

## ***A szerhasználat különböző formái és a beavatkozás lehetőségei***

*Mindenképpen különbséget kell tenni a droghasználat különböző mintázatai között, ugyanis a különböző szerhasználati formák különböző beavatkozást igényelnek. Szinte valamennyi ember használ élete során valamilyen tudatmódosító szert, legális vagy illegális drogot, a többség azonban soha nem jut el a problémás használati formáig. Nem lehet elégszer hangsúlyozni, hogy az egyszeri kipróbálók többsége sosem válik rendszeres fogyasztóvá (Rácz, 1999), alkalmi használó marad, vagy előbb-utóbb végképp felhagy a droghasználattal (Komáromi, 2000), tehát a kipróbálás még önmagában nem igényel szaksegítséget.*

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* élete során kevesebb, mint tíz alkalommal használ valamilyen drogot. A *szociális-rekreációs használat* rendszerint valamilyen társadalmi aktivitáshoz, kikapcsolódáshoz kötődik, és nagyjából heti rendszerességet takar. A *szituatív használó* valamilyen számára problémás, vagy nehezen megoldható helyzet „kezelésére” használja a drogot, általában a szociális-rekreációs használatnál valamivel gyakrabban. Az *intenzifikált használat* hosszú időn keresztül történő, napi rendszeres szerhasználatot jelent. 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 meghúzása sok esetben nehézséget okoz, az egyéni és környezeti károk mértéke szerepet játszhat ennek eldöntésében (Rácz, 2000).

A *pszichoaktív szer dependencia (kémiai szerfüggőség)* pszichoaktív szerek maladaptív (helytelenül alkalmazkodó, az alkalmazkodást nem segítő) használatát jelenti, azaz a használó az adott szert folyamatosan és kényszeresen használja, annak ellenére, hogy az problémákat okoz életvezetésében. Droghasználatát egyre kevésbé tudja kontrollálni, a szert gyakran nagyobb adagokban vagy hosszabb időszakig szedi, mint eredetileg szándékozta, s jellemző az állandó kívánság vagy sikertelen kísérletek a szerhasználat abbahagyására vagy kontrollálására. Egyre nagyobb dózist szükséges használnia a kívánt hatás eléréséhez, sóvárog a drog után, kifejezett elvonási tünetek jelentkezhetnek. Jelentős mennyiségű időt és energiát fektet az anyag megszerzésére és használatára, vagy a hatásaitól való megszabadulásra.

Eközben élete számos területén (szociális, munkabeli, rekreációs tevékenységek, stb.) jelentős funkcióromlás következik be. A szerhasználat folytatása jellemző, olyan állandó vagy visszatérő fizikai vagy pszichológiai problémák megléte ellenére, amiről a használó tudja, hogy valószínűleg a szerhasználat okozza, vagy súlyosbítja azokat. (American Psychiatric Association, 1994, Rácz, 1999).

Szintén gyakran használt diagnosztikai fogalom a *pszichoaktív szer ártalmas használata (abúzus)*, mely a szer használatának maladaptív módja. Olyan szerhasználati mintázatot jelöl, ahol jellemző a visszatérő szerhasználat, amely a nagyobb munkahelyi, iskolai vagy otthoni szerepeltvárásokban hibát eredményez, vagy visszatérő szerhasználat olyan helyzetekben, amikor az fizikailag veszélyes. Jellemzőek a szer használatával kapcsolatos ismételt jogi problémák. A szerhasználat folytatása annak ellenére, hogy az tartós vagy visszatérő szociális vagy interperszonális problémákat okoz, amelyeket a szer hatása okozott vagy súlyosbított. Tehát egy „problémás” szerhasználati forma, de a tünetek sohasem felelnek meg az adott pszichoaktív szernél kialakuló dependencia tüneteinek.

