, emiatt kitiltást kap a holnapi naptól. Több lakó jelezte, hogy valaki feszegeti a szekrényeket, és több holmijuk is eltűnt, köztük Erikáé is. Emiatt Erika két lakótársát megrágalmazta lopással és meg is fenyegette őket azzal, hogy »reggelre intenzívre teszi őket«, illetve »az utcán is kapni fognak«. XY levesébe bele is köpött. Ez a probléma több órán át tartott. Többször kértük az ügyfelet, hogy fejezze be a fenyegetést és a vádaskodást, de meg sem hallotta a kérésünket.*”

5. Összegzés

A bemutatott történetekből nyilvánvalóvá vált, hogy a mintánkba került hajléktalan emberek, és különösen a nők mennyire nagy aránya érintett a különböző hátrányok valamelyikében, amely akár transzgenerációs traumaként is megmutatkozhat. Nincs kétségünk afelől, hogy a hajléktalan emberek körében végzett teljes körű felmérés legalább ilyen arányú érintettséget igazolna. Elemzésünkéből látszik, hogy a vizsgált sze-

mélyek életében legalább egy mintázat átörökítésre került, ugyanakkor a szakirodalmat alapul véve feltételezhetjük, ha egyes személyek mentesek is a konkrét sérülésektől, az átörökítési folyamat lehetősége fennáll, hiszen a stigmatizáció, a titok érzése, ha nem is konkrétan megfogalmazva, de generációk sorát kísérheti végig.

Más kutatókkal együtt (például Theodoru és Johnsen 2017) úgy gondoljuk, hogy a hátrányok és traumák generációk közötti átörökítését elsősorban széles körű társadalompolitikai intézkedésekkel lehetne csökkenteni, felszámolni. Az ártalmas gyermekkori tapasztalatok megelőzése részben a gyermekvédelem, részben a társadalmi felzárkózás feladata lenne, s mindkettő sokkal bőségebb állami forrást igényelne a jelenleginél. A gyermekvédelemben az alap- és a szakellátás szerepe is megkerülhetetlen: a bemutatott történetek szereplői között voltak olyanok, akik saját családjukban nevelkedtek, és olyanok is, akik gyermekotthonban és/vagy nevelőszülőknél, esetleg többször hazakerülve közben. A WHO útmutatója (Butchart–Harvey 2006) és a hazai SOS Gyermekfalvak 2022-es *Szakpolitikai ajánlásai* jó irányt mutatnak a hajléktalanság ilyen szempontú megelőzéséhez.

Ugyanakkor egyértelmű az is, hogy a szegénység számtalan olyan károsodást okozhat vagy olyan folyamatokkal járhat együtt, melyek önmagukban is traumatizáló hatásúak és hatással lehetnek az egyénen túl a leszármazottak életére, még abban az esetben is, ha a gyermekeket nem a szülei nevelik. Az Európai Unió 2021-es *Gyermekgarancia programja* is azt a célt tűzte ki, hogy „csökkenjen a rászoruló gyermekek és a (jobb helyzetben lévő) társaik közötti szakadék, hogy *megtörjön a hátrányos helyzet újratermelődését okozó ún. „szegénység köre”*, illetve „a társadalomba tett befektetések akkor lehetnek hatékonyak, ha azok keretében *a legszegényebbek is megfelelő mértékű támogatást kapnak. A legsérülékenyebb csoportok támogatásának fenntartása és erősítése a gazdasági és társadalmi fellendülést szolgáló stratégia kiemelten fontos része kell, hogy maradjon*” (kiemelés tőlünk).

Szükségét érezzük felhívni a figyelmet arra is, hogy a hajléktalanságot akár csak átmenetileg megtapasztalt személyek mentális támogatása is szakmai teendőink között van. Míg a traumákkal s azok feldolgozásával főként a pszichológia és a pszichiátriai tudományterülete foglalkozik, Magyarországon a jelenlegi szociális, s ezen belül is a hajléktalanellátó intézmények szabályozásában¹⁸ nem szerepel pszichológus munkakör, a „szociális munkatárs” munkakör pedig bármilyen felsőfokú végzettséggel betölthető. A szociális szakemberek is lehetnek – másokat empatikusan meghallgatva – a gyógyulás, empowerment eszközei, amennyiben valóban van lehetőségük, idejük és lelki energiájuk a hajléktalan emberekkel segítő beszélgetést folytatni. Breitner szerint „*a szociális munkás bizony a szegény ember pszichológusa. Hiszen ki más is lenne az? Más ismert mód egyelőre nincs arra, hogy valamilyen szintű lelki törődéshez jusson a szegényebbek széles rétege, főként a hajléktalan emberek*” (Breitner 2010: 35). A jelen jogi szabályozás ugyanakkor ezt a végzettséget sem várja el. Az ártalmas

