

*Gerevich József–Bácskai Erika*

## **Drogfogyasztás és megelőzés**

**Az elmúlt években ugrásszerűen megnöttek a szenvedélybetegségekre vonatkozó ismereteink, és ezek fényében a szenvedélybetegségek megelőzésére tett törekvések is egyre szakszerűbbé, tudatosabbá és eredményesebbé válhatnak hazánkban is. Jelen tanulmányban megkíséreljük áttekinteni azokat a legfontosabb fogalmakat és információkat, amelyek a megelőzésben érintett és érdekelt humánsegítő szakmák képviselőinek érdeklődésére tarthatnak számot, különös tekintettel a pedagógusokra.**

### **Szokás és hozzászokás**

A ciklusokban ismétlődő viselkedési sztereotípiákat nevezzük röviden szokásoknak. Ezek között van néhány szokás, amely életünk nélkülözhetetlen része: lélegzés, evés, ivás, vizelet, szexuális aktivitás. A lélegzés során kifújuk a levegőt: utána gyorsan, sőt kényszeresen törekszünk arra, hogy újra beszívjuk azt. Majd kezdődik minden előlről. Ugyanez a ciklicitás és a ciklusokon belül jelentkező fázisok figyelhetők meg a többi élettanilag fontos szokás esetében. Ha összehasonlítjuk ezeket a műveleteket a szenvedélybetegek „anyagéhségével”, szerfogyasztásával és a szer hatásának megszűnése során vissza-visszatérő vágygal az ismételt fogyasztásra, nem kétséges, hogy sok párhuzamot fedezhetünk fel. A visszatérő, rendszeres szokásokat addig nem hívjuk hozzászokásnak, (addikciónak), amíg gyakoriságuk és intenzitásuk nem hátrányos az egyénre és környezetére. Hozzászokásnak a drogok (pszichológiailag aktív kémiai anyagok) vagy a drogfogyasztással egyenértékű izgalmi helyzetek keresésének és a drogok fogyasztásának kényszeres, szélsőséges viselkedésmintáját nevezzük, amelyet a drog hatásához kapcsolódó leküzdhetetlen vágy, valamint erős tendencia jellemez az elvonás utáni visszaesésre.

A hozzászokásnak két fő típusa van. Az egyik, a kémiai addikció esetén a viselkedés konkrét cél (a kémiai anyag) felé irányul. A másik, az úgynevezett viselkedési addikció, amikor kémiai anyag vagy nincs, vagy ha van, nincs specifikus jelentősége a hozzászokás kialakulásakor.

Kémiai hozzászokás az alkoholizmus, a dohányzás és a heroinizmus. Viselkedési hozzászokás a kóros szerencsejáték, a tisztálkodási kényszer vagy a kóros lopás (kleptománia). A két típus között foglal helyet a csokoládéaddikció, amelynél a kémiai anyag szerepet játszik ugyan, de ennek nincs akkora jelentősége, mint például a dohányzásnál.

### **A kémiai hozzászokás jellegzetességei**

#### *Kényszeres viselkedés*

Erős belső kényszer irányítja a viselkedést. E mögött a kémiai szerek úgynevezett megerősítő hatásai állnak. Pozitív a megerősítés akkor, ha a szer valamilyen pozitív élmény felé „húz” (húzásmechanizmus). Ilyen pozitív élmény lehet a

hallucináció vagy az emelkedett hangulat (eufória). Negatív a megerősítés abban az esetben, ha a drog kellemetlen érzelmi állapotokat szüntet meg, „ellöki” az egyént ezekből az állapotokból (lökésmechanizmus). A kémiai szer ugyanis megszüntethet erős szorongásos élményeket, halálfélelmet, kisebbségi érzést. Amikor már kialakult a hozzászokás, egyik súlyos következményének, a függőségnek (dependencia) a tüneteit is csökkentheti vagy elmulaszthatja. A függőség tünetei akkor jelentkeznek, ha a drogfogyasztást abbahagyjuk, vagy a drogok adagjait csökkentjük. E tüneteket elvonási tüneteknek nevezzük.

### *Sóvárgás*

Erős vágy a drogok iránt. Nagyfokú izgalmi állapotot idéz elő, amely aktivizálja az egyént a drogok beszerzésére és elfogyasztására. A sóvárgás csillapítása az egyik legfontosabb terápiás feladat a szenvedélybetegek kezelésében.

### *Incentívitás – fogyasztás kettőssége*

Maga a drogélmény ciklusa két fő fázist foglal magában, a serkentéses (incentív) fázist és a fogyasztási (konzummációs) fázist. Az incentív fázist a sóvárgás indítja be; erős izgalmi állapotot jelent, amely beszűkíti az egyént a drogok keresésére, a drogok fogyasztásra alkalmassá tételére. A fogyasztási fázis a drogélmény befejezési aktusa; egyfajta jóllakottság, feszültségcsökkenés, nyugalmi állapot jellemzi.

