

Gyakran Ismételt Kérdések

Szülők gyakorta keresnek meg azzal, hogy „összedőlt a világ, drogozik a gyerek...!”

A kétségbeesés egyik legfőbb oka gyakran az ismeret- és információhiány, mely a generációs különbségekből éppúgy adódhat, mint a média által sugallt árnyalatlan képek, szörnyű hírek alapján összeálló tévhitekből.

Az esetek jelentős részében hamar kiderül, hogy a „világ mégsem dőlt össze”, az egy szál füves-cigit kipróbáló fiatal nem fog meghalni másnapra, és a családot sem fogja tönkretenni. Az ilyen megkeresések azonban mindenféleképpen hasznosak, mert a szülőket egy differenciáltabb kép kialakításában segítik, valamint lehetséges cselekvési terveket is felvázolunk, hogy mi a teendő, hogy - ha nincs, - ne is legyen baj, illetve milyen változásokra érdemes odafigyelni a gyermeknél, fiatalnál. Fontos közösen meghatározni, melyik az a pont, ahol valóban beavatkozás szükséges, és általában nem csak az egyén (szerhasználó fiatal) szintjén, hanem a rendszer (a család) szintjén is, melyben a szerhasználat megjelenik és fennmarad.

Az esetek egy kis százalékában valóban komoly a baj, mely azonnali és többoldalú beavatkozást igényel.

*Amennyiben családjában, baráti körében, közvetlen környezetében szerhasználati problémát tapasztal vagy vél, kérjen segítséget! A **MÁTRIX Egyesület** család-, szülő- és párkonzultációra, a hozzátartozók támogatására éppúgy lehetőséget biztosít, mint a szerhasználók segítésére.*

A drogkérdés megfelelő kontextusba helyezése, a probléma jobb megértése és differenciált kép kialakítása érdekében az alábbiakban a szülők, hozzátartozók részéről leggyakrabban felmerülő kérdések, elképzelések, (tév)hitek, hiedelmek, megkeresések mentén vesszük sorra a legfontosabb tudnivalókat.

A füvezés utáni lépés szükségszerűen a heroin, annak következménye pedig rövid úton a halál...

A drogokkal való találkozás nem feltétlen jár komoly és hosszú-távú egészségügyi, szociális, pszichológia következményekkel. A kipróbálók bizonyos részénél valóban függőség kialakulásához vezethet, s az egyéni károk esetükben felbecsülhetetlenek, de fontos látni,

hogy az egyszeri kipróbálók döntő többsége soha nem válik rendszeres fogyasztóvá (Rác, 1999), nagy részük alkalmi használó marad, vagy egy idő után teljesen felhagy a droghasználattal (Komáromi, 2000). Még egy olyan rendkívül addiktív (azaz függőséget kialakító) szer esetében is, mint amilyen a heroin, „csak” minden negyedik kipróbáló válik függővé (Honti és mtsai, 2001).

A heroint használók jelentős része valóban használt fűvet drogkarrierje kezdetén, de a fűvet valaha kipróbálók csak kis százaléka használ a későbbiek során heroint.

A kipróbálók arányában nemenként, korcsoportonként és lakóhely szerint jelentős, szignifikáns különbségek mutatkoznak. A tiltott drogok közül a legnagyobb életprevalencia-értéket (élete során valaha kipróbált) a legtöbb európai országhoz hasonlóan a kannabisz esetében tapasztalhatjuk, a legalacsonyabb kipróbálási arányt pedig a heroin esetében (Paksi, 2003).

...és mi a helyzet a papa sörével?

Serdülők gyakran teszik fel a kérdést, hogy miért ne szívhatnának el egy-egy füves cigit esténként, mikor apa is megissza minden este a két-három üveg sörét... Ez a kérdés általában nem szokott tetszeni a szülőknek, pedig részben jogos. Egyrészt, mert *az alkohol is drog*, csak épp *legális*, a marihuánával ellentétben, másrészt *a családban előforduló intenzifikált, vagy kényszeres szerhasználat rizikótényezőnek* tekinthető, a szervválasztás az, ami más. A fiatalok szerfogyasztása gyakran mutat rá a szülők szerproblémájára, vagy a családban előforduló egyéb rendellenes működésre.

A nagyobbik gyerekkel nincs baj, ő csak a gép előtt ül napi húsz órát, de a kicsi...elszívott egy szál füves cigit!

Érdekes kérdés, hogy a család mit tekint problémának, és mit nem. A számítógép előtt ülni naphosszat, játékgépezni, túlzott testedzésbe vagy koplalásba, vagy ellenkezőleg, evésbe menekülni, stb. ezek szintén problémát jeleznek az egyén és/vagy a család szintjén. A *kémiai illetve viselkedéses függőség* egyaránt függőség, kezelése sok ponton hasonló. Vannak társadalmilag elfogadottabb, sőt, akár preferált függőségi formák, mint például a munkamánia, s vannak kifejezetten elutasítottak, például a heroin-függőség. Ettől még mind a kettő - hasonló gyökerekkel rendelkező - megoldásra váró probléma. Jellemző az is, hogy hajlamosak vagyunk a „szegény mártír anyuka” és az „alávaló drogos kölök” szerepeket

kiosztani egy családban, figyelmen kívül hagyva azt a tényt, hogy általában a rendszer - a család - az, ami beteg. A droghasználat csak a jéghegy csúcsa, a gyerek/ serdülő gyakran csak tünethordozó, s a tartós változás, gyógyulás érdekében hozzátartozóként magunknak is kell változnunk, illetve változtatnunk hozzáállásunkon, hiszen a „függő játszmának” minimum két résztvevője van, a szerfüggőség „*családi vállalkozás*”. A kérdés, „mit csináltok ti itt együtt”? Hozzátartozók gyakran felhúzott szemöldökkel néznek, mikor felajánlom a családi konzultáció lehetőségét, „hiszen a gyerekekkel van a baj, nem velünk”. Holott kialakult szerfüggőség esetén a család működés módján is változtatni kell, ha a szerfogyasztónál szeretnénk tartós változást elérni.

