

BÍRÓ JUDIT (szerk.)

BIOPOLITIKA – DROGPREVENCIÓ  
TANULMÁNYOK A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁS MEGELŐZÉSÉRŐL

**NEMZETI DROGMEGELŐZÉSI INTÉZET**  
**SZAKMAI FORRÁS SOROZAT**

ELMÉLETEK – MODELLEK 4.

**Sorozatszerkesztők**

Demetrovics Zsolt és Buda Béla

**BÍRÓ JUDIT (szerk.)**



# **BIOPOLITIKA – DROGPREVENCIÓ**

**TANULMÁNYOK A KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁS  
MEGELŐZÉSÉRŐL**

L'HARMATTAN – ELTE TÁRSADALOMTUDOMÁNYI KAR  
BUDAPEST, 2006

Lektorálta: Buda Béla dr.

© Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, 2006

© L'Harmattan, 2006

**Nemzeti Drogmegelőzési Intézet**

National Institute for Drug Prevention

1145 Budapest, Amerikai út 96.

Tel.: (+36 1) 273 4201, Fax: (+36 1) 273 4202

**L'Harmattan France**

7 rue de l'Ecole Polytechnique

75005 Paris

T.: 33.1.40.46.79.20

**L'Harmattan Italia SRL**

Via Bava, 37

10124 Torino-Italia

T./F.: 011.817.13.88

ISBN 963 7343 92 X

A kiadásért felel Gyenes Ádám.

A kiadó kötetei megrendelhetők,  
illetve kedvezménytel megvásárolhatók:

L'Harmattan Könyvesbolt

1053 Budapest, Kossuth L. u. 14–16.

Tel.: 267-5979

[harmattan@harmattan.hu](mailto:harmattan@harmattan.hu)

[www.harmattan.hu](http://www.harmattan.hu)

A nyomdai előkészítés Harsáczki György munkája.

A sokszorosítást a Robinco Kft. végezte, felelős vezető Kecskeméthy Péter.

## TARTALOM

Előszó . . . . .	7
Rácz József: Biopolitika . . . . .	13
Bóhm Júlia: A droghasználat modelljei és szabályozásának elvei . . . . .	35
Sárosi Péter: Trendek a nemzetközi és a hazai drogpolitikában . . . . .	45
Demetrovics Zsolt: Drogfogyasztás a mai Magyarországon . . . . .	63
Pikó Bettina: A serdülő- és ifjúkori függőség biológiai, pszichológiai és szociológiai összefüggései . . . . .	81
Bús Terézia: Iskolai drogprevenció . . . . .	103
Paksi Borbála – Demetrovics Zsolt – Czakó Ágnes: Az iskolai drogprevenziós programok értékelése – 2001 . . . . .	127
Felvinczi Katalin: A család szerepe a drogprevencióban . . . . .	165
 <i>Esettanulmányok</i>	
Cseri Györgyi – Szécsi Judit: Prevenziós programok a Kék Pont Alapítványnál . . . . .	189
Solt Ágnes: Bűnelkövető fiatalok droghasználata . . . . .	205
A szerzőkről . . . . .	229
Tárgymutató . . . . .	231



# ELŐSZÓ

## Előzmények és célok

Az ELTE Társadalomtudományi Karának Deviancia szakiránya és a mellette működő Drogtanulmányok Kutatóintézete 2004 májusában kapott megbízást a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium kábítószerügyi koordinációjától, hogy dolgozzon ki egy olyan tantárgyat, amely révén a kábítószer-használat megelőzését célzó modellek és programok bekerülhetnek a felsőoktatási curriculumba. A *Biopolitika – Drogprevenció* nevű *kísérleti tantárgy* tartalmi és formai kialakításánál az volt az elsődleges célunk, hogy a hazai kábítószerhelyzetet alapul véve betekintést kínáljon speciális szakmai készségekbe és *szakpolitikai* (közpolitikai, *public policy*) technikákba. A tematika összeállításánál igyekeztünk átfogó képet nyújtani a drogprevenció itthon és külföldön meghatározó súlyú elméleteiről és alkalmazott módozatairól is. A most közreadott kötet ennek a munkának az eredménye: célunk, hogy a magyarországi felsőoktatásban remélhetőleg minél előbb akkreditálható tantárgy oktatásához szakmai segédanyagot biztosítsunk.

## A drogdiskurzus

1989–90 óta Magyarországon létrejött a kábítószer-használók és kábítószerfüggők kezelésével foglalkozó intézményrendszer, és folyamatos a szakemberek kiképzése. A drogproblémáról szóló szakmai, politikai és köznapis beszéd formai és tartalmi kínálata szinte végtelen méretűre tágult. A jelenség immáron évtizedes intézményesülési folyamata közpolitikai és szakmai kérdések sorát vetette föl. A sor a „represszivitás” és a „liberalizáció” szakpolitikai – és nem ritkán pártpolitikai – koncepcióinak ütköztetésétől a drogproblémát kezelő intézmények nem egyszer egymással ellentétes, egymást kioltó hatású filozófiájáig húzódik. Az alább olvasható szaktanulmányok, kutatási beszámoló, esettanulmányok egy kötetben szerepeltetése plasztikusan érzékelteti a jelenség összetettségét: a drogprobléma komplexitásán túl az arról szóló beszéd is legalább ennyire sokrétű. Az egyes szakmai attitűdök és intézményi érdekeltségek más és más megközelítési módokat, problémaérzékenységet és hangsúlyokat eredményeznek ugyanazon jelenség kapcsán. Néha még a szavak, az ugyanazon eszközre, módszerre vagy elméletre vonatkozó kifejezések is eltérnek. Nem tisztult még le a drogprobléma szakmai nyelvezte Magyarországon. Szerkesztőként azonban úgy vélem, hogy dokumentumértéke van annak, ahogyan a szociológus, a pszichológus vagy éppen a szociális munkás másként fogalmaz a drogjelenség ugyanazon részkérdése kapcsán

2004–2005 táján Magyarországon. A kötetben előforduló redundanciák, ismétlődések hasonló okokból maradtak bent: csak abban az esetben éltem szerkesztői jogkörömmel, amikor sem attitűdbeli, sem módszerbeli sajátosságot, érdemleges különbséget nem észleltem adott passzusok esetében. A drogprobléma társadalmi integráción alapuló kezeléséhez talán hozzásegíthet a más árnyalatú megközelítések és az eltérő módszerek integrálása (is).

## A drogprevenció

A tanulmánykötet elsődleges célja a szakmai segítségnyújtás és eligazítás, nem is annyira a drogprobléma egésze, mintsem annak az uniós drogpolitikában mára már szinte kötelező erejűvé vált részeleme, a prevenció tekintetében. Amikor egy nem-normatív emberi viselkedés, a droghasználat kapcsán a *megelőzés* válik egy közösség, az új identitást kereső Európa drogpolitikai elvévé és gyakorlatává, érdemes egy pillanatra a fogalomnál elidőzni. A *praeventio* latin kifejezés magyarra fordítva: *megelőzés, megelőző intézkedés*. Az egyértelmű, könnyen értelmezhető definíció dacára más a drogprevenció *megvalósult jelentése* Svédországban, és más, példának okáért, az Egyesült Államokban. Az előbbi országban – legalábbis a nagy népességszámra kimutatott statisztikai adatok szerint – a *prevenációs stratégiáknak* köszönhetően valóban folyamatosan sikerül elejét venni a droghasználatnak; vagy ha esetenként mégsem, akkor az ebből adódó ártalmakat tudják hatékonyan csökkenteni. Az Egyesült Államokban a szakpolitikai gyakorlat és a mögötte húzódó logika az elkerülhetetlennek mutatott *kockázatokra* összpontosítva próbálja a társadalomra és egyénre nézve veszélyes jelenséget kontrollálni: itt a drogpolitika a büntetés és a korrekció hamis alternatívája közé szorult. De maradjunk az Uniónál: akár a francia, akár a holland vagy éppen a magyarországi drogprevenációt nézzük, a *közös megelőzési drogpolitika*, a maga egységes gyakorlatában és egyet jelentő mivoltában, még csak napjainkban formálódik. A jelen pillanatban a drogprevenció Hollandiában szakpolitikai elv, Franciaországban szakpolitikai eszköz, Magyarországon pedig, egy új szakmai fogás, mondhatni technológiai újítás.

A kötet írásainak közös intenciója a lemaradás behozása: mindegyik tanulmány azt célozza, hogy hatékony és az uniós szabályozási rendszerbe is beilleszthető lehessen a prevencióra épülő magyarországi drogpolitika. Nincs könnyű dolguk. A drogjelenség „felbukkanása” nemcsak a magyar társadalmat rázta meg azzal, hogy a történelmileg politikailag frusztrált és irritált közösséget újabb kihívás elé állította, hanem az emberrel gondolkodó és gondoskodó szakmák képviselőit is, hiszen a korábbi, hagyományosan érvényes intellektuális magyarázatok és a belőlük kinövő eljárások kevésnek bizonyultak az új problémák valóban hatékony kezeléséhez. És mialatt a társadalom erkölcsi határai az utóbbi másfél évtized során pluralizálódó társadalmi viszonyok következményeképpen folyamatosan változnak, addig eleget kellene tenni az úgynevezett *magasan szervezett társadalmak* egyik alapismervének, nevezetesen az önszabályozásnak. A normasértésekkel kapcsolatosan kialakított és érvényre juttatott közösségi politikák, szakpolitikák hiányában, illetőleg ezek össze nem hangolt működtetésekor



a társadalomban zajló folyamatok szabályozása diszharmóniákat, önellentmondásokat produkál. Napjaink Magyarországon a *deviánsok* – köztük a *droghasználók* – a szakpolitika négy szintjével találkozhatnak: a büntetéssel, a korrekcióval, a kezeléssel és a gyógyítással. Ezek a szintek azonban egymástól jelenleg formailag és koncepcionálisan is elkülönülnek, és vagy csak a büntető-igazságszolgáltatási politika, vagy csak a szociálpolitika, vagy pedig csak a közegészség-politika egymástól eltérő és elkülönülő feladatköreit és technikáit követik. Ezzel párhuzamosan a társadalom klasszikus szociológiai felfogása és kutatása lassan elavul: a modern társadalom megrendelőként lép föl, és a normasértő jelenségek aprólékos elméleti körbejárásán túl produktív válaszokat, intézményes megoldásokat igényel a szakmai-társadalomtudományi műhelyektől. Ha van ma Magyarországon összpontosult, koncentrált szakpolitikai figyelem, amely a deviáns jelenségekre irányul, az a szociális kontroll és/vagy a kriminológia szakterületén érhető tetten – és a bűn megelőzésének, a szegénység és a hátrányos helyzet megszüntetésének célja hatja át. És ez nem kevés. De nem is elegendő.

A jelen kötet legtöbb szerzője szakterületének nemzetközileg is ismert, itthon pedig véleményformáló szakértője, de belevontunk a munkába fiatal szakpolitikuskokat is. Úgy gondoltuk, hogy a hazai drogprevenzióról adott kép akkor válik a lehető legteljesebbé, ha a téma tudományos, illetve szakmai alapvetését minél inkább közelítjük a valósághoz. Tudatos szerkesztői megfontolás alapján került tehát a kötet elejére Rác Józsefnek a biopolitika és a drogprevenció teoretikai körbejárását elvégző tanulmánya, a végére pedig Solt Ágnesnek a tököli börtönben fogvatartott droghasználó fiatalokról készített esettanulmánya. Böhm Júlia a droghasználat szabályozásának eddigi zsákutcáiról, valamint a meghatározóvá váló két koncepciójából – a prohibícióból és legalizációból – kinövő különféle gyakorlatokat összegzi. Sárosi Péter ugyanezt a témakört egy jogvédő civil szervezet szakmai attitűdjéből elemzi: tanulmánya révén nem csak a kérdés alapos feldolgozásához jutunk hozzá, hanem megismerhetjük azt a filozófiát, amely az államtól független szervezetek működését, mentalitását áthatja. Demetrovics Zsolt tanulmányából nemcsak a droghasználók szociológiai jellemzőit és meghatározottságait, hanem az egyes kábítószereket is megismerhetjük. Pikó Bettina orvos-szociológusként, tehát egyszerre két szakterület képviselőjeként a droghasználat bio-pszicho-szociodinamikai modellje mellett érvel: ez a komplex megközelítésmód lehetővé teszi, hogy a gyerek- és serdülőkori élmények a droghasználatától megóvó készségekként vagy a droghasználatához vezető tényezőkként legyenek elemezhetőek. A kötet további tanulmányai már mind az előzőekben megismert nemzedéki csoport droghasználatát érintik. A fiatalok a családban és az iskolában szerzik a felnőtt-világról szóló ismereteiket és tapasztalataikat: az ezen intézményekre kialakított drogprevenációs projektek, amelyeket Bús Terézia és Felvinczi Katalin ismertetnek, tűnnek a leginkább esélyesnek a fiatalkori droghasználat megakadályozásában. És hogy valóban produktívak, valóban a prevenciót szolgálóak-e az iskolai programok, abból az értékelő feldolgozásból ismerhetjük meg, melyet a Paksi Borbála vezetett munkacsoport végzett. A drogprevenációs tevékenységet végző nonprofit szervezetek közül az esettanulmányok egyike a Kék Pont Drogambulancia programjaiba avat be két munkatárs, Cseri Györgyi és Szécsi Judit közreműködésével. Az utolsó, már említett esettanulmány pedig nemcsak a büntetés-végrehajtási intézmények sajátos problémáit jeleníti meg a

drogprevenció kapcsán, hanem, saját szavaik, mondataik révén, plasztikusan jeleníti meg a preventív szakpolitika egyik célcsoportját, a bűnelkövető droghasználókat.

## A biopolitika

A *biopolitika* kifejezés ellentmondásos, kontroverzív – módon felfogott – jellege szükségessé teszi, hogy megmagyarázzuk: miért e címválasztás.

A kifejezést megalkotó Michel Foucault-t élete végéig az izgatta, tud-e a modernitás társadalomtudománya magyarázó sémát kínálni a szándékos emberi viselkedések, egyéni cselekedetválasztások nem szándékolt társadalmi következményeinek bekövetkeztére; ha pedig nemleges a válasz, akkor miben állhat ennek episztemológiai oka. Foucault válasza negatív: a tudomány valójában már a felvilágosodás óta az objektív igazság, az egyedül érvényes tudás kijelölésének szerepkörében tetszeleg, és valójában nem tesz mást, minthogy legitimitást biztosít a hatalom *normalizációs* céljaihoz. A normák kényszerrel való érvényesítésének, fenntartásának a humántudományok által felvállalt feladatköre abban érhető tetten, hogy az „igazság”, „igazságosság”, „szabadság” filozófiája mellett – mögött – végig jelen van a különösség, a különbözőség elnyomására irányuló azonosító, nivelláló gondolkodás is. A XIX. századra, mondja Foucault, az emberrel foglalkozó tudományok és szakmák *diszciplináris batalommá* válnak, amelyek morális univerzalizmust hazudva, valójában az emberek fegyelmezését végzik el, és intellektuális, morális, etikai érveket szolgáltatnak különféle hatalmi technikákhoz. A modernitásban a hatalom elsődleges célja a test fegyelmezése – folytatja Foucault. Mind a különféle uralmi intézményekben, mind a mindennapok stratégiai epizódjaiban ez a cél. „A szabadságot felfedező felvilágosodás a fegyelmezést is feltalálta” – mondja Foucault –, ráadásul úgy, hogy mindezt az emberi jogok rendszerébe csomagolta.

A szexualitásról szóló beszéd, a börtönök modernizálása – hogy csak Foucault példáinál maradjunk – mind-mind olyan biopolitikai technikák, amelyek végső célja „a hatalom titkos biztosítása”. Biopolitika, sőt prevención alapuló biopolitika volt a keresztény humanizmus korában szerte Európában tomboló boszorkányüldözés, a társadalmi státuszukat veszített özvegyasszonyok vagy éppen gazdasági teljesítőképességüket veszített öregemberek ellen indított hajsza is. A paraszti közösségek számára a rossz termésre és a bekövetkező éhínségre csillapító, a potenciális társadalmi forrongást megelőző magyarázatul szolgáltak a központi és a lokális politikai elit által felállított inkvizíciós bíróságok ítéletei, ezzel párhuzamosan pedig tovább növeszthetővé vált a társadalmi kontrollt szolgáló apparátus. A biopolitika XX. században megalkotott „csúcsmodelljei” olyan közösségeket keltettek életre, amelyeket fanatizmus és militarizmus hatott át, amelyekben az emberek a teljes önfeladásig, az agresszív és kíméletlen közösségiség feltétlen elfogadásáig jutottak. A biopolitika kifejezés ebben az olvasatban nem más, mint a hatalom uralma az élet fölött: a világ totális rendjének és rendszerének megvalósulása, amikor is az emberek, a csoportok, a személytelen tömegek életének minden egyes folyamata szabályozott és kontrollált – nincs (vagy bármikor elvethető) tulajdonuk, nincs egyéniségüket kifejező viseletük, nincs személyiségüknek

megfelelő életmódjuk. Az alkalmazott társadalomtudományok némelyike tovább specifikált: a *demográfiai biopolitika* a népesedési folyamatok diszkriminatív, biológiai sajátosságokon alapuló, fajelméleti befolyásolásában fogalmazott. Itt az ember pusztá statisztikai adatként jelenik meg az állam számára, amely hatalmát elsősorban a népesedéspolitikai célok „tisztaságának” szem előtt tartásával gyakorolja az állampolgár teste felett. A náci fajvédő biologizmus történelmi-politikai öröksége rátelepedett a biopolitika kifejezésre: hol a szabadságtól való megfosztás politikájaként, hol rasszizmusként, hol biológiai identitás kifejezéseként, hol a társadalmi szemlélet „eticizálásaként” értelmeződik napjainkban Magyarországon. Egyértelműen negatív kontextusú tehát.

Mi, a kötet megalkotói, természetesen nem tulajdonítunk a kifejezésnek a fentiekhez hasonló, negatív olvasatot. És reményeink szerint amikor ezt tesszük, nem is nagyon szakadunk el a Foucault által a biopolitikáról mondottaktól.

Foucault egész filozófiai munkássága a tudományosság duális szemléletének meghaladását célozza. A *diskurzus* így nem az elnyomás stratégiai folyamata, a hatalmi pozícióból üzent szabályok megjelenítése, hanem maga a *játszma*: ahol egyenrangú fél a cselekvés és a reakció, a kérdés és a válasz, az uralom és az előle kitérni igyekvő alávetett. A játszma pedig az egyenrangú felek egyenlő esélyességéből indul ki. Foucault szakít a *hatalom* fogalmának hagyományos felfogásával is, amely a dominancia és az ellenszegülés kettősében mutatja a feleket. Nála a hatalmi viszony valódi viszonylatrendszer, amelyet emberek, csoportok kötnek a hatalommal. Foucault hatalomértelmezése csak félig enged teret a klasszikus politikaelméleti feltételezésnek, miszerint az elnyomja és uralja az alattvalókat – nála a másik fél, az emberek és a csoportok is befolyásoló tényezőkké válnak: míg az előbbi dominál(hat), az utóbbiak ellenszegül(het)nek – s ezzel a hatalmi viszonylatokat képesek hathatósan befolyásolni, meghatározni. Foucault a XIX. századra teszi azt a hatalomtörténeti küszöböt, amelytől kezdődően – éppen az egyéni szabadságlehetőségeket konceptualizáló felvilágosodásnak köszönhetően – már nem az elnyomó hatalom és az elnyomott alattvaló áll szemben egymással, hanem a központi hatalom és az individuum olyan kombinációja valósul meg, amelyben a hatalom nemcsak elnyomó, hanem ösztönző is, alkalmazkodik állampolgárai igényeihez, az alattvalók pedig olyan individuumok, akik integrálódnak a hatalomba, és annak cselekvő szubjektumaivá válnak. Korábban csak tárgya, állandó felügyeletre szoruló és kiszolgáltatott *objektuma* volt a hatalomnak. Akit persze könnyű volt felmenteni és sajnálni. Foucault azonban nem az alattvaló felmentéséhez és sajnálatához kínál újabb érveket: aki a hatalom alanyává válik, annak osztoznia kell a felelősségben is.

A foucault-i értelmezés egyforma teret ad hatalomnak és egyénnek: az előbbi *diszciplínánál*, azaz fegyelmez, nevel, míg az utóbbi *szubjektívánál*, azaz önmaga szabályozásával részt vesz a Rend kialakításában és a Megfelelő Világ működtetésében. Tehát „a hatalom mikrofizikájának” állandó csiszolása mellett – mögött – legalább ennyi lehetőség nyílik az előbb említett cselekvő alany, a szubjektum, a Szelf tökéletesítésére. Sőt, amint felvázolja a modern hatalom modelljét, Foucault már nem a hatalomra, hanem annak alanyára összpontosít: Mi az ön-regulázás lényege? Hogyan konstruálódnak a hatalom alanyai? A válaszból – a szubjektumok történetileg maguk nevelik magukat olyanná, akiket majd a hatalom stratégiai fognak tovább manipulálni – meg-

születik az újabb kérdés: Egészen pontosan milyen formái és modalitásai is vannak a szubjektumok saját magukhoz fűződő viszonyainak?

Meg kell ismernünk az önmagunkhoz vezető eseményeket, és tisztán kell látnunk önmagunkat cselekvésünk, gondolataink, mondataink alanyaiként – válaszol Foucault. Az önszabályozás, a „kormányozhatóság” tudata és alkalmazása is biopolitika. A különböző kényszerek mentén szerveződő gyakorlatok elsajátításán és elvégzésén túl, amellyel biztosítható az adott társadalmi-kulturális közeghez tartozás, a kritikai és kísérletező attitűd kialakításával lehetővé válhat a globális vagy radikális elképzelések és tervek meghíúsítása. A Mászággal szembeni biohatalmi technikák következménye nemcsak a kirekesztés, a konfliktusgerjesztés, hanem a hatalommal szembeni ellenállás lehetséges formáinak életre keltése is.

Foucault-nál a biopolitika azt a hatalmi viszonylatot jeleníti meg, amelyben a hatalom alanyai rendelkeznek azzal a *tudással*, amely révén kritikai hozzáállással és a hatalom által ösztönzött konstruktivitással cselekvően részt tudnak venni az adott társadalom uralmi technikáinak és intézményeinek kifermálásában. A biopolitika a Hatalom és az alávetett Test (a konstruktív Alany) *közösen kialakított és működtetett* logikai rendszere, amely ebben a konstrukcióban hozzájárulhat ahhoz, hogy meghaladhatóvá váljék a patológikus, nem-normatív, deviáns viselkedés és a racionalitás dualitására épülő gondolatrendszer; és hogy ezzel kitágítható legyen az emberek és a tudományosság tudása.

A kötet írásai azt szolgálják, hogy kialakuljon egy új típusú beszédmód a droghasz-nálókról és kifermálódjon egy professzionális szakpolitikusi etika és gyakorlat a társadalmi légkört meghatározó nagy intézményrendszerekben.

*Bíró Judit*

## Rácz József

# BIOPOLITIKA

A modern test konstrukciójáról és az aktorokról, valamint a szakértői tudásról folyó drog- és drogpolitikai diskurzus XX. századi változásainak és napjainkban is érvényes jelentéseinek áttekintéséhez kiindulásul Foucault *biopolitika*, illetve *politikai technológia* (Hewitt, 1991) fogalmait használjuk. Ezekhez közel áll Rose (1998) *magatartás-politika* kifejezése. Mindezek a fogalmak olvasatunkban arra utalnak, hogy „az emberi képességeket, az emberi viselkedést, az emberi normalitásokat és patológiákat hogyan kontrollálják, szabályozzák, alakítják, irányítják, menedzselik és kormányozzák” (Rose, 1998:2). Tehát, még tágabban megfogalmazva, biopolitikáról beszélünk akkor, amikor társadalmi problémákat egyéni vagy egyénre súlyozott társadalmi patológiákká alakítanak, és a társadalmat és/vagy az egyéneket medikális úton kívánják kontrollálni, illetve produktív populációvá alakítani. A biopolitika fogalma közeláll a *medikalizáció* által lefedett jelenségekhez (Illich, 1977), amikor is egyéni és/vagy társadalmi jelenségeket közvetlen módon „betegségként” definiálnak, ezzel egyben a medikális tudás és szakértés igényét is bejelentve a jelenség kezelése tekintetében. (Nem foglalkozunk azokkal az irányzatokkal, melyek a biopolitikát ettől eltérően határolják körül, és azt szélesebb filozófiai keretben helyezik el [pl. Fehér–Heller, 1994].)

Így tehát, első közelítésben, a biopolitika a hatalommal nem rendelkező csoportok megrendszabályozását és társadalmi produktivitásuk elősegítését szolgálja „biológiai”, azaz medikális eszközökkel, tágabb értelemben azonban a hatalom általános gyakorlata, amely megteremti a modern hatalom speciálisan konstruált „alanyát”, a fegyelmezett, produktív individuumot. Ez utóbbi megközelítés közelebb áll Foucault mondanójához, míg az előző nézet ennek mintegy gyakorlati leszűkítése, többnyire a medikalizáció fogalmkörébe sorolható eszközökkel. Foucault – többek között – a *szubjektifikáció* fogalmával írja le a hatalom működését, azaz a hatalmi technológiák eredményének „belsővé válását”. Foucault (1980) szerint a hatalmat nem birtokolják, hanem gyakorolják; a hatalom nem köthető egyetlen személyhez, hanem átjárja az egész társadalmat. A hatalom és a szubjektum szorosan összetartozó, egymást feltételező fogalmak. Az Én (szelf) technológiái és a dominancia technológiái egymáshoz szorosan kapcsolódnak (Lemke, 2000). Foucault a *governmentality*, a kormányozhatóság (Foucault, [1978] 1998) kifejezést alkalmazza erre a kapcsolatra (a fogalmat azonban több módon is értelmezi, amit e helyütt nem részletezek). A szubjektifikáció a hatalmi technológiák belsővé tétele. Ennek egyik fontos eleme, amikor egyes társadalmi csoportok *elkülönítenek* más – többnyire hatalommal nem rendelkező – csoportokat, és *kizárják* őket a társadalmi diskurzusból. A szubjektifikációval az egyéni gondolkodás és viselkedés alárendelődik a társadalmi-hatalmi viszonyoknak. A pszichoaktívserhasználók csoportja is olyan *kvázi-csoport*, melyet tudományosan osztályoznak, morális

címkéket rendelnek hozzájuk, melyek elkülönítik őket más csoportoktól, végül, a szubjektifikáció révén, ezeket a nekik tulajdonított jellemzőket magukévá teszik az Én-fejlődésük, Én-alakulásuk folyamán. Ugyanakkor az osztályozást és a címkézést végző csoport sokszor nincs tisztában saját tevékenységével. A folyamat vége – a szerhasználók esetében – a *disempowerment*, a saját sorsot befolyásolni képes hatalomtól (eszközöktől és hatékonyságtól) való megfosztottság állapota. Érdekes módon, a szerhasználókkal történő foglalkozás alacsony presztízse miatt (is), a velük foglalkozó szakemberek körében is megfigyelhető a „disempowerment” (Curtis–Harrison, 2001). Az amúgy is alacsony foglalkozási presztízszű szakemberek „hatalomtól való megfosztásában” a legfontosabb tényező, hogy olyan kezelési rezsimekben dolgoznak, melyekben nem hisznek (pl. kizárólag absztinenciaorientált kezelések, a kötelező kezelés rendszere), ráadásul a pszichoaktív szerekekkel kapcsolatos kezelési elveket mélyen átszövi a politika, hiszen valójában a társadalmi rend fenntartásáról és védelméről van szó és nem egyéb, például az ember egészségét tekintő megfontolásokról.

A biopolitikával kapcsolatban két fő kérdés fogalmazható meg. Kiket céloz meg, és mire szocializálja, mire fegyelmezi a megcélzott csoportok tagjait? És általában milyen szerepet tölt be a modern hatalom gyakorlásában: mit akar elérni az egyének fegyelmzése terén (függetlenül attól, hogy droghasználók vagy sem)? Itt visszatérünk Rose (1998) és Bunton (2001) gondolataihoz: a hatalom a normalizálás és a patológia eszközeivel szabályozza az emberi vágyakat.

## A „drogpolitika” körvonalazódása

A brit kormány gyarmati *ópiumpolitikája* már a XVIII. századtól az ópiumfogyasztás fokozatos csökkentését célozta meg a fennhatósága alá tartozó Indiában, ugyanakkor más országok felé jövedelmező ópiumexportot bonyolított le (Kína, Bengália), sőt ópiumszívást terjesztett el (így pl. Burmában) (lásd Bayer, 2000). Előbb a népszövetségi, majd az ENSZ-kábítószer-egyezmények is a *keleti* drogokat (kender, ópium, kokain) tiltották, míg a *nyugatiakat* (alkohol, dohány) nem. Napjainkra kialakult a világ *kábítószer termelő és kábítószer fogyasztó* részekre osztása, ahol „nyilvánvalóan” a termelőknél kell bűnhődniök. Később az ENSZ is fel-, illetve elismerte, hogy egyrészt fogyasztás nélkül nincs kereslet a termelés iránt, másrészt pedig a szintetikus szerek terjedésével értelmetlenné vált a *termelő versus fogyasztó ország* megkülönböztetése: a világon az ecstasy 90%-át Hollandiában állítják elő.

Az első *kábítószer törvények* egyikeként 1875-ben San Franciscóban betiltották az ópiumszívó szalonokat. Mint Bayer (2000) hangsúlyozza, nem az ópiumszívást tiltották be, hanem azokat a helyeket, amelyekben az amerikaiakat „megrontották”. A helyi amerikai lakosság ellenérzéssel fogadta ugyanis a kínaiakat, akiket – olcsó munkerejük miatt – a vasútépítésnél tömegesen alkalmaztak. A nagy vasútépítések befejeztével aztán „feleslegessé” váltak. A „*kínai veszély*” a rasszok közötti keveredést jelentette: kínai és fehér bőrű, angolszász, keresztény amerikai házasságra léphetett egymással, és a házasságukból gyerek születhetett. Az ekkor „elültetett”, mélyen előítéletes sztereotípiá, miszerint egy „önkívületi állapotban” levő, drogos, kisebbségi férfi

megerőszkol egy fiatal, fehér nőt, később igen közkedvelt eleme lett az amerikai kábítószer-politikának, a közvélemény drogellenes mozgósításának. Fontos látnunk – ismét csak Bayer István nyomán –, hogy az ópiumellenes intézkedések valójában a kínaiak ellen irányultak: akkor szövetségi szinten nem törődtek az ópiummal, az ópiumszívást pedig jellegzetesen kínai szokásnak tulajdonították, a fehérek közötti ópiumszívásról pedig a korabeli újságok nem írtak. A kaliforniai ópiumellenes törvények megszületését követően a kínai csoportok Kanadából csempészték az ópiumot – ezzel vette kezdetét a kábítószer-csempészés az USA történetében.

Az Egyesült Királyság drogpolitikája esetében is fel lehet fedezni olyan eseteket, amikor a törvénykezés – vagy a fokozódó rendőri fellépés – a „rendetlenkedő” fiatalok és egyes kisebbségek (pl. dzsesszklubba járó színes bőrűek) ellen irányult. A heroin 1970-es évekbeli terjedése komoly pánikot váltott ki, amire központi drogpolitikát kívántak kidolgozni, noha a heroinhasználat és a nagyvárosok belső kerületeiben élő, munkanélküli fiatalok közötti kapcsolat jól ismert volt (Yates, 2002). Itt tehát szintén egy társadalmi probléma (nagyvárosi, képzetlen, munkanélküli fiatalok jelenléte) biopolitikai eszközökkel történő kezeléséről volt szó. A biopolitika természetesen nem pusztán a büntetőjogi szankciók alkalmazását jelenti (mint amilyen a veszélyes drogokról szóló törvény, a *Dangerous Drugs Act* volt 1967-ben), hanem a *terápiás ipar* kiépülését is. Az 1980–90-es évek elektronikus zenei partikultúrája, és az itt megjelenő, elsősorban ecstasy- és amfetaminhasználat új terápiás formák kialakítását követelte meg, mert ezek a fiatalok a hagyományos drogkezelő helyeket nem látogatták a hozzájuk kapcsolódó *junkie-imázs* miatt. A „rendetlen”, „szabályozatlan” fiatalok tömegei ismét a biopolitikai eszközök új életre galvanizálását jelentették, új terápiás és prevenciós módszerek kialakításával (Yates, 2002).

## Medikalizáció

A fogalmat Zola (1972) vezette be, majd Illich (1977) és Conrad (1992) munkássága nyomán vált ismertté. Lényegében társadalmi problémák *egészség–betegség dimenzió*-ra való leegyszerűsítéséről van szó, amikor is a társadalmi problémát dekontextualizáljuk és betegségként fogjuk fel. Ez az *orvosi-egészségügyi tudás* és szakma „problémamegoldó” módszereinek alkalmazását jelenti, mellyel ezt a valójában társadalmi problémát meg akarják oldani. Magyarán szólva: az egyén lemond a felelősségéről és az autonómiájáról a medikális tudás és szakértés számára. A medikalizáció a XX. században futott be fényes karriert: szinte nincs olyan társadalmi probléma, amelynek ne jelent volna meg valamilyen medikalizált változata; és nincs olyan életszakasz, élettani folyamat, amelynek ne lenne medikalizált formája. Példának okáért az alkoholizmushoz vagy a droghasználathoz vezető társadalmi folyamatok, illetve e folyamatok végállomásainak medikalizációja során orvosi-egészségügyi tudással történik a társadalmi probléma kezelése. A *prevencióval* (a preventív orvostudománnyal) pedig még azok is medikalizálhatók, akik valamilyen valószínűséggel csak a jövőben betegednek majd meg. És ki ne tartozna ebbe a csoportba? A megelőzési paradigma kapcsán a jelenségre visszatérünk.

Témánk szempontjából most az a fontos, hogy az élvezet, a vágy, a sóvárgás, a hiány – mint a droghasználat kísérőjelenségei –, ugyancsak medikalizálható jelenségek (kóros folyamatok, melyeket gyógyítani kell).

A medikalizáció jelenségének tanulmányozása a társadalmi kontroll egy sajátos formájának működésére világít rá. A medikalizáció révén – ahogy említettük – „normál” élettani és pszichológiai folyamatok, illetve állapotok válnak kezelendő betegséggé: például a terhesség, a szülés, a szexuális orientáció, a lelki problémák, a boldogtalanság, a halál, az öregség stb., valamint a genomika fejlődése révén már bizonyos *genetikai markerekkel* való rendelkezés is (lásd a *British Medical Journal*-ban 2002-ben lezajlott vitát). Kezdetben a medikalizáció fogalmához a *devianciák társadalmi kontrollját* köthették, majd a *társadalmi problémák szociális konstrukcionista* megközelítésének egyik központi eleme lett. A fogalom később a marginális vagy alárendelt alanyok feletti kontroll eszközöként is megjelent, elsősorban feminista megközelítésben (lásd az olyan fogalmakat és eljárásokat mint a pre- és posztmenstruációs szindróma, a menstruáció, a menopauza, a terhesség és a szülés különböző kezelési formáit). A betegség mint metafora, a betegség és felépülés (pl. a droghasználatból) mint narratíva a szociális konstrukció létrehozásának módozataira világít rá: lényegében a jelenségről nem tudunk meg többet, viszont a „betegségre” rávetülhetnek mindennapi előítéleteink és sztereotípiáink; lehetővé válik a *bűnös* és *beteg* felelőssé tétele az állapota miatt.

Tehát medikalizációról beszélünk, ha egy társadalmi csoportra mint *addiktokra*, függőkre gondolunk (pl. szlamosodó lakótelepek lakói, munkanélküli fiatalok, nehezen kontrollálható csoportosulásokba tömörülő fiatalok, mint például droghasználók vagy potenciális droghasználók). Az EBSCO internetes szakirodalmi adatbázisban<sup>1</sup> 1999–2004 között a „drogabúzus és középosztály” keresés 9 találatot, a „drogabúzus és kisebbség” vagy „drogabúzus és etnikum” 212, illetve 207 találatot, addig a „drogabúzus és belső-városi (*inner-city*)” keresés csak 80 találatot adott. A különbségek látványosak, noha az eltéréseket pusztán a medikalizációval magyarázni leegyszerűsítés lenne.

Akkor is medikalizációról beszélünk, ha bizonyos állapotokat (mint például a droghasználat) *meggyógyítani* kívánunk (egészségügyi kezelésbe vonás, hospitalizáció, absztinenciaorientált kezelés, metadon- vagy heroinfenntartó-kezelés stb.). Itt természetesen nem a gyógykezelés feleslegességéről, vagy különösen nem annak káros voltáról van szó, csak arról, amikor összetett társadalmi és vagy egyéni problémákat az *egészség–betegség* dimenzióban jelenítünk meg, és gyógyítani akarjuk őket. Persze csak a probléma nyilvánossá tett, sztereotipizált megjelenítőit: egy középosztálybeli fiatal droghasználata kevésbé „látványos” és „problémás”, mint egy „hátrányos” helyzetű, esetleg kisebbségi fiatalé.

Curra (2000) tanulmányából a következőkben hosszabban idézünk, mert a *függőség* és az *addikció* kifejezések szemantikai elemzésével jól összefoglalja azt, amit mi – ebben a tárgykörben leegyszerűsítve – medikalizációnak nevezünk. Curra (2000) szerint a *kábítószer-függőség* és *kábítószerfüggő* címkék sokkal többet foglalnak magukban bizonyos fajtajú tevékenységek és emberek objektív megjelenítésénél. A huszadik századot megelőzően az *addikció* szóval olyan szokásra utaltak, amely éppúgy lehetett jó, mint rossz, de

<sup>1</sup> www.ki.oszk.hu/ebSCO



többször inkább jó volt. Az idő tájt az addikció nem jelentett egyebet, mint az emberek valamilyen preferenciáját, érdeklődését vagy hajlamát. Az emberek lehettek a szorgalmas munka, az olvasás, a józanság, az alkohol, a pénz, a családjuk vagy éppen az ördög rabjai (Szasz, 1985:6–7). Bár nem mindig helyeselték egymás úgynevezett addikcióit vagy függőségeit, a szó még nem tett szert *a csillapíthatatlan és önpusztító vágy* értelmében vett jelentésére. A „függő” és „függőség” szavak jelentése fokozatosan alakult át, s ma már sok olyan emberre és tevékenységre is vonatkozik, aki, illetve amely csak hozzávetőlegesen felel meg – ha egyáltalán megfelel – annak, amit a „függő” és a „függőség” szó eredetileg jelentett. Némiképp érzékelhetjük a „függőség” és „függő” fogalmak okozta nehézségeket, ha egy olyan magatartástípus fényében vizsgáljuk őket, amelyet korábban soha nem neveztek volna függőségnek: ez pedig az emberi szexualitás.

Vajon egyesek csakugyan szexfüggők-e, avagy a szexuális függőség fogalma ostoba fantazmagória csupán? A vélemények megoszlanak, és különféle csoportok nagyon eltérően válaszolnak ezekre a kérdésekre. Egyesek szerint *szexuális addikció* mint olyan nem létezik. A szexuális magatartás nem narkotikum, állítják, és nem hasonlítható toleranciához vagy a túl alacsony dózis esetén bekövetkező elvonási tünetekhez. Aki addikciónak nevezi az erotikus érzéseket és magatartást, voltaképpen abnormálisnak és nemcsak ellenőrizetlennek, de ellenőrizhetetlennek is bélyegzi mindezt. Vajon ez segít-e bennünket akár az addikció, akár a szexualitás megértésében, avagy csupán azokat az embereket stigmatizálja, akik elégedetlenek ugyan szexualitásukkal, de úgy érzik, képtelenek változtatni rajta?

Legkárosabb függőségünk, vélhetően, nem más, mint *a függőség terminológiájától való függőségünk* (Henkins, 1996:64). A „függőség” és „függő” kifejezések alkalmazásint bizonyos előnyöket nyújthatnak olyasvalaki számára, aki valami olyat tesz, ami kényesre és másokra vagy önmagára nézve károsnak tűnik. A függőség terminológiájába vetett hit azonban tálcán kínálhatja azokat az indítékokat is, amelyekbe kapaszkodva egyének arra a meggyőződésre juthatnak, hogy képtelenek uralkodni magukon, s nem tartoznak felelősséggel tetteik következményeire...

A *Heavy Drinking (Iszákosság)* című tanulmányos művében Herbert Fingarette (1988) a drogfogyasztás emberi dimenzióját feltárva jut el annak az állításnak a bírálatához, miszerint az alkoholizmus betegség. Bár figyelmét kizárólag az alkoholra összpontosítja a drogok közül, a drogfogyasztás kiváltotta érzések fogalmi rendszerének megalkotása felbecsülhetetlen értékű segítséget nyújt számunkra az emberek *bármely drogos élményének* megértésében. Fingarette szerint az „iszákosság” és az „alkoholizmus” valójában nem fiziológiai rendellenességek. Ezek nem mások mint címkék, amelyeket egy sor olyan társadalmi és egyéni problémára aggatunk, melyek a biológiai, társadalmi és kulturális tényezők közti bonyolult és alig-alig megértett kölcsönhatás termékei (27. o.). Az alkoholizmus sarkalatos jellemzője a látszólagos ellenőrizhetetlenség és diszfunkcionalitás. Teljesen értelmetlennek tűnik, hogy a következő pohár után nyúló alkoholista miért nem vet számot az ebből eredő bonyodalmakkal. Miért áldozza fel valaki az egészségét, gazdagságát és boldogságát valamiért, ami csak átmeneti örömmel tűnik? Az egyik elterjedt magyarázat az, hogy a drogfogyasztás betegséggé válhat. Ahogyan a megfázott ember nem tudja abbahagyni a tüszentést, ugyanúgy a függőségben szenvedő egyén sem tudja abbahagyni az ivást, dohányzást, szippantást vagy

injekciózást (32. o.). Az emberi drogfogyasztás *addikciós modelljének* magvát a kínzó vágyakozás fogalma alkotja, ám a kínzó vágyakozás kevésbé megértett folyamat. Mindnyájunkkal előfordult már (vagy legalábbis azt hisszük, előfordult már), hogy valami ehhez foghatót éreztünk, ez azonban aligha jelenti azt, hogy leginkább vagy egyedül a kínzó vágyakozás fogalmával azonosíthatjuk a drogfogyasztás dinamikáját (41. o.). Kétségtelenül elképzelhető, hogy egyes emberek, vagy akár az emberiség egésze, olyan tevékenységbe fog, mint mondjuk az ivás, s eljut egy pontra, ahol már fittyet hány minden óvatosságra, s olyasmit tesz, ami árt. Ezekben az esetekben, úgy tűnik, hogy valamilyen erőteljes impulzus működik, s nincs az a meggyőzés, kényszer vagy önuralom, ami elégséges lenne egy olyan önkorlátozási szint kialakításához, mely a fékevesztett drogozás megszakításához szükséges. Miért viszi valaki újra meg újra túlzásba az ivást? Fingarette azt bizonygatja, hogy az iszákosok nem betegek vagy kóros állapotban szenvedők (vagy legalábbis semmivel sem inkább azok, mint bárki más). Egyszerűen olyan emberek, akik számára az alkoholfogyasztás *központi tevékenység* lett, olyan tevékenység, amely nem is annyira különbözik más központi tevékenységektől, amelyek köré emberek szervezik életüket: munka, hobbi, család vagy a közösség szolgálata (100. o.). Amikor az alkoholfogyasztás központi tevékenységgé válik, az egyén életét az ivás határozza meg, s legfőbb célja az ivás folytatása, az ivásra alkalmas helyzetek megteremtése és ivótársak keresése lesz. A központi tevékenységek nagy befolyással vannak ránk, mert új kapcsolatokat, új tevékenységeket, új értékeket és az én, illetve mások újszerű megítélését követelik. Ezen tevékenységek saját impulzussal rendelkeznek, és amikor egy meghatározott központi tevékenység kerül az egyén létezésének középpontjába, ez a tevékenység sokkal valószínűbbé tesz bizonyos kiegészítő tevékenységeket és sokkal kevésbé valószínűvé egy sereg más tevékenységet (101. o.). Minden központi tevékenységben tükröződnek a tevékenységet végző egyén ismérvei – fizikai képességei és vonásai, személyisége, temperaméntuma, társadalmi tapasztalatai –, s így van ez az ivással is. Egy iszákos életének meghatározó elemeit az iszákos karaktere és életminősége alkotja, s nem valamilyen tévesen meghatározott betegség tünetei (107. o.).

## A drogproblémák kezelésének ciklikus modellje

A társadalmi problémák kezelésénél – Spector és Kitsuse (1973; 1977) nyomán – megkülönböztethetünk első és második generációs problémakezelést.

Az elsőgenerációs problémakezelés jellemzői:

1. mozgósító agitálás: orvoslásra szoruló társadalmi problémák észlelése:  
„Tenni kell valamit!”
2. hivatalos – többnyire állami – szerepvállalás a probléma kezelésében:

- a) *szakpolitika* kidolgozása
- b) *szakpolitika* megvalósítása

A második generációs problémakezelés jellemzői:

1. az eredeti szakpolitika módosításra szorul, mert nem érte el a kitűzött célokat; az eredeti társadalmi probléma nem változott, vagy esetleg még súlyosabbá is vált;
2. új vagy alternatív programokra van szükség; a politikai megvalósítás (eszközök) kudarca ekkor már nyilvánvaló;
3. reformokat sürgető agitálás: a problémadefiniálás kudarca = mozgósító agitálás;
4. konfliktus az eredeti és az új értelmezés között. Második generációs problémakezelésről valójában akkor beszélhetünk, ha nem pusztán az elsőgenerációs politika mondott csődöt, hanem az elsőgenerációs problémadefiniálás is; azaz a problémát kell újradefiniálni. Például az addikciókkal kapcsolatban morális probléma helyett betegségéről, vagy betegség helyett bűnözéséről beszélnek, és az új definíciónak megfelelő új politikát kezdeményeznek. Azaz: a ciklus „magasabb szinten” újraindul.

Ezek után nézzük meg, hogy Peyrot (1984) hogyan alkalmazza ezt a modellt *az amerikai illegitim szerek kontrolljára*.

### ***Elsőgenerációs drogprobléma***

A XIX. század végéig nincs „felismert” probléma: a kokain-, ópium- és morfiumpéldányokat szabadon reklámozzák és forgalmazzák mint roboráló-, élénkítő- vagy fogyasztószereket.

1875–1912: *mozgósító agitálás*: egyre többször fogalmazódik meg, hogy ezeknek az „ártalmatlannak” tartott szereknek a használata súlyos, „gyógyíthatatlannak bizonyuló függőséghez” vezet. A gyógyítás során a morfinizmust morfinnal vagy heroinnal, esetleg kokainnal kezelték, a kokainfüggőséget pedig heroinnal.

1914: *Harrison-féle kábítószer-törvény*: azt követően, hogy több államban is korlátozták az ópiumkereskedelmet és -használatot, szövetségi szinten megszületett az első olyan törvény, mely a kábítószerrel történő tevékenységeket szabályozta. Ez a *szakpolitika kidolgozásának* és a *szakpolitika megvalósításának* szakasza. A törvény valójában a gyógyítást kívánta szabályozni, de az alkalmazása során egyre inkább a büntető-aspektus került előtérbe. Ennek az időszaknak egyik fontos kérdése volt, hogy az orvosok a fájdalomcsillapításon kívül más célra is (pl. a függőség kezelésére) felírhatják-e a narkotikumokat. A hamarosan létrejövő Kábítószerügyi Hivatal, a Legfelsőbb Bírósággal karöltve, úgy döntött, hogy a függőség nem indokolja a felírást. Ennek következményeképpen 25 ezer orvos ellen indítottak vádeljárást; a drogok használói pedig – mivel az orvosoktól, azaz legális úton nem tudták – illegális formában kezdték beszerezni a szereket. Kialakult a drogok feketepiaci.

### ***Második generációs drogprobléma***

Az 1950-es éveket a politika eszkalálódása jellemezte, amelynek domináns eleme a fokozódó *kriminalizálás* lett: a „minimális büntetési tétel” meghatározása, az egyes

drogokkal kapcsolatos tevékenységek büntetési tételeinek megemlése (akár életfogytiglan tartó elzárásra is). Az eskalációnak kritikusai is akadtak, akik a droghasználat (drogabúzus) *betegségmodelljét* dolgozták ki alternatívaként. Peyrot (1984) felveti azt a kérdést, hogy ebben az időszakban miért lett hatékonyabb modell az orvosi megközelítés, amely még 1920 és 1940 között kudarcot vallott. A választ két szinten adja meg: egyrészt ekkorra már az orvosok nem írtak fel a függőknek narkotikumokat (tehát jogilag nem voltak támadhatók), és a korábbi évtizedekhez képest jelentősen megerősödött orvosi szakma „összezárt” a drogabúzus medikális koncepciója mellett, másrészt pedig a droghasználók összetételében is jelentős változás következett be. Addig a heroinhasználat egyenlő volt a nagyvárosi gettók fiatal fekete férfaiinak droghasználatával, az 1960–70-es évektől kezdődően azonban a heroin – is – megjelent a középosztály gyermekei körében, nem utolsósorban a vietnami háború következtében, ahol is a katonák 10–15 százaléka lett heroinfüggő (Bayer, 2000). Az orvosi megközelítést egy elnöki bizottsági döntés (1963), majd törvények sora erősítette meg, amelyek a kezelést, illetve a rehabilitációt állították az előtérbe. Sőt, a történelem fintoraként, újra lehetett narkotikumot felírni függőknek: a heroinfüggőket úgynevezett fenntartómetadon-kezelésbe vonták.

1970-es évektől *addikciós iparág* alakult ki az USA-ban, amit a szövetségi kiadások növekedése is jól jelez: 1968-ban 6 millió USD-t, 1973-ban 100 millió USD-t, 1980-ban pedig már 280 millió USD-t fordítottak gyógyításra-kezelésre. A trend látványosan meredek, és az összegek még akkor is nagynak számítanak, ha tudjuk: a kínálatcsökkentésre, azaz a büntető-igazságügyre nagyságrendekkel több pénzt költöttek.

A folyamat tehát *a droghasználat medikalizációja* mint alternatív szakpolitika: az eredeti probléma is átdefiniálódott, bűncselekményből betegséggé transzformálódott. A társadalmi helyzetek azonban nem vegyitették; miközben megjelent a probléma alternatív megfogalmazása (betegség) és az ennek alapján működő „ipar”, addig a korábbi probléma-definiálás (bűncselekmény) és korábbi szakpolitika (büntetés, kriminalizálás) sem tűnt el, hanem valójában a kettő sajátos elegye, keveréke alakult ki. Ez leginkább a *börtön helyett kezelés*, a *kötelező kezelés* kifejezésekben, illetve a hozzájuk kapcsolódó intézményrendszerben válik láthatóvá, ahol a medikális és a kriminalizációs tendencia ötvözetéről, a kétféle problémamegoldás keverékéről van szó.

## **Droghasználat – „fehéren-feketén”**

Drucker (1999) a jelenkori amerikai droghasználatot tárgyalja. Témánk szempontjából elsősorban azok a megállapításai érdekesek, amelyek arra utalnak, hogy nem egyformán alkalmazzák a represszív intézkedéseket a fehér és fekete bőrű amerikaiakra. „A droghasználatot nem egyformán alkalmazzák minden csoportra: annak ellenére, hogy a szerhasználat arányai nagyjából megegyeznek, az afroamerikaiak aránytalanul nagy számban találhatók a bebörtönözött drogbűnözők között. A 1. ábra azt mutatja meg, hogy a fehér, a fekete és a spanyol nyelvű törvénysértők milyen arányban szerepeltek az összes állami fegyházban bebörtönözöttek között 1986-ban, illetve 1991-ben. Napjainkban az állami börtönökben a kábítószerrel való visszaélés miatt fogvatartottakon

belül az afroamerikaiak aránya közel hússzorosa a fehérekének, s több mint kétszerese a spanyol nyelvűeknek. 1990-től 1994-ig a drogbűncselekmények miatti bebörtönzések 60 százalékkal gyarapították a fekete népeiséget állami börtönökben, s 91 százalékkal a szövetségi börtönökben. Ez a trend egybevág az afroamerikaiak bármely okból történő bebörtönzésének arányváltozásaival: 1995-ben 100 000 felnőttre 6296 jutott, szemben a fehéreknel 100 000-re eső 919-cel – az arány 7,5 az egyhez. 1995-re a 25 és 34 év közötti afroamerikai férfiak 35 százaléka állt a büntetőjogi rendszer ellenőrzése alatt – börtönben, próbaidőn vagy feltételesen szabadlábon. (Lásd ezzel kapcsolatban az 1. és 2. táblázatokat.)

A drogtörvények alkalmazása (a letartóztatás, a bebörtönzés, a próbaidő, a feltételes szabadlábra helyezés) maga sem más, mint a szerhasználat negatív következményeinek kiterjesztése – egyfajta társadalmi morbiditás, aminek mérhetetlenül káros hatásai vannak azokra nézve, akiket a bűnüldözés rendszere magába szippantott. Ismeretes az a rombolás, amit a priusz egy fiatal önbecsülésében, s társadalmi és gazdasági kilátásaiban véghezvisz...

Megkockáztatom ugyanakkor, hogy a drogtörvények érvényesítése független változónak is tekinthető – oki tényezőnek, mely számos olyan társadalmi és közegészségügyi probléma súlyosbodásáért felelős, amelyeket általában magának a szerfogyasztásnak tulajdonítanak (106. o.).

A drogok kétségkívül ártalmasak, de a büntető jellegű drogtilalmi törvények szelektív alkalmazása legalább annyira veszélyes. E törvényekből egy életveszélyes bio-szociális környezet tenyészt ki, ahol a legszegényebb népcsoportokat és közösségeket az ellenőrizetlen és bűnökkel teljes drogpiacon pusztítja, ahol fertőző betegségek ütnek fel a fejüket, s ahol a civil társadalmat átszövi a korrupció (110. o.).

*1. ábra: Drogokkal összefüggő letartóztatások, halálesetek és kórházi beutalások az Egyesült Államokban 1996-ban (Drucker, 2002:110)*

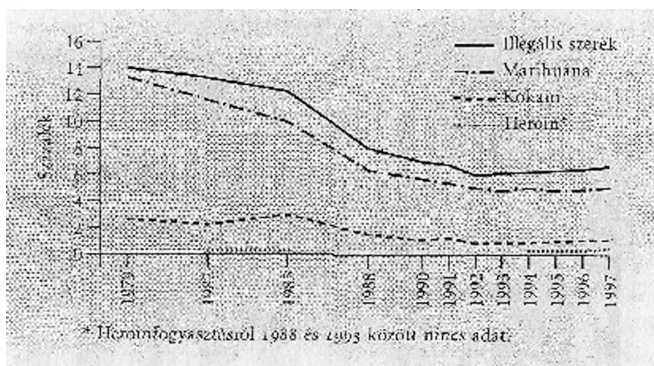
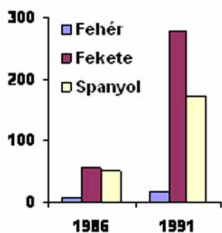
*100 000 főre jutó arány*

	Letartóztatások	Halálesetek	Sürgősségi kórházi beutalások
<b>Fehérek</b>	4272	25,6	15,0
<b>Feketék</b>	16 495	89,9	112,3
<b>Feketék/fehérek aránya</b>	3,9	3,5	7,5

2. ábra: A drogtörvény megszegőinek 100 000 egyesült államokbeli lakosra jutó bányada etnikai bovatartozás szerinti bontásban, 1986 és 1991 között (Drucker, 2000:106)

	1986		1991		Százalék növekedése 1986-1991
	szám	100 000 lakosra	szám	100 000 lakosra	
<b>Fehérek</b>	15 030	8	30 950	16	110
<b>Feketéek</b>	15 870	57	82 730	277	420
<b>Spanyol</b>	9930	52	40 150	172	300

3. ábra: 12 év feletti amerikai lakosok előző havi droghasználatának százalékaránya – bevallásuk alapján: marihuána, kokain és heroin fogyasztása 1972–1997 között (Drucker, 2000:101)



Mindezen folyamatok akkor voltak tapasztalhatóak az USA-ban, amikor az átlagnépességben a droghasználat előfordulása csökkent (lásd a 3. ábrát).

## Ártalomcsökkentés és biopolitika: kritikai megjegyzések

Bourgeois, aki az 1970-es évek óta elsősorban utcai etnográfiai kutatásokat végez injekciós droghasználók körében, a *metadonfenntartó-kezelést* vizsgálja foucault-i perspektívából: a hatalom által uralt élvezetek felől. A biopolitika kifejezést abban az értelemben használja, hogyan lehet társadalmi problémákat biopolitikai eszközökkel „megol-

dani”, azaz hogyan lehet az „immorális” élvezetkeresést az amerikai hagyományok egyike, a Max Weber által leírt *protestáns etika* alapján menedzselni. Központi fogalma az *Én-kontroll*, amely két pilléren épül: a közgazdasági produktivitásra és a szociális konformitásra.

A metadonfenntartó kezelés függőséghez, addikcióhoz vezet, mert a metadon is függőséget okozó kábítószer. Az orvosi diskurzus mégis különbséget tesz a (legális) metadonaddiktok és az (illegális) heroinaddiktok között: előbbieket a beteg, a kliens, a fogyasztó kifejezésekkel illetik, míg az utóbbiakat a bűnöző, a szociopata, a deviáns, a beteg jelzőkkel. A metadonfenntartó-kezelés egyik indoka, hogy a metadon nem okoz olyan eufóriát, mint a heroin, tehát a kezelésben levők alkalmassá válnak a mindennapi életre. Ezt az állítást cáfolja saját etnográfiai vizsgálatai alapján Bourgois (2000). Szerinte a metadon olyan biomedikális technológia, ami az élvezet iránti vágy visszafogását gyengíti. Tapasztalatai szerint kevés metadonfüggő képes stabilizálni az életét, és más drogoktól mentesíteni magát, sőt: nagy mennyiségben használnak más drogokat (heroint) is. Véleménye szerint a metadonfenntartás erőszakos és mesterkéltszerű szociális kontroll, mely az *utcai addiktok* kiszolgáltatottságát dependenciával súlyosbítja. Az *utcán* a metadonaddiktok a drog-státuszhierarchia alján helyezkednek el, automatákként, a robotokként néznek rájuk, még „methadeath” kifejezést is használják rájuk. A fenntartó kezelés egyik kulcskérdése az *adagolás mértéke, a dozirozás*. Ez folytonos biomedikális vita tárgya, és jól illusztrálja az ellentmondó diskurzusokat: *kriminalizáció versus addikció mint betegségmodell* (amely az egyén testének farmakológiai kontrollját biztosítja). Példának okáért az Egyesült Államokban többnyire indokolatlanul alacsony, elégtelen dózisokat állapítanak meg, ami óhatatlanul kiegészítő droghasználatot von maga után.

A metadonfenntartó-kezeléssel szemben Bourgois (2000) – svájci tapasztalatokra hivatkozva – a *fenntartó heroinkezelést* ajánlja. Ez az ártalomcsökkentés köztes módszere, az állami és a medikális apparátus közötti átmenet, ahol is a foucault-i elmélet konkrétummá válik: a heroin kevésbé ártalmas és szociálisabban elfogadhatóbb, mint a metadon. A *medikalizált heroin* teszi lehetővé – éppen az általa nyújtott élvezet miatt – a depressziós, öndestruktív, erőszakos, utcai „törvényen kívülieknek” azt, hogy a közszolgáltatások ártalmatlan, olcsó kedvezményezettjei legyenek.

A *drogtesztelés* egyre fejlődő technikája kapcsán Campbell (2004) fest sötét víziót a „gyanakvás általános légköréről”: a szuverenitásukat veszített emberek egy olyan társadalmi-hatalmi rendszerben élnek, amely minden elemében fegyelmezett és kontrollált. Nemcsak a munkahelyeken folynak tudományosan kidolgozott osztályozási, megkülönböztetési és kizárási eljárások, hanem a munkaidőn túl és a magánszférában is, hogy az állástalanokat és a fiatalokat is a gyanú és a vizsgálódás tárgyaivá tehessek.

## „Kormányozhatóság” és drogpolitika

A *kormányozhatóság*, a *governmentality* fogalmát Foucault 1978-ban dolgozta ki az autonóm emberek önszabályozási folyamatára: az érdekelte, hogy az önkontroll hogyan kapcsolódik a politikai szabályokhoz és a gazdasági kizsákmányoláshoz. A fogalommal lehetővé válik az Én (szelf) technológiáinak és az uralom, a dominancia technológiái-

nak összekapcsolása. A „kormányzás” (*governing*) nem pusztán az egyének kényszerítése, hanem a két technika egyensúlya, komplementaritása és viszonylatrendszere, mely egyfelől az elnyomást, másfelől az Én (szelf) konstrukcióját és az egyén általi módosítását biztosítja. Foucault felfogásában az emberek nem pusztán a hatalom tárgyai, hanem annak alanyai, konstruálói; az uralom nemcsak elnyomja, hanem ösztönzi is szubjektumait.

A drogpolitikák kapcsán az öröm, az élvezet „kormányozhatósága” lehet a vizsgálódás tárgya.

Bunton (2001) a *neoliberális drogpolitika* és a szubjektum konceptualizálásának viszonyát vizsgálja. Két stratégiát lát körvonalazódni: az egyik az egyénnel és az emberi testtel kapcsolatos új képzetek kialakítása, a másik a droghasználó populációra érvényes új típusú viselkedésszabályozó mechanizmusok létrehozása. Első lépésként a *problémás droghasználó* meghatározását kellett elvégezni. A klasszikus liberalizmus a XIX. század végén, a XX. század elején az egyéni szabadságot kívánta alakítani és szabályozni annak alapján, hogy mi fogadható el „civilizált” viselkedésként: ezt azután állampolgárként való elismeréssel és a társadalmi kirekesztéstől való megóvással jutalmazta. A droghasználó (ideértve az alkoholfogyasztót is) ideális volt a civilizátori munkálkodás szempontjából: jelenléte morális és testi fegyelmezés után kiáltott, és ezzel párhuzamosan legitim alapot biztosított a „profilaktikus”, elhárító és megelőző beavatkozásoknak: a hatalom új mikropolitikai eszközei elérték a családot, a közösséget és az egyes embert is. A fragmentáló és individualizáló folyamatok lényegében az iparosodással és az urbanizációval jártak együtt. Az orvosi és szomatikus diskurzusokban megjelenő addikciók a modernitás vágyakozó szubjektumát és annak testét állították a középpontba – s velük párhuzamosan a szabályozásukra hivatott önfegyelmet és önmegtartóztatást. E két utóbbi cél állt a XIX–XX. század fordulóján jelentkező „mértékletességi mozgalmak” középpontjában. Ezek valójában a polgári önfegyelem technikáit igyekeztek a nagyvárosi munkásság körében elterjeszteni. A késő XX. századi fejlett liberalizmus új hatalmi alanyt alakított ki magának: az asszertívebb és céltudatosabb egyént. A kockázatért viselt felelősség és a biztonság kérdése a kormányoktól az individuumokig mindenkire nézve kötelező érvényűvé lett. Az állampolgárok egyre magától értetődőbb kötelessége, hogy saját életük menedzselésében, az esetleges kockázatok és veszélyek kezelésében értő módon, elővigyázatosan és felelősen döntve vegyenek részt. A szociális munka és az egészségügyi hálózat kliensei egyre inkább „fogyasztókként”, a szolgáltatások igénybe vevőiként jelennek meg; a gombamód szaporodó különféle önszolgálatos mozgalmak szintén segítenek a hagyományos professziókkal és intézményeikkel szembeni függetlenség megszerzésében. A modern állampolgár egyre inkább a saját „kormányozhatóságának” alanya lett.

A *droghasználó identitásában* bekövetkező változás a XX. század közepére tehető: egyre erőteljesebb hangsúlyhoz jutnak benne a céltudatosabb, kockázatmenedzselő elemek. A droghasználattal összefüggő definíciók rugalmasabbakká váltak, hangsúlyosabb lett a motivációs és más magatartási tényezők szerepe. Nevezhetjük ezt a fordulatot „posztaddikciós” fázisnak, vagy addikciók helyett beszélhetünk „droghasználathoz kapcsolódó problémákról”: mindegyik kifejezés a pusztán orvosi megközelítés kiszé-



lesítését jelenti. Az 1980-as években kibontakozó „új közegészségügy” jól tükrözi ezt a kiszélesedő addikciós horizontot: egyéni életstílusokról, egészségtervezésről, indikátorokról beszélnek, miközben egészségügyi tervezők, epidemiológusok, egészségügyi közgazdászok jelennek meg a színen, míg az orvosok és a pszichológusok „csak” az addikciók függőség-komponensével (és annak egészségügyi szövődményeivel) foglalkoznak. Ennek a szélesedő drogpolitikának egyik elemeként jelenik meg az 1980-as évek végén az ártalomcsökkentés irányzata is.

A „kockázatvállaló droghasználó” többé már nem élethosszig tartó identitásrögzültség. A kockázat függ az életkortól, a nemtől és a szociális körülményektől. A Parsons-féle rigid és szigorúan definiált betegszereppel szemben a jelenkori rekreációs (szórakozáshoz kapcsolódó) droghasználó körültekintő és kockázatmenedzselő szubjektum. A droghasználat lehet probléma, de lehet *nem probléma* is.

Ami a droghasználó populációra érvényes új típusú viselkedésszabályozó mechanizmusok kialakítását illeti, a XIX–XX. századi klasszikus liberalizmus még egy nagyon differenciált populációból indult ki, és a feladat a szenvedélybetegek ebből való kiemelése és kezelése volt. A neoliberalizmussal a populáció egészére tevődött át a hangsúly. Az inklúziós stratégia a felelősséget a kormányról az egyénre helyezte át. Az addikció (alkohol- és illegitim drogaddikció) helyett a közösségi kockázat, illetve a kockázati populáció került a problémakezelés fókuszába. A helytelen viselkedést közegészségügyi veszélyként identifikálták, és a veszélyes egyénekről folyó diskurzus helyébe a közösségi kockázatokról folyó beszéd került. A beavatkozást nem a „veszélyesség”, hanem a „kockázatosság” mértéke határozza meg. A kockázat fogalma „kiválóan” alkalmas arra, hogy a hatalmi mechanizmusokat mozgósítsa (Ezard, 2001). A szemtől-szemben folyó interakciók helyébe a populációs szintű intervenciók léptek: a populációk egészségi állapotának monitorozása különböző indikátorok mentén és különböző epidemiológiai (azaz: nem egyéni) módszerekkel. A populációk menedzselésének alapjává kockázati profiljuk vált, mely olyan tényezőkkel hozható kapcsolatba, mint az életkor, a társadalmi helyzet, a nem, a lakókörnyezet, az életstílus és a fogyasztási szokások. A kockázat ilyen felfogása azonban lehetővé teszi, hogy a kockázatvállaló egyéneket (dohányosokat, alkoholistákat, a biztonságosabb szexuális magatartásokat mellőzőket) démonizáljuk, és új „bűnösöket” és kockázati csoportokat találjunk, melyeket azonosíthatunk jellemzőik szerint, majd pedig kizárhatjuk őket „másságuk” alapján. A *kockázatvállaló* és a *kockázatnak kitett* fogalma gyakran nem válik szét a kockázatról szóló diskurzusban.

Mindezekkel a folyamatokkal párhuzamosan az intervenciók stratégiák – a szakpolitikai technológiák – pluralizálódása is lejátszódott, állapítja meg Bunton (2001). A klasszikus liberalizmus alatt az állam és a szakértők között kialakított szerződést felváltotta a kliensek mint fogyasztók megjelenése, továbbá a verseny térnyerése az addig a verseny elől elzárt területeken is (pl. egészségügy). A szakértői szerződés felbomlását olyan folyamatok jellemezték, mint a multidiszciplináris megközelítések terjedése, a prevenciók programok térnyerése, a kockázati populációk korábban bemutatott menedzselési technikái, a helyi közösség szerepének felértékelődése, más tudásformák (pl. menedzselés, projektvezetés) megjelenése. Bunton a „klasszikus” szakértés átértelmeződését látja olyan folyamatokban, mint a célcsoport-szegmentálás, az elszámol-

tathatóság (költség-haszon számítások), a piacon történő gondolkodás, a helyi közösségek szerepe (mintegy a „központi”, „autoritatív” állami beavatkozásokkal szemben). Ezek a folyamatok a legitim és illegitim szerekkel kapcsolatos tágabb társadalmi diskurzusok mellett intézményi szinten az egészségügyre és mellette a kriminalitással összefüggő problémamegoldó apparátusokra is érvényesek.

Bunton végezetül utal arra a kettős szabályozásra, mely a droghasználattal kapcsolatban ölt testet, és valójában a vágyak feletti hatalomgyakorláshoz köthető diskurzusokban uralkodik. Az egyik ilyen tradíció az *aszketikus szabályozás*, mely Foucault nyomán (a „szelf gondozása”, care of self) a zsidó-keresztény örökség részének tekinthető, és a jelenkori közegészségügyi és egészségfejlesztő diskurzusok etikai alapját adja. Ahogy Foucault (1990) is felhívja a figyelmet az ellentétes diskurzusok állandó jelenlétére, így az aszketikus szabályozásnak is megtaláljuk a kritikáját (egyik szélsőséges irányzata például „egészségfasizmus”-nak minősíti). A jelenkori fogyasztói kultúra felismerte a droghasználat jelentőségét, de ugyanígy a racionális modernitás ellenpontjaként jelentkező *esztétikai szabályozás* is, és a testi örömhöz és a határok átlépéséhez kapcsolja mind a legitim, mind az illegitim droghasználatot. Az aszketikus és az esztétizált testek közötti feszültség az európai gondolkodás sajátja: előbbi tradíciója a neosztoicizmushoz, utóbbi – legalább – a romantikáig vezethető vissza. Ez a feszültség vagy kettősség nyilván még hosszú ideig befolyásolni fogja a jelenkori alkohol- és droppolitikai diskurzusokat.

## „Kormányozhatóság” és drogprevenció

A gyerekek testi fegyelmezését a modern korban az egészségfejlesztés, drogprevenció, problémamegoldó készségek fejlesztése, önértékelés javítása stb. koncepciói váltották fel. Látható, hogy a „fegyelmezés” nem áll meg a gyerekek testénél, hanem belép azok szubjektív terébe (sőt: annak konstruálásában is részt vesz). Lupton (1999) azt a folyamatot hozza összefüggésbe a „kormányozhatóság” fogalmával, amikor is az egyének akarattalosan azt teszik, amit a hatalom elvár tőlük, azért, hogy felelős állampolgárokká váljanak. Az egészségfejlesztő kísérleteket és egészségfejlesztő színtereket Lupton azzal az új közegészségüggyel hozza összefüggésbe, amivel Bunton (2001) írása nyomán már foglalkoztunk. A neoliberalizmus szerint az egyén autonóm és racionális aktor, az államnak (a kormányzásnak) pedig el kell kerülnie minden közvetlen beavatkozást az állampolgárok életébe. Saját magunk szubjektumaivá kell válnunk, a szabályozott szabadságot kell begyakorolnunk, mely valójában a politikai hatalom egyik elemeként működik. Az állampolgár aktív és individualizált, semmint passzív és alárendelt. A felelősséget ő viseli, az állam (a kormányzás) maga jelöli ki számára ezt a feladatot, csak úgy, mint a kockázatmenedzselést és a körültekintő szubjektum megtestesítését is. Az iskolai drogprevenció, vagy tágabban, az iskolai egészségfejlesztés éppen ezt a célt igyekszik elérni, tehát pótolhatatlan szerepe van az „új” individuum (szubjektum) képződésben, amint a XX. század közepéig a testi fegyelmezés volt nélkülözhetetlen feltétele az önfegyelmező és önmegtartóztató individuum „kitermelésének”. A kommunikatív és reflexív Én (szelf) válik a gyakorlatok végső céljává, amiért

az egyénnek magának – is – tennie kell. Ha valaki visszatartja az érzelmeit, bezárkózik, nem dolgozza ki kommunikációs képességeit, akkor könnyen különböző érzelmi problémái támadnak, stresszhelyzetekre maladaptív válaszokkal reagál – legalábbis a jelenkori egészségfejlesztő diskurzus szerint. E diskurzusok középponti eleme az *önértékelés*, ami – a szélesebb kontextust figyelembe véve – a liberális eszmerendszer alapja: az Én minél több felelősséggel rendelkezzen, legyen vállalkozó szellemű, és ne szoruljon rá az állam (a kormányzás) közvetlen beavatkozására. Lupton végezetül utal arra a Foucault által többször emlegetett jelenségre, hogy minden konstrukció és diskurzus *ellenállást és ellendiskurzust* szül. Saját iskolában végzett vizsgálatai nyomán Lupton számos olyan stratégiát azonosít a gyerekek és a tanárok részéről az egészségfejlesztő és testnevelő foglalkozásokon, amelyek az „ellenállás” jelenségeként értelmezhetők.

Vázlatosan szemléltetjük a *megelőzési paradigma* lényegi elemeit – összehasonlításképpen mellé rendeljük a Beck ([1986] 2003) által leírt *kockázat-társadalom* egyes jellemzőit. Témánk szempontjából mindkét paradigmában elsősorban az egyén közérzete, társadalmi elhelyezkedése és a közösségre gyakorolt befolyása az érdekes: feltűnő párhuzamot látunk abban, ahogy mindkét paradigma az egyént bizonytalannak, szorongónak, a bűnbakképzés potenciális áldozatának, egyéni – és nem társas-közöségi – életutak kidolgozójának tételezi. A megelőzési paradigma újnak számító kockázatfogalma (vö. a Lupton-tanulmánnyal kapcsolatos fejtegetéseket) és a kockázat-társadalom „kockázata”, bár nem ugyanazt jelenti, úgy tűnik, az egyén percepciójának tekintetében hasonlóságokat mutat, és az egyént mindkettő bizonytalan helyzetűnek láttatja. Miközben a megelőzési paradigmának éppen a magabiztos, kockázatvállaló, kalkuláló, autonóm individuumot „kellene” (a kormányozhatóság jegyében) kialakítania!

### **Megelőzési paradigma**

(Zola, 1972; Illich, 1977)

Medikalizációs modell dekontextualizálja a társadalmi problémákat

➤helyette: medikális kontroll alá helyezi őket  
Egészség – betegség fogalmakban kell elgondolnunk azokat

Medikális procedúráknak kell alávetni őket  
Bizonytalanság akkumulációja (Verweij, 1999)  
Felelősség az egészségért – bűnbakképzés  
Autonómia és függetlenség feladása  
Nem megfelelő viselkedés – közegészségügyi veszély

Veszélyes egyén – kockázati csoport

veszély (igen/nem) – kockázat (fokozatok)

### **Kockázat-társadalom**

(Beck, [1986] 2003)

Civilizációs kockázatok eloszlása: társadalmi veszélyeztetettségi helyzetek

Mi az életveszély?

Modernizációs kockázat-, tudásfüggő  
Kockázat: cselekvésre készítő még-nem-esemény  
Szorongásra épülő szolidaritás

Veszélyeztetettségi helyzet mint sorseseemény

a kockázatkereső/kockázatvállaló démonizálható (de: kockázatnak kitett)	Kockázatok tudományossá válása: nem-tapasztalás másodkézből
Populáció szintű kockázat-menedzselés	Bűnbakképző társadalom Élethelyzetek és életútminták individualizálása, intézményesülése és szabványosítása
Új közegészségügy	1. az egyén jelentéktelenné válik 2. látszólag a világ alakítója

Feltehetően arról a többször idézett jelenségről van szó, amikor egy diskurzus, a hatalomdominancia, a politikai technológia *ellenállást* vált ki. Ennek egyes tünetei válnak láthatóvá az előző felsorolásban. Ugyanakkor a megelőzési paradigma ezeknek a bizonytalanságoknak a felszámolását is célul tűzi ki.

### „Kormányozhatóság” és drogpolitika Magyarországon

A zömmel amerikai drogprevenációs és egészségfejlesztő, „holisztikus” programok a rendszerváltás után jelentek meg Magyarországon. Nyilvánvaló: a diktatúra nem igényli az autonóm, asszertív, önmaga felett hatalmat gyakorló, az államtól a kockázatmenedzselés funkcióját sok tekintetben átvevő individuumot. A demokrácia azonban igen. Feltételezhető, hogy ezek az iskolai programok segítenek abban, hogy a demokrácia és a gazdasági liberalizmus számára autonóm, „önszabályozó”, ugyanakkor produktív individuumokat „állítsanak elő”. Ne feledjük azonban, hogy Foucault-nál a szubjektum és a hatalom (dominancia) kérdése szorosan összekapcsolódik; nem a hatalom „állítja elő” a szubjektumot, amin aztán a hatalmat gyakorolja, az egyének „akaratlagosan”, cselekvően vesznek részt az egyéni szabadság hatalom adta lehetőségeinek konceptualizálásában.

A magyar országgyűlés 2000-ben ellenszavazat nélkül fogadta el a *Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására* című országgyűlési határozatot. Ez a határozat négy célt tűz ki egy általános cél, *vízió* megfogalmazása mellett (Nemzeti stratégia, 2001:42):

#### Általános cél

A harmadik évezred küszöbén egy szabad, magabiztos és produktív társadalom kialakításának képe vezérel bennünket. Ez a társadalom az emberi méltóságot, a testi, lelki, és szociális jóllétet illetve az alkotóképességet kiemelt fontosságúnak tartja. E tényezők megóvása és fejlesztése érdekében a társadalom képes kezelni a drogok használatával és terjesztésével összefüggő egészségügyi, szociális és bűnügyi ártalmakat és hátrányokat.

A kábítószer-probléma valamennyiünket érint, és együttes cselekvésre készítet. Az állam és intézményei az együttes cselekvésben jelentős szerepet kapnak.

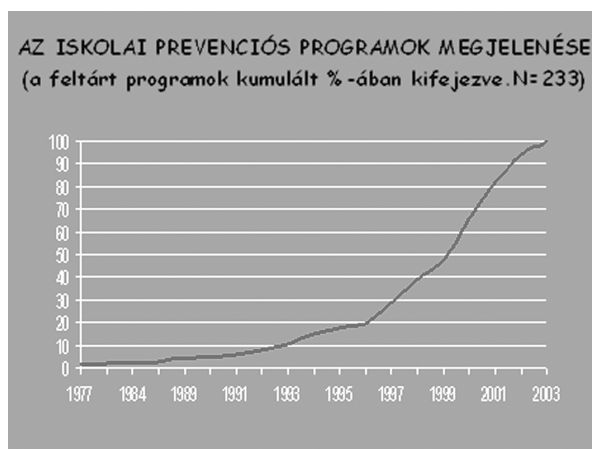
## Fő célok

1. A társadalom váljon érzékennyé a drogkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában (közösség, együttműködés).
2. Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására (megelőzés).
3. Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció).
4. Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét (kínálatcsökkentés).

Jól látható – a „kormányozhatóság” szempontrendszerét alapul véve –, hogy a stratégia első célja éppen a közösségeket célozza meg. A második célban a „produktivitás” már többször tárgyalt fogalma köszön vissza. Világosan látszik a cél: olyan autonóm, kalkuláló, a kockázatokat – az állam helyett – menedzselő individuumokat kell képezni az egészségfejlesztés során, akik a diktatúra utáni szubjektumtípust testesítik meg.

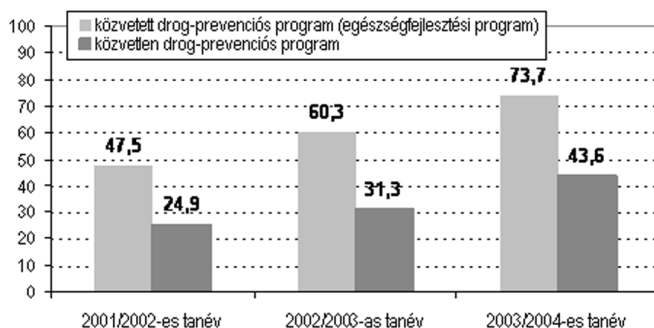
Ez az általános megállapítás némi empirikus alátámasztást nyer, ha a Magyarországon jelenleg futó drogprevenciós, egészségfejlesztő programokat áttekintjük. Paksi és munkatársai (2003) országos vizsgálataiból kiderül, hogy a rendszerváltozás után néhány évvel az új programok belépése meredek növekedésnek indult. Csak 2003-ban 540 közoktatási intézmény, az intézmények 15%-a jutott pályázati támogatáshoz, amiből ilyen programokat *központi, állami forrásból* finanszírozhatott, ami összességében mintegy 190 000 diákot érintett.

4. ábra: Az iskolai prevenciós programok megjelenése. (Forrás: Paksi et al., 2004)



Az 4. ábrából, persze, többféle következtetés levonható, de elgondolkodtató, hogy a programok nagy számban a rendszerváltozás utáni években – és nem az azt megelőző évtizedekben – jelentek meg. Ne felejtjük el, itt nem pusztán az illegitim drogok használatát megelőzni szándékozó programokról van szó; a programok a legális szerekkel is foglalkoznak (az alkohol és a dohányzás már rendszerváltozás előtt is problémaként jelentkezett), illetve egészségfejlesztési célokat tűznek ki (mint amilyen a problémamegoldás, stresszkezelés, érzelmi nevelés, mindennapi készségfejlesztés, ellenállás a kortárs csoport nyomásának). Nyilván – pontosabban „nyilván” – a diktatúrában ezekre a készségekre, melyek alapvetően egy autonóm, felelősséggel dönteni tudó, a kockázatokat kezelni képes individuum fejlődését célozzák meg, nem volt szükség, sőt, egyenesen veszélyesek lehettek.

5. ábra: A prevencióis tevékenységben részt vevő iskolák %-os aránya 2001 és 2003 között



(Forrás: Paksi et al., 2004)

Nézzük tovább a drogstratégia elveit (Nemzeti stratégia, 2001:42–43).

A tények elsőbbsége:

A Nemzeti Stratégia a tudományos kutatások által feltárt tényekre, és nem vélekedésekre épít. A beavatkozások közül a megalapozott módszereket pártolja.

Partnerség, közös cselekvés:

A Nemzeti Stratégia egyrészt a társadalom és az állami intézményrendszer szervezeteinek összefogására épít, másrészt számít a helyi közösségek alkotó tagjainak együttműködésére. Felismeri, hogy az összehangolt és együttes cselekvések megsokszorozzák hatásukat és eredményességüket. Figyelembe veszi a családok, az iskola és a helyi közösségek igényeit. Igényli és előmozdítja az együttműködést helyi, regionális, országos és nemzetközi szinteken egyaránt.

Átfogó megközelítés:

A drogprobléma kezelése egy sokdimenziós, kiegyensúlyozott és jól tagolt megközelítést igényel, melyben egyaránt fontos helye van a megelőzés, a nevelés, a kezelés,

a kutatás, a munkahelyi programok, a bűnüldözés és még számos más terület hozzájárulásának. A kábítószer-probléma visszaszorítása különféle szakmák és területek együttes, összehangolt cselekvését kívánja meg. Egy-egy szakma a kérdés megoldását nem sajátíthatja ki és nem is vállalhatja magára.

Elszámoltathatóság:

A Nemzeti Stratégia minden esetben feltüntet olyan eredményességi mutatókat, melyekkel a célok elérése vizsgálható. Így a Stratégia teljesítése áttekinthetővé és a költséggráfordítás ellenőrizhetővé válik. Meghatározott időközönként elvégezzük a Nemzeti Stratégia felülvizsgálatát.

Hosszú távra történő tervezés:

Külföldi tapasztalatok alapján a kábítószer-probléma visszaszorítása csak hosszú időtávokban valósítható meg. Rövid távra tervezett megoldások nem vezethetnek eredményre, amikor az aktuális veszélyek kezelése mellett egy új generáció drogokhoz való viszonyának alakulásáért is felelősek vagyunk.

Ezekben a megfogalmazásokban szintén az „új közegészségügy” elveiről, a szakértők és az állam viszonyrendszerének újrakonfigurálásáról van szó. Ugyanígy a célok esetében is: a drogstratégia letéteményesei nem a hagyományos egészségügyi vagy kriminológiai szakértők, hanem a közösség, a sokféle szakma és sokféle tudás képviselői („átfogó megközelítés”, „partnerség”), de megjelenik az elszámoltathatóság, a tények elsőbbségének tétele is, mely a korábban részletezett menedzsmenttechnikák (piaci működésmódok) alkalmazását jelenti olyan területeken is, ahol azokat korábban nem, vagy nem jellemzően alkalmazták.

## **„Kormányozhatóság” és elterelés<sup>2</sup>**

E helyütt nem célunk a rendszerváltozást követő drogpolitikák (értve ez alatt most a törvényi változásokat) elemzése. Mindössze egy tényezőt emelünk ki az elmúlt időszak fejleményei közül, és ez az *elterelés* (büntetés helyett kezelés) intézményének működése. Az „elterelést” egy rendelet szabályozza (26/2003. [V. 16.] ESZCSM-GYISM együttes rendelete), amely három típusú „elterelést” határoz meg:

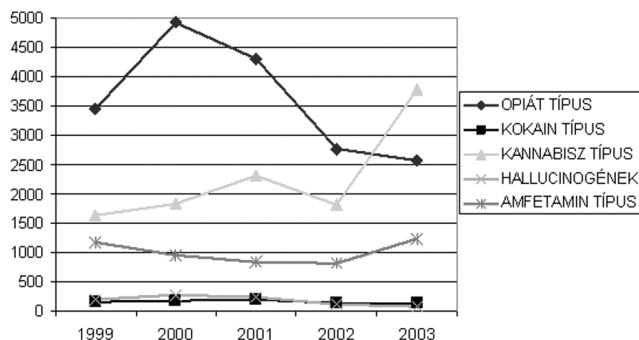
1. kábítószer-függőséget gyógyító kezelés,
2. kábítószer-használatot kezelő más ellátás, vagy
3. megelőző-felvilágosító szolgáltatás.

<sup>2</sup> A tanulmány 2004 novemberében készült. 2004 decemberében megszületett az Alkotmánybíróság azon határozata, amely minimálisra szűkíti le az elterelésben részesíthetők körét. Az AB határozatáról a kötet több tanulmányában is lesz szó.

A rendelet hatálya kiterjed a büntetőügyben eljáró hatóságra, azon büntetőeljárás alá vont kábítószer-élvező<sup>3</sup> személyre, aki a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény 283. §-a (1) bekezdése alapján, a büntetőeljárás során vállalja, hogy legalább hat hónapig folyamatos, a fentiek közül valamelyik szolgáltatáson vesz részt.

A kezelt droghasználókat bemutató ábrán jól látszik, hogy a kannábiszhasználók száma az összes kezelt között emelkedett. A második ábrából az is látszik, hogy az „eltereltek” között elsősorban kannábiszhasználók vannak, tehát – ez más, itt nem közölt adatsorból is látszik – a kezelték számában (és a szám növekedésében) az „el-terelt” kannábiszhasználók túlsúlyban vannak. A kannábiszhasználók az illegitim szerek fogyasztói közül a legkevésbé veszélyes használók, függőség vagy más pszichiátriai, esetleg szomatikus tünet ritkán alakul ki közöttük; többnyire iskolába járó vagy dolgozó fiatalokról van szó, akik alkalmilag használják a kannábiszt. Tehát, egyfelől örülhetünk, hogy ezek a fiatalok nem kerülnek a bíróság elé, esetükben – ha vállalják az „el-terelést” –, akkor a büntetőeljárást felfüggesztik, illetve megszüntetik. Ugyanakkor a büntetőeljárás mégis megindul náluk (kihallgatás, házkutatás, iskola, szülők értesítése stb.), és hat hónapig, kéthetente legalább két órát kezelésben vagy úgynevezett megelőző-felvilágosító szolgáltatásban kell tölteniük. Az „ellenőrzés” tehát megvalósul velük kapcsolatban is, noha annak egy finomabb, terápiás, medikalizációs és nem kriminalizációs formájában.

6. ábra: Illegális kábítószer-fogyasztás miatt kezelt betegek száma, 1999–2003



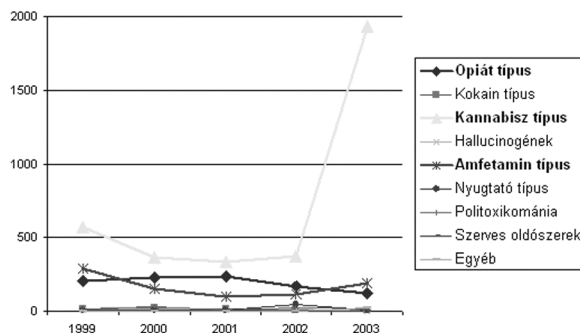
(forrás: OSAP)

Vajon mi lehet az oka annak, hogy egyébként törvénytisztelő, drogot csak alkalmilag használó, és akkor is csak kannábiszt fogyasztó fiatalokat ilyen arányban vannak eljárás alá? Hol érhetjük tetten itt a „kormányozhatóság” jelenségét? S tegyük hozzá: mindeközben a súlyos függők (problémás droghasználók) aránya a kezelőrendszerben csökken.

<sup>3</sup> A Btk. külön érdekessége, hogy a kábítószer-használót, beleértve a függőt is „kábítószer-élvezőnek” nevezi. Tehát egy morális, hedonista definíciót fogad el, majd pedig elkülöníti a függőket (bizonyos cselekmények esetében kisebb büntetési tételeket rendel hozzájuk), ami egy orvosi kifejezés, a diagnózis.



7. ábra: Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma a drogfajták szerint



(forrás: OSAP)

Hogy az elterelés ezt a csoportot találta meg, annak számos gyakorlati oka van: Ők jelentik a legnagyobb létszámú illegitim szerhasználó csoportot Magyarországon, tehát könnyű a „merítés”. A marihuánahasználók nem szervezettek, könnyű elkapni őket, nem kell tartani „alvilági” bosszútól, ugyanakkor a megvesztegetés sem jellemző; nem forognak itt akkora pénzek, hogy ennek a rendszere kialakult volna. Az elterelés és az általa alapvetően elért célcsoport viszonyát tekinthetjük úgy, hogy a társadalom erkölcsi határait az azt definiáló hatalmi csoportok itt húzzák meg: a szabad, autonóm, kockázatvállaló és -menedzselő individuum számára itt a határ, amit nem léphet(ne) túl. Kérdés azonban, hogy az elterelés jogintézménye alkalmas-e erre a feladatra: akár elveiben, akár gyakorlati kivitelezésében. Ezek a kérdések azonban már témánktól messzire vezetnek.

## Irodalom

- Bayer I. (2000): *A drogok történelme. A kábítószeres története az ókortól napjainkig*. Budapest, Aranyhal Könyvkiadó.
- Beck, U. (2003): *A kockázat-társadalom. Út egy másik modernitásba*. Budapest, Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég Kiadó.
- Bourgeois, P. (2000): Disciplining addictions: The bio-politics of metadone and heroin in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry*, no. 24. 165–195. p.
- Bunton, R. (2000): Knowledge, embodiment and neo-liberal drug policy. *Contemporary Drug Problems*, 28, 2: 221–242. p.
- Campbell, N. D. (2004): Technologies of Suspicion: Coercion and Compassion in Postdisciplinary Surveillance Regimes. *Surveillance & Society* 2 (1): 78–92. p. <http://www.surveillance-and-society.org>
- Conrad, P. (1992): Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209–232. p.
- Curra, J. (2000): Drugs and drug taking. In uó: *The relativity of deviance*. Sage, Thousand Oaks, 149–168. p.
- Curtis, J. – Harrison, L. (2001): Beneath the surface: collaboration in alcohol and other drug treatment. An analysis using Foucault's three modes of objectification. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (6), 737–744. p.