### *Kockázatkereső viselkedés*

A szenvedélybetegek egy része veszélyes helyzeteket is vállal, hogy a szerekekhez jusson, vagy veszélyes szereket is fogyaszt, hogy drogélményben részesüljön, sőt maga a drog is csökkentheti a veszélyérzetet, és olyan viselkedést alakíthat ki, amely nem mérlegeli a viselkedés kockázatát.

### *Helyettesítés*

Az egyes drogok egymást helyettesíthetik: csökkenthetik a másik drog hiánya miatt jelentkező elvonási tüneteket; a drogleszokást követően a szenvedélybetegek könnyen rászokhatnak más szerekre, például a gyógyszerként kapott nyugtatókra, a dohányosok – eldobva a cigarettát – elhíznak. A gyógyászatban is gyakran helyettesítik a szereket, főleg az elvonás időszakában.

### *Szimultaneitás*

Ritkán látunk egy szerhez való hozzászokást. Az esetek többségében szerkombinációhoz szoktak hozzá a páciensek. A leggyakoribb szerkombinációk: alkohol és nikotin; alkohol, nikotin és koffein.

### *Multigenerációs jelleg*

Egy családban általában halmozódnak a szerfogyasztási problémák. A heroinista páciens családjában erősen alkoholizáló apával, nyugtatókat, altatókat szedő anyával és erősen dohányos szülőkkal lehet gyakran találkozni.

## A drogfogyasztás veszélyei

Ezt a rendkívül fontos témát tanulmányunk nem tárgyalhatja kimerítő részletességgel. A legfontosabb veszélyekre azonban fel szeretnénk hívni a figyelmet. A rendszerint elhangzó kérdés így hangzik: Melyek a legveszélyesebb szerek? Több megbízható választ is adhatunk rá: 1. minden pszichoaktív drog veszélyes; a veszélyesség mértéke függ a dózistól, az adagolás módjától és a droghatásnak kitett személy fizikai és pszichológiai állapotától, beleértve az adott droghoz való hozzászokás mértékét is; 2. attól függ, milyen szempontból nézzük.

– Az elvonási tünetek súlyossága: életveszélyes elvonási tüneteket okozhatnak a barbiturátok és a glutetimid (Noxyron). Utóbbi szedését ma már semmi nem indokolja.

– A hozzászokás gyorsasága: néhány nap, hét alatt már hozzá lehet szokni a pszichológiailag aktív drogokhoz. A legvonzóbb megerősítő tulajdonsága – az állatkísérletek bizonyossága szerint – a kokainnak van. Az állatok hamar rátalálnak arra a gombra, billentyűre vagy karra, amelynek nyomkodásával, húzogatóásával kokainhoz lehet jutni, és hiába vannak a kamrában más szerek, víz, étel elérését lehetővé tevő gombok, az állatok csak a kokainos gombot nyomják addig, amíg el nem pusztulnak.

– Az elterjedtség mértéke: a legkönnyebben és legális úton elérhető szerek éppen e könnyű hozzáférhetőség miatt veszélyesek: nikotin, alkohol, koffein.

– A droghatásban szerepet játszó közvetítő idegkapcsolatok (neurotranszmitterek) száma: egy-egy drog általában 1-3 ilyen kapcsolaton keresztül fejti ki hatását. Van azonban egy szintetikus szer, a phencyclidin (angyalpor), amely csaknem valamennyi ismert és a kábítószeres hatásaiban érintett (mintegy kilenc) neurotranszmitteren hat, emiatt hatása kiszámíthatatlan, és sokféle tünetet okozó és a tünetcsoportot sokféle formában előidéző, polimorf. Magyarországon a phencyclidinhez hasonló szerek közül a ketamin van forgalomban, s bár veszélyes, nincs a kábítószerlistán.

– Az első hatás után már súlyos komplikációk lehetségesek. A hallucinációkat előidéző szerek néhány óráns, rendkívül kellemetlen „trip”-et (utazást) válthatnak ki szorongással, halálfélelemmel, a megőrüléstől való félelemmel, üldöztetési érzésekkel. Ezt az utcai szakszargonban „horror tripnek” (szörnyű utazás) nevezik. Különös jelentőségét ennek az állapotnak két következményre adja: egyrészt ezt az élményt nehéz „kiheverni”, még évek múltán is felidéződik és szorongást vált ki. Másrészt a negatív érzések vissza-visszatérhetnek a drogok (elsősorban LSD) használata nélkül is. Ez a „flashback”. A horror tripre való visszaemlékezés és a flashback évekre kibillentheti a fejlődő személyiséget egyensúlyi helyzetéből; a fiatalok abbahagyják tanulmányaikat, munkavégzésre alkalmatlanná válhatnak. Intenzív, hosszan tartó pszichoterápiával lehet eredményesen befolyásolni.