A függőségről a szakma is másként gondolkodik, mint néhány évvel korábban, ennek értelmében több, korábban más jellegűnek gondolt zavart is ide sorolunk (Szemelyácz, 2007), eszerint a függőségi spektrum egyaránt magában foglal különféle kémiai, illetve viselkedéses addikciókat (Németh, 1994). Az előbbi valamilyen pszichoaktív (a központi idegrendszerre ható) szertől, utóbbi valamilyen speciális ingeradó és feszültségoldó viselkedésformák ismétlésétől való függőség, mely mindkét esetben olyan kötődést jelent, amely idegrendszeri és lélektani változásokat okoz, s azoknak készítés-erősítő mechanizmusain alapul (Buda, 2009).

Közös jegynek tekinthető az a fajta működés mód, (ún. „addiktív ciklus”), melynek során a személy feszültségnövekedéssel kísért, ismételt készíttést él át egy adott viselkedési sztereotípiára végrehajtására (pl. drog megszerzése és használata, szerencsejáték, falás, stb.), melyet a végrehajtást követően hirtelen feszültség csökkenés követ. E kórképek jellemzői a kontroll-vesztés, valamint a viselkedés ön- és/vagy környezetet károsító mivolta.

Az ún. addikció-váltás (tehát pl. az illető felhagy a marihuána használatával, de helyette inni kezd), valamint az addikciók gyakori együttes előfordulása (tehát pl. nem csak szerencsejáték problémája van, hanem alkoholisták is) szintén ezen kórképek közös gyökerére enged következtetni (Rácz, 2001; Buda, 1995).

Mivel büntessem...?

Nem a büntetés a megoldás, hanem a következmények megtapasztaltatása! Büntetés és *következmény* között a lényegi különbség talán a következőkben ragadható meg: amíg a büntetés a nem kívánt viselkedés-formát követően fogalmazódik meg, a gyerek az adott viselkedés-forma közben nem tudja, mi lesz a következmény; a szülő aktív (büntet), a gyerek passzív (elszenved), a büntetés nevelési határfoka minimális. Addig a következmény a

vélhető nem kívánt viselkedés-forma bekövetkezte előtt fogalmazódik meg „ha...akkor” formában, ezáltal a gyermeknek döntési lehetősége van (ha így viselkedem, annak ez a következménye, ha úgy viselkedem, annak az a következménye), a szülő és a gyerek is aktív, a felelősség közös. Tehát például, ha a gyerek egy buliból két órával később jön haza, mint megbeszélték, s ezért a szülő leteremti, mikor hazaért, és azt mondja, hogy nem mehet el sehova három hétig, akkor az büntetés. Ha a buli előtt leül vele, és megbeszéli, hogy ha nem ér haza a megbeszélt időpontban, akkor annak az lesz a következménye, hogy utána nem mehet el három hétig sehova, akkor a gyereknek van döntési lehetősége, mert tudja, mit vállal azzal, ha nem ér haza időben.

Sokszor látjuk azt is, hogy szülők gyakran viselik gyermekük helyett a drogozás következményeit. Például a gyereknek problémái támadnak az iskolában szerhasználati szokásaival összefüggésben (pl. a nem tud reggel felkelni, s nem megy be az első három órára), gyakran „elsimítják” a szülők a dolgot helyette (pl. igazolják neki a hiányzást).

A szocializáció (és józanodó szenvedélybetegek esetén a reszocializációs folyamat) szempontjából lényegesek a *keretek*, a *szabályok*, azok *betartása és betarttatása*, a következetesség, a függő játszmák kivédése, stb. A függők kommunikációja általában hiteltelen, gyakori a változási szándék hangoztatása, az absztinencia (szermentesség) ígérete. A szerfüggő tudja, mit várnak tőle, és gyakran igyekszik elaltatni a környezete és a segítő szakemberek kételyeit. A szankciós helyzetek realitás tényezői megfelelő orientációs (tájékoztató) támpontként szolgálhatnak (Buda, 2009).

„Deviáns (normaszegő) személyekkel való együttműködés során a *következetes* magatartás az egyik legerősebben ható terápiás tényező. Csak ennek folyamatos fenntartása hozhat számottevő változásokat.” (Garrett és mtsai 2001, idézi Szemelyácz, 2009)

A szülői hozzáállás ehhez hasonlóan legyen empatikus, de következetes és nyílt, egyértelmű elvárásokat fogalmazzon meg (Szemelyácz, 2009). Ha még nem alakult ki problémás használat, hanem a fiatal még kísérletező/ szociális rekreációs fázisban van, akkor is fontos a következetesség, mely protektív (védő) tényező lehet a problémás használat megelőzésében. Fontos hangsúlyozni, hogy a következetesség nem ész nélküli büntetést jelent, ez utóbbi csak az őszinte kommunikációt és a bizalmat rombolja le. Például, ha a serdülő elmondja, hogy kipróbálta a füvet, és erre az a reakció, hogy a szülő bezárja egy hónapra, azzal inkább azt éri el, hogy a fiatal legközelebb nem lesz őszinte, nem pedig azt, hogy ne füvezzon.

A nevelésben a két legfontosabb tényező a *szeretet* és a *keretek*. Ez utóbbi fontosságáról a szülők hajlamosak elfelejtkezni, pedig az optimális személyiségfejlődésnek ez

is elengedhetetlen része. Fontos az is, hogy a szülő csak olyan szankciókat fogalmazzon meg, amelyeket később képes betartani és betarttatni, különben hiteltelenné válik a gyerek szemében (Szemelyácz, 2011).

Az előző példára visszatérve, ha pl. abban állapotodnak meg, hogy késés esetén három hétig nem mehet bulizni, ennek ellenére következő héten a gyerek „kisírja” hogy hadd menjen el mégis, hiszen „csak most lép fel e kedvenc DJ-je”, és a szülő elengedi bulizni, akkor a serdülő nem fogja komolyan venni a következő alkalommal sem. Hiszen megtapasztalta, hogy nem jár következményekkel az, ha nem tartja be a játékszabályokat.

Szerencse, hogy megtaláltuk nála, különben lehet, sosem derül ki, hogy füvezik...