- Drucker, E. (2002): Kábítószer-tilalom és közegészségügy: huszonöt esztendő adatai. In Rác J. (szerk.): *Drog és társadalom. Az addikció mintázatai*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó, 92–114. p.
- Ezard, N. (2001): Public health, human rights and the harm reduction paradigm: from risk reduction to vulnerability reduction. *International Journal of Drug Policy*, Volume 12, Issue 3, 1 September, 207–219. p.
- Fehér, F. – Heller, Á. (1994): *Biopolitics*. Aldershot: Avebury.
- Fingarette, H. (1988): *Heavy drinking: The myth of alcoholism as a disease*. Berkeley: University of California Press.
- Foucault, M. (1980): *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972–1977*. Pantheon, New York.
- Foucault, M. (1990): *Felügyelet és büntetés. A börtön története*. Budapest, Gondolat.
- Foucault, M. (1998): A „kormányozhatóság”. In uő: *A fantasztikus könyvtár*. Budapest, Pallas Stúdió – Attraktor Kft., 106–123. p.
- Henkins, W. (1996): The myth of sexual addiction. In Francoeur, R. (ed.): *Taking sides: Clashing views on controversial issues in human sexuality*. 5th ed. Guilford, CT: Dushkin, 58–65. p.
- Hewitt, M. (1991): Bio-politics and social policy: Foucault's account of welfare. In: Featherstone, M. – Hepworth, M. – Turner, B. (eds.): *The body: Social process and cultural theory*. London: Sage.
- Illich, I (1977): *Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health*. Harmondsworth: Penguin
- Lemke, T. (2000): Foucault, Governmentality, and Critique. Paper presented at the *Rethinking Marxism Conference*, University of Amherst (MA), 2000. September 21–24.
- Lupton, D. (1999): Developin the „whole me”: citizenship, neo-liberalism and the contemporary health and physical education curriculum. *Critical Public Health*, vol. 9 (1999) no. 4. School of Social Science and Liberal Studies, Charles Sturt University, Australia.
- Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében*. Budapest, ISM, 2001.
- Paksi B. – Demetrovics Zs. – Nyírády A. – Nádas E. – Buda B. – Felvinczi K. (2004): *A Magyarországon működő iskolai drogprevenció programok leírása*. Balatonfüred, NAT V. Országos Kongresszusa, 2004. október 21–23.
- Peyrot, M. (1984): Cycles of social problem development: The case of drug abuse. *The Sociological Quarterly*, 25. 83–96. p. Magyarul: Rác J. (szerk.) (2002): *Drog és társadalom. Az addikció mintázatai*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó, 25–40. p.
- Rose, N. (1998): *Governing the Soul: The shaping of the private self*. London, Routledge.
- Spector, M. – Kitsuse, J. (1973): Social problems: a reformation. *Social Problems*, 21 (2) 145–159. p.
- Spector, M. – Kitsuse, J. (1977): *Constructing Social Problems*. Menlo Park, Calif., Cummings Publishing.
- Szasz, T. (1985): *Ceremonial chemistry: The ritual persecution of drugs, addicts and pushers* (jav. kiadás). Holmes Beach, FL: Learning Publications.
- Verweij, M. (1999): Medicalization as a moral problem for preventive medicine. *Bioethics*, vol. 13. no. 2. 89–113. p.
- Yates, R. (2002): A Brief History of British Drug Policy, 1950–2001. *Drugs: education, prevention and policy*, vol. 9. no. 2.
- Zola, I. K. (1972): Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20. 487–504. p.

**Bóhm Júlia**

## **A DROGHASZNÁLAT MODELLEI ÉS SZABÁLYOZÁSÁNAK ELVEI**

A kábítószer-használat megítélése a történelem folyamán kultúránként, földrészenként, régióként és időről időre is változott. Ami közös minden, emberek által benépesített területen, hogy a kábítószereket ismerték, használták, fogyasztották, és ez nincs másképpen ma sem. A kábítószer-használatát éppen ezért mindenütt szabályozták, és szabályozzák ma is, hol keményebben, hol nagyobb teret adva az egyéni döntésnek. A társadalmak csak abban különböznek egymástól, hogy mely drogokat tartják elfogadhatónak, alkalmazhatónak. Ezek a kábító hatású szerek, amelyek „ősei” megtalálhatók a természetben, olyan válaszokat, életfelfogást, valóságértelmezést kínáltak (kínálnak), amelyek révén az azokat használó emberek kívülre kerülhettek a közösségük által konstruált és fenntartott normákon. Jogosultnak ítélt normái betartására persze minden társadalom szigorúan ügyel. A demokrácia sem működik másképpen, számít a benne élők szabálykövetésére, és megbünteti azokat, akik eltérnek ettől. Márpedig aki kábítószerrel valamilyen „meghittebb kapcsolatba kerül”, szabályt szeg meg a ma fennálló demokráciák többsége szerint.

A legkézenfekvőbb megoldások egyike a büntetőjogi szankcionálás: adott a büntetés-végrehajtási intézményrendszer, és nem kell mást tenni, csak bűnözőnek tekinteni a kábítószer-használókat. Az egyik legfejlettebb demokráciában, az Amerikai Egyesült Államokban, „a szabadság, a korlátlan lehetőségek hazájában” érezhető ez a legélesebben, ahol az *elrettentés politikáját* alkalmazva börtönöznek be egyre több kábítószer-fogyasztót.

Európában, bár egyes országokon belül sok híve van az amerikai drogpolitikának, működnek olyan alternatív megoldások a kábítószer-használatra, melyeket, ha nem is teljesen maradéktalanul, de a szakemberek is osztanak.

Járjuk körbe a kérdést a droghasználat modelljeinek és szabályozó elveinek négy nagy kategóriája alapján:

1. Prohibíció
2. Legalizáció
3. Ártalomcsökkentés, ártalomminimalizáció
4. Közegészségügyi modell

Ezek között lehetnek átfedések, sőt: vannak köztes modellek is, de minden köztes modell valamely más modelltől indul ki, és csak bizonyos dolgokban tér el attól.

Nem véletlen, hogy a kategóriák ismertetése során az Amerikai Egyesült Államok példái szerepelnek a legtöbbit, hiszen az addikció, az alkohol- és droghasználat problémáinak története az USA esetében a legfeldolgozottabb.

## Prohibíció

A prohibíciós, azaz a tiltó drogpolitika lényege, hogy a drogokkal kapcsolatos mindennemű „érintkezést” a büntetőjog eszközeivel szankcionálnak. A fogyasztót ugyanúgy bünteti a törvény, mint a terjesztőt. A prohibíciós drogpolitikának két fokozata létezik. A *teljes prohibíció* minden drogot és minden, ahhoz kapcsolódó magatartást tilt és keményen szankcionál. A *relatív prohibíció* elsősorban az előállítás és a droggal való kereskedelmet bünteti, ugyanakkor lehetőséget nyújt a fogyasztók kezelésére. A mindennapi gyakorlat szerint az előállítást, a terjesztést, illetve az úgynevezett drogbűnözést sújtja szankció, viszont lehetőség van a drog-fogyasztók orvosi felügyeletére, sőt: egyes „könnyű drogok” használata engedélyezett.

A prohibíciós drogpolitika egyik korai, az Egyesült Államokban képviselt verziója az elretentés politikája. Ahogy másképpen nevezik: a *zéró tolerancia* politikája. Alapelve szerint a drogfüggő személyiség kialakulása nemcsak az individuumot károsítja, hanem a társadalomra nézve is veszélyes, lévén más deviáns viselkedésformák kísérőjelensége vagy éppen kiváltója.

A 30-as években az Egyesült Államokban a városi népesség betegségeként tartották számon a heroinfüggőséget, s ezért a droghasználókat vidéki rehabilitációs terápiára küldték. Az alkoholizmussal együtt kezelt drogfüggőségre kialakított úgynevezett „szárítókúráról” azonban hamar kiderült, hogy a vidéki környezettől önmagában nem várható valós eredmény. A kábítószeres ugyanis nemcsak fizikai, hanem súlyos pszichés függést is kialakítanak, melynek „kikúrálása” éveket vesz igénybe. (Mindez persze sok mindentől függ: a kábítószer-használat módjától [intravénás, szívás, szippantás], az addikció mértékétől és a fogyasztó személyiségétől is.) Ebben az időben már az USA szinte minden államában törvénybe iktatták, hogy a kábítószer-élvezők bűnözők (Bayer, 2000:166). A kábítószer gyakorlatilag a heroint jelentette: ez terjedt a legjobban, melyben a maffia óriási szerepet játszott. Az intravénás technika alkalmazása is ekkortól kezdve vált fokozatosan uralkodóvá.

Az 1960–70-es években fizikai függőséget okozó jellegük alapján osztályozták a drogokat. Úgy vélték, a marihuána, a kokain egyáltalán nem veszélyesek, míg a gyógyászatban használt, morfin alapú fájdalomcsillapítókat erős függőséget okozó anyagokként kezdték számon tartani. E nézet kárvallottjai lettek nemcsak a fenti szereket felíró orvosok, hanem azok a betegek is, akiknek fájdalmuk enyhítésében segíthettek volna a tiltólistára került gyógyszerek. Ez az új felfogás ráadásul szabad utat engedett az „addikciót nem okozó drogok” rendszeres fogyasztásának (LSD, marihuána, kokain) is. A méregtelenítő kezeléseket ettől kezdve a heroinfüggők nem vehették igénybe.

A „70-es években Nixon elnök meghirdette a drogellenes háborút”,<sup>4</sup> az elretentés politikáját. A „gyilkos fű” retorikai fogása azonban nem vált be, sőt, időközben egyre

<sup>4</sup> Az ENSZ ekkori, 1967-es jelentése szerint a nyilvántartott toxikománok 92%-a heroinfüggő; 51,6%-uk New Yorkban élt (Bayer, 2000:173).

több fiatal próbálta ki a heroint, az LSD-t. A túladagolások halálesetek száma nőtt a körökben, a heroin pedig már a fehér középosztályi fiatalokat is meghódította: a drogkérdés ettől hirtelen nemzeti problémává nőtt.

Mára egyre többen látják át ennek a politikának a hátrányait. Azt ugyanis, hogy nem létezik – és belátható időn belül nem is jön létre – drogmentes társadalom, kétségtelenül igazolják a statisztikai adatok. E politika számos hátránya között szerepel az a tény is, hogy nagy a költségigénye (pl. drága a börtönök fenntartása), és súlyos károkat okoz a társadalomnak, hiszen nemcsak kriminalizál, de ennek folyományaként magasabb közegészségügyi kockázatot is okoz (elég csak megnéznünk a HIV- és a hepatitisz-fertőzöttek kezelési költségeit).

A korábban kizárólag metadonkúrával és terápiás közösségekben kezelt függők számára lassan kialakították a csoportterápia intézményét és a járóbeteg-kezelést is. Az új paradigmára, vagyis a kábítószer-használat *betegség-modelljére* létrehozták a rendszeres drogszűréssel járó utógondozást.

Napjaink egyik ismert prohibíciós szakembere az amerikai pszichiáter, R. L. DuPont. „Az addikció új paradigmája” című művében azt fejtegeti, hogy azok az emberek válnak függővé, akik nincsenek tisztában az addikció veszélyeivel (DuPont, 1998:77). Paradigmája szerint a kábítószerfüggő a szerelemhez hasonló az élményt él át: a tudati állapotában olyan változások mennek végbe, amelynek következtében hiába van tisztában a kábítószer-fogyasztás veszélyeivel, súlyos kockázataival, nem hajlandó tudomást venni róluk, csak azt az agyi jutalmazást keresi, amelyet a kábítószer nyújt. Ez az újfajta megközelítés más megvilágításba helyezi a kábítószer-használat politikai megítélését, megelőzését, kezelésének gyakorlatát – véli DuPont.

## Legalizáció

Meddig tart az egyén szabadsága? Addig, amíg mások, a közösség érdekeit nem sérti? Addig viszont nincs joga az államnak megbüntetni senkit, még akár akkor sem, ha az illető az életével játszik? A legalizáció támogatóinak, a tiltó politika ellenzőinek fontos érve, miszerint az állam óriási haszonra tesz szert az úgynevezett legális tudatmódosító szerek (pl. az alkohol- és a dohánytermékek) kiterjedt fogyasztásának köszönhetően. Ugyanakkor a statisztikai adatok azt mutatják, hogy az alkoholproblémák, illetve a dohányzás káros hatása miatt jelentős közegészségügyi kiadás hárul az egyes államokra.

A drogliberalizáció mellett érvelők – hasonlóan a prohibicionistákhoz – több kategóriába sorolhatóak aszerint, hogy mennyire radikálisak.

A radikális reformerek álláspontja szerint minden drogfajtát legalizálni kellene, hogy mindenki szabadon dönthesse arról, hogy él-e velük, vagy sem.

A könnyű drogok liberalizációját támogatók szerint csak bizonyos, kevésbé ártalmas drogot kell elérhetővé tenni a társadalom tagjai számára. Ennek következményeképp sok fogyasztó mentesülhetne a börtönbüntetés alól, és a büntetőügyek számának csökkenésével is spórolhatna az állam.

A drogkérdés egyik amerikai szakértője, Friedman 1998 januárjában a *New York Times*-ban megjelent cikke – „Az igazságtalan drogháború” – a teljes liberalizáció mellett érvel. A Nixon által az 1970-es években meghirdetett „drogellenes háború” létjogosultságát vonja kétségbe az alábbi állításokkal:

1. Senkinek nincs joga ahhoz, hogy felnőtt (!) embertársa döntését – kényszerrel, vagy anélkül – befolyásolja. A drogfogyasztás, akárcsak az ivás vagy a dohányzás, mindenkinek a saját egyéni akarátán, választásán múlhat csak.
2. A drogszállítmányok lefűlélésénél, a droggal kapcsolatos egyéb tranzakciók bonyolításánál jó pénzt fizetnek az informátoroknak, és ez korrupcióhoz vezet. Az erőszakos bűncselekményektől eltérően ugyanis az ilyenfajta bűncselekményekben mind az eladó, mind a vevő a sikeres, eredményes lebonyolításban érdekelt.
3. Bárminemű kapcsolat a droggal (megszerzése, birtoklása, fogyasztása, árusítása) bűncselekmény kategóriájába sorolt tevékenység az USA-ban. Ennek következményeként a börtönépesség száma rohamosan emelkedik, hiszen a legkönnyebb azokat elkapni, akik saját fogyasztásra adnak-vesznek drogot. A statisztikákban éppen ezek az úgynevezett „kishalak” jelennek meg, akiknek kriminalizálása nem segít sem rajtuk, sem a társadalmon, sőt: ront is helyzetükön. Egy időre kivonják ugyan őket a társadalmi vérkeringésből, és kényszergyógykezelésnek vetik alá, de ennek eredményeit (eredménytelenségeit) a statisztikák szintén kimutatják. A börtön, ahogyan azt maguk a büntetés-végrehajtási szakemberek megfogalmazzák, nem igazán hatékony megoldás, sőt, sok esetben inkább „továbbképz” a fogvatartottakat.
4. A drogkereskedelem főbb színterei a nagyvárosok, melyek tönkremennek, elpusztulnak a dílekek közötti versengésből, leszámolásból adódó lövöldözések és egyéb bűncselekmények során. A prohibíció életre kelti és fenntartja a bandaháborúkat.
5. A tilalom miatt a drogfogyasztókat komolyan veszélyezteti a beszerezhető drogok bizonytalan, gyenge minősége. A droghoz jutás kockázati tényezőinek számát növeli, hogy a szükséges pénzt sok esetben bűncselekmény elkövetésével teremtik elő.
6. Még a krónikus fájdalmakban szenvedő rákos betegek fájdalomcsillapítására sem alkalmazható sok, morfinalapú narkotikum, amivel pedig szenvedésük csökkenthető lehetne.
7. Hogy a drogoknak az Egyesült Államokba érkezését megakadályozzák, más államoknak, így például Kolumbiának, Mexikónak, Perunak órási anyagi kárt okoznak, nem beszélve a szuverenitásuk megsértéséről.

„Lehet-e erkölcsös az a politika – bármely nemes célokat is tűzön ki maga elé –, amely széles körben korrupcióhoz vezet, sokakat bebörtönöz, rasszizmust gerjeszt, tönkretesz városainkat, romlásba dönt megtévesztett és kiszolgáltatott embereket, halált és pusztulást hoz más országokra?” – teszi fel a költői kérdést a szerző (Friedman, 1998:89–91).

## Az ártalomcsökkentő politika

A *kockázati viselkedés* nem feltétlenül jár ártalommal. Tudjuk, ha nem kötjük be a biztonsági övet a kocsiban, kockázatot vállalunk, hiszen karambol esetén sokkal súlyosabb bajunk lehetne, mintha megtettük volna ezt az óvintézkedést. Sok hasonló példát lehetne még a kockáztatásra felsorolni – így a droghasználókét is. Az ő kockázatvállalásuk azonban különböző mértékű. A kockázat mértéke nyilvánvalóan függ a használni kívánt drogoktól (a fajtájuktól: marihuána vagy heroin stb.; a szer erősségétől), függ a használat módjától (milyen eszközzel, technikával fogyasztják), és attól is, hogy milyenek a drogfogyasztás körülményei.

A kockázat állandó ismétlődése lehet egymástól elkülönült, illetve egymással összefüggő eseménysor. A droghasználó rendelkezhet olyan rutinnal, hogy már fel sem merül benne a rizikó lehetősége és nem teszi meg a szükséges óvintézkedéseket, mert „úgysem történik semmi”, hiszen eddig sem történt. Azonban bekövetkezhet olyan esemény is, amely fokozza a droghasználó veszélyérzetét, aminek következtében kevésbé fog kockázatosan viselkedni.

Az ártalom, a sérülés kumulatív jellegű. Ha valakinek gyenge az immunrendszere és kabát nélkül megy télen az utcára, könnyebben kap súlyosabb betegséget, például tüdőgyulladást.

Az emberiség története során eddig nem sikerült elérni a társadalom teljes „drogmentesítését” – ez az alternatív megoldást keresők legfőbb érve. A mindennapi életre érvényes, gyakorlati célkitűzések sokszor hatásosabbak, mint a politikai jelszavak hangoztatása.

„Az ártalomcsökkentő drogpolitika lényege, hogy a drogok negatív hatásaira olyan válaszokat adjon a társadalom, melyek kidolgozásában és megfogalmazásában a valódi közegészségügyi, szociális és emberi jogi szempontok kapják a döntő szerepet, szemben az előítéletekkel, az öncélú moralizálással, valamint a drogok eredendően bűnös voltának hangoztatásával” – találjuk a magyarországi jogvédő szervezet, a Társaság a Szabadságjogokért honlapján. Szerintük elérhető célokat kell kitűzni, méghozzá olyanokat, amelyek a droghasználók körében a lehető legkisebb mértékűre csökkentik az ártalmat. Ha valaki a megelőzés, felvilágosítás ellenére drogot fogyaszt, tegye azt a lehető legkevésbé veszélyesen: saját magát és környezetét a legkisebb mértékben terhelje ezzel a magatartásával. Az ártalomcsökkentő politika támogatói szerint a károk, a legsúlyosabb sérülések nem a drogfogyasztásból fakadnak, hanem azokból a helytelen válaszokból, amelyeket erre a magatartásra a társadalom ad. Másképpen szólva: nem az egyes szerek, hanem azok illegális volta miatt ártalmas a droghasználat.

Az, hogy a prohibíciós drogpolitika támogatói nem tesznek különbséget magából a droghasználatból adódó problémák, valamint a tiltásra épülő politikából eredeztethető problémák között, okozza azt, hogy nem észlelik a különbséget az alkalmi szerhasználat és a másoknak is kárt okozó kábítószerrel való visszaélés között – érvelnek az ártalomcsökkentés hívei.

Az ártalomcsökkentés politikájának szakemberei, támogatói Európában is határozotlan jelen vannak, sőt mi több, az ártalomcsökkentési vagy ártalomminimalizálási törekvés

Angliában és Hollandiában jelent meg először az 1980-as évek elején. Innentől kezdve egyre több országban nyert teret ez a felfogás: Európán kívül Ausztráliában is. Az Egyesült Államokban azonban, ahol pedig a drogfogyasztók száma világviszonylatban is nagyon magas, az ártalomcsökkentést „reklámozni” szinte bűnnek számít, bevezetni pedig egyelőre lehetetlen. Az USA-ban ugyanis az ártalomcsökkentő szakpolitika javaslatait összemossák a droglegalizáció követeléseivel: a tűcsereprogramot olyannak tekintik, mint ami állami és egyéb segítséggel biztosítja a drogok biztonságos fogyasztását. „Az amerikai diskurzusból hiányzik az emberi jogok és az illegális szerek használatának összekapcsolása is.” (Nadelmann, 1993:136)

Az ártalomcsökkentés modelljét követő szakemberek közül van, aki támogatja, és van, aki ellenzi a drogok legalizációját. Abban azonban mindkét tábor megegyezik, hogy a drogtilalom okozza a drogproblémák jelentős részét; hogy a drogprobléma megoldását a költség–haszon–tengely mentén kell elindítani; és hogy az optimális drogpolitika mind a szerhasználat, mind az érvényben lévő büntető-korrektív eljárások kedvezőtlen következményeit minimalizálja. Közös vonás a drogok közti differenciálás is: hangsúlyozzák, hogy a drogok hatása egymástól jelentősen eltérő, illetve a különféle drogok egyes változatai között is hatalmas eltérések lehetnek hatásuk erősségét illetően. Ugyanakkor az egyéni szuverenitás, a droggereskedelemben való kormányzati szintű beavatkozás megítélésében már érezhető különbségek vannak az ártalomcsökkentés híveinek táborán belül.

J. Strang szerint az ártalomcsökkentés mint a drogpolitika egyik lehetséges jövőbeni megoldása szükségessé teszi olyan fogalmi rendszer és definíciókészlet megalkotását, mely elengedhetetlen ahhoz, hogy alternatív szakpolitikává válhasson, hogy beépülhessen a közegészségügyi gyakorlat és képzés elemeibe, hogy tudományosan kutathatóvá váljanak az ártalom dimenziói. Meg kell találni azokat az érdekcsoportokat, melyekkel összefogva eredményesebben lehet bizonyítani az ártalomcsökkentés létjogosultságát (Strang, 1993:115–130).

„A nemzetközi szervezetek szóhasználatából kitiltott szó mára bekerült oda – vagy legalábbis bekerültek nézetei és legfőbb módszerei (lásd a WHO, az ENSZ AIDS-, illetve kábítószer-ellenes intézményeinek [UNAIDS, UNDCP] a dokumentumait). [...] A fogalom tartalma ugyancsak megjelent az amerikai kormányintézetek módszertani ajánlásai között (National Institute on Drug Abuse, Center for Disease Control and Prevention) –, míg az amerikai kormányzat legfeljebb csak „tűri” (de retorikája inkább „tiltja”) az ártalomcsökkentő szemléletmódot.” (Rácz, 2000:16–17)

Európa legtöbb országában viszont már működnek az ártalomcsökkentés különféle formái.

Tűcsereprogramok először Nyugat-Európában jöttek létre az 1980–90-es években. Az intravénás droghasználókat a súlyos fertőzésektől mentik meg azáltal, hogy injekciózáshoz szükséges eszközöket biztosítanak számukra. Van, ahol utcai szociális munkásokat alkalmaznak, hogy a rejtett, azaz nehezen elérhető droghasználókhoz is eljussanak. Az úgynevezett *alacsony küszöbű szolgáltatások* esetében tehát nem az a cél, hogy a fogyasztó vállalja a teljes absztinenciát. Ezek a programok különösen hasznosak lehetnek az egyes kelet-európai országokban – így Magyarországon is – egy esetleges „AIDS-robbanás” megelőzésére.



A *helyettesítő kezelések*: a metadonkezelés és a metadonfenntartás. A metadon egy szintetikus ópiát, mely alkalmas detoxikálásra.<sup>5</sup> A méregtelenítés során a drogfogyasztónak annyi metadont adnak, amennyi az elvonási tünetek legyőzéséhez szükséges. Ha kúraszerűen, több héten keresztül, az adagok állandó csökkentésével alkalmazzák, akkor elvonási tünetek nélkül elérhető a teljes drogmentesség. Ha nem az absztinencia elérése a cél, akkor hosszú távú, úgynevezett fenntartó kezelésre is mód nyílik.

E kezeléseket az teszi lehetővé, hogy a metadon kisebb euforizáló hatást nyújt. A metadonnal kezelt fogyasztó képes a társadalmi hasznosság elvei szerint élni: egyrészt nem mérgezi olyan mértékben a szervezetét, mint korábban, s ettől munkaképessége visszatér, másrészt nem kriminalizálódik a heroin megszerzésének érdekében, aminek következtében – többek között – kevesebb bűncselekmény éri a társadalmat. Ugyanakkor a metadonterápia nem más, mint a heroin helyettesítése egy másik morfin alapú, kábító hatású szerrel, azaz: ez az egyik függést egy másikkal váltják ki.

Nyugat-Európában léteznek olyan szokatlanak tűnő programok is, amelyek szintén beépültek a drogprobléma alternatív megoldásai közé. Ilyen például az 1990-es években először Angliában létrejött rendszer, melynek keretében az orvosok receptre adnak heroint a drogfüggőknek. Ma már Németországban, Svájcban is léteznek ilyen programok, és Spanyolországban, Kanadában, valamint Franciaországban is várható létrejöttük. A heroin receptre történő felírásával szintén megelőzhető, hogy drogért bűncselekményt kövessenek el, ráadásul az így kapott heroin ellenőrzött, jó minőségű, azaz kevésbé káros a fogyasztó szervezetére. A tisztább anyagot használók pedig lassan átterhetnek az injekciós használatról a szippantásosra, és hajlandókká válhatnak adagjuk mennyiségének stabilizálására. Mindezek segítségével kikerülhető lesz a feketepiac is. A programot a költség-hatékonyság tengely mentén vizsgálva azt látjuk, hogy amikor a drogfogyasztó az anyag utáni sóvárgás következtében bűncselekményt követ el, és börtönbe kerül, és ennek költségét az állam az adófizetők pénzéből állja, addig akkor, amikor a drogfüggő – és csakis ő – orvosi szakvélemény és recept révén hozzájut az anyaghoz, megspórolható mindaz, amit korábban a rendőrségtől a bíróságokon át a büntetés-végrehajtási intézményekre költöttek. És még a szervezett bűnözés lába alól is kihúzzák a talajt.

Nyugat-Európában (Svájcban, Németországban és Hollandiában) és Ausztráliában létesültek az úgynevezett *belővő szobák*. Az intravénás droghasználók számára létrehozott intézményekkel csökkent a nyilvános helyeken drogot fogyasztók száma, és a droghasználók HIV-, illetve hepatitiszfertőzésének kockázata, hiszen steril eszközökkel injekciózhatják a drogot. Kevesebb a túladagolások esete száma is.

Ugyancsak Nyugat-Európa egyes országaiban (Hollandiában, Németországban), kísérleti jelleggel, működik az a gyakorlat, miszerint a diszkókban és egyéb szórakozóhelyeken bárki szankciók nélkül bevizsgálthatja a nála lévő amfetaminszármazékokat. Ezzel a programmal kiszűrhetők a túlságosan mérgező hatású szerek, azaz elkerülhetővé válhatnak a végzetes kimenetelű károsodások.

<sup>5</sup> Az ópiumból morfint állítottak elő, majd a felszintetikus alkaloidokat (heroin, kodeinon, etil-morfin), később pedig a szintetikus kábító-fájdalomcsillapítókat „fedezték föl” (petidin, metadon). Az 1960-as évek elejétől használták a heroinfüggők kezelésére (Bayer, 2000:160–173).

## Közegészségügyi szemlélet

Az Amerikai Egyesült Államokban a *medikalizációs* szemlélet, a közegészségügyi programok térnyerése mellett még mindig a tiltás a nemzeti drogpolitika fő stratégiai célja. Hiába korunk egyik legveszélyesebb fertőzése, a HIV, hiába a hasonlóan súlyos hepatitisz megbetegedések, valamint a túcsereprogramok hatékonyságáról szóló nemzetközi beszámolók, mégsem finanszírozzák az ilyen alternatív módszereket, hiszen az nem egyeztethető össze a *zéró tolerancia* elvével. Azonban a drogellenes háború koncepcióját ma már egyre többen képesek felülbírálni, köztük maga Barry R. McCaffery<sup>6</sup>, a Nemzeti Drogpolitikai Hivatal igazgatója is, aki pedig foglalkozását illetően katona...

Az Amerikai Egyesült Államokban milliárdokat költenek arra, hogy a drogtörvényeket betartassák; hogy a szállítmányokon rajtaüssenek; és hogy a börtönöket fenntartsák. Míg ezek az összegek évről évre nőnek, addig a kezelésre és megelőzésre fordított költségek csak minimálisan emelkedtek. „Még a nemrégiben megújított drogtörvény is – amely a bűncselekményt nem elkövető fogyasztókat a kezelés felé tereli – a szövetségi büntetőpolitikát és a meglévő költségvetési prioritásokat veszi alapul. Ez a megközelítés továbbra is a szerhasználók ádáz üldözésén alapul, miközben büntetőjogi eszközökkel erőszakolja ki a kényszergyógykezelést.” (Drucker, 1999:92–93)

Miközben csökkentek az egyéb bűncselekmények, a droggal való visszaélések száma az egekbe szökött.<sup>7</sup> Igen nagy – mintegy kilencven – százalékukat csekély mértékű, személyes fogyasztásra szolgáló drogkereskedelemért csukják le. E tiltó drogpolitika következtében a nyugati demokráciák között napjainkban az Egyesült Államokban a legmagasabb az egy főre eső bebörtönzöttek aránya.

Drucker kutatásaiból azt is megtudhatjuk, hogy bár a drogokkal való bármilyen kapcsolatba kerülés büntetendő cselekedet, vagyis kriminalizáló hatású, a szerhasználat legkedvezőtlenebb hatása mégis abban a társadalmi egyenlőtlenségben keresendő, amely a drogfogyasztók közegészségügyi kockázatát jellemzi: a legsúlyosabb mértékben ugyanis az afroamerikaiak veszélyeztetettek.<sup>8</sup> Bár a statisztikák azt tanúsítják, hogy az etnikai hovatartozás nem jelent szignifikáns összefüggést a drogfogyasztókon belül, a veszélyeztetettség helyzetkép mégis kedvez azon sztereotípia rögzülésének, miszerint a nem fehér bőrű amerikaiak inkább drogfogyasztók, mint a társadalom fehér bőrű tagjai. Ez pedig erősítheti a politikai kirekesztést, és rontja az életésélyeket és a közegészségügyi kockázatot.

<sup>6</sup> „[...] irreális vállalkozás a kampány gyors győzelmét és pontosan megjósolható befejezését ígérni” – nyilatkozta a Fehér Házban Barry R. McCaffery tábornok. Idézi Bray, N. – Welch, M. – Wolf, R.: *Just War Theory and Drug Control Policy: Militarization, Morality and the War on Drugs. Contemporary Justice Review*, vol. (2) 1. 49–76. p.)

<sup>7</sup> Az állami börtönökben a drogtörvények miatt több mint 400 000 embert tartanak fogva. A szövetségi börtönök népességének 60%-a, az állami és helyi elítélteknek pedig 25%-a droggal való visszaélés miatt ül.

<sup>8</sup> 1996-ban a drogfogyasztás miatti sürgősségi beutalások 57%-a az afroamerikaiakra jutott, pedig az Egyesült Államok felnőtt lakosságának csupán 12 százalékát, és a szerhasználók ennek megfelelő százalékát teszik ki. A fehérek aránya – akik a népesség 75 százalékát és a szerhasználók ezzel arányos részét jelentik – csupán 31 százalékot tett ki. Az afroamerikaiak körében három és fél-szer gyakoribb a drogos haláleset, mint a fehérekénél.

Az USA-ban hosszú története van a toxikus szerek tilalmának (pl. alkoholtilalom), amiről ma már tudjuk, hogy nem vezetett a kívánt eredményre, hanem inkább a bűnözést, a maffia erősödését, a korrupció térhódítását eredményezte. Persze érthető az a félelem, amit a drogok, a drogfogyasztók világa jelent a laikus szemlélőknek, a szerencsés kívülállóknak. Hozzájuk hasonlóan a politikai színtéren mozgók is szívesen megszabadulnának örökre ettől a problémától. Drucker szerint azonban éppen ezen adatok tudatában nem szabad figyelmen kívül hagyni az akár az amerikai jóléti társadalomra nézvést is komoly veszélyt jelentő problémahalmazt.

## Összegzés

A XXI. század felgyorsult világa, a hajszolt élet állandó feszültséget okoz az emberekben, ezt oldani kell, ha nem megy másképpen, hát a legegyszerűbb, leggyorsabb és legkárosabb módon: mesterséges úton létrehozott szerek segítségével. „[M]aga a társadalom mutatja a dependencia tüneteit, mivel a közérzet kémiai eszközökkel való befolyásolását elfogadta és integrálta” (Bayer, 2000:362).

A fentiek mutatják: eddig (még?) nincsen tökéletes, mindenkit kielégítő megoldás a drogfogyasztásra. Számatalan módját ismerjük a kezelésnek, de egyik sem tökéletes. Hol a társadalom nézi rossz szemmel a létrehozott programokat, hol az állam nem hajlandó elfogadni hatékonyságukat, és pénzt áldozni rájuk. Mi a megoldás? Létezik-e egyetlen megoldás, vagy több alternatívát kell egyszerre, egymásra építve alkalmazni? Kialakítható-e a módszerek valamiféle ötvözete, mely minden fél – a támogatók, a segítők és az ellenzők tábora – számára elfogadható?

A XX. század folyamán a nemzetközi szervezetek és a kormányok többsége tudomásul vette, hogy a megelőzés területén a kábítószeres hozzáférhetőségének korlátozása nem elegendő lépés. A kereslet- és a kínálatcsökkentést egymáshoz képest kellene arányosítani. Bayer István szerint a kábítószerhelyzetet egy hármasszempontú kontrollrendszer határozza meg: a kábítószeres ellenőrzése, a gyógyszerek ellenőrzése és a társadalom magatartása. Ez utóbbit befolyásolja a kormányok drogpolitikája. Magyarországon is heves vitába torkollik minden drogpolitikai kérdés megvitatása. Hazánkban a rendszerváltás óta eltelt években a keresztény-konzervatív kormányok a tiltó, a szocialista-liberális kormányok pedig a megengedőbb politikát alkalmazták, több-kevesebb sikerrel.

Mire kellene ügyelni a „kábítószer-retorikában” a politikusoknak, a tanároknak és a „fogadatlan prókátoroknak”? Például arra, hogy semmiképpen ne állítsanak valótlanul a kábítószeresről, hatásukról és veszélyességükről, a drogfogyasztó személyiségéről, a droghasználat motivációjáról. És hogy a kormányok ne a drogfogyasztók elleni rendészeti akcióktól várják a drogprobléma megoldását.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Bundes Kriminalamt 1998. évi jelentésében írja le felmérésének eredményét: a drogfogyasztásról leszokottak mindössze 0,2%-át motiválta az ellenük indított eljárás vagy letartóztatástól való félelem (Bayer, 2000:396).

Persze a legjobb az volna, ha az emberek egyáltalán nem élnének drogokkal. De sajnos nem ez a helyzet. A droghasználókon pedig segítenünk kell. S ez már a megelőzés alternatívájához vezet: talán az egyik legmegfelelőbb válaszhoz, mely a drogkérdésre adható.

## Irodalom

- Bayer I. (2000): *A drogok történelme. A kábítószeres története az ókortól napjainkig*. Budapest, Aranyhal Könyvkiadó.
- Dénes B. (2002): *A tiltás gyümölcsei. Három szigorú drogpolitikai év*. Budapest: TASZ
- Drucker, E. (1999): Drogtilalom és egészségügy: Huszonöt esztendő adatai. In Rácz József (szerk.): *Drog és társadalom. Az addikció mintázatai*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
- Fekete S. (2001): *Deviancia és társadalom*. Pécs, Comenius Bt.
- Friedman M. (1998): Az igazságtalan drogháború. In Rácz József (szerk.): *Drog és társadalom. Az addikció mintázatai*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
- Grund, J.-P.C. – Kaplan, C. D. – DeVries, M. W.: A szabályozás rituáléi: ellenőrzött és ellenőrizetlen drogfogyasztás természetes környezetekben. In Rácz József (szerk.): *Drog és társadalom. Az addikció mintázatai*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
- Nadelmann, E. A. (1993): Progresszív legalizátorok, progresszív proibicionisták és a drogokkal kapcsolatos ártalmak csökkentése. In Rácz József (szerk.): *Drog és társadalom. Az addikció mintázatai*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
- Strang, J. (1993): Szerhasználat és ártalomcsökkentés: Felelet a kihívásra. In Rácz József (szerk.): *Drog és társadalom. Az addikció mintázatai*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
- www.tasz.hu

Sárosi Péter

## TRENDEK A NEMZETKÖZI ÉS A HAZAI DROGPOLITIKÁBAN

### A nemzetközi drogtilalmi rendszer kialakulása

A tudatmódosításra való törekvés állandó civilizációs konstansként kíséri végig az emberi történelmet. Az észak-amerikai inuit eszkimókon kívül egyetlen olyan népcsoport sem él a Földön, amelynek körében ne alakultak volna ki a tudatmódosító anyagok használatának tradíciói. A tudatmódosító szerek démonizációja, a tudatukat módosító személyek stigmatizációja és egyes tudatmódosító szerek használatának tilalma majdnem olyan ősi gyökerekkel rendelkezik, mint a drogfogyasztás maga. A premodern drogtilalomra a legjellemzőbb példát a Korán (2.219; 5.90; 5.91) szolgáltatja, amely a „bódítószerek” (*kbamr*) használatát és kereskedelmét „tilalom” (*baram*) alá helyezi, mivel azokat olyan sátáni erőknél ítéli, amelyek eltérítik az igazhitű gondolatait Istentől. Ez a drogtilalom azonban sokkal inkább egyfajta szociokulturális és vallási konszenzuson nyugodott, mintsem az állam büntetőgépezetén (Khueny, 2001). A muszlim államok területén élő keresztények és zsidók például többé-kevésbé szabadon fogyaszthattak alkoholt. Az állam által törvényekben kihirdetett és az erőszakos szervekkel fenntartott drogtilalom sajátosan modern jelenség, egyidős a nemzetközi kereskedelem és a modern, szekuláris államok kialakulásával (Nadelmann, 1996:395). A XVI–XVII. században a tengeri kereskedelem felélénkülése folyamán számos olyan drog érkezett Európába, amelyek megjelenése társadalmi feszültségeket okozott, mivel nem rendelkeztek tradicionális fogyasztási kultúrával a kontinensen.

A kávé (*al-quahwa*) ivásának szokását például a szúfi szerzetesek hozták magukkal az Oszmán Birodalom területére a XVI. század elején. Az állami és vallási vezetők a kávézást a társadalomra veszélyesnek nyilvánították, mivel egyes írástudók szerint mérgező hatásokkal bír és dekadenciába dönti az embereket, ezért betiltották azt. Azonban a kávézás a tilalom ellenére gyorsan terjedt, ezért a drog fogyasztását hamarosan „dekriminalizálták”, bár a kávézók teljes „legalizálására” csak jóval később került sor (Hattox, 1985:29). Hasonló volt a helyzet a dohánynal, amelyet a dél-amerikai indián sámánok szent növényként tiszteltek, az európai és közel-keleti muszlim és keresztény közösségek azonban hosszú időn át ördögi szernek tartották és szigorúan tiltottak. Oroszországban I. Miklós cár betiltotta a dohány fogyasztását, a szabály megszegőire gyakran azt a büntetést szabta ki, hogy levágták az orrcimpájukat és felhasították a szájukat. IV. Murád török szultán 1633-ban halálbüntetés terhe mellett megtiltotta alattvalóinak a dohány élvezetét. (Maritseh–Uhl, 1989:163) Beszámolók szerint az

uralkodó még a csatatéren is kíméletlenül kivégeztette a rendelet megszegőit. A katolikus világ feje, VIII. Orbán pápa 1642-ben, utódja, X. Ince pedig 1650-ben bocsátott ki bullát a klerikusok között is népszerűvé vált dohányzás ellen. Protestáns és katolikus fejedelmek egyaránt szigorú dohányellenes szabályokat hoztak a német fejedelemségekben: 1652-ben Bajorországban, 1653-ban Szászországban, 1667-ben Zürichben. I. Jakab angol király szerint a dohányzás „utálatos a szemnek, gyűlöletes az orrnak, ártalmas az agynak, és károsítja a tüdőt”. A szigorú intézkedések hatásának elmaradása azonban a tilalmi rezsim feloldására készítette az európai államokat.

A nemzetközi drogtilalmi rendszer kialakulása a XIX. században vette kezdetét és sajátosan a távol-keleti ópiumkereskedelemhez kapcsolódik. A gyarmatosító hatalmak közül Nagy-Britannia egyik fő bevételi forrását ebben az időszakban az Indiában termelt és Kínába exportált ópium jelentette, melynek használatát azzal népszerűsítették a kínaiak között, hogy dohánnyal keverve, pipával együtt árusították nekik (szemben a tradicionális fogyasztási formákkal, pl. tea). A britek a század közepén több háborút is folytattak azért, hogy az ópium szabad kereskedelmét biztosítsák (La Motte, 1920; The Opium Wars, 1976; Marchant, 2002). Az „ópiumháborúk” azonban visszatetszést váltottak ki, hiszen nem volt nehéz az ópiumkereskedelmet az imperialista elnyomás ugyanolyan formájának tekinteni, mint a rabszolga-kereskedelmet. A rabszolgaság eltörléséért küzdő abolitionisták mind Angliában, mind Észak-Amerikában az ópiumkereskedelem betiltását is követelték (az egyikük John Brown volt). Az Egyesült Államokban a puritán protestáns középosztály körében ezenkívül egyre népszerűbbé vált az úgynevezett józansági mozgalom (*temperance movement*), amely az összes drog, beleértve az alkohol fogyasztását is társadalmi devianciának tekintette és ezek betiltását követelte az államtól (Gusfield, 1963:51). Henry Levine kimutatta, hogy maga az „addikció” (függőség) fogalmának kialakítása is sajátosan az angolszász puritán középosztályhoz kötődik (Levine, 1978a:143–174; Levine, 1978b). Az első ópiumtilalmi rendelet bevezetésére egyértelműen rasszista megfontolásokból került sor San Fransiscóban 1875-ben, ahol az ópiumszívás ebben az időben szinte kizárólag az egyre nagyobb számban letelepedő kínai bevándorlók körében dívott. Hasonlóan xenofób érvek merültek fel a kokain és a kannábisz fogyasztásával szemben is: az előbbit az afroamerikaiakhoz, az utóbbit a mexikóiakhoz kötötte a közvélemény. Az ópium és kokain fogyasztásának első szövetségi szintű tilalmát 1914-ben hirdették ki (*Harrison Act*). Ezt követte hamarosan a szövetségi alkoholtilalom kihirdetése is (1919–1933).

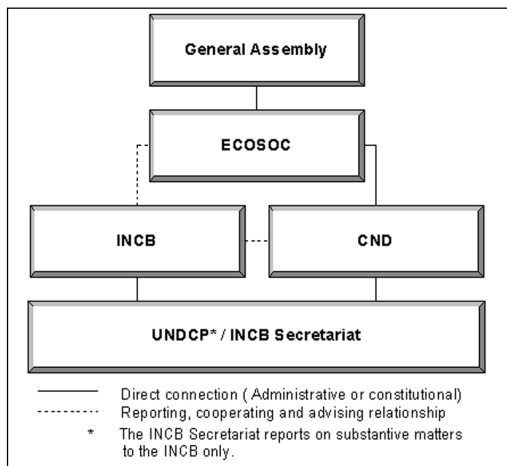
Az USA ezenkívül külpolitikai érdekekből széles körű diplomáciai erőfeszítéseket folytatott a nemzetközi ópiumkereskedelem betiltásáért, mivel ezzel nehéz helyzetbe hozhatta vetélytársát, Nagy-Britanniát, és vezető szerepre tehetett szert a gyarmatosító hatalmak között. 1912-ben Hágában írták alá az első nemzetközi konvenciót, amely szigorúan korlátozta az ópium kereskedelmét. 1920-ban a versailles-i békét ratifikáló államok mindegyike kötelezettséget vállalt ennek a konvenciónak a végrehajtására. A Népszövetség 1925-ös genfi konferenciáján az USA nem tudta rávenni az európai hatalmakat az amerikai típusú alkoholtilalom bevezetésére, azonban kompromisszumos

megoldásként tovább szigorítottak az ópiumkereskedelem nemzetközi szabályozásán, és az ópiátszármazékok mellett tiltólistára került a kokain és a kannábisz is. A második világháború utáni évtizedekben a nemzetközi drogtilalmi rendszer gyakorlatilag globálissá vált. Az ENSZ 1961-es konvenciója (*Single Convention on Narcotic Drugs*) 116 narkotikum termelését és terjesztését helyezte törvényen kívül, ezeket négy osztályba sorolta vélt egészségügyi ártalmaik és függőséget kialakító kockázataik szerint. Az 1971-es konvenció (*Single Convention on Psychotropic Substances*) a tiltólistát 111 „pszichotróp anyaggal” egészítette ki (a központi idegrendszerre ható stimuláns és depresszáns anyagokkal). Az első két konvenció azonban a drogfogyasztók büntetőjogi megítélését az egyes államok hatáskörébe utalta. Ezen változtatott az 1988-as ENSZ-konvenció (*Convention against the Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*), amely már a drogfogyasztás büntethetőségének biztosítását is megkövetelte az aláíró államoktól, bár a konkrét büntetési tételek kialakítását nem írta elő, és külön ajánlást fogalmazott meg a börtönbüntetés alternatíváinak kidolgozására. Kizárólag bizonyos minősített esetekben (pl. kiskorú bevonásával vagy bűnszervezet tagjaiként való elkövetés) tartotta szükségesnek a szabadságvesztés büntetés kiszabását. A konvenció ezenkívül határozatot hozott az úgynevezett prekursorok (az illegális drogok előállításához szükséges vegyületek) kereskedelmének szigorú szabályozásáról is.

## **A nemzetközi kábítószer-ellenőrzési rendszer működése**

A nemzetközi drogtilalmi (avagy hivatalosan: kábítószer-ellenőrzési) rendszer fenntartását különféle ENSZ-hivatalok ellenőrzik. A Nemzetközi Kábítószer-ellenőrzési Iroda (INCB), amely a konvenciók betartását monitorozza az egyes tagállamokban, éves jelentéseiben rámutat azokra a politikai döntésekre, amelyek véleménye szerint sértik az egyezményeket, súlyos esetekben pedig szankciókat is kilátásba helyez. Az ENSZ tízéves kábítószerügyi akciótervét az ENSZ Gazdasági és Szociális Bizottságának (ECOSOC) közgyűlésein (UNGASS) határozzák meg. A stratégia végrehajtását az évenként Bécsben üléselő Kábítószerügyi Bizottság (CND) értékeli. A CND felügyeli a napi ügyek végrehajtásáért felelős Kábítószer- és Bűnüldözési Irodát (UNODC) is (ennek jogelődje 1998 előtt a UNDCP volt). Ha a nemzetállamok politikai felépítését használnánk párhuzamként, akkor azt mondhatnánk, hogy a UNGASS az ENSZ tízévenként üléselő kábítószerügyi parlamentje, amelynek az egyik évenként üléselő bizottsága a CND, választott kormánya pedig a UNODC.

Az ENSZ kábítószer-ellenőrzési rendszerének felépítése (forrás: <http://www.unodc.org>)



Az ENSZ jelenlegi akciótervét, amely az 1998–2008-as időszakra vonatkozik, az 1998-as közgyűlésen fogadták el, amelyet a „Drogmentes világ: meg tudjuk csinálni” szlogen alatt hívtak össze. Az akcióterv célja ennek megfelelően az illegális drogok keresletének és kínálatának jelentős csökkentése vagy megszüntetése 2008-ig. Ezt a célt azóta sokan, köztük nemzeti kormányok is, utópistának és irreálisnak bélyegezték, többek között azért, mivel az azóta eltelt időben a drogtermelés, -kereskedelem és -fogyasztás mutatói meredeken emelkedtek a világon, pedig a nemzetközi drogtilalmi rezsim éppen a drogtermelési lánc e három szintjén próbálja elérni célját. Az előbbi kettő az úgynevezett kínálatcsökkentés (*supply reduction*), az utóbbi a keresletcsökkentés (*demand reduction*) kategóriájába tartozik.

### ***A drogtermelés leállítás: a pszichotróp növények kiirtása (eradication of psychotropic plants)***

Ez a szint, értelemszerűen, az ENSZ által a „termelői országok” kategóriájába sorolt államokat érinti. A termelői régiókról összességében el lehet mondani, hogy többnyire harmadik világbeli, politikailag instabil, polgárháborúktól gyakran sújtott területekről van szó, ahol a gerillamozgalmak, a bűnszervezetek és a kormánysszervek gyakran egyaránt érintettek a drogkereskedelemben. A pszichotróp növények közül az ópiummák fő termesztési régiója egyrészt az úgynevezett Arany Háromszög (*Golden Triangle*), amely Burma és Laosz északi, hegyvidékes részét, illetve Kína dél-nyugati csücskét foglalja magába. Ennek a régiónak a jelentősége a huszadik század végén visszaesett, ami részben a mákültevények felszámolására irányuló nemzetközi nyomásnak tulajdonítható. Ugyanakkor egyre növekszik egy másik régió, az ún. Arany Félhold (*Golden Crescent*) jelentősége az ópiumtermelésben, amelynek központja Afganisztán területén találha-



tó. Bár a tálibok által bevezetett ópiumtilalom (2000–2001) és az aszályos nyár hatására az afgán termelés rövid időre drasztikusan csökkent, az amerikai megszállás óta ismét minden évben rekordot dönt. Egyes becslések szerint az afgán ópiumból származik az európai heroinkínálat 90%-a. A kokacserje termesztési régiója az Andok vidéke (Kolumbia, Bolívia, Peru). A 80-as és 90-es években az egyre intenzívebbé váló amerikai beavatkozás ellenére a latin-amerikai kokaintermelés egyre nagyobb méreteket öltött, s ez arra késztette az amerikai kormányt, hogy 1998-ban egy minden eddiginél nagyobb légi permetezési kampányt indítson (*Columbia Plan*). A permetezés azonban nem csökkentette tartósan az USA-ba áramló kokain mennyiségét, ugyanakkor kivívta számos emberi jogi és környezetvédő szervezet haragját, melyek szerint a permetezés miatt több tízezer földműves betegedett meg, és óriási területeken pusztult ki az esőerdő. Az Európai Unió ezért a radikális amerikai módszerekkel szemben az alternatív növények elterjesztésének taktikáját támogatja, ami ugyanakkor csak nehezen kivitelezhető, mivel a kokacserje termesztése még mindig összehasonlíthatatlanul nagyobb haszonnal jár, mint bármely más haszonnövényé, ezenkívül egy évben többször is aratható a termése. A kannábisz termesztésének egyik fő régiója Marokkó, bár az üvegházás high-technológiának köszönhetően az európai országok termelői jelenleg már a kereslet jelentős részét kiszolgálják. Hasonló a helyzet az úgynevezett amfetamin típusú stimulánsok (ATS) és egyéb szintetikus drogok esetében, amelyeket az ENSZ a XXI. század fő kihívásának tart. A szintetikus szerek ugyanis gyorsan és olcsón előállíthatók, nem kötődnek speciális éghajlati vagy talajviszonyokhoz, csupán az előállításukhoz szükséges, a legális gyógyszeriparból kiszivárgó prekursor-anyagok beszerzéséhez.

### ***A drogkereskedelem akadályozása (interdiction)***

Gyakran határokon átnyúló rendőrségi operatív akciók, amelyek a drogszállítmányok elfogására és a nemzetközi bűnszervezetek felszámolására irányulnak.

A drogkereskedelmi útvonalak mentén fekvő országok (tranzitországok) különösen jelentősek ebből a szempontból. Így az afgán ópium nagy része Közép-Ázsián keresztül áramlik Európába Oroszországon vagy Törökországon és a Balkánon keresztül. A közép-ázsiai volt szovjet köztársaságokban ezért amerikai és orosz támogatással nagyszabású szervezeti és technológiai fejlesztéseket folytatnak a rendőrség és a katonaság alakulatainál, illetve a pénzmosás és a korrupció felszámolására. Egyes kutatók szerint ugyanakkor a drogkereskedők gyorsan alkalmazkodnak a megváltozott körülményekhez, és a szükséges veszteségek közé kalkulálják a lefoglalt szállítmányokat illetve a hatóságok megvesztegetésére fordított összegeket. Hasonló a helyzet a Dél-Amerikából Mexikón vagy a Karib-tengeren az Egyesült Államokba érkező kokain- és heroinszállítmányokkal. Az USA Latin-Amerikában hatalmas erőforrásokat mozgósított a helyi hatóságok drogellenes kiképzésére, illetve új drogellenes katonai alakulatok létrehozására, radarállomások építésére a légi úton közlekedő szállítmányok elfogásához, a határellenőrzés szigorítására. Az Észak-Amerikába áramló drogok mennyisége azonban évről évre növekedik, az utcai árak pedig inkább csökkennek vagy stag-

nálnak. Ugyanígy sikertelennek bizonyultak a kínálatcsökkentő akciók Európában is, ahol a kannábisz kereskedelme ugrásszerűen nőtt az 1990-es években, és valóságos földalatti iparággá vált. Kialakult a legális és illegális gazdaság határmezsgyéjén egyensúlyozó „szürke zóna”: a kannábisz fogyasztásához szükséges kellékekkel és kultusz-tárgyakkal a fogyasztók millióit ellátó vállalatok.

### ***Drogfogyasztás csökkentése (demand reduction)***

A droghasználat büntetőjogi fenyegetettségének fenntartása, valamint a prevenció és terápia fejlesztése.

Az egyes országok keresletcsökkentési stratégiáiban sokkal nagyobb különbségek vannak, mint a kínálatcsökkentés terén. A büntetőpolitika terén a skála a radikálisan prohibíciós (tiltó) rendszerektől egészen a drogfogyasztás teljes dekriminalizációjáig (gyakorlatilag a büntetés megszüntetése) terjed. Fontos ugyanakkor megjegyeznünk, hogy jelenleg a világ egyetlen országában sem legális a kábítószer nem tudományos vagy orvosi célból történő termesztése, terjesztése vagy fogyasztása! A kábítószeres személyes használatra történő birtoklása a Föld országainak 100%-ában bűncselekménynek számít, a legenyhébb szabályozási rendszerek liberalizmusa is csak a drogfogyasztás büntetési tételeinek kiüresítéséig vagy a szabálysértési eljárás keretei közé utalásáig terjed. Az egyetlen kivételt a kokacserje nemzetközi egyezmények által rendkívül szigorúan korlátozott, de engedélyezett termesztése jelenti az Andok egyes tradicionálisan kokatermesztő régióiban.

Nagy eltérések mutatkoznak az egyes államok között a kezelési és prevenciószolgáltatások terén is, egyrészt ezek elérhetősége és minősége, másrészt az egyes szolgáltatások választékának terén.

Ha az amerikai modell sikerességét vizsgáljuk, azt kell látnunk, hogy a drogellenes háború mindeztidáig nem jutott közelebb céljához, a „drogmentes Amerika” megteremtéséhez, mint meghirdetésekor. Sőt, az amerikai társadalom egyre nagyobb hányada próbálja ki az illegális drogokat: a 2002-es adatok szerint mintegy 46%-os az illegális drogok *életprevalencia* (előfordulási) értéke (Results, 2000:200). Annak ellenére, hogy a drogellenes háború költségvetése 1982 és 1999 között 1,6 milliárd dollárról 17,7 milliárd dollárra nőtt, a középiskolás diákok több mint fele kipróbált valamilyen illegális szert még a tanulmányai befejezése előtt. Aggodalomra ad okot az is, hogy az igazságszolgáltatási rendszer aránytalanul magas, a drogfogyasztási trendeket nem tükröző arányban bünteti az etnikai kisebbségekhez tartozókat.

Az Európai Unió drogpolitikája távolról sem egységes. A skála egyik végén az úgynevezett *holland modell*, a másikon a *skandináv modell* található. A skandináv modell ideológiájában és módszereiben hasonló az amerikai megközelítéshez. A holland modell, az amerikaitól eltérően, a büntetőjogi eszközök mellett egyre nagyobb jelentőséget tulajdonít a közegészségügyi és emberi jogi megfontolásoknak.

Hollandiában a második világháború után még amerikai típusú, kriminalizáló szabályozás lépett érvénybe. A 60-as évek ifjúsági mozgalma, ellenkultúrája azonban itt sokkal

nagyobb sikerrel változtatta meg a drogokkal kapcsolatos közgondolkodást és a politikai döntéshozók véleményét, mint bárhol másutt a világon. Angliához hasonlóan itt is kormánybizottságokat (Hulsman-bizottság és Baan-bizottság) jelöltek ki a drogp probléma felmérésére, azonban a szigetországgal ellentétben itt a törvényhozók meg is fogadták ezeknek a bizottságoknak a javaslatait. A holland parlament 1976-ban módosította az úgynevezett Ópiumtörvényt, és eltörölte a csekély mennyiségű drogot (pl. 30 grammnál kevesebb kannábisz) birtokló állampolgárok elleni büntetőjogi szankciókat. Ezenkívül törvénybe foglalta a *bázi diler* fogalmát is, ezzel mintegy legalizálva a kannábisz kiskereskedelmi forgalmazását az úgynevezett *coffee shop*okban. A törvényalkotók szándéka a könnyű és kemény drogok (értsd: kannábiszszármazékok és az összes többi illegális drog) piacainak szétválasztása volt. A coffee shop-rendszer további szabályozását a kormányzat a helyi önkormányzatokra bízta, amelyek saját hatáskörükben engedélyezhették/betilthatták ezen intézmények működését. A bezárás indokául szolgálhatott az, ha megszegték a helyi korlátokat (kiskorúnak való árusítás tilalma, mennyiségi limitek, közösségi zavarkeltés tilalma, reklámozás tilalma stb.). Ennek a *felemás legalizációnak* az egyik fő hiányossága a kannábisz termesztésének (és a coffee shopok ellátásának) szabályozatlansága és megoldatlansága, amely ezután is illegális maradt. A dekriminalizáció azonban nem váltotta valóra a szigorítás pártiak féltelmeit, miszerint a drogfogyasztás a büntetőjogi fenyegetés eltörlése után az egekbe kúszik: Hollandiában a drogfogyasztási trendek azóta is az európai középmezőnyhöz tartoznak, sok szempontból (pl. ópiátfüggők száma, problémás droghasználók aránya) kedvezőbbek az európai átlagnál (Leuw–Marshall, 1994).

Az 1980-as évek végén a HIV/AIDS-hullám azokat az attitűdöket erősítette fel a drogpolitikában, amelyek közegészségügyi, és nem büntetőjogi problémát láttak a drogjelenségben. Az új megközelítés (ártalomcsökkentés) elsősorban német nyelvterületről indult ki, két epicentruma Frankfurt és Zürich volt. Frankfurtban az intravénás droghasználat és a nyomában terjedő HIV olyan nyilvánvaló közegészségügyi problémákat okozott, amelyeket a hagyományos úton (detoxifikáció) már képtelenség volt kezelni. A városban élő mintegy 10 000 intravénás droghasználó (IDH) közül legalább ezer hajléktalan volt, és kisebb bűncselekmények elkövetéséből tartotta fenn magát. A szertemesség mint cél ezeknél a fogyasztóknál utópiának bizonyult, s új, pragmatikus célok kitűzésére volt szükség: 1. a heroinfüggők egzisztenciájának és egészségügyi állapotának stabilizálására; 2. a vér útján terjedő fertőzések kockázatának jelentős csökkentésére. Szakemberek egy csoportja 1988-ban beindította az első tűcsereprogramot (az ún. „Café Fix”), 1989-ben pedig 50 prostituált, heroinfüggő páciens felvételével megindult az első ópiátszubsztitúciós program is. Ezeket a programokat egy olyan *integrált kezelési szisztéma* részeként alkalmazták, amely számos szociális és pszichológiai programot foglalt magába (munkahelyteremtés, lakhelyteremtés, csoportterápia, hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz). A politikai döntéshozók és a közvélemény kezdetben gyanakvással és ellenszenvvel figyelte az ártalomcsökkentő programok tevékenységét, mivel abban egyfajta defetista „megháttrálási politikát” látott a drogellenes háború frontján. Számos előítéllettel is meg kellett küzdeni ezenkívül (pl. a tűcsereprogramok miatt növekszik a heroinfüggők száma, a metadon veszélyesebb mint a heroin stb.) Az ártalomcsökkentés diadalát és politikai elfogadását végül annak

vitathatatlan gyakorlati eredményei hozták meg. A HIV prevalenciája az 1990-es évek folyamán drasztikusan (20-30%-ra) csökkent, akárcsak a túlادagolási halálesetek száma (1991-ben 147, 1997-ben már „csak” 22). Az ártalomcsökkentő programokat működtető városokban bizonyítottan alacsonyabb volt mind a HIV-prevalencia, mind a túlادagolási halálesetek aránya, mint a hagyományos drogpolitikai eszközökkel élő városokban (Takács, 2004).

Zürichben az ifjúsági mozgalomnak köszönhetően az 1980-as években a hatóságok a *Platzspiel* nevű parkban úgynevezett „nyílt zónát” hoztak létre, amely később a „zürichi tőpark” néven híresült el. A nyílt területen a város körülbelül 3 ezres IDH-populációja háborítás nélkül hódolhatott szenvedélyének, a lehetőségeket azonban hamarosan felismerte a drogmaffia is. Az 1990-es évek elejére a tőparkot egyre romló közbiztonsági és közegészségügyi viszonyok jellemezték, a halálozási ráta öt éven belül megháromszorozódott. 1992 tavaszán a hatóságok bezárták a tőparkot, az IDH-populáció azonban nem tűnt el, csupán átvándorolt a *Letten*-telepre, amely átvette a *Platzspiel* korábbi szerepét. A rendőrség felismerte, hogy az erőszakos akciók csupán ideiglenes megoldást hozhatnak, ezért hosszú távú, pragmatikus problémakezelési stratégiák kidolgozására van szükség. Kiszélesítették az ártalomcsökkentő intézmények működését, jobban elérhetővé és nyitottabbá tették azok szolgáltatásait. Egyre több heroinfüggőt részesítettek metadonterápiában, sőt, ennél tovább lépve létrehozták a világ első heroinfenntartó kezelési központjait is. A heroinfenntartó programok eredményeként a kezelteknek lehetősége nyílt munkahely- és lakhelyteremtésre, általános egészségi állapotuk javult, a halálozási ráta csökkent (Klingemann, 2003).

Az Európai Unió első drogstratégiájában (2000–2004) az ártalomcsökkentés a drogpolitika hivatalos elemévé lépett elő, akárcsak számos tagállam – köztük Magyarország – nemzeti drogstratégiájában. 1998-ban létrehozták az Európai Drogmonitorozási Központot (EMCDDA) hogy segítséget nyújtson a politikai döntéshozóknak tudományos bizonyítékokkal alátámasztható drogpolitikai módszerek kiválasztásában. A kínálat- és keresletcsökkentés illetve az ártalomcsökkentés különféle elemeivel operáló „kiegyensúlyozott megközelítés” (*balanced approach*) az európai drogpolitika alaptételévé vált, jelenleg már az ENSZ testületek is átvették a szlogent. Az európai uniós új drogstratégia (2005–2012) első időszakának (2005–2008) tevékenységeit szabályozó akcióterv előírja az egyes államok számára, hogy a hagyományos prevenció és kezelési programok minél szélesebb választékának biztosítása mellett tegyék minél szélesebb körben elérhetővé a steril fecskendőket és a szubsztitúciós szereket (metadon, buprenorfin) a drogfogyasztók számára, és hogy vonják be a civil szervezeteket a döntéshozókészítő folyamatokba. Az Európai Tanács által 2004 őszén elfogadott kerethatározat pedig a kínálatcsökkentő politikák egységesítésére törekszik, arra sürgetve a tagállamokat, hogy differenciáljanak a közegészségre és társadalomra kisebb és nagyobb veszélyt jelentő drogok között. Az EU döntéshozó testületei rendszerint elzárkóztak ugyanakkor a drogfogyasztással kapcsolatos egységes büntetőpolitikai állásfoglalástól, mivel az egyes tagállamok eltérően ítélik meg ezt a kérdést. Egyedüli kivételt az Európai Parlament jelent, amely 2004. december 15-én elfogadott határozatában (P6-TA (2004) 0101. sz. Európai Parlamenti határozat) egyértelműen a drogfogyasztók kriminalizációja ellen foglalt állást. Hasonlóan bizonytalan az EU álláspontja egyes újabb ártalomcsökkentő szolgálta-

tásokkal, így például az *ellenőrzött fogyasztói szobákkal* (köznapi nyelven: belövőszobák – a szerk.), a heroinfenntartó kezeléssel és a tablettateszteléssel kapcsolatban. Az ellenőrzött fogyasztói szobák sikerességét ugyanakkor jelenleg már az EMCDDA által folytatott vizsgálatok is alátámasztják (Heidrich, 2004). A heroinfenntartó kezeléssel kapcsolatos svájci és holland kutatási eredmények szintén növekvő elismertséget szereznek (Rehm et al., 2001; Van den Brink et al., 2003).

Bár az ártalomcsökkentő programok segítségével a legtöbb uniós állam sikeresen fékezte meg vagy lassította le a HIV/AIDS-járványt, az ezredfordulón új kihívásként jelentkezik az intravénás droghasználók körében elterjedt hepatitis B- és C-vírus, amely sokkal fertőzőbb a HIV-vírusnál, így a hagyományos tűcsere-tevékenység kevesebb védelmet jelent vele szemben. Az EMCDDA szerint ezért az egészségfejlesztő, prevenció és tanácsadó szolgáltatások specifikus, hepatitisre irányuló formáit kell kifejleszteni (Jager et al., 2004). Az újonnan felvett balti tagállamokban (Észtország, Lettország) és kelet-európai országok némelyikében a HIV/AIDS még mindig katasztrofális méreteket ölt. A velünk szomszédos Ukrajnában jelenleg már a lakosság 1%-a fertőzött, 80%-uk intravénás úton kapta el a vírust. Pesszimista becslések szerint 2010-re 1,44 millió ukrán állampolgár válik HIV-pozitívvá, és ennek komoly negatív gazdasági következményei is lehetnek (Sempruch et al., 2003). A kelet-közép-európai prevenció, kezelési és ártalomcsökkentő programok színvonala, lefedettsége és infrastrukturális háttere messze elmarad a nyugat-európai átlagtól. Az EMCDDA szerint az új tagállamokban egyrésztől alacsonyabb a drogfogyasztók számára létrehozott kezelési programok elérhetősége, ráadásul elsősorban a klinikai (kórházakban folytatott) kezelés dominál az ambuláns kezelési környezettel szemben.

## A jogvédő szervezetek szerepe

A drogpolitika kiegyensúlyozott, európai modelljének kialakításában óriási szerepe volt a civil társadalomnak, ezen belül is a drogfogyasztók illetve az ártalomcsökkentő programok érdekvédelmét (*advocacy*) elvállaló szervezeteknek. A különböző alacsonyküszöbű szolgáltatások bevezetése kezdetben gyakran jár a hatóságokkal való konfliktusokkal, ennek során a kezelést biztosító szervezeteknek jogi segítségnyújtásra van szükségük. A drogfogyasztókat és HIV-pozitív embereket az őket sújtó stigmák és a marginalizálódás különösen védtelenné teszi a hatósági visszaélésekkel szemben. Gyakori ezeknek a csoportoknak az egészségügyi szolgáltatásokból való kizárása, a személyes adataikkal való visszaélés, a velük szembeni jogtalan hatósági eljárások. A drogfogyasztók jelentős része fiatalkorú vagy fiatal felnőtt – az eljárások mintegy 90%-a 30 éven aluli személyek ellen irányul (GYISM, 2004) –, aki gyakran nincs tisztában sem a büntető törvénykönyv kábítószerrel kapcsolatos paragrafusaiival, sem a rendőrségi eljárás során a törvény által biztosított jogaival. Ezeket a fiatalokat célozzák meg a jogsegélyszolgálatok, amelyek tulajdonképpen alacsonyküszöbű szolgáltatásoknak minősülnek, ugyanis a kliensek egzisztenciájának normalizálását célozzák anélkül, hogy megkövetelnék tőlük a szermentességet. A jogi tanácsadás mellett súlyos esetben a kliens ingyenes jogi képviselőt is elvállalják. Ezek az esetenként precedens jellegű

perek gyakran nagy médianyilvánosságot váltanak ki, és ráirányítják a közvélemény figyelmét a problémás jogszabályokra illetve joggyakorlatra. Ezáltal elősegítik a társadalmi párbeszéd kialakulását olyan kérdésekben, amelyekben a többségi vélemény gyakran előítéletes. A jogvédő szervezetek munkája túlmutat a *jogsegélyen*, magába foglalja a *jogfejlesztést* is, tehát a szakmai érveknek leginkább megfelelő jogi környezet kialakítását a kormányzati szerveknél folytatott lobbitevékenységgel, egyeztetésekkel. Alapvető hangsúlyt fektetnek az ismeretterjesztésre, a közvélemény meggyőzésére. A jogvédők segíthetnek az érdekelt civilek, a szakemberek és a kormányzat közötti párbeszéd kialakításában illetve megkönnyítésében is.

Ezt a fajta *advocacy*-tevékenységet az Egyesült Államokban már a 20-as évektől folytatja az Amerikai Társaság a Szabadságjogokért (*American Civil Liberties Union – ACLU*) nevű szervezet, amely napjainkig számos sikeres, nagy médiavisszhangot kiváltó precedensperrel írta be magát a drogtörténelembe (Walker, 1990). Az ACLU mintájára 1994-ben Magyarországon is létrehozták az első olyan jogvédő szervezetet, amelynek kimondottan célcsoportjai közé tartoztak a drogfogyasztók, a HIV-pozitívok és a népesség számos más szempontból sérülékeny csoportja. A Társaság a Szabadságjogokért egyesület jogsegélyszolgálat a 1995 és 2005 közötti tíz évben több mint 4000 kliensnek adott jogi tanácsokat és több százat képviselt a bíróság előtt. A TASZ munkatársai a hét minden napján telefonon válaszolnak a témához tartozó jogi kérdésekre. Az ügyfélfogadáson ügyvéd munkatársak fogadják az arra rászorulókat. Az egyszerűbb esetekben szóbeli tájékoztatást adnak a jogszabályokról és a szakmai tapasztalataikról. 1999-től a TASZ kiszélesítette jogsegélyszolgálat fókuszát a drogambulanciákra és ártalomcsökkentő programokra is. Mint jogfejlesztő non-profit szervezet, államhatalmi szervektől és pártoktól függetlenül működik, nem fogad el államhoz vagy párthoz kötődő pénzt, forrásait nagyrészt alapítványok és pártoló tagok biztosítják, tevékenységét tanácsadók segítik. A TASZ tevékenységi körei a következők:

1. a személyes adatok védelme és a közérdekű adatok nyilvánossága;
2. a betegek jogai, a HIV-pozitív személyek jogai;
3. a kábítószer-fogyasztók jogai;
4. a hatóságok szabadságkorlátozó jogosítványai és intézkedései;
5. politikai szabadságjogok.

A TASZ jogfejlesztő tevékenysége kiterjed a nemzetközi drogpolitikára is, munkatársai a nemzetközi ártalomcsökkentő hálózatok tevékeny tagjaként lobbitevékenységet folytatnak az ENSZ és az Európai Unió kábítószerügyi testületeinél, részt vesznek a főbb nemzetközi drogpolitikai fórumokon, segítenek a nemzetközi kampányok hazai lebonyolításánál illetve a hazai visszásságokkal kapcsolatos nemzetközi tiltakozás megszervezésében. 2004 novemberében például a TASZ kezdeményezésére számos kelet-közép európai civil szervezet közös levelet intézett az Európai Bizottságról az új európai uniós drogstratégiával és akciótervvel kapcsolatban.

A TASZ kiadványai mind a szakmát, mind a politikai döntéshozókat megcélazzák, irányelveket nyújtanak a tudományos bizonyítékokon nyugvó, hatékony és az emberi jogokat tiszteletben tartó drogpolitika kialakításával kapcsolatban, bemutatják a

kriminalizáció káros hatásait és népszerűsítik az ártalomcsökkentő megközelítést. Az egyesület szakmai tréningek tartásával, nemzetközi konferenciák szervezésével próbálja elősegíteni a civil szervezetek munkáját, elősegíti azok hálózatépítő (*networking*), érdekvédő (*advocacy*) és kapacitás építő (*capacity building*) tevékenységeinek koordinációját. A civil szervezetek professzionális működése a sikeres prevenció, kezelés és ártalomcsökkentés egyike kulcsa.

## A büntetőpolitika alakulása Magyarországon a rendszerváltás után

A rendszerváltás után a drogfogyasztási trendek drámai növekedésnek indultak, akár csak a „kábitószerrel való visszaélés” bűncselekményét elkövető fiatalok elleni eljárások száma. A drogjelenség előtérbe kerülése rendkívüli indulatokat és feszültségeket váltott ki a magyar társadalomból és a politikából: a felmérések szerint a drogfogyasztók stigmatizációja minden más sérülékeny társadalmi csoportnál erősebb. Paksi Borbála felmérése szerint a megkérdezettek 83,3%-a nem lakna szívesen „kábitószeres” szomszédságában, míg például az AIDS-beteg szomszéd elutasítása 52,2%-os, az elmebetegé pedig 59,7%-os (Paksi, 2003:64). Ez a nagyfokú társadalmi elutasítás is magyarázza, hogy a drogjogi szabályozás hazánkban még a környező országokhoz képest is szigorúnak számít, a jogalkotók ugyanis ezeknek az elvárásoknak próbáltak megfelelni. Az 1990-es évek eleje óta napirenden van ugyanakkor a drogfogyasztás büntetőjogi szabályozásának kérdése, amely azóta is élesen megosztja a társadalmat és az országgyűlést.

A kábítószerrel kapcsolatos cikkelyek (ezen belül is elsősorban a fogyasztással kapcsolatos 282–283. §) a leggyakrabban módosított jogszabályok a magyar büntető törvénykönyvben. A fogyasztás nem szerepel a Btk.-ban (egyres skandináv országokban igen), ugyanakkor a fogyasztói magatartás büntetendő a kábítószer megszerzése és a kábítószer birtoklása okán. A fogyasztói magatartás absztrakt büntetőjogi fenyegetettsége tulajdonképpen nem változott: a kábítószerek csekély mennyiségben történő beszerzése és tartása 2 évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Ez a büntetési tétel európai viszonylatban is az egyik legszigorúbb, a legtöbb EU-tagállam ugyanis maximum néhány hónapban vagy pénzbüntetésben határozza meg a büntetési tételeket.

Annál gyakrabban változtatták a büntetőeljárás alternatíváit szabályozó paragrafusokat. A rendszerváltás előtt a drogkérdést az 1978-as büntető törvénykönyv vonatkozó szakaszai szabályozták. Az első jelentős változtatásra 1993-ban került sor, amikor a jogalkotók létrehozták az *elterelés* intézményét. Ennek a számos nemzetközi példával rendelkező gyakorlatnak a lényege az, hogy a fogyasztói magatartást elkövető személyek számára lehetővé tették a büntetőeljárás alternatívájaként egy 6 hónapos alternatív prevenció és terápiás program elvégzését, amit a kezelőhely oklevéllel igazol. Megszigorították ugyanakkor a drogkereskedelemmel kapcsolatos büntetőjogi szabályozást, amely a kábítószert forgalomba hozó, kábítószerrel kereskedő személyeket 2-től 8 évig terjedő szabadságvesztéssel fenyegette, és ha a bűncselekményt jelentős mennyiségű kábítószerrel követték el, akkor az elkövető akár 5-től 15 évig terjedő szabadságvesztéssel volt büntethető.

A csekély mennyiség felső határait a különféle kábítószereszek pszichoaktív hatóanyaga alapján a Legfelsőbb Bíróság állapította meg (LB VI. számú büntető elvi döntése [VI. BED]), mégpedig oly módon, hogy a csekély mennyiség mindig az adott drog halálos dózisének feleljen meg. Ezt a döntést azonban 1994. március 25-én hatályon kívül helyezték, majd 1994. március 27-én a Legfelsőbb Bíróság úgy határozott (LB 155. sz. büntetőkollégiumi döntése [155. BK]), hogy a csekély mennyiség alsó határa az adott droghoz hozzá nem szokott személy halálos, illetve toxikus dózisének legfeljebb tízszerese lehet. Mivel egyes drogoknak nincsen ismert halálos vagy toxikus dózisa, ezeknél a bíróság azt vette figyelembe, hogy a megkérdezett szakértők szerint mennyi egy átlagos fogyasztó a két-három napra elegendő anyaga. A jelentős mennyiség alsó határát a csekély mennyiség százszorosában határozták meg, így tulajdonképpen van egy középső kategória is, amelyet a döntés nem nevez meg konkrétan – ezt hívják alapesetnek (csekély mennyiséget meghaladó, de jelentős mennyiséget el nem érő kábítószer).

Az 1993-as szabályozást egyes politikusok kezdettől fogva túl enyhének találták, ezért ellenzéki képviselők két alkalommal, 1996-ban és 1997-ben is indítványozták a drogfogyasztók büntetőjogi fenyegetettségének növelését. A kormány ezeket az indítványokat elutasította, és a parlamentben egy eseti bizottság felállítását kezdeményezte a jogszabályok értékelésére (az Országgyűlés 111/1996 (XII. 19.) számú határozata). A bizottság jelentésében megállapította, hogy a jelenlegi szabályozás egyrészt túl szigorú a fogyasztókhöz, másrészt pedig nem differenciál az egyes drogok között, ezért javasolta, hogy egyrészt szüntessék meg a fogyasztók büntetőjogi fenyegetettségét, másrészt törvényben határozzák meg a csekély mennyiség határait. A jelentés következtetéseit az Országgyűlés határozatban hirdette ki (Országgyűlés 125/1997 (XII. 18.) számú határozata), ugyanakkor a csekély mennyiség határaitól szóló törvény már nem született meg a választások előtt.

1998-ban a magyar miniszterelnök éppen az egyesült államokbeli látogatása alatt jelentette be, hogy „Európa legszigorúbb szabályozását” kívánják megvalósítani (Pelle-Dénes, 2001). A törvényjavaslat, amelyet 1998 októberében terjesztettek a parlament elé, valóban drákói szigorral kívánt eljárni a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények elkövetőivel szemben. A javaslat szerint az elterelés igénybevételét kizárólag az igazságügyi elmeorvosi szakértő által kábítószerfüggőnek nyilvánított személyekre kell korlátozni, a nem függő fogyasztókat pedig három évig terjedő börtönnel, súlyosbító körülmények fennállása esetén (pl. közművelődési intézet területén való elkövetés) akár nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel kell sújtani, ezenkívül a csekély mennyiség határait csökkenteni kell (az egyszeri adagnak megfelelő drog mennyiségére).

A javaslatot éles kritikák érték mind politikai, mind szakmai oldalról. A drogbetegek kezelésével foglalkozó szakemberek 1998. októberi „szakmai konszenzus-konferenciája” állásfoglalást juttatott el a kormányhoz, amelyben elutasította a drogfogyasztók kriminalizációját, és egy olyan nemzeti drogstratégia megteremtését kérte, amely a büntetőjogi eszközöket a kínálatcsökkentő oldalra összpontosítja, míg a keresletcsökkentésben a prevenciónak és a terápiának juttat fő szerepet. 1998. november 20-án pedig mintegy ötezer civil tüntető gyűlt össze a Vörösmarty téren, hogy kifejezzék a tervezett módosítás elleni tiltakozásukat, és elutasítsák a „magyar drogháborút”. A TASZ és az Országos Kriminológiai Intézet 1998. december 7-i nemzetközi konferenciáján



külföldi szakemberek mondtak véleményt a tervezett szabályozásról. A média intenzív figyelme sem csökkent: egy felmérés szerint 1998 szeptembere és decembere között összesen 58 cikk foglalkozott a drogtérkéssel (Csízy–Szabó–Verbőczy, 1999; Paksi, 1999).

A társadalmi tiltakozás azzal az eredménnyel járt, hogy a tervezettnél enyhébb, de így is *Európa egyik lesgzigorúbb szabályozását* szavazta meg a magyar országgyűlés 1998. december 22-én. Az *elterelés* ezután csak a kábítószerfüggők számára volt választható, csökkentették a csekély mennyiség felső határait, a jelentős mennyiségű kábítószerrel való visszaélést elkövetők esetében bevezették az életfogytig tartó szabadságvesztést. Az 1999. március elsején hatályba lépett Btk.-módosítással egy időben a szervezett bűnözéssel kapcsolatos törvény új jogosítványokat adott a rendőrségnek a kábítószerrel kapcsolatos bűnügyek felderítésében, így például az orvosoktól adatokat kérhettek ki a betegeikről. Ez a rendelkezés a szakemberek szerint oda vezetett, hogy a bizalom megrendült és kevesebb kliens kereste fel a drogambulanciákat (1999-ben 30%-kal kevesebben keresték fel az ambulanciákat, mint 1998-ban) (Jelentés, 2004).

A Btk. szigorítása mellett a joggyakorlatban is számos probléma merült fel, így például az úgynevezett *összegzés* problémája. 1989-ben eseti döntés született arról, hogy jogi minősítés alapját kizárólag az a kábítószer-mennyiség képezheti, amely az elkövetőnél egy időben ténylegesen található. Az ügyészség azonban 1996-ban áttért arra a gyakorlatra, hogy a gyanúsított vallomása alapján összeadták azt a kábítószer-mennyiséget, amelynek beszerzéséről, tartásáról beszámolt. Ennek megfelelően olyan vádiratok születtek, amelyek fogyasztói magatartást elkövető személyek esetében jelentős mennyiségű kábítószerrel való visszaélés tényállását állapították meg. Ezt a gyakorlatot a Legfelsőbb Bíróság is jóváhagyta, így jelenleg is előfordulnak olyan esetek, amikor drogfogyasztókat jelentős mennyiségű kábítószer miatt vonnak felelősségre.

A 2002-es kormányváltást követően az új kormány bejelentette, hogy ismét enyhíteni kíván a kábítószerügyi jogszabályokon. A 2003. március elsején hatályba lépett új szabályozás kiszélesítette az elterelhetők körét:

1. a személyes használatra kábítószeret beszerzőkkel, tartókkal;
2. a kábítószeret közös használat során átadókkal;
3. olyan 18 és 21 év közötti fiatallal, aki kábítószeret közös fogyasztás céljából átad egy 18 év alatti társának.

A kormányzat rendezte a 6 hónapos *elterelő* programok illetve a programokat biztosító intézmények helyzetét, a Gyerme-, Ifjúsági és Sportminisztérium kihirdette az elterelést biztosító intézmények listáját, amelyek normatív támogatást kapnak minden elterelt személy után (26/2003. [V. 16.] ESzCsM-GyISM együttes rendelet).

Ugyanakkor nem oldódott meg az *összegzéssel* kapcsolatos probléma, és számos gondot okoz az is, hogy az *elterelést* csak azután lehet megkezdeni, miután az ügyészség hivatalosan is elhalasztotta a vádemelést – tehát akár hónapokkal az eljárás megindítása után. A vádelhalasztás esetében viszont a törvény még felnőttek számára is kötelezővé teszi a pártfogói felügyelet elrendelését. Az elterelés nem mentesíti a drog-

fogyasztó fiatalokat a megalázó rendőrségi procedúráktól, az ezzel járó egzisztenciális bizonytalanságtól, ráadásul alkalmi fogyasztók ezreit gyakorlatilag kényszerkezelésre kötelezi, míg a valódi kockázati csoportokhoz tartozó problémás droghasználóknak szóló szolgáltatások fejlesztése a térség más országaihoz képest is lassú és akadozó.

2004. december 13-án az Alkotmánybíróság egy olyan határozatot hirdetett ki, amely mind retorikájában, mind tartalmában jelentős visszalépést jelentett a 2003. márciusi reformhoz képest, és mind a szakma, mind a média éles bírálatát váltotta ki.

Az Alkotmánybíróság drogdöntése (54/2004 [XII.13] AB határozat) ismét szűkítette azok körét, akik igénybe vehetik a 6 hónapos elterelő szolgáltatásokat. Tulajdonképpen minden csoportot kizárt az elterelhetők köréből, azokat kivéve, akik kizárólag saját használatra szereznek be vagy tartanak kábítószerrel. A határozat kihirdetése után rendezett sajtótájékoztatón számos szakember sérelmezte, hogy a 116 oldalas dokumentum indoklása semmilyen tudományos hivatkozást nem tartalmaz, és mindenféle szakmai konzultáció nélkül fogadták el – még az illetékes minisztérium véleményét sem kérve ki. A két különvéleményt megfogalmazó alkotmánybíró (Kukorelly István és Bihari Mihály) rámutatott, hogy az AB túllépte hatáskörét akkor, amikor a büntetőpolitika alkotmányos korlátainak megállapítása helyett tulajdonképpen büntetőpolitikát írt, ami az Országgyűlés feladata lett volna. A drogdöntés egy része ugyanakkor azonnal hatályba lépett, az Igazságügyi Minisztérium pedig megkezdte az új jogszabályok kidolgozását, amelyre várhatóan két lépcsőben kerül sor.

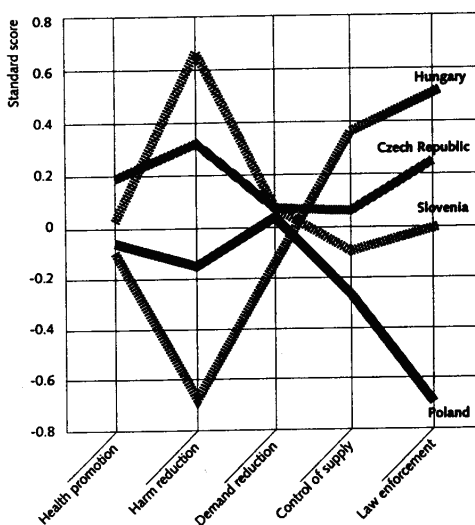
Az Alkotmánybíróság decemberi határozatában kötelezte az Országgyűlést, hogy 2005. május 31-ig törvényben is hirdesse ki a kábítószeres listáját, mivel a rendeleti szintű szabályozás nem felel meg az ENSZ-konvencióknak. A kábítószeres listáját Magyarországon egy 1978-as törvényerejű rendeletben hirdették ki, ez a lista tulajdonképpen az ENSZ-konvenciók listáinak változtatás nélküli átvétele, amit időről időre kiegészítettek az újonnan tiltólistára kerülő kábítószerekkel. Utoljára 2004-ben módosították a kábítószerlistát (142/2004. [IV. 29.] Korm. Rendelet). Az EU drogmonitorozó intézete, az EMCDDA által működtetett korai jelzőrendszer (*Early Warning System*) ajánlása nyomán újabb anyagokat vettek fel a listára, így például a 2-CI nevű szintetikus drogot. (A korai jelzőrendszer lehetővé teszi az újonnan megjelent, még csak sporadikusan használt drogok betiltását.) Az Európai Unió 2004/757/IB kerethatározata (2004. október 25.) ugyanakkor előírta az egyes tagállamok számára, hogy 2006-ig hozzanak létre olyan jogszabályokat, amelyek differenciált büntetési tételeket alkalmaznak az egyes kábítószeres terjesztőivel szemben. Így a kormánynak olyan kábítószerlistát kell összeállítania, amely már tükrözi ennek a kerethatározatnak a követelményeit. A második lépcsőben kerülhet majd sor a büntetőjogi szabályozás rendezésére. (A kötet lezárásakor ez még nem történt meg.<sup>10</sup>)

<sup>10</sup> A TASZ levélben kérte Gyurcsány Ferenc kormányfőt, hogy az új szabályozás szüntesse meg a drogfogyasztók büntetőjogi fenyegetettségét és a csekély mennyiségű kábítószer tartását nyilvánítsa szabálysértésnek (ebben az esetben a fogyasztók ellen nem indulna büntetőeljárás, esetleg helyszíni bírságot lehetne kiszabni). A nyílt levelet több vezető hazai szakember aláírásával juttattuk el a Miniszterelnöki Hivatalhoz.

## Ártalomcsökkentés Magyarországon

Az ártalomcsökkentés a térség egyéb országaihoz képest késéssel talált utat a magyarországi drogfogyasztókhoz, az ártalomcsökkentő megközelítés elfogadottsága illetve a programok lefedettsége pedig napjainkban is jóval mérsékeltebb az európai átlagnál. Demetrovics Zsolt vizsgálata szerint a magyarországi pszichiáterek körében jelenleg is 47%-ra tehető azoknak az aránya, akik szerint a kábítószer-problémák kezelésének egyedi elfogadható célja csak az absztinencia lehet (elhangzott a Commission on Narcotic Drugs 48. ülészakán, (2005. március 8-án). Ladislav Csémy és Elekes Zsuzsa kutatása szerint az ártalomcsökkentés mind a Cseh Köztársaságban, mind Szlovéniában és Lengyelországban jóval jelentősebb prioritását képezi a drogpolitikának, mint Magyarországon:

### *A nemzeti drogpolitikák prioritásai*



*A nemzeti drogpolitikák prioritásai Közép-Európa egyes államaiban* (Kenis et al, 2001:288) (Health promotion = egészségfejlesztés Harm reduction = ártalomcsökkentés, Demand reduction = keresletcsökkentés, Control of supply = kínálatcsökkentés, Law enforcement = büntetőpolitika)

Az első programok hazánkban is alulról jövő civil kezdeményezések voltak, amelyek sokáig a tiltott és a túrt határmezsgyéjén egyensúlyoztak. Az ártalomcsökkentő programok státusza egészen a 2000-es nemzeti drogstratégia kihirdetéséig bizonytalan volt (Dénes–Nyizsnyánszki, 2003).