– Fertőzésveszély: elsősorban a nem szájon át adagolt szerek (amfetaminok, heroin, kokain) befecskendezése révén nő meg a különböző fertőzések veszélye, különösen akkor, ha nem steril tűt és fecskendőket használnak. Elsősorban a májgyulladás és az AIDS-fertőzés gyakori drogfogyasztóknál, de sok más fertőzés-fajta is előfordulhat.

– A szervi szövődmények gyakorisága: ebből a szempontból a két leggyakrabban fogyasztott, legszélesebb körben elterjedt drog, az alkohol és a nikotin tekinthető a legveszélyesebb szernek. A nikotin tüdőrákot, szívinfarktust, az alkohol májzsugort, szívizom-elfajulást, szellemi leépülést okozhat.

– Közvetítő hatás: egyes szerek használata megnöveli a valószínűségét más, főleg illegális drogok használatának. A legjelentősebb (és legvitatottabb) közvetítő drog a marihuána. Két, nagymértékben különböző és ellentétes következtetések levonására is alkalmas alternatív magyarázat ismeretes a közvetítést illetően. Az egyik, a biológiai alapokon álló hipotézis szerint a közvetítő szerek érzékennyé teszik a központi idegrendszerben található receptorokat, és emiatt a később fogyasztott illegális szerekhez könnyebben és gyorsabban következnek be az addikció. A másik, pszichoszociális hipotézis szerint a marihuánafogyasztás illegális jellege miatt a „füvet” szívók érintkezésbe kerülnek a fekete piac kiskereskedőivel, a „dealerek”-kel, akik érdekelték abban, hogy ne csak a viszonylag olcsó marihuánát, hanem a drága szereket, heroint, kokaint is eladják nekik. A biológiai hipotézis alapján fontos, hogy a marihuána is illegális maradjon, míg a pszichoszociális hipotézisből az következik, hogy a marihuána legalizálása csökkentené a marihuána közvetítő jellegét, mivel a fogyasztók nem kerülnének kapcsolatba a dealerekkel.

### A drogfogyasztás előjele

A hozzászokásig sajátos életutakon keresztül lehet eljutni. Ezek ismerete megkönnyíti a folyamat korai felismerését és a hozzászokás megelőzését. A későbbi drogfogyasztás kialakulásával összefüggésbe hozható életeseményeket, személyiségvonásokat, családi rendellenességeket nevezzük előjeleknek (prediktorok). A hozzászokáshoz az előjelek egymást követő láncolata és egyidejűleg megfigyelhető csoportosulásai vezetnek.

A szenvedélybetegek családjában, még a később szenvedélybeteggé váló gyermekek megszületése előtt vagy korai gyerekkorában gyakran figyelhető meg költözés, áttelepülés, vándorlás. Az emigránsok gyermekeinél háromszor gyakoribb a szenvedélybetegség, mint az átlag populációban. E vándorló (migráló) családoknál a felnőttek és a gyermekek között egyfajta kulturális szakadék jön létre, amely nyelvzavarhoz, kommunikációs zavarhoz vezethet. A szülők házassága általában sikertelen, sok a kezeletlen feszültség, nagyok az ellentétek. A gyermek érkezése időnként „tünetcsökkentő” hatású lehet: a házasságok figyelmét eltereli a házassági problémákról. Ha ez így van, a gyermek a kimondatlan küldetéssel kezdi életét, „én vagyok, aki összetartom szüleim házasságát”. A szenvedélybeteg-jelöltek ennek a küldetésnek eleget téve válnak szerfogyasztóvá.

Az anya szerepe kulcsfontosságú az élet első éveiben. Terhessége alatti életformája, szerfogyasztása már a magzati élet során kialakíthatja leendő gyermeke addikcióját (nikotin, alkohol, heroin stb.). Az úgynevezett perinatális addikció tüneteivel született gyermekek esélye igen nagy a felnőttkori szenvedélybetegségre. Az anya érzelmi jelenlétével vagy hiányával is meghatározhatja az addiktív folyamatot. Az érzelmi távolság mértéke szerint beszélhetünk érzelmi nélkülözésről (depriváció), amely a drogfogyasztás legjelentősebb előidézője. A szülői agresszív viselkedés, különösen heroinisták családjában, szintén jelentős előjelnek tekinthető.

