

FEKETE ÉDEN.

A 2000. NOVEMBER 26-ÁN

ÉS 2001. NOVEMBER 15-ÉN

KOLOZSVÁRON MEGTARTOTT

DROGFÓRUM CÍMŰ KONFERENCIÁK

ELŐADÁSAI



SAPIENTIA ERDÉLYI MAGYAR TUDOMÁNYEGYETEM
MŰSZAKI ÉS HUMÁN TUDOMÁNYOK KAR
HUMÁN TUDOMÁNYOK TANSZÉK

A kiadvány megjelenését a Sapiientia Alapítvány támogatta.

FEKETE ÉDEN

***A 2000. NOVEMBER 26-ÁN
ÉS 2001. NOVEMBER 15-ÉN
KOLOZSVÁRON MEGTARTOTT
DROGFÓRUM CÍMŰ KONFERENCIÁK
ELŐADÁSAI***

Szerkesztette
ALBERT-LŐRINCZ ENIKŐ

A kötet összeállításában segítettek
DÉGI CSABA LÁSZLÓ
SZABÓ BÉLA

Lektor:

Dr. Bóta Margit

Sorozatborító:

Miklósi Dénes



Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

Fekete Éden / ed.: Albert-Lőrincz Enikő. – Kolozsvár

[Cluj-Napoca]: Scientia, 2003.

Bibliogr.

ISBN 973-85985-6-7

613.83

TARTALOM

Előszó	9
--------	---

1. DROG ÉS EGÉSZSÉG

ALBERT-LŐRINCZ ENIKŐ–ALBERT-LŐRINCZ MÁRTON– DÉGI L. CSABA–SZABÓ BÉLA Egészségmagatartás és droghasználat erdélyi fiatalok körében	13
--	----

2. DROGKULTÚRA

ÁBRÁM ZOLTÁN–MÉSZÁROS FRANCISKA–ENYEDI LAJOS Erdélyi általános iskolás és középiskolás fiatalok droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az ezredfordulón	103
CSÁKÁNY EMESE–OLÁH ZSUZSANNA–SIMON ÉVA A kolozsvári magyar egyetemisták alkoholfogyasztási szokásai	131

3. DROGKÉP

LUKÁCS MÁRIA-MAGDOLNA A drogokhoz kötődő legendák és rituálék	155
DÁSZKEL ILDIKÓ–NAGY ZSUZSA Drogkép. A drogfajták ismertetése	163
SZABÓ BÉLA A drogfogyasztás sajátosságai a gender függvényében (amerikai kutatások alapján)	173

4. DROGHATÁS

LÁSZLÓ JUDIT–SCHEIDT ILDIKÓ A kábítószeresek fiziológiai hatásai	183
---	-----

MÁRTON RÉKA ANNA	
A drogok pszichológiai hatásai	195
BENKŐ-BIRÓ ILDIKÓ	
Droghatás a társadalomban	203
CSÁKÁNY EMESE	
Az alkohol hatása a személyiségre, családra és társadalomra	209
BALOGH RÉKA	
A drogfogyasztás elméletei	215
BOLDIZSÁR IZABELLA	
Endorfinok az emberi szervezetben	219
SIMON ÉVA	
A drog elleni háború és a tolerancia határai	223
SZENTE ENIKŐ	
A drogok legalizálásáról – pro és kontra vélemények	227
GOMBOS EDITH–TAMÁS ÉVA	
A kábítószerrel kapcsolatos jogszabályok	231

5. DROGPREVENCIÓ

BODONI ÁGNES–VARGANCSIK-THÖRIK IRINGÓ	
A szociálpedagógus és szerepe az iskolai drogprevencióban	239
BÁTHORY ÉVA	
A tanárok szerepe a droghasználat megelőzésében	249
SZÁSZ ANDRÁS	
Bedőlsz vagy ellenállsz a drogoknak?	257
MOLNÁR MIKLÓS CSABA	
Drogok nélkül	263
BOKOR LÁSZLÓ CSABA	
A tisztán élés ára	275
DÉGI L. CSABA	
Drogkezelés és hatékonyság	281

SZENTE ENIKŐ	
A kábítószer és alkoholfüggőség kezelésének Minnesota modellje	287

FARKAS ERIKA	
A terápiás lánc	293

6. INTERJÚK A DROGRÓL

TUNYOGI BOGLÁRKA	
Droghasználat: ki és miért?	303

BALÁZS MÓNIKA–DÓTZI JÓZSEF–ERCSEY ANDREA	
Drog és pinceszoba	307

KOSZORÚS EMŐKE–MÁRTON RÉKA ANNA	
Interjúk kábítószer-használó egyetemistákkal	313

7. DROGDIAGNÓZIS

ALBERT-LŐRINCZ ENIKŐ	
A szervisszaélés felismerése és felmérése diákoknál	323

FÜGGELÉK

Abstracts	333
Rezumate	345

ELŐSZÓ

Egészségünk megőrzéséért személyes felelősséget kell vállalnunk, oda kell figyelnünk azokra a veszélyhelyzetekre, amelyek megzavarhatják lelki egyensúlyunkat és a társadalomba való harmonikus beilleszkedésünket.

Nem áltathatjuk magunkat azzal, hogy a kábítószer veszélye minket elkerül. A drogprobléma adott, összetársadalmi jelenség, amely hódít és behódoltat. Tehetetlenek lennénk e tekintetben? Ez volt a kérdés, amelyre közös fórumot alkotva született meg két erdélyi egyetem társadalmi problémák iránt érdeklődő diákjainak válasza.

A Babeş–Bolyai Tudományegyetem Szociális munka Tanszéke az újonnan megalakult marosvásárhelyi Sapientia EMTE Szociálpedagógia Tanszékével együtt olyan, a szerhasználat megelőzését elősegítő tevékenységbe kezdett, amelynek eredménye a 2000-ben és 2001-ben Kolozsváron megrendezett két *Drogfórum*.

Ezeknek a diákkonferenciáknak célja fokozni a felelősségtudatot mind az individuum, mind a kompetens szervezetek, valamint a szakma szintjén, oszlatni a tévhitet és nem utolsósorban, a diákkonferenciák jellegéből adódóan, a tanult anyag és a területhez kapcsolódó szakirodalom átgondolása, szintézise. A rendezvény egyben lehetővé tette két segítő szakma, a szociális munka és a szociálpedagógia bemutatkozását is. A más szakot hallgatók számára is érthetőbbé vált e szakmák hivatása és az általuk nyújtható szolgáltatások egyéni és társadalmi jelentősége.

A diákkonferencia dolgozatait jelen kötetben gyűjtöttük össze. A droggal kapcsolatos témaköröket teoretikusan szisztematizáló, valamint a saját felmérések eredményeit tartalmazó írások kerülnek az olvasó elé.

A kötet szerkesztésének ideje alatt a Sapientia Alapítvány – Kutatási Programok Intézetének támogatásával elkészült egy átfogó egészségmagatartás-kutatás is, amely aktualitását és témáját tekintve értelemszerűen integrálódik a *Drogfórumok* anyagához. Ez a tanulmány is helyet kapott a kötetben.

A tanulmányok, ismeretterjesztő szintézisek kötetbe szervezését két komoly szándék motiválja. Az első a kötet címében már előrevetített „feketé éden” abszurd valóságának egyszerű, közérthető nyelvezetben történő megjelenítése a problémaérzékenység növelése érdekében, hiszen minél szolidabb tudásvértetünk, annál könnyebb a prevenciós tevékenység. A megelőzés a szenvedélybetegségek visszaszorításának

legolcsóbb és legdrámamentesebb módja. A kábítószerrel szembeni küzdelemben és a rászorultak megsegítésében a tudás mankója nélkülözhetetlen. De mi is ez a küzdelem? Megtanulni „Igent s Nemet mondani”, megtanulni és megtanítani. Ehhez próbálnak hozzájárulni a kötet szerzői, a diákok, a már szakemberré lett gyakorló segítőfoglalkozásúak és a tanárok, ki-ki lehetősége szerint, de azzal a nemes igyekezettel, hogy együtt lépjenek fel a megelőzés érdekében.

Második, korántsem elhanyagolható célunk a tudományos munkára való nevelés volt. A szakdolgozatok publikálása elősegítheti az önálló kutatás vágyának felébredését a fiatal vagy leendő szakemberekben. A könyv, amelyet az olvasó kezében tart, az esélyek könyve, esély az érdeklődőnek, hogy felkészültebben vállalhasson szerepet a kábítószerveszély megfékezésében, esély a diákoknak a tudományos munka megkezdésére.

Albert-Lőrincz Enikő

Kolozsvár, 2002.

1. DROG ÉS EGÉSZSÉG

EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ÉS DROGHASZNÁLAT ERDÉLYI FIATALOK KÖRÉBEN

1. A vizsgált téma szakirodalmi összefüggései

1.1. A téma aktualitása

Az elmúlt évtizedben történt gyökeres társadalmi és gazdasági átalakulások alapvetően megváltoztatták a serdülők és ifjak élethelyzetét is. A strukturális változások okozta társadalmi feszültségek megnehezítik a fiatal nemzedék társadalomba való beilleszkedését. A nemzetközi szakirodalom és saját kutatásaink arról győztek meg, hogy egyre gyakoribbak a társadalmi adaptációs problémák, olyan deviáns magatartásformák, amelyek eltérnek az adott társadalomban elfogadott viselkedési szokásoktól, megszegik az érvényben levő normákat. Ilyen körülmények közepette egyre nagyobb veszélyt jelent az egészségtelen életmód és a drogfogyasztás.

A társadalmi haladás a fiatal nemzedék alkalmazkodóképességétől függ, ezért szükséges a fiatalok helyzetének megismerése, életvitelük, értékrendszerük tanulmányozása, életmódjuk megfigyelése.

1.2. A téma társadalmi összefüggései

Az elmúlt évtizedben hazánkban is terjedni kezdett az áldozat nélküli bűnözés. Egyre változatosabb formában és nagyobb méretekből jelentek meg a fiatalkori devianciák.

Minden társadalom devianciaszintje egyben tükrözi a társadalom viszonyulását is e problémához. Ezért fontos, hogy állást foglaljunk a kérdéskörben, hogy megismerjük a jelenség méreteit, valamint a veszélyeztetettség fokát. Ennek tudatában megtervezhető a megelőzés és az egészségmagatartás kialakítása érdekében történő gyógyító beavatkozás.

1.3. A téma szakirodalmi elhelyezése és elméleti alapjai

Dolgozatunknak nem célja a vizsgált téma széles körű szakirodalmi megalapozása, csak a használt fogalmak meghatározását tartottuk fontosnak. Nem foglalkozunk sem az előzetes hazai kutatásokkal, sem a jelenlegre vonatkozó nemzetközi adatok és a mi adataink összehasonlításával. Ez utóbbi egy elkövetkező kutatás témáját fogja képezni.

A kutatott jelenség az egészségpszichológia tárgykörébe tartozik. E fiatal tudományág célja tudományos kutatásokat végezni annak érdekében, hogy az eredményeket felhasználva a testi, szellemi és szociális jólét megóvását elősegítsük. Kiterjed az egyén és a szocio-kulturális struktúrák kölcsönhatásának vizsgálatára, elősegítve a fizikai és társas környezethez való alkalmazkodást, az egészséges fejlődést, megelőzve a deviancia kialakulását.

A kutatás három olyan fogalomkörre épül, amelyek a fiatalok társadalmi beilleszkedésének meghatározó elemei. Ezek a területek az *egészségmagatartás*, a *drogfogyasztó magatartás* és a *prevenció*.

A kutatás központi fogalma az *egészségmagatartás*.

Az egészségmagatartás olyan sajátos értékrendre épül, melynek központi eleme az egészségnek értéként való elfogadása, és olyan, az életmódból fakadó szokásokon alapul, melyek elősegítik a harmonikus testi-lelki kibontakozást, nem veszélyeztetik a szervezet és a személyiség épségét.

Az egészségmagatartás tudatos és nem tudatos elemekből épül fel. Ezekből alakul ki az ún. egészségtudat. Az egészségtudat az önmagunkról való tudás része, és azt fejezi ki, hogy miképpen viszonyulunk egészségi állapotunkhoz. Az optimális egészségtudat a harmonikus személyiség sajátja, jól megszilárdult életviteli szokásokon és egészségkultúrán alapul. Feltételezi a problémákhoz való aktív, *megküzdő* viszonyulást és a hatékony, rugalmas önszabályozást. Az egészség fenntartása nem megy spontánul, tudatos tevékenységet, társadalmi felelősséget igényel. Elérésére igény kell megfogalmazódjék, törekvést kell jelentsen. Pozitív gondolkodást igényel. Az egészség érték, és ennek megvédésére nevelni kell mind egyéni, mind társadalmi szinten. Tudatosan állást kell foglalni minden, a szervezetet károsító gyakorlat ellen.

A drogfogyasztást társadalmi jelenségként kezeljük, az egyén részéről pedig viselkedésformának tartjuk. A *drogfogyasztó magatartást* deviáns viselkedésként értelmezzük. A szerek fogyasztása akár tiltott, akár nem, veszélyes, mert visszaélésre ad alkalmat, befolyásolja a mentális műkö-

dést és az ítélőképességet. Ezek a viselkedésminták általában progressziót mutatnak, a kísérletező fázisból gyakran lesz kényszerfogyasztás.

A kábítószer-fogyasztás fokozatonkénti kialakulásában három fő stáció különül el:

- a. *kipróbálás*: 10-12 évesek kíváncsiságból, a társ biztatására vagy a csoportba kerülés érdekében nem állnak ellen a kísértésnek;
- b. *szokás*: a cselekvés ismétlődik ugyanabban a helyzetben, de még függőség nélkül;
- c. *függőség*: ellenállhatatlan kényszer taszít a drog további szedésére, a drog hiányából eredő szenvedések elkerülése miatt. A drogos karrier során egyre nő az adag, és a lágy drogoktól az út a kemény drogok irányába vezet.

A drogfogyasztó-magatartás fokozatos kialakulását követi a drogos karrier körvonalazódása, ami megmutatkozik az egyén kapcsolatainak megromlásában és személyiségének átalakulásában is. Ezért fontos a prevenció, a szerhasználat okozta károsodások megelőzése.

A *prevenció* tulajdonképpen egészségvédelem, az egészséges életmód igényének kialakítása. Ezért a prevenció nemcsak a kábítószer-fogyasztás elkerülését célozza. Az egészséget mint értéket propagálja. Nem kampányjellegű, hanem folyamatos és hosszú távú tevékenységet kell jelentsen. Az információközlés fontos, de önmagában nem elégséges. A tájékoztatás élményszerű átélésekhez és a helyes életviteli készségek kialakításához kell hogy kapcsolódjon.

Az elsődleges megelőzés alapja a reális droghelyzet ismerete. Ezt célozza jelen felmérésünk is.

A drogprevenció sajátos céljai:

- az egyéni droghasználat kialakulási kockázatának, valamint a fogyasztás gyakoriságának csökkentése;
- a drogfogyasztással együtt járó káros hatások mérsékelése.

1.4. A kutatás célja

- Az egészségmagatartásra vonatkozó felmérések elvégzése a megelőzés, a gondozás és a szükséges társadalmi intézkedések elősegítése érdekében;
- a veszélyeztetett kor- és népcsoportok tanulmányozása;
- a droghelyzet tisztázása;
- a személyiség működőképességének védelme az adaptáció érdekében.

1.5. A kutatás hipotézisei

- A fiatalság nem ismeri kellő módon az egészséges életmód alaperőforrásait, emiatt hosszú távon növekszik a pszichológiai diszfunkciók és devianciák kialakulásának valószínűsége.
- Összefüggés mutatkozik a fiatalok életérzésének és élethelyzeteinek minősége, valamint a drogfogyasztás gyakorisága között.

1.6. Vizsgálati dimenziók

A kutatásnak a fentiekben ismertetett céljait figyelembe véve a következő problémákra szeretnénk választ kapni:

- mennyire érzik magukat egészségesnek a serdülők;
- milyen egészségügyi gondokkal (tünetekkel, betegségekkel) küzdenek;
- milyen életviteli szokásaik vannak;
- milyen értékek vezetik döntéseiket;
- mit tesznek egészségvédelmük érdekében;
- milyen életérzések jellemzik őket (kompetencia, kontroll);
- milyen anyagi és szociális feltételek között élnek;
- hogyan viszonyulnak a jövőhöz (vágyak és félelmek);
- milyen veszélyeztető tényezők találhatók környezetükben;
- hogyan viszonyulnak a drogokhoz;
- milyen drogfogyasztási szokásaik vannak.

A jelzett kérdéskörök tisztázása segíthet a fiatalok társadalmi beilleszkedési gondjainak tisztázásában és a megfelelő prevenció, illetve intervenciók eljárások kidolgozásában.

1.7. Módszertani keretek

1.7.1. A minta kiválasztása

A kérdőívre alapuló kutatás 1042, Erdély különböző szociális környezetében (faluk, kisváros, megyeközpont) élő, IX–XII. osztályos serdülők egészséggel kapcsolatos attitűdjét, egészségmagatartásának jellemzőit, sebezhetőségét és veszélyeztetettségét, valamint deviáns magatartásformáit vizsgálja. A kutatás célcsoportja a 14–19 éves korosztály.

A minta összeállításánál korra, nemre iskola- és településtípusra reprezentatív, véletlen mintavételi eljárást alkalmaztunk. A kérdezést a ku-

tatócsoport végezte. Az adatok felvétele önkitöltős kérdőívvel, osztályos megkérdezéssel, önkéntesen és névtelenül történt.

A minta méretének kialakítása során figyelembe vettük, hogy az adatok megfelelő megbízhatóságúak legyenek. A felmérést Beszterce, Bihar, Hargita, Kolozs, Kovászna és Maros megyében végeztük 2002 februárjától május végéig a következő városokban és községekben: Csíkszereda, Gyergyószentmiklós, Székelyudvarhely, Sepsiszentgyörgy, Beszterce, Régen, Marosvásárhely, Kolozsvár, Nagyvárad, illetve Csíkszentkirály, Gyergyóalfalú, Nyárádszereda. A felsoroltakon kívül a diákok a következő falvakból, illetve községekből származtak: Agyagfalva, Ákosfalva, Andrásfalva, Backamadaras, Bánd, Bánkfalva, Barót, Beresztelke, Bergenye, Borzont, Búzásbesenyő, Csátószeg, Cserefalva, Csíkdánfalva, Csíkelne, Csikfalva, Csíkjenőfalva, Csíkkozmás, Csíklázárfalva, Csíkmadaras, Csíksomlyó, Csíkszentdomokos, Csíkszentgyörgy, Csíkszentimre, Farkaslaka, Gyergyószárhegy, Gyergyócsomafalva, Gyergyóújfalu, Tekerőpatak, Zetelaka.

Azokban az esetekben, amikor a minta különböző szempontok szerinti bontásából származó kategóriákban nem volt kiegyensúlyozott az esetek száma, az adatokat normalizáltuk, hogy ne torzítsák az eredményeket.

1.7.2. A vizsgálati eszköz bemutatása

A kutatásban demográfiai és pszichológiai természetű változókat és a közöttük kimutatható összefüggéseket tanulmányoztunk. A felhasznált kérdőívet a munkacsoport állította össze. Az adatok bevezetése és feldolgozása az SPSS-program segítségével történt.

A kérdőív a következő jelenségeket mérte fel: demográfiai jellemzők, életmód, életkörülmények, az élettel való megelégedettség és kontroll érzése, tevékenységformák, iskolai teljesítmény, értékek, egészségi állapot és közérzet, zavaró tünetek, egészséghez való viszonyulás, drogokhoz való viszonyulás és drogfogyasztási szokások, problémakezelés és megküzdés.

A kérdőív szolgáltatatta adatok két szakaszban kerültek feldolgozásra. Az adatok mennyiségi feldolgozásából a bemutatásra kerülő epidemiológiai jellegű tanulmány született, amely nem tartalmazza a serdülők problémakezelésének vizsgálatát. A probléma szülte helyzetek megküzdésére vonatkozó adatok minőségi feldolgozása a kutatás egy következő fázisában újabb tanulmány tárgyát fogja képezni.

2. A kutatás eredményeinek bemutatása

2.1. A vizsgált népesség demográfiai és pszicho-szociális jellemzői

2.1.1. A vizsgált népesség demográfiai jellemzői

Az 1042 kitöltött kérdőív majdnem teljes egészében feldolgozásra kerülhetett. A népesség demográfiai jellemzői esetében a legkevesebb (1033) figyelembe vehető választ a nemi hovatartozás megjelölésére kaptuk. A hiányos kérdőívek jellemzőinek megoszlását az 1. táblázat szemlélteti.

A megkérdezettek 20%-a 14-15 éves, 55%-a 16-17 éves, 24,7%-a 17-18 éves volt. Többségük X. és XI. osztályos tanuló, olyan serdülők, akiknek életfeladata az értékrendszer kikristályosítása, az önazonosságuk megtalálása. Az egészséghez való viszonyulás fontos jellemzője személyiségüknek. Döntéshelyzetben vannak, azt illetően, hogy az egészséges életutat választják-e vagy a deviancia ösvényére lépnek.

A vizsgált népesség 36,2%-a fiú és 63,7 %-a lány.

Az életmód és a szokások kialakítását meghatározza az a szociális környezet amelyben élnek. A megkérdezettek majdnem fele (52%) nagyvárosban (megyei központ), másik részük kisvárosban (14,4%), illetve fal-

1. táblázat. A demográfiai adatokra vonatkozó feldolgozott válaszok száma

Adatok	Életkor	Nem	Lakhely	Iskolatípus
Érvényes	1040	1033	1034	1040
Hiányzó adat	2	9	8	2

2. táblázat. A vizsgált populáció életkora

	Életkor	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Érvényes	14–15 év	209	20,1	20,1	20,1
	16–17 év	572	54,9	55,0	75,1
	18–19 év	257	24,7	24,7	99,8
	19 év fölött	2	0,2	0,2	100,0
	Összesen	1040	99,9	100,0	
Hiányzó adat		2	0,2		
Összesen		1042	100,0		

vakban és községekben (32,7%) lakik és tanul. A falusi környezetnél csak azokat a diákokat vettük számításba, akik falusi középiskolában tanulnak.

A nagyvárosokban lakó és tanuló diákokat különválasztottuk aszerint is, hogy központi vagy perifériás negyedben levő iskolába járnak. A feldolgozásnál figyelembe vettük, hogy a legnépesebb a nagyvárosi populáció. Az adatokat súlyoznunk kellett, hogy ne torzítsák az eredményeket.

Az 5. táblázatból leolvasható, hogy a tanulmányozott serdülők 42,8%-a központi, 36,5%-a perifériás, lakónegyedbeli középiskolában, míg 20,5%-a szakiskolában tanul. Feltételezzük, hogy az iskola típusa is hatással van az egészségmagatartás alakulására.

A népesség szociális jellemzőire vonatkozóan maximum 21 kérdőív nem volt értékesíthető. Ezt szemlélteti a 6. táblázat. A legkevesebb választ (1021) az anyagi helyzetre vonatkozó kérdés kapta.

A sikeres szocializációt nagymértékben befolyásolja a család struktúrája. Az erre vonatkozó megállapításainkat a 7–12. táblázatok összesítik.

A szülők jelenléte vagy hiánya a gyermekek életében meghatározza a családi szocializáció minőségét és ezen keresztül befolyásolja a gyermek alkalmazkodóképességét.

3. táblázat. A vizsgált populáció neme

	Nem	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Érvényes	Férfi	374	35,9	36,2	36,2
	Nő	658	63,1	63,7	99,9
	Összesen	1033	99,1	100,0	
Hiányzó adat		9	0,9		
Összesen		1042	100,0		

4. táblázat. A vizsgált populáció iskolájának szociális környezete

	Szociális környezet	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Érvényes	Nagyváros	543	52,1	52,5	52,5
	Kisváros	150	14,4	14,5	67,0
	Falu	341	32,7	33,0	100,0
	Összesen	1034	99,2	100,0	
Hiányzó adat		8	0,8		
Összesen		1042	100,0		

A vizsgált serdülők 85,3%-ának életében stabil személyként van jelen az apa. A fennmaradó 14,7% apa nélküli, csonka családban él.

Az apa jelenléte megkönnyítheti a társadalomba való beilleszkedést, a nemi szerepek letisztulását és a felettes én megszilárdulását. Természetesen nem elhanyagolható az apával való kapcsolat minősége sem. A személyiség alakulása szempontjából a kapcsolat jellegének van meghatározó szerepe.

A kérdéseinkre adott válaszokból kiderül, hogy a megkérdezettek 94%-a az anyja mellett él.

5. táblázat. *A vizsgált populáció által látogatott iskolatípus*

	Iskolatípus	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Érvényes	Középiskola központ	446	42,8	42,9	42,9
	Középiskola periféria	380	36,5	36,5	79,4
	Szakiskola	214	20,5	20,6	100,0
	Összesen	1040	99,8	100,0	
Hiányzó adat		2	0,2		
Összesen		1042	100,0		

6. táblázat. *A feldolgozott válaszok száma*

Adatok	Kivel élsz egy háztartásban (állandóan jelen van)?					Milyennek ítéled anyagi létfeltételeidet?
	Apa	Anya	Testvérek	Nagy-szülők	Rok- nok	
Érvényes	1040	1040	1040	1040	1038	1021
Hiányzó adat	2	2	2	2	4	21

7. táblázat. *Az apa jelenléte a családban*

	Apa jelenléte	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Érvényes	Nem	153	14,7	14,7	14,7
	Igen	887	85,1	85,3	100,0
	Összesen	1040	99,8	100,0	
Hiányzó adat		2	0,2		
Összesen		1042	100,0		

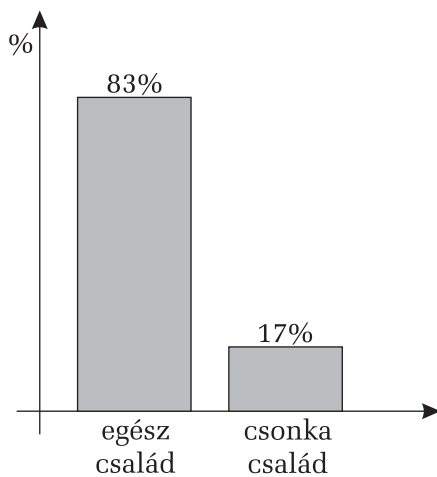
Ha az anya mint stabil személy nincs jelen a gyermek nevelésében, a családi szocializáció sérül, és ennek következtében a gyermek veszélyeztetetté válhat.

8. táblázat. *Az anya jelenléte a családban*

	Anya jelenléte	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Érvényes	Nem	60	5,8	5,8	5,8
	Igen	980	94,0	94,2	100,0
	Összesen	1040	99,8	100,0	
Hiányzó adat		2	0,2		
Összesen		1042	100,0		

9. táblázat. *Családstruktúra*

	Családstruktúra	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Érvényes	Nem	866	83,1	83,3	83,3
	Igen	174	16,7	16,7	100,0
	Összesen	1040	99,8	100,0	
Hiányzó adat		2	0,2		
Összesen		1042	100,0		



1. ábra. *Családstruktúra*

Az ép család lehetőséget ad mind a férfi, mind a női szerep elsajátítására, a világhoz való kétféle viszonyulási mód megtapasztalására. Kielégítő kommunikáció és interakció esetén az ép család a harmonikus személyiség bölcsője lehet. A megkérdezettek 83,1%-a ép családban él.

A felmérés alanyainak 17%-a csonka családban él.

Az adatok elemzéséből az is kiderült, hogy a serdülők 73,9%-a többgyermekes családban él, csak 25,9% egyke.

A testvérek jelenléte és a velük való jó kapcsolat segíti az együttélési normák elsajátítását és a harmonikus beilleszkedést. Lehetőséget ad a

10. táblázat. *A testvérek jelenléte a családban*

	Testvérek	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Érvényes	Nem	270	25,9	26,0	26,0
	Igen	770	73,9	74,0	100,0
	Összesen	1040	99,8	100,0	
Hiányzó adat		2	0,2		
Összesen		1042	100,0		

11. táblázat. *A nagyszülők jelenléte a családban*

	Nagy- szülők	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Érvényes	Nem	841	80,7	80,9	80,9
	Igen	199	19,1	19,1	100,0
	Összesen	1040	99,8	100,0	
Hiányzó adat		2	0,2		
Összesen		1042	100,0		

12. táblázat. *Rokonok jelenléte a családban*

	Rokonok	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Érvényes	Nem	1020	97,9	98,3	98,3
	Igen	18	1,6	1,6	99,9
	Összesen	1038	99,6	100,0	
Hiányzó adat		4	0,4		
Összesen		1042	100,0		

jogok és kötelességek méltányos elosztására és a másokra figyelés megtanulására.

A megkérdezettek 19,1%-a többgenerációs családban él. Velük laknak a nagyszülők is. A többgenerációs együttélés is segítheti az identitástudat és az odatartozás érzésének kialakulását.

Jellemzőnek az tekinthető, hogy a többgenerációs családok elkülönült lakásban élnek. Külön fedél alatt, külön háztartásban él a megkérdezettek 80,7%-a.

Kutatásunkban arra is rákérdeztünk, hogy a serdülők a szülőkön és nagyszülőkön kívül még másokkal megosztják-e otthonukat. A válaszokból kiderült, hogy 1,6%-nál a családban más rokon is él. Az egy háztartásban élő személyek száma akkor lehet veszélyeztető tényező, ha erre nem megfelelő a lakófelület, és a zsúfoltság miatt sérül a személyes élettér intimitása.

2.1.2. A vizsgált népesség pszicho-szociális jellemzői

Az egészséget nemcsak a biológiai tényezők, hanem a társadalmi létfeltételek is befolyásolják. Amikor az egészségkárosodást vizsgáljuk, tekintettel kell lennünk azokra a feltételekre is, amelyek között él az egyén. A „társadalmi helyzet beépül az ember testébe” állapítja meg Losonczi Á. (1989). Az egészségért az életmódon kívül azok a körülmények is felelősek, amelyekben az ember él. A társadalmi hátrányok növelik a személy sérülékenységét.

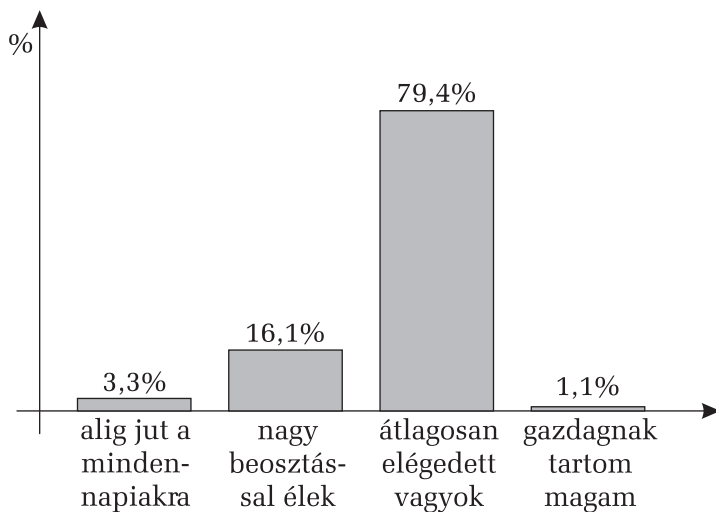
13. táblázat. *A család anyagi feltételei a serdülő megítélése alapján*

Anyagi létfeltételek	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Alig jut a mindennapiakra	34	3,3	3,3	3,3
Nagy beosztással élek	164	15,7	16,1	19,4
Átlagosan elégedett vagyok	811	77,8	79,4	98,8
Gazdagnak tartom magam	11	1,1	1,1	99,9
Összesen	1021	98,0	100,0	
Hiányzó adat	21	2,0		
Összesen	1042	100,0		

A megkérdezett serdülők 77,8%-a átlagosnak tartja családja anyagi helyzetét; 15,7%-uk nagy beosztással él; 3,3%-nak alig jut a mindennapi-ra és csak 1,1% tartja gazdagnak magát. A drogfogyasztás szempontjából mind a túl magas, mind a nagyon alacsony életszínvonal veszélyeztető tényező lehet.

A szűkös anyagi feltételek hátrányos helyzetet jelentenek a fejlődő személyiségnek. A hátrányos helyzet azonban még nem jelent veszélyeztetettséget. A veszélyeztetettség mindig feltételezi az én és a személyiség-struktúrák sebezhetőségét, a társadalmi beilleszkedést biztosító folyamatok törését vagy éretlenségét. A szegénység önmagában nem vezet devianciához. A létfeltételeket tükröző élményfeldolgozás milyensége felelős a környezettel való harmónia vagy a deviancia kialakulásáért. A 2. ábra szemlélteti, hogy a vizsgált népesség 79%-a elégedett anyagi létfeltételeivel. A megelégedettség nem objektív mércéje az anyagi helyzetnek, a személyiség beállítódásától függ, eltekintve attól, hogy a valóságban ezek a feltételek szűkösnek vagy bőségesnek tekinthetők. Megfelelő értékek birtokában az anyagiakkal szembeni viszonyulás nem befolyásolja, a fiatalok többségénél az életmód veszélyeztetettségét.

Az anyagi feltételek a lét alapját biztosítják, a biológiai szükségletek kielégítését szolgálják. Ezért jelentős szerepük van az egészség megalapozásában.



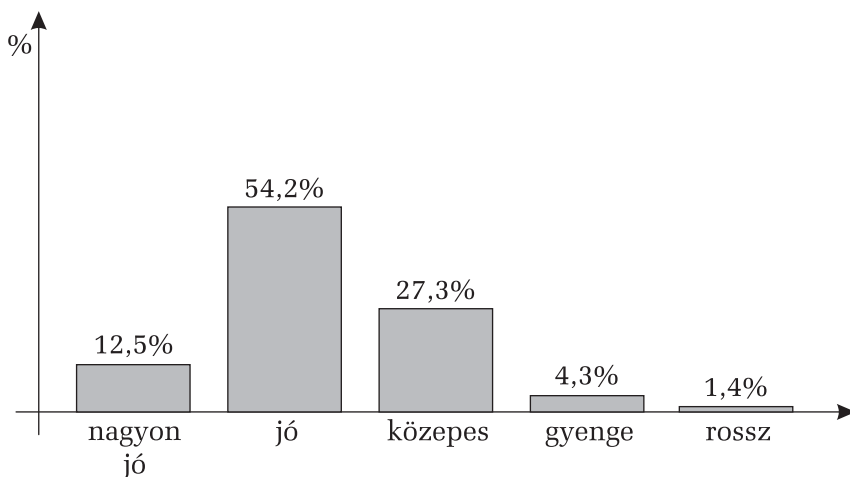
2. ábra. A család anyagi feltételei a serdülő megítélése alapján

Az egészségi állapot megítélését illetően elmondható, hogy 12,5% nagyon jónak, 53,9% jónak, 27,2% közepesnek, 4,3% gyengének és 1,3% rossznak értékeli.

Az egészségnek jóléti állapotkénti megítélése személyiségfüggő. Vannak olyan emberek, akik lázadnak a negatív állapotok ellen. Egészségük megbomlását súlyosabbnak ítélik, mint ahogyan az a valóságban van. Ilyenkor több a panasz, mint a baj és a minimális tünetek is a betegség érzetét váltják ki. Mások éppen ellenkezőleg, kisebbítik a bajt, és letagadják a betegség súlyosságát.

14. táblázat. Az egészségi állapot önmegítélése

Egészségi állapot	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Nagyon jó	130	12,5	12,5	12,6
Jó	562	53,9	54,2	66,9
Közepes	283	27,2	27,3	94,2
Gyenge	45	4,3	4,3	98,6
Rossz	14	1,3	1,4	99,9
Összesen	1036	99,4	100,0	
Hiányzó adat	6	,6		
Összesen	1042	100,0		



3. ábra. Az egészségi állapot megítélése

A nemek között is észlelhető különbség van az egészségi állapot megítélésében. Ha az egészség megélésének különböző szintjei (nagyon jó, jó stb.) között megnézzük a különbséget a fiúk és a lányok által adott értékek között, látni fogjuk, hogy sokkal kevesebb azon fiúk száma, akik közepesnek, gyengének vagy rossznak ítélik meg saját egészségi állapotukat, és nagyobb azoknak a száma, akik nagyon jónak érzik.

A nemek között legnagyobb a különbség a közepes (51,4%) és a gyenge (66,6%) egészség megítélésében. A különbség mindig a lányok rovására írható, ők érzik magukat kevésbé egészségesnek. Ez a megítélésbeli különbség onnan adódhat, hogy a lányok serdülőkorban többet törődnek magukkal, jobban figyelnek testi-lelki jelzéseikre. A fiúk énképe, amely az erő, a férfiasság kibontakozását tartja központi értéknek, nem egyeztethető össze a betegség, a gyengélkedés felvállalásával.

15. táblázat. Az egészségi állapot nemek szerinti megítélése

Nemek	Nagyon jó	Jó	Közepes	Gyenge	Rossz	Össz.
Férfi	53,8%	39,9%	24,3%	15,6%	35,7%	36,2%
Nő	46,2%	60,1%	75,7%	82,2%	64,3%	63,7%
Összesen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

16. táblázat. Az anyagi létfeltételek és az egészségi állapot összefüggése

Anyagi létfeltételekkel való megelégedettség	Egészségi állapot					
	nagyon jó	jó	közepes	gyenge	rossz	össz.
Alig jut a mindennapiakra	5,9%	32,4%	35,3%	23,5%	2,9%	100,%
Nagy beosztással élek	7,9%	47,0%	32,9%	8,5%	3,7%	100,%
Átlagosan elégedett vagyok	13,1%	57,1%	25,8%	2,9%	0,9%	100,%
Gazdagnak tartom magam	45,5%	27,3%	27,3%	0	0	100,%

16.a. táblázat. Szignifikanciaszint

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	79,801	24	0,000
Lineáris összefüggés	39,412	1	0,000
Érvényes esetek száma	1017		

Az anyagi létfeltételek és az egészségi állapot összefüggésének vizsgálata céljából, e két tényező alapján keresztábrát készítettünk (16. táblázat).

A keresztábrából kitűnik, hogy azok, akik elégedettek anyagi létfeltételeikkel, többségükben (13,1% és 57,1%) nagyon jónak és jónak élik meg egészségi állapotukat. Azoknál, akik anyagi gondokkal küzdenek, jóval kisebb (5,9% és 32,4%) az egészséggel való megelégedettség is. Ezt az erősen szignifikáns összefüggést szemlélteti a 16.a. táblázat is.

Az egészséges személy általában jól érzi magát és szereti az életet. Az a személy, akit inkább negatív érzések jellemeznek, a jót, a szépet nagy valószínűséggel az illúziókban fogja keresni, és megpróbál mesterséges örömeket szerezni magának. Ezért fontos megtudni, hogy a fiatalokat milyen életérzések jellemzik. A helyzet tisztázása érdekében foglaltuk meg azt a kérdést, hogy mennyire vannak megelégedve életük eddigi alakulásával. A kapott válaszokat a 17. táblázat mutatja be.

Az életérzésskála első négy kijelentését az élethez való pozitív viszonyulásként értékelhetjük. Ez alapján (nagyon jó érzés élni: 18,8% + tökéletesen elégedett vagyok: 6,7% + jól érzem magam: 25% + szeretek élni: 26,9% = 77,4%) azt mondhatjuk, hogy a megkérdezettek több mint háromnegyedének (77,4%-nak) esélye van arra, hogy harmonikusan illeszkedjék be társas, szellemi és fizikai környezetébe. A harmonikus beilleszkedés alapja ugyanis az érzelmi kiegyensúlyozottság és a megelégedettség.

17. táblázat. Az élet eddigi alakulásával való megelégedettség

Életérzésskála	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Nagyon jó érzés élni	196	18,8	19,4	19,4
Tökéletesen elégedett vagyok	70	6,7	6,9	26,4
Jól érzem magam	261	25,0	25,9	52,3
Szeretek élni	280	26,9	27,8	80,1
Nem nagyon vagyok elégedett	161	15,5	16,0	96,0
Boldogtalan vagyok	15	1,4	1,5	97,5
Az élet értelmetlen	25	2,4	2,5	100,0
Összesen	1008	96,7	100,0	
Hiányzó adat	34	3,3		
Összesen	1042	100,0		

A serdülők 15,5%-a elégedetlen életének eddigi alakulásával, 1,4% boldogtalannak véli magát, és 2,4% értelmetlennek találja az életet.

A kapott eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy a segítő szakembereknek figyelniük kell erre az egynegyednyi fiatalra, vagyis azokra, akik rosszul érzik magukat a társadalomban, és ezért meg van a veszélye annak, hogy deviánssá váljanak. Ellensúlyozni kell környezetük veszélyeztető tényezőit, és meg kell erősíteni a személyes megküzdőképességüket.

Az anyagi létfeltételek, mint alapvető emberi szükségletek, közvetlenül befolyásolják a létünkkel szembeni megelégedettséget. A 18. táblázat a megkérdezettek életének eddigi alakulásával és az anyagi feltételekkel kapcsolatos megelégedettségük közötti összefüggést szemlélteti.

Megfigyelhető, hogy azok, akik elégedettek anyagi létfeltételeikkel, nagy többségükben (21,1%+7,7%+26,5%+29%=84,3%) azt állítják, hogy

18. táblázat. Az élet eddigi alakulásával és az anyagi létfeltételekkel kapcsolatos megelégedettség összefüggése

Anyagi létfeltétel	Az élet eddigi alakulásával kapcsolatos megelégedettség						
	Nagyon jó érzés élni	Tökéletesen elégedett vagyok	Jól érzem magam	Szere-tek élni	Nem nagyon vagyok elégedett	Boldog-talan vagyok	Az élet értel-metlen
Alig jut a minden-napiakra	14,7%	2,9%	5,9%	29,4%	38,2%	2,9%	5,9%
Nagy beosztás-sal élek	11,1%	4,3%	25,9%	22,8%	29,0%	0,0%	6,8%
Átlagosan elégedett vagyok	21,1%	7,7%	26,5%	29,0%	12,7%	1,5%	1,5%
Gazdagnak tartom magam	40,0%	10,0%	30,0%	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%

18.a. táblázat. Szignifikanciaszint

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	103,882	24	0,000
Lineáris összefüggés	34,704	1	0,000
Érvényes esetek száma	997		

nagyon jó érzés élni, jól érzik magukat és szeretnek élni. Ugyanez jellemző azokra is ($40\%+10\%+30\%=80\%$), akik gazdagnak tartják családjukat. Az anyagi gondokkal küzdők (38,2%) elégedetlenek életük alakulásával, 2,9%, illetve 5,9% boldogtalannak tartja magát, és úgy érzi, hogy az életnek nincs értelme. Felmérésünk ezekre a serdülőkre hívja fel a figyelmet, mert megfelelő segítség hiányában veszélyeztetettekké válhatnak. Egészségvédő, prevenciós munkánk célcsoportját belőlük kell kialakítani.

A 18.a. táblázat azt szemlélteti, hogy erős összefüggés mutatható ki az élet alakulásával és az anyagiakkal kapcsolatos elégedettség szintek között. Érdekes tehát megerősíteni serdülőinket a hiányhelyzetekkel szembeni megküzdésükben.

19. táblázat. A serdülők számára legfontosabb dolgok sorrendje

Értékek	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Hatalom	9	0,9	0,9	0,9
Egyenlőség	27	2,6	2,7	3,5
Értelmes munka	19	1,8	1,9	5,4
Boldog családi élet	426	40,9	41,9	47,3
Anyagi jólét	20	1,9	2,0	49,3
Egészség	377	36,2	37,1	86,4
Szépség	2	0,2	0,2	86,6
Szeretettel teli élet	58	5,6	5,7	92,3
Barátság	29	2,8	2,9	95,2
Kiállás a meggyőző- désem mellett	5	0,5	0,5	95,7
Türelem	1	0,1	0,1	95,8
Egyéni szabadság	19	1,8	1,9	97,6
Megértés	3	0,3	0,3	97,9
Siker	8	0,8	0,8	98,7
Kényelmes élet	7	0,7	0,7	99,4
Nyugalom	3	0,3	0,3	99,7
Elfogadottság	2	0,2	0,2	99,9
Megbecsülés	1	0,1	0,1	100,0
Összesen	1016	97,5	100,0	
Hiányzó adat	26	2,5		
Összesen	1042	100,0		

A megelégedettség vizsgálata azért fontos, mert feltételezzük, hogy a szerhasználatnak egyik rizikótényezője az elégedetlenség lehet. Ennek az összefüggésnek a bizonyítására a későbbi vizsgálatok során kerülhet sor.

A családi szocializáció sikerét nagyban befolyásolja az az értékrend-szer, amely mentén a serdülő személyisége kialakul. Csak az a személy képes önmagával és környezetével harmóniában élni és az élet terheivel megküzdeni, aki stabil és pozitív szellemi értékekkel rendelkezik. Az anyagi értékek nem nyújthatnak biztonságot és stabilitást, erre csak az egész életen át követhető szellemi értékek képesek. Ilyenek a kultúra által nyújtott értékek (vallás, filozófia, művészet, irodalom stb.) lehetnek.

Felmérésünk segítségével meg akartuk ismerni a fiatalokat vezérlő érték-skálát. Az általunk megadott értékeket kellett rangsorba állítaniuk a fontosság függvényében. A megkérdezett személyek három választást tehetek. A 19. táblázatot az elsőként választott értékek alapján állítottuk össze.

Megelégedéssel állapíthatjuk meg, hogy a serdülők által felsorolt legfontosabb értékek a boldog családi élet (40,9%), az egészség (36,2%) és a szeretet-teli élet. A többi érték gyakorisága messze elmarad az említett első három választás gyakorisága mögött. A serdülők választotta értékek le-téteményesei a társadalmilag elfogadott, egészséges életformának, és mint ilyenek, mozgósító jellegűek kell legyenek. Nagy jelentőségű, hogy a preferált értékek között második helyre az egészséget teszik. Meg van tehát a lehetősége annak, hogy az egészségnevelő programok termékeny talajra találjanak a fiatalok körében. Egy széles körű egészségkultúra megalapozása hozzájárulhat a serdülők és a fiatalok iskolai és társadalmi beilleszkedésének javításához.

Az attitűdök tanulmányozásához fontos támpontokat adhat a negatív pólus, az elutasítások elemzése is. A kérdőívezésben résztvevőket arra kértük, hogy az általunk megadott listából válasszák ki azokat a jelensé-geket, amelyek a legveszélyesebbeknek tűnnek számukra, és ezért eluta-sítják őket. (Lehetőség volt a lista kiegészítésére is.) Az első helyre kerü-lő válaszokat a 20. táblázat mutatja be.

Az elutasításban az első három helyen a betegség (44,3%), a kábító-szerezés (20%) és a szeretetlenség (5,8%) állt. A válaszok még akkor is ér-tékelendők, ha figyelembe vesszük, hogy a diákok tudták, hogy egészség-gel kapcsolatos kérdőívet töltenek ki, és ez befolyásolhatta választásaikat.

A személyiség kialakulását alapvetően befolyásolja a családokban észlelhető érzelmi légkör. A családok érzelmi légkörét a családtagok egy-máshoz való viszonya, a kapcsolatok minősége határozza meg. A sze-mély alapvető kapcsolatai beépülnek személyiségébe, és befolyásolják

más kapcsolatait is. Hatással vannak a világgal való kapcsolatára és élet-érzéseinek színezetére. A 21. táblázat a vizsgált serdülők családjának érzelmi légkörét tárja fel. Az érzelmi légkörre vonatkozó jellemzőket a kérdőív adta meg, lehetőséget adva a lista kiegészítésére is.

A megkérdezett serdülők szerint a családok több mint felét összetartó érzelmi légkör jellemzi. Az esetek közel egynegyede (23,8%) érzelmi-
leg változó légkörről, 11,7% feszült hangulatról számolt be. Azonos százalékkal (4,6%), jeleztek egymást segítő és elhanyagoló légkört. Az elhanyagolt serdülő könnyen csapódhat marginális csoportokhoz, mert szüksége van a valahová tartozás megélésére.

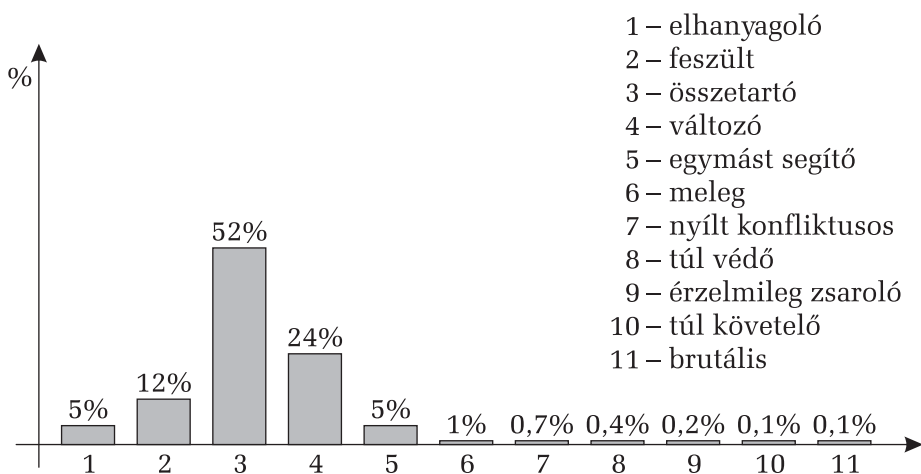
20. táblázat. *A legveszélyesebbnek tartott dolgok listája*

Veszélyes dolgok	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Harag	52	5,0	5,1	5,1
Betegség	462	44,3	45,6	50,7
Álnokság	14	1,3	1,4	52,1
Veszekedés	30	2,9	3,0	55,0
Kudarc	16	1,5	1,6	56,6
Veszteség	10	1,0	1,0	57,6
Kiközösítés	41	3,9	4,0	61,6
Szegénység	10	1,0	1,0	62,6
Szégyen	5	0,5	0,5	63,1
Szeretlenség	60	5,8	5,9	69,0
Bizonytalanság	4	0,4	0,4	69,4
Kábítószererezés	208	20,0	20,5	89,9
Reménytelenség	32	3,1	3,2	93,1
Kiszolgáltatottság	8	0,8	0,8	93,9
Verés	13	1,2	1,3	95,2
Megalázás	32	3,1	3,2	98,3
Akadályoztatottság	2	0,2	0,2	98,5
Elnémítás	6	0,6	0,6	99,1
Nélkülözés	9	0,9	0,9	100,0
Összesen	1014	97,3	100,0	
Hiányzó adat	28	2,7		
Összesen	1042	100,0		

A rossz szülőkapcsolat miatt traumatizált vagy az elvárásaikban ki nem elégített gyermekek a serdülőkorban veszélyeztetettekké válnak a gyermekkori sérülések következtében, és ha nem sikerül megfelelőképpen beavatkozni, akkor magatartászavar alakulhat ki. A serdülőkorúak

21. táblázat. *A család érzelmi légköre*

Érzelmi légkör	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Elhanyagoló	48	4,6	4,7	4,7
Feszült	122	11,7	11,9	16,5
Összetartó	534	51,2	51,9	68,4
Változó	248	23,8	24,1	92,5
Egymást segítő	48	4,6	4,7	97,2
Meleg	14	1,3	1,4	98,5
Nyílt konfliktusos	7	0,7	0,7	99,2
Túl védő	4	0,4	0,4	99,6
Érzelmileg zsaroló	2	0,2	0,2	99,8
Túl követelő	1	0,1	0,1	99,9
Brutális	1	0,1	0,1	100,0
Összesen	1029	98,8	100,0	
Hiányzó adat	13	1,2		
Összesen	1042	100,0		



4. ábra. *A családok érzelmi légköre*

egészséges fejlődése érdekében fontos a meleg, összetartó, biztonságot adó légkör.

A jó családi légkörben felnőtt serdülő nagy valószínűséggel megelégedett életének alakulásával. Ezt az összefüggést vizsgáljuk a 22. kereszt-tábla segítségével.