A *szubsztitúciós terápia* a kilencvenes években hosszú küzdelmek árán nyert legitimitást Magyarországon. Az első ópiáthelyettesítő kezelés bevezetésére 1989-ben került sor a Nyíró Gyula Kórház drogambulanciáján, ahol az orvosok a Depridol nevű metadon-

tartalmú, fájdalomcsillapítási céllal forgalmazott tablettát adták a heroinfüggőknek – eleinte főleg detoxikációs, és nem fenntartó célzattal. Egy 1993-as ÁNTSZ-állásfoglalás lehetővé tette az orvosok számára, hogy kísérleti jelleggel metadonterápiát alkalmazzanak. A rendőrség azonban 1995-ben vizsgálatot kezdett arról, hogy ki mennyi deprimált fogyasztott a kórházban. A TASZ az eset kapcsán az adatvédelmi ombudsmanhoz fordult, aki 1996-os állásfoglalásában (172/A/1996. sz. ajánlás) kijelentette, hogy a rendőrség jogszerűtlenül járt el az ambulanciával szemben. 1997-ben egy budapesti drogambulancián ismét megjelent a rendőrség, és lefoglalták a mintegy 1200 kezelésben lévő beteg listáját. Funk Sándor addiktológus orvos ezért panaszt intézett az adatvédelmi ombudsmanhoz. Egy hétre rá a rendőrök őt is bilincsben vezették el kábítószerrel való visszaélés vádjával. Ezúttal maga a Magyar Orvosi Kamara fordult az állampolgári jogok országgyűlési biztósához, panaszt téve a rendőrség eljárása ellen. A nagyobb szakmai szervezetek is megszólaltak az ügyben: a Magyar Narkológiai Társaság, a Magyar Pszichiátriai Társaság, a Magyar Addiktológiai Társaság és az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet közös nyilatkozatban tiltakozott. Az ügyészség végül az egy évig tartó büntetőeljárást vádemelés nélkül szüntette meg.

1998-ban aztán a Pszichiátriai Szakmai Kollégium kidolgozta a metadonfenntartó terápia szakmai irányelveit (*Psychiatria Hungarica*, 1998:474–479) – ez jelentette az első hivatalos állásfoglalást a metadon-program mellett. A 2000-ben a parlament által kihirdetett *Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorításáról* című dokumentum a nemzeti drogstratégia részévé tette metadonfenntartó terápiát. Ugyanebben az évben ugyanakkor egy másik, ezzel ellentétes döntés is született. Az ÁNTSZ országos vezetője körlevélben megtiltotta az orvosoknak, hogy metadont írjanak fel a drogfogyasztók számára. A helyzet végleges rendezésére csak 2002-ben került sor, mikor kormányzati és szakmai egyeztetés után az *Egészségügyi Közlöny* 2002. évi 9. számában megjelent a „Pszichiátriai Szakmai Kollégium levele a metadonkezelés irányelveiről”. Ez véget vetett a metadon félig törvényen kívüli helyzetének. 2003 decemberében összesen 259 droghasználó részesült metadonfenntartó kezelésben (GYISM 2003, 168). Ha az országban az összes intravénás droghasználó számát 10 000–15 000 közé tesszük (Rácz–Ritter, 2003:323), akkor ez csupán 1–3%-os lefedettséget jelent. Az európai átlag ugyanakkor 30–60% között van, így ez Európa egyik legalacsonyabb lefedettségének minősül. Egyes új tagállamokban a metadonfenntartó kezelés elérhetősége jóval szélesebb körű, mint Magyarországon. A mintegy kétmillió lakosságú Szlovéniában például már 17 metadonközpont működik, ez gyakorlatilag országos lefedettséget jelent.

Hasonló kálváriát jártak meg a *túcsereprogramok* kliensei és alkalmazottai. A rendőrség rendszeresen razzizált a túcseret biztosító szervezeteknél, így például a Drogprevenációs Intézet 1994 óta működtetett mobil túcserebuszájánál (az ún. Drogbusznál). A jogvédők tiltakozásának és a szakma összefogásának köszönhetően azonban az adatvédelmi biztos állásfoglalást adott ki a rendőrségi zaklatások ellen. A kérdést végül a túcseret biztosító szervezetek és az érintett rendőrkapitányságok által aláírt egyezményvel sikerült rendezni. Mivel ugyanakkor nincsenek pontos adataink a magyarországi problémás droghasználók számáról, csupán becslésekre támaszkodhatunk arra nézve, hogy a túcsereprogramok vajon hány százalékukat fedik le az országban – ez az arány azonban a *szubsztitúciós terápiához* hasonlóan valószínűleg igen csekély.

A steril fecskendők hozzáférhetőségének biztosításában az uniós és a magyar átlag között jelentős különbség van. A Cseh Köztársaságban például, ahol 17 700 főre becsülik az intravénás droghasználók számát (tehát a magyarországi intravénás droghasználói populációval közel megegyező nagyságúra), egy 2001–2002-es vizsgálat szerint 13 tüsszereprogram működött országsherte, és ezek 14 622 intravénás használóval kerültek kapcsolatba. Ez gyakorlatilag 82%-os lefedettséget jelent, ami uniós viszonylatban is jónak számít, meghaladja a WHO által előírt 60%-os kvótát is.

A HIV/AIDS- és hepatitisjárványoknak a hazai intravénás droghasználók körében való elterjedtségével kapcsolatban gyakran alaptalan optimizmus tapasztalható, és a drogfogyasztókkal foglalkozó civil szervezetek számára a jövőben is az egyik fő kihívást jelenti ennek a kérdésnek a rendezése. Sürgős szükség lenne a drogkezelő helyeken a széles körben alkalmazott ingyenes és névtelen HIV- és hepatitiszűrés, kondomterjesztés, ártalomcsökkentő tanácsadás és szexuális felvilágosítás kialakítására illetve fejlesztésére.

## Irodalom

- Brecher, E. M. (1972) (ed.): The Consumers Union Report on Licit and Illicit Drugs. *Consumer Reports Magazine*.
- Van den Brink, W. et al. (2003): Medical Prescription of Heroin to Treatment Resistant Heroin Addicts: Two Randomized Controlled Trials. *British Medical Journal*, 327: 310–322. p.
- Csernus E. – Dénes B. (szerk.) (2004): *Intravénás droghasználat és közegészségügy Magyarországon*. Budapest: TASZ.
- Csízay O. – Szabó G. D. – Verbóczy Zs. (1999): *A kábítószer-probléma a sajtóban*. Budapest. (Kézirat.)
- Demetrovics, Zs. – Balázs, H. – Csorba, J. (2004): *Evaluation of Metadone Maintenance Therapy with Qualitative and Quantitative Methods*. Budapest. (Manuscript.)
- Dénes B. – Nyizsnyányszki A. (szerk.) (2003): *Ártalomcsökkentő programok Magyarországon*. Budapest: TASZ.
- Ecstasy and Amphetamine Global Survey 2003*. New York: UNODC, 2003.
- Gusfield, J. R. (1963): *Symbolic Crusade: Status Politics and the American Temperance Movement*. Chicago, University of Illinois Press.
- Gyarmathy, V. A. – Rácz J. – Neaigus – A. – Ujhelyi E. (2004): The Urgent Need for HIV and Hepatitis Prevention in Drug Treatment Programs in Hungary. *AIDS Education and Prevention*, 16: 276–287.
- Hattox, R. S. (1985): *Coffee and Coffeehouses: The Origins of a Social Beverage in the Medieval Near East*. Washington, DC: University of Washington Press.
- Heidrich, D. (2004): *European Report on Drug Consumption Rooms*. Lisszabon: EMCDDA.
- Jager, J. et al. (eds.) (2004): *Hepatitis C and Injecting Drug Use: Impact, Costs and Policy Options.* – (EMCDDA Monographs 7.) Lisszabon: EMCDDA.
- Jelentés a magyarországi kábítószerbelyzetről 2003*. Budapest: GYISM, 2004.
- Kueny, K. (2001): *The Rhetoric of Sobriety: Wine in Early Islam*. New York: University of New York Press.
- Kenis, P. – Maas, F. – Sobiech, R. (eds.) (2001): *Institutional Responses to Drug Demand in Central Europe: An Analysis of Institutional Developments in the Czech Republic, Hungary, Poland and Slovenia*. Vienna: Ashgate.
- Klingemann, H. (2003): A drogosok kezelése Svájcban: ártalomcsökkentés, decentralizálás és társadalmi reakálás. *Addiktológia*, 2: 487–497. p.
- Marchant, L. (2002): The War of the Poppies. *History Today*, 24–42. p.

- Levine, H. G. (1978a): The discovery of addiction: Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 39. p.
- Levine, H. G. (1978b): *Demon of the Middle Class: Self-control, Liquor and the Ideology of Temperance in 19th-Century America*. Dissertation, UC Berkeley.
- Leuw. E. – Marshall, H. (eds.) (1994): *Between Prohibition and Legalization: the Dutch Experiment in Drug Policy*. Amsterdam – New York, Kugler.
- Maritseh, F. – Uhl, A. (1989): Kávé és tea. In S. Scheerer – I. Vogt (eds.) *1978a, 1979c Drogen und Drogenpolitik*. Frankfurt am Main, Campus.
- La Motte – Ellen N. (1920): *The Opium Monopoly*. New York, MacMillan.
- Nadelmann, E. (1995): „Drug Prohibition” szócikk a *Collier's Encyclopediában*, Vol. 8.
- Paksi B. (1999): *A drogfogyasztással kapcsolatos attitűdök befolyásolása és hatása*. Budapest. (Kézirat.)
- Paksi B. (2003): *Drogok és felnőttek*. Budapest, L'Harmattan.
- Pelle A. *Az elterelés üzemzavarai* – megjelenés alatt.
- Pelle A. – Dénes B. (szerk.) (2001): *A szigorítás útján*. Budapest, TASZ. (Drogpolitikai Füzetek 1.) *Psychiatria Hungarica* 4 (1998): 474–479. p.
- Rácz J. – Ritter I. (2003): Az intravénás droghasználat felmérése a „gyors helyzetfelmérés és válasz” (RAR) módszerrel Magyarországon. *Addiktológia*, 3–4. 323. p.
- Rehm, J. et al. (2001): Feasibility, safety and Efficacy of Injectable Heroin Prescription for Refractory Opioid Addicts: A Follow-Up Study. *be Lancet* 358.1419. p.
- Sarang, A. et al. (2004): *Implementation of harm reduction measures in Eastern Europe and Central Asia: Lessons learned*. Vilnius, EEHRN.
- Sempruch, K.-M. et al. (2003): *Unintended Consequences: Drug Policies Fueling the HIV Epidemic in Russia and Ukraine*. New York, OSI, 12.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, US Department of Health and Human Services, *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. Rockville, MD: Office of Applied Studies, 2003.
- Takács I. (2004): Cafe Fix – Az ártalomcsökkentés frankfurti példája. *Addictologia Hungarica*, 2.
- Walker, S. (1990): *In Defense of American Liberties: A History of the ACLU*. New York, Oxford UP.
- <http://www.mkab.hu>
- <http://www.drogriporter.hu>
- <http://www.unodc.org>
- <http://www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/cu/cu23.html>

# Demetrovics Zsolt

## DROGFOGYASZTÁS

### A MAI MAGYARORSZÁGON

A köznyelv a droghasználatra gyakran, mint egységes jelenségre hivatkozik, valójában azonban ennek pont az ellenkezője igaz. A droghasználat jelenségét sokkal inkább a sokszínűség jellemzi, ami mind az egyes szerek, mind használóik vonatkozásában megmutatkozik, de tetten érhető a használat okainak, jellemzőinek, következményeinek vizsgálatakor is, csakúgy, mint ha különböző időszakok vagy különböző kultúrák droghasználati mintázatát, struktúráját hasonlítjuk össze. A droghasználat tipikus multidiszciplináris jelenség, szinte valamennyi tudományágnak van releváns mondanivalója e területről, s valóban egyúttal azt is állíthatjuk, hogy egyetlen tudományterület sem képes önmagában befogni, átlátni azt a komplex egészet, amit a droghasználat jelenségeként fogunk fel. Hasonlóan a példázatbeli elefánthoz, amelyet a külön-külön körbeutazó vakok nagyon eltérően észlelnek, attól függően, hogy éppen melyik testrészét érintik meg. Így van ez a droghasználattal is, amelyet a különböző tudományágak nagyon eltérő módon értelmeznek. A kultúrakutatók (kulturális antropológusok) egy normál, az emberi kultúrára általában jellemző, annak szerves részét képező jelenségeként észlelik a droghasználatot, s elsősorban arra kíváncsiak, hogy miképpen illeszkedik egy szubkultúra vagy éppen a szélesebb kulturális közeg kontextusába. A szociológia általában ennél jóval kevésbé értékmentes; elsősorban devianciaként tartja számon a drogok használatát, s kialakulása háttérben a társadalmi funkciók és struktúrák zavarát feltételezi. Megint más a biológus nézőpontja. Őt elsősorban az agyi történések érdeklik, a sejtek, receptorok, neurotranszmitterek szintjén próbálja megmagyarázni azt, amit a szociológus a társadalmi, a pszichológus az egyedi viselkedés szintjén keres. Hogyan hatnak a különböző szerek, s miért oly különleges ez a hatás egyes személyek számára, míg esetleg másoknak miért nem? Milyen központi idegrendszeri sérülékenység állhat a drogprobléma kialakulásának háttérben, mi teszi droghasználóvá, drogfüggővé az embert? Hasonló kérdést tesz fel a pszichológus is, őt azonban a pszichológiai diszfunkciók, a személyiségfejlődési deficitek, a családindinamikai háttér fogja elsősorban érdekelni. De az egyes tudományágakon belül is igen változatos modellek, elméletek élnek e jelenséggel kapcsolatban. A pszichológiai elméletek között van, amelyik elsősorban rossz tanulásként értelmezi a droghasználatot, míg más megközelítések a megküzdési kapacitások hiányát, vagy a korai traumák, személyiségfejlődési deficitek fontosságát emelik ki. Bár az elméletek egymással való versengése a tudomány természetéből is adódik, mindig tudnunk kell, hogy valamennyi megközelítés hordoz releváns információt a droghasználat jelenségéről; egyik elmélet sem elég kizárólagosan, önmagában, de mindegyik hozzáad valamit a tudásunkhoz.

A következőkben elsőként a droghasználat hazai történetének alakulását, illetve a jelenlegi drogepidemiológiai helyzetet tekintem át, néhány fontosabb adat ismertetésén keresztül. Ezt követően, megpróbálva visszaadni a probléma sokszínűségét, az egyes szerek használatával kapcsolatos legfontosabb jellemzőket foglalom össze. A tanulmány utóbbi része, jelen keretek között, nem lehet több, mint egyfajta általános áttekintés, amelyben az aktuális kutatásokban kiemelkedő szempontokra, kérdéskörökre koncentrálok.

## **A droghasználat történeti vonatkozásai Magyarországon**

A magyarországi droghelyzet az elmúlt 15 év során teljes mértékben átalakult. Ez az átalakulás a mennyiségi, azaz a drogprobléma elterjedtségét érintő változások mellett, legalább ilyen mértékben minőségi változást is jelentett. A 60-as, 70-es évekből elsősorban a szerves oldószerekkel, illetve a pszichoaktív gyógyszerekkel történő visszaélésekről rendelkezünk információval (Bayer, 2000; Paksi–Demetrovics, 1999).<sup>11</sup> Utóbbiak tekintetben egyrészt a Parkinson-betegség gyógyításában alkalmazott Parkan nevű gyógyszer említhető, amelyet hallucinogén hatása miatt fogyasztottak droghasználati céllal, másrészt jellemző volt a stimuláns hatású Aktedron fogyasztása is. Az Aktedron tekintetében – bár felmérés a témában nem ismert – anekdotikus adatok alapján úgy tűnik, hogy a használók jelentős részét nem a deviáns ifjúsági szubkultúrák tagjai tették ki, hanem például vizsgáikra készülő egyetemisták, illetve egyéb olyan populációk, melyekben időszakosan szükségesszerű volt a figyelem tartós fenntartása, az alvás elkerülése (pl. kamionsofőrök stb.).

Bár ebben az időszakban normál populációs epidemiológiai vizsgálatok nem készültek, az egyéb forrásokból származó adatok alapján (kezelési információ, interjúk, kisebb volumenű felmérések) feltételezhető, hogy a heroin, a kokain, az LSD, a kannábisz, az illegális amfetamin származékok használata ekkor még nem volt jellemző az országban (Kisszékelyi, 1979; Farkas, 1981). A 80-as évektől érzékelhető egyértelműen az opiát-típusú szerfogyasztás megjelenése, de ez sem heroinhasználatot jelent, hanem egyrészt a különböző mákkivonatok alkalmazását, másrészt pedig a legális gyógyszerekkel való visszaélést. Előbbi tekintetében a nyári időszakban a zöld mák megmetésésével kapott nyers ópium – többnyire intravénás – használata dominál, míg a téli időszakban a máktea fogyasztása jellemző. Ezzel párhuzamosan jellemző a kodein tartalmú gyógyszerekkel történő visszaélés, illetve ezek Noxyronnal történő kombinációja (Bácskai, 1995; Gerevich–Bácskai, 1995).<sup>12</sup> Ezen szerhasználati minta megjelené-

<sup>11</sup> A XX. század első felére jellemző használati jellegzetességekkel e helyütt nem foglalkozom. A témáról Donkó (1992) nyújt áttekintést.

<sup>12</sup> A kodein a morfin mellett az ópium pszichoaktív hatásáért felelős legjelentősebb alkaloidja. A gyógyászatban elsődlegesen köhögéscsillapító hatása miatt került alkalmazásra, de nagyobb dózisban a morfinhoz hasonló pszichoaktív hatással bír. Az opiátok glutethimiddel (Noxyron) történő kombinálása a hatás megnyújtását, az eufória fokozását szolgálja. A Noxyron maga is súlyos függőséget okozó anyag. A heroin megjelenésével és a kodeinszármazékok, illetve a máktea használatának háttérbe szorulásával a Noxyron jelentősége is csökkent a hazai kábítószer-fogyasztásban.



sét elsősorban a fogyasztóknak a kezelőrendszerben történő feltűnése jelzi. Ebben az időszakban mindazonáltal az egyéb szerek nem igazán elérhetőek Magyarországon, a marihuána használata is inkább csak szűkebb, értelmiségi körökben fordul elő. A szerves oldószerek használata mellett, amely probléma elsődlegesen a szociális ellátó hálózatban csapódik le, egészségügyi szempontból az opiátok használata jelenti a legnagyobb gondot. Ezt jelzi, hogy az elsőként megalakuló hazai drogambulanciák döntően ezzel a populációval foglalkoznak.<sup>13</sup>

Mind a használat elterjedtségét, mind pedig a használat jellegét tekintve az érdemi változás a 80-as évek végén, 90-es évek elején kezdődik meg, s tart a mai napig (Gerevich–Bácskai, 1995 és 1998; Paksi–Demetrovics, 1999). Ekkor válik elérhetővé a heroin, illetve megjelenik a kokain, az LSD, az amfetaminszármazékok és jelentős mértékben terjedni kezd a kannabiszszármazékok használata (Demetrovics, 2001a; 2004a). A heroin megjelenése fokozatosan leváltja a Magyarországon hagyományosan jellemző máktea/metszett mák, illetve kodein használatot; a drogambulanciák jelzései alapján az új használók többsége már eredendően heroint használ.

A korábbi évtizedek esetleges, rendszertelen adatgyűjtése és adatközlése mellett, a 90-es évek elejétől elindulnak az első normál populációs epidemiológiai vizsgálatok, s a közvetett indikátorok mentén is megkezdődik az adatgyűjtés szisztematikusabbá tétele. Ma már mind a közvetlen, mind a közvetett indikátorok területén rendezett és többé-kevésbé szabályozott az adatgyűjtés,<sup>14</sup> s az adatok publikálása is folyamatos (ld. Aszmann, 2003; Ritter, 2000; 2001; 2002; Ritter–Felvinczi, 2003; Elekes–Paksi, 1996 és 2000; Rácz–Vingender, 1999).

## **Droghasználat a mai Magyarországon – középiskolások vizsgálata**

A középiskolások körében megmutatkozó droghasználati trendek áttekintésére az ESPAD-vizsgálatok eredményei nyújtják számunkra a legjobb lehetőséget. Az ESPAD (European School Survey on Alcohol and other Drugs) nemzetközi összehasonlító vizsgálatokban hazánk – Elekes Zsuzsanna és Paksi Borbála vezetésével – 1995 óta vesz részt (Elekes–Paksi, 1996, 2000; Paksi, 2003a)<sup>15</sup>.

Míg 1995-ben – az országos reprezentatív mintán végzett felmérés eredményei szerint – a 10. évfolyamban tanuló diákok 10%-a kísérletezett életében legalább egyszer valamilyen illegális szerrel és/vagy szerves oldószerral, addig ez az érték 1999-re megduplázódott (19,1%). A következő négy év során további – bár csökkent ütemű – nö-

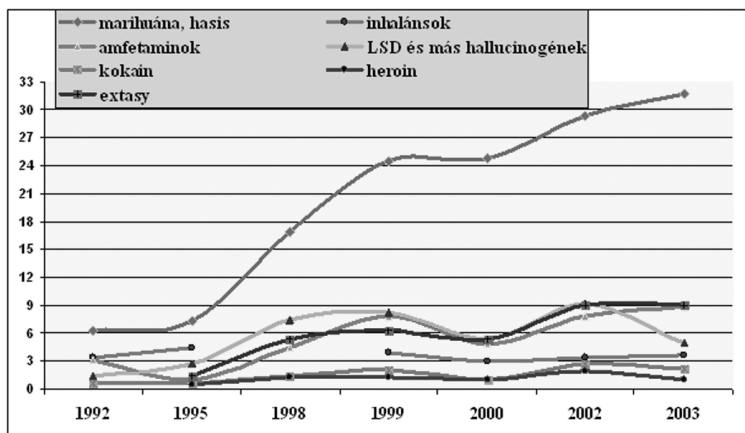
<sup>13</sup> Az első hazai drogambulancia Szegeden nyílt meg Farkasinszky Terézia (Farkasinszky et al., 1989) vezetésével 1987-ben (ma Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drog-centrum), amit előbb a budapesti Klapka utcai Drogambulancia, majd a Budai Drogambulancia (Drog Módszertani Központ és Ambulancia) megnyitása követett. Jelenleg 11 megyében működik drogambulancia, Budapesten 4 ilyen intézmény van (Csorba–Rácz–Sándor, 2004).

<sup>14</sup> Jelenleg zajlik az igazodás az Európai Unió Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Monitorozási Központja (EMCDDA) által elvárt adatgyűjtési protokollhoz.

<sup>15</sup> Nemzetközi összehasonlító vizsgálat részeként 1995-ben, 1999-ben és 2003-ban történt országos adathelyzetszámolás Magyarországon, de kisebb, többnyire fővárosi mintán a köztes időszakokban is zajlottak felmérések, hasonló módszertannal.

vekedés volt tapasztalható, így 2003-ban a megkérdezettek 26,5%-a számolt be droghasználati célú szerfogyasztásról. A legnépszerűbb drog mind 1995-ben, mind 1999-ben<sup>16</sup> – a világ más országaihoz hasonlóan – a marihuána és a hasis; esetükben az átlagosnál lényegesen nagyobb arányú növekedés következett be (4,8% illetve 16%). A szintetikus stimulánsok kipróbálási aránya 1% alatti értékről (amfetamin 0,5%, ecstasy 0,8%) nőtt 4% fölötti értékre (amfetamin 4,2%, ecstasy 4,6%), de hasonló mértékben emelkedett az LSD-t kipróbálók aránya is. Kisebb mértékű volt a növekedés a legális szerek, a nyugtatók (8,6%, illetve 11,6%), az altatók (4%, illetve 5,6%), valamint az alkohol és gyógyszer együttes (9,5%, illetve 11,4%) használata esetében, bár mint látható, itt a kiindulási értékek is lényegesen magasabbak. Hasonló trendek – de valamivel magasabb értékek – tapasztalhatók a budapesti középiskolások között. Az 1995-ös 12,1%-os kipróbálói aránnyal szemben 1999-ben 28,8% jelezte, hogy használt már valamilyen illegális drogot és/vagy szerves oldószert. Az ezredforduló körüli egy-két éves stagnálást követően ez az érték 2002-ben már 32,1%, 2003-ban pedig 35% (Paksi, 2003a); azaz bár a növekedés üteme lassult, továbbra is emelkedő tendencia a jellemző. Az egyes szerekre vonatkozó adatokat az alábbi ábra mutatja (1. ábra).

1. ábra. A szerenkénti életprevalencia-értékek tendenciái a budapesti 10. évfolyamos középiskolások körében 1992-től napjainkig (Paksi, 2003a:55 alapján)



Országosan a HBSC-vizsgálat<sup>17</sup> (Aszmann, 2003) adatai állnak rendelkezésre 9. és 11. évfolyamos középiskolások 3034 fős reprezentatív mintájára vonatkozóan. Eszerint a középiskolások közel negyede (24,3%) próbált ki valamilyen legális (visszaélésszerű gyógyszerhasználat, illetve gyógyszer és alkohol kombinációja) vagy illegális szert élete

<sup>16</sup> Szerenkénti bontásban az adatok jelenleg még csak a főváros vonatkozásában állnak rendelkezésre.

<sup>17</sup> A Health Behavior in School-aged Children (HBSC) nemzetközi vizsgálatokat – a WHO megrendelésére – 1985–86 óta négyévente elvégzik, hogy feltárják a fiatalok egészségre vonatkozó attitűdjeit, illetve az egészségüket veszélyeztető életmódelemeket.

folyamán. A tiltott szerekre vonatkozó életprevalencia-érték ebben a populációban 21,5%. A két évfolyamot külön kezelve, jelentős a különbség. Így míg a kilencedikesek 18,1%-a próbált már ki valamilyen legális vagy illegális szert, addig a 11. évfolyamra járók esetében ez az arány már 29,7%.

## **Droghasználat a mai Magyarországon a 18 évesnél idősebb populációban**

A felnőtt népességre vonatkozó első normál populációs vizsgálat 2001 tavaszán készült (Paksi, 2003b). E szerint a 18–65 éves korosztály 6,5%-a használt valamikor élete során illegális szereket vagy szerves oldószert, a vizsgált legfiatalabb populációt, a 18–24 éveseket tekintve azonban ez az érték 20%. Budapest vonatkozásában a teljes életkori sávot tekintve a valamilyen illegális droggal vagy szerves oldószerrel kísérletezők aránya szintén lényegesen magasabb az országos átlagnál, 16,1%. A 18 és 35 év közötti fővárosiakat vizsgálva azonban közel kétszer ekkora értéket kapunk (33,2%). Két évvel később további növekedés tapasztalható, a 35 évnél fiatalabb fővárosiak 39,4%-a jelzi, hogy használt már valamilyen drogot (Paksi, 2003a). Az egyes szerekre vonatkozó trendek hasonlóak, mint a középiskolások esetében. Szintén a középiskolások adataival egybehangzóan magasabb az illegális szerekre vonatkozó prevalencia a férfiak, mint a nők esetében (Paksi, 2003a). Ennek megfelelően a droghasználati célú szerfogyasztás<sup>18</sup> prevalenciája 2001-ben országos viszonylatban a férfiak között 9,3%, míg a nők esetében 3,7%.

Ezen eredmények mindazonáltal a problémás használat mértékére vonatkozóan nem szolgálnak jól hasznosítható információval. A problémás droghasználat<sup>19</sup> prevalenciája ugyanis olyan alacsony (többnyire 1% alatti érték), hogy a normál populációs felmérésekben, még nagy minta esetében is igen alacsony az esetszám. Ráadásul, ezekben a vizsgálatokban, a mintavételből a problémás droghasználók nagyobb valószínűséggel esnek ki, mint a drogokat nem használók, vagy kevésbé intenzíven használók, hiszen a középiskolások esetében ők azok, akik valószínűbben hiányoznak az iskolából (vagy egyáltalán nem járnak iskolába), illetve a felnőttek között is őket kevésbé valószínű elérni a lakhelyükön. Magyarországon az első megközelítő becslés szerint Budapesten 4000 fő körül lehet az opiátokat használók száma, ami 0,24%-os prevalenciát jelent a fővárosban (Nemzeti Drog Fókuszpont, 2004).

Azok a vizsgálatok, amelyek valamilyen speciális populáció – iskolából kimaradók (Paksi, 1999), büntetés végrehajtási intézetben fogva tartottak (Elekes–Paksi, 1997, 2004), táncos szórakozóhelyeket látogatók (Demetrovics, 1998, 2001b; Demetrovics–

<sup>18</sup> A droghasználati célú szerfogyasztás az illegális szerek és a szerves oldószerek együttes prevalencia-értékére vonatkozik.

<sup>19</sup> A problémás droghasználatnak többféle definíciója létezik. Kritériumként általában a droghasználat típusa (elsősorban heroin, kokain, esetleg amfetamin), intenzitása (általában napi) és a használat módja (intravénás) jelenik meg. Fontos hangsúlyozni, hogy a fenti szempontok bármely kombinációjának alkalmazásakor ez az epidemiológiai szemlélet eltér a klinikai meghatározástól, amely problémás használatnak azt a droghasználati formát tekinti, amely jelentősen károsítja a személy életvitelét, társas kapcsolatait, munkahelyi-tanulási teljesítményét, a szociális szerepeiben való helytállását.

Menczel, 2004), a Pepsi-sziget közönsége (Paksi, 2000) – droghasználatát vizsgálták, bár rendre magasabb prevalencia értékeket jeleztek, mint a normál populációs vizsgálatok. Ezen felmérések azonban, jellegüknél fogva nem voltak alkalmasak általában a problémás droghasználat mértékének becslésére, inkább, a célzottan szerhasználó szubkultúrákat vizsgáló kutatásokhoz (Rácz, 1985, 1989; Rácz–Hoyer, 1995; Rácz–Ritter, 2003; Rácz–Máthé–Árva–Fehér, 2003; Bácskai–Gerevich, 2004) hasonlóan, a szerhasználat jellemzőinek feltárására nyújtottak lehetőséget.

## A nem populációs felmérések

A nem populációs felmérésekből származó adatok, az úgynevezett közvetett indikátorok alapvetően két fő területről, az egészségügy és a bűnüldözés területéről származnak. Ezek (Rácz, 1999 alapján):

1. Egészségügy területéről származó információk (pl. drogfogyasztás miatti kezelések, nem halálos kimenetelű droggal összefüggő sürgősségi esetek, droghasználattal kapcsolatos halálesetek, droghasználattal kapcsolatos fertőző betegségek stb.).
2. Rendőrségi- és igazságszolgáltatási eljárások (vámrendészeti lefoglalások, rendőrségi lefoglalások, letartóztatások, eljárások száma stb.).

Ezen indikátorokkal kapcsolatosan a fő gondot megbízhatatlanságuk jelenti, különösen, amennyiben a probléma általános mértékére vonatkozó becslést szeretnénk tenni. Az egészségügyi adatokat torzíthatja például *a kezelőhelyek számának a változása*; így egy új kezelőhely behozhat a rendszerbe eddig nem kezelt személyeket akkor is, ha amúgy a droghasználat prevalenciája nem változott. Ugyanígy növelheti a kezelésben lévő személyek számát akár egy toleránsabb *drogpolitika*, akár a kezelőhelyek *szolgáltatásának megváltozása*, amennyiben az jobban vagy rosszabbul illeszkedik a kliensek szükségleteihez. A rendőrségi és vámrendészeti adatokat szintén torzíthatja az adott szerv aktivitása, ily módon ezek az adatok nem feltétlenül a probléma mértékére reflektálnak.

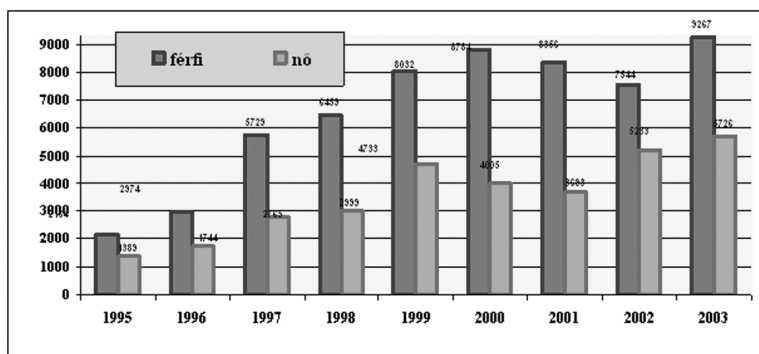
A hazai helyzet elmúlt 10–15 évét tekintve ráadásul valóban folyamatos változás tapasztalható mind a törvényi szabályozás, mind a kezelőhelyek számának, szolgáltatásának vonatkozásában, s akkor még nem említettük az adatgyűjtési protokollban bekövetkezett változásokat. Mivel ezen adatok jól hozzáférhetőek a *Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről* című évente megjelenő kiadványban, ezeket e helyütt nem ismertetem.

## A droghasználat fontosabb társadalmi háttérváltozói Magyarországon

Mind a középiskolások, mind a felnőtt populáció vonatkozásában konzisztens, már a fentiekben is említett eredmény a fiúk felülreprezentáltsága az illegális szereket kipróbálók körében, míg a legális szerekkel való visszaélés esetében fordított nemi tendencia

érvényesül (Paksi, 2003a). A nemi arányok mindazonáltal a kipróbálás (életprevalencia) adatait illetően még így is kiegyensúlyozottabbak,<sup>20</sup> mint az intenzívebb vagy a problémás használat tekintetében. A 2. ábrán látható egészségügyi statisztikákból jól látható, hogy az illegális szerek használatának intenzívebbé, problémásabbá válása a férfi-nő arány további eltolódását mutatja. Ugyanezt jelzik a speciális populációs vizsgálatok is (Demetrovics, 2004b). Szintén jellemzőbb a férfiak körében kockázatosabb szerhasználati formák, a többféle szerrel való kísérletezés vagy a különböző szerek kombinált használatának az előfordulása.

2. ábra: A kezelt kábítószer-fogyasztók nemek szerinti megoszlása 1995 és 2002 között (Grézló-Porkoláb, 2003:88. alapján)



Az életkor, mint már fent is jeleztem, az egyik legerősebb, az életprevalencia értékeket befolyásoló tényező. Az ADE 2001 vizsgálatban<sup>21</sup> mért 6,5%-os országos életprevalencia érték az egyes korcsoportokban a következőképp alakul: a 18–24 évesek mutatják a legmagasabb (20,1%) értéket, majd az életkor növekedésével fokozatosan csökken a kipróbálók aránya. A 25–29 évesek körében 13%, a 30–34 évesek között 7,9%, a 35–39 éveseknél 3,9%, míg az ennél idősebbek között kevesebb mint 1,5% használt valaha élete során valamilyen szert droghasználati céllal (Paksi, 2003b). Az egészségügyi adatok szerint (Grézló-Porkoláb, 2003) a kezelésbe kerülő populációban is a 20–24 éves korosztály dominanciája mutatkozik meg mind a férfiak, mind a nők körében<sup>22</sup>, ami egybevág a kvalitatív módszerekkel végzett kutatások (Rácz-Ritter, 2003) adataival.

Az első kipróbálás életkora az elmúlt években elöretolódni látszik. Az ADE 2001 és az ADE 2003 vizsgálat budapesti adatai (Paksi, 2003a) azt jelzik, hogy míg 2001-ben a vala-

<sup>20</sup> A legutolsó ESPAD-felmérés budapesti adatai már csak a kannábisz vonatkozásában mutatták a szokásos mintázatot, azaz a férfiak magasabb kipróbálási arányát, az összes többi szer esetében, az életprevalencia értékekre vonatkozóan eltűnt a korábbi években jellemző nemi különbség.

<sup>21</sup> Az ADE-kutatások a drog- és alkoholfogyasztás elterjedtségének, rizikótényezőinek, illetve a szerhasználatlaltal kapcsolatos lakossági viszonyulásoknak a feltérképezésére irányulnak.

<sup>22</sup> Megjegyzendő, hogy a nők esetében a 35 évesnél idősebb populáció egy további csúcsosodási pont a kezelték körében, ők azonban nem illegális szerek, hanem depresszáns gyógyszerek, illetve ezek alkohollal történő kombinációja nyomán kerülnek a kezelő intézményekbe (Grézló-Porkoláb, 2003).

ha drogot használók mintegy harmada 17 évesen vagy annál korábban próbált ki először valamilyen szert, addig 2003-ban már a megkérdezett szerhasználók több mint fele jelezte, hogy 17 éves korára túl van az első kipróbáláson. Speciális populációs adatok is azt jelzik, hogy a tízes évek vége felé már csökken a kipróbálás valószínűsége (Demetrovics, 2001b).

A földrajzi mintázatot tekintve egyértelmű a főváros kiemelt szerepe. Az ADE 2001-es adatai Budapestre vonatkozóan közel négyszeres életprevalencia értéket jeleznek (16,1%) a vidéki értékhez képest (4,2%). További különbség mutatkozik a településméret viszonylatában. Így, míg az ezer lakosnál kisebb településeken 1% alatti a kipróbálók aránya, addig az 50 000 főnél nagyobb lélekszámú településeken ez az érték 8,2%. Kisebb arányban ugyan, de a Budapest-vidék különbség a középiskolás populációban is megjelenik (Elekes–Paksi, 2000).

Valamivel magasabb folyamatos fogyasztási ráta<sup>23</sup> mutatkozik az érettségivel vagy diplomával rendelkezők körében az országos adatokban. Ez az eredmény egybevág a speciális populációs vizsgálatok adataival, amelyek szerint bizonyos, a normál populációénál lényegesen magasabb szerfogyasztási arányokkal jellemezhető populációkban (táncos szórakozóhelyeket látogatók, Pepsi-sziget látogatói) a szerhasználók szociodemográfiai jellemzői kedvezőbb képet mutatnak, mint a nem használókéi (magasabb várható vagy tényleges iskolai végzettség, kedvezőbb anyagi körülmények stb.) (Demetrovics, 2001b; Paksi, 2000).

A középiskolások körében gyűjtött adatok (Elekes–Paksi, 2000) nem illeszkednek teljes mértékben ehhez a képhez. Ily módon a gimnáziumokban alacsonyabb a droghasználati célú szerfogyasztás, mint az egyéb érettségit adó iskolatípusokban, míg a legmagasabb érték az érettségit nem adó iskolákban mutatkozik. Egyértelmű kapcsolat mutatkozik továbbá a szerhasználat és a rosszabb tanulmányi teljesítmény között. Szintén kapcsolat mutatkozik az apa iskolai végzettsége és a szerhasználat között. E szerint – korábbi vizsgálatokkal összhangban – a legalacsonyabb és a legmagasabb kvalifikáltságú apák gyermekei körében az átlagosnál nagyobb a tiltott szereket vagy a szizupaszt kipróbálók aránya. Ezzel összhangban azok a diákok mutatták a legmagasabb droghasználatra vonatkozó prevalencia értékeket, akik családjukat az átlagosnál rosszabb, vagy az átlagosnál sokkal jobb körülmények között élőnek ítélték.

## **Droghasználati típusok**

A droghasználók, mint az már a fentiekből is kitűnt, korántsem jelentenek egységes populációt. Jelentős különbségek mutatkoznak mind a használt drog vagy drogok vonatkozásában, mind a használat gyakoriságában vagy annak okaiban. Úgy tűnik, hogy bár a kapcsolat nem törvényszerű, de bizonyos drogok preferenciája általában bizonyos droghasználati mintázattal jár együtt. A következőkben egyrészt ezeket a mintázatokat tekintem át, másrészt kitérek az egyes szerekek vagy szercsoportokkal kapcsolatos fontosabb kutatási irányokra, eredményekre.

<sup>23</sup> Azok, akik a kérdezést megelőzően több mint egy évvel használtak először valamilyen drogot, s a kérdezést megelőző egy évre vonatkozóan is jeleztek használatot.

## A kannábisz használata

A kannábisz (marihuána, hasis, hasisolaj) a világon a legtöbbször által kipróbált és használt drog, s ezzel összefüggésben többnyire az elsőként kipróbált illegális szer. Használata több ezer évre nyúlik vissza, az egyik legrégebb óta hasznosított kultúrnövény (Bayer, 2002). Ipari felhasználása mellett (textil, papír) mintegy 2000 évvel ezelőtől ételízesítő alapanyagként is használták Kínában (Nepálban jelenleg is), de szintén évezredekre nyúlik vissza a kannábisz gyógyászati értékének felismerése,<sup>24</sup> éppúgy mint pszichoaktív – a módosult tudatállapot elérése érdekében történő – használata. Az elmúlt másfél évtized kutatásai nyomán ma már viszonylagosan sokat tudunk a kannábisz fő pszichoaktív hatóanyagának, a THC (delta-9-tetrahidrokannabinol) hatásmechanizmusáról, illetve az agy saját (belső) kannabinoid rendszeréről (Freund–Katona–Piomelli, 2003). A THC negyven évvel ezelőtt történt azonosítását követően, másfél évtizeddel ezelőtt sikerült azonosítani az agyban és az immunrendszerben, a THC-ra specifikusan érzékeny receptorokat, majd hamarosan megtalálták a maga az agy által termelt kannabinoidokat, az anandamidot és a 2-arachidonil-glicerint (2-AG), amely anyagok ezen receptorok saját idegátvivő anyagai.

A marihuána, valószínűleg pontosan széleskörű használata miatt, az egyik legszélsőségesebben megítélt drog. Sokan, a lágy és kemény drogok elkülönítése mentén amellet érvelnek, hogy a kannábisz nem okoz függőséget, egészségügyi ártalmait elhanyagolhatóak, sőt a kannábisz használatának tiltása inkább ártalmakat okoz, mintsem megakadályozná a használat terjedését. Ezzel szemben a tiltás mellett érvelők felhívják a figyelmet a függőség veszélyére, arra, hogy a kannábisz használata kezdő lépés lehet az egyéb szerek kipróbálásának irányába, a lehetséges pszichés problémák, kognitív deficitek (elsősorban memóriaproblémák) megjelenésére. A vita legtöbb pontja ma is a tudományos kutatás középpontjában áll, s egész bizonyos, hogy a kép sokkal árnyaltabb, mint azt bármelyik, szélsőségesebb nézetet valló ideológiai oldal állítja.

Ily módon bizonyos, hogy a kannábiszszármazékokkal kapcsolatosan is kialakulhat *függőség*, bár ennek valószínűsége lényegesen kisebb, mint a legtöbb egyéb illegális drog esetében. A hozzászokás és a függőség kialakulásának mechanizmusai a központi idegrendszer szintjén viszonylag jól leírhatók, bár e drog megvonásának következtében az elvonási tünetek messze nem olyan erősek, mint például az opiátok megvonásakor. Hosszabb távú, intenzív használat hirtelen megszakításakor mindazonáltal jellemző az álmatlanság, nyugtalanság, irritabilitás, szorongásos tünetek, kiürültségérzés megjelenése.

A kannábisz származékok használatát azonban inkább a *rekreációs* és alkalmi használat jellemzi, a napi rendszerességű használat lényegesen ritkább. Egy hazai, táncos szórakozóhelyeket látogató fiatalok körében végzett vizsgálat eredményei (Demetrovics,

<sup>24</sup> A THC, illetve egyéb kannabinoidok gyógyászati alkalmazásával kapcsolatosan ma is számos kutatás folyik (Szendrei, 2002), s valószínűsíthető, hogy néhány éven belül több ilyen gyógyszer is piacra kerül, míg néhány készítmény már jelenleg is elérhető egyes országokban. A kannábisz gyógyászati alkalmazása elsősorban étvágyjavítóként, hányingercsökkentőként (pl. kemoterápiás kezelés vagy egyéb gyógyszeres beavatkozás mellékhatásának az esetében), a glaukóma (zöldhályog) tüneteinek csökkentőjeként bizonyított, de alkalmazása több más betegség viszonylatában is felmerül (Grinspoon–Bakalar, 1997).

2001b) például azt jelezték, hogy a kannábisz valaha használók (750 fő, a teljes minta 49,8%-a) 44,5%-a a kérdezést megelőző hónapban nem használt marihuánát vagy hasist. Az elmúlt havi használók között valamivel több, mint minden második személy (51,1%) ritkábban, mint hetente használt kannábisz, s 16,2% volt azok aránya, akik napi rendszerességű használatot jeleztek. Utóbbi adat a kannábisz valaha használók teljes mintájára vetítve azt mutatja, hogy ebben a speciális (és magas rizikójú) populációban a kannábisz valaha kipróbálók 8,2%-ánál fordul elő napi intenzitású használat. Ez az egyik oldalról azt jelzi, hogy a kannábisz használatának rendszeressé és intenzívvé válása potenciális veszély, másrészt viszont, hogy a kannábisz valaha kipróbálók túlnyomó többségénél ez nem következik be.

A kannábisz használatával kapcsolatos egyik gyakran felvetett szempont, hogy mennyiben járulhatnak hozzá a különböző pszichés rendellenességek megjelenéséhez. A témában az elmúlt évtizedekben számos kutatás készült, amelyek egyértelműen jelzik a kannábisz használat és egyes mentális zavarok (elsősorban a szorongásos zavarok, a depresszió és a skizofrénia) kapcsolatát, a mentális zavarok valószínűbb előfordulását a kannábiszhasználók, különösen a rendszeres használók körében (Regier et al., 1990). A kapcsolat oki jellemzőiről ugyanakkor keveset tudunk. Sok esetben ugyanis a mentális zavarok kialakulása, vagy legalábbis egyes tünetek megjelenése megelőzi a droghasználat kezdetét, ugyanakkor bizonyosnak látszik az is, hogy az arra érzékeny személyek esetében a kannábisz használat felerősítheti a tüneteket, hozzájárulhat a mentális betegségek kibontakozásához. A tényleges kockázat pontos mértéke mindazonáltal ma még nem becsülhető meg.

A marihuána kipróbálásával kapcsolatosan az egyik leggyakrabban emlegetett aggodalom az a nézet, hogy bár a marihuána önmagában nem tartozik a kiemelten veszélyes drogok közé, használata elvezethet a problémásabb szerek (amfetaminszármazékok, heroin, kokain) kipróbálásához, használatához, az ezektől való függővé váláshoz. A helyzet kicsit hasonló ahhoz, mint, amit a mentális betegségek vonatkozásában állítottunk, vagyis a kapcsolat abban az értelemben egyértelmű, hogy a kannábisz valaha használók valószínűbben próbálnak ki más szereket is, azonban ennek oka számos különböző tényezőtől tevődik össze. Kandel (2003) a *kapudroglmélet* érvényesnek bizonyulásához három tényező igazolását látja szükségesnek. Az első a *szekvencialitás*, azaz, hogy az egyik drog használatának meg kell előznie a másik drog használatának megjelenését. A második a *kapcsolat*, ami arra vonatkozik, hogy az egyik szer használata növeli a másik szer használata megjelenésének a valószínűségét. És végül a harmadik – legproblémásabb és legnehezebben igazolható – szempont az *okozatiság*, ami arra utal, hogy az első szer használata oka a második szer használata megjelenésének. Utóbbi szempont nem bizonyított, sőt módszertanilag nagyon nehezen megragadható.

Összefoglalva, a kannábisz használó populáció igen heterogén mintázatú, mind a droghasználat jellegét, mind pedig annak okát tekintve. A kipróbáló és alkalmi, rekreációs használattól kezdődően a komoly függőségig bármely használati típus előfordulhat ezen droggal kapcsolatosan, de szemben az illegális drogok többségével, egy szűkebb populáció (kemoterápiás kezelték, AIDS-ellenes gyógyszereket kapók) esetében a gyógyászati célú, habár illegális használat is előfordul. A kannábisz talán a legjobb példa



annak illusztrálására, hogy mennyire nem egységes jelenségről van szó akkor, amikor a droghasználatról beszélünk.

## A stimulánsok használata

A stimuláns szerek a drogok meglehetősen heterogén csoportját alkotják. Ide tartozik a Magyarországon jelenleg kevésbé elterjedt kokain mellett az amfetamin, illetve különböző származékai (ezek közül legismertebb az ecstasy, MDMA<sup>25</sup>), valamint a legális drogok közül a koffein és a nikotin.

### A kokain

A kokain az elsősorban Kolumbia és Bolívia hegysegeiben honos kokacserje (*Erythroxylon coca*) pszichoaktív hatóanyaga. A kokalevél rágcslása több évezredes hagyomány ezen a vidéken, ami – étvágycsökkentő és energetizáló hatásán keresztül – elsősorban a zord körülményekhez, különösen a magaslati levegőhöz való alkalmazkodást segítette az itt élők számára (Bayer, 2000). A spanyol hódítók sikertelen importálási kísérlete után (a hosszú hajóúton a növény pszichoaktív hatóanyagának jó részét elvesztette) a viktoriánus korban vált lehetővé, hogy a kokain a növényből történő kivonása révén, különböző készítmények (Vin Mariani) formájában megjelenjen Európában és Észak-Amerikában. Bár ezen készítmények a XX. század elejére eltűntek, illetve kivonták belőlük a kokaint (így például a Coca-Cola 1906 óta nem tartalmaz kokaint, bár a kokacserje levelét ma is felhasználják a gyártásban), a kokain gyógyászati alkalmazása<sup>26</sup> mellett fokozatosan elterjedt, mint a pszichoaktív hatás miatt használatos drog. A kokain jelenleg a heroin mellett, illetve több országban azt megelőzve a legtöbb problémát okozó drog. Szabad bázisa, a kristályos formában előforduló crack, az egyik legaddiktívabb ma ismert drog. A kokain esetében a rekreációs, kikapcsolódáshoz kötött alkalmi használat éppúgy jellemző, mint az addiktív típusú, napi rendszerességű használat. Míg előbbi esetben a orra szippantással történő alkalmazás a domináns, addig a rendszeres használók között az intravénás alkalmazás is gyakori.

### Az amfetamin és az ecstasy (MDMA)

Az amfetamin szubjektív hatásai nagyban egyeznek a kokainéval. Energetizáló, aktíváló, stimuláló hatása mellett elsősorban étvágycsökkentő hatását lehet kiemelni. Ennek megfelelően a korábbi, gyógyászati alkalmazásra irányuló kísérletek is elsősorban

<sup>25</sup> Az MDMA-t több szakkönyv a hallucinogén szerek közé sorolja, mivel hatásaiban a stimuláns és hallucinogén hatások keverednek (Piercey–Lum–Palmer, 1990). Mindazonáltal, az általánosan használt dózis esetében a hallucinogén hatások megjelenése kevésbé jellemző; így drámai érzékszélőzések, deperszonalizáció, a valóságérzékelés jelentős sérülése nem fordul elő. Nagyobb dózis esetében azonban ezek a hatások is megjelenhetnek. Nichols (1986) az MDMA-t és néhány rokonvegyületet mind a stimulánsoktól, mind pedig a hallucinogénektől eltérő drogcsoportba sorolná. Ezt a csoportot az entactogéneknek nevezi.

<sup>26</sup> A kokain ma helyi érzéstelenítőként használatos a gyógyászatban. Antidepresszáns célzatú használata (amelyet többek között Sigmund Freud is propagált) nem vált be, hosszabb távon ront a tüneteken.

antidepresszánt és étvágycsökkentőt (fogyasztószert) láttak az amfetaminban, de egyik alkalmazása sem vált be. Az amfetamin hatásmechanizmusát a többi stimulánséhoz hasonlóan egyfajta visszacsapó hatás (rebound mechanizmus) jellemzi<sup>27</sup>, ami azt jelenti, hogy az akut hatás alatt jelentkező felfokozottságot, energetizáltságot a használat elmúltával pontosan ezzel ellentétes hatások követik. Hosszabb távon ezek a szerek tehát inkább rontják, mintsem javítanák a hangulatot. Az amfetamin mai gyógyászati alkalmazása a narkolepszia, illetve a figyelemhiányos-hiperaktív tünetegyüttes (ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder) kezelésére szorítkozik.<sup>28</sup>

Az ecstasy (3,4-metilendioxi-metamfetamin, MDMA) a századfordulón szintetizált drog, amely használata azonban jelentős mértékben csak a 80-as évek közepétől kezdődően terjedt el, elsősorban a partikultúrához kapcsolódóan. Az ecstasy hatása az amfetaminéhoz hasonló, azonban a pozitív pszichés tünetek karakterisztikusabbak. A használók többsége a „másokkal való közelség érzésének”, a barátságosságnak a növekedéséről számol be. Jellemző az eufória átélése, a pozitív érzések könnyebb kifejezése, a megnövekedett önbecsülés, a beszédesség, empaticusság, a másokkal való könnyebb egyetértés élménye, mások elfogadásának az érzése, az önbelátás növekedése, fokozott érzékenység megélése (Peroutka–Newman–Harris, 1988; Davison–Parrott, 1997).

Önadagolós kísérletek<sup>29</sup> azt jelzik, hogy a kokain és az amfetamin mellett az ecstasy is kiváltja az önadagolást; még ha ennek mintázata nem is olyan sűrűségű, mint a kokain esetében. Tapasztalatok szerint az ecstasy ismételt használata során nagy mértékű tolerancia (hozzászokás) jelentkezik, amelynek következtében a pozitív, kellemes hatások megjelenése szignifikánsan csökken, miközben a negatív tünetek, mellékhatások (nyugtalanág, izomgörcsök, remegés stb.) egyre kifejezettebbé válnak (Solowij–Hall–Lee, 1992). Feltehetőleg ez lehet az oka, hogy az ecstasy használata az esetek túlnyomó többségében nem, vagy csak átmenetileg válik intenzívvé, szemben a kokainnal és az amfetaminnal, ahol gyakoribb a rendszeres, akár napi rendszerességű használata.

Mind az amfetamin, mind az ecstasy vonatkozásában (de a kokain esetében is) igen szoros a kapcsolat a partikultúrával (Demetrovics, 2000a, 2000b). A már említett táncos szórakozóhelyeket látogató fiatalok körében a valaha ecstasyt használók 57%-a jelezte, hogy kizárólag, és további 21%, hogy elsősorban ilyen helyszíneken használja ezt a szert. Az amfetamin vonatkozásában ezek az arányok 44%, illetve 27%, míg az összes többi szer esetében lényegesen alacsonyabb értékek mutatkoztak (Demetrovics, 2001b).

<sup>27</sup> Ez a visszacsapó hatás, bár jóval kisebb amplitúdóval, a koffein esetében is megfigyelhető.

<sup>28</sup> Bár az ADHD amfetaminnal, stimuláns droggal történő kezelése első látszatra paradox jelenségnek tűnhet, valójában nem erről van szó. Az ADHD-ban megjelenő hiperaktivitás hátterét a túlzott kortikális gátlás adja; ez az, ami miatt ezek a gyermekek (elsősorban gyermek- és serdülőkorban előforduló zavarról van szó) az állandó külső stimuláltsággal próbálnak megfelelő agyi aktivitásigényt elérni. (Az alacsony központi idegrendszeri aktivitás a külső ingerek keresésével, extrovertáltsággal jár együtt.) Az amfetamin (Ritalin) tehát az agyi aktivitációs szint emelése révén, nem csak a figyelem növekedését, hanem a hiperaktív működés csökkenését is szolgálja.

<sup>29</sup> Ezekben a vizsgálatokban a kísérleti állatok számára lehetővé teszik, hogy valamilyen módon, bizonyos feladat elvégzése, pedál lenyomása stb. révén önmaguknak adagolják az adott drogot.

Úgy tűnik tehát, hogy az ecstasy használatát elsődlegesen az úgynevezett *szociális-rekreációs* használat jellemzi, azaz a drogfogyasztás dominánsan a szórakozóhelyek látogatásához, a kikapcsolódáshoz és a társas együttléthez kapcsolódik. A fent idézett hazai vizsgálathoz hasonlóan külföldi vizsgálatok is azt jelzik, hogy az esetek jelentősebb részében a rekreációs ecstasy használók probléma-viselkedése a droghasználatra korlátozódik; többségük nem mutat egyéb devianciákat. Ezen tapasztalat elsősorban annyiból kiemelendő, hogy úgy tűnik: e szerhasználati típus mára már az ifjúsági kultúra szerves részévé vált, s nem köthető kizárólag valamiféle deviáns életúthoz vagy deviáns szubkultúrához (Demetrovics, 2000a).

## Az opiátok használata

Az opiátszármazékok a legkisebb arányban kipróbált, ugyanakkor a legnagyobb valószínűséggel függőséget kialakító és a legtöbb egészségügyi és társadalmi problémát okozó szerek közé tartoznak. Az ebbe a csoportba tartozó legfontosabb anyagok az ópium, a morfin, a kodein, a heroin és a szintetikus úton előállított metadon. Az opiátok a gyógyászatban elsősorban fájdalomcsillapítóként (morfin, metadon), illetve köhögéscsillapítóként (kodein) használatosak. Az illegális használatot tekintve – ma már Magyarországon is – a heroin az elsődlegesen használt opiátszármazék.

Az opiátok, euforizáló hatásuk mellett, csillapítják a fájdalmat, csökkentik a szorongást, és depresszáns hatásuknál fogva általánosan is csökkentik az aktivitást, az érdeklődést, a motivációt, a szexuális vágyat. Az opiátok viszonylagosan gyorsan képesek nagyon erős függőséget kialakítani. Az eddig tárgyalt szerekkel szemben, az opiátok esetében a használat tipikus módja a napi intenzitású (napi többszöri adagolás) függő típusú használat.<sup>30</sup> Ennek megfelelően az opiáthasználat az élet elsődleges szervezőjévé válik a drogfüggő számára, hiszen a droghoz szükséges pénz, majd a drog megszerzése és használata lényegében az egész napot kitölti. Többnyire minden más tevékenység, érdeklődési terület kiszorul a drogfüggő életéből, kapcsolatai a droghasználó társakra szűkülnek.

A heroin és az egyéb opiátok közvetlen egészségkárosító hatásánál jóval nagyobb problémát jelentenek a droghasználó életvitel következtében megjelenő közvetett hatások. Ilyen, nem közvetlenül a drognak tulajdonítható ártalom például a nem megfelelő táplálkozás, a vitaminok nem elégséges bevitele, az esetleges hajléktalanság és különösen az intravénás használat következtében megjelenő problémák, elsősorban a különböző fertőzések. A heroinisták között országonként jelentős különbség mutatkozik az intravénás használat mértékében. Így az Európai Unióban vannak olyan országok, ahol az intravénás használat aránya kifejezetten alacsony (Hollandiában pl. 10%-ot alig meghaladó mértékű), míg más országokban 70% fölötti értékeket kapunk (pl. Görögország). Utóbbi csoportba tartoznak a kelet-közép európai régió államai is, sőt ezekben az országokban, köztük Magyarországon is, még magasabb intravénás használati arányokat kapunk (Nemzeti Drog Fókuszpont, 2004; Rác–Ritter, 2003).

<sup>30</sup> Meg kell jegyezni, hogy az opiátok magas addiktív potenciálja ellenére ezen szerek esetében is előfordul – ha nem is gyakran – rekreációs használat (Zinberg–Jacobson, 1976).

Az intravénás droghasználattal összefüggő, illetve a droghasználó életmódból következő egyéb – egyéni és társadalmi – ártalmak minimalizálására kialakult beavatkozási módokat nevezzük ártalomcsökkentő módszereknek (Inciardi–Harrison, 2000). Ezek közül a leelterjedtebben alkalmazott két módszer az úgynevezett fenntartómetadonkezelés, illetve a túcsereprogramok. Előbbiek célja, hogy az (intravénás) heroinhasználatot kontrollált minőségű szintetikus opiát (ez a metadon) szájon át történő használatára cseréljük le, minek következtében jelentősen csökken az intravénás használatból származó problémák megjelenésének a valószínűsége (túladagolás, HIV-, illetve hepatitiszfertőzés stb.), de sok más területen is javulás várható. Így a droghasználó életmód alapvető megváltozása révén (a kliens napról napra kiszámíthatóan hozzájut a szükséges opiát adagjához) csökken a kriminalitás, javulhat a munkatevékenység, a társas kapcsolatok. A túcsereprogramok pozitív következményei valamivel korlátozottabbak, elsősorban a fertőző betegségek megelőzését érintik. Azokkal a korai aggodalmakkal szemben, amelyek attól tartottak, hogy a steril fecskendőkhöz való hozzáférés javulása az intravénás használat növekedését fogja eredményezni, az elmúlt 15–20 év kutatásai egyértelműen jelzik, hogy a tűk és fecskendők hozzáférése javulása az injekciós szerhasználatot nem növeli, a HIV-fertőzés terjedésének megakadályozásához viszont nagyon hatékonyan tud hozzájárulni (WHO, 1999).

Az ártalomcsökkentő megközelítéssel szemben, mindazonáltal, tudományosan igazolható hatékonyságuk ellenére is, sok fenntartás fogalmazódik meg. Mind a társadalom, mind pedig a szakemberek egy része nehezen, vagy egyáltalán nem tartja elfogadhatónak olyan beavatkozások alkalmazását, amelyek mellett a droghasználat nem szűnik meg. A társadalom és a szakemberek jó részének is evidens elvárása, hogy a droghasználat esetében az egyetlen lehetséges cél az absztinencia elérése lehet. Tudnunk kell azonban, hogy ez a vágyott (ideális) cél az opiátfüggők (és egyéb droghasználók) igen jelentős részénél nem reális. Az ártalomcsökkentő szemlélet éppen ezért azt fogalmazza meg, hogy azon droghasználók esetében, ahol az absztinencia nem elérhető, ott is lehetséges, sőt szükséges olyan szolgáltatások nyújtása, amelyek hatékonyan hozzájárulhatnak az egyéni és társadalmi ártalmak csökkenéséhez.

## **A pszichoaktív hatású gyógyszerek használata**

A magyar nyelvben a drog szón többnyire az illegális drogot értjük. Ez a konvenció azonban némileg megtévesztő abból a szempontból, hogy a legális gyógyszerekkel való visszaélés hasonló, ha nem nagyobb méretű egészségügyi problémát jelent az egyén és a társadalom számára, mint az illegális szerek használata.<sup>31</sup> Az elkülönítés bizonyos szempontból indokolható azzal, hogy a legális szerekkel történő visszaélés – részben

<sup>31</sup> Hasonlóan, a drogfogyasztásról beszélve, többnyire nem ejtünk szót az alkoholfogyasztásról és a dohányzásról, annak ellenére, hogy mindkét szerhasználati mód hatalmas népegészségügyi problémát jelent mind Magyarországon, mind a világon általában. Csak egyetlen szempontot kiemelve, az alkohollal, illetve a dohányzással összefüggő halálesetek száma Magyarországon több tízezer főt tesz ki, s a legális gyógyszerekkel kapcsolatos halálesetek száma is 200 és 300 fő között mozog, míg az illegális szerek használata miatt 1997 és 2003 között 32–47 személy halt meg évente.

magából a szer legális státuszából, részben a használat ezzel kapcsolatos társadalmi elfogadottságából adódóan – lényegesen kisebb arányban párosul deviáns életvitellel, azaz kevesebb a társadalom által nyíltan észlelhető probléma kerül felszínre, mint az illegális szerek vonatkozásában. Tudnunk kell azonban, hogy ez a megállapítás is csak részben igaz, hiszen egyrészt a kipróbálói szintű vagy akár a rekreációs droghasználat is az esetek jelentős részében nem termel különösebb problémákat, másrészt pedig a legális szerekkel való visszaélés sok jelentős egészségügyi és társadalmi problémát okoz, még akkor is, ha ezek jó része viszonylagosan rejtve marad.

A visszaélés szempontjából legjelentősebb problémát jelentő gyógyszerek az altatók és a szorongásoldók.<sup>32</sup> Ezek hatása hasonlatos az alkoholéhoz és részben az opiátokéhoz, amennyiben csökkentik az aktíváltságot, a szorongást, inaktívvá, ellazulttá teszik a használatot. Szintén az alkoholhoz és az opiátokhoz hasonlóan, képesek súlyos fizikai és pszichés függőség kialakítására, túladagolásuk életveszélyes kockázatot jelenthet. Ráadásul szemben az opiátokkal, ezen szerek esetében maga a megvonás is életveszélyes komplikációkkal (epilepsziás roham) járhat. Az idetartozó szerek két jelentősebb csoportját a barbiturátok és a benzodiazepinek alkotják. Előbbiek gyógyászati alkalmazása, a rövid sebészeti altatásokat leszámítva, ma már korszerűtlennek számít, azaz altatóként és szorongásoldóként ma a benzodiazepinek, illetve néhány rokon vegyület számít elfogadottnak. A Magyarországon is alkalmazott legismertebb benzodiazepin típusú szorongásoldók a Xanax, a Frontin, a Rivotril, a Seduxen, az Elenium, a Librium, a Rudotel és a Frisium, míg altatóként a Dormicum, a Gerodorm, a Lendormin és az Eunoctin elterjedtek, de ma már rendelkezésre állnak újabb, nem benzodiazepin típusú, de hasonló hatásmechanizmusú, bizonyos esetekben azonban kevesebb mellékhatással bíró altatók is (Imovane, Zopigen, Ambien, Stilnox, Sonata).

A benzodiazepinek minden tekintetben lényegesen biztonságosabb szerek, mint a barbiturátok. Esetükben kisebb mértékű a hozzászokás, kevésbé addiktívak, lényegesen szélesebb a terápiás dózis és a mérgező dózis közötti sáv, tehát kisebb a túladagolás veszélye és hasonlóképp kisebb az elvonás negatív következményeinek a veszélye is (Parrott–Morinan–Moss–Scholey, 2004; Ágoston, 2001). Ugyanakkor veszélyeik jelentőségét növeli, hogy a benzodiazepinek a leggyakrabban felírt gyógyszerek közé tartoznak, s hosszú távú alkalmazásuk sem számít ritkaságnak. Alkoholal történő kombinációjuk különösen veszélyes használati forma.

A visszaélésszerű használat, illetve a függőség kialakulásának több útja lehetséges. A függőség az orvosi utasítások szerinti használat során is kialakulhat, de sok esetben a személy, felismerve a benzodiazepinek euforizáló hatását elkezdi az előírtnál nagyobb dózisban szedni a gyógyszert. Külön populációt képeznek azok, akik egyéb szenvedélybetegségük (alkohol-, illetve drogfüggőség) kezelése során kapnak benzodiazepint az elvonási tünetek csökkentése érdekében, s ezt követően kezdik visszaélésszerűen használni ezeket a szereket, akár az eredeti szerhasználatukkal kombinálva.<sup>33</sup> Megint

<sup>32</sup> A gyakori hiedelemmel szemben az egyéb pszichoaktív hatású gyógyszereknek (antidepresszánsok, antipszichotikumok) nincs közvetlen megerősítő (jutalmazó) hatása, érdemben nem kell számolni a visszaélés veszélyével.

<sup>33</sup> Az alkohol és a benzodiazepinek kombinált használata a túladagolás fokozott veszélyét hordozza magában.

más populációt jelentenek azok, akik már eredendően a tudatmódosító hatás miatt kezdik használni a benzodiazepineket. A benzodiazepinekkel visszaélők vagy függők aránya mindazonáltal nehezen becsülhető (Wesson–Smith–Ling–Seymour, 1997).

## Összefoglalás

A fentiek során a fontosabb drogepidemiológiai adatok mellett a droghasználat főbb formáinak néhány kiemelkedő jellemzőjét tekintetem át. Az áttekintés messze nem teljes körű, az egyes szerekkel kapcsolatos legfontosabb jellemzők összefoglalására koncentrálok. Ezzel együtt talán ez a rövid áttekintés is lehetőséget nyújt a droghasználat sokszínűségének bemutatására, s talán abba is bepillantást enged, hogy ezen jelenség differenciált szemléletét nem mindig a megszokott paraméterek (pl. legális-illegális) mentén történő haladás segíti a legjobban.

A droghasználat jelensége, az egyéb kulturális vagy szubkulturális jelenségekhez hasonlóan komplex egész, s hibát követünk el, ha kizárólag a drog (pszichoaktív hatóanyag) szempontját vizsgálva próbáljuk megérteni. Norman Zinberg 1984-es könyvében a droghasználat alakulásában három tényező állandó kölcsönhatását hangsúlyozza. A drog mellett másik két tényező: a *set* (személyre vonatkozó tényezők) és a *setting* (környezeti tényezők). Bármely tényező megváltozása vagy megváltoztatása a jelenség egészére kihat, s ez indokolja, hogy ugyanannak a szernek a használatában, a számos hasonlóság mellett, igen eltérő jelenségek is előfordulnak.

## Irodalom

- Ágoston G. (2001): Szorongásoldók. In Füredi J. – Németh A. – Tariska P. – Belső N. – Treuer T. (szerk.): *A pszichiátria magyar Kézikönyve*. Budapest, Medicina Könyvkiadó. 517–526. p.
- Aszmann, A. (2003): *HBSC. Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. Budapest, Országos Gyermek-egészségügyi Intézet – Nemzeti Drogmegelőzési Intézet.
- Bácskai E. (1995): Drogproblémák: Közelmúlt és jelen. *Psychiatria Hungarica*, 10 (4), 369–376. p.
- Bácskai E. – Gerevich J. (2004): *Budapesti kokainfogyasztók kezelési szükségletei a szakemberek szemszögéből. Egy kvalitatív kutatás eredményei*. *Psychiatria Hungarica*, 19 (2), 92–104. p.
- Bayer I. (2000): *A drogok történelme. A kábítószeres történelme az ókortól napjainkig*. Budapest, Aranyhal Könyvkiadó.
- Bayer I. (2002): Kenderkörút. In Ritter I. (szerk.): *Jelentés a magyarországi kábítószerbelyezetről*. Budapest, Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium.
- Csorba J. – Rácz J. – Sándor E. (2004): Drogfogyasztók kezelése. In *2004-es Éves Jelentés az EMCDDA számára. „MAGYARORSZÁG” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról*. Budapest, Nemzeti Drog fókuszpont. (Kézirat.)
- Davison, D. Parrott, A. C. (1997): Ecstasy (MDMA) in Recreational Users: Self-Reported Psychological and Physiological Effects. *Human Psychopharmacology*, 12, 221–226. p.
- Demetrovics Zs. (1998): *Drog és Disco Budapesten. Táncos szórakozóhelyeket látogató fiatalok szociodemográfiai jellemzői és drogfogyasztási szokásai*. Budapest, Budapesti Szociális Forrásközpont.
- Demetrovics Zs. (2000a): Ecstasy: szakirodalmi áttekintés. *Szenvedélybetegségek*, 8(2), 84–113. p.
- Demetrovics Zs. (2000b) (szerk.): *A szintetikus drogok világa. Diszkódrogok, drogfogyasztók, szubkultúrák*. Budapest, Anima.

- Demetrovics Zs. (2001a): Cultural Changes and the Changing Face of Youth Subculture and Drug Use. Some Comparisons between Western and Eastern Europe. In Nechifor, M. – Boisteanu, P. (eds.): *Pharmacodependences-mechanisms, clinical aspects, treatment*. Iasi, Editura Glissando 109–117. p.
- Demetrovics Zs. (2001b): *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Demetrovics Zs. (2004a): *The Drug and Drug Treatment Situation in Hungary: A Brief Overview. Mental Health Reforms* (in press)
- Demetrovics Zs. (2004b): Nemi különbségek a rekreációs droghasználatban. *Addiktológia*, 2004. (megjelenés alatt)
- Demetrovics Zs. – Menczel Zs. (2004): *Droghasználat parti-látogató fiatalok körében*. A Magyar Addiktológiai Társaság V. Országos Kongresszusa. 2004. október 21–23. Balatonfüred. Abstracts, 12–13. p.
- Donkó E. (1992): A hazai drogproblémák a századfordulótól a második világháborúig. In Gerevich J. – Veér A. (szerk.): *A kábítószer kibívása*. Budapest, Gondolat 9–33. p.
- Elekes Zs. – Paksi B. (1996): *A magyarországi középiskolások alkohol és drogfogyasztása*. Budapest, Népjóléti Minisztérium.
- Elekes Zs. – Paksi B. (1997): *Szabadságvesztés büntetést töltők kábítószer-fogyasztással kapcsolatos rizikócsoportjainak feltárása*. (M.Bv.Op. Büntetésvégrehajtási szakkönyvtár 4.) Kutatási Beszámoló.
- Elekes Zs. – Paksi B. (2000): *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználat, alkoholfogyasztása és dobányzása az évezred végén Magyarországon*. Budapest, Ifjúsági és Sportminisztérium – Aula.
- Elekes Zs. – Paksi B. (2004): *A jogerősen elítélt fogvatartottak kábítószer- és egyéb szenvedélyszerhasználat*. (Kézirat.)
- Farkas G. (1981): Epidémiail adatok a kábító hatású anyagok használatáról (az 1976-80-as évek egészségügyi jelzései alapján). *Alkoholológia*, 2.
- Farkasinszky et al. (1989): Narkomán serdülők és fiatalok ellátása során szerzett tapasztalatok és következtetések. (A Csongrád megyei modellkísérelt előzményei). *Alkoholológia*, (1), 3–16. p.
- Freund, T. F. – Katona I. – Piomelli, D. (2003): Role of Endogenous Cannabinoids in Synaptic Signaling. *Physiological Review*, Vol. 83. 1017–1066.
- Gerevich J. – Bácskai E. (1995): *Drug use in Hungary: An Overview. The International Journal of the Addictions*, 30 (3), 291–303. p.
- Grézló O. – Porkoláb L. (2003): Egészségügyi statisztikai adatok a kábítószer-fogyasztásról, a 2002 évről. In Ritter I. – Felvinczi K. (szerk.): *Jelentés a magyarországi kábítószerbelyezetről*. Budapest, Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium. 83–95. p.
- Grinspoon, L. – Bakalar, J. B. (1997): Marihuana. In Lowinson, J. H. – Ruiz, P. – Millman, R. B. – Langrod, J. G. (eds.): *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*. Baltimore, Williams & Wilkins, 199–206. p.
- Inciardi, J. A. Harrison, L. D. (2000): (eds.): *Harm Reduction. National and International Perspectives*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Kandel, D. B. (2003): Does Marijuana Use Cause the Use of Other Drugs? *JAMA*, Vol. 289. no. 4. 482–483. p.
- Kisszékelyi Ö. (1979): *Droggal való visszaélés a hazai fiatalok körében*. Kandidátusi értekezés.
- Nemzeti Drog fókuszpont (2004): *2004-es Éves Jelentés az EMCDDA számára. „MAGYARORSZÁG” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról*. Budapest. Kézirat.
- Paksi B. (1999): *A drogfogyasztás populációs prevalenciájának becslése. Az iskolából kimaradók vizsgálata*. Kézirat.
- Paksi B.. (2000): *A „lázadó értelmiség” szigete. Kutatási beszámoló az „Egy speciális populáció szenvedélyszer használata – Pepsi sziget 2000” kutatásról*. (Kézirat.)
- Paksi B. (2003a): A drogfogyasztás prevalencia értékei. In Ritter I. – Felvinczi K. (szerk.): *Jelentés a magyarországi kábítószerbelyezetről*. Budapest, Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium. 53–72. p.
- Paksi B. (2003b): *Drogok és Felnőttek*. Budapest, L'Harmattan Kiadó.
- Paksi B. – Demetrovics Zs. (1999): A drogepidemiológia jelenlegi helyzete Magyarországon. Helyzetértékelés, célok, problémák és lehetőségek a Nemzeti Drogstratégia kapcsán. *Szenvedélybetegségek*, 7 (1): 14–27. p.

- Parrott, A. – Morinan, A. – Moss, M. – Scholey, A. (2004): *Understanding Drugs and Behaviour*. West Sussex, John Wiley & Sons Ltd.
- Peroutka, S. J. – Newman H. – Harris, H. (1988): Subjective Effects of 3,4-Methylenedioxyamphetamine in Recreational Users. *Neuropsychopharmacology*, 4, 273–277. p.
- Piercey, M. F. – Lum, J. T. – Palmer, J. R. (1990): Effects of MDMA („ecstasy”) of firing rates of serotonergic, dopaminergic, and noradrenergic neurons in the rat. *Brain Research*, 526, 203–206. p.
- Rácz J. (1985): Sajátos szubkulturális milióban jelentkező drogfogyasztás példája: egy aluljárós csoportosulás narkotikus szokásai. *Alkohológia*, 16 (2), 8–19. p.
- Rácz J. (1989): *Ifjúsági szubkulturák és fiatalkori „devianciák”*. Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság.
- Rácz J. (1999): *Addiktológia. Tünettan és intervenciók*. Budapest, HIETE Egészségügyi Főiskolai Kar.
- Rácz J. – Hoyer M. (1995): „Pörgés” és „punnyadás” I–III. Alkohol- és droghasználók szociálpszichológiai és etnográfiai vizsgálata a Jereván lakótelepen. *Addictologia Hungarica*, (4), 244–250. p. (5), 331–336. p. (6), 414–421. p.
- Rácz J. – Máthé-Árvay N. – Fehér B. (2003): Kezelésre jelentkező és „utcai” injekciós droghasználók kockázati magatartásainak és kockázatészlelésének jellemzői. Előzetes eredmények. *Addiktológia*, 2 (3–4), 370–388. p.
- Rácz J. – Ritter I. (2003): Az injekciós droghasználat felmérése a „gyors helyzetfelmérés és válasz” (RAR) módszerével Magyarországon. *Addiktológia*, 2 (3–4), 305–345. p.
- Rácz J. – Vingender I. (1999): *A főbb addikciók (alkoholizmus, dohányzás, drogabúzus) szerepe Magyarországon a morbiditásban-mortalitásban és a népesség fogyasztásában. Statisztikai elemzés az Országgyűlés tájékoztatására, 1998*. Budapest, Országos Alkohológiai Intézet.
- Regier, D. A. et al. (1990): Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse. *JAMA*, vol. 264. no. 9, 2511–2518. p.
- Ritter I. (2000) (szerk.): *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. Budapest, Ifjúsági és Sportminisztérium.
- Ritter I. (2001) (szerk.): *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. Budapest, Ifjúsági és Sportminisztérium.
- Ritter I. (2002) (szerk.): *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. Budapest, Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium.
- Ritter I. – Felvinczi K. (2003) (szerk.): *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. Budapest, Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium.
- (Solowij, N. – Hall, W. – Lee, N. (1992): Recreational MDMA use in Sydney: a profile of „Ecstasy” users and their experiences with the drug. *British Journal of Addiction*, 87, 1161–1172. p.
- Szendrei K. (2002): Nem árt, ha tudsz róla. 2. Lesz-e újra gyógyszer a kannábiszból? Lesz-e Kannábisz herba a patikákban? *Gyógyszerészet*, 46, 346–347. p.
- (Wesson, D. R. – Smith, D. E. – Ling, W. – Seymour, R. B. (1997): Sedative-Hypnotics and Tricyclics. In Lowinson, J. H. – Ruiz, P. – Millman, R. B. – Langrod, J. G. (eds.): *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*. Baltimore, Williams & Wilkins 223–230. p.
- World Health Organization Regional Office for Europe (1999): *Principles for preventing HIV infection among drug users*. WHO, Copenhagen.
- Zinberg, N. E. (1984): *Drug, Set, and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven – London, Yale University Press.
- Zinberg, N. E. (2005): *Függőség és Kontroll. Drog, egyén, társadalom*. Budapest, Nyitott Könyvműhely Kiadó – NDI.
- Zinberg, N. E. – Jacobson, R. C. (1976): The Natural History of „Chipping”. *American Journal of Psychiatry*, 133: 1, 37–40. p.



**Pikó Bettina**

## **A SERDÜLŐ- ÉS IFJÚKORI FÜGGŐSÉG BIOLÓGIAI, PSZICHOLÓGIAI ÉS SZOCIOLÓGIAI ÖSSZEFÜGGÉSEI**

### **Az egészség ökológiai megközelítése**

Az addiktív viselkedés, azaz a függőség pszichoszociális szerepének megértését jelentős mértékben elősegíti az egészség, a betegség és az alkalmazkodás, az adaptáció *ökológiai modelljének* bemutatása. Ez a modell a humánökológia rendszerszemléletéből indul ki, és az ember, valamint az őt körülvevő biológiai, pszichikai és társadalmi környezet közötti kölcsönös kapcsolatból, egymásra hatásából vezeti le az egészséget és a betegségfolyamatokat (Pikó, 2004a).



A humán szervezet, azaz az ember állandó, kölcsönös kapcsolatban áll a környezetével, onnan mindenféle hatások érik, amelyek viselkedésváltozásra készítetik. Ezeket a behatásokat, „inputokat” *Selye János* nyomán *stresszorok*nak nevezhetjük. A bemeneti tényezők fizikai, biológiai vagy pszichoszociális természetűek lehetnek. Ám akármilyen eredetűek is, a humán szervezet ugyanolyan idegi-hormonális változásokkal fog rájuk reagálni, ami magának a stresszfolyamatnak a lényege. Ezt a folyamatot GAS-nak (General Stress Adaptation Syndrome), általános stresszadaptációs szindrómának nevezzük. Az „output”, azaz a következmények szintjén attól függően jelentkeznek elváltozások, betegségfolyamatok, hogy milyen az *adaptáció*, azaz milyen sikeres a stresszel való megbirkózás.

Itt tehát a viszonylagos egyensúly képviseli az egészség fogalmát, amelynek a sikeres adaptáció az előfeltétele. A modell a betegséget az egyensúly megbomlásából eredezteti. Az egyensúly dinamikus, folyton változó jellegű, hiszen a környezettel megvalósuló állandó kölcsönkapcsolat időről időre próbára teszi, kikezdi: mindez folyamatos viselkedési kihívásként jelenik meg az ember számára. Az ökológiai modell ugyanakkor rávilágít az egyensúly és a harmónia fontosságára, és, meghaladva az egészség *biomedikális* meghatározottságát, a betegségmentesség helyett az élet minőségének ad prioritást.

A modernizáció gyökeres változást hozott az emberek életmódjában, egészséghez, betegséghez és kockázatokhoz való viszonyulásában. A felgyorsult életritmus és az át-

értékelődött szociokulturális normarendszer és világgép jelentősen megnehezíti a folytonosan változó környezethez való alkalmazkodást. Ennek hatására megsokszorozódtak az adaptációs problémák és a deviáns magatartásformák. A stresszorok száma megnőtt, és jellegzetességük átformálódott, egyre inkább eltolódott a pszichoszociális stresszorok irányába. Nem véletlen, hogy a stressz kutatások ma leggyakrabban pszichológiai és más társadalomtudományi területeken fordulnak elő, hiszen a modern társadalomban a stresszfolyamatok pszichikai és társadalmi szempontjainak megismerése jelenti a legfőbb tudományos kihívást.

A modernizációt kísérő egyik legfontosabb változás, hogy megszűnt az egységes világgépet biztosító általános érvényű értékrendszer. A modern társadalomban számos individualizált értékrend és világgép keveredik, amelyek száma a multikulturális társadalmak kialakulásával még inkább növekedni fog. Mindez nemcsak értékek és gondolkodási rendszerek gyakoribb ütközését vonja maga után, hanem az interperszonális konfliktusok, azaz stressz keletkezését is. Az alkalmazkodás tehát egyre nagyobb kihívás a modern kor embere számára, s ha adaptációs kapacitása elégtelennek bizonyul, az ökológiai egyensúlya felborul, ami számos következménnyel jár együtt.

## Adaptáció, coping és addikció

Hogyan jelenhetnek meg ebben a folyamatban az addiktív viselkedésformák? Az adaptáció fontos eleme a konfliktusokkal való megbirkózás, azaz *coping*, amelynek segítségével az ember megpróbálja a megbomlott pszichikai egyensúlyát helyreállítani. A konfliktus-megoldási módszerek azonban nem mindig eredményesek, gyakran előfordul, hogy nem segítik az adaptációt. A *coping* kifejezés nem utal a folyamat eredményességére, csupán a konfliktus kezelésének folyamatára (Pikó, 2002a).

A konfliktusmegoldási stratégiák alapvetően két csoportba tartoznak: vannak problémaközpontú és érzelemközpontú megoldási módok (Folkman et al., 1986). Míg a problémára koncentrálnak megoldási módok inkább adaptívak, hiszen közelebb visznek bennünket a valódi problémamegoldáshoz, az utóbbiak az érzelmi feldolgozásban segíthetnek. Sőt, az is lehetséges, hogy rövid távon nem is oldható meg egy konfliktus, ilyenkor a coping stratégiák célja is megváltozik, és ideiglenesen az érzelmi megoldások kerülnek előtérbe. Nézzünk néhány példát a különböző coping stratégiákra:

Problémaorientált	Érzelemorientált	Vegyes típus
Konfrontáció Tervezett problémamegoldás	Távoltítás Menekülés Dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, nyugtatók szedése Pozitív átértékelés	Társas támogatás keresése

A dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, az evési rohamok és más, izgalmi állapottal járó és függőségre hajlamosító viselkedési módok tehát inadaptív konfliktusmegoldási módok. Akár kémiai, akár viselkedési addikcióról van szó, lényege az impulzuskontroll és az önreguláció zavara, amely lényegében egy sztereotíp viselkedési mechanizmust indít be: vágy – készítés – növekvő feszültség – viselkedés/szerhasználat – feszültségcsökkenés (Németh–Gerevich, 2000:17). Az adaptáció szempontjából tehát rövid távon enyhítik a konfliktusok, stresszt generáló helyzetek okozta szorongást. Ez részben biokémiai úton valósul meg a szerekben található alkotórészek (pl. nikotin, alkohol, illetve a drogok egyes hatóanyagai), részben pedig tanult magatartási mechanizmusok révén. A drogokban lévő egyes anyagoknak ugyanis számos, pszichikailag „kedvező” hatása is van, mint például a nikotin szorongásoldó, izomlazító, agyi stimulációt okozó hatása. Ennek következtében a pszichikai hatásmechanizmus az ellazulást, a stresszoldást összekapcsolja a cigaretta biokémiai hatásaival, és később a dohányzó feltételes reflexként fogja használni ezt a jelenséget bármikor, ha szorongásoldásra, feszültségcsökkentésre lesz szüksége.

Az egymást erősítő kettős hatásmechanizmus miatt a szerekről való leszokás rendkívül nehéz. Ez igaz a dohányzás esetében is, amennyiben a rendszeres dohányzás hirtelen abbahagyásakor elsősorban pszichikai megvonási tünetek jelentkeznek, például a koncentrációs képesség csökkenése, ingerültség, idegesség. E tünetek különösen stresszhelyzetben erősödhetnek fel, hiszen a cigarettát sokan elsősorban konfliktushelyzetekben veszik elő, éppen pszichikai hatásai miatt.

Hosszú távon viszont ezek a szerek egészségkárosítóak és egyáltalán nem segítik a viselkedéses alkalmazkodást. Sőt, éppen ellenkezőleg, a függőség a viselkedés kontrolljának hatékonyságát rontja. Ahhoz, hogy hatékony konfliktusmegoldási módokat tudjunk alkalmazni, megfelelő belső kontrollra van szükség. Minél inkább eltolódik a viselkedés a külső kontroll irányába, annál kevésbé képes az egyén a hatékony és kevésbé hatékony módok megkülönböztetésére. A függőség lényegében kényszeres viselkedés, amely tehát az egyént a viselkedési kontroll belső irányultságának feladására készíti.

A függőség – akár kémiai, akár viselkedéses formáról van szó – lényegében olyan komplex magatartási reakció, amelyben a biokémiai történések mellett az egyén pszichikai struktúrájának befolyásai, valamint társadalmi és kulturális tényezők hatásai is jelen vannak. Éppen ezért az úgynevezett *bio-pszicho-szociális modell* alapján értelmezhető, amely ezt a komplexitást jól jellemzi.

## **Az addiktív magatartás bio-pszicho-szociális modellje**

A függőség sajátos viselkedési mechanizmuson keresztül érvényesül. Mivel komplex, bio-pszicho-szociális jelenségről van szó, ezért egy-egy magatartási forma csak a biológiai, pszichikai és társadalmi okok együttes tanulmányozásával érthető meg (Pikó, 2004a). Az oki tényezők rendszere ugyanis jól illeszkedik a multifaktoriális modell keretébe, amelynek lényege, hogy egyidejűleg számos – biológiai, pszichikai és társadalmi – tényező bonyolult egymásra hatása felelős az adott viselkedés kialakulásáért.

A függőség mint komplex magatartás megértését nehezíti, hogy a tudomány az emberi viselkedés redukciójára törekszik. Márpedig akár biológiai, akár pszichológiai, akár társadalmi szintre szűkítik a vizsgálódást, a valóság és a kutatási eredmények, a tudományos előrejelzések egymástól eltérő képet mutatnak. Az emberi viselkedést ugyanis nem lehet pusztán biológiai vagy pszichológiai, vagy pedig csak társadalmi alapokon értelmezni. Az ember biológiai lény, akinek metabolikus folyamatai vannak, de egyben pszichikai lény is, akinek érzelmei-gondolatai befolyásolják élettani funkcióit, és mind emellett szociális lény is, aki az adott kultúrában és társadalmi-gazdasági környezetben próbál a mindennapi élet kihívásainak megfelelni.

Az addikciókat és más devianciákat a modern korban betegségként tartjuk számon – gondoljunk csak a mentális zavarokra, az alkoholizmusra, a drogfogyasztásra. Emiatt gyakori, hogy a komplex látásmód helyett biológiai vagy akár szociológiai redukcionizmust alkalmazunk egy-egy jelenség értelmezésénél. Főként a természettudományos világnézet alapján működő orvostudomány művelői hajlamosak arra, hogy az embert biológiai lényre redukálják, a pszichikai és szociális folyamatokat pedig csupán másodlagosnak tekintsék, amelyek ha léteznek is, semmiképpen nem sértik meg a biológiai elveket, és nem lépik át a biológiai működés határait. A megismerés így egyre inkább eltolódik a sejt szintű állapotok diagnózisa felé, a pszichikum és a társadalom pedig ebbe a keretbe alig fér bele. Ugyanilyen egyoldalú azonban, ha csupán a társadalmi szempontokat vesszük figyelembe, nem törődve a biokémiai mechanizmusokkal.

### ***Biológiai-medicinális megközelítés***

Az addikciók neurobiológiai alapjai segítenek megérteni a drogkereső magatartást provokáló mechanizmusok idegéletteni folyamatát (Vandlik–Németh, 2004). A drogfogyasztás mechanizmusai ugyanis alapvetően biokémiai jellegűek, s ennek alapján a hatásmechanizmusok pontosan feltérképezhetők. A neurobiológiai háttér megismerése segít megérteni azt a jelenséget, melyet biológiai sérülékenységnek nevezünk. Mivel pedig a neurobiológiai folyamatok részben genetikailag is meghatározottak, egyben a genetikai hajlam szerepe is világossá válik. A neurobiológiai folyamatok alapja, hogy a drog fogyasztásával járó izgalom hatására meghatározott agyi területekről (ún. prefrontális kéreg) kiinduló idegi pályák elvezetnek olyan agyi területekhez, amelyek dopaminerg sejtekben segítik a dopamin felszabadulását. Lényegében tehát az idegpályák kapcsolatának funkciózavara áll be.

### ***Pszichikai és társas-lélektani megközelítés***

A függőség kialakulásában számos pszichikai tényező játszhat szerepet, alapvető jelentősége van azonban a kötődési problémáknak és a társas készségek funkciózavarainak (Pikó, 2002b). Bowlby kötődés-elmélete a korai anya-gyermek kapcsolat minőségére helyezi a hangsúlyt. Ez a kapcsolat ugyanis az interperszonális kapcsolatok „prototípusa”, a későbbi kapcsolatépítést megalapozó szociális készségfejlődés megalapozója.