A szülők nevelési stílusát két tengely mentén határozzuk meg, a szeretet és a monitorozás tengelyén. Az autoriter szülő rosszul szeret, és erőszakosan – de következtelenül – monitoroz, irányít. Az autoritatív szülő szigorúan monitoroz, de nem agresszív, ugyanakkor következetes, emellett erős érzelmi szálakat köt gyermekével. A permisszív szülők egyik típusa rosszul szeret és nem monitoroz, a másik jól szeret, az irányítást viszont elhanyagolja. Vizsgálatok igazolták, hogy az

autoritativ szülőnek van a legnagyobb esélye arra, hogy megelőzze gyermeke későbbi drogfogyasztóvá válását. Betegeink körében gyakori az autoriter szülőpár vagy az autoriter apa és permisszív anya.

A drogfogyasztójelölt gyermeknél már néhány éves korában kialakulnak az úgynevezett „nehéz gyermek” tünetcsoport jellegzetességei. Elsősorban hiperaktivitás, figyelemzavar, impulzív, agresszív viselkedés és tanulási nehézségek tartoznak ide. Korán megjelennek a menekülési reakciók: csavargás (iskolakerülés), kriminalitás, beilleszkedési nehézségek (konfliktusok), korai kortárshatások. A veszélyeztetett gyermekek életük első tíz évében gyakran válnak beteggé, sokszor kapnak különféle gyógyszereket, gyakoriak a csonttöréses balesetek közöttük. Az egyik páciensünk hat éves korában köhögési rohamára morfint kapott, és a droghatást követő kellemes bódulatra visszaemlékezve tízéves kora után tudatosan készült arra, hogy újra hozzájusson olyan szerekhez, amelyek erre a korai élményre emlékeztetik.

A menekülő gyermek gyorsan verődik kortárs csoportba, ahol megnő a különféle szerekkel való találkozás valószínűsége. A kortársnyomás hatására, eleinte kíváncsiságból, később lázas, ösztönös öngyógyszerelési törekvésektől indítva sorra próbálja ki előbb a legálisan hozzáférhető szereket, majd – átlépvé a társadalmi normák és törvények által kijelölt határokat – az illegális szerekkel ismerkedik. Az első szertől az illegális szerek alkalmi használatáig tart a drogfogyasztás kísérleti periódusa. E periódust úgy lehet értelmezni, hogy a személyiségfejlődés során kialakult pszichopatológiai tünetek feszítik, hajtják a leendő szenvedélybeteg e tünetek csökkentésére. A pszichopatológiai tüneteket leghatékonyabban csökkentő drogokat nevezzük bázisdrogoknak vagy bázisdrog-kombinációnak. A lázas keresés addig tart, amíg a potenciális páciens meg nem találja a maga bázisdrogját. Ekkor alakulhat ki hozzászokás; a bázisdrog megerősítő tulajdonságai a drog ismételt bevételére készítetnek.

## A megelőzés alapjai

A megelőzés közegészségügyi modellje abból indul ki, hogy a különböző fizikai és lelki betegségek jól elkülöníthető folyamat révén alakulnak ki, zajlanak le, javulnak, romlanak vagy stagnálnak. Ebben a folyamatban több fejlődési fázist ismerhetünk fel.

A megelőzés szemlélete azt a törekvést tükrözi, amely szerint a folyamat egyik fázisának kialakulását az előző fázisok valamelyikében lehet megakadályozni valamilyen megelőző intervenció, beavatkozás révén.

A megelőzési modell megszületésének időszakában, az ötvenes években, illetve a hatvanas évek elején, amikor a modern betegség- és egészségfogalom is megérlelődött, a betegségek kialakulásának és előrehaladásának három stádiumát különböztették meg:

1. az az időszak, amikor még nem jelentkeznek a betegség tünetei;
2. a betegség kialakulásának heveny kezdeti időszaka;
3. a betegség elhúzódásának, krónikussá válásának a periódusa.

A megelőzés hármas rendszerében aszerint beszéltek elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevencióról, hogy e három periódus közül melyikben történik a beavatkozás. Az elsődleges megelőzés kifejezés a betegségtünetek jelentkezése előtt, a másodlagos megelőzés fogalma a tünetek kibontakozásának heveny időszaka-

kában, a harmadlagos megelőzés megjelölés pedig a betegség idültté válásakor végzett beavatkozásokra vonatkozott.

Az elsődleges megelőzés célja az új esetek előfordulási arányának a csökkentése akkor, amikor még nem alakult ki a betegség. A másodlagos megelőzés célja az, hogy csökkentse az elsődleges megelőzés erőfeszítései ellenére is elkerülhetetlenül kialakuló betegségek abszolút számát, illetve a betegség fennállásának időtartamát. A harmadlagos megelőzés célja, hogy csökkentse a betegségekkel felépülő személyek gyakran visszamaradó maradványtüneteit, defektusait, javítsa a betegség nyomán támadt képességzavarokat és segítse elő a betegek társadalmi újrabeilleszkedését.