A táblázat bemutatja az abszolút értékeket is, mert csak ennek figyelembe vételével értelmezhetők a tendenciák. Például a túl védő légkör esetében megjelenő 50%-ok nem a vizsgált népesség felét jelentik, ha-

22. táblázat. *A család érzelmi légköre és az életalakulás iránti megelégedettség összefüggése*

Érzelmi légkör	Nagyon jó érzés élni	Tökéletesen elégedett vagyok	Jól érzem magam	Szeretek élni	Nem nagyon vagyok elégedett	Boldogtalan vagyok	Az élet értelmetlen	Összesen
Elhanyagoló	8	0	7	11	14	1	3	44
	18,2%	0	15,9%	25,0%	31,8%	2,3%	6,8%	100%
Feszült	13	7	25	33	36	3	5	122
	10,7%	5,7%	20,5%	27,0%	29,5%	2,5%	4,1%	100%
Összetartó	125	41	139	144	59	4	6	518
	24,1%	7,9%	26,8%	27,8%	11,4%	0,8%	1,2%	100%
Változó	34	17	64	73	44	4	8	244
	13,9%	7,0%	26,2%	29,9%	18,0%	1,6%	3,3%	100%
Egymást segítő	10	5	16	11	4		1	47
	21,3%	10,6%	34,0%	23,4%	8,5%	0	2,1%	100%
Meleg	4	0	5	3	2	0	0	14
	28,6%	0	35,7%	21,4%	14,3%	0	0	100%
Nyílt konfliktusos	1	0	3	0	2	1	0	7
	14,3%	0	42,9%	0	28,6%	14,3%	0	100%
Túl védő	0	0	0	1	0	1	0	2
	0	0	0	50,0%	0	50,0%	0	100%
Érzelmileg zsaroló	0	0	0	0	0	0	2	2
	0	0	0	0	0	0	100%	100%
Túl követelő	1	0	0	0	0	0	0	1
	100%	0	0	0	0	0	0	100%
Brutális	0	0	0	0	0	1	0	1
	0	0	0	0	0	100%	0	100%
Összesen	196	70	259	276	161	15	25	1002
	19,6%	7,0%	25,8%	27,5%	16,1%	1,5%	2,5%	100%

nem csak egy-egy esetet takarnak, és erre fel kell figyelniünk az adatok értelmezésében. Ugyanez a helyzet a nyílt konfliktusos, az érzelmileg zsaroló és a brutális légkör esetében is megfigyelhető.

A kereszt táblából leolvasható, hogy az egymást segítő, összetartó és a meleg érzelmi légkör pozitív életérzést vált ki a gyermekekből. A legmagasabb értéket, amely az élet iránti legpozitívabb hozzáállást jelenti, az egymást segítő attitűd esetében kaptuk. A pozitív életérzés mutatóját úgy számoltuk ki, hogy összeadtuk mindazokat az értékeket, amelyek az élet iránti megelégedettséget fejezik ki. A következő képet kaptuk: az egymást segítő légkörben felnőtt diákok 21,3%-a azt mondja, hogy jó érzés élni, 10,6% úgy érzi, hogy tökéletesen elégedett, 34% jól érzi magát, és 23,4% szeret élni. A kapott értékek összege 89,3%, ami erőteljes megelégedettséget jelent. Az összetartó légkörrel övezett diákok 86,6%-át is az élet iránti megelégedettség jellemzi. Az említett gyakoriság a következő értékítéletekből áll össze: jó érzés élni 24,1%, tökéletesen megelégedettség 7,9%, jól érzi magát az életben 26,8%, szeret élni 27,8%. Hasonló értékeket kaptunk a melegnek ítélt érzelmi légkör esetében is, a megkérdezettek a következő életérzésekről számolnak be: jó érzés élni (28,6%), tökéletesen megelégedett (35,7%), jól érzi magát az életben (21,4%).

Az elhanyagoló légkörben élők 59,1%-a vall pozitívan az életről. A családjuk légkörét feszültnek ítélik 63,9%-a számolt be az élettel kapcsolatos pozitív érzéseiről.

Láthatjuk, hogy azok, akik kellemesnek élik meg otthonuk légkörét, nagyobb százalékban viszonyulnak pozitívan az élethez. Az élettel való meg-

23. táblázat. Kontrollérzés

Mennyire vagy képes sorsodat befolyásolni?	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Teljes mértékben ura vagyok sorsomnak	102	9,8	10,0	10,0
Képes vagyok a sorsomat befolyásolni	803	77,1	78,4	88,4
Alig van befolyásom az engem érintő döntésekre	110	10,6	10,7	99,1
Teljesen kiszolgáltatott vagyok	9	0,9	0,9	100,0
Összesen	1024	98,3	100,0	
Hiányzó adat	18	1,7		
Összesen	1042	100,0		

elégedettséget természetesen több más tényező is befolyásolja, de a komfort-érzés kialakulásában a legnagyobb jelentősége az otthon melegének van.

A lelki egészség megőrzéséhez szükséges, hogy úgy érezzük, sorsunknak urai vagyunk és befolyásolhatjuk életünk alakulását. A sodródás érzése frusztráló, és csökkenti az adaptatív energiákat.

A megkérdezettek több mint háromnegyede (77,1%) úgy érzi, hogy képes befolyásolni sorsát, 10%-a teljes mértékben ura sorsának, csak 10% érzi azt, hogy alig van befolyása az őt érintő döntésekre.

24. táblázat. *A kontrollérzés és az életalakulás iránti megelégedettség összefüggése*

Kontroll/ Életérzés	Nagyon jó érzés élni	Tökéle- tesen elégedett vagyok	Jól érzem magam	Szeretek élni	Nem nagyon vagyok elégedett	Boldog- talan vagyok	Az élet értelmet- len	Össze- sen
Teljes mértékben ura vagyok sorsomnak	34	11	24	19	8	3	1	100
	34,0%	11,0%	24,0%	19,0%	8,0%	3,0%	1,0%	100%
Képes vagyok a sorsomat befolyásolni	153	54	220	225	113	5	14	784
	19,5%	6,9%	28,1%	28,7%	14,4%	0,6%	1,8%	100%
Alig van befolyásom az engem érintő döntésekre	8	4	15	26	38	7	8	106
	7,5%	3,8%	14,2%	24,5%	35,8%	6,6%	7,5%	100%
Teljesen kiszolgáltatott vagyok	0	0	1	5	2	0	0	8
	0	0	12,5%	62,5%	25,0%	0	0	100%
Összesen	195	69	260	275	161	15	23	998
	19,5%	6,9%	26,1%	27,6%	16,1%	1,5%	2,3%	100%

24.a. táblázat. *Szignifikanciaszint*

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	108,993	18	0,000
Lineáris összefüggés	60,543	1	0,000
Érvényes esetek száma	998		

A 24. táblázat arra kíván választ adni, hogy az élettel való megelégedettséget közvetlenül befolyásolja-e a kontrollérzés, vagyis hogy a személynek van-e befolyása saját sorsának eseményeire.

25. táblázat. *A jövőre vonatkozó elvárások*

Jövőre vonatkozó elképzelések	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Sok jót ígér	113	10,8	11,0	11,0
Jóban reménykedem	805	77,3	78,4	89,4
Nem sok jót ígér	88	8,4	8,6	98,0
Teljesen reménytelen vagyok	21	2,0	2,0	100,0
Összesen	1027	98,6	100,0	
Hiányzó adat	15	1,4		
Összesen	1042	100,0		

26. táblázat. *Az életalakulás iránti megelégedettség és a jövőre vonatkozó elvárások összefüggése*

Életérzés	Sok jót ígér	Jóban reménykedem	Nem sok jót ígér	Teljesen reménytelen vagyok	Összesen
Nagyon jó érzés élni	45	144	3	4	196
	23,0%	73,5%	1,5%	2,0%	100%
Tökéletesen elégedett vagyok	10	55	5	0	70
	14,3%	78,6%	7,1%	0	100%
Jól érzem magam	28	219	13	1	261
	10,7%	83,9%	5,0%	0,4%	100%
Szeretek élni	20	241	16	1	278
	7,2%	86,7%	5,8%	0,4%	100%
Nem nagyon vagyok elégedett	9	109	34	8	160
	5,6%	68,1%	21,3%	5,0%	100%
Boldogtalan vagyok	0	7	6	2	15
	0	46,7%	40,0%	13,3%	100%
Az élet értelmetlen	0	11	11	3	25
	0	44,0%	44,0%	12,0%	100%
Összesen	112	786	88	19	1005
	11,1%	78,2%	8,8%	1,9%	100%

Azok a serdülők és fiatalok a legelégedettebbek az életükkel, akik teljes mértékben kezükben tartják sorsukat. Ezek közül 34% azt állítja, hogy nagyon jó érzés élni, 11% tökéletesen elégedett, 24% jól érzi magát, és 19% szeret élni. Ez összesen 88%. Azok közül, akik azt mondják, hogy képesek sorsukat befolyásolni, 83% vall pozitívan az életről. Az élettel csak fele van megelégedve azoknak, akik nem érzik, hogy befolyással tudnak lenni sorsuk alakulására.

A magukat kiszolgáltatottnak érző serdülők száma olyan kevés, hogy százalékos értelmezésük torzítaná az eredményeket.

Érdekes megfigyelni, hogy azok, akik kiszolgáltatottnak érzik magukat, nem használják a skála szélső értékeit. Mérsékeltlen fogalmaznak, de többségük optimista. Csupán egynegyedük fejezi ki elégedetlenségét. Visszafogottságuk kitartásra, megküzdésre utalhat. A nehézségek ellenére szeretik az életet és nem csüggednek. Ez jó jövőképet vetít előre, hiszen a csüggedés könnyen szerhasználathoz vezet.

A 24.a. táblázat azt bizonyítja, hogy erős összefüggés létezik a kontrollézés és az élet iránti megelégedettség között.

Feltételeztük, hogy azok, akik megelégedettek sorsukkal, és úgy érzik, hogy befolyással tudnak lenni rá, nem gondolnak szorongással a jövőre. Ezért megkérdeztük a vizsgálatban részt vevő diákokat, hogy miképpen látják jövőjüket. A következő helyzetkép alakult ki: sok jóra vár 10%, jóban reménykedik 77,3%. 10,4% szorongással gondol a jövőre, ebből 8,4% nem sok jóban reménykedik és 2% teljesen reménytelen.

A 26. keresztábla az élethalakulás iránti megelégedettség és a jövőre vonatkozó elvárások közötti összefüggést mutatja be. A szignifikanciaszintet a 26.a. táblázat igazolja.

A feltételezett összefüggés beigazolódni látszik, ugyanis azok, akik pozitív életérzésekről számoltak be, többnyire (80% fölött) reménykedve gondolnak a jövőre, és jóra várnak. Azok közül, akik boldogtalanok, és az életet értelmetlennek találják (40%), reménytelen jövővel számolnak.

A 26.a. táblázatban igazolt erős összefüggés az említett faktorok között arra enged következtetni, hogy az életükkel elégedett serdülők képe-

26.a. táblázat. Szignifikancia

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	189,597	18	0,000
Lineáris összefüggés	99,730	1	0,000
Érvényes esetek száma	1005		

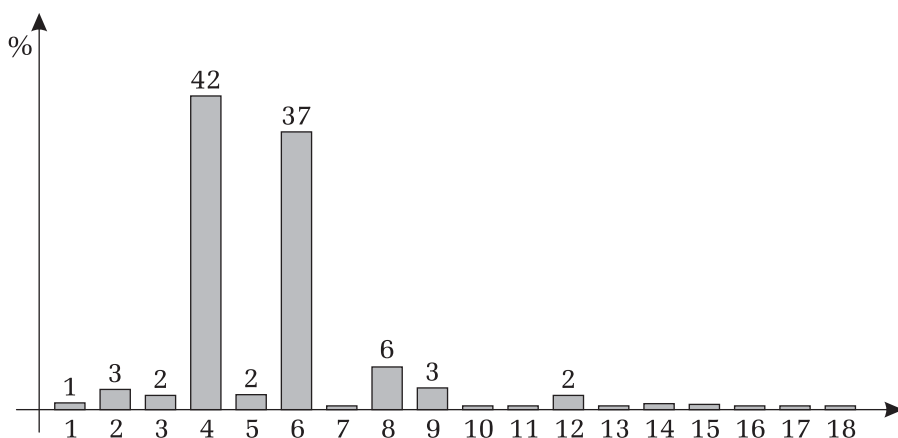
27. táblázat. *Jövőre vonatkozó kívánságok*

Vágyak	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Hatalom	9	0,9	0,9	0,9
Egyenlőség	27	2,6	2,7	3,5
Értelmes munka	19	1,8	1,9	5,4
Boldog családi élet	426	40,9	41,9	47,3
Anyagi jólét	20	1,9	2,0	49,3
Egészség	377	36,2	37,1	86,4
Szépség	2	0,2	0,2	86,6
Szeretetteli élet	58	5,6	5,7	92,3
Barátság	29	2,8	2,9	95,2
Kiállás a meggyőződés mellett	5	0,5	0,5	95,7
Türelem	1	0,1	0,1	95,8
Egyéni szabadság	19	1,8	1,9	97,6
Megértés	3	0,3	0,3	97,9
Siker	8	0,8	0,8	98,7
Kényelmes élet	7	0,7	0,7	99,4
Nyugalom	3	0,3	0,3	99,7
Elfogadottság	2	0,2	0,2	99,9
Megbecsülés	1	0,1	0,1	100,0
Összesen	1016	97,5	100,0	
Hiányzó adat	26	2,5		
Összesen	1042	100,0		

sek perspektívában gondolkodni. A pozitív távlatok énerősítő hatásúak, és védelmet nyújtanak a szubkultúra csábításaival szemben.

A vizsgált serdülőktől azt kértük, hogy jelöljék meg a jövőre vonatkozó három legfőbb kívánságukat. Kíváncsiak voltunk arra, hogy a vágyak az általuk fontosnak tartott értékek mentén szerveződnek-e. A vizsgálati személyek által választott kívánságok teljesen megegyeztek a 28. táblázatban már bemutatott, egy általunk megadott listából kiválasztott értékekkel. Első helyre a boldog családi élet, másodikra az egészség és harmadik helyre a szeretetteli élet került. A vágyak tanulmányozása esetében is csak az első helyre kerülő választásokat vettük figyelembe.

A vágyként megjelölt legfontosabb faktorok gyakoriságának megoszlását az 5. ábra szemlélteti.



5. ábra. Jövőre vonatkozó vágyak (1 – hatalom; 2 – egyenlőség; 3 – értelmes munka; 4 – boldog családi élet; 5 – anyagi jólét; 6 – egészség; 7 – szépség; 8 – szereteteli élet; 9 – barátság; 10 – kiállítás a meggyőződés mellett; 11 – türelem; 12 – egyéni szabadság; 13 – megértés; 14 – siker; 15 – kényelmes élet; 16 – nyugalom; 17 – elfogadottság; 18 – megbecsülés)

A felsorolt vágyak ki nem elégített társas szükségletekről árulkodnak. Tartalmukat tekintve erkölcsi és biztonsági szükségletekről van szó.

A jövőre vonatkozó félelmek között a legnagyobb frekvenciával az érettségítől és az egyetemi felvételtől való félelem szerepel. Ezek után következik a betegségtől, a csalódásoktól és a rossz iskolai teljesítménytől való félelem (28. táblázat).

A félelmek kapcsán a diákok közelebb kerültek a hétköznapi problémáikkal kapcsolatos szorongásaik kimondásához. Aktualitással bír számukra az érettségítől, az egyetemi felvételtől való félelem. A félelmek nagy része hasznosságszükségletéről tanúskodik. A fiatalok nagy többsége igényli, hogy hasznos tagja legyen annak a közösségnek, amelyben él, és hogy stabil értékekhez kapcsolódjék. Mind a vágyak, mind a félelmek arról tanúskodnak, hogy fontosnak tekintik az egészséges életre való törekvést.

A vizsgált minta demográfiai és pszicho-szociális jellemzőire vonatkozó következtetések:

A vizsgálatban részt vevő fiatalok 83%-a ép családban él. A családok érzelmi légköre az esetek 51%-ában összetartó. A megkérdezettek 79%-a elégedett anyagi létfeltételeivel. A serdülők 66,4%-a az egészségét nagyon jónak vagy jónak értékeli. Nagyobb azoknak a lányoknak a részaránya a fiúkhoz viszonyítva, akik egészségüket gyengének és rossznak élik

28. táblázat. *Jövőre vonatkozó félelmek*

Jövőre vonatkozó félelmek	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Anyagiak hiánya / szűkössége	17	1,6	1,8	1,8
Betegségek	179	17,2	18,6	20,3
Családi/baráti kapcsolatok változása	34	3,3	3,5	23,9
Boldogtalanság	14	1,3	1,5	25,3
Csalódás / kudarc	88	8,4	9,1	34,4
Drogozás / alkoholizmus	7	0,7	0,7	35,2
Érettségi / egyetem	226	21,7	23,4	58,6
Jövőtől	36	3,5	3,7	62,3
Katasztrófák	43	4,1	4,5	66,8
Magány	21	2,0	2,2	69,0
Rossz iskolai teljesítmény	88	8,4	9,1	78,1
Veszteség	147	14,1	15,2	93,4
Állatoktól	22	2,1	2,3	95,6
Nem félek semmitől	19	1,8	2,0	97,6
Más	23	2,2	2,4	100,0
Összesen	964	92,5	100,0	
Hiányzó adat	78	7,5		
Összesen	1042	100,0		

meg. A vizsgált minta 70%-át pozitív életérzések jellemzik. Életvitelük pozitív értékekre épül. Fontos számukra a boldog családi élet, az egészség és a szeretettség. Nagy többségük (86,9%) úgy érzi, hogy kezükben tartják sorsukat, befolyásolni tudják életük alakulását. Reménnyel tekintenek a jövőbe. 88,1%-uk a jövőtől jót remél.

Erős összefüggést találtunk a következő tényezők között:

- anyagi megelégedettség és jónak ítélt egészségi állapot;
- anyagi megelégedettség és az életalakulás iránti megelégedettség;
- a család pozitív érzelmi légköre és az életalakulás iránti megelégedettség;
- pozitív életérzés és bizalom a jövőben, perspektívaérzés.

A fentiek értelmében megállapítható, hogy a serdülők 70-80%-a rendelkezik azokkal a külső és belső (pszichés) feltételekkel, hogy harmonikusan alkalmazkodjék környezetéhez, és képességeinek megfelelően teljesítsen. A minta 20-30%-a tekinthető veszélyeztetettnek. Nekik lenne szükségük az egészségnevelő, prevenciós programokra.

2.2. A vizsgált serdülők egészségmagatartása

Az egészség olyan egyensúlyi állapot, amely több tényező bonyolult kölcsönhatásából születik. Testi-lelki-szociális jólét, amelyet egyaránt meghatároznak az ember pszichoszomatikus és pszichoszociális feltételei. Szükséges tehát a fizikai épség, a normális életműködés és a mentális egyensúly. Ha külső vagy a szervezet belső hibájából fakadó okok megzavarják az ember normális életműködését, kialakul a betegség. Ennek valószínűsége annál nagyobb, minél több kockázati tényező jellemzi az életmódot és a magatartást. Az egészség ismérvei: az étvágy, a munkabírási, a jó közérzet, a megfelelő pihenés, tanulás, megfelelő teljesítőképesség stb.

Pszichológiai szempontból az egészség jellemzői a következők:

- *A valóságérzék*, amely a reális önismeretet, a társas és a fizikai környezet reakcióinak adekvát leereagálását jelenti. Az önismeret a szükségletek felismerését, valamint a kielégítésükhöz kapcsolódó lehetőségek számbavételét is feltételezi.
- *A képességek szerinti teljesítmény* elérése, valamint a készségek helyes használata.
- *A feladat- és tevékenységorientáltság* a helyesen vállalt terhekre, a személy lehetőségeinek és terhelhetőségének összhangjára vonatkozik. Feltételezi a kontroll- és a kompetenciaérzést. A tevékenységben és a magatartásban utat kell engedni a spontaneitásnak és a kreativitásnak.
- *A kiforrott értékrendszer* elképzelés az életről és a világról, ön maga helyének és szerepének ismerete, szellemi értékek követése.
- *Az önkifejezés képessége*. A felismert szükségleteket ki is kell tudni fejezni. A saját identitás megtalálása feltételezi a múlt-jelen-jövő integrálását, a személyes határok ismeretét és az önkontrollt.
- *Megfelelő dinamika, életerő*. Szükség van az akciókészségre, a megfelelő szinten való motiváltságra, a belső erők felhasználásának képességére. Ez adja a cselekedetek frissességét.

2.2.1. A vizsgált populáció egészségi mutatóinak vizsgálata

Az egészségmagatartás életviteli szokásokon és egészségkultúrán alapul. Feltételezi a problémákkal szembeni aktív, megküzdő viszonyulást és a hatékony, rugalmas önszabályzást. Gyakorlásuk során kialakul az ún. tanult leleményesség, amely helyes problémamegoldó stratégiák alkalmazását és eredményes egészségviselkedést tesz lehetővé, megvéd a szerhasználat által nyújtott illúziók csapdájától.

Vizsgálatunk során ismereteket akartunk szerezni arról, hogy a választott népesség milyen gyakran érzi magát betegnek, milyen gyakran van rossz közérzete, fejfájása, alvászavara, azaz milyen gyakran küzd pszichoszomatikus tünetekkel. Ezek a tünetek veszélytényezők lehetnek a kábítószer-használat kialakulását illetően.

A 29. táblázat adataiból látható, hogy a megkérdezettek 6,7%-a az elmúlt félévben soha nem érezte magát betegnek, 73,5% ritkán volt beteg. A maradék 18,5% (2,2%+6,5%+9,8%) naponta, illetve hetente egyszer vagy többször is betegnek érzi magát.

A rossz közérzet egyaránt lehet testi és lelki problémák kísérője. Ebben a tekintetben a vizsgált minta közel fele, 42,3%-a (5,3%+14,9%+22,1%) naponta vagy hetente érez rossz közérzetet, 55,5% (47,8%+7,7%) ritkán, vagy soha (30. táblázat).

A szédülés lehet szomatikus betegség, de pszichés feszültség velejárója is. A diákok nagy többsége ritkán (44%) vagy soha nem szédül (38,5%). Az alkalmazkodóképesség túlzott igénybe vételére kell gondolnunk azoknak a diákoknak az estében, akik naponta (2,1%) vagy hetente többször is (6%) szédülést éreznek (31. táblázat).

A megkérdezettek több mint egynegyedének naponta, illetve hetente fáj a feje, megközelítőleg felének ritkán, a maradék egynegyednek soha nincs fejfájása. A gyakori fejfájás pszichés vagy fizikai terhelés következménye lehet. Az a tény, hogy a diákok egyharmadának (5,6%+14,1%+15,6%=35,3%) naponta vagy hetente fáj a feje, arra utal, hogy az iskolákban nem érvényesülnek a mentálhigiénés követelmények, a diákok alapvető szükségletei (megbecsülés, biztonság, elfogadás stb.) kielégítetlenül maradnak.

Az iskolák sem képesek azt a nyugodt, biztonságos légkört nyújtani a diákok számára, amelyet családi otthonukból is hiányolnak. A túlzott elvárásokból, a nem megfelelő tanár–diák-kapcsolatból, a nem korszerű oktatási, nevelési módszerekből származó feszültségek megnehezítik a diákok iskolai beilleszkedését. A gyakori fejfájásokat erre is vissza lehet vezetni, ugyanakkor a 29. táblázat kumulatív adataiból tudjuk, hogy a

29. táblázat. *Betegségérzet az elmúlt fél évben*

Betegség	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Naponta	23	2,2	2,2	2,2
Hetente többször	68	6,5	6,6	8,8
Hetente egyszer	102	9,8	9,9	18,8
Ritkán	766	73,5	74,4	93,2
Soha	70	6,7	6,8	100,0
Összesen	1029	98,8	100,0	
Hiányzó adat	13	1,2		
Összesen	1042	100,0		

30. táblázat. *Rossz közérzet az elmúlt fél évben*

Rossz közérzet	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Naponta	55	5,3	5,4	5,5
Hetente többször	155	14,9	15,2	20,7
Hetente egyszer	230	22,1	22,6	43,3
Ritkán	498	47,8	48,9	92,1
Soha	80	7,7	7,9	100,0
Összesen	1019	97,8	100,0	
Hiányzó adat	23	2,2		
Összesen	1042	100,0		

31. táblázat. *Szédülés érzete az elmúlt fél évben*

Szédülés	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Naponta	22	2,1	2,2	2,2
Hetente többször	62	6,0	6,1	8,2
Hetente egyszer	78	7,5	7,6	15,9
Ritkán	458	44,0	44,9	60,7
Soha	401	38,5	39,3	100,0
Összesen	1021	98,0	100,0	
Hiányzó adat	21	2,0		
Összesen	1042	100,0		

32. táblázat. *A fejfájás gyakorisága az elmúlt fél évben*

Fejfájás	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Naponta	58	5,6	5,7	5,7
Hetente többször	147	14,1	14,4	20,1
Hetente egyszer	163	15,6	16,0	36,1
Ritkán	477	45,8	46,8	82,8
Soha	175	16,8	17,2	100,0
Összesen	1020	97,9	100,0	
Hiányzó adat	22	2,1		
Összesen	1042	100,0		

33. táblázat. *Az idegesség érzésének gyakorisága az elmúlt fél évben*

Idegesség	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Naponta	162	15,5	15,7	15,7
Hetente többször	368	35,3	35,8	51,5
Hetente egyszer	242	23,2	23,5	75,0
Ritkán	226	21,7	22,0	97,0
Soha	31	3,0	3,0	100,0
Összesen	1029	98,8	100,0	
Hiányzó adat	13	1,2		
Összesen	1042	100,0		

megkérdezettek 18,8%-a hetente betegnek érzi magát. A meggyengült egészségi állapot is járhat fejfájással.

A vizsgált népesség gyakran érzi magát idegesnek, 15,5%-uk naponta, 58,55%-uk hetente egyszer vagy többször is, és csak 21,7% mondja, hogy ritkán vagy soha (3%) nem ideges. A nyugtalanság, az idegesség komoly veszélyeztetőtényező lehet a gyógyszerrel vagy más szerrel való visszaélés tekintetében. Nagy valószínűséggel azok, akik nem rendelkeznek megfelelő stresszfeldolgozási-készséggel, akik nem tudják, hogy miképpen vezessék le feszültségeiket, drogokhoz fognak nyúlni.

A felborult lelki egyensúlynak egyik ismérve az alvászavar. Alvászavarról a diákok 22,8% panaszkodik, ez a szám igen komoly figyelmeztetés kell legyen a segítő szakemberek számára, ha figyelembe vesszük, hogy az alvászavar súlyosabb egyensúlyzavart jelezhet. A megkérdezett serdülőknek csupán 35%-a nem szenved soha alvászavarban.

34. táblázat. *Az álmatlanság gyakorisága az elmúlt fél évben*

Álmatlanság	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Naponta	35	3,4	3,4	3,4
Hetente többször	89	8,5	8,7	12,1
Hetente egyszer	91	8,7	8,9	21,1
Ritkán	440	42,2	43,1	64,2
Soha	365	35,0	35,7	99,9
Összesen	1021	98,0	100,0	
Hiányzó adat	21	2,0		
Összesen	1042	100,0		

35. táblázat. *Az ingerlékenység érzésének gyakorisága az elmúlt fél évben*

Ingerlékenység	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Naponta	59	5,7	5,8	5,8
Hetente többször	152	14,6	14,9	20,7
Hetente egyszer	173	16,6	17,0	37,7
Ritkán	442	42,4	43,4	81,1
Soha	193	18,5	18,9	100,0
Összesen	1019	97,8	100,0	
Hiányzó adat	23	2,2		
Összesen	1042	100,0		

Az érzelmi egyensúly megbomlását jelzi a fokozott ingerlékenység is. Mivel a lelki harmónia alapja az érzelmi kiegyensúlyozottság és a stabilitás, az ingerlékenység is veszélyeztetőtényezőként értelmezhető. A diákok 36,9%-a (5,7%+14,6%+16,6%) naponta, illetve hetente érzi magát ingerlékenynek. 61%-uk ritkán vagy soha nem ingerlékeny.

A szakirodalomból (R. Campbell 1999) tudjuk, hogy a depresszió a drogfogyasztás melegágya. Nehéz elviselni a negatív érzelmi állapotot, és elfogadni azt, hogy a normális élethez hozzátartozik a szenvedés is. A negatív érzelmi állapot megszüntetése céljából gyakran fordulnak élvezeti szerekhez. A vizsgált népesség egyharmada naponta vagy hetente érez levertséget, kétharmada soha vagy ritkán érzi magát levertnak vagy depressziósnak. Fokozottan veszélyeztetett az az egyharmadnyi serdülő és fiatal, aki naponta vagy hetente küzd a levertt, rossz hangulattal.

A vizsgált pszichoszomatikus tünetek jelentkezésének napi vagy heti gyakoriságát illetően eléggé aggasztó kép rajzolódik ki: betegnek érzi ma-

gát a diákok 18,5%-a, rossz a közérzete 42,3%-nak, szédülésről 15,6%, fejfájásról 35,3% panaszskodik, idegesnek érzi magát 74%, álmatlanság jelentkezik 20,6%-nál, ingerlékeny 36,9%, levert, depressziós 34,2%.

A felsorolt tünetek megszüntetése érdekében olyan egészségnevelő programokra van szükség, amelyek a környezet minőségének javítására törekkenek, és segítik a terhelésekkel való megküzdés képességének kialakítását.

A vizsgált populáció egészségi állapotára vonatkozó következtetések:

Az ember teljesítménye és viselkedése nagyon függ attól, hogy mennyire érzi magát egészségesnek. A környezettel szembeni interaktivitás lényege a megküzdés és az aktív kontroll. A problémákkal és a szorongással meg kell küzdeni, hiszen amint felmérésünkéből is kiderült, a szorongáskeltés az együttélés minden szintjén megfigyelhető, érzékelhető az iskolákban is. A nem kiszámítható és nem átlátható szabályok nem megfelelő cselekvésekhez vezetnek és konfliktust eredményeznek. A tünetek azt tükrözik, hogy a személy mennyire tud vagy nem tud megfelelni a környezet kihívásainak. Úgy értelmezhetjük, mint az egyén működésének metaforáit. Ha a személy interakciós modelljei változnak, például megszűnnek a konfliktusok, akkor a tünet is változik vagy megszűnik.

Kutatásunk az alábbi tényekre derített fényt: a megkérdezettek 6,7%-a az elmúlt félévben soha nem érezte magát betegnek, 73,5% ritkán volt beteg és 18,5% körül van azoknak a részaránya, akik naponta vagy hetente gyengélkedtek. A gyakori rossz közérzet, amely egyaránt lehet testi és lelki problémák kísérője, a vizsgáltak közel felére jellemző. A diákok több mint 15%-a gyakran érez szédülést. Soha nem ideges vagy csak ritkán ideges a diákok 21%-a. Az ingerlékenység, a depresszió vagy levertség, a fejfájás a megkérdezettek egyharmadát jellemzi zavaró gyakorisággal.

36. táblázat. *Levertség / depresszió érzése az elmúlt fél évben*

Levertség, depresszió	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Naponta	43	4,1	4,2	4,2
Hetente többször	141	13,5	13,8	18,0
Hetente egyszer	170	16,3	16,6	34,6
Ritkán	430	41,3	42,0	76,6
Soha	238	22,8	23,3	99,9
Összesen	1023	98,2	100,0	
Hiányzó adat	19	1,8		
Összesen	1042	100,0		

2.2.2. A vizsgált populáció egészséges életmóddal kapcsolatos attitűdjei

Mivel az egészség számos tényező kölcsönhatásának eredménye, az emberek sokféleképpen egészségesek. Losonczi Á. (1989) az egészséges megítélésének négyféle attitűdjét írja le:

- aki számára az egészség magától értetődő, természetes állapot, az élet velejárója, el sem tudja képzelni, hogy a mások baja az övé is lehet, veszélyérzete nincs, nem figyeli egészségének alakulását sem;
- aki számára az egészség erény: „én nem engedem meg magamnak, hogy beteg legyek”;
- aki számára az egészség kötelesség, mert olyan munkát végez, amely megköveteli, hogy formában tartsa magát, kötelességének fogja érezni, hogy egészséges maradjon;
- aki számára az egészség a pályaalkalmasság feltétele, például a katonaság, a sport stb. megköveteli a testi-lelki épiséget.

Az egészségmodell mindig társadalmilag meghatározott. A különböző történelmi koroknak meg volt a saját egészségeszménye.

Az egészséges életmód betartásához ismeretekre is szükségünk van. Ezek képezik az egészségmagatartás informális alapját. Az egészség-megőrzési szokások interiorizálódása biztosítja az egészségi öntevékenységet. Ennek társadalmi méreteket kell öltenie, az egész népesség tudatos törekvését kell képezze. Az öntevékenység annál több emberre lesz jellemző, minél szélesebbek az egészségi ismeretek.

Az iskolai egészségnevelő programok információkat kell nyújtsanak az egészséges életmóddal kapcsolatosan.

A kérdőívek segítségével az egészségmagatartásnak azt a vetületét is vizsgáltuk, hogy miképpen viszonyulnak a diákok az egészség megítéléséhez. Tudatában vannak-e annak, hogy az egészség megőrzése aktív hozzáállást igényel? Az egészség megőrzésére vonatkozó előítéletek elbírálására

37. táblázat. Az egészség teljes egészében életmód kérdése

Megítélés	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Igen	433	41,6	45,2	47,0
Nem	507	48,7	53,0	100,0
Összesen	957	91,8	100,0	
Hiányos adat	85	8,2		
Összesen	1042	100,0		

kértük meg őket. Véleményüket a 37. táblázatban összegeztük, amely az egészség és az életmód kölcsönhatását, egymáshoz való viszonyát tükrözi.

A vizsgált populáció véleménye megoszlik annak megítélésében, hogy az egészség függ-e az életmódtól. 41,6% azt állítja, hogy az egészség az életmód függvénye. 48,7% úgy véli, hogy az egészség nem függ az életmódtól. Látható, hogy szükség van az egészségnevelésre, mert a serdülők nincsenek tudatában annak, hogy életviteli szokásaik felelősek az egészségükért.

A magatartás kialakításában a vélemény megfogalmazását a célorientált tevékenység kell kövesse. Kereszt táblát készítettünk annak tanulmányozására, hogy miképpen függ össze az, amit az egészségről gondolnak azzal, amit érte tesznek. Az a kijelentés, hogy: „A jó egészség adottság, de mi magunk is kell tegyünk érte valamit”, hogyan tükröződik az alkohol- és a gyógyszerfogyasztói szokásokban.

Azok, akik egyetértenek a fenti kijelentéssel nagyobb gyakorisággal (82,7%) mondják, hogy soha nem fogyasztanak alkoholt és gyógyszereket, mint azok, akik nem értenek egyet a kijelentéssel (73,6%). Ez a különbség megmutatkozik azok esetében is, akik néha fogyasztanak szereket. Az is megállapítható, hogy nagyobb a számuk azoknak a rendszeres fogyasztóknak, akik csak adottságként értékelik egészségüket, mint azoknak, akik úgy gondolják, hogy egészségükért nekik is kell tenni valamit. A 38.a. táblázatból látható, hogy erős összefüggés van az egészséggel kapcsolatos elképzelések és a magatartás között. Megállapítható, hogy az

38. táblázat. „A jó egészség adottság, de mi magunk is tehetünk valamit érte” kijelentés és az alkohol, valamint a gyógyszerek fogyasztásának összefüggése

A jó egészség adottság, de mi magunk is tehetünk valamit érte.	Alkohol- és gyógyszerfogyasztás				
	Soha	Néha	Gyakran	Rendszeresen	Összesen
Egyetértek	82,7%	13,3%	2,7%	1,3%	100,0%
Nem értek egyet	73,6%	22,4%	1,6%	2,4%	100,0%

38.a. táblázat. Szignifikancia

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	39,854	9	0,000
Lineáris összefüggés	0,481	1	0,488
Érvényes estek száma	965		

egészséges életmódra nevelni kell. Ebben a nevelőmunkában kiemelt jelentősége van a véleményalakításnak.

Az életviteli szokások, a tevékenység megszervezése is hatással van a drogokkal szembeni magatartás alakulására. A vizsgált személyektől megkérdeztük, hogy miképpen szervezik meg életüket, mennyi időt fordítanak a különböző tevékenységekre. Ezt az összefüggést szemlélteti a 39. táblázat, amely a tanulásra fordított idő és az alkohol- és gyógyszer-fogyasztás gyakorisága közötti összefüggésre világít rá.

A kereszt tábla adataiból látszik, hogy a tanulásra fordított idő fordítottan arányos az alkohol- és a gyógyszerfogyasztás gyakoriságával. Különösen a rendszeres fogyasztóknál szembetűnő az összefüggés, 15,4%-uk

39. táblázat. *A tanulásra fordított idő valamint az alkohol- és gyógyszerfogyasztás gyakorisága közötti összefüggés*

Tanulás	Alkohol- és gyógyszer-fogyasztás gyakorisága				
	Soha	Ritkán	Gyakran	Rendszeresen	Összesen
Soha	46,2%	23,1%	15,4%	15,4%	100,0%
Hetente 1-2-szer	69,2%	24,6%	4,6%	1,5%	100,0%
Hetente 3-4-szer	71,9%	21,1%	5,3%	1,8%	100,0%
Naponta 1 óránál kevesebbet	73,8%	19,2%	3,8%	3,1%	100,0%
Naponta 1-2 órát	83,5%	13,0%	2,1%	1,5%	100,0%
Naponta több mint 3 órát	89,3%	8,5%	1,4%	0,7%	100,0%

39.a. táblázat. *Szignifikancia*

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	55,378	15	0,000
Lineáris összefüggés	34,781	1	0,000
Érvényes esetek száma	1024		

40. táblázat. *Bulizás, diszkózás az életkor függvényében*

Buli, diszkó	14-15 év	16-17 év	18-19 év
Soha	28,92%	13,88%	11,55%
Hetente 1-2-szer	67,16%	78,83%	83,27%
Hetente 3-4-szer	3,43%	3,38%	2,79%
Naponta	0,49%	3,91%	2,39%
Összesen	100,00%	100,00%	100,00%

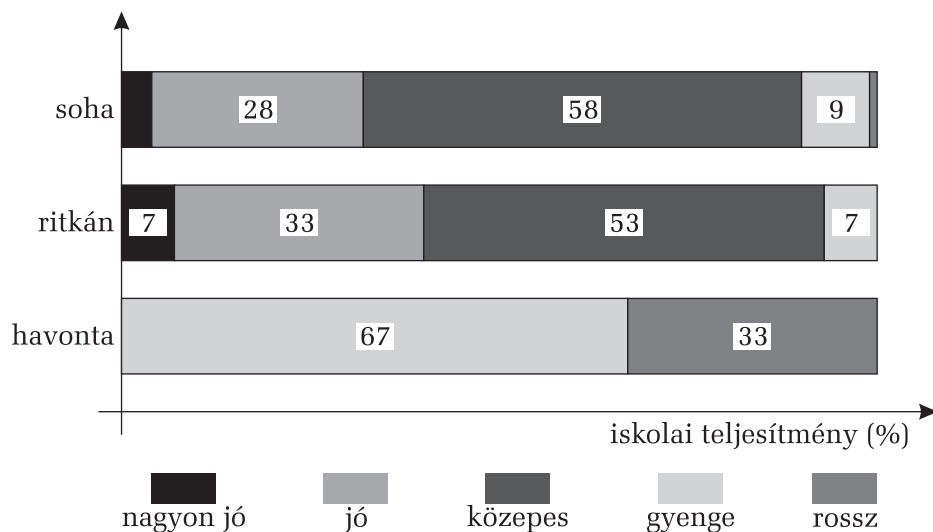
soha nem fordít időt a tanulásra. Azon tanulók közül, akik naponta több mint három órát tanulnak, csak 0,7% rendszeres szerfogyasztó. Az észlelt összefüggés erőteljesen szignifikáns.

Az iskolai beilleszkedést és teljesítményt ugyancsak károsan befolyásolja a kábítószer-fogyasztás.

Megfigyelhető, hogy nagyon jó, jó és közepes iskolai teljesítményük csak azoknak van, akik soha vagy csak ritkán fogyasztanak drogokat. A havi gyakorisággal drogozók iskolai teljesítménye 67%-nál gyenge és 37%-nál rossz. A rendszeres drogfogyasztás iskolai kudarchoz vezet.

A drogokkal való találkozásnak potenciális terepe a buli, a diszkó. A 40. táblázat azt mutatja be, hogy adott életkorú fiatalok ezeket a helyeket milyen gyakorisággal látogatják.

Az életkor növekedésével nő a bulizás gyakorisága, de csökken a notórius bulizók száma. A leggyakrabban (83,27%) a 18-19 éves korosztály jár diszkóba és bulizni.



6. ábra. A kábítószer-fogyasztás és az iskolai teljesítmény összefüggése

41. táblázat. Lógás az iskolából az életkor függvényében

Életkor	Lógás az iskolából					
	Soha	Ritkán	Havonta	Hetente	Naponta	Összesen
14–15 év	51,7%	38,5%	4,4%	5,4%	0,0%	100,0%
16–17 év	24,0%	43,7%	13,9%	15,6%	2,6%	100,0%
18–19 év	10,0%	46,0%	18,4%	22,0%	4,0%	100,0%

A 41. táblázat bemutatja, hogy miképpen függ össze az életkor az iskolai lógásokkal. Látható, hogy a lógások gyakorisága együtt nő az életkorral.

Feltételeztük, hogy az iskolából való lógás kedvez a kábítószer-fogyasztásnak. Az összefüggés érvényességét a 42. keresztábra és a chi-teszt (42.a.) bizonyítja.

Megfigyelhető, hogy akik soha nem lógnak az iskolából, soha vagy csak ritkán (12,5%) folyamodnak kábítószer-fogyasztáshoz. Akik elismerik, hogy naponta és hetente lógnak a tanítási órákról, azok között nagyobb a gyakorisága a szerhasználatnak.

A vizsgált populáció egészséges életmóddal kapcsolatos attitűdjeire vonatkozó következtetések.

Megállapítható, hogy az egészségre vonatkozó hiányos ismeretek az egészséggel kapcsolatos hibás véleményekben is tükröződnek. A vizsgált populációnak csak 48,7% véli úgy, hogy az egészség függ az életmódtól. Több a rendszeres szerhasználó azok között, akik csak adottságként értékelik az egészséget, mint azok között, akiknek meggyőződése, hogy az egészségükért nekik is kell tenniük valamit.

A tanulásra fordított idő fordítottan arányos az alkohol- és gyógyszerfogyasztás gyakoriságával. Ugyanez elmondható az iskolai teljesít-

42. táblázat. *Az iskolából való lógás és a kábítószer fogyasztás összefüggése*

Kábítószer-fogyasztás	Lógás az iskolából					
	soha	ritkán	havonta	hetente	naponta	összesen
Soha	266	441	128	146	23	1005
	26,5%	43,9%	12,7%	14,5%	2,3%	100,0%
Ritkán	2	2	3	8	1	16
	12,5%	12,5%	18,8%	50,0%	6,3%	100,0%
Rendszeresen	0	0	1	1	1	3
	0	0	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
Összesen	268	443	133	155	25	1025
	26,1%	43,2%	13,0%	15,1%	2,4%	100,0%

42.a táblázat. *Szignifikancia*

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	41,545	15	0,000
Lineáris összefüggés	3,466	1	0,063
Érvényes esetek száma	1025		

mény és a droghasználat összefüggéséről is. A drogokkal visszaélők tanulmányi eredményei általában gyengék.

A serdülők és fiatalok életében gyakoriak azok a veszélyeztető helyzetek és tevékenységek, amelyek elősegítik a deviáns viselkedések megjelenését. Ilyen helyek a diszkók és a bulik. Az életkor növekedésével nő a bulizás gyakorisága, ellenben a megrögzött bulizók száma csökken. Az iskolából való lógások gyakorisága is emelkedik az életkorral. Azok, akik elismerik, hogy gyakran lógnak a tanítási órákról, nagyobb gyakorisággal használnak élvezeti szereket.

A fenti adatokból látható, hogy szükség van az egészségnevelésre és az egészséges életviteli szokások kialakítására.

2.3. A vizsgált populáció drogfogyasztási szokásainak bemutatása

Az emberek nagy többsége naponta fogyaszt alkoholt, szed gyógyszereket, de ez nem minden esetben jelent visszaélést. „Visszaélésről szoktunk beszélni, ha valamit társadalmi tilalom vagy erkölcsi megítélés ellenére fogyasztunk vagy teszünk, csak a kellemes hatás miatt, vagy ha ennek érdekében *nem rendeltetésszerűen* nyúlunk hozzá.” (Buda 1995. 13). Az alkalmoszerű használat és a mértékletesség nem jelent rendelkezést. A használat és a visszaélés megkülönböztetése tekintetében nincs konszenzus a szakirodalomban. Mi az American Psychiatric Association (APA) álláspontját fogadjuk el, amely különbséget tesz a használat és a visszaélés (abúzus) között. Az APA kiadványa, a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R) a visszaélést „pszichoaktív anyagok annak ellenére történő folyamatos használatként definiálja, hogy a személy társadalmi, szakmai, pszichológiai vagy fizikai problémákkal küzd; olyan helyzetekben való ismételt használatként, amelyekben a használat fizikailag veszélyes, pl. intoxikált állapotban való vezetés; és a zavar legalább egy hónapja fennáll” (Rácz 1995. 43.).

Az APA a szerfüggőséget a következő kilenc jellemző közül legalább háromnak a fennállásával azonosítja:

- a szert hosszabb időn át nagyobb adagban szedi, mint szeretné;
- állandó vágy a szer után; egy vagy több sikertelen leszokási vagy kontroll alatt tartási kísérlet;
- sok időt tölt azzal, hogy hozzájusson a szerhez, bevegye azt, vagy felgyógyuljon a hatásából;

- gyakori intoxikáció vagy elvonási tünetek a kötelességteljesítés főbb helyein, pl. a munkahelyen, otthon vagy olyan esetben, amikor az anyag használata fizikailag veszélyes;
- fontos szociális, foglalkozásbeli vagy rekreációs tevékenység feladása vagy csökkentése a szerhasználat következményeként;
- folyamatos szerhasználat, annak ellenére, hogy tudatában van olyan fennálló vagy visszatérő szociális, pszichológiai vagy fizikai problémának, amelyet a szerhasználat okoz vagy fokoz;
- megemelkedett tolerancia, határozottan emelt adagra van szüksége a szerből ahhoz, hogy elérje az intoxikációt vagy a kívánt hatást, vagy a szer azonos mennyiségének használata határozottan csökkenő hatással jár;
- jellegzetes elvonási tünetek;
- a szert gyakran használja azért, hogy enyhítse vagy elkerülje az elvonási tüneteket.

„A szerfüggőség, amely az enyhétől a súlyosig terjedhet, valamilyen kémiai anyag kényszeres használatára utal, amely a hátrányos és káros következmények ellenére sem csökken. A szakirodalom az alkoholizmust és a drogaddikciót szerfüggőségnek nevezi, mindkettő „a személy szociális, fizikai és mentális státusának progresszív hanyatlását idézi elő” (Rácz 1995. 44.).

2.3.1. Kábítószer-fogyasztási szokások a vizsgált mintában

Általános tapasztalat szerint kezdetben a kábítószer a szervezetbe jutva kellemes élményt okoz. Az élmény erőssége, minősége és tartóssága az ajzószer fajtájától és a személy testi-lelki állapotától függ. A dependencia kialakulása után előtérbe kerülnek a negatív érzések, a hiánytünetek. Később a szer a félelmek, szorongások, negatív hallucinációk, testi fájdalmak megszüntetésére szolgál.

Egy 1984-es CENISS-vizsgálat három modellt különböztet meg a drog-visszaélő szokások kialakulásában.

Nyitólépés: valamilyen szer megismerése társaságban. A feldobottság állapotának megismerése és megkedvelése vezet el a szer használatához, főleg alkalmazkodási nehézségek és bizonytalanságok estén. Innen már csak egy lépés a pszichikai és fizikai függőség.

Csoportban történő alkalmi kísérletezésekől indul: a személy egy-egy szer szórványos használatán keresztül jut el a kontrollált visszaélés-

sig, ezután az alkalmazás szükségletté válik, majd bekövetkezhet a mérgezési állapot.

Kísérletezések a kellemes hatások előidézésére, illetve a kellemetlenek elkerülésére. A második fázisban dominálnak a kellemes érzések, ezért nincs óvatosság. A harmadikban egyre gyakrabban törnek fel a kellemetlen érzések és a drog utáni vágy, valamint a tőle való félelem egyaránt jelen van. Felmerülhet a detoxikálás lehetősége.

A negyedik szakaszban *váltogatják egymást a leszokási és visszaesési periódusok* a gyógyulásig vagy a halálig.

Az általunk vizsgált populációra vonatkoztatva elmondhatjuk, hogy az erdélyi serdülőkre főleg a kíváncsiságból való kipróbálás jellemző. A fogyasztás főleg a cannabisszármazékokra korlátozódik.

Kutatásunk esetében az 1042 fős népességben olyan kevés a fogyasztók részaránya, hogy a drogfogyasztó magatartás belő összefüggéseire és a többi deviáns viselkedéssel való összevetésére nem végezhetők megbízható statisztikai számítások. A kapott eredmények csak az esetleges tendenciákra hívják fel a figyelmet.

A droggal való első próbálkozások legnagyobb gyakorisággal (1,6%) 16-17 éves, illetve (1,2%) 14-15 éves korra esnek. Ez az életkor magasabb, mint amit a nyugati országokban jeleznek.

A kumulatív százalékok azt mutatják, hogy azoknak a fele, akik kipróbálják a drogot, ezt 17 éves korukig megteszik.

Az elmondottakat a 7. ábra vizualizálja.

Azt, hogy a kipróbálás megmarad-e a kíváncsiság szintjén, vagy az előbbiekben bemutatott séma szerint átalakul drogfogyasztó magatartássá, az illető személy életkörülményei és személyiségének épsége, érettsége fogja eldönteni.

43. táblázat. Az első kipróbálás életkoronkénti megoszlása

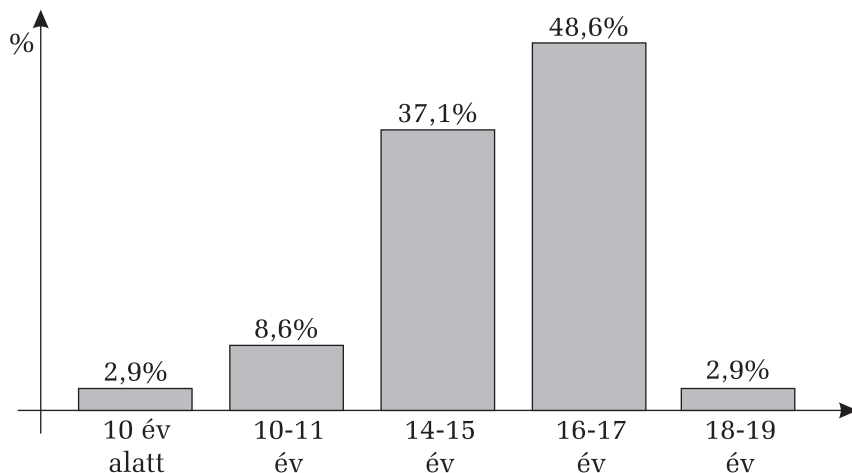
Első kipróbálás	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
10 év alatt	1	0,1	2,9	2,9
10–11 év	3	0,3	8,6	11,4
14–15 év	13	1,2	37,1	48,6
16–17 év	17	1,6	48,6	97,1
18–19 év	1	0,1	2,9	100,0
Összesen	35	3,4	100,0	
Soha	1007	96,6		
Összesen	1042	100,0		

A kábítószerrel való kapcsolat fő mutatójaként az utóbbi fél évben történt fogyasztást választottuk. A kérdésre vonatkozó adatokat a 44. táblázat mutatja be.