18 1/2000 (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.

gyermekkorai tapasztalatok és a transzgenerációs traumák ismerete hozzásegíthet ahhoz, hogy a segítő kapcsolatban nagyobb teret engedjenek a múltbeli tapasztalatok, sérülések felbukkanásának és ezek kibontásának, a túlélő támogatásának és az összefüggések tudatosításának. Az ehhez szükséges ismeretek sajnos a legtöbb felsőoktatási szakképzésből hiányoznak, sok szociális intézmény pedig nem tudja a munkatársai ilyen irányú szakmai továbbképzését finanszírozni. Célszerű lenne a (transzgenerációs) traumáról, annak hatásáról, oldási lehetőségeiről és a gyógyulás folyamatáról szakmai továbbképzési programokat kidolgozni, s ezeket elérhetővé tenni a szociális szakemberek számára.¹⁹ A szociális munkások eszköztárát bővíthetik olyan módszerek, melyek kimondottan hozzájárulhatnak a gyógyuláshoz – például az erősségalapú (Saleebey 2006) vagy a narratív megközelítés (Fehér 2010).

A trauma feldolgozásához, az azt elősegítő beszélgetéshez „elég biztonságos” környezet szükséges, ami magában foglalja jobb híján a szállást: többágyas hálótermekben élő embereknek szükségük lehet például olyan „csendszobára”, ahol egyedül maradhatnak gondolataikkal, emlékeikkel, érzéseikkel, és ami tere lehet a gyógyulásnak. Ugyanilyen fontos a tágabb környezet is, mint a hajléktalanszállón belüli elvárások, rövid távú célok. El tudjuk képzelni például a szenvedélybeteg rehabilitációs intézmények mintájára akár többéves feldolgozást lehetővé tevő bentlakásos intézmények létrehozását (lásd például Fehér 2012), melynek a keretei a jogszabályban szerepelnek (1993. III tv. § 72, § 74/A), ám a gyakorlatban hajléktalan emberek számára kevés ilyen típusú intézmény működik, és azoknak is nagyon más áll a fókuszában.

Az „elég biztonságos” támogató kapcsolat azt is jelenti, hogy a segítő hosszú távon kíséri az egyént, akár több szállóváltáson át, segítői szempontból pedig azt, hogy a szakember rendszeres szakmai támogatásban és szupervízióban részesül, hogy elkerülje a másodlagos traumatizációt, és hosszú távú segítséget nyújthasson.

Irodalom

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv>
- 1/2000 (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000001.scm>
- Adverse Childhood Experiences (ACEs). Prevention Resource for Action* (2019). Division of Violence Prevention National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta. https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ACEs-Prevention-Resource_508.pdf
- Albert, F. – Dávid, B. (2001): *Ha elszakad a háló...* Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó.

¹⁹ Ingyenesen elérhető az SOS Gyermekfalvak és a CELCIS (2021) által készített e-learning gyermekvédelmi szakembereknek a gyermekkorai traumák témájában: <https://childhub.org/hu/online-learning-materials/trauma-and-alternative-care>