Ez a felosztás jó kiindulási alap a megelőzés többlépcsős jellegének a végig gondolására, de túl általános ahhoz, hogy általa egy-egy konkrét esetben vagy konkrét betegség esetén a prevenció pontos tartalma meghatározhatóvá válhatna. A szenvedélybetegségeknel például külön kérdés, mely szerfogyasztási időszakot tekintjük az elsődleges és másodlagos megelőzés munkaterületének. A heroinizmusnál a dohányzás prediktornak tekinthető, a potenciális heroinfüggőknél a dohányzás leszoktatása értelemszerűen elsődleges megelőzést jelent, míg a dohányosnál ez már másodlagos megelőzésnek számít. Az is megegyezés kérdése, hogy a kísérleti drogfogyasztás időszakában megfigyelt marihuánaszívás az addikció kialakulása előtt már betegségi tünet vagy még előjel. Az elsődleges megelőzés céljainak pontos meghatározása sem nélkülözhető, és ebben a definícióban a rendszeres élés szerekkel (abúzus), a hozzászokás (addikció) és a szerhasználat kifejezések összemosása megghiúsíthatja a megelőzést. A célok kijelölését szerenként célszerű elvégezni, mivel az adott kultúrában az egyes szerek használatának megítélése eltérő. Ma Magyarországon teljes alkoholmentességet célként kitűzni lehet, de ez a cél nem teljesíthető. Sajnos, a marihuánafogyasztással kapcsolatosan például változik a magyarországi helyzet: míg a nyolcvanas években szinte kizárólag deviáns fiatalok szívták a marihuánát, ma egyre több átlagos, nem deviáns, egészséges fiatal is próbálkozik a szer használatával. Ha ez a tendencia eléri az amerikai (mint tudjuk, Amerikában a marihuánaszívás kipróbálása mindennapos jelenség), nehéz lesz a teljes marihuánamentességet célul kitűzni.

## A szociális fejlődés elmélete

Ennek az elméletnek az alapfeltevése az, hogy azok a gyermekek, akik erős szociális kötődésekben fejlődnek, és olyan normákat sajátítanak el, amelyek ellentétesek a droghasználatot előíró normákkal, kevésbé hajlamosak a drogfogyasztásra, illetve a drogok rendellenes módon való fogyasztására, mint a gyenge szociális kötődésekkel rendelkező és a drogokat normatív módon fogyasztó fiatalok.<sup>1</sup>

A szociális fejlődés elmélete szerint a megelőzésnek két jól különválasztható dimenziója van: a sérülékenység és a protektivitás. A sérülékenység a szerfogyasztás kialakulására való hajlam mértékét tükrözi, a protektivitás pedig mindazon

<sup>1</sup> Hawkins, J. D.-R. Catalano-J. Miller: Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. Psychological Bulletin 1992. Vol. 112, No. 1, 64-105.

hatásoknak a gyűjtőneve, amelyek csökkentik a sérülékenység mértékét, gátolják a rizikótényezők kialakulását.

A protektivitás és sérülékenység viszonyát illetően három lehetséges mechanizmusról tudunk, amelyek révén a protektív faktorok csökkentik a drogfogyasztás kockázatát, illetve a kockázat felerősödhet:

1. Rizikó/protektív mechanizmus<sup>2</sup>: egy vagy több előjel megjelenésére a veszélyeztetett gyermek vagy környezete protektív módon reagál. Például a családban az apa agresszív megnyilvánulásaival szemben a potenciális drogfogyasztó gyermek nővére vagy bátyja lép fel, és megvédi öccsét az apai agressziótól. A kortárs csoport drogfogyasztásra csábító hatását a szülőkhöz való erős kötődés közömbösítheti.

2. Protektív/protektív mechanizmus: egy protektív faktor egy másik protektív faktort mobilizál, erősítve annak hatását. A kamasz és apja közötti erős kötés erősíthet más védelmi faktorokat, a kamasz konvencionális viselkedését, az apa és anya közötti viszony javulását vagy az anya pozitív attitűdjét gyermekével szemben.

3. Rizikó/rizikó mechanizmus<sup>3</sup>: több megfigyelés is utal arra, hogy egyes prediktorok más prediktorok kialakulásában vesznek részt, s mintegy közvetítő szerepet töltenek be a korai előjelek és a szerfogyasztás között. A korai szexuális traumák a kamaszkori önértékelési zavar közvetítésével vezethetnek illegális drogfogyasztáshoz.<sup>4</sup>

A szociális fejlődés elmélete szerint a megelőzésnek két iránya lehet: egyrészt csökkenteni a már kialakult rizikótényezőket, prediktorokat és megelőzni az újabb prediktorok kialakulását, másrészt a már kialakult protektív tényezők erősítése és újabb protektív tényezők létrehozása révén ellensúlyozni a rizikótényezők negatív hatásait.