Szenvedélybetegségről akkor beszélhetünk, ha az adott viselkedésforma fölött elveszíti a kontrollt az adott személy, és ezeket *kényszeresen* újra és újra végrehajtja, illetve ezek a személyre (és általában környezetére is) *káros következményekkel* járnak.

A határ a mindennapi életvitelre, a személy egészségére, pszicho-szociális állapotára, társas kapcsolataira, munkájára vagy tanulmányi teljesítményére gyakorolt káros hatás mértékének függvénye. Betegségről tehát akkor beszélhetünk, ha ezeken a területeken probléma mutatkozik, károsodnak ezek a funkciók. Tehát lehet, hogy valóban sosem derülne ki, hogy fűvet használ időnként az a fiatal, ha nincsen káros hatása a fentiekre.

Alkalmanként meginni egy esemény alkalmával egy pohár bort, általában nem tekintjük problémának, sőt, része a kultúránknak, nem tartjuk alkoholistának magunkat. Heti egyszer feladni egy lottószelvényt, hátha ránk mosolyog a szerencse, szintén természetesnek tartjuk, nem gondoljuk magunkat ettől kényszeres szenvedélyes szerencsejátékosnak. Általában naponta megnézzük e-mailjeinket, kicsit talán böngészünk is a neten, esetleg meglátogatunk egy-egy közösségi portál, ezt azonban szintén életünk természetes velejárójának tekintjük, s nem definiáljuk magunkat internet-függőként. Leggyakrabban a serdülő fiatal „füvezése” is megmarad ezen a szinten, s nem káros a saját maga és környezete számára. Úgy tűnik ugyanis, hogy a drog kipróbálása kvázi "normakövető" viselkedésnek tekinthető. A fiatalok jelentős része serdülőkorában találkozik a droggal (általában marihuána), egy-két alkalommal ki is próbálja, de nem nyer ennél nagyobb teret az életében, „kinövi”. A veszélyeztetett populáció az, akinél a szerhasználat elmozdulhat a *problémás használat* irányába; ez számos, főként pszicho-szociális tényező függvénye.

A szerproblémáról gondolkodva fontos tehát szem előtt tartani, hogy annak két lényegi komponense maga a *szerhasználat*, illetve az ehhez *kapcsolódó viselkedés-minták*, életforma.

Ha változást szeretnénk elérni, érdemes pontosan megfogalmazni, hogy mi is a *tényleges probléma*? Az, hogy a fiatal esténként szervezetébe juttat valami pszichoaktív szert (pl. elszív egy füves cigit), vagy az, hogy huszonegy-néhány évesen otthon él, nem dolgozik, nem tanul, nem tartja rendbe a dolgait, elhanyagolja a tevékenységeit, nem ér haza időben, délben kel, nem végzi el a rábízott feladatokat, nem lehet rá számítani, stb.. Miben szeretnénk változást? Elég, ha azt elérjük, hogy a fiatal nem szív, de a kapcsolódó viselkedésminták változatlanok? Vagy ellenkezőleg? El tudjuk-e fogadni, hogy a fiatal él valamilyen pszichoaktív szerrel, de emellett teljességgel helyt tud állni élete fontosabb területein?

Igen, de az alkohol legalább legális...

Ez így igaz, ugyanakkor érdemes felhívni gyermekeink - és saját magunk - figyelmét arra, hogy a legalitás nem feltétlen jelenti azt, hogy az adott szer kevésbé veszélyes. Sőt.

A törvények a pszichoaktív szerek kapcsán különbséget tesznek *engedélyezett és nem engedélyezett szerek* között. A törvényi szabályozás azonban elbukott a 2010 tavaszán megjelent, és hamar a népszerűségi lista élére ugró *legális serkentőszerek* tekintetében (pl. mefedron, metilon, illetve rokon vegyületei, piaci nevén „kati”, „MC”, „mefi”, stb.), melyek sokkal látványosabb és gyorsabb leépülést eredményezhetnek, mint bizonyos illegális szerek. Tehát az a helyzet adódott, hogy legális és könnyen beszerezhető, intravénásan használható, gyors és látványos leépülést eredményező, erősen addiktív szerek vannak a piacon, melyek jellemzőikben megfelelnek a „kábitószerek” és használói „kábitószereseknek” tekinthetők, törvényi szabályozásuk azonban mégis megoldatlan, fogyasztásuk, sőt kereskedelmük sem büntetendő.

A lehetőségek tárháza pedig nagy, jelenleg is több tucat olyan vegyület van, mely csak arra vár, hogy a jelenleg piacon levőket betiltsák, és helyettük piacra kerüljenek (pl. a mefedron 2011. januárja óta felkerült a tiltott kábítószerek listájára, de helyette van máris több másik), tehát ezek a szerek jóformán betilthatatlanok (Szemelyácz, 2011). A hangsúly és a *veszélyesség* tehát nem elsősorban és nem kizárólagosan a legalitás-illegalitás függvénye.

De félttem a gyereket az illegális szerhasználat miatti jogi következményektől!

Az illegális szerek használata, vagy pontosabban (megszerzése, tartása, átadása, stb.) valóban komoly *jogi következményekkel* járhat, ezzel kapcsolatosan bővebb információt talál honlapunkon egy másik cikkben.

Szülőként van-e feljelentési kötelezettségünk? Ha bemegyünk a drogambulanciára, a személyzet tesz-e feljelentést?

Nincs feljelentési kötelezettség! Sem a családtagnak, sem a tanároknak, sem a kezelő személyzetnek! Segítő intézmény dolgozóinak pedig nemcsak kötelezettsége, de joga sincs feljelentésre, sőt, *adatvédelmi- és titoktartási kötelezettsége* van.

Az a gyanúm, hogy drogozik a gyerek.

Kézenfekvőnek tűnik a válasz: Kérdezte már tőle?