Megállapítható, hogy a vizsgált népesség 97%-a nem próbálkozott drogokkal. A serdülők 1,5%-a ritkán használ kábítószer. A rendszeres fogyasztásig csak 0,3% jutott el. A jelenséget tehát még csírájában kezelhetjük. Ezért lenne igen fontos a prevenciós programok azonnali bevezetése az iskolák életébe.

A kipróbált kábítószer típusait és a használat gyakoriságát mutatja be a 8. ábra.

A következő megállapítások azokra vonatkoznak, akik már használtak drogot. Heroinnal és kokainnal senki sem próbálkozott, az LSD-t és az extazyt 50%-uk, a marihuánát vagy a hasist 25%-uk használta. A ritkán



7. ábra. Az első kipróbálás időpontja

44. táblázat. A kábítószer-fogyasztás gyakorisága az utóbbi fél évben

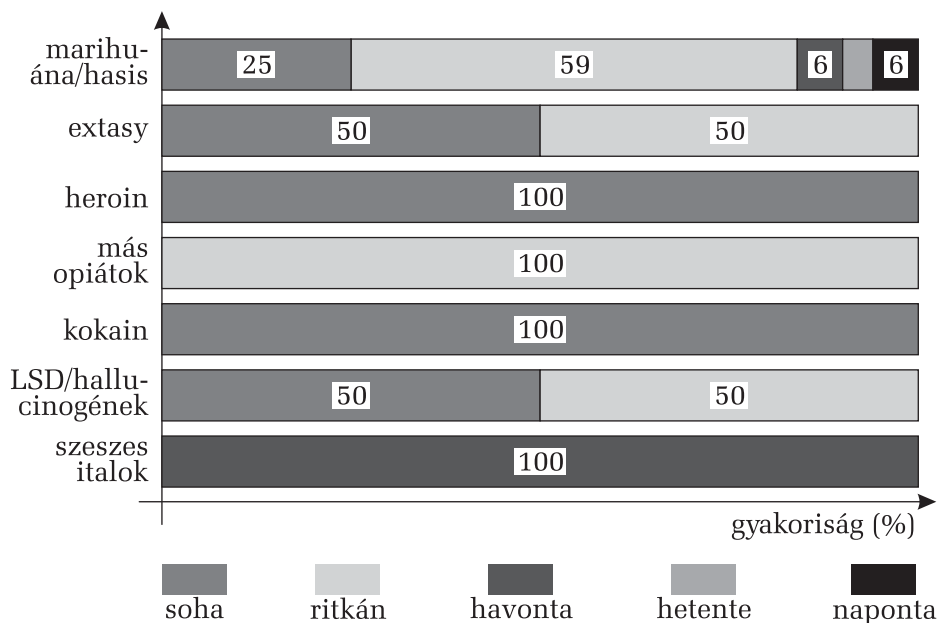
Kábítószer-fogyasztás	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Soha	1011	97,0	98,1	98,1
Ritkán	16	1,5	1,6	99,6
Rendszeresen	3	0,3	0,3	99,9
Összesen	1031	98,9	100,0	100,0
Hiányzó adat	11	1,1		
Összesen	1042	100,0		

fogyasztók 59%-a marihuánát vagy hasist szívott, 50%-uk extazyt és LSD-t szedett. Legalább havi gyakorisággal mindenki ivott szeszes italt. A hetente (4%) és naponta (6%) visszaélők cannabistermékeket használnak.

Különösen a szervisszaélés kísérletező fázisában fordul elő gyakran, hogy a kívánt élvezet megszerzése érdekében többféle droggal is próbát tesznek.

Az alkohol és a kábítószeres együttes fogyasztását illetően a gyakorlat azt mutatja, hogy a kísérleti fázisban levő drogosok gyakrabban isznak, mint azok, akiknek szilárd kapcsolatuk alakult ki a kábítószerekkel. Mintánkban nagyon kevés a fogyasztók részaránya, ezért részletekbe menően nem írható le e két élvezeti szer használatának viszonya, csupán bizonyos tendenciák fogalmazhatók meg.

A 9. ábráról leolvasható, hogy azoknak, akik soha nem kábítószeresnek, 36%-uk absztinens, 49% ritkán iszik és 10% alatt van azoknak a részaránya, akik hetente (8%) vagy havonta (7%) isznak. Akik ritkán, de kábítószeresnek, többet isznak, mint azok, akik nem drogoznak: 38% naponta, 25% havonta és 31% ritkán, de fogyaszt alkoholt. Azoknak, akik havonta használnak drogot a 67%-a ritkán és a 33%-a havonta iszik. A jelzett összefüggések arra utalnak, hogy az érintett személyek egyaránt



8. ábra. A kipróbált kábítószer típusa

kísérleteznek alkohollal és droggal is, de nem alakult még ki egyik irányban sem a fogyasztó-magatartás.

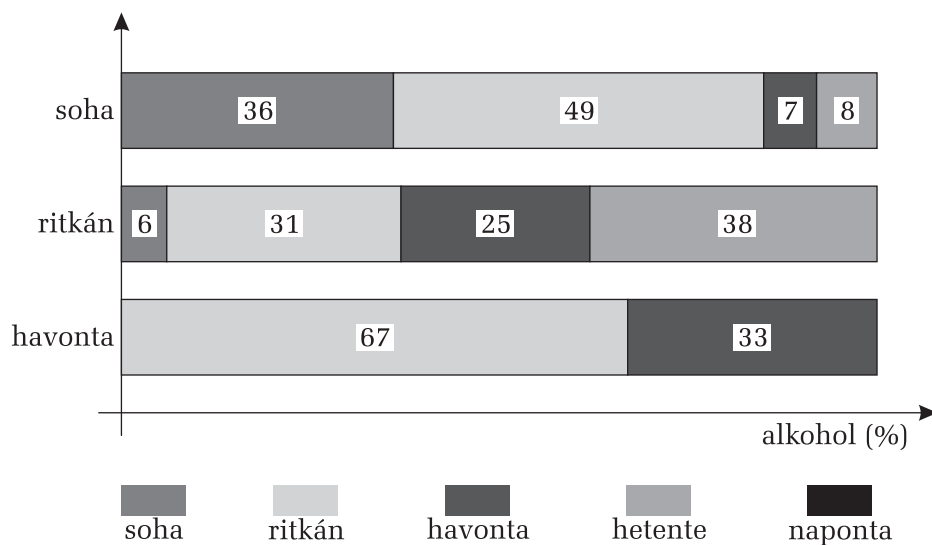
Úgy tűnik, hogy a kábítószer-használat és a dohányzás szorosabban kapcsolódik egymáshoz. A drogfogyasztás gyakoriságának növekedése együtt jár a dohányzással. A rendszeresen drogozók 66,7%-a naponta dohányzik is.

A fenti megállapítások csak tájékoztató jellegűek, mivel a használt mintában a drogfogyasztók száma statisztikai szempontból nagyon kicsi. A drogfogyasztó-magatartás tanulmányozása céljából, valamint a kábítószer-fogyasztás és a többi élvezeti cikk használata közötti összefüggések pontosítása érdekében hólabda módszerrel reprezentatív mintát kell összeállítani, és a minta adatait kell összehasonlítani a nem drogos populáción mért értékekkel.

Kábítószer-fogyasztási szokásokra vonatkozó következtetések:

A drogok első kipróbálásának időpontja 14-16 éves korra esik, ez az életkor magasabb, mint a nyugati országok által jelzett kipróbálási életkor. A kipróbálók a vizsgált minta 3,4%-át teszik ki. A ritkán fogyasztók havi prevalenciája 1,6%, a rendszeres fogyasztóké 0,3%. A leggyakrabban használt drogtípusok a kannabisszármazékok.

A drog- és alkoholfogyasztás kölcsönhatásáról elmondható, hogy olyan mértékben csökken az alkoholfogyasztás gyakorisága, amilyen



9. ábra. A kábítószer- és alkoholfogyasztás gyakoriságának összefüggése

mértékben elmélyül a droggal való kapcsolat. A vizsgált fogyasztóknál a droghasználat és a dohányzás gyakoriságának növekedése egyenes arányban van egymással.

Újabb kutatás tárgya kell legyen a droggal kapcsolatos magatartás differenciáltabb tanulmányozása egy fogyasztói mintán.

2.3.2. Alkoholfogyasztási szokások a vizsgált mintában

Az alkohol a legnépszerűbb szenvedélykeltő anyag, a társas együttlétek kelléke, egyaránt jellemzi a jólétet és a szegénységet. A fogyasztás dinamikáját közvetlenül befolyásolják egyrészt a gazdasági-politikai háttértényezők és intézkedések (korlátozások vagy reklám), másrészt ezeknek a népességben kiváltódott szubjektív visszhangja.

Az alkoholhoz való viszony szerint az egyének öt csoportját különböztetjük meg:

1. alkoholos italt nem fogyasztók, absztinensek;
2. szociális ivók, akik mérsékelten isznak, esetleg időnként italossá válnak;
3. excesszív ivók, akiknek mértéktelensége az elfogyasztott italok mennyiségében vagy a lerészegedés gyakoriságában nyilvánul meg; többségük alkoholistává válik;
4. alkoholisták azok, akik már függő viszonyba kerültek az alkohollal (addikció), és általában elvonási tüneteket mutatnak;
5. krónikus alkoholisták, akik már testi-szellemi károsodást szenvedtek az alkoholtól.

Az alkoholtól való patológiás függés az alábbiak szerint is körülírható:

1. abnormális, patológiás ivási magatartás;
2. alkohol okozta testi károk;
3. pszichoszociális károk;
4. toleranciafokozódás, illetve elvonási tünetek (testi függőség);
5. szubjektív síkon jelentkező elvonási tünetek, kontrollvesztés, fokozott vágy az alkohol után, pszichikus függőség.

Az első három szint abúzust jelent, az utolsó kettő alkoholfüggőséget.

Az Egészségügyi Világszervezet az alkoholizmust a drogok csoportjába sorolja az alábbi összefüggések miatt:

- hasonlóság az abúzusok eredete, kezelése és a nevelési koncepciók között;
- gyakori a kombinált fogyasztás, illetve átváltás az élvezeti szerek között;

45. táblázat. *Az alkohollal való első találkozás*

Az alkohollal való első találkozás	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
10 év alatt	72	6,9	8,9	8,9
10–11 év	94	9,0	11,6	20,4
12–13 év	157	15,1	19,3	39,7
14–15 év	319	30,6	39,2	79,0
16–17 év	163	15,6	20,0	99,0
18–19 év	7	0,7	0,9	99,9
19 év fölött	1	0,1	0,1	100,0
Összesen	813	78,0	100,0	
Soha	229	22,0		
Összesen	1042	100,0		

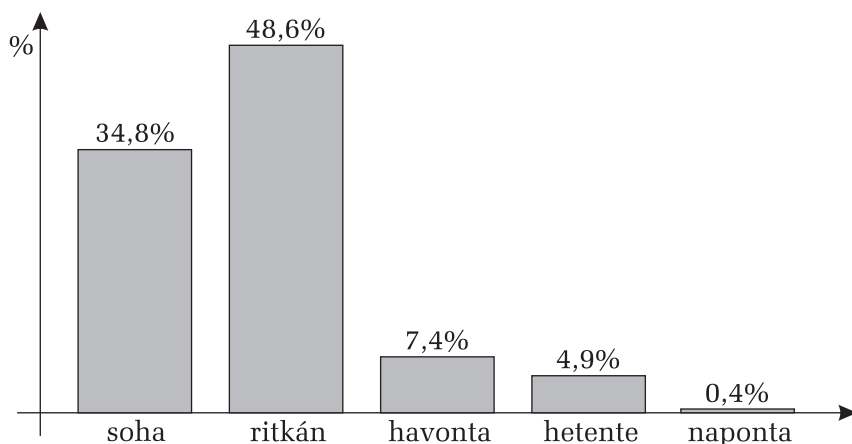
- az alkoholizmus kutatása nagyobb múltú, ismertebb kórkép, és sok itt szerzett megállapítás vonatkoztatható más narkomániákra;
- az alkoholizmus betegségfogalma elfogadottabb, a narkomániát inkább rendészeti kérdésnek tekintik.

Tulajdonképpen az alkohol és a kábítószer egy bizonyos stádiumig ugyanabban az irányban hat, és mint látható a függőség is hasonló módon, folyamatosan alakul ki. Ezért fontos, hogy ismerjük a fiatalok alkoholozási szokásait, és hogy felhívjuk a figyelmüket a testi-lelki függőség kialakulásának veszélyére.

Adataink azt mutatják, hogy az első fogyasztás leggyakrabban (30%) 14–15 év között történik. Nagy a veszély (15,6%) az ezt megelőző és az ezután következő életévekben is. Tíz év alatt 6,9% találkozott már az alkohollal, de

46. táblázat. *Az utóbbi hat hónapra vonatkozó fogyasztás gyakorisága*

A serdülő alkohol-fogyasztása	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Soha	363	34,8	35,2	35,2
Ritkán	506	48,6	49,0	84,2
Havonta	77	7,4	7,5	91,7
Hetente	82	7,9	7,9	99,6
Naponta	4	0,4	0,4	100,0
Összesen	1032	99,0	100,0	
Hiányzó adat	10	1,0		
Összesen	1042	100,0		



10. ábra. A serdülők alkoholfogyasztása az utóbbi hat hónapban

19 éves korig a megkérdezettek 22%-a egyáltalán nem fogyasztott még szeszes italt. A vizsgált mintának csak 22%-a nem fogyasztott még alkoholt.

Az utóbbi hat hónapra vonatkozó fogyasztás kapcsán a következő megállapításokat tehetjük: a megkérdezettek 34,8%-a egyáltalán nem, 48,6% ritkán, 7,4% havonta, 7,9% hetente és 0,4% naponta ivott szeszes italt.

A 46. táblázat adatainak kapcsán elmondottakat a 10. ábra szemlélteti.

A fogyasztott alkohol típusára vonatkozóan a 47. táblázatból leolvashatjuk, hogy az utóbbi hat hónapban a vizsgált népesség 59,3%-a bort és pezsgőt, 23,3% sört és 17,4% tömény szeszes italt fogyasztott. A naponta fogyasztók leginkább borféleségeket (66,7%) és töményt (33,3) isznak.

A ritkán, hetente és havonta történő fogyasztás esetén 50-60% között van a bor- és pezsgőfogyasztók részaránya, 20-30% között találhatók a sörivők, és 10-20% között ingadozik a tömény szeszes italt kedvelők részaránya. Azoknak, akik naponta italoznak kétharmaduk bort vagy pezsgőt és egyharmaduk töményt fogyaszt.

Amint azt a 47a. táblázatból láthatjuk, a fent jelzett összefüggések nem tekinthetők szignifikánsnak, ezért csak tájékoztató jellegűek.

Az alkoholnak a szervezetre kifejtett romboló hatása nagy mértékben függ attól, hogy milyen életkorban történik a fogyasztás. Mindenfajta alkoholos ital káros a fejlődő szervezetre. A 48. táblázat azt mutatja be, hogy a különböző italféleségeket az alkoholt fogyasztó serdülők közül melyik életkori kategória kedveli a leginkább.

Az életkor és a preferált italféleségek között sem kaptunk szignifikáns összefüggést (50. táblázat). Az életkor függvényében vizsgált fo-

gyasztásról tájékoztató jelleggel elmondhatjuk, hogy mindegyik életkori csoport a bort/pezsgőt fogyasztja leggyakrabban, ezután következik a sör és végül a tömény italok.

Különbség mutatkozik a fiúk és lányok alkoholfogyasztásának gyakorisága között, ahogyan ezt az 49. táblázatban láthatjuk.

A nemek és az alkoholfogyasztás közötti összefüggés erősen szignifikáns.

A mai generációban is folytatódik a hagyomány, a fiúk általában többet isznak, mint a lányok. A gyakoriságot tekintve sokkal nagyobb azoknak a lányoknak a részaránya, akik soha nem isznak alkoholt (40,4%), mint az absztinens fiúknak (25,8%). A havonta és a hetente történő ivás-

47. táblázat. *A fogyasztott alkohol típusa és a fogyasztás gyakoriságának összefüggése*

Az utóbbi fél évben milyen gyakran fogyasztottál alkoholt?				
Gyakoriság	Az általad fogyasztott alkohol típusa			
	bor, pezsgő	sör	tömény szeszes ital	Összesen
Soha	32	9	6	47
	68,1%	19,1%	12,8%	100,0%
Ritkán	170	67	54	291
	58,4%	23,0%	18,6%	100,0%
Havonta	35	16	7	58
	60,3%	27,6%	12,1%	100,0%
Hetente	34	15	12	61
	55,7%	24,6%	19,7%	100,0%
Naponta	2	0	1	3
	66,7%	0	33,3%	100,0%
Összesen	273	107	80	460
	59,3%	23,3%	17,4%	100,0%

47.a. táblázat. *Szignifikancia*

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	4,748	8	0,784
Lineáris összefüggés	0,568	1	0,451
Érvényes esetek száma	460		

48. táblázat. *A fogyasztott alkohol típusa és az életkor összefüggése*

Életkor	Az általad fogyasztott alkohol típusa			
	bor, pezsgő	sör	tömény szeszes ital	Összesen
14–15 év	48	23	16	87
	55,2%	26,4%	18,4%	100,0%
16–17 év	160	52	43	255
	62,7%	20,4%	16,9%	100,0%
18–19 év	65	31	21	117
	55,6%	26,5%	17,9%	100,0%
Összesen	273	106	80	459
	59,5%	23,1%	17,4%	100,0%

48.a. táblázat. *Szignifikancia*

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	2,956	4	0,565
Lineáris összefüggés	0,003	1	0,955
Érvényes esetek száma	459		

49. táblázat. *Az alkoholfogyasztás gyakorisága a nemek függvényében*

Nem	Serdülő alkoholfogyasztása				
	soha	ritkán	havonta	hetente, naponta	Összesen
Férfi	96	181	42	53	372
	25,8%	48,7%	11,3%	14,2%	100,0%
Nő	263	321	34	33	651
	40,4%	49,3%	5,2%	5,1%	100,0%
Összesen	359	502	76	86	1023
	35,1%	49,1%	7,4%	8,4%	100,0%

49.a. táblázat. *Szignifikancia*

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	49,838	3	0,000
Lineáris összefüggés	48,803	3	0,000
Érvényes esetek száma	1023		

ban is vezetnek a fiúk. Bevallásuk szerint rendszeresen (hetente, napon-ta) 14,2% fiú és 5,1% lány iszik.

Az előbbi táblázatok adatai nincsenek normalizálva, ami ellensúlyozná azt a tényt, hogy az adott iskolatípusok különböző egyedszámmal vannak képviselve. Annyi azonban elmondható, hogy mindegyik italféleségből a legtöbbet a periférián levő középiskolákban fogyasztanak, ezért ezek a diákok a legveszélyeztetettebbek.

A szülői alkoholizmus jelentős stressztényezőt képez a gyermekek életében, és befolyásolja viselkedésüket. Kutatásokból tudjuk, hogy az alkoholista családból származó gyermekek arról számolnak be, hogy a félelem, a harag, a düh, a csalódások, a szomorúság, a szegény, az érzelmi elhanyagolás, az elismerés hiánya, a büntetések, a bizonytalanság árnyékolja be életüket. Ez a légkör a személyiségben is változásokat okozhat. A megkérdezettek kétharmada a felnőttek iránt dühöt és bizonytalanságot érez. Igényeiket sohasem érezték kielégítettnek, és nem ismerik el a tekintélyt sem. Legtöbbjüknek alacsony az önértékelése, nincs önbizalma, félénk és indulatos, gyenge az iskolai teljesítménye is. A kutatók azt is

50. táblázat. *A fogyasztott alkohol típusa és az iskolatípus összefüggése*

Iskolatípus	Az általad fogyasztott alkohol típusa			
	bor, pezsgő	sör	tömény italok	Összesen
Középiskola központ	140	37	36	213
	65,7%	17,4%	16,9%	100,0%
Középiskola periferia	81	49	27	157
	51,6%	31,2%	17,2%	100,0%
Szakiskola	52	20	17	89
	58,4%	22,5%	19,1%	100,0%
Összesen	273	106	80	459
	59,5%	23,1%	17,4%	100,0%

50.a. táblázat. *Szignifikancia*

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	10,753	4	0,029
Lineáris összefüggés	1,784	1	0,182
Érvényes esetek száma	459		

megfigyelték, hogy az ebbe a kategóriába tartozók az átlagnál érzékenyebben reagálnak az erős fényre, zajra, hidegre, melegre. A hatás attól függ, hogy mennyire sérült a család működése, hogy az anya vagy az apa alkoholizmusáról van-e szó, milyen a gyermek neme, milyen életkorban talál-

51. táblázat. *Az apa alkoholfogyasztási szokása*

Az apa alkoholfogyasztása	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Soha	137	13,1	14,1	14,1
Ritkán	486	46,6	49,9	64,0
Havonta	110	10,6	11,3	75,3
Hetente	157	15,1	16,1	91,4
Naponta	84	8,0	8,5	99,9
Összesen	971	93,5	100,0	
Hianyó adat	71	6,8		
Összesen	1042	100,0		

52. táblázat. *Az apa alkoholfogyasztási szokásai különböző szociális környezetben*

Lakhely	Az apa alkohol fogyasztása				
	soha	ritkán	havonta	hetente, naponta	Összesen
Nagyváros	79	237	58	135	509
	15,5%	46,6%	11,4%	26,5%	100,0%
Kisváros	14	87	10	34	145
	9,7%	60,0%	6,9%	23,4%	100,0%
Falu	43	160	40	69	312
	13,8%	51,3%	12,8%	22,1%	100,0%
Összesen	136	484	108	238	966
	14,1%	50,1%	11,2%	24,6%	100,0%

52.a. táblázat. *Szignifikancia*

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	11,756	6	0,068
Lineáris összefüggés	0,641	1	0,423
Érvényes esetek száma	966		

kozik a szülői alkoholizmussal, ivott-e az anya a terhesség alatt is, milyen súlyos a szülő alkoholizmusa, milyen nagy a szülők feszültségének mértéke, és hogy a megélések szintjén mennyire érintődik a gyermek mindezek által, vagyis milyen a védekező és problémafeldolgozási sajátossága.

A fentiek értelmében mi is kíváncsiak voltunk a szülők alkoholfogyasztási szokásainak alakulására. Az adatokat a 51–56. táblázatokban foglaltuk össze.

A serdülők megítélése szerint a legtöbb apa csak ritkán (46,%) iszik. A naponta italozók 8%-ot tesznek ki, és 15,1% iszik hetente. Az absztinens apák részaránya 13,1%.

Az apák alkoholfogyasztásának gyakoriságát különböző szociális környezetekben: nagyvárosban (megyei központok), kisvárosban és falun vizsgáltuk.

Az 52. táblázat adatai azt mutatják, hogy az adott szociális környezetben hogyan alakul az alkoholfogyasztás gyakoriságának megoszlása. Például a nagyvárosokban az apák 15,5% soha nem iszik, 46,6% ritkán fogyaszt alkoholt, 11,4% havonta iszik és 26,5% rendszeresen, azaz hetente és naponta visszaél ezzel a szerrel. A rendszeres fogyasztók részaránya mindegyik vizsgált szociális környezetben az apák megközelítőleg egynegyedét teszi ki.

Az adott életterek nem hasonlíthatóak össze egymással, mert különböző egyedszámmal rendelkeznek. Az apák alkoholfogyasztási szokásai és a különböző szociális környezetek összevetése nem mutat szignifikáns kapcsolatot.

Az alkoholizmus kórtanában kimutatható a biológiai, genetikai hajlamosító tényező: a táplálkozási bajok; a B-vitaminhiány; a belső elválasztási zavarok; a mellékvese hibás működése; az allergiás hajlam; az agyi elváltozások. Azonban mindmáig nem bizonyított, hogy ezek milyen százalékban jelentenek kiváltó okot, esetleg mennyiben következmények. A biológiai tényezőcsoport mellett nem elhanyagolható a szociális minta szerepe sem. Nagyon sok viselkedésmódot, így az alkohollal való visszaélést is a családban, később a kortárscsoportban, majd felnőttként, szűkebb környezetében sajátítja el az egyén.

A fentiek értelmében szükségesnek tartottuk a serdülők alkoholfogyasztásának gyakoriságát összehasonlítani a szülők alkoholfogyasztási szokásaival.

Megfigyelhető, hogy míg az absztinens apák (18,6%) gyermekeinek 15,9% iszik hetente és naponta, a rendszeresen (hetente és naponta) alkoholizáló apák gyermekeinek 42,7%-a szintén rendszeresen iszik. A

többi gyakorisági kategória esetében is fennáll ugyanez az összefüggés, vagyis a gyakrabban italozó apák gyermekei is nagyobb rendszerességgel fogyasztanak alkoholt.

A vizsgálat adatai azt bizonyítják, hogy szignifikáns összefüggés van az apák és gyermekeik ivási gyakorisága között.

Az anya alkoholizmusa még súlyosabb következményekkel járhat a gyermek lelki fejlődésére, mint az apa alkoholozása.

A serdülők megítélése szerint az anyáknak majdnem fele absztinens (45,7%), ritkán iszik 38%, havonta fogyaszt alkoholt 3,5%, a hetenként ivók száma 5% alatt van és 1% -ot tesz ki azon anyák részaránya, akik naponta isznak.

Az 55. táblázat a különböző szociális környezetben előforduló női alkoholizálásra hívja fel a figyelmet.

53. táblázat. *Az apa alkoholfogyasztási szokásának összehasonlítása a serdülő alkoholfogyasztásának gyakoriságával*

A serdülő alkoholfogyasztása					
Gyakoriság	Az apák alkoholfogyasztása				
	soha	ritkán	havonta	hetente, naponta	Összesen
Soha	63	186	32	58	339
	18,6%	54,9%	9,4%	17,1%	100,0%
Ritkán	57	240	57	122	476
	12,0%	50,4%	12,0%	25,6%	100,0%
Havonta	3	31	14	26	74
	4,1%	41,9%	18,9%	35,1%	100,0%
Hetente, naponta	13	27	7	35	82
	15,9%	32,9%	8,5%	42,7%	100,0%
Összesen	136	484	110	241	971
	14,0%	49,8%	11,3%	24,8%	100,0%

53.a. táblázat. *Szignifikancia*

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	46,834	9	0,000
Lineáris összefüggés	31,390	1	0,000
Érvényes esetek száma	971		

Az anyák esetében erős összefüggést mutat az italozás gyakorisága és az adott szociális környezet összehasonlítása. Nagyvárosokban az anyák 46,2%-a absztinens, 42,3%-a ritkán, 5%-a havonta és 6,5%-a hetente, illetve naponta iszik. A kisvárosi anyák egyharmada nem iszik egyáltalán,

54. táblázat. *Az anya alkoholfogyasztási szokása*

Az anya alkoholfogyasztásának gyakorisága	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Soha	476	45,7	49,3	49,3
Ritkán	397	38,1	41,1	90,5
Havonta	36	3,5	3,7	94,2
Hetente	47	4,5	4,9	99,1
Naponta	9	0,9	0,9	100,0
Összesen	962	92,6	100,0	
Hiányzó adat	80	7,6		
Összesen	1042	100,0		

55. táblázat. *Az anya alkoholfogyasztási szokása különböző szociális környezetben*

Az anyák alkoholfogyasztása					
lakhely	soha	ritkán	havonta	hetente, naponta	Összesen
Nagyváros	233	213	25	33	504
	46,2%	42,3%	5,0%	6,5%	100,0%
Kisváros	51	80	1	12	144
	35,4%	55,6%	0,7%	8,3%	100,0%
Falu	190	98	10	11	309
	61,5%	31,7%	3,2%	3,6%	100,0%
Összesen	474	391	36	56	957
	49,5%	40,9%	3,8%	5,9%	100,0%

55.a. táblázat. *Szignifikancia*

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	40,459	6	0,000
Lineáris összefüggés	13,484	1	0,000
Érvényes esetek száma	957		

több mint felük ritkán, 0,7% havonta és 8,3% rendszeresen (hetente, naponta) fogyaszt szeszes italt. Falun nagyobb az egyáltalán nem vagy ritkán ivó nők részaránya, mint az előbbi környezetekben, amely az erősebben érvényesülő szociális kontrollnak is köszönhető. Ebben a környezetben 3% körül van azoknak az anyáknak a száma, akik havonta vagy rendszeresen isznak. Azonban az is lehetséges, hogy a falun élő serdülők előítéleteik miatt eltitkolják az anyák alkoholizmusát. Arra is figyelemmel kell lenni, hogy a bemutatott szociális környezetek nem egyenlő mértékben vannak képviseltetve.

Az anya alkoholfogyasztási szokásainak összehasonlítása a serdülő ivásgyakoriságával, ugyanúgy, mint az apák esetében, erős szignifikanciát mutat. Az erre vonatkozó adatokat az 56. és 56.a. táblázat mutatják be.

A táblázatok adatainak értelmezésében ugyancsak óvatosak kell hogy legyünk. Számolni kell a különböző gyakorisági csoportok egyedeinek alacsony számával, de a jelentkező tendenciára oda kell figyelni, az eredményeknek tájékoztató jellegük van. Ilyen értelemben elmondható, hogy a havonta italozó anyák gyermekeinek 45,6%-a szintén havonta és a rendszeresen fogyaszt alkoholt, a hetente, naponta ivó anyák gyermekeinek 35,4%-a ugyancsak rendszeresen iszik.

A testvérek alkoholfogyasztási szokásaira vonatkozó adatokat a 57. táblázat mutatja be. A testvérek 31%-a soha nem iszik, 10% alatt van a

56. táblázat. *Az anya alkoholfogyasztási szokásának összehasonlítása a serdülő alkoholfogyasztásának gyakoriságával*

A serdülő alkoholfogyasztása					
Gyakoriság	Az anya alkoholfogyasztása				
	soha	ritkán	havonta	hetente, naponta	Összesen
Soha	213	105	6	11	335
	63,6%	31,3%	1,8%	3,3%	100,0%
Ritkán	200	233	14	30	477
	41,9%	48,8%	2,9%	6,3%	100,0%
Havonta	31	21	6	10	68
	45,6%	30,9%	8,8%	14,7%	100,0%
Hetente, naponta	29	38	10	5	82
	35,4%	46,3%	12,2%	6,1%	100,0%
Összesen	473	397	36	56	962
	49,2%	41,3%	3,7%	5,8%	100,0%

ritkán ivók részaránya, és nem tesz ki összesen 10%-ot a havonta, a hetente és a naponta ivók száma. A vizsgált korcsoport életkorából következik, hogy ezek az adatok is főleg gyermekekre és fiatalokra vonatkoznak.

Az alkoholfogyasztás főleg társas helyzetek velejárója, ezért nem mindegy, hogy azok a társak, akikkel a vizsgált serdülők barátkoznak, hogyan viszonyulnak az alkoholhoz. Az ivási szokások szociális tanulóssal is elsajátíthatók, és különösen a felmérésben érintett életkori kategória

56.a. táblázat. Szignifikancia

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	77,222	9	0,000
Lineáris összefüggés	34,655	1	0,000
Érvényes esetek száma	962		

57. táblázat. A testvér alkoholfogyasztási szokásai

A testvér alkoholfogyasztási szokásai	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Soha	327	31,4	73,3	73,3
Ritkán	99	9,5	22,2	95,5
Havonta	12	1,2	2,7	98,2
Hetente	7	0,7	1,6	99,8
Naponta	1	0,1	0,2	100,0
Összesen	446	42,8	100,0	
Hiányzó adat	596	57,2		
Összesen	1042	100,0		

58. táblázat. A barát / barátnő alkoholfogyasztási szokásai

A barát / barátnő alkoholfogyasztása	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Soha	137	13,1	13,9	13,9
Ritkán	504	48,4	51,2	65,1
Havonta	152	14,6	15,4	80,6
Hetente	167	16,0	17,0	97,6
Naponta	24	2,3	2,4	100,0
Összesen	984	94,4	100,0	
Hiányzó adat	58	5,6		
Összesen	1042	100,0		

esetében erős a kortársnyomás a magatartásminták átvételére. A naponta alkoholt fogyasztó barátok gyakorisága 2,3%, hetente 16%, havonta 14,6% iszik és 48,4% a ritkán ivók aránya. A kapott értékek magasnak tekinthetők, ezért jogosan feltételezhetjük, hogy az alkohol jelentős veszélyeztető tényezőt jelent a serdülők számára.

Alkoholfogyasztási szokásokra vonatkozó következtetések:

Az utóbbi hat hónapra vonatkozó fogyasztás kapcsán a következő megállapításokat tehetjük: a megkérdezettek 34,8%-a egyáltalán nem, 48,6% ritkán, 7,4% havonta, 7,9% hetente és 0,4% naponta ivott szeszes italt. Az első fogyasztás leggyakrabban 14-15 év körül történik. Az utóbbi hat hónapban a vizsgált népesség 59,3%-a bort és pezsgőt, 23,3% sört és 17,4% tömény szeszes italt fogyasztott. A napi fogyasztók leginkább a töményt részesítik előnyben, majd a sör következik és legvégül a bor. A havonkénti fogyasztásban is hasonló a sorrend. A ritkán fogyasztók a bort és a pezsgőt kedvelik, majd a sör, a vegyes és a tömény következik. A fogyasztás gyakorisága és a fogyasztott italféleségek közötti összefüggések csak tájékoztató jellegűek, érvényességük nem szignifikáns.

A mai generációban is folytatódik a hagyomány, a fiúk általában többet isznak, mint a lányok.

A különböző szociális környezetben levő iskolák diákjainak alkoholfogyasztási gyakorisága között is különbség mutatkozik. A legtöbb gyakori fogyasztó a periférián levő középiskolákban tanul.

A serdülők megítélése szerint a legtöbb apa csak ritkán (46,%) iszik. A naponta italozók 8%-ot tesznek ki és 15,1% iszik hetente. Az absztinens apák részaránya 13,1%.

A rendszeresen alkoholizáló apák részaránya mindegyik vizsgált szociális környezet alanyainak megközelítőleg egynegyedét teszi ki.

A serdülők megítélése szerint az anyáknak majdnem fele absztinens, 38% ritkán iszik, és 10% alatt van azon gyakoriságok összegének a részaránya, amelyek a naponkénti, a heti és a havi ivást jelölik.

A szülők alkoholfogyasztási szokásainak összehasonlítása a serdülők ivásainak gyakoriságával arra enged következtetni, hogy nagy valószínűséggel a szülők alkoholizálása szociális örökségként tovább adódik gyermekeiknek.

Következtetésként elmondhatjuk, hogy az alkohol jelentős veszélyeztető tényezőt jelent a serdülők számára.

2.3.3. Dohányzási szokások a vizsgált mintában

A dohányzás nem okoz fizikai függőséget, de erős a pszichés dependencia. A cigarettázó különböző helyzetekhez kötötten gyújt cigarettára, viselkedése sztereotipizálódik, és cselekvése a szokás erejével fog hatni.

Egyértelmű összefüggés figyelhető meg az elszívott cigaretták fajtája és mennyisége, a dohányzási szokások, a dohányzás megkezdésének időpontja és számos egyéb tényező, valamint bizonyos betegségek – mint pl. szív- és keringési panaszok, krónikus légcsőhurut, tüdőrák – között. Következmenyeként csökken a várható élettartam is. Különösen a fejlődésben levő szervezet fizet nagy árat érte, mert a növekedésre és teljesítőképességre igen károsan hat. Cigarettázással a terhes nők magzatukat is károsítják. A dohányosok akaratuk ellenére a nem dohányzók egészségét is rombolják.

59. táblázat. Az első dohányzás időpontjának életkori megoszlása

Az első dohányzás időpontja	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
10 év alatt	64	6,1	9,8	9,8
10–11 év	75	7,2	11,5	21,3
12–13 év	146	14,0	22,4	43,7
14–15 év	259	24,9	39,7	83,4
16–17 év	104	10,0	16,0	99,4
18–19 év	4	0,4	0,6	100,0
Összesen	652	62,6	100,0	
Soha	390	37,4		
Összesen	1042	100,0		

60. táblázat. A dohányzás gyakorisága az utóbbi fél évben

	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Soha	634	60,8	61,6	61,6
Ritkán	156	15,0	15,2	76,8
Havonta	22	2,1	2,1	78,9
Hetente	59	5,7	5,7	84,6
Naponta	158	15,2	15,4	100,0
Összesen	1029	98,8	100,0	
Hiányzó adat	13	1,2		
Összesen	1042	100,0		

A cigarettát problémahelyzetek, feszültségek, konfliktusok látszatkezelésére használják. Izgalmat jelent a fiatal számára, hogy valami tilosat, felnőttet cselekszik, kockázatot vállal, és kihívást követ el környezete, tanárai, szülei, ismerősei számára.

A kialakuló szokás fokozatos és szinte észrevehetetlen. Nem jelent látványos veszélyt, mint például a lerészegedés. Az Egészségügyi Világszervezet társadalmilag elfogadott drognak tekinti, mivelhogy nem okoz tudati beszűkülést.

A dohányzás elleni programok megtervezéséhez szükséges a serdülők dohányzási szokásainak pontos ismerete. Jelentősége van annak is, hogy a fiatal hány éves korában találkozik a cigarettával. Az 59. táblázat az első dohányzás életkoronkénti megoszlását mutatja be.

A vizsgált mintából soha nem gyújtott cigarettára 37,4%. Az első rágyújtás leggyakrabban (24,9%) 14–15 éves korban történik. 16–17 éves korig még rágyújt 10%. Ezen az életkoron túl 1% alá esik a kísérletezők száma. 10–12 év között szintén 10% körül van a dohányzással próbálkozók száma. Veszélyeztetett kor a 12–13 életév. Ebben a periódusban 14% prepubertás kezd el a cigarettázást.

A 60. táblázat segítségével azt vizsgálhatjuk, hogy az utóbbi fél évben milyen gyakorisággal dohányoztak a megkérdezett serdülők és fiatalok.

A felmérés időpontjában a megkérdezettek 60,8%-a nem dohányzik, 15% ritkán gyújt rá, a havonta és hetente cigarettázók részaránya 10% alatt van. A függőség által veszélyeztetett, naponta dohányzók aránya 15,4%. Minden cigarettával rákkeltő anyag, kátrány kerül a tüdőbe, ezért fontos, hogy a naponta vagy ritkán dohányzó fiatalok felhagyjanak egészségük rombolásával. Az elmondottakat a 11. ábra teszi szemléletessé.

Kutatásunk eredményei azt mutatják, hogy a dohányzás kisebb veszélyt jelent serdülőink életében, mint az alkohol. A cél azonban a nikotinmentes életre nevelés.

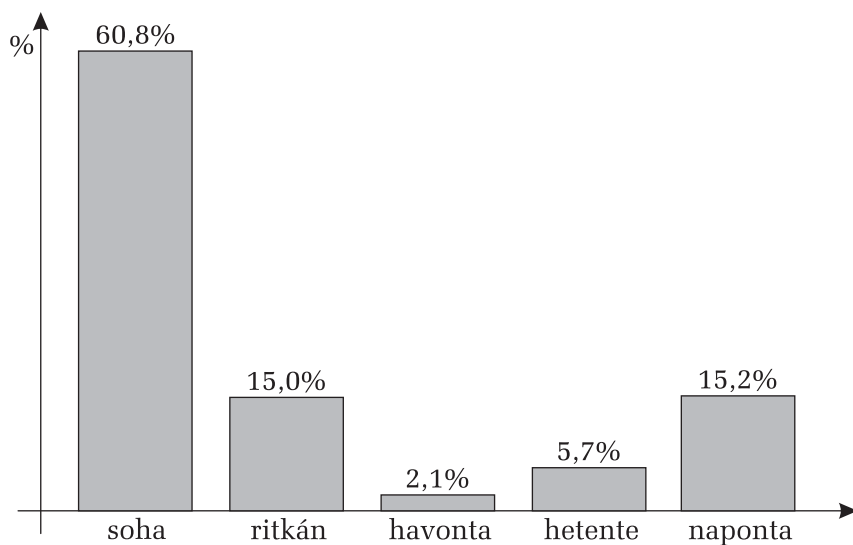
A dohányzás gyakoriságának életkoronkénti megoszlását szemlélteti a 61. táblázat.

A 14–15 évesek 70%-a egyáltalán nem, majdnem 20% ritkán, 2,5% havonta, és majdnem 10% rendszeresen dohányzik. A rendszeres dohányzók száma a 16–17 évesek között 20%, a 18–19 évesek között 33,2%, vagyis a fiatalok egyharmada rendszeres dohányzó.

Az életkor és a dohányzás gyakorisága szignifikáns összefüggést mutat.

Feltételeztük, hogy a különböző iskolatípusokban tanuló diákok dohányzási szokásai eltérnek egymástól.

A városok központjában működő középiskolák megkérdezett diákjainak 68%-a nemdohányzó és 16% rendszeresen cigarettázik. A periférián levő középiskolákban 60,6% a nemdohányzó és 23,9% a rendszeres dohányzó. A szakiskolásoknak csak a fele nem dohányzik, és több mint egynegyedük rendszeresen cigarettázik. Az összefüggések szignifikánsnak mondhatók.



11. ábra. A serdülők dohányzásának gyakorisága az utóbbi hat hónapban

61. táblázat. A dohányzás gyakoriságának életkoronkénti megoszlása

Életkor	A serdülő dohányzása				
	soha	ritkán	havonta	hetente, naponta	Összesen
14–15 év	143	38	5	19	205
	69,8%	18,5%	2,4%	9,3%	100,0%
16–17 év	360	86	10	114	570
	63,2%	15,1%	1,8%	20,0%	100,0%
18–19 év	128	32	7	83	250
	51,2%	12,8%	2,8%	33,2%	100,0%
Összesen	631	156	22	216	1025
	61,6%	15,2%	2,1%	21,1%	100,0%

A dohányzás is jelentős súllyal bíró veszélyeztetőtényező a serdülők életében, ugyanis a periférián levő középiskolák és a szakiskolák diákja-
inak egynegyede rendszeres dohányzó.

Arra is választ kerestünk, hogy miként alakul a dohányzás és az alkoholfogyasztás kapcsolata. A 12. ábra alapján a következő tendenciák mondhatók el.

Az alkoholt nem fogyasztók 79%-a soha, 14%-a csak ritkán, és kevesebb mint 10%-a dohányzik naponta vagy hetente. A hetente ivók (24%) kb. fele naponta dohányzik. Az alkoholt naponta fogyasztók több mint egynegyede rendszeresen dohányzik is. Elmondható, hogy az alkoholfogyasztás általában együtt jár a dohányzással.

61.a. táblázat. Szignifikancia

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	41,584	6	0,000
Lineáris összefüggés	35,491	1	0,000
Érvényes esetek száma	1025		

62. táblázat. A dohányzás gyakoriságának iskolatípusonkénti megoszlása

Iskola-típus	A serdülő dohányzása				
	soha	ritkán	havonta	hetente, naponta	Összesen
Középiskola központ	298	63	7	70	438
	68,0%	14,4%	1,6%	16,0%	100,0%
Középiskola periféria	228	51	7	90	376
	60,6%	13,6%	1,9%	23,9%	100,0%
Szakiskola	106	42	8	57	213
	49,8%	19,7%	3,8%	26,8%	100,0%
Összesen	632	156	22	217	1027
	61,5%	15,2%	2,1%	21,1%	100,0%

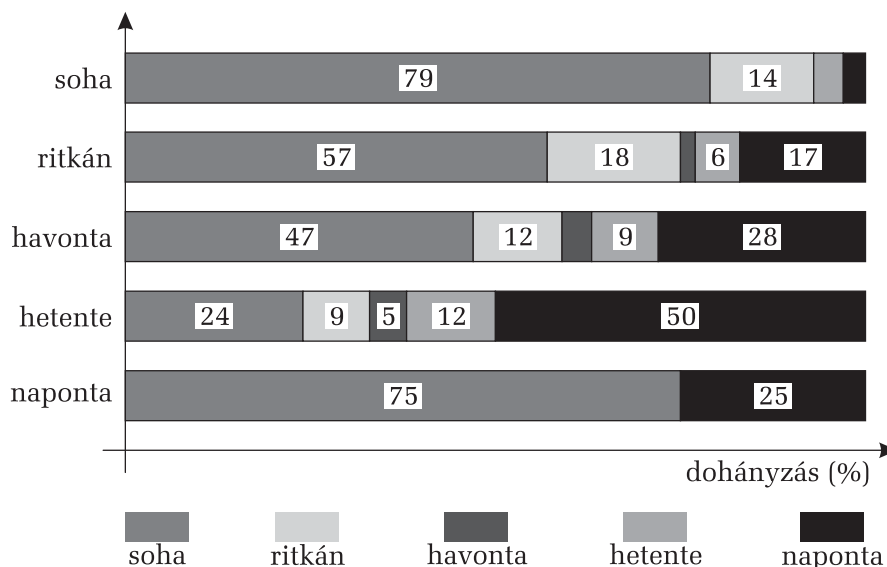
62.a táblázat. Szignifikancia

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	24,994	6	0,000
Lineáris összefüggés	18,856	1	0,000
Érvényes esetek száma	1027		

Azt is vizsgáltuk, hogy milyen dohányzói mintákkal találkozunk a serdülők saját családjukban. Az apák több mint fele egyáltalán nem, körülbelül 10% időszakonként, és majdnem egyharmada rendszeresen, naponta dohányzik. Ez utóbbi alkotja a nikotinfüggők kategóriáját.

Arra is kíváncsiak voltunk, hogy miként oszlanak meg az adott dohányzási gyakoriságok a különböző szociális környezetekben.

A 64. és 64.a táblázatból láthatjuk, hogy a dohányzás gyakoriságát illetően nincs számottevő különbség a különböző szociális környezetek



12. ábra. Az alkoholfogyasztás és a dohányzás együttes jelentkezése

63. táblázat. Az apa dohányzási szokása

Az apa dohányzási szokása	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Soha	563	54,0	58,0	58,0
Ritkán	78	8,1	8,7	66,1
Havonta	6	0,6	0,6	66,7
Hetente	27	2,6	2,8	69,5
Naponta	296	28,4	30,5	100,0
Összesen	970	93,1	100,0	
Hiányzó adat	72	6,9		
Összesen	1042	100,0		

64. táblázat. *Az apa dohányzási szokásai különböző szociális környezetben*

Lakhely	Az apák dohányzása				
	soha	ritkán	havonta	hetente, naponta	Összesen
Nagyváros	285	44	1	174	504
	56,5%	8,7%	0,2%	34,5%	100,0%
Kisváros	85	12	2	45	144
	59,0%	8,3%	1,4%	31,3%	100,0%
Faluk	188	21	3	102	314
	59,9%	6,7%	1,0%	32,5%	100,0%
Összesen	558	77	6	321	962
	58,0%	8,0%	0,6%	33,4%	100,0%

64.a. táblázat. *Szignifikancia*

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	5,267	6	0,510
Lineáris összefüggés	0,496	1	0,481
Érvényes esetek száma	962		

65. táblázat. *Az apák dohányzási szokásának összehasonlítása a serdülő dohányzásának gyakoriságával*

A serdülő dohányzásának gyakorisága	Az apák dohányzása			
	soha	ritkán, havonta	hetente, naponta	Összesen
Soha	346	61	184	591
	58,5%	10,3%	31,1%	100,0%
Ritkán	93	11	46	150
	62,0%	7,3%	30,7%	100,0%
Havonta	10	2	10	22
	45,5%	9,1%	45,5%	100,0%
Hetente, naponta	108	10	82	200
	54,0%	5,0%	41,0%	100,0%
Összesen	557	84	322	963
	57,8%	8,7%	33,4%	100,0%

között. Nem kaptunk szignifikáns összefüggést az apák dohányzásának gyakorisága és a lakhely között.

A dohányzási szokások alaposabb megismerése érdekében összehasonlítottuk a serdülők és a szülők dohányzásának gyakoriságát. Számításaink azt mutatták, hogy nincs szignifikáns összefüggés ($p.052$) a vizsgált

65.a. táblázat. Szignifikancia

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	12,491	6	0,052
Lineáris összefüggés	4,001	1	0,045
Érvényes esetek száma	963		

66. táblázat. Az anya dohányzási szokása

Az anya dohányzási szokása	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Soha	466	44,7	48,3	48,3
Ritkán	92	8,8	9,5	57,9
Havonta	11	1,1	1,1	59,0
Hetente	20	1,9	2,1	61,1
Naponta	375	36,0	38,9	100,0
Összesen	964	92,5	100,0	
Hiányzó adat	78	7,5		
Összesen	1042	100,0		

67. táblázat. Az anya dohányzási szokása különböző szociális környezetben

Az anya dohányzása					
Lakhely	soha	ritkán	havonta	hetente, naponta	Összesen
Nagyváros	240	38	7	219	504
	47,6%	7,5%	1,4%	43,5%	100,0%
Kisváros	62	13	3	67	145
	42,8%	9,0%	2,1%	46,2%	100,0%
Falu	160	40	1	106	307
	52,1%	13,0%	0,3%	34,5%	100,0%
Összesen	462	91	11	392	956
	48,3%	9,5%	1,2%	41,0%	100,0%

serdülők és apjuk dohányzási szokásai között. A dohányzó felnőttek száma jóval nagyobb, mint a serdülőké.

Kutatásunk kiterjedt az anyák dohányzási szokásainak tanulmányozására is.

Az anyák között megközelítőleg annyi függő van (39%), mint az apák között. A nem dohányzó nők pedig 10%-kal kevesebben vannak (48%), mint a férfiak. Ez azt jelenti, hogy a nőknek körülbelül fele dohányzik kisebb-nagyobb rendszerességgel.

67.a. táblázat. Szignifikancia

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	15,952	6	0,014
Lineáris összefüggés	4,477	1	0,034
Érvényes esetek száma	956		

68. táblázat. Az anya dohányzási szokásának összehasonlítása a serdülő dohányzásának gyakoriságával

A serdülő dohányzása	Az anyák dohányzása			
	soha	ritkán, havonta	hetente, naponta	Összesen
Soha	308	58	226	592
	52,0%	9,8%	38,2%	100,0%
Ritkán	55	23	66	144
	38,2%	16,0%	45,8%	100,0%
Havonta	7	4	10	21
	33,3%	19,0%	47,6%	100,0%
Hetente, naponta	93	18	90	201
	46,3%	9,0%	44,8%	100,0%
Összesen	463	103	392	958
	48,3	10,8	40,9	100,0%

68.a. táblázat. Szignifikancia

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	14,888	6	0,021
Lineáris összefüggés	3,588	1	0,058
Érvényes esetek száma	958		

Az anyák esetében is összehasonlítottuk az adott szociális környezetben talált dohányzási gyakoriságot.

Megfigyelhető, hogy a nagy- és a kisvárosokban megközelítőleg anynyi a nemdohányzó, mint a rendszeresen cigarettázó anyák részaránya. Ez az érték 40% körül van. Falun a nők fele nemdohányzó, és valamivel több mint 30% a hetente és naponta rágyújtók száma.

Az anyákra vonatkozó dohányzási szokások sem szignifikánsan jellemzőek a tanulmányozott szociális környezetekre.

A 68. keresztábra az anyák dohányzásának gyakoriságát veti össze a serdülők dohányzási gyakoriságával.

Az anya dohányzási szokásainak a serdülőkével való összevetése során úgy találtuk (68.a. táblázat), hogy az anyák dohányzási szokása sem meghatározó jellegű a serdülők számára.

A dohányzási szokásokra vonatkozó következtetések:

A vizsgált minta egyharmada soha nem gyújtott cigarettára. Az első rágyújtás leggyakrabban 14-15 éves korban történik. Szignifikáns összefüggés van az első rágyújtás és a későbbi dohányzás gyakorisága között. Azok, akik 14-15 éves korukban elkezdenek dohányozni, az esetek majdnem felében függővé válnak.