## A rugalmas gyermek

Viszonylag keveset tudunk arról, mi jellemzi azokat a gyermekeket, akik sok rizikótényező ellenére sem válnak drogfogyasztóvá. Ők az úgynevezett rugalmas gyermekek.

*Garmezey* olyan gyermekek között vizsgálta a protektív faktorokat, akik erőteljes stresszhatás alatt álltak súlyos családi konfliktusok miatt. A következő protektív tényezőket találta: támogató családi kapcsolatok; külső, családon kívül támaszt nyújtó érzelmi kapcsolatok; a gyermek kedvező temperamentuma.<sup>5</sup>

A rugalmas gyermekek a szociális problémamegoldás egész tárházával rendelkeznek. Feltűnő jellegzetességük, hogy hisznek saját hatékonyságukban.

*Werner* és munkacsoportja ázsiai és polinéziai gyermekek személyiségfejlődését kísérte végig születésüktől tizenhét éves korukig Hawaiián, Kauai faluban. A gyermekek többsége szegény, nélkülöző családból származott. Egyharmaduk

<sup>2</sup> Brook, J.S.-D. W. Brook-A. S. Gordon-M. Whiteman-P. Cohen: The Psychosocial Etiology of Adolescent Drug Use: A Family Interactional Approach. Genetic, Social, and General Psychology Monographs 116. 1990. (Whole No. 2.)

<sup>3</sup> Bácskai Erika: A drogmegelőzés hatékonysága. *Esély*, 1993. 6. 29-45. o.

<sup>4</sup> Dembo, R.-M. Derfke-S. Borders-M. Washburn-J. Schmeidler: The Relationship Between Physical and Sexual Abuse and Tobacco, Alcohol, and Illicit Drug Use Among Youth in a Juvenile Detention Center. The International Journal of the Addictions, 1988. 23 (4), 351-378.

<sup>5</sup> Garmezey, N.: Stress-Resistant Children. The Search for Protective Factors. In: J. E. Stevenson (ed.): Recent Research in Developmental Psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1985. 4. (Book suppl.), 213-233.

tízéves kortól győgyopedagógiai korrekció s nevelésben részesült. Tízennyolc éves korukra a gyermekek 30 százalékánál bűnöző magatartást lehetett észlelni. 25 százalékuknál súlyos mentálhigiénés problémák jelentkeztek. 59 százalékukat találták rugalmasnak, mivel ezek a gyermekek immunisak maradtak az alkoholfogyasztási mintákat mutató családi hatásokkal szemben. Többségük első gyermek volt és lány. Szüleik testvéreikhez képest gyakrabban észlelték őket gyengédnek, szeretetteljesnek, simulónak. A rugalmas gyermekek anyja a születésüket követő húsz hónapon belül ritkán szült másik gyermeket.<sup>6</sup>

### **A szociális fejlődésmodell a megelőzés gyakorlatában**

A szociális kötődések érdekében a fejlődésben lévő gyermekek társas környezetét, elsősorban a szülőket és az iskolai tanárokat kell alkalmassá tenni arra, hogy a gyermekek szociális tanulását korszerű nevelési módszerekkel és megfelelő szemlélettel elősegítsék. E cél elérése érdekében a tanárokat az úgynevezett „proaktív osztálymanagement”, az interaktív tanítás és kooperatív tanulás módszereire készítik fel. Ha a tanár elsajátította a megfelelő képességeket, alkalmassá válik arra, hogy egyre több lehetőséget nyújtson a gyermekeknek a proszociális, egymást segítő, szolidáris viselkedés gyakorlására, az ehhez szükséges készségek fejlődésére és a hatékony viselkedés pozitív megerősítésére. Mindez az iskolához való szociális kötődést erősíti. A tanár másik feladatköre az, hogy honorálja a gyermekek képességét arra, hogy ellenálljanak a szerfogyasztást erősítő, környezeti hatásokban megnyilvánuló prediktoroknak. Mindez csökkenti a tanulók rizikóérzékenységet és növeli ellenálló képességüket.

A szociális fejlődésmodellnek két stratégiatípusa van, a szociális hatásokkal szembeni ellenállást serkentő stratégiák és a korai rizikótényezőkre összpontosító stratégiák.