A szenvedélyprobléma kialakulása szempontjából (is) kiemelt jelentősége van a hiányos *kommunikációnak*, illetve a gátolt vagy hiányos érzelmi kifejeződéseknek. Az őszinteség, bizalom, hitelesség fontos védő tényezők. Vannak szülők, akik rögtön drogtesztet esnének a gyerekek, azt gondolván, hogy ez pótolhatja a hiányzó kommunikációt. Előfordul, hogy a merev *kontrollálás* felé mozdulnak a *bizalom* helyett, de jó tudni, hogy ez általában nem segíti elő a probléma megoldását.

Érdeemes sokat beszélgetni, „meccsezni”, alkudozni a serdülővel, akár a szerhasználat témában is. Ezeknek a tárgyalásoknak, egyezkedéseknek, még ha nem is jutnak megegyezésre a felek, az egyik legfőbb haszna valamiféle kommunikáció beindítása!

Nem ritka, hogy amikor leülünk egy családdal együtt az első konzultáció alkalmával, kiderül, hogy évek óta nincs kommunikáció, nincs érdemi kapcsolat a családban!

De hát mit mondjak neki, hogy ne csinálja?

Ne mondd, csináld máshogy! Rajta nem tudsz változtatni, magadon igen. Elcsépett közhely, de így van, hogy ha változtatni akarsz a környezeteden, először változtass magadon. Ha a szerhasználat egy családban elkezd problémát jelenteni, általában maga a szerhasználó az utolsó, akinek problémát jelent. A környezet gyakran már szenved, míg a fiatal vígan drogozik. Ebben az esetben *a rendszer* - melyben a szerhasználat megjelent és tartósan fent tud maradni - *változtatásra szorul*. S mivel a „*drogos játszma*”-nak az egyik szereplője a szülő (általában az anyuka), ő az, aki saját viselkedésén tud változtatni, kiszállni a játszmából, mely partner híján megszűnik létezni. A tapasztalat persze azt mutatja, hogy gyakran épp a

szülők azok, akik nem tudnak kiszállni ezekből a játszmákból, „*asszisztálnak*” a fiatal *szertifogyasztásához*, ezzel hozzájárulnak annak fennmaradásához.

Gyakran várják tőlünk a segítséget kérő hozzátartozók, hogy „javítsuk” meg a gyereket, akivel a baj van, s nehezen fogadják el, hogy maguknak is változniuk kell.

A másik gyakori jelenség, hogy „már annyiszor elmondtam neki, de mégsem változik semmi.” Nem mindegy, mit mondunk, és mit csinálunk. Ha például a szülő „már százszor elmondta, hogy ne drogozzon a hétvégi bulikon”, s közben néhány tízezressel béleli ki a bulizni induló fiatal zsebet, miközben mindketten tudják, mire költi majd a pénzt, akkor nem kell csodálkozni azon, ha a fiatal végül aznap is drogozni fog. Vagy ha mindig „megmenti” a szülő a negatív következményektől a fiatal, akkor közben hiába mondja, hogy ne drogozzon, mert az káros, hiszen a fiatal nem tapasztalja ezt, ő csak a drogozás jó oldalát tapasztalja, a negatívumokat a szülő viseli.

Ha a szülő gyakran mond olyasmit a fiatalnak, amit aztán nem tud tartani, a fiatal rátanul arra, hogy „csak beszél, de úgysem teszi meg”, tehát egyre kevésbé fogja komolyan venni, egyáltalán meghallani azt, amit a szülő mond, kér. A korábban említett *következetesség* (ide értve azt is, hogy azt teszem, amit mondok), nagyon fontos a szerprobléma kezelésében.

A szenvedélybeteg szüleinek nevelési attitűdjére jellemző még: az érzelmi elutasítás, következetlenség, engedékenység. Gyakori a szülők közötti összhang hiánya, a szülőszerep fel nem vállalása, a gyermekkel szembeni elvárások nem egyértelmű kommunikációja, illetve nem a gyermek személyiségéhez igazított volta (Dombrádi, 2007).

Segítség! Drogozik a gyerek...

Megfelelően differenciált kép kialakítása érdekében mindenképpen különbséget kell tudnunk tenni a droghasználat különböző mintázatai között. Nem mindegy, hogy *mit* használ, *mióta* és *mennyit*. Szinte valamennyi ember használt már élete során valamilyen tudatmódosító szert, legális vagy illegális drogot, többségük esetében azonban ez nem jutott el a problémás használati formáig. Mint már korábban szó volt róla, az egyszeri kipróbálók többsége sosem válik rendszeres fogyasztóvá (Rácz, 1999), alkalmi használó marad, vagy előbb-utóbb végképp felhagy a droghasználattal (Komáromi, 2000).

A Marihuána- és Drogabúzus Elleni Nemzeti Bizottság (National Commission on Marijuana and Drug Abuse, idézi Rácz, 1988) ajánlása alapján a drogfogyasztás ötféle mintázatát különíthetjük el: a kísérletező, a szociális-rekreációs, a helyzeti, az intenzifikált és a kényszeres használó.

A *kísérletező* élete során kevesebb, mint tíz alkalommal használ valamilyen drogot, általában kíváncsiságból. A *szociális-rekreációs használat* rendszerint valamilyen társadalmi aktivitáshoz, kikapcsolódáshoz kötődik, és nagyjából heti rendszerességet takar. Ez tűnik a leggyakoribb fajta droghasználatnak, és alapvetően a hétfégi, zenés-táncos szórakozóhelyek látogatásával kapcsolt, leggyakoribb szerek a kannabisz, amfetamin, ecstasy, partydrogok, valamint alkohol. A *szituatív használó* valamilyen számára problémás, vagy nehezen megoldható helyzet „kezelésére” használja a drogot, általában a szociális-rekreációs használatnál valamivel gyakrabban. Ez a szerhasználati mód már veszélyt hordoz, a személy könnyen rátanul arra, hogy a problémás helyzetet szerhasználattal oldja meg. Az *intenzifikált használat* hosszú időn keresztül történő, napi rendszeres szerhasználatot jelent. Általában abból a célból, hogy a használó valamilyen hosszabb időn keresztül fennálló problémáját enyhítse. A kényszeres használótól az különbözteti meg, hogy valamilyen fokú testi és vagy lelki függőség mellett szociális szerepei nem sérülnek alapvetően, társadalomban elfoglalt helyét megőrzi. A *kényszeres használó* naponta vagy naponta többször, folyamatosan fogyaszt drogot, hosszú időn keresztül, valamint jellemző, hogy a szerhasználat kontrollálása érdekében tett erőfeszítései kudarcba fulladnak. Az intenzifikált és az addiktív szerhasználati forma közötti különbségtétel néha nehéz, az abbahagyási próbálkozás sikere vagy kudarca differenciál-diagnosztikai támpontként szolgálhat.