A korai személyiségfejlődésben a szociabilitás szorosan összefügg az úgynevezett *endogén opiátrendszer* aktivitásával (Kulcsár, 1995), amely később, a függőségek kialakulásában fontos szerepet játszik. Az endogén opiátrendszer, amely a fájdalomcsillapításért, a nyugodt, relaxált állapotért felelős, a csecsemőkorban döntően szociális közvetítéssel működik, azaz szociális ingerlésre aktiválódik. Később fokozatosan az önszabályozás kerül előtérbe, ha azonban a korai társas érintkezés zavart szenved, ez az átállás sérül, és később is a szociális kapcsolatoktól válik függővé az ilyen egyén jóléte. A függőségre hajlamos személyiség társas kapcsolatai viszont többnyire nem töltik be ezt a várt szerepet, a túlzott, erős szociális kötődésre való hajlam egyidejűleg a szociális készség deficitjét vonja maga után. A függőségre hajlamos személy tehát erősen függ társas kapcsolataitól, túlzott szociális kötődésigénye lenne, amelyet azonban nem tud megvalósítani. A kémiai szerek segítenek feloldani ezt az ellentmondást (Pikó, 2004b).

Az anya-gyermek kapcsolat mellett a korai szocializáció épsége biztosítja a megfelelő én-identitás kifejlődését, olyan egészséges személyiség kialakulását, amely mindig az adott helyzetektől függően képes a kompetens viselkedésre. A károsodott személyiség az adaptációs nehézségek miatt nem képes bizonyos helyzetekben a kompetens viselkedésre, és visszatér arra a szintre – ezt nevezzük regressziónak –, ahol a szocializációs fejlődés megakadt. A sérült személyiségű egyének nem rendelkeznek stabil énképpel, könnyebben befolyásolhatók és kerülhetnek deviáns csoportok hatása alá, amelyek látszólagos megoldást hoznak problémájukra, mivel a megakadt identitásfejlődésük kiteljesítésének illúziójával kecsgettik őket. A deviáns csoportok és a függőségi magatartás így fonódik szorosan össze, amelynek alapja tehát a pszichikai funkciók korai sérülése. Számos rehabilitációs intézmény működésének célja a deviáns viselkedésre hajlamos személyiség reszocializációja, így például a droghasználók visszavezetése az adott társadalom normakeretei közé.

A társas szintű hatások mind a serdülőkori, mind pedig a felnőttkori függőségekben kiemelt szerepet játszanak, éppen a modern rítusszerepből kifolyólag. A serdülőkori szerfogyasztások legfontosabb meghatározó tényezője a kortárshatás, a kortársnyomás és ennek különböző formái. A dohányzás vagy az illegális drogfogyasztás iniciációja is legtöbbször baráti társaságban történik, egyfajta modern beavatási rítus formájában. A kortársak szerepe ezt követően a magatartás megerősítésében tovább folytatódik. Minél több szerfogyasztó barátja van a fiatalnak, annál erősebb a kortárshatás is, különösen erős az úgynevezett legjobb barát hatása (*best friend effect*). Megfigyelték, hogy a szerfogyasztó baráttal rendelkező fiatalok a legtöbb esetben maguk is fogyasztókká válnak, ha pedig egy újonnan választott legjobb barát droghasználó, ők maguk is nagyobb eséllyel szoknak rá. Mind a kortárshatásban, mind pedig a *legjobb barát effektusban* többnyire érzelmi hatások játszanak szerepet, az elfogadottság ugyanis nagyon fontos a fiatalok identitáskeresésében, ebben pedig az együtt elfogyasztott drog összekötő kapocsként funkcionálhat (Poikolainen, 2002).

### **Társadalmi-kulturális megközelítés**

A mindennapi gyakorlatban a függőségi állapotok megítélése szorosan összefügg a deviancia jelenségével (Pikó, 2002b), illetve a modern kultúra sajátosságaival (Pikó, 2003a).

Nem véletlen, hogy a mai modern társadalmakban a függőség és más devianciák számának robbanásszerű emelkedésének lehetünk tanúi. A természetes körülmények között élő ember, a biológiai lény életfeltételei teljesen mások voltak, mint a mai, civilizált kultúrákban élőké. Míg a természetes környezetben a biológiai törvények domináltak, a civilizált társadalom mesterséges környezete ezek hatását nagyrészt módosította. A mai kor emberének ehhez a megváltozott környezethez kell alkalmazkodnia. Így vált a modern lét legfontosabb kulcskérdésévé az adaptáció, amelyben a legfontosabb kihívások kétségtelenül pszichikai és szociális jellegűek. A deviáns magatartásformák elemzését ezért olyan kontextusba kell helyezni, hogy egy jelzésértékű cselekvésről van szó, lényege pedig csak akkor ragadható meg, ha megismerjük a pszichoszociális és szociokulturális összefüggéseket is.

A függőséget okozó szerekekkel való megismerkedés a legtöbb esetben serdülő- vagy ifjúkorban történik. Ennek hátterében részben társadalmi-kulturális, részben társas hatások állnak. A kultúra, amelyben élünk, sajátos normatív rendszert közvetít a fiatalok felé. A cigaretta és az alkohol ebben az értelemben szimbólum, a korai szexuális aktivitáshoz hasonlóan a felnőttek szabad világát szimbolizálja, amelyek a gyermekek számára még nem megengedettek. E tevékenységekkel a serdülők átmenetileg átélhetik a felnőtt státust, emiatt rendkívüli mértékben csábító számukra a megszerzésük. A média, a felnőttek viselkedése ezt a szimbólumrendszert folyamatosan fenntartja, sokszor tudomást sem véve a szerek ilyen értelmezési keretének létezéséről. A dohányzás, az alkohol- és az illegális drogfogyasztás egyben beavatási rítusok, a modern társadalom szimbólumrendszerének elsajátítása, amely – a hagyományos közösségképző erők és rituálék hiányában – elősegíti a társas kapcsolatok építését.

A drog szimbólumrendszere szintén alátámasztja a függőségek kulturális elméletét (Hoyer, 2000; Pikó, 2002b). A 60-as évek virágkorában divatba jövő LSD alkalmazásával a belső meditációs élményeket kívánták a használók fokozni. A misztikus élmények megtapasztalásának igénye szorosan összecseng a modern kor transzcendencia hiányával. Az élménykeresés, az unalomból és a mindennapok szürkeségéből való kiszakadás rendkívül gyakori indíték a drogfogyasztás elkezdéséhez. Az úgynevezett *acid-party* (acid = sav, az LSD-re utal) a folyamatos zene és tánc együttes élményéhez, úgynevezett pszichedelikus élményhez juttatja a résztvevőket. A „partiélmény”, a beavatottság átélése egyértelműen utal az archaikus társadalmak rituális szellemiségére, illetve modern korunkban ennek hiányára, a szürkeség és fásultság elidegenedett világára, aminek ellensúlyozására ezek a partik létrejöttek. De vajon nem korunk jellemző tünete az is, hogy az új rituálék csak az egyén személyiségének feladását követelő önpusztításban ölthetnek testet?

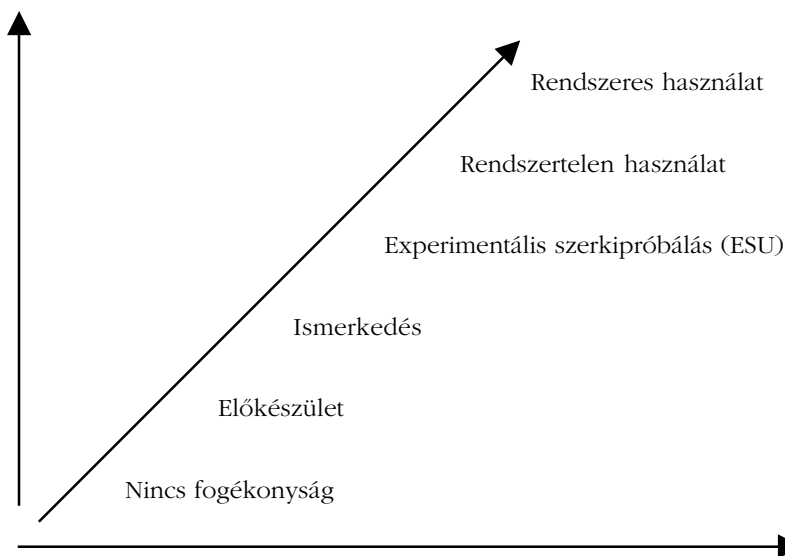
A partiélmény célja ugyan a feloldódás, azonban a személytelenség miatt valójában nem vezet valódi kapcsolatépítéshez, annak csak az illúzióját vetíti elő. A modern korban a társas kapcsolatok elsorvadása, az elidegenedés, a szociális készségek deficitje és a következményes társas támogatás hiánya alaptünet. A bizalmon alapuló közösséget a függőséget előidéző, az autentikus élményeket mesterségesen imitáló drogok hivatottak a drogfogyasztó számára ideig-óráig pótolni.

Napjainkra egyre inkább az amfetaminszármazékok váltják fel az LSD-t. A stimulánsok szedése azonban a kezdeti szubkultúra kereteit szétfeszítve napjaink fogyasztói kultúrájába integrálódott, hiszen szervesen illeszkedik a felpörgetett életstílus, az izgalmak, kalandok, élmények folyamatos keresése, a „mának élés” társadalmi normáihoz. A nárcisztikus, hedonizmusra hajló személyiség napjaink egyik szocializációs terméke, ami szintén a stimuláns szerek szimbólumvilágának értelmezését támasztja alá.

## Az addiktív viselkedés fiataalkori iniciációjának jelentősége

Az addiktív viselkedés tehát szorosan kapcsolódik az adaptációs folyamatokhoz. Ez serdülőkorban különösen szembetűnő. Az epidemiológiai kutatások azt igazolják, hogy a szerfogyasztás kipróbálása leggyakrabban serdülőkorban történik. Kimutatható például, hogy a felnőtt lakossághoz képest a serdülők nagyobb számban dohányoznak, és jelentős részük a későbbiekben is folytatni fogja azt. Leggyakrabban 12-13 éves korban történik a dohányzás és az alkoholfogyasztás iniciációja, a drogkipróbálás pedig kicsit később, 15-16 éves kor körül csúcsonod ki (Pikó, 2001). A serdülők szerhasználati spektrumában két jól elkülöníthető csoport azonosítható. Vannak, akik csak társaságban, „buliban”, a szórakozás kellékeként, tehát alkalmasszerűen dohányoznak, illetve fogyasztanak alkoholt és drogot, míg a másik csoportba a napi rendszerességgel fogyasztó fiatalok tartoznak, akik körében a függőség is megjelenik. Ebben a csoportban lényegesen gyakoribbak a pszichopatológiai jelenségek, a depresszió, a szorongás és más magatartási zavar.

A szerfogyasztás kipróbálásától a függőségig tartó állapotok lényegében egy folyamatot tükröznek.



*A kockázati magatartás kialakulása mint folyamat (Wills–Pierce–Evans 1996 nyomán)*

A szerfogyasztás különböző – a szer kipróbálásától a függő magatartásig terjedő – stádiumaiban növekvő rizikófogékonyságot tapasztalunk. A vizsgálatok azt mutatják, hogy viszonylag nagyszámú tinédzser próbálja ki a dohányzást, az alkohol- és drog-fogyasztást, közülük azonban nem mindenki válik függővé. Az úgynevezett experimentális kipróbálás (ESU, Experimental Substance Use) időszakában lehet a legsikeresebben megelőzni a függőséget, a dependencia kialakulását követően már másfajta módszerek válnak szükségessé a leszokás segítésében. Ez a megközelítés lehetővé teszi azt is, hogy elkülönítsük a valóban deviáns viselkedést tükröző fogyasztási szokásokat a korai fázisoktól, amelyek inkább a serdülőkor sajátosságaival magyarázhatók. Sokkal súlyosabbnak kell megítélnünk ugyanis a problematikus és diszfunkcionális viselkedéssel (pl. erőszak) társuló kockázati magatartást, mint az experimentális kipróbálást. Bár a prevenció akkor működik a leghatékonyabban, ha a kipróbálást is sikerül megelőzni, viszonylag sok fiatal próbálja ki a cigarettát, az alkoholt és valamilyen illegális drogot anélkül, hogy ez diszfunkcionális magatartással járna együtt. Mindezekből az is következik, hogy más-más egészségfejlesztési stratégia járhat sikerrel a kipróbálók, a rendszeres fogyasztók és a deviáns fiatalok körében.

A csoportképződés, a csoporthatások különösen fontosak serdülőkorban. De vajon miért tudnak egyesek ellenállni a csoporthatásnak, míg mások automatikusan azonosulnak a normatív attitűdökkel és viselkedési mintákkal? Lényegében az attitűdök, normák és személyiségjegyek kölcsönhatása alakítja ki a konformizmus mértékét. Bár a szerfogyasztás elterjedésében a szociális hatás az elsődleges, igen nagy egyéni különbségek vannak a fogékonyság tekintetében. Vannak úgynevezett *magas rizikójú fiatalok*, akik fokozottan érzékenyek a szociális befolyásokra. Ahogy arról már volt szó, egyes személyiségjegyek, így például az alacsony önbizalom vagy az én-hatékony viselkedés képességének hiánya fokozottan érzékennyé teszi a fiatalokat a kortárshatásra. A csoportbefolyásolásnak való engedelmesség, a csoportkonformizmus adaptációs célokat is szolgál, hiszen a közös viselkedési elemek segítségével a csoporttagok elfogadottsága és így a fiatalok önbizalma nő (Pikó, 2004b). Az egészséges önbizalommal rendelkező fiataloknak ilyenfajta megerősítésre nincs szükségük, ezért könnyebben tudnak nemet mondani az elutasítás okozta érzelmi megrázkódtatás nélkül.

## **Fiatalkori problémaviselkedés szindróma**

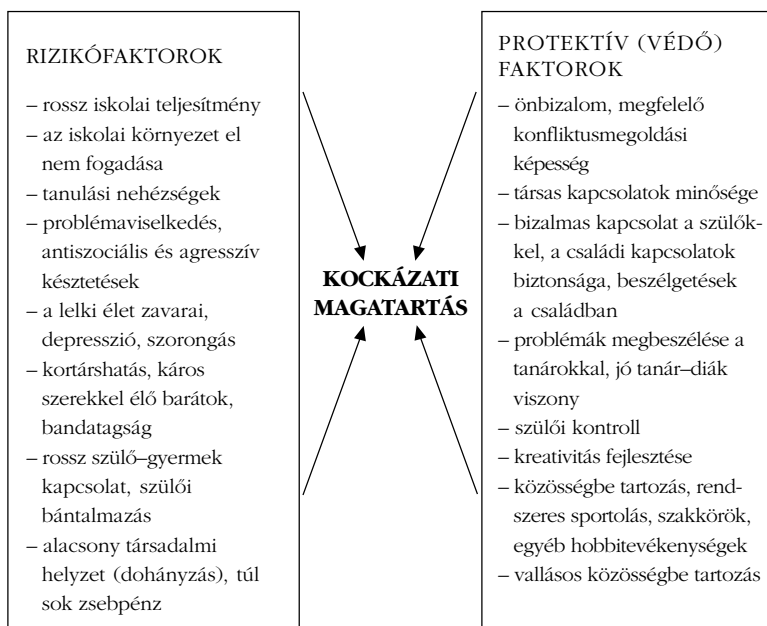
A *fiatalkori problémaviselkedés szindróma* lényege, hogy serdülőkorban az addiktív viselkedésformák, valamint más, az egészségre kockázatos magatartások szorosan összefüggnek egymással, és egyfajta *tünetegyüttest* hoznak létre. A tünetegyüttesre és a problémaviselkedés elemeire, valamint háttértényezőinek elemzésére Jessor (1993) hívta fel a figyelmet. A szindróma magában foglal agresszív, antiszociális viselkedést, iskolai beilleszkedési és tanulási nehézségeket, dohányzást, alkohol- és drogfogyasztást, korai és nem védekező szexuális aktivitást, valamint pszichés zavarokat. A problémaviselkedés gyakran túllépi a konvencionális társadalmi normákat, ezért is értékelhetjük társadalom problémaként, sőt nemegyszer devianciaként. Két jól elkülöníthető megnyilvánulási formát ölthet: *externalizált* (életvezetési problémák, antiszociális,



normasértő vagy erőszakos, agresszív kitörések, drogfogyasztás), illetve *internalizált* (szorongás, visszahúzódás, alacsony önértékelés, depresszió) formát. A két irány jellegzetes nemi különbségeket is mutat: míg a lányok hajlamosabbak internalizálni a problémákat, a fiúkra inkább az externalizálás jellemző. Mindemellett a két irány között is nemegyszer igazolható igen szoros kapcsolat, hiszen ezért is alkotnak közös tünetegyüttest. A magatartásformák szoros kapcsolatának háttérében közös gyökerű rizikóstruktúra áll. Ez részben pszichoszociális faktorokat, részben pedig fokozott genetikai-biológiai sérülékenységet jelent. A rizikóstruktúra mellett azonban ugyanilyen fontos az úgynevezett protektív tényezők struktúrája is, amit Jessor is hangsúlyoz (Jessor et al., 1995). A problémaviselkedés kialakulásában lényegében a rizikó- és a védőfaktorok egyensúlyának megbomlása áll. Ahhoz, hogy befolyásolni tudjuk a fiataalkori problémaviselkedés tünetegyüttesének kialakulását, ismernünk kell a legfontosabb rizikó- és protektív faktorokat. Olyan elméleti keret szükséges ehhez, amely megfelelő alapot biztosít a tényezők szerepének tisztázásához. Ez az elméleti keret az úgynevezett *rizikó- és protektív elmélet*.

## Rizikó- és protektív elmélet

A rizikó- és protektív elmélet tehát megfelelő elméleti keret a problémaviselkedés elemzéséhez, és ezen belül a függőséghez vezető magatartásformák lényegének megértéséhez.



Nézzünk néhány fontos pszichoszociális rizikótényezőt, amelyek a függőséghez vezető szerfogyasztás kialakulásában fontos szerepet játszanak. Kiváló áttekintést adnak ehhez a már idézett Jessor munkái (Jessor, 1993; Jessor et al., 1995), McArdle kutatásai (McArdle és mtsai, 2000), Hawkins, Catalano és Miller (1992) összefoglaló munkája, Petraitis tanulmánya (Petraitis et al., 1995), valamint Gilvarry (2000) irodalmi áttekintése. Hazai viszonylatban is történtek vizsgálatok a rizikó- és protektív tényezők feltekerképezésére (Gerevich–Bácskai, 1994; Pikó, 2000a; Pikó–Fitzpatrick, 2002).

A rizikótényezők között a rossz iskolai teljesítmény okozta kudarcok és frusztráció gyakran igazolható, amelynek következtében az iskolai környezettel való konfliktusos viszony, az iskolai értékrend el nem fogadása következhet be. Ha ezt a folyamatot nem sikerül megszakítani, egy önmagát fenntartó kör alakul ki, amely a tanulmányi eredmények további romlását okozza, és alacsony tanulási motivációhoz vezet. Dohányzással és drogfogyasztással kapcsolatban gyakran felbukkan az iskolai kudarc jelentősége. Mind a tanulási nehézségek, mind pedig a káros szenvedélyek szoros kapcsolatot mutatnak antiszociális és agresszív magatartási elemekkel.

A családi konfliktusok, rossz viszony a szülőkkel vagy a szülők között, a bizalom hiánya a családban vagy a szülői bántalmazás szintén szorosan összefonódik a problémaviselkedéssel, annak bármely válfajáról is legyen szó. A családon belüli bántalmazás különösen elősegíti a serdülőkori depresszió, s ezzel összefüggésben egyéb pszichés, magatartási és tanulási zavar, valamint függőséghez vezető szerfogyasztás kialakulását. A családi struktúra felbomlása is hajlamosíthat a gyermekek életvezetési zavaraira, problémaviselkedésére. A családi hatás azonban más módon is megnyilvánulhat, így a társadalmi-gazdasági hatásokban is: a szülők hiányos műveltsége, illetve alacsony iskolai végzettsége, valamint a társadalmi *depriváció* is sok esetben meghatározó a gyermekek viselkedési zavarainak kialakulásában. Ez persze nem jelenti azt, hogy magasabb iskolai végzettségű és jobb anyagi helyzetben élő szülők gyerekei körében ne fordulna elő szerfogyasztás. Ez az összefüggés a szülők társadalmi helyzetével inkább egy U-alakú görbével jellemezhető, amennyiben a szerfogyasztás (különösen az alkohol- és a drogfogyasztás, a dohányzás kevésbé) gyakori a magas társadalmi helyzetű, önmagukat felső vagy felső-közép osztályba soroló fiatalok körében (Pikó, 2000b).

A családi kapcsolatok mellett a serdülőkorban válik fontos szocializációs tereppé a kortárs csoportokból álló társas *network*. A legtöbb vizsgálat rámutat a kortárs csoportok, különösen a deviáns kortárs csoportok, a „bandák” szerepére, főként a problémaviselkedés bizonyos fajtáival, így a káros szenvedélyekkel – alkohol- és drogfogyasztás, dohányzás –, valamint az agresszív, antiszociális és normasértő viselkedéssel kapcsolatban.

A protektív tényezők csoportjában a személyes tényezők között első helyen szokás megemlíteni az önbizalmat, valamint az én-hatékony viselkedést, amely az egészséges személyiségfejlődés mutatója. Az egészséges, stabil önbizalommal felvértezett fiatal képes megbirkózni a konfliktusokkal és ellenállni a káros szenvedélyek csábításainak. Ennek eredményeként nemcsak a pszichikai problémák, identitászavarok, hanem a káros szenvedélyek kockázata is lényegesen alacsonyabb közöttük a sérült önbizalommal rendelkező fiatalokéhoz képest.

Az egyéni személyiségjellemzők mellett igen lényegesek a társas hatások különböző formái is. Míg a kortársakkal eltöltött idő inkább a káros szenvedélyek kipróbálásának ked-

vez, a családi együttlét egyértelműen a káros szenvedélyek és egyéb problémaviselkedések ellen hat. Az externalizáló irányú problémaviselkedés melletti szülői kontroll csökkenti a túlzott alkoholfogyasztást és a drogfogyasztás kipróbálását. A másik jelentős protektív intézmény az iskola: a tanárok a serdülők számára a másik releváns felnőttkapcsolatot jelentik. Az iskola mint társas aréna számos öröm forrása lehet a fiatalok számára, és megvédheti őket maga a környezet vagy az itt zajló társas tevékenységek (pl. sport, szakkörök, kreatív klubok) révén. A közösségi erő mint a társas támogatás egyik megnyilvánulása éppen a szociális készségek fejlesztését teszi lehetővé, amely segíthet a káros szenvedélyek megelőzésében. A kötődés, az elkötelezettség, a részvétel mind protektív hatású, tehát a drogfogyasztás ellen ható tényező (Gerevich–Bácskai, 1994).

## **Szabadidő-struktúra és szerfogyasztás**

A függőséget befolyásoló tényezők között a szabadidő eltöltése annyira speciális szerepet játszik a fiatalok életében, hogy ezzel a témakörrel külön alfejezetben érdemes foglalkozni.

A szabadidő eltöltésének módja az életmód meghatározó eleme. Serdülőkorban különösen nagy annak jelentősége, hogy a fiatalok mivel töltik ki szabadidejüket, hiszen ez befolyásolja társas kapcsolataik alakulását és a káros szenvedélyekhez való viszonyukat, sőt hosszú távon egészségüket is. A modern társadalomban ennek még nagyobb a jelentősége, hiszen sokkal több szabadidő áll rendelkezésre, mint korábban bármikor, emellett pedig a korábbinál szélesebb spektrumot ölelnek fel a szabadidő eltöltésének módjai is: a fogyasztói társadalom normáinak és értékrendjének megfelelően szélesedik a formai és tartalmi kínálat. A szabadidő eltöltésének ilyen módon megváltozása számos csapdahelyzetet és veszélyt hordoz magában, hiszen a fiatalok ízlésvilágát és értékrendszerét a fogyasztói társadalom a maga képére alakítja (Furlong–Cartmel, 1997).

A szabadidő eltöltésének módjait alapvetően meghatározza, hogy abban a kortársak vagy felnőttek által alakított formákról van-e szó. Serdülőkorban a kortárskapcsolatok válnak meghatározóvá az identitásfejlődés szempontjából, ami fontos és nélkülözhetetlen folyamat, azonban elősegíti az egészségkárosító magatartásformák – dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás – kipróbálását is. Ezért lényeges, hogy a kortársakkal eltöltött szabadidőn kívül családi vagy iskolai kereteken belül szervezett szabadidős programokban is részt vegyenek a fiatalok, s ezzel egyensúly alakuljon ki a kortársakkal eltöltött idő és a releváns felnőttkapcsolatok között. A hobbitevékenységek, a számítógépes játékok, a szakkörök – megfelelően szervezve – a fiatalok kreativitását fejlesztik, elősegítik a közösségképződést, a csoportmunkát. Az unalom viszont a rizikómagatartások felé terelheti a fiatalokat, akik élményigényüket próbálják meg így kielégíteni.

Saját vizsgálatunkban jól elkülönült a főként kortársakkal összefüggő úgynevezett fogyasztásorientált szabadidős faktor, a kulturális tevékenységek faktora, a konvencionális szabadidős faktor, valamint a technicizált/élménykereső forma (Pikó–Vaszonyi,

2004). Amint azt neve is jelzi, a *fogyasztásorientált szabadidős faktorban* fontos szerepet játszik a bulizás, bevásárló központok körüli sétálgatás, a „plázázás”, a zenehallgatás, a diszkóklubok látogatása, barátokkal csevegés. A második faktorban a zene, a színház, a mozi, az olvasás szerepel. A *konvencionális szabadidős faktor* a sport és olvasás mellett olyan tevékenységeket is magában foglalt, mint a vallásos összejövetelek látogatása vagy házimunka végzése. A negyedik forma pedig a TV, videó mellett főként a számítógépezést foglalta magában, de idetartozott még a hobbitevékenységek köre és némi sport is.

E szabadidős formák szorosan összefüggnek a káros szenvedélyekkel, tehát a szabadidő struktúrája a függőséghez vezető magatartásformák számára sajátos keretet alkot. Az úgynevezett *strukturálatlan szabadidő*, azaz amit a fiatalok kevésbé szervezeten, leggyakrabban a kortársakkal együtt, céltalan „csavargással”, beszélgetéssel, esetleg zenehallgatással töltenek, együtt jár a függőséget okozó szerek gyakoribb kipróbálásával. Ennek valószínűsége tovább nő a fogyasztásorientált szabadidős tevékenységekkel, mint a „bulizás” vagy a bevásárlóközpontok látogatása. E tevékenységek ugyanis az élvezetek iránti vágyat elégitik ki, amely lényegében közös gyökerű a káros szenvedélyekkel.

Ugyanakkor vannak olyan szabadidős elemek, amelyek protektív hatást gyakorolnak a káros szenvedélyekkel szemben. A strukturált szabadidő, a mindennapi élettevékenységek keretének megfelelő megtervezése nemcsak a fiatalok esetében segíti a személyiség koherenciáját, hanem később, felnőttkorban is. Időskorban különösen fontos a megfelelő, élményt és értelmet adó tevékenységek megtalálása, ami a testi és lelki egészség, valamint az egészséggel összefüggő magatartásformák szempontjából is alapvető fontosságú. A fiatalok esetében az iskola mellett más intézmény és informális csoport is betöltheti ezt a szerepet. Látnunk kell, hogy önmagában a kortárs-csoportok nem feltétlenül jelentenek megnövekedett rizikót. Sőt, éppen ellenkezőleg; a serdülőkori identitás fejlődéséhez éppen az jelenti az áttörést, hogy a fiatalok képesek megfelelő kapcsolat kialakítására a kortársakkal. A kortárshatás megtapasztalásának hiányában, a későbbi életkorokban fokozott kockázattal kell számolni különböző pszichopatológiai tünetek megjelenésével.

A szabadidő eltöltése és a káros szenvedélyek közötti összefüggés szempontjából a hobbitevékenységnek és más, kreatív tevékenységeknek különösen fontos védő hatásuk van. A vallásos összejövetelekkel kapcsolatban többrétű védőhatás is igazolható, de ez is szorosan összefügg a közösségi érzés kifejeződésével és a szociális készségek javításával. Mindemellert a késői serdülőkorban, annak ellenére, hogy a kortárs-csoportok válnak az elsődleges szocializációs tereppé, egyfajta kiegyensúlyozottság jön létre a felnőtt kapcsolatok és a kortárs-csoportok között. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy bizonyos tevékenységek során az előbbieket kerülnek előtérbe, míg más esetben az utóbbiak dominálnak. A kiegyensúlyozottság megalapozza az egészséges személyiségfejlődést és a függőségek megelőzését. Mindez azt igazolja, hogy a különféle tevékenységek önmagukban nem járnak kockázattal növekedéssel, csupán adott kontextusban válnak, válhatnak kockázati tényezővé. A kiegyensúlyozottság, a szabadidő megtervezettsége és szervezettsége a lényeges strukturális keret, amely kihat egyéb magatartási döntésekre is.

## Magatartás és attitűdök

Mielőtt rátérnénk a megelőzés szociológiai szempontjaira, meg kell ismerkednünk azokkal a modellekkel, amelyek a magatartás és az attitűdök kapcsolatával foglalkoznak. Az előzőekben ugyanis olyan modelleket, programokat ismerhettünk meg, amelyek az attitűd formálásán alapulnak, s láthattuk, hogy a konkrét viselkedés mindig egyéni magatartási döntések eredménye. Az attitűdökre hatva azonban megnő annak esélye, hogy az egyén választása kedvező irányba mozdítható.

A szociálpszichológiában nagy jelentőséget tulajdonítanak az attitűdöknek mint a magatartást befolyásoló tényezőknek. A függőségeket okozó magatartásformák vizsgálatánál is kiemelt témakört jelentenek az attitűdök, hiszen a magatartási döntéseket megalapozó szempontrendszerrel van szó (Pikó, 2001). Attitűd és magatartás egymást kölcsönösen és kétoldalúan befolyásoló jellemzők, amelyek folytonosan alakítják egymást. A leggyakoribb hiba ezzel kapcsolatban, amikor az attitűdök megismeréséből a magatartásra irányuló tökéletes előrejelzést várunk. Ez ritkán bebizonyosodhat ugyan, azonban az attitűdök általában a magatartási döntést alakító szempontoknak csupán egyik elemét jelentik, ezért a megfelelés sohasem teljes. Ezt figyelembe véve azonban megállapítható, hogy az attitűdök és az általuk befolyásolt várható viselkedésbeli következmények számos olyan modellben szerepelnek, amelyek a magatartási döntéseket elemzik. Ezek a következménymérlegelésen alapuló modellek jelentősen hozzájárultak ahhoz, hogy megértsük az attitűdök jelentőségét és korlátjait a viselkedések előrejelzésében. Megismerve az attitűdök elemeit és alapidimenzióit, megtalálhatjuk a magyarázatot arra a kérdésre, hogy miért lehet csak szubjektív módon viszonyulni az attitűd-magatartás kapcsolat valószínűségi modelljeihez. Ugyanakkor azt is látni fogjuk, hogy e modellek mégis hasznosíthatóak a magatartási döntéseket befolyásoló bonyolult szempontrendszer elemzésénél.

Az attitűdök *per definitionem* olyan értékelő beállítódások, viszonyulási minták, amelyek a múlt tapasztalataiból formálódnak és nyernek önálló alakot. Magukban foglalhatnak érzelmi reakciót, véleményt, de választási preferenciát is (Pikó, 2001; Weber, 1992). Az attitűdök kialakításánál elsődleges cél, hogy a múlt tapasztalatait összegezve, a már megélt tapasztalatokból olyan hasznos értékelési keretet tudjunk létrehozni, amelyek elősegítik cselekvési döntéseinket. Lényegében tehát egy tanulási folyamatról van szó, amelyben passzív és aktív elemek egyaránt fellelhetők. Az aktív folyamat során mi magunk keresünk olyan információt, amely meglévő attitűdjeinket erősíti, vagy pedig segít az eredetitől eltérő irányba terelni őket. Ez is azt igazolja, hogy a magatartás és az attitűdök között kétirányú kapcsolat van, azaz kölcsönösen alakítják egymást. Az attitűdök előkészítik a magatartást, az átélt cselekvés pedig formálja attitűdjeinket.

Az attitűdök, azaz értékelő vélekedések általában három alapidimenzióra bonthatók. A *kognitív elem* olyan tudati konstrukciókból vagy vélekedésekből áll, amelyek hátterében ismeretek, információk állnak. Ha rendelkezünk azzal az ismerettel, hogy például a dohányzás tüdőrákot okoz, vagy a rendszeresen túlzott mértékben fogyasztott alkohol májzsugorhoz vezet, segít a dohányzás, illetve az alkoholfogyasztás elleni negatív attitűdök kialakításában. Az információ tartalmazhat olyan elemeket is, amelyek ismerőseink függőséggel kapcsolatos magatartásaira utal. Ez persze nemcsak a nega-

tív attitűdök formálódásában mutatkozik meg. Ha tapasztalataink arról győznek meg, hogy a drogfogyasztás segít abban, hogy egy meghatározott közösségbe illeszkedjen valaki, akkor az ő számára ez az információ pozitív attitűdök kiépülésében játszik közre. Valójában tehát egy olyan folyamatról van szó, amely a vélekedések, ismeretek birtokában az attitűd tárgyát hozzákapcsolja valamely pozitív vagy negatív jellemzőhöz, mint például a betegség vagy a népszerűség.

A kognitív elem mellett az attitűdök *érzelmi komponensekből* is állnak, amelyek az egyénnek az attitűd tárgyához való viszonyából, érzelmi tapasztalatából erednek. Magatartási döntéseinket ugyanis lényegesen befolyásolják az érzelmi komponensek, amelyek például a dohányzással vagy a drogfogyasztással kapcsolatban merülnek fel bennünk. Amennyiben elég erős ez az érzelmi többlet, akkor sokkal nagyobb hatást fog gyakorolni magatartási döntéseinkre, mintha csak enyhe és nem is tartós érzelem kapcsolódna hozzá. Ráadásul meg kell jegyezni, hogy a káros szenvedélyekkel kapcsolatban többnyire igen erős érzelmi vonatkozások hatnak. A dohányzáshoz, alkoholfogyasztáshoz vagy drogkipróbáláshoz társul kellemes érzések kezdetben nem is mindig a szerek hatásaival függnek össze, hanem a szerfogyasztó baráthoz, csoporthoz fűződő pozitív érzelmekkel. Az érzelmek többé-kevésbé állandósuló hatásai mellett sok hangulati elem is jelen van ezekben a kötődésekben. A cigarettareklámok, amelyek tipikusan a marketing eszközeként érvényesülnek, éppen ezeket a hangulati-érzelmi elemeket próbálják megragadni, s azon keresztül hatnak az emberekre. A serdülők pedig, különösen a lányok, ezekre az üzenetekre köztudottan fogékonyabbak, ezért az ő körükben az érzelmi töltésű cigarettareklámok növekvő hatásával kell számolni.

Végül, az attitűdök harmadik eleme a *magatartási szándék*. Ez a komponens az attitűdök következményeit is magában foglalja, mintegy válaszul a kognitív-érzelmi értékelésre. A szándék már közvetlenül előkészíti a magatartási döntést, bár még nem jelenti közvetlenül a cselekvés elindítását. Minél inkább szándékot jelez egy attitűd, annál erősebben hat, annál inkább jelent késztetést.

Bizonyos attitűdök esetében inkább a kognitív elemek dominálnak, míg másokat elsősorban az érzelmi hatások befolyásolnak, végül olyanok is vannak, amelyek közvetlenül kapcsolódnak a magatartáshoz. Ez utóbbiakat a legnehezebb befolyásolni, míg a kognitív jellegű attitűdöket racionális megközelítéssel, az érzelmiakat pedig inkább hangulati elemekkel lehet megváltoztatni. Látnunk kell azonban, hogy csupán az ismeretek biztosítása nem elég a magatartási döntések befolyásolására.

## **Magatartási modellek**

Az egészséggel összefüggő magatartásokat, így a függőséghez vezető káros szenvedélyeket befolyásoló tényezők vizsgálata alapján különböző elméletek és modellek születtek. A modellek egy része specifikusan a káros szenvedélyekhez vezető magatartást próbálja magyarázni, míg más részük olyan elmélet, amely tágabb értelemben az egészséggel összefüggő magatartást értelmezi. A modellek alapvetően a következő elméletekhez kapcsolódnak: attribúciós elméletek, kognitív modellek és szociális-kognitív modellek (Pikó, 2002a; Weber, 1992).

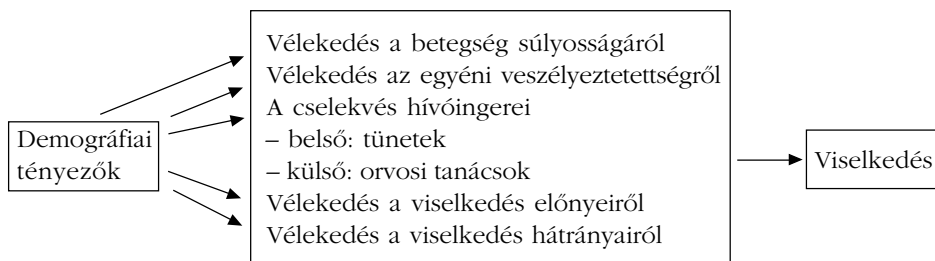
Az *attribúciós elmélet* Heidertől származik, aki szerint az emberek arra motiváltak, hogy a világot ellenőrizhetőnek, megjósolhatónak, logikusnak lássák. Az elmélet középpontjában tehát az a nézet áll, hogy minden viselkedés mögött okokat keresünk, azaz úgy tekintünk a világra, mintha annak valamennyi jelensége mindenkor és egyértelműen racionális lenne. A világot racionális szempontokból kategorizáljuk, az okokat pedig e szempontok alapján a következőképpen értékeljük: belső/külső, állandó/nem állandó, globális/specifikus, kontrollálható/nem kontrollálható. Az attribúciós elmélet alkalmazása különösen fontos a függőségek tekintetében, nem mindegy, hogy a magatartási döntéseink meghozatalánál önmagunkban, azaz a belső kontrollban hiszünk, vagy pedig a külső erőkhöz alkalmazkodunk. A megelőzés szempontjából a belső kontroll hatékonyabban segít távol tartani magunkat a függőséget okozó szerektől. A leszokás esetében azonban szintén a belső vagy a külső kontroll kérdése válik meghatározóvá, amennyiben ismét a belső kontroll segít megszabadulni a függőségtől. Ha az egyén úgy gondolja, hogy nagymértékben függ környezetétől, hajlamos arra, hogy kevésbé bízjon saját kontrollképességében. A belső kontroll viszont egyúttal a saját felelősség elismerése is, amely jó alap bizonyos viselkedési minták megváltoztatására.

Az attribúciós modellel kapcsolatban meg kell említenünk egy jelenséget, amelyet Weinstein (1999) *irreális optimizmus*nak nevezett el. A függőséget okozó szerek többnyire igen súlyos egészségkockázatot jelentenek hosszú távon. A rövid távú előnyök azonban arról győzik meg a szerfogyasztókat, hogy „megéri” nekik a fogyasztás (Pikó, 2002c). Sok esetben azt tapasztaljuk, hogy amikor már kifejlődött a baj, számos beteg akkor is ragaszkodik a szenvedélyéhez. Az érzéskületes beteg tovább is folytatja a dohányzást, a májzsugorban szenvedő alkoholistá továbbra sem mond le szenvedélyéről, és még az egészség megromlása után sem tud szabadulni a szertől a drogos – hiszen mindannyian lelkiállapotuk jobbulását „köszönhetik” szenvedélyük tárgyának. Irreális optimizmus hatja át ezeket az embereket. A jelenség lényege a torzított kockázatesztelés, amelynek során az erősen egocentrikus vélekedések segítenek feloldani azt a kognitív disszonanciát, amelyet az egyén akkor él át, ha a magatartása és ismeretei között ellentmondás van. Az ellentmondás („tudom, hogy a dohányzás vagy bármely más drog kockázatot jelent, de mégis folytatom, mert jól esik”) szorongást kelt az egyénben, melyet csökkenteni kíván.

A kognitív disszonanciát különböző önigazoló technikák segítségével oldja fel a szerfogyasztó: eltávolítja tudatából azokat a gondolati elemeket, amelyek ellentmondásosnak mutatnák vélekedéseit. Ilyen racionalizálási technika a *bagatellizálás*, amikor az egyén arról győzi meg magát, hogy nem is olyan ártalmas a szer, hiszen sokan fogyasztják, miközben semmi bajuk sincs. Egy másik jelentős és gyakran alkalmazott technika a *belső kontrollálhatóságba vetett hit*. Amint azt már korábban láthattuk, a függőség lényege éppen a viselkedéskontroll gyengülése. Minden szerfogyasztó, akár a dohányzó, alkoholistá vagy drogfogyasztó, meg van győződve arról, hogy a szer fogyasztását bármikor abba tudja hagyni, ha azt akarja. A függőség lényegét kifejező elem látszólagos eltávolítása segít a kockázat megváltozott észlelésében.

A *kognitív modellek* alaptípusa az úgynevezett *egészségbit-modell*, amely számos preventív egészségmagatartás magyarázatára szolgál, ennél fogva elsősorban a függőség megelőzésében játszhat szerepet. A modellt eredetileg annak vizsgálatára fejlesztették

ki, hogy miért nem vesznek igénybe az emberek bizonyos prevenciók lehetőségeket, például a szűrővizsgálatokat. A modell lényege, hogy különböző vélekedések alapján hozzuk meg magatartási döntéseinket, amelyben a kognitív elemek vannak túlsúlyban. Az egészséghit alapmodelljének Rosenstock szerinti elemei a következők:

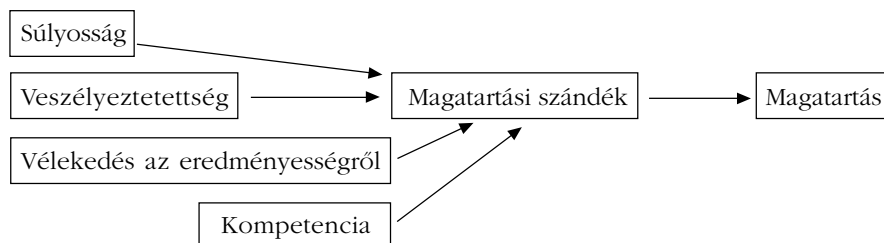


Ebben a modellben külön ki kell emelni a demográfiai elemek fontosságát a vélekedések kiformalásakor. A másik lényeges elem, amit eddig is hangsúlyoztunk, a viselkedés előnyeinek és hátrányainak mérlegelése. Ez, természetesen, az egyén adott kockázatészlelésén múlik, ha tehát ez torz, a mérlegelés is az lesz. Mindazonáltal, nem véletlenül tartozik ez a modell a kognitív elméletek közé, hiszen a magatartási döntés folyamatának kognitív jellegét tartjuk elsődlegesnek benne.

Az egészséghit-modellből indul ki, részben azt fejleszti tovább a *prevenció-motiváció-elmélet*, amely Rogers nevéhez fűződik. Ez a modell már több szempontot is figyelembe vesz, nevezetesen:

1. a kompetenciát: vagyis az én-hatékonyságot,
2. az eredményességet,
3. a probléma súlyosságát, valamint
4. az egyéni veszélyeztetettséget.

Lényegében tehát ez az elmélet a magatartási szándékhoz vezető tényezőket a motiváció szempontjából veszi számba. A betegség súlyosságán és az egyéni veszélyeztetettségén kívül az is fontos motiváló tényező, hogy mennyire tartjuk a leendő viselkedést hatékonynak, illetve eredményesnek. A *prevenció-motiváció* alapmodelljének elemei Rogers szerint tehát a következők:

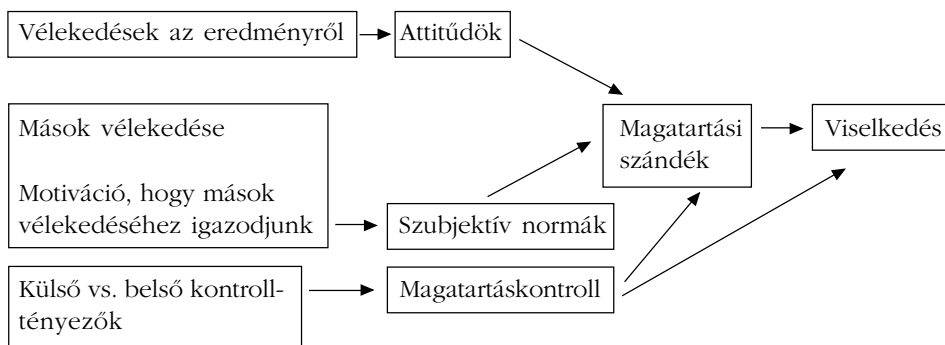




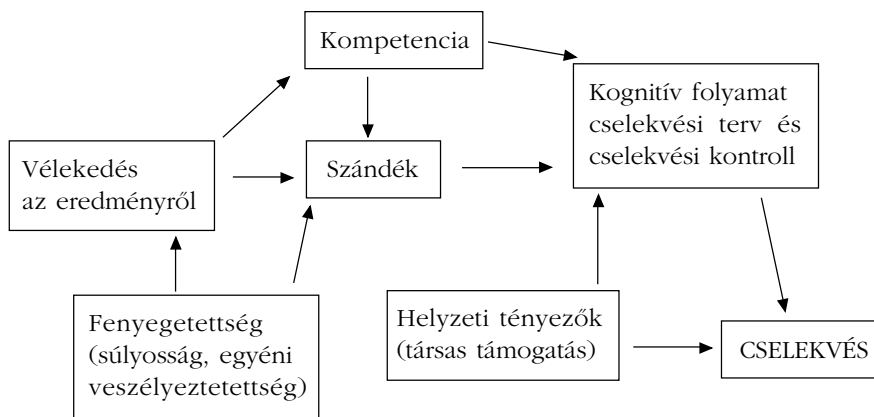
Az egészséggel összefüggő magatartásformák értelmezési evolúciójában egy következő szintet képviselnek a *szociális-kognitív* modellek, amelyek abban különböznek a kognitív elméletektől, hogy az előbbieket megpróbálják az egyént *társas kontextusba* helyezni. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a szociális-kognitív modellek az egyén magatartási döntéseit a más emberek által alkotott társas világba helyezik. Az egyént körülvevő társas világ különböző *normatív* vélekedéseket közvetít az egyén felé, aki ezekre megfelelően reagál. Ebben a modellben az egyén például figyelembe veszi azokat a normatív vélekedéseket, amelyek arról szólnak, hogy mások mit gondolnak az ő viselkedéséről. Például, az egyén ezt így érzékeli: „A barátaim szeretnék, ha felhagynék a dohányzással vagy lemondanék az alkalmi drogfogyasztásról.”

A *szociális-kognitív modellek* közül ki kell emelni a *tervezett viselkedés* koncepcióját, amely segítségünkre lehet a különböző, egészséggel kapcsolatos magatartásformák elemzésében. E modell alapja az oksági cselekvés elve, *Fishbein és Ajzen* nevéhez fűződik. A szerzőpáros az attitűd-magatartás közötti kapcsolat értelmezéséhez használta fel az *okszági cselekvés* momentumát. Az oksági cselekvés szorosan kapcsolódik attitűdjeinkhez, és mivel az attitűdök fontosak a viselkedés alakulásában, ezért hajlamosak vagyunk az attitűdjeinknek megfelelő viselkedésre. Az attitűdök formálásában döntően szociális-kognitív elemek játszanak szerepet, vagyis az, ahogyan a társas világunkat értelmezzük, ahogyan arról vélekedünk.

A tervezett viselkedés koncepciója nyilvánul meg Ajzen *tervezettcselekvés-elméletében*. Lényege, hogy a magatartási döntés valójában egy tervezés eredménye, amely meghatározott cél érdekében történik. Ebben a folyamatban a magatartás az eszköz, mégpedig a tervezett cselekvés elérésének eszköze. A tervezést több tényező befolyásolja: attitűdök, szubjektív normák, magatartáskontroll érzése stb. A modell szociális-kognitív jellege azon alapul, hogy a társas világ normatív rendszere megalapozza a kognitív vélekedéseket, és előkészíti a magatartási szándékot. A *tervezett cselekvés* ajzeni modelljének alapelemei a következők:



A tervezett cselekvéshez hasonlóan szociális-kognitív modell Schwarzer *egészségcselekvés modellje* is. Különleges hangsúlyt kap azonban ebben a modellben az én-hatékonyság, azaz a kompetencia. Az én-hatékonyság az a „motor”, amely összerendezi a társas és a kognitív elemeket, azaz megalapozza, hogy ezek az elemek a szándék nyelvére fordítódjanak át. A másik jellegzetessége ennek a modellnek, hogy az általános vélekedések rendszere mellett a konkrét szituáció elemeit is feltünteti. A konkrét szituáció, azaz a szándék megvalósulását befolyásoló elem magában foglalja a cselekvéshez vezető motivációkat. Ennek megfelelően jól elkülönül a folyamat két fázisa: a motivációs fázis és a cselekvési fázis. A motivációs fázishoz Schwarzer az eredménnyel kapcsolatos elvárásokat és a fenyegetettséget köti, amelyek a kompetencia útján állnak összeköttetésben a szándékkal. A másik fázisban a kognitív, helyzeti és cselekvési elemek helyezkednek el, amelyek ténylegesen elvezetnek a cselekvéshez, illetve bizonyos esetekben azt meg is hiúsíthatják. Schwarzer *egészségcselekvés*-modelljének alapelemeit a következő ábra szemlélteti:



Összefoglalásképpen, a magatartási modellek alapján azt állapíthatjuk meg, hogy valamennyi hangsúlyt fektet az egyén sajátos kockázatszlelésére, illetve a környezet és az egyén kapcsolódására. Ez utóbbi viszony alátámasztja azt, amit az ökológiai egészségfelfogásról mondtunk, azaz a dinamikus kölcsönhatás és az adaptáció megvalósulását. Amikor magatartási döntéseinket meghozzuk, ebben a viszonyrendszerben próbálunk eligazodni, több-kevesebb sikerrel. Láthatjuk ezekből a modellekből is, hogy a függőséghez vezető magatartásformák lényegileg adaptációs hibák. A megelőzés irányvonalainak felvázolásához ebből kell kiindulnunk, és ezt kell szem előtt tartanunk akkor is, amikor specifikus egészségfejlesztő programot vagy egészségpolitikai tervet készítünk elő.

## A megelőzés alapszemponyjai – az elméletektől a gyakorlati megvalósításig

A függőségek megelőzése komplex folyamat. Jelen zárófejezet keretében csupán az előzőek alapján levonható következtetések körvonalazására kerülhet sor. Ezzel mintegy az elméletek gyakorlati implikációinak fontosságára hívjuk fel a figyelmet.

A függőségek adaptációs zavarok, ennél fogva a legfontosabb megelőzési technika a személyiségfejlesztés. Ennek az élet minden területére folyamatosan ki kell terjednie. A konkrét ismeretek gyakorlati hasznosíthatósága a mindenkori készségek, képességek és a személyiség függvénye. Természetesen nem egymástól függetlenül kell megvalósulnia a személyiségfejlesztésnek és az egészségfejlesztésnek, hiszen ezek gyakorlatilag egymásra épülő folyamatok, egymást kölcsönösen feltételezik és befolyásolják.

Az eddigi egészségfejlesztési programoktól eltérően Forness (2003) a komplex megközelítést ajánlja, azaz a *komorbiditásból*<sup>34</sup> adódóan koherens, átfogó, a problémaviselkedést egységes rendszerben szemlélő programok kidolgozását. A stresszmenedzselési technikák, a konfliktusmegoldási vagy a szociális készségek fejlesztése ilyen komplex megközelítést biztosít, amely egyaránt érinti az internalizáló és az externalizáló problémaviselkedési formákat. A káros szenvedélyek megelőzésére irányuló programok gyakori sikertelenségét sokan azzal magyarázzák, hogy az információnyújtás mellett nem került sor a szociális és érzelmi nevelés módszereinek alkalmazására. Ebből az is következik, hogy a testi és lelki egészségfejlesztés nemcsak hogy nem választható el élesen, de nem is célravezető, hiszen a testi és lelki folyamatok összefüggését éppen a komorbiditási adatok támasztják alá (Pikó, 2003b).

A függőségekhez vezető magatartásformák elsajátítása leggyakrabban a kortárs csoportok valamely színterében zajlik. Ez az ún. „*deviancia-tréning*”, amely a viselkedés társas megerősítésén keresztül elősegíti a berögzülést. Ennek ellensúlyozásaként a megelőzés középpontjába úgynevezett *egészségtudatosság-fejlesztő tréninget* kell helyezni. Nem csupán a függőségekre kell koncentrálnunk, hanem a személyiségfejlesztésre, valamint a társas készségek fejlesztésére, például a kooperációs viselkedésminták elsajátítására és kipróbálására, közös célkitűzések és problémamegoldások begyakorlására. A csoportos foglalkozások azért is nélkülözhetetlenek, mert közben sor kerülhet az egészséggel kapcsolatos vélemények és tapasztalatok megvitatására, méghozzá olyan módon, hogy megismerésre kerüljenek az eltérő nézetek, például a dohányzásról vagy a drogokról, de ugyanígy az egészségről és a betegségről (Pikó, 2004b). A szociális készségek fejlesztése pedig hozzájárulhat ahhoz, hogy a kortárs csoportok úgy szolgálják a serdülőkori társas fejlődést, hogy a csoportbeli azonosságtudatot ne a közösen elfogyasztott cigaretta, alkohol vagy drogok táplálják. Mivel ebben az életkorban különösen jelentős a kortársak befolyása, ezért alkalmaznak sok esetben kortárssegítőket, akik olykor könnyebben megtalálják az üzenetközvetítés megfelelő hang-

<sup>34</sup> Az ún. társuló betegségek és rendellenességek „együttes előfordulása”, más néven „kettős diagnózis”. A WHO 1995-ös meghatározása szerint „valamely pszichoaktív szer használatából származó rendellenesség és egy másik pszichiátriai zavar együttes előfordulása azonos személyben”. Ezek: depresszió, fobiák, pánikbetegség, személyiségzavar, alkohol- és/vagy más kémiai szertől való függés, organikus zavarok.

nemét. A programok sikerét ezért növeli, ha a kidolgozásban és megvalósításban támaszkodunk az adaptációt sikeresen megoldó serdülők („pozitív kortársak”) véleményére és tapasztalataira (Rosenberg, 2002).

A készségfejlesztés mellett a rizikó- és protektív faktorok azonosításával olyan eszköztárat kaphatunk a kezünkbe, amelyek a hatékony megelőzést szolgálhatják. A kockázati tényezők kiküszöbölése sok esetben komoly nehézségbe ütközik, azonban még ebben az esetben is lehetséges a védőfaktorok erősítése. A protektív hatások megalapozhatják a fiatalok lelki edzettségét még abban az esetben is, ha számos rizikótényező van tartósan jelen. A mentálhigiénés szemléletű programok a gyakorlatban sikeresen működnek és jelentős eredményt érnek el, fontos azonban, hogy még jóval a középiskola megkezdése, azaz a csoporthatások jelentős megnövekedése előtt kerüljön rá sor. Csak a folyamatos, a fiatalok tapasztalataiból kiinduló, és a társas környezet sajátosságait is figyelembe vevő megelőzés lehet valóban hatékony.

## Irodalom

- Folkman, S. – Lazarus, R. S. – Gruen, R. J. – DeLongis, A. (1986): Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571–579. p.
- Forness, S. R. (2003): Barriers to evidence-based treatment: developmental psychopathology and the interdisciplinary disconnect in school mental health practice. *Journal of School Psychology*, 41, 61–67. p.
- Furlong, A. – Cartmel, F. (1997): *Young people and social change. Individualization and risk in late modernity*. Buckingham, Open University Press.
- Gerevich J. – Bácskai E. (1994): Protektív és rizikó-prediktorok a drogfogyasztás kialakulásában. *Psychiatria Hungarica*, 9, 231–240. p.
- Gilvarry, E. (2000): Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 55–80. p.
- Hawkins, J. D. – Catalano, R. F. – Miller, J. Y. (1992): Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64–105. p.
- Hoyer Mária (2000): A stimulánshasználat mint metafora. In Demetrovics Zs. (szerk.) (2000): *A szintetikus drogok világa*. Budapest, Animula. 231–238. p.
- Jessor, R. (1993): Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48, 117–126. p.
- Jessor, R. – Van Den Bos, J. – Vanderryn, J. – Costa, F. M. – Turbin, M. S. (1995): Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and development change. *Developmental Psychology*, 31, 923–933. p.
- Kulcsár Zs. (1995): *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó.
- McArdle, P. – Wieggersma, A. – Gilvarry, E. – McCarthy, S. – Fitzgerald, M. – Brinkley, A. – Kolte, B. – Johnson, R. – Quensel, S. (2000): International variations in young drug use: The role of individual behaviors, peer and family influences and geographical location on drug use in young people. *European Addiction Research*, 6, 163–169. p.
- Németh A. – Gerevich J. (2000): *Addikciók*. Budapest, Medicina Kiadó.
- Petraitis, J. – Flay, B. R. – Miller, T. Q. – Torpy, E. J. – Greiner, B. (1998): Illicit substance use among adolescents: A matrix of prospective predictors. *Substance use & Misuse*, 33, 2561–2604. p.
- Pikó B. (2001): Serdülők és fiatalok dohányzással, alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatos vélekedései: Újabb kockák a „kirakós játékhoz”. *Addictologia Hungarica*, 9, 195–203. p.

- Pikó B. (2000a): A rizikó- és protektív elméleti megközelítés alkalmazása a serdülő lányok kockázati magatartásának vizsgálatában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11, 24–30. p.
- Pikó B. (2000b): Nyertesekből vesztesek? Veszélyeztetett ifjúság a poszt-szocialista társadalomban. *Társadalomkutatás*, 3–4, 183–196. p.
- Pikó B. (2001): Smoking in adolescence: Do attitudes matter? *Addictive Behaviors*, 26, 201–217. p.
- Pikó B. (2002a): *Fiatalok pszichoszociális egészsége és rizikómagatartása a társas támogatás tükrében*. Budapest, Osiris.
- Pikó B. (szerk.) (2002b): *A deviáns magatartás szociológiai alapjai és megjelenési formái a modern társadalomban*. Szeged, JATE Press.
- Pikó B. (2002c): *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Pikó B. (2003a): *Társadalom, kultúra és lélektan*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Pikó B. (2003b): A fiatalkori problémaviselkedés szindróma magatartás-epidemiológiai alapjai és a megelőzés lehetőségei. *Psychiatria Hungarica*, 18, 208–216. p.
- Pikó B. (szerk.) (2004a): *Introduction to Medicine. Basic Principles of Behavioral Sciences and Preventive Medicine*. Szeged, University of Szeged, Faculty of Medicine.
- Pikó B. (2004b): Csoporthatások a serdülők identitás-formálódásában, kapcsolati struktúrájában és egészségmagatartásában. *Pszichoterápia*, 13, 16–22. p.
- Piko B. F. – Fitzpatrick, K.M. (2002): Without protection: Substance use among Hungarian adolescents in high-risk settings. *Journal of Adolescent Health*, 30, 463–466. p.
- Pikó, B. F. – Vazsonyi, A. T. (2004): Leisure activities and problem behaviors among Hungarian youth. *Journal of Adolescence*, 27, 717–730.
- Poikolainen, K. (2002): Antecedents of substance use in adolescence. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 241–245. p.
- Rosenberg, S. L. (2002): Positive peers – Differential impact of a social intervention strategy on four personality subgroups. *School Psychology International*, 23, 397–415. p.
- Vandlik E. – Németh A. (2004): Az addikciók neurobiológiája – a legújabb kutatások tükrében. *Psychiatria Hungarica*, 19, 76–91. p.
- Weber, A. (1992): *Social psychology*. New York, HarperPerennial.
- Weinstein, N. D. (1999): Accuracy of smokers' risk perceptions. *Nicotine & Tobacco Research*, 1, 123–130.
- Wills, T. A. – Pierce, J. P. – Evans, R. I. (1996): Large-scale environmental risk factors for substance use. *American Behavioral Scientist*, 39, 808–822. p.



## Bús Terézia

# ISKOLAI DROGPREVENCIÓ

Tanulmányom a gyermekeket és fiatalokat érintő kábítószer-fogyasztást és a kezelésére irányuló társadalmi szintű problémamegoldási alternatívát, a prevenciót ismerteti. Ennek számos – a későbbiekben általam is felvázolt – színtere lehet; e helyütt elsősorban az iskolákban folyó prevenciós munkáról írok. Felvezetésként helyzetképet adok a gyerekeket és fiatalokat érintő drogfogyasztás trendjéről, majd néhány fogalmi tisztázást végzek.

### A hazai drogfogyasztás helyzetképe

Magyarországon a rendszerváltás óta megváltozott a drogfogyasztási trend – mind mennyiségét, mind minőségét tekintve. A határok megnyílásával egyaránt nőtt a kereslet és a kínálat. Az 1990-es években folyamatosan emelkedik a drogfogyasztók, a drogfüggők a droghasználattal összefüggő fertőző betegségeket hordozók száma, ugyanakkor nő a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények, ezen belül is a fiatalkorú elkövetők aránya. A szervezett bűnözés drogkereskedelemmel kapcsolatos tevékenysége is jelentős méreteket ölt Magyarországon: a délszláv háború következtében a „Balkán-útvonallal” északabbra tolódásával a drogcsempészet tranzitországává váltunk (Nemzeti Drogstratégia, 2000).

Az 1990-es évek vége felé jelentősen differenciálódott a hazai droghelyzet a fogyasztási szokások és a fogyasztók társadalmi helyzete szerint. Nő az intravénás droghasználat és a politoxikománia is jellemző, holott Európában ez a jelenség csökkenőben vagy stagnálóban van. Háttérként megjelenik az európai techno-, rave-kultúra, melynek része a divat, a zene, a szórakozási és szabadidő-eltöltési szokások, mellyel együtt széles körben elterjed a stimulánsok rekreációs fogyasztása. Erre az életstílusra a tömegkommunikáció (elsősorban a reklámok) is építenek: „Fogyassz, ez a boldogság forrása!” „Vedd fel a rohanó világ ritmusát és pörögi te is!”

A középiskolás korosztály körében végzett drogepidemiológiai vizsgálatok is alátámasztották (Elekes–Paksi, 2000) azt a tényt, melyet szakemberek, szülők és pedagógusok is egyaránt érzékeltek, hogy megnőtt a kipróbálók és a rendszeres fogyasztók száma, és a fiatalok körében elterjedt *techno-acid-house partikhoz* kapcsolódó amfetaminszármazékok fogyasztására is ugyanez jellemző. Kutatások azt is igazolták (Paksi, 2001), hogy a drogkipróbálás többnyire 14–15 éves korra tehető, de nem ritka, hogy akár már általános iskolában jelentkezik az inhalánsok, gyógyszerek, vagy a marihuána használata (különösen a halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek körében). A középiskolás droghasználók egyharmada 15 évesen kerül kapcsolatba a kábítósze-

rekkel, és azok száma, akik valaha is használtak drogfogyasztási céllal bármilyen szert, megduplázódott az 1990-es évek végére, sőt, azóta is drasztikusan emelkedik. A drogfogyasztás tekintetében a veszélyeztetettek körébe tartoznak a nagyvárosi lakótelepeken szocializálódó, utcán csellengő, gyermekotthonokban felnövő gyerekek, valamint a büntetés-végrehajtási intézetekben lévő fiatalok.

Leggyakrabban használt legális és illegális drogok (a fogyasztás elterjedésének sorrendjében) a dohány, az alkohol, a marihuána/hasis, az amfetaminszármazékok (ecstasy, speed stb.), LSD és egyéb hallucinogének, opiátok (elsősorban heroin), kokain, valamint a gyógyszerek és a szerves oldószerek.

A droghasználók csak egy töredéke keres valamilyen segítséget a kábítószerrel összefüggő problémájának kezelésére. Ez az információhiányra, a büntetőeljárástól való félelemre és az egészségügy kezelési láncolatának alulfejlettségére, kapacitásának korlátozottságára vezethető vissza, így a kábítószerhasználók az egészségügy számára is rejtőzködő populációnak minősülnek. A korai felismerés és kezelés elmaradása megnöveli a súlyosabb függőségi állapot kialakulását és a szövődményes esetek számát, melyek rontják a későbbi gyógykezelés hatékonyságát és növelik a költségeit. Tovább nehezíti a leszokást a kezelésre várók hosszas, akár hónapokig eltartó várakozási ideje, mely a hosszúterápiás és rehabilitációs intézetek tekintetében akár egy évig is tarthat.

Az egészségügyben megjelent drogfogyasztók száma 1995-ben 3553, 1999-ben 12 765. A három és félszeres emelkedés után 2000-tól viszont stagnálás érzékelhető (12 789): 2001-ben 12 049, majd 2002-ben 12 777 a kezelt fogyasztók száma. A kezelésben elsősorban a rohamosan növekvő számú opiátfogyasztók vesznek részt, de jelentős növekedést mutatnak a kannábisz- és amfetaminszármazékok fogyasztói is. Az új évezredben a megjelent fogyasztók számának drasztikus növekedése megállni látszik, sőt: a 2001-es adatok szerint apró csökkenés is mutatkozik.

A büntetőeljárás alternatívájaként felállított gyógyító kezelésben nagy számban jelentek meg a csekély mennyiségre elkövetett „visszaélés kábítószerrel” (Btk. 282. §) bűncselekmények elkövetői: a felderített esetek száma 1990-ben 34, 1996-ban 440, 2000-ben 3445, 2001-ben 4331, 2002-ben 4775 volt. 1996-tól drasztikus az emelkedés: az elkövetők száma tizenhatszorosára nőtt. Az ítélkezési gyakorlatra jellemző, hogy a bírák egyre ritkábban szabnak ki végrehajtható szabadságvesztést, inkább a főbüntetésként kiszabható pénzbüntetések kerülnek előtérbe. 1992 és 1998 között közel négyszeresére növekedett azok száma, akik a bűncselekmény elkövetése során kábítószer hatása alatt álltak. A kábítószer-lefoglalások aránya is jelentősen nőtt az 1990-es években, a lefoglalt szerek utalnak a hazai fogyasztási trendre (ecstasy, speed, LSD-bélyegek, illegális kannábiszültetvények, heroin). Nemzetközi becslések szerint a Magyarországon forgalomba kerülő kábítószer mintegy tíz százalékát tudják csak lefoglalni.

A magyar kábítószerhelyzetben változást hozott az 1998. évi LXXXVII. „drogtörvény”, mely a kábítószerrel kapcsolatos elkövetések büntetési tételeit, valamint a csekély és jelentős mennyiségek határértékeit szigorította. 1993 óta létezik a büntetőeljárás alternatívájaként alkalmazott gyógyító kezelés, a *drogdiverzió*. A probléma az, hogy nem született egységes állásfoglalás a függőség megállapításának kritériumai tekintetében, emellett pedig az egyébként is túlterhelt egészségügyet felkészületlenül érték a di-



verziós eljárásban megjelenő drogfogyasztók. Nem tisztázott az sem, hogy milyen módszerrel, ki és hol végezheti a kezelést, valamint az sem, hogy ki finanszírozza; nincsenek egyértelműen leírva az orvosok és a betegek kötelezettségei sem. Hiányzik a kezelést végző egészségügyi és/vagy szociális intézményekkel történő együttműködés lehetséges kereteit meghatározó megállapodás, mely egyéb esetekben is szükséges lenne. A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma 1995-től 1998-ig 70-ről 1120-ra nőtt, 1999 és 2002 között azonban megfordult a trend: 1100-ról 751-re csökkent az elterelésben résztvevők száma. A drogprobléma enyhítése érdekében munkálkodó különféle szakemberek, intézmények sokirányú szakmai együttműködése még erősítésre szorul Magyarországon.

1999. március 1-jén ismét változott a Btk. 282. §-a, amikor is megszigorították a drogdiverzió büntetési tételként való kiszabását: csak a függő fogyasztók számára tették alkalmazhatóvá, és az ő esetükben is kizárólag csekély mennyiséggel való visszaélés esetére. Az újabb módosítás 2003. március 1-jén lépett hatályba: a jogalkotói szándék és a szakmai attitűd ekkorra már közeledni látszott, miszerint a droghasználók többsége nem kriminális személyiség, és a legfőbb feladat nem a megbüntetésük, hanem társadalmi reintegrációjuk.<sup>35</sup>

Egy ország droghelyzete komplex jelenség: egészségügyi, mentális-pszichés, szociális és bűnügyi-jogi vetületei vannak. A rendszeres drogfogyasztó bio-pszicho-szociális sérüléseket hordoz magában, melyeket komplex módon lehet csak hatékonyan kezelni.

A kábítószer-fogyasztás és az azzal összefüggő jelenségek az 1990-es évektől meghatározó súlyú társadalmi problémává váltak, bár esetenként csak becsléseink vannak a pontos adatokat illetően (különösen a 90-es éveket megelőző időszak tekintetében), hiszen a drogfogyasztás és -terjesztés soha nem jelenik meg a maga teljességében az egészségügyi és bűnüldözési statisztikákban.

Egy ország droghelyzetének leírására talán az Európa Tanács és az Európai Unió által meghatározott indikátorok a legalkalmasabbak. Ezek a következők:

1. Kábítószer-lefoglalások
2. Utcai ár és szertisztaság
3. Vádemelések száma
4. Büntetőeljárások száma
5. Bírósági eljárások száma
6. Bebörtönzések száma
7. HIV/AIDS- és hepatitis-helyzet
8. Iskolai felmérések adatai
9. Populációs felmérések adatai
10. A kezelési igény szintje
11. Kábítószerrel összefüggő halálozási adatok

<sup>35</sup> 2004 decemberében azután megszületett az Alkotmánybíróság azon határozata, amely a hazai drogpolitika újabb fordulópontja, hiszen a döntés minimálisra szűkíti le az elterelésben részesíthetők körét: a többiek ismét kizárólag a büntető igazságszolgáltatás intézményrendszerébe kerülhetnek csak.

A droghelyzetre vonatkozó statisztikai adatok hazai forrásai:

1. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) – az egészségügyben kezelt drogfogyasztók adatbázisa.
2. Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika – az ismertté vált bűncselekmények és azok elkövetőinek adatbázisa.
3. Bírósági és büntetés-végrehajtási statisztikák.
4. Segítő szervezetek statisztikái (telefonos segélyszolgálatok, ifjúsági szervezetek, rehabilitációs otthonok, drogambulanciák, jogsegélyszolgálatok).
5. Magyar Kábítószerügyi Adatgyűjtő Központ (Focal Point Hungary), Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI), Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF)

A különféle szervezetek által gyűjtött adatok a népesség azon töredékére vonatkoznak, amely kapcsolatba kerül ezen intézményekkel, így ezek az adatok csak az adott intézmény drogfogyasztó populációjáról adnak képet, nem tükrözik hűen a teljes drogfogyasztó réteget. Az adatok torzítása a fogyasztás kezdete és a bekerülés közötti időbeni elcsúszásban is tetten érhető, a kapcsolatfelvételkor a fogyasztó mögött már egy hosszabb drogkarrier áll. A bekerülésnek határt szab a szervezet kapacitása is, így ez a számok nagyságát is meghatározza. Ezek a számok inkább jellemzik a kezelő helyet, mintsem a tényleges drogfogyasztási trendet. Az egészségügyi statisztikáknak további problémája a finanszírozási ellenérdekeltség a drogbetegek feltüntetésével kapcsolatban, mivel a szenvedélybetegségek alacsonyan térített diagnózisok, ezért a kezelő intézménynek érdekében áll, hogy a páciens egy jobban fizetett fődiagnózissal jelentse be az egészségbiztosítónak. Ez az eljárás kihatással van minden egészségügyi epidemiológiai adatgyűjtésre.

Az OSAP 1994 óta rendel el kötelező adatszolgáltatást. Az adatok gyűjtését, feldolgozását az OPNI végzi. Munkájukat és az adatok használhatóságát megnehezíti az adatszolgáltatás fegyelmezetlensége, mely 2000-re sokat javult (adatközlési határidők betartása, félreértelmezésből adódó hibás kitöltések, utólagos javítás, adategyeztetés).

A megfelelő adatszolgáltatásra segítő további rendelkezések:

1. az „új beteg” fogalmának bevezetése: aki életében először jelentkezik kezelésre az egészségügyi ellátórendszeren belül (függetlenül attól, hogy az adott intézményben járt-e már korábban vagy sem).
2. a kezelték korcsoportjának 5 évenkénti bontása (a 35–55 éves kor közöttiek népes és eltérő táborát az egészségügyi statisztika rendre összesossa).
3. a „kezelés” fogalmának egyértelművé tétele: a tucserében részesülőket nem lehet kezeltéknek tekinteni.

A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek száma összemosódik a gyógyszerekkel történő öngyilkosságok adataival. Akinek a szervezetében kábítószer található, nem biztos, hogy halálát is az okozta. Így a mortalitási adatok validitása is bizonytalan (1997:339; 1999:337). A kábítószer-túladagolás miatti halálozások száma 2001-ben 36

volt, míg 2002-ben a felére csökkent. A csökkenés háttérében a széles körű preventív munka hatása is meghúzódhat.

A bírósági statisztikákban a halmazati büntetések kiszabása során tűnhet el a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmény: ha a *visszaélés kábítószerrel* mellett van súlyosabb bűncselekmény, a vádlott annak alapján sorolódik be.

Tehát az intézményi adatbázisok alapján nem fogalmazhatóak meg általános érvényű megállapítások a kábítószer-fogyasztás elterjedéséről, trendjéről. A képet árnyalni kell a kvalitatív és kvantitatív kutatások összegzett eredményeivel ahhoz, hogy valóban reális helyzetfelméréshez juthassunk.

Összességében elmondható, hogy a drogozás elkezdésében legérintettebb a 12–16 év közötti általános és középiskolás populáció. Ezért a megelőzés legfontosabb helyszíne az iskola.

## Néhány fogalom tisztázása

### PREVENCIÓ:

Minden társadalomra jellemző, hogy a devianciákra, köztük a drogfogyasztásra is, valamilyen széleskörű megoldást keres. Minél korábban történik az intervenció, annál hatékonyabb. A drogpolitika egyik ilyen eleme a prevenció, azaz a megelőzés, mely az egészségfejlesztés része. Caplan szerint 3 egymásra épülő rendszere, szintje van:

#### 1. *Elsődleges (primer) prevenció:*

A káros, nemcsak illegitim drogfogyasztás elterjedését igyekszik csökkenteni. A kábítószer- és alkoholfogyasztás új eseteinek megjelenését kívánja megelőzni úgy, hogy az egészség reklámozásával csökkenti a legális és illegális drogfogyasztást. Célja, az egészségmagatartás fejlesztése az egészségfejlesztés (*Health promotion*) és az egészségre nevelés (*Health education*) módszereivel. További feltételei a helyi drogproblémák feltérképezése és a közösségi erőforrások mobilizálása.

#### 2. *Másodlagos (szekunder) prevenció:*

A szerfogyasztók és drogfüggő személyek számának csökkentését célozza meg a korai felismeréssel és gyógykezeléssel, mielőtt még súlyosabb komplikációkra, megbetegedésekre, kerülne sor.

#### 3. *Harmadlagos (tercier) prevenció:*

A droghasználat és a kialakult függőség káros hatásait próbálja mérsékelni a rehabilitáció, reintegráció és az ártalomcsökkentés eszközeivel. A leállt, absztinens drogfogyasztók visszaesésének megakadályozása, reszocializációja is ide tartozik.

#### *A prevenció alapelemei:*

1. Az egyéni droghasználat kialakulási kockázatának csökkentése;
2. A drogfogyasztással együtt járó káros hatások mérséklése;
3. A megjelenő problémákat ott kell kezelni, ahol létrejönnek, vagy ahol leginkább észlelhetők;

4. a probléma tudatosítása és pontos megfogalmazása;
5. gyakoriság feltárása és az érintettek, veszélyeztetettek körének behatárolása;
6. a probléma nyilvánossá tétele (korrekt tájékoztatás);
7. a drogfogyasztás problémakörével találkozó felkészítése (szakemberképzés, továbbképzés, prevenciók team kialakítása);
8. a prevenciók programoknak a helyi igényekhez igazítása.

*Prevenció színterei:*

1. Szociális, szociálpolitikai, jogi intézkedések: a drogok hozzáférhetőségének szűkítése és használatuk szabályozása – bár közvetlenül ezekből nem következik be a drogfogyasztás elterjedésének csökkenése – elengedhetetlen az eredményes megelőzéshez.
2. Felvilágosítás, oktatás: ennek színterei a tömegkommunikáció, az iskolák és gyermekvédelmi intézmények, a közművelődési intézmények, helyi közösségek, a katonaság alakulatai stb. A sokkoló bemutatás, a megrémisztés nem sok eredményt hozhat. Eredményesebb, ha az egész közösségre irányuló általánosabb egészségmegőrző, szociális-egészségügyi kontextus felől közelítjük a megelőzést. A droghasználó fiatalokkal kapcsolatban is beszélhetünk felvilágosításról, oktatásról. Ilyenkor azonban a reális cél csak a drogozás csökkentése, higiénikusabb droghasználati formák megtanítása lehet (ártalomcsökkentés: steril fecskendő és túhasználat, biztonságosabb szexuális magatartás a HIV- és hepatitisfertőzés kockázati tényezőinek kiküszöbölésére). Kerülendő a moralizáló magatartás, melyet az érintettek egyébként is figyelmen kívül hagynak. Figyelnünk kell a tájékoztatás folyamán arra is, nehogy a kipróbálásra motiváljunk bárkit is. Objektív felvilágosítással mindez elkerülhető (Rác, 2000).

*Veszélyeztetett csoportok és kritikus élethelyzetek, magatartási formák:*

1. gyermekvédelmi intézmények gondozottai;
2. fiatalkorú bűnelkövetők;
3. marginális utcai szubkultúrák tagjai;
4. deviancia jelenléte a családban;
5. tanulási és magatartási zavarokkal küzdő gyerekek;
6. iskolakerülés, csellengés, szökés;
7. krízisek a családban: halál, válás, gyakori költözés;
8. túl féltő, túl engedékeny nevelési attitűd; elhanyagoló, elutasító, bántalmazó szülői magatartás.

*Prevenációs modellek:*

1. Kockázati modell
2. Fejlődési modell
3. Társas, kognitív viselkedésmodellek (a szociális tanulás koncepciója)
4. Közösségi modellek
5. Egészségfejlesztés, egészségvédelem (egészségfejlesztés, oktatási, szervezet- és környezeti fejlesztés)
6. A kommunikációs meggyőzés modellje

7. Drogokkal szembeni életalternatívát kialakító modell
8. Magatartás-életstílust, egészség-életminőséget hangsúlyozó modell (quality of life)

### *Iskolai drogprevenció:*

A korszerű drogprevenció az *egészségfejlesztés* komplex kérdéskörében helyezkedik el. A cél „a mit tegyünk?” (egészségesen éljünk!) és a „mit ne tegyünk?” (ne drogozzunk!) megválaszolása és tudatosítása.

Az illegitim drogok fogyasztásának megelőzése egyrészt nem különíthető el a legális drogok (alkohol, nikotin, orvosi javallat nélküli gyógyszeresedés) fogyasztásának prevenciójától, másrészt nem különíthető el az egészség általános, mentális, pszichés hangsúlyú fejlesztésétől.

### *A legjobbak azok a módszerek, melyek:*

1. együtt kezelik a legális és az illegális drogot;
2. az egészségfejlesztés holisztikus modelljét alkalmazzák;
3. a családokat és az elsődleges vonatkoztatási személyeket is bevonják;
4. hangsúlyozzák a készségfejlesztést, amivel a droghasználathoz vezető viselkedés befolyásolását célozzák meg (nem pusztán a tudást és az attitűdöt);
5. foglalkoznak a kortárs csoportok és a média hatásaival; munkájukba bevonják a kortársakat is;
6. curriculum szerűen épülnek be az iskolai tananyagba;
7. lehetőleg már alsó tagozatban, de legkésőbb a felső tagozatban alkalmazhatók (persze középiskolás korban sem felesleges elkezdni);
8. figyelembe veszik az iskola szervezeti világát és az iskolát körülvevő helyi közösség felépítését (Nemzeti Drogstratégia, 2001).

A prevenció nemcsak megvéd az ártalomtól, hanem elősegítheti az egészséges életmód, magatartás, pszichoszociális jólét kialakulását. Az iskolai prevenció programok elsősorban az elsődleges megelőzéshez kapcsolódnak, de a tanárok bekapcsolódhatnak a másodlagos prevencióba is, például, ha egy elvonókúra után egy fiatalt vissza kell illeszteni az iskolai környezetbe. Az iskolák egy része még mindig elzárkózik az ilyen programoktól, amit mi sem bizonyít jobban, mint a tanárok azon véleménye, hogy ők sosem találkoztak drogosokkal, a megelőzés nem az ő feladatuk, hanem a „szakembereké”. Az iskolai prevenció programok elindításának lehetősége nagyban függ az igazgató véleményétől, aki aztán több-kevesebb sikerrel, esetleges pozitív hozzáállásával meggyőzheti a tantestületet a program szükségességéről.

### *A prevenció program megszervezésének előzetes teendői:*

1. A prevenciót végző tanárok kiképzése.
2. A tanárkollégákkal kooperálni: ismertetni velük a prevenció program lényegét.
3. Team-munka esetén célszerű egy tanár-koordinátor megbízása: ő veszi fel a kapcsolatot a társintézményekkel. Folyamatos konzultáció, esetmegbeszélő csoportok szer vezése a teamet alkotó intézmények között. Előkészítő tanártréningeken való részvétel.

4. A program céljának kitűzése, módszereinek meghatározása, a prevenció stáb kialakítása.
5. A veszélyeztetett csoportok, illetve a helyi kábítószer-helyzet felmérése.
6. A kiértékelés, a monitorozás megtervezése még a munka kezdete előtt.
7. A szülőkkel kooperálni: megnyerni őket a programnak, felvetni egy szülőcsoport létrehozásának gondolatát.

*Tanárok feladata a diákokkal:*

1. Információnyújtás a drogról
2. Segítségnyújtás abban, hogy a diákok
  - a) NEM-et mondjanak a drogfogyasztásra;
  - b) megfelelően kezeljék testi-lelki fejlődésüket;
  - c) helyes önértékelést és önbizalmat alakítsanak ki önmaguk kapcsán;
  - d) képesek legyenek önmaguk nevelésére és értékelésre (önismeret-fejlesztés);
  - e) kritikai attitűdöt alakítsanak ki a tömegkommunikáció hatásaival szemben.

*Prevenációs módszerek és szemléleti formák Tobler szerint:*

A) Közvetlen technikák (drogokkal kapcsolatos tudás)

1. *Információnyújtás* a drogokkal kapcsolatos jogi, biológiai, pszichológiai ismeretek átadása, és a drogokkal szembeni negatív attitűdök kialakítása. Módszerei: tanárok előadása, csoportos megbeszélés (módszertani filmek).
2. *Kortársprogramok* Tobler feltételezése szerint a kortárs csoportok befolyásoló ereje meghatározza a *drogos-nem drogos* viselkedést. Cél a pozitív kortárs hatások kialakulásának elősegítése.
  - a) *Visszautasítási készségek kialakítása* asszertív tréningek és kortárs szerepmo-  
dellek segítségével azt tanítják, hogyan lehet „nem”-et mondani a kínálásra.
  - b) *Szociális készségek* mivel az interperszonális készségek hiánya az egyéni  
inkompetenciaérzés révén elősegíti a drogfogyasztás kialakulását, cél e készsé-  
gek, illetve a kompetencia fejlesztése. Módszerei: kommunikációs készségek fej-  
lesztése, asszertivitásnövelés, szociális modellek felhasználása, pozitív önértéke-  
lés, önfogadás, szorongáscsökkentés, stresszhelyzetek kezelése.
3. *Tudásformák kialakítása és érzelmi nevelés* az értékek és attitűdök megváltozása  
átalakítja a döntéshozatalt, ami a drogfogyasztási szokások módosulásához vezethet.  
Módszerei: önfogadás javítása, értékek tisztázása, problémamegoldó készségek  
javítása; a súlypont az egyén döntéshozatali folyamatán van.

B) Közvetett technikák (nincs benne drogokkal kapcsolatos tudás)

4. *Csak érzelmi nevelés* elsősorban veszélyeztetett csoportokkal kapcsolatban alkalmaz-  
zák. Cél az önértékelés, az önbizalom kiépítése és növelése. Módszerek: értékek

és érzések megbeszélése, elfogadó, empatikus szociálpszichológiai légkör kialakítása az osztályban és az iskolában. Közvetlenül nem foglalkoznak a drogokkal.

5. *Drogmentes alternatívák:*

- a) *tevékenységek:* abból a feltevésből kiindulva, miszerint a pozitív tevékenységek nagyobb vonzerőt jelentenek, mint a drogozás. Módszerei: bekapcsolódás ifjúsági központok munkájába, önkéntes tevékenységekbe; izgalmat nyújtó foglalkozások, érdekes szabadidős tevékenységek, sportolás.
- b) *kompetenciák:* abból a feltevésből kiindulva, miszerint a mindennapi életvitelt lehetővé tevő alapvető készségek hiánya alacsony önértékeléshez és hiányos mindennapi tapasztalati anyaghoz vezet, ami „megoldásnak” mutathatja a drogozást. Módszerei: készségeket fejlesztő foglalkozások, kihívást jelentő kirándulások, élményteli programok szervezése a diákok aktivizálásával.

*A programok eredményességének megítéléséhez Tobler öt szempontot fogalmazott meg:*

1. a drogokkal kapcsolatos tudás;
2. a drogokkal kapcsolatos attitűdök, értékorientáció;
3. a droghasználat jellemzői (az alkoholtól a kábítószerekig);
4. alapvető készségek: önértékelés, asszertivitás, döntésképesség problémás helyzetekben (pl. nemet mondok, ha kínálnak);
5. a viselkedés értelmezése
  - a) közvetlen információk alapján: tanároktól, szülőktől, rendőrségtől, kezelőintézményektől;
  - b) indirekt információk alapján: osztályzatok, iskolai előmenetel, hiányzások (drogfogyasztással fűgghetnek össze).

A prevenció hatékonysága összességében átlagosan 30%-os, a legeredményesebbek a *kortárs-programok*. Tobler iskolai prevenciós programként ezt a rövid kifutási idejű programtípust javasolja. Ugyanakkor az *alternatív programokat* is eredményesnek tartja, amelyek hosszú távra kínálnak elfoglaltságokat a veszélyeztetett fiataloknak.

*A hosszú kifutási idejű programok módszertani vizsgálatát Sexter végezte el (1984). Öt típust körvonalazott:*

1. Tanácsadás: információnyújtás és alternatíva felmutatása. A cél: az önmegvalósítás javítása.
2. Szülői hatékonyságnövelés: a szülőket megtanítják arra, hogy képesek legyenek gyerekeikre odafigyelni. A cél: a szülők nevelési készségeinek javítása.
3. Kortárs csoport: az érzelmek közös megbeszélése, az empátiás készségek, a problémamegoldás és kockázatvállalás fejlesztése. A cél: a kortársak lelki támogatásának megtapasztalása.
4. Hálózat: kapcsolat kiépítése egy idősebb menttorral (magasabb osztályba járó diákkal), aki segít problémák feldolgozásában; csoportos megbeszéléseken való részvétel.
5. Emberközpontúság: értéktisztázás, rendszerező képesség, véleményformálás, döntéshozatali képesség fejlesztése. Cél: a tanulók kifejtett önismerete, önértékelése.

A prevenciós tevékenység megindulása előtt és annak befejeztével felvett adatokat összehasonlítva kiderült: a *szülői hatékonyságnövelő* és a *kortárscsoport*-modellek bizonyultak a leghatékonyabbnak. A *tanácsadó* és a *bálózat*modellek eredményei nem tértek el különösebben a kontrollcsoporttól, az *emberközpontúság* a kontrollcsoportnál rosszabb eredményt mutatott. Ezek a felmérések segítségül szolgálhatnak a magyar drogprevenció kialakításához (Servais, 1991).

Az imént felsorolt programtípusokat természetesen nem csak tanárok végezhetik, hanem szociális munkások, szociálpedagógusok, mentálhigiénés szakemberek, addiktológiai konzulensek is. Magyarországon korábban ez volt a legelterjedtebb, hiszen a pedagógusok oktatói feladataik miatt leterheltnek érzik magukat. Számos szakember úgy véli, hogy a leghatékonyabb az iskolai drogprevenciós programok kapcsán, ha az iskolában bentlévő, ott dolgozó szakember végzi a megelőző munkát, hisz ő jobban ismeri a diákok és az iskolai környezet sajátosságait. Mások viszont úgy gondolják, hogy külső szakember talán nincs annyira bevonódva a belső viszonyokba, így objektívebben és hatékonyabban végezheti munkáját. (A kötet közli Paksi Borbála, Demetrovics Zsolt és Czako Ágnes erre vonatkozó országos felmérésének eredményeit.)

*Az iskolai drogstratégia fogalma:*

*„Azoknak a célirányos és konkrét pedagógiai egészségfejlesztési feladatoknak a tervezési, szervezési, megvalósítási folyamatát jelenti, amely az iskolai drogmegelőzési programban konceptualizálódik és az elsődleges drogprevenció megvalósítását, valamint a másodlagos drogprevenció elősegítését célozzák. Az iskolai drogmegelőzési program az egészségfejlesztési program szerves része.” (Takács–Schád, 2004)*

*Az iskolai drogmegelőzési stratégia készítésének lépései:*

1. állapotfelmérés;
2. jövőkép kialakítása;
3. prioritások meghatározása;
4. célok megfogalmazása;
5. programtervezés;
6. kapcsolati rendszer kiépítése;
7. akcióterv;
8. iskolai drogstratégia elfogadtatása a tantestülettel;
9. a stratégia végrehajtása;
10. a végrehajtás értékelése.

Az egészségfejlesztésnek az ismeretátadás mellett értékeket, döntést, viselkedést, valamint életmódot befolyásoló módszerekre kell épülnie. A cél az, hogy olyan egészségfejlesztő programot dolgozzon ki az iskola, amelynek eredményeként csökkennek az ártó tényezők és erősödnek a személyiségfejlesztő hatások:



1. *Információközlés*: az életkorral bővülő és mélyülő ismeretek átadása.
2. *Önismeret-fejlesztés*: pozitív énkép, önbecsülés kialakítása, belső lelki egyensúly megteremtése.
3. *Társismeret-fejlesztés*: társas kapcsolatok értelmezése, egymás elfogadásának hangsúlyozása, csoportszerveződés, csoportdinamika megértése és elemzése.
4. *Döntéshozó képesség fejlesztése*: a lehetséges döntések közül a körülmények ismeretén alapuló „legjobb” választás meghozatala, a pozitív mintakövetés értékének elsajátítása, jártasság szerzése a veszélyhelyzetek felismerésében és kezelésében.
5. *Stresszkezelés-fejlesztés*: a valós élethelyzetek kiváltotta szorongások feloldásának elsajátítása; az egészséges és biztonságos élet értékeinek elfogadása.
6. *Egészség szemléletű magatartás kialakítása*: az egészséges életmód, a testmozgás, a helyes táplálkozás, a káros szerek fogyasztásának (legális és illegális drogok) elutasítása; az egészségi állapot rendszeres felülvizsgálatára való igény kialakítása.