Az utóbbi hat hónapban a megkérdezettek 60,8%-a nem dohányzik, 15% ritkán gyújt rá, a havonta és hetente cigarettázók részaránya 10% alatt van. A függőség által veszélyeztetett, naponta dohányzók aránya 15,4%.

A 14-15 évesek 70%-a egyáltalán nem, majdnem 20% ritkán, 2,5% havonta és majdnem 10% rendszeresen dohányzik. A rendszeres dohányzók száma a 16-17 évesek között 20%, a 18-19 évesek között 33,2%, vagyis a fiatalok egyharmada rendszeres dohányzó.

A városok központjában működő középiskolák megkérdezett diákjainak 68%-a nemdohányzó és 16% rendszeresen cigarettázik. A periferián levő középiskolában 60,6% a nemdohányzó és 23,9% a rendszeres dohányzó. A szakiskolásoknak csak a fele nem dohányzik, és több mint egynegyedük rendszeresen cigarettázik. Az összefüggések szignifikánsnak mondhatók.

A dohányzás is jelentős súllyal bíró veszélyeztető tényező a serdülők életében, ugyanis a periferián levő középiskolák és a szakiskolák diákjainak egynegyede rendszeres dohányzó.

Az apák több mint fele egyáltalán nem, körülbelül 10% időszakonként és majdnem egyharmada rendszeresen, naponta dohányzik. Ez utóbbi alkotja a nikotinfüggők kategóriáját.

A dohányzás gyakoriságát illetően nincs számottevő különbség a különböző szociális környezetek között.

Nem találtunk szignifikáns összefüggést az apák és gyermekeik dohányzási szokásai között.

Az anyák között megközelítőleg annyi függő van (39%), mint az apák között. A nem dohányzó nők 10%-kal vannak kevesebben, mint a férfiak. Ez azt jelenti, hogy a nőknek körülbelül fele dohányzik kisebb-nagyobb rendszerességgel. Úgy találtuk, hogy az anyák dohányzási szokása sem meghatározó jellegű a serdülőre.

2.3.4. Gyógyszerhasználati szokások a vizsgált mintában

A gyógyszerekkel való visszaélés, a nem rendeltetés szerinti használat vagy alkohollal történő társításuk veszélyezteti az egészséges személyiségfejlődést.

Vannak olyan gyógyszerként is használatos anyagok, mint például az opiátok közé sorolható köhögéscsillapító kodein, amelyet a kedélyállapot befolyásolására használnak. Hosszú ideig tartó fogyasztás esetén addiktív.

A barbiturátok a heroinhoz hasonló erős függőséget alakítanak ki, és a megvonási tünetek is veszélyesek. Használják altatóként, nyugtatóként, görcsoldóként, enyhe fájdalomcsillapítóként, feszültségoldóként és alkoholelvonó-kezelések részeként is. Hosszas használata az alkoholéhoz hasonló melléktüneteket eredményez.

Az amfetaminokat stimuláló hatásuk miatt doppingként szedik. Orvos is felírhatja depresszió ellen vagy étvágycsökkentésre. Általában tabletták és injekció formában forgalmazzák. Hatásukra nagyfokú felpörgés,

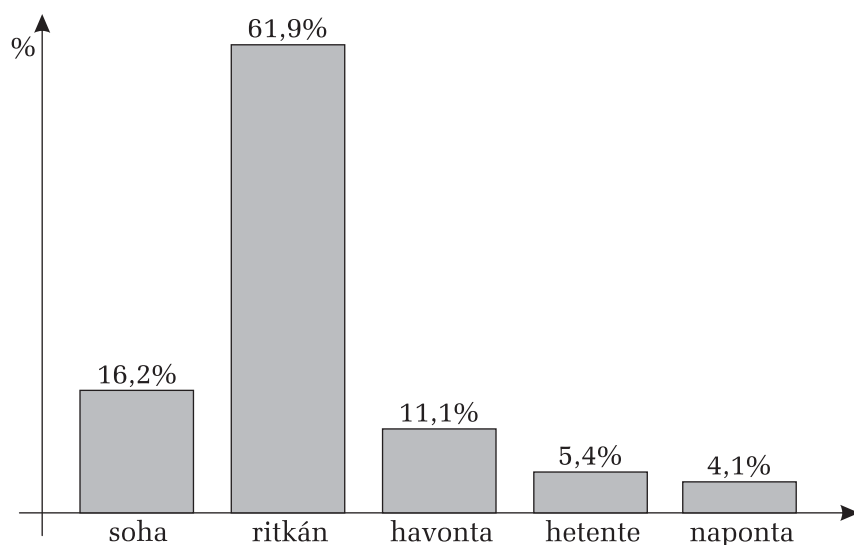
69. táblázat. A gyógyszereszedés gyakorisága az utóbbi fél évben

	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Soha	169	16,2	16,4	16,4
Ritkán	645	61,9	62,7	79,1
Havonta	116	11,1	11,3	90,4
Hetente	56	5,4	5,4	95,8
Naponta	43	4,1	4,2	100,0
Összesen	1029	98,8	100,0	
Hiányzó adat	13	1,2		
Összesen	1042	100,0		

a fáradtságérzés és alvásigény megszűnése, fogyás, idegesség, veszélyes agresszió jelentkezik. Más drogokkal vagy alkohollal szokták keverni. Pszichés függőséget eredményez.

Kutatásunkat a serdülők és fiatalok gyógyszerhasználási szokásaira is kiterjesztettük.

A megkérdezett serdülők 16,2%-a soha nem szedett még gyógyszert. A ritkán használók részaránya 61,9%. Havonta 11,1%, hetente 5,4% és naponta 4,1% használ gyógyszert.



13. ábra. A serdülők gyógyszerfogyasztásának gyakorisága az utóbbi hat hónapban

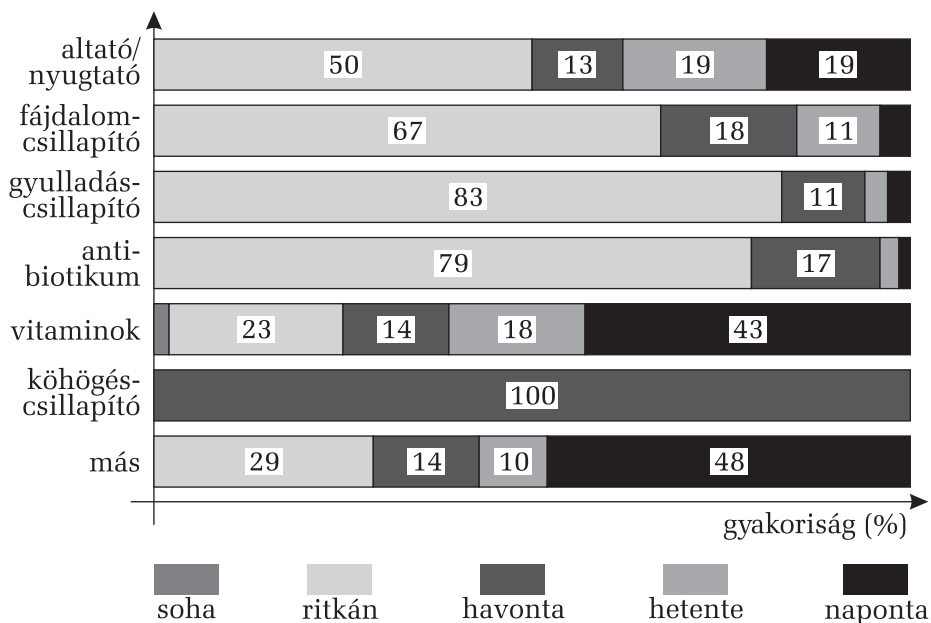
70. táblázat. A gyógyszerfogyasztás gyakorisága gyógyszerfajtánként

A gyógyszer fajtája	A gyógyszerfogyasztás gyakorisága				
	Ritkán	Havonta	Hetente	Naponta	Összesen
Altató/nyugtató	50,0%	12,5%	18,8%	18,8%	100,0%
Fájdalomcsillapító	66,7%	18,3%	10,8%	3,9%	100,0%
Lázcsillapító/ gyulladásgátló	82,6%	11,4%	3,0%	3,0%	100,0%
Antibiotikum	78,8%	16,9%	2,5%	1,7%	100,0%
Vitaminok	25%	14,3%	17,9%	42,9%	100,0%
Más	28,6%	14,3%	9,5%	47,6%	100,0%

A vizsgálatban azt is követtük, hogy a különböző gyógyszerfajtaikat milyen gyakorisággal használják a diákok.

A vizsgálatból kiderült, hogy a beszedett altatók/nyugtatók 18,8%-át naponta használják el. Ez magas értéknek számít, és veszélyeztető tényezőként tartható számon. A serdülők nem tudják, vagy nem akarják tudomásul venni, hogy a negatív állapotok is az élet tartozékai, és ezeket belső erőforrásainkat mozgósítva el lehet viselni. Aki a szervezetének legkisebb zavara esetén is gyógyszerhez nyúl, veszélyeztetett abból a szempontból, hogy hozzászokhat, és nem fog erőfeszítést tenni a negatív állapotok elviselésére. Következésképpen feltételezhető, hogy nem fog kialakítani stressz- és konfliktuskezelő megoldásokat. Ennek a szerepét észrevétlenül veszi át a szer, amely egy idő után függőséghez vezethet.

Túl nagy gyakorisággal (havonta 18%, hetente 10,8%) szedik a fájdalomcsillapítókat és a vitaminokat (naponta 42,9%) is. Nem tudjuk, mit takar a naponta (42,6%) beszedett „más” gyógyszer, ahogy ők bejelölték a kérdőívben, de elképzelhető, hogy többnyire fogamzásgátlókról vagy proteinekről van szó. Ezt a későbbi kutatásokban tisztázni érdemes. Azt is tisztázni kell, hogy a beszedett gyógyszer orvosi előírás alapján vagy anélkül történt.



14. ábra. A gyógyszerfogyasztás gyakorisága gyógyszerfajtaanként

A 14. ábra a beszedett gyógyszerfajták használatának gyakoriságát szemlélteti.

A 71. táblázatból megtudhatjuk, hogy az altatók/nyugtatók, lázcsillapítók, gyulladásgátlók, fájdalomcsillapítók és antibiotikumok felét a központi középiskolák diákjai fogyasztják el. Nehéz elképzelni, hogy ez a diákcsoport betegesebb lenne, mint a másik két kategória. Nagy a valószínűsége, hogy ezek a magas értékek a gyógyszerekkel szembeni hibás attitűdökből erednek.

A táblázatban leírt összefüggés szignifikánsan jellemzőnek tekinthető, ahogyan azt a 71.a. táblázat bizonyítja.

Gyógyszerhasználatra vonatkozó következtetések:

A megkérdezett serdülők 16,2%-a soha nem szedett még gyógyszert. A ritkán használók részaránya 61,9%, havonta 11,1%, hetente 5,4% és naponta 4,1% használ gyógyszert.

A serdülők egészséges életmódját veszélyezteti, hogy túl nagy gyakorisággal (havonta 18%, hetente 10,8%, naponta 42,9%) szedik a fájdalomcsillapítókat és a vitaminokat. Az elhasznált altatók/nyugtatók, fájdalomcsillapítók, lázcsillapítók, gyulladásgátlók és antibiotikumok felét a központi középiskolák diákjai használják el. A gyógyszerekkel szembeni

71. táblázat. *A gyógyszerfogyasztás gyakorisága iskolatípusonként*

Gyógyszerfajta	Középiskola központ	Középiskola periféria	Szakiskola	Összesen
Altató/nyugtató	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
Fájdalomcsillapító	35,6%	43,0%	21,4%	100,0%
Lázcsillapító/ gyulladásgátló	53,8%	30,6%	15,6%	100,0%
Antibiotikum	57,6%	24,6%	17,8%	100,0%
Vitaminok	46,4%	33,3%	20,2%	100,0%
Más	42,9%	23,8%	33,3%	100,0%

71.a. táblázat. *Szignifikancia*

Chi-négyzet teszt	Érték	Szabadság fok	Nem irányított összefüggés
Pearson-vizsgálat	30,764	12	0,002
Lineáris összefüggés	2,771	1	0,096
Érvényes esetek száma	751		

hibás beállítódottság a szerekekkel való visszaéléshez vezethet, és károsíthatja a fiatalok egészségét.

3. Következtetések és a kutatás felhasználása

Kutatásunk a serdülők és a fiatalok élethelyzetéről, életérzéseiről, egészségi állapotáról, egészséggel kapcsolatos attitűdjeiről és drogfogyasztási szokásaikról ad helyzetképet. A jelenségeket főleg pszicho-szociológiai megközelítésben, mennyiségi vonatkozásukban mutatjuk be. A minőségi elemzés, a háttértényezők feltárása későbbi kutatások feladata. Szükségesnek mutatkozik jelen kutatás eredményeinek hasonló külföldi kutatásokkal való összehasonlító vizsgálata is, helyünk és helyzetünk betájolása végett egy tágabb, kitekintő helyzetelemzés által.

Jelen kutatás megvalósította célkitűzését, az általunk megfogalmazott kérdéskörre sikerült adatokat gyűjteni, feldolgozni és értelmezni. A kutatás hipotézisei bebizonyosodtak:

- A fiatalság nincs kellően ellátva a megfelelő alaperőforrásokkal az egészséges életmód tekintetében, és hosszú távon növekszik a pszichológiai diszfunkciók és devianciák terjedésének valószínűsége.
- Összefüggés mutatkozik a fiatalok életérzésének és élethelyzetének minősége, valamint a drogfogyasztás gyakorisága között.

Állításainkat a kutatás során feltárt adatok segítségével támasztottuk alá.

Erős összefüggést találtunk:

- az anyagi megelégedettség és jónak ítélt egészségi állapot;
- az anyagi megelégedettség és az életalakulás iránti megelégedettség;
- a család pozitív érzelmi légköre és az élet alakulásával szembeni megelégedettség;
- a pozitív életérzés és bizalom a jövőben, perspektívaérzés között.

A fenti dimenziók tekintetében az esetek 70-80%-ában találtunk megnyugtató válaszokat. A serdülők 20%-30%-a veszélyeztetettnek tekinthető. A veszélyeztetettség nem jelent magatartászavart vagy devianciát, de felhívja a figyelmet arra, hogy megfelelő beavatkozás, egészségnevelés és prevenciós programok hiányában ezek a fiatalok letérhetnek az egészséges fejlődés útjáról.

Az egészségre vonatkozó hiányos ismeretek az egészséggel kapcsolatos hibás véleményekben is tükröződnek. A vizsgált populációnak csak megközelítőleg fele véli úgy, hogy az egészség függ az életmódtól. Több a

rendszeres szerhasználó azok között, akik az egészséget adottságként értékelik, mint azok között, akiknek meggyőződésük, hogy az egészségért tenniük kell valamit.

A drogok első kipróbálásának időpontja 14-16 éves korra esik, ez az életkor magasabb, mint a nyugati országok által jelzett kipróbálási életkor. A kipróbálók a vizsgált minta 3,4%-át teszik ki. A ritkán fogyasztók havi prevalenciája 1,6%, a rendszeres fogyasztóké 0,3%. A leggyakrabban használt drogtípusok a cannabisszármazékok.

A drog- és alkoholfogyasztás kölcsönhatásáról elmondható, hogy olyan mértékben csökken az alkoholfogyasztás gyakorisága, amilyen mértékben elmélyül a droggal való kapcsolat. A vizsgált fogyasztóknál a droghasználat és a dohányzás gyakoriságának növekedése egyenes arányban van egymással.

Újabb kutatás tárgya kell legyen a droggal kapcsolatos magatartás differenciáltabb tanulmányozása egy fogyasztói mintán.

Az alkohol esetében az első fogyasztás leggyakrabban 14-15 év körül történik.

Az utóbbi hat hónapra vonatkozó alkoholfogyasztás kapcsán a következő megállapításokat tehetjük: a megkérdezettek 34,8%-a egyáltalán nem, 48,6% ritkán, 7,4% havonta, 7,9% hetente és 0,4% naponta ivott szeszes italt.

A megkérdezettek leggyakrabban a bort isszák, de a napi fogyasztók leginkább a töményt részesítik előnyben, majd a sör következik és legvégül a bor. A szülők alkoholfogyasztási szokásainak összehasonlítása a serdülők ivásainak gyakoriságával nem mutat szignifikáns összefüggést, de az adatok arra engednek következtetni, hogy a szülők alkoholizálása szociális örökségként tovább adódik a gyermekeknek.

A vizsgált minta egyharmada soha nem gyújtott cigarettára. Az első rágyújtás leggyakrabban 14-15 éves korban történik. Szignifikáns összefüggés van az első rágyújtás és a későbbi dohányzás gyakorisága között. Azok, akik 14-15 éves korukban elkezdenek dohányozni, az esetek majdnem felénél kialakul a függővé válás.

A felmérés időpontjában a megkérdezettek 60,8%-a nem dohányzott, 15% ritkán gyújt rá, a havonta és hetente cigarettázók részaránya 10% alatt van. A függőség által veszélyeztetett, naponta dohányzók aránya 15,4%.

Nem találtunk szignifikáns összefüggést a szülők és gyermekeik dohányzási szokásait illetően.

A serdülők egészséges életmódját veszélyezteti a gyógyszerekkel szembeni hibás beállítódottság és az a tény, hogy az elhasznált altatók/nyugtatók felét napi gyakorisággal veszik be.

A felmérés által szolgáltatott eredmények hozzájárulhatnak ahhoz, hogy:

- reális képet kapjunk a serdülők és fiatalok egészségmagatartásáról;
 - hozzájárulhassunk a mentálhigiénés szemlélet kibontakozásához, hogy az egészségkultúra nálunk is az általános kultúra aktív részét képezhesse;
 - az egészségtudatnak az önmagunkról való tudás szerves részévé kell válnia, amely javíthatja viszonyulásunkat egészségi állapotunkhoz.
- A fenti információk birtokában:
- jobban fel tudjuk készíteni szociálpedagógus hallgatóinkat azokra a veszélyhelyzetekre, amelyeknek megelőzésében és kezelésében részük lesz;
 - megtudhatjuk, hogy milyen életviteli készségek kialakítására helyezük a hangsúlyt a megelőzés során;
 - be tudunk kapcsolódni a Kelet-Közép-Európai Addiktológiai Egyesület (Budapest) által létrehozott hálózatba.

SZAKIRODALOM

ALBERT-LŐRINCZ Enikő

1995 *A drogjelenség mint adaptációs probléma*. Kolozsvár, Kom-Press Kiadó

BUDA Béla

1995 *Szenvedélyeink*. Budapest, Sub Rosa Kiadó

CAMPBELL, Ross Dr.

1999 *Óvjuk őket. Gyermekeink kábítószerhasználóiban*. Budapest, Harmat Kiadó

KULCSÁR Zsuzsa

1998 *Egészségpszichológia*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó

LOSONCZI Ágnes

1989 *Ártó-védő társadalom*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Kiadó

MÉTNEKI János

1983 *Előadások az egészségnevelés kérdéseiről*. Budapest, EFK, 9.

RÁCZ József (szerk.)

1995 *Addiktológiai szöveggyűjtemény*. Budapest, HITE

1. MELLÉKLET

Egészségmagatartás kérdőív

Kérlek, hogy segítsd munkánkat, és válaszolj őszintén kérdéseinkre.

Életkor _____ Nem _____ Iskola _____

Lakhely _____

1. Kivel élsz egy háztartásban (állandóan jelen van)? Jelöld meg x-szel a személyeket.

Személy	Apa	Anya	Testvérek	Nagyszülők	Rokon

2. Hetente mennyi időt fordítasz a következőkre? (jelöld meg x-szel egy választ tevékenységként)

Tevékenység	Soha	Hetente 1x-2x	Hetente 3x-4x	Naponta 1 óránál kevesebbet	Naponta 1-2 órát	Naponta több mint 3 órát
olvasás						
sport						
tanulás						
tévézés						
munka						
barátok						
buli, diszko						

3. A következő dolgok közül válaszd ki azt az ötöt, amelyek legfontosabbak számodra. Rangsorold őket!

hatalom / egyenlőség / értelmes munka / boldog családi élet / anyagi jólét / egészség / szépség / szereteteli élet / barátság / kiállítás a meggyőződésed mellett / türelem / egyéni szabadság / megértés / siker / kényelmes élet / nyugalom / elfogadottság / megbecsülés.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____
5. _____

4. A következő dolgok közül válaszd ki azt az ötöt, amelyek a legveszélyesebbeknek tűnnek számodra. Rangsorold őket.

harag / betegség / álnokság / veszekedés / kudarc / veszteség /
kiközösítés / szegénység / szégyen / szeretetlenség / bizonytalanság /
drogozás / reménytelenség / sürgetettség / kiszolgáltatottság / verés /
megalázás / akadályoztatottság / elnémítás / nélkülözés.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

5. Van-e olyan ismerősöd, aki drogozik?

Kipróbálta: igen __ nem __ Rendszeresen használja: igen __ nem __

6. Mit gondolsz a jelenlegi egészségi állapotodról? Jelöld be x-szel a megfelelő választ.

Egészségi állapot	Nagyon jó	Jó	Közepes	Gyenge	Rossz

7. Milyennek érzed a családod érzelmi légkörét? Jelöld be x-szel maximum három választ.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> elhanyagoló | <input type="checkbox"/> rejtett konfliktusos |
| <input type="checkbox"/> feszült | <input type="checkbox"/> túl védő |
| <input type="checkbox"/> összetartó | <input type="checkbox"/> érzelmileg zsaroló |
| <input type="checkbox"/> változó | <input type="checkbox"/> túl követelő |
| <input type="checkbox"/> egymást segítő | <input type="checkbox"/> védő |
| <input type="checkbox"/> meleg | <input type="checkbox"/> brutális |
| <input type="checkbox"/> nyílt konfliktusos | <input type="checkbox"/> ellentmondásos |

8. Milyen gyakran érezted a következőket az elmúlt fél évben? Jelöld be x-szel a megfelelő választ.

Állapot	Naponta	Hetente többször	Hetente egyszer	Ritkán	Soha
Betegség					
Rossz közérzet					
Fejfájás					
Idegesség					
Álmatlanság					
Szédülés					
Kimerültség					
Szorongás, félelem					
Ingerlékenység					
Levertség, depresszió					
Más, mi?					

9. Mi a véleményed a következő kijelentésekről? Jelöld be x-szel a megfelelő választ.

	Értékelendő kijelentés	igen	nem
1.	A jó egészség csupán adottság / szerencse kérdése.		
2.	A jó egészség csupán adottság kérdése, de mi magunk is tehetünk valamit érte.		
3.	Az egészség részben adottság, részben életmód kérdése.		
4.	Az egészség részben életmód, részben szerencse kérdése.		
5.	Az egészség teljes egészében életmód kérdése.		

10. Te mit teszel egészséged megőrzése érdekében? Jelöld be x-szel a megfelelő válaszokat.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sportolok | <input type="checkbox"/> semmit |
| <input type="checkbox"/> ésszerűen táplálkozom | <input type="checkbox"/> kirándulok |
| <input type="checkbox"/> pihenek | <input type="checkbox"/> gyalogolok |
| <input type="checkbox"/> vitamint szedek | <input type="checkbox"/> nem iszom alkoholt |
| <input type="checkbox"/> szórakozom | <input type="checkbox"/> nem használok drogokat |
| <input type="checkbox"/> nem dohányzom | |

11. a.) Mennyire vagy megelégedett életed eddigi alakulásával? Jelöld be x-szel a megfelelő választ.

- ☐ nagyon jó érzés élni
- ☐ tökéletesen elégedett vagyok
- ☐ jól érzem magam
- ☐ szeretek élni
- ☐ nem nagyon vagyok elégedett az életemmel
- ☐ boldogtalan vagyok
- ☐ az élet értelmetlen

b.) Milyennek tartod jövődet? Jelöld be x-szel a megfelelő választ.

- ☐ sok jót ígér
- ☐ jóban reménykedem
- ☐ nem sok jót ígér
- ☐ teljesen reménytelen vagyok

c.) Mennyire vagy képes sorsodat befolyásolni? Jelöld be x-szel a megfelelő választ.

- ☐ teljes mértékben ura vagyok sorsomnak
- ☐ képes vagyok a sorsomat befolyásolni
- ☐ alig van befolyásom az engem érintő döntésekre
- ☐ teljesen kiszolgáltatott vagyok

d.) Milyennek ítéled anyagi létfeltételeidet? Jelöld be x-szel a megfelelő választ.

- ☐ alig jut a mindennapira
- ☐ nagy beosztással élek
- ☐ átlagosan elégedett vagyok
- ☐ gazdagnak tartom magam

12. Milyennek ítéled iskolai teljesítményedet? Jelöld be x-szel a megfelelő választ.

Eredmények	Nagyon jó	Jó	Közepes	Gyenge	Rossz

13. Az utóbbi fél évben milyen gyakran tetted a következőket?

a.)

Tevékenység	Soha	Ritkán	Havonta	Hetente	Naponta
Dohányzás					
Kábítószer-fogyasztás					
Alkoholfogyasztás					
Gyógyszerfogyasztás					
Szándékos rombolás					
Veszekedés					
Verekedés					
Lopás					
Lógás az iskolából					

b.)

Az általad kipróbált kábítószer típusa	Soha	Ritkán	Havonta	Hetente	Naponta

c.)

Az általad fogyasztott alkohol típusa	Soha	Ritkán	Havonta	Hetente	Naponta

d.)

Az általad fogyasztott gyógyszer típusa	Soha	Ritkán	Havonta	Hetente	Naponta

e.)

Környezeted alkoholfogyasztása	Soha	Ritkán	Havonta	Hetente	Naponta
Apa					
Anya					
Testvér					
Testvér					
Testvér					
Barát					

f.)

Környezeted dohányzási szokásai	Soha	Ritkán	Havonta	Hetente	Naponta
Apa					
Anya					
Testvér					
Testvér					
Testvér					
Barát/barátnő					

g.)

Hány éves voltál, amikor először	dohányoztál	alkoholt fogyasztottál	kipróbáltál valamilyen drogot
 éves éves éves

h.)

Van-e a családban? (apa, anya, testvér)	Krónikus beteg	Büntetett előéletű
	Igen __ Nem __	Igen __ Nem __

14. Láttál-e már drog dealert (árust)?

Igen ____ Nem ____

15. Mennyire érzed magadra jellemzőnek a következőket? Jelöld be x-szel a megfelelő választ.

Értékelendő kijelentés	Nagyon	Közepesen	Egyáltalán nem
Boldog			
Hasznos			
Befolyásos			
Elfogadott			
Szeretett			
Sikeres			
Magabiztos			

16. Ha bajban volnál, mennyire számíthatnál környezeted segítségére? (jelöld be az 1–7-ig terjedő skálán, ahol a 7-es a legtöbb segítséget jelenti)

1 2 3 4 5 6 7

17. Kitől és milyen típusú segítséget kaphatnál?

18. Talán ismered azt a mesét, hogy az öreg halász fogott egy aranyhalat. A hal megígérte, hogy teljesíti a halász három kívánságát.

a./ Neked mi lenne a három legfőbb kívánságod?

b./ Mi az a három dolog, amitől jelenleg a legjobban félsz?

19. Milyen mértékben jellemzőek rád a következő kijelentések:

a.) 1=egyáltalán nem igaz; 2=egy kicsit igaz; 3=majdnem igaz;
4=teljesen igaz.

Kijelentések	1.	2.	3.	4.
Csak ritkán kiabálok				
Csalódásaimat soha nem mutatom ki				
Ritkán vitatkozom				
Mindent megteszek a békéért				
Aggodalmaimat senkivel sem osztom meg				
Gyakran vannak dühkitöréseim				
Sohasem haragszom				
Mindig kimondom, ha megbántanak				

b.) 1=egyáltalán nem igaz; 2=egy kicsit igaz; 3=majdnem igaz;
4=teljesen igaz.

Kijelentések	1.	2.	3.	4.
1. Nem igazán érdekel, ami körülöttem történik.				
2. Az életben gyakran csalódom.				
3. Az életben sok érdekes dolog van.				
4. Ez idáig nem voltak tisztázott céljaim az életben.				
5. Úgy érzem, hogy az emberek nem értenek meg engem.				
6. Amikor problémáim vannak, nehezen találok rájuk megoldást.				
7. Sok olyan dolog van az életemben, ami fontos számomra.				
8. Mindig találok magyarázatot arra, ami velem történik.				
9. Hiszem, hogy mindig lesznek körülöttem megbízható személyek, akikre számíthatok.				
10. Úgy értelmezem a világot, ahogy sokan mások körülöttem.				

c.) 1=egyáltalán nem igaz; 2=egy kicsit igaz; 3=majdnem igaz;
4=teljesen igaz.

Kijelentések	1.	2.	3.	4.
1. Az élet legnagyobb részét olyan dolgokkal töltjük, amelyek nem érik meg az áldozatot.				
2. Bármennyit is kínlódom, erőfeszítéseim nem vezetnek sehova.				
3. Az élet legtöbb dolga azért történik, mert annak így kell lennie.				
4. Általában várom, hogy megkezdjem napi munkámat.				
5. Szeretem, amikor a dolgok bizonytalanok vagy előreláthatatlanok.				
6. Örömet okoz, ha magam dönthetek.				

d.) 1=egyáltalán nem igaz; 2=egy kicsit igaz; 3=majdnem igaz;
4=teljesen igaz.

Kijelentések	1.	2.	3.	4.
1. Bizonytalan perceimben azt várom, hogy valami rossz történjen.				
2. Jobb nem gondolni a holnapra.				
3. Nem nagyon tartom számon a jó dolgokat amelyek velem történnek.				

e.) 1=egyáltalán nem igaz; 2=egy kicsit igaz; 3=majdnem igaz;
4=teljesen igaz.

Kijelentések	1.	2.	3.	4.
1. Érzem, hogy legalább annyira értékes vagyok, mint a többiek.				
2. Képes vagyok arra, hogy a dolgokat olyan jól megcsináljam, mint bárki más.				
3. Néha arra gondolok, hogy nem vagyok semmire sem jó.				
4. Érzem, hogy nincs túlságosan sok okom arra, hogy büszke legyek önmagamra.				
5. Általában elégedett vagyok önmagammal.				

f.) 1=soha; 2=néha; 3=gyakran; 4=mindig.

Kijelentések	1.	2.	3.	4.
1. Ha valaki ellenáll, akkor is sikerül véghezvinnem, amit én akarok.				
2. Bízom abban, hogy hatékony tudok lenni kiszámíthatatlan helyzetekben.				
3. Képességeimnek köszönhetően tudom azt, hogyan kell a váratlan helyzetekben viselkedni.				
4. A legtöbb problémámat meg tudom oldani, ha elegendő erőfeszítést teszek.				
5. Nyugodt maradok, amikor nehézségekkel szembesülök, mert bízhatom a képességeimben.				

g.) Ha kiderül, hogy nehézségeid vannak, bajban vagy – mit teszel?

1=soha; 2=néha; 3=gyakran; 4=mindig.

Kijelentések	1.	2.	3.	4.
1. Kiegészítő, plusz tevékenységbe kezdek, hogy eltereljem a figyelmemet.				
2. Megpróbálok egy célvonalat, stratégiát kigondolni arra amit tennem kell.				
3. Minden más tevékenységet félreteszek azért, hogy a problémát megoldjam.				
4. Megkérdezek olyan embereket, akik hasonló tapasztalatokat éltek át, arról hogy mit tettek abban a helyzetben.				
5. Elmondom valakinek azt, amit érzek, és segítséget kérek.				
6. Valami jót keresek abban, ami velem történik.				
7. Megtanulok együtt élni a problémával.				
8. Isten segítségét kérem.				
9. Rosszul érzem magam, és kimutatom érzelmeimet.				
10. El tudom fogadni, hogy a dolog megtörtént, és hogy már nem tehetek semmit.				
11. Azt mondom magamnak, hogy valójában meg sem történt.				
12. Lemondok arról, hogy a cél érdekében harcoljak.				
13. Tanulok abból, ami velem történik.				
14. Úgy viselkedem, mintha semmi sem történt volna.				
15. Gyógyszert veszek, vagy alkoholt fogyasztok.				
16. Többet alszom, mint általában szoktam.				

20. Karikázd be azt választ, amelyik szerinted igaz. Minden sorból csak egyet válassz!

1.	(a)	Az életben a legtöbb boldogtalan esemény oka a szerencsétlenség.
	(b)	Az emberek csalódásai saját, önkezûleg elkövetett hibáikból adódnak.
2.	(a)	Az életben bárki elnyerheti a neki kijáró tiszteletet és elismerést.
	(b)	Sajnos, gyakran az ember értéke ismeretlen marad erőfeszítéseitől függetlenül.
3.	(a)	Nemegyszer rájöttem, hogy ami meg kellett történni, megtörtént.
	(b)	Amikor problémáimat a maguk sorsára hagytam, akkor nem oldódtak meg annyira jól, mint amikor tudatosan eldöntöttem, hogy ez érdekében valamit tenni fogok.
4.	(a)	Amikor terveket készítek, biztos vagyok abban, hogy kivitelezem őket.
	(b)	Nem bölcs dolog hosszú távú tervekre gondolni.
5.	(a)	A világ problémái igen aggasztóak, az emberek legtöbbje áldozata olyan erőnek, amelyet meg sem ért és nem is kontrollálhat.
	(b)	Ha az emberek aktívan részt vesznek a társadalmi és politikai problémák megoldásában, akkor képesek befolyásolni a világ problémáit.
6.	(a)	Az emberek azért magányosak, mert nem próbálnak kedvesek lenni.
	(b)	Nem szükséges többlet-erőfeszítés azért, hogy kedveljenek az emberek, mert ha kedvelnek, akkor egyszerűen kedvelnek.
7.	(a)	Tőlem függ az, ami az életemmel történik.
	(b)	Érzem, hogy nem megfelelő mértékben uralkodom életem vezetése felett.
8.	(a)	Leggyakrabban nem értem, hogy a politikusok miért viselkednek úgy, ahogyan viselkednek.
	(b)	Életük folyamán az emberek felelősek a hazai és a helyi kormányzat rossz vezetéséért.

21. Gondolj arra, hogy az elmúlt hónapban hogyan érzed magad az iskolában, és értékeld egyhetes skálán a következő kijelentéseket:

1=soha; 2=egyszer vagy nagy ritkán; 3=ritkán; 4=időnként;

5=gyakran; 6=rendszerint; 7=mindig

Sor-szám	Kijelentés	Értékelés 1,2,3,4,5,6,7
1.	Fáradtnak érzem magam.	
2.	Lehangoltnak, depressziósnak érzem magam.	
3.	Jó napjaim voltak.	
4.	Fizikailag kimerültnek érzem magam.	
5.	Érzelmileg kimerültnek érzem magam.	
6.	Boldognak érzem magam.	
7.	„Kifacsarnak” érzem magam, az egész testem fáj.	
8.	„Ezt nem bírom tovább” érzésem van.	
9.	Boldogtalannak érzem magam.	
10.	Betegsége fogékonynak érzem magam.	
11.	Lestrapáltnak érzem magam.	
12.	Értéktelennek érzem magam.	
13.	Bajban levőnek érzem magam.	
14.	Kiábrándultnak érzem magam.	
15.	Alvási problémáim vannak.	
16.	Reménytelennek érzem magam.	
17.	A társaim által elutasítottnak érzem magam.	
18.	Optimistának érzem magam.	
19.	Energikusnak érzem magam.	
20.	Szorongónak érzem magam.	

22. Mennyire érzed magad elfogadottnak környezeted által?

Személy	egyáltalán nem	kicsit	közepesen	általában igen	teljes mértékben
apa					
anya					
testvérek					
osztálytársak					
tanárok					
barátok					

2. DROGKULTÚRA

ERDÉLYI ÁLTALÁNOS ISKOLÁS ÉS KÖZÉPISKOLÁS FIATALOK DROGHASZNÁLATA, ALKOHOLFOGYASZTÁSA ÉS DOHÁNYZÁSA AZ EZREDFORDULÓN

1. Bevezetés

Romániában az elmúlt évtizedekben kevés tanulmány foglalkozott az iskolások életvitelével, különösképpen káros szenvedélyeikkel (Bucur–Popescu 1999; Vlaicu 2000). Ráadásul kimaradtunk az e témára irányuló nemzetközi programok, felmérések többségéből. Ezért kutatásunk elsődleges célja, hogy megbízható információkat nyújtson az erdélyi iskolások életmódjának, káros szenvedélyeinek egyes vetületeiről. Másrészt alkalmas arra, hogy a felmérés időnkénti megismétlésével kimutassa az iskolások szerhasználatra vonatkozó szokásainak alakulását.

Az első átfogó európai iskolavizsgálat 1995-ben készült, amelyben összesen 26 ország vett részt (Hibbel 1997). A nemzetközi összehasonlítható vizsgálat magyarországi csoportja (Elekes–Paksi 1996) lehetővé tette a bekövetkező változások mérését, és a kapott eredmények által teljesebbé váltak az addigi felmérések adatai (Aszmann 1995; Fábián–Kerülő 1996).

1999 márciusában Európa 30 országában azonos kérdőívvel és azonos módszertani útmutatásokkal valósult meg az ESPAD-program, amelynek célja összehasonlítható adatok gyűjtése Európa középiskolásainak dohányzásáról, alkohol- és egyéb drogfogyasztásáról, és az ezekkel kapcsolatos attitűdök alakulásáról. A program rendszeres ismétlése révén az ESPAD lehetőséget ad a bekövetkezett változások mérésére, az egyes országokban jelentkező trendek összehasonlítására (Ritter 2000).

Jelen tanulmány szerzői már eddig is végeztek regionális felmérést különböző korú iskolás gyermekek, valamint a felnőtt lakosság életviteli szokásairól (Ábrám 1995; Ábrám–Márton–Fábián 1999), különös tekintettel a drogok (dohány, alkohol, kábítószer) használatára. A kutatócsoport tagjai egészségnevelési tevékenységet folytatnak az általános iskolás és középiskolás diákok körében, és a felvilágosító foglalkozásokon alkal-

mazott felmérések tükrében vizsgálták már a fiatalok dohányzási és kábítószer-fogyasztási szokásait (Ábrám–Mészáros–Enyedi 2000).

Az alábbiakban az *Európai vizsgálat a középiskolások alkohol- és drogfogyasztásáról, valamint dohányzásáról '99* című, Magyarországon készült (Elekes–Paksi 2000) nemzetközi összehasonlító vizsgálatra támaszkodva saját kutatásaink legfontosabb eredményeit mutatjuk be. Eredményeinket elsősorban a fenti tanulmány magyarországi adataival hasonlítjuk össze. Ugyanakkor fontosnak tartjuk a felmérés kiterjesztését a román fiatalok körére is, valamint az adatok elemzését az eddigi hazai kutatások tükrében.

2. Módszer

A kutatásban a kérdőíves módszert alkalmaztuk, az adatgyűjtés önkéntesen és névtelenül történt. Az adatok felvétele az ESPAD-protokollnak megfelelően önkitöltős kérdőívvel, osztályos megkérdezéssel valósult meg. Az ötven pontból álló kérdőív személyes és családra vonatkozó adatokat, cigarettázással, alkohol- és kábítószer-fogyasztással, gyógyszer-használattal kapcsolatos kérdéseket tartalmazott. A kérdések nemcsak a kérdezettek drogfogyasztási szokásaira, hanem véleményeire, attitűdjeire is kitértek. Mivel a legtöbb kérdés az egyre nagyobb jelentőséggel bíró kábítószer-használatot érintette, ezért dolgozatunkban ezeket az adatokat valamivel részletesebben tárgyaljuk.

A mintaválasztás többlépcsős, rétegzett mintavételi eljárással történt: a minta nemekre, korosztályokra, iskolatípusra vonatkozóan oszlott meg az egyes rétegek között. A minta méretének kialakítása során figyelembe vettük, hogy az adatok megfelelő megbízhatóságúak legyenek. A felmérést négy megye (Bihar, Kolozs, Maros és Kovászna) magyar VIII–XII. osztályos tanulóinak körében végeztük, és összehasonlítás végett két kisvárosban (Margitta és Nyárádszereda) is elvégeztük a felmérést.

Objektív okok miatt az adatgyűjtés későn kezdődött, ezért lebonyolításával sietnünk kellett a tanév befejezéséig, és a kiosztott 1020 kérdőívből igen magas lett a vissza nem kapott kérdőívek aránya (20%). A visszakapottakból 16 (2%) felhasználhatatlannak bizonyult. Végül összesen $N=800$ kérdőívet dolgoztunk fel. Az adatok bevezetése és feldolgozása az SPSS-programban történt ($p<0,05$ tekinthető szignifikáns értéknek).

A vizsgált mintában 151 tanuló általános iskolás (VIII. osztályos), míg a többiek középiskolások. Az osztályonkénti eloszlás az alábbi volt:

VIII. osztály – 151 diák; IX. osztály – 154 diák; X. osztály – 170 diák; XI. osztály – 166 diák; XII. osztály – 159 diák. Mindannyian városlakók, és az alábbi településeken élnek: Nagyvárad – 149 tanuló (18,6 %); Kolozsvár – 204 tanuló (25,5%); Marosvásárhely – 193 tanuló (24,1%); Sepsiszentgyörgy – 104 tanuló (13,0%); Margitta – 92 tanuló (11,5%); Nyárádszereda – 58 tanuló (7,3%). A nemek eloszlása szerinti 421 személy lány (52,62%) és 379 személy fiú (47,38%).

Felmérésünk megbízhatóságát úgy követtük, hogy a kérdőív minden drogra vonatkozóan tartalmazta az életprevalenciára, majd később az első fogyasztásra vonatkozó kérdéseket. A két kérdésre adott válaszok közötti egyszerű konzisztenciaaránnyal (mindkét kérdés szerint fogyasztottak vagy nem fogyasztottak) mért megbízhatósági ráta, az összes megkérdezett vonatkozásában, a vizsgált drogok esetében a 95,72–99,79% közötti tartományban helyezkedik el. A dohányzás életprevalenciájára adott kérdéseket összehasonlítva, az inkonzisztenciamutató a legmagasabb volt (4,3%) az alkoholfogyasztásnál, a berűgással kapcsolatban mért arányhoz (3,5%), és a különböző kábítószer típusoknál inkonzisztens választ adók arányához (0,2–3,7%) viszonyítva. A drogok sorában a legnagyobb arányú ellentmondásos választ a nyugtatók (3,68%) esetében kaptuk.

Az adatok érvényességét vizsgálva kiszámítottuk, hogy a hiányzó és az érvénytelen válaszok aránya a dohányzással kapcsolatos kérdésekben 1,25%, az alkohollal kapcsolatos kérdésekben 0,37–4,62%, míg a kábítószerekkel kapcsolatos kérdésekben 0,37–6,0%. Az évi és a havi prevalenciára vonatkozó kérdések esetében a hiányzó adatok aránya rendszerint magasabb, mint az életprevalenciánál.

3. Eredmények

Az alábbiakban külön tárgyaljuk a fiatalok dohányzási, alkohol- és kábítószer-fogyasztási szokásait, ugyanakkor rámutatunk egyes, közöttük fennálló összefüggésekre. A legfontosabb adatokat mutatjuk be az egész mintára vonatkozóan, valamint olyan tényezők figyelembevételével, mint nem, település, életkor, egyes családi vonatkozások stb.

3.1. Dohányzás

A válaszadók 70,6%-a, legalább egyszer már dohányzott (N=558). A megkérdezettek 19,9%-a csak egyszer-kétszer használt cigarettát, ezzel

szemben 25,9% negyvenszer vagy többször. A kérdezést megelőző 30 nap alatt a dohányzás gyakoriságának értéke a teljes mintában 30,3%. Kétharmaduk naponta legalább egy szál cigarettát szív (N=158), míg közel egyharmaduk (9,6%) dohányosnak tekinthető, azaz napi legalább 6 szál cigarettát használ. Összesen tíz tanuló jelezte (0,8%), hogy az elmúlt hónapban napi 20 szál cigarettánál többet szív. A lányok között valamelyest kisebb a dohányzók aránya (68,9%), míg a fiúknál 72,9% már legalább egyszer rágyújtott. A dohányzás mértékét figyelembe véve még nagyobbak a különbségek a nemek között: míg a fiúk 25,6%-a naponta legalább egy szál cigarettát elszívott, addig a lányoknál ez az érték 15,9% ($p < 0,05$).

Külön elemezzük a dohányzás legfontosabb mutatóit települések, illetve életkor szerint. A legnagyobb gyakoriságot a kisebb városokban

1. táblázat. A dohányzás legfontosabb mutatói nemek szerint (%)

Gyakoriság	Fiú	Lány	Összesen
Életgyakoriság	72,9	68,9	70,6
Havi gyakoriság	37,5	24,9	30,3
Napi 1 cigarettánál kevesebb	11,6	8,8	10,0
Napi 1–20 cigaretta	24,1	15,7	19,2
Naponta több mint 20 szál	1,5	0,2	0,8

2. táblázat. A dohányzás legfontosabb mutatói települések szerint (%)

A dohányzás mutatói	Kolozsvár	Nagyvárad	Marosvásárhely	Sepsiszentgyörgy	Margitta	Nyárádszereda
Életgyakoriság	68,2	62,0	67,9	82,3	80,2	67,9
Havi gyakoriság	27,7	27,6	30,2	45,1	28,6	22,7
Napi 1 cigarettánál kevesebb	13,2	8,5	9,4	9,8	8,8	7,3
Napi 1–20 cigaretta	14,3	16,9	19,9	34,6	19,8	13,6
Naponta több mint 20 szál	0,2	2,2	0,9	0,7	–	1,8

3. táblázat. A dohányzás főbb mutatóinak életkor szerinti megoszlása (%)

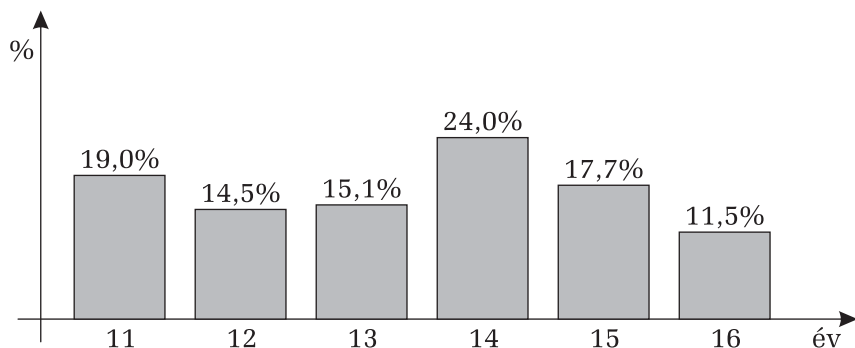
Mutató/születési év	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
Dohányzott már az életében	59,2	72,0	72,0	75,3	78,4
Dohányzott az előző hónapban	18,7	25,6	33,0	39,2	43,1
Napi rendszerességgel dohányzik	6,7	17,4	24,2	26,8	35,3

kaptuk (Sepsiszentgyörgy, Margitta). Amíg az általános iskolásoknak csupán 6,7%-a dohányzik napi rendszerességgel, addig ez az érték 35,3% a középiskolások esetében (XII. osztályos tanulók) ($p < 0,001$).

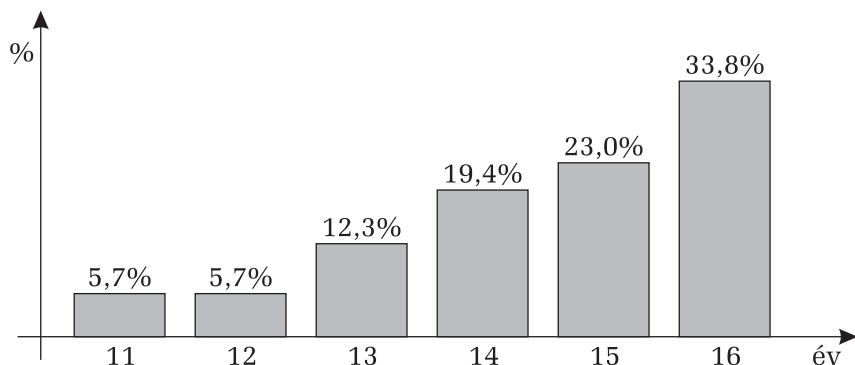
Ami a dohányzás kipróbálásának a kezdetét illeti, a legtöbbben 14 évesen szívtak először cigarettát (a dohányzók 24%-a), ezt követően viszont legmagasabb a 11 évesen vagy fiatalabb korban kipróbálók aránya (19%).

A rendszeresen cigarettázók esetében szignifikancia állapítható meg ($p < 0,001$) a kipróbálás időpontja és a rendszeres dohányzás közt. A naponta cigarettázók jelentős többsége 15-16 évesen vagy ennél idősebb korban szokott rá a rendszeres nikotinfogyasztásra (56,8%).

A dohányzás esetén a kipróbálás időpontja és a későbbi rászakás között szoros összefüggéseket állapítottunk meg. A legveszélyeztetettebb a 11–14



1. ábra. A kipróbálás időpontja ($N=558$)



2. ábra. A rendszeres cigarettázás elkezdése ($N=158$)

éves korosztály: itt a legnagyobb a kipróbálás aránya, és az ekkor kipróbálók később sokkal nagyobb valószínűséggel válnak aktív dohányosokká.

A megkérdezettek abszolút többségének a véleménye szerint az alkalmi cigarettázás csak kicsit vagy közepesen veszélyezteti a fogyasztó fizikai állapotát (37,5%, illetve 34%). A napi egy vagy több doboz cigaretta kifejezett egészségkárosító hatását a minta 82,5% tudatosítja, ami ötszöröse az azt vallók arányánál, miszerint az alkalmi dohányzás valóban egészségkárosító. Még így is mindegyik ötödik diák nincs tisztában az erőteljes dohányzás egyöntetű egészségromboló, betegségek sorozatát előidéző hatásával.

A kérdőíves felmérésben résztvevők a cigarettát tartják a legkönnyebben beszerezhető drognak, 85,5%-uk szerint nagyon könnyen hozzá lehet jutni. Véleményüket igazolja az is, hogy szűkebb vagy tágabb családjukban 83,7%-os a cigaretta legalább alkalmankénti fogyasztása, és mindössze 16,3%-uk jelzi, hogy nincs fogyasztó a tágabb családi környezetükben sem. Az alkalmi cigarettázást erősen helytelenítők aránya csupán 11,8%, ez az érték 40,1%-ra ugrik a napi 10 vagy több szál cigaretta elszívása esetén. Bár a rendszeres dohányzás egészségkárosító hatása közismert a tanulók körében, még így is elég sokan (13,8%) egyáltalán nem helytelenítik a rendszeres nikotinfogyasztást. Ez az érték magasabb, mint a valóban legalább napi 10 szál cigarettát szívó tanulók aránya.

A család szerkezete alapján a dohányzás legritkábban a mindkét édesszülővel együtt élők között fordul elő, leggyakrabban pedig azok között, akiket nem nevelnek édesszülők ($p < 0,10$). A dohányzás gyakorisága alapján nem különböznek jelentősen azok a fiatalok, akiket egy édesszülő vagy akiket egy édesszülő és egy nevelőszülő nevel.

4. táblázat. *A dohányzás főbb mutatói az apa iskolai végzettsége szerint (%)*

Iskolai végzettség	<8 Általános	8 Általános	Szak- iskola	Érettségi	Főiskola, egyetem	Nem tudja, nincs apja	Összesen
Életgyakoriság	67,7	74,0	70,8	65,2	75,9	72,2	70,6
Havi gyakoriság	32,3	38,0	29,1	26,7	31,8	40,0	30,3
Ritkábban mint naponta	6,5	14,0	8,5	8,6	11,8	17,2	10,0
Napi 1-20 cigaretta	22,6	20,0	20,2	18,1	19	17,2	19,2
Napi > 20 cigaretta	3,2	4,0	0,0	0,0	0,5	5,7	0,8

Az apa iskolai végzettsége, és a dohányzás gyakorisága nem mutat egyértelmű összefüggést. A havi gyakorisáértékek és a napi rendszerességgel dohányzók aránya általában a magasabb iskolai végzettségű, érettségizett vagy diplomás apák gyermekeinél a legalacsonyabb. Így például, a nyolc általános végzettséggel rendelkező apák gyermekei között 4,5%-kal magasabb a napi rendszerességgel dohányzók aránya, mint a felsőfokú végzettségű apák gyermekei között.