- Albert, F. – Hajdu, G. (2023): Szegénység és kapcsolati tőke. In Szabó-Morvai, Á. – Pető, R. (szerk.): *Munkaerőpiaci tükrő 2022. Társadalmi egyenlőtlenség és mobilitás*. Budapest: Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, 159–163.
- Ámon, K. (2023): Éves jelentés a lakhatási szegénységről. 2023. Budapest: Habitat for Humanity Magyarország.
- Bancroft, L. (2022): *Mi jár a bántalmazó fejében? Az erőszakos és uralkodni vágyó férfi*. Budapest: Gabo – NANE Egyesület.
- Bancroft, L. (2023): *Apa bántja anyát. Hogyan tud segíteni gyerekeinek a bántalmazott anyá?* Budapest: Gabo – NANE Egyesület.
- Baptista, I. (2010): Women and homelessness. In O’Sullivan, E. et al. (szerk.): *Homelessness Research in Europe*. FEANTSA, 163–185.
- Barron, J. – Friedman-Gell, L. (2023): Örökölt sebeink gyógyítása. Interaktív könyv a transzgenerációs traumák felismeréséhez és a gyógyuláshoz. Budapest: Kulcslyuk Kiadó.
- Békés, V. A. (2012): *Trauma és narratíva. A Holokauszt-trauma reprezentációja*. Budapest: Ad Librum.
- Berentés, É. (2022): *Mindenható gyermekkor. A korai életévek hatása a felnőttkorra*. Budapest: Pro Personal.
- Bourdieu, P. (2008): *A társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődése. Tanulmányok*. Budapest: General Press.
- Braun, E. – Gazdag, G. (2015): Pszichiátriai zavarok előfordulása hajléktalanok között. *Psychiatria Hungarica*, 30(1): 60–67.
- Breitner, P. (2010): Az életútkezpontú szociális munka. In Varga, D. (szerk.): *Mentés másként. Tanulmányok a Van Esély Alapítvány programjáról*. Budapest: Van Esély Alapítvány, 30–39.
- Bretherton, J. – Mayock, P. (2016): *Women’s Homelessness in Europe*. London: Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-54516-9>
- Butchart, A. – Harvey, A. (2006): *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/preventing-child-maltreatment-a-guide-to-taking-action-and-generating-evidence>
- Castel, R. (1993): A nélkülözéstől a kivetettségig – a „kiilleszkedés” pokoljárása. *Esély*, 5(3): 3–23.
- Cramer, H. (2005): Informal and Gendered Practices in a Homeless Person Unit. *Housing Studies*, 20(5): 737–751. <https://doi.org/10.1080/02673030500213987>
- Demetrovics, Zs. (2016): *Beszélgetések a függőségről*. Budapest: Libri.
- Denborough, D. (2008): *Collective Narrative Practice*. Adelaide: Dulwich Center.
- Erikson, E. H. (2004): Az ember nyolc korszaka. In Pléh, Cs. – Boros, O. (szerk.): *Bevezetés a pszichológiába. Olvasmányok és feladatok a lélektan alapkérdéseinek tanulmányozásához*. Budapest: Osiris, 596–615.
- Erős, F. (2008): Trauma és történelem. In Dénes, I. Z: *Liberalizmus és nemzettudat. Dialógus Szabó Miklós gondolataival*. Budapest: Argumentum, 394–411.

- ETHOS. A hajléktalanság és a lakhatásból való kirekesztettség európai tipológiája. https://www.feantsa.org/download/hu___2957983251444875415.pdf
- Európai Unió Gyermekgarancia programja (2021). <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1428&langId=en>
- Dombrovsky, B. (2022): A nagyvárosi lakhatási válságra adható önkormányzati reakciók jogi keretei és realitások bemutatása Budapest VIII. kerületének példáján keresztül. *Esély*, 33(2): 39–64. <https://doi.org/10.48007/esely.2022.2.3>
- Fábián, D. (2017): Trauma and Homelessness. *Homeless in Europe*, 2017(Winter): 2.
- Fadgyas-Freyler, P. (2017): A hajléktalan emberek általános jellemzői és egészségi állapotuk egy adminisztratív adatbázis alapján. *Esély*, 28(3): 102–123.
- Fehér, B. (2010): A narratív segítő beszélgetés. *Esély*, 21(3): 66–88.
- Fehér B. (2012): A narratív segítés lehetőségei a hajléktalan emberek traumás élményeinek feldolgozásában. In Győri, P. – Vida, J. (szerk.): „A megértés útjai” – *Hajléktalan sorsok, traumák és a segítő kapcsolat*. Budapest: Menhely Alapítvány – BMSZKI, 91–96.
- Fehér, B. – Lengyel, L. (2023a): A hajléktalanság női arca. *Párbeszéd. Szociális Munka Folyóirat*, 10(1): 83–99. <https://doi.org/10.29376/parbeszed.2023.10/1/6>
- Fehér, B. – Lengyel, L. (2023b): Hajléktalanság családok több generációjában. *Esély*, 34(4): 3–19. <https://doi.org/10.48007/esely.2023.4.1>
- Fehér, B. – Szabó, A. (2017): Signs of possible PTSD among homeless people. *Homeless in Europe*, 2017(Winter): 16–18.
- Fitzpatrick, S. – Bramley, G. – Johnsen, S. (2013): Pathways into multiple exclusion. Homelessness in seven UK cities. *Urban Studies*, 50(1): 148–168. <https://doi.org/10.1177/0042098012452329>
- Forward, S. (2014): *Mérgező szülők*. Budapest: Háttér Kiadó.
- Gábos, A. – Tátrai, A. (2022): A jövedelmi szegénység kiterjedtsége és mélysége 2005 és 2020 között – eltérő küszöbértékek mentén. In Kolosi, T. – Szelényi, I. – Tóth, I. (szerk.): *Társadalmi Riport 2022*. Budapest: Társadalmi Társaság, 243–260.
- Gábos, A. – Tátrai, A. (2023): A szegénység helyzete Magyarországon In Szabó-Morvai, Á. – Pető, R. (szerk.): *Munkaerőpiaci tükör 2022. Társadalmi egyenlőtlenség és mobilitás*. Budapest: Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, 151–156.
- Gurbai, S. (2017): Jogszabályi környezet. In Perlusz, A. (szerk.): *Kutatási beszámoló a pszichoszociális fogyatékkal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról*. Budapest: A Gyógynevelés Fejlesztéséért Alapítvány, 9–17.
- Gyöngyösi, K. (2019): *Pszichoszociális fogyatékosok a fővárosi hajléktalan személyek körében: életutak, létező szolgáltatások és fejlesztési lehetőségeik*. Új Nemzeti Kiválóság Program kutatási beszámoló.
- Gyöngyösi, K. – Erdőhegyi, M. – Balog, Gy. (2021): „Mi vagyunk a legutolsó hely.” Pszichoszociális fogyatékosok (pszichés problémák) hajléktalan emberek között, budapesti alacsony küszöbű hajléktalanellátásban dolgozó szociális munkások tapasztalatai tükrében. *Esély*, 32(2): 114–138. <https://doi.org/10.48007/esely.2021.2.7>