Mindezen szempontok ellenére a *normális és problémás használat* közötti határ meghúzósa sok esetben nehézséget okoz, az egyéni és környezeti károk mértéke szerepet játszhat ennek eldöntésében (Rácz, 2000). Az egyén által ellenőrzött, tudatosan befolyásolható droghasználat fázisát *kontrollált szerhasználatnak* nevezzük (kísérletező és rekreációs jellegű fogyasztást), a kontroll elvesztésével azonban a drogfogyasztás öntörvényűvé válhat (Komáromi, 2000).

Nem szabad elfelejteni azt sem, hogy az egyes szerek veszélyességében jelentős különbségek vannak.

Dehát miért...?

A drogfüggőség kialakulását (Bácskai, Gerevich, 2000) nem lehet egyetlen okra, vagy ok-csoportra visszavezetni, csak az egyes hatások erősebb vagy gyengébb jelenlétéről beszélhetünk (Rácz, 1999).

A krónikus és túlzott mértékű drogfogyasztást is bizonyos szociokulturális, pszichés és biológiai tényezők eredőjeként szokás tekinteni. Leginkább talán a *bio-pszicho-szociális*

modell szemléleti keretben ragadható, érthető meg legjobban a droghasználat, illetve problémás használat esetén a megfelelő segítségnyújtáshoz is ez biztosíthatja a megfelelő alapot. (Bácskai, Gerevich, 2000).

A természetes és a mesterséges jutalmak kellemes hatás kiváltása révén megerősítőként szolgálnak. A *kényszeres droghasználat* esetén a mesterséges jutalom, a drog, vagy azzal egyenértékű viselkedésforma fokozatosan kiszorítja a természetes jutalmakat, s a használó elveszíti a kontrollt (Rácz, 2000).

A szenvedélybetegség kialakulásának *rizikófaktorai*:

Számos kutatás rámutatott a *szülők* és gyermekek *addikciója* közötti szoros kapcsolatra. Az *öröklött hajlam* azonban nem egyértelműen vezet betegség kialakulásához, nagyobb szerep jut a *szocio-kulturális átörökítésnek*, a *szerhasználó szülők* „modell” hatásának, valamint a szenvedélybeteg szülővel rendelkező családokban a megnövekedett pszicho-szociális *stresszoroknak*.

A *családnak* meghatározó szerepe van a drogfogyasztás kialakulásában éppúgy, mint a szerfüggőség fennmaradásában vagy a gyógyulásban.

A szocioökonómiai státuszt tekintve, az illegitim szerek kipróbálása a legmagasabb és legalacsonyabb iskolai végzettségű szülők gyerekeinél a leggyakoribb (Elekes és Paksi, 2000). Hasonló tendencia észlelhető az egzisztenciális helyzet tekintetében is, a fogyasztás valószínűsége nagyobb az átlagosnál sokkal rosszabb és sokkal jobb helyzetben lévőknel.

A *szenvedélybeteg családok jellemzői* lehetnek még: az anyai gondoskodás hiánya, vagy ellenkezőleg, az overprotektivitás (túlzott féltés); a hiányos érzelmi kommunikáció, a stressz-kezelési, megküzdési stratégiák elégtelensége, az érzelmek kifejezésének gátoltsága, a destruktív gondolkodás, a titkok, mítoszok, a szülők traumatizált és feldolgozatlan életútja, csekély autonómiával rendelkező családi szereposztás, fordított hierarchia (szülő gyerekszerepben, a gyerek szülőszerepbe történő kényszerülése), stb.

Kiskorában elváltunk az apjával. Akkor az én gyerekem nagyobb eséllyel lesz drogos...?

A család összetételét tekintve elmondható, hogy a legritkább a droghasználat az ép családban élő gyerekeknél. A családon belüli *érzelmi viszonyok* is elég jól előre jelzik a drogfogyasztás valószínűségét. A családban előforduló *devianciák* szintén növelik az illegitim szerhasználat valószínűségét.

Hoffmann (1995) a családi jellemzőket vizsgálva kimutatta, hogy a *kapcsolati jellemzők* (családhoz való kötődés, családi tevékenységekben való részvétel) elégtelensége

jelentős mértékben, közvetlenül járulnak hozzá a drogfogyasztás kialakulásához, míg a *szerkezeti jellemzők* (válás, valamelyik szülő halála, nevelőszülő jelenléte a családban) nem bírnak közvetlen hatással.

Az opiátfüggők családi jellemzőit tekintve a következőket tartják jellegzetesnek (Stanton és mtsai, 1978): az anya magas szimbiotikus (szoros egymásra utaltság) szükséglettel jellemezhető, túlvédő, míg az apa érzelmileg eltávolodott vagy ténylegesen távol van (csonka család).

A családi dinamikát tekintve tehát jellegzetes kép, hogy az *anyával fenntartott szoros, szimbiotikus kapcsolat* a serdülőkorban konfliktust eredményez, ugyanis mind a gyermek igénye, mind a társadalmi elvárások a leválás irányába hatnak, azonban a szimbiotikus viszonyról mindkét fél, az anya éppúgy, mint a gyermek, nehezen mond le. Ebben az értelemben a droghasználat látszólagos individuációs (önmagunkká válás) folyamatként értelmezhető, a drogfogyasztás ugyanis megteremti az önállósodás látszatát, ugyanakkor „legalizálja” a szoros kapcsolat fennmaradását (Cervantes és mtsai, 1988), hiszen a függő, beteg fiatal segítségre, támogatásra szorul.