Az anyák iskolai végzettsége alapján szintén nem egyértelmű a kapcsolat. A család anyagi helyzetére vonatkozó mutató a szülők iskolai végzettségéhez hasonló tendenciákat mutat. A havi gyakorisáértékek a családjukat átlagos helyzetűnek értékelők körében a legalacsonyabbak, legnagyobb arányban pedig a saját családjukat a legrosszabb körülmények között élőknek tekintők dohányoznak.

A szűkebb vagy tágabb családban előforduló dohányzás hatással van a megkérdezettek nikotinfüggő szokásaira is. Az élet- és a havi gyakoriság, valamint a napi rendszerességgel dohányzók aránya magasabb a cigarettázó családokban élő fiatalok között. A dohányzásnál lényegesebb szerepet játszik a családban előforduló kábítószer-fogyasztás és egyéb családi problémák is ($p < 0,01$).

5. táblázat. *A dohányzás havi gyakoriság-értéke a családban előforduló problémák szerint (%)*

Viselkedési forma	Havi gyakoriság %
Dohányzás (N= 660)	32,9
Rendszeres alkoholfogyasztás (N= 327)	33,6
Börtön (N= 100)	38,6
Kábítószer-használat (N= 40)	50,0
Sok nyugtató vagy altató szedése (N= 139)	38,7
Öngyilkosság (N= 89)	33,6
Öngyilkossági kísérlet (N= 111)	37,3
Pszichológusi kezelés (N= 112)	39,2
Teljes minta (N= 800)	30,3

3.2. Alkoholfogyasztás

A megkérdezett tanulók 6,4%-a nem ivott még soha alkoholos italt (N=51), 41,1%-a absztinens volt a kérdezést megelőző hónapban. A fiúk és lányok közötti különbség nem jelentős az évi gyakoriság esetén

(94,6%, illetve 92,5%), a lányok havigyakoriság-értéke viszont lényegesen alacsonyabb (80,9%), mint a fiúké (87,7%). Minden ötödik diák életében, legalább negyvenszer fogyasztott alkoholt. A megelőző hónapban a hat vagy több alkalommal alkoholt fogyasztók aránya 11,5%. Ebben a csoportban még jelentősebb a különbség a fiúk és a lányok között, a fiúk körében háromszor akkora a hat vagy több alkalommal alkoholt fogyasztók aránya, mint a lányok között (19,3% és 6,3%, $p < 0,01$). A megkérdezettek 4,9%-a ivott tíz vagy több alkalommal alkoholt a megelőző hónapban. Az ilyen gyakorisággal alkoholt fogyasztók többsége fiú.

6. táblázat. *Az egyes italfajták fogyasztásának jellemző adatai a megelőző hónapban nemként (%)*

Az alkoholfogyasztás gyakorisága	Fiú	Lány	Összesen
Ivott sört	70,8	53,1	60,4
Hat vagy több alkalommal ivott sört	26,2	4,4	13,5
Ivott bort	52,5	43,9	47,5
Hat vagy több alkalommal ivott bort	11,3	2,9	6,5
Ivott töményt	38,5	26,8	31,7
Hat vagy több alkalommal ivott töményt	6,5	1,6	3,6

7. táblázat. *Az alkoholfogyasztás főbb mutatói helységenként (%)*

Alkoholfogyasztás	Kolozsvár	Nagyvárad	Marosvásárhely	Sepsiszentgyörgy	Margitta	Nyárádszereda
Életgyakoriság	92,9	91,8	96,2	95,1	93,3	90,0
Előző évi gyakoriság	85,6	83,8	79,8	83,4	84,3	83,3
Előző havi gyakoriság	59,4	53,5	64,4	54,9	55,7	62,0
Előző hónapban legalább hatszor ivott	16,3	12,8	9,6	10,4	4,5	12,0

8. táblázat. *Az alkoholfogyasztás főbb mutatói életkor szerint (%)*

Alkoholfogyasztás	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
Életgyakoriság	89,6	95,6	93,2	94,1	93,7
Előző évi gyakoriság	77,8	84,8	87,7	82,7	80,9
Előző havi gyakoriság	46,3	57,5	63,2	62,0	53,1
Előző hónapban legalább hatszor ivott	10,9	9,2	15,0	12,0	12,2

A sörivás életprevalenciája 86,6%, a borivásé 85,2%, míg viszonylag kevesen (48,4%) fogyasztottak legalább egyszer, legalább egy pohár égetett szeszt. A kérdezést megelőző hónap alkoholfogyasztásában legnagyobb arányban a sör fogyasztása fordul elő az általános- és középiskolások körében (60,4%), majd ezt követi a bor (47,5%) és a tömény szesz fogyasztása (31,7%). Ez a sorrend nemcsak az élet- és havigyakoriság-értékeknél áll fenn, hanem igaz a hat vagy több alkalommal történt fogyasztásra is: sör (13,5%), bor (6,5%), tömény ital (3,6%). Megfigyelhető, hogy a rendszeres fogyasztás esetében még nagyobbak a különbségek az egyes italfélék tekintetében: a sörfogyasztás kétszeres a bor és közel négyszeres a tömény italok fogyasztásához mérten. Szignifikáns különbséget találunk a nemek között ($p < 0,001$).

A 7. táblázatban az egyes italfajták fogyasztásának jellemző adatait (havi gyakoriság, gyakori fogyasztás) elemezzük a települések és a korosztályok függvényében. Magasabb értékeket kaptunk a nagyvárosokban, és a gyakoriságértékek tekintetében nagyobb különbségek voltak a végzős általános iskolás és a középiskolát kezdő osztályok között.

Nagyivásnak tekintettük az 5 vagy több ital egy alkalommal, egymás után történő fogyasztását. Egy itálnak másfél deci bort vagy fél liter sört vagy fél deci égetett szeszt, illetve egy koktélt tartottunk. A válaszadók 18,6%-a azt jelezte, hogy az elmúlt 30 napban előfordult vele, hogy egymás után 5 vagy több italt ivott meg. Az egyszerre sokat ivók felénél ez csak egyszer fordult elő (a minta 9%-a), de elég jelentős azok száma is, akiknél legalább hat alkalommal (2,2%), tehát heti rendszerességgel. A nagyivás előfordulása 3-5 alkalommal, az előző hónapban 3%-os.

Figyelemre méltó, hogy a nagyivás és a lerészegedés havi gyakorisága meglehetősen hasonló értékeket mutatnak (18,6%, illetve 15,8%), amely valószínűsíti, hogy az öt ital egymás után történő elfogyasztása többnyire lerészegedéshez vezet a fiatalok körében. Ettől valamelyest eltérő eredményt mutat az *Általában mennyi italra van szükséged ahhoz, hogy lerészegedjél?* kérdésre kapott válaszok megoszlása, ugyanis a válaszadók nagyobb aránya, közel negyede szerint legalább 5 italra van szükség a berúgáshoz. A továbbiakban a lerészegedést és a nagyivást helységenként, illetve életkor szerint mutatjuk be.

Az alkohol első megízlelésének életkorát vizsgálva megállapítható, hogy a sör- és borfogyasztás esetében az egész mintára vonatkoztatva a többség, a válaszadók szinte egynegyede (24,1%), már 11 évesen vagy fiatalabb korban elfogyasztott legalább egy pohár sört, illetve bort. Bár az ilyen fiatal korosztály elég jelentős aránya (a megkérdezettek 4,1%-a, il-

9. táblázat. *A lerészegedés és a nagyivás helységenkénti megoszlása (%)*

Lerészegedés és a nagyivás	Kolozsvár	Nagyvárad	Marosvásárhely	Sepsiszentgyörgy	Margitta	Nyárádszereda
Volt már részeg az életében	48,0	51,1	55,2	59,1	52,7	38,9
Volt már részeg az előző évben	29,9	36,6	35,9	40,0	29,5	26,0
Volt már részeg az előző hónapban	17,9	16,2	11,7	16,6	10,2	19,2
Nagyivás előfordulása az előző hónapban	16,7	20,8	13,7	13,5	14,1	16,4
Nagyivás előfordulása az előző hónapban 3 vagy több alkalommal	6,4	6,8	1,9	8,1	–	1,8

10. táblázat. *A lerészegedés és a nagyivás életkor szerinti megoszlása (%)*

Lerészegedés és a nagyivás	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
Lerészegedés életprevalenciája	39,7	48,6	60,2	55,6	51,0
Lerészegedés évi prevalenciája	24,5	28,2	41,8	38,4	35,3
Lerészegedés havi prevalenciája	9,5	14,2	19,5	17,3	15,7
Nagyivás előfordulása az előző hónapban	10,0	13,9	11,7	26,0	17,6
Nagyivás előfordulása az előző hónapban 3 vagy több alkalommal	2,7	4,3	6,1	7,1	5,9

letve a tömény italt megköstölők 8,2%-a) már túl van az első pohár erős ital elfogyasztásán, a legtöbben csak 14 éves koruk felett, azaz középiskolás korukban próbálták ki az égetett szeszt (36,6%, illetve 73,2%).

Az első lerészegedés életkorára vonatkozó adatok szerint azoknak, akik már legalább egyszer voltak részegek az életükben, legnagyobb részük 14-16 éves vagy idősebb korában részegedik le először (73,8%). De még így is elég nagy az aránya azoknak, akik 11 évesen vagy fiatalabb korukban már berúgtak (8,4%). Valószínű tehát, hogy a tanulók meglehetősen nagy hányada a középiskola megkezdése után részegedik le először.

A válaszolók nagy része úgy véli, hogy a különböző alkoholfajták többsége könnyen vagy nagyon könnyen beszerezhető. Ez az érték 94,1% a sör és 91,6% a bor beszerezhetősége esetén, míg a tömény italok beszerzési lehetőségeit valamivel nehezebbnek tartják (75,6%). A beszerzést le-

11. táblázat. Az utolsó alkoholfogyasztás helyének megoszlása a megkérdezettek körében (%) N=749

Alkoholfogyasztás helye	Gyakoriság %
Otthon	35,3
Diszkóban	15,1
Kocsmában, bárban, sörözőben	13,2
Valaki másnak a lakásán	12,8
Utcán, parkban, más közterületen	3,8
Étteremben	2,8
Más helyen	16,9

12. táblázat. Az alkoholfogyasztás különböző következményeinek megtörténését valószínűnek vagy nagyon valószínűnek tartók aránya (%)

„Pozitív” következmények	Gyakoriság %
Ellazulnék, feloldódnék	44,9
Nagyon jól szórakoznék	42,9
Barátságosabbnak és szókimondóbbnak érezném magam	42,3
Boldognak érezném magam	31,3
Elfelejténém a problémákat	29,1
„Negatív” következmények	Gyakoriság %
Ártanék vele az egészségemnek	56,1
Másnapos lennék	36,9
Betegnek érezném magam	29,4
Olyat tennék, amit később megbánnék	28,9
Problémám lenne a rendőrséggel	12,2
Nem tudnám abbahagyni az ivást	9,0

hetetlennek vagy nagyon nehéznek ítéltők aránya e szereknél többnyire 2-3 százalék körüli értéket ér el. Véleményüket igazolja az is, hogy szűkebb vagy tágabb családjukban 48,5%-os a rendszeres alkoholfogyasztás.

Évente néhány alkalommal egy-két ital elfogyasztását a válaszolók 15,7%-a helyteleníti valamilyen mértékben. A hetente több alkalommal egy-két ital elfogyasztását helytelenítők aránya 59,3%, a heti egy alkalommal való berúgást pedig 80,4% helyteleníti vagy erősen helyteleníti. Az alkalmankénti alkoholfogyasztás megítélésében (akárcsak a dohányzás esetén) a lányok szignifikánsan engedékenyebbek ($p < 0,05$), a rendszeres ivásnál viszont a nemek szerinti eltérés fordított irányú.

A megkérdezett diákok több mint egyharmadának az a véleménye, hogy nagyon veszélyeztetik magukat azok, akik majdnem minden nap

elfogyasztanak egy-két italt (35%). Ez az érték több mint kétszerese, a napi, négy-öt ital elfogyasztásáról kialakított véleménynek (76,6%). Az iskolások ennél kevésbé tartják veszélyesnek az öt vagy több ital elfogyasztását minden hétvégén (54,1%).

A leggyakrabban otthon és diszkóban isznak a fiatalok. Igen magas az aránya a más helyen alkoholt fogyasztóké, és elég sokan a kocsmát, bárt, sörözőt vagy éppen valaki másnak a lakását választják a fogyasztás helyszínéül.

Ami az alkoholfogyasztás különböző következményeinek a megítélését illeti, megállapítható, hogy bár az általános és középiskolás diákok nagyobb arányban jelölik meg az alkoholfogyasztás pozitív következményeit, a legtöbben az egészségre ártalmas hatásáról számolnak be.

13. táblázat. Az alkoholfogyasztás (I) és a lerészegedés (II) főbb mutatói az apa iskolai végzettsége szerint (%).

Gyakoriság	<8 általános	8 általános	Szak- iskola	Érettségi	Főiskola, egyetem	Nem tudja, nincs apja	Összesen
Életgyakoriság I	93,3	82,6	94,1	94,9	95,8	80,6	93,4
Éves gyakoriság I	83,9	82,6	78,8	88,5	86,6	74,3	83,7
Havi gyakoriság I	56,2	51,1	54,8	59,4	63,4	42,9	57,5
Életgyakoriság II	51,6	42,9	54,7	47,1	55,4	51,4	51,8
Éves gyakoriság II	31,2	32,2	37,5	27,1	37,9	33,3	33,9
Havi gyakoriság II	19,4	17,4	15,5	15,5	15,7	13,9	15,8

14. táblázat. A családban előforduló problémás viselkedési formák és az alkoholfogyasztás (%)

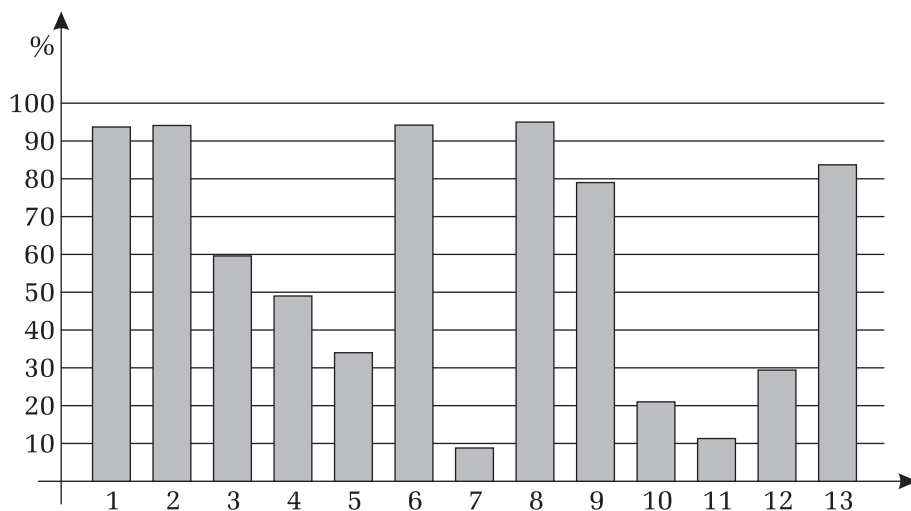
Viselkedési forma	Alkoholfogyasztás havi prevalenciája	Berúgás havi prevalenciája
Dohányzás (N=660)	59,0	15,6
Rendszeres alkoholfogyasztás (N=327)	61,1	18,1
Börtön (N=100)	65,5	11,1
Kábítószer-használat (N=40)	60,0	23,1
Sok nyugtató vagy altató szedése (N=139)	66,9	24,3
Öngyilkosság (N=89)	57,7	18,4
Öngyilkossági kísérlet (N=111)	60,2	25,2
Pszichológusi kezelés (N=112)	59,2	10,5
Teljes minta (N=800)	57,5	15,8

Megfigyelhető, hogy az alkoholos italokat rendszeresebben és nagyobb mennyiségben fogyasztók körében több az olyan barát, aki szintén alkoholt fogyaszt, illetve akár időnként lerészegedik ($p < 0,05$). Akiknek idősebb testvére van, azoknál kapcsolat áll fenn mindkettejük alkoholfogyasztási szokásai között. Megállapítható továbbá, hogy a lerészegedés előfordulása a leggyakoribb az alacsony iskolai végzettségű apák esetében (19,4%). Ugyanakkor az alkoholfogyasztás gyakorisága az átlagnál magasabb az érettségizett és a diplomás apák gyermekeinél.

A családban, szűkebb vagy tágabb környezetben előforduló rendszeres alkoholfogyasztás hatással van a megkérdezettek ivási szokásaira, de a problémás viselkedési formák sorában a leglényegesebb szerepet a nagy mennyiségű nyugtató vagy altató szedése, a kábítószer-fogyasztás, valamint az öngyilkosság és kísérlete játsszák ($p < 0,10$).

3.3. Kábítószer-fogyasztás

A négy legismertebb szer az erdélyi 14–18 éves magyar tanulók körében a nyugtatók, a marihuána, a kokain és a heroin. Ezek a szerek 94-

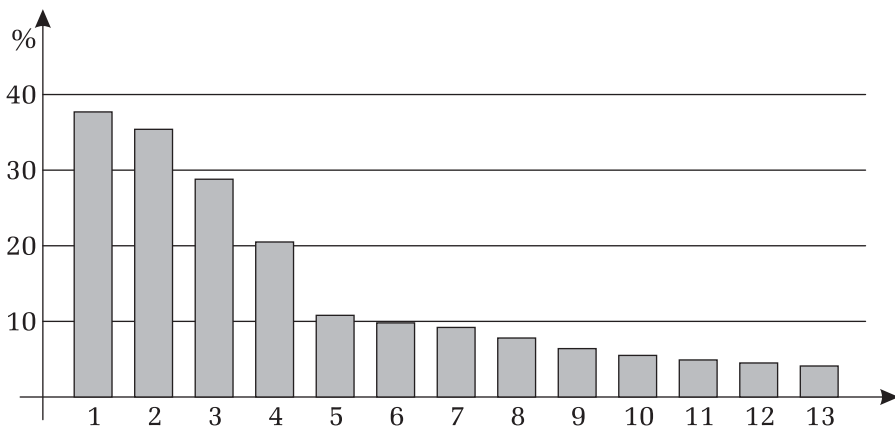


3. ábra. Az egyes kábítószerek ismerete (1 – nyugtatók; 2 – marihuána; 3 – LSD; 4 – amfetaminok; 5 – crack; 6 – kokain; 7 – relevin; 8 – heroin; 9 – ecstasy; 10 – metadon; 11 – mágikus gomba; 12 – más opiátok; 13 – altatók)

95%-os ismertségi rátával rendelkeznek. A következő csoportba az extasy és az altatók sorolhatók, 80% körüli ismertséggel. A többség által ismert szerek közé tartoznak még az LSD és az amfetaminok, amelyekről a válaszolók 50-60%-a hallott. A legkevésbé ismert drog a mágikus gomba (11,3%) és a relevin (8,8%).

Amíg a cigarettához és a különböző alkoholfajtákhoz való hozzáférést a megkérdezettek döntő többsége inkább könnyűnek vagy nagyon könnyűnek ítélte, addig az egyéb drogok beszerezhetősége a diákok megítélése szerint jelentősen körülményes. Ezen belül a legálisan hozzáférhető egyéb drogot ítélik leginkább hozzáférhetőnek, és a diákok több mint harmada véli „inkább könnyűnek” vagy „nagyon könnyűnek” a nyugtatók és altatók beszerezhetőségét, egyötödük pedig az inhalánsokét. A többi drog esetében, a beszerzést „nehéznek”, „inkább nehéznek” vagy egyenesen „lehetetlennek” tartók aránya kerül túlsúlyba. Legkönnyebben beszerezhetőnek a marihuána, és az extasy tűnik (12,2%, illetve 10,8%). A fiúk és a lányok válaszai között általában szignifikáns különbséget találunk ($p < 0,001$). A szerek többsége esetében a fiúk könnyebbnek gondolják a hozzáférést.

A kábítószeres fogyasztását helytelenítők vagy erősen helytelenítők aránya jóval magasabb, mint a dohányzás és az alkoholfogyasztás meg-



4. ábra. Az egyes szerekhez való hozzáférést könnyűnek ítéelők aránya (%) (1 – altatók; 2 – nyugtatók; 3 – marihuána, hasis; 4 – inhalánsok; 5 – extasy; 6 – amfetaminok; 7 – szteroidok; 8 – LSD; 9 – más opiátok; 10 – kokain; 11 – heroin; 12 – crack; 13 – mágikus gomba)

ítélésénél ($p < 0,001$). Minden esetben 10%-nál alacsonyabb a kábítószer egyszeri-kétszeri kipróbálását nem helytelenítők aránya. Ezen belül a kevésbé helytelenített magatartások a nyugtatók, a marihuána és az extasy kipróbálása, a skála másik végén pedig a heroinnal és a kokainnal való próbálkozás található. A marihuána, valamint az előzőekben bemutatott cigaretta és alkohol különböző gyakoriságú fogyasztásának megítélése alapján úgy tűnik, hogy a válaszolók különbséget tesznek a rendszeres alkalmi kipróbálás és a fogyasztói magatartás megítélése között, bár a differenciálás a kábítószeres esetében viszonylag kismértékű.

A megkérdezett általános iskolások és középiskolások 17,1%-a fogyasztott már legalább egyszer valamilyen visszaélésre alkalmas gyógyszer orvosi javaslat nélkül, alkohollal vegyítve. Visszaélésszerű gyógyszerhasználatnak tekintettük az altatók és nyugtatók orvosi rendelvény nélküli használatát, valamint a gyógyszer-alkohol kombinációk fogyasztását. Ennél kisebb az aránya azoknak (13,5%), akik azért szedtek nyugtatót, mert az orvos javasolta nekik. A megkérdezéstől eltelt egy hónapban a válaszadók 4,1%-ánál fordult elő, hogy nyugtatót fogyasztott orvosi javallat nélkül. Érdekes módon ez az arány éppen megegyezik azokkal, akik valaha alkoholt gyógyszerrel alkalmaztak kábítószer gyanánt ($N=33$).

Visszaélésszerű használatra nyújtanak lehetőséget a törvényes úton beszerezhető, gyakorlati alkalmazással bíró inhalánsok is. A különböző oldószerek, lakkok stb. a szipuzók nélkülözhetetlen eszközei. Mintánk esetében a megkérdezettek mindössze 1,3%-a jelezte, hogy szipuzott.

A legálisan beszerezhető gyógyszerek és inhalánsok alkalmazásán túl külön csoportot alkotnak a tiltott szerek: marihuána vagy hasis, LSD, extasy, amfetamin, crack, kokain, heroin, egyéb opiátok, mágikus gomba stb. A kérdőívre adott válaszok tanúsága szerint a megkérdezettek 13%-a szándékozott kipróbálni a tiltott vagy legálisan hozzáférhető kábítószereket, és egy részük ki is próbált már valamilyen tiltott szert. Mintánkban a marihuánát vagy hasist fogyasztók életprevalenciája 3,3%, az opiátfogyasztók 0,5%, az LSD vagy más hallucinogének kipróbálása 2,4%-os, míg az extasyt a tanulók, 1,6%-a használta élete során. A megkérdezettek között rendszeres fogyasztók is léteznek. Azoknak a droghasználóknak az aránya, akik valamilyen tiltott, esetleg törvényes szert használtak a bódulat elérése céljából, tehát a visszaélők aránya 9,4% ($N=75$).

Szerenként vizsgálva az életprevalenciákat a drogfogyasztás esetében, az alábbi adatokat kaptuk: heroin 0,8%, kokain 0,5%, crack 0,5%, amfetaminok 0,3%, mágikus gomba 0,4%, fecskendővel bevitt drogok

0,4%. A leggyakoribb két drog: az alkohol–gyógyszer kombináció (4,1%) és a marihuána használata (3,3%), de a fogyasztók körében elég népszerű az alkohol és a marihuána egyidejű alkalmazása is (2,2%). A marihuána esetében, az évi gyakoriság 1%, míg a havi gyakoriság mindössze 0,5%, ami arra utal, hogy a rendszeres fogyasztók száma még csekély.

Mind a kábítószeresek összefogyasztásának prevalenciáját, mind az egyes szerek életprevalenciáját vizsgálva szignifikáns különbségeket kapunk a nemek között ($p < 0,02$). A fiúk egyforma gyakorisággal próbálják ki az alkoholt gyógyszerrel és a marihuánát, a lányok háromszor gyakrabban használják az előbbi.

15. táblázat. *A kábítószer-fogyasztás legfontosabb életgyakoriság-értékei nemek szerint (%)*

Életprevalencia	Összesen	Fiú	Lány
Össz-életgyakoriság	9,4	11,3	7,9
Alkohol gyógyszerrel	4,1	5,5	3,3
Marihuána	3,3	5,6	1,1
Extasy	1,6	2,7	0,7
Szipuzás	1,3	1,9	0,7
Heroin	0,8	1,5	0,4

A kábítószeresek fogyasztása gyakoribb a nagyobb városokban. Sepsi-szentgyörgyön és Marosvásárhelyen a kipróbálók nagy része enyhébb drogokat használ, azonban a határ menti Nagyváradon, a tágabb választékban, már inkább szerepelnek kemény drogok.

16. táblázat. *A kábítószer-fogyasztás legfontosabb életgyakoriság-értékei települések szerint (%)*

Életprevalencia	Kolozsvár	Nagyvárad	Marosvásárhely	Sepsi-szentgyörgy	Margitta	Nyárádszereda
Össz-életgyakoriság	9,4	8,9	9,4	12,1	7,9	5,5
Alkohol gyógyszerrel	2,5	3,1	5,6	10,1	1,1	1,9
Marihuána	3,4	2,1	3,7	4,0	2,2	1,9
Extasy	1,0	1,6	2,8	2,0	1,1	1,9
Szipuzás	–	1,6	0,9	1,4	1,1	–
Heroin	0,5	1,6	0,9	0,7	1,1	1,9

17. táblázat. *A kábítószer-fogyasztás legfontosabb életgyakoriság-értékei életkor szerint (%)*

Életprevalencia	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
Össz-életgyakoriság	6,0	8,2	13,6	7,8	9,8
Alkohol gyógyszerrel	2,0	3,3	5,7	5,8	4,0
Marihuána	0,0	1,0	5,7	3,9	6,0
Extasy	0,7	1,4	1,7	1,9	2,0
Szipuzás	0,7	1,9	0,4	0,6	–
Heroin	0,7	1,4	0,4	1,3	–

Érdekes adatokat szolgáltatnak az életkor szerinti életprevalenciák. Várhatóan alacsonyok az értékek az általános iskolások körében, azonban a középiskolában nem folyamatos a növekedés, hanem kiugrás tapasztalható, miközben a legális szereket részben felváltják a tiltott szerek.

A droggal való találkozás többnyire középiskolás korban, 14 évesen vagy azt követően történik. Az alkoholt droggal használók 88%-a, a füves cigarettát szívók 84%-a legalább 14 éves volt az első használatkor. Nem elhanyagolható viszont azok száma, akik ennél korábban már túl voltak az első próbálkozáson, és ráadásul kemény drogot használók is akadnak közöttük.

Az elsőnek használt szer a nyugtató orvosi javallat nélkül (4%), ezt követi a marihuána (2,5%) és az extasy (1,5%), majd a többi tiltott szer (1,4%). Az első droghoz való hozzájutás leggyakoribb forrásai: idősebb barát (36,1%), a baráti társasággal való osztózás (14,8%), egykorú vagy fiatalabb barát (10,6%), idősebb testvér (10,6%). A számadatokból megállapítható, hogy a valamilyen drogot már fogyasztott fiatalok közel kétharmada barátai által jutott a szerhez. A fentieket megerősíti az is, hogy a kábítószer kipróbálók majdnem fele (48,2%) a kortárs csoportban próbált először kábítószerrel.

Az első kipróbálás leggyakoribb oka a kíváncsiság, a fogyasztók 34,3%-a említette ezt az indokot. A másik leggyakoribb ok, a „jól akarom érezni magam” alternatíva (17,6%). Fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy a korábbi tapasztalatokhoz hasonlóan az ismeretlenek, a dealerek, a bevetők szerepe a jelenlegi vizsgálatban sem mutatható ki az első drogadatag beszerzési forrásaként. A kipróbálásban elsősorban a kortárs kapcsolatok, a baráti társaság, valamint a kíváncsiság a legfőbb motiváló tényező.

18. táblázat. *A kábítószer-fogyasztás főbb mutatói az apa iskolai végzettsége szerint (%)*

Gyakoriság	<8 általános	8 általános	Szak- iskola	Érettségi	Főiskola, egyetem	Nem tudja, nincs apja	Összesen
Össz-élet- gyakoriság	9,4	8,2	6,6	10,0	12,8	8,1	9,4
Alkohol gyógyszerrel	6,2	4,0	3,8	4,5	4,6	2,8	4,1
Marihuána	3,1	–	3,1	3,1	3,1	5,7	3,3
Extasy	6,2	–	0,4	1,8	2,0	2,8	1,6
Szipuzás	3,1	–	0,4	0,5	2,0	–	1,3
Heroin	6,2	–	0,4	0,4	1,0	2,8	0,8

A továbbiakban azt vizsgáljuk, hogy milyen különbség mutatkozik a családi háttér szempontjából a kábítószer-fogyasztó és a nem fogyasztó, absztinens fiatalok között. A család társadalmi státusát mérni hivatott mutató (a szülők iskolai végzettsége) mentén vizsgálódva azt tapasztaljuk, hogy a legalacsonyabb és a legmagasabb végzettségű apák gyermekei körében az átlagosnál nagyobb a kábítószereseket kipróbálók aránya. Megállapítható továbbá, hogy az alacsony iskolai végzettségű apák gyermekei több szert is kipróbáltak már, és nem riadnak vissza a kemény drogok használatától sem ($p < 0,05$). Az anya iskolai végzettsége hasonló, de valamivel gyengébb kapcsolatot mutat a drogfogyasztással, mint az apa esetében.

A család gazdasági státusát egy szubjektív mutatóval mértük: azzal, hogy a kérdezett saját véleménye szerint a családjá másokhoz képest milyen körülmények között él. Az e mutató mentén kapott eredmények összhangban vannak a család társadalmi státusa vonatkozásában kapott eredményekkel. A családjukat az átlagosnál rosszabb és az átlagosnál sokkal jobb körülmények között élőnek értékelő diákok körében nagyobb a kábítószer-fogyasztás gyakorisága ($p < 0,05$). Megfigyelhető ugyanakkor, hogy a legális szerek fogyasztása csak a családjukat átlagosnál rosszabb helyzetűnek tekintő diákok körében magasabb az átlagnál.

A kábítószer-fogyasztás életgyakoriság-értéke a fenti, a család társadalmi-gazdasági helyzetét mérő mutatók mentén kapott eredményeknél jelentősebb különbségeket mutatnak a család belső állapotát, a családi kapcsolatok minőségét jelző adatok. A vizsgált négyféle családtípus közül a nukleáris családban a legkisebb a drogfogyasztás életgyakoriság-értéke. Ugyanakkor a drogfogyasztás kapcsolatba hozható a családtagok

19. táblázat. *A drogfogyasztás életgyakoriság-értéke a családban előforduló problémák szerint (%)*

Viselkedési forma	Életgyakoriság
Dohányzás (N= 660)	9,9
Rendszeres alkoholfogyasztás (N= 327)	10,9
Öngyilkossági kísérlet (N= 111)	13,6
Öngyilkosság (N= 89)	9,4
Börtön (N= 100)	17,9
Sok nyugtató vagy altató szedése (N= 139)	17,5
Pszichológusi kezelés (N= 112)	16,5
Kábítószer-használat (N= 40)	23,6
Teljes minta (N= 800)	9,4

közötti kapcsolatok minőségét jelző változókkal is. A megfelelő szülő-gyermek-kapcsolat megóvó szerepét erősíti, hogy a valamilyen drogot már kipróbált fiatalok szignifikánsan nagyobb arányban számoltak be arról, hogy valami miatt problémáik voltak a szüleikkel ($p < 0,01$). Azok körében, akiknek a szűk vagy tág családjában előfordul valamilyen deviancia vagy káros fogyasztási szokás, a drogfogyasztás életgyakoriság-értéke meghaladja az átlagot.

A tiltott drogokat és/vagy inhalánsokat fogyasztók között az alkoholfogyasztás és a dohányzás mértéke jelentősebben meghaladja az átlagot. Kiemelkedően magas közöttük a napi rendszerességgel dohányzók aránya, valamint az előző hónapban részegek aránya ($p < 0,01$). A visszaélés-szerű gyógyszerfogyasztók az átlagot meghaladó mértékben dohányoznak, és alkoholt fogyasztanak. Esetükben azonban a gyakoriságértékek közelebb állnak az átlaghoz, mint a tiltott drogot és/vagy inhalánsokat fogyasztóknál.

Számos kapcsolat mutatható ki továbbá a kábítószer-fogyasztás és a szabadidő eltöltése, az életmód, a baráti kapcsolatok és a különböző pszichoszociális tényezők között.

4. Megbeszélés és következtetések

4.1. Az élvezeti szerek fogyasztásának háttere, a megelőzés fontossága

A tizenéves önmaga és társai előtt is bizonyítani szeretné különleges-ségét, vagányságát, felnőttiségét. Az iskolai teljesítményt nem érzi erre megfelelőnek, ezért gyakorta az önértékelés és csoportmegbecsülés torz, önártó lehetőségeivel él. Az önértékét feltétlenül bizonyítani kívánó tizenéves ezért gyakran fordul cigarettához, alkoholos italhoz, kábítószer-hez. Csakhogy egy idő után a fiatal szervezet hozzászokik a droghoz, és akkor nincs megállás (Bácskai 1993).

A fiatalok számára a legsúlyosabb, sokszor végzetes veszélyt a kábítószer jelenti. A kábítószeres terjedésének okát a fiatalok éretlenségében, a kortárscsoportok torz mintáiban, a vagányság félreértett bizonyításában, és a fiatalok elégedetlenségében, csalódottságában, kiúttalanságában kell keresnünk. Ezek valós érzések, de a kábítószeresek semmiképpen sem jelentenek megoldást. A tapasztalat szerint a kábítószer rabjai közül sokan az alkohollal kezdték, és szinte mindegyikük cigarettázott (Kurdics 1996).

A modern társadalmak egyik nyilvánvaló válságjelensége a kábítószeres fogyasztásának terjedése. A legális és illegális drogoknak évente több ezer fiatal esik áldozatul Európa-szerte, kipróbálásuk pedig gyakran vezet rendszeres fogyasztáshoz. Ugyanakkor ijesztően felszaporodtak a szociális problémák a fiatalok körében (Merton 1980).

Elsődleges megelőzésként az egészségnevelés kulcsszerepet játszik abban, hogy az érintett korosztályt meg tudjuk gyógyítani a dohány, az alkohol és a kábítószer veszélyeiről. A fiatalok körében végzett felvilágosító tevékenység eredményeképpen nemcsak a diákok ismerete bővül, hanem tudatosodnak bennük a nem kívánt következmények, esetenként módosulnak a nézeteik. Az iskolai egészségnevelési tevékenység kiterjesztésével hozzájárulhatunk a dohányzás, az alkoholabúzus és a kábítószer-fogyasztás mérsékléséhez.

A dohányzás, az alkoholfogyasztás és a kábítószer-élvezet ártalmainak elsődleges megelőzésén azt értjük, hogy igyekezünk csökkenteni a kipróbálók és a fogyasztók arányát. Erre a leghatásosabb módszer az egészségnevelés, amely az általános- és középiskolákban külön egészség-tantantárgy vagy többnyire osztályfőnöki óra keretében zajló felvilágosítás által valósulhat meg. Hangsúlyozni szükséges, hogy amíg a nikotin-

nal és az alkohollal kapcsolatos egészségnevelés célja a dohányzás és az alkoholtartalmú italok mértékletes élvezete, addig a kábítószerekkel kapcsolatos egészségnevelés célja a teljes absztinencia (Cassens 1992; Morava 1997).

Sajnos Romániában még nem vált gyakorlattá az iskolai egészségnevelésnek magas szintűvé fejlesztése. Számos európai országban a tanterv része az egészségtan, az egészségfejlesztés oktatása, és így a magyarországi iskolák jelentős részében meghonosodott már a *Felkészülés a családi életre* című tantárgy (Czeizel 1998), sajnos nálunk hiányos a diákok egészségügyi felvilágosítása. Az ilyen irányú képzés nincs a tananyagban, és kevés iskola él a választhatóság lehetőségével. Ilyen adottságok mellett a nemzetközi programok (Egészségesebb iskolákért hálózat, World Vision stb.) csak részeredményeket nyújtanak. Az egészségnevelést felvállaló civil szervezetek iskolai egészségnevelő-tevékenységei nem jelenthetnek alternatívát a hiányos állami oktatással szemben.

Hangsúlyozni kell a civil szervezetek egyre növekvő jelentőségét, amelyek helyi és országos szervezetekbe tömörülve végzik egészségnevelő munkájukat. A kutatócsoport tagjai ilyen irányú tevékenységet folytatnak a marosvásárhelyi Preventio Egészségvédelmi Társaság keretén belül.

4.2. Felmérésünk legfontosabb következtetései

A kutatás elvégzése után tudományosan megalapozott információkkal rendelkezünk a fiatalok életmódjának egyes vetületeiről. Bebizonyosodott, hogy a különböző élvezeti szereket kipróbáló és használó fiatalok aránya növekvőben van, ezzel együtt növekszik az élvezeti szerek fogyasztása a fiatal korosztályok körében. Követhetővé vált a növekedés dinamikája, a különböző háttérváltozók szerepe és a fogyasztási szokások. Fontos következtetés a megelőzés fontosságának a tudatosítása, az egészségfejlesztés előtérbe helyezése az iskolában, és az egész társadalomban egyaránt.

A fiatalok dohányzását követő adatokból kiolvasható, hogy összességében a megkérdezett fiatalok jelentős része dohányzik valamilyen rendszerességgel. A havi gyakoriságértékek és a napi rendszerességgel dohányzók adatai alapján a fiúk valamelyest többen és gyakrabban, a lányok pedig kevesebben dohányoznak. Határozott különbségek figyelhetők meg a dohányzás gyakoriságában a vizsgált háttérváltozók alapján is. Ritkábban dohányoznak a magas iskolai végzettségű szülők gyerme-

kei, a mindkét édesszülővel együtt élők, és azok, akiknek a családtagjaik nem cigarettáznak. Legelterjedtebb a dohányzás a szakiskolákban, a kisebb városokban, az alacsonyabb iskolai végzettségű szülők gyermekei között, azok között, akik saját családjuk anyagi körülményeit a legrosszabbak közé sorolják, és ahol a szűkebb-tágabb családban is előfordul a dohányzás. A dohányzás kipróbálásának a kezdetét illetően a legtöbben 14 évesen szívtak először cigarettát. A naponta cigarettázók jelentős többsége 15-16 évesen vagy ennél idősebb korban szokott rá a rendszeres nikotinfogyasztásra.

Az általános és középiskolások alkoholfogyasztására utaló adatokból megállapítható, hogy a fiatalok többsége valamilyen rendszerességgel fogyaszt alkoholt. Az alkoholfogyasztás egyaránt elterjedt a fiúk és a lányok körében, de a rendszeres és nagyobb mennyiségű italozás gyakoribb a fiúk között. A leggyakrabban használt italfajták a sör és a bor, de kiemelendő jelentőségű a tömény szesz fogyasztása is. A fiatalok fele legalább egyszer volt már részeg életében. A megelőző hónap adatai alapján a fiúk lényegesen gyakrabban részegedtek le, mint a lányok. Az ivási szokások és következményeik elterjedtebbek a nagyvárosokban, és a középiskola elkezdésével fokozódnak. A leggyakrabban otthon és a diszkóban isznak a fiatalok. A családi háttér alapján egyértelműen megállapítható, hogy a szülők iskolai végzettségének növekedésével csökken a lerészegedés előfordulása. Ugyanakkor az alkoholfogyasztás nem csak a leghátrányosabb, hanem a legjobb körülmények között élők körében is magasabb az átlagnál.

Amíg a dohányzás és az alkoholfogyasztás a társadalom nagy többsége által elfogadott és elterjedt viselkedési forma, addig a kábítószeres fogyasztását helytelenítők aránya jóval magasabb. A válaszolók különbséget tesznek a rendszeres, valamint az alkalmi és kipróbálás szintű fogyasztói magatartás megítélése között, bár a megkülönböztetés a kábítószeres esetében kismértékű. A lányok szigorúbb válaszokat adnak. A kábítószeres ismerete, kipróbálásuk a fiatalok körében arra utal, hogy a fiatalkori drogfogyasztás nálunk is létező probléma. Majdnem minden tizedik tanuló – nagyobbraészt fiúk – kipróbált már valamilyen kábulatot okozó szert: leggyakrabban az alkohol–gyógyszer kombinációt és a marihuánát, ugyanakkor népszerű az alkohol és a marihuána egyidejű alkalmazása is. A fiúk egyforma gyakorisággal próbálják ki az alkoholt gyógyszerrel és a marihuánát, a lányok háromszor gyakrabban használják az előbbi. Az adatokból megállapítható, hogy a rendszeres fogyasztók száma még csekély. A kábítószer-élvezet gyakoribb a nagyobb váro-

sokban. A droggal való találkozás többnyire középiskolás korban történik, a kipróbálás leggyakoribb oka a kíváncsiság. A valamilyen drogot már fogyasztott fiatalok közel kétharmada barátai útján jutott a kábítószerhez. A kábítószer-fogyasztást befolyásolja a család társadalmi-gazdasági helyzete, leggyakoribb a szerhasználat a két végleten, a nyomor és a jólét állapotában.

4.3. Összehasonlítás más kutatások eredményeivel

A dohányzási, alkohol- és kábítószer-fogyasztási szokások felmérésével olyan adatokat kaptunk az erdélyi magyar fiatalok életmódjáról, amelyeket eddig csak részben ismertünk. Ezek az adatok összehasonlíthatók eddigi tanulmányok eredményeivel.

A kábítószer-fogyasztás az 1980-as évek elejére rendkívül megnövekedett az Egyesült Államokban, ahol a 18–25 évesek között a marihuánát kipróbálók aránya elérte a 68%-ot, míg az egyéb drogot próbálók aránya 39%-ra emelkedett. Európában az 1970-es években az ún. Pompidou-csoport néhány nagyvárosban vizsgálatot kezdeményezett a 15–39 év közötti lakosság körében. Amszterdamban például az opiátfüggők száma 20-30%^o volt. Bár a későbbiekben a drogfogyasztás csökkent vagy legalábbis nem növekedett, előfordulása még mindig nagyon magas, elsősorban a fiatalok körében. Ezért a kábítószer használata még ma is a világ egyik legsúlyosabb egészségügyi problémájának számít (Spéder–Paksi–Elekes 1999).

Magyarországon a világban észlelhető események hatására az 1970-es évek közepén kezdődtek meg az első vizsgálatok. Ekkor a középiskolások 5%-a ismerte el, hogy valamilyen kábítószerrel fogyasztott, és a fiatalkorú bűnelkövetők 43%-a kábítószer-használó volt. A 80-as években a megkérdezett fiataloknak már 10%-a próbálkozott életében valamilyen kábító hatású szerrel. Egy 1992-ben végzett felmérés szerint a középiskolások 13%-a használt legalább egyszer valamilyen legálisan is beszerezhető altató- vagy nyugtatószert, illetve szerves oldószert, míg 12%-uk tiltott drogot próbált ki. Közülük 54% volt a fiú és 46% a lány. Az Amerikából elinduló és Nyugat-Európán végigsöprő drogfogyasztási járvány az 1980–90-es évekre Magyarországot is elérte (Pintér 1995; Kertai 1999).

Az ESPAD 99-es magyarországi felmérés (Elekes–Paksi 2000), arra mutat rá, hogy a megkérdezett első és második osztályos középiskolások 73,7%-a dohányzott már egyszer az életben, a lányok valamivel ritkábban (70,9%), és a havi gyakoriság 40,4%-os volt. A gimnazisták alig

több mint 16%-a cigarettázik napi rendszerességgel, viszont a szakiskolákban a napi rendszerességgel dohányzók aránya több mint kétszer akkora. Az első cigarettát a dohányzók 61,3%-a már 14 éves kora előtt elszívta. Legnagyobb bizonyult a dohányzás a községben tanuló diákok körében.

A középiskolások 90,8%-a már megkóstolta az alkoholt. A kérdezést megelőző hónap alkoholfogyasztásában (52,2%) a legnagyobb arányban a tömény ital fogyasztása fordult elő (45%) mind a fiúk, mind a lányok esetében. A fiatalok több mint fele (54,9%) volt már legalább egyszer részeg, míg közel egynegyedük (23,6%) az elmúlt hónapban rúgott be. Itt már jelentős az eltérés a nemek között a fiúk „javára”. A valaha megrészegezők 64%-a 14-15 éves korában részegeedik meg először. A lányok 44%-a, a fiúk 65%-a gondolja úgy, hogy legalább öt italra van szüksége ahhoz, hogy berúgjon. Az alkoholfogyasztás mutatói az iskola székhelye szerint nem mutattak jellemző különbséget.

Az első és második osztályos középiskolások körében 17,3% volt azok aránya, akik valamilyen tiltott kábítószer és/vagy inhalánszt használtak már életükben, és 7,8% azoknak az aránya, akik valamilyen gyógyszert visszaélészerűen fogyasztottak. A tiltott szerek közül a legmagasabbnak a marihuána használatát találták (14,1%), majd a hallucinogének (4,3%), extasy (4,2%), amfetaminok (3,5%), opiátok (3,2%) következtek, míg a szipuzás előfordulása 4,7%-os volt. A tiltott szerfogyasztás és/vagy szipuzás előfordulása a budapesti szakmunkásképzők második osztályában volt a legmagasabb (40%). A fiúk között a tiltott szerek és/vagy inhalánsok fogyasztása bizonyult jellemzőnek (23,1%), míg a lányoknál magas volt a visszaélészerű gyógyszerhasználat (11,6%).

A marosvásárhelyi orvostanhallgatók körében végzett felmérés megkérdezettjeinek több mint kétharmada betegnek tartja a kábítószer-fogyasztókat, és három hallgatóból egy szívesen dolgozna olyan egészségügyi intézményben, amely a kábítószerfüggők ellátásával foglalkozna (Ábrám 1994). A dolgozat egyúttal rámutat arra az igényre, hogy az orvos- és nővérképzés során az eddiginél lényegesen nagyobb figyelmet kell fordítani a kábítószerekkel kapcsolatos ismeretek elsajátítására.

Több éves kutatás eredményei bizonyítják, hogy folyamatosan növekszik a deviáns magatartások előfordulása a serdülők körében. Ebben az életkorban, amikor a legerősebbek a baráti kötelékek és a függetlenedés vágya, amikor a fiatalok alkalmazkodóképessége sok esetben nem elégséges, könnyebbé válik a rászokás. Több megyeszékhely adatait összegezve, a kutatók 1,16%-os rendszeres drogfogyasztási prevalenciát ta-

láltak. Programuk iskolai megelőzési tevékenységet is magába foglalt (Albert-Lőrincz 1997).

Egy másik tanulmány azt igazolja, hogy a romániai egészségügy felkészületlen a kábítószer-élvezettel kapcsolatos egészségügyi problémák megoldására: nem rendelkezik drogambulanciákkal, nagyon ritka a drogok fogadására szakosodott kórházi részleg, nincs megoldva a rehabilitáció (Gheorghe-Dănilă 1998).

A tanulmány szerzői végezte felmérésben (Ábrám-Mészáros-Enyedi 2000) a 12–18 éves marosvásárhelyiek 54,4%-a már kipróbálta a cigarettaozást. A kipróbálók egyharmada 11 éves kora előtt már megismerkedett a dohányozással, a legfiatalabb rágyújtó 5 éves volt. A rendszeresen cigarettázók átlagban napi 4-5 szálát szívtak, ezek baráti körében, illetve családjukban jelentősen gyakoribbnak bizonyult a cigarettázás. A rendszeresen dohányzók 70,6%-a, az alkalmi dohányosok 80,7%-a szeretne leszokni. A megkérdezett fiatalok 10,85%-a (a 14–15 évesek 4%-a, a 16–17 évesek 8%-a, a 18–19 évesek 23%-a) próbált már ki valamilyen kábítószerrel. Ez a lányok 9,2%-át, valamint a fiúk 14,2%-át tette ki. Az egészségnevelő óra alatti beszélgetésekből kiderült, hogy a Romparkin vagy a Diazepam tömény itallal való fogyasztása a legismertebb kábulatot okozó módszer. Felmérésünk eredményei azt bizonyítják, hogy serdülőink szerhasználati szokásai és ennek gyakorisága egyre inkább közeledik a magyarországi szokásokhoz. Ezért jobban oda kellene figyelni az egészségnevelés által megvalósítható elsődleges megelőzésre és a fiatalok szociális problémáira.

4.4. Trendek

A különböző háttérváltozók mentén folytatott elemzések alapján azt mondhatjuk, hogy az élvezeti szerek fogyasztása ma minden társadalmi csoportban előfordul, azonban nem egyforma mértékben. Ugyanakkor különbségek fedezhetők fel a fogyasztók, és a drogot még nem próbált fiatalok szabadidő eltöltésében, gondolkodásában és pszicho-szociális jellemzőiben egyaránt. Az élvezeti szereket használó fiatalok legfontosabb jellemzői: gyakori a házon kívüli szórakozás, a családi devianciák halmozódása, rosszabb tanulmányi eredmények stb. Az egyes dimenziók mentén kirajzolódó kép azonban sok helyen ellentmondásos.

Magyarországon a dohányzás és az alkoholfogyasztás az elmúlt évtized első felének jellemző stagnálása után az utóbbi években növekvő tendenciát mutat. Az elmúlt öt évben nagyobb mértékben nőttek a havi

gyakoriságértékek: 25%-kal a dohányzásé, 16%-kal az alkoholfogyasztásé, 27%-kal a lerészegedése. A növekedés valamennyi esetben nagyobb volt a lányoknál, mint a fiúknál. Az adatok alapján feltételezhető, hogy a fogyasztás növekedése az 1997–1998-as években következett be, és 1999-re a fogyasztás növekedésének dinamikája jelentősen csökkent. Amíg azonban stagnálni látszik a törvényesen beszerezhető szerek élvezete, addig fokozatosan növekszik a tiltott szerek használata. Összességében a valamilyen tiltott vagy legális szert kipróbálók aránya a kilencvenes évek közepére jellemző arányokhoz képest több mint 40%-kal növekedett az évtized végére. Ugyanakkor egyre inkább a többféle droggal való párhuzamos próbálkozás vált jellemzővé.

Sajnálatos a kábítószer-fogyasztás rohamos növekedése a világ számos táján is. Bár a 80-as évek közepére és a 90-es években az USA-ban a drogfogyasztás csökkent, Európában pedig stabilizálódott, az adatok még mindig ijesztően magasak. Időközben az Amerikából elinduló, Nyugat-Európán végigsöprő drogfogyasztási járvány Magyarországot is elérte. Romániában még viszonylag alacsony az illegális szerek használata, de a jövőben várható a fogyasztásuk folyamatos növekedése a fiatalok körében.