### **A szociális hatásokkal szembeni ellenállást serkentő stratégiák**

E stratégiák úgy tekintik a droghasználatot, mint szociálisan szerzett viselkedést, amelyet a drogfogyasztó környezet kezdeményez és megerősít. Korrekció s jellegű van, mivel problémákra, egészséghiányokra, stresszhatásokra, tünetekre, negatív normákra koncentrálnak. Abból indulnak ki, hogy a külső környezet drogozást erősítő hatásainak erejét kell csökkenteni a megelőzés érdekében. Ez elsősorban a fiatalok problémamegoldási, döntéshozási, önkontroll-, önhatékony-ság-, stresszlelkűző (coping) és társas készségeinek fejlesztése révén történik. Egyes programokban a drogmentességre ösztönző normák erősítése a fő cél. Ezek a normatív programok a droghasználatot mint szociálisan elfogadhatatlant írják le súlyos rövid és hosszú távú következményeivel. Azt az evidenciát hangsúlyozzák, hogy a drogfogyasztás kialakulása egyáltalán nem törvényszerű, és sokkal ritkábban fordul elő a kamaszok között, mint ahogy azt egy gyermek gondolhatja. Sok esetben kortárs segítőket is alkalmaznak ezekben a programokban.

A szociális hatásokkal szembeni ellenállást serkentő stratégiákat gyakran magabiztosság-tréningekkel és tömegkommunikációs programokkal is kombinálják.

<sup>6</sup> Werner, E. E.-R. S. Smith: Vulnerable but Invincible. McGraw-Hill, New York. 1982.



E programok hatásaira vonatkozó kutatások elsősorban a cigarettázás, alkoholvás, marihuánaszívás kezdetének a késleltetését tárták fel.

A hatékonyságot egyértelműen javította, ha kortárs segítő fiatalokat is bevonak. Egyes szerzők szerint a kortárs tanulók képességei bizonyos esetekben meghaladták a tanárokat, pontosabban hajtották végre a programtervet, és a drogfogyasztás lehetőségét kizáró normáik húzóhatása erősebb volt a dohányzó tanárok kevésbé hiteles viselkedésénél.

### **A korai rizikótényezőkre összpontosító megelőzési stratégiák**

#### *1. Kora gyermekkori családsegítő programok*

Elsősorban a születés előtti és újszülöttkori gyermekgondozási, táplálkozástanácsadási, családtervezési, nevelési, életvezetési programok tartoznak ide, amelyek a nagy kockázatú családokat kiszűrve alkalmasak a gyermekek elhanyagolásának a megelőzésére, teljesítménynövelésre, az anyák munkába állásának a csökkentésére, a gyermekek beiskolázásának a támogatására, a speciális iskolai szolgáltatások igénybevételének a megszervezésére, valamint az anyai antiszociális viselkedés és a tanári agresszió csökkentésére.

#### *2. A gyermekek és serdülők szülei számára szervezett programok*

A gyermek viselkedési problémái csökkenthetők szülői készségfejlesztő programok és funkcionális családterápiás programok révén. A szülői készségfejlesztés rövid távú javulást idéz elő a családi interakciókban és a gyermek viselkedészavarában, iskolai beilleszkedési nehézségeiben és késleltetheti a kriminális viselkedés kezdetét, különösen akkor, ha a szülők mellett a gyermekekkel is foglalkoznak.

Amikor a szülői készségfejlesztés arra irányult, hogy megtanítsák a szülőket gyermekük viselkedésének a monitorozására, és ennek révén a szülők képessé váltak arra, hogy a gyermek nemkívánatos viselkedésére mérsékelj, de határozott szigorral, a kívánatos viselkedésükre pedig meleg, jutalmazó magatartással reagáljanak, a szülő-gyermek kötődés lényegesen javult, csökkentek a gyermek készségezavarai és viselkedési problémái.

A hatékony szülői tréningprogramok főbb hatásjellemezői:

- a szülőknél világos, egyértelmű viselkedésvárás alakult ki a gyermekkel szemben;
- szupervíziót alkalmaznak és folyamatosan követik a gyermekek fejlődését;
- következetesen megerősítik proszociális viselkedésüket;
- minél több alkalmat teremtenek arra, hogy a gyermekek részt vegyenek a család életében;
- a gyermekek „akadémiai”, szociális és választási készségeinek a fejlődését tudatosan segítik elő.

#### *3. Szociáliskompetencia-tréningek*

Alapjuk az a megfigyelés, hogy a szociálisan kompetens gyermekek kevesebb iskolai problémát mutatnak, jobbak az alapvető problémamegoldáshoz és a hagyományos teljesítményhez szükséges kognitív készségeik. A módszer hívei azt állítják, hogy bizonyos erkölcsi értékek (alapvető emberi jogok, mások szükségleteinek

tiszteletben tartása stb.) megtanulása a proszociális viselkedés fejlődése szempontjából döntő. A szociáliskompetencia-tréningek többnyire agresszív gyermekekkel foglalkoznak.

#### 4. Az „akadémikus” teljesítmény növelése

Az iskolai osztály tantervi gyakorlatának megváltoztatása és a tutorrendszer kiépítése kedvezően befolyásolhatja az iskolai tanulók viselkedését, iskolai teljesítményét és az iskolához való kötődését. A tanárokat felkészítik a kooperatív tanulás módszereire; a tanár képessé válik arra, hogy megossza az oktatás felelősségét a tanulókkal. Több szerző számolt be arról, hogy pusztán individuális tutor-segítő bevonásával, szociális készségfejlesztő tréning alkalmazása nélkül sikerült alacsony teljesítményű, szociálisan izolált tanulók teljesítményét és társas kapcsolatait javítani.