A család tehát a drogfogyasztás megjelenésével új stabilitást nyer (Demetrovics, 1999), ez összhangban van a Stanton-féle homeosztatikus modellel (Stanton és mtsai, 1978), mely szerint *a droghasználat családi jelenségként értelmezhető, funkciója a családi egyensúly fenntartása* azáltal, hogy a szülők figyelmét a párkapcsolati feszültségekről eltereli. Gyakran megfigyelhető, hogy amint a gyermek állapota javulni kezd, és valódi lépéseket tesz a leválás, illetve a szerhasználat felhagyás irányába, a szülők konfliktusa elmélyül, amit csak a gyermek drogfogyasztásának újbóli fellángolása tud megoldani.

A droghasználók családjának további jellemzője az alkoholizmus, vagy egyéb addikciók, illetve a pszichopatológiák magasabb előfordulási aránya. A szülők pszichoaktív szer használata rizikótényezőnek tekinthető a gyermek droghasználatában (Hoyer, 2000). További rizikótényezőnek tekinthetők a családi traumák (pl. egy családtag súlyos betegsége vagy halála, válás, stb.) és a családon belüli fizikai és/vagy szexuális abúzus (Rác, 1999). Felbomlott család, *problematikus szülő-gyerek kapcsolat* szintén veszélyeztetettséget növelő tényezők. (Jaffe és mtsai, 1991, id Bácskai és Gerevich, 2000).

Azonban nem csak a családi hatások, hanem a *kortárs csoport szerepe* is igen jelentős, hiszen a drogfogyasztás többnyire társas kontextusban, elsősorban kortárs csoportban jelentkezik (Rác, 1995). E megállapítást támasztja alá Hoffmann (1995) kutatása is, aki a droghasználat megkezdésében és rendszeressé válásában egyaránt a drogos kortársakkal való kapcsolat jelentős mértékű hatását mutatta ki.

A két gyerek teljesen más típus. Melyik veszélyeztetettebb a drogprobléma szempontjából?

Azok a kutatások, melyek egyfajta „drogos személyiséget” próbáltak feltárni, nem jártak sikerrel, ugyanis ilyen személyiség nincs (Demetrovics, 2002). Annak ellenére azonban, hogy általános személyiségmintázatot nem tételezhetünk fel a drogfogyasztás háttérében, bizonyos tendenciák mindenféleképpen megfigyelhetők (Demetrovics, 2002).

A kipróbáló-kísérletező szerhasználat, mint korábban már említettük, „kvázi normatív” viselkedésnek tekinthető. A drog kipróbálása önmagában nem tekinthető kórosnak.

A problémás droghasználat háttérében azonban többségében jól diagnosztizálható pszichopatológiai kórképek állnak. A nagyon különböző személyiség szerkezet, működési színvonal ellenére közös sajátosság a *sérült, megzavart, késleltetett személyiségfejlődés* (Komáromi, 2000). Az addikció ritkán fordul elő önmagában, gyakoribb az ún. kettős, vagy többszörös diagnózis (Gerevich, 2001). A drogfogyasztáshoz leggyakrabban társuló kórképek az affektív betegségek, a szorongásos kórképek, a pszichózisok, és a poszttraumás stressz-betegség. Számos személyiségzavar is összefüggésbe hozható a szerabúzással (Gerevich, 1993). E kórképek viszonya azonban nem teljesen egyértelmű. A kérdés elsősorban az ok-okozat viszonylatában merül föl, azaz a pszichiátriai zavarokat vagy a drogfogyasztást kell-e elsődleges jelenségnek tekintenünk (Demetrovics, 1999).

Azt mondja a gyerek, hogy azért szív minden nap, mert így nem szorong, nem rosszkedvű, és jobban teljesít az iskolában...

A modern self-pszichológia szerint a *drogfogyasztás* a személyiség defektusainak (sérülés, zavar) *hibás önkorrekcója*. Wurmser (1989) felfogása szerint az addikció másodlagos probléma, és valamilyen egyéb patológiához társul. A kényszeres kábítószer használatot tehát hibás öngyógyító kísérletnek tekinti, melyben a droghatás a túlradó érzésekkel, érzelmekkel szembeni mesterséges elhárításként funkcionál. Ennek értelmében az adott drog használata sohasem véletlen, lényeges a drogtípus megválasztása (Khantzian, 1985). A személy olyan szereket fog előnyben részesíteni, amelyek hatásuknál fogva speciálisan segítik az őt leginkább zavaró érzelmek, indulatok kezelésében.

A különböző hatású szerek különféle problémák, zavarok enyhülését nyújthatják a drogfogyasztónak, aki így kezeli saját, belső, illetve másokkal való konfliktusait (Gerevich, 1997). Ebben az értelemben a drogfogyasztás *maladaptív* (helytelenül alkalmazkodó) *megküzdési stratégiának* tekinthető, melynek oka, hogy a fogyasztó nem képes a stresszhelyzetek másfajta, adaptív kezelésére. A drogfogyasztás könnyen és gyorsan csökkenti az érzelmi feszültséget, de a problémák valódi természetén nem változtat, tehát az érzelemfókuszú megküzdési stratégiák közé sorolható (Rácz, 2001). Átmenetileg ugyan lehet, hogy tényleg csökken a fiatal szorongása, s ezáltal jobban teljesít az iskolában, azonban hosszú távon a rendszeres szerhasználat miatt valószínűleg csökkenni fog a teljesítménye, és a rendszeres szerhasználatból adódó károsodások messze felül múlják a kezdeti - szorongás csökkenésből adódó - nyereséget.

A *pszichológiai immunrendszer a stresszel szembeni védekezés* pszichológiai bázisának tekinthető (Oláh, 1993), melynek elégtelen működését feltételezhetjük a droghasználók körében. A fenti elméleti keretben dolgozva Wágner (1995) a droghasználat szempontjából veszélyeztetett serdülők megküzdő stratégiáit vizsgálta. Eredményei szerint a drogokat használó, vagy már kipróbáló fiatalok *eltérő megküzdési módokat* alkalmaznak azokhoz a serdülőkhez képest, akik nem próbálkoztak még drogokkal. Szignifikáns különbséget talált a támaszkeresés mértékében, illetve módjában. A drogok terén tapasztalt fiatalokra kevésbé jellemző, hogy konfliktushelyzetben érzelmi támogatást, segítséget kérnének, a fenyegetésektől való megszabadulást inkább a drogok segítségével próbálják megvalósítani. A szerző a legnagyobb veszélyt abban látja, hogy *a droghasználat átalakítja a megküzdő repertoárt*, feleslegessé téve a problémaközpontú megküzdést és kiiktatva a támogató rendszerek hatását.