Csak szervezett, szakmai alapossággal tervezett és kivitelezett pedagógiai intervencióktól várható eredmény. Alapvető a korosztály-specifikus megközelítés is, amely a drogpreevenációs programelemeket évfolyamonként alakítja ki úgy, hogy az előző és a következő évfolyamok feladataival alkossanak szerves egységet. A kialakított programokat a tanügyi alapidokumentumokban kell szerepeltetni (Takács–Schád, 2004).

## **Drogmegelőzés az iskolában**

A kábítószer-fogyasztás növekedésének visszaszorításában a megelőzésnek kiemelt jelentősége van. Ennek egyik bevált módszere a közoktatás keretein belül megvalósított prevenció. Az iskolai megelőzésben leghatékonyabbnak eddig a prevenció munkára felkészített tanárok vezetésével működő programok bizonyultak. Az iskolai prevenció kiszélesítését a pedagógus-továbbképzés adta lehetőségek kihasználásával lehet viszonylag rövid idő alatt általános és széles körben megvalósítani. Ennek egyik lehetősége a tanárok graduális képzésébe beemelt mentálhigiénés szemléletű prevenció munkához szükséges képességek és ismeretek elsajátítása. Fontos, hogy megszűnjön az iskolai prevencióra is oly sokáig jellemző kampánygondolkodás. A preventív szemléletnek át kell hatnia az egész oktatási folyamatot. Nem elegendő évente egy-egy „megelőző” órát tartani az osztályfőnöki órán, vagy a biológiaóra keretében. Valós preventív hatása csak annak lehet, ha a pedagógusok a mentálhigiénés szemléletet a pedagógiai munka részévé teszik. Ehhez szükség van a tanárképzés és a tanártovábbképzés alapvető filozófiájának megújítására (Veér–Nádori–Eröss, 2000).

Az iskolákban általában felső tagozatban kezdenek foglalkozni a legális és az illegális drogok problémakörével, többnyire biológia- és osztályfőnöki órán. 2002 óta egyre több iskolában épülnek be a curriculumba speciális megelőző vagy mentálhigiénés programok, melyek komplexen, az egészségfejlesztés témakörébe építve tárgyalják a drogot. Ezekben a programokban a hangsúly azon van, hogy mit csináljon a gyerek (hogyan éljen egészségesebben, hogy ezzel az életminősége jobbá váljon), és nem az a cél, hogy mit ne csináljon (pl.: ne drogozzon). Fontos, hogy a gyerekek számára po-

zítív üzenetet küldjünk, és nem akarjuk elrettentő példákkal elriasztani a deviáns viselkedésformáktól, melyekre a lázadó kamasz amúgy is fogékony: amit tiltás övez, vonzóvá és érdekessé válik pubertás korban. Az egészségfejlesztés azt is jelenti, hogy ezek a programok az információ mellett foglalkoznak az értékek, viszonyulások kialakításával, valamint készségfejlesztéssel is (problémamegoldás, döntéshozatal, stresszkezelés, ellenállás a csábításnak). Magukkal a drogokkal csak megfelelő előkészítés után, fokozatosan megközelítve foglalkoznak, elkerülve a kíváncsiság felkeltését. A legújabb drog-megelőzést célzó programok törekednek arra, hogy a magyar közoktatásban szokásos egyoldalú és csak a tanár számára aktív szerepű oktatás helyett beszélgetés alakuljon ki a tanár és a diákok között. Fontos, hogy kialakuljon egy olyan légkör, amelyben lehetőség van helyzetgyakorlatokra, szerepjátékokra, csoportos beszélgetésekre, és ennek keretén belül a gyerekek merjék elmondani gondolataikat, képzeleteiket, esetleges tapasztalataikat, élményeiket is a drogokkal kapcsolatban. A programok célja a szülők bevonása is, hisz fontos, hogy a szülők ne csak tudják, hogy a gyermekeikkel mi történik az iskolában, de partnerei is legyenek a fejlesztő, megelőző munkának és otthon is nyíltan, félelmek és tabuk nélkül tudjanak beszélni a tizenéves gyerekeket, fiatalokat érintő kényesebb kérdésekről is (Rácz et al., 2000).

Vingender (1995) szerint az iskola integráló szerepet tölt be a drogfogyasztás kialakulásában. A drogfogyasztók magatartásában különösen négy, az iskolához kötődő tényező fejt ki erős hatást.

1. *Formális mutatók:* A magasabb osztályba kerüléssel egyenes arányban nő a szerfogyasztók száma. A szakmunkásképzőkben a dohányzás és az alkoholfogyasztás aránya magasabb, a középiskolákban pedig az illegitim drog használata kerül előtérbe.
2. *Intézményi-szervezeti sajátosságok:* Az iskola szervezeteinek formális működése alakítja (SzMK, Iskolaszék, DÖK, munkaközösségek stb.). A tanulók szerint a rendszabályozás formái, eszközei és céljai csak a tanár-diák közötti hierarchikus viszonyt tükrözik. Az elmarasztalások (intők, rovók) nagy százalékának nem magatartási okai vannak (hanem pl. tanulást minősítenek, családi problémák miatti iskolai hiányzást szankcionálnak, a tanár, a diák és a szülő közötti kommunikációs zavart tükrözik). Az iskolai rendezvények ritkák, akkor is „felülről” szervezettek.
3. *Mikroszociális környezet:* Az iskolai közösség két fontos eleme a tantestület és a diákok. Döntő a két közösség kapcsolatának minősége. Gyakorik a magányos gyerekek. Az iskolák gyakran a szülőket fizikailag is kirekesztik az iskolából, velük csak szülői értekezleten, fogadóórán tartanak kapcsolatot, mely legtöbbször nem a partnerségen alapuló együttműködésre épül.
4. *Tanulási folyamat:* Az iskolarendszer deklaráltan nivelláló, de valójában szelektáló és „értelmiségi típusú” tudást kíván. Erős a „teljesítményprés”, elsősorban a lexikális tudás számonkérése a hangsúlyos, háttérben van a praktikus, hétköznapi tudás. A diákok a tanulási folyamatban passzív szerepet töltenek be, aktivizálásuk a pedagógusok többsége számára még mindig nehéz feladat. A frontális oktatás még mindig előtérben van a differenciált oktatással szemben. A tanítás-tanulás folyamata – különösen az állami iskolákban – figyelmen kívül hagyja a diákok személyiségét.

A magyarországi iskolai prevenciók tevékenység kialakításában három tényezőnek kiemelten fontos szerep jut:

1. 2001. szeptember 1. óta – a Nemzeti Alaptanterv, illetőleg a kiegészítő kerettantervi szabályozás előírása szerint – valamennyi iskola hatodik és nyolcadik évfolyamán 18 órát fordítanak egészségfejlesztésre (*egészségtan* tantárgyi modul). Ez az egészségfejlesztés, alkalmazkodva a korszerű, holisztikus népegészségügyi felfogáshoz, nem szakítja ki az egészséget az életmód egészéből, hanem egymással kölcsönhatásban lévőként kezeli, beleértve a mentálhigiénés problémákat is. A tantárgyi modul mellett az 5–12. évfolyamok osztályfőnöki óráin tíz alkalmat egészségfejlesztési információk nyújtására kell szánni. Az iskoláknak 2000 szeptemberétől iskolai egészségfejlesztési-drogprevenciós stratégiát is kell készíteniük, és azt a pedagógiai program szerves részévé kell tenniük.
2. A jogszabályi környezet által előírt keretek megtöltéséhez a GYISM és az OM közös pályázatának kiírásával támogatási lehetőség nyílt 2001-ben, valamint 2002 és 2004 között. Ezekkel a pályázatokkal az állam anyagilag is támogatta a közoktatási intézmények prevenciók munkáját.
3. 2001-től megindult az *iskolai drogügyi koordinátorok* képzése, amely további lendületet adott az iskolában jelentkező drogproblémák kezeléséhez.<sup>36</sup> A kiképzett iskolai drogügyi koordinátorok órakedvezményben részesülnek. A szerepkörre olyan iskolai szakember (pedagógus, iskolapszichológus, ifjúsági védőnő, egészségnevelő, gyermek- és ifjúságvédelmi felelős, iskolai szociális munkás) alkalmas, aki megfelelő érzékenységgel és érdeklődéssel rendelkezik ahhoz, hogy elvégezhesse az iskolai kábítószer-ellenes stratégia koordinálásának, a tanárok, a diákok és a szülők informálásának feladatait. Kapcsolatot tart az iskolán kívüli segítő szervezetekkel és az iskolai drogstratégia kidolgozásában is nagy szerepe van. Jelenleg a drogügyi koordinátorok országos hálózatba szerveződése a központi cél, mivel sokuk elszigetelődött, magára maradt a prevenciók munkában.

---

<sup>36</sup> A harmincórás, akkreditált tanártovábbképzésen mintegy 600 pedagógus vett részt akkor. Majd a SuliNova Kht. vette át a képzések szervezését, amelyek döntő részben központi finanszírozással működtek.

*A drogügyi koordinátorok száma megyénként*

Megye	5. vagy magasabb évfolyamon tanulóval rendelkező iskolák száma	Drogügyi koordinátorok száma	%
Bács-Kiskun	214	68	32%
Baranya	163	63	39%
Békés	155	76	49%
Borsod-Abaúj-Zemplén	314	103	33%
Budapest	623	154	25%
Csongrád	154	86	56%
Fejér	177	67	38%
Győr-Moson-Sopron	199	79	40%
Hajdú-Bihar	199	87	44%
Heves	152	61	40%
Jász-Nagykun-Szolnok	160	60	38%
Komárom-Esztergom	146	52	36%
Nógrád	112	107	96%
Pest	346	113	33%
Somogy	161	62	39%
Szabolcs-Szatmár-Bereg	267	85	32%
Tolna	99	53	54%
Vas	127	43	34%
Veszprém	169	81	48%
Zala	135	56	41%
<b>Összesen:</b>	<b>4072</b>	<b>1556</b>	<b>38%</b>

(Forrás: SuliNova, 2003)

## **Az egészségnevelés és drogmegelőzés kérdésköre különböző stratégiákban**

1. *Magyarország Nemzeti Fejlesztési Terve*: a dokumentum meghatározza a 2004–2006-os időszak fejlesztési irányelveit. Kiemeli az oktatás és az egészségfejlesztés szerepét. Tartalmazza az analízis eredményeit, a célrendszert, a stratégia főbb pontjait, prioritásait. Rávilágít a szociális és gyermekvédelmi szolgáltatás hiányosságaira, a társadalom rossz egészségi állapotára, a fejletlen egészségügyi infrastruktúrára, illetve az oktatási rendszerek gyenge alkalmazkodóképességére. A megvalósító eszközrendszereknél pedig kiemeli az egészségtudatos magatartás fejlesztésének lehetőségeit és az oktatási intézmények kiemelt szerepét.

2. *Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001–2010: körvonalazza az egészségmegőrzés szakmai keretét.*

*Alapelvek:*

- a) az egyén egészségét döntően környezete és életmódja határozza meg;
- b) az egészségi állapotot meghatározó tényezők többnyire nem betegségspecifikusak;
- c) az egyén életmódját csak közvetlen környezete képes igazán hatékonyan befolyásolni, mivel az egyén természetes igénye a közösségbe tartozás és a közösségi elvárásoknak való megfelelés;
- d) a lakosság egészségének fejlesztése összetársadalmi összefogást, interszektoriális együttműködést és felelősségvállalást igényel, s ezen túl a társadalmi élet szereplői közötti partnerséget.

Ez a program szintén leszögezi, hogy az egyén egészségét a fiatalkorban kialakított és megerősített életmódja határozza meg. Tehát e téren – elsősorban a családi és iskolai környezetben – kell erősíteni a pozitív hatásmechanizmusokat. A legfontosabb nemzeti cél, hogy az emberek számára az egyik legfőbb érték legyen az egészség, és hogy annak megőrzéséért képesek legyenek tenni is. Ezt a képességet alapvetően az iskolai évek alatt lehet kialakítani. A programban felsorolt feladatok között megtalálhatjuk az egészséges életre nevelést, az oktatás- és tudatformálás erősítését és a szenvedélybetegségek megelőzését.

3. *Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja:* hangsúlyozza, hogy nemcsak az egyén felelős saját egészségi állapotáért, hanem a társadalom is felelős saját állampolgáriért. Ezt egy összehangolt, a társadalmi és gazdasági élet minden területét az egészség érdekében együttesen támogató politika képes elérni. Minden egyén életében vannak olyan kritikus pontok, melyek odafigyelést, a társadalomtól fokozott törődést, kormányzati intézkedéseket igényelnek, hogy az egészség meghatározóan ne károsodjon. Ilyen körülmény a magzati fejlődés folyamata és a szülés körülményei, valamint a gyermek- és ifjúkori fejlődés, amikor is ki kell alakítani egy harmóniára törekvő életmódot mint az egészséges táplálkozás, az aktív testmozgás, az örömet okozó tevékenységek és a káros szenvedélyek kerülése. A program célja, hogy az állampolgárok érezzék, hogy a társadalom minden segítséget megad nekik egészségük megőrzéséhez, az emberek pedig felelősségteljesen éljenek is a lehetőségekkel.

*Az elsődleges prevenció érvényesítésének fontos célkitűzései:*

- a) a dohányzás visszaszorítása;
- b) alkohol- és kábítószer-prevenció;
- c) az egészséges táplálkozás érvényesítése;
- d) az aktív testmozgás elterjesztése;
- e) a lelki egészségvédelem megerősítése;
- f) a Nemzeti Környezetegészségügyi Akcióprogram végrehajtása.

*A tevékenység prioritásai:*

- a) egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása;
- b) egészséges életmód programjai, az egészség rizikófaktorainak csökkentése, ezen belül a dohányzás, alkohol- és kábítószer-fogyasztás megelőzésének programjai;
- c) az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoság megelőzése;
- d) az egészségügyi és népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése az egészségi állapot javítása érdekében.

4. *A Társadalmi Bűnmegelőzési Nemzeti Stratégia:* az Európa Tanács szerint a bűnmegelőzés magába foglal minden olyan intézkedést és beavatkozást, amelynek célja a bűnözés csökkenése, az állampolgárok biztonságérzetének minőségi javítása, a bűnözést előidéző okok hatásának mérséklése, a sértetté válás megelőzése. A Stratégia összehasonlító nemzetközi és hazai statisztikai elemzéseket közöl a bűncselekmények alakulásáról, területi eloszlásáról, felderítési mutatóiról. A vizsgálati eredmények arra utalnak, hogy a kábítószerekkel kapcsolatos bűncselekmények a 90-es években drasztikusan emelkedtek és ez a tendencia az ezredfordulóval sem változott lényegesen. A kábítószerrel történő visszaélések alakulása és a büntető törvénykönyv 1998-as módosításait vizsgáló hatékonyságelemzések is bebizonyították, hogy a kínálat-csökkentés aránytalan hangsúlyozása nem vezet eredményre a drogp problémák visszaszorításában. Az egyre szigorodó törvények ellenére egyre szélesedő társadalmi méretet öltött a kábítószer-fogyasztás. Az adatok is azt bizonyítják, hogy Magyarország már nemcsak *tranzitország*, hanem *célország* is. A Stratégia céljául tűzte ki a gyermek- és fiatalkori bűnözés csökkentését, mivel a helyzetelemzésekből az is megállapítható, hogy az elmúlt évtizedben mind volumenében, mind százalékarányában gyakoribbá vált a fiatalkori bűnelkövetés, ezen belül a kábítószerrel kapcsolatos visszaélések száma is nőtt. A bűnmegelőzési stratégiában is kitértek arra, hogy a gyermekeket és fiatalokat érintő dropprevenció egyik legalkalmasabb helyszíne az iskola. Az intézményi feladatok között szerepel a jelzőrendszer hatékony kiépítése, melyet az oktatási intézmények, gyermekvédelmi intézmények és rendőri szervek között kell kialakítani (Takács–Schád, 2004).

5. *Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében 2000–2010:* Általános célja, hogy a magyar társadalom számára kiemelt fontosságú érték legyen az emberi méltóság, a testi-lelki és szociális jóllét, illetve az alkotóképesség. A társadalom legyen képes kezelni a drogok használatával összefüggő egészségügyi, szociális és bűnügyi ártalmakat és hátrányokat. Mindebben jelentős szerepet kap az állam és különféle intézményei.

*Fő célok:*

- a) A társadalom váljon érzékennyé a drogkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában (közösség, együttműködés).
- b) Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására (megelőzés).

- c) Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció = keresletcsökkentés).
- d) Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét (kínálatcsökkentés).

*Stratégia alapelvei:*

- a) A tények elsőbbsége (tudományos kutatások, vizsgálatok, helyzetelemzések).
- b) Partnerség, közös cselekvés (intézményrendszerek együttműködése).
- c) Átfogó megközelítés (interprofesszionális együttműködés).
- d) Elszámolhatóság (monitorozás, a program értékelése).
- e) Hosszú távra történő tervezés.

A Nemzeti Stratégián belül az iskolai drogprevenció az elsődleges prevenció körébe tartozik. Az iskolában történő populációs vizsgálatok alátámasztották azokat a szakmai tapasztalatokat, melyek szerint a kábítószerrel való találkozás egyre fiatalabb korban, túlnyomórészt 14–15 évesen, de számos esetben akár 11–12 éves korban is történhet, és a középiskolás korosztályban pedig egyre elterjedtebb, már nemcsak a rekreációs, alkalmi, legitim és illegitim drogfogyasztás, de a drogfüggők száma is drasztikusan emelkedik a 90-es évektől napjainkig. (Paksi–Elekes 1993, 1995, 2000–2001; Paksi–Demetrovics 2001–2003) Ez a tény arra készteti a közoktatási intézményeket is, hogy együttműködően bekapcsolódjanak a megelőzésbe. Ám a drogprevenció korszerűbb megközelítése jegyében az iskolai prevenció programokat a komplex egészségstratégiába emeli (egészségfejlesztés, egészségre nevelés). Az iskolai tananyagba curriculum-szerűen beillesztett programok segítik elő a széleskörű egészségfejlesztésen belül a drogprevenciót. A drogokról folyó kommunikációt segítik elő a nem curriculum-szerű programok: egészségnap, drogellenes nap stb. Az iskolai drogprevenációs csoport tagjai: az iskolai drogkoordinátor, a kortárssegítő csoportok és a diákönkormányzat, az iskolai egészségügyi szolgálat (iskolaorvos, iskolapszichológus, védőnő), valamint a helyi közösség ellátó intézményeinek képviselője (gyermekjóléti szolgálat, nevelési tanácsadó, támasz ambulancia, drogambulancia, egyház, rendőrség, szupervízor, KEF).

6. *Az Oktatási Minisztérium a „Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” (96/2000. /XII.11./ OGY határozat) alapidokumentumból adódó drogprevenációs stratégiája:* ez a stratégia is hangsúlyozza a korszerű egészségfejlesztésen alapuló drogprevenációs elméleteket és módszereket. Az Európai Unió oktatáspolitikai koncepciója valamint a népegészségügyi program, illetve a Nemzeti Drogstratégia által meghatározott elvi megfontolásokat próbálja közös nevezőre hozni. Ezek: szubszidiaritás elve, az interszektoralitás, a partneri viszony, az információ és a részvétel. A stratégiai célkitűzések a közoktatásban, felsőoktatásban, a pedagógusok graduális képzésében, valamint a posztgraduális és továbbképzések rendszerében, kiadványok kommunikációs stratégiájában, szervezeti kultúra fejlesztésében és a monitorozásban valósulhatnak meg. Az iskolákban a drogkoordinátor foglalkozik a helyi drogprevenáció megvalósulásával, aki lehet pedagógus, gyermek- és ifjúságvédelmi felelős, iskolapszichológus, ifjúsági védőnő, egészségnevelő stb. Fontos, hogy

szakképzett legyen a témakörben. Az ő feladata az iskolai kábítószer-ellenes stratégia koordinálása, a megfelelő információ biztosítása a tanárok, a diákok és a szülők felé. Ő tartja a kapcsolatot az iskolán kívüli segítő szervezetekkel is.

## **Magyarországi iskolai prevenciós programok**

### ***Kutatások***

Magyarországon a drogfogyasztás közvetlen indikátorai mentén csak a középiskolás populációra vonatkozóan rendelkezünk időben összehasonlítható – azonos vagy egymást részben átfedő populációkat képviselő mintán és azonos módszerekkel készült kutatásokból származó –, azaz a trendek felrajzolására alkalmas adatokkal (Paksi, 2002). Az egyik leginkább veszélyeztetett korosztályban, a középiskolások körében végzett kutatások alapján elmondhatjuk, hogy hazánkban a 90-es években a drogfogyasztás elterjedtségében és jellegében jelentős változások következtek be. Az egyik trend, hogy mintegy kétszeresére növekedett a tiltott szerek fogyasztásának életprevalencia-értéke. Növekedett a fogyasztás intenzitása és a fogyasztási struktúrában a marihuána és a különböző szintetikus party-drogok kiemelkedő szerepre tettek szert. A drasztikus növekedés 1996 és 1998 között történt. Ezeket a kutatásokat Elekes Zsuzsanna és Paksi Borbála végezte 1995-ben, 1999-ben és 2003-ban a nemzetközi ESPAD-kutatások keretében. A szerzők legfontosabb megállapításai:

1. A leginkább intenzív használók aránya 2000 és 2002 között valamelyest növekedett.
2. Az elmúlt tíz évben készült vizsgálatok a tiltott drog első kipróbálásának időpontját a középiskolás időszakra teszik, azonban 1995 és 1999 között 16 éves korról 15 éves korra esett vissza a legfiatalabb kipróbálók életkora, s az utóbbi években mind gyakoribbá válik a 12–14 éves korban való próbálkozás.
3. A tiltott drogok fogyasztásának szokásos nemi mintázata a fővárosi középiskolák körében kiegyenlítődni látszik. Az utóbbi években az elterjedtségben bekövetkezett változások elsősorban ennek a kiegyenlítődésnek tudhatók be.
4. A budapesti iskolákban magasabb droghasználati arányok mutatkoznak.
5. A hiányzások száma és a viszonylag rosszabb tanulmányi átlag összefügg a droghasználattal.
6. A nagyobb életkor, illetve a magasabb iskolai évfolyam összefügg a droghasználattal.
7. A fiúk magasabb arányban használnak tiltott szereket.
8. A családi devianciák összefüggést mutatnak droghasználattal.
9. A védő családi légkör óv a droghasználattól.
10. A legerőteljesebb hatás az életmódváltozók és a droghasználat között mutatkozik, elsősorban a szabadidős tevékenységek vonatkozásában.
11. A kortárs kapcsolatok fontos szerepet játszanak a droghasználó diákok életében.
12. A lelki problémák (hangulatzavar, negatív önértékelés) összefüggenek a droghasználattal.



13. A szakmunkásképző iskolák és a szakiskolák diákjai rosszabb helyzetben vannak szinte minden fogyasztási mutatóban.

1994–95-ben egy országos szintű felmérés kimutatta, hogy az iskolák 33%-ában van valamilyen rendszerezett, tantárgyszerűen oktató iskolai drogprevenció. Ebből következően az általános iskolák kétharmadában nincs (Felvinczi, 1999).

Az iskoláskorú gyerekek egészségmagatartását vizsgáló HBSC-kutatás 11,5 és a 15,5 átlagéletkorú fiatalokból meríti a mintáját. 2001/2002-es tanévben újabb drogepidemiológiai felvételekre került sor. A kutatás szerint azoknak a fiataloknak van nagyobb esélyük egészséges életforma kialakítására, akik szeretik az iskolájukat, elfogadják az iskolai rendszabályokat, tanáraik magatartását igazságosnak és személyközpontúnak ítélik, és akik sikeresként élik meg iskolás éveiket.

Egy középiskolai tanárok körében végzett közvélemény-kutatás (Gallup, 1998–1999) alapján a tanárok 90%-a szerint nőtt a kábítószer-fogyasztás a középiskolákban, ugyanakkor csak egyharmaduk ismeri el, hogy saját iskolájában nőtt a kábítószer-fogyasztás. Szervezett formában csak 47%-uk kapott drogmegelőzéssel kapcsolatos, illetve a drogok felismerését célzó képzést. A pedagógusok 72%-a szerint a drogmegelőzés csak kis mértékben, 17%-uk szerint pedig egyáltalán nem hatékony. 84%-uk nyilatkozott úgy, hogy Magyarországon sürgősen szükség van a drogmegelőzési és felvilágosító tevékenységek erősítésére.

2001-ben került sor budapesti drogmegelőzési programok értékelésére Paksi Borbála és Demetrovics Zsolt vezetésével.<sup>37</sup>

2003 tavaszán Paksi és Demetrovics az NDI-vel együttműködve kiterjesztette országos szintre a vizsgálandó programok körét tematikusan és földrajzilag is. Az általuk összeállított országos kataszterben 300 drogprevenciós és egészségfejlesztő programot vizsgáltak.

Pikó Bettina 2002-ben, valamint Kiss és Lisznyai 2003-ban történt vizsgálatai is szolgálnak epidemiológiai adatokkal is, bár ezen vizsgálatok célja elsősorban nem az epidemiológiai adatgyűjtés, hanem a fiatalok egészségmagatartásának vizsgálata volt.

2003-ban Rácz József és Ritter Ildikó kvalitatív megközelítésre helyezve a kutatásokat Magyarország öt régiójában egy gyors helyzetfelmérés elvégzésére vállalkoztak a RAR-módszerrel<sup>38</sup>. Budapesten, Miskolcon, Szegeden, Pécsen és Veszprémben (valamint vonzáskörzetükben) készítettek interjúkat injekciós és nem injekciós droghasználókkal, valamint helyi szakemberekkel és kulcsszemélyekkel. Az interjúkat fókuszcsoportokkal egészítették ki.

Pikó és Piczil 2003-as vizsgálatukban kvalitatív módszerrel, fókuszcsoporttal vizsgálták a fiatalkori droghasználat háttérjellemzőit. Az összesen százötven 16 és 18 év közötti középiskolás megkérdezésének célja az volt, hogy képet kapjanak a fiatalok drogfogyasztásról alkotott véleményéről. A fiatalok válaszai alapján megállapít-

<sup>37</sup> A vizsgálat ismertetése a kötetben megtalálható: Paksi–Demetrovics–Czakó: *Az iskolai drogprevenciós programok értékelése*.

<sup>38</sup> Több különböző adatforrást és módszert ötvöző (adatgyűjtés, interjúzás, fókuszcsoport, megfigyelés, becslés stb.) kvantitatív vizsgálati módszer.

ható volt, hogy tudatában vannak a napjainkban zajló társadalmi-gazdasági átmenet ellentmondásainak. A bizonytalanság számukra is meghatározó forrása a társadalmi stressznek és a stresszel való megbirkózásuk során gyakran szerepel a cigaretta, az alkohol és a tiltott drogok fogyasztása. Mindazonáltal a legerősebb befolyásoló tényező a csoportkonformitás.

### ***Pályázatok***

Az iskolai drogprevenciós programokat a GYISM és OM közös pályázati kiírásában támogatták 2002 és 2004 között. A támogatás elnyeréséhez az iskoláknak megfelelő szakmai szervezettel kellett együttműködésre lépniük; a tantestület tagjainak és az iskola tanulóinak minél nagyobb arányban kellett részt venniük a drogmegelőzési munkákban; a pályázati kiírás inkább interaktív, készségfejlesztő, mintsem az elrettentésen alapuló programok alkalmazását támogatta. A pályázati felhívásban az iskolai drogmegelőzési, egészségfejlesztési, egészségnevelési tevékenység előmozdításáról és támogatásáról beszéltek. Feltétel volt, hogy a támogatandó programok az iskola pedagógiai programjára, illetve az annak szerves részét képező iskolai drogstratégiára épüljenek és a pályázati listában szereplő szakmai szervezetek és szakemberek közreműködésével kerüljenek megvalósításra a „Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” című dokumentum, azaz a drogstratégia szemléletének figyelembevételével. Kötelező elemként írták elő az

1. alap- (5–8 évfolyam) és/vagy középfokú (9–12 évfolyam) oktatási intézmények diákjai számára interaktív foglalkozások szervezését (a bűnmegelőzéssel kapcsolatos témák feldolgozása, valamint a kortárssegítők bevonása az iskolai egészségnevelési folyamatokba),
2. szülők bevonását a program megvalósításába (ezzel elérhető tanárok, diákok és a szülők együttműködésének elmélyítése), valamint
3. a tantestület és az iskolai egészségfejlesztő csoport minél aktívabban megvalósuló közös munkáját.

A pályázat támogatásának keretösszege 180 millió forint volt, melyet a diákok létszámának megfelelően általános iskola esetén 1500 forint/diák, középiskola esetén 1350 forint/diák összegben határozták meg. Az iskoláknak 20% önrésszel kellett rendelkezniük, a program 80%-át lehetett igényelni a központi költségvetésből. A pályázat lényegi jellemzője az interdiszciplinaritás és a szervezetek közötti együttműködés: a helyi önkormányzat, a helyi iskola (iskolák) és drogprevenciót folytató regionális szakmai intézmények összefogása a droghasználat megelőzéséért.

Hasonló céllal és feltételekkel PHARE-pályázatok is megjelentek a pályázati paletán, ezek kiírása azonban rendszertelen, lefutásuk általában 1 év.

<sup>39</sup> A GYISM számos, a kábítószer-prevenció szempontjából kulcsfontosságú rendezvényt támogatott: 2002: „Válaszd az életet” egyházi konferencia; „Vészcsengő” konferenciasorozat (a SuliNova Kht.-val); „Veszély vagy esély?” szakértői tanácskozás a Btk. módosításával kapcsolatban. 2003: a Biztonságos Szórakozóhelyek Országos Konferenciája; számos KEF-tanácskozás. 2004: NAT-konferencia stb.

GYISM drogmegelőzési pályázatai általában drogmegelőzési eseményekre, kortárscsoport-képzésre szólnak. Az ifjúsági pályázatok az ifjúsággal kapcsolatos feladatok ellátásához kapcsolódhatnak (pl. táboroztatás, egészségnevelés, diszkriminációs tolerancia erősítése, kortársképzés, médiaprogram stb.). A sporttevékenységgel kapcsolatos pályázatok pedig a sportlétesítmények létesítésére és működtetésére kiírt támogatási formák. Segítségükkel a primer prevenció egészségfejlesztési feladatokat lehet megalapozni.<sup>39</sup>

Az Európai Unió támogatási formák 2004-től használhatók e célra, külföldi és hazai pályázó szervezetek együttműködési keretében.

A *forprofit szervezetek*hez is lehet támogatásért fordulni, de ezek legtöbbször természetben (termékekkel) támogatják a kérelmezőt (lásd: ifjúsági kampányprogramok, prevenció események).

### **Iskolai prevenció programok**

1. *„Egészséged testben, lélekedben”*: személyiségfejlesztő drog- és alkoholemelőző program (CHEF Hungary Alapítvány). Egy amerikai program adaptációja, melyet több óvodában és iskolában próbáltak ki az 1990-es évek elején. Célpopuláció: 5–18 éves gyerekek (óvodások, általános- és középiskolások). A program filozófiája elsősorban nem az ismeretanyag bővítését, és nem is a droghasználat egyszerű prevencióját célozza, hanem a személyiségfejlesztést és a pozitív önértékelés kialakítását. A döntésképességet, stresszkezelést, a fogyasztásra csábítás visszautasítását készségi szinten igyekszik a gyerekekkel elsajátíttatni. Ebben a pedagógus személyiségének és készségeinek döntő szerepe van. Az iskolák megvásárolhatják a megfelelő programcsomagot (tanári kézikönyv, módszertani segédanyag). A tanároknak célszerű tanártréningen részt venniük az alapítványnál, ez azonban nem kötelező.
2. *Shapiro-program*: egészségnevelő és megelőző program, amely a táplálkozással, a szexuális aktivitással, az AIDS-el, valamint drog- és alkoholemelőzéssel foglalkozik. Ez is amerikai eredetű, és koncepciója nagymértékben hasonlít a CHEF-programhoz. A megcélzott populáció a 10–14 éves általános iskolások. A program rendelkezik kézikönyvvel és segédanyagokkal. A programtervezés a pedagógus szubjektív szempontjaira van bízva, de tartalmaznia kell a szülőkkel és a lakóhelyi környezettel való együttműködést is.
3. *A Drogalapítvány (NEVI Drogprogram) programjai*: Kölnben kidolgozott drogmelőző programcsomag, melyet magyarországi adaptációja során általános- és középiskolákban próbáltak ki. Célpopuláció: 10–18 éves diákok. A modellkísérlet által tárgyalt témakörök: dohányzás, alkohol, gyógyszer, kábítószer, AIDS. Témakörönként 6-7 foglalkozásra kerül sor. A program célja azon veszélyek tudatosítása, melyek drogfogyasztáshoz vezethetnek. A tananyag a tanulókat olyan cselekvési alternatívákra ösztönzi, melyekkel csábítás esetén, feszült idegállapotban vagy konfliktushelyzetben e veszélyek ellen védekezhetnek. A program bevonja a szülőket is az oktatásba. Alapja az információközlés, fő módszere pedig a csoportos beszélgetés.
4. *D.A.D.A. program*: dohányzás-, alkohol-, drog- és AIDS-melőző program, mely 6–14 éves diákokat céloz meg. Amerikai program, melyet a Budapesti Rendőr-főkapitány

tánság Megelőzési Osztálya vett át. A modellkísérletet 10 kiképzett rendőr végezte 1992-ben. A program fő célja annak megtanítása, hogy a gyerekek ne nyúljanak a drogokhoz, felismerjék a drog jelentette veszélyeket, és ez alapján tudjanak dönteni és választani, miközben mindig biztonságban érezzék magukat. A program felvállalja azt is, hogy a gyerekeket a törvény tiszteletére és betartására neveljék; hogy pozitív énképet és egészségközpontú értékrendet alakítsanak ki bennük. A programot egyenruhás rendőrök végzik az iskolákban. Az előadás, az írásos teszt és a helyzetgyakorlatok módszereit használják. Burkolt cél a rendőrség és az állampolgárok kapcsolatának javítása.

5. *Servais-program*: legális és illegális szerek megelőzését szolgáló program, mely Belgiumból származik. 12–18 éves tanuló fiatalokat céloz meg. A program könyvét magyarra is lefordították: első része a megelőzési munkacsoport felállításával, második része az iskolai megelőzéssel foglalkozik. A tanulókkal folytatott munka négy részből áll: az osztály valós helyzetének megismerése, döntési folyamat felvázolása, akció, értékelés.
6. Az ENSZ „*Stop drog*” kampánya keretében működő UNICRI program: drog- és alkohol-megelőző program általános- és középiskolások részére. Rómában született program, mely 1993-ban került Magyarországra. A program célja a drogmentes iskolák kialakítása, prevenciók tevékenységek oktatása a tanároknak, majd a diákoknak.

A szülőket is bevonja, és tartalmazza a rendszeres értékelést (Rácz, 1994).

Ezek a programok csak töredékét képezik a Magyarországon alkalmazott prevenciók programoknak. A különbség annyi, hogy az itt felsorolt programok jelentek meg legkorábban és legszélesebb körben a magyar közoktatás rendszerében.<sup>40</sup>

A hatékony elsődleges prevenció országos szintű kialakításához, fejlesztéséhez elengedhetetlen a prevenciók programok értékelése. Ehhez támpontot ad Dr. Rácz József értékelési útmutatója (Rácz, 2001), valamint Paksi Borbála és Demetrovics Zsolt hatékonyság- és szervezetelemző kutatásának eredményei.

## **Összefoglalás**

Az iskolai megelőző tevékenységgel talán megtalálható lesz az a hiányzó láncszem, melyet az iskolai drogkoordinátor-képzés eddig még nem pótol. Az iskolákban elterjedt és magától értetődővé kellene tenni az iskolai szociális munkás, szociálpedagógus jelenlétét – méghozzá állami támogatással létrehozott státuszokkal. Ez egy újabb szemlélet és szaktudás beemelését jelenthetné az oktatási intézményekben, és nem kellené pedagógus képzettségű kollégáknak „gyorstalpaló” tanfolyamokon elsajátítani mindazt, ami egy négyéves felsőfokú képzés során szerezhető. Az iskolai szociálpedagógus, illetve szociális munkás elvégezhetné a gyermek- és ifjúságvédelmi felelős és az iskolai drogkoordinátor feladatkörét. Így minden szakterület szakembere azt tehetné, amire

<sup>40</sup> A GYISM és a SuliNova Kht. honlapja tájékoztat a támogatott iskolai programokról.

képzettsége, munkaköre és elhivatottsága „kötelezi”. Persze elengedhetetlen – a prevenció munkája érdekében is – a szakmai együttműködés.<sup>41</sup>

## Irodalom

*Addiktológia* 2002/1./1.

Demetrovics – Paksi–Nádas–Nyírády–Felvinczi–Buda (2003): *Drogprevenció és egészségfejlesztő programok teoretikus elemzése*. Budapest, MAT konferencia.

*Droginfo 2001*. Budapest, Sziget Droginformációs Alapítvány, 2002.

*Droginfo 2003*. Budapest, Sziget Droginformációs Alapítvány, 2004.

Felvinczi K. (1999): Egészségesebb Iskolákért Hálózat Magyarországi Egyesülete. WHO Program Magyarországon. In *Egészségnevelés és gyermekvédelem*. Mentálhigiénés Konferencia.

Ferenczi Z. (2003): *Drogprevenció, pedagógus, iskola*. ELTE Eötvös Kiadó.

*Jelentés a magyarországi kábítószerhelyeztről 2002*. Budapest, GYISM, 2002.

*Jelentés a magyarországi kábítószerhelyeztről 2003*. Budapest, GYISM, 2003.

Kapócs–Maár–Szabadka (szerk.): *Ifjú-kór 1. 2*. Budapest, OKKER.

*Ne veszítsd el a fejed!* (2000) Budapest, Műszaki Könyvkiadó.

*Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében*. Budapest, ISM, 2001.

Paksi Borbála–Demetrovics Zsolt (2003): *A drogprevenció gyakorlat megismerése*. Budapest, NDI (Szakmai Forrás Sorozat), L'Harmattan.

Paksi–Demetrovics–Nyírády–Nádas–Buda–Felvinczi (2003): *A Magyarországon működő iskolai drogprevenció programok leírása*. Budapest, MAT konferencia.

Rácz J. (1994): *Iskolai mentálhigiénés programok*. Budapest, Szakmai Forrás-sorozat

Rácz J. et al. (2000): *A drogkérdésről-összintén*. Budapest, B+V Könyvkiadó.

Rácz J. (2001): *Prevenációs programok értékelése*. Budapest, ISM.

Servais, E. (1991): *A drogproblémák átfogó megelőzése*. Poliworld Alapítvány kiadása.

Veér–Nádori–Eröss (2000): *Alternatív drogstratégia*. Budapest, Anima.

Takács–Schád (2004): *Az iskolai drogstratégia kialakítása és módszertana*. Budapest: T+T.

<sup>41</sup> Amikor a felnőttek elveszítik az életbe vetett hitüket, akkor a gyerekekkel is ez történik. Arra kényszerülnek, hogy a biztonságot és örömet a családjukon kívüli – mesterségesen teremtett – álmvilágban éljék meg.

A gyerekek és fiatalok csak azt tükrözik vissza, amit a felnőttek világából tanultak, tehát ne csodálkozzunk, ha a gyermekek a külsőségek felé fordulva a belső emberi értékekkel kevésbé élnek (pl. ha felszínesek és érdekekkel átszóttek a baráti kapcsolataik). Itt kell leszögezni az elsődleges és másodlagos szocializáció, vagyis a család- és a gyermekintézmények fontos szerepét. Sajnos még mindig kevés az olyan hely, ahol a gyerekek és fiatalok igazán meg tudnak nyílni, és beszélni tudnak az őket foglalkoztató dolgokról, problémákról. Ennek remek helyszíne lehetne – a családon kívül – az iskola, ahol az idejük jelentős részét töltik.

Az iskolai mentálhigiénés-drogprevenció programokkal talán bekerülhet egy nyitottabb, elfogadóbb, toleránsabb szemlélet az iskola oktatásszagú, követelő, rideg falai közé. Az alternatív pedagógiák és az iskolai egészségfejlesztés haladóbb szelleme remélhetőleg az iskolákat elmozdíthatja pozitívabb irányba a tekintetben, hogy miképpen kezeljék a problémákat – akár társadalmi szintűeket, mint a drogkérdés is.

A gyerekek és fiatalok nem keresnek annyira a deviáns viselkedésformákban önmagukat, ha megtalálnák azokat a pozitív tevékenységeket, melyek által személyiségük és társas kapcsolataik is fejlődhetnek. Ilyenek például a különféle művészeti ágak, rekreációs tevékenységek (sport, meditációs lehetőségek). A harcművészetek olyan komplex szabadidő-eltöltési alternatívát nyújtanak, ahol testünk, lelkünk és szellemünk is fejlődik és egy olyan teljes, harmonikus életmódot nyújt a gyerekek és fiatalok számára, melyben megtalálhatják önmagukat, igazi társakat, a transzcendentális gondolkodást, relaxációt, és ezáltal szükségtelen lesz a drogfogyasztás. Itt nincs versengés, mások legyőzése (csak a saját hibák legyőzése), de van önismeret és időnként harmónia.

Ez persze egy út a sok közül, de mindenképpen eredményes prevenció.



# **Paksi Borbála – Demetrovics Zsolt**

## **– Czakó Ágnes**

### **AZ ISKOLAI DROGPREVENCIÓS PROGRAMOK**

### **ÉRTÉKELÉSE – 2001\***

#### **Bevezetés – a kutatás célja**

A drogfogyasztás epidémiájában mutatkozó kihívásra (Hibbel et al., 1996; Elekes–Paksi, 1999; 2000a; 2000b; Hibbel et al., 2001; Paksi 2001a) válaszként ma már számos – kisebb és nagyobb, különböző elveken alapuló, eltérő megközelítésekkel és eszköztárral dolgozó, és változó célpopulációk számára nyújtott – drogprenvenációs program működik Magyarországon.

A prevenció programok növekvő kínálatát azonban nem követte a programokról pontos képet adó leírások és az eredményességre vonatkozó támpontok megszületése. Jelenleg a Magyarországon működő programok kínálatát tartalmazó leírások egyrészt nem teljes körűek,<sup>42</sup> másrészt – s talán ez a nagyobb hiányosság – nem a programválasztás mögötti döntéshozatalhoz szükséges információk szerint strukturáltak és némileg esetleges információkat tartalmaznak. Nem tudjuk, hogy az egyes programok mekkora lefedettséggel működnek, a fiatalok mekkora hányadát célozzák meg, illetve érték el eddigi tevékenységük során. A programok hatékonyságáról igen kevés, s főként közvetett jellegű, puha információval rendelkezünk (Magyar Gallup Intézet 1998; Elekes–Paksi 2000a), illetve az értékelésre irányuló törekvések között elsősorban a célcsoport reagálásának vizsgálatára irányuló módszerek jelentek meg (Gábor–Demetrovics, 2000; Demetrovics–Gábor, 2000; 2001; Bácskai–Gerevich, 2000), tényleges eredményesség/hatékonyság mérésre irányuló vizsgálatokkal gyakorlatilag nem találkozunk. Azaz „ma még nem ismert, hogy Magyarországon hány helyen, milyen részvétellel és milyen eredményességgel végeznek prevenció, egészségfejlesztő programokat” (Nemzeti stratégia, 2000:55), s ami talán ennél is nagyobb problémát jelenthet, miszerint „jelenleg a magyarországi szakmai hagyományok nem kedveznek az értékelő, a munkát folyamatosan revideáló beállítódásnak.” (Bácskai–Gerevich, 2000: 208)

---

\* A fejezet az alábbi két tanulmány összevonásával és kismértékű átdolgozásával készült: Paksi B.–Demetrovics Zs.–Czakó Á.: Az iskolai drogprenvenációs programok értékelése I. rész. *Addiktológia/Addictologia Hungarica*, 2002. 1 (1):15–37.; Paksi B.–Demetrovics Zs.–Czakó Á.: Az iskolai drogprenvenációs programok értékelése II. rész. *Addiktológia/Addictologia Hungarica*, 2002. 1 (1):38–49.

<sup>42</sup> A rendelkezésre álló leginkább ismert információk kiadvány, a Droginfó (1999–2000) a ténylegesen működő szervezeteknek feltételezhetően mintegy 80%-át tartalmazza (a kiadvány szerkesztőjének személyes közlése).

Az alábbiakban bemutatásra kerülő – 2001 során készült – kutatásunk sem tudta felvállalni a teljes magyar drogprenvenációs hálózat feltérképezését, elemzését, és még kevésbé annak teljes körű értékelését, evaluációját. Csak az első lépések megtételét.

Munkánk közvetlen célja a budapesti hatókörrel (is) működő iskolai, közvetlenül a diákokra (ezen belül is az 5–12. évfolyamos tanulóakra) irányuló iskolai drogprenvenációs programok feltárása és értékelése volt, melyből az alábbiakban az értékeléssel kapcsolatos eredményeket, s annak általánosabb tapasztalatait mutatjuk be.

A kutatás közvetlen hozadékainak, eredményeinek bemutatásán túl azonban egyfajta szemléletformálást is próbálunk elindítani, melyhez talán hozzájárulhat az a „beszélgetés” is, melyet írásunkkal szeretnénk megnyitni. Szakmai vitát szeretnénk indítani, melyben megmérettetik az értékelési eljárás, s ezáltal talán közelebb jutunk a drogprenvenációs programok hazai metodikájának kidolgozásához, értékelési protokolljának megteremtéséhez.

## **A kutatási folyamat leírása – az alkalmazott eszközök és módszerek**

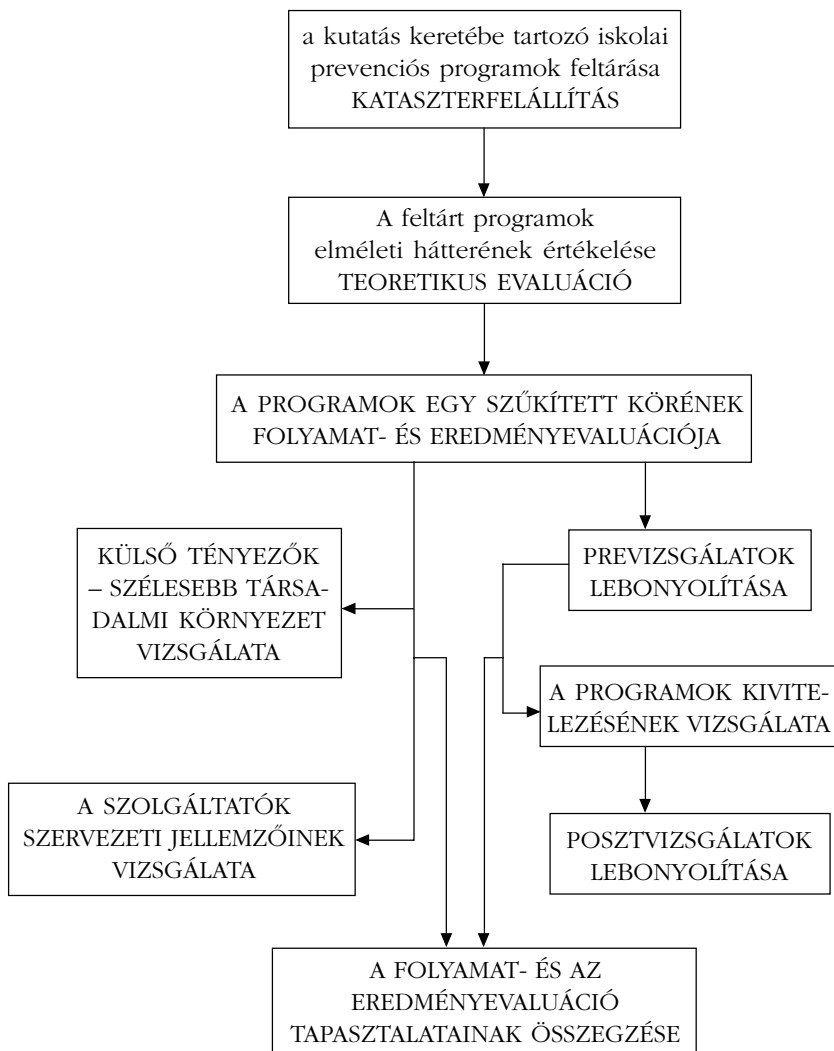
Az iskolai prevenációs programok feltérképezésére és értékelésére irányuló kutatásunk felépítése, az egyes lépések kidolgozása, az alkalmazott módszerek megválasztása a *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* drogprenvenációs programok értékelésével kapcsolatos ajánlásainak felhasználásával (EMCDDA, 1998, Baker et al., 1998; Neaman et al., 2000), és a – többnyire más, nonprofit területen szerzett – hazai tapasztalatok (pl. Czakó, 1992) figyelembevételével történt. Az alkalmazott fogalmi apparátus szintén leképezi az EMCDDA által alkalmazott fogalmi kereteket.

A kutatás – a fentiekben leírt célnak megfelelően – két jól elkülöníthető részre bontható.

1. Az első lépésben a fővárosi 5–12. évfolyamos diákokra, mint végső célpopulációra közvetlenül irányuló drogprenvenációs programok feltérképezését, a nemzetközi standardoknak megfelelő szempontok szerinti leírását, illetve teoretikus elemzését, értékelését végeztük el. Az első szakasz eredményét tehát a vizsgált területre vonatkozóan felállított kataszter képezi, mely a leíró információkon túlmenően, a programok elméleti háttérére vonatkozó értékelő információkat is tartalmaz.
2. Második lépcsőben a kataszterfelállítás során feltárt, és teoretikus elemzésnek alávetett programok egy szűkített körének – szám szerint hét, különböző típusba tartozó programnak – a részletes folyamat és eredmény evaluálását végeztük el, elsősorban cél- és reagálásközpontú értékelési elemek alkalmazásával. A kutatás ezen fázisában egyrészt a kompatibilitási szempontok, másrészt a specialitások figyelembevétele vezérelte munkánkat. Ennek megfelelően – a kataszterfelállítás során alkalmazottakhoz hasonlóan – a folyamat- és eredményértékelés során is az alkalmazott nemzetközi standardokhoz való igazodásra, illetve a programok egymással való összehasonlíthatóságára, másrészt az egyes programok egyediségének leképezésére törekedtünk.

A kutatás lefolyását, az egyes elemek kapcsolódását a következő folyamatábra szemlélteti.



*A kutatás folyamatának felépítése*

A fővárosi célpopuláción (is) működő iskolai prevenciós programok kataszterének felállításakor összesen 27 szervezet 44 programját sikerült feltárni, és teoretikus háttérükről rendelkezésünkre álló információk alapján értékelnünk.

## A programok teoretikus háttérének értékelése

A teoretikus értékelés fázisában az adatlapban leírt információk alapján a feltárt 44 programot tíz előre meghatározott szempont mentén – egy 1-től 5-ig tartó skálán – három szakértő értékelte, majd az egyes szakértők által adott pontszámok átlagolásával születtek meg a programok teoretikus értékelését az egyes szempontok mentén megjelenítő pontszámok.<sup>43</sup> Ezeket a pontszámokat használtuk fel a későbbiekben, a folyamat-, illetve az eredményevaluáció eredményeinek a teoretikus háttér, illetve egyes programjellemzők kontextusában történő vizsgálata során.

Az értékelés szempontjai az alábbiak voltak:

1. *Mennyire világos (egyértelmű) a program végső célkitűzése?*
2. *Mennyire reális (adekvát) a specifikus (közbenső) célok meghatározása a végső cél tükrében?*
3. *Mennyire koherens a megjelölt koncepció?*
4. *Mennyire illeszkedik a megjelölt koncepció a specifikus (közbenső) célokhoz?*
5. *Mennyire adekvátak a megjelölt módszerek a specifikus (közbenső) célok és a koncepció ismeretében?*
6. *Mennyire reális az egyes célok elérésére szánt idő meghatározása a célok ismeretében?*
7. *Mennyire reális a csoportok nagyságának meghatározása az adott cél és módszer ismeretében?*
8. *Mennyire adekvát az adott program a célpopuláció jellemzőihez viszonyítva?*
9. *Mennyire adekvát forrásokból szerzi be a programhoz szükséges információt a programgazda?*
10. *Mennyire megfelelő az alkalmazott stáb a célok és módszerek ismeretében (életkor, végzettség stb.)?*

A következőkben röviden bemutatjuk az egyes értékelési szempontok mentén átlagosan jellemző tendenciákat.

### 1. Végső cél

A leginkább kedvező pontszámok a végső cél egyértelmű, világos megfogalmazása vonatkozásában születtek, a vizsgált programok átlaga e tekintetben 4,2 volt. A végső cél pontos meghatározását jelzi az is, hogy az értékelésekben a 4-es és az 5-ös osz-

<sup>43</sup> A végső pontok meghatározása nem mechanikusan történt, hanem azt szakértői megbeszélés, közös megvitatás előzte meg, melynek során valamennyi programot együttesen is áttekintették a szakértők valamennyi szempont mentén. Ennek az egyeztetésnek elsődleges célja – a szempontok azonos értelmezésének tisztázásán túl – az volt, hogy lehetőség szerint feloldhatóak legyenek azok az – egyébként viszonylag ritkán előforduló – esetek, ahol az egyes szakértők egymástól nagyon eltérő ítéleteket hoztak.

Itt kell még megjegyeznünk, hogy néhány esetben az adatlap nem tartalmazott elegendő információt az egyes szempontok értékeléséhez, ilyenkor értelemszerűen nem történt értékelés.

tályzat fordult elő leggyakrabban, s mindössze nyolc program kapott 4-esnél alacsonyabb pontszámot ebben a dimenzióban (ezen belül kettő 3-asnál rosszabbat). A szakértők összbemomása is az volt, hogy a szervezetek döntő többsége egyértelműen és világosan meg tudja fogalmazni programjának végső célkitűzését, mint látni fogjuk azonban az ezekhez rendelt specifikus célok meghatározása már sokkal több problémát vet fel.

### *2. A specifikus célok adekvátsága a végső cél tükrében*

A specifikus célokat illetően többnyire lényegesen alacsonyabb pontértékek születtek; az átlag 3,6, a leggyakrabban előforduló érték pedig mindössze 3,3 volt. Általános tapasztalat volt, hogy bár sok program esetében reális és világos végső cél fogalmazódott meg, az ehhez rendelt specifikus célok nem tűntek reálisnak a végső cél megvalósítása tekintetében.

### *3–4. A koncepció koherenciája, valamint a koncepció és a specifikus célok illeszkedése*

A fentiekkel összhangban alakult a koncepció értékelése. Az átlag itt is 3,6, s többnyire néhány tizedespontnyi eltérés volt tapasztalható a specifikus célok értékelésében kapott pontszámokhoz képest. Ugyanez volt megfigyelhető a megjelölt koncepció és a specifikus célok illeszkedésének vizsgálatában. Ez esetben 3,7-es átlagot kaptunk.

Mindez azt a korábban már jelzett problémát veti fel, hogy a programgazdáknak gyakran nehézséget jelentett az elméleti koncepció megfogalmazása, illetve ennek a célokkal történő összhangba hozása. Az adatlapokon nem egy esetben lehetett szakkönyvekből átvett elméleti leírásokkal találkozni, amelyek azonban nem minden esetben illeszkedtek a célokhoz.

### *5. A módszerek adekvátsága*

A módszerek értékelésében gyakorlatilag a koncepció és a célok illeszkedésének megítélésével azonos pontszámok születtek. Az átlag itt is 3,6.

Mindegyik koherenciára, illetve céladekvátságra irányuló értékelési szempont vonatkozásában meg kell azonban jegyeznünk, hogy az átlag viszonylag nagy, közel egy skálapontértéknyi szóródást takar, az osztályzatok gyakorlatilag a teljes értékelési tartományt lefedik (minimumértékek 1 közeliek, a maximumérték viszont mindegyik szempont esetében 5), tehát a különböző programdimenziók (végső, illetve specifikus célok, koncepció, illetve módszerek) koherenciája tekintetében a programok között igen nagy különbségek jelentkeztek.

### *6. Az időtényező értékelése a célok tükrében*

A szakértők egyöntetű véleménye volt, hogy az idődimenzió vizsgálata bizonyult a legjobb mércének a programok értékelésében. Ebben a szempontban mutatkozott meg talán leginkább, hogy az adott célkitűzés megvalósításához képest mennyire reális a program felépítése. Valamennyi szempont közül itt mutatkozott ugyanakkor a legalacsonyabb átlag: 3,1 és 4-es vagy annál jobb osztályzat mindössze hét program esetében fordult elő.

### *7. A csoportok nagysága*

Kedvezőbb megítélést kapott a csoportok méretének módszer- és céladekvátsága. Az átlag pontszám 3,8. A legtöbb program az osztályközösség szintjén dolgozik, s ez a

szakértők véleménye alapján megfelelő nagyságú csoport. Az átlagnál magasabb pontszámokat mindazonáltal azok a programok kaptak, ahol az ennél kisebb csoportokkal való foglalkozás volt jellemző.

#### *8. A program megítélése a célcsoport jellemzőinek tükrében*

A programokat a célcsoport jellemzőihez történő igazodásuk alapján átlagosan 3,8 pont-ra értékelték a szakértők, a leggyakoribb értékelés 4-es volt, az egyes programok pontszámai 2,7 és 5 között helyezkedtek el.

#### *9. A programhoz szükséges információforrások*

Annak a megítélése során, hogy a programok kialakítása mennyire adekvát információforrásokon nyugszik, az egyes programok esetében 1,3 és 5 közötti pontértékek születtek (az átlag 3,3, a módusz pedig 3). Általában néhány szakkönyvre vagy felmérésre történt hivatkozás, s meglehetősen ritka volt, hogy a közvetlen célpopulációról történt volna valamilyen adatgyűjtés.

#### *10. Az alkalmazott stáb*

Az alkalmazott stáb adekvátságának megítélése nehézségekbe ütközött, hiszen az adatlapon a születési év és a végzettség, illetve a végzett munka jellege szerepelt. A szakértők összesen 23 program esetében vállalkoztak e szempont megítélésére, aminek eredményeképp 3,8-es átlag született, az értékek a 3 és 5 közötti tartományban mozogtak. A legmagasabb pontszámot azok a programok kapták, amelyekben fiatal preventációs szakemberek dolgoztak.

Tekintettel arra, hogy a kutatásunk célja az iskolai drogpreevenációs módszerek hatékonyságvizsgálatának magyarországi megalapozása, melynek során a programfeltárás, illetve értékelés metodikájának kimunkálása valamint az értékelés elkészítése azonos súlyú feladatként jelennek meg, elsősorban minőségi, és nem mennyiségi tényezők orientálták munkánkat. Kutatásunk második fázisában a kataszterfelállítás során feltárt programok egy szűkített körének – szám szerint hét programnak – a részletes folyamat- és eredményevaluálását végeztük el.<sup>44</sup>

<sup>44</sup> A programok kiválasztása során – mint azt már említettük – elsősorban az az elvi, módszertani szempont vezérelt bennünket, hogy az elemzésbe vont programok a létező preventációs irányzatok, illetve az alkalmazott módszerek tekintetében minél több típust képezzenek le. A kiválasztás során emellett tekintettel voltunk az eredmény evaluálás gyakorlati metodikai szempontjaira is, azaz arra hogy az elemzésbe vont programok a vizsgálati periódus alatt a célpopuláció meg-

*A részletes folyamat- és eredményevaluációban részt vevő programok***SZOLGÁLTATÓ**

DROGPREVENCIÓS ALAPÍTVÁNY

21. SZÍNHÁZ A NEVELÉSÉRT EGYESÜLET

TARGET 2000 IFJÚSÁGI IRODA KFT. TISZTA  
JÖVŐÉRT KÖZHASZNÚ ALAPÍTVÁNY

KOMPÁNIA ALAPÍTVÁNY

KÉK PONT – DROGKONZULTÁCIÓS  
KÖZPONT ÉS AMBULANCIA

JÓL-LÉT MENTÁLHIGIÉNÉS ALAPÍTVÁNY

BUDAPESTI ORVOSTANHALLGATÓK  
KORTÁRSOKTATÓ ALAPÍTVÁNYA (BOKA)**VIZSGÁLT PROGRAM**

DROGBUSZ

TÚNJ EL VILÁG!

„LÉGY ÉSZNÉL!” DROGPREVENCIÓS  
RENDEZVÉNYSOROZAT A KÖZÉPISKOLÁKBANISKOLAI MENTÁLHIGIÉNÉS PROGRAMOK  
KORTÁRSVEZETÉSELDROGPREVENCIÓS PROGRAM ÁLTALÁNOS  
ÉS KÖZÉPISKOLÁS TANULÓK RÉSZÉRE

DROGPREVENCIÓS ÓRA 4 X MÁSFÉL ÓRÁBAN

KÖZÉPISKOLAI DROGPREVENCIÓS PROGRAM

A vizsgált hét program között jelentős hasonlóságok és jelentős különbségek egyaránt vannak. A Kék Pont, a Jól-lét Alapítvány és a BOKA programjai valamennyien több foglalkozásból állnak, illetve többféle modalitást/prevenció megközelítést alkalmaznak integrált módon. Hasonlóan integrált a Kompánia Alapítvány programja, ez azonban egyetlen hosszabb foglalkozásba tömörítve zajlik. Több elemet ötvöz a Target 2000 kampánya is, és szintén egyetlen alkalommal találkoznak a diákokkal, de mivel az egyes programelemek párhuzamosan futnak, ezért nem ér el minden diákot a program valamennyi eleme. A további két program a fentiekől és egymástól teljes mértékben eltérő. Így a Drogpreneció Alapítvány programja tisztán ismeretközlő jellegű, míg a 21. Színház kizárólag drámapedagógiát alkalmaz.

A továbbiakban ezen hét program szervezeti-, folyamat- és eredményértékelése során alkalmazott módszereket és az összesített eredményeket mutatjuk be<sup>45</sup>, jelezve, de nem nevesítve a programonként mutatkozó eltéréseket.

**A vizsgált programok szervezeti háttere**

A nonprofit szektor szervezeteinek értékelésére nincsenek szigorú sztenderdek, szempontjaink kidolgozásában a Johns Hopkins University Institute for Policy Studies (Baltimore, USA) értékelő vizsgálatokban alkalmazott módszereit használtuk.<sup>46</sup> Az ér-

---

bízható eredményeket adó sokaságát érik el. Az aktuálisan – a vizsgálat időintervalluma alatt – elért populáció minimális létszámára vonatkozó kritériumunk szűk keresztmetszetként jelentkezett az elemzésbe vonható programok körének meghatározása során.

<sup>45</sup> A programonként részletezett eredményeket tartalmazó tanulmány volumene egyrészt messze meghaladná jelen írás kereteit, másrészt elsősorban a konkrét programok számára szolgálja tanulságokkal.

<sup>46</sup> Minden szolgáltató szervezetről esettanulmány készült, melyben részletes adatokat gyűjtöttünk a gazdálkodásról, a döntési eljárásról, az emberi erőforrásokról és a szakmai munkáról. A szervezeti esettanulmányokat Czákó Anna főiskolai hallgató és Dénes Judit egyetemi hallgatók készítették.

tékelésnek nem ellenőrzés volt a célja. Azt vizsgáltuk, hogy a szervezetek stabil és kiszámítható működésének megvannak-e a feltételei, biztos-e a szolgáltatás gazdasági-szervezeti háttere.

A vizsgált szervezetek alapítása – egy kivétellel – a kilencvenes évek második felében történt, azaz viszonylag fiatal szervezeteknek tekinthetők. Ennek ellenére a 2000. évi bevételeik a nonprofit szervezetekre országosan jellemző sávban, 2,1 és 17,7 millió forint között mozognak, ezen belül 3 szervezet bevétele nem éri el a 3 milliót, 2 szervezet 7-8 milliós forrással rendelkezett. A legfrissebb, 1999-es országos nonprofitszervezet-statisztikával<sup>47</sup> összehasonlítva azt tapasztaljuk, hogy az általunk vizsgált szervezetek esetében *nem érvényesül* az az országos tendencia, miszerint minél később alakult a szervezet, annál kisebbek a bevételei (13 és 2 millió forint között).

A vizsgált szervezetek *bevételeinek szerkezete* szintén jelentősen eltér a nonprofit intézmények országos bevételi szerkezetétől, mert alig van közöttük olyan, amelyik pályázaton kívüli bevétellel rendelkezik. (Az országos átlag szerint a pályázati bevételek aránya az összes bevételen belül 23 százalék. Az állami támogatás aránya csak az egészségügyi szervezeteket nézve 28,8 százalék.) Ez a tény a működés finanszírozása szempontjából mind a hét szervezet esetében *igen kritikus* helyzetre utal. Minisztériumi pályázatok jelentik szinte az összes bevételi forrást. Magánadományt néhány cég adományától eltekintve nem találtunk a bevételek között. Elenyésző összeggel szerepel önkormányzati vagy külföldi támogatás, illetve vállalkozásoktól, cégektől kapott támogatás. Érdekes tapasztalat: a vezetők nem ismerik a lehetséges bevételi forrásokat, mert alternatív lehetőségekről nincs is információjuk. Ismeretlen fogalom számukra az alaptevékenység díjbevétele, az ÁFA-visszaigénylés, a társadalombiztosítási befizetés stb., vagyis a szervezetek gazdálkodása<sup>48</sup> egyszerűen csak az elnyert pályázati pénzek szűken vett elszámolására szorítkozik.

A pályázati pénzekből azonban elég jelentős mértékben részesültek a szervezetek. Azok az egészségügyi alapítványok és egyesületek, melyek pályázaton pénzt nyertek, átlagosan 2 millió forint bevételre tettek szert 1999-ben. A fenti táblázatból jól látható, hogy ennél jóval magasabb összegek is szerepelnek a vizsgált szervezetek számájában. *Szervezeteink a pályázati „piacon” igen jól szerepelnek.*

A pályázaton nyert pénzek (illetve a bevételek) nagysága és a foglalkoztatottak száma között pozitív korrelációt láthatunk az országos adatokban, a vizsgált szervezetek között azonban ilyen összefüggés nincs. Bizonyára azért, mert a pályázati pénzek túlsúlya és az ebben rejlő bizonytalanság és a foglalkoztatást megengedő hosszú távú gazdasági stabilitás egymásnak ellentmondó tények a vizsgált szervezetekben.

<sup>47</sup> Mivel nem célunk semmilyen statisztikai összefüggés modellszerű vizsgálata, csupán nagyjából kívánjuk elhelyezni a szervezeteket az országos nonprofit-palettán, úgy véljük, elnézhető az a pontatlanság, hogy az országos statisztikák 1999. évi adatait és a szervezetek 2000. évi adatait használjuk (Forrás: *Nonprofit szervezetek Magyarországon 1999*. Budapest, KSH Közlemények, 2001).

<sup>48</sup> Az értékelő vizsgálatnak nem volt (nem is lehetett) célja a pénzügyi ellenőrzés. Az alapítványi vezetők által ismert (és nem ismert) pénzügyi adatokat kívántuk meg tudni, nem kutattunk a könyvelésekben. Úgy véljük, hogy az ismert (és ismeretlen) adatok ilyen felsorolása is jelzésértékű.

## A vizsgált szervezetek működéséről

A tekintetben, hogy a vizsgált szervezetekben érvényesülnek-e a nonprofit szervezetekkel szemben támasztott, törvényben is megfogalmazott követelmények, három fontos tényt kell ellenőriznünk:

### 1. A profit felosztásának tilalma

A vizsgált szervezetek közül egyik sem végzett profitorientált tevékenységet, vagyis nem volt vállalkozói haszon a szolgáltatásokon. Így nem is képződött profit, melynek felosztását megtiltja a törvény. Világosan látszik, hogy a drogprevencióval foglalkozó szervezetek számára egyértelműen maga a szolgáltatás sikere fontos, nem a pénzübeni jövedelemszerzés. Az alapítványok esetében persze tapasztaltuk hogy a nonprofit besorolás, a jogi forma eszközül szolgál ahhoz, hogy egy szakmailag átgondolt, vagy már működő projekt finanszírozási hátterét meg lehessen teremteni.<sup>49</sup> Ez a tény több szervezet esetében is az alapítványtevés kimondott oka volt. Egy esetben érdekes konstrukcióként jelentkezett egy alapítvány és a vele nagyon szorosan együttműködő kft. kapcsolata. A többi alapítványt és egyesületet nem instrumentális okokból, hanem kimondottan alternatív szolgáltatások megvalósítására hozták létre.

### 2. Privát és nemkormányzati tevékenység

Mindegyik szervezet esetére igaz, hogy a drogprevenció területén járatos vagy az ifjúsági nevelés problémáival küzdő pedagógusok, orvosok, pszichológusok magánkezdeményezése nyomán jött létre a szervezet. A civil kezdeményezés hátterében a prevenció munká mellett elkötelezettség, illetve a drogfüggők kezelésében megvalósításra érdemes, addig nem ismert eljárások, külföldi tapasztalatok meghonosítása állt. A nonprofit (NGO – nemkormányzati szervezetek) és a kormányzati szektorra általánosan jellemző együttműködést tapasztaltunk a vizsgált szervezetekben: a kormányzat különféle alapokból finanszírozza a prevenciót, és ezt pályázati rendszerben eljuttatja azokhoz a szervezetekhez, amelyek várhatóan jó szakmai színvonalon megvalósítják a kívánt célt (vagy programot). Mindegyik szervezeti program illetve szolgáltatás olyan, amely a hagyományos (magyar) egészségügyi ellátásban nem megvalósítható. Ennek ellentmondani látszik, hogy az egyik szervezet esetében éppen most folyik az egészségpénztári finanszírozás bevezetése, vagyis a szervezet némely szolgáltatásának – hazai értelemben – egészségügyi-kormányzati finanszírozása. Az esettanulmányból kiderül, hogy ez a szolgáltatás egy részét teszi csak lehetővé, továbbra is nehéz az orvosi tevékenységet kiegészítő prevenció vagy gondozómunka fedezetének előteremtése. Ez az eset azonban azt igazolja, hogy a civil kezdeményezés és a kormányzat *konszenzusa* megteremthető. Az interjúkban sok szak-

<sup>49</sup> A nonprofit szervezet ugyanis több-kevesebb eséllyel pályázhat a minisztériumok vagy más nonprofit szervezetek meghirdetett pályázatain, míg egy állami vagy helyi költségvetési szervezetnek – ha, tegyük fel, ilyen szervezeti formában kívánnák megvalósítani prevenció tevékenységüket – jó alkupozícióra kell szert tennie a versenytársakkal szemben, hogy a költségvetésből nagyobb részt nyerjen el magának.

ember beszélt arról, hogy a párbeszéd azért nem alakul az általuk kívánt módon, mert ebben az ügyben rendkívül nagymértékű a tudatlanság, tájékozatlanság mind a kormányzati hivatalnokok, mind a pedagógusok között. Az egyének, szakmai közösségek rivalizálnak is – természetesen a pénzek megszerzése miatt is –, ám az esettanulmányokból az tűnik ki, hogy vagy nagy együttműködő szervezeti konglomerátumok jönnek létre közös pályázatok kapcsán, vagy az elnyert pénzből megvalósítandó projektre „alvállalkozói” rendszert szerveznek össze. (Pl. közös megjelenés a Szigeten, vagy például a kisebb alapítványok lesznek „bedolgozók”.) A szervezet szintjén a „magán”, a „privát” azt is jelenti, hogy a munkában rendkívül *nagy flexibilitás* érhető el. Az együttműködők egyet is akarnak. Ha nem jön létre összhang, elhagyják a szervezetet. A munkarend, a szabályok és a szankciók tekintetében részben a bürokrácia szabályai szerint kiszámítható szabályok, részben az ennél szigorúbb, belső viselkedési normák érvényesülnek.

### **3. Önkéntesség a munkák elvégzésében**

A vizsgált hét szervezetben összesen hat munkatársnak volt kenyérkereső foglalkozása az alapítványi munka. Mindannyian saját kezdeményezésük megvalósítására alakították maguknak a „nonprofit” önfoglalkoztatást. A munkavállalók másik két csoportja jellemző minden vizsgált szervezetenél: az egyik olyan szakemberekből áll, akik munkaszerződéssel vagy számlára dolgoznak, a másik csoportba tartoznak a valódi önkéntesek, akik sokszor ingyen, sokszor jelképes összegekért (diákmunka) vagy természetbeni juttatásként a szakmai gyakorlat megszerzése végett dolgoznak a drogmegelőző programokban. Köztük is van különbség: a kortárssegítők többnyire elhivatott középiskolások vagy egyetemisták, a „szakmai” önkéntesek pedig szakirányú gyakorlat megszerzését remélik az alapítványi munkától. Fontos megjegyezni, hogy az önkéntesek a vizsgált szolgáltatások jellegéből adódóan nem teljesen amatőrök, kiképzésben részesülnek (amit önként vállalnak).

## **A vizsgált szervezetek funkciója a drogprevencióban**

### **1. A szolgáltatási funkció**

A drogprevenció szolgáltatás meglehetősen rövid múltra tekint vissza hazánkban. Az állami egészségügy, az oktatási szféra és a szociális ellátás rendszerében megtalálhatók voltak a kezdeményei, keretei, ám a hazai szakemberek egy része – mint az a vizsgált szervezetek történetének részleteiből kiderül – kevésnek, szűknek, merevnek, nehézkosnak, egyszóval alkalmatlannak találta a jó szolgáltatás megteremtéséhez. Külföldi tapasztalatok alapján igyekeztek más eszközökkel (pl. drámapedagógia, alternatív terápiák) *jobb minőséget* elérni. A jobb minőség szükségképpen több, kiterjedtebb munkát igényel, és időigényesebb, ám a viszonylag kevés szakalkalmazott és a sok olcsó önkéntes nem teszi drágábbá a szolgáltatást (többe kerülne, ha például a projektekben részt vevő sok szociális munkás alkalmazottként dolgozna). A nonprofit szolgáltatás egyértelműen olcsóbb. Az, hogy több ember foglalkozik a rászoruló kliensekkel, költséges lehet, de a sok szakember ebben a szaktevékenységben várhatóan nagyobb ered-



ményeket produkál, hatásosabb munkát tud végezni. (A ráfordítások és hozamok aránya nemcsak pénzben számolható.)

## **2. Innovatív funkció**

A vizsgált szervezetek szolgáltatásai meg sem születtek volna az állami szektorban. A különféle egyéni terápiák, a kortársképzés, a drámapedagógiai program, a drogbusz mind vadonatúj eszközök a hazai drogprevencióban. Ezeket piaci szolgáltatásként értékesíteni ma hazánkban majdnem lehetetlen lenne. A vizsgált alapítványok igen széles kapcsolathálózat részeként működnek, különösen igaz ez azokra, amelyek személyesen, egyenként foglalkoznak drogot használókkal. Ebbe a kapcsolathálózatba beletartoznak az egészségügy szervezetei, a szociális ellátás szervezetei, az iskolák, a rendőrség, az emberi jogi szervezetek, vagyis mindazok, amelyekkel szintén kapcsolatba kerül a drogos. A tevékenységük innovativitása abban is megnyilvánul, hogy a kezdeményezéseik óhatatlanul kisugároznak a partnerszervezetekre. A gondozáshoz kapcsolódó egészségügyi-szociális intézményrendszer korszerűtlen, nem specializálódott eléggé, s a kliensek nem mindig kerülnek a legmegfelelőbb helyre, mert nincs vagy szűk a választék, kevés a befogadó intézmény.

## **3. Érdekvédelmi funkció**

Az egyik szervezet történetéből kiderül, hogy a kezdet kezdetén rendőrségi zaklatásnak voltak kitéve. Nemcsak a klubba betérő klienseiket figyelték, hanem az ott dolgozó szakembereket is. Később a konfliktust sikerült feloldani. Gyanakvás, bizalmatlanság veszi körül a drogproblémát. Az e területen dolgozó szervezetek megalapításában emberi jogi aktivisták, jogászok személyesen is közreműködtek. (Intenzív a kapcsolat például a Társaság a Szabadságjogokért [TASZ] szervezettel.)

## **4. Közösségépítő funkció**

Szinte trivialitás, hogy a drogmegelőzés, az ifjúsági felvilágosítás és egészségnevelés közösségépítő munka is. A szervezetek szolgáltatásainak központi eleme a célcsoport közösségeiben rejlő erőforrások mozgósítása a drogozás megakadályozásában (interaktivitás a tanulásban, a szórakoztatásban, az aktivisták képzésében, a kortárssegítői intézmény kialakítása, a drámapedagógia stb.).

## **5. A szervezetek vezetése**

*A vezetés rendje* – már azokban a szervezetekben, amelyekben 2–3 vagy ennél több ember együttműködését kell megszervezni – inkább demokratikus elveket követ. Fontos azonban megjegyezni, hogy a pszichológiai, illetve orvosi munkát igénylő programok kidolgozásában és a drámapedagógiai munkában abszolút tekintélye van egy-egy hangadó szakembernek. A többi szakember az ő szakmai útmutatásait követi, azal azonosul. A szakmai autoritás ténye azonban nem jelenti azt, hogy autoritárius vi-

szonyok uralkodnak a szervezeti együttműködésben. A szakmai vezetés a nagyobb szervezetekben mindig tárgyalásos módon rendezi a konfliktusokat illetve dolgozza ki a döntéseket. A megkérdozettek – akár vezetők/hangadók voltak, akár nem – fontosnak gondolták elmondani, hogy a szakmai tekintélyt megtestesítő személy kooperatív a munkában. Konfliktusok a szakmai kérdésekben is vannak/voltak, ám ezek kimondhatók, s csak egy esetben utaltak arra a megkérdozettek, hogy emiatt megváltak egy-egy szakembertől. A konfliktusok másik oka az adminisztrációs terhek, a követelmények betartása, betartatása és a pénzügyek áttekinthetőségének szavatolása. *Fontos tény:* a vizsgált szervezetek élén olyan emberek állnak, akik már most véleményalkotók a drogmegelőzési illetve ifjúságvédelmi szakterületen.<sup>50</sup> Köszönhetik ezt annak, hogy a szakmában nemzetközi kapcsolatokat is képesek voltak kiépíteni. Várható az is, hogy a jelenlegi trendtől eltérően karrierjük nem a felsőoktatásban vagy a közigazgatásban folytatódik, hanem az erősödő civil/nonprofit szféra is jó perspektívát nyújt majd az előrelépésre. Internáliák: a nagyon kicsi szervezetekre jellemzően szoros szakmai-baráti és bizalmi kapcsolatok jellemzik a vizsgáltakat is. A *belső szervezeti etbosz* fontos elemei a nyíltság, őszinteség, türelem, szabályok betartásának szigorja, nem utolsó sorban a szakmai rátermettség. Ezek a speciális kliensekkel való foglalkozáshoz nélkülözhetetlen tulajdonságok. Ugyanez jellemzi a kortárssegítőkkal, az önkéntesekkel, ösztöndíjasokkal szemben támasztott követelményeket. Mivel a bürokratizáltságnak éppen csak legszükségesebb elemei jelennek meg a munkában, a szabályok szigorú normák formáját öltik. (A legtöbb szervezetben van írásban rögzített szervezeti és működési szabályzat.) Az önkéntes munkatársak számára a szervezeten belüli perspektíva jól körvonalazódik. Nem feledkezhetünk meg azonban arról, hogy a vizsgált szervezetek önkéntesei szakmai tapasztalatszerzés vagy a külföldi ösztöndíj-pályázatokban elvárásként szereplő önkéntes munka teljesítése céljából vesznek részt a munkában, vagyis pályájukat végül is az adott szervezeten kívül képzelik el.

## **A vizsgált szervezetekkel kapcsolatban tapasztalt hátrányok**

### **1. Partikularizmus**

A szervezetek vizsgálatában, különösen, ha nonprofit szektorról van szó, mindig felmerül a részrehajlás, a kedvezményezettség, a méltánytalan előnyökhöz juttatás, a pozitív vagy negatív diszkrimináció kérdése. Mi a szűk terepen végzett vizsgálatunkban ezzel a jelenséggel nem találkoztunk.

### **2. Paternalizmus**

Az elemzések abból a feltételezésből szoktak kiindulni, hogy a donor-szervezetek a pénzükért nagy befolyást igényelnek, s a civil szerveződés elveszti autonómiáját. Eseteinkben másfajta paternalizmus létezik. Láttuk, hogy a szervezetek bevételei majd-

<sup>50</sup> Minisztériumi szakértői munkát végeznek, pályázatokat bírálnak már most.

nem teljes mértékben pályázati bevételek. Ezeket a pályázatokat leginkább az Oktatási Minisztérium és az Ifjúsági és Sportminisztérium írják ki, így nagy esélye van a pénzügyi függés kialakulásának, mert nincs más pénzforrás. Mivel a szervezetek alternatív források hiányában a mindenkori pénzosztónak kiszolgáltatottak, kizárólag a mindenkori minisztériumok önkorlátozásán, demokratizmusán múlik, válogat-e szervezetek között, melyek működését segíti, melyekét nem.

### ***3. Túlságosan professzionális vagy nagyon amatőr a szervezet***

A szakképzett munkával szemben támasztott minőségi követelmények betartását az adott szakmák – orvos, pszichológus, pedagógus – normái szerint megkövetelt eljárási, ellenőrzési és értékelési módszerekkel ellenőrzik a munkatársak. Az ellenőrzés és értékelés a civil szférában szokásosan a kliensek feladata is. A kliensek intézményes részvételével csak egyetlen szervezet munkájában találkoztunk.<sup>51</sup> A többi szervezet esetén hasonlóval nem találkoztunk. Egyértelműen amatőrizmus látszik viszont a szervezetek gazdálkodásának megszervezésében. Bár hivatkoznak arra, hogy van könyvelőjük, s ő a gazdálkodás szakszerűségének záloga. Pedig a könyvelő csak regisztrál, nem találja ki a gazdálkodás módját.

### ***4. Források megszerzésének nehézsége***

A vizsgált alapítványok egy részét kimondottan a források előteremtésére hozták létre. A pénzforrások szűkösen állnak rendelkezésre. A szervezetek bevételi struktúrája meglehetősen egyszerű: pályázati pénzek jelentik a legfőbb forrást. Megjegyezzük, hogy az egyik alapítvány kapcsán került szóba, hogy a drogmegelőzést segíteni nem jó reklám a gazdálkodó szervezeteknek: semmi módon nem akarnak a drogokkal kapcsolatba kerülni, mert az szerintük rossz konnotáció, piaci hátrányokat von maga után. Ahogy a fentiekben már utaltunk rá, a szervezetek közötti rivalizálás oka legtöbbször a pénzekért folyó verseny.

### ***5. A felelősségi viszonyok a szervezeteken belül***

A kicsi szervezetek bürokratikus rend szerinti megszervezése lehetetlen/értelmetlen, a belső viszonyok a bizalomra épülnek, nem jogi garanciákra. Legfontosabb szempont a törvényi előírások betartása az elszámolásban. A könyvelői funkció erősen felülértékelődik, mert a nonprofit menedzserek „vállalkozói kultúrája” hiányzik.

---

<sup>51</sup> Ez esetben a kliensek részt vehettek a munkában, saját érdekeik képviselésének ellenőrzésében, ami a kliensek (közvetett) bevonását jelenti.

## Folyamatértékelés – A programok kivitelezésének vizsgálata

### *Az értékelés célja, menete, a vizsgált kérdéskörök*

A folyamatevaluáció a prevenciós beavatkozások kivitelezéséről szolgáltat információt. Az értékelés ezen fázisában képet kaphatunk arról, hogy a program (programok) a vizsgált periódus alatt a tervek szerint halad(nak)-e, sikerült-e teljesíteni a kitűzött célokat, úgy a diákok elérése, bevonása, érdeklődésének felkeltése tekintetében, mint tartalmi vonatkozásokban. A folyamatértékelés ezen túlmenően információt ad a célcsoport reagálásairól, benyomásairól is, arról, hogy a diákok kedvelik-e a programot, elégedettek-e vele. A folyamatértékelés során alkalmazott mutatók nem a programok eredményességét jelzik, önmagában a terveknek megfelelően folyó kivitelezés, vagy a diákok körében kedvező reakciók elérése nem jelent garanciát a vizsgált program eredményességére vonatkozóan, ugyanakkor a folyamatértékelő indikátorok a beavatkozások eredményességének értelmezéséhez fontos információkkal szolgál(hat)nak.

Az alábbiakban a részletes értékelés alá vont hét program vonatkozásában a következő kérdésköröket tárgyaljuk:

1. a célcsoport-elérés hatékonysága;
2. a résztvevők bevonásának egyéb mutatói;
3. a tervezett és tényleges beavatkozás viszonya (mennyire sikerült megvalósítani a program lefolytatásával kapcsolatban kitűzött célokat?);
4. a résztvevők reakciói, véleménye.

A folyamatértékelés kapcsán végzett elemzések megfigyeléseken, az interpretátorok által kitöltött kérdőíven, valamint a célcsoport körében készített fókuszcsoportos interjúkon, illetve a posztvizsgálat során összegyűjtött kvantitatív tetszési adatokon alapulnak.

### *A célcsoportelérés hatékonysága*

Az elemzésbe vont hét program a vizsgált periódusban – 2001. május–június folyamán – összesen több mint kétezer diák elérését tervezte, s végül 1691 tanulót sikerült elérniük.<sup>52</sup> Az elérési hatékonyság – egységes fogalomként értelmezve – azonban technikai okok miatt csak hat csoport esetében számítható<sup>53</sup>. A hat program által elérni kívánt célcsoportok együttes nagysága 1722 fő, melyből a foglalkozásvezetők beszámolói

<sup>52</sup> A preadatfelvételek osztálylétszámai alapján.

<sup>53</sup> Az iskolával való időpont-egyeztetési problémák miatt a pre-adatfelvételt követően úgy tűnt, hogy az egyik program nem fog a vizsgált periódusban lefutni, hanem átcsúszik a következő tanévbe. Hosszas tárgyalási folyamat eredményeképpen végül az utolsó előtti tanítási héten, a tervezhez képest csökkentett volumenben, összesen 6 csoportban került megvalósításra a program, az iskolai sportnappal párhuzamos rendezvényként. Az igazgatóhelyettes önként jelentkezőket toborzott a prevenciós programban való részvételre, ennek következtében nem a célcsoport fogalma nem értelmezhető és nem számítható részvételi arány.

szerint ténylegesen 1545 diák vett részt a vizsgált programok valamelyikében. A programok együttes elérési hatékonysága tehát megközelítette a 90 százalékot. Ezen belül az egyes programok elérési hatékonysága 75 és 99% között mozgott.

A programból kimaradó diákok a programok többsége esetében gyakorlatilag az aktuálisan hiányzó tanulók voltak. Ezen túlmenően az egyes programok elérési mutatóiban jelentkező eltérések a fókuszcsoportokból illetve a munkatársainktól származó kvalitatív információk alapján feltehetően egyrészt a program kivitelezési körülményekben, másrészt az iskola tanárainak prevencióval szembeni magatartásában rejlik. Figyelemre méltó, hogy az általános iskolai oktatási körülményektől eltérő helyszínen, ugyanakkor osztálytermen belüli – azaz a jelenlét kontrollálását inkább lehetővé tevő – programmegvalósítás, illetve az iskola tanárainak a prevenciót támogató hozzáállása növeli, míg a kevésbé kontrolálható – például iskolai szintű vagy párhuzamos, alternatív eseményekre épülő programkivitelezés –, illetve a tanárok közömbös vagy elutasító magatartása csökkenti a diákok részvételi hajlandóságát.

### ***A résztvevők bevonódásának egyéb mutatói***

A prevenció programok hatékonyságának vizsgálata során a szakirodalom kitüntetett szerepet tulajdonít az interaktivitás kérdéskörének. Külföldi tapasztalatok alapján a nem-interaktív programok gyakorlatilag hatástalanok, míg az interaktívak jelentős hatással bírnak és a költség-haszon arányuk is kedvezőbb. Az interaktivitás ebben az esetben azt jelenti, hogy a diákok nem pusztán hallgatósként vesznek részt a prevencióban, hanem résztvevő módon. A szokásos, „frontális” előadás helyett az *interpretátor* a diákokat bevonja a gyakorlatokba, szerepjátékokba; a különböző készségeket gyakoroltatja velük, csoportosan megbeszéli a felmerülő kérdéseket stb. A szakirodalom szerint az igazi választóvíz a hatékony és a nem hatékony programok között abban áll, hogy mennyire tudják aktívvá tenni a diákokat, mennyire lesznek partnerek, mennyire vonják be a program oktatásába a kortárs véleményformálókat (Tobler, 1997).

E szakirodalmi tapasztalatok alapján többféle mutatót alkalmaztunk a programok interaktivitásának mérésére. Egyrészt vizsgáltuk az interaktivitást olyan objektív, bár annak elsősorban csak a formális oldalát megragadó mutatók mentén, melyek a diákok számszerű bevonását fejezték ki. Másrészt az interaktivitást tartalmi tényezőként kezelve alkalmaztunk úgynevezett *szubjektív indikátorokat* annak kifejezésére, hogy a diákok milyen mértékben érzékelték a programok során, hogy ők valóban aktív módon vesznek részt a prevencióban.

### ***A program során interakcióba vont diákok aránya – objektív, formális mutatók***

Egyrészt a megfigyelők percekre, illetve 5 percekre bontva rögzítették az interakciók számát, majd azt összesítették a foglalkozás egészére. Másrészt a foglalkozásvezetők (interpretátorok) a foglalkozást követően kitöltött kérdőívben nyilatkoztak az interakcióba vont diákok arányáról.

A foglalkozásvezetők az egyes foglalkozásokon átlagosan a diákok felét-kétharmadát tudták interakcióba vonni.<sup>54</sup> A foglalkozásvezetők megítélése szerint 65, a megfigyelési jegyzőkönyvek alapján átlagosan a tanulók 57%-ánál sikerült valamilyen aktivitást kiváltani.

A programok között e tekintetben jelentős különbségek figyelhetők meg. Az interviált fiatalok formális bevonásának mutatói 97-100% és 3-5%-os szélső értékek között helyezkedtek el.

*Az interaktivitás szubjektív mutatói – a diákok értékelése arra vonatkozóan, hogy mennyire tudták befolyásolni a program menetét, a tárgyalandó kérdéseket*

Az interaktivitás ezen aspektusának mérésére általunk alkalmazott szubjektív mutatók részben kvantitatív, részben kvalitatív jellegűek. A kvantitatív mutatókat a poszt-kérdőívekben felvett véleményiskálák képezték,<sup>55</sup> kvalitatív jellegű információkkal pedig a fókuszcsoportos beszélgetések során megfogalmazott vélemények szolgáltak.

A poszt-kérdőívekben az interaktivitás érzékelését, azaz a célpopulációban megjelenő szubjektív megítélését az alábbi állításokkal való egyetértés mértékével<sup>56</sup> mértük:

1. állítás: „A foglalkozásvezető figyelembe vette az érdeklődésünket.”
2. állítás: „Úgy érzem, hogy nekünk is volt beleszólásunk a program menetébe.”