Az egyén által ellenőrzött, tudatosan befolyásolható droghasználat fázisát *kontrollált szerhasználatnak* nevezzük (kísérletező és rekreációs jellegű fogyasztást) (Komáromi, 2000), mely - a fentiek fényében jól érthető módon - nem igényel komoly beavatkozást. Ezekben az esetekben inkább a biztonságos(abb) szerhasználat elősegítése a fontos, és a preventív módszereknek van helye, azaz cél megelőzni a problémás szerhasználat kialakulását, illetve a kontrollált szerhasználatból származó esetleges károk mértékét kell csökkenteni. Például, ha a fiatal hétvégi bulik alkalmával használ valamilyen serkentőszert, akkor felhívni a figyelmét arra, hogy gondoskodjon a megfelelő folyadék utánpótlásról, néha menjen ki levegőzni, pihenni, maradjon együtt a barátaival, lehetőleg ne használjon többféle szert egyidejűleg, legyen megoldott a biztonságos hazajutása, stb.

<p>A <b>szer kipróbálása, alkalmi használata, rekreatív használata</b> esetén drogkonzultációs központok nyújthatnak segítséget. Pl: Iránytű Ifjúsági és Mentálhigiénés Alapítvány (Bp. XIII. kerület), Kék Pont (Bp. III. kerület), Válaszút Miszió Drogkonzultációs Iroda (Bp. XII. kerület).</p>
---

A függőség több tényező összjátékának eredményeként alakul ki (erről részletesebben lásd honlapunkon a *Gyakran Ismételt Kérdések* című írásunkat), folyamat jelleggel, melynek minden szintjén lehetséges a beavatkozás. A fentebb vázolt szerhasználati mintázatok a „drogkarrier” lépcsőfokainak is tekinthetők, a visszalépés a folyamat előre haladtával egyre

nehezebb - például ha valaki már eljutott a kényszeres szerhasználatig, nagyon ritkán tud visszatérni a szociális-rekreációs szerhasználati mintázathoz -, ezért a leghatékonyabb megoldás a prevenció, illetve a korai, mielőbbi kezelésbe vétel.

Komolyabb beavatkozást a szituatív, és a problémás (intenzifikált, kényszeres) szerhasználat jelent. A szituatív szerhasználat magában rejti annak a veszélyét, hogy a személy rátanul arra, hogy a problémás helyzetet szerhasználattal oldja meg. Itt cél lehet a személyiségfejlesztés, a megküzdési repertoár bővítése, alternatív stressz-kezelési technikák elsajátíttatása.

Problémás szerhasználat, kialakult addikciós problémák esetén is számosak a beavatkozási lehetőségek.

Bármilyen szenvedélybetegségről legyen szó, a kliens kezelésbevétele során a következő tényezőket mindenképpen érdemes értékelni: a páciens motivációja, pszichopatológiai tünetek megléte vagy hiánya, a választott szeren kívül egyéb szerabúzus megléte vagy hiánya, a különböző kezelési formák rendelkezésre állása, elérhetősége, a megelőző kezelések száma, illetve azok sikere (Jaffe és mtsai, 1991, id. Bácskai, Gerevich, 2000).

Az addiktív szerhasználat terápiás megközelítésének öt modellje különíthető el: a morális, a tanulási, a szociális, a betegségmodell és az önmedikalizációs modell (Gerevich, 1993). Ezek -az ún. alap modellek- egy fókuszra összpontosítanak, az okokról alkotott elképzeléseik pedig jól körülhatárolhatóak kezelési céljaik, illetve stratégiáik alapján. Ezek a fajta elképzelések gyakran tetten érhetők a közgondolkodásban, a laikusok nézeteiben is.

A legnagyobb múltra visszatekintő elképzelés a *morális modell*, mely sokszor az orvostudomány álláspontját is áthatja (Zinberg, 1984). Eszerint a kémiai függőség erkölcsi gyengeségre, az akaratereő hiányára vezethető vissza, a gyógyítás célja tehát az akaratereő fejlesztése annak érdekében, hogy a kliens képes legyen ellenállni a kísértésnek.