- Győri, P. (2020): *Büntető törvény után – világyárvány előtt. Gyorsjelentés a 2020-as február 3-i adatfelvételtől.* <http://menhely.hu/download.php?f=downloads/feb3/F3-Gyorsjelentés-2020-handout.pdf>
- Győri, P. (2021): „Így kallódunk el szépen egymás után.” Állami gondozottak voltak, ma hajléktalanok. *Esély*, 32(1): 92–111. <https://doi.org/10.48007/esely.2021.1.6>
- Havelka, J. (2011): *A transzgenerációs traumaátvitel egy lehetséges módja.* PhD-értekezés. Pécs.
Healing Foundation. <https://healingfoundation.org.au/looking-where-the-light-is/>
- Heller, Á. (2006): *Trauma.* Budapest: Múlt és Jövő Kiadó.
- Hill, J. (2021): *Mert kihozod belőlem az állatot. A párkapcsolati erőszak szörnyű hétköznapisága.* Pécs: Alexandra Kiadó.
- Huszár, Á. (2022): Osztályszerkezet és jövedelemeloszlás Magyarországon 1982 és 2019 között. In Kolosi, T. – Szelényi, I. – Tóth, I. (szerk.): *Társadalmi Riport 2022.* Budapest: Társaság, 159–173.
- Jelinek, Cs. – Czifrusz, M. (2023): *Megfizethető bérlakásszektor Budapesten? Egy kérdőíves felmérés eredményei.* Budapest: Periféria Közpolitikai és Kutatóközpont.
- Kaló, Zs. (2020): *Bevezetés a szerhasználó nők világába.* Budapest: ELTE PPK – L'Harmattan.
- Kántor, Á. (2019): *A külső és lelki otthontalanság együttes kutatása.* PhD-értekezés, Budapest.
- Kapitány–Fövény, M. (2019): *Ezerarcú függőség. Felismerés és felépülés.* Budapest: HVG.
- Kozma, J. (2003): A szegénység pszichológiai vonatkozásai. *Esély*, 14(2): 15–31.
- Légmán, A. – Vályi, R. (2022): Pszichoszociális fogyatékos személyek médiareprezentációja. *Fogyatékoság és Társadalom*, 2022(1): 21–35. [10.31287/FT.hu.2022.1.3](https://doi.org/10.31287/FT.hu.2022.1.3)
- Lengyel, L. (2021): *Hajléktalan nők. Életutak és nemi identitás.* PhD-értekezés, Budapest.
- Levitas, R. (2006): The concept and measurement of social exclusion. In Pantazis, C. – Gordon, D. – Levitas, R. (szerk.): *Poverty and Social Exclusion in Britain.* Bristol: The Policy Press, 123–160.
- Máté, G. (2022): *A sóvárgás démona. Ismerd meg a függőségeidet.* Budapest: Open Books.
- Máté, G. – Máté, D. (2022): *Normális vagy. Trauma, betegség és gyógyulás mérgező világunkban.* Budapest: Open Books.
- Matevžič, G. (2017): Útmutató a kínzástúlélő menedékkérők támogatásához. Budapest: Magyar Helsinki Bizottság.
- Merza, K. (2018): *A borderline tünetprofil és a gyermekkori traumatizáció összefüggései.* PhD-értekezés, Debrecen.
- Miraigla, L. et al. (2018): *Un Abri pour Toutes. Mieux accueillir les femmes dans les centres d'hébergement mixtes. Rapport n°1. Diagnostic réalisé auprès de centres d'hébergement d'urgence mixtes.* <https://fondationdesfemmes.org/fdf-content/uploads/2021/10/uapt-rapport-1-web.pdf>
- Nagy, K. (2015): *Pszichózis és antipszichotikumok vizsgálata neurokémiai és viselkedési farmakológiai módszerekkel.* PhD-értekezés, Budapest.