Összességében a programok a résztvevőktől inkább a „kedvező” tartományba eső minősítést kaptak. A hét program együttesen az első állítás esetében 5,65-ös, a második állításnál pedig 5,32-es átlagot ért el. A diákok fele (45,4%) teljes mértékben egyetértett azzal az állítással, hogy a foglalkozásvezető figyelembe vette az ő érdeklődésüket is, és további közel egyharmaduk adott az egyetértési tartományba eső (4-esnél jobb) osztályzatot. Szigorúbb kritériumnak minősült a második állítás, amely a valóban partneri viszonyra kérdezett rá. Azzal az állítással, hogy „Úgy érzem, hogy nekünk is volt beleszólásunk a program menetébe” már a diákok valamivel kisebb része, összességében 37%-a értett teljesen egyet, és további közel egyharmaduk (31,6%) „inkább egyetértő” választ adott. Azaz vizsgált programokban résztvevő diákoknak kétharmada érzekelte úgy, hogy valódi, aktív résztvevőként, partnerként vannak jelen a programban, s további 6-7%-a érezte azt, hogy ők, illetve az ő érdeklődésük is számított.

<sup>54</sup> Az összesített átlag kiszámítása az egyes programokra jellemző értékek ( $i/n_i$ ) átlagolásával történt, melynek során az egyes programok azonos súllyal szerepeltek ( $(i_1/n_1 + i_2/n_2 + \dots + i_j/n_j)/7$ ). A programokra jellemző átlag pedig az egyes foglalkozások során interakcióba vont diákok arányának ( $i_{jk}/n_{jk}$ , ahol  $i_{jk}$  a j-edik program k-adik foglalkozásán interakcióba vont tanulók száma,  $n_{jk}$  pedig az ugyanezen foglalkozáson résztvevő diákok száma) átlagátlagolásával jött létre. Tehát a hét programra összesített érték nem az összesen interakcióba vont diákok arányát jelzi, hanem a programok átlagaiban megjelenő tendenciát.

<sup>55</sup> A poszt-kérdőívet összesen 1402 diák töltötte ki, közülük 1295 diák nyilatkozott úgy, hogy részt vett a programokon. Az ő válaszaikon alapulnak a jelen esetben – és a későbbiek során – a poszt-kérdőívek véleményadatára vonatkozó értékelések.

<sup>56</sup> Az egyetértés mértékét a megkérdezettek 7 fokozatú skálán fejezték ki, ahol az 1-es azt jelenti, hogy a megfogalmazott állítással „egyáltalán nem ért egyet”, a 7-es pedig, hogy „teljes mértékben egyetért”.

A két mutató mentén meglehetősen hasonló, ugyanakkor az objektív mutatóktól valamelyest eltérő sorrend alakult ki a programokról.<sup>57</sup> Az objektív és a szubjektív interaktivitási indikátorok mentén jelentkező tendenciák eltérései arra engednek következtetni, hogy a diákok nem minden, részükről megnyilvánuló aktivitást értelmeznek partneri viszonyként, illetve, hogy a partneri viszonyt (a programban való aktív részvétel érzetét) az interakciókon kívül más tényezők is alakíthatják. A fókuszcsoportos beszélgetések kvalitatív információi alapján ilyen – a bevonódás érzetét fokozó, illetve azt a formális aktivitás alá csökkentő – tényező lehet az interpretátorok életkora, a programvezetők stílusa. A programok interaktivitása, annak értelmezése, értékelése kapcsán itt kell még megjegyeznünk, hogy a diákok több, magas interakciós arányt felmutató program esetében a fókuszcsoportos beszélgetések során megemlítették, hogy időnként kényszerűnek, túlhajtottnak, esetleg unalmasnak találták az interaktív elemek hangsúlyozását, feleslegesnek, erőltetettnek, esetenként éppen ellenállást kiváltónak érezték a szereplési kényszert.

### ***A tényleges beavatkozás viszonya a tervezetthez képest***

A folyamatértékelés tartalmi alapkérdése, hogy mennyire sikerült megvalósítani a program lefolytatása során az előzetesen kitűzött célokat, a beavatkozás tényleges menete mennyiben egyezett meg a tervezettel. E kérdéskör vizsgálata során egyrészt a foglalkozásvezetők beszámolóit, és a megfigyelési jegyzőkönyvek ide vonatkozó értékeléseit használtuk fel. Másrészt a résztvevők által érzékelt célokat – a poszt-kérdőívek kvantitatív, valamint a fókuszcsoportos interjúk kvalitatív információi alapján – szembeesítjük a – foglalkozásvezetők által megfogalmazott, illetve az Információs Adatlapon szereplő – tervezett célkitűzésekkel.

### *Az interpretátorok véleménye a foglalkozás célja(i)nak megvalósulásáról*

A foglalkozásvezetők hétfokú skálán értékelték azt, hogy a tervezetthez képest mennyire sikerült megvalósítani az óra kitűzött céljait.<sup>58</sup> Egyetlen olyan prevenciós foglalkozást sem találtunk, ahol annak vezetője egyértelmű kudarcról, vagy „inkább sikertelenségről” számolt volna be. A lezajlott foglalkozások több mint kilencven százalékában pedig az interpretátorok értékelése a skála sikerességet jelző tartományában (5. skálaponton vagy annál magasabb helyen) volt, s ezen belül is a foglalkozásvezetők egyharmada teljes mértékben megvalósítottnak ítélte a kitűzött céljokat. Összességében a vizsgált programok céleléresi átlagértéke 5,61 pont, ami 100 fokú skálára konvertálva azt jelenti, hogy átlagosan mintegy 80%-os mértékben sikerült a programoknak megvalósítaniuk a tervezett tevékenységet.

<sup>57</sup> A vizsgált programok mindkét értékelési dimenzió mentén szignifikáns különbségeket mutattak ( $p < 0,001$ ).

<sup>58</sup> Az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem”, a 7-es pedig hogy „teljes mértékben” sikerült az adott foglalkozáson megvalósítani a foglalkozás tervezett célját (céljait).

Az egyes programok esetében a kitűzött célok megvalósulására adott foglalkozás-vezetői osztályzatok átlaga, azaz az egyes programok „tervtartásának” mértéke 5 és 6,38 pontérték között, azaz százalékban kifejezve 74 és 91% közötti meglehetősen széles sávban helyezkedik el.

### *A megfigyelők véleménye a foglalkozás célja(i)nak megvalósulásáról*

A megfigyelők szintén hétfokú skálán értékelték azt, hogy az általuk ismert tervekhez képest mennyire sikerült megvalósítani az óra kitűzött céljait.<sup>59</sup> Összességében a vizsgált programok célélérési átlagértéke megfigyelőink szerint 4,95 pont, ami azt jelenti, hogy átlagosan a programvezetők által megítélthet képest mintegy 10 százalékkal alacsonyabb, azaz alig több mint 70 százalékos szinten sikerült a programoknak megvalósítaniuk a Program-Információs Adatlapban megfogalmazottakat.

Az egyes programok esetében a kitűzött célok megvalósulására adott megfigyelői osztályzatok átlaga, azaz az egyes programok „tervtartásának” mértéke 4,25 és 5,8 pontérték, azaz százalékban kifejezve 61 és 83% közötti sávban helyezkedik el. A vizsgált programok sorrendje a megfigyelők osztályzatai alapján némileg eltér a foglalkozás-vezetők sorrendjétől.

### *A programok tervezett és résztvevők által érzékelt céljai*

A poszt-kérdőívek kvantitatív, valamint a fókuszcsoportos interjúk kvalitatív információkkal szolgáltak arról, hogy a prevencióban részt vevő fiatalok milyen célokat tulajdonítanak a lezajlott programoknak. A következőkben ezeket mutatjuk be, illetve szembesítjük a foglalkozás-vezetők által megfogalmazott, valamint az Információs Adatlapban szereplő tervezett célkitűzésekkel.

A poszt-kérdőívek és a programok szándékolt céljainak összevetése alapján a főbb célkitűzések, célkitűzéstípusok érzékeltetésének hatékonyságában azok meghatározott hierarchiája bontakozik ki, melyben az inkább implicit célkitűzések tudatosítása alacsonyabb hatékonyságú.

1. A vizsgált programok által kitűzött célok közül az ismeretátadással, illetve a drogfogyasztás veszélyeinek tudatosításával kapcsolatos törekvéseket sikerült a leginkább közvetíteni a résztvevők felé. Ezek a célok a vizsgált programok mindegyikének célkitűzései között szerepeltek, s átlagosan a diákok közel háromnegyede (73%-a<sup>60</sup>) érzékelt is ezeket.
2. A legtöbb cél a résztvevők harmadában–negyedében tudatosult. Ilyenek a programok társas kapcsolatok jobb megértésével, a nemet mondási készség fokozásával,

<sup>59</sup> Az 1-es ebben az esetben is azt jelentette, hogy „egyáltalán nem”, a 7-es pedig hogy „teljes mértékben” sikerült az adott foglalkozáson megvalósítani a foglalkozás tervezett célját (céljait). A tervezett célokról a megfigyelőknek elsősorban a Program-Információs Adatlap szolgált információkkal, és néhány program – ez a programok kisebbik része – esetében az órávázlatokat is megismerhették.

<sup>60</sup> Az egyes programok esetében kapott gyakoriságok átlaga.



a segítségnyújtási lehetőségek megismertetésével, illetve a döntéseinkért való felelősség vállalással kapcsolatos célkitűzések.

3. A legkevésbé az önismeret fejlesztéssel, illetve az alternatívák felmutatásával kapcsolatos célkitűzéseiket tudták közvetíteni a programok. Az ilyen célkitűzéssel dolgozó programokban (5, illetve 3 program) a résztvevő diákok elenyésző hányada (12 illetve 6,5%-a) ismerte fel a prevenciós tevékenység ezen törekvését.

A programok célkitűzéseinek közvetítése, illetve a közvetítés hatékonysága kapcsán meg kell jegyeznünk, hogy az egyes programokon belül a program különböző képviselőinek (vezetők, interpretátorok) célmegfogalmazásaiban időnként inkonzisztencia jelentkezett. A programok interpretátorainak célképe esetenként nem egységes, illetve ellentmondás jelentkezik a foglalkozásvezetők által a programnak tulajdonított, és a program teoretikusan – az Információs adatlapon – megfogalmazott céljai között a közbülső (specifikus) célok tekintetében. Ez a bizonytalanság nehezen számszerűsíthető az interpretátorok eltérő létszáma miatt, azonban rendszerint negatív irányba befolyásolhatja a célok közvetítésének hatékonyságát. Ezt jelzi a mindegyik forrásban konzisztensen megjelölt, és bizonytalanul definiált céloknak a résztvevőkben való tudatosulásának jelentősen eltérő átlaga. Míg a programok képviselői által konzisztensen képviselt célokat a résztvevők átlagosan közel fele (45%-a) érzékelte, addig azon célok esetében, ahol a célmegfogalmazás nem egységes, ez az arány 20% körüli.

### ***A résztvevők elégedettsége***

A résztvevők reakcióit, a programokkal kapcsolatos elégedettségét részben kvantitatív tetszési mutatók, részben pedig a fókuszcsoportos beszélgetések alapján összegeztük. A diákok a poszt-kérdőívekben különböző szempontok mentén 7 fokozatú skálán fejezték ki elégedettségüket a programmal, illetve annak egyes dimenzióival. Az értékelés szempontjai részben a foglalkozásvezető személyére, a foglalkozások hitelességére, a program információtartalmára irányultak, illetve foglalkozások hangulatával egyéb jellemzőivel voltak kapcsolatosak.

#### *Foglalkozásvezető személyének megítélése a résztvevők körében*

Az interpretátorok összességében a résztvevőktől mindhárom vizsgált dimenzióban inkább „kedvező” minősítést kaptak. A diákok a vizsgált programok foglalkozásvezetőit általában szimpatikus személyiségnek és a témában felkészültnek ítélték, s az volt a véleményük, hogy az le tudta kötni a figyelmüket.

Leginkább kedvező megítélést a foglalkozásvezetők felkészültsége kapott, a hét program összes interpretátora hét fokozatú skálán e dimenzióban 5,58-as átlagot ért el. A résztvevők közel fele (46,9%) a foglalkozásvezető(ke)t teljes mértékben felkészültnek találta, s további harminc százalékuktól kedvező minősítést kapott az interpretátorok tudása, azaz a foglalkozásvezetők felkészültsége diákok háromnegyede esetében elismerést váltott ki.

A programokban részt vevő tanulók többsége – kétharmada – számára a szimpatikus volt a foglalkozásvezető, s összességében közel ugyanilyen arányban nyilatkoztak kedvezően arról, hogy mennyire tudta lekötni őket.

Az egyes programok között a foglalkozásvezetők megítélése tekintetében szignifikáns eltérések mutatkoztak. Leginkább azon programok esetében nyerték el a foglalkozásvezetők a részt vevő diákok szimpátiáját – figyelmét és elismerését –, ahol életkorban a diákokhoz közelebb álló interpretátorokat alkalmaznak. A kortársvezetéssel dolgozó programok kapták e tekintetben a leginkább egyértelmű, és kedvező minősítést.

*„A diákoknak nagyon tetszett, hogy kötetlen programon vettek részt egy fiatal foglalkozásvezetővel, akinek hasonló problémái vannak, jobban megérti a korosztályukat, akivel az élményekről is lehetett beszélgetni.”* (Részlet az egyik fókuszcsoport jegyzőkönyvből.) *„Nagyon tetszett, hogy az interpretátorok fiatalok”.* (Részlet egy másik program fókuszcsoport jegyzőkönyvből.)

Összességében a fókuszcsoportos beszélgetéseken részt vevő tanulók közül a legtöbben ideális interpretátorként a kortárs foglalkozásvezetőt említették, mert a hozzájuk hasonló korú fiatalnak hasonlóak az élményei és problémái is, így vele értenék meg egymást a legjobban.

Meg kell jegyeznünk továbbá, hogy egyes programokon belül a foglalkozásvezetők megítélése nem teljesen egységes.

### *A foglalkozások hitelességének megítélése*

A foglalkozások hitelességének megítélése – a fókuszcsoportos beszélgetések kvalitatív tapasztalatai, illetve a különböző tetszési indexek közötti korrelációk alapján – szoros kapcsolatot mutat egyrészt az interaktivitás – korábban tárgyalt – szubjektív mutatóival, másrészt a foglalkozásvezető megítélésével. Az elégedettség mértéke is hasonló a foglalkozásvezető személyéhez közvetlenül köthető dimenziókban jelentkező elégedettségi mértékkel. A résztvevők a foglalkozások hitelességét összességében kedvezően, 7 fokozatú skálán átlagosan 5,2-re értékelték. Többségük, a diákok mintegy háromnegyed része úgy vélekedik, hogy a foglalkozáson elhangzottak számára teljes mértékben hihetőek (40%), illetőleg „inkább hihetőek” voltak.

A megkérdezettek szerint „a hitelesség eléréséhez nagymértékben hozzájárult, hogy a foglalkozásvezetők fiatalok, objektíven beszéltek a drogfogyasztásról, vagyis bemutatják a pozitív oldalt is, nem használnak szakszavakat, nem sugározták a „Ne drogozz!” hozzáállást.” (Részlet az egyik fókuszcsoport jegyzőkönyvből.)

A „kapott információk elfogadását és hitelességét nagy mértékben növeli, hogy a foglalkozásvezetők fiatalok, egyenrangú félnek tekintik a diákokat, vannak saját élményeik, bármilyen kérdésre választ adnak.” (Részlet egy másik fókuszcsoport jegyzőkönyvből.)

A különböző tetszési mutatók összefüggéseinek megfelelően egyes programok hitelességének megítélésében is elsősorban korábbiakban jelzett tendenciák jelennek meg.

### *A programok információtartalmának megítélése a résztvevők körében*

A programok információtartalmával kapcsolatos kérdések azonban a fentieknél sokkal inkább megosztják a résztvevőket. Azzal az állítással, hogy „nagyon sokat tanultam a foglalkozásokon”, illetve, hogy „sok olyan kérdésre választ kaptam, ami már régóta foglalkoztatott” mindössze a diákok kevesebb mint egyötöde ért maradéktalanul egyet, és az inkább egyetértők aránya sem haladja meg a résztvevők egyharmadát. Azaz összességében a programok információtartalmáról megközelítőleg csak a programok résztvevőinek közel fele vélekedik pozitívan.

A diákokban azonban még a legkedvezőbbnek ítélt program esetén is maradtak megválaszolatlan kérdések. Az információtartalom vonatkozásában legkedvezőbb minősítést kapott program esetében résztvevők „hiányolták annak ismertetését, hogy hogyan segíthetnek drogproblémával küzdő társukon, „mit lehet és mit kell tenni, ha valaki például droghasználat miatt elájul”. Ezenkívül szívesen fogadtak volna a drogfogyasztás jogi vonatkozásairól még több ismeretet, illetve az illegális drogok árára vonatkozó információkat is. Változtatásként annyit javasoltak, hogy a hangsúlyt inkább a lágy drogokra kellene helyezni, mivel a korosztályuk inkább azokat fogyasztja.”

Egy másik, e tekintetben szintén kedvező hatást kiváltó programon a résztvevők elmondása szerint „bővültek ugyan az ismereteik a program során, például a fogyasztás következményeivel, „mellékhatásaival”, a drogtörvénnyel kapcsolatosan”, de azt is hozzátették, hogy „csak felületes információk voltak, tehát mennyiségileg nem sok újat tanultak.”

Más esetekben a résztvevők „hiányolták a tényszerű felvilágosítást és szívesen látnak volna leszokott drogost, aki maga tud mesélni a vele történekről”, vagy „szerették volna megtudni azt is, hogy milyen az elvonókúra, milyen érzésekkel jár a különböző drogok kipróbálása, ő »leszokott szenvedélybeteg« miért kezdte el”, illetve kiemelték, hogy „a legális drogokról ugyanolyan mértékben essen szó, mint az illegális drogokról, ne tolódjon el a hangsúly a tiltott szerek irányába”.

### *A foglalkozások egyéb jellemzőinek értékelése a résztvevők körében*

A prevenció foglalkozásokat olyan átfogó dimenziók mentén is értékelték a diákok, mint a foglalkozások értelme, érzékelt hatása, illetve azok hangulatára utaló kijelentések.

Az alábbi állításokkal kapcsolatosan fejezték ki egyetértésüket, illetve egyet nem értésüket:

1. állítás: „Nem igazán érdekeltek az elhangzottak, de legalább elmaradt egy pár óra.”
2. állítás: „A foglalkozások nagy részében mással foglalkoztam, unatkoztam.”
3. állítás: „Úgy érzem, a foglalkozások hatására sok mindenről megváltozott a véleményem.”
4. állítás: „Szívesen részt vennék még ilyen programokon.”
5. állítás: „Szerintem nincs értelme az ilyen programoknak.”

Ezek mentén az állítások mentén a fentieknél valamelyest rosszabb, éppen hogy csak a pozitív tartományba eső minősítést kaptak a programok. Különösen alacsony, a 4-es középértéknél alacsonyabb átlagos minősítést értek el a vizsgált programok a har-

madik állításban megfogalmazott, érzékelt véleményváltozással kapcsolatban. A diákok közel fele (47%-a) nem, vagy inkább nem értett egyet azzal a kijelentéssel, hogy „a program hatására sok mindenről megváltozott a véleménye”, s csak alig több mint egyharmaduk (35%-uk) jelezte az állítással való valamilyen mértékű egyetértését.

Összességében a vizsgált programokban részt vevő diákok közel fele (46%-a) a programok után affinitást mutatott ilyen programokban való részvételre, s ezen belül valamivel több mint egyötödük (22,8%-uk) jelezte teljes mértékű egyetértését azzal az állítással, hogy „szívesen részt venne még ilyen programokon”. Ugyanakkor 36%-uk fejezte ki azt, hogy inkább tartózkodna a későbbiekben az ilyen foglalkozásoktól, s ezen belül a résztvevők 15%-a egyértelmű elutasítást jelzett. Hasonló programok hétvégén, azaz szabadidőben történő megismétlése esetén a biztosan résztvevők aránya már jóval kisebb, mindössze 9,5%, s ilyen szituációban 40%-uk jelezte egyértelmű távolmaradását, nagyobbrészt (27%) mert „a szabadidejét nem áldozná ilyesmire”.

*A résztvevők különböző dimenziókban jelentkező véleményének reakcióinak összefoglalása – a programok tetszési indexe*

Az egyes – fentiekben részletesen bemutatott – véleménydimenziók szoros kapcsolatot mutatnak egymással.<sup>61</sup> A következőkben ezért a résztvevők által különböző dimenziók mentén megfogalmazott – eddigiekben külön-külön vizsgált – véleményeket, majd az azokat befolyásoló tényezőket együttesen is megvizsgáljuk.

A prevenciós programokkal kapcsolatos résztvevői vélemények több szempontú, komplex megjelenítéséhez a különböző véleménydimenziókon főkomponens-elemzést végeztünk, melynek eredményeként 3 faktort kaptunk. Ezek közül az első – tulajdonképpeni tetszési – faktort 9, a programokkal kapcsolatban megfogalmazott pozitív értelmű állítás dominálta. (A továbbiakban kihagytuk az elemzésből a negatív kérdésfelvetéssel megfogalmazott állításokat, illetve a program hatására bekövetkező véleményváltozás szubjektív becslését, mivel ezek varianciáját csak kevesebb, mint 25%-ban magyarázta a mögöttes faktor.) A modellben hagyott kilenc dimenzióra méginkább jellemző, hogy azonos mögöttes tartalmat fejeznek ki,<sup>62</sup> és az e dimenziókban kapott válaszok igen jól kifejezhetők egy mögöttes faktorial (varianciájuk 43–70,8%-át magyarázza) A kilenc dimenzió alapján főkomponens-elemzéssel létrehozott mögöttes faktort egy úgynevezett összevont tetszési indexel fejeztük ki. A így kapott – 0 átlagú, és 1 szórású – index a modellbe vont változók összvarianciájának 58,9%-át magyarázza. Az index értéke a résztvevők különböző értékelési dimenziókban megfogalmazott véleményeinek megfelelően változik, a nagyobb indexérték nagyobb tetszést jelöl. Az indexérték előjele a vizsgált egyén, vagy csoport tetszésének az átlaghoz való viszonyát

<sup>61</sup> A különböző dimenziókban megfogalmazott vélemények kapcsolatának szorosságát, a köztük lévő nagyfokú átfedést megerősíti a Kaiser–Meyer–Olkin-féle mutató is. A vizsgált 13 véleménykérdés vonatkozásában a KMO-érték 0,906, ami azt mutatja, hogy ezek a vélemények valóban a nagymértékben azonos mögöttes tartalom, és a programokra való reagálás különböző dimenzióit jelenítik meg.

<sup>62</sup> A végül modellben hagyott 9 item KMO-értéke 0,922.

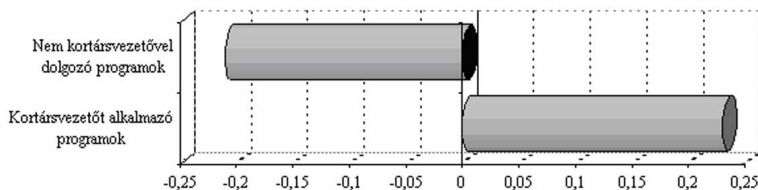
fejezi ki, azaz a negatív indexérték nem abszolút, hanem relatív nemtetszést, azaz az összes programban részt vevő átlagos véleményénél kedvezőtlenebb értékelést jelöl.

A következőkben a vélemények okait próbáljuk keresni a programok, illetve a programokban részt vevő diákok különböző jellemzői mentén végzett elemzésekkel.

A programjellemzők szerepének elemzése során egyrészt megvizsgáltuk a teoretikus evaluáció során alkalmazott értékelési szempontok, illetve az azok mentén kapott pontszámok összefüggését a résztvevők körében összességében kiváltott hatással. A tíz vizsgált szempont közül négy mutatott szignifikáns, egy pedig tendencia jellegű összefüggést a komplex tetszési indexszel. A szignifikáns kapcsolatot mutató változók egyrészt a közbülső – operatív – célok megfogalmazásával, másrészt a koncepció koherens jellegével, harmadrészt a megvalósítás két tényezőjével, a csoportnagysággal és a stáb összetételének céladekvátságával kapcsolatosak. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a tetszési indexszel szignifikáns összefüggést mutató jellemzők esetében is igen alacsony korrelációkat kaptunk (a legnagyobb korrelációs együttható értéke 0,150 volt).

A programjellemzők között továbbá megvizsgáltuk – a célcsoportban megfogalmazott preferenciáknak kvantitatív kontrolálásaként – az interpretátor életkorának hatását. Mint említettük, a résztvevők a kvalitatív vizsgálatok során az ideális foglalkozásvezető tulajdonságai között hangsúlyozták annak életkori sajátosságait, azzal kapcsolatos igényeiket, hogy az interpretátor életkorban közel álljon a célpopulációhoz. A programokat ennek megfelelően két csoportra osztottuk, aszerint, hogy megvalósításuk kortársvezetéssel történik-e vagy sem. Az eredmények egyértelműen azt jelzik, hogy a program egyéb jellemzőitől függetlenül a kortárs interpretátorokat alkalmazó programok egyértelműen kedvezőbb reagálást váltanak ki a résztvevők körében, mint az idősebb foglalkozásvezetőket alkalmazók.

*A tetszési index átlaga aszerint, hogy a program kortársvezető alkalmazásával zajlik-e*



Kevésbé tűnnek dominánsnak a résztvevők reakciói, véleményalkotása szempontjából a programkivitelezés egyéb jellemzői, úgymint a program időtartama, leszokott szenvedélybeteg szerepeltetése, a bevonott tanulók arányában megjelenő interaktivitás, a fegyelem, a rendzavarás előfordulása, sőt esetenként a várakozásokhoz képest fordított irányú összefüggés jelentkezik.

A vizsgálatba vont programjellemzők száma, típusa természetesen bővíthető, s elképzelhető hogy további elemzésekkel újabb, fontos dimenziók tárhatók fel. Az eddigi elemzések alapján azonban különböző programjellemzők mentén kapott összefüggések erősítik egyrészt azt, hogy egyes általános koncepcionális sajátosságok, a teória megalapozottsága, koherenciája – annak konkrét jellegétől, tartalmától függetlenül – befo-

lyásolja a résztvevők körében kiváltott reakciókat, másrészt a korábbiakban a programok stabil célmeghatározásával, illetve a programvezető személyének fontosságával kapcsolatban megfogalmazottakat. Az eredmények azt mutatják, hogy a résztvevők körében kedvezőbb reakciókat kiváltó programok egyrészt jól koncepcionált, különösen a specifikus célok mentén jól megfogalmazott, koherens koncepcióval dolgozó, valamint céladekvát, és kortárs személyzettel, valamint a célkitűzéseknek megfelelő csoportlétszámmal dolgozó programok.

A résztvevők reakciói, a programok tetszési indexe azonban nem csak a programok jellemzővel mutatnak összefüggést, hanem a résztvevők összetétele is befolyásolja azt.

A poszt-kérdőívek ugyan viszonylag kis számosságú háttérváltozót tartalmaztak,<sup>63</sup> azonban azok mindegyike az összetételhatás szerepét támasztja alá. A tetszési indexben szignifikáns különbségek jelentkeznek a résztvevők életkora, neme, családi háttere szerint.

A résztvevők szocio-demográfiai összetétele a vizsgált változók szerint sajátos összefüggést mutat a tetszési indexszel. A vizsgált háttérváltozók azt jelzik, hogy az epidemiológiai adatfelvételek szerint (Elekes–Paksi, 1999; 2000a) a drogfogyasztás szempontjából valószínűsíthetően nagyobb érintettséget, illetve potenciális érintettséget mutató fiatalok körében kisebb a programok elfogadottsága.

Egyrészt a korábbi vizsgálatok alapján az életkor előrehaladásával nő a drogkipróbálás valószínűsége, és ezzel párhuzamosan a jelenlegi vizsgálat szignifikáns negatív korrelációt jelez a résztvevők életkora és a tetszési index között (korreláció:  $-0,086$ ,  $p = 0,004$ ). Másrészt hazai és nemzetközi vizsgálatok jelzik, hogy a fiúk körében a drogérintettség jelentősen meghaladja a lányok körében tapasztaltat, és jelen vizsgálatban a fiúk körében szignifikánsan kisebb a programokkal való elégedettség ( $p < 0,001$ ).

Hasonló összefüggés jelentkezik a szülők társadalmi helyzete mentén. A drogépidemiológiai vizsgálatok a szélső társadalmi helyzetű fiatalok – a nagyon alacsony iskolai végzettségű és a diplomás szülők gyermekei – körében átlagosnál nagyobb drogérintettséget jeleznek. A programokban részt vevő diákok között a nyolc általánosnál alacsonyabb végzettségű, illetve a főiskolai vagy egyetemi diplomával rendelkező szülők gyermekei körében szintén szignifikánsan kisebb tetszési indexeket kaptunk ( $p < 0,001$ ).

A háttérváltozók mentén kapott összefüggések azt jelzik, hogy a vizsgált programok inkább tudt(n)ak szólni a potenciálisan vagy ténylegesen kevésbé érintett diákokhoz, de azt is jelezhetik, hogy a nagyobb érintettséggel, vagy várható érintettséggel rendelkező tanulók általában hárítóbb magatartást tanúsítanak a drogprevenációs foglalkozásokkal szemben.

## **Eredményértékelés – a programok célelézése**

Az eredményértékelés során a programok hatására az elért populációban bekövetkezett változásokat vizsgáljuk. Az értékelés során a program céljaiból indulunk ki, és arra a kérdésre keressük a választ, hogy a program elérte-e a kitűzött céljait. Mint ahogy a

<sup>63</sup> A háttérváltozók többsége a pre-kérdőívben került felvételre, azonban a kérdőívek illesztése nagy mintavesztéssel jár, ami csökkenti a tetszési adatok megbízhatóságát, ezért itt csak a poszt-kérdőívekben rendelkezésre álló változók mentén vizsgáljuk meg a résztvevők összetételének szerepét.

célok lehetnek végső, illetve közbülső – más szóval átmeneti, vagy specifikus – célok, ennek megfelelően az eredmények is lehetnek közvetlen hatások, és végső – rendszerint távlati – eredmények, hatások.

A vizsgált drogprevenciós programok végső célváltozói mentén megjelenő eredményesség mérésére a jelen kutatás keretei között nem volt lehetőségünk a vizsgálat időintervallumának rövidege miatt. A beavatkozásban részesült populációban a droghasználat előfordulásának, gyakoriságának csökkenése, minőségének megváltozása csak hosszabb távon mérhető. Jelen vizsgálatban az eredményértékelés a prevenciós programok által kiváltott közvetlen, rövid távú hatások mérése irányul.

A kutatás során alkalmazott eredménymérés a célváltozók két jól elkülöníthető csoportján történt:

1. egyrészt a programok közös végső célját – a drogfogyasztás megelőzését – rövid távon leginkább leképező, bár a végső céllal közvetett, ugyanakkor teoretikusan és a rendelkezésre álló vizsgálati tapasztalatok alapján azzal szoros kapcsolatban álló, általános eredményességindikátorok mentén;
2. másrészt az egyes programok specifikus – közbenső – céljait közvetlenül leképező mutatók segítségével.

Az eredményértékelés kvantitatív eszközökkel történt, a programok előtt és azok lezajlását követően felvett kérdőívek válaszainak összehasonlító elemzésével.

Mind a pre-, mind a poszt-kérdőívek felvétele a programban részt vevők teljes sokaságán történt, s a kapott eredmények is csak rájuk vonatkoznak, az egyes programok által a vizsgált időszakban elért diákok sokaságára nem általános érvényűek. Következésképpen adatainkat a mintavételi eljárásból, és a kapott eredményeknek az alapsokaságra való kiterjesztéséből fakadó úgynevezett „standard hiba” vagy mintavételi hiba eredendően nem terheli. Mindazonáltal az eredményevaluációba vont adatok érvényességét csökkenti az a tény, hogy az eredményértékeléshez a pre- és poszt-változókat személyenként – egyéni jelige felhasználásával – összeillesztettük, ami jelentős elemzésvesztéssel járt, a résztvevőknek csak mintegy háromötödét sikerült az eredményértékelésbe bevonnunk. Az illesztett adatbázis összesen 958 esetet tartalmazott. Az esetszámvesztés torzító hatásának becslésére megvizsgáltuk a preadatfelvétel, illetve az illesztett minta összetételének viszonyát a rendelkezésre álló háttérváltozók mentén. Mindössze nemek szerinti eloszlásban, illetve a hiányzás gyakoriságában találtunk szignifikáns eltérést a prevencióba vont populáció, és az illesztett, eredményevaluációba vont sokaság között. Az illesztett mintában a fiúk és a többet hiányzók szignifikánsan alacsonyabb arányban találhatók. E két változó mentén jelentkező különbségek iránya – a középiskolások körében végzett drogepidemiológiai vizsgálatok alapján (Elekes-Paksi, 1999; 2000a) – a más változók mentén nem jelentkező összetételhatás mellett is arra engednek következtetni, hogy a mintaillesztés során kieső, azaz a két vizsgálatnál különböző jeligét megadó populáció potenciális érintettsége a teljes sokasághoz képest valamelyest magasabb lehet, illetve, hogy az elemzésben a veszélyeztetett csoportok némileg alulreprezentáltak. Az illesztett minta összetételét nem korrigáltuk, tekintettel arra, hogy az adatok elemzése során sokkal inkább a változások követésére,

az összefüggések vizsgálatára, mint a különböző sokasági gyakoriságok előfordulására koncentrálunk (a súlyozás a statisztikai próbák alkalmazhatóságát csökkenti, a változók közötti kapcsolatot a ténylegesnél nagyobbak tünteti fel). Azonban az eredmények értelmezése, a preventált sokaságra való kiterjesztése során az elemzésbe vont sokaságnak a teljes sokasághoz képesti összetételbeli eltolódottságát érdemes figyelembe venni.

A pre- és poszt-kérdőívekben a célváltozók típusainak (közös végső célok és specifikus közbenső célok) megfelelően két eredménymérésre kidolgozott blokk szerepelt.

1. Mindegyik program kérdőíve egységesen tartalmazott egy úgynevezett *törzsrészt*, melyben a programok végső céljait rövid távon leképező általános eredményesség-indikátorok szerepeltek. Ezek a következők:
  - a) a fiatalok droggal kapcsolatos ismereteinek, tudásának szubjektív mutatója,
  - b) az én-hatékonyssággal kapcsolatos kérdésblokk;
  - c) illetve az „egészséghit-modell” egyes dimenzióit leképező kérdések.
2. A kérdőívekben ezen túl szerepelt egy úgynevezett *speciális kérdésblokk*, amely programonként változó indikátorok mentén a programok specifikus céljait volt hivatott leképezni.

A következőkben előbb az általános, a programok végső célját leginkább leképező indikátorok mentén mutatjuk be a programok hatására bekövetkezett változásokat, majd a specifikus célok mentén elért eredményeket ismertetjük. A programok hatására bekövetkezett változások szignifikáns voltának mérésére illesztett mintás t-próbát (*Paired-Samples T-Test*), illetve a dichotóm változók esetén McNemar-féle szignifikancia-tesztet alkalmaztunk.

### ***Eredményértékelés az általános célok mentén***

*A fiatalok droggal kapcsolatos tudásának változása – az ismeretek szubjektív mutatója mentén történt elmozdulások*

A szakirodalomban kiemelt helyet foglalnak el a prevenció programok lebonyolításánál azok a tényezők, melyek a szereplők, jelen esetben diákok jellemzőivel, köztük a tárgyi tudással foglalkoznak. Különösen így van ez, ha a programok maguk is megjelölik a tudásátadást, mint elérendő célt, vagy célok egyikét (lásd előző fejezet). Jelen vizsgálat törzsblokkjában a droggal kapcsolatos tárgyi tudás változását annak egyfajta szubjektív indikátora, a megkérdezettek saját tudásával kapcsolatos hiedelmek/vélekedések alakulása mentén vizsgáltuk. Azaz itt – a konkrétan átadott ismeretek programonként különböző volta miatt – nem a tényleges tudásgyarapodásra,<sup>64</sup> hanem a diákok droggal kapcsolatos informáltságának szubjektív érzékelésére vonatkozóan kaptunk adatokat a program előtt, majd lefutását követően.

<sup>64</sup> Az informáltság tényleges változását, az információátadás objektív hatékonyságát az egyes programok által átadott információknak megfelelően a speciális célokkal foglalkozó fejezetben vizsgáljuk.



Összességében a vizsgált hét programban részt vevő diákok közel egynegyede (23,1%-a) érzékelték úgy a prevenciós programok után, hogy többet tudott a drogokról, mint azt megelőzően. Az egyes programok között e tekintetben szignifikáns különbségek mutatkoznak ( $p = 0,034$ ). A résztvevők saját ismereteivel kapcsolatos vélekedésének ilyen irányú, és arányú változása mellett meg kell jegyeznünk, hogy sokasági szinten összességében 36,9%-ról 45,6%-ra növekedett azok aránya, akik úgy ítélik, hogy „mindent tudnak a drogokról, amit szeretnének”. Ugyanakkor összességében gyakorlatilag nem változott a magukat a „sok mindent tudok, de még egy csomó minden érdekel” kategóriába sorolók aránya, ami az ismeretek növekedésének kedvező tendenciája mellett egyben a drogprevenciós programok iránti nyitottság csökkenésének nem kívánt jelenségére is utalhat.

### *Az én-hatékonyság tekintetében bekövetkezett változások*

A szakirodalomban kiemelt helyet foglalnak el – mint már említettük – a prevenciós programok lebonyolításánál azok a tényezők, melyek a szereplők (jelen esetben diákok) jellemzőivel foglalkoznak. A „self-efficacy” mutató (Bukovski, 1997) szerint a jobb problémamegoldó képességgel rendelkező, önmagukat hatékonynak megélő és problémáikkal hatékonyan megküzdő fiatalok kevésbé veszélyeztetettek a droghasználat szempontjából.

Az én-hatékonyság (self-efficacy) változását a törzs blokkban az eredeti 10 *itemes* skálához (Kopp–Schwarzer–Jerusalem, 1995) képest rövidített, három *itemes* kérdés-sorral mértük.

Az én-hatékonyság növekedését öt programnál vártuk (két program nem fogalmazott meg erre vonatkozó várakozásokat). Az eredmények alapján mindazonáltal egyik program esetében sem mutatkozott változás az én-hatékonyság tekintetében. Meg kell jegyeznünk ugyanakkor, valamennyi program esetében az én-hatékonyság mért kiinduló értéke is magas volt (3 fölötti érték a négyfokú skálán), így elképzelhető, hogy a várt hatás elmaradása ezzel magyarázható. Ezt a magyarázatot erősíti a mért változás, és a kiinduló értékek között mutatkozó szignifikáns kapcsolat tendenciája is.

Összességében ugyan a programok nem értek el szignifikáns elmozdulást a célváltozóknak, azonban a diákok azon 25%-a esetében, ahol a célváltozó értéke kedvezőtlen sávban mozgott (1–2-es skálapontérték) a vártak megfelelő irányú változásokat tapasztalhattunk. Ez egyben azt is jelzi, hogy az én-hatékonyság és a droghasználat között a szakirodalomban megfogalmazódó kapcsolat elfogadásával a leginkább veszélyeztetett populációnál a szándékoltak megfelelő, preventív jellegű hatást értek el a programok.

*Az én-hatékonyság változásának mértéke a kiinduló értékek függvényében*

AZ ÉN-HATÉKONYSÁG KIINDULÓ ÉRTÉKE	MÉRT VÁLTOZÁS
1 (N = 20)	0,482
2 (N = 215)	0,219
3 (N = 574)	-0,075
4 (N = 104)	-0,231
ÖSSZESEN (N = 916)	-0,012

p < 0,0001

*Az egészséghitmodell egyes dimenzióit leképező kérdésekben tapasztalt változások*

A minden programban egységesen felvételre kerülő törzskérdések – mint azt említettük – az „egészségbit-modell” egyes dimenzióit képezik le. Az *egészségbit-modell*t az 1950-es évek óta alkalmazzák, kezdetben a nem-szimptomás betegségek megelőzése területén tapasztalt kudarcok magyarázatára dolgozták ki, de később az egészségviselkedések legkülönbébb területén kipróbálták. A modell igen sok vonatkozásban kutatásokkal alátámasztott megközelítés, amely a preventív viselkedés kialakulását befolyásoló tényezőket írja le (Rác–Kabos, 2001; Becker 1974; Hochbaum 1970).

Hazai kutatási tapasztalatok (Rác–Kabos, 2001) azt jelzik, hogy az életprevalencia értékek szerinti használók (azaz legalább egyszeri kipróbálók) – a fa-gráfokat és az overals módszerrel a kiválasztott változókat figyelembe véve – jól elkülönülnek a nem-használóktól. Az adatok alapján az egészséghit-modell bizonyos változói (elsősorban a kitettség, a preventív viselkedés akadálya, illetve a kortárs hatások, valamint egyes, a droghasználat súlyosságát vizsgáló kérdések szerint) elég nagy valószínűséggel elkülönítik a használókat és a nem-használókat. Tehát ezek a változók szerepet játszanak a valódi vagy feltételezett, elképzelt droghasználat becslésében, a veszélyeztetettség kialakulásában.

A törzsblokkban felvett és általános eredményesség indikátorként alkalmazott változók az alábbi dimenziókba sorolhatók: *észlelt kitettség; észlelt súlyosság; észlelt akadályok a prevenciók akció végrehajtása során.*

1. Az *észlelt kitettséget* a közeli jövőben, illetve a megkérdezett élete során feltételezett, elképzelt droghasználat bekövetkezésének vélt valószínűségével mértük.<sup>65</sup> Összességében a vizsgált hét programban a valamilyen tiltott drog kipróbálásának

<sup>65</sup> Korábbi hazai kutatási tapasztalatokkal csak általános értelemben, a valamilyen droghasználatnak való kitettség vonatkozásában rendelkezünk. Az ide vonatkozó eredmények azt jelzik, hogy a drogfogyasztási veszélyeztetettség szempontjából – a vizsgált dimenziók közül – a droghasználat kockázatának való kitettséggel kapcsolatos vélekedések relatíve nagy jelentőséggel bírnak (Rác–Kabos 2001). Jelen kutatás során e dimenzió jelentősége és a fogyasztási szokások és attitűdök mentén rendelkezésre álló kutatási tapasztalatok alapján feltételezhetően differenciált jellege miatt a droghasználat kockázatának való kitettség szubjektív jelzőszámait a korábbiaknál részletesebben, fontosabb szerenként, és fogyasztási gyakoriságok szerinti bontásban is vizsgáltuk.

észlelt kockázata<sup>66</sup> tekintetében a várttal ellentétes irányú szignifikáns elmozdulás következett be a két adatfelvétel között. Azaz a programokban részt vevők körében összességében növekedett mind a közeljövőre, mind a teljes életre vonatkozóan a valamilyen tiltott drog kipróbálásának vélt valószínűsége. A szertípusonként és fogyasztási gyakoriságonként (kipróbálás jellegű, alkalmi és rendszeres) vizsgálva a programokban részt vevők együttes válaszait, a közeljövőre vonatkoztatott válaszokban a vizsgált fogyasztói magatartások kétharmadában (fele részben csak tendencia jellegű), hosszabb távra értelmezve pedig a magatartások 80%-ában következett be kedvezőtlen elmozdulás.

Az egyes programok által elért hatások esetében jelentkező különbségek is csak a szignifikánsan, vagy tendenciájában negatív hatás, és a nem szignifikáns hatás skáláján írhatók le.

2. A drogfogyasztás kockázatának a kérdezettek által *észlelt súlyosságát* két kérdéscsoport – a drogfogyasztás esetén különböző konkrét problémák bekövetkezésének valószínűsége, és a különböző fogyasztói magatartások veszélyességének megítélése – mentén vizsgáltuk.

Együttesen értékelve a kockázateszlelés egyes aspektusait, a hazai kutatási tapasztalatok (Rác–Kabos, 2001) arra utalnak, hogy azok közül leginkább – a vizsgálatban részletesen elemzett – a veszélyességgel kapcsolatos nézetek, valamint kisebb súllyal a „könnyen abba tudnám hagyni a drogozást” kérdés mentén megjelenő vélekedések azok, melyek szerephez jutnak a drogérintettség becslésében.

A hét program résztvevőinél együttesen vizsgálva a drogfogyasztás esetén különböző problémák bekövetkezésének valószínűségére vonatkozó kérdések mentén adott válaszok – pre- és poszt-adatfelvétel közötti – változásait, az észlelt súlyosság összesített értékében – az észlelt kitettséghez hasonlóan – a szándékolttal ellentétes irányú szignifikáns elmozdulást tapasztaltunk (ld. a következő táblázat első oszlopának utolsó sora).

Az egyes programok által elért hatások ismételen csak a szignifikánsan, vagy tendenciájában negatív hatás, és a nem szignifikáns hatás skáláján írhatók le.

A különböző fogyasztói magatartások veszélyességének megítélésében már kedvezőbb jelenségeket figyelhetünk meg. Bár a vizsgált programoknál összességében ez esetben is a szándékolttól eltérő irányú változások kerültek túlsúlyba (a vizsgált szerek kétötödében történt szándékolttól eltérő, s csak egyötödében a kitűzött céloknak megfelelő irányú változás – lásd a következő táblázat első oszlopát), azonban a veszélyesség tudatosulása az epidémiailag nagyobb jelentőségű – relatíve elterjedtebb – magatartások esetében következtek be. Egyrészt a célpopulációban a viszonylag gyakori – szerenként átlagosan a fiataloknak mintegy 5%-át érintő (Elekes–Paksi, 1999) – amfetamin-, extasy-, és inhalánskipróbálással, másrészt a hazánkban tradicionálisan nagy gyakoriságot mutató visszaélősszerű gyógyszerhasználat<sup>67</sup> kapcsolatos

<sup>66</sup> Az összesített mutatót úgy állítottuk elő, hogy a szerenként, illetve használati gyakoriságonként adott válaszok közül a legnagyobb valószínűséget kifejező választ vettük figyelembe.

<sup>67</sup> Az ESPAD'99 vizsgálat szerint a fővárosban a 9–10. osztályos középiskolások közel 20%-a használt már életében valamilyen visszaélésre alkalmas gyógyszert orvosi rendelvény nélkül (Elekes–Paksi, 1999).

veszélyességérzet a programokban részt vevő diákok körében fokozódott. Különösen jelentős az utóbbi területén elért változás, tekintettel arra, hogy az orvosi rendelvénynélküli gyógyszerfogyasztás elterjedtsége a magyar társadalomban egyrészt nemzetközi viszonylatban is kiemelkedő, másrészt veszélyei mind a mai napig kevésbé tudatosultak úgy a felnőttek, mint a fiatalok körében.

Az egyes fogyasztói magatartások veszélyességének megítélésében bekövetkezett változásokat programonként vizsgálva általában hasonló tendenciákat tapasztalunk. Vagyis az egyes programok által elért változások a korábbiakhoz képest szélesebb skálán mozognak, és esetenként – elsősorban a partidrogok és a legális szerek esetében – a szándékoltnak megfelelő irányban is szignifikánsak.

3. A *prevenációs akció végrehajtása során észlelt akadályokban* bekövetkezett változások témakörében felvett változók az egészséghitmodellben a preventív viselkedés kivitelezésének nehézségére utalnak, de az egyes itemek önállóan, illetve más modellek elemeiként is értelmezhetők. A kutatási tapasztalatok alapján a vizsgált kérdések közül a „Ha drogoznék, kényelmetlen lenne segítséget kérni barátaimtól”, illetve a „Ha barátaim között volnék, és ők marihuánát használnának, én is azt tenném” felvetések jelentőségét kell kiemelnünk (Rácz–Kabos, 2001), melyek értelmezhetők a kortársmodell indikátoraként is.

Összességében a hét programban részt vevő diákok körében a vizsgált prevenációs akadályokat együttesen kifejező mutatóban nem történt szignifikáns változás a programok előtt és után felvett kérdőívek eredményei alapján. Ugyanakkor az egyes itemek mentén bekövetkezett változások közül a szándékoltnak megfelelő változások aránya az egészséghitmodell különböző dimenziói közül e dimenzióban a leginkább kedvező, a szándékoltnak megfelelő irányú változást mutató itemek aránya összességében háromszorosa a nem szándékoltnak megfelelő változásokénak.

### *Az általános eredményváltozók mentén jelentkező elmozdulások társadalmi kontextuálása*

A fenti kedvezőtlen irányú elmozdulások értékeléséhez szükséges azok társadalmi környezetbe helyezése, tekintettel arra, hogy a programban részt vevők nem csak a vizsgált beavatkozás hatásának vannak kitéve, hanem különböző környezeti hatásoknak is. A környezeti, társadalmi hatások sokasági szinten jelentik egyrészt a társadalomban jelentkező trendhatásokat, másrészt az aktuális környezeti tényezők hatását.

Elképzelhető ugyanis, hogy a változások kedvezőtlen iránya nem a programok következménye, hanem a társadalomban megfigyelhető trend megjelenése a programokban részt vevő fiatalok körében, amit a programoknak, illetve egy részüknek nem sikerült visszafordítani, de talán fékezni igen. A jelen vizsgálat pre-adatait a megfelelő matematikai transzformációk után összehasonlítva egy 2000-ben készült adatfelvétel (Elekes–Paksi, 2000b) eredményeivel, azt tapasztaltuk, hogy a két felmérés között szignifikánsan kedvezőtlen irányba mozdultak el az észlelt kitétség mutatói, azaz növekedett a közeljövőre, illetve az egész életre vonatkoztatott szándékoltnak megfelelő droghasználat valószínűsége. Ugyanakkor sokasági szinten a két

felmérés eredményeiben mutatkozó elmozdulásokban nem tudjuk szétválasztani a trendhatást és az összetételhatást.<sup>68</sup> A társadalmi háttérváltozók mentén végzett elemzések azt jelezték, hogy jelen van egyfajta összetételhatás, amely a 2001-es adatbázist a nagyobb érintettség irányába tolja (részletesebben lásd a társadalmi környezettel foglalkozó fejezet második részében), de reális magyarázati alternatíva a két hatás együttes jelenléte is.

Az alternatív magyarázatok közötti választásban segítségünkre lehetnek a 2000. évi, és a jelenlegi kutatások azonos iskolákra vonatkozó adatainak összehasonlítása. Két olyan iskolát találtunk, amelyek mindkét mintában szerepeltek. Az azonos iskolák tanulóira vonatkozó adatok összehasonlítása során az összetétel hatásszerpepe tehát elhanyagolható, azaz tisztán vizsgálhatjuk a trendhatást.

A pre- és poszt-adatfelvételek eredményei között a teljes életre vonatkozóan észlelt kitettségben kisebb növekedés figyelhető meg, mint az azt megelőző egy évben, azonban itt figyelembe kell vennünk, hogy a pre- és poszt-adatfelvételek között maximum két hónap telt el. Ahhoz, hogy a korábban bemutatott, szignifikáns mértékű, és kedvezőtlen irányú változásokról azt gondolhassuk, hogy azok nem a prevencióss beavatkozások következményei, hanem a társadalomban anélkül is jelentkező növekedési trend részei, az szükséges, hogy a pre- és poszt-adatfelvételek között bekövetkezett elmozdulás a két hónapra arányosított trendnél ne legyen nagyobb. A programok kedvező hatása esetén pedig kisebbnek kell lennie. A pre- és poszt-adatfelvételek között eltelt rövid időre arányosított trendhatás azonban nem haladja meg a beavatkozások előtti és utáni válaszok között jelentkező különbségeket,<sup>69</sup> nem fordítja át a prevencióss beavatkozás kedvezőtlen, a szándékoltól eltérő irányú hatását, maximum semlegesítheti. Amennyiben közeljövőre értelmezett kitettség változásait vizsgáljuk, láthatjuk, hogy elhanyagolható trendhatás jelentkezett, tehát ez esetben a pre- és poszt-kérdőívekben jelentkező hatást nem is semlegesíti.

A trendhatáson túlmenően megkíséreltük a trendektől függetlenül jelentkező aktuális hatások reprodukálását is. Erre igazán a kísérleti felállás, azaz kontrollcsoport alkalmazása volna alkalmas, azonban vizsgálatunk keretibe ez részben költségkorlátok, részben pedig az adatfelvétel módja miatt<sup>70</sup> nem volt beilleszthető. Ugyanakkor a pre- és posztvizsgálatok során megkérdezett tanulók egy része nem vett részt a vizsgált prevencióss programokban. Jelen esetben az ebből adódó elemzési lehetőségeket próbáljuk kihasználni. Megvizsgáljuk, hogy a prevencióss beavatkozásban nem részesült megkérdezettek körében milyen mértékű és irányú változások tapasztalhatók a célváltozókban.

<sup>68</sup> Ez – mint korábban jeleztük – abból következik, hogy a jelenlegi vizsgálat nem reprezentatív mintán készült, hanem csak a vizsgált programokra vonatkozó fiatalokra vonatkozó adatokat tartalmazza.

<sup>69</sup> Az egy év alatt jelentkező trendhatás az életre vonatkoztatott észlelt kitettség adataiban átlagosan mindössze 0,2, melynek alapján – egyenletes növekedést feltételezve – a két hónapra jutó növekedés kb. 0,033.

<sup>70</sup> A programok többnyire a vizsgált iskolák összes tanulóját érintették, így a kontroll minta csak az interveniált iskolán kívül képezhető. Az osztályos adatfelvétel miatt véleményünk szerint az összetétel hatás kiszűrését a kontrollminta nem tudja garantálni. Az interveniált csoport, és a kontrollcsoport – a drogfogyasztásnak való kitettség összetett prediktor-rendszeréhez képest csak nagyon durva – iskolatípus, évfolyam – ismérvek szerint lett volna megfeleltethető egymásnak.

*Az észlelt kitettség és az észlelt akadályok összesített értékének átlagos változása a programban részt vevő, és részt nem vevő diákok körében<sup>71</sup>*

	PREVENCIÓS PROGRAMBAN RÉSZTVEVŐK		PREVENCIÓS PROGRAMBAN RÉSZT NEM VEVŐK	
	pre- adatfelvétel	poszt- adatfelvétel	pre- adatfelvétel	poszt- adatfelvétel
A közeljövőben észlelt kitettség összesített átlagértékei (N = 46)	1,655	1,851	1,957	2,391
Az élete során észlelt kitettség összesített átlagértékei (N = 46)	1,821	2,005	2,087	2,478
Az észlelt akadályok összesített átlagértékei (N = 35)	3,489	3,453	3,519	3,681

Láthatjuk, hogy a prevenció programban nem részesülő diákok körében is az észlelt kitettség növekedése volt megfigyelhető a pre- és poszt-adatfelvételek között eltelt időszakban. Ez a kitettség növekedés meghaladja a trendhatásból következő mértéket, és meghaladja a prevencióban részesült diákok körében bekövetkezett változások mértékét is. Azon diákok körében, akik részt vettek a prevenció programban, a kitettség növekedés mértéke a vizsgált periódusban átlagosan 0,196, illetve 0,1739 skálapontértéknyi, míg a prevencióban nem részesült fiatalok körében a megfelelő változások ennek több mint a kétszeresét tették ki, a megfelelő értékek 0,4338, illetve 0,3913 skálapontérték. A bekövetkezett változásokban megfigyelhető különbségek egyrészt jelenthetik azt, hogy a vizsgálati periódusban a kitettség növelésének mértéke valóban nagyobb volt, mint amekkora a trendekből következne, azaz a kitettség növekedése irányába ható változások, akciók zajlottak a programok társadalmi környezetében, de jelezheti azt is, hogy a prevenció programok befogadása az iskolákban az abban részt nem vevő diákok esetében kedvezőtlen hatásokat vált ki. Amennyiben a keresztmetszeti társadalmi hatások valóban akkora kitettség növekedést indukáltak, amely a programban részt nem vevők válaszaiban megjelenik, akkor a vizsgált prevenció programoknak azt sikerült részben megfékezni.

Az észlelt prevenció akadályok értelmezését kedvező irányba befolyásolja a programokban részt vevő és a prevencióban nem részesülő, ugyanakkor a pre- és poszt-kérdőívekre válaszoló tanulók adataival való összehasonlítása. Sem a programban részt vevők, sem a részt nem vevők körében nem történt ugyan szignifikáns változás, azon-

<sup>71</sup> Az észlelt hatások tekintetében nem tudjuk felhasználni kontrollcsoportként a prevenció programban részt nem vevők válaszait, ugyanis közülük az idetartozó kérdésekre válaszolók száma nagyon alacsony. Mindössze 19 olyan tanulót találtunk, aki nem vett részt a programokban, és válaszolt a észlelt súlyossággal kapcsolatos kérdésekre. Az illesztett mintás t-próba megbízható alkalmazásához azonban legalább 30–40 fős elemszám szükséges.

ban míg a résztvevők körében nem változott, illetve minimálisan csökkent az észlelt akadályok összesített értéke, addig a programban részt nem vevők körében növekedett. Azaz a programoknak az egyébként feltételezhető növekedést is ellensúlyozniuk kellett. A kontrollként alkalmazott csoportban bekövetkezett változásokhoz képest tehát a programok hatására a pre- és poszt-kérdőívek segítségével mért változásoknál összességében jóval nagyobb arányú, a szándékoltak megfelelő irányú változás történt a programban részt vevők körében, azaz a programoknak feltételezhetően sikerült néhány prevenció akadályt lebontaniuk.

A összetételhatásoktól mentes sokaságokon – a két iskola adatain – végzett elemzések, valamint a programban részt vevő és részt nem vevő diákok válaszainak összehasonlítása alapján nem tudunk egyértelmű következtetéseket megfogalmazni a prevenció programok célváltozók mentén elért hatásával kapcsolatban, azonban a trendhatás jelenléte, és a programban nem részesülő diákok nagyobb kitettség változása mindenképp mérséklő hatással van a fentiekben bemutatott, a prevenció programokban részt vevők körében tapasztalt szándékoltól eltérő irányú változásokra.

*Az általános eredményváltozóknak mért változások összefüggése a program, illetve a célpopuláció jellemzőivel*

Az én-hatékonyság és az egészséghitmodell vizsgált dimenziói mentén bekövetkezett változásoknak a résztvevők szociodemográfiai és kulturális háttérváltozóival való kapcsolatát vizsgálva, mindössze az elkövetkező évre vonatkoztatott észlelt kitettség változása mutatott szignifikánsan pozitív kapcsolatot a házon kívül töltött esték számával. A többi eredményváltozóban bekövetkezett változás egyik háttérváltozóval sem mutatott összefüggést.

A programjellemzők szerepének elemzése során egyrészt megvizsgáltuk a teoretikus evaluáció során alkalmazott értékelési szempontok mentén kapott pontszámok, valamint egyes folyamatjellemzők összefüggését az általános eredményváltozók mentén előidézett hatással.

A teoretikus értékelési szempontok kevésbé mutatnak összefüggést az eredményváltozóknak bekövetkezett változással. Amennyiben valamilyen összefüggés mutatkozik, az is csak tendencia jellegű, s nem egyértelműen szignifikáns kapcsolat.

A folyamatértékelés különböző dimenziói többnyire szintén nem mutattak szignifikáns kapcsolatot a vizsgált eredményváltozóknak bekövetkezett változással. Mindössze a prevenció akadályok csökkenése és a között mutatkozott tendencia jellegű kapcsolat, hogy a diákok mekkora hányada vette komolyan az elhangzottakat. Minél többen vették komolyan, annál inkább megfigyelhető az észlelt akadályok csökkenése.

Nem mutatott összefüggést az elért eredmény a program megvalósításának idejével és az interpretátor személyének egyes, a fókuszcsoportok szerint fontosnak mutató (kor, leszokott drogos) sajátosságaival sem.

A különböző programjellemzők közül leginkább a résztvevők reagálásait kifejező tetszési index mutatott összefüggést egyes célváltozókkal. Az index növekedésével szignifikánsan növekszik a drogfogyasztás veszélyeinek az észlelése ( $p = 0,031$ ), és

csökken a közeljövőre vonatkoztatott kitettség érzése ( $p = 0,03$ ), mindazonáltal az eredmények becslésében az index predikciós ereje igen csekély.<sup>72</sup>

Az általános eredményváltozók elemzése még egy igen fontos, részben módszertani, részben a prevenció programok tervezésével kapcsolatos szempontra hívja fel a figyelmet. Az egyes eredményváltozóknál elért változás mértéke minden esetben erős szignifikáns kapcsolatot mutat az adott változó kiinduló értékével.

*A célváltozóknál elért átlagos változások a célváltozók kiinduló értékei szerint*

	ELÉRT VÁLTOZÁS AZ EGYES CÉLVÁLTOZÓKBAN							
	ÉSZLELT KITETTSÉG A TELJES ÉLETRE VONATKOZTATVA		ÉSZLELT KITETTSÉG A KÖZELJÖVŐRE VONATKOZTATVA		ÉSZLELT SÚLYOSSÁG <sup>73</sup>		ÉSZLELT AKADÁLYOK	
	ÁTLAG	N	ÁTLAG	N	ÁTLAG	N <sup>74</sup>	ÁTLAG	N
1	0,3003	626	0,2389	720	<b>0,7096</b>	<b>73</b>	1,4222	45
2	0,4832	149	0,8556	90	0,0780	100	0,6199	139
3	0,0702	57	0,3182	44	-0,1105	105	-0,0044	341
4	-0,0250	40	-0,0345	29	-0,3104	96	<b>-0,4683</b>	<b>210</b>
5	<b>-0,2857</b>	<b>21</b>	<b>-0,4000</b>	<b>15</b>	-0,6000	60	<b>-1,2660</b>	<b>47</b>
6	<b>-1,5000</b>	<b>14</b>	<b>-0,6667</b>	<b>9</b>	-0,8867	30	<b>-2,4167</b>	<b>8</b>
7	<b>-1,6905</b>	<b>42</b>	<b>-1,5238</b>	<b>42</b>	-2,6333	6		

Célváltozók kiinduló értéke

A szándékoltak megfelelő irányú változások kiemelésével

A célváltozók kiinduló értékei és az elért változás közötti korrelációk iránya, illetve a célváltozók kiinduló értékei szerint számított átlagos változások igen fontos jelenségre hívják fel a figyelmet. Míg a programok összességében az általános eredményváltozók mentén – mind az én-hatékonyság, mind az egészséghitmodell különböző dimenziói esetében – a szándékolttal ellentétes hatást váltottak ki, vagy nem értek el szignifikáns elmozdulást a célváltozóknál. A célváltozók kiinduló értékei mentén vég-

<sup>72</sup> A korrelációk alacsony szintjében természetesen az is közrejátszik, hogy a vizsgált programok kevés esetben értek el a résztvevőknél szignifikáns változást a célváltozóknál.

<sup>73</sup> Az észlelt súlyosság, valamint az észlelt akadályok esetén a kiinduló érték osztályközökre bontott átlagértéket jelöl, ahol 1–1,99 = 1, 2–2,99 = 2 stb.

<sup>74</sup> Az észlelt súlyosság esetében a missing aránya 50,9%.



zett elemzések ezt a képet differenciálják. Azoknál a diákoknál, akiknél a célváltozó kiinduló értéke kedvezőtlen sávban mozgott – alacsony én-hatékonyság, magas kitettségérzekelés, alacsony észlelt súlyosság, illetve nagyfokú akadályészlelés – a programok a szándékoltnak megfelelő irányú elmozdulást értek el. Ez azt jelzi, hogy az egészséghitmodell és az én-hatékonyság valamint a drogfogyasztás közötti – korábbi vizsgálatunkban (Rácz–Kabos, 2001) detektált – összefüggések alapján a diákok leginkább veszélyeztetett, a drogfogyasztás kockázatának leginkább kitett csoportja esetében a prevenciós programok beváltották a velük kapcsolatos eredményességi elvárásokat, s a célváltozók vonatkozásában hatékonyan működnek.

Emellett az elért változást és a célváltozók kiinduló értékeit együttesen vizsgálva, azt is látnunk kell, hogy a programok céldefiniálása szerint a szándékolttal ellentétes irányú elmozdulások, vagyis az észlelt kitettség illetve a prevenciós akadályok növekedése, valamint az észlelt akadályok csökkenése – a többség kiinduló értékét jelentő – az elutasítást kifejező szélső mezőkben következtek be leginkább. Ezek a definitíve szándékolttal ellentétes elmozdulások a reális helyzetértékelés irányába való elmozdulásként, egyfajta érzékenyítésként, a „velem is megtörténhet” hozzáállás kialakításaként is értelmezhetők. Mindez nem idegen a prevenció céljaitól, bár a vizsgált programok célrendszerében konkrét formában nem fogalmazódott meg.

### ***A speciális eredményváltozóknál mért hatások***

Az egyes programok kérdőíveiben – mint azt már említettük – az általános eredményváltozókon túl szerepelt, egy programonként eltérő, úgynevezett *speciális kérdésblokk* is, melyekben az egyes programok specifikus céljait leképezni hivatott – a programokkal egyeztetett – indikátorokat alkalmaztunk. Ezeket a kérdésblokkok részben különféle pszichológiai skálákat, részben vélemény-, attitűdkérdéseket, részben pedig az átadott ismeretekkel kapcsolatos indikátorokat tartalmaztak. Az ismeretekkel, az elvárt tudással, illetve kialakítani kívánt attitűdökkel kapcsolatos kérdéseket a programok interpretátoraival is felvettük, s a diákok válaszainak az átadott, illetve elvárt itemek irányába való elmozdulását tekintjük a szándékoltnak megfelelő irányú hatásnak.

Összességében a vizsgált hét program speciális kérdésblokkjaiban szereplő kérdésekben 181 *item* mentén vártunk változást.<sup>75</sup> Ezeknek átlagosan közel egynegyedében (24%-ában) sikerült a várakozásoknak megfelelő irányú változást elérni, ezen belül a vizsgált itemek 18%-ában szignifikáns, és további 6%-ában tendencia jellegű elmozdulást tapasztaltunk (ugyanakkor 8% volt a szignifikánsan vagy tendencia jelleggel megjelenő kedvezőtlen irányú változások aránya). Az egyes programok esetében azonban igen nagy különbségeket tapasztaltunk: a szignifikánsan, vagy tendenciájában

<sup>75</sup> A különböző specifikus célok feltételezhetően nem azonos súlyúak az egyes programokon belül. A célok fontossága, szerepe – különösen azok egyes indikátorok mentén leképezett mutatók által közvetítetten – azonban nehezen számszerűsíthető, erre nem is vállalkozunk. Következésképpen a vizsgált indikátorok mentén elért hatások összegzése is csak fenntartásokkal tehető meg. Ennek ellenére – a fenntartások szem előtt tartásával – azt gondoljuk, hogy segítségünkre lehet a programok specifikus céléléréseinek érzékelésében.

kedvező irányú elmozdulást mutató itemek aránya a vizsgált programokban 6 és 58% között mozgott. Anélkül, hogy az – egyébként bizonytalan – összesített mutató részletes elemzésébe belemennénk, meg kell jegyeznünk, hogy az interpretátorok elvárásaiban megjelenő inkonzisztenciák kedvezőtlenül hatottak a specifikus célok megvalósítására.

## **A kutatás módszertani, illetve a prevenció tervezésével kapcsolatos tanulságai**

Kutatásunk azontúl, hogy lehetőséget ad a budapesti prevenciók kínálat korábbiaknál részletesebb és szisztematikusabb, a nemzetközi standardoknak megfelelő leírására, illetőleg a programok egy szűkített körében a megvalósítás folyamatának és eredményességének megismerésére, néhány – a prevenciók tevékenység tervezése és értékelése szempontjából – fontos módszertani tanulsággal is szolgál.

A különböző vizsgált szempontok – az eredményváltozók és a teoretikus-, illetve folyamatjellemzők – közötti összefüggések alacsony szintje jelzi, hogy a programok eredményességének mérésére irányuló folyamatokat nem válthatjuk ki a teoretikus leírásokkal, az azokon alapuló értékelésekkel, illetve a folyamat megfigyelésével. Egyrészt az EMCDDA-ajánlásoknak megfelelő, azzal kompatibilis teoretikus leírások nem kapcsolhatók az elért eredményekhez, a koncepcionálisan jól kidolgozott, konzisztens programok nem garantálják az eredményességet. Másrészt a megfigyelési szempontrendszerünk, illetve a foglalkozásvezető és a megfigyelők értékelése alapján látszólag jól működő programok is érhetnek el alacsony szintű változásokat a célváltozóknak.

Ugyanakkor a célváltozók kiinduló értékei és az elért hatás közötti kapcsolat azt jelzi, hogy a programok eredményességének értékelése során nem tekinthetünk el attól, hogy az elért populáció beavatkozás előtti állapota hogyan írható le a befolyásolni szándékozott dimenziók mentén. Az eredményváltozóknak elérni szándékolt hatás becslése szempontjából nagyon fontos a program tervezési fázisában a célpopuláció ismerete a célváltozók mentén is.

A programok által kiváltott reakciók, a résztvevők körében megjelenő vélemények vonatkozásában – amellet, hogy itt a programjellemzők ismerete is ad lehetőséget valamelyest a becslésre – számolnunk kell a résztvevők szociokulturális sajátosságaival is.

Kutatásunk tehát konkrét programokhoz, programleírásokhoz köthető eredményein túl egyrészt arra mutat rá, hogy a különböző értékelési szempontok egymást kiegészítik, azok kontextusból való kiragadása, önálló alkalmazása a programok tevékenységéről csak részismereteket adhat. Másrészt arra hívja fel a figyelmet, hogy a programok eredményes – kedvező reakciókat és a célváltozóknak a kívánt hatást elérő – ki-  
vitelezése szempontjából nagy fontossággal bír a célpopuláció ismerete.

## Irodalom

- Becker M. H. (1974): The health belief model and personal health behaviour. *Health Education Monographs*, 2:324–473. p.
- Baker, O. – Mounteney, J. – Neaman, O. (eds.) (1998): *Evaluating Drug Prevention in the European Union*. EMCDDA Scientific Monograph Series. N.2. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg.
- Bácskai E. – Gerevich J. (2000): *A kortárssegítés tanári kézikönyve*. Egészséges Ifjúságért Alapítvány, Vác.
- Bukovski W. J. (edit.) (1997): *Meta-analysis of Drug Abuse Prevention Programs*. NIDA Research Monograph, Number 170. US Department of Health and Human Services. National Institute of Health.
- Czakó Á. (1992): A civil szféra változó szervezetei. In Kuti É. (szerk.): *A nonprofit szektor Magyarországon*, Nonprofit Kutatócsoport.
- Demetrovics Zs. – Gábor E. (2001): A „Drogriadó” prevenciós program: újabb adatok sorkatonák drogokkal kapcsolatos ismereteiről és a program monitorozása. *Egészségnevelés*, 42 (3): 106–114. p.
- Droginfó (1999–2000): *Drogproblémákat felvállaló intézmények, társadalmi szervezetek, csoportok információs tára*. (Szerkesztette: Varga Erzsébet.) Sziget Droginformációs Alapítvány, Budapest.
- Elekes Zs. – Paksi B. (1994): Adalékok a magyarországi drogfogyasztás alakulásához In Moksony F. – Münnich I. (szerk.): *Devianciák Magyarországon*. Közélet Kiadó, Budapest 308–322. p.
- Elekes Zs. – Paksi B. (1999): F fiatalok szenvedélyei?! (Alkohol- és drogfogyasztás valamint dohányzás a budapesti középiskolások körében 1999-ben). *Századvég, Új folyam*, 13. szám, 53–73. p.
- Elekes Zs. – Paksi B. (2000a): *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén, Magyarországon*. ISMertető 8. ISM, Budapest.
- Elekes Zs. – Paksi B. (2000b): Önbevallásos vizsgálatok Magyarországon a kilencvenes években. In *Jelentés a magyarországi kábítószerbelyezetről 2000*. ISMertető 12. Budapest, ISM. 105–129. p.
- EMCDDA (1998): *Guidelines for the evaluation of drug prevention. A Manual for Program-Planners and Evaluators*. Office for Official Publications for the European Communities, Luxemburg.
- Gábor E. – Demetrovics Zs. (2000): Sorkatonák drogokkal kapcsolatos ismereteinek vizsgálata a Drogriadó prevenciós program tükrében. *Egészségnevelés*, 41 (4). 137–144. p.
- Hibell, B. – Andersson, B. – Ahlström, S. – Balakireva O. – Bjarnasson, T. – Kokkevi, A. – Morgan, M. (2001): *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- Hochbaum G. M. (1970): *Health behavior*. Wadsworth Publishing Company, Inc., Belmont, CA., S-PLUS, Ver. 4.5.
- Manual (1998): Seattle: StatSci., MathSoft Inc.
- Magyar Gallup Intézet (1998): *Középiskolai pedagógusok a kábítószer-problémáról és a fiatalok kábítószer-fogyasztásáról*. Budapest.
- Kopp M. – Schwarzer R. – Jerusalem M. (1995): *Hungarian Adaptation of the General Self-Efficacy Scale*. Berlin, Germany. <http://www.yorku.ca/faculty/academic/schwarze/hungar.htm>
- Neaman, R. – Nilson, M. – Solberg, U. (eds.) (2000): *Evaluation: a key tool for improving drug prevention*. EMCDDA Scientific Monograph Series. no.5. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg.
- Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására. A kormány kábítószer-ellenes stratégiájának koncepcionális alapjai*. ISM, 2000.
- Paksi B. (2001a): A magyarországi droghelyzet az európai adatok tükrében. In Ritter I. (szerk.): *Jelentés a magyarországi kábítószerbelyezetről 2001*. ISMertető. ISM, Budapest. 91–105. p.
- Paksi B. (2001b): Drogfogyasztás a felnőtt népesség körében a 2001. évi országos lakossági alkohol- és drogepidemiológiai vizsgálat alapján. „Veszélyek és esélyek – Fertőzés, drog és társadalom” c. konferencia. MTA. 2001. november 27–28.
- Rácz J. (2001) *Prevenciós programok értékelése*. ISM, Budapest.
- Rácz J.–Kabos S. (2001): *Az egészségbit-modell alkalmazása a droghasználat vonatkozásában budapesti középiskolákba járó fiatalok körében*. Kézirat.

- Rosenberg, M. (1965): *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press, NY.
- Tobler, N.S. (1997) Meta-Analysis of Adolescent Drug Prevention programs: Results of the 1933 Meta-Analysis. In Bukovski, W. J. (ed.): *Meta-analysis of Drug Abuse Prevention Programs*. NIDA Research Monograph, Number 170. US Department of Health and Human Services. National Institute of Health. 5–68. p.

## **Dr. Felvinczi Katalin**

# **A CSALÁD SZEREPE A DROGPREVENCIÓBAN**

A család szerepét mindenki evidenciaként kezeli a későbbi szerhasználói magatartás kialakulásában. Ugyanakkor a drogos élettörténetek gyakran azt mutatják, hogy ezek a családok semmivel sem rosszabbak vagy jobbak, mint az „átlag” család. A drogos életsorsok kapcsán a szülők gyakran elmondják, hogy tökéletes rendezettségben éltek, a gyerek mindent megkapott a szülőktől, és aztán hirtelen minden előzmény nélkül kiderült, hogy illegális szert használ, sőt hogy problémás droghasználóvá vált. A szülők rettegnek attól, hogy egyszer csak hirtelen gyerekükről kiderül valami misztikusan ijesztő: droghasználó. Az alábbiakban – a teljesség igénye nélkül – olyan tapasztalatokról és elemzésekről igyekszem számot adni, amelyek meggyőzően mutatják be, hogy a családi rendszer működése kevés valóban specifikus elemet tartalmaz, amely a későbbi szerhasználathoz, illetve problematikus szerhasználathoz elvezet. Számos későbbi viselkedészavar hátterében hasonló családi előzmények húzódnak meg. A szerhasználat nem tekinthető jól körülrajzolható, egynemű viselkedészavarnak, azok egy sajátos, talán összerendezettnek tekinthető nyalábjában jelennek meg, ahol az antiszociális, normasértő megnyilatkozások egyik lehetséges formája a szerhasználati magatartás.

A szerhasználati mintázódásokat, a szerek iránti preferenciákat tekintve látható, hogy a droghasználó magatartás rendkívül gyorsan változik. Míg 20 évvel ezelőtt kézenfekvőnek tűnt az a megállapítás, hogy a szerhasználói magatartás az érzelmi elhanyagolás bázisán jön létre, addig ma már lényegesen árnyaltabban kell fogalmaznunk. A társadalomban uralkodó normatív hiedelmek, a kortárs csoport jelentősége legalább olyan nagy, ha nem nagyobb jelentőségű, mint az egyéni személyiségfejlődés és szocializációs környezet sajátosságai.

## **A család szerepe a drogproblémák kialakulásában**

A következőkben a téma áttekinthető kezelése érdekében egy 1998-ban megjelent monográfiában szereplő összefoglaló tanulmányokra kívánok támaszkodni. Ez a kiadvány a NIDA publikációi között látott napvilágot, és rendkívül alapos áttekintést ad azokról a kutatásokról, amelyek egyfelől a droghasználat családi előzményeivel foglalkoznak, másfelől pedig az ezek alapján levonható következtetésekkel, melyek irányt mutatnak a kívánatos prevenciók tartalmát és technikáit illetően. A monográfia ugyanakkor hangsúlyt helyez arra a szempontra is, hogy mik azok a területek, amelyek feltárására még szükség van, továbbá hogy milyen kutatási technikák és milyen indikátorok szükségesek ahhoz, hogy a prevenciók beavatkozások tényleges hatását fel tudjuk mérni.

Számos specifikus és aspecifikus családi történéis, működési mechanizmus növelheti meg a droghasználat kockázatát. Ezeket a mechanizmusokat az alábbiak szerint összegezzhetjük:

Specifikus faktorok:

1. drogoknak való kitettség;
2. családi körben megtapasztalható droghasználat;
3. szülői együttműködés a szerhasználatban.

Nem-specifikus faktorok:

1. megbomlott családi rendszer;
2. házastársi békétlenség;
3. hibás szülői viselkedés;
4. nagymérvű stressznek való kitettség;
5. családi pszichopatológia;
6. elhanyagolás;
7. abúzus.

A szülők direkt módon is „elősegíthetik” gyermekeik szerhasználatát: 1. a drogokkal való találkozás a terhességi periódusban; 2. negatív szerepmódellet nyújtása, vagyis droghasználat, vagy drogok visszaélészerű használata mint lehetséges megküzdési stratégia; 3. a drogok hozzáférhetőségének megteremtése, megkönnyítése. A kutatások egyértelműen bizonyítják, hogy a tényleges szülői droghasználat mellett a szülők droghasználattal kapcsolatos – elfogadó – attitűdje is meghatározó jelentőségű a gyerekek későbbi szerhasználati viselkedése szempontjából (Barnes–Wette, 1986; Brook et al., 1986).

### ***Nem-specifikus családi tényezők***

A válások megnövekedett száma, közvetetten ugyan, de megnövelheti a szerhasználati viselkedés kockázatát a felnövekvő gyerekekben. Az ilyen családok esetében a stabilitás hiánya, a gyakori helyváltoztatás (költözések) rendkívül jelentékeny alkalmazkodási és megküzdési erőfeszítésekre készítheti a fiatalokat, melyek – személyes és társas készségek híján kudarcra végződhetnek (Peterson–Zill, 1986; Zimmermann–Tansella et al., 1988).

A szülők párkapcsolatának minősége direkt módon nem befolyásolja a droghasználatot, de áttételesen és egyéb tényezőkkel interakcióba lépve megnövelik annak kockázatát (Kaplan 1995). Más kutatások arra világítottak rá, hogy a családon belüli elhúzódozó konfliktusok gyakran járnak együtt a fiatalok szerhasználatával és egyéb deviáns megnyilatkozásaival (Robins 1980). Minden jel arra mutat, hogy a szülői konfliktusok kedvezőtlenebbül befolyásolják a későbbi szerhasználatot, mint a felbomlott családi struktúra, ami egyébként valamelyik szülő távollétét eredményezi (Farrington et al., 1988).

A szülők droghasználati nemcsak direkt formában növeli meg a gyerekek szerhasználati viselkedésének a kockázatát, hanem oly módon is, hogy ezek a fiatalok nagyon

sok stresszteli élményt élnek át a családi körben, a szülők saját szerhasználatuk miatt kevesebb figyelmet fordítanak gyerekeikre, kevesebb támogatást képesek nyújtani nekik (Holden et al., 1988). Egyéb kutatások arra világítottak rá, hogy az erős, megbízható családi kötekek védelmet jelenthetnek a későbbi, serdülőkori szerhasználattal szemben (Hawkins et al., 1992). A szegényes családi kommunikáció, illetve a kommunikáció hiánya szoros együttjárást mutat a droghasználattal, azonban a kutatások arra is felhívják a figyelmet, hogy a gyerekek szerhasználatuk még tovább rongálja a családon belüli kommunikációt és az interakciók minőségét (Brook et al., 1990, 1993).

Más kutatások a család védő funkcióját illetően meggyőzően érvelnek amellett, hogy a folyamatos odafigyelés és ellenőrzés, valamint az egymáshoz való ragaszkodás mérsékli a szerhasználat kockázatait (Baumrind–Moselle, 1985; Duncan et al., 1995). A kutatási tapasztalatok egyértelműen arra utalnak, hogy a család a leglényegesebb és talán egyetlen tényleges védő tényező, valamint a későbbi adaptációs mozgástér legjelentékenyebb meghatározója (Kumpfer, 1987).

### ***Az illegális szerhasználat személyiség-lélektani előzményei***

Az egyik leggyakrabban említett és azonosított diszpozíciós tényező az élménykeresés, mely számos deviáns megnyilatkozás, így a droghasználat háttérében is meghúzódik. E személyiségvonás vagy diszpozíciós tényező tartalmát tekintve a következőket takarja: személyes szükséglet a változó és komplex élmények iránt; készség, hogy ezen élmények megszerzése érdekében az egyén személyes, szociális, vagy fizikai kockázatokat is vállaljon (Zuckerman, 1971, 1991). Vannak olyanok, akik hajlamosak megsérteni a morális és/vagy társadalmi előírásokat annak érdekében, hogy a szükséges örömhöz, jó érzéshez hozzájussanak. Ezek a személyek általában hajlamosak arra, hogy cselekedeteik hosszú távú következményeit figyelmen kívül hagyják, a rövid távú örömmaximalizálás érdekében. Watson és Clark (1993) vizsgálatukban az élménykereső viselkedést leíró gátolatlansági skálán magas értékeket adó személyek esetében tapasztalható együttjárásokat vizsgálták egyéb változókkal. Tapasztalataik szerint a kevésbé gátolt személyekre egyidejűleg jellemző az impulzivitás, a felelőtlenység, a kockázatvállaló magatartás, a kis mérvű kitérés, a játékosság, a normák elutasítása, a veszélyek keresése. A szerzők azt is vizsgálták, hogy az említett gátolatlansági skálán magas értékeket mutató egyetemista fiatalok esetében milyen együttjárások fedezhetők fel a legális illetve az illegális szerhasználat tekintetében. Tapasztalataik szerint az alábbi korrelációs értékek voltak azonosíthatók: alkohol fogyasztás: 44, marihuana használat: 33, cigarettázás: 29, pszichedelikus szerhasználat: 26 (Watson–Clark, 1993:517).

### ***Az illegális szerhasználat szociálpszichológiai előzményei***

A társas hatásokat manapság az egyik legjelentékenyebb befolyásoló tényezőnek tekintik a szerhasználati magatartás kialakulása szempontjából. A serdülőkorú fiataloknak számos fejlődési feladattal kell megbirkózniuk saját referenciacsoportjukban, annak ér-

dekében, hogy megfelelő elfogadottságra, megbecsülésre tegyenek szert (Jessor, 1987, 1993; Yu–Williford, 1992). Amennyiben a meghatározó vonatkoztatási csoport főleg olyan kortársakat tartalmaz, akik értékelik a szerhasználatot, ezt az érettség, a szülőktől, az előttük járó generációtól való függetlenedés egy sajátos ismérvének tekintik, akkor a csoporthoz csatlakozó, vagy ahhoz tartozni kívánó fiatalok igyekeznek megfelelni ezeknek az elvárásoknak. Sajátos szerepkonfliktusok bontakozhatnak ki, amikor a fiatal szembesül a családi és a kortárs csoportbéli normák ellentétes elvárásaival. Ez a konfliktusszituáció viszonylag hosszabb időn keresztül is fennmaradhat, melynek végén a fiatal végül is eldönti, hogy milyen normatív előírásoknak fog eleget tenni. Számos kutatási tapasztalat egyértelműen arra enged következtetni, hogy a fiatalok által észlelt szerhasználati magatartás, illetve a szerhasználati magatartáshoz kapcsolódó attitűdök a legjelentékenyebb előjelzői a későbbi szerhasználói magatartásnak.

### *A szerhasználó magatartás kialakulásának szekvenciális modellje*

#### **Korai hajlamosító körülmények**

Genetikai tényezők, temperamentum  
Korai idegrendszeri ártalmak  
Kisgyermekkorai pszichotraumák  
Válási traumák  
Gyermekkorai alkalmazkodási nehézségek  
(pl. DHD)  
Iskolai kudarcok



#### **Lehetséges beavatkozási formák**

Családi tanácsadás, családterápia  
Gyermekkorai pszichológiai ellátás  
Válási tanácsadás  
Iskolai prevenció programok kezdetei

#### **Preadoleszcens kori problémák**

Teljesítményzavaró  
Viselkedési problémák  
Kommunikációs zavarok  
A családi kötés-kötődés lazulása  
(pl. szülők válása nyomán)  
Erős kortárs csoport-hatások  
Deviáns modellek, illetve referenciacsoportok



Speciális tanácsadások  
Kommunikációs és készségtréningek  
Családi rendszert megcélzó prevenció beavatkozások  
Pozitív referenciacsoportok (sport, egyház stb. körül)  
Iskolai prevenció programok folytatása  
Célzott viselkedéskorrekció programok

#### **Serdülőkorai megterhelések, traumák és hibás megküzdési mechanizmusok (utak a leszakadás felé)**

Kémiai anyagabúzusok  
korai jelentkezése  
Izoláció, kommunikációs zárlatok  
Impulzuskontroll és önszabályozás zavarai  
(kriminális megnyilvánulások, prostitúció, illetve szexuális kisiklások)  
Családi konfliktusok, illetve korai kiszakadás  
Marginális, kontrakulturális illetve deviáns referenciacsoportok  
Stigmatizáció, súlyos viselkedészavarok  
Játékszenvedély



Tanácsadások innovatív formái (telefonos, internetes szabadidős programokhoz való csatlakozás)  
Pozitív referenciacsoportok (sport, kreatív szórakozások)  
Fejlesztő média programok  
Konstruktív ingerkeresési formák (spirituális, zenei, számítógépes stb. lehetőségek csoportkerekben) – drogalternatívák  
Korrekatív viselkedési tréning, terápia (pl. leszoktató programok)



*A szerhasználó magatartás kialakulásának szekvenciális modellje***A fiatal felnőttkor problémái**

A nemi szerepek nehézségei  
 Pártalálási nehézségek  
 Kommunikációs és adaptációs zavarok  
 Kompenzatív, erős ingerigények, extatikus élményéhség  
 Excitáns drogok használata  
 A megengedett (legális) szerek használatának fel-  
 erősödése, hozzászokás  
 Önértékelési, identitászavarok  
 Spirituális élményigények  
 Viselkedési addikciók

**Lehetséges beavatkozási formák**

Tanácsadási formák  
 Viselkedésmódosító (pl. leszoktató) programok  
 Speciális médiaprogramok  
 Csoportos fórumok, akciócsoportok  
 Konstruktív szórakozási formák  
 Önszorongó, illetve aktivációs csoportok

**Felnőttkori problémák**

Személyes krízisek  
 Családi konfliktusok  
 Neurotikus tünetek, illetve állapotok  
 Munkanélküliség, szociális problémák  
 Izoláció  
 Addikciók

Tanácsadás, szociálismunka, aktiváló terápiás ha-  
 táslehetőségek, ártalomcsökkentés

***Dr. Buda Béla (2002) nyomán***

Amint az előbb látható folyamatmodellből is látható valamennyi életszakaszban előadódhatnak olyan történések, működésbe léphetnek olyan kapcsolati dinamizmusok, amelyek előmozdíthatják, illetve növelhetik a szerhasználói magatartás kialakulásának kockázatát. Ugyanakkor valamennyi stádiumban van lehetőség a hatékony beavatkozásra, a szerhasználói életút elején a különböző típusú prevenciós intervenciókra, utóbb pedig a gyógyulást, illetve az ártalmak csökkentését lehetővé tevő beavatkozásokra.

Az áttekintett irodalom egyik alapvető hiányossága, hogy a szerkipróbálás szempontjából jelentékeny családi és egyén lélektani előzményeket nem kezeli elkülönülten a problémás szerhasználati viselkedéstől. Ez a körülmény annál inkább sajnálatos, mert az epidemiológiai adatok ismeretében jól tudjuk, hogy az igen nagy számú illegális szerkipróbálóknak csak egy elenyésző kisebbsége válik rendszeres használóvá és még kevesebben válnak problematikus használóvá. Ha a drogpolitikai célkitűzések a szermentességet részesítik előnyben, akkor feltétlenül indokolt lenne az eltérő használati módok prevenciója szempontjából leginkább adekvát beavatkozási technikákat kiválasztani, illetőleg kimunkálni.

## **A prevenció lehetséges formáiról általában**

### ***A prevenciós tevékenység hátterében megbúzódo modellek és antropológiák***

A prevenciós tevékenység valójában viselkedésbefolyásolás. Annak fényében alakultak ki a különböző prevenciós, egészségfejlesztési modellek, beavatkozási módok, hogy milyen elképzelés él az egészségügyi szakemberek, illetve a területen tevékenykedő szakemberek elgondolásaiban a megbetegedések eredetét illetően.

Itt érdemes feltenni azt a kérdést, hogy vajon van-e különbség a prevenciós és az egészségfejlesztési szemlélet között?

A két szemlélet elsősorban kiinduló pontjában különbözik gyökeresen egymástól:

A prevenció betegség-, illetve problémamegelőzést jelent, vagyis figyelmünket ez esetben a betegséget meghatározó tényezőkre fordítjuk, és arra készítjük fel az érintett, vagy érintettnek vélt célcsoportot, hogy miképpen tudja a betegséget/problémát előidézdo tényezőket elkerülni.

Ettől eltérdo módon az egészségfejlesztési szemlélet az egészséget meghatározdo tényezőkre koncentrál, és azt vizsgálja, hogy miként lehet a protektív faktorokat erősíteni, olyan életvezetési alternatívákat kínálni, amelyek lehetővé teszik a boldog, egész és károsító tényezőket nem hordozó életet.