A *tanulási modell* hibás tanulási folyamatokkal magyarázza az addikció kialakulását, és magyarázataiban a pozitív és negatív megerősítésre helyezi a hangsúlyt, az elsődleges szocializációs környezetben (az a közeg, ahol a gyermek nevelkedik, általában a család) elsajátított szerfogyasztási mintákra (tehát például a szülőktől látott szerhasználat), valamint a drogfogyasztó viselkedés sorozatos megerősítésére. A kognitív-viselkedéses terápiáknak fontos stratégiai eleme a drogfogyasztást megerősítő tényezők számbavétele, valamint azok incentív (ösztönző, ingerlő) jellegének megszüntetése.

A *szociális modell* felfogásában az addikció a környezeti, kulturális, szociális (elsősorban családi és kortárs csoport) hatások következményeként alakul ki (Bácskai és Gerevich, 2000). A kezelés célja ennek értelmében a páciens szociális funkcióinak megváltoztatása, amely két módon lehetséges. Az egyik a környezet megváltoztatása, melynek stratégiái közé tartozik a család- és párterápia, az önszorgító csoportok, illetve az osztályos kezelés (ez utóbbi azonban többnyire csak átmeneti megoldásnak bizonyul). A másik út a kliens külső stressz-hatásokra adott adaptív válaszainak fejlesztése interperszonális terápia, szociális készség- vagy asszertivitás-fejlesztő tréning, illetve stressz-kezelési technikák elsajátíttatása segítségével.

A *betegségmodell* értelmében az addikció ismeretlen eredetű, progresszív, gyógyíthatatlan, ám tünetmentessé tehető betegség, melynek egyetlen lehetséges módja az élethosszig tartó teljes absztinencia kialakítása és fenntartása.

Az *önmedikalizációs* modell szerint az addikció csak tünete valamilyen pszichiátriai problémának, vagy valamilyen pszichés struktúra, funkció deficitjének egyfajta kompenzálására szolgáló mechanizmus. A kezelés célja ennek értelmében az alapzavar gyógyítása.

A szenvedélybetegségek pszichoterápiás kezelésének három elfogadottabb módszere a viselkedésterápia, a kognitív terápia, illetve a pszichoanalitikus- pszichodinamikus pszichoterápia (Bácskai és Gerevich, 2000). Drogfüggők esetén azonban ritkán célravezetők a „vegytiszta” terápiák (Szemelyácz, 2006), érdemes tehát integrálni az alapmodellek elemeit.

A pszichoterápiákon túl természetesen egyéb kezelési lehetőségek is vannak.

Fontos, hogy a kezelésnek mindig személyre szabottnak és rugalmasnak kell lennie (Szemelyácz, 2003).

A kezelési formák másik lehetséges felosztási módja az absztinencia-fókuszú illetve az ártalomcsökkentő szemléletű kezelések. Az eddig tárgyalt terápiás megközelítések többségében a cél az absztinencia (MacCoun, 1998).

Az ártalomcsökkentés lényege a pszichoaktív szerhasználat okozta ártalmak csökkentése mind az egyén, mind a társadalom szintjén. Alapelve annak a ténynek elfogadása, hogy bizonyos emberek életük hosszabb vagy rövidebb időszakában vagy nem akarnak, vagy nem képesek felhagyni a pszichoaktív anyagok használatával (Nemzeti Stratégia, 2000).

Az ártalomcsökkentő beavatkozásokra alacsonyküszöbű szolgáltatásként is szokás hivatkozni. A küszöb elnevezés arra utal, hogy ezen kezelési formák esetében a kliensekkel kapcsolatos elvárásokat alacsonyabb szinten fogalmazzák meg (Rácz, 1999).