Magyarországon az évezred végére viszonylag mérséklődött a nyugtatók, altatók visszaélésszerű fogyasztása, valamint a gyógyszer–alkohol kombinációk használata, és valamelyest csökkent a szipuzás életprevalencia-értéke, bár gyakoriságuk még mindig kiemelkedően magas. A tiltott szerek növekvő hozzáférhetősége és a fogyasztás terjedése következtében viszont igencsak nő az illegális szerek használata, amelynek következtében Nyugat-Európa és Észak-Amerika országaihoz hasonlóan Magyarországon is egyre inkább a marihuána válik a legelterjedtebb droggá a középiskolások körében. Rajta kívül az LSD és más hallucinogének, az amfetaminok, valamint az extasy elterjedtsége jelentős. Az évezred végére, öt év alatt, közel kétszeresére növekedett a tiltott szerek és a szipuzás együttes életgyakoriság-értéke, a fentebb kiemelt kábítószereknél viszont ez a növekedés többszörös.

Romániában a fiatalok körében növekvő tendenciát mutató dohányzás és alkoholfogyasztás igen elterjedt, az itt tapasztalható jellemzők nagyjából megegyeznek a magyarországi felmérések következtetéseivel. A kábítószerek használata nálunk még lényegesen kisebb mértékű, és csökkent a tiltott szerek kisebb arányban szerepelnek. Figyelmeztető jelnek számít azonban, hogy a középiskolák alsóbb osztályaiban kiugrás tapasztalható a drogok használata terén. Bár a fogyasztók körében a „külső se-

gítéség” nélkül beszerezhető drogok (alkohol és altató, szerves oldószer-
rek), valamint a marihuánás cigaretta dominálnak, számolni kell azzal,
hogy Románia – mint tranzitország – felvevőpiaccá vált, és elindult a fo-
gyasztóvá válás útján.

Úgy tűnik, hogy az új évezred elejére a tiltott drogok használatának
a növekedése várható, és így egyre kiterjedőbb fogyasztásuk által felzár-
kózhatnak a cigaretta, az alkohol és a legális drogok mellé. A várható
trendek követésére azonban újabb vizsgálatokra lesz szükség.

SZAKIRODALOM

ALBERT-LŐRINCZ Enikő

1997 A serdülőkorúak drogfogyasztása és a megelőzés.

Marosvásárhely, *Az egészségnevelés távlatai* c. konferencia
kivonatai, 11–12.

ASZMANN Anna (szerk.)

1995 *Serdülők egészségi állapota, egészségmagatartása*. Budapest,
Új Aranyhíd Kiadó

ÁBRÁM Zoltán

1995 Különböző korú iskolás gyermekek életviteli szokásai.

Marosvásárhely, *Egészségtudomány* 39. 3–4. 5.

ÁBRÁM Zoltán–MÁRTON Dénes–FÁBIÁN Róbert

1999 Egészségügyi felmérés Maros és Hargita megye lakossága
életviteli szokásairól. *Orvostudományi Értesítő* 72. 1. 183–185.

ÁBRÁM Zoltán–MÉSZÁROS Franciska–ENYEDI Lajos

2000 Kábítószer-fogyasztás és dohányzási szokások az
egészségnevelési felméréseink tükrében. *Orvostudományi
Értesítő* 73. 1. 352–355.

ÁBRÁM Zoltán–URECHE, Ramona

1994 Consumul de stupefiant – o problemă nouă văzută de tineri.
Revista de Medicină și Farmacie 40. 1. 142.

BÁCSKAI Endre

1993 A drogmegelőzés szociális fejlődéstudománya. *Végeken* 3. 15–17.

BUCUR, Gheorghe Eugeniu–POPESCU, Octavian (ed.)

1999 *Educația pentru sănătate în școală*. București, Editura Fiat
Lux, 246–272.

CASSENS, Brian John

1992 *Preventive medicine and public health*. Philadelphia, Harwal
Publishing

CZEIZEL Endre

1996 *Felkészülés a családi életre*. Budapest, Corvina, 52–58.

ELEKES Zsuzsanna–PAKSI Borbála

1996 *A magyarországi középiskolások alkohol- és drogfogyasztása*.
Budapest, Népjóléti Minisztérium

2000 *Drogok és fiatalok*. Budapest, Ifjúsági és Sportminisztérium

FÁBIÁN Róbert–KERÜLŐ János

1996 *Kutatások a fiatalok és felnőttek egészségi állapotáról 1970–1990.* Budapest, Expanzió Humán Tanácsadó, 21–71.

GHEORGHE, Alina–DĂNILĂ, Monica

1998 Observații privind consumul de stupefiante în rândul tinerilor. Marosvásárhely, *Drogok nélküli élet* c. konferencia kivonatai, 17.

HIBBEL, Borg et alii

1997 *The 1995 ESPAD report.* Stockholm, Council of Europe

KERTAI Pál

1999 *Megelőző orvostan.* Budapest, Medicina Könyvkiadó, 389–417.

KURDICS Mihály

1996 *A kábítószer itt van testközelben.* Budapest, Zsiráf Kiadó

MERTON Robert

1980 *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra.* Budapest, Gondolat

MORAVA Endre

1997 *Preventio az alapellátásban.* Pécs, Agora Kiadó

PINTÉR István

1995 Adatok Magyarország népegészségügyi helyzetéhez.
Új diéta 2. 2. 5–6.

RITTER Ildikó (szerk.)

2000 *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről.* Budapest, Ifjúsági és Sportminisztérium

SPÉDER Zsolt–PAKSI Borbála–ELEKES Zsuzsanna

1999 Anomie and stratification at the beginning of nineties. In: Kolosi Tamás–Tóth István György–Vukovich György (eds.): *Social Report 1998.* Budapest, TÁRKI

VLAICU, Brighita

Elemente de igiena copiilor și adolescenților. Timișoara, Editura Solness, 153–165.

A KOLOZSVÁRI MAGYAR EGYETEMISTÁK ALKOHOLFOGYASZTÁSI SZOKÁSAI

A kutatás bemutatása

A hétköznapiak egyszínűségének feloldására egy kis színre, változottságra van szüksége mindenkinek. Ki, hogyan színezi életét, személyi sajátosságaitól, tulajdonságaitól és környezetétől (a társasági-baráti körétől), a szubjektív és objektív lehetőségektől függ.

A szórakozóhelyek a kikapcsolódás, a társasági élet, a baráti összejövetelek terepei. A társasági szórakozás azonban általában az italozáshoz kötődik. Ezt a tényt megerősíti a legtöbb alkoholfogyasztási szokásokat vizsgáló kutatás, amelyek arra mutatnak rá, hogy az emberek elsősorban a társaság kedvéért isznak.

Jelen dolgozatunkban az alkoholfogyasztás történelmi vonatkozásait és a mai egyetemista fiatalok alkoholfogyasztási szokásait mutatjuk be.

Kutatásunkban egyrészt az érdekelt, hogy melyek a leginkább kedvelt italozási helyek és a legnépszerűbb alkoholos italok, másrészt az, hogy egy adott italtípus fogyasztása jellegzetes alkalmakhoz kötődik-e, hogy mennyit költenek havonta erre az „élvezeti cikkekre”, és hogy magának az italozási aktusnak van-e már kialakult „sémája”. Arra voltunk kíváncsiak, hogy beszélhetünk-e az egyetemisták esetében úgynevezett italozási kultúráról, vagy inkább csak egyéni szokásokról van szó.

Kutatásunk célpopulációjaként a Kolozsváron tanuló magyar nemzetiségű egyetemi hallgatókat határoltuk be. Szándékunk nem az volt, hogy az italozást magát valamilyen viselkedési kategóriába besoroljuk, hanem az, hogy egy általános képet kapjunk erről a viselkedésről.

Az alkoholfogyasztási szokások kultúránként, társadalmanként és sok esetben közösségenként is nagyon eltérőek. Míg egyes kultúrák és szubkultúrák elutasítják, szigorúan elítélik az alkoholt, addig más kultúrákban tolerálják, szinte értéként becsülik.

Az alkohol fogyasztásának hosszú múltja van, és mindenkor meghatározott célt szolgált. Ennek a cselekvésnek a századok során vallási, kulturális és gyakorlati jelentése is volt. Ebből kiindulva munkánk során arra

is választ kerestünk, hogy változtak-e az alkoholfogyasztással összekapcsolódó jelentéstartalmak, és ha igen, akkor milyen irányba történt ez a változás.

1. Az alkoholfogyasztásnak, mint társadalmilag is elfogadott cselekvésnek, történelmi áttekintése

Az alkohol természetes anyag, a természetben is termelődik, anélkül, hogy emberi beavatkozást igényelne. Ha a megérett és lehullott gyümölcs megerjed, alkohol termelődik. A történészek feltételezik, hogy az ember már a történelem előtti időkből ismerte és fogyasztotta az alkoholt, de jóval később kezdte saját maga készíteni. Valószínű, hogy ez az időszak Kr. e. 40 000-re tevődik, azonban az alkohol tudatos előállításáról csak a mezőgazdaságnak mint foglalkozásnak a megjelenésétől beszélnek (középkőkorszak, Kr. e. 10 000–5000). Így például a mézes vízből mézsört erjesztettek, vagy az árpából árpasört készítettek. Az ókori egyiptomiak is tudták, hogy a szőlőlé hamar megromlik, de a megerjedt lé, a bor, sokáig eláll. A bor hasznos itálnak számított, mivelhogy a zavaros Nílus vize igencsak kedvezett a fertőző betegségek terjedésének.

Az alkohol különleges tulajdonságait Kr. u. 1000 körül fedezték fel a desztilláció feltalálása és ennek magas szintre való fejlesztése következtében (Lehmann–Gruner 2000).

Úgy tűnik, hogy a negatív érzésektől való szabadulás, a járványok elkerülése érdekében, valamint bátorságmerítés céljából is már nagyon régóta fogyasztják a bort.

A borivási szokások az idők folyamán sokat változtak. Gyakran összekapcsolódtak a vallási, kultikus ceremóniákkal. A Szentírásban például több helyen is említés történik a borról: „Teleítették magukat édes borral” ApCsel 2,13; „Epével kevert bort adtak (Jézusnak)” Mt 27,34; „(János) bort és mámorító italt nem fog inni” Lk 1,15. A egyházi szertatásokban ma is jelen van a bor.

A középkori kolostorok tevékenységéhez szorosan hozzátartozott a szőlőművelés és ehhez kötődően a borászat. A kolostorokban tevékenkedő barátok munkájának köszönhető a pezsgő előállítási technológiájának feltalálása is.

A sörkészítés sem új keletű. Már az ókorban rájöttek, hogy miképp lehet a gabonamagvak, illetve a gumós növények keményítőjét cukorrá lebontani, majd ezt élesztővel alkohollá erjeszteni. Az Kr. e. 1550-ből

ránk maradt Ebes-papirusz tanúsága szerint már ebben az időben több sörfajtát ismertek. A „serfőzés” manapság inkább a tőlünk északabbra fekvő országokra jellemző.

A tömény szesz lepárlása, desztillálása sem új találmány. Feltételezések szerint a lepárlást mint módszert először az arabok használták nagy mennyiségű alkoholos italok előállítására céljából. A tömény italok készítése Európában a XV. században terjedt el; a módszer pálinkafőzés néven közismert. Ebből az időből származik az alkoholnak ma is használatos farmakológiai elnevezése, a „spiritus vini”, amelynek szó szerinti jelentése „a bor lelke”. A pestisjárványok idején a tömény italt „aqua-vitae”-nek, vagyis „élet vizé”-nek nevezték. Ezzel jelezték azt a meggyőződést, hogy a pálinka védelmet nyújt a járványokkal szemben.

A barbár népek társadalmi kapcsolatai közvetlenek és személyesek voltak, ami leginkább a különböző lakomákon nyilvánult meg. Hittek abban, hogy a lakoma alkalmat adhat az események befolyásolására, kihat a népjólét alakulására, a királyokkal és az istenekkel való kapcsolat fenntartására. Az embernek a jóval, illetve a rosszal való kapcsolatától függ, hogy milyen lesz a termés, az állatszaporulat, a halászat hozama. A lakomákra meghívták a királyt is, ahol serlegeket ürítettek a pogány istenekre, a királyra, és boráldozatokat mutattak be. A hétköznapi békés jólétének fontos kelléke volt a baráti viszony, melyet az összejövetelek, a vendégségbe járás és a vendégek hívása biztosított (Gurevics 1974).

1.2. Az alkoholfogyasztás okai és megítélése

A szakemberek jelentős része az alkoholizmus kialakulásában nem zárja ki a genetikai tényezőket, de a fontosabb szerepet az ivási minták, az ivási kultúra és az ennek megfelelő szocializációban látják.

A családon belül, a személyiségfejlődés folyamatában, a biológiai érés saját törvényszerűségeit követi, azonban nagyobb részt szociális tanulás történik, amelynek során a formálódó új személyiség fokozatosan beépíti, interiorizálja szocio-kulturális környezetének jellegzetes hatásait. A szocializáció tágabb fogalom, mint a nevelés, mivel a szocializáció keretén belül még jelen van egy igen sokrétű hatásszféra, amelyen át a szülők öntudatlanul formálják gyerekeik személyiségét. Az ivási szokás mint felnőtt szerep s főképpen mint férfiszerep a családi szocializáció során rögzül a személyiségben (Buda 1992).

Bizonyos társadalmi körökben az alkoholizmust tolerálják, és azokat az egyéneket, akik nem fogyasztanak alkoholt, a többség gyanakvóan szemléli.

Az alkohol társadalmi megítélése is teljesen eltér a más típusú drogokétól. Sokan nem is tudják elfogadni, hogy az alkohol éppen úgy a drogok közé tartozik, mint a heroin, a kokain, az LSD és mások.

Az alkohol a különböző társadalmi helyzetekben más és más szerepet játszik. Fogyasztása gyakran kapcsolódik a születéshez, házasságkötéshez, társadalmi szerződés-kötésekhez, a felnőtté váláshoz és a baráti együttlétekhez. Mindezek mellett azonban sokan morális fenntartásaik miatt, szilárd elvek alapján megtagadják a használatát, mások viszont úgy vélik, hogy a mértékletes fogyasztás elfogadható. Egyes amerikai kutatások rámutatnak arra, hogy az egyetemisták leginkább a hangulat kedvéért, a szorongás, feszültség csökkentése miatt, az unalom elűzése érdekében, az álmatlanság elkerülése, az interakció megkönnyítése végett, valamint a különböző negatív érzelmektől való szabadulás céljából fogyasztanak alkoholt (Grath–Scarpitti 1970).

Az alkoholfogyasztásnak tulajdonított szerep függvényében több fogyasztócsoportot határozhatunk meg: azon ivók csoportját, akik akkor isznak, amikor jólesik; azokat, akiket a rivalizálás motivál; és azokat, akik ily módon akarnak életerőt meríteni. Ezenkívül, még vannak társasági ivók, akik csak társaságban isznak, vannak a rendszeres ivók, akik rendszeresen fogyasztanak kis mennyiségben italt, vannak a mértéktelenül ivók, vagyis az alkoholisták és vannak a zugivók (Lehmann–Gruner 2000).

1.3. A használt fogalmak tisztázása

Kultúra

Az emberiség olyan környezetben él, amelyet saját maga alkotott. Az idegen szavak szótárában a kultúra fogalmát úgy határozzák meg mint az ember által létrehozott anyagi és szellemi javak egy adott korszakban való jellegzetes állapotát.

Beszélhetünk egyéni kulturáltságról és közösségi kultúráról (Moles 1974).

Szokás

A szokás fogalmát abban az értelemben használjuk, ahogyan W. G. Sumner definiálta: „az ember cselekvései által céljai kielégítésére törekszik, és a visszatérő szükségletek során egyéni és csoportbeli szokások alakulnak ki. Azonban ezek a kialakult szokások sohasem előrelátott, be tervezett következmények” (Sumner 1978).

Italozás, ivás, ivászat

Italozás, ivás, ivászat fogalmak alatt az alkoholt tartalmazó italok fogyasztását értjük.

Ital és italtípusok

Az ital fogalmát csak kimondottan alkoholt tartalmazó italokra használjuk. A tömény ital a nagy alkohol tartalmú italokra vonatkozik, például: házilag lepárolt gyümölcspálinkák, vodka, gin, megvegyített szesz, unikum, fernet stb.

Női italok alatt azokat az alkoholos italokat értjük, amelyek a kulturális és társadalmi értékelések szerint is ebbe a kategóriába tartoznak és alkoholtartalmuk alacsony. Ilyenek például a különböző likőrök, vermukok (pl. Martini, Garone, Cinzano stb.).

A „kevert” fogalma alatt a vegyített italt, a vegyest értjük.

Deviancia

A deviáns magatartás fogalma a harmincas években fogalmazódott meg a szociológia keretén belül. Olyan viselkedési formákat jelöl, amelyek nem felelnek meg az adott társadalom által megszabott normáknak, és ezáltal negatív minősítést kapnak. Azok a magatartásmódok is deviánsnak minősülnek, amelyek tradicionálisan sem felelnek meg a társadalmi normáknak (Buda 1992).

2. A kutatás módszertana

Időpont: 2001 májusa

Helyszín: Kolozsvár

2.1. Hipotézis

A kolozsvári magyar egyetemisták alkoholfogyasztási szokásai adott alkalmakhoz és társasághoz kötődnek, ezek függvényében változik az elfogyasztott alkohol mennyisége, minősége és az anyagi ráfordítás is.

2.2. A kutatás célja

Kutatásunk célja az volt, hogy átfogó képet kapjunk a Kolozsváron tanuló magyar egyetemisták alkoholfogyasztási szokásairól: mikor, milyen

mennyiségben, kiknek a társaságában, hol és milyen alkoholfajtát fogyasztanak.

2.3. Kutatási módszerek és eszközök

Az adatgyűjtéshez kérdőíves felmérést használtunk, de az adatgyűjtéskor félstrukturált megfigyelést is alkalmaztunk, illetve a nyílt kérdések feldolgozásánál tartalomelemzést végeztünk.

Az általunk szerkesztett kérdőív a válaszok rögzítési módja szerint nyílt, zárt és vegyes kérdéseket, a tartalom szerint vélemény- és ténykérdéseket tartalmaz. Mivel célunk az volt, hogy a mintába bekerülő egyetemisták minél több szakról és évfolyamról kerüljenek össze, a megkérdezést öt egyetem bentlakásában végeztük. A kérdőív kitöltése személyesen történt, így folyamatosan megfigyelhettük a személyek verbális és non-verbális viszonyulását a témához, és hozzánk is mint kérdezőkhöz. Ennek az eljárásnak előnye az is, hogy lehetőséget ad a nyílt kérdések, félstrukturált interjúként való megkérdezésére (a minőségi információk szerzésénél volt fontos).

A megkérdezettek nem kezelték tabuként a témát, szívesen beszéltek róla, kérdéseinkre készségesen válaszoltak. Tartózkodó magatartást észleltünk a teológus hallgatók részéről, amely az intézmény belső, szigorúbb szabályzatával magyarázható. A lányok tartózkodóbbak voltak, mint a fiúk, ezért náluk a hólabdamódszerrel nehezebben tudtunk dolgozni.

Az adatok feldolgozása számítógépen az SPSS 7.5 statisztikai adatfeldolgozó program segítségével történt. A nyílt kérdéseket tartalomelemzésnek vetettük alá, megfigyeléseinket összevetettük a kérdőív eredményeivel.

2.4. Mintavétel

A célpopulációt azok a kolozsvári magyar egyetemisták képezték, akik fogyasztottak/fogyasztanak alkoholt és bentlakásban laktak.

A megkérdezett populáció kiválasztása nem véletlenszerű mintavétellel történt. Hólabdamódszerrel dolgoztunk, azért, hogy a megkérdezett eleve olyan személy legyen, aki fogyaszt alkoholt. A célpopuláció vegyes volt szak és évfolyam tekintetében.

Tervünk szerint egy 150 személyből álló mintát szerettünk volna megkérdezni, melyben a nemek szerinti megoszlás egyenlő. Ebből csak 108 személyt sikerült megkérdeznünk (75 fiút és 33 lányt), mivel egyik alanytól a másikhoz való eljutás a lányok esetében nehezebb volt.

2.5. A vizsgált populáció leírása

A kutatásunk során összesen 108 Kolozsváron tanuló magyar egyetemista véleményét rögzítettük a fent említett kérdéskörben. Legfiatalabb közülük 18, a legidősebb 28 éves volt. A megkérdezettek átlagéletkora 21–24 év, nemek szerinti megoszlása: 69,4% fiú és 30,6% lány.

A megkérdezett diákok 5 különböző egyetemen tanultak: Babeş–Bolyai Tudományegyetem, Protestáns Teológiai Intézet, Műszaki Egyetem, Mezőgazdasági és Állatorvosi Egyetem, Gheorghe Dima Zeneakadémia; 25 különböző szakra jártak, és az ország 49 különböző helységéből származtak, összesen 12 megyéből (Kovácsna, Brassó, Kolozs, Maros, Hargita, Szatmár, Zilah, Fehér, Bihar, Beszterce, Arad, Máramaros). Többségük bentlakásban lakott. A minta évfolyamonkénti megoszlását az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat. A megkérdezettek évfolyamok szerinti eloszlása

Évfolyamok	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Érvényes esetek száma				
Első év	28,0	25,9	25,9	25,9
Másod év	15,0	13,9	13,9	39,8
Harmad év	35,0	32,4	32,4	72,2
Negyed év	22,0	20,4	20,4	92,6
Ötöd év	3,0	2,8	2,8	95,4
Hatod év	5,0	4,6	4,6	100,0
Összesen	108,0	100,0	100,0	

2.6. A kutatás menete

Első lépésként felállítottuk a hipotézist, és megfogalmaztuk munkánk célját, melyek a kutatásunk kiindulópontját képezték. Ezek határozták meg a kérdőív megszerkesztésének szempontjait. A kérdőívbe foglalt kérdések tartalmuk szerint három mutató köré csoportosultak:

1. gyakoriság: az erre vonatkozó kérdésekkel az elfogyasztott alkohol mennyiségét és magának a fogyasztásnak az időbeni gyakoriságát mértük;
2. alkoholfogyasztási szokások: milyen alkalmakkor, milyen alkoholt, hol, kikkel és miért fogyasztanak alkoholt, és hogyan viszonyulnak az al-

koholfogyasztáshoz az egyetemisták, valamint hogy miképpen zajlik egy „italozási” folyamat;

3. anyagi ráfordítás: mennyit és milyen anyagi forrásból költenek alkohorra.

A kérdőív feldolgozása és az adatok kiértékelése

A kutatás céljának megfelelően felmérésünk adatait az alábbi szempontok szerint dolgoztuk fel:

- az alkohol fogyasztásának gyakorisága és mennyisége az egyetemisták körében;
- az egyetemisták alkoholfogyasztási szokásai;
- az alkoholra fordított anyagi alap forrása és mennyisége.

3.1. Az alkoholfogyasztás gyakorisága a kolozsvári magyar egyetemisták körében

Arra a kérdésre, hogy milyen gyakran fogyasztanak alkoholt, a megkérdezettek többsége (50 %) azt válaszolta, hogy hetente, de van, aki naponta fogyaszt alkoholt (5,6%).

Különbség volt észlelhető a fiúk és lányok alkoholfogyasztási gyakorisága között ($p = 0,001$). A fiúk 8%-a naponta fogyaszt alkoholt, azonban a lányok közül senki sem mondta ezt magáról. A gyakoriságra vonatkozó adatokat a 2. táblázat tartalmazza.

A lányok 54 %-a azt állította, hogy ritkábban, mint havonta fogyaszt alkoholt, viszont arra a kérdésre, hogy az elmúlt hónapban hányszor fogyasztott alkoholt, csak 18% válaszolta azt, hogy egyáltalán nem. Ez az adat azt mutatja, hogy a lányok nehezebben vallják be, hogy gyakran fogyasztanak alkoholt.

A megkérdezés előtti hónapban a mintában szereplő személyek majdnem fele 1–5 alkalommal fogyasztott alkoholt. A lányok esetében a maximális fogyasztások száma 15 alkalom volt, míg a fiúk között voltak, akik saját bevallásuk szerint az elmúlt hónapban 25-30 alkalommal is fogyasztottak alkoholos italt.

2. táblázat. Az alkoholfogyasztás gyakorisága

Nem	Milyen gyakran fogyaszt alkoholt?				Összesen
	naponta	hetente	havonta	ritkán	
Fiú	8,0%	61,0%	18,7%	12,0%	100,0%
Lány	–	24,2%	21,2%	54,5%	100,0%
Összesen	5,6%	50,0%	19,4%	25,0%	100,0%

Az egy alkalommal elfogyasztott maximális ital mennyiségét a fiúk általánosítva adták meg. Borról, sörről vagy töményről beszéltek. A lányok konkrétan megnevezték, hogy milyen italból, milyen mennyiségben fogyasztottak.

Mindkét nemű csoport esetében megtalálható az ún. keverés. Ez azt jelenti, hogy többféle italt fogyasztanak egyszerre. A fiúk pontosan ismerik, hogy bizonyos italmennyiség vagy bizonyos italok keverése mennyi sörnek, bornak vagy töménynek felel meg hatását illetően.

A 3-as, 4-es és 5-ös táblázat alapján elmondhatjuk, hogy a fiúk esetében az egyszeri alkalommal elfogyasztott legnagyobb mennyiségű ital jóval több, mint a lányok esetében.

Az italok keverésénél a megkérdezettek leginkább a sör és tömény (leggyakoribb a sör keverve vodkával) kombinációt fogyasztják, de fogyasztanak egyszerre sört, bort, töményt, vagy ami éppen kéznél van. Ezt nagyon jól mutatják a kérdezettek által megjelölt zsargonok. (Lásd zsargonok elemzése.)

A mintát alkotó személyek számára az egyszeri alkalom hosszabb időt jelent: lehet az egy buli, egy kirándulás, egy hajnalig tartó kocsmazás vagy egy egész estét kitöltő sörözés.

A megkérdezettek több mint fele (69,4%) szerint az egyetemisták sokat, 28,7% szerint mérsékelten és 1,9% szerint keveset isznak (lásd 2. ábra). Különbséget észleltünk a fiúk és lányok között, az erre vonatkozó véleményekben is. A lányok a fiúkhoz viszonyítva, többen vannak azon véleményen, hogy az egyetemisták sokat isznak. Ennek megítélésében a

3. táblázat. Sörben megadott maximális italmennyiség

Nem	Mennyiség
Fiúk	1–26 üveg
Lányok	1–10 üveg

4. táblázat. Borban megadott maximális italmennyiség

Nem	Mennyiség
Fiúk	2 pohár – 5 liter
Lányok	2 pohár – 3–4 liter

5. táblázat. Töményben megadott maximális italmennyiség

Nem	Mennyiség
Fiúk	1/2 liter – 1,5 liter
Lányok	3 dl – 1/2 liter

fiúk toleránsabbak, közülük 2,66% szerint az egyetemisták keveset isznak, a lányok közül senki sem állította ugyanezt.

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy a fiúk a lányokhoz viszonyítva nagyobb mennyiségben és többször fogyasztanak alkoholt, és sokkal toleránsabbak a mennyiség megítélésében is.

3.2. Az egyetemisták alkoholfogyasztási szokásai

Az egyetemisták alkoholfogyasztási szokásainak felmérésekor a fogyasztás körülményeit (mikor, kikkel, mit, miért fogyasztanak alkoholt) és a megkérdezetteknek az alkoholfogyasztáshoz való viszonyulását vizsgáltuk.

A kérdőívben erre vonatkozó kérdések:

- Milyen alkalmakkor szoktál alkoholt fogyasztani?
- Milyen italokat fogyasztasz az alábbi alkalmakkor?
- Milyen alkoholt fogyasztasz leginkább?
- Mi a kedvenc italod, miért?
- Hol szoktál inni leginkább?
- Kikkel szoktál inni?
- Szerinted miért isznak az egyetemisták? Te miért szoktál inni?
- Mesélj el röviden egy olyan italozási esetet, amelyben te is részt vettél (elejétől végig).
- Mondj zsargonokat az alkoholos italokra, illetve az italozásra.
- Mit teszel mikor nagyobb mennyiségű italt fogyasztottál?

a. A felmérésbe bevont személyekről elmondhatjuk, hogy könnyen találnak alkalmat arra, hogy alkoholt fogyaszthassanak. A megkérdezettek 47,2 %-a többféle alkalmat is összeköt az alkoholfogyasztással, 25,9%-nak nem kell különösebb alkalom erre. A mintában szereplő egyetemisták körében, az alkoholfogyasztási alkalmakat illetően, a legkisebb százalékban a családi összejövetel (1,9%) fordul elő. A fiúkra (32%) inkább jellemző, mint a lányokra (12%) az, hogy az alkoholfogyasztáshoz nem szükséges különösebb alkalom.

A leggyakrabban megemlíttet alkalmak: a baráti összejövetelek és a bulik, majd az ünnepek és rendezvények következnek.

b. Ünnepek alkalmával leginkább bort (52,5%) fogyasztanak. Rendezvények idején inkább a sör (41,5%), családi összejöveteleken a bor (39%), baráti összejöveteleken (37%) és bulik alkalmával (41,1%) a sör a legkedveltebb ital. A megkérdezettek alkalomtól függetlenül nagy százalékban fogyasztják egyszerre a különböző szeszes italokat, tehát keverik

azokat. A különböző italféleségeknek alkalmak függvényében való fogyasztását a 6. táblázat tartalmazza.

Nem észleltünk különbséget a fiúk és lányok között arra vonatkozóan, hogy milyen italt fogyasztanak ünnepek, rendezvények, családi és baráti összejövetelek alkalmával. Mindkét nemre hasonló arányban jellemző a sör és bor fogyasztása, illetve a különböző italféleségek keverése.

Bulik alkalmával történő italozáskor a sör fogyasztása mellett a fiúk 36,2%-a, a lányok 53,8%-a többnyire keveri a különböző italféleségeket. A fiúk 56%-a, a lányok 30%-a állította, hogy bulikban „kever”.

A megkérdezett fiúk 30,66%-a állította, hogy egyedül is fogyaszt alkoholtartalmú italokat, szemben a lányok 18,18%-ával. A fiúk, ha egyedül vannak, leginkább sört fogyasztanak.

c. Arra a kérdésre, hogy „Milyen alkoholt fogyasztasz leginkább?” a megkérdezett egyetemisták többsége azt válaszolta, hogy kever. A minta által leginkább fogyasztott italféleségek fogyasztási arányát a 7. táblázat tartalmazza.

6. táblázat. *Italféleségek alkalmankénti fogyasztásának aránya*

Mikor? / Mit? %	sör	bor	tömény	női ital	vegyes
Ünnepek	7,9	52,5	5,0	2,0	32,7
Rendezvények	41,9	17,4	2,3	2,3	36,0
Családi összejövetelek	15,2	39,1	6,5	–	39,1
Baráti összejövetelek	37,0	9,0	5,0	1,0	48,0
Bulik	41,1	7,4	2,1	–	49,5
Egyedül	55,2	20,07	6,9	–	17,2

7. táblázat. *Leginkább fogyasztott alkoholos ital*

Fogyasztott alkohol	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
Tömény ital	2,0	1,9	1,9	1,9
Bor	11,0	10,2	10,3	12,1
Női ital	8,0	7,4	7,5	19,6
Sör	29,0	26,9	27,1	46,7
Kever	57,0	52,8	53,3	100,0
Összesen	107,0	99,1	100,0	
Nem válaszolt	1,0	0,9		
Összesen	108,0	100,0		

A leggyakrabban fogyasztott alkoholos ital milyenségét illetően a lányok változatosabb képet mutatnak. ($p = 0,011$) Válaszaik árnyaltabbak és jobban különválasztják a különböző italkategóriákat. (8. táblázat)

A megkérdezett egyetemisták a következő tömény italokat nevezték meg: vodka, pálinka (meggy-pálinka, szilva-pálinka), gin, unikum, fernet.

d. A kedvenc italok megnevezésénél általában differenciáltabb választokat kapunk. Erre vonatkozó adatokat tartalmaz a 9. táblázat.

Gyakran előfordul, hogy a megkérdezettek nem válogatnak, olyan szeszest italt fogyasztanak, amilyent a társaság többi tagja vagy éppen „ami van”.

A sört azért szeretik a sörivők, mert jó az íze, egészséges, olcsó, oltja a szomjúságot, nem erős és sokat lehet inni belőle, „anélkül, hogy berúgnál”, nem okoz másodnaposságot.

8. táblázat. *Leggyakrabban fogyasztott ital nem csoportokra bontva*

Nem	Milyen alkoholt fogyaszt leginkább?					Összesen
	tömény ital	bor	női ital	sör	kever	
Fiú	1,3%	8,0%	2,7%	33,3%	54,7%	100,0%
Lány	3,1%	15,6%	18,8%	12,5%	50,5%	100,0%
Összesen	1,9%	10,3%	7,5%	27,1%	53,3%	100,0%

9. táblázat. *Kedvenc italok a nemek vonatkozásában*

Italtípusok	minta %	fiú %	lány %
Sör	47,5	59,7	17,2
Bor	40,6	38,9	44,8
Tömény	20,8	20,8	20,7
Női ital	8,9	1,4	27,6

10. táblázat. *Az italfogyasztás helyszínei*

Fogyasztás helye	Gyakoriság	Százalék	Érvényes százalék	Kumulatív százalék
A kocsmában	26,0	24,1	24,5	24,5
Lakhelyemen	10,0	9,3	9,4	34,0
Bulikban	27,0	25,0	25,5	59,4
Máshol	11,0	10,2	10,4	69,8
Több helyen	32,0	29,6	30,2	100,0
Összesen	106,0	98,1	100,0	
Nem válaszolt	2,0	1,9		
Összesen	108,0	100,0		

A bort azért kedvelik a borivók, mert jó íze van, egészséges, nem erős, feldob és hűsít.

A töményt (vodka és pálinka) azért szeretik az „erőset” ivók, mert keveset kell inni belőle, hogy hatását érezni lehessen és a hatás hamar észlelhető.

A női italokat az ízéért kedvelik („mert finom”).

e. Az italozás helyszíne tekintetében a fiúk és lányok között nincs jelentős különbség. A leggyakrabban megjelölt hely a buli és a kocsmá (10. táblázat).

f. A 11. táblázat adatai arra mutatnak rá, hogy az egyetemisták kiknek a társaságában fogyasztanak alkoholtartalmú italokat. Megállapítható, hogy az egyetemisták egyedül, idegenekkel, munkatársakkal, kollégákkal, rokonokkal, családtagokkal, ismerősökkel, de leggyakrabban barátokkal fogyasztanak szeszes italt.

g. Kutatásunk során azt is vizsgáltuk, hogy mi lehet az italozás motivációja: miért isznak és milyen hatást várnak az italtól. Az erre vonatkozó válaszokat hat kategóriába soroltuk:

1. *A társas együttlét mint motiváció:* itt ilyen válaszokat kaptunk: „a társaságért”, „szórakozásért”, „azért, hogy találkozzam emberekkel”, „elbeszélgetni egy ital mellett”, „a jó hangulatért”, „a buli kedvéért”, „mert alkalom van rá”, „a helyzet megkívánja”.

2. *Belső, lelki okok:* ide sorolható válaszok: „fokozza a kedélyállapotot”, „megszabadít a különböző negatív érzésektől”, „gyógyszer a problémáimra”, „a nehézségek leküzdéséért”, „a felszabadultság érzése miatt”, „a stressz, a feszültség ellen”, „bánatomban”, „hogy kikapcsolódjak”, „nehéz az élet”, „nehéz az egyetemista élet”, „hogy elfelejtsem gondjaimat”, „hogy jól érezzem magam”, „a magány ellen”, „hogy leküzdjem gatlásaimat”, „örömben” stb.

11. táblázat. „Kikkel szoktál inni?”

Kivel iszik	soha	ritkán	gyakran	mindig
Egyedül	81,0%	19,0%	–	–
Idegenekkel	61,2%	36,8%	1,0%	1,0%
Italozó társakkal	51,0%	28,0%	17,0%	4,0%
Ismerősökkel	14,4%	38,4%	38,5%	8,7%
Barátokkal	1,9%	17,7%	43,0%	37,4%
Kollégákkal	25,2%	36,9%	30,1%	7,8%
Rokonok/családtagokkal	18,9%	68,9%	11,3%	0,9%

3. Az *alkoholfogyasztás mint pótcselekvés*: a megkérdezetteknél az alkohol valakinek vagy valaminek a hiányát pótolja. Ide vágó válaszok: „időtöltés”, „menekvés a feladatoktól”, „felelősségtől való menekülés”, „szórakozási forma”, „unalom elűzése”, „nincs mit tenni”, „lázadás”, „nincs pénz más drogra”.

4. *Szociális okok*: rendszerint valaminek a megünneplése ad alkalmat az alkoholfogyasztásra. Pl.: „vizsgasiker megünneplése”, „születésnap”, „névnap és más ünnepek”, „meghívások”.

5. *Hovatartozási motivációs tényezők*: azokat a válaszokat soroltuk ide, melyek azt fejezik ki, hogy az egyén alkalmazkodik az adott társadalmi csoport értékrendjéhez, amelyhez tartozik: „vagányságból”, „egyszer élünk alapon”, „megszokásból”, „hozzátartozik az egyetemistaélethez”, „fiatalok és élük az életüket”, „divat”, „miért ne?”, „csak úgy” stb.

6. *Fiziológiai motivációs tényezők*: „az ízéért”, „mert szeretem”, „mert jólesik”, „egészséges”, „mert kívánom”, „mert felfrissít”, „szomjúság ellen”.

h. Az alkohol fogyasztására vonatkozó okok felsorolásánál a megkérdezett egyetemisták többségükben belső, lelki okokat neveznek meg, azonban ezek szorosan kötődnek a társas együttlélthez.

Az egyetemisták körében az italozás többnyire társaságban történik. Erre utalnak az általuk elmesélt rövid történetek. Azt kértük tőlük, hogy meséljenek el röviden egy-egy olyan italozási esetet, amelyben ők is részt vettek. A történetekből kitűnik, hogy az ivászat általában helyzetekhez kötődik. Ezek a helyzetek sokfélék:

1. *Valamilyen kapcsolódás*: kirándulás, bulizás, találkozók. Az összegyűlt társaság a hangulat kedvéért megiszik valamit, de azután a „többi már jön”, és ez addig tart, amíg „elfogy a pia”.

2. *A cél maga az italozás*: azzal kezdődik, hogy egy személy kijelenti, hogy „menjünk egyet kocsmázni”, „igyunk meg egy sört”, vagy valaki elmegy és megvásárolja a sört. Az italozás rendszerint egy sörrel indul, később folytatódik azzal, „ami van”.

3. *A helyzet nyomása alatt történő italozás*: azok a történetek tartoznak ide, amelyek arról szólnak, hogy az illető személyt meghívják vagy betoppan valahová, ahol éppen isznak, vagy megkínálják itallal. Ide tartoznak a szervezett találkozók is.

A történetek általában a következőképpen végződtek: „addig ittunk, míg elfogyott az ital/a pénz, vége lett a bulinak, kidőltünk”, vagy „roszszul lettem”, „a végére már nem emlékszem”, vagy „hazamentem”.

Az ivások úgy érnek véget, hogy egy adott idő után a történetek szereplői elveszítik önkontrolljukat. Az italozásnak valamilyen külső, (el-

fogy az ital, a pénz) vagy fiziológiai tényező, (hányás, rosszullet) vet végét. Noha egy olyan történetet kértünk, amely a legjellemzőbb, a többség a „leglátványosabb” italozási esetet mesélte el.

A történetekből mindenképp kiderül, hogy az italozás társaságban zajlik, folyamat jellegű és hosszú ideig tart. A fiúk a lányokhoz viszonyítva, hajlamosabbak arra, hogy semmi különösebb cél nélkül (az ivászat a cél) inni kezdjenek, viszont mindkét csoport esetében gyakoribbak azok az esetek, amelyek helyzetekhez kötődnek. A fiúktól eltérően a lányokról elmondhatjuk, hogy magyarázkodnak, tisztázzák, mentegetik magukat, nehezebben ismerik el, hogy italozásokban részt vettek. Erre utalnak a következő kijelentések: „de én nem szoktam”, „de a társaság volt a lényeg”, „de én nem ittam sokat”, „mindenki ivott, hát én is”. Valóban úgy tűnik, hogy a lányok nehezebben mondanak le az előítéletekről, a konformizmusról, kevésbé vállalják fel, hogy isznak, legalábbis nem kérkednek vele, hanem inkább elhallgatják, miként ezt már korábban jeleztük.

A történetek rávilágítanak arra is, hogy az egyetemisták mindig összekapcsolják a bulit, a jó hangulatot, a szórakozást, a társaságot az italozással, függetlenül attól, hogy az előbbi vagy az utóbbi a cél.

i. Az általunk kért zsargonok („Mondj zsargonokat az alkoholos italokra illetve az italozásra.”) fontos, kiegészítő információkkal bővítik a kolozsvári magyar egyetemisták alkoholfogyasztási szokásaira vonatkozó ismérveket. Az ebben a vonatkozásban használt zsargon lehetővé teszi a vizsgált populáció ivási kultúrájába való mélyebb betekintést. Ezek révén megtudjuk a célpopuláció viszonyulását az italozáshoz. Az egyetemisták által megjelölt zsargonok négy kategóriába sorolhatóak:

1. *Italmegnevezések*: pia, beton/lórúgás (vodka sörrel), lé, B-vitamin, S-vitamin (sör), surub (florio vodkával), turbó (bor, rum, vodka keveréke), rigó (szőke és barna sör citrommal), VBK /vadász (vörösbor kólával), gáz, voci, gebula/atom/házi szőttes (szesz vízzel), bomba (sör rummal), bűvár (sör unikummal), kontra bomba (sör, rum, vodka), beton/bűvár (sör, vodka, unikum), anyag, méreg, TGV (tequila, gin, vodka), medvehűsítő, pálilonka (pálinka), bazsi, alpin, koktél/töltött kóla (rum kólával), ghinion secuiesc (székely köményes), örményes (bor likőrrel), folyékony kenyér, R26 (rachiu), és V33 (vodka).

Az italmegnevezések rámutatnak egyrészt arra, hogy milyen italokat ismernek, fogyasztanak a megkérdezettek, illetve a környezetükhöz kapcsolódók. Másrészt a használt zsargon, arra is rávilágít, hogy amikor „vegyest” fogyasztanak, mit mivel kevernek.

2. *Ivás mint cselekedet*: piálás, szeszelés, vedelés, torokba öntés, gurítani, aláírni a kondikát, szívás, drinkelés, tankolás, döntés, lütyülni, hawaikodás, gyorsítás, kanalazás, kimenni az életbe, bevesz a testbe, beüti magát, zalkoholizál, kifesti magát.

3. *A részegség megnevezése*: guggolás, megbuccant, megmecskent, be van állítva, neki reszeltek, elázott, csücsükél, csutak, csákány, atomrészeg, terminátor, megment, berúgott, javítja az óráját, elitta az agyát, be van löve, beszedett, megcsattant, lement a könyvtárba, megsibbadt.

4. *Szólás-mondások*:

- Az alkohol lassan ölő méreg, de nekem van időm.
- Berúgtam, mint az ágyú.
- Aki sokat iszik, hamar sírba viszik.
- Igyál, fiam, mert az hamarabb meglátszik rajtad, mint a tanulás.
- Isten a mennyben, alkohol menj be.
- Ajándék szesznek ne nézd a fokát.
- Olyan részeg vagyok, mint a teke.
- Megrészegedtem, mint az albán számár.
- Iszik, mint a kutya /gödény/csap.
- Bűzlik az alkoholtól.
- Az alkohol öl, butít, és nyomorba dönt.
- Elvágják a filmet.
- Halál a májra.
- Összeesett, mint a cólstok.
- Isten, Isten, de a sör, az sör!

Az italozásra, az italféleségekre, a részegségekre használt kifejezések többnyire szójátékok, eredeti szóképek, amelyek tükrözik az italozáshoz való hozzáállást, és jelképesen megjelenítik a részegségi állapotokat, valamint az alkoholfogyasztás következményeit. Hangnemük könnyed, hu-

12. táblázat. *Alkoholfogyasztás hatása alatti cselekvések*

Viselkedés	Fiú %	Lány %
Úgy viselkedik, mintha semmi sem történt volna	9,31	22,58
Sokat beszél	58,52	58,06
Bulizik, jól érzi magát	78,47	54,83
Hangoskodik	18,62	6,45
Agresszív lesz	7,98	–
Magába zárkózik	3,99	16,12
Hazamegy és lefekszik	23,90	19,35

moros, ami feltételezhetően azt mutatja, hogy az italozást a kikapcsolódáshoz társítják, és nem ítélik el. Az italozás a szórakozás kísérője.

j. Arra a kérdésre, hogy „Mit teszel, amikor nagyobb mennyiségű italt fogyasztasz el?” a megkérdezettek inkább pozitív dolgokat jelöltek meg. A válaszlehetőségek gyakoriságát a 12. táblázat tartalmazza:

A 20 %-nál kevesebb gyakorisággal említett más viselkedések: tovább iszik, hányik, elalszik ott, ahol van, sír, rosszul lesz, kiszámíthatatlanná válik, illetve megvárja, amíg elmúlik az alkohol hatása.

Az alkohol hatása alatt történő leggyakoribb viselkedési formák a következők: sokat beszélnek, buliznak, „jól érzik magukat együtt” (50%). A fiúk (18,62%) inkább hangoskodnak, mint a lányok (6,45%). Az agresszivitásnál is ez a tendencia mutatkozik: a fiúk 7,98 %-a állította magáról, hogy agresszívabbá válik, míg a lányok közül egy sem. A lányok (16,12%) ital-fogyasztás után magukba zárkoznak inkább, mint a fiúk (3,99%). Italozás után a lányok 22,58%-a, a fiúk 9,31%-a úgy viselkedik, mintha semmi sem történt volna. A nemek közötti eltérő magatartás valószínűleg azzal függ össze, hogy a lányok visszafogottabbak, vagy nem isznak olyan mértékben, hogy az alkohol hatása látványosan befolyásolja viselkedésüket.

3.3. Az ital fogyasztás anyagi vonatkozása

Kutatásunk során azt is vizsgáltuk, hogy az egyetemisták átlagban mennyi pénzt költenek italra, és hogy miből fedezik az italozási költségeket. Amint az előbbieken láttuk, a fiúk a lányokhoz viszonyítva többször és több alkoholt fogyasztanak. Az erre fordított pénzösszeg is nagyobb a fiúknál, mint a lányoknál. A lányok többsége (79%) havonta 3,5\$-nál kevesebbet költ italra, ez természetesen a lej dollárárfolyamára átszámítva, ami a kutatás idején maximum 300 000 lej volt. A fiúk között olyan is akadt, aki azt állította, hogy havonta 35\$ költött italra.

A megkérdezettek 78,8%-a be tudta határolni az italra fordított egyhavi pénzösszeget, a többiek az alábbi válaszokat adták: nagyon sokat,

13. táblázat. *Italra költött havi pénzösszeg*

Nem	Mennyit költ italra? / USD (\$)					Összesen
	< 1,80\$	1,81–3,50\$	3,50–10\$	10,01–35\$	35\$>	
Fiú	36,1%	14,8%	29,5%	13,1%	6,6%	100%
Lány	79,2%	12,5%	8,3%			100%
Összesen	48,2%	14,1%	23,5%	9,4%	4,7%	100%

eleget, a legtöbbet, amennyi pénzem van. Az alkoholfogyasztás tehát kemény költségként terheli meg a tanulmányozott célpopulációt.

A kérdezettek többsége, nem osztja be pénzét, nem készít egyéni költségvetést, függetlenül attól, hogy milyen forrásból (otthonról küldött pénz, ösztöndíj, saját fizetés, egyéb anyagi forrás, kölcsön kér) származik a pénze.

Gyakori eset, hogy egymásnak fizetnek. A megkérdezettek 61%-a jelezte, hogy él ezzel a lehetőséggel. Inkább jellemző ez a szokás a lányokra (63,63 %), mint a fiúkra (58,66%).

4. Következtetések

Kutatásunk eredményei egyértelműen mutatják, hogy a kolozsvári magyar egyetemisták főleg társaságban, barátokkal isznak. Motivációs elemként megjelenik a negatív érzelmek elkerülése és a társas kapcsolatok fenntartása.

Az egyetemisták sajátos társadalmi csoportot képeznek, és ez életstílusukban is megmutatkozik, természetesnek tekintik az alkohol jelenlétét kikapcsolódási szokásaikban. Az egyetemisták italozási praktikája a társadalom kulturális attitűdjéből természetszerűen következik.

SZAKIRODALOM

BABBIE, E.

1998 *Társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Budapest, Balassi Kiadó

BUDA Béla, Dr.

1992 *Az alkoholológia új távlatai*. Budapest, Alkoholizmus Elleni Bizottság Kiadó

GRATH, J.–SCARPITTI, B.

1970 *Youth and drugs. Perspectives on a social problem*. Glenview, Foresman and Company

GUREVICS A. J.

1974 *A középkori ember világképe*. Budapest, Kossuth kiadó

MOLES, Abraham

1974 *Sociodinamica culturii*. Bukarest, Editura Științifică

LEHMANN Andreas–GRUNER Wolfgang

2000 *Az alkohol kultúrtörténete*. Székesfehérvár, Magyar Karitás

RANSCHBURG Jenő

1996 *A nő és a férfi*. Budapest, Nemzeti könyvkiadó

SUMNER, W. Graham

1978 *Népszokások, erkölcsök, viselkedésmódok, szociológiai jelentősége*. Budapest, Gondolat kiadó

2000 *Help Ifjúsági Információs és Tanácsadó iroda Csésze, Hamuzó című kiadványa*

<http://people.inf.elbe.hu/subi/alkohol.html>

http://www.freemeb.hu/droglapok/ledain/ledain2_alk.html

3. DROGKÉP

A DROGOKHOZ KÖTŐDŐ LEGENDÁK ÉS RITUÁLÉK

Társadalmunkban nem ismeretlenek a kábítószerekkel való visszaélés következményei, azonban a legtöbben alig vagy egyáltalán nem tudják, hogy honnan erednek, hogyan vertek gyökeret a társadalmi életben, kik használták, milyen célból és főleg hogyan. Ebben a dolgozatban a Peyote-kaktusz eredetét, használatát, történetét mutatom be, valamint a kókalevél és az ópium, illetve a hasisról szóló legendákat.

Peyote-kaktusz: „az istenek teste”

Európában az első feljegyzések a XVI. századi spanyol krónikásoktól származnak. Amikor a spanyol hódítók megérkeztek Mexikóba, felfedezték, hogy az aztékok imádkozás közben különféle kaktuszokat és gombákat fogyasztanak. Az egyik kiemelkedő krónikás Bernardino de Sahagún barát az aztékok szokásait, életvitelét tanulmányozta. Egyik írásában arról tudósít, hogy az indiánok Peyote-kaktuszt fogyasztanak a rítusok alatt, amely rémisztő vagy mulattató víziókat idéz elő. A mérgezés két vagy három napig is eltart, ezalatt az indiánok nem éreznek sem fájdalmat, sem szomjúságot, sem éhséget. Emiatt a Peyote-kaktuszt az istenek testének nevezték.

A spanyol misszionáriusoknak más elképzelésük volt az istenek teste fogyasztásának következményeiről, ezért kiátkozták az „égi növényt”, de az aztékok három évszázadon át tovább használták titokban rituális táncaikhoz a transzállapotok előidézésére. A mexikói curranderók is használták az „égi növényt” jóslásra és gyógyításra.

A Dél-Mexikó fennsíkjain élők a test és lélek táplálékeként tisztelt „szent növényt” a begyűjtésénél is kellő ceremóniával kezelték. Rendszerint októberben, az aratás előtt néhány nappal, imádságos kántálással indultak útnak az expedíciók. Amikor elérték a lelőhelyet, a gonosz szellemek elűzése céljából jobbra és balra nyilakat lőttek ki. Ezután kiásták a

növényt és nagy örömmel vitték haza, hogy felajánlhassák az oltárnál, majd egy részét eladták, egy részét pedig megtartották az ünnepekre.