### ***A magatartásváltoztatás modelljei***

#### *Klasszikus egészségnevelés, felvilágosítás, információközlés*

A klasszikus egészségnevelés, felvilágosítás abból az elképzelésből indul ki, hogy az emberi viselkedés racionálisan szervezett. Több és helyes tudás helyes döntésekhez, az életvezetés helyes alakításához vezet. Amennyiben azt feltételezzük, hogy a tudás a viselkedésszerveződést elsődlegesen meghatározdo tényező, akkor indokolt azt is feltételeznünk, hogy a több tudás megfelelően fogja szervezni a viselkedést. A számos országban újtára indított egészségnevelési, felvilágosító kampányok, amelyek például a dohányzás veszélyeire, a helyes táplálkozási szokásokra és a mozgásgazdag életmódra hívták fel a lakosság figyelmét, jól tükrözik ezt az álláspontot. Hasonló törekvések érvényesülnek az egészségnevelési-drogprevenciós tananyagok korai megfogalmazódásaiban is, amelyek egyfelől a káros magatartásformák veszélyeire hívták fel a figyelmet – általában elrettentdo tartalmú üzenetek révén –, illetve megoldásként kínálták a helyesnek vélt egészségmagatartást. Ezek a beavatkozások elsősorban az attitűdváltoztatás révén remélték viselkedésváltozást elérni, azt feltételezve, hogy az attitűd a viselkedés döntdo meghatározója. Azt azonban ma már jól tudjuk, hogy az attitűd sok egyéb tényező mellett csak egyik és vélhetőleg nem is a leghangsúlyosabb meghatározója a viselkedésnek.

Számos aggály fogalmazható meg ezzel a felfogással kapcsolatban. Csak példaként említhetjük, hogy valamennyi dohánytermék dobozán (cigaretás dobozokon) nagybetűvel olvasható, hogy „a dohányzás súlyosan károsítja az egészséget”, ennek ellenére

a népesség 40%-a dohányos Magyarországon és az Európai Unióba belépő államokban. Ez a tapasztalat arra enged következtetni, hogy az ismeret önmagában nem elegendő a viselkedés befolyásolása szempontjából; bizonyos magatartásformák esetében a háttérben meghúzódó motivációk lényegesen erőteljesebbek és elemibbek annál, sem hogy pusztán az ismeretek átadása, kiigazítása révén, ellenükben érdemi változást tudnánk elérni. A klasszikus egészségnevelési elképzelés a nagyobb hatékonyság érdekében gyakran fordul az érzelemkeltő, elrettentő információ átadásának, bemutatásának eszközához.

A klasszikus egészségnevelési megközelítés egy másik jellegzetessége a prezentáció módja, ami általában valamilyen aszimmetrikus kommunikációs helyzetben történik, a hallgatóság, a megcélzott populáció aktivitása, személyes bevonódása nélkül.

### *Rizikócsoportos megközelítés*

Ez a megközelítés korai szűrést, illetve sajátos attribútumokkal rendelkező csoportok körében folytatott megelőző tevékenységet jelent (magas vérnyomás, alkohol beteggyerekei, túlsúlyos egyedek stb.).

A tevékenységeknek ez az osztálya közvetlenül kapcsolódik a betegségmegelőzés gondolatához. Amennyiben valamilyen technika segítségével meg tudjuk állapítani, hogy kik a veszélyeztetettek valamilyen krónikus nem fertőző megbetegedés szempontjából (pl. rendszeres és korai szűrés eredményeképpen, vagy a családi anamnézis ismeretében), akkor az ilyen sajátosságokkal rendelkező egyedek számára ki lehet munkálni valamilyen egészségvédő vagy -megtartó programot, például sajátos étrendet, mozgásprogramot. Ennek a megközelítésnek az az előnye, hogy a hasonló élethelyzetű egyének hasonló sorsú másokkal kerülnek a beavatkozás homlokterébe. Ezeknek a – többnyire – életmód-alakító programoknak a befogadását elősegíti az a társas környezet, amelyben a beavatkozás eléri a célcsoportot. Másodlagos, aspecifikus pszichológiai hatások is hozzájárulnak az ilyen kezdeményezések eredményességéhez. Sajátosságuk, hogy háttérükben jól kitapinthatóan húzódik meg az a feltételezés, hogy egy jól definiálható ok hozható összefüggésbe a későbbi megbetegedés, probléma kialakulásával. Ilyen programokat indítanak a súlyproblémákkal küszködők, a magas vérnyomásban szenvedők, a cukorbeteg számára, illetőleg olyan gyerekeknek, akiknek a szülei között alkoholbetegek vannak. A rizikócsoportos megközelítés jól példázza azokat az eseteket, amikor az egészségügyi szűrés és a prevenció tevékenység összekapcsolódik, ezek a beavatkozások gyakran a legjobb hatásfokkal az alapellátás feltételrendszerének keretében valósíthatók meg. Ugyanakkor ezen esetekben nem beszélhetünk a szó valódi értelmében vett prevencióról, még kevésbé egészségfejlesztésről, hiszen a kiindulópont, a célpopuláció azonosítása a megbetegedés korai jegeinek azonosításán múlik, tehát nem az egészség fenntartása a cél, hanem a betegség, vagy a hajlamosító tényezők korai detektálása (diagnózis) majd az ehhez kapcsolódó célzott beavatkozás.

### *Érzelmi intelligenciát, társas kompetenciákat, alkalmazkodást fokozó beavatkozások*

Az első pontban elemzett klasszikus egészségnevelési megközelítés hiányosságait, korlátozott hatékonyságát felismerve munkálódott ki az a modell, amely az érzelmi nevelést helyezte a beavatkozások tengelyébe. Ennek lényege abban a felismerésben ragadható meg, mely szerint az egészségkárosító magatartásformák háttérében a személy konfliktuskezelési repertoárjának gyengeségei húzódnak meg. Ezért az egészségfejlesztési törekvéseknek a társas-érzelmi készségek fejlesztését kell biztosítaniuk. Az érzelmi nevelés jegyében születő és működő programok külső szakértők bevonásával törekednek arra, hogy pótlólagos szocializációs lehetőséget biztosítsanak a résztvevőknek, társas-kommunikációs készségeik fejlesztésére helyezve a hangsúlyt. Ez a megközelítés általában rendkívül időigényes, gondosan képzett szakértőt kíván, hatásai pedig nem specifikusak és csak hosszú idő elteltével válnak mérhetővé.

### *Kortárshatások a prevenciók tevékenységben*

Az egészségfejlesztési programok között viszonylag új keletűeknek tekinthetők azok a megközelítések, amelyek a kortársakra helyezik a hangsúlyt. Rendkívül indokolt a tevékenység ilyen irányban történő áthangolása, hiszen jól tudjuk, hogy a korai életszakaszokban jelentkező, aggodalomra okot adó, egészséget veszélyeztető magatartásformák megjelenése az esetek jelentékeny hányadában a kortárs csoport nyomására, hatására történik. Az első cigaretta elszívása, az első illegális droghasználat, az első pohár alkohol elfogyasztása, mind a társas tevékenység részeként történik meg, gyakran az ifjúsági kultúra, vagy szubkultúra szerves részeként.

Jól ismert az a körülmény is, hogy a serdülőkorú fiatalok számára a felnőttél (szülőnél, tanárnál) lényegesen hitelesebb figura a kortárs, sokkal jelentékenyebb vélemény- és viselkedésformáló hatással bír. Mindezen felismerések tükröződnek azokban a programokban, amelyek a kortárshatásokra koncentrálnak tartalmukban, és arra tesznek kísérletet, hogy megtanítsák a fiatalokat, hogy miként válnak képessé nemet mondani, oly módon, hogy ne veszítsék el társaik megbecsülését, illetőleg azok a kezdeményezések, amelyek a tematizált egészségfejlesztési üzenetet kortársoktatók segítségével juttatják el a célpopulációhoz. Kiváltképpen az úgynevezett kényes témák területén sikeresek ezek a programok, például szexuális kultúra, HIV/AIDS-prevenció, legális és nem legális szerek használata, stb. Ezek a programok elsősorban a középiskolás korú populáció körében kedveltek

### *Szintér-programok*

A szintér programok az Ottawai Charta nyomán jöttek létre, és reflektálnak arra a felismerésre, hogy az egyén egészségi állapota nem kizárólagosan az egyén felelőssége, nem pusztán az egyéni készségek és jártasságok milyensége húzódik meg ennek háttérében, hanem jelentős szerepet játszanak a társas-társadalmi-ökológiai tényezők is.

A szintér egy olyan „hely”, ahol az egyén otthon van, ahol a probléma is „otthon van”, és ahova, az előzőekből adódóan, a beavatkozást is el kell juttatni. Tehát a szintér-programok, eltérően a rizikócsoportos megközelítéstől, a természetes „élőhelyen” találják meg célcsoportjukat, az egyének természetes, organikus társas kapcsolataiba ágyazottan fejtik ki hatásukat. Ilyen szintér-programnak tekinthető az egészséges iskolák, az egészséges kórházak, az egészséges munkahelyek, az egészséges városok mozgalom. Ebben a keretben értelmezhető a kábítószerügyi egyeztető fórumok tevékenysége is. Magyarországon valamennyi az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által indítványozott szintér-programnak megvannak a kezdeményei.

### *Közösségi alapú komplex egészségfejlesztő programok*

A közösségi alapú komplex egészségfejlesztő programok egy további lépésnek tekinthetők, melynek révén közelebb kerülhetünk az Ottawai Chartában foglaltak megvalósításához. A közösségi alapú programok ugyanis nemcsak az élőhely azonosságát és életmódformáló szerepét veszik tekintetbe, hanem a tágabb értelmű politikai és társadalmi meghatározókat, realitásokat is. Ezek a megközelítések döntő mértékben a lokálisan megfogalmazódó igényekre reflektálnak, tehát alulról építkeznek, az egészségfejlesztési, társadalompolitikai szükségletek helyi szinten fogalmazódnak meg az ott élők, dolgozók határozzák meg a beavatkozások szükséges irányát, és nagymértékben támaszkodnak a helyi erőforrásokra is.

### ***A prevenció tevékenység kategorizálása***

A kábítószer-probléma kezelése során körvonalazódó prevenció tevékenység és elsősorban az annak háttérében meghúzódó szemléletek átértelmezését tapasztalhatjuk az utóbbi időben. Az egészségfejlesztési és a drogprevenció gondolkodás közeledését élhetjük át az utóbbi években, mely szemléleti átrendeződés mindkét – egyébként egymáshoz szorosan kapcsolódó – terület számára nyereséggel jár. Manapság a mérvadónak tekinthető szakirodalom a prevenció területén három nagy kategóriát különböztet meg:

#### *1. Univerzális-általános*

Az ebbe a kategóriába tartozó prevenció stratégiák a populáció egészét szólítják meg olyan üzenetek, illetve programok segítségével, amelyek a problémaviselkedés megjelenését kívánják megakadályozni, illetve késleltetni. Ezen programok támadáspontja lehet a nemzet egésze, a helyi közösség, az intézmények. Ezek a prevenció beavatkozások minden előzetes szűrés nélkül kívánják ellátni a személyek széles körét olyan ismeretekkel, készségekkel és jártasságokkal, amelyek lehetővé teszik számukra a problémák jelentkezésének kivédését. Az univerzális prevenció értelmében a populáció egésze veszélyeztetettnak tekinthető egyfelől, másfelől pedig a megfogalmazott üzeneteknek olyanoknak kell lenniük, amelyekből a populáció egésze profitálni képes. (Beleértve azokat is, akik már találkoztak pl. a drogokkal.)

## *2. Célzott prevenció*

Ezek a beavatkozások a teljes populációnak csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozzák meg, azokat a személyeket, illetőleg csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők, pl. társadalmi hovatartozásuk, iskolai karrierjük sajátos alakulása miatt. A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, történhet ez az azonosítás a biológiai, pszicho-szociális, vagy egyéb szempontok szem előtt tartása mellett, amennyiben a tudományos kutatás bizonyítottan oki kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a probléma viselkedés kialakulása között. Az ebbe a csoportba tartozó programoknak tartalmukban és felépítésükben olyannak kell lenniük, hogy a veszélyeztetett csoport valamennyi tagja, esetleges konkrét személyes veszélyeztetettség híján is, profitálni legyen képes ezekből. A célzott prevenció beavatkozásai az egyéni veszélyeztetettség mértékének felbecslésére nem tesznek kísérletet.

## *3. Javallott prevenció*

Ez a kategória olyan prevenció beavatkozásokat és programokat jelöl, amelyek az érvényes diagnosztikus kategóriák alapján (DSM IV) függőnek nem minősülő, de annak korai jeleit mutató személyek viselkedését kívánják a kívánatos iránynak megfelelően befolyásolni. Ezek a programok tehát elsősorban az egyén szintjén, egyénre szabott módon kezdeményezik a beavatkozásokat. Céljuk nemcsak a szerhasználat kialakulásának megakadályozása, hanem minden olyan viselkedészavar befolyásolása is, amely vélhetőleg kapcsolódik, vagy elvezet a szerhasználó életút kialakulásához. Ezek a programok különösen alkalmasak az olyan fiatalokkal való foglalkozás során, akik már összeütközésbe kerültek a büntető igazságszolgáltatás intézményrendszerével, ide sorolhatók az elterelés intézményrendszerén belül nyújtható szolgáltatások, beavatkozások is.

### ***A prevenció tevékenység kutatásából származó tapasztalatok.***

### ***A prevenció tevékenység tervezése és megvalósítása során alkalmazandó irányelvek (NIDA)***

1. A prevenció programoknak a meglévő protektív faktorok hatását kell fokozniuk és ezzel egyidejűleg minimalizálniuk kell a rizikó tényezők hatását (Hawkins et al., 2002).
  - a) A szerhasználóvá válás rizikó- és protektív tényezők interakciója következtében jöhet létre. Ezek: deviáns attitűdök és viselkedéses megnyilatkozások, illetve a családi támogató rendszer (Wills et al., 1996).
  - b) A különböző veszélyeztető és védő tényezők lehetséges hatása alakul az életkor változásával. Így például a családon belüli veszélyeztető tényezők szerepe jelentősebb lehet a fiatalabb életkori csoportokban, míg a kortárs csoport hatása később válik meghatározóvá (Gerstein–Green, 1993; Dishion et al., 1999).
  - c) A korai beavatkozások, melyek nem tekinthetők drogspecifikus intervencióknak (pl. az agresszív megnyilvánulások értő kezelése, az önkontrollfunkciók fejlesztése) gyakran jelentékenyebb hatással járnak, mint a későbbi célzott intervenciók.

ók. Ezek a korai beavatkozások ugyanis a kérdéses fiatal életvezetésének alakításában játszhatnak döntő szerepet (Lalongo et al., 2001).

2. A prevenciós programoknak a szerhasználat valamennyi formáját meg kell célozniuk, beleértve ebbe a fiatal életkorokban bekövetkező legális szerhasználati magatartásokat is (Johnston et al., 2002).
3. A prevenciós programoknak fel kell tárniuk és reflektálniuk kell a helyi közösségben tapasztalható problémás droghasználat sajátosságaira, egyfelől a befolyásolható rizikó faktorokra, másfelől pedig a meglévő védő tényezők erősítésére kell koncentrálniuk (Hawkins et al., 2002).
4. A családi alapon szerveződő prevenciós programoknak a családi kötelékek és kapcsolatok erősítését kell szolgálniuk, ki kell térniük a szülői készségek erősítésére, fejlesztésére (Ashery et al., 1998).
  - a) A szülői ellenőrzési rendszer működése kritikus eleme a drogprevenciónak. Ezek a szülői készségek különböző tréningmetódusok alkalmazása révén erősíthetők (Kosterman et al., 2001).
  - b) A szülők számára biztosított drogokkal kapcsolatos információátadás több szempontból is hasznos lehet. Egyrészt a családon belül elhangzottak megerősíthetik mindazt, amit a fiatal más helyzetben (pl. iskolai prevenció során) a drogokkal kapcsolatban hall. Másrészt viszont a szülők hiteles informálása lehetőséget teremt arra, hogy a szülők és a gyerekek értelemtelit diskurzust folytathassanak a kábítószerekkel kapcsolatosan (Bauman et al., 2001).
  - c) A rövid, családra fókuszáló intervenciók pozitívan befolyásolhatják a szülők viselkedését, melynek következtében a későbbi szerhasználati viselkedés családi rizikótényezőit mérsékelhetik (Spath et al., 2002b).
5. A prevenciós programok kialakításakor érdemes figyelmet fordítani már az óvodás korú populációra is. Ezek a programok ugyanis kedvezően befolyásolhatják az agresszív viselkedéses megnyilvánulásokat, a gyenge szociális készségeket és az iskolai teljesítményzavarokat (Webster-Stratton, 1998; Webster-Stratton et al., 2001).
6. Az általános iskolás populáció számára kialakított prevenciós beavatkozásoknak javítaniuk kell a gyerekek akadémikus teljesítményét, valamint az érzelmi-szociális tanulás készségeit annak érdekében, hogy a gyerekek képesek legyenek megfelelőképpen felmérni és értékelni a szerhasználat különböző rizikótényezőit. Ezek közé tartozik a korai agresszivitás, az iskolai teljesítményzavarok, illetve az iskolai oktatásból való idő előtti kikerülés (drop-out). Az oktatásnak az alábbi készségeket kell érintenie (Conduct Problems Prevention Research Group, 2002; Lalongo et al., 2001):
  - a) önkontroll;
  - b) érzelmi tudatosság;
  - c) kommunikáció;
  - d) társas problémamegoldó készségek; valamint
  - e) tanulási teljesítmény támogatása, különös tekintettel az értő olvasásra.
7. Azoknak a prevenciós programoknak, melyek a középiskolás, illetve az egyetemista populációt célozzák meg, elsősorban a tanulmányi teljesítmény megerősítését és a szociális készségek fejlesztését kell szolgálniuk az alábbi területeken (Botvin et al., 1995; Scheier et al., 1999):

- a) tanulási szokások;
- b) kommunikáció;
- c) kortárskapcsolatok;
- d) én-hatékonyság és önérvényesítés;
- e) visszautasítási készségek;
- f) a droghasználattal szemben megfogalmazódó attitűdök megerősítése,
- g) a szerhasználattal szembeni egyéni elkötelezettségek megerősítése.

## **Prevenációs programok, amelyek a családi rendszeren keresztül érvényesülnek**

A droghasználat kialakulását megcélzó prevenációs tevékenységek kimunkálása során elkerülhetetlen, hogy hangsúlyozott figyelmet fordítsunk a megfelelő szülői technikák kialakítására, kiváltképpen a korai adolescens korban lévő fiatalokat nevelő családok esetében. A tudományos kutatások egybehangzóan állítják, hogy a későbbi droghasználat-hoz vezető rizikótényezők mélyen átjárják a családi rendszereket, összefüggés tapasztalható a későbbi droghasználói karrier, életút és a széthulló családi kötődések között. A kutatási eredmények arra is felhívják a figyelmet, hogy a családra irányuló prevenációs intervenciók lényegi mértékben befolyásolják a rizikótényezőket és a későbbiekben jelentkező problémaviselkedést. A prevenációs beavatkozások hatásossága nagymértékben attól függ, hogy mi módon értelmezzük a család szerepét az ifjúkori droghasználat szempontjából. Az alábbiakban összefoglaljuk az elmúlt húsz év kutatási tapasztalatait, melyek egyfelől a család szerepét mutatják a droghasználat kialakulásában, másfelől pedig ajánlásokat fogalmaznak meg a hatékony prevenációs beavatkozások szempontjából.

1. A szülők nevelési gyakorlata meghatározó jelentőséggel bír a gyerekek későbbi szerhasználati magatartása szempontjából.
2. A családi rendszert megcélzó intervenciók hatékonyan tudják mérsékelni a családi szintén jelentkező kockázati tényezőket.
3. Meghatározhatóak azok az intervenciók, amelyek hatékonyan képesek befolyásolni a szülők nevelési gyakorlatát.
  - a) A családi intervenciók kombinálódhatnak egyéb intervenciók stratégiákkal.
  - b) A családi intervenciók gazdaságossági szempontból is kifizetődőek.

### ***A szülők nevelési gyakorlatának jelentősége***

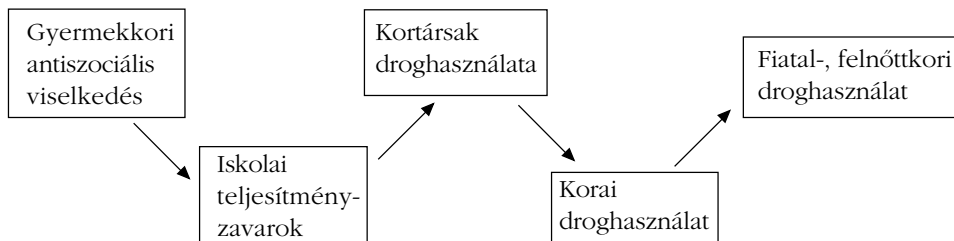
Senki sem tudja, hogy mi tekinthető a szülői viselkedés szempontjából az egyetlen követendő útnak, mely szükségképpen sikerhez vezet majd. Az utóbb kedvezőnek, pozitívnak minősített szülői viselkedés is számtalan formában jelentkezhet a kultúra, a helyi közösség, illetve a család összetétele és még számos egyéb tényező függvényében. A szülők túlnyomó többsége készségesen hoz áldozatot gyermekeik jövőbeni sikeressége, jó egészségi állapota érdekében. Ahogy a gyerekek nőnek, minden jó



szándék és gondosság ellenére, általában feszültségek keletkeznek a szülők és a gyerekek között, főként ez utóbbiak növekvő autonómia törekvései miatt. A kisgyermekkor nevelési gyakorlata nagymértékben meghatározza, körülrajzolja a serdülőkorba való átmenet sajátosságait. A fiatalok által átélhető folyamatosan érvényesülő szülői támogatás, a család egyben tartására irányuló hatékony erőfeszítések tovább mérsékelhetik a rizikótényezők szerepét, és hatékony támaszt jelenthetnek az élet fordulópontjain.

A tudományos kutatás jelentékeny energiákat fordított annak megértésére, hogy a szülők nevelési gyakorlata milyen mértékben járul hozzá a droghasználat korai jelentkezését előrejelző kockázati tényezők megteremtéséhez, azok fenntartásához, illetve, hogy mely pontokon lehet hatékony valamilyen prevenciós technika, beavatkozás. Mára már elmondhatjuk, hogy meglehetősen sokat tudunk a korai droghasználattal összefüggésben lévő kockázati, illetve a védő tényezőkről (Hawkins et al., 1992). Kijelenthetjük, hogy a korai életkorban bekövetkező droghasználat nem véletlenszerűen következik be, ellenkezőleg, általában egy sajátos fejlődési út jól azonosítható, előre látható következménye.

*A serdülőkori droghasználat kialakulásának folyamatmodellje Disbion, 1998 alapján*



Kevés olyan longitudinális vizsgálatot ismerünk, amely abban az időben kezdte el az információgyűjtést a fiatalok körében, amikor azok még nem kerültek kapcsolatba az illegális szerekkel. A rendelkezésre álló tapasztalatok alapján mindenestre megállapítható, hogy az agresszív, antiszociális megnyilatkozások, amelyek korai életkorban jelentkeznek viszonylag megbízhatóan jelzik előre a serdülőkorban jelentkező szerhasználatot (Block et al., 1988; Kellam et al., 1983:17–51; Smith–Fogg, 1979). A gyermekkor és a korai adolescens kor közötti periódusban egymást követő események sora tűnik a legjobb predikciós tényezőnek a korai szerhasználat szempontjából (Patterson et al., 1992). Ez a fejlődési folyamat nem tartalmaz szükségszerű lépéseket, nem minden gyermek tapasztalja meg ezeket a történéseket, illetve nem szükségképpen az adott módon és sorrendben. Előfordulhat például, hogy egy 6. osztályos gyerek, aki rendkívül rosszul teljesít, mind az akadémiai előremenetel, mind a társas beválás tekintetében feltűnően gyorsan, mintegy két év alatt keresztülmehet ezeken a fejlődési állomásokon, ha ezeket a tényezőket a család felbomlása, vagy egyéb, a helyi közösségben érzékelhető, kedvezőtlen változás kíséri.

A tapasztalatok azt mutatják, hogy az iskola az az elsődleges színtér, ahol a fiatalok későbbi társas és „gazdasági” beválása alapvetően eldőlt. Azok a gyerekek, akik nem

képesek a szabályok zökkenőmentes és gyors követésére általában rosszul teljesítenek (Patterson et al., 1989). Az antiszociális megnyilvánulásokat mutató gyerekeket társaik többnyire nem kedvelik (Cole–Kupersmidt, 1983; Dodge, 1983). A gyenge iskolai teljesítmény és az antiszociális megnyilvánulások szerencsétlen kombinációja alapvetően alááshatják a gyerekek kortárs csoporton belüli elfogadottságát (Dishion, 1990:128–153).

A gyerekeket mindez deviáns értékeket követő kortárs csoportokhoz való csapódás irányba tereli (Dishion et al., 1991). Ez a folyamat esetükben többnyire viszonylag hamar elkezdődik (Cairns et al., 1988). A kortárs csoportban fiatalon megtapasztalt szerhasználat rendkívül erős korrelációt mutat a korai szerhasználat megjelenésével. Ez az a pont, ahol a szülők megijednek, esetleg segítséget keresnek. Ez a próbálkozás többnyire már csak akkor történik meg, amikor a szerhasználó kortárs csoport iránti elköteleződés már bekövetkezett. Természetesen még e ponton is van esély a változásra, ugyanakkor sok esetben rendkívül nehéz versenyre kelni a kortárs csoport szocializációs hatásával.

A rizikótényezők progressziója sohasem vákuumban valósul meg. A kutatási eredmények arra engednek következtetni, hogy e tekintetben nem a szülők társadalmi helyzetének van igazi jelentősége, sokkal inkább az alkalmazott nevelési gyakorlat tekinthető kritikusnak. A kutatók egyre inkább arra következtetésre jutnak, hogy a családi élet menedzsmenete tekinthető különösen jelentékenynek. E tekintetben az alábbi tényezők, alkotóelemek azok, amelyek leginkább jelentőséggel bírnak:

1. kapcsolatépítés,
2. a határok, korlátok meghatározása,
3. pozitív visszajelzések,
4. folyamatos monitorozás (nyomonkövetés),
5. problémamegoldás, a problémák kapcsán felmerülő egyezkedések (Hawkins et al., 1992; Patterson et al., 1992).

Az említett nevelési technikák, szülői készségek természetesen nem függetlenek egymástól, egymással magas korrelációt mutatnak, szinergikus viszonyban vannak. Az etnikai hovatartozástól, vagy a család felépítettségétől függetlenül azok a szülők, akik elfogadják a szülői szerepet (felvállalják azokat), valamint alkalmazzák az említett család szervezési technikákat, védelmet tudnak nyújtani azon tendenciákkal szemben, melyek utóbb elvezethetnek a szerhasználathoz.

Az a körülmény, hogy különös jelentőséget tulajdonítunk a szülők nevelési technikáinak, amikor a droghasználat motívumait vizsgáljuk, nem ok arra, hogy a szülőket hibáztassuk. Számos családon belüli történés, vagy pedig a körülményekben bekövetkező változás képes megzavarni a kedvező, pozitív nevelési technikákat. A szülők szerhasználata azonban egyértelmű rizikófaktorként értékelhető, minthogy ez a viselkedés szinte lehetetlenné teszi, hogy a szülők az absztinenciát, a szermenteséget konzekvens értéként legyenek képesek közvetíteni a gyerekek felé (Chassin et al., 1986).

Manapság a családok igen nagy hányada éli át a válás, illetve az újrահázasodás traumáját. Ezen események hatása a gyerekekre korántsem tekinthető triviálisnak. A

családi ügyek menedzselése különösen nagy jelentőségre tesz szert az ilyen típusú események kezelése során. Az, hogy a szülők mi módon intézik ezeket az ügyeket, miképpen kezelik a konfliktusokat, miképpen tudják átsegíteni gyermekeiket a súlyos, stresszteli helyzeteken is, nagymértékben befolyásolja későbbi boldogulási lehetőségeiket, ezen szülői technikák alkalmazása nagy mértékben képes csökkenteni e helyzetek egyébként kitüntetett kockázatnövelő hatásait (Capaldi-Patterson, 1991).

Az utóbbi időben egyre világosabbá válik, hogy a folyamatosan fenntartott szülői odafigyelés kulcs tényező az úgynevezett családi menedzsmenttechnikák szempontjából. Különösen igaz ez az állítás a serdülőkorú gyerekek esetében, akik egyre több időt töltenek a családtól távol, akik egyre inkább törekednek a szülőktől való függetlenedésre. Az örömteli, támogató üzeneteket hordozó kapcsolatok fenntartása érdekében elengedhetetlenül fontos, hogy a szülők tudatában legyenek gyerekeik pozitív irányú erőfeszítéseinek.

A szülői odafigyelés jelentősége számos kutatásból kitűnt. Számos tanulmány rámutat arra, hogy a szülői odafigyelés hiánya, vagy nem kielégítő volta szoros együttjárást mutat a szerhasználat korai jelentkezésével (Baumrind, 1985:13–44; Dishion–Loeber, 1985).

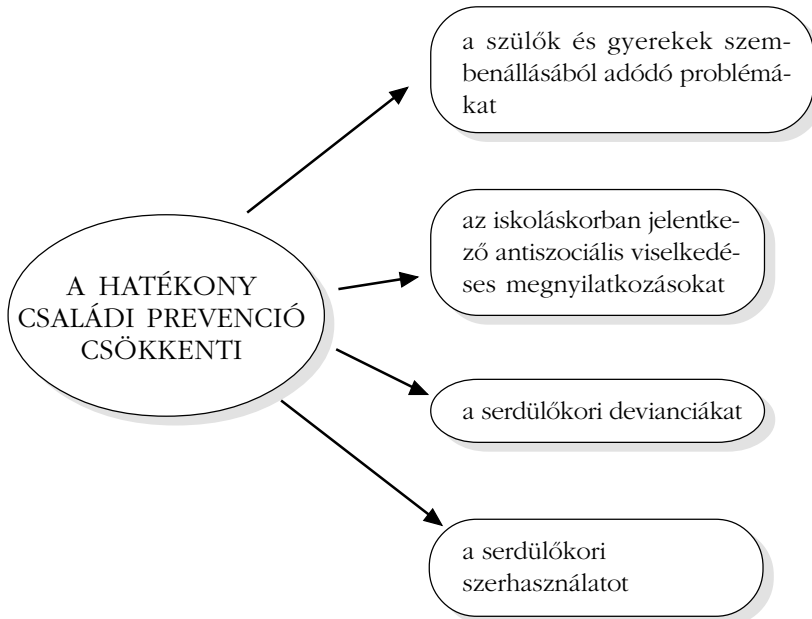
Mint hogy nyilvánvaló a szülői odafigyelés jelentősége a kockázati tényezők minimalizálása tekintetében, indokolt, hogy ezt a területet célozzák meg a családi rendszert középpontba állító prevenciók tevékenységei.

### ***A családi rendszert megcélzó beavatkozások működőképesei***

Helyénvaló, hogyha e ponton megkülönböztetjük a beavatkozások két lehetséges szintjét: azok a beavatkozások, amelyek a meglévő és kedvezőnek ítélt szülői gyakorlatok megerősítését célozzák; illetve azok, amelyek közvetlen hatást kívánnak gyakorolni a családon belüli kockázati tényezőkre, a család diszfunkcionális működésére.

A következő oldalon látható ábra meggyőzően mutatja és egyben értelmezi is, hogy a családi rendszert érintő beavatkozások mi módon befolyásolhatják annak működését és a későbbi szerhasználat szempontjából releváns viselkedéses előzményeket.

*Mire hat a prevenció? Dishion, 1998 alapján*



A kutatási tapasztalatok fényében indokolt azt állítani, hogy azok a beavatkozások, amelyek a szülők nevelési gyakorlatát célozták meg, egyfelől mérsékeltek a kockázati tényezőket, másfelől pedig közvetlenül csökkentették a serdülőkori szerhasználatot.

A következőkben áttekintjük, hogy a különböző életkori periódusokban milyen típusú és mire koncentrálnó beavatkozások bizonyultak működőképesnek.

### *Kora gyermekkor*

A szülők és a gyerekek között tapasztalható állandó ellentétek ebben az élet periódusban megbízhatóan előrejelzik a későbbi antiszociális megnyilvánulásokat (Campbell, 1994). Webster-Stratton és munkatársai (1998, 2001) azt tapasztalták, hogy azok a szülői csoportok, amelyek támaszt kívántak nyújtani a szülőknek, valamint konkrét és alkalmazható nevelői készségek fejlesztését tűzték ki célul, általában jelentős javulást eredményeztek a szülők és gyerekeik között folyó interakciók tekintetében. Hasonlóképpen javították a gyerekek óvónők általi minősítését. A tapasztalatok szerint ezek a kedvező hatások fennmaradtak mintegy három éven keresztül az említett beavatkozásokat követően. A Webster-Stratton nevével fémjelzett program egyik sajátossága volt, hogy videotechnika felhasználásával segítették a szülőket a sikeres, működőképes viselkedésműködés, reakció sémák elsajátításában.

### *Iskoláskor*

A korábban már idézett tapasztalatok arra utalnak, hogy az iskoláskorban észlelhető antiszociális viselkedés – többek között – a későbbi szerhasználat szempontjából jelentős prediktív tényezőnek tekinthető (Kellam et al., 1983:17–51). Azok a beavatkozások, amelyek a szülők nevelési gyakorlatát igyekeznek befolyásolni igen hatékonyak az antiszociális megnyilatkozások mérséklése tekintetében (Dumas, 1989; Kazdin, 1993; Patterson et al., 1993:43–88). Johnson és Christensen (1975) rámutattak arra a körülményre, hogy a szülői technikákat fejlesztő tréningek kedvező befolyást gyakorolnak a szülők percepciójára is.

A családi rendszert megcélzó beavatkozásokkal kapcsolatban elmondható, hogy azok kedvezően hatnak a rendszer valamennyi résztvevőjére. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a szülői tréningek kedvezően befolyásolták a problematikus gyerek testvérének a viselkedését is.

### *Serdülőkor*

Azt gondolhatnánk, hogy a serdülőkori beavatkozások már későn történnek, hiszen nem alkalmasak arra, hogy a probléma jelentkezését megelőzően fejtsék ki hatásukat. Manapság azonban egyre inkább az tűnik érvényesnek, hogy amennyiben egy átfogó preventív stratégiában gondolkodunk akkor a magas rizikójú serdülőkori csoportokban alkalmazott beavatkozások – amennyiben eredményesek – önmagukon messze túlmutató hatással bírnak, hiszen egy egész eljövendő generáció életkilátásait javíthatják.

A serdülőkor periódusában kezdeményezett beavatkozások nyilvánvaló célja az ártalomcsökkentés. Ha a beavatkozások megakadályozzák a drogos karrier eszkalációját, a deviáncsá válást, a szexuális problémákat, akkor a legnegatívabb, legaggasztóbb negatív következmények elkerülhetővé válnak. Valamennyi fejlődési fázissal kapcsolatban elmondhatjuk, hogy a preventív beavatkozásoknak a kockázatok mérséklését, az alkalmazkodás minél hatékonyabbá tételét és a további fejlődés lehetőségek szerinti zökkenőmentességét kell szolgálniuk.

### ***Prevenációs programok Európában, melyek célcsoportja a család az EDDRA adatbázis alapján***

Tekintettel a folyamatosan növekvő igényre, hogy összehasonlítható adatokkal rendelkezünk a keresletcsökkentési tevékenységek, így a preventív tevékenység vonatkozásában, valamint hogy érdemi párbeszéd alakuljon ki az ezen a területen dolgozó szakmai szervezetek és szakértői csoportok között, az Európai Drogmonitorozási Központ (EMCDDA) 1997-ben létrehozott egy adatbázist. Ez az adatbázis összehasonlítható szempontok mentén írja le a keresletcsökkentési tevékenységeket az Európai Unió tagországaiban, és az adatok az interneten keresztül elérhetőek ([www.reitox.emcdda.org:8008/eddra](http://www.reitox.emcdda.org:8008/eddra)). Az adatszolgáltatás összekapcsolja az adott prog-

ramra vonatkozó leíró információkat a szükségletfelméréssel, a programfejlesztés háttérében meghúzódó elvi megfontolásokkal, valamint az esetlegesen alkalmazott értékelési tapasztalatokkal. Ha valamely program képes tevékenységét az előbbiekben ismertetett összefüggésrendszerben értelmezni, akkor a stratégiai gondolkodás minimumával már minden bizonnyal rendelkezik, ami már lehetővé teszi a program beillesztését az adatbázisba.

Az adatbázisban jelen pillanatban 79 olyan program található, melynek végső célcsoportja a család. Ezen programok rövid angol nyelvű leírását és hozzáférhetőségi adatait a melléklet tartalmazza.

## **Következtetések**

Az előző oldalakon megkíséreltem áttekinteni az egyébként szinte áttekinthetetlen, végtelenül gazdag irodalmat, mely a szerhasználati magatartás előzményeivel és a családi rendszeren keresztül történő prevenciójával foglalkozik.

Megállapíthatjuk, hogy a család szerepe kiemelkedően jelentékeny e viselkedésforma kialakulásában is, noha kevés valóban specifikus kockázati tényezőt sikerült azonosítani a család működésében. Talán sommásnak tetszik, mégis megkockáztatom az állítást: nincs speciális droprevenció család, csak jól vagy kevésbé jól funkcionáló család van. A család, ha rosszul funkcionál, ha nem szervezett, ha nem biztosít érzelmi és szociális támogatást, ha nem jelöli ki a megfelelő határokat, akkor a legkülönbözőbb viselkedészavarok jelentkezhetnek. Különösen fontos a harmonikus fejlődés és így a szerhasználati viselkedés elkerülése szempontjából a családi odafigyelés, a folyamatos kapcsolatban lét a felnövekvő gyerekekkel. A családi rendszer fejlődése, változása és átalakulásai állandóan újfajta alkalmazkodási feladatok elé állítják a szülőket és a gyerekeket egyaránt. Ezekben a helyzetekben nehezzé válhat a folyamatos egymásra figyelés, a tényleges kapcsolatban lét, a kommunikáció. A kockázati tényezők közül a legkritikusabb – szinte minden tanulmány megerősíti ezt a felvetést – a szülők droghasználata, ennek direkt és rendkívül erős prediktív hatása van a gyerek szerhasználati magatartására.

A prevenció beavatkozások tekintetében szintén egyetértés van az áttekintett irodalomban áttekintetben, hogy a családi rendszert megcélzó beavatkozásoknak első sorban a szülők „családszervezési” kapacitását kell megerősíteniük, alkalmassá kell, hogy tegyék őket arra, hogy érdemi kapcsolatban, dialógusban tudjanak maradni utódaikkal. Az ilyen intervenciók általában a jó szülővé válást segítik elő; nem tartalmaznak drogspecifikus megoldásokat, bár az intervenciók „vivőanyaga” általában a szerhasználat.

## Irodalom

- Ashery, R.S. – Robertson, E. B. – Kumpfer, K. L. (eds.) (1998): *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*. NIDA Research Monograph, no. 177. Washington, DC, U.S. Government Printing Office.
- Barnes, G., Welte, J. (1986): Patterns and predictors of alcohol use among 1-12th grade students in New York State. *J. Stud Alcohol* 47, 53–62. p.
- Bauman, K. E. – Foshee, V. A. – Linzer, M. A. – Koch, G. G. (1990): Effect of parental smoking classification on the association between parental and adolescent smoking. *Addict. Behav.* 15, 413–422. p.
- Baumrind, D. (1985): Familial antecedents of adolescent drug use: A developmental perspective. In Jones, C. L. – Battjes, R. J. (eds.): *Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 56. DHHS Pub. No. (ADM) 87–1335. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off.
- Baumrind, D. – Moselle, K. A. (1985): A developmental perspective on adolescent drug abuse. *Adv. Alcohol Subst. Abuse* 4, 41–67. p.
- Block, J. – Block, J. H. – Keyes, S. (1988): Longitudinally foretelling drug usage in adolescence: Early childhood personality and environmental precursors. *Child Dev.* 59, 336–355. p.
- Botvin, G. – Baker, E. – Dusenbury, L. – Botvin, E. – Diaz, T. (1995): Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1106–1112. p.
- Brook, J. S. – Lukoff, I.F. – Whiteman, M. (1980): Initiation into adolescent marijuana use. *J. Genet. Psychol.* 137, 133–142. p.
- Brook, J. S. – Whiteman, M. – Finch, S. (1993): Role of mutual attachment in drug use: A longitudinal study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 32 (5), 982–989. p.
- Brook, J. S. – Whiteman, M. – Gordon, S. (1990): Role of older brothers' drug use viewed in the context of parent and peer influences. *J. Gen. Psychol.*, 151, 59–75. p.
- Brook, J.S. – Whiteman, M. – Gordon, A. S. – Cohen, P. (1986): Some model mechanisms for explaining the impact of maternal and adolescent characteristics on adolescent stage of drug use. *Dev. Psychol.*, 22, 460–467. p.
- Brook, J. S. – Whiteman, M. – Nomura, C. – Gordon, A. S. – Cohen, P. (1988): Personality, family, and ecological influences on adolescent drug use: A developmental analysis. *J. Chem. Depend. Treat.*, 1, 123–161. p.
- Cairns, R. B. – Cairns, B. D. – Neckerman, H. J. – Gest, S. D. – Gariepy, J. (1988): Social networks and aggressive behavior: Peer support or peer rejection. *Dev. Psychol.*, 24, 815–823. p.
- Campbell, S. B. (1994): Hard-to-manage preschool boys: Externalizing behavior, social competence, and family context at 2-year followup. *J. Ab. Child Psychol.*, 22, 147–166. p.
- Capaldi, D. – Patterson, G. R. (1991): The relation of parental transitions to boys' adjustment problems: I. A test of linear hypothesis. II. Mothers at risk for transitions and unskilled parenting. *Dev. Psychopathol.* 3, 277–300. p.
- Chassin, L. – Presson, C. C. – Sherman, S. J. – Montello, D. – McGrew, J. (1986): Changes in peer and parent influence during adolescence: Longitudinal versus cross-sectional perspectives on smoking initiation. *Dev. Psychol.*, 22, 327–334. p.
- Coie, J. D. – Kupersmidt, J. B. (1983): A behavioral analysis of emerging social status in boys groups. *Child Dev.*, 54, 1400–1416. p.
- Dishion, T. J. (1990): Peer context of troublesome behavior in children and adolescents. In Leone, P. (ed.): *Understanding Troubled and Troublesome Youth*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Dishion, T. J. – Eddy, J. M. – Haas, E. – Li, F. – Spracklen, K. (1997): Friendships and violent behavior during adolescence. *Soc. Dev.*, 6 (2), 207–223. p.
- Dodge, K. A. (1983): Behavioral antecedents: A peer social status. *Child Dev.*, 54, 1386–1399. p.
- Dumas, J. E. (1989): Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clin. Psychol. Rev.*, 9, 197–222. p.

- Duncan, T. E. – Duncan, S. C. – Hops, H. – Stoolmiller, M. (1995): An analysis of the relationship between parent and adolescent marijuana use via generalized estimating equation methodology. *Multivariate Behav. Res.*, 30 (3), 317–339. p.
- Farrington, D. P. – Gallagher, B. – Morley, L. – St. Ledger, R. J. – West, D. J. (1988): Are there any successful men from criminogenic backgrounds? *Psychiatry*, 51 (2), 116–130. p.
- Gerstein, D. R. – Green, L.W. (eds.) (1993): *Preventing Drug Abuse: What Do We Know?* Washington, DC: National Academy Press.
- Hawkins, J. D. – Catalano, R. F. – Miller, J. Y. (1992): Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychol. Bull.*, 112 (1), 64–105. p.
- Hawkins, J. D. – Catalano, R. F. – Arthur, M. (2002): Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 90 (5), 1–26. p.
- Holden, M. G. – Brown, S. A. – Mott, M. A. (1988): Social support network of adolescents: Relation to family alcohol abuse. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 14 (4), 487–498. p.
- Jessor, R. (1987): Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction*, 82, 331–342. p.
- Jessor, R. (1993): Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48,
- Johnson, S. – Leonard, K. E. – Jacob, T. (1989): Drinking, drinking styles and drug use in children of alcoholics, depressives and controls. *J. Stud. Alcohol*, 50 (5), 427–431. p.
- Johnston, L. D. – O'Malley, P. M. – Bachman, J. G. (2002): *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2002*. Volume 1: *Secondary School Students*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kaplan, H. B. (ed.) (1995): *Drugs, Crime and Other Deviant Adaptations: Longitudinal Studies*. New York: Plenum.
- Kazdin, A. E. (1993): Treatment of conduct disorder: Progress and directions in psychotherapy research. *Dev. Psychopathol*, 5, 277–310. p.
- Kellam, S. G. – Brown, C. H. – Rubin, B. R. Ensminger, M.E. (1983): Paths leading to teenage psychiatric symptoms and substance use: Developmental epidemiological studies in Woodlawn. In Guze, S. R. – Earns, F. J. – Barrett, J. E. (eds.): *Childhood Psychopathology and Development*. New York: Raven Press.
- Kosterman, R. – Hawkins, J.D. – Haggerty, K. P. – Spoth, R. – Redmond, C. (2001): Preparing for the Drug Free Years: Session-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families. *Journal of Drug Education*, 31 (1), 47–68. p.
- Kumpfer, K. L. Prevention of alcohol and drug abuse: A critical review of risk factors and prevention strategies. In Shaffer, D. – Philips, I. – Enzer, N. B. (eds.): *Prevention of Mental Disorders: Alcohol*.
- Kumpfer, K. L. (1987): Special populations; Etiology and prevention of vulnerability to chemical dependency in children of substance abusers. In Brown, B. S. – Mills, A. R. (eds.): *Youth at High Risk for Substance Abuse*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute on Drug Abuse. DHHS Pub. no. (ADM) 87–1537. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off. 1–71. p.
- Ialongo, N. – Poduska, J. – Werthamer, L. – Kellam, S. (2001): The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9, 146–160. p.
- Patterson, G. R. – Chamberlin, P. – Reid, J. B. (1982): A comparative evaluation of parent training programs. *Behav. Ther.*, 13, 638–650. p.
- Patterson, G. R. – Dishion, T. J. – Chamberlain, P. (1993): Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. In Giles, T. R. (ed.): *Handbook of Effective Psychotherapy*. New York: Plenum.
- Peterson, J. L. – Zill, N. (1986): Marital disruption, parent-child relationships, and behavior problems in children. *J. Marriage Fam.*, 48, 295–307. p.
- Robins, L. – McEvoy, L. (1990): Conduct problems as predictors of substance abuse. In: Rutter, L.



- R. M., ed.: *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood*. Cambridge, MA: Cambridge University Press. 49–74. p.
- Scheier, L. – Botvin, G. – Diaz, T. – Griffin, K. (1999): Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 29 (3), 251–278. p.
- Smith, G. M. – Fogg, C. P. (1979): Psychological antecedents of teenage drug use. *Res. Community Mental Health*, 1, 87–102. p.
- Spoth, R. L. – Redmond, D. – Trudeau, L. – Shin, C. (2002b): Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16 (2), 129–134. p.
- Watson, D. – Clark, L. A. (1993): Behavioral disinhibition versus constraint: A dispositional perspective. In D. M. Wegner – J. W. Pennebacker (eds.): *Handbook of mental control*. New York, Prentice Hall, (506-527)
- Webster-Stratton, C. (1998): Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 715–730. p.
- Webster-Stratton, C. – Reid, J. – Hammond, M. (2001): Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 282–302. p.
- Wills, T. – McNamara, G. – Vaccaro, D. – Hirky, A. (1996): Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 166–180. p.
- Yu, J. – Williford, W. R. (1992): The age of alcohol onset and alcohol, cigarette, and marijuana use patterns: An analysis of drug use progression of young adults in New York State. *International Journal of the Addictions*, 27, 1313–1323. p.
- Zimmermann-Tansella, C. – Donini, S. – Ciommi, A. M. – Siciliani, O. (1988): Family factors associated with the use of psychotropic drugs, alcohol abuse, and minor psychiatric morbidity in the community. *Comp Psychiatry*, 29 (5), 460–466. p.
- Zuckerman, 1971, 1991.



# **ESETTANULMÁNYOK**



## Cseri Györgyi – Szécsi Judit\*

# PREVENCIÓS PROGRAMOK A KÉK PONT ALAPÍTVÁNYNÁL

A Kék Pont Alapítvány 1996-os megalakulása óta fontosnak tartja, hogy szolgáltatásai között prevenció programok széles választéka is elérhető legyen. Alapítványunknál az ambuláns drogbetegellátás, az ártalomcsökkentő és alacsony küszöbű szolgáltatások mellett külön munkacsoport foglalkozik a prevenció programok működtetésével. Az elmúlt évek alatt programkínálatunk és szakmai munkacsoportunk többször átalakult: a célcsoportok igényeihez alkalmazkodva, a hazai és nemzetközi trendeket, állásfoglalásokat figyelembe véve fejlődött, bővült.

Drogmegelőző programjaink különböző szintereken zajlanak, és különböző célcsoportoknak szólnak. A különféle célcsoportok sajátos igényei számos prevenció programot hívtak életre alapítványunknál. Ezek közül a legnagyobb volumenűek az iskolai megelőző programok.

Az iskolai megelőző programok során évente átlagosan 3000 diákkal és tanáraikkal kerülünk kapcsolatba. A programok iránti igényünkkel az iskolák keresnek meg minket, a finanszírozás két forrásból történik. Az egyik forrást két minisztérium (GYISM,-OM), az általános és középiskolák számára drogmegelőzési programok működtetésére közösen kiírt, több éve futó pályázata nyújtja. A Kék Pont alapítvány hetedik éve áll szerződéses kapcsolatban a XI. kerületi önkormányzattal, melynek keretében szervezetünk iskolai prevenció programokat szervez és tart a kerületi iskolákban, melynek költségeit az önkormányzat fedezi.

Tanév	Alkalom	Résztevő
1997/1998	168	3024
1998/1999	173	3114
1999/2000	134	1857
2000/2001	107	2140
2001/2002	1046	10 152
2002/2003	557	3048

\* A szerzők évekig voltak az alapítvány prevenció programjainak koordinátorai.

Egyre több programot kínálunk pedagógusoknak, szakembereknek tréningek, akkreditált továbbképzések formájában. A pedagógusok, a gyermekvédelemben és szociális területen dolgozó szakemberek továbbképzése érdekében két programot akkreditáltattunk. A programok egyik fő célja, hogy a résztvevők érzékenyebbé váljanak a drogproblémák iránt, segítséget kapjanak felismeréséhez és kezeléséhez. Emellett, a drogmegelőzés és drogkezelés hatékonyságának fokozása érdekében, a különböző területen dolgozó szakemberek és intézmények közötti együttműködés is különleges hangsúlyt kap.

Az Európai Unió (Phare) támogatással indult új programunk az agglomerációs települések különböző szakterületeken dolgozó szakembereinek képzését, valamint a közösségi munkára építő, lokális szintű egészségfejlesztő programok működtetését célozza.

A Kék Pont Alapítvány az egészségnevelés, egészségfejlesztés szempontjait figyelembe véve végzi a prevenciós tevékenységét. Alkalmazott módszereink között az információnyújtás, az érzelmi nevelés és a társas hatás modellje csakúgy, mint az egyén problémamegoldó, kudarctűrő képességének, készségeinek fejlesztése is szerepel. Ez az integrált társas hatás és kompetencianövelő megközelítés lehetővé teszi, hogy a résztvevők életmódjára, viselkedésére hassunk, ezzel javítva az életminőséget. A módszerek alkalmasak az egyéni rugalmasság fokozására, valamint a támogató társas közeg kialakításának előmozdítására. A programok során a különböző módszerek alkalmazásán túl a résztvevők aktív bevonása segíti az egyén saját egészsége feletti kontrolljának megszerzését és egészsége fejlesztését. Az *egészség feletti nagyobb egyéni kontroll* elve a WHO több magas szintű ajánlásában megjelenik, valamint egészségpszichológiai vizsgálatok is megerősítik, hogy e tényező fejlettsége javítja a leghatékonyabban az egészség minőségét.

Az egészségfejlesztő megközelítés nem csak az egyéni, de a tágabb közösségi szinteket is tevékenységi fókuszába helyezi. Nem elegendő a programokkal az egyének egy adott csoportját megcélozni (pl. osztályközösségek), szélesebb közösségi és társadalmi rétegeket kell megszólítani (iskolai közösségek, lakóközösségek, települések). Az egyéni eredményesség fokozottan sérülékeny a támogató társas közeg híján. Ezért is tartjuk fontosnak egy adott iskola diákságán túl a pedagógusok és szülők részvételét is.

Hatékony nemzetközi programok vizsgálatai megerősítették, hogy az egészségfejlesztő programok úgy lehetnek igazán sikeresek, ha az egész közösség támogatását élvezik (pl: Minnesota-program).

A kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében 2000-ben elfogadott Nemzeti Drogstratégia már tükrözi a nemzetközi szemlélet változását. Kimondja, hogy átfogó megközelítések a kívánatosak, és ennek legfőbb eszköze az együttműködés. A Kék Pont drogmegelőzési programjai kapcsán megfogalmazott küldetés összhangban áll ezzel a törekvéssel.

## **A Kék Pont Alapítvány prevenciós munkacsoportja**

A Kék Pont valamennyi prevenciós munkatársának nagy szakmai tapasztalata van az iskolai drogmegelőző programok lebonyolításában, munkájukat folyamatos esetmeg-

beszélés mellett, teammunkában végzik. Számos kolléga dolgozik a szenvedélybetegségek kezelése terén, aktív, rendszeres kapcsolatban van szerhasználókkal, közelről ismeri a fiatalok szórakozási szokásait, mindennapi problémáit. Munkatársaink többsége életkorban is a fiatal generációhoz tartozik.

Munkacsoportunkban szociális munkás, szociálpedagógus, addiktológiai konzultáns, pszichológus, drámapedagógus, és jogász végzettségű kolléga dolgozik együtt. Rendszeres esetmegbeszéléseinken jelentős szerep jut a kortárssegítőknak és az orvostanhallgatóknak is. A kortárssegítő, a célcsoportéhoz közeli életkoruk miatt, pozitív mintaként szolgálhatnak a fiataloknak, akik a közösen beszélt nyelven könnyebben megnyílnak előttük. Tapasztalataink szerint a tanulók hitelesebbnek ítélik meg a korban hozzájuk közelebb álló foglalkozásvezetőt, mint a szüleik, tanáraik korosztályához tartozó szakembert.

Elengedhetetlen, hogy a prevenciós foglalkozások vezetője személyében is alkalmas legyen a diákokkal folyó munkára: a csoportvezető szakembernek hiteles, kongruens személyiségnek kell lennie.

Kollégáink valamennyien fontosnak tartják a Kék Pont Alapítvány szellemiségét, a hazai drogkezelésben és megelőzésben vállalt küldetését, és munkájukat is ennek a szemléletnek a képviselésében végzik.

Jelen tanulmány a Kék Pont Alapítvány prevenciós programjai közül az iskolai megelőző projektekkel foglalkozik.

## **Általános alapelvek**

Iskolai prevenciós programjaink során célunk nem a pusztá információnyújtás és nem is kizárólagosan a droghasználat megelőzése, hanem egy olyan tudatosan egészségkövető magatartás kialakítása, ahol az egyén fizikai, szellemi és pszichés kihívásokkal szembeni ellenálló képessége, megküzdési stratégiái erősödnek.

Céljaink elérése érdekében programokat kínálunk általános és középiskolai diákoknak, a velük közvetlen kapcsolatban álló pedagógusoknak, szakembereknek és nem utolsósorban a diákok szüleinek is.

Programjaink során nagy hangsúlyt fektetünk az egészségfejlesztés valamennyi résztvevőjének együttműködésére. A diákokkal folyó munka mellett feladatunknak tekintjük, hogy egy-egy iskola pedagógusi közössége is aktív részesévé váljon az iskolai egészségfejlesztő munkának.

Az egészségfejlesztő munka hatékonysága szempontjából kiemelten fontos, hogy ezek a programok ne alkalmilag kerüljenek megrendezésre, hanem egy tudatosan tervezett koncepció részeként, egymásra épülve, és folyamatosan működjenek.

Programjaink differenciáltsága a célcsoportok speciális igényeihez való alkalmazkodásban, alkalmazott módszereink sokszínűségében is tetten érhető.

Az egészségfejlesztő megközelítés komplexitása értelmében programjaink az iskolai szinten zajlanak, de hatásuk számos egyéb területen is érzékelhető, a fiatalok társas kapcsolataiban, a családi életben és közösségi szinten egyaránt.

A továbbiakban a Kék Pont Alapítvány iskolai szintjén zajló programjait célcsoportok szerinti bontásban tárgyaljuk célok, módszerek és a munkánk tapasztalatainak ismertetésével.

## Diákoknak szóló programok

Alapítványunk prevenció programjainak elsődleges célcsoportjai az általános iskolák felső tagozatos diákjai és a középiskolák tanulói. Hazai kutatási adatok (Paksi–Elekes, 2003) is alátámasztják, hogy a droghasználat szempontjából leginkább veszélyeztetett korosztályról van szó.

A foglalkozások általános jellemzője, hogy bár többnyire tanórai keretek között zajló programokról beszélünk, az iskolában megszokott frontális óravezetési kereteket megbontva, csoportmódszerek eszközeivel dolgozunk. Foglalkozásaink nagyban építenek a diákok interaktivitására, előadások helyett a párbeszéd formájában történő véleménycserét preferáljuk, ahol a foglalkozásvezető nem előadói, sokkal inkább moderátori szerepet tölt be. Munkánk során olyan légkört teremtünk, ahol a nyitottság, az elfogadás, az egymás véleményének tiszteletben tartása érték, ahol a diákok ítéletek és minősítések nélkül vállalhatják fel a droghasználatra való viszonyulásukat. Mindeközben arra is törekszünk, hogy a tanulók ne teherként éljék meg a foglalkozásokat, hanem pozitív élményként, jó érzésekkel távozzanak programjainkról.

A foglalkozások során sokszor alkalmazzuk a kiscsoportos feladatmegoldást csak úgy, mint a szituációs játékokra, helyzetgyakorlatokra épülő dramatikus témafeldolgozást is. Ez a módszer saját élménnyel segíti az együttműködést, a kommunikációt, a toleranciát és az önismeretet.

A prevenció foglalkozások során együtt kezeljük a legális és az illegális drogokat, valamint egyéb *szenvédélyszereket*, illetőleg addikciót okozó viselkedésformákat (pl. játékszenvedély, képernyőfüggőség, étkezési zavarok stb.).

A diákoknak 5 x 45 perces időtartamban kínálunk programokat. Úgy gondoljuk, hogy a foglalkozások eredményessége nagyban fokozható, ha egy adott osztályközösséggel nem esetenként egyszer-számra találkozunk, hanem egy folyamat részeseképpen tesszük őket. A hatékonyságot fokozza, ha egy adott programcsomag végigkíséri a fiatal 5. osztálytól 8. osztályig, illetve a középiskola első osztályától végzős koráig. Az egyes foglalkozások minden esetben az életkori sajátosságoknak megfelelően közelítenek az egészségfejlesztés témájához.

Az öt foglalkozás közül legalább kettőt egy napon, két egymást követő órában tartunk, a hosszabb játékok és a szituációs gyakorlatok hatékonyabb megvalósítása érdekében. A beosztást úgy alakítjuk, a foglalkozásokat ne szervezzük időben se nagyon közel egymáshoz, se nagyon távol egymástól. Az ideális beosztás a heti 1-2-1-1 vagy 1-2-2 ritmust követi. Az alkalmak között minimum két nap, maximum két hét maradhat ki. Ez a ritmus segíti leginkább a foglalkozáson elhangzott információk leülepedését, tartós rögzülését. Ha az egyes foglalkozások időben egymáshoz túl közel kerülnek megrendezésre (pl. egy napon 3 vagy annál több óra van), a diákok nehezen rendszerezik a sok információt, élményt. Ha túl sok idő telik el a foglalkozások között, az



információk közötti összefüggések érzékeltetése okozhat nehézséget. Az iskolák mindig partnerek ennek a szakmai kritériumnak a megvalósításában.

A programjaink eredményessége érdekében a nagy létszámú (30 főt meghaladó) osztályokat két csoportra bontjuk, és egy időben, két helyszínen, két foglalkozásvezetővel folyik a munka. A létszámkorlát a preventációs munkánk során alkalmazott módszer sajátosságai miatt fontos. Az interaktivitás, a szociometrikus és szituációs gyakorlatok alkalmazása csak kis létszámú (12–17 fős) csoport esetén működtethető hatékonyan. 20–30 fős csoport esetén a bizalommal teli légkör kialakítása is csak nagyon nehezen vagy egyáltalán nem lehetséges.

A foglalkozások strukturális felépítése korosztálytól függetlenül azonos. Minden osztályban/csoportban az első foglalkozás alkalmával rövid állapotfelmérést végzünk. Itt ismerkedhetnek meg a fiatalok az általunk kínált programok kereteivel, a foglalkozásvezető tájékozódhat az adott csoport elvárásairól, drogpreventációs foglalkozásokkal kapcsolatos eddigi tapasztalatairól, így segítve a program végső felépítésének kialakítását, a tematika osztályra „szabását”. Az állapotfelmérés rövid játékokkal, kérdések megválaszolásával történik, mely során a foglalkozásvezető alapvető információkat kaphat a diákok érintettségéről, droghasználattal kapcsolatos attitűdjükről, veszélyeztetettségükről.

A program során fontos alapelv a *partnerség*, mely lehetővé teszi a diák és a foglalkozásvezető közötti bizalom kialakulását. A partnerség jegyében a foglalkozásvezető az első alkalommal tájékoztatja a résztvevőket a formai keretekről, a találkozások számáról, gyakoriságáról, illetve céljáról. A résztvevők a foglalkozásvezető irányításával együtt alakítják ki a szabályokat: megegyeznek a közlés módjában („egyszerre egyvalaki beszéljen”, „hallgassunk meg mindenkit”), a titoktartásban („ami a foglalkozásokon elhangzik, azt nem adjuk tovább”), az én-közlések preferálásában, egymás minősítésének kerülésében. A foglalkozásvezető és a csoport közös döntése, hogy a tegező vagy a magázó formulát alkalmazzák-e az együtt töltött idő alatt.

A tervezett tematikai egységek átalakítására is van lehetőség, ha az osztályt, csoportot különösen foglalkoztatja egy aktuális probléma (pl. az iskolában változás történt a házirendben; közeleg a ballagás vagy a továbbtanulás; egy konkrét konfliktus foglalkoztatja az osztályt). Az egészségfejlesztő megközelítés lehetőséget nyújt a drogfogyasztással közvetlenül kapcsolatban álló témák feldolgozására is, úgymint iskolai teljesítményproblémák, családi, baráti, párkapcsolati nehézségek.

A beszélgetésben és a játékokban önként lehet részt venni, tehát mindenkinek lehetősége van „passzolni”, kimaradni a foglalkozások egy-egy részéből. Ez elméletileg főleg résztvevők biztonságérzetét növeli, de a gyakorlatban nagyon ritkán fordul elő, hogy a diákok éljenek ezzel a lehetőséggel.

### ***Egy csoport és a preventációs foglalkozások közössége közötti különbség***

A drogmegelőző programokon részt vevő diákok közössége sokban hasonlít egy csoport működésére. Azonban fontos hangsúlyozni, hogy az öt foglalkozás alkalmával, ötször 45 percben nem lehet cél a pszichológiai értelemben vett csoport dinamikájának, légkörének kialakítása. Nem forszírozzuk, hogy bárki droghasználati szokásairól vagy

családi problémáiról beszéljen. Ennek két oka van. Először is a résztvevők egy iskolai közösség tagjai, mely az általunk kialakított formáktól eltérő dinamikai működéssel, szokásrendszerrel rendelkezik. Foglalkozásvezető szakemberünk felelős azért, hogy a program végeztével a foglalkozásokon elhangzottak miatt senkinek ne legyen problémája (például az iskola házirendjének, szabályainak megszegése miatt). Ehhez biztosítékot nyújt a foglalkozás kezdetén kötött titoktartási megállapodás. Az „elmélyülés” kerülésének másik oka, hogy az, akinek hosszabb távú segítséget igénylő problémája van, ne azt élje meg a program végén: „most sem segítettek rajtam”. Az iskolai órát idéző keret, a 15–28 fővel végzett munka nem teszi lehetővé, hogy bárkinek érdemi segítséget adjunk családi, vagy egyéb, esetleg terápiát igénylő problémájára. Az emiatt átélt rossz élmény viszont abban is megakadályozza, hogy a későbbiekben pszichológus vagy egyéb segítő szakember segítségét kérje. Alapítványunk munkatársai a foglalkozások kivételével az iskolában nem elérhetők, optimális esetben a következő tanévben folytatódik a program. A Kék Pont elérhetőségének, szolgáltatásainak ismertetése, és a segítség felajánlása azonban soha nem marad el.

A következőkben külön is említést teszünk az általános és a középiskolás korcsoport programjainak sajátosságairól.

## **Általános iskolásoknak szóló programok**

Az általános iskolák felső tagozatos tanulóinak kínálunk prevenció programokat. Az 5–8. osztályosoknál főleg a szenvedélybetegség háttérben megtalálható problémákkal foglalkozunk. A szerek fajtáiról, hatásairól és fizikai következményeiről kevés szó esik: az 5–6. osztályosoknak kialakított tematikákban nem szerepel külön a drogokkal kapcsolatos ismeretekre épülő foglalkozás. Ha – spontán módon – mégis előkerül a téma, a foglalkozásvezető rögtön reagál rá. A gyerekek általában a médiából (hírekből, filmekből) vagy a környezetükből (szomszéd, a villamoson szipuzó fiú stb.), esetleg a szülőktől hallott rémtörténetekből vett példákat hoznak. Ezek nagyon sokszor félelmet és izgatottságot sugalló téves információkkal vannak tele. Ilyenekkel: „A drogokra egyetlen használat után is rá lehet szokni.” „Igaz, hogy a diszkóban beletesznek drogot az italomba?” „Injekciós tűvel szúrnak az emberbe drogot a diszkóban, úgy, hogy azt nem is veszi észre.” Miután a gyerekek elmondták, „kibeszélték” a különböző közvetett élményeiket, a foglalkozásvezető a téves információkat korrigálja, és elsősorban a legális szerekkel kapcsolatos ismeretekre koncentrálna.

A 7–8. osztályosok tematikájában a negyedik foglalkozás szól konkrétan a szerekkel kapcsolatos ismeretekről. Egy-egy korosztály foglalkozásainak tartalmi felépítését számos tényező befolyásolja, melyekre a továbbiakban részletesen is kitérünk, az itt leírtak munkánk általános sorvezetői: ha szükséges, rugalmasan kezeljük és eltérünk az megtervezettektől.

### ***Az első alkalom***

Az első óra a már említett ismerkedéssel, a keretek, szabályok tisztázásával, valamint igény- és állapotfelméréssel telik. Mivel az osztálytársak már ismerik egymást, olyan *ismerkedős játékokat* alkalmazunk, amelyek nem untatják őket, és a csoportvezetőnek is elég információt nyújtanak. Például ilyeneket: „Mutasd be a szomszédod!” „Bemutatkozáskor tegyél egy rád leginkább jellemző mozdulatot!” „Mondj a keresztnved kezdőbetűjével kezdődő tulajdonságot is magadról!”

A gyors és rövid állapotfelmérésre a leggyakrabban és legszívesebben különféle szociometrikus játékokat használunk. Például: „Egy képzeletbeli vonal egyik illetve másik oldalán foglaljátok el helyeteket attól függően, hogy a foglalkozásvezető állításai közül melyiket érzitek magatokra nézve igaznak!” Vagy: „Adott fogalomhoz (cigaretta, alkohol, drog vagy drogprevenció) való viszonyotokat az ezzel a fogalommal megszemélyesített tárgyhoz (pl: székhez) való távolságotokkal, testtartásokkal fejeztétek ki!”

Az elvárások, igények felmérése általában kicscsoportos munkában zajlik, melyhez tárgyi eszközöket is igénybe veszünk. Például: „Csomagolópapírra gyűjtsetek össze elvárásaitokat!” Vagy: „Kis papírlapokra mindenki név nélkül felírhatja konkrét kérdéseit!”

### ***A második alkalom – a dupla óra***

A második és harmadik órát két egymást követő tanórán tartjuk, melyeken hosszabb, elmélyültebb játékokkal, szituációs gyakorlatokkal dolgozunk.

A foglalkozás bemelegítő játékkal indul, ami segíti a témára való ráhangolódást: a tanulók kicsit kiszakadnak a hétköznapiokból, az iskola adta keretéből. Például: „Jó holdjárás!” – a foglalkozásvezető instrukciói alapján különféle elképzelt helyszíneken (ez esetben a Holdon), különféle hangulatokat megélve (unottan, vidáman, szomorúan, szerelmesen) sétálgatnak, találkoznak és üdvözlnek egymást a csoport tagjai. A játékos feladatok során a diákok feloldódnak. Leginkább mozgással járó játékot választunk, így a fizikai aktivitás is segít megbontani a megszokott, „ülök a padban és szemlélődöm” helyzetet. Hasonló játékokat játszunk az óra végén is, ilyenkor a levezetést, a résztvevők saját élethelyzetükbe történő visszatalálást segítik ezek a gyakorlatok.

A foglalkozás során az 5–6. osztályosoknál a tiltott dolgok iránti természetes kíváncsiság a hangsúlyos. A foglalkozásvezető beszélgetést kezdeményez a veszélyről, kockázatról. Kinek mit jelentenek ezek a szavak? Az ezzel kapcsolatos saját élmények feldolgozása szituációs játékok segítségével történik, melyek keretében a gyerekek szerephelyzetekben gyakorolhatják az elutasítást. Mindez elősegítheti az elutasító attitűdnek a személyiségbe történő beépülését. A játékok során helyet kapnak a társas hatások előnyei és veszélyei is: kortársaknak, barátoknak való megfelelés kényszere; „ki a jó barát?”, „milyen a jó barátság?”.

A 7–8. évfolyamoknál a serdülőkor sajátosságai és nehézségei, valamint a konfliktuskezelés, problémamegoldás kapnak nagyobb hangsúlyt. Szerepelnek a kortársak

hatásai, a modellek, melyek a kortárscsoportban megjelennek. A dramatikus elemekkel átszőtt beszélgetések során a korosztályt leginkább foglalkoztató témák kerülnek elő: a barátság, szerelem, családi kapcsolatok, identitáskeresés vagy akár a droghasználat.

A foglalkozásokon a tanulók által hozott történeteket dolgozzuk fel. Sokszor a foglalkozásvezető készül egy-egy, a korosztályra jellemző szituációval, melyből néhány elem adott, a történet eleje ismert. Kiscsoportokban a diákok továbbszövik az eseményeket, végkifejleteket találnak ki, majd ezeket eljátszák. A gyakorlat része a tapasztalatok, érzések megbeszélése, feldolgozása.

Bizonyos témák megosztják az osztályokat, ilyenkor rögtönzött bíróságot alakítunk ki a teremben. A két ellentétes álláspontot képviselő csoport, rövid felkészülés után, érveket és ellenérveket hoz a témával kapcsolatban. A gyakorlatok során a diákok gyakorolják a vitatkozás, a demokrácia szabályait, melynek következtében nő az egymás iránti tolerancia.

A szituációs játékok során a diákok őszintébben nyilvánulnak meg. Könnyebb a másik szereplővel való azonosulás, könnyebb beleélni, érzelmileg átélni a másik szerepét, érzéseit.

A dramatikus elemek alkalmazásával a résztvevők kipróbálhatnak olyan szerepeket, helyzeteket, melyek a valós életben még nem fordultak velük elő, de megtörténhetnek (pl.: megkínálják droggal, elhagyja a kedvese, szülei észreveszik rajta, hogy cigarettázott vagy alkoholt ivott). Veszély nélkül, védett környezetben kipróbálhatja, begyakorolhatja, milyen magatartást fog követni egy hasonló szituációban. A fiatalok megérthetik a szülői motivációkat, az aggodalmat, a túlféltést, a bizalmatlanság érzését is, mely a felnőttek viselkedését irányíthatja.

### ***Negyedik óra***

Az 5–6. évfolyamban a korábban megkezdett témákkal dolgoznak tovább a diákok: esetleg új dimenziók mentén járják körül a problémákat vagy ezekhez kapcsolódó újabb témákat vetnek föl.

A gyerekek érintettségétől, szociokulturális környezetétől, az iskola földrajzi elhelyezkedésétől függően 7–8. osztályban demonstrációs eszközt, *drogtáskát* alkalmazunk a drogokról való beszélgetéshez. Ezeket a foglalkozásokon is a párbeszédre építünk. A gyerekek a szenvedélyszerekkel kapcsolatos kérdéseikre kapnak válaszokat, mindig hangsúlyozva a droghasználat lelki és szociális következményeit.

### ***A foglalkozások befejezése – az ötödik alkalom***

Az utolsó alkalom a lezárás.

Az 5–6. osztályos a gyerekek kis csoportban plakátot, kollázst készítenek, melynek témája az egészség, illetve az egészség megőrzésével kapcsolatos feladatok lerajzolása, megjelenítése.

A 7–8. osztályosoknál összefoglaló beszélgetésre kerül sor, ahol a drogfogyasztás alternatíváinak kidolgozása és megerősítése a hangsúlyos. Szóba kerülnek a célok, a jövő: „milyen vagyok most, milyen leszek négy-öt év múlva?”.

Mindkét esetben a tágabb értelemben vett egészség megőrzése, az egészséges életmód, az egészséges alternatívák megerősítése a fontos. A szenvedélybetegségek következményei nem kerülnek elő.

## Prevenációs programok középiskolákban

Valamennyi iskolában a foglalkozások formai és tartalmi elemeinek összeállításakor hangsúlyt fektetünk az adott iskola szociokulturális jellemzőire (területi elhelyezkedés jelentősége) és az egyes iskolák által nyújtott képzés sajátosságaira (gimnáziumi általános képzés, szakmai képzés). Minden esetben az iskola programfelelősével való konzultáció során tájékozódunk az iskola elvárásairól, a pedagógusok által érzékelt drog-érintettségéről, az iskola képzési jellegzetességeiről. Van-e tudomása az iskolának drogfogyasztó fiatalokról (természetesen nem név szerint)? Előfordult-e már, hogy drog miatt jelentősebb eseményre került sor az iskolában (pl. rendőrségi megkeresés, fegyelmi tárgyalás)? Volt-e már drogprevenációs foglalkozás, s ha igen, mik voltak a tapasztalataik? E kérdések feltételére azért van szükség, mert az előzetes információszerzés segíthet a foglalkozások tartalmi tervezésében.

A középiskolákban a diákokkal való első találkozás alkalmával végzett igény- és állapotfelmérésnek még hangsúlyosabb szerepe van, mint az általános iskolában, mivel itt az érdeklődés és az *érintettség*, és ezek alapján az elvárások is nagyon eltérnek.

A középiskolák 9–10. és 11–12. évfolyamos diákjainak szóló programok közötti különbségeket az alábbiakban részletesen is bemutatjuk.

### 9–10. évfolyamosok

Az *ötórás foglalkozások* tematikai felépítése a 2-2-1, illetve az 1-2-2 felosztást követi. Az öt órát a bizalom kialakulásának segítése és a hatékonyság növelése érdekében ugyanaz a foglalkozásvezető tartja. A programban a kortárshatások kapják a legnagyobb figyelmet, ám a drogok fajtái, hatásai, a kipróbálással járó kockázatok is hangsúlyosan szerepelnek. Kutatási adatok bizonyítják, hogy a fiatalok jelentős része ebben a korban kerül először kapcsolatba az illegális szerekkel, ezért különösen fontos, hogy hiteles és korrekt információkkal rendelkezzenek az egyes illegitim szerekről.

A kortárshatás jelentőségének tárgyalásakor e korosztályban is a szituációs játékok, helyzetgyakorlatok szerepelnek a módszereink között. A játékok során a foglalkozásvezető által hozott esetekkel dolgoznak a résztvevők, de minden esetben cél, hogy az adott szituációt elképzeléseik, fantáziájuk szerint alakítsák, fejezzék be. A szituációk során megjelenhet a drogok iránti természetes kíváncsiság, a kipróbálás képzelete, a visszautasítás képessége és a mindezekhez társuló érzelmi viszonyulás is. Cél, hogy olyan helyzetek megélésére és tudatosítására adjunk védett környezetben lehetősé-

get, amelyekkel életkorukból adódóan reális lehetőségként találkozhatnak. Az egyes szituációs gyakorlatokat követően minden esetben alapos témafeldolgozás történik a foglalkozásvezető irányításával. A játékokat követő beszélgetések során válhatnak tudatosá az addig jobbra a képzeletük világában jelen levő viselkedések kockázatai.

Vannak olyan osztályok, ahol a dramatikus gyakorlatokat nem lehet használni, mert a fiataloknak egyáltalán nincs tapasztalatuk az ilyen típusú feladatok megoldására, idegenkednek a játék műfajától, vagy a drogfogyasztás szempontjából annyira érintettek, hogy szeretnének inkább beszélgetni ezzel kapcsolatos élményeikről, sőt: konkrét kérdéseik vannak. Ilyenkor a foglalkozásvezető interaktív beszélgetést kezdeményez, különböző kérdésekkel generálja a beszélgetést, de a szerepe mindvégig inkább moderátori. A beszélgetések során a következő kérdések kerülnek szóba: „Miért kezdenek a fiatalok drogozni?” „Milyen mögöttes okai lehetnek a kábítószeres kipróbálásának?” „Mi jelenthet védelmet az elkerülésben, a nemet mondásban?” A fentiek alternatívájaként, az ártalomcsökkentő szemléletmód jegyében, a foglalkozásvezető drogfogyasztók történeteit osztja meg az osztállyal, melyek elemzése során a résztvevőknél tudatosulnak a kockázatos fogyasztói magatartások, a droghasználat következményei.

### **11–12. évfolyam**

A középiskolások körében végzett epidemiológiai vizsgálatok szerint a fiatalok droghasználati prevalenciája folyamatos emelkedést mutat. Ennek megfelelően a középiskola 11–12. osztályosai számára kínált programjainkban az ártalomcsökkentő szemléletre alapoztunk.

A felsőbb éves középiskolások programjában a hangsúly a droghasználat fizikai, lelki, szociális és jogi következményein van.

A diákok három órát (egy dupla és egy szimpla órát) töltenek a droghasználók segítségével jártas szakemberrel, pszichológussal, szociális munkással. Beszélgetnek a drogfogyasztás lelki, szociális következményeiről, a droghasználat előrehaladtának jellemzőiről, a függőség kialakulásának folyamatáról. További cél a segítségkérés és -nyújtás képességének kialakítása, fejlesztése: ehhez a foglalkozásvezetők esetenként dramatikus játékokat is használnak. Kitérünk a magyarországi kezelőhelyek ismertetésére és az alkalmazott kezelési módok megvitatására is.

A jelenség társadalmi szintű megközelítésével kapcsolatban szóba kerül a fogyasztói kultúra és a szenvedélybetegség kapcsolata, pótszerek fogyasztása. Kitérünk a manapság a fiatalok körében is egyre gyakoribb, más típusú szenvedélybetegségek, példának okáért a *viselkedéses addikciók* sajátosságaira.

A programba más szakemberek is bekapcsolódnak. Az orvostanhallgatóknak a drogok fiziológiai hatásaival kapcsolatos kérdéseket lehet feltenni. Sokszor előkerül a drogoknak a potenciára, a gyereknemzésre kifejtett hatása vagy a terhesség alatti droghasználat potenciális következménye. A medikusok más egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdéseket is érintenek (egészséges táplálkozás, táplálékkiegészítők használata, az elhízás és a fogyókúra veszélyei, biztonságos szexuális magatartás stb.), illetve bővítik a tanulók betegségekkel kapcsolatos ismereteit. (*Mi az infarktus? Mi az epilepsziás*

*robam?* stb.) A droghasználat szempontjából szélsőségesen érintett osztályokban az életveszély elkerüléséhez, a kockázatos magatartások minimalizálásához adnak információkat. A diákok gyakorlati információkat kapnak arra vonatkozóan, mit kell tenni, ha egy társuk droghasználat miatt rosszul lesz, mikor kell a mentőket értesíteni, mit kell mondani. Arra törekszünk, hogy tisztában legyenek azzal: mi történik a mentők értesítésétől az életveszély elhárításáig.

A programba bekapcsolódó másik szakember a jogász, aki a fogyasztás és a terjesztés jogi következményeiről tájékoztatja a diákokat. A fiatalok sokszor nincsenek tisztában a hatályos jogszabályokkal: *mikor követnek el bűncselekményt? milyen büntetési tételeket határoz meg a jog? milyen feltételekkel mentesülhetnek a büntetés alól?* Az *elterelés* alternatívájával kapcsolatban hiányosak az ismereteik. A diákok arról sem tudnak, mik a jogaik és kötelezettségeik a rendőrségi intézkedések vagy a büntető-eljárás során.

Mind az orvosi, mind a jogi témájú foglalkozások negyvenöt-negyvenöt percesek.

A zárófoglalkozást ismét az a szakember tartja, akivel az első alkalommal találkoztak a tanulók. Ekkor a még felmerülő kérdések feltételére kerülhet sor. Hangsúlyhoz jut a jövőkép: ballagás, az osztály elválása, munkahely, továbbtanulás. Az ezzel kapcsolatos kudarc és a siker megélése a feldolgozás konstruktív módja.

## **Pedagógusokkal való együttműködés**

A diákok számára szervezett iskolai programokhoz szükségünk van az iskolában jelen levő, a tanulókkal huzamos időt töltő pedagógusok támogatására. Ennek érdekében a Kék Pont mindig igyekszik szoros kapcsolatot kialakítani az általunk látogatott iskolák pedagógusaival. Az együttműködésre szükség van nemcsak a tanulóknak szóló programok tervezéséhez, hanem a foglalkozássorozat befejezését követő változások tartóságának biztosításához is. Programjaink során változásokat indíthatunk el a diákokban, de ha az iskolai közeg, ahol életük jelentős részét töltik, változatlan marad, nem lehetünk valóban eredményesek. Cél, hogy az iskola légkörének változása is elinduljon, hogy nyitottabbá, érzékenyebbé váljon a diákok irányába.

A pedagógusok többsége fontosnak tartja az iskolai drogmegelőzést. Egyre ritkábban találkozunk olyan nézetekkel, miszerint tanulóik körében nincs droghasználat, és a programok csak a drogok iránti figyelemfelkeltést szolgálnák. A pedagógusok nagy részének azonban nincs energiája a prevencióval, szabadidős programokkal foglalkozni, az iskolai légkört javítani. Ez főleg túlterheltségükkel magyarázható. A korábbi évekhez képest kisebb-nagyobb mértékű elmozdulás mégis érzékelhető.

## **A foglalkozásaink során szerzett tapasztalatok**

Tapasztalataink szerint sok tanulónál nehézséget okoz a nem frontális óravezetés adta szabadság, mellyel nem mindig tudnak bánni: egymás szavába vágznak, figyelmük csapong a témák között. Az osztályok, sajnos, ritkán alkotnak valódi közösséget, emiatt

hiányzik az elfogadó, támogató, egymásra odafigyelő légkör. Azokban az osztályokban, ahol az *öt órás foglalkozást* igényelték, a program végére sikerült a helyzet megváltoztatását elindítani. A diákok olyan mintát kaptak, ahol az egymás véleményének tiszteletben tartása, egymás elfogadása pozitív érték, és ahol a felnőttek is kíváncsiak rájuk, meghallgatják, partnernek tekintik őket. Több osztályban is megfogalmazódott: szívesen részt vennének hasonló módszerű, más témákat (pl. a sexualitást, a pályaválasztást stb.) is érintő órákon, foglalkozásokon.

A szerhasználat iskolánként nagyon különbözik. A diákok érintettsége nagymértékben függ az iskola területi elhelyezkedésétől (melyik kerületben, azon belül melyik lakótelepen vagy éppen családi házas környezetben található stb.), szociokulturális környezetétől, az iskola típusától (4, 6, 8 osztályos iskolák), a képzés formájától (szakmunkásképző vagy gimnázium). Az általános iskolák tanulói körében még mindig kevésbé gyakori az illegitim szerek használata, mint a középiskolákban, bár az érintettség mértéke egyre kisebb. Különösen vékony a határ hat vagy nyolc osztályos iskolák között, ahol is a különböző életkorban lévő tanulók könnyebben találkozhatnak egymással, ezáltal a szerekkel is.

A legális szerek (dohányzás, alkoholfogyasztás) sok esetben már 7–8. osztályban jelen vannak: az alkalmi, hétfégi használatauk a jellemző.

A középiskolában – megint csak változó arányban – a diákok nagy része dohányzik és rendszeresen fogyaszt alkoholt. Szinte minden osztályban van olyan fiatal, akinek van kábítószer-fogyasztással kapcsolatos élménye. Arányuk iskolánként, osztályonként eltérő.

Néhány középiskolában, a 9–10. osztályosok körében, az alkalmi vagy a rendszeres szerhasználat elterjedtsége nagy mértékű, ezért a foglalkozások tematikáját az ártalomcsökkentés szemléletének megfelelően átdolgoztuk, mely így a 11–12. osztályosok tematikáját követi: több szó esik a segítségnyújtás lehetőségeiről, valamint – jogász bevonásával – a droghasználat büntetőjogi következményeiről.

Egy-egy osztályban az érintettség megítélése nehéz, bár a fiatalok sok helyen nyíltan vállalják szerhasználatukat, ilyenkor az osztálytársak már a foglalkozások előtt tudnak egymás drogfogyasztással kapcsolatos élményeiről. Több információt tudunk a diákok környezetében lévő kortársak droghasználati szokásairól. A korábbi évekhez képest egyre több fiatal számol be a foglalkozásokon arról, hogy környezetében vannak olyan haverok, barátok, ismerősök, akik használnak valamilyen tudatmódosító szert. Sokszor a szűk baráti körre is jellemző a szerhasználat. Azonban a korábbi évekhez képest a kortárs közösségekben a drogfogyasztás sokkal heterogénebb lett. Egy-egy baráti társaságban van, aki egyáltalán nem használ semmilyen szert, akkor sem, ha a közös bulikba mennek; vannak, akik csak a bulik alkalmával; és vannak, akik rendszeresen, akár minden nap használnak drogot. A közösség jobban elfogadja a szerhasználat tényét, de azt is, ha valaki egyáltalán nem, vagy éppen akkor nem használ semmit.

Ehhez kapcsolódóan azonban megfigyelhető, hogy nehezen élik meg, érzelmileg megterhelő számukra, ha a társaik körében valaki egyre gyakrabban, egyre kevésbé kontrolláltan fogyaszt drogot. A „*Mit lehet tenni?*”, „*Mennyire vagyok felelős?*” dilemmájának végiggondolása a foglalkozások egyik feladata.

A Kék Ponttal kapcsolatba kerülő diákok véleménye a droghasználatról, a drogot használókról nagyon eltérő. Ezt főleg az határozza meg, hogy mennyire érintett az osz-



tály, az iskola, a baráti környezet, ahova a fiatal tartozik. Ahol a droghasználat elterjedt, ott azt a tanulók a mai kor természetes velejárójának tekintik, és csak a kemény drogot fogyasztókat, illetve a napi szinten használókat ítélik kezelésre szoruló betegnek. A marihuána ez alól kivétel, bár azzal tisztában vannak, hogy nem veszélytelen szer ez sem, és hogy okozhat függőséget.

A kevésbé érintett iskolákban bármelyik drog használóját kezelésre szoruló betegnek tekintik, és sajnálják. Az utóbbi években a droghasználókkal szembeni szélsőséges véleménnyel már nem találkoztunk. Az viszont jellemző, hogy az akaratgyengeség jelének tartják, ha valaki nem tud leszokni.

A fiatalok tudása a drogokról, hatásaikról kiterjedt, bár még pontatlanságok, téves információk tarkítják. A szerekkel kapcsolatos veszélyeket is egyre árnyaltabban látják, gyakran maguk fogalmazzák meg, hogy az úgynevezett *könnyű drogok* (marihuána) és a *diszkódrogok* (speed, ecstasy) használata is jelentős kockázattal járhat, és függőséghez vezethet. A fizikai és lelki függőség komolyságának megítélése azonban már nem ennyire egységes. A lelki tényezőket sokszor bagatellizálják.

Gyakran előfordul, hogy a fiatalok személyes, vagy komolyabb szerhasználati problémáikkal az adott csoportvezetőt a foglalkozások utáni szünetekben megkeresik. A felmerülő kérdésekre a foglalkozásvezető válaszol, bár hosszabb beszélgetésre nincs idő. Erre a problémára megoldást jelenthet, ha az iskolában dolgozó segítő szakembert (iskolapszichológust, szociális munkást) a program elejétől bevonjuk, és a fiatalok a Kék Pont munkatársain kívül velük is találkoznak a foglalkozások során. Így a kapcsolat megléte lehetőséget teremt arra, hogy a fiatal problémájával bátrabban forduljon az intézmény szakemberéhez.

Droghasználattal kapcsolatos segítségkérés megfogalmazása esetén az ambulanciánkkal való kapcsolatfelvételt javasoljuk.

Voltak olyan iskolák, ahol a droghasználat megelőzésére programok menynyiségileg túlterhelték a tanulókat. („Már megint droghasználat megelőzés?”) Más – akár évekkel korábbi, mára már korszerűtlen – prevenciós programok, melyek a pusztán információközlésre, elrettentésre korlátozódnak, előítéleteket szülhetnek a többi, hatékonyabban működő prevenciós programokkal szemben. Mindezek miatt különösen fontos a különböző szervezetek, szakemberek egészségfejlesztő programjainak összehangolása, a vállalt feladatok tisztázása és a prevenció felfogásának tágabb szemlélete.

A fiatalokra jellemző a perspektívátlanság, a jövőkép hiánya vagy irreális volta, a gyors meggazdagodás utáni vágy – szoros összefüggésben a társadalmi makrofolyamatokkal. Már a 12–13 éves gyerekek gondolkodására, életstílusára erősen jellemző a „Csak a márnak élni!” felfogás. Ehhez járul a valóságshow-k világa, a média által közvetített idealizált életstílus (szabadosság, érzelemmentesség), a pörgés („Nincs idő a fájdalomra!”, „Aktiváld magad!”), a fogyasztás kultusza (plázák; „Vegyél újat!”), és ezek túlértékelt kellekai (mobiltelefon, márkahűség stb.). Ezeknek az ideáloknak való megfelelés vágya, lévén megvalósításuk fizikai képtelenség, frusztrációt szül.

A jövőben kívánatosnak tartjuk, hogy az egészségfejlesztés szemlélete beépüljön az iskolák más programjaiba, más témákban, más szakmákkal együttműködve is lehetne hasonló programokat szervezni. Például iskolaorvos, védőnő vagy erre kiképzett pedagógus.

## Változások a Kék Pont prevenciós programjaiban

Az utóbbi évek prevenciós tapasztalataitól, a részt vevő diákok és a velük közvetlen kapcsolatban álló pedagógusok visszajelzéseitől vezérelve, a Kék Pont újragondolta és átszervezte prevenciós munkacsoportját, nagyobb hangsúllyal szerepeltetve bizonyos szakterületek képviselőit (több kortárssegítő, szociális munkás, jogász).