Az absztinencia - a teljes szermentesség - ideális, de nem mindig reális cél (Demetrovics, 2000), legalábbis rövidtávon. Így a kizárólag absztinencia fókuszú kezelésekből gyakran épp a legmagasabb kockázatú problémás szerhasználók szorulnak ki.

Az ártalomcsökkentés legfontosabb jellemzői: annak elfogadása, hogy a droghasználat jelen van a társadalomban, s a kezelésben megvalósítható célokat kell kitűzni; morális ítélettől való tartózkodás mellett elfogadja a droghasználó használatra vonatkozó döntését. Az ártalomközpontúság tulajdonképpen annak belátása, hogy a droghasználat maga másodlagos az annak nyomán fellépő egészségügyi, gazdasági és szociális károkhoz képest. Ily módon a beavatkozásnak sem a droghasználatot magát kell célba vennie, hanem az abból fakadó negatív következmények minimalizálására kell törekednie. A szemlélet annak belátásán alapul, hogy más-más beavatkozási módok lehetnek hatékonyak ugyanannak a problémának a kezelésében különböző esetekben, ennek szellemében nem zárja ki a különböző beavatkozási lehetőségeket és nem várja el (de természetesen nem is zárja ki) az absztinencia elérését. A célok hierarchiája alapvető fontosságú a sikerek elérése szempontjából. Lényege, hogy a célokat a kliens igényeinek, szükségleteinek, lehetőségeinek figyelembevételével és állandó monitorozásával rugalmasan kell alakítani, akár a beavatkozás során is változtatni. Azaz például, ha nem reális célkitűzés az absztinencia elérése, akkor legalább az intravénás használat elhagyása legyen a cél, vagy ha ez sem kivitelezhető, akkor legalább a biztonságosabb intravénás használat támogatását kell célul tűzni, és így tovább. Az elmúlt évtizedek során a szociális és egészségügyi ellátásban egyre nagyobb hangsúlyt kap a költségek és hasznok egyensúlyban tartása (Riley és O'Hare, 2000, idézi Demetrovics, 2003a).

A szenvedélybetegség kiváltó okaira fókuszáló elméletek mellett egyre nagyobb szerepet kapnak a *felépülés központú* addikciós megközelítések. (Prochaska és DiClemente, 1983, 1992, idézi Máté, 2007). A megfigyelések szerint a felépülő szenvedélybetegek hasonló stádiumokon mennek keresztül, mindegyik szakaszban más a cél és más a segítő feladata. Ezzel összhangban a megfelelő szülői/hozzá tartozói magatartás/ hozzáállás is más és más.

A *változás előtti szakaszban* a kliens még nem akar változni, élvezi a droghasználatot, még több a droghasználat egyénileg érzékelt előnye, mint hátránya, többnyire csak kényszerből megy kezelőintézménybe. A segítő feladata az információnyújtás, a kételkedés felkeltése, a kliens kockázat észlelésének növelése. Szülőként pedig - korábban már többször volt róla szó -, azért nem szerencsés „asszisztálni”, megkönnyíteni a fiatal anyagozását, megkímélni, megmenteni a negatív következményektől, mert annál több időt fog tölteni a változás előtti szakaszban, tehát a legnagyobb jó szándékkal történő „megmentős” hozzátartozói magatartás

késlelteti, meggátolja a felépülés, leállás irányába történő elmozdulást, tulajdonképpen a szerhasználat fennmaradását szolgálja.

Az *elszánás szakaszában* a kliens már egyre inkább tisztában van szerhasználatával testi, lelki és szociális „költéségeivel” de még ambivalens a változással kapcsolatban, vívódik a szerhasználat vágya és a leállás között. Itt különösen fontos szülőként a korábban már említett következetesség és a következmények szigorú betartása, betarttatása, ez segítheti a még ambivalens, bizonytalankodó fiatal a változás melletti döntésben, elköteleződésben.