- Cross, J. (2001): A hajléktalanság kezelése Magyarországon. In Somorjai, I. (szerk.): *Kézikönyv a szociális munka gyakorlatához*. Budapest: Szociális Szakmai Szövetség, 104–139.
- Orvos-Tóth, N. (2018): *Örökölt sors. Családi sebek és a gyógyulás útjai*. Budapest: Kulcslyuk Kiadó.
- Paksi, B. – Magi, A. – Gurály, Z. (2021): Hajléktalan emberek pszichoaktív szerhasználatára. *Esély*, 32(1): 62–91. <https://doi.org/10.48007/esely.2021.1.5>
- Pelle, J. (1999): *Beszámoló a fővárosi hajléktalanellátás kiépüléséről és feladatokról a továbbfejlesztés tükrében*. Budapest: Fővárosi Önkormányzat.
- Perry, B. – Szalavitz, M. (2021): *A ketreche zárt fiú – és már történetek egy gyermekpszichiáter jegyzetfüzetéből*. Budapest: Park Kiadó.
- Pohárnok, M. – Lénárd, K. (2015): A trauma lélektana. In Kiss, E. Cs. – Sz. Makó, H. (szerk.): *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs: Pro Pannonia, 233–234.
- Révész, Gy. (2015): A rossz gyermekkori bánásmód következményei. In Kiss, E. Cs. – Sz. Makó, H. (szerk.): *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs: Pro Pannonia, 276–290.
- Saleebey, D. (szerk.) (2006): *The strengths perspective in social work practice*. Boston: Pearson Education.
- Sen, A. (1983): Poor, Relatively Speaking. *Oxford Economic Papers*, 35(2): 153–169.
- SOS Children's Villages International – CELCIS (2021): *A trauma és a gyermekvédelmi gondozás: Bevezetés a traumatudatos megközelítésbe*. <https://childhub.org/hu/online-learning-materials/trauma-and-alternative-care> [https://www.sos-childrensvillages.org/getmedia/65085142-68fc-49fb-a6ae-0f1c6a2e57f1/TIP-Practice-Guidance-\(Hungarian\).pdf](https://www.sos-childrensvillages.org/getmedia/65085142-68fc-49fb-a6ae-0f1c6a2e57f1/TIP-Practice-Guidance-(Hungarian).pdf)
- SOS Gyermekfalvak (2022): *Szakpolitikai ajánlások*. <https://www.sos.hu/wp-content/uploads/2022/06/Szakpolitikai-ajanlasok-Traumaerzekeny-gyermekvedelem.pdf>
- Szoboszlai, K. (2012): Nők fedél nélkül. Győri, P. – Vida, J. (szerk.): *A megértés útjai. Hajléktalan sorsok, traumák és a segítő kapcsolat*. Budapest: Menhely Alapítvány – Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, 97–147.
- Teicher, M. H. (2004): Soha be nem gyógyuló sebek. A gyermekbántalmazás neurobiológiája. In Pléh, Cs. – Boros, O. (szerk.): *Bevezetés a pszichológiába. Olvasmányok és feladatok a lélektan alapkérdéseinek tanulmányozásához*. Budapest: Osiris.
- The Legacy Project*. <https://www.traumastoryhealing.ca>
- Theodoru, N. – Johnsen, S. (2017): Homelessness and Adverse Childhood Experience (ACE). *Homeless in Europe*, 2017(Winter): 4–8.
- Ujhelyiné N., A. – Kuritárné Sz., I. (2020): Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a felnőttkori egészségi állapotra. Szakirodalmi összefoglaló. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 21(1): 1–36. <https://doi.org/10.1556/0406.21.2020.008>
- Virág, T. (2001): *„Mély kútba tekinték.” Válogatott tanulmányok*. Budapest: Animula.
- Wolynn, M. (2023): Örökölt családminták. Félelmek, érzések és viselkedésminták, melyeket a tudunkon kívül átvettünk. Budapest: Édesvíz Kiadó.