Ez a rítus mindenütt elterjedt az indiánok között, és a határokat átlépve Egyesült Államokban is megjelent. Alkalmazták az apacsok, a kajovák, az omahák és a komancsok is. A Mescalero-apacsok és a komancso indiánok az úgynevezett peyote-elvonulások során kaktuszból vágott szeleteket vittek az észak-amerikai sztyeppékre. Még az Észak-Amerikai Természetes Templom nevű szekta is használta a vallásos ünnepek alkalmain.

Sahagún barát arra a következtetésre jutott az indiánok tanulmányozása során, hogy a növény használata közel 2000 éves. Ezt az elképzelést viszont Lunholtz dán etnológus megcáfolta. A lávakőfaragványok tanulmányozása során bebizonyította, hogy a tarahumara indiánok már 3000 éve ismerik és felhasználják a növényt (Bayer 1999).

A század elején, pontosabban 1914-ben megpróbálták megállítani a peyote-fogyasztást. Ebből az időből származik a következő történet: egy Nah-quo-tha-tuck nevű indiánnak peyote-ot tartalmazó csomag érkezett a postán, és emiatt bíróság elé állították. Az indián védekezésül felhozta, hogy a növény számukra szent, és csak a vallásgyakorlás alkalmával használják. Thomas Prescott szólt mellette, aki elmondta, hogy amikor papként járt egy dél-amerikai templomban, ott a heti szertartások alkalmával az indiánok ették, vagy teaként itták a növényt. Ugyanakkor ez hozzásegítette őket ahhoz is, hogy felhagyjanak az alkohollal, letelepedjenek, és hasznos józan életet éljenek. Végül a vádlottat felmentették, mivel bebizonyosodott, hogy a növényt csak vallási rítusok alkalmával fogyasztják. Ma már a peyote az ellenőrzött anyagok listáján található, használata csak a bennszülött amerikaiak szektájához tartozóknak engedélyezett.

A kokalevél

A kokalevél, rágásához és használatához több babona, legenda és hagyomány fűződik. Ezeknek többsége még ma is fennmaradt. Bizonyos népek életének jelenleg is szerves része a kókalevél. Említésre méltó, hogy Peruban és Dél-Amerika egyes részein, régi inka sírokban olyan kis szobrocskákat találtak, melyek bizonyítják, hogy a kokarágás még Amerika felfedezése előtt dívott az inkák között. Ezek a szobrocskák arra is rávilágítanak, hogy a Kolumbusz előtti korszakban a kokalevelet valósággal istenítették. Bizonyíték erre az, hogy a különböző istenségek szobrain az arc egyik fele mindig jobban ki van dudorítva, ami a kokarágásra utal.

Több emberi alakot ábrázoló szobrocska tart a kezében kokagombóc készítéséhez használt meszes edényt.

A papok kokalevelet fogyasztottak a transzállapot előidézésére, ugyanakkor az inkák tisztában voltak a koka, illetve a kokából kivont kokain érzéstelenítő hatásával. Ezzel magyarázható, hogy az indián sebészek koponyalékeléssel járó műtéteket tudtak végezni.

Az indiánok lúgos kémhatású anyagokkal keverik a kokalevelet és így rágják. Ilyen anyagok a növényi hamu, mész vagy kagylóhéjpor, amelyek hozzásegítik a kokain felszabadítását a növényi sejtekből. Az indiánok a kokaleveleket tarsolyban viszik magukkal, a tartály pedig a liptánnak nevezett alkáliát tartalmazza. Ezeket a parafernáliákat az ó-perui kispasztikákon is fel lehet ismerni.

A régészek által megtalált kis szobrocskák arra utalnak, hogy az inkák a kokalevélrágást nemcsak szükségletnek, hanem az isteni hatalmak iránti kötelességnek is tekintették. A szertartások alatt a főpapok kokalevelet rágtak, és a szent hajlékot senki nem közelíthette meg, ha szájában nem volt a hagyományos kokagombóc. Ezek a régészeti források is bizonyítják a koka fontosságát nemcsak a mitológiában, de a mindennapi életben is.

A kokakultuszt a kereszténység megpróbálta kiirtani, de három évszázad óta hiába próbálkozik. A régi szokások bizonyos formában mindmáig fennmaradtak, hiszen sok helyen a bányászok, mielőtt leszállnának a tárnába, kokalevélgombócot rágnak, abban a reményben, hogy ezzel megkönnyítik az napi munkájukat, és a szerencsétlenségeket is elhárítják. Ezt a szokást az az ősi mítosz szülte, mely szerint a Coyas-istenek megkönnyítik a föld méhében rejlő kincsek felszínre hozását, ha előzőleg érzik a koka szagát.

Dél-Amerika egyes vidékein az indiánok ma is kokalevelet gyömszölnek halottaik szájába, abban a hiedelemben, hogy így az istenek szívélyesebb fogadtatásban fogják őket részesíteni a túlvilágon.

Az egyik legenda szerint a nagy inka birodalom fölött őrökdő napistenek ajándékozták a kokalevelet az inkáknak, mert a koka (egy korabeli krónika szerint) „jöllaktatja az éhezőket, új erőt ad a fáradtaknak, és felledtetí bánatukat a boldogtalanoknak”. Az inkák a legendák segítségével tartották meg a koka isteni eredetének hiedelmét. Királynőjüknek is a Koka-anya nevet adták az inkák.

A koka eredete a mai napig vitatott. Az Andokban élő lakosság egyik legendája szerint az indiánok Khunu istennek, a villámlás, a dörgés és a hó teljhatalmú urának köszönhetően találtak rá a mennyei növényre. A legenda így szól: valamikor a yunga törzsek nagy bünt követtek el, fel-

gyűjtötták az erdőket. Ezt látva Khunu isten rettenetesen megharagudott, és úgy döntött, megbünteti őket, mert a tűz következtében „felszálló termék pernye vastagon belepte makulátlan hóval borított fenséges palotáit”. A büntetés az volt, hogy elvágta az élelmiszerraktárhoz vezető fő útvonalakat. Ennek következtében az inkák kénytelenek voltak más helyekre vándorolni, és nomád életet élni. Az egyik nap furcsa növényre bukkantak. Mivel más táplálékuk nem volt, annak a levelét kezdték rágni. Hatása csodát művelt: újra erőre kaptak, fáradságuk is megszűnt, és elmúlt az éhségérzetük. A levél segítségével a yunga törzs minden nehézség nélkül megmászta a legnehezebb, legmagasabb hegyeket és szerencsésen megérkezett Tiahuanacóba. Azóta az indiánok soha nem váltak meg a kokától (Bayer 1999).

Az ópium

A pszichikai és fizikai függőséget okozó szerek között a legismertebb az ópium. Annak ellenére, hogy a többi kábítószerrel szemben kultikus célokra nem használták, hosszú története van, és még legenda is fűződik hozzá.

A görögök már Kr.e. a IX. évszázadban ismerték az ópium hatását, a „feledés italaként” használták, és Nepenthesznek nevezték. Homérosz említi az Odüsszeia IV. énekében, hogy Helené, Menelaosz felesége, Télemakhosznak, Odüsszeusz fiának egy olyan varázsitalt adott, mely feledtette vele bánatát (Bayer 1999). Hesziodosz, a görög költő (Kr.e. VIII. század) is említi, hogy az ó-görögországi Korinthoszbán ismerik az ópiumot. Hippokratész, az orvostudomány atyja, fájdalomenyhítőként az ópiumot ajánlotta. Azt is regélik, hogy abban a méregpohárban, amely kioltotta Szókratész életét, a büröklén kívül ópium is volt.

A XV. század kiemelkedő alakja, Paracelsus, a híres svájci orvos, természettudós és bölcselő állítja elő az első ópiumos gyógyszert, és kiválóanyagnak nevezi. Ő maga is ópiumfogyasztóvá vált.

Az ópium alkalmazásának módja változatos: Ázsiában és Észak-Afrikában más anyagokkal keverve teaként isszák, vagy édességekbe keverve fogyasztják, Jávában szívják, majd 1600 körül az ópiumszívást Kínában tökéletesítették.

A szíami királyok már a XIV. században észrevették, hogy az ópium használata aláássa harcosaik egészségét, küzdőképességét, ezért intézkedéseket hoztak a káros szokás megszüntetésére. Indokínában a XVII. századtól ismerik az ópiumot. Ugyancsak ebben a korban vált népszerűvé az

ópium használata Perzsiában az elhízás ellen, és Indiában a mocsárláz gyógyítására.

Az ópium gyógyírként való felhasználására vonatkozóan a régészek 3300 éves bizonyítékokat találtak, hiszen a gyógyítás istennőjét ábrázoló szobor fejét három máktok díszíti, ugyanakkor máktok rajzával díszített ókori római érméket is találtak. P. G. Kritikosz és Sz. P. Papadokisz görög tudósok az ENSZ kábítószer közleményében megjelentettek egy tanulmányt, melyben feltételezik, hogy az ópiumkivonás technikáját Nagy Sándor hadai vitték be Indiába. Ez alátámasztja azt a nézetet, miszerint az ópium nyugatról haladt napkelet, vagyis KisÁzsiából India és Perzsia felé. De az se kizárt, hogy a Nílus partjáról kerekedett útra Kelet irányába (Bayer 1999).

Thaiföld és Burma vidékein található az ópium rejtélyes birodalma. Ezt a vidéket idézi az ópium legendája, amely így szól: „egyszer, valamikor nagyon régen, valahol a kőkolosszusok mögött rejtőző palotájában Nin álomhercegnő a karjaiba zárt egy arra tévedt halandót, s a röpke ölelés megízleltette vele az igazi szerelem gyönyöreit. Amikor magához tért, egyedül találta magát a vad sziklarenetegben. Azt sem tudta, hogyan került az álomhercegnő karjaiba, és arra sem emlékezett, hogy miképpen lobbant lángra lelkében a szerelem. Mindössze azt a titkos ösvényt ismerte, amely a hercegnő palotájába vezet, de nem mert másodszor is elindulni rajta, mert félt, hogy útja immár nem járna sikerrel, és a kudarc csak növelné szenvedését, szertefoszlattná a lelkét melegítő reménységet. Szomorúan tért haza. Hiábavaló volt minden igyekezete, hogy ne gondoljon a hercegnőre. Aztán elhátározta, hogy feleséget keres magának. Régi vágya a házasság után nem hagyta nyugton. Minden éjszaka szerelméről álmodott. Egy éjjel aztán borzalmas álmot látott: lángok emésztették el a hegyi palotát, s szokatlan hangot hallott: ne veszítsd el a reményt. A romok alatt megtalálod a szeretett nő szívét, egy kicsinyke, áttetsző követ. Keresd meg és teljesül a csoda!

Még napkelte előtt elindult a titkos ösvényen. Sietett, hogy mielőbb eljusson oda, ahol megismerte a szerelmet, s megkeresse kedvesének szívét. Már alkonyodott, amikor a még perzselő hamuban végre megtalálta a szenvedéstől megkövült szívét. Otthon valóban megtörtént a csoda: ahogy belépett a házba, a kő átváltozott álmainak asszonyává. Minden éjjel megjelent a hercegnő, s ugyanolyan mámorban éltek, mint első találkozásukkor. Ám, amikor már azt hitte, hogy az újra megtalált szerelem egész életére boldoggá teszi, felesége meglátta a polcon a követ, és kidobta a kertbe. A kő szilánkokká zúzódott, és darabkái parányi magvakká változtak, amelyekből aztán különös virágok nőttek ki: a mák virágai.

A boldogtalan szerelmes kétségbe esett. Egy éjjel aztán ismét megjelent a hercegnő, ezúttal utoljára, és azt mondta: mindennek vége, a szívem összetört, soha nem ölthetek többé emberi alakot. De ha enyhíteni akarod fájdalmad, és ha meg akarod őrizni az egykori boldog percek emlékét, gyűjtsd össze a mákvirág magvából kicsorduló tejet. Szippantsd fel, és egy pillanatra újraélheted szerelmünk gyönyöreit (Kisszékelyi 1998. 87–89.).

Egy másik legenda szerint az ópium azután jelent meg a Földön, miután Buddha, álmának elűzésére kitépte és a földre hullatta szempilláit. Ezekből az isteni szempillákból nőttek ki a mákvirágok.

Egy brahman mese a hasis születéséről számol be. Az „örök élet” italt két démon, Devasz és Aszurasz készítette Visnu sugallatára. Egy hegy segítségével, amelyet hatalmas teknősbéka, Visnu földi megtestesítője hordott a hátán, a két démon habbá verte a Tej-tenger vizét. Miközben a vizet verték, Visnu néhány hajszála belehullott a fehér habba. A hajszálok egy csodálatos völgyben különös növénné változtak, amelyről azt tartották, hogy aki ezt a növényt megízleli, nevetésre fakad, még ha addig a világ legbánságosabb embere is volt (Tanári kézikönyv 1993. 28.). A legenda szerint így született meg a hasis.

A fentiekben említett legendák napjainkban rémmesékké torzultak, a rituálék helyét a visszaélés váltotta fel. A „csodanövények” emberi szenvedések forrásaivá váltak.

SZAKIRODALOM

BAYER István

1989 *A kábítószer*. Budapest, Gondolat

KISSZÉKELYI Ödön

1998 *A bódulat csapdájában*. Budapest, Tankönyvkiadó

DÉVAI Margit

1993 *Tanári kézikönyv: Egészséged testben és lélekben. 2–3 osztály*,
CHEF Hungary

DROGKÉP

A drogfajták ismertetése

1. Az ópium

Az opiátok olyan anyagok, amelyek a központi idegrendszerre hatva a fizikai érzékenységet és az ingerekre való válaszkészséget csökkentik. Narkotikum néven is használatosak (Goode 1989).

Előállítás. Az ópium a máknövény tejnedve, amelyet az éretlen mákfejek bemetszésével nyernek. A fehér színű, folyékony tejnedv a levegő hatására megbarnul és megszikkad. Ez a nyers ópium, amely alapanyagul szolgál több, ma használt drognak.

Az ópium feldolgozását a felhasználási módja határozza meg. Ha morfingyártásra használják (a gyógyszeriparban), akkor aránylag egyszerű tisztítási módszernek vetik alá. Ha közvetlenül gyógyszer (ópiumtinktúra, ópiumpor stb.) készítésére alkalmas ópiumot állítanak elő, akkor több kísérőanyagot távolítanak el. A múltban szívásra alkalmas finomított ópiumot is előállítottak, viszont mára már az ópiumszívást csaknem minden országban betiltották, ugyanakkor ki is ment már a divatból.

Története. Az ópium kb. 2000 éve ismert és alkalmazott gyógyszer. A máktermesztés és az ópium-előállítás bölcsőjének általában a Közel-Keletet, elsősorban Kis-Ázsiát tekintik, és nagyon valószínű, hogy itt fedezték fel a máknövény tejnedvének kinyerési módját.

A máktermesztést illetően bizonyítékok vannak arra, hogy az ókori Keleten a máknövényt gyógyászati és élvezeti célra is használták, de valószínű, hogy nem ópiumot állítottak elő, hanem az összezúzott zöldmák kivonatát alkalmazták.

Az európai mák (a nálunk is használt), valamint az ázsiai mák forrása ugyanaz a *Papaver somniferum*nak nevezett morfintartalmú máknövény, a különbség csupán az, hogy Európában a szemtermesztés, Ázsiában az ópiumtermesztés volt a máknövény termesztésének célja.

Az ópiumot fájdalomcsillapító, bódító, altató hatása miatt csodálatos szernek tartották az orvosok, és ezért gyakran alkalmazták is.

A gyógyszerészet fejlődésére a XIX. század jelentős változásokat hozott, ekkor kezdődött meg a növényi eredetű drogok hatóanyagainak kutatása. Gyógyszerészeti szempontból a morfin és a kodein az ópium két legfontosabb hatóanyaga (Musto 1991).

2. Morfin

Az ópiumból 1806-ban vonták ki először a morfint, és az álmok istenéről, Morpheusról kapta a nevét. Ipari előállítására 1820-ban került sor.

Jellemzői. A morfin tiszta, fehér, kristályos, szagtalan, világosbarna vagy fehér. A patikában tabletták, kapszulák, injektálható oldatok formájába kerül.

Használat. Az injekciós technikát 1850-es években vezették be az általános orvosi gyakorlatba, mert morfininjekcióval sokkal hatásosabban lehetett fájdalmat csillapítani, mint szájon át adott gyógyszerrel. De hamarosan észlelték a morfininjekciónak a mellékhatásait, vagyis azt, hogy addiktív, és nemcsak csillapító, hanem euforizáló hatású, így nemcsak a szenvedőknek jelentette a csaknem azonnali enyhülést, hanem a toxikománok számára is lehetővé tette, hogy elérjék az áhított mámort. Nemsokára az is nyilvánvalóvá vált, hogy az injekciós technika meggyorsítja a függőség kialakulását.

Hatása. A közepes dózisok érszűkítő hatásúak, és elnyomják a normális késztetéseket, az éhségérzetet és a szexuális vágyat. A végtagok elnehezülnek, és a tudat kellemes, zsibbadt állapotba kerül. A fogyasztó fájdalmakat, szorongást nem érez, valóságérzéke teljesen megszűnik.

Nagyobb dózisok hatására, illetve toxikus reakciók esetén a pupillák összeszűkülnek, a vérnyomás leesik, a test kihűl, a bőr elkékekül, sokkos állapot, eszméletvesztés, kóma alakul ki, a légzés leáll, esetleg a fogyasztó meg is hal.

Mint minden opiátszármazék, a morfin is erősen addiktív. De csak lassan és hosszan tartó használat után válik szenvedéllyé.

A morfin alkalmazása már csak ellenőrzött orvosi célból megengedett, és az utcai kábítószer-kereskedelemben ritkán kapható.

3. Kodein

Az ópium hatóanyaga a kodein. Az ópiumban 0,2–0,8%-ban található meg. Mivel az ópiumban ilyen kis mennyiségben található, ezért a kodeingyártás kiindulóanyaga a morfin.

A történelem előtti korok óta ismert kodein a legolcsóbb és leghatásosabb köhögéscsillapító gyógyszer. Fájdalomcsillapító hatása is van.

Használata. Tabletta és szirup formájában használatos. Intravénásan kevésbé hat, mert nehezen oldódik. A narkósok akkor használják, ha más opiátok elérhetetlenek számukra, és megvonásos tünetekkel küzdenek.

Hatása. Ernyedtt, euforikus állapotot, kellemes álmatagságot idéz elő.

Addiktivitás. Hosszú ideig tartó fogyasztás esetén addiktív.

4. Heroin

Előállítás. Az opiátok csoportjába tartozó heroin a morfinnak félig szintetikus előállított származéka, háromszor olyan erős hatást vált ki, mint a morfin, és sokkal addiktívabb nála. A kereskedelmi forgalom számára először Németországban gyártották a századforduló körül (Bayer 1989).

Története. A morfin kémiai feldolgozásának célja az volt, hogy a morfiummolekula módosításával olyan gyógyszereket állítsanak elő, amelyek rendelkeznek a morfin fájdalomcsillapító hatásával, de használatuk nem vezet függőséghez. Azt azonban nem tudták, hogy ezt a célt molekulamánipulációval nem lehet elérni. Akkor úgy gondolták, hogy ha a heroint alkalmazzák a morfium helyett, sikerül a morfinfogyasztást visszaszorítani, sőt gyógyítani is. A heroint eleinte úgy hirdették mint a morfiumentendencencia gyógyszerét. Rövid időn belül kiderült azonban, hogy ez csupán vágyalom, és az is nyilvánvalóvá vált, hogy a függőségi állapot még gyorsabban kialakul, mint a morfiumentendencencia esetében (Bayer 1989).

Fizikai jellemzők. A heroin fehér vagy barna, kristályos, szagtalan, keserű, vízben oldódó por. Színe attól függ, hogy hol gyártották: a mexikói barna, a közép-keleti és az ázsiai fehér.

Használata. A heroinisták nagy része fecskendővel adja be magának a heroint, de orrba felszippantva vagy cigarettába sodorva is alkalmazható. A cigarettás módszert gazdaságtalannak tartják, mivel az anyag jelentős része elszáll a füsttel. Az injekciós módszert „mainlining”-nak, közvetlen útnak nevezik. Ez a módszer gyakran rendkívül primitív, házilag. A heroint vízben, egy hajlított nyelű teáskanálban vagy egy

fémkupakban láng melegénél oldják fel. Az így előkészített oldatot intravénásan bármely vénába be lehet adni, de alkalmazzák az összecsapított bőr felülete alá injektálva is.

A heroin intravénás használatának elterjedése egyrészt azzal magyarázható, hogy ezzel a módszerrel a heroin majdnem azonnal hat, méghozzá a legintenzívebben. Másrészt az amerikai feketepiacon egyre nagyobb méreteket öltött a heroin „hígítása”.

Minél kevesebb heroint tartalmaz az áru, annál többbe kerül. Az illegális laboratóriumoktól a fogyasztóig vezető hosszú úton mindenik láncszem meg akarja keresni a maga maximális hasznát, és a „nagykereskedői”, „kiskereskedői”, és „utcai” árkülönbségeket még fokozni lehet „vágással”. Az a fehér por, amelyet a New York-i utcákon műanyag zacskókban vásárol meg a heroinista, annyira össze van keverve kininnel, prokainnal, tejcukorral vagy mannittal, hogy legfeljebb 5% heroint tartalmaz. Ez a hígított heroin pirula formában véve vagy beszippantva nem elégíti ki a kábítószer-élvezőket, intravénásan viszont igen (Blum 1984).

Addikció. Minden alkalmazási mód addikcióhoz vezet, bár azok, akik orron át vagy cigarettában használják, hosszabb idő alatt válnak függővé. A „hétvégi” szippantók, akiket „chipper”-eknek, magyarul „morzsásoknak” is neveznek, hosszú ideig sikeresen kerülnek el az addikciótól, de gyakran ők is függővé válnak.

A szerhasználat következtében a dependencia igen gyorsan, napi illetve gyakori használat esetén az első és a harmadik hét között alakul ki. A fizikailag dependens heroinfogyasztó ha 4-6 óránként nem jut hozzá az adagjához, jelentkeznek a megvonási tünetek. Hogy kinek mekkora az „adagja”, az attól függ, hogy az illető mennyi heroint használt és mennyi ideig. Azok, akik először használják, 2-8 mg-al kezdenek, de akiknél már kialakult a tolerancia, napi 450-mg-ot is belőnek maguknak.

Hatása. A heroinista „pályafutásának” kezdetén az élvezetet keresi. Sokan váltak úgy a heroin rabjává, hogy előtte már sok anyagot megkóstoltak, de a heroin adta számukra a legteljesebb kielégülést. Aki először próbálja ki, enyhe hányingert érez, esetleg hányik is, de aki hozzászokott a droghoz, a beinjekciózás pillanatában hullámozó eufóriát és izgalmakat él át. A heroinisták nagyon szívesen hasonlítják össze a heroininjekciót a szexuális aktussal, az injekcióstű vénába hatolását a nemi közösüléssel, és a szervezet orgazmusáról beszélnek. Nem véletlen, hogy a heroinisták sok kifejezést kölcsönöznek a szexuális életből: életükben a heroin helyettesíti a nemi életet. A heroinisták ugyanis gyakorlatilag aszexuális lények. Sok közöttük a prostituált, azért hogy a heroin megvételéhez szük-

séges pénzhez hozzájusson, de a szexuális aktusban csak passzív szerepet tud játszani (Bayer 1989).

A belövés rituáléja után a heroinista ellustul, apatikussá, letargikussá, majd érzéktelenné válik. Nem tudatosodik benne sem az éhség, sem a fájdalom, sem a szexuális késztetés. Az alvás és ébrenlét határán lebeg, „nirvána állapot” veszi át a valóság helyét. Az alkoholistától eltérően a heroinista bármikor tudja mozgósítani tanult készségeit, intellektuális feladatokban jól teljesít, ritkán lesz agresszív.

A tolerancia gyorsan alakul ki, és a heroinista ennek arányában rendszeresen növeli a heroinadagot azért, hogy elérje a kívánt hatást. Egy idő után azonban a fogyasztó egyre kevesebb örömet, mámort, eufóriát érez, és az ezután következő adagokkal elsősorban az elvonási tünetként jelentkező fájdalom, depresszió, rettegés elől menekül. Onnan tudja, hogy eljött a következő injekció ideje, hogy a bőre viszketni kezd, előnti az izzadság, az orra folyni kezd, a gyomra felkavarodik vagy görcsöl, forró és hideg hullámok árasztják el a testét, szeme vízenyőssé válik, pupillái kitágulnak, látása kettős lesz. Ettől csak az újabb heroinadag menti meg.

Halálveszély. A heroin-túladagolás letális lehet. A halál oka az agyi légzőközpontok gátlása révén előálló fulladás. Egyes elméletek szerint nem maga a heroin öl, hanem elképzelhető, hogy a hamisításnál használt kinin vagy a durva heroinkeverékek által kiváltott sokkszerű állapot a halál közvetlen oka (Blum 1984).

Az esetleges túladagolás esetén van hatékony orvosi kezelés. Az áldozatnak Narcant vagy Nallinet adnak. Ezek a szerek a heroin veszélyes nyugtató hatását visszafordítják. Csak orvosi felügyelet mellett alkalmazhatók.

5. Metadon

Mivel sikertelenek voltak azok a próbálkozások, hogy félszintézissel olyan anyagot hozzanak létre, amellyel helyettesíthető lenne a morfium, megelőzve a függőség kialakulását. A XX. század 30-as éveiben az érdeklődés az erős hatású fájdalomcsillapítók kémiai szintézissel való előállítása felé fordult. Ilyen szintetikus anyag a metadon. Az új vegyület esetében sem lehetett a fájdalomcsillapító-hatást a függőség kialakulásának veszélyétől elválasztani.

Története. A II. világháború előtt és alatt a német gyógyszeripar végzett lényeges kutatómunkát a metadon előállítása érdekében. Ennek ma-

gyarázata, hogy Németország már készült a II. világháborúra, és a felkészülés során figyelembe vette az I. világháború tapasztalatait, amikor a központi hatalmak tengerentúlról való elzártsága ópiumhiányhoz vezetett. A németek számoltak azzal, hogy a háborús sérültek ellátásához sok morfiumra lesz szükség, ennek nyersanyaga viszont kizárólag az ópium volt. Ezt az ellátási nehézséget lehetett kikerülni új, ópium nélkül is előállítható, szintetikus fájdalomcsillapítóval (Blum 1984).

Használat. A metadon fehér, kristályos por, amelyet tablettá formában vagy italokba keverve orálisan használnak. Injekcióban ritkábban adják, de tiltott forrásokból így is előkerülhet.

Hatása. A metadon fájdalomcsökkentő hatása gyengébb a morfiuménál, és 24 órán át megmarad. Az elmúlt évtizedekben világhírnévre tett szert az ún. metadonfenntartó-terápia révén. A heroinfüggők elvonókúrájában alkalmazzák a metadont, mert kémiai gátolja a heroin utáni vágyakozást, és nem idézi elő a heroinra jellemző kéjes, euforikus állapotot. A szer nem vonja maga után a tolerancia kialakulását. Mellékhatásai lehetségesek, de nem okoz maradandó fiziológiai károsodást, és a tudat is tiszta marad a hatása alatt. Ha a metadondependens nem jut hozzá a szokásos adaghoz, fellépnek a megvonási tünetek, tehát a szer addiktív.

6. Barbiturátok

A barbiturátok megjelenése az emberiség örök nyűgének, az álmatlanságnak és a szorongásnak megszüntetését jelentette, de hamarosan kiderült, hogy a szer nagyobb bajt okozott, mint maga a betegség.

A barbiturátokat először 1684-ben szintetizálták Belgiumban, de 1903-ig nem indult meg forgalmazása. 1912-ben a Luminal (barbiturátszármazék) népszerűvé válását több mint 2500 barbitursav-származék követte, azonban csak az 1930-as években jelentek meg olyan bizonyítékok, melyek a vegyületek rossz mellékhatásait jelezték. A barbiturátok csoportjába tartoznak a nyugtatók, altatók, pszichostimulánsok és az erős fájdalomcsillapítók (Diazepan, Seduxen, Amobarbitar, Ciclobarbitar, Benzodiazepinek).

Jellemzők: A szert fehér por alakjában, színesen kapszulázva, tablettázva, végbélkúpban, injekciózásra alkalmas oldat formájában forgalmazzák.

Használat: A kábító hatású nyugtatók és altatók receptre felírhatók, törvényesen beszerezhetőek, nagyobb adaghoz általában illegálisan jutnak hozzá a fogyasztók. A hatás erőssége attól függ, hogy milyen gyorsan

megy át a testen, amely személyenként és a személy állapotának függvényében változik.

A barbiturátokat gyakran használják opiátokkal, antihisztaminokkal, hipnotikumokkal vagy alkohollal keverve. Ezáltal növekedik a túladagolás veszélye, amely végzetes is lehet. Legveszélyesebb kombináció a barbiturátok keverése amfetaminokkal. Gyakran váltakozva használják a két szert, először amfetamint, amely „gyorsulást” okoz, majd „pihenőnek” barbiturátokat szednek. Ez az ördögi kör pszichózist idéz elő és életveszélyes. A heroinisták gyakran használnak barbiturátokat, ha nem jutnak heroinhoz.

Hatásuk: Előírás szerinti alkalmazás vagy használat esetén nyugtató és altató hatásuk van. Rövid távú hatásuk az alkoholéhoz hasonló.

Addiktivitás: A barbiturátok használata a szervezetben erős függőséget alakít ki, és a jelentkező megvonási tünetek is veszélyesek. A napi 100-200 mg-os adag még nem okoz dependenciát, viszont a napi 600-800 mg-os adag 1-2 hónap alatt fokozatosan tolerancia kialakulásához vezet. A szervezet függővé válik.

7. Alkohol

Használata évezredekre nyúlik vissza. Az első írásos emlék a bor használatáról tesz említést Egyiptomban, Kr. e. 3500-ban. A desztillálás módszerét mintegy ezer éve ismeri az emberiség, a sörgyártás pedig hét-száz éves múltra tekint vissza. A szerves italok gyártására és forgalmazására vonatkozó első törvényt az angol parlament hozta, 1751-ben. Az alkohol fogyasztása körülményekhez kapcsolódik és az ivászat szociális jellegű. Mind a vallási, mind a családi ünnepek alkalmával alkoholt szolgálnak fel, hogy az emberek jól érezzék magukat. Az alkoholfogyasztás rövid, de erős relaxációs érzést vált ki. Vannak emberek, akik depressziójuk kezelése céljából kezdenek inni.

Az alkoholfogyasztást befolyásoló másik ok, hogy az ital bárhol megtalálható, aránylag olcsón. Az alkoholról a reklámok és a szórakoztatóipar azt terjeszti, hogy fogyasztása elfogadott, normális, természetes, divatos. A sörreklámok asszociálják a sört a sporttal, autókkal, szexszel és a bátorsággal.

A szeszipar a női és férfi egyenlőségre is próbált alapozni: ha egy nő úgy tud dolgozni, mint egy férfi, akkor úgy is tud inni. E célból az alkoholyártó ipar termelni kezdte a likőröket. Becslések szerint a nők 55%-a fogyaszt szeszes italokat, és 3%-a kemény ivó. Viszont kevésbé köztudott, és a reklámok sem tartalmazzák, hogy a nő hamarabb intoxikálódik, mint

a férfi. Ennek oka, hogy az alkohol a testen belül vízben jobban oldódik, mint zsírban. Mivel a nők inkább hajlamosabbak a kövérségre, mint a férfiak, és a férfiakhoz viszonyítva átlagban kisebbek, a női szervezetben az alkohol kevésbé vagy lassabban oldódik, nagyobb a koncentrációja, intenzívebb a hatása. Kísérletek azt is kimutatták, hogy a gyomorban található enzim, amely gyengíti az alkohol hatását, még mielőtt a vérbe kerülne, a nőknél kisebb mértékben termelődik. Ez magyarázza az alkoholfogyasztás eltérő hatását a nők és férfiak közti viszonyításban.

Előállítás. A szeszes italokat általában erjesztéssel nyerik különböző cukortartalmú növényi anyagokból, de szintetikusán is előállíthatók.

Hatása. Az emberi szervezetre gyakorolt hatása függ az elfogyasztott alkohol testtömegre jutó mennyiségétől. A heveny alkoholmérgezés tünetei közismertek.

A részegség jellemzői: izgatottság, később bágyadtság, csökkenő gátlások, növekvő önbizalom, reflexek lelassulása, gyenge ítéletalkotás.

Idült alkoholfogyasztás esetében az évek során az általános fizikai állapot romlik, minden szerv károsodik, csökken a szervezet ellenállóképessége.

A függőséget tekintve az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint alkoholistának tekinthetők azok a rendszeresen és nagymértékben italozók, akik függőségi viszonyba kerültek az itallal. Ezáltal testi- és lelkiállapotuk, társadalmi munkájuk és személyiségük súlyos zavart szenved. A fizikai függőség az ital hiányában jelentkező megvonási tünetekben nyilvánul meg.

8. Ragasztók, szerves oldószerek – a szipuzás

1959-ben ismeretlen intoxikációs módszernek számított a ragasztók szipuzása az Egyesült Államokban. Ezután megjelentek különböző újságokban a szipuzásról szóló cikkek, s így önkénytelenül is ötletet adtak az olvasóknak a narkotikus állapot kipróbálására, így ez egyre gyakoribbá vált.

A kábítószerekhez nehezen lehet hozzáférni, míg a szerves oldószerek a világ minden részén, még az iparilag legfejletlenebb országokban is aránylag könnyen hozzáférhetőek. Ezért egyáltalán nem lehet véletlennek tekinteni, hogy a világ egymástól távol eső partjain, egymástól függetlenül kezdett terjedni a szeroldókkal való visszaélés. Így például az észak-amerikai indiánok és eszkimók körében járványszerűen terjedt el a szerves oldószerek szippantása, Kuvaitban a benzinszippantás vált tö-

megjelenéssé, Lengyelországban pedig a 60-as években a „tri-hullámot” észlelték, az iparban oldószereket, és száraz, vegytisztításra használt triklon-etilént szippantottak a munkások.

A kiváltó okok eltérőek, de a jelenségben mégis fellelhető egy közös vonás: az alkoholisták tértek rá erre a szokásra, Kuvaitban pedig az alkohol hiánya lehet a magyarázat kulcsa.

Magyarországon a szipuzás jelentős szerepet játszott a „drogkultúra” kialakulásában. Az Egyesült Államokban a fehér ifjúság körében a marihuánaszívás jelentette a droghullám kezdetét. A szerves oldószerek szippantása, a „szipuzás”, leggyakrabban műanyag zacskóba helyezett ragasztószerből a szerves oldószer gőzeinek belélegzését jelenti. Általában kevésbé iskolázott környezetből kerülnek ki fogyasztói. Az oldószert műanyag zacskóba helyezik, ezt a fejükre húzzák és gőzét belélegzik.

A szeszfogyasztás és szipuzás annyiban tér el egymástól, hogy a szipus a szerves oldószer belélegzésével részegségi állapotra törekszik, az alkoholfogyasztók többségének viszont nem ez a célja.

Hatása: A szokásos ragasztóadag egy vagy két tubus, néhány órás periódus alatt. Ennek nyomán negyed óra múlva néhány óráig tartó narkózis érhető el. Ezen anyagok belélegzése az alkoholéhoz hasonló hatást vált ki, nagyobb mennyiségben hallucinációk léphetnek fel. Eufóriás közérzetet idéz elő, oldja a szorongást és gátlásokat, megszünteti a sikerelenség érzését. Ragasztófogyasztás következtében nyugtalanság, zavartság, szédülés, tér- és időérzék torzulása, hányinger, eszméletlenség léphet fel.

Addikció. Mivel aránylag olcsó és könnyen hozzáférhető, használata nagyon elterjedt. A függőség hetenkénti használata esetén három hónap alatt alakulhat ki. A megszokás miatt egyre nagyobb dózisokat kell használni, ugyanolyan intenzitású hatás kiváltásához.

A szipuzás sajátos módszerének (fejre húzott zacskóból való kiszívás) gyakori következménye a fulladásos halál. A szipusok többsége, a 8–16 év közötti korosztályból kerül ki.

SZAKIRODALOM

ALBERT-LŐRINCZ Enikő

1999 *A drogjelenség mint adaptációs probléma*. Kolozsvár, Kom-Press Kiadó

BAYER István

1989 *A kábítószer*. Budapest, Gondolat.

BLUM, Kenneth

1984 *Handbook of abusable drugs*. New York, Gardner Press, Inc.

GOODE, Erich

1989 *Drugs in American Society*. NY, McGraw-Hill Publishing. (1. ed.: San Francisco, 1972)

MUSTO, David F.

1991 Opium, cocaine, and marihuana in American History. In: Wilson T. Hugh (ed.): *Drugs, society, and behaviour*. Guilford, Brown & Benchmark, 6–12.

A DROGFOGYASZTÁS SAJÁTOSSÁGAI A GENDER FÜGGVÉNYÉBEN

(Amerikai kutatások alapján)

A nők egyre inkább felzárkóznak a férfiak mellé az alkohol fogyasztása és a droghasználat terén, de sokkal nagyobb árat fizetnek érte, mivel az ő esetükben az alkohol gyorsabban hat, könnyebben kialakul az addikció, és hamarabb fejlődnek ki a különböző szerek használatával kapcsolatos betegségek.

Manapság Amerika-szerte 3,5 millió nő él vissza vagy használja helytelenül az előírt gyógyszereket és 3,1 millió használ illegális drogot. Minden ötödik terhes nő (ez évente 800 000 személyt jelent) cigarettázik, alkoholt fogyaszt vagy drogot használ, ezáltal veszélyeztetve saját és újszülöttje egészségét. A nők szerhasználata bizonyított kapcsolatban van a nemi erőszak okozta áldozatul eséssel, a nem kívánt terhességgel, a tüdőrákkal, a májcirózissal és az AIDS-szel valamint a gyermekek ellen elkövetett erőszakkal. Íme néhány statisztikai adat: közel 70 százaléka azoknak a nőknek, akik drogot fogyasztanak, gyermekkorukban szexuális erőszakot éltek át. Férfiak esetében ez az arány 12%. Az AIDS-es nők szintén 70 százaléka a tűk többszöri használatának, valamint fertőzött személlyel folytatott szexuális kapcsolat következtében kapta meg betegségét (www.thedailyapple.com).

A nők körében terjedő addiktív magatartások megfékezése érdekében olyan átfogó kezelésre van szükség, amely az egészségügyi problémák és a kóros viselkedések megelőzését és kezelését is célul tűzi ki. Ellensúlyozni kell a droghasználat következtében fellépő rendellenességeket. Ilyenek például a következők:

- alultápláltság;
- alacsony önértékelés;
- depresszió;
- érzelmi erőszak;
- terhesség esetén korai szülés;
- magas vérnyomás és szívritmus, szexuális úton terjedő betegségek, HIV/AIDS.

A nők sajátos stigmatizációval szembesülnek drogfogyasztó magatartásuk miatt, és diszkrimináció tapasztalható kezelésükben, valamint a különböző kutatási programokban való részvétel tekintetében. Az 1970-es évekig a szakirodalom sem foglalkozott külön a nők drogfogyasztó magatartásának kérdéskörével. A kezelési folyamat széles körben férfiakra volt „szabva”, a különböző programok éveken át egyszerűen nem fogadtak be nőket. A nők esetében szigorúbbak a droghasználat jogi következményei is.

A nők droghasználatára és a kábítószerhez való viszonya gyakran összefüggésben van a családban tapasztalható erőszakkal, valamint a család és a gyerek iránti felelősségvállalással (www.drugpolicy.com).

Az 1980-as években a média által terjesztett vitafórumokon a nők, és különösképpen a terhes nők számára kiszabható büntetések megszigorítását propagálták. Széles körű visszhangot váltottak ki azok az alá nem támasztott, félrevezető történetek, amelyek a kokain szülés előtti hatásait emelték ki. Ezek a szenzációkeltő és gyakran pontatlan hírek arról próbálták meggyőzni a hallgatóságot, hogy a kokain használata a terhesség ideje alatt elkerülhetetlen módon szignifikáns és helyrehozhatatlan károkat okoz a fejlődő magzatban. Később, az alaposabb kutatások megállapították, hogy a kokain hatása a fejlődő magzatra eltúlzott volt, és hogy más tényezők felelősek azokért a betegségekért, melyeket korábban a kokain használatának eredményeként tüntettek fel. A törvényhozók a média nyomására a 80-as évek közepén számos törvényjavaslat-csomagot terjesztettek elő terhes nők drogfogyasztásának szabályozására. Következésképpen 18 amerikai államban módosították a gyermekek jólétével és egészségének védelmével kapcsolatos jogokat. Ezek a törvények a terhes nők szerhasználatának következményeire vonatkoznak. Egyes államokban például a terhes nő droghasználatára csak a szülői alkalmasság felülvizsgálatát jelenti, míg más államokban az elhanyagolás feltételezését, vagy feljogosít arra, hogy a szülői jog elvesztésére vonatkozó bírósági eljárást elindítsák. Jóllehet egyetlen állam törvényhozó testülete sem rendelt el olyan szabályzatot, amelyben a terhes nők büntethetőek, 30 államban több mint 200 személy bűnvádi eljárás alatt áll. Egy bírósági határozat értelmében Dél-Karolinában az a terhes nő, aki tiltott drogot fogyasztott, gyermek ellen elkövetett visszaéléssel vádolható és maximum 10 év börtönbüntetésre ítéelhető (www.drugpolicy.com).

Habár a férfiak számszerűleg még mindig jóval meghaladják a nőket a droggal kapcsolatos letartóztatásokat illetően, a nők képezik azt a leggyorsabban növekvő társadalmi csoportot, akik droggal kapcsolatos bűnökért kerülnek börtönbe. 1986-tól a nők száma a börtönökben 400%-kal

növekedett, ugyanez színes bőrűeknél eléri a 800%-ot (az adatok az Amerikai Egyesült Államokra vonatkoznak). A nők ugyanakkor súlyosabb elbírálásban részesülnek. Ez a helyzet nagyrészt annak tudható be, hogy a nők visszautasítják vagy elhanyagolják a férjük vagy a barátjuk cinkosságát igazoló bizonyítékok benyújtását. A férfiak sokkal könnyebben „kiadják” nőnemű cinkostársaikat egy enyhébb ítélet érdekében, mint fordítva (www.drugpolicy.com).

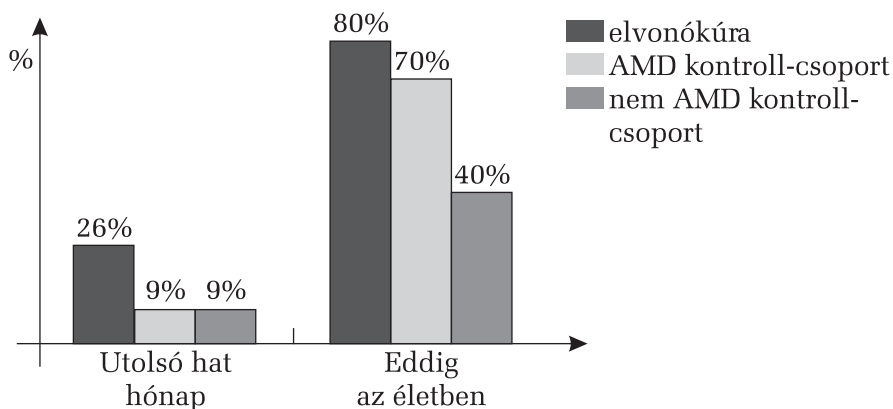
Droghasználat és a családban előforduló erőszak

A legáltalánosabban használt eszköz a partnererőszak felbecslésére, megállapítására a CTS (Conflict Tactics Scale) (Strauss–Gelles 1990. 113–132.). Speciális cselekvés-megnevezéseket használnak a csekély és heves erőszak felmérésére. Heves erőszakról a következő viselkedési formák kapcsán beszélnek a szerzők: rúgás, ütés, harapás, verés, fullasztás, késsel vagy fegyverrel való fenyegetés.

A nyomon követett időintervallum a felmérés pillanata előtti hat hónaptól – akár az egész addigi életre vonatkozhat. A NIDA (National Institute on Drug Abuse) által finanszírozott kutatásban Brenda A. Miller és kutatótársai (1998) a nők alkohol-, valamint más drogok fogyasztása és az általuk elszenvedett erőszak közötti kapcsolatot vizsgálták. A kérdés mind a két irányban feltehető: mennyire befolyásolja a nők droghasználata az általuk elszenvedett erőszakot, valamint mennyire vezet az elszenvedett erőszak droghasználathoz, illetve drogfüggőséghez?

A kutatásban résztvevő 609 nő három különböző státussal bírt: elvonókúráról kikerült páciensek ($n=157$), menhelyről származók (erőszak miatt) ($n=144$) és természetes, megszokott közösségükben élők, vagyis a kontrollcsoport ($n=308$). A kutatás során figyelembe vették azt is, hogy a különböző földrajzi környezetben kialakult szocio-kulturális kontextus meghatározhatja a partnerkapcsolatokban jelenlévő erőszak mértékét. Az alkalmazott kutatási módszer az interjú volt.

Első lépésként a nőket arról kérdezték, hogy milyen gyakorisággal fordult elő erőszak a partnerükkel való kapcsolat során az életükben, valamint az utolsó hat hónapban. A hitelesség érdekében a kontrollcsoportot és a menhelyről származók csoportját két alcsoportra osztották aszerint, hogy fogyasztanak-e *alkoholt vagy más drogot* (a grafikonban ezt a kifejezést AMD-vel jelöljük) vagy nem. Az AMD csoportba kerülés a következő három kritérium bármelyikének a megléte esetén jött szóba:



1. ábra. Partnererőszakot szenvedett és elvonókúrában részesült nők aránya

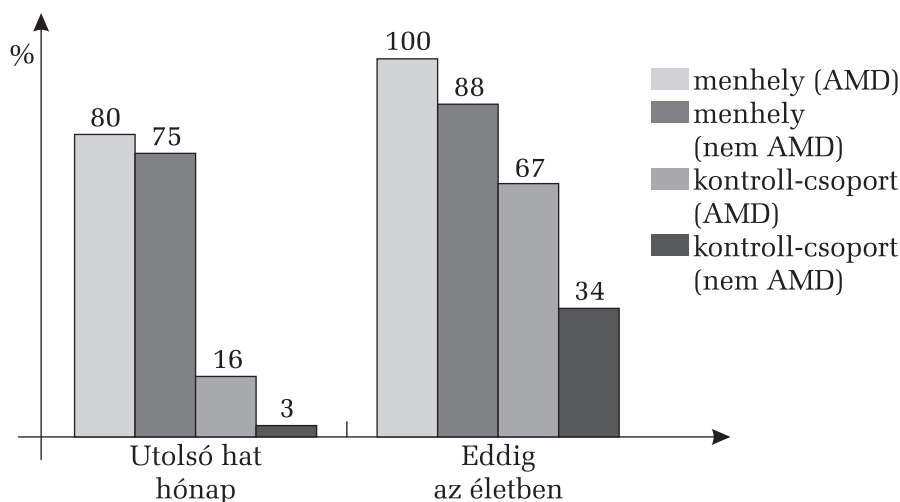
a) bármilyen drog napi használata; b) bármilyen rendszeres droghasználat, tolerancia- és elvonási tünetek jelenléte; c) alkoholfüggő diagnózis.

A grafikon a heves partnererőszak arányát szemlélteti az elvonókúrában részesült nők és a kontrollcsoport között, melyből jól kitűnik az, hogy a kezelésben részesült nők szignifikánsan (posthoc test, $p < 0,05$) több erőszakot szenvednek el, mint a kontrollcsoportban levő társaik, jóllehet ezek között is szignifikáns a különbség az életük során elszenvedett erőszakot illetően.

Egy másik összehasonlítás a partnererőszak arányát veti össze a menhelyről származó nők és a kontrollcsoport között. Mind a két csoport további két csoportra oszlott annak függvényében, hogy fogyasztanak alkoholt vagy más drogot vagy nem. Az alábbi grafikon szemlélteti a kapott eredményeket:

A grafikonon látható, hogy az utolsó hat hónapban elszenvedett erőszak alapján látványos különbség mutatkozik az említett csoportok között. Szignifikáns eltérés van az első két oszlop és a második két oszlop adatai között, vagyis a kontrollcsoportok és a menhelyi csoportok között. Az eddigi életre vonatkozó erőszak esetében (második oszlopsor) is lényegesek a különbségek a menhelyi, illetve kontrollcsoportok között. Alig van különbség azonban a menhelyiek esetében a szerfogyasztó és absztinens alcsoportok között. Azt mondhatnánk, hogy úgy tűnik, nincs lényeges jelentősége a menhelyről származó nők drogfogyasztó vagy absztinens magatartásának az elszenvedett erőszak mennyiségét illetően.

Az 1. táblázat az előbbieken említett csoportok által elszenvedett heves partnererőszak-viselkedést és ezeknek az arányait mutatja be.



2. ábra. Partnererőszakot szenvedett és menhelyre került nők aránya

A táblázat több fontos dologra hívja fel a figyelmet. Elsősorban azt láthatjuk, hogy nincs lényeges különbség a menhelyről és az elvonókúráról származó nők esetében. Egyetlen erőszak típus sem bizonyult statisztikailag szignifikánsnak. Ez az eredmény azért meglepő, mert jöllehet magas értékeket feltételeztek a menhelyről származók esetében (elvégre

1. táblázat. A partnererőszak aránya közösségek szintjén

Erőszak típusa	Elvonókúra (1)	Menhely (2)	Kontroll (AMD) (3)	Kontroll (nem AMD) (4)	Posthoc szignifikancia
Ütés ököllel	80	86	54	22	1,4; 2,4; 3,4; 1,3; 2,3
Ütés tárgygal	69	67	40	13	1,4; 2,4; 3,4; 1,3; 2,3
Verés	79	82	50	21	1,4; 2,4; 3,4; 1,3; 2,3
Égetés, forrázás	10	6	5	2	1,4
Fullasztás	66	64	38	11	1,4; 2,4; 3,4; 1,3; 2,3
Nemi erőszak	44	51	37	12	1,4; 2,4; 3,4

azon személyek, akik menhelyre mennek, nagy valószínűséggel éppen az elszenvedett erőszak miatt teszik ezt), az elvonókúráról kikerült személyek sem maradnak el a tapasztalt erőszak mértékét illetően.

Másrészt viszont a kontrollcsoport két alcsoportját vizsgálva észrevehető, hogy hatalmas különbségek vannak közöttük az elszenvedett erőszak mennyiségét illetően. Ezek a különbségek sok esetben két- vagy háromszorosnál is nagyobbak az AMD csoport rovására.

Vajon kijelenthetjük-e, hogy az átélt erőszak (pl. a partnererőszak) növeli az alkohol- vagy drogfüggőség kialakulásának veszélyét a nőknél? Miller és kutatótársai a gyermekkorban elszenvedett erőszak vizsgálata kapcsán arra a következtetésre jutnak, hogy létezik ez a kapcsolat. Ennek egyik oka a poszttraumatikus stresszszindróma lehet. Más megközelítés szerint az alkohol vagy más drog használata hibás megküzdési mechanizmusként is értelmezhető.

Bizonyítékok léteznek arra vonatkozóan is, hogy az alkohol és más drogok használata megteremtheti a feltételeket az erőszak elszenvedésére. Statisztikailag, ha két változóként értelmezzük a drogfogyasztást és az elszenvedett erőszakot, azt mondhatjuk, hogy stochasztikus kapcsolat van közöttük, vagyis az egyik változó hatással van a másikra, de nem határozza meg annak értékeit egyértelműen (Mezei-Veres 2001).

A droghasználat néhány nemi sajátossága

Átfogó adatok léteznek annak bizonyítására, hogy bizonyos drogok másként hatnak a különböző nemű fogyasztók esetében (Lex 1991).