Az *előkészületi szakaszban* a kliens előkészületeket tesz a következő egy hónapon belüli leszokásra, elszánt a változásra. A szakembernek segítenie kell a klienst a legmegfelelőbb akció kiválasztásában. Ebben a fázisban a szülő részéről a fiatalnak szüksége van a bátorításra és a szigorú következetesre egyaránt, vagyis szeretetre és keretekre. Fontos a vállalt határidők betartása! Például, ha a gyerek azt kéri, két hétig -míg rehabra nem megy- hadd húzza meg magát, akkor az a két hét két legyen, akár lemegy rehabra, akár nem.

Az *akció szakaszában* a kliens aktív lépéseket tesz a leszokás vagy a szerhasználat mérséklése érdekében. A leállás alatt számolni kell bizonyos drogok esetén fizikai elvonási tünetekkel, illetve szinte valamennyi szernél intenzív drogéhségre (sóvárgás), hangulat-ingadozásokra, közérzeti hullámzásokra kell számítani. Ebben a fázisban nagyon fontos tisztában lenni ezekkel a mellékhatásokkal, valamint a legfontosabb, amit a szülő tehet, hogy „önmagan dolgozik”. Ugyanis, mint arról korábban szó volt, nem csak a szerhasználó fiatal szintjén szükséges beavatkozás, hanem a rendszer, a család szintjén is. Ha a frissen leálló fiatal visszakerül ugyanabba a közeg, ugyanabba a nem megfelelő családi működésbe, ugyanabba a játszma-rendszerbe, ahol anyagozott, akkor nagyon rövid időn belül valószínű a visszaesés. Tehát a szülő azzal tud segíteni a gyerekén, ha maga is segítséget kér -ha eddig nem tette-, hozzátartozói csoporton, konzultáción vesz részt, és változtat a saját működésén, hiszen ő a drogos játszma másik résztvevője.

A *fenntartás szakasza* arról szól, hogy az akció során elért változást (a szerhasználat abbahagyása vagy mérséklése) a kliens hosszú távon fenn tudja tartani. Segíteni kell a klienst olyan stratégiák kialakításában és gyakorlásában, melyek segítenek megelőzni a visszaesést. A szülőknél ezzel párhuzamosan épp úgy aktív erőfeszítéseket kell tennie annak érdekében, hogy ne térjenek vissza a korábbi, rögzült, diszfunkcionális stratégiáikhoz. Hasznos, ha a szülő továbbra is igénybe veszi a hozzátartozói csoport és/vagy konzultáció lehetőségét, amíg az új stratégiák, megküzdési módok, viselkedés-formák, stb. nem stabilizálódnak.

Fontos az is, hogy a hozzátartozó vegye észre a változásokat a fiatalnál, és fokozatosan tudjon újra, kis lépésenként bizalmat szavazni. Ne a régi sérelmeket szajkózza, hanem a kialakult új helyzetet értékeljék.

*Megcsúszás/ visszaesés* (egy korábbi stádiumba) többször előfordulhat, mielőtt a kliens eléri célját. Inkább normatív, mint kivétel. Ezek a visszaesések ciklikus jellegűek adnak a változásnak. Érdemes ezeket úgy felfogni, hogy a kliens újabb és újabb dolgokat tanul meg ilyenkor, melyeket a későbbiekben felépülésében fel tud használni. Ezzel jó, ha a hozzátartozók is tisztában vannak, s nem éri őket meglepetésként, valamint, hogy hozzátartozóként (társfüggőként) szintén előfordulnak visszaesések. Törekedni kell arra, hogy minél kevesebb ideig tartsanak ezek a megcsúszások.