Prevenciós programunkban évekig dolgozott velünk *józan szenvedélybeteg*. A fiatalok többsége valóban figyelemreméltónak és hitelesnek tartotta az általa vezetett foglalkozásokat. A saját élményen alapuló prevenciós munkában rendkívül fontos, hogy a foglalkozásvezető személyiségében, „tisztaságában” kellően erős legyen, és a fiatalokkal folytatott olykor intim beszélgetések, drogos karrierjére vonatkozó kérdések megválaszolásában a prevenciós szakember felkészültségével tudjon felelni. A munkához való elvárásoknak megfelelni komoly kihívás a szenvedélybetegnek, és egyben nagy felelősség a szakmai szervezetnek is. A józan szenvedélybeteg vezette foglalkozások eredményességéhez nagyban hozzájárul a hallgatóság érettsége, szenzibilitása, a személyes sorsok, tragédiák megértéséhez szükséges érzelmi fejlettség is. Különösen kamaszkorban jelentős probléma ez, ahol egy-egy iskolai közösségben bár azonos korcsoporthoz tartozó, de eltérő érzelmi stabilitással bíró fiatalok töltik együtt idejüket, így személyenként eltérő lehet egy-egy drogos életút értelmezése, a tanulságok levonása. A diákok visszajelzései között előfordultak a „Túl lehet ezt élni, hisz neki is sikerült”, „Mégsem lehetett olyan kemény ez a dolog, ha most itt áll előttem egészben”-típusú megítélések is. A foglalkozásvezető verbalizál egy történetet, de a fizikai jelenléte más mögöttes üzenetet hordozhat. Ezen szakmai rizikók felismeréséhez és programunk újragondolásához a pedagógusok visszajelzései nagyban segítettek minket, így az elmúlt tanévben már nem szerepelt programajánlatunkban ilyen jellegű foglalkozás.

A drogfogyasztás testi, lelki és egzisztenciális következményeinek szemléltetéséhez további segítséget jelenthetnek bizonyos audiovizuális eszközök. A diákok sokszor számolnak be filmélményekről, ám az úgynevezett drogos filmek a fiatal korosztály számára nehezen értelmezhetők, a tanulságok levonása esetleges, olykor félreértelmezett. A korábban használt oktatófilmek elavultak, a fiatalok számára az ott megjelenő szereplők és szituációk nem hitelesek, így ezeket nem használjuk. Ma Magyarországon korrekt információkat tartalmazó vagy hiteles, a fiatalok nyelvén szóló oktatófilm nincs.

Az úgynevezett *drogtáska* az egyes illegális drogok fajtáinak, a használatukhoz szükséges eszközöknek a szemléltető eszköze. A drogtáska segítségével strukturálható a drogok hatásairól szóló rész. Drogtáskát is csak nagyon ritkán használunk. A fiatalok ma már tudják, hogyan néznek ki a különböző illegális szerek – a prevenciós programoknak és a médiának (hírek, játékfilmek stb.) köszönhetően. Négy-öt évvel ezelőtt még a középiskolákban is jól használható demonstrációs eszköz ma már nem aktuális. Tapasztalataink szerint az eszköz alkalmazása a leghasznosabb a pedagógusoknak és a szülőknek szervezett foglalkozásokon, mivel ez a célcsoport a drogok fajtáival, hatásaival, a droghasználat reális következményeivel, a veszélyekkel még mindig kevésbé van tisztában, mint gyerekeik.

## Pedagógusoknak szóló iskolai programok

Pedagógusoknak szóló programjaink között szerepelnek a drogokkal kapcsolatos információnyújtást célzó foglalkozások, a jogi tájékoztatók. A foglalkozások módszere, hasonlóan a diákokéhoz, interaktív beszélgetés.

Ajánlataink között szerepelnek az esetmegbeszélő csoportok és az egyéni és csoportos szupervíziós lehetőségek is. Az iskolák az ilyen típusú szolgáltatásokat többnyire akkor veszik igénybe, ha már probléma van az iskolában. Például droghasználat gyanúja merül fel egy-egy diákkal kapcsolatban vagy tényleges szerhasználat, illetve -kereskedelem történik az iskolán belül.

A szocio-technikai labort és kommunikációs gyakorlatokat is tartalmazó tréningyszerű foglalkozásokat is ajánlunk, a gyakorlatban azonban ritkán van igény ilyen típusú programokra. Az iskolák szellemi és időbeli leterheltsége miatt ilyen jellegű gyakorlatokat csak a külön meghirdetett, iskolán kívüli pedagógus vagy szakemberképző tréningjeinken tudunk tartani.

Jól működnek viszont az iskolai drogstratégia kidolgozását és fejlesztését megcélzó alkalmak. Az iskolából 5–15 fő vesz részt a megbeszélésen, ahol konkrét problémákkal kapcsolatos iskolai álláspontokat vitatunk meg. Ezek a problémák vagy előfordultak már az iskolában vagy előfordulhatnak a közeljövőben. Kiemelten fontos, hogy egy-egy droghasználattal kapcsolatos helyzetre az iskola pedagógusai előre megtervezett, egységes válaszokat tudjanak adni. A különböző lehetőségek és azok következményeinek számbavétele, megvitatása után, döntenek a követendő magatartásról, melyet a következő értekezleten az egész tantestület jóváhagy.

A Kék Pont pedagógusképzéseinek tapasztalata az, hogy a tanárok nagyon keveset, a diákoknál is kevesebbet tudnak erről a témáról. A drogok fajtáiról, hatásairól, testi, lelki, szociális, jogi következményeiről rendkívül hiányos információkkal rendelkeznek. A pedagógusokkal folytatott személyes beszélgetésekből arra lehet következtetni, hogy tehetetlenséget, eszköztelenséget és sokszor frusztrációt élnek meg a drogproblémák iskolai kezelésével kapcsolatban: „a mi dolgunk lenne, de nem tudunk segíteni”. Az intézményes segítségi lehetőségekkel azonban nincsenek tisztában.

Ennél is fontosabb – és ebben is eltér a pedagógusoknak szervezett foglalkozás a diákokétól –, hogy a pedagógusok jogszabályokban meghatározott jogait, kötelezettségeiket nem ismerik vagy tévesen értelmezik. A pedagógusok körében legnagyobb sikere azoknak a jogi témájú foglalkozásoknak van, ahol konkrét válaszokat kapnak kérdéseikre, hangsúlyozva, hogy fontos különbséget tenni egy kérdés jogi és erkölcsi megközelítése között, és hogy a jogszabályok betartása mellett a pedagógiai munka kiemelt jelentőségű.

Jövőbeni cél lehet, hogy a pedagógusok bátran merjenek kilépni az oktató (osztályzó, számonkérő) szerepkörből, és például osztályfőnöki órán tartsanak formabontó, más módszerű beszélgetéseket, bármilyen témában. Ilyenkor fontos a partneri viszony, a diákok véleményének meghallgatása, a minősítések és a megoldások deklarálásának kerülése. Célszerű ilyenkor az előadói helyett a mediátori szerep választása, a beszélgetés katalizálása. Mindez hozzásegíti a pedagógusokat ahhoz, hogy jobban megismerjék diákjaikat, mentalitásukat. A bizalomra épülő légkör lehetőséget ad arra, hogy a későbbiekben a tanulók bátrabban keressék meg tanárukat a különböző problémáikkal.

## Szülőknek szóló foglalkozások

A szülőkkel az úgynevezett alternatív szülői értekezleteken találkozhatunk, ahol egy szakemberünk külön erre az alkalomra meghirdetett időpontban válaszol a szülők kérdéseire. A foglalkozás célja kettős, egyrészt a drogfogyasztásra hajlamosító tényezők megjelenésének tudatosítása (diszfunkcionális család jellemzői, a szélsőséges nevelési gyakorlat hatásai, érzelmi elutasítás következményei stb.), másrészt a legális és illegális szerekkel kapcsolatos ismeretek átadása, a droghasználat pszichés és fiziológiai veszélyeinek, következményeinek tisztázása.

A tapasztalataink szerint nehéz a szülők bevonása a programba, egy-egy alkalommal általában a szülők négy-öt százaléka jön el (ha egy diákra, egy szülőt számolunk, ha kettőt, akkor ez az arány még alacsonyabb), de volt olyan szülői értekezletünk is, ahol az előre meghirdetett időpontban, a 600 fős tanulói létszám képviselőjében egy szülő jelent meg.

Az iskola pedagógusai sokszor számolnak be arról, hogy a szülői érdektelenség miatt nehéz a kapcsolatot tartani, a tanulók felmerülő problémáinak megvitatása és a gyerek érdekében történő intézkedések foganatosítása olykor lehetetlenné válik.

A szülők bevonása programjainkba azért fontos, mert egyrészt joguk van tudni, hogy mi történik az iskolában gyerekeikkel, másrészt tájékozottságuk elősegítheti a drogproblémák korai felismerését, így az érintett fiatal korai kezelésének valamelyik formáját is.

## Irodalom

*Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről.* Budapest, GYISM, 2003.

Paksi Borbála – Demetrovics Zsolt (2003): *A drogprevenció gyakorlat megismerése.* Budapest: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet.

Pikó Bettina (2001): *Egészségszociológia.* Budapest: Új Mandátum Kiadó.

Rácz József (1999): *Addiktológia. Tünettan és intervenciók.* Budapest: HIETE EFK.

Rácz József és munkatársai (2000): *A drogkérdésről őszintén.* Budapest, B + V Kft.

*Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében.* Budapest, ISM, 2001.

## Solt Ágnes

# BŰNELKÖVETŐ FIATALOK DROGHASZNÁLATA

### A „Deviáns fiatalok szociokulturális háttere” című kutatásról

Fiatalok, akik rossz útra tértek. A „társadalmi beilleszkedési zavar” elnevezéssel illetett magyarországi devianciakutatásnak az 1970–80-as években volt divatja, azóta az ilyen irányú vizsgálatok száma megcsappant. Fiatalkorú bűnelkövetők körében végzett vizsgálat keretében Tökölön, a Fiatalkorúak Börtönében elkészült ötven életút-, illetve mélyinterjú. A kutatásban választ szeretnénk kapni arra a kérdésre, hogy a deviancia útját, az „ellenálló magatartást” választó fiatalokat életük adott szakaszában milyen hatások érték, milyen világkép alakult ki bennük, amely képessé tette vagy predestinálta őket a deviáns életmód választására. A mélyinterjúk módszerének segítségével olyan új adalékokat kíséreltem meg felfedezni, amelyek segítségével a deviáns életútról kialakult képet árnyalni lehet. Cél volt az érzelmek, a világhoz, az élethez viszonyulás feltérképezése; a szűk családi és szocializációs terep részletes felmérése.

Az interjúk átlagos hossza két óra volt. Az interjú nyitott kérdésekkel, témafelvetésekkel indult, amelyek hatására átfelvetett narratív interjúba. A megkérdezettek életkora 15 és 21 év közötti. Iskolázottságuk átlagosan 6–7 osztály. Túlnyomó többségük roma. A megkérdezettek csaknem egyharmada olyan lakásban élt, ahova nincs bevezetve a víz és a gáz. Bűncselekmény szerint vannak közöttük lopásért, rablásért, garázdaságért, testi sértésért és emberölésért elítéltek. Szociális háttérükre jellemző, hogy a családi légkörben hétköznapi jelenség az erőszak látványa, a testi fenyegetés. Tipikus a sokgyermekes (4–8 gyerek) család, amelyben a szegénység, a komfort nélküli, kis alapterületű ház mellett esetleg az állattartás gondjai is az anyára nehezülnek, aki képtelen ellátni a sok feladatot.

Az interjú helyszíne egy kultúrhelyiség vagy nevelői szoba volt azon a körleten, ahol épp a megkérdezés folyt. Az adatközlők jellemzően pozitívan álltak hozzám. Két dolgot kellett lehámozni róluk. Az egyik a szegénység: ne érezzék azt, szegyenekezniük kell valami miatt. A másik a *vetítés*: ne akarjanak mást mutatni, egy vélt elvárásnak megfelelni. Ennek érdekében próbáltam minden eszközzel azt kifejezni, hogy az egyetlen érték számomra az őszinteség, a nyíltság.

Jelen tanulmány megírásához a *droghasználó fiatalkorú bűnelkövetőkkel* készült interjúkat vettem górcső alá. A droghasználat és egyéb deviáns cselekedetek illeszkedésére, egymásra való hatására, a környezeti befolyás szerepére és a személyiségből adódó preferenciák következményeire vagyok kíváncsi.

A *deviáns magatartás* fogalma alatt a többségi társadalom által elítélt és szankcionált viselkedésformát értem.

A *drog* fogalma alatt értendő kábítószeres a jelen tanulmányban: az amfetaminszármazékok, kannábiszszármazékok, kokain, heroin, LSD és egyéb hallucinogén anyagok,

illetve a pszichotrop hatású ipari szerek azaz az inhalánsok – tehát nem az összes tudatmódosító szer.

A droghasználat a fiatalok bünelkövetők több mint egyharmadára volt jellemző a vizsgált ötven esetből.

## **Korai magatartásproblémák**

A droghasználat a fiatalok életében általában nem az első deviáns lépés. Jellemző, hogy a fiatal elsőként vagyon elleni szabálysértést vagy bűncselekményt követ el. Legtöbb esetben ezt megelőzően is tapasztalható valamiféle antiszociális magatartásforma.

Sok esetben már az óvodában, illetve az első iskolaévek alatt problémássá válik a közösségbe való beilleszkedés.

*„Óvodába jártam. Rossz kisfiú voltam. Megvertem mindenkit az oviban.”*

*„Óvodában rossz gyerek voltam, arra emlékszek... Mindig fojtogattam a gyerekeket, emlékszek rá.”*

*„11–12 évesen már gázsprét vittem az iskolába, azért rúgtak ki. Lefújtam a tanárnőt, meg ilyenek, oszt kirúgtak.”*

*„És a tanár úr adott egy pofont, én elestem és széttörött az órám... És föllálltam, én meg fejbe rúgtam a tanárt. Fejbe rúgtam a tanár urat, beszakadt a feje. Kidobtak az iskolából.”*

*„Én nem voltam soha építő, játszós típus. Inkább elvoltam... Mit tudom én egy darab fával, puskával, amivel ütöttem a kutyákat, tyúkokat, kacsákat, ilyeneket.”*

*„Iskolába rendszeresen negyedik-es-ötödikes koromig jártam... Utána kirúgtak az iskolából... Beírtattak egy másikba. Valamikor aznap kirúgtak... Szerettem bohóckodni az iskolában... Egy srácot kilógattam az emeletről... Lányoknak mindig megbúzkodtam a bajukat. Végighúztam a folyóson... Fiúkat megvertem mindig. Szemtelen voltam a tanárokkal. Órán rám szóltak, visszapofáztam. Egy tanár ráütött a fejemre a naplóval, föllálltam és lerúgtam.”*

Jellemzően az iskolában, hat-hét évesen kezdődnek el azok a cselekmények, amelyek egyre intenzívebben sodorják a fiatalokat a bűnöző szubkultúra felé. Főbb állomásai ennek az útnak: csavargások, iskolakerülések alkalmával útba ejtett helyszínek, közterek, kocsmák, játéktérnek. Ezt követően, ahogy a fiatal cseperedik, lassan az éjszakai életből is egyre inkább kiveti a részét. Szórakozóhelyek, tipikusan a diszkók, bárók és a kaszinók vonzzák őket.

## **Függő és használó bünelkövetők**

*A droghasználó és a drogfüggő életútja különböző.*

A drogfüggő életének mozgatórugója a kábítószer megszerzése, illetve a kábítószer hiányának elkerülése.

A droghasználók rendszeresen fogyasztanak kábítószerrel, de esetükben nem alakul ki az addiktív magatartás, életük nem a drog megszerzése köré szerveződik.

A droghasználó fiatalok bűncselekményei a kábítószer-használat során csak annyival válnak súlyosabbá, amennyivel a szórakozás költségeit a drog emeli. Esetükben *rekreációs fogyasztásról* van szó. Előfordul, hogy a bűncselekmények elkövetésekor fogyasztanak drogot, de ez nem rendszeres.

A drogfüggő bűnelkövetők esetében általában olyan deviáns életút rajzolódik ki, amelyben egymástól elkülönülő szakaszok vannak a bűncselekmények súlyosságát illetően. Az első lopás után általában viszonylag hamar próbálnak ki különféle tudatmódosító szereket.

*„Volt olyan, hogy nem mentem iskolába, utána elkezdtem lopni, utána már fű. Már utána már nem is ezekkel a srácokkal voltam, hanem másokkal. Mert ezek inkább csak füveztek...”*

*„Összeismerkedtem több gyerekekkel. Azok már akkoriban bűnöztek. Az olyan tizenkét éves koromban lehetett. És velük találkoztam. Utána már belefolyt az életembe a kábítószer is 13 éves koromban. És elkezdtem én is bűnözni velük folyamatosan.”*

A legális, illetve könnyű drogok, marihuána után viszonylag rövid idő elteltével kerülnek kapcsolatba az amfetaminszármazékokkal, különböző partidrogokkal, amelyeket mértéktelenül, nem csak esti szórakozások alkalmával fogyasztanak.

*„13–14 évesen szívtam el az első cigarettámat, olyan két héttel a füves cigi előtt.”*

*„Így kezdtem: fű, utána meg már ex, speed, speebool, az LSD-től kezdve mindent... Először úgy indultak a dolgok, hogy most attól nagyobb gyerek leszek... Így is volt, így éreztem magam.”*

*„12 éves koromban szívtam az első füves cigit... Hát mentünk balbézni, mindig kokainoztam, speedballoztam vagy ekiztem, 12 éves koromban.”*

*„És a fű után mennyi idővel kezdtek jönni a partidrogok? Gondolok itt speedre, ecstasyra...”*

*– Fű után? Egy hónap, másfél vagy kettő... Elsőnek a fű, utána basis jött.*

*– És még mit próbáltál?*

*– Speedet, ecstasyt, bélyeget, meszkalint, korongot.*

*– Hétvégéken?*

*– Volt, mikor így hétköznap is. Akkor így simán. Elmentem biliárdozni vagy valami, és akkor ott.”*

## **Addiktív életmód**

Jellemző, hogy a droghasználat előtt kevesebb, illetve kisebb súlyú bűncselekményeket elkövetők a droggal való ismeretség, illetve a dependencia kialakulása után kezdenek komolyabb bűncselekményeket elkövetni. Ilyenkor a bűncselekmény elkövetésekor csak a pénzzé tehető érték számít: még ha erőszakot kell bevetni is a megszerzéséhez. A viselkedést tehát egyértelműen az addikció irányítja.

„Van egy rablásom, többszörös, különös, speciálisan visszaeső... Rablásokért voltam elítélve... A rablás súlyos, nem gyerekjáték... A vége felé már kábítószerre kellett a pénz... azért mentem a hét mindegyik napján bárbová, gyűjteni pénzt, hogy hétvégén legyen cuccra pénzem. A hétvége egy százas... olyan volt, hogy reggel elmentem pénz után, pénzt szerezni. Szereztünk. Délután, hétköznap füveztünk, hétvégén nyomtam a szintetikust. Hétköznap azért, hogy menjen el a hét, mert már vártuk a hétvégét. Összejöttünk, szívtunk, füveztünk, hülyéskedtünk. És így ment el a hétköznap. Mindennap kábítószerreztünk, füveztünk. Hétvégén meg szintetikus.”

„Reggel felkeltem, megfürödtem, fölöltöztem, fogat mostam, megreggeliztem. 11 órakor elszívtam a füvet. Mindennapos volt. Akkor egyedül voltam, de elmentem a barátaimhoz. Ott is kínáltak. Mondom, minden nap ezzel foglalkoztam. Talán egy hónapban egyszer-kétszer volt az, hogy kiugrott egy nap. Meg iskolába is szoktam én szólni én végében, tornaterem háta mögött... Nekem csak olyan barátaim voltak, hogy verekedősek, drogosak. Ilyen barátaim voltak.”

„12 éves koromban úgy volt, hogy aznap megvettük a kábítószer, másnapra mindig maradt valamennyi. Aznap bevettük a kábítószer vagy elszívtuk, valamit csináltunk. Utána elmentünk lopni vagy rabolni. Mindegy mi volt, csak valamiből pénzt csinálni. Valamikor jártuk a várost, minden boltba be-ki, fodrász üzletből be, ide-oda. Volt ilyen alkalom, hogy ékszerbolt..., abból hoztunk ki aranyakat. Volt, amikor megtartottunk egyet-kettőt belőle vagy eladtuk ismerősöknek. Utána megint kábítószerre vetünk, akkor este tíz-tizenegyig együtt voltunk. Utána megint hazamentünk és utána ugyanígy indult a nap.”

„Mikor függő voltam, volt mikor 10–11 óra, 12 órakor, volt amikor korán felkeltem, belőttem magam és mentem lopni.”

„Heroin öt évig csináltam... voltam rehabon is, elvonón is, de semmi eredménye. Úgy voltam vele, amikor kimentem, hogy áb, mondom, még utoljára, még utoljára egyet. És akkor, na, még egy, még egy. Nem lehet a drogról leszokni, ez hülyeség. Azok tudnak leszokni róla, akik nem annyira vannak rajta.”

„A heroin... azt úgy, hogy a barátommal voltam egy diszkóban... bevettünk 20–20 milit... Mondtuk (nem lehet érteni), hogy ennél nincs jobb a világon... (nem lehet érteni). És képzeld el, ez még a szexnél is ezerszer jobb, a heroin még jobb ennél is. Osztt könnyen rááll az ember, és rengeteg pénzt elvisz. Elvisz több milliót... mert aki rajta van, az naponta költ rá 39–40 ezret. Napi negyven, és még csak a heroin van benne. A heroin. És ez már... ha valami olyan érzésed van, hogy rákattansz olyan dolgokra, hogy neked öltözködni kell, neked mindenből a legújabb kell. Mert ha nincs meg, akkor beteg vagy, rosszul vagy, ha nincs meg mindenből a legújabb... De nem gondoltam ilyenre, hogy le fogok szokni. Tudtam, hogy vagy bekerülök, vagy pedig meghalok... 15 éves koromban 11 óra körül felkeltem. Az volt az első, amikor felkeltem, felnyitottam a szememet, hogy kinyitottam a fiókot, és tekertem egy jó jointot, az volt az első. Azt elszívtam. Akkor befeküdtem a fürdőkádba, ott feküdtem két óra hosszát. Akkor onnan kijöttem, felöltöztem, megreggeliztem, és kimentem a városba, újabb drogot szerezni. Ennyiből telt a napom. Éjszaka, hajnalban, háromnegyed kettő felé mentem baza. Amikor már úgy voltam, hogy nem bírtam már menni a kábítószerrel, akkor: Akkor beültem egy taxiba, és hazamentem... déltől hajnal négyig egyfoly-



tában kábítószereszt. Gépeztem, kábítószereszt, meg szórakoztam, meg mindent csináltam. Kábítószeresen, te... nagyon jó kábítószeresen! Előjönnek az érzések, színes képek vannak, színes a világ, boldog vagy, és minden. És lányok jönnek, és nők...”  
 „Régebben csak ilyen lopásokkal kezdtem, autófeltörés. Utána jöttek a keményebb bűncselekmények, a rablás, a betörés... utána már fűveztem nagyon keményen 13 éves koromban. 14 éves koromban... Én nagyon szeretem. De most, ha kimegyek, én megfogadtam, hogy nem fogom csinálni... Egy idő után nem jó. Nem jó. Ide vezet. Vagy börtönbe, vagy ha nagyon keményen csinálja az ember, akkor a temetőbe vezet. Nem jó. Meghalt két unokatestvérem. Heroinoztak, lőtték magukat keményen... – Te próbáltad? – Persze.”

A börtönben folytatott beszélgetés során a volt kábítószerfüggő fiatalok, amikor a drogra terelődött a szó, elsősorban *drogusként* tekintettek magukra – a „bűnöző” énkép ekkor háttérbe szorult.

„Nagyon sok bűncselekményt csináltunk mi... sunyiskodtunk... Mentünk búzogatni táskákat, meg minden. Hopp, jajj, elnézést, ne haragudjon. Ilyen búzás sok volt.... Pengézés is, nyílik ki a zseb, akkor aztán... Meg úgy voltunk vele, nem szólunk, *pa*ff. Csatt az áll alá. (nevet) Nagyon veszélyes volt... Anyagosok voltunk... Há... nagy úr a kábítószer ám! Nagyon nagy úr! Pfü! Amikor belekóstoltam, akkor azt mondtam, *chiiijj* egy szál cigi miatt... többet úgyse... Akko második cigi, gyúlt a harmadik, negyedik... Ha má többet nem... (nevet) Otthagytam a cigit, elmentem a buliba, ittam egy Bombát, benne volt a *speed*. Reccs... Mondom, mit ittam? Utána jött a bogyó, az is kemény volt (nevet), háá, nagyon veszélyes... Ennekem má hétköznapi dolog vót. Rendesen hétfőn reggel felkeltem, délbe... *bamm be* az anyag. Zsu. Egész nap mentem tőle, mint a megzavarodott, csak mentem...”

Ez a fajta narratív és identifikációs váltás nem jellemző a „pusztán” droghasználó fiatalokra, akik nem éltek addiktív életmódot. Ők az esetek döntő hányadában nem említették a drogot, nem szőtték bele narratívájukba a kábítószerrel való kapcsolatot, csak kérdés, esetenként sokadik kérdés hatására beszéltek a drogfogyasztásukról.

„– Kábítószerrel voltál kapcsolatban?

– Nem voltam.

[...]

– És kábítószer?

– Kábítószer?

– Mi volt?

– Hát a heroinon kívül... Azzal én nem lőttem magam.”

„– És a drogot kipróbáltad?

– Kipróbáltam. (nevet)

– Drogoztatok?

– Nem sokat. Egy alkalommal kipróbáltam.

– Egy alkalommal?

- *Eggyel. Fűvet.*  
 [...]
   
– *És még mit próbáltál?*
  
– *Hát csak eztet.*
  
– *Csak a fűvet?*
  
– *Csak.*
  
[...]
   
– *Nem volt semmi más? Ilyen extrém, tipikus ilyen partizó?*
  
– *Voltak. Tényleg, Speed-et próbáltam.*
  
– *És az extasyt?*
  
– *Már utána jött. Tizenöt-tizenbat, így. Elsőnek a fűvet.”*

A függő fiatalok értelemszerűen a bűncselekmények elkövetésekor is a drog hatása alatt voltak, a droghasználóknál azonban a kábítószer csak *kísérőjelenség*ként tűnik fel: akár bűncselekményt követnek el, akár bármilyen más élethelyzetben vannak.

## Rekreációs droghasználat

A rekreációs droghasználat sok esetben a dependencia kialakulásának küszöbét jelenti a deviáns fiatalok esetében. A szórakozás szerves részévé váló droghasználat könnyen átalakulhat függőséggé a *fiatalok időbeosztásának strukturálatlansága* következtében. A fiatalok kötetlen napirendje, illetve állandósult szabadideje miatt a szórakozás kiterjedhet a hétköznapokra, majd lassanként valamennyi napszakra. Ezzel a *rekreáció* folyamatossá válik, elveszítve ezzel eredeti jelentését, a kábítószer-használat pedig állandósul és dependenciává alakul. Ezért a rekreációs droghasználat gyakran valójában a dependencia egyik kezdeti stádiuma. A rekreációs droghasználatot tehát e szempontot figyelembe véve kell elemeznünk.

A *rekreációs droghasználó bűnelkövető fiatalok*nak – drogfogyasztási szokásaik alapján – három típusa körvonalazódik.

Első típus: a szórakozásaik során, illetve szabadidejük eltöltésének céljából drogot fogyasztók csak eseti jelleggel, vagy egyáltalán nem fogyasztanak akkor kábítószer, amikor bűncselekményt követnek el.

Második típus: félelmük oldásának céljából, bűncselekményük elkövetése során következetesen és rendszeresen fogyasztanak kábítószer.

*„Zsebes voltam, és zsebeltem... Volt, hogy besurrantam... Nem jó érzés, félelmetes... Jőzanul van valaki, aki ilyeneket megcsinál? Debogy! Egy nap négyfajta drogot csináltam.”*

*„– Hát kábítószer alatt nem féltem. Mindig be voltatok nyomva? Igen. Általában vagy bélyeget, vagy korongot, mikor mit. Bűncselekménynél mind a kettőt bevettük. Vagy extázis tablettát. Volt olyan is, hogy is azzal csináltam.”*

*Egyébként józanul is csináltad?*

– *Nem.*

– *Nem fordult elő soba?*

– *Nem.*

– *Miért nem?*

– *Nem tudom. Talán úgy...bát gondolom, meggondolja az ember mennyi sok mindent, hogy mit csinál. Végül volt úgy, hogy mégis el akartunk menni, de a végén mégse mentem bele, mert féltem. Az az igazság. De viszont hogyha kábítószerrel, teljesen máshogy érzed magad.*

– *Nem félsz?*

– *Nem. Senkitől sem. Józanul azért tudja az ember, hogy mivel jár. De kábítószerrel nem érdekl semmi.”*

Harmadik típus: a drogot elsősorban bűncselekmények eszközeként használják. Ebben az esetben a drog a bűncselekmény funkcióval bíró tartozéka – ők a kábítószer-kereskedők vagy *lányok futtatói*, akik a prostituáltakat a kábítószerrel kötik magukhoz.

„– *És honnan volt pénzed?*

– *Kábítószer-kereskedés.”*

„*Hát, kell egy olyan kapcsolat, hogy már van kocsid, akkor kocsid van, elmegyek egy-két diszkóba, látok nőket. Összejövünk. Ha kábítószerrel, akkor kábítószerrel, de hogyha nem, akkor nem tud róla, hogy én kábítószerrel. De hogyha kábítószerrel, akkor már könnyebb a dolog. Akkor adok neki egy Ex-et, beveszi, a boldogság így előnti. És akkor elkezdünk beszélgetni. Elkezdünk beszélgetni, hogy milyen körülményekben él, meg minden. És úgy jön. Nem jól, vagy nem tudja megtenni azt, amit a többiek, vagy egy jó nő, és akkor... és én mondom erre, hogy én ezen változtatok... Öt perc. És úgy 60-40 százalékban kibordom az útra, és akkor keresi a pénzt, és abból 60 százalék az enyém, 40 százalék meg az övé. Ha akarja, belemegy, ha nem akarja, nem. De viszont, ha kábítószer alatt áll, akkor már biztos, hogy belemegy.”*

## **A kábítószerrel kapcsolatos attitűdök**

A drog ugyanúgy lehet az öngyógyítás eszköze, ahogyan más tudatmódosító szerek (pl. alkohol). Pillanatnyi önfeledtséget és örömet nyújt. Azok számára, akiknek akár a közeli, akár a távoli jövő nem ígér boldog vagy kecses életet, a kábítószer-függőséggel, illetve a rendszeres droghasználattal szemben nem igazán működik visszatartó erő. A drog beszerzése és használata során viszont kialakulnak kapcsolatrendszerek, amelyek a különböző deviáns magatartásformák irányába húzzák őket.

A droggal kapcsolatos attitűdök tekintetében nagy szórás tapasztalható. Azok a fiatalok, akik élettapasztalataik gyarapítását fontosnak, az élménykeresést szükségesnek tartják, büszké a drogos múltjukra. A rossz anyagi körülményekből érkező, kistelepléslérsől származó fiatalok jó része szintén büszke a marihuánával, partidrogokkal kapcsol-

latos élményeire. Esetükben presztízs fogyasztásként értékelődik a droghasználat, hiszen a rossz infrastrukturális adottságokkal bíró helységeekben e gyakorlat nem vált általánossá, így számukra többletértékkel bír használata.

*„A nagyobb unokatestvéreim adták nekem... Amikor kint voltam, naponta 4-5-öt elszívtunk. Egymás után... És a végén már úgy voltam, hogy nem is tudtam megszólalni, így ültem. Szerintem maradt is rajtam valami, mert nagyon sokat csináltam. Érzem is néha, amikor társaságban vagyok, hogy... jó, lehet, a börtön is tesz rá, mert nagyon drakotákkal vagyok itt, a környezetemben olyanok vannak itt, hogy azt se tudják, hogy... Kérdezd meg majd tőlük, hogy »speedeztetek?» – »Igen.» Kérdezd meg majd tőlük, hogy »melyiket, azt a kéket vagy azt a feketét csináltátok?» Azt fogják mondani, hogy »persze, hogyme.» – »Füveztél?» Figyeld, mit fognak mondani! »Igen, hogyme füveztem volna, lőttem magam!» Majd figyelj meg, kérdezd meg... Ezek vidékiek, ők azt nem tudják, hogy mi az a gyros.”*

A gazdaságilag elmaradott régiókban az alkohol és az inhalánsok a gyakran használt tudatmódosító szerek.

A fogyasztók szerint a *szípu* a drogok között az egyik legmegvetendőbb anyag. A szerves oldószerek mint a legolcsóbb, legegyszerűbben beszerezhető, legkárosabb és „legbűdösebb” anyagok, visszaszítók a legtöbb fiatal számára. Maguk a korábban szípuzó fiatalok sem emlékeznek vissza szívesen erre, később szégyenlik drogos karrierjük e korai szakaszát.

*„– Mindent használtam. Csak egyedül heroint nem. Mindent.*

*– Szípuztál is?*

*– Áb, szíput nem. Fű, LSD.”*

*„Kipróbáltam régen a szíput, de abba is hagytam, mer’ bűdös.*

*Hát má... annyira mondták nekem, hogy izé... össze vissza mindenki, csak odamentem abhoz a gyerekekhez... beleszívtam azt izé, fűűű, majdnem rosszul lettem...”*

*„Heroint nem. Nem bírom. Zacsót se szívok, semmit. Ez a két dolog nem érdekelt engem.”*

A másik legnépszerűtlenebb drog a *heroin*. A heroinisták nyomora és kiszolgáltatottsága olyannyira szélsőséges és szembetűnő, hogy a szertől való félelem és irtózás még a többi, más drogtól függő körében is tapasztalható.

*„...én megfogadtam, a heroint azt nem próbálom. Azt megfogadtam, az tuti, azt nem fogom. Az ilyen fű meg speed, ex elmegy így buliba. Csak utána má’ az volt a baj, hogy minden nap cucc volt, komolyan. Tomboltunk, egész nap mosolyogtunk, akkor nagyon csúnya voltam. Bőr meg csont.”*

*„– Szűrni nem szűrta magad?*

*– Nem.*

*– Barátaid használtak valamit?*

*– Igen..*

– *Heroint is?*

– *Igen. Én nem! Már a diszkóban is árusították. De félttem is tőle. Félttem, hogy függő leszek.*

„*Kipróbáltam bélyeget, kokaint, füvet, speedet. Ilyeneket kipróbáltam. Korongot, hasist. Mindent kipróbáltam, csak a heroint nem.*”

„*Heroinon meg a cracken kívül kipróbáltam mindent. Hát először úgy kezdtük, hogy először beszippóztam, utána fű.*”

Igen érdekes együttjárás tapasztalható az öngyilkossággal és a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos attitűd között: mint a visszahúzódás, az *ellenállás* módszerei, hasonló megítélést kapnak. Azok az interjúalanyaink, akik elutasítják az érzelmi ridegséget, akik szembeszögülnek a *társadalmilag elvárta*l, nem vetik meg sem a szuiciditást, sem a droghasználatot. Mindkét cselekvésforma a *megélt valóság elutasítása*: azok ismerik el szégyenérzet nélkül akár öngyilkossági kísérletüket, akár kábítószer-függőségüket, akik nyíltan felvállalják az általuk megélt társadalmi valóság elítélését és helytelenítését.

„*Mondtad, hogy öngyilkos próbáltál lenni. Tényleg meg akartál halni? Próbáltam. Persze. Hú, már régen volt... Há mer besokalltam. Elegem volt.*”

Ők az *erőkultuszt* az érzelmi ridegséggel azonosítják és elítélik.

Megvetik viszont a visszahúzódási stratégiák alkalmazóit, így az öngyilkosokat, illetve a kábítószer-függőket azok a fiatalok, akik elfogadják a bűnöző szubkultúrák *erő-dominanciájú értéktételezését*. Ők ugyanis a gyengeség, a puhányság kifejezőjeként tekintenek ezekre a viselkedésmódokra. Szerintük mind az öngyilkossági kísérlet, mind a kábítószer-használat menekülés a valóságból, a menekülés pedig a legmegvetendőbb stratégia az erőkultusznak hódoló fiatalok körében – a börtönben is.

„*Bent volt egy gyerek, néma volt. Nem szólt semmit... mondták nekem: »Nem fogsz ütni az arcába?« Mondom neki: »nem«. Én nem (nem érteni). (nem érteni). Azt mondja: »igen? Csicska leszel.« Azt mondja: »nem.« »Pedig itt vagy nálunk csicska.« Felállítottak bokszolni. Elkezdett bokszolni, én meg megvágtam. Késsel. Ilyen éles késsel. Most mit lehet tenni, ha egyszer ilyenek? Hát most már nem vagyok csicska többé (nem érteni)... Börtönben ültek rám ne mondják...”*

„*Az a bajom, hogy ha nem is csinál az ember bűncselekményt ugye, csak bent vagyok egy ilyen társaságban, előbb utóbb úgyis eljön az az idő, hogy bizonyítsál valamit. Hogy na jó akkor megcsípjenek, hogy milyen gyerek végülis, meg így úgy amúgy... nem is úgy vesznek, hogy most na jó ez barátom, mer hogy izé... lehet ez lehet az, lehet így, lehet úgy, valami tré van az anyagba... És akkor bizonyítani kell ezt. Bizonyításból meg mi jön ki, vagy üsd le ezt, vagy amazt, vagy valami...”*

Akik felvállalják, hogy kábítószerfüggők és/vagy öngyilkossági kísérletet követtek el, ezzel azt is beismerik, hogy nem boldogok. Tehát: sérültek, illetve gyengék. A sérülékenység az erőkultuszban megengedhetetlen. A börtön mint totális intézmény, a bűnöző szubkultúrában a domináns értékrendszert erősíti. Azokból, akik a börtönben

a menekülési, visszahúzódsi stratégiát választják, a totális intézmény áldozatai lesznek: a legalsóbbrendű, legkiszolgáltatottabb egyének, börtönszlenggel szólva: a „csicskák”.

*„Az emberen látják, hogy semmit nem, ki se áll magáért, meg se mer szólalni. Megverem és lesz egy csicskám. Akkor csicska lesz és kész... Egy semmirevaló, mert nem áll ki magáért. Nem is foglakozik velem. Kajak csicska. Mért védjem meg akkor, hogyha nem áll ki magáért.”*

Hogy mi engedhető meg, hol a határ és meddig lehet elmenni a droghasználatban, szintén nagyon különböző vélekedéseket hív életre. Az egyes kábítószerfajták között leginkább a városi fiatalok *válogatnak*: a herointól visszariadnak, miközben a marihuánát és a partidrogokat, a különböző stimulánsokat mértéktelenül képesek fogyasztani, nem tanulva a túladagolások következtében beálló súlyos rosszullétekből.

Az LSD használata kevésbé elterjedt, és több ellenérzést táplálnak irányában a fiatalok, mint a különböző stimulánsokkal szemben. Az általuk képviselt szubkultúrákban valószínűleg a hallucinogén anyagokkal szembeni fenntartás nagyobb. Jóval veszélyesebbnek ítéli meg többségük, mint a partidrogokat. Ebben minden bizonytalansággal jelentős szerepet játszik, hogy aki a környezete feletti ellenőrzés kiváltságát akarja birtokában tudni, annak a realitástól elszakadt, „elvarázsolt” állapotba kerülni nem feltétlenül csábító lehetőség.

*„Én nem úgy mondom, hogy függő. Nem voltam ilyen elvarázsolt. Csak így csináltam. Valahogy úgy össze-vissza. Nem voltam függő, csak így... Na, jó. Hiányzott. Amikor nem volt, akkor hiányzott. Nem. Nem voltam függő.”*

*„Extasyt meg füves cigit használtam. Az LSD-t nem próbáltam. Az LSD veszélyes, azt mondják.”*

*„A bélyeg az kemény, a fű az semmi, attól nem lehet függő az ember. Ezért próbáltam ki.*

*Az LSD-től lehet függő. Hát az a legkeményebb. A heroin meg bélyegek, meg ilyenekkel minddel.”*

A droghasználattal kapcsolatos attitűdök megítélésében azt veszem alapul, mit terveznek a fiatalok a jövőbeni drogfogyasztásuk kapcsán. Ebből az derül ki, hogy azok a fiatalok, akik rekreációs céllal használtak valamilyen kábítószerrel, továbbra sem tervezik, hogy lemondjanak erről. Azok viszont, akiknél a drogfogyasztás bűncselekmények elkövetésével társult, szeretnék elkerülni a kábítószer-használatot.

## **Erőszak és drog**

Mivel fiatalok bűnelkövetőkről beszélünk, az erőszakos megnyilvánulás szinte valamennyiükre jellemző – csak úgy, mint a családon belüli erőszak elszívása is.

Az erőszakosság és a drog közötti kapcsolatot vizsgálva úgy tűnik, inkább tehetőnémi nemű distinkció az *elszívott* erőszak és a droghasználat, mint az *elkövetett* erő-

szak és a droghasználat között. Azok a fiatalok, akik rekreációs céllal használtak drogot, nem számoltak be családon belüli erőszakról: ahogyan a fentiekben erről már volt szó, ők azok, akik marihuánát és partidrogokat fogyasztottak, de sem hallucinogén anyagokat, sem kemény drogokat nem próbáltak. Ezek a fiatalok kötődnek a szüleikhez, és inkább az elhanyagolás, s nem pedig a kegyetlen, brutális bánásmód a jellemző megnyilvánulás a családjukban.

Az elkövetett erőszak és a különböző droghasználat között nem tapasztaltam összefüggést, az erőszak alkalmazásának okában és körülményeiben azonban észrevehető némi eltérés. Azok a fiatalok, akiknek mindennapjai a drogfogyasztás köré szerveződnek, a kábítószer megszerzéséhez szükséges pénz előteremtésében nem válogatnak a módszerek között, és gyakran folyamodnak erőszakhoz.

Ezzel szemben a rekreációs drogfogyasztókra ez a fajta elszántság nem jellemző, sokkal inkább mérlegelnek az okozott kár fölötti felelősségvállalás és a lehetséges következmények vonatkozásában.

*„Hát nem is sok füvet nyomtam, inkább bogyót... Havonta. Kétfetente. Változó volt. Hogy volt pénz.”*

Ritka, hogy a fiatalok az erőszakos bűncselekményeket lelkiismereti kérdésekként mérlegeljék; sokkal inkább racionális döntésről van szó: egy rablás sokkal súlyosabb következménnyel járhat, mint egy lopás.

## **Az első deviáns lépés**

Kirajzolódik, hogy az első deviáns lépés megtételekor egyáltalán nem jellemző a bűnelkövető fiatalok drogozása. Általában kisebb csínyek, lopások tekinthetők az első „megtévelyedésnek”, és csak ezek rendszeressé válása után lesz a kábítószer-használat a cselekmények szerves részese.

*„Az autófeltöréseket szórakozásból, meg pénz miatt is csináltuk, meg diszkó, szórakozni kellett pénz. Hát nem volt pénzünk, menni akartunk szórakozni, így szereztünk pénzt.”*

*„Amikor hatodikos voltam, megbuktam, akkor én még egy kulcsot se loptam, esküszöm, semmit, szóval nem loptam soba... Megbuktam, és összekerültem ilyen osztálytársakkal, akik ilyen boltba loptak mindig csokikat, meg ilyen hülyeségeket, és akkor kezdtem el lopni izé sok csokit... Aztán összejöttem egy-két baráttal, aki elkezdünk lopkodni ilyen bicikliket... Elkezdtem lopni, aztán unokabátyám elkezdte árulni a füvet... Nagyon sokat loptunk neki, nagyon, nagyon, de nagyon sokat. Aztán mindenért adott egy ilyen egy gramm füveget meg ilyeneket... elkezdtem akkor lopkodni neki, nagyon sokat kezdtem lopni, na, így a baverjaimmal, barátaimmal. Aztán elkezdtem rabolni.”*

*„– Mi volt előbb, a kábítószer, vagy a lopások?*

*– A lopások. 10–11 éves koromtól... Én mindig az idősebb barátokkal mentem, az unokatestvéreimmel. Ők... tolvajok voltak. És vittek engem magukkal...”*

Néhány esetben együtt jelenik meg a bűncselekmény a droghasználattal. Azoknak a fiataloknak az életében jellemző ez az egybeesés, akiknek életében bekövetkezett egy olyan traumatikus esemény, mely kibillentette őket egyensúlyukból, megkérdőjelezve az életükkel szembeni várakozásokat, hitet vagy az önmagukról alkotott képet, illetve olyan esemény történt egy fejlődéslelektanilag is kényes életszakaszban, amely következtében a fiatalt erkölcsileg vagy egyéb módon gátló erők, fékek eltűnnek.

A kínálat szinte végtelen lehet: egy zárt közösségből a nagyvárosba költözés; egy családtag halála, illetve családból való kiválása; iskolában szerzett kudarcélmény, melyet követően a fiatal olyan társaságba keveredik, amely különböző deviáns cselekmények véghezvitelének fejében tagságot, ezáltal megbecsülést, biztonságot, sikerforrást kínál.

*„[É]n féltem tőle... elvárt valamit, én... nem feleltem meg neki... mindenért kaptam. Hogyba rossz jegyet vittem baza, vagy valami, ha nem úgy viselkedtem, ahogy kell... Nem nagyon szeretett engem... Aztán meghalt édesapám, akkor 12 éves lehettem körülbelül. És onnantól kezdve így gyökeresen megváltozott az életem, mert nem volt, aki megfogjon. Onnantól kezdve mindent szabad volt. Egyszerre minden szabad volt... Beiratkoztam a városi iskolába hetedikben, elkezdtem oda járni. Más barátaim lettek, ők bűnöztek...”*

*„[S]zületett egy kisöcsém 90-ben. És ő három hónapos korában... meghalt... És onnantól kezdve megváltozott az egész addigi életünk... Megbolondult apám. Akkor már teljesen bolond lett. Akkor már nagyon sokat ivott... onnantól kezdve rendesen így vedelt... Mindenért veszekedett...”*

*„[A]múgy Kalocsa úgy kezdett volna megjavítani. Csak ugye édesanyám fellépett a színpadra, nagyon anyás vagyok még mai napig... biába nem izé... nem szeretem... ő nem szeret engemet... le is mondott rólam papírilag hogy többet nem vagyok a fia meg ilyenek... Négy évvel ezelőtt lemondott rólam minden... S így megtudtam, nevelőanyám megmondta azt én még nem hittem el. Mondom aaa, hol igaz...paff, leléptem. Mentem, szétestem, utána rákaptam a kábítószerre... hígítóra...”*

*„Nem jó módban éltünk. Édesapám vályogot vetett. Segítettem én is, a bátyám is vályogot vetni... Amikor nyári szünet volt már, nem kellett menni se iskolába, se óvodába, kimentünk reggel 8 óra tájban, és hazamentünk ilyen fél 4-kor... Mert ő is ilyen volt gyerekkorában, hogy elment, elkártyázta a pénzt, oszt elment lopni. Azt mondta, hogy nem akarja, hogy olyanok legyünk, mint ő. Tehát én meg a bátyám. Szigorúan fogott. Igen. Azért is vitt minket ki dolgozni, és minden, hogy ne tudjunk elmenni barátkozni, meg ilyenek... Amikor beindultak az iskolák, akkor csak hétévégen vitt ki. Bekerült édesapám, 2002-ben vagy 2001-ben, nem tudom pontosan, rám hagyott hét lovat, mondván, hogy én gondozzam. Eladtam a hét lovat, odaadtam édesanyámnak a pénzt, kivettem magamnak 50 ezer forintot, oszt elmentem otthonról... Akkor ugye már lettek ugye, bűnügyeim... és kábítószerem is...”*

*„Amíg Albániában tanultam, ott mindenből ötös voltam. Csak mikor átjöttünk Magyarországra, itt már sokkal nehezebb volt tanulni, mert nehéz volt. Egy évet elbuktam, míg megtanultam magyarul. Utána meg már nem is érdekelt az iskola. Rossz társaságba keveredtem. Másik albán, jugoszláv albánok. Loptak, csaltak, minden. És mentem velük mindenhova... Jártak iskolába, két-három gyerek. Albán. És ők mond-*



*ták, hogy gyere, menjünk oda, megiszunk valamit. És akkor majdnem mindennap lementem oda. Szerettem biliárdozni, volt ilyen biliárd, meg így jó volt hallani saját nyelvet, minden. Mindenki velem azonos származású volt, mindegyik albán.”*

## **A droghasználat kialakulása és a fogyasztás időbeni sajátosságai**

A kistelepüléseken és rosszabb anyagi körülmények között élőkre jellemző, hogy ha kábítószer felé nyúlnak, az első állomás a *szipu*, különböző vegyszerek belélegzése, a második állomás pedig a marihuána. A marihuána jellemzően felváltja a sziput, de csak akkor, ha a fiatal már képes magának szerezni rá pénzt. Ennek pedig a bűncselekmény a leggyorsabb, legizgalmasabb és a leginkább kézenfekvő módja.

A sziput azok a fiatalok nem próbálják, akik rögtön marihuánához tudnak jutni, amint kialakul bennük a kábítószer iránti nyitottság, kíváncsiság. Rájuk inkább jellemző, hogy jobb infrastrukturális körülményekkel rendelkező, nagyobb településekről származnak, családjuk anyagi körülményei is jobbak, környezetükben pedig nincs példa szipuzásra.

A marihuána használata végigkíséri a drogos pályafutást. Az esetek döntő többségében nem tűnik el egyéb, újabb drogfajták kipróbálása, illetve fogyasztása során sem, egyedül a heroinisták hagynak fel fogyasztásával. Ez a használatmód minden bizonnyal a drog jellegéből is adódik, hiszen nyugtató hatása miatt mind a stimulánsok, mind pedig a hallucinogének használatának jó kiegészítője.

## **Egyéb szenvedélyek**

A fiatalok fogvatartottak előéletében sok esetben felbukkan a játékszenvedély, amely úgy tűnik, ritkán jár egyedül: legális vagy illegális szerek használata társul mellé.

*„Sokkal több pénz kellett volna mindig. Mindig jártunk gépezni is, nagyon sok pénzt eljártam mindig. Diszkókba, ide-oda jártam. Nagyon jó ruhákat akartam. Meg mindig új ruhákat. Kellott a pénz... Jártunk bulizni, gépeztünk. Rengeteget... olyan 80 százalékot el szoktam játszani gépeken, és úgy gondoltam, hogy ha most elmegyek dolgozni 80 ezerért, akkor most mi értelme, úgymint beledobnám egy gépbe. Nem tudom, valahogy olyan játékszenvedélyes lettem.”*

*„Unatkoztam, játszottam. És egy idő után annyira rászoktam, hogyha megláttam egy gépet, már játszottam. A diszkóba is, ha elmentem, akkor is már csak játszottam...”*

*„Na az meg a törzshelyünk volt, a Westend. Fönn a mozi, paff, baverok, föl a tetőtér, egy joint... Elszívtuk, jóvan, gyerünk mozizni. Jóvan, bementünk mozizni, kimentünk moziból, áá má... nem jó. Durr még egy cigi. Jó gyerünk a játékszenvedélybe, játszottunk. Há a Westendbe nem ott hagytam má... úú, nagyon sok pénzt otthagytam...”*

*„Engem csak a rulett érdekelt, a kaszinó. Nem érdekelt se drog, se semmi. Elmentem buliba vagy loptam, vettem magamnak ruhát belőle mindig és akkor mentem, kaszinókban játszottam. Nagyon sok pénzt elvesztettem. Nem volt olyan nap, hogy nem*

*fordultam meg két-háromszor kaszinóban. Volt, mikor egész nap, reggeltől reggelig ott ültem.”*

Ezeknek a fiataloknak a családjában nem szükségszerű az erőszak jelenléte, inkább az elhanyagolás jellemzi a gyermekkorukat. Kötődésszükségletük erős, családjukhoz szeretnének tartozni. Valódi kapcsolataik azonban gyengék.

## A tagadás

A kábítószer használatának letagadására is akadtak példák, máskor a bűncselekmények elkövetésének kiváltó okaként említették a kábítószerrel, hasonlóan ahhoz, ahogy az alkoholos állapotot jelölték a különösen agresszív viselkedés, a verés indítékaként.

„– *Nem próbáltál semmilyen kábítószerrel?*

– *Nem...*

– *Nem? Így abszolút nem? Hogy lehetséges ez, hogy nem? Annyit jártál diszkókba, biztos vagyok benne, hogy valamiféle emberekbe belebotlottál...*

– *Próbáltam.*

– *És függő voltál?*

– *Rajta voltam.”*

„– *Még sose próbáltam ki semmit. Nem is akarok. Hát mire jó az?*

– *Füvet kipróbáltad?*

– *Sose.*

– *Mást se?*

– *Sose. (nevet)*

– *A bátyád nem próbált téged bevenni?*

– *Nem bírt... Rágondolok anyámra, azt kész... Nekem nem hiányzik... Fú mondják ilyen jó, ilyeneket képzelsz be magadnak, akkor képzeld be magadnak! Én semmit nem próbáltam...”*

(Hangfelyvételén kívül elmondta, hogy két évig volt heroinista, azt meglőzően számtalan fajta kábítószerrel fogyasztott.)

„*[S]loba nem volt bűncselekményem. Kábítószer miatt csináltam. Beteg voltam, nem bírtam gondolkodni, a hatása alatt voltam. Ennyi volt.”*

„*Én roma gyerekekkel foglalkoztam, azok voltak a barátaim. És az egyik, az már szívtott egy-két alkalommal ilyen füvet. Mentünk le a strandra. Azt mondja: »van nálam is egy ezres – azt mondja – vegyünk füvet.« Mondom: »Milyen füvet? Mondom, ott van kint a fű – mondom –, van ott annyi, hogy nem igaz!« Azt mondja, nem olyan, tudod, el kell szívni, oszt jól érezzük magunkat. Gondolkodtam, és mondom, itt van, nesze. Odaadtam a pénzt, intézd el a füvet. Nézem, olyan kobacsos (?) volt, gyanús. Elszívtuk, beálltam mindjárt, tiszta vérben volt a szemem. Jól éreztem magamat. Először hánytam tőle. Lazább voltam, könnyebb voltam, nevetgéltem minden hülyeségen. És így rákaptam erre... Pénzt vagy kértem édesanyámtól, vagy... Mondtam neki,*

*hogy adjon már nekem pénzt, elmegyek a strandra. Azt nem gondolta, hogy én kábítószok. Egy ideig belement, aztán rájött, hogy miért kérem én a pénzt. Utána elmentem lopni alumíniumot, meg házakba besurrantam.”*

## Esetek

Az alábbiakban három életutat ismertetek, kiemelve a főbb szocializációs közegeket. Ezek nem tipikus drogos életutak. *Mérgező* környezetből származó, nehéz sorsú fiatalokat mutatok be, akik deviáns életpályán haladnak. A droghasználat beleszővődik életükbe, de nem főszereplője annak, csupán szerves része. Úgy gondolom, az esettanulmányokon keresztül jellemző összefüggések és fordulópontok ismerhetők fel.

A fiatalok agresszívek, nehezen kezelhetőek és az általános iskola első éveitől követhetőek életútjukban visszatérők a normaszegések.

Tetteiket tekintve a viselkedésük deviáns. Ha családjukat, gyermekkorukat és az őket ért ártalmakat vesszük sorra, beláthatjuk, hogy a fiatalok környezetükhöz adaptálódtak, azaz racionálisan választott túlélési stratégiákat követve lettek a társadalom „ellenségeivé”.

Életükből hiányzik a stabilitás, állandóság és folytonosság. Ha múltjukból rakosgatják össze önmagukat és jövőképüket, nehezen találhattak boldogságra, jóleső élményre. Jövőjük mindig is bizonytalan volt (és jelenleg is az), örömet nem életük folyamata, csak a pillanat adhatott számukra.

A három fiatal életútját saját elbeszélésük alapján írtam le. Ezekbe a történetekbe nem szöttem bele saját észlelésem alapján összefüggéseket, egybeeséseket, sem fordulópontokat. Az életeket nem igyekeztem szakaszolni saját meglátásom szerint és nem vontam le következtetéseket esetleges érzelmeikre vonatkozóan utólag. Mindezeket rájuk bíztam, pusztán időrendi sorrendbe állítottam az elmesélt eseményeket. A leírások tehát az általuk megélt valóságról tanúsdnak.

## JÓZSEF

### *Családi háttér*

József szegény családba született első gyermekként. Édesanyja és édesapja az asszony apjával élt egy fedél alatt. Anyai nagyanyját nem ismerte, apja pedig 11 éves korában meghalt. Mind nagyapja, mind édesapja alkoholizált. József születése után két évvel született egy lánytestvére is. Ezt követően, sorozatos konfliktusok és verekedések után, a szülők elváltak. Az édesapa ezentúl nem tartotta a kapcsolatot sem gyermekeivel, sem saját anyjával. József édesanyja külföldön vállalt munkát, havonta pár napot töltött csak otthon. Külföldi tartózkodása idején a gyermekeit nem részeges apjára hagyta, hanem apai nagyanyjukhoz vitte őket, aki egy faluban lakott pár kilométerre tőlük. József tíz éves koráig így gyakorlatilag nagyanyjánál nevelkedett. Erre az időre így emlékszik vissza:

„Egy héten ötször ott voltam mamáméknál. Mamám mindig főzött, sütött süteményeket. Meg ilyen sült búst. Beszélgettünk. Segítettem neki sokszor. Hozták a másik testvéremet, unokatestvéremet, vele beszélgettem, vele játszottunk kint az udvaron. Egyszer volt búcsú a faluban, akkor elvittek oda minket. Vagy vidámparkba. Cirkuszban is voltunk párszor. Akkor még jó volt minden. Nagynéném is ott lakott. A családból édesanyámon kívül, húgomon kívül nagynénémet szeretem talán a legjobban. Mióta az eszemet tudom, ő mindig szeretgetett meg simogatott. Nagyon sokat vitt magával cukrászdába, mindenfelé. Bevásárlóközpontokba, mindig sokat vitt magával. Most hogy már idősebb voltam, akkor is találkozott velem, vagy éppen otthon volt, mikor voltam náluk. Mindig kérdezte, hogy kell-e valami. Vagy eljött éppen ő hozzánk. Láttam, hogy úgy van, hogy édesanyámnak sincs pénze, akkor mindig hagyott ott, segített minket nagyon sok mindenben. Mindenben segített, amiben tudott.”

József tíz éves volt, mikor a rendőrség értesítette a családot, hogy az édesapa meghalt. A fiúnak apjával nem volt kapcsolata, de édesanyja még mindig nagyon erősen kötődött hozzá. Abbahagyta munkáját és hazaköltözött. Nagyon megviselte József nagyanyját is az apa halála. Ezt követően József és kishúga nem jártak nagyanyjukhoz, városba költöztek édesanyjukkal és nagyapjukkal együtt. Az anya nem nagyon tudott munkát vállalni, ha nem akarta otthagyni gyerekeit részeges nagyapjukra. A gyerekek ritkán mehettek ki az emeletes házuk előtti udvarra, sokszor egyáltalán nem mehettek ki a lakásból. Életük gyökeresen megváltozott. Az alkoholista nagyapa rendszeresen veszekedett és verekedett József anyjával, meglopta és elitta a pénzt, illetve folyamatosan becsmérlő megjegyzésekkel illette a lányát, rendszeresen kiabált mindegyikükkel. Egész nap ivott. Az anya külföldön megkeresett pénze egy idő után elfogyott. Szegénységben éltek, rendszeresen előfordult, hogy kikapcsolták az áramot; rezsit, fűtést nem tudtak fizetni. Az anya egy bárban talált munkát, pultosként dolgozott. Egy évvel a városba költözésük után, József 11 éves korában kapcsolatot létesített egy férfival, aki oda is költözött hozzájuk. Eleinte a férfi sokat dolgozott (munka alatt illegális üzletelések és egyéb bűncselekmények értendők), jó kapcsolatban volt mindenkivel. Rövidesen kisiuk született. Az új apuka egy évvel odaköltözése után kezdett megváltozni. Sokat járt szórakozni, kábítószerezett, agresszívvá vált. Rendszeresen és brutálisan verte feleségét, szörnyű balhékat csapott, ha hazakeveredett. Többször összeverekedett a részeg nagyapával is, akivel sokszor jártak el kocsmázni. József is többször verekedett nagyapjával, anyja új élettársára is sokszor ráfogta a légpuskáját, mert mindkét férfi bántalmazta anyját, esetenként a gyermekeket is. József elmondása szerint a legrosszabb az volt, mikor látta kishúgát, ahogy sír és fél a családi botrányok, durva verekedések közepette, ekkor ugrott neki többször nagyapjának is. A családi botrányok havonta, hetente, sokszor naponta előfordultak. Ezekről így beszélt:

„Anyukám apukája... még édesanyám sincs vele valami jóban, de mégis megengedi, hogy ott lakjon nálunk, bár nem tudom miért. Én szívem szerint már nagyon sokszor kizavartam volna. Sokszor kötözködik édesanyámmal. Volt olyan, hogy összeverekedtem már édesanyám miatt vele. Sokszor volt olyan, hogy kidobtam a rubáit, megfogtam az egész cuccát és édesanyám visszaengedte. Édesanyámnak nagyon rossz kapcsolata van vele... Kiabál, ellopja az édesanyámtól a sok-sok pénzt, elissza... Volt olyan... hát édesanyámék kiabáltak. És anyámat kérdezte, hogy hol a pénz, hova tette

*mért lopta el. Fölbáborodott. Elkezdte szidni még az édesanyámnak az anyukáját is, akkor édesanyám is elmondta mindennek. És akkor én nekimentem. Ütöttem, rúgtam.”*

„Az az ember (anyja élettársa) akart főnökösködni... Sokat verekedett, sokat ütötte édesanyámat akkor. Volt, hogy nagyon. Sokszor azért nem ment anyu dolgozni... Volt egy ilyen légpuskám nekem, volt mikor azt fölkaptam, aztán kiszaladt az ajtón és nem jött haza akkor két-három napig...Ha a húgom elkezdett sírni, én akkor voltam ideges... Ha nem anyukám barátja, akkor anyámnak az édesapja, úgyhogy minden héten volt valami... Volt olyan, hogy nagyapám leszúrta egyszer. Valahol együtt ittak, és valamin összevesztek. Megütötte nagyapámat, nagyapám pedig leszúrta. Szíven szúrta, csak nagy melle volt, ki volt gyúrva. Hát akkor szabadult, nem olyan régen. Ezért nem halt meg. Csöveket tettek bele az orvosok. Volt egy ilyen.”

Egy éven keresztül élt velük anyja élettársa, aki ezt követően gondatlanságból elkövetett emberölésért börtönbe került. József keserűen gondol vissza arra, hogy annak idején anyja az összes pénzét elköltötte a börtönbe küldött csomagra.

„*Volt egy ház falun, kétszobás volt és egy fürdőszobás, meg konyha benne. És eladta végül is ezt anyám. És ezt a pénzt... vett rajta egy autót, a többi pénzt meg elköltötte össze-vissza. Na most ez az ember, aki édesanyámmal volt, akitől van az öcsém, börtönben volt akkor. Hát mondhatjuk, hogy végül is ráköltötte az egészet erre az emberre. Őneki vette meg az autót, minden. Amikor ő szabadult, használta az autót és nemsokára utána eladta, és azt a pénzt mind elverte... Így visszagondolok, akkor annak az embernek sokkal több mindent küldött édesanyám, mint amit nekem küld. Az a pénz nem lett volna így elosztogatva meg elverve, akkor szerintem én se lennék itt. Akkor mondhatjuk úgy, hogy bankba rakta volna vagy bármilyen üzletet csinált volna abból a pénzből. Szerintem ugyanúgy meg lettek volna nekem azok a rubák, meg azok a pár ékszer, ami miatt végül is elkezdtem a bűnözést. Meg nem lett volna az, hogy nem bírja kifizetni a rezsit. Meg nem kellett volna elmenni bűnözni.”*

A börtönévek letöltése után még egy évre visszaköltözött hozzájuk, aztán elköltözött, miután a nagypapa életveszélyesen megsebesítette.

### **Iskola**

Az első pár évben József jó tanuló volt. Szerette a tanárnőjét. Harmadikos lehetett, amikor egyre erőszakosabbá kezdett válni: agresszív volt, bántotta a társait. Pszichológushoz küldték, aki *bíttanórát és úszást* javasolt a kisfiúnak. Józseffel ezt követő egy évben minden rendben volt, fölös energiáit levezette, nyugodt volt. Tíz éves korában azonban, mikor anyjához és annak részeges apjához költözött és elkerült nagyjától, ismét elkezdődtek magatartásproblémái. Nem tanult, verekedett. Egymást követően háromszor megbukott, rendszeresen bántalmazta társait, ekkor eltanácsolták az iskolából. Rossz eredményei miatt a város legrosszabb hírű iskolája fogadta csak be, amit a helybeliek csak „gengszterképzőnek” neveznek. Ott ismerkedett meg azokkal a gyerekekkel, akikkel kábítószerezni és lopni, rabolni kezdett.

„*Átkerültem egy másik iskolába, ahol összeismerkedtem egy gyerekkel. Az már akkoriban bűnözött. Az olyan tizenkét éves koromban lehetett. És vele találkoztam.*

*Aztán belefolyt az életembe a kábítószer is 13 éves koromban. És elkezdtem én is bűnözni vele folyamatosan. Mentünk mindenhová. Elég sokat csavarogtunk... Aztán végül más barátot is találtam, utána szüleim eltiltottak tőle bűncselekmények végett. Nem engedtek sokáig sebova. Csak utána voltak ott a környéken is ismerőseim és azok is sokat kábítószerreztek. Ugyanúgy kábítószerreztem velük is. Utána már nem érdekelt, hogy anyuék mit mondanak, hogy nem mehetek ki, akkor is elmentem. Kábítószer végett."*

### **Predeviáns és deviáns lépések**

12 éves korában iskolát váltott és bűnöző gyerekekkel ismerkedett meg. 13 évesen kezdett kábítószerrezni. Csavargott és elkezdett rendszeresen bűnözni.

*„Bolti lopás volt a legelsőnek. Akkor ilyen parfümököt meg ilyeneket loptam. Utána volt, mikor betörtünk éjszaka házakba. Utána már rablás lett a végén belőle.*

*Első rablás az egy osztálytársunké volt. Tesióra volt, és elloptuk a kulcsát, a lakás-kulcsát, meg az ellenőrzőjét, abban benne volt a címe és úgy találtunk oda. Akkor elhoztunk tőlük mindent. Videót, tévét. Meg készpénzt, aranyat hoztunk akkor sokat el. Miközben pakoltunk össze, akkor bazaérkezett ez az osztálytársunk is, és bezártuk a vécébe. Utána elmentünk. Másnap rendőrség. Végül nem lett abból semmi, mert visszavonták a feljelentést. Visszaadtunk mindent. Ez volt a legelső. Utána meg már folyamatosan. Idegen iskolákba bementünk sokszor. Onnan is lopkodtunk. Besurran-tunk sokszor úgy, hogy otthon voltak. Vadidegenekhez benyitogattunk, otthon voltak, nézték a tévét, közben benn voltunk mi is a lakásban. És loptunk akkor is a másik szobában... Egyik szobában volt a tulaj, és a másikban... onnan kiloptuk az értékeket, pénzt.*

*Kábítószer alatt nem féltem. Általában vagy bélyeget, vagy korongot vettünk be, mikor mit. Bűncselekménynél mind a kettőt. Vagy extázis tablettát. Volt olyan is, hogy is azzal csináltam.*

*Amikor már elkezdtem kábítózni meg lopkodni, akkor sokat inkább nem mentem be az iskolába. Meg volt beszélve hol találkozunk. Iskolába bementünk, bent voltunk egy-két órát, utána onnét eljöttünk, mentünk csavarogni."*

*Anyja az iskolából tudta, hogy fia sokat lóg. „Anyám akkor leült beszélgetni, de... volt úgy, hogy leült beszélgetni, kábítószer alatt voltam és nem érdekelt, hogy mit mondott. Egyik fülembe be, a másikon ki."*

Volt, hogy egy hónapig nem ment haza, szállodákban aludt barátjával. 12 éves korában kezdett dohányozni, miután iskolát váltott. Reggel felkelt, anyja hagyott neki pénzt reggelire, megvette, utána találkozott barátjával, bevették a kábítószeret, ami előző napról maradt, utána elmentek lopni, rabolni, valamit, amiből pénz lesz. Eladták, utána megint kábítószeret vettek, este 10–11-ig együtt voltak, utána hazamentek. Sokszor anyja nem tudott ruhára pénzt adni, arra is költött. Sokszor hazudott anyjának arról, hol volt, mit csinált.

Ha nem jutott kábítószerhez, fáj a feje és a csontjai, rosszul volt. Ha LSD-zik, kö-tözőködös nagyon. Nagyon sokat verekedett két barátjával, akiket nem egyszer direkt provokált. Amikor verekszik, akkor nagyon ideges és semmi nem érdekli. Régen

gyógyszert szedett. A diszkóban speedezett, és öt alkalomból kétszer biztos, hogy verekedésbe keveredett. Amikor volt pénze, nem ment bűnözni. Akkor érzi jól magát, ha van pénze és együtt van a barátnőjével.

Odakint havonta legalább 500 000 Ft-ot szórt el, ebből kb. 150 ezret adott haza. Ruhákat vett, meg ékszereket – utána másképp néztek rá.

15 évesen megismerkedett egy lánnyal, akkor fél évig nem bűnözött, és drogot sem fogyasztott, de akkor úgy megszorultak, hogy újrakezdte a bűnözést, és jött vele a drog is. Folyton rendőrségre jártak, anyja idegösszeroppanást kapott.

József 15 évesen került először börtönbe. Barátnőjével szakítottak. Megszökött, és újabb bűncselekményeket követett el. Jelenleg csoportosan elkövetett rablásért tölti ítéletét.

## JÁNOS

### *Családi báltér*

János ötödik gyerekként született egy vidéki nagyvárosban. Egy éves kora körül a szüleinek megszakadt a kapcsolata, mert akkor édesapja, folyamatos bántalmazást követően, megkéselte anyját, és emiatt börtönbe került. A válás után az anya a szülei házába költözött a gyermekeivel: a kis faluban a nagyszülők szőlőt termeltek, borászkodtak. Szabadulását követően az apja magához vette János két bátyját. A kislány két nővérével az anyjukkal maradt, aki a másik két gyerekével ezentúl éveken keresztül nem tartotta a kapcsolatot semmilyen formában. Nagyszüleiről nem beszél János, a faluban töltött egy-két évről csak azt árulja el, hogy folyton megszökött. Édesanyja valószínűleg itt került kapcsolatba azzal a férfival, akivel csakhamar összeházasodtak, és a férfi családjának közelébe, egy tőlük távol eső vidéki nagyvárosba költöztek. János ekkor hét éves lehetett, és még óvodába járt. Mostohaapja rendszeresen alkoholizált, emellett kapcsolatuk kezdetétől fogva brutálisan bántalmazta feleségét, János anyját. Időközben két kislányuk született. János egyáltalán nem kedvelte a mostohaapját, aki erőszakoskodott az anyjukkal. *„Kisebb voltam, akkor is voltak is ilyen dolgok, csak azért nem előttem csinálta. De tudtam én ezekről, meg kiabáltam. Mondtam neki, hogy egyszer majd megnövök én is.”* Sokszor nem tudtak aludni éjszakánként a kiabálások, sikoltozások és a félelem miatt. János nagyon sajnálta anyját, de tudta, amíg kislány, hiába avatkozik bele a verekedésbe, azzal senkinek nem lesz jobb. A gyerekek tanúi voltak a brutális veréseknek, melyek a házukban zajlottak. A mostohaapa nem kizárólag a feleségét bántalmazta. Gyakran lehettek a gyerekek tanúi annak is, ahogyan a mostohaapa és ivócimborái egymásnak mentek. *„Olyan volt, hogy jöttek a barátai, a nevelőapámnak. Itt aztán valamin összevesztek. Kártyáztak. Összevesztek, verekedés. Elég cikis volt.”*

János így beszél a szüleiéről, anyjáról: *„Nem foglalkoztak úgy velem. Szóval magamra hagytak. Önállóan csináltam mindent. Próbált így anyám rám figyelni, csak látta, hogy nem bír velem, mert nem hallgattam rá... Anyám nem hiszem, hogy szeretett. Lebet, hogy mondta, csak nem emlékszem rá. Nem mutatta soha ki, hogy szeret. Fiának tekintett. 8–9 éves koromtól nem éreztem azt, hogy engem szeret. A két húgomat, azokat nagyon szereti.”*

János 15 évesen élettársi kapcsolatba lépett egy nála két évvel idősebb lánnyal, aki hozzájuk költözött.

*„Hát volt ilyen eset például, akkor már bent laktunk a városban. Aztán ugye két bátyámmal mentünk locsolkodni. És akkor az élettársammal ott laktunk anyáméknál. Telefonál, hogy gyorsan jöjjenek baza, mert veszekednek anyámék. Azt mondta, hogy a nevelőapám üti anyámat. Ugye ott van a két húgom meg az élettársam. És hát hazamentünk és láttam, hogy elment. Keze tiszta kék, be van dagadva. Anyám főzött, meg mit tudom én, mit csinált. Kiborította a kaját ide a konyhába. Meglátta és akkor kapott.”*

János 16 éves korában a lány szüleihez költöztek, mert a brutális verekedések a mostohaapa és közte életveszélyesekké váltak.

*„Hazajött éjszaka (a mostohaapa). Aludtunk a szobában élettársammal. Már anyámék is külön szobában. Ő meg hazajött részegen. Hajnali kettő tájban lehetett. Elkezdett kiabálni, hogy jöjjön ki anyám a szobából, jöjjön ki beszélgetni velem, ő beszélgetni akar. Fölverte az egész házat. És fölkeltem, fölbredtem rájuk, de én meg hallgattam. Aztán pont a kisszobaajtó elé léptem. Csak kiabál meg dumál. Idegesített. Már három óra van és felveri az egész házat. Kishúgaim mentek volna iskolába reggel. Szomszédot fölkelte. Persze az élettársam mikor már látta, hogy ideges vagyok, akkor meg már maradjak, ne csináljak semmit. Hát csak mondja a hülyeségeit. Kinyitom az ajtót, a szobaajtót. Ült a széken és a székkal együtt fölrugtam, és esett lefele. Térdre esett és beverte a fejét... elkezdtem ütni, ruhájánál fölkaptam és kidobtam a falra. Aztán láttam, hogy nyükkál a zsebében. Akkor már anyu is kijött a szobából. Anyám meg már tudta, hogy valami lesz. Bicska volt. Kikapta rám a vaspengét. Végül is szűrni is akart engem. Konybaszekrénynek nekilöktem, beleszaladt alaposan a kése, akarta kibúzni, aztán láttam, hogy már jön kifelé a konyhából, megfogtam a fejét és nekiszaladtam vele az ablaknak. Megfogtam a baját, aztán nekiszaladtam az ablaknak, úgy szétvágtam a képét. Hívták a rendőroket.”*

*„Először megvertem ezt a palit (mostohaapa). Mivel anyámmal is veszekedett, hogy megveri meg mit tudom én micsoda... Eltört a bordája, az orra eltört meg a keze. És akkor egy hónapot betegállományban kellett lenni. Ezért kirúgták a munkahelyéről. Amúgy is mindig részegen ment be a munkahelyre... És akkor anyámmal beszélt, hogy nem lesz jó, ha én ott vagyok.”*

### **Iskola**

János későn, 9 évesen kezdte iskolaéveit. Harmadikos korától már rendszeresen nem járt be. A tanárok nem szerették, osztálytársai körében is népszerűtlen volt, sokat verekedett, mindenkivel kötözködött. Harmadikos korában az iskolába járó idősebb fiúkkal barátkozott, velük ment el mindenféle a tanítási időben. Hatodikos korában bukott meg, ekkorra már magántanuló lett. Így emlékszik az iskolára:

*„Nagyon nem szerettem iskolába járni. Ülni egy padban és hallgatni a tanárt. Mikor a tanár nekem parancsolgat meg már fölhidegesít... Verekedés. Azt az egyet szerettem.”*



### **Predeviáns és deviáns lépések**

Harmadikos volt, amikor elkezdett rendszeresen iskola mellé járni. Egy héten átlagosan két napot járt iskolába. Tíz éves korától dohányzik. A panelházban lakó idősebb fiatalokhoz csapódott, velük csavargott iskolaidőben. Strandra jártak, uszodába, városban sétáltak és sokat verekedtek. 12 éves korától fogyasztott alkoholt, egy héten átlagosan két alkalommal. Kezdetben olyan időben ért haza, mintha iskolából jönne. Édesanyja, mikor az iskola értesítette fia mulasztásáról, kiabált vele, veszekedett, ilyenkor elment hazulról, nem hallgatta a hangos szót. Egy idő után már későn – este 9–10 óra körül – kezdett hazajárni, „csajozott”, játékkermekben töltötte az idejét. Mostohaapja idősebb fiát ilyenkor utána küldték, hogy keresse meg és hozza haza őt. Ez a fiú sokszor elverte és megalázta Jánost, mielőtt átadta szüleinek. Először 15 évesen tört be egy barátjával, mert pénzt akartak szerezni. Később, 16 éves korára rendszeressé vált, hogy belekötöttek az utukba tévedő fiatalokba, és „csináltunk egy-két rablást”.

*„Leütéses rablásokat csináltunk. Bementünk diszkóba, aztán húztunk táskákat. Elvittük a telefont, pénzt. Volt, olyan, hogy bankkártya volt benne. Például a gyerekekkel megismerkedtem a diszkóban. És akkor megismerkedtem, meghívtam piálni vagy valami. És akkor mikor odakerült, hogy add már ide a telefonodat, badd csörögjek már ide. Elővette a telefonját, akkor már látni lehet, hogy érdemes-e elvenni tőle. Ha igen, akkor kihívom a diszkóból, és akkor elkezdem mondani a hülyeséget. Na mindegy! Mit tudom én elrakom a telefont zsebre. Ha lázad, akkor le is ütöm, vagy mit tudom én...”*

15 éves korában bátyja elvitte őt édesapjához, ekkor ismerte meg, de nem hagyott benne mély nyomot az apjával való találkozás. János dolgozni, illetve szórakozni járt idősebb fiútestvéreivel. Diszkóba járt. Megismerte későbbi élettársát, akivel anyjéékhoz költöztek. Idősebb fiútestvérei voltak azok, akik komolyabban bevezették az éjszakai életbe és az alvilágba. Kábítószerrel 16 éves korától használt, miután diszkóba kezdett járni. A diszkóban ismerte meg azokat a gyerekeket, akiktől elsőként füvet vett. Miután kipróbálta a marihuánát, másfél, két hónapra rá speedet és extasyt is vett. Inentől a legkülönbözőbb drogokat próbálta, amihez csak hozzá tudott jutni – kivéve a heroint. Szórakozások során, a diszkóban, kocsmákban, bárókban és játékkermekben használtak kábítószerrel a haverjaival, illetve a fiútestvéreivel: meszkalint, korongot, LSD-t és a már említetteket. És persze alkoholt is ittak.

16 éves korában a mostohaapja és közte levő sorozatos konfliktusok miatt elköltözött otthonról. A család félt attól, hogy valamelyikük megöli a másikat.

Jelenleg súlyos testi sértésért és csoportosan elkövetett rablásért tölti szabadságvesztését.

## **MÁRKÓ**

### **Családi báltér**

Anyja 15 évesen szülte, apja ekkor 18 volt. Egy éves korában a szülei elváltak. Később kibékültek, megszületett a kishúga, aztán megint szétmentek, megcsalták egymást. Édesapja volt büntetve. Miután elváltak, apjának új felesége lett és gyereke. Dolgozik, rendezetten élnek, de nem szívesen látják Márkót.

Anyja elzüllött, kenyérgondokkal küszködik. Összeállt egy alkoholista férfival, aki rendszeresen és brutálisan bántalmazta a feleségét. Márkó anyja is inni kezdett. Egész nap kocsmáznak, négy gyereket elhanyagolják. Anyja új férje korábban nem ivott, de miután meghalt édesapja, alkoholizálni kezdett. Korábban jóban voltak Márkóval, aki élete legjobb élményét – amikor kapott egy biciklit – is hozzá köti; egyébként is hajlamos mostohaapjának nevezni, noha soha nem éltek egy háztartásban.

Így beszél anyja új családjáról Márkó:

*„Mindig ittak valabol. Úgy kelnek fel, hogy mennek egyből inni. Ők oda mennek, olyan kocsmába, ahol ilyen csövesek vannak. A gyerekek ott vannak, koszosan, nem esznek, nem isznak. Nincsenek kipibenne. Este nem tudnak aludni, mert mindig verekednek, mindig csinálják a fesztivált. A gyerekek is azt csinálnak, amit akarnak. Van anyunak egy másik fia, öt éves. Tiszta kosz a gyerek. Egy szobában vannak. Egy kis lyukuk van. Nincs fürdőszoba, nincs vécé... Azok nem tisztálkodnak. Ők azért szülik a gyereket, hogy legyen a szocpol, a családi pótlék, ez, az, amaz. Hát a gyerekeknek nem vesznek a családi pótlékból semmit. Nem rájuk költik. Óh, anyu azt megcsinálja, hogy összeszedi a gyerekeket, a férje meg kiüvölt reggel, hogy „menjél, hozzáál pénzt anyádtól, mert nincs pénz, inni akarok!” Jön anyu, sír; a gyerekek sírnak, hogy mama, ébesek vagyunk, kell pénz. Jönnek oda, pénzt kérnek. A mama meg persze megsajnálja őket, ad nekik egyből. A bátyám, az szokott nekik többet is adni, 20–30 ezer forintot, hogy tessék, osszátok be magatoknak, egy pár napig legyen elég, ne igyátok el! De másnap, harmadnap már megint ott vannak.”*

Őt és húgát nagyanyja neveli, akinek agyvérzése volt, cukorbeteg, és három infarktusos volt eddig. Nagyon szegények; nagyanyja nem tudta megadni nekik azt, ami kellett. Közös étkezések nem voltak, mindenki akkor evett, mikor éhes volt. Édesanyja rendszeresen átmenekült hozzájuk, sokszor megverve, sikongatva jött az éjszaka közepén, menekülve brutális férje elől, aki utána jött, és sokszor a nagymamát is megverte, majd visszacibálta feleségét. A gyerekek hallottak, láttak mindent.

*„Az a férfi, aki most anyuval van, egy alkoholista. Régen sportoló volt, bokszolt sportszerűen. És anyu mindig jött hozzánk, az anyjához, a nagymamámhoz. Elszökött a férjétől. Arra is emlékszem, hogy eljött, és a férje jött utána este. Valabol voltak szórakozni, és féltékenykedtek egymásra. És anyu elszökött tőle, és ő jött oda, és megverte a nagymamát is, meg a feleségét is, és hazament vele. És ezek után, hogy a nagymamát megverte, anyukámnak a saját anyját, úgyis visszament hozzá anyám. Ilyen háborúkra emlékszem, amikor a férje jött, féltünk, rettegtünk, féltünk. Kisebb voltam akkor persze.”*

*„Felébredtem arra, hogy jön anyu, és a mama nyitja neki az ajtót, elkezdte mondani anyám, hogy jaj, most gyorsan csukjuk be az ajtót, mert jön mindjárt, meg ilyenek. Én ott feküdtem. Kisebb voltam, és akkor félős voltam. Az ajtó mellett aludtam, és oda robant be egyből az ember. Meg ha nem is oda, ballottam minden mozgást. Majdnem sírtam sokszor.”*

*„Megverte őt a bátyám. Kétszer. Mert a nagymamámnak eltörte egyszer a bordáját. Anyukámnak a férje. De úgy, hogy anyut ütötte – akkor be volt rúgva –, a nagymamám meg ráfeküdt anyura, hogy ne üsse már. És akkor ütötte őt is. A bátyám a diszkóban volt, bétvége volt. És másnap jött baza a bátyám, nem feküdt le, semmi, mondták neki, beült az autóba, és elment hozzá, megkereste őt. Nagyon megverte.”*

Minden éjjel féltek. Első konkrét emlékei ilyen alkalmakról 10–11 éves korából vannak. Anyja és négy kisgyereke nagyanyjától kérnek pénzt, kuncsorognak sírva a ház előtt. Anyja megígérte néha, hogy hazajön, és nevelni fogja, aztán nem így lett. Remélte, hogy a szülei újra össze fognak jönni.

Márkó elmondása szerint anyja kiskorukban sem foglalkozott gyerekeivel, még annak idején sem, amikor együtt voltak a szülei. Férje mellett is kikezdett más férfiakal, a kisgyereket anyjánál és testvérénél hagyta. Akkora volt a kosz és a szegénység, az anyja olyannyira elhanyagolta gyermekeit, hogy a nagyanya magához vette őket. A nagymama azt szerette volna, ha a gyerekek az apjukhoz kerülnek, de az apa nem vállalta őket, lemondott róluk –elsősorban új felesége kedvéért.

A nagymama súlyos beteg, öreg, soha nem tudott sem Márkóval, sem kishúgával foglalkozni. Márkó sokat unatkozott otthon. A nagymama nem figyelt a gyerekekre. Nem fordult elő, hogy játszott volna velük, vagy elvitte volna valahova őket, nem foglalkozott velük úgy, ahogy kellett volna, de a szeretetét mindig érezte velük. A nagynénje játszott velük inkább, aki szintén velük élt.

*„A nagynénikém, az akarta egyébként, hogy jó tanuló legyek. Persze. Segíteni is akart nekem sokszor, leült, és segített megcsinálni a leckét stb., apróságok. De engem nem érdekelt az iskola. Tanultam, de már alig vártam, hogy menjek. Menjek a barátaimmal szórakozni, menjünk hülyéskedni.”*

Pénzüik nem volt, Márkó azért ment lopni, hogy pénzt szerezzen. Néha meglátogatta édesanyját. Nagybátyja is velük lakott régebben, ő is nevelgette, pénzt adott neki alkalmanként, s ha panasz volt rá, jól eltángálta a fiút.

*„Nagynéném mindig a bátyámmal fenyegetett meg, mert nem ő vert meg. Egy-két pofont adott, akkor a bátyámat felhívta telefonon, odahívta, megveretett vele, meg ilyenek.”*

Nagynénjétől és nagybátyjától félt, később csak nagybátyjától. Nagy a családjuk, mindenkivel tartotta a kapcsolatot, és a szomszédokkal is jó barátságban voltak. Sokszor hétvégén nagyanyja főzött, és áthívta a szomszédokat, mindenkit. A nagynéni haragszik Márkó anyjára annak felelőtlen viselkedése miatt, de a nagymama nem neheztel a lányára.

Miután a rendőrök révén megtudták otthon, miket csinál, és elverték nagyon, már nem érdekelte, mit mondanak az otthoniak, ment a feje után.

### **Iskola**

Nem szeretett iskolába járni, sokszor panaszkodott fej- és hasfájásra, hogy ne kelljen iskolába mennie. Félték tőle az osztálytársai, kiabált, verekedett. A lányok jobban szerették, mint a fiúk. Elsőben évet ismételt. Kétszer kirúgták, mert bántotta a gyerekeket. Nem szeretett tanulni.

*„Szerettem verekedni. Nagyon rossz voltam, szerettem verekedni. Szerettem az izgalmakat, szeretem, hogyba baj van.”*

### ***Predeviáns és deviáns lépések***

10-11 éves korától lopott, unokatestvéreivel ment. Először egy-két üveg whiskyt lopott boltból, nem félt, nagyobbakkal volt. Ő volt a legkisebb, ő vette ki az autós magnot, meg ilyesmit. Unokatestvérei tanították neki a bűnözést.

*„Én azért lettem ilyen, amilyen lettem, mert engem nem neveltek, meg rá is vitt a kényszer, hogy menjek bűnözni. Nekem kellett.”*

Lopásokkal kezdte, aztán autófeltörés, rablás, betörés. Otthon azt mondta, játékgépből van a pénze, sokáig nem tudták, mit csinál. Kis pénzt haza is adott. Kezdetben egy barátjával lopott, aztán egyedül. Sokat verekedett, kötözködött. A barátaival csavargott folyton, loptak, szórakoztak, izgalmasnak találta.

*„Ahogy idősebb lettem, voltak keményebb bűncselekményeim. Régebben csak ilyen lopásokkal kezdtem, autófeltörés. Utána jöttek a keményebb bűncselekmények, a rablás, a betörés.”*

Új cuccot vett magának a pénzből. Később, mikor kábítószerre kezdett, már arra kellett neki a pénz, havonta 4–500 000 forintot költött. Minden héten új cipő, ruha, drog. 13-14 évesen ivott először, sokszor használta együtt az italt más drogokkal.

Füvezett, amit nagyobb unokatestvéreitől kapott. Naponta 4-5 marihuánás cigarettát elszívott.

*„Füveztem nagyon keményen. 13 éves koromban. A nagyobb unokatestvéreim adták nekem. Aztán speed, I-por. Nagyon sokat csináltam.”*

Egyéb amfetaminszármazékokat is használt, a heroint is kipróbálta, de nem akarja többet, két unokatestvére is meghalt tőle.

Reggel mentek pénzt szerezni, hétköznap délután füveztek, várták a hétvégét, amikor szintetikust használtak. Többször került börtönbe. Szerinte a kábítószer miatt.

Legjobb gyerekkori élménye a drogozás, és amikor a mostohaapjától kapott egy biciklit. Legrosszabb gyerekkori emléke, amikor először vitték be a rendőrségre, és megverték 11-12 évesen.

Jelenleg szabadságvesztés büntetését tölti. Rablás és lopás miatt ítélték el.

## A SZERZŐKRŐL

**Bíró Judit** – egyetemi docens, ELTE TáTK Deviancia Szakirány

**Bőbm Júlia** – szociológus, Tudástársadalom Alapítvány

**Bús Terézia** – szociális munkás, Magyar Máltai Szeretetszolgálat

**Cseri Györgyi** – szociális munkás, Kék Pont Alapítvány

**Czakó Ágnes** – szociológus, egyetemi docens, BKE Szociológia és szociálpolitika tanszék

**Dr. Demetrovics Zsolt** – pszichológus, ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék

**Dr. Felvinczi Katalin** – igazgató, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

**Paksi Borbála** – szociológus, Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet, Viselkedéskutató Központ

**Dr. Pikó Bettina** – orvos-szociológus, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Pszichiátriai Klinika, Magatartástudományi Csoport

**Dr. Rácz József** – pszichiáter, MTA Pszichológiai Kutatóintézet, ELTE Társadalomtudományi Kar Drogtanulmányok Kutatóintézete, Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Foiskolai Kar, Társadalomegészségügyi Intézet, Addiktológiai Tanszék

**Sárosi Péter** – programvezető, Társaság a Szabadságjogokért, Drogpolitikai Program

**Solt Ágnes** – szociológus

**Szécsi Judit** – szociális munkás, Kék Pont Alapítvány