Melyik drogról mit kell tudni?

A „drog” fogalmának meghatározása körül mind laikus, mind szakmai körökben sok a vita; az illegális drogokat, illetve azok felosztását és a használatukra vonatkozó hozzáállást illetően pedig különösen megoszlanak a vélemények.

Drognak azokat a *tudati, hangulati és/vagy éberségi állapotbeli változásokat előidéző anyagokat* nevezik, melyek túlaktiválják az agy jutalmazó rendszereit, s ezáltal a szerhasználat folytatására serkentenek (Kelemen, 2001).

A pszichoaktív szerek -vagyis a viselkedést, a tudatot és a hangulatot befolyásoló kémiai anyagok- csoportosítása többféleképpen lehetséges (Atkinson és mtsai, 1999), de nincs

minden tekintetben kielégítő *felosztásuk* (Bácskai, Gerevich, 2000). A drogokat feloszthatjuk legális (pl. alkohol) és illegális (pl. kokain), kemény (pl. heroin) és lágy (pl. marihuána) drogokra, de megkülönböztethetjük őket összetevőik, kémiai szerkezetük és hatásuk alapján is (Demetrovics, 1999). Az addiktológiai hagyományok *a drogok központi idegrendszerre kifejtett hatása alapján* alapvetően három nagy típust különböztetnek meg (Bácskai és Gerevich, 2000): *depresszánsok* (pl. barbiturátok, alkohol), *stimulánsok* (pl. nikotin, kokain, amfetamin), illetve *hallucinogén hatású* szerek (pl. LSD, Meszkalin).

A drogok fajtái és jellemző hatásmechanizmusa tekintetében részletesebben olvashat honlapunkon egy másik cikkben.

A drogok hatásának tárgyalásakor fontos szem előtt tartani, hogy a *drog-hatás* legalább annyira függ a használó személy *korábbi tapasztalataitól, az aktuális pszichés és fizikai állapotától, a használattal kapcsolatos elvárásaitól, illetve a használat közegétől, mint magától a drogtól* (Zinberg, 1984).

Tartós drogfogyasztás esetén a kezdeti intenzív hatások elmúlnak, a fogyasztás céljává az elvonási tünetek elkerülése válik (Rácz, 1999, 2000). A kezdeti fázisban tehát a droghasználat célja egy eufórikus állapot elérése (húzásmechanizmus), a későbbiekben a negatív tünetek megszüntetése, a normál állapotba való visszatérés (lökésmechanizmus). (Gerevich, 2000)

Az egyes drogok addiktív potenciálja tekintetében nagyok a különbségek (Kelemen, 2001). Az elvonási tünetek természetét, mértékét és időtartamát jelentősen befolyásolhatja az egyéni érzékenység és az adott drog hatástartama.

Minden nap elmegyek a gyerekért az iskolába, nehogy „beetessék...”

Az is bizonyított tény, hogy az első drog-kipróbálás általában kortárs csoportban zajlik. Az "akaratlan" drogfogyasztás, ún. "beetetés" inkább filmekben fordul elő. Ezen kívül, ahogy arról korábban már szóltunk, az overprotektivitás, azaz túlvédés a droghasználat rizikótényezői közé sorolódik, nem pedig védőtényező.

Van-e kiút a drogproblémából?

Igen! A folyamat bármely pontján be lehet avatkozni, és ki lehet lépni. A legtöbb kezelés típus esetében egy döntő kritérium szükséges a változáshoz, ez a *motiváció*, azaz hogy a szerhasználó maga akarjon változtatni, az ő döntése legyen a segítségkérés. Hozzá tartozók

sok esetben nem tudnak mást tenni, mint hogy olyan változásokat eszközölnek a saját működésükben, mellyel elősegítik azt, hogy a fiatal maga hozza meg a döntést a változás, változtatás kérdésében. A legtöbb esetben ugyanis azt látni, hogy a szülő, hozzátartozó „asszisztál” gyermeke, hozzátartozója drogozásához, így a fiatal sokáig valójában csak a drogozás előnyeit, jó oldalát élvezzi, s nem tapasztalja meg az ezzel járó negatív következményeket, mert a szülők azt mindig megoldják, elsimítják, viselik helyette. Így mitől is lenne motivált a fiatal a változásra? Az első lépés tehát „nem megkönnyíteni” a fiatal drogozását. A témában részletesebben lásd honlapunkon „*A szerhasználat fázisai és a kezelés lehetőségei*” című írásunkat.

Hoffmann Katalin

Felhasznált irodalom:

Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., Nolen-Hoeksema, S. (1999). *Pszichológia*. Osiris, Budapest.

Bácskai, E., Gerevich, J. (2000). *A kortárssegítés tanári kézikönyve*. Egészséges Ifjúságért Alapítvány, Vác.

Buda, B. (1995). *Szenvedélyeink. Megelőzés, felismerés, rehabilitálás*. SubRosa Kiadó, Budapest.

Buda, B. (2009). Szenvedélyproblémák és krízis. In: Árkovits A., Csürke J., Osváth P., Vörös V. (szerk.) „Mindennapi kríziseink.” A lélektani krízis korszerű szemlélete és a krízisterápiák gyakorlata. PRO DIE KIADÓ. Pécs.

Cervantes, O. F., Sorensen, J. L., Wermuth, L., Fernandez, L., Menicucci, L. (1988). Family Ties of Drug Abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1. 34-39.

Demetrovics, Zs. (1999). Pre- és perinatális előzmények az ópiát-addikció kialakulásában. Családtörténeti perspektíva az értelmezésben. In: Gyermeknevelés a magyarországi kultúrákban. Animula, Budapest. 84-103.