**Problémás, intenzív és kényszeres használat** esetén az alábbi segítő intézményekhez fordulhat:

- **egészségügyi szolgáltatók** pl: Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenációs Központ, illetve az Addiktológiai fekvőbeteg osztály, MÖSZ Soroksári Addiktológiai Centrum,
- **rehabilitációs intézmények** pl: Leo Amici Alapítvány (Komló), Mérföldkő Egyesület (Kovácsszénája), Dr. Farkasinszky Terézia Drogcentrum (Szeged), KIMM Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon,
- **nappali ellátást biztosító szolgáltatók** pl: MÖSZ Szociális Központ (Bp. XIII. kerület, Debrecen), INDIT Közalapítvány (Kaposvár, Pécs)
- **közösségi ellátást biztosító szolgáltatók** pl: Baptista Szeretetszolgálat (Budapest X. kerület), Megálló Csoport Alapítvány (Bp. VIII. kerület), RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat (Eger)
- **megkereső tevékenységet biztosító szolgáltatók** pl: Artéra Alapítvány (Bp. VII. kerület), Baptista Szeretetszolgálat (Budapest X. kerület), RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat (Kecskemét), Kék Pont (Bp. VIII. kerület)
- **önsegítő csoportok** pl: NA, AA, Mátix Egyesület (Bp. XIII. kerület), Magadért Drogmentességet Védő Alapítvány (Bp. VI. kerület), Sziget Droginformációs Alapítvány (Bp. VII. kerület), Baptista Szeretetszolgálat (Debrecen)

**Hozzá tartozóknak, szülőknek segítséget nyújtó szolgáltatók** pl: Mátrix Egyesület (Bp. XIII. kerület), Magadért Drogmentességet Védő Alapítvány (Bp. VI. kerület), KIMM Támogató Alap (Zsibrik), Kék Pont (Bp. III. kerület).

**Szerhasználó kismamáknak** biztosít segítséget a MEJOK Józan babák Klub (Bp. VIII. kerület).

Az ellátásokat biztosító szolgáltatók listája közel sem teljes. Magyarország területén egészségügyi és szociális ellátást nyújtó intézmények, szolgáltatók teljes listáját az alábbi linke kattintva érhetik el:

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

[www.ndi-szip.hu](http://www.ndi-szip.hu)



## Hoffmann Katalin

### *Felhasznált irodalom:*

- Bácskai, E., Gerevich, J. (2000). *A kortárssegítés tanári kézikönyve*. Egészséges Ifjúságért Alapítvány, Vác.
- Demetrovics, Zs. (2000). Kell-e nekünk absztinencia? Drogfogyasztók és drogpolitika. *Café Babel*, 4. 125-134.
- Gerevich, J. (1993). Az addiktológiai pszichiátria egyes kutatási irányzatainak legújabb fejleményei. *Szenvedélybetegségek, I. évf., I.* 11-27.
- 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)
- 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.
- MacCoun, R. J. (1998). Toward a Psychology of Harm Reduction. *American Psychologist*, 53. 11. 1198-1208.
- Máté, Zs. (2007). Reintegráció. Elméletek és gyakorlatok. In: Szemelyácz János (szerk.): *A reintegráció esélyei*. Molnár Nyomda és Kiadó Kft., Pécs.
- Nemzeti Stratégia A Kábítószer-Probléma Visszaszorítására. A kormány kábítószer-ellenes stratégiájának koncepcionális alapjai. (2000). Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.
- Rácz, J. (1988). *A drogfogyasztó magatartás*. Medicina, Budapest.
- 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.
- Riley, D., O'Hare, P. (2000). Harm Reduction: History, definition, and Practice. In: Inciardi, J. A., Harrison, L. D. *Harm Reduction. National and International Perspectives*. Sage Publications, Thousand Oaks. 1-26. (Idézi Demetrovics, 2003a)
- Szemelyácz, J. (2006). *Szenvedélybetegek terápiás ellátása*. Előadás, 2005/2006 tavaszi félév, ELTE PPK Pszichológia Szak.

Zinberg, N. E. (2005 [1984]). *Függőség és kontroll, drog, egyén, társadalom*. Nyitott Könyvműhely Kiadó, Budapest.

[www.droginfo.hu](http://www.droginfo.hu),