#### 5. Az iskola szervezeti változásai

Azokban az iskolákban, ahol magas a viselkedési zavarban szenvedő és szerfogyasztó tanulók száma, nehéz egy-egy konkrét programmal változtatni a helyzetet. Mivel a szervezeti diszfunkciók a gyermekek viselkedésével, teljesítményével és az iskolai kötődés mértékével is összefüggenek, a megelőzés célpontja ezekben az esetekben maga az iskolai szervezet lehet.

Csökkentheti a drogfogyasztás iskolai rizikófaktorait olyan szervezeti struktúra létrehozása, amely megkönnyíti a döntéshozás és a vezetés megosztását az iskolában; a kooperatív tanulás és tesztmegoldási programok bevezetése; közvetlen szolgáltatások nyújtása veszélyeztetettek számára; a curriculum szakmai színvonalának emelése.

#### 6. A tanulók részvétele alternatív tevékenységekben

Az iskolai környezetben a hagyományos tanulói szereptől eltérő szerepek gyakorlása növelheti az iskolai elköteleződés mértékét és csökkentheti az elidegenedést. Ilyen szerepek a következők: részvétel az iskola irányításában; kortárssegítő programok; tutorrendszer; tanulók bevonása az iskolai szerhasználat (tanulók és tanárok dohányzási, alkoholvívi stb. szokásai) feltérképezésében; a drognevelésre fordított oktatói tevékenység kiterjesztése mozgalommá.

Hazánkban a nyolcvanas évek első felében indítottunk el olyan többéves drogmegelőzési modellkísérletet, amely a szociális fejlődésmoddellen alapult. A pedagógusok által megvalósított kutatás kontrolcsoport bevonásával végzett hatékonyságvizsgálata<sup>7</sup> arra engednek következtetni, hogy ez a megközelítés itthon is hatékony. A kölni egészségvédelmi intézet által kidolgozott és magyar viszonyokra adaptált programot ma már egyre több iskolában alkalmazzák a helyi sajátosságokhoz igazítva.

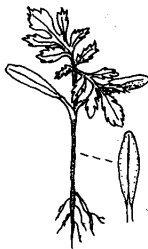
<sup>7</sup> Bácskai Erika: A drogmegelőzés hatékonysága. *Esély*, 1993. 6. 29–45. o.

## Irodalom

- Bácskai Erika* (szerk.): Dohányzásmegelőzés. Tanári kézikönyv. Drogalapítvány, 1991.
- Bácskai Erika* (szerk.): Kábítószer-megelőzés. Tanári kézikönyv. Drogalapítvány, 1991.
- Bácskai Erika*: A drogmegelőzés szociális fejlődésmélete. Végeken, 1994. 3. évf., 4. 23–34. o.
- Bácskai Erika–Gerevich József*: Iskolai drogmegelőzési modellkísérlet. 1987. Drogműhely 1. 1–51. o.
- Gerevich József*: Iskolai mentálhigiéne. In: Gerevich J. (szerk.): Közösségi mentálhigiéne. Gondolat Kiadó, Budapest, 1989.
- Gerevich József*: A drogfogyasztás előzményei, előjelei és kockázati tényezői. In: Gerevich J.–Veér A. (szerk.): A kábítószer kihívása. Gondolat, Budapest, 1992. 34–57. o.
- Gerevich József*: Az addikció fogalomköre és diagnózisa. Orvosi Hetilap, 1994. 135. 51. 2805–2814. o.
- Gerevich József* (szerk.): Drog és politika. Egészséges Ifúságért Alapítvány, Budapest, 1994.
- Gerevich József*: Az addiktív drogfogyasztás kialakulása. Egészségnevelés, 1994. 35. évf., 20–23. o.
- Gerevich József–Veér András* (szerk.): A kábítószer kihívása. Gondolat, Budapest, 1992.
- Gerevich József–Bácskai Erika*: Protektív és rizikóprediktorok a drogfogyasztás kialakulásában. Psychiatria Hungarica. 1994. 9. évf., 3. 231–240. o.



*Lycopersicon esculentum*  
Paradicsom



*Tagetes patula*  
Bársonyka



*Ambrosia elatior*  
Parlagfű

A parlagfű gyakran észrevétlenül megbújik környezetünkben. Egyrészt mert jelentéktelen zöld gyom, másrészt mert a fiatal növény több más palántára, pl. a bársonykára, paradicsomra hasonlít, s idejében nem veszik észre.