Demetrovics, Zs. (2002). Néhány gondolat a drogproblémáról. In: Buda, B. (szerk.), *Drogok, drogprevenció, ifjúsági problémák, intézményi szerepzavarok*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest. 9-34.

- Dombrádi, Z. (2007). A szenvedélybetegség kialakulásának rizikófaktora. In: Szemelyácz János (szerk.): A reintegráció esélyei. Molnár Nyomda és Kiadó Kft., Pécs.
- Elekes B., Paksi, B. (2000). *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon*. ISM – Aula, Budapest.
- Garrett, Landau-Stanton, Stanton, Stellato-Kabat J., Stellato-Kabat D. (2001). ARISE – A kezelésre gyengén motivált drog- és alkoholfüggők kezelésbe vonásának egyik módszere, Kelemen Gábor és B. Erdős Márta (szerk.): Az addiktológia horizontja, (Pécs, PTE EFK) (Idézi Szemelyácz, 2009)
- Gerevich, J. (1993). Az addiktológiai pszichiátria egyes kutatási irányzatainak legújabb fejleményei. *Szenvedélybetegségek, I. évf., 1.* 11-27.
- Gerevich, J. (1997). Az addikció pszichoanalitikus vonatkozásai. *Psychiatria Hungarica, 12., 4.* 535-548.
- Gerevich, J. (2000). Az addiktológia spektruma. In: Németh A., Gerevich J. (szerk.), *Addikciók*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 9-18.
- Hoffmann, J. P. (1995). The Effects of Family Structure and Family Relations on Adolescent Marijuana Use. *The International Journal of the Addictions, 10.* 1207-1241.
- Honti, J., Demetrovics Zs., Csorba J., Szemelyácz J. (2001). A szubsztitúciós metadonkezelés II. Farmakológia és alkalmazás. *Psychiatria Hungarica 16. 1.* 70-79
- Hoyer, M. (2000). A droghasználó és a család. In: Rácz, J., Hoyer, M., Komáromi, É., Sasvári, A.: *A drogkérdésről - őszintén*. B+V Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest. 92-125.
- Jaffe, J. K., Epstein, S., Ciraulo D. A. (1991). Opioids. In: Ciraulo, D. A., Shader, R. I. (szerk.), *Clinical Manual of Chemical Dependence*. American Psychiatric Press, Washington, London. (Idézi Bácskai és Gerevich, 2000)
- Kelemen, G. (2001). A drogkérdés társadalmi felépítése, és ennek hatása a szenvedélybetegek kezelésére. *Szenvedélybetegségek 9. 2.* 102-119.
- Komáromi, É. (2000). A droghasználat előrehaladása. In: Rácz, J., Hoyer, M., Komáromi, É., Sasvári, A. (szerk.), *A drogkérdésről - őszintén*. B+V Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest. 66-91.
- Khantzian, E. J. (1985). The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocain Dependence. *American Journal of Psychiatry, 11.* 1259-1264.
- Németh, A. (1994). *A kényszerbetegség spektrumába tartozó kórképek*. In: Németh, A. (szerk.) *Kényszerbetegség*. Cserépfalvi, Budapest. 183-190.
- Oláh, A. (1993). Szorongás, megküzdés és megküzdési potenciál. Kandidátusi értekezés.

- Paksi, B. (2003). *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. L'Harmattan, Budapest.
- Rácz, J. (1988). *A drogfogyasztó magatartás*. Medicina, Budapest.
- Rácz, J. (1995). Drogfogyasztók kortárs kapcsolatainak elemzése: a szociálpszichológiai és az etnográfiai perspektíva. *Psychiatria Hungarica*, 10. 4. 377-387.
- Rácz, J. (1999). *Addiktológia. Tünettan és intervenció*. HIETE, Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest.
- Rácz, J. (2000). A drogok: hatások és tünetek. In: Rácz, J., Hoyer, M., Komáromi, É., Sasvári, A. (szerk.), *A drogkérdésről - őszintén*. B+V Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest. 13-42.
- Rácz, J. (2001). *Kémiai és viselkedéses addikciók*. In: Buda, B., Kopp, M. (szerk.), *Magatartástudományok*. Medicina, Budapest. 633-653.
- Stanton, M. D., Todd, T. C., Heard, D.B., Kirschner, S., Kleiman, J. I., Mowatt, D. T., Riley, P., Scott, S. M., van Deusen, J. M. (1978). Heroin Addiction as a Family Phenomenon: A New Conceptual Model. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2. 125-150.
- Szemelyácz, J. (2007). Az addiktológiai szemlélet aktualitásai. In: Szemelyácz János (szerk.): *A reintegráció esélyei*. Molnár Nyomda és Kiadó Kft., Pécs.
- Szemelyácz, J. (2009). Esetek a drogambulanciáról. In: Árkovits A., Csürke J., Osváth P., Vörös V. (szerk.) „Mindennapi kríziseink.” A lélektani krízis korszerű szemlélete és a krízisterápiák gyakorlata. PRO DIE KIADÓ. Pécs.
- Szemelyácz, J. (2009). Munka családokkal. Deviáns családok, családi konzultáció, iskolai szociális munka. In: Máté Zsolt - Szemelyácz János (szerk.): *Az iskolai szociális munka kézikönyve*, Molnár Nyomda és Kiadó Kft. Pécs.
- Szemelyácz, J. (2011). A legális serkentők - használatuk jellemzői, kezelésük lehetőségei (kézirat)
- Wagner, F. (1995). Drogos fiatalok megküzdési stratégiáinak vizsgálata. *Szenvedélybetegségek*, 3. 6. 422-428.
- Wurmser, L. (1989). A kényszeres kábítószerfogyasztás etiológiájának pszichoanalitikus vizsgálata. In: Cserne, I. (szerk.) *Drogproblémák és személyiségzavarok* Nr 4. Kiadja az Országos Egészségvédelmi Tanács Drog-programja, Budapest. 11-29.
- Zinberg, N. E. (2005 [1984]). *Függőség és kontroll, drog, egyén, társadalom*. Nyitott Könyvműhely Kiadó, Budapest.