család	családtagok	családtag életkora	első megjelenés ¹	dokumentumok ²	mélyszegénység	nem megfelelő szülői magatartás	abúzus	szenv. betegség	pszichoszociális fogy.	kiilleszkedett magatartás
9.	anya	55	2019	EI, GN, ÖÉ	x		x		x	
	lány	26	2020	EI, GN, ÖÉ	x	x			x	
10.	lány	24	2020	FET, MN	x					
	fiú	29	2015	FET, MN	x					x
	anya	59	2020	EI, GN, ÖÉ	x		x			
	lány	21	2021	EI, GN, ÖÉ	x	x	x			
	lány	19	2022	EI, GN, ÖÉ	x	x	x			x
11.	lány	19	2022	FET	x	x	x			
	fiú	26	2022	MN	x		x	x		
	anya	39	2011	EI, GN, ÖÉ	x	x	x		x	x
	lány	19	2015	EI, GN, ÖÉ	x	x	x		x	x
12.	fiú	22	2016	MN	x					
	anya	45	2020	EI, GN, ÖÉ	x	x	x		x	
	fiú	20	2020	MN	x					x
13.	nagymama	66	2020	EI, GN, ÖÉ	x					
	anya	47	2010	EI, GN, ÖÉ	x					x
	lány	40	2013	FET	x		x			
14.	lány	26	2021	EI, GN, ÖÉ	x					
	anya	40	2015	EI, GN, ÖÉ	x					
	lány	19	2016	EI, GN, ÖÉ	x		x		x	
15.	anya	40	2012	EI, GN, ÖÉ	x					
	lány	21	2013	EI, GN, ÖÉ	x					
	báty	46	2010	MN	x					
16.	anya	56	2017	EI, GN, ÖÉ	x		x			
	lány	23	2017	EI, GN, ÖÉ	x	x	x			
17.	anya	48	2015	EI, GN, ÖÉ			x			
	lány	23	2015	EI, GN, ÖÉ			x			
18.	anya	39	2013	EI, GN, ÖÉ			x			
	lány	19	2013	EI, GN, ÖÉ			x		x	

család	családtagok	családtag életkora	első megjelenés ¹	dokumentumok ²	mélyszegénység	nem megfelelő szülői magatartás	abúzus	szenv. betegség	pszichoszociális fogy.	kiilleszkedett magatartás
19.	anya	56	2016	EI, GN, ÖÉ	x	x	x			x
	lány	37	2012	FET	x				x	
	lány	30	2016	EI, GN, ÖÉ	x	x	x		x	x
	lány	36	2017	EI, GN, ÖÉ	x	x	x			x
	lány	27	2017	EI, GN, ÖÉ	x	x	x			x
	fiú	31	2018	MN	x	x				x
20.	unoka (fiú)	18	2022	MN	x	x				
	anya	53	2014	FET, GN			x	x		
	lány	33	2014	EI, GN, ÖÉ		x			x	
21.	anya	48	2011	EI, GN, ÖÉ						
	lány	29	2014	EI, GN, ÖÉ	x		x			
22.	anya	52	2012	MN	x					
	lány	21	2012	EI, GN, ÖÉ	x	x	x	x		
	fiú	20	2014	MN	x	x	x	x		x
	fiú	32	2016	MN	x	x	x			

1: Kurzívval emeltük ki azokat az évszámokat, mikor egy család több tagja egy időben fordult először a BMSZKI valamely szolgáltatásához.

2: EI=első interjú, GN=gondozási napló, ÖÉ=összefoglaló értékelés, FET=FET-adattal, MN=első dokumentációban elérhető egyéb adat