Állatokon (pl. kísérleti egereken) végzett kísérletek tanúsítják, hogy a nőtények nagyobb adagot fogyasztanak el az opiátokból, mint a hímek. Ellenben a megvonási tünetek a hímeknél hangsúlyosabbak (Klein et alii 1993).

Érdekes összefüggéseket tárnak fel azok a laboratóriumi kutatások, amelyek során a stressz és az opiátok fogyasztásának mennyisége közötti összefüggéseket vizsgálták. Fizikai stresszorok esetében (pl. immobilizálás, gyenge elektromos sokk a lábba) megnövekedett a hímek opiátfogyasztása szemben az olyan helyzettel, amikor nem voltak stressz körülmények.

A nőtény egerek esetében a megjósolható elektromos sokk jobban megnövelte az ópiumfogyasztást, mint a meg nem jósolható stresszorok esetében, viszont ez utóbbi a „nem-stressz” hatással szemben csak alig a

fél populációban váltott ki nagyobb ópiumétvágyat (Klein et alii 1993). Ez a megfigyelés azt mutatja, hogy az egyedek közötti nemi különbségek igen fontosak a fogyasztást illetően (Klein et alii 1993).

Emberek esetében a nikotin és az evés közötti összefüggés vizsgálata felszínre hozta azt a tényt, hogy a nemek között különbség van a cigaretta-zás abbahagyása és az utána következő súlygyarapodás között.

Ezek a kutatási eredmények újabb, a diétával, kedélyállapottal és stresszel kapcsolatos kutatásokat indítottak el. Megfigyelhető volt az is, hogy a droghasználat (más mint a nikotin) és az evési szokások közötti összefüggés nemek szerinti különbsége azért lényeges, mert befolyásolhatja a nők, illetve a férfiaknál alkalmazott kezelési stratégiákat.

A droghasználat, az evés és a gender közötti összefüggések bonyolultak, de a klinikai gyakorlat szempontjából hasznos lenne ezen összefüggések felderítése.

A kezelés szempontjából fontos, hogy a nők és a férfiak különbözőképpen reagálnak bizonyos kezelésekre. Ezek a különbségek a következő szükségyszerűséget hangsúlyozzák: átfogó szolgáltatások létrehozása, figyelem az erőszak hatásaira, felismerni a stresszhelyzetek hatásait, egészségügyi ellátás biztosítása.

A férfiorientált programok, kezelések elégtelennek vagy alkalmatlannak bizonyulhatnak a nők esetében még akkor is, ha ezek sikeresek a férfiak esetében.

A helyzetet nehezíti, hogy a nők általában nehezebben egyeznek bele, hogy vizsgálati alanyként szerepeljenek, de a fent említett adatok arra engednek következtetni, hogy nagyobb odafigyeléssel és sajátos módszerekkel kell viszonyulni a nők szerhasználatához.

SZAKIRODALOM

KLEIN, L. C.–SHAHAM Y.–ALVARES K.–GRUNDBERG N.E.

1993 Effects of stress on oral Fentanyl Consumption in Female Rats. *Paper presented at the 101st Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Canada 1993*

LEX, B. W.

1991 Some gender differences in alcohol and polysubstance users. *Health Psychology* 10. 121–132.

MEZEI Elemér–VERES Valér

2001 *Társadalomstatisztika*. Kolozsvár, Egyetemi Könyvkiadó

MILLER, Brenda A.

1998 *Partner violence experiences and women's drug use: exploring the connections*. NIDA.

STRAUS, M. A.–GELLES, R. J.

1990 Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. In: Straus, M. A.–Gelles, R. J. (eds.): *Physical Violence in American Families; Risk Factors and Adaptation to Violence in 8.145 Families*. Transaction Publisher, New Brunswick.

WETHERINGTON, C. Lee–ROMAN, Adele B.

1998 *Drug addiction research and the health of women*. NIDA

www.thedailyapple.com

www.drugpolicy.com

4. DROGHATÁS

A KÁBÍTÓSZEREK FIZIOLÓGIAI HATÁSAI

A pszichotrop szerek különleges hatóerejüknek tulajdoníthatóan a mentálisan egészséges egyéneket is a valóság elől „kémiai vakációra” röpítik. Ez a különleges hatóerő felelős a fizikai és pszichikai függőség kialakulásáért. „A kábítószerekkel való visszaélés általános értelemben az adott kultúra által elfogadott, orvosi vagy társadalmi normákkal ellentétes magatartásmód, amely a drogok önkényes adagolását jelenti, azzal a céllal, hogy azonnali kielégülést, mámort, jó érzést váltson ki” (Fürszt 1998. 280.). Nem minden egyén reagál azonos módon a pszichotrop szerekre. A szervezet drogok általi vulnerabilitását (sebezhetőségét) több tényező is befolyásolja, így bizonyos pszichológiai kórképek, életkor, szociológiai faktorok és genetikai tényezők. Ezek hatása azonban még nem eléggé tisztázott (Fürszt 1998).

A fiziológiai hatások megértése érdekében fontos néhány fogalom tisztázása.

Politoxikomániáról akkor beszélünk, amikor a legális vagy illegális drogokat halmozottan használják (Fürszt 1998. 290.).

Dependencia, függőség kialakulásáról akkor beszélünk, amikor az adott szer megvonására jellegzetes, az adott drog által generált hatásokkal ellentétes tünetek jelentkeznek, és amelyek teljesen megszüntethetők az adott drog újraadagolásával (Comer 2000). A megvonás esetén jelentkező jellegzetes tünetegyüttest *elvonási tüneteknek vagy absztinenciaszindrómának* nevezzük. Az elvonási tünetek jelentkezése a szer megvonása esetén azzal magyarázható, hogy a szer adagolása során a drog koncentrációja a vérben, valamint az agyban megnő, új egyensúly, új homeosztázis alakul ki, az elvonás pedig ennek az egyensúlynak a felbomlásához vezet, amelyre a szervezet a drog által létrehozott hatással ellentétesen reagál (Fürszt 1998).

A *kereszttolerancia* azt jelenti, hogy amikor az egyén egy bizonyos drog adagolása során eljut arra a pontra, hogy a kezdeti adag állandó növelésével sem képes már elérni az eredeti mámoros, örömteli, feldobott állapotot, akkor a visszavonási tünetek az azonos csoporton belüli, bármely kábítószerfajta használata esetén jelentkezhetnek (Goode 1989).

A *tolerancia*, a dózis növelése a kívánt hatás elérése érdekében azonban csak az egyes szerek hatására alakul ki. A tolerancia túladagoláshoz vezethet és a toxikus hatások miatt végzetes kimenetele lehet (Fürszt 1998. 290.).

A drogok használatának vizsgálata során érdemes megvizsgálni a „reward”(megerősítés, díjazás) fogalmát, amely a droghasználat által nyújtott pozitív élményre vonatkozik. A *reenforcing fogalma* (a megerősítés) azt jelenti, hogy a drogok által nyújtott kellemes érzés vagy a drogok megvonása által generált kellemetlen tünetek a droghasználat további folytatására ösztönzik az egyént, így megerősítvén a droghasználatot. A drogfogyasztás által generált pozitív érzések a droghasználat szempontjából pozitív megerősítőtényezőknek bizonyulnak, azonban az elvonási tünetegyüttes averzív jellegénél fogva negatív reinforcernek számít (Fürszt 1998).

A kábítószereket a hatásmechanizmusuk alapján a farmakológia nyolc fő csoportba sorolja. A csoportokon belül az egyes drogok között kereszttolerancia, illetve keresztdependencia állhat fenn. A drogok hatását illetően egy-egy csoporton belül számos hasonlóságot fedezhetünk fel, azonban a hatások közötti különbségek nem elhanyagolhatóak. A drogok ilyenfajta felosztása eléggé nehézkes, és kizárólag didaktikai célokat szolgál (Fürszt 1998. 291.).

1. A kábítószeres gyógyszertani csoportosítása¹

Opiátok: morfin, heroin

Központi idegrendszer depresszánsok: barbiturátok, alkohol, benzodiazepinek

Szimpatomimetikus pszichomotoros stimulánsok: kokain, amfetaminok

Koffein és Nikotin: koffein, nikotin

Cannabinoidok: cannabis

Pszichedelikumok (hallucinogének, pszichotomimetikumok): LSD, mescaline, phencyclidin (PCP)

Inhalánsok: ipari oldószerek, anaesztetikumok

Egyéb drogok: „Prescribing szerek”

¹ Fürszt 1998. 292.

2. A drogok fiziológiai hatásai

A drogok gyógyszeres hatásainak elemzése során figyelembe kell vennünk néhány olyan tényezőt, amely minden drog használata esetében előfordul, de különböző formában nyilvánul meg. Ezek a következők: az adott drog csoportbeli hovatartozása, használati módja, adagolása, túladagolása, tolerancia–dependencia-vonatkozások, elvonási tünetek és orvosi használat.

2.1. Opiátok

Ebbe a csoportba tartozik, a heroin, morfin, és a kodein. A mákgubó tejes nedvéből nyert ópiumot, amelynek kiváló fájdalomcsillapító hatása van, elsősorban orvosi célokra használták. Mivel az orvoslásban használták, inkább az egészségügyben dolgozók voltak azok, akik könnyen hozzáférhettek az opiátszerekhez. Napjainkban is az Amerikai Egyesült Államokban az orvostanhallgatók körében sokkal gyakoribb az opiátfüggőség a lakosság többi csoportjához viszonyítva (Goode 1995).

A heroin és morfin hatása teljesen ugyanaz, még a gyakorlott heroin- vagy opiátfüggő sem tudja pontosan megkülönböztetni. Ezek a szerek orálisan kevesébe fogyaszthatók, így intravénásan vagy subcutan (bőr alá) formában adagolják. Az intravénás használat bizonyul a legcélravezetőbbnek, mivel az opiátok lipidoldékony anyagok, azaz rövid idő alatt neurokémiai elváltozásokat serkentenek az agyban. Az intravénás használat számos problémát okoz, ugyanis a másodfertőzés veszélye jelentős (AIDS, Hepatitis B, agyhártyagyulladás, tüdőgyulladás) a közös tű használata miatt. Ugyanakkor az intravénás használat felveti a tályogok, a terhesség esetén az újszülött opiátfüggősége és egyéb szervi szövődmények kialakulásának problémáját. Az utcai heroin tisztasága változó, így a túladagolás veszélye állandó.

Közvetlen hatások az intravénás adagolás esetében az azonnal fellépő mámor, melegség érzése, szexuális orgazmushoz hasonló állapot, a gyönyör érzése, amely mindössze 45 percig tart, és amelyet egy végtelen nyugalom, illetve álmoság érzése követ. Az egyén az opiátok hatása alatt számos szokatlan tevékenység elvégzésére képes, míg a depresszánsok hatása alatt nem képes teljesíteni az elemi tevékenységet sem (Fürszt 1998).

A megvonás utáni első adag opiát végzetes lehet, ugyanis a szervezetnek a droggal szembeni toleranciaszintje lecsökkent, és az addig jól megtűrt adag légzésdepressziót okoz. A túladagolás három jellegzetes mutatója az

eszméletvesztés, a légzésdepresszió, valamint a „túhegy” pupilla (Fürszt 1998). Az elvonási tünetek pozitív megerősítő tényezőként fokozzák a droghasználat vágyát. Az utolsó heroinadag beadását követően 8–12 óra múltán jelentkezik az absztinenciaszindróma. Az opiátelvonási tünetegyüttes ritkán jelent életveszélyt, és a tünetek beavatkozás nélkül is elmúlnak. Kétféle tünetegyüttes létezik: az egyik a primer absztinenciaszindróma, a másik pedig a szekunder absztinenciaszindróma (Fürszt 1998).

1. A primer absztinenciaszindrómában az egyénre nyugtalanság, nyugtalan alvás, remegés, intenzív ásítás, étvágytalanság, libabőr, tüsszögés, könnyezés, hányás, izzadás, gyengeség, kimelegedés és fázás váltakozása, ezek miatti súlyvesztés, dehidratáció jellemző.

2. A másodlagos absztinencia 26–30 hétig is eltarthat; alacsony vérnyomás, alacsony testhőmérséklet, stressztolerancia, a légzőközpont CO_2 érzékenysége, illetve az egyéni önértékelés, önbizalom hiánya és csökkenése jellemzi ezt a fázist.

Az opioidelvonás sajátos esete az opiátfüggő anya újszülöttjének az elvonási szindrómája (Fürszt 1998. 295.). A születés utáni 8–10 órában az újszülöttnél elvonási tünetek lépnek fel: ingerlékenység, magas hangú sírás, remegés, csuklás, szapora légzés, hasmenés, tüsszögés, ásítás, láz, és hiperaktív reflexek.

2.2. Központi idegrendszeri depresszánsok

A barbiturátok, az alkohol, illetve a benzodiazepinek tartoznak ebbe a csoportba. Ezek olyan nyugtatószerek, amelyek általános értelemben ellazultságot, álmoságot, nagy adagban alvást idéznek elő. Anxiolitikumoknak is nevezhetjük őket, mivel csökkentik a szorongást (Fürszt 1998). Hatásaik hasonlítanak, de nem azonosak. A barbiturátok, valamint a benzodiazepinek az orvoslásban használatosak, és emiatt használatuk is elterjedtebb az egészségügyiek körében (Goode 1989). A depresszánsokkal való visszaélés sokkal gyakoribb, mint például az opiátokkal való visszaélés (Fürszt 1998). A szorongásoldó szerekkel való visszaélés gyakoribb az emocionális zavarokban szenvedőknél és olyan egyének esetében, akik szegényes problémamegoldó-készséggel rendelkeznek (Comer 2000). Előfordulhat, hogy a stimulánszereket fogyasztók depresszánsokkal próbálják a serkentőanyagok hatását ellensúlyozni (Andreasen–Black 1997. 446.). A polidrogabúzus esetében legtöbbször az alapösszetevő, a nyugtató jellegű szer fog hatni (Fürszt 1998).

Az alkohol használata esetében meg szoktak határozni egy általános egységet, amely 2,5 dl sörnek, 1dl tömény alkoholnak, illetve egy pohár bornak felel meg (Fürszt 1998. 297.). A vér alkoholszint nagyjából arányos az alkoholintoxikáció mértékével. A 0–100 mg/dl jólétérzést, a nyugalom, az ellazultság érzését váltja ki. A 100–150 mg/dl a finom mozgás károsodását és ingerlékenységet eredményez. A 150–250 mg/dl elmosódott beszédet és a mozgáskoordináció hiányát hozza létre. A 250 mg/dl-nél nagyobb adag tudatzavart vagy eszméletvesztést okoz (Andreasen–Black 1997. 427.). Az alkohol esetében a tolerancia nagyon gyorsan kialakul, és egy bizonyos adag hatékonysága 2-3 óra alatt 1/2-ről, 1/3-ra csökken (Fürszt 1998. 297.). Az alkohol centrális, depresszív hatásmódja az általános érzéstelenítőkhöz hasonló memóriazavart is előidézhethet.

Az alkoholmérgezésben a vér alkoholkoncentrációja az alkoholszint növekedésének sebességétől, valamint az időtartamtól függ (Fürszt 1998. 297.). Befolyásoló tényezők még a gyomor telítettségi állapota, az ivási mód, más szerek alkalmazása, illetve a testi alkat. Túladagoláskor súlyos légzésdepresszió, hányás jelentkezik, majd ezek következtében a vércukorszint csökkenése, illetve dehidratáció léphet fel.

A rendszeres alkoholfogyasztás esetében az utolsó adagtól számítva 12–72 óra után jelentkeznek az elvonási tünetek: hányinger, álmatlanság, szorongás. Ezek az enyhe eset tünetei (Andreasen–Black 1997. 429.). Krónikus alkoholmérgezés esetében az elvonási tünetek sokkal súlyosabbak. A krónikus alkoholista elvonási tünetei közt felsorolhatóak: paranoid, pszichotikus állapotok, remegés, zavartság, ködös állapot, akusztikus hallucinációk, üldöztetési téveszmék, agresszív viselkedés, csökkent kognitív funkciók, fokozott ingerlékenység, túlérzékenység, vizuális hallucinációk, súlyos dehidratáció, valamint a delirium tremens (Fürszt 1998. 297.). Visszamaradó tünetek az alvászavarok, ingerlékenység, szorongás, depresszió, kimerültség, emocionális kiegyensúlyozatlanság (Comer 2000).

A magzati alkoholszindróma a gyermek születése után vált ki elvonási tüneteket az újszülöttnél, és mentális retardációt okozhat (Fürszt 1998. 297.).

A szedatívumok esetén túladagolásra utal a szűk pupilla, a lassú, felületes légzés, egyes reflexek hiánya vagy rossz működése, illetve a páciens ingerközössége.

Az elvonási tünetek a nyugtatók esetében hasonlítanak az alkoholszindrómához: szorongás, nyugtalanság, álmatlanság, izomgyengeség, hiperreflexia, remegés, EEG-rendellenessége (Fürszt 1998. 298.). Görcsök is jelentkezhetnek, de ez már azonnali orvosi beavatkozást igényel.

A nyugtatószerek csoportján belül keresztdependencia áll fenn a barbiturátok és nem barbiturátok között, illetve az alkohol és benzodiazepinek között (Fürszt 1998. 297.). A nyugtatók és az alkohol vegyítése halálos légzésdepressziót válthat ki. (Andreasen–Black 1997. 419.).

2.3. Központi idegrendszer stimulánsok

A serkentőszerek a központi idegrendszer működését fokozzák, a vérnyomás és a szívritmus emelkedését, a cselekvéskésztetés növekedését, illetve a gondolkodás sebességének a növekedését eredményezik (Fürszt 1998). A legismertebb és egyben legtöbb problémát okozó stimulánsok a kokain és az amfetaminok. E két anyagnak az agyra gyakorolt hatását szinte lehetetlen megkülönböztetni egymástól (Fürszt 1998. 298.). Szintén serkentőszernek számít a koffein és a nikotin, de ezeket a gyógyszeratan külön kategóriába sorolja.

A kokaint mint a kokalevél legfőbb alkaloidját csupán 1860-ban izolálták. Freud egy ideig saját páciensein pszichostimulánsként használta. Freud barátja, Köller a kokaint érzéstelenítő hatása miatt népszerűsítette. A kokain mai napig is használatos helyi érzéstelenítőként a szemészetben.

A kokaint a túlادagolás veszélye miatt nem használják intravénásan, ugyanis utcai vegytisztasága bizonytalan. A kokainmámor legfeljebb 30 percig tart (Fürszt 1998. 299.). Túlادagolása súlyos következményekkel is járhat az aritmiák, a légzésdepresszió és a görcsök miatt. Azok, akik túlélnek, rendszerint 3 óra alatt magukhoz térnek. A kokain megvonása tehát nem életveszélyes, többnyire néhány hétig vagy csak néhány napig tartó szer utáni heves vágyat, alvászavart, görcsöket, túlzott étvágyat, boldogtalanságérzést, kimerültséget, depressziót, esetenként szuicid fantáziákat okozhat (Andreasen–Black 1997. 458.).

Kokainfüggő anyák esetében terhességi szövödmények lépnek fel. Ilyenek lehetnek: a spontán vetélés, placentaleválás, a magzati növekedés késése, az agy kórosan kis volta, agyi infarktuszok, fejlődési rendellenességek, teratogén hatások és az elvonási tünetek (Fürszt 1998. 300.).

Az amfetamint 1920-ban szintetizálták először orvosi célokra. Közepes dózisokban az amfetaminok hiperaktivitást, a fizikai teljesítőképesség és a munkabíró-képesség növekedését idézik elő. A metamfetaminok hatása tartósabb, mint a kokainé, ugyanis az intoxikáció az adag beadása után órákig is eltarthat. Az extasy, amely szintén egy amfetaminszármazék, hasonló hatásokat válthat ki. A kokain és az amfetami-

nok által előidézett hatások azonosak, csupán a mennyiség és a beadási mód által meghatározott reakcióidő változik (Fürszt 1998. 299.).

A mérgezés látványos jelei a verejtékezés, magas vérnyomás, hiperaktivitás, tudatzavar, dezorientáció és szívérrendszeri károsodások. Az extasy túladagolás esetén szomatikus szinten görcsöt, magas vérnyomást, testhőmérséklet-emelkedést, merev izomzatot, izzadást és tág pupillát figyelhetünk meg. Az amfetaminok hatása a sportteljesítményekre jelentős, ezért bizonyos amfetaminszármazékok tiltott dopingszernek minősülnek.

A szabadbázis (Crack) intenzív hatása igen súlyos belgyógyászati és pszichiátriai tüneteket okozhat. Ilyenek a keringés összeomlása, ritmuszavar, görcsök, infarktus, migrénes tünetek, magas testhőmérséklet, tüdőkárosodás, orrvérzés, fejfájás, fáradékonyság, álmatlanság, szorongás, depresszió. A KIR-tünetek közé a szorongás, paranoia, halálfélelem, nyugtalanság, agresszivitás, kiszámíthatatlanság tartozik (Andreasen– Black 1997. 458.). Az amfetaminok elvonási tünetei a következők: alváshiány miatti fáradtság, depresszió, túlzott étvágy, EEG-elváltozások, üldözéses hallucinációk, befelé fordulás, gyanakvás, toxikus pszichózis, paranoid tünetek, mikróbatévely vakarózás miatt a bőrön kórjelző hámhiányok, fogcsikorgatás, agresszív magatartás (Fürszt 1998. 301.).

2.4. Koffein és nikotin

A koffein a kávébabban, a tealevelekben, a kakaóban, valamint a kóladióban fordul elő, de megtalálható fájdalomcsillapító gyógyszerek összetételében is. A koffein éberséget, a fáradtságérzés csökkenését és fokozott figyelemkoncentrációt idéz elő. A 0,15 mg-nál (az átlagosnál kissé erősebb kávé) idegességet, nyugtalanságot, tremort, illetve nagyobb dózisok esetében görcsöt okoz (Fürszt 1998. 301.). Rendszeres kávéivók esetében a megvonás következtében fokozott irritabilitás, letargia, nyugtalanság, munkaképtelenség, fejfájás alakulhat ki (Goode 1995).

A dohány a XVI. században vált ismertté Európában. A dohányfüst aktív hatóanyagai a nikotin, a carcinogénkátrányok és a szénmonoxid (Fürszt 1998. 301.). A dohányárak használatának a helyzettől függően lehet egyaránt nyugtató és stimuláló hatása. A dohányzás addiktív jellege bizonyítottan a nikotinfüggőségen alapul, ugyanis kimutatták, hogy a nikotinmentes cigaretta függő dohányosok esetében nem helyettesíti a nikotinos cigarettát. Állatokon végzett kísérletek kimutatták, hogy azok az

egerek, amelyek rendszeresen nikotinos vizet kaptak, előnyben részesítik a nikotinos vizet a sima vízzel szemben (Fürszt 1998.).

Az elvonási szindróma a dohány esetében fokozott ingerlékenységben, pszichomotoros feladatmegoldási zavarban, agresszivitásban, alvászavar formájában nyilvánul meg (Fürszt 1998. 301.). Mérhető változások a pulzusszám csökkenése, valamint az hízás. Mindezen tünetek 2–3 hét alatt elmúlnak.

2.5. Cannabisszármazékok

A cannabis évezredek óta ismeretes növényi alkaloid. Kínában és Indiában találtak feljegyzéseket róla. Használata különösen az AEÁ-ban nagyon gyakori. A fiataloknak 50%-a használja alkalomszerűen (Goode 1995). A cannabis az indiai kender alkotóeleme. A növény levelei, virágja, gyantája tartalmazza azokat az általában vízben nem oldódó vegyületeket, amelyeket cannabinoidoknak neveznek. A cannabinoidok elsősorban a központi idegrendszerre hatnak, a pszichózishoz hasonló állapotot idézve elő. A kezdeti szakaszt részegséghez hasonló állapot jellemzi, majd eufória, időélmény-változás, az érzelmek felszabadulása, csillapíthatatlan nevetési kényszer, deperszonalizáció, a szenzorikus működések élesedése, melyet intenzív fantasztikus hangok és látványok követnek. Az egyén nagyobb kreativitást, önbizalmat érez, azonban teljesítményében ez nem nyilvánul meg (Comer 2000). A cannabis-visszaélés fő motívációja a zenei, a szexuális és a művészi élmények fokozása (Goode 1989). A cannabinoidok krónikus használata a nőknél vérzési zavart, anovulációt, a férfiak esetében a spermiumszám csökkenését okozza (Fürszt 1998). A perifériás hatások közül megemlíthetjük a szembeleöveltséget, a szemen belüli nyomás csökkenését és a pulzusszám növekedését. Gyengeség, tremor, bizonytalan járás, félelemkeltő hallucinációk, paranoid félelmek, a vérnyomás hirtelen csökkenése is előfordulhat.

A marihuánanövény szárított leveleit, virágját használják fel, amelyek 1–3% THC-t tartalmaznak. Kézzel sodort cigaretta formájában használják, rendszerint társaságban. A jó minőségű utcai marihuánacigaretta 500 mg marihuánát, azaz 5–15 mg THC-t tartalmaz. A hatóanyag igen lipidoldékony és gyorsan felszívódik. A hatás 15–30 perc után kezdődik, és 4–6 órán keresztül tart. A következő fázisban az egyén nyugodtabbá válik, magába fordul, és álomszerű állapotba zuhan. A marihuána nem serkenti az agresszív magatartást, azonban felléphetnek észlelési zavarok és az autóvezetés biztonsága romlik (Comer 2000.). A marihuána hatására a

meglévő pszichés betegségek aktivizálódhatnak. Huzamosabb használat hatását vizsgálva a tüdőben is találtak elváltozást, krónikus légzőszervi megbetegedést, és az EKG-zavarok is gyakoriak (Fürszt 1998. 302.).

A hasis a növény szárából nyert szárított gyantás anyag, és 30% THC-t tartalmaz.

A THC túladagolása nem okoz életveszélyes légzési vagy szív-érrendszeri funkciózavart. Az elvonást hangulati ingadozás, hányinger, agitáció, ingerlékenység, konfúzió, izzadás, szorongás, félelem, néha pánikroham jellemzi. Néhány perifériás hatása terápiás értékű lehet a rákos betegek kemoterápiás kezelése során (Comer 2000).

2.6. A hallucinogének

A hallucinogének népszerűsége abban rejlik, hogy segítségükkel az egyének a világot és problémáikat teljesen pozitív szemszögből látják (Comer 2000). Tartós hatást gyakorolnak a gondolkodásra, észlelésre, a hangulatra, a viselkedésre, anélkül, hogy jelentős pszichomotoros stimulációt vagy depressziót okoznának (Fürszt 1998. 303.). Az LSD a természetben nem fordul elő, azonban a mescaline egy mexikói kaktusz alkaloidja, a psilocybin pedig egy gombaeredetű anyag. Sem az LSD-t, sem a mescalint, sem pedig a psilocybin-t nem alkalmazzák és nem is alkalmazzák gyógyászati célból.

A phencyclidint (PCP) kezdetben intravénásan altatóként használták, de mellékhatásai miatt lemondtak róla. Az LSD-hatások között szomatikus és perceptuális zavarok, szélhűdés, gyengeség, tremor, pupilladilatáció, pulzusszaporulat, enyhe vérnyomás-emelkedés, hányinger, látászavarok, tapintási, vizuális, hallási és szaglási hallucinációk sorolhatók fel.

Az LSD-t rendszerint orálisan használják, nagyon kis dózisokban. Forgalmazása tablettában, zselatin négyyszögben, impregnált papír formájában történik. Egy nagyobb dózis hatása 10–12 óra.

A PCP kristályformában, kapszulában vagy tablettában kerül forgalmazásra. Fogyasztása orálisan, injekálva vagy inhalálva történik. Felszívódása gyors, 15–30 percen belül beáll a hatásmaximum. A PCP hatása elhúzódhat napokig vagy akár hetekig is. PCP-fogyasztás esetében eufória, testsémazavar, dezorientáció, támadó viselkedés, szokatlan erőmutatványok, szexuális teljesítmény fokozódása jelentkezik. Fiziológiai szinten szédülés, a felső szemhéj visszahúzódása, üres tekintet, hiperreflexia, vérnyomás, a légzésszám és a vizeletkiválasztás felgyorsulása figyelhető meg (Andreasen–Black 1997. 461.).

Túladagolás esetén az említett tünetek fokozódnak, ezenkívül görcsök, mélyülő kóma, nagyon magas vérnyomás, illetve pánikrohamok kihozhatják a személyt (Fürszt 1998. 304.).

2.7. Inhalánsok

Számos illékony kémiai anyag sorolható a kábítószeres ezen csoportjába: illékony folyadékok, ipari oldószerek, valamint alifás nitrilek (Goode 1989). A nitrogén-oxid (N_2O) inhalációs narkotikum, gyorsan beálló, rövid ideig tartó mérgezést, koncentrációs nehézségeket, bizonytalan járást, eufóriát, álomlátást, vizuális és auditív funkciózavarokat okoz (Fürszt 1998. 305.).

Az alifás nitrileket anginakezelésre használják. Hatásai a következők: szédülés, eufória, pulzusszám-szaporulat, alacsony vérnyomás és a szexuális aktivitás fokozódása (Fürszt 1998. 305.). A szubjektív hatás 5 másodperctől egészen 15 percig tart. A tolerancia nagyon hamar kialakul, megvonásos tünetek nem ismeretesek. Hosszú távon gyengíti az immunrendszer működését és légzőszavarokat okoz.

Az ipari oldószerek csoportjába kontrollálhatatlan mennyiségű anyag tartozik. Legelterjedtebbek a festékhígítók, műanyagragasztók, oldószerek, tisztítószeresek, körömlakkoldók, körömlakk. Használatuk a tanulási és beilleszkedési problémával küszködő serdülőkorú fiúk között a legelterjedtebb (Goode 1995). Élvezetekor az oldószerral benedvesített rongyot egy műanyag zacskóba teszik, és gőzeit inhalálják. A klinikai hatások 5–10 percig tartanak, és ezek a következők lehetnek: eufória, áradó érzések, elmosódott beszéd, dezorientáció, időérzék elvesztése és hallucinációk. A nagy dózis eszméletvesztéshez, szív és légzőszervi elégtelenséghez vagy halálhoz vezethet. Krónikus alkalmazásuk máj, vese és vérképzési funkciók leállításához vezet.

2.8. Egyéb drogok

Ebbe a csoportba tartoznak olyan recept nélkül kapható szerek, mint például az étvágycsökkentők, az alvászsegítők, a fájdalomcsillapítók, a koffeinnel kevert úgynevezett „ébredőszerek”, a hashajtók, az enyhe nyugtatók, az antidepresszánsok, a féregfertőtlenítők, az izomzat tömegének a növelésére szolgáló anabolikus szteroidok (Fürszt 1998. 307). Ezen szerek közül egyesek verejtékezést, feszültséget, víziókat, hallucinációkat, vérnyomás-emelkedést, paranoid tüneteket és esetenként delíriumot is okozhatnak.

SZAKIRODALOM

ANDREASEN, Nancy C.–BLACK, Donald W.

1997 *Bevezetés a pszichiátriába*. Budapest, Medicina

CARROLL, R. Charles

Drugs in modern society. Oxford, Brown & Benchmark Publications

COMER, Ronald J.

2000 *A lélek betegségei*. Budapest, Osiris

FÜRSZT Zsuzsanna

1998 *Gyógyszertan*. Budapest, Medicina

GOODE, Erich

1989 *Drugs in American society*. New Jersey, McGraw-Hill

GOODE Erich (ed.)

1995 *Drugs, society, and behaviour*. Guilford, Brown & Benchmark

A DROGOK PSZICHOLÓGIAI HATÁSAI

A szerfüggő személyiség pontosan nem határozható meg. Általában az érzelmileg éretlen személyiségek tartoznak ide, számukra a mindennapi élet problémáival való megbirkózás frusztrációt jelent, és e frusztráció legyőzése érdekében fordulnak a kábítószerekhez. Esetükben az önkritika megszűnik, ennek helyét egy nagyfokú passzivitás veszi át, amely hozzájárul a szociális kapcsolataik gyengüléséhez, és ez egyre inkább a szerhasználat felé taszítja őket (Rândaşu–Zdrenghea 2001).

Számos anyag felhasználható feszültségoldóként, élvezetkeltőként, ezen anyagok azonban eltérnek egymástól, függőségkeltő, örömszerzést kiváltó, valamint a feszültség csökkenését okozó hatásuk mértéke szerint. Minél jobb a hatás, annál nagyobb mértékben és hamarabb jön létre a hozzászokás (Buda 1996).

A pszichodinamikus nézőpont szerint a szerabúzus okai a kielégítetlen korai évekre vezethetők vissza. Ha a gyerekeknek nem voltak megfelelően kielégítve szükségleteik, egész életükben másokra fognak támaszkodni, hogy tőlük megkaphassák azt a szeretetet, melyet szüleiktől hiányoltak. A külső támaszkeresés igénye tereli a drogfüggőséghez.

A behaviorista nézőpont szerint a túlzott stresszhatás következtében a feszült, hangulatzavaros, zaklatott emberek öngyógyító szándékkal fordulnak a droghoz.

A biológiai nézőpont képviselői szerint genetikailag öröklhető a drogfogyasztásra való hajlam. A drogfogyasztók jutalmi deficit szindrómában szenvednek, vagyis jutalomközpontjaikat az egyszerű hétköznapi történések nem tudják működésbe hozni. Főleg stresszhatás következtében fordulnak droghoz (Comer 2000. 409–412.).

A dependencia (függőség) inkább pszichológiai természetű, de ugyanakkor károsító hatása van, mert a központi idegrendszer és a vegetatív központok sejtjeinek működését deprimálja. Pszichológiai függőségről akkor beszélünk, amikor a drogfogyasztó vágyat érez, hogy folytassa a szerhasználatot, és ezáltal kielégüléshez jusson. A kialakult dependencia személyiségleépülést, szociális degradációt von maga után (Németh–Gerevich 2001).

Tolerancia (hozzászokás) az a jelenség, amikor a drog által kiváltott hatás csökken a drog ismételt használata következtében. A kívánt hatás érdekében növelni kell az adagot. Néha a tolerancia vezet a legsúlyosabb jelenséghez vagyis a túladagoláshoz. Például, ha egy erősebb „szer” kerül a piacra, és a drogfogyasztó ebből is a megszokott adagját veszi be, az erősebb szer hatására túladagolhatja magát.

Addikció: krónikus betegség, amelyet a droggal összefüggő környezeti (objektív) és belső (szubjektív) ingerek sokasága tart fenn, valamint a kábítószeres fogyasztásának kényszeres viselkedésmintája, amelyet a drogok iránti erős vágy és a drogelvontást követő gyors visszaesés jellemez (Németh–Gerevich 2001).

Egyes kutatók rájöttek, hogy a droghasználat negatív megerősítés hatásaként jön létre. Úgy magyarázzák, hogy azért ismétlődik meg a drogfogyasztás, mert ilyenkor megszűnnek a drog hiányával kapcsolatos kellemtelenségek, például a distressz-élmények, elvonási tünetek. Ugyanakkor a drogokat a pszichopatológiai tünetek (szorongás, harag, depresszió, unalom, frusztráció, önértékelési zavarok és agresszivitás) csökkentésére is használják. Khantzian (1985) szerint a drogfogyasztás a személyiség reagálása a pszichopatológiai tünetekre.

A droghasználatot pozitív megerősítés következményeként is felfoghatjuk. Ilyenkor a drogfogyasztó azért fogyasztja a drogot, mert az eufória célképzete lebeg a szeme előtt. Ha az eufória kialakul, a drogfogyasztás megerősítést nyer (Németh–Gerevich 2001).

Az alábbiakban a fontosabb drogok pszichológiai hatását ismertetem.

1. Marihuána (cannabis)

Az, hogy a marihuána hallucinogénként, depresszánsként vagy stimulánsként hat, nagy részben függ a fogyasztó személyiségétől, elvárásaitól és a körülményektől (Comer 2000).

Rövid távú hatás: eufória érzése, relaxáció, jó közérzet, szociális, emocionális fék elvesztése. Megnőhet az egyén szociális tevékenysége, beszédesebbé válik, örömmel és többet kommunikál, de az is előfordulhat, hogy nem tud bekapcsolódni a beszélgetésbe, mivel képtelen követni a másikkal elmondottakat. Szenzorikus változások jelennek meg, jobb a vizualizáció, változik a tér és mélységérzékelés. Itt megfigyelhető, hogy nagyobb intoxikáció következtében a kétdimenziós ábra plusz dimenziót kaphat.

Inkább az „egészet” fogja fel, mint a részleteket. A színek felerősödnek, a formák, minták, színek együttese jelentéssel bíró objektumokká válhat. A szag- és ízérzékelés felerősödik, megváltozhat a testséma, torzulhat a testfelfogás, a test extrém módon elnehezül vagy könnyűvé válik. Gyakran megnőhet a kreativitás, spontaneitás, a szexuális együttlét is élvezetesebbé válik.

Gyakoriak a hirtelen hangulatváltozások, a féktelen jókedv, amelyet elmélyült csend követ. Felléphetnek pánikreakciók, szorongás, félelem, depresszió, ingerültség. Súlyosabb esetben tájékozódási zavarok, érzécsalódások, paranoid téveszmék, önkontroll elvesztése, amely végső esetben akut pszichózishoz vezethet. A cannabis eredetű pszichózisban az egyén azt hiheti, hogy valaki bántani akarja őt és az életére tör (Comer 2000. 404.).

A cannabisfogyasztóknál gyakran előfordul, hogy kognitív képességeik csökkennek, nehezebben sajátítanak el dolgokat, és a visszaemlékezés is nehézkes.

Hosszú távú fogyasztás esetén a kognitív folyamatokban zavarok jelentkezhetnek, amelyek a mindennapi életben való részvételt megnehezítik. Egyes ilyen zavarok a fogyasztás abbahagyása után sem szűnnek meg. A drogfogyasztó szubkultúra a „kiégett” jelzőt használja ilyenkor.

Jellemző rájuk az amotivációs szindróma vagy perspektívátlanság. McGlothlin és West klinikai megfigyeléseik alapján észrevették, hogy a rendszeres cannabisfogyasztóknál gyakori az apatikus állapot, negatív személyiségjegyek is gyakrabban fordulnak elő, hajlamosak a visszahúzódásra, az életben szemlélődő passzív részvételre, és gyakran vonzódnak a gyerekekre jellemző mágikus gondolkodásmódhoz.

2. Hallucinogének

LSD

Eleinte sikerrel használták az alkoholisták és opiátfüggők kezelésre. Bizonyos orvosok arról számoltak be, hogy az LSD hatása hasonlít a skizofréniás páciensek rohamaira, ezért esélyt nyújt ezen állapotok tanulmányozására. Egyes személyeknél pozitív, másoknál negatív hatásokat kelt. A szer kedvezőtlen pszichotikus reakciókat is kiválthat. Intenzíven negatív élményeket, amelyek félelem vagy gyötrelmes rémálom képében jelentkeznek. Pánikhoz, az érzelmi kontroll teljes elvesztéséhez, paranoid téveszmék kialakulásához, hallucinációhoz és néha komoly de-

presszióhoz, az élet értelmetlen érzéséhez vezethet. Ezen „bad trip”-ek leggyakoribb oka az, hogy a használó nem akarja átadni magát a szer hatásának, és kézzel lábbal harcol ellene. Más okok között a megőrléstől, haláltól, büntetéstől való félelmet vagy a személyiség mélyén megbújó szexuális konfliktust említhetjük.

Különböző pszichedelikus élményeket hozhat létre a szer. A pszichodinamikus pszichedelikus élmény a tudatalatti világba való behatolást jelenti. Erős érzelmek kísérhetik a múltban gyökerező problémák újbóli átélését vagy az egyén számára fontos belső konfliktus szimbolikus megjelenését.

A kognitív pszichedelikus élmény hatására megdöbbenően fogékonnyá válik a gondolkodás. Megtörténik a probléma új szemszögből való észlelése, esetleg több dimenziós rálátás a dolgok közötti kapcsolatokra.

Az esztétikus pszichedelikus élmény az érzéki benyomások felerősödését, színesztéziaérzést, egyes érzékletek keveredését eredményezik. A látási hallucinációk hatására a fogyasztó azt hiszi magáról, hogy képes a vízen járni, akárcsak Jézus. A szakirodalom olyan példát is megemlít, hogy ablakból kiugorván megkísérlik a repülést is (Cohen 1969).

Hosszú távú LSD-használat során a flash-back (villanófény- emlékezés) megjelenése jellemző. Az erőteljes érzelmi hullámmást, a látómező eltorzulását, a hallucinogén percepciók zavarok megjelenését jelenti. Nagyon veszélyes, mert a szer abbahagyását követően visszatérnek a „bad trip”-ek minden figyelmeztetés nélkül, váratlanul, például autóvezetés közben. Egyes szerhasználók álmatlanságban szenvednek, fóbiáik vannak, és gyakran követnek el öngyilkosságot.

A művészek gyakran használják az LSD-t a kreatív források megtalálása érdekében, műzsaként kezelik, de itt a kreativitás a szerhasználatnak tulajdonítható (Cohen 1969).

3. Serkentőszerek

Kokain

Rövidtávú hatásai: hangulatjavulás, teljesítménynövekedés, fáradtság, étvágy megszűnése, szexuális vágy fokozása.

Freud (aki maga is kokainfüggő volt) így vélekedett a kokainról: „Az ember azt érzékeli, hogy megnövekszik az önbizalma, egyre nagyobb az életkedve, egyre nagyobb a munkakedve. Egyszerűen egészségesnek érzi magát, és egyáltalán nem hiszi azt, hogy bármilyen drog hatása alatt lenne. A hosz-

szú megerőltető szellemi vagy testi munkát fáradtság nélkül teljesíti. Ez az eredmény minden olyan kellemetlen utóhatás nélkül jön létre, mint amilyenek az alkoholfáradtság következményei” (Atkinson 1979. 178.).

Nagyobb mennyiségű kokain használata: szorongást, indokolatlan agresszivitást, a szexuális érdeklődés csökkenését, kényszer gondolatokat, kokain-intoxikációt, hallucinációt válthat ki. Például a szerfüggő azt hiszi, hogy a bőre alatt bogarak mászkálnak, és ezeket a bogarakat akarja kivágni késsel. Tartós használata során megfigyelhetjük, hogy a szerfogyasztónak romlik a rövid távú memóriája, figyelemzavar, valamint megmutatkozó kognitív károsodást észlelhetünk. Elvonási tünetek: depresszió, fáradtság, élénk kellemetlen álmok, insomnia vagy hipersomnia, levertség, szorongás.

4. Pszichostimulánsok

Amfetaminok

Kis dózisban eufóriát indukálnak, tettekre készséget, kellemes, könnyed vidámságot keltenek. Gátláscsökkentő hatása miatt fokozza a libidót, elűzi a fáradtságot. A „minden rendben van” érzését kelti. Megkönnyíti a gondolkodást, de a megtanultak hamar elfelejtődnek. Jellemezheti hosszú ideig tartó álmatlanság, a személy képtelen elaludni. Hosszabb ideig tartó használata paranoid téveszméket, hallucinációt, depressziót, szorongást, torzult ítéletalkotást, személyközi érzékenységet okozhat. Az akut túlada-golás amfetamin pszichózist eredményezhet, mely kórképét tekintve nagyon hasonlít a paranoid skizofréniára, ez téveszmék hallásos hallucináción alapuló szervezett rendszere. Ennek során az egyénnek üldözési mániája vagy vonatkoztatásos téveszméje van (például azt képzei, hogy a televízió szereplői ellopják a gondolatai). Ezen paranoid téveszmék erőszakos cselekedetekhez vezethetnek. A megvonási tünetek között a következőket sorolhatjuk fel: álmoság, hosszan tartó alvás, pszichomotoros retardáció és izgatottság, élénk, kellemetlen álmok, delírium. Az amfetamint használják a sportolók a teljesítményük növelése érdekében.

Speed

Hatásai: hasonló az amfetaminéhoz, elégedettség, eufória jelentkezik, majd a későbbiekben depressziót, félelmet, paranoid téveszméket és hallucinációkat okozhat.

Extasy

Hatásai: kitárulkozás, eufória, gátlások feloldódása, boldogság, fokozott észlelési érzékenység mutatkozik meg a látásban, hallásban, tapintásban, ugyanakkor csökkenti a fájdalomérzetet. A nemi vágyat is jótékonyan fokozza. A szer elmúlásával depresszió, „kiürülés” jelentkezik.

5. Opiátok

Heroin

Rövid távú hatás: jó közérzet, megelégedettség, eufória. A fájdalmat ugyan érzékelik, de nem találják kellemetlennek. Gyakran fejfájás, koncentrálóképesség hiánya, fáradtság jelentkezik. Csökkenti az éhséget, a szexuális késztetést és az agresszív viselkedést. Ha az adag előteremtése végett bűncselekményt követnek el, ezek nem erőszakos jellegűek, hanem a tulajdon ellen irányulnak. Módosul a térpercepció, a térfelfogás zavaros, úgymond „Dali festménnyé” válik. Itt a tolerancia következtében nem az örömszerzés a fontos, hanem az elvonási tünetek csökkentése. A tolerancia túladagoláshoz vezethet, de gyakran előfordul, hogy ez szándékos. Ezt a drogos szubkultúra „aranylövésnek” nevezi.

Hosszú távú hatás: elidegenedés, kiégés, letargia, morális hanyatlás, kriminalizálódás, mentális és fizikai szinten apatikus állapot.

Elvonási tünetek: néha öngyilkosságig fokozódó depresszió, szorongás, hangulatváltás, hallucináció. Az ilyen depressziós állapotban történik meg általában az „aranylövés”.

Más heroinfogyasztók az ún. „szalon junky”-k, vagyis a hétfégi fogyasztók, akiknél a szerfüggőség ritkán alakul ki. Léteznek olyan egyének is, akik szerkezeti sajátosságaiknak köszönhetően nem válnak heroinfüggővé.

Morfin

Rövid távú hatás: eufória, enyhülő fájdalomfelfogás, szorongáscsökkentés.

Függőség esetén rendszeresek a dührohamok, félelemérzet, remegés, hallucinációk, öngyilkossági kísérletek.

A kutatások szerint azok szoknak rá a szerre, akik tartósan szenvednek pozitív érzések, valamint „pszichológiai jutalom” hiányától.

Azt állítják, hogy az autista gyermekek tünetei (csökkent fájdalomérzés, aluszékonyság) nagyon hasonlóak az idült morfinistáknál észlelt tünetekhez. Tulajdonképpen az autista gyerek „idült endorfinista” mivel

receptorai eltompulnak, akárcsak a morfinistáké. Az endorfintermelés hiányában pedig csökkent az eufóriaérzés és csökken a pszichológiai jutalomélmény (Bánki 1994. 108.).

6. Nyugtatók és szorongást csökkentő szerek

Barbiturátok

Hatásai: ingerlékenység, elidegenedettség, gyenge munkahelyi teljesítmény.

Elvonási tünetek: hányinger, gyengeség, szorongás, valamint barbiturát-megvonásos delírium, amely az alkoholos delíriumhoz hasonlít (szorongás, álmatlanság, látási és tapintási hallucinációk, pszichomotoros agitáció).

Benzodiazepid

Ezek szorongáscsökkentők, álmoság előidézése nélkül. Túlzott használata intoxikációhoz vezet. Mivel a legtöbb szer hallucinációt vált ki, fontosnak tartom a hallucináció mechanizmusának ismertetését. A hallucináció első fázisában geometriai alakok, majd rácsszerű spirális képek jelennek meg, ezt követően színek jelentkeznek, először fehér, kék, vörös, narancssárga és sárga. A második fázisra gyermekkori vagy nagy emócióval bevésődött események felelevenedése a jellemző (Czeizel 1994. 245.).

A drog hatása alatt álló személyeknél gyakran megnő az öngyilkosság elkövetésének veszélye. Ezt a tényt a drog gátlásokat feloldó hatásával magyarázzák. A szer hatása alatt az öngyilkosságot fontolgató, de a következménytől amúgy visszariadó egyének félelmeiket félretéve öngyilkosságot követnek el.

Befejezésül Czeizel Endre mondatával élnék: „a kábítószeres csak az emberben amúgy is benne rejlő adottságokat és az elsüllyesztett emlékeket hozhatják a felszínre, tehát semmi egyénit, semmi újat, semmi emberfelettit nem produkálnak. Nem az öntudatlan fantázia csapongására, hanem a képzeletnek és az álmodozásnak tudatos ápolására, fejlesztésére és ellenőrzésére van szükség” (Czeizel 1994. 247.).

SZAKIRODALOM

- ATKINSON, Rita L.–ATKINSON, Richard C.–SMITH, Edward E. et alii
1999 *Pszichológia*. Budapest, Osiris Kiadó
- BÁNKI M. Csaba
1994 *Az agy évtizedében*. Budapest, Biográf Kiadó
- BUDA Béla
1996a. *Az alkoholológia távlatai*. Budapest, MSZH–FTV Nyomda
1996b. *Mentálhigiéné*. Animula, Budapest
- COHEN, Stanley
1980 *Folk, devils and moral panic*. New York, St. Martin's Press
- COMER, R. J.
2000 *A lélek betegségei*. Budapest, Osiris
- CZEIZEL Endre
2001 Az érték még mindig bennünk van. In.: *DSM–IV*. Budapest, Akadémia Kiadó, 427.
- NÉMETH Attila–GEREVICH József
2000 *Addikciók*. Budapest, Medicina
- RANDAȘU, Stelian–ZDRENGHEA, Vlad
2001 *Manual de psihiatrie*. București, Editura Medicală.

DROGHATÁS A TÁRSADALOMBAN

„Egy olyan társadalom, mely oly módon hanyagolja el önmaga globális ellenőrzését, hogy rövid távú szükségleteinek kielégítése érdekében hosszú távon megfertőzi és tönkreteszi létének alapját, a természetet, ne csodálkozzék, ha alkotóelemei, az egyes emberek, hasonló módon járnak el saját életükkel és testükkel.”

(Ralf Schneider 1998. 72.)

Ahogy a természeti törvények esetében sem létezik hatás visszahatás nélkül, úgy nem beszélhetünk a drog társadalomra való hatásáról egyirányú folyamatként, hiszen a drog sem hat a társadalomra anélkül, hogy az ne hatna vissza rá. A kölcsönhatást cirkuláris folyamatként írhatjuk le, amelynek nincs kezdő és végpontja, ezek egybemosódnak.

A társadalom szintjén a drog illetve a drogfogyasztói magatartás és azok következményei többértű problémaként jelennek meg. Gyakran beszélünk arról, hogy a drogfogyasztó mekkora teher a társadalomnak, tehát, amelyet megpróbálok Illyés Sándor és Darvas Ágnes (1991) nyomán csoportosítani a teljesség igénye nélkül:

1. *A drog mint egészségügyi probléma:* a toxikománia, a drogdependencia betegség, amelyet gyógyítani kell. A drogfogyasztók gyógyítása nem olcsó folyamat. Pénz kell a szakemberek képzésére, a megfelelő intézmények létrehozására és fenntartására, a kezelésre. Küzdelmes, nehezen gyümölcsöző procedura a gyógyítás. A drog, illetve a drogfogyasztók megterhelik az egészségügyet, teljes erőbedobást igénylő harcra kényszerítik.

2. *A drog mint bűnügyi probléma:* a drogfogyasztás miatt megnövekedett a bűnözés, a feketepiac és az ahhoz kapcsolódó drogmaffia öntörvényes, illegalitásba torkolló háborúi, a drogkereskedelem, amelybe kiskorúakat is bevonnak, az illegális drogyártás, a drog hatása alatt elkövetett bűncselekmények, közúti balesetek, drog beszerzéséért elkövetett lopások, betörések, recepthamisítások, agresszív megnyilvánulások, és ezek mind a rendőrség munkáját terhelik.

3. *A drog mint gazdasági probléma:* a drogfogyasztók a társadalom versenyképtelen elemeit képezik, és a drogkereskedelem során keletkező

profit „adómentessége” (minden feketepiac jellegzetessége) az államkasszát rövidíti meg.

4. *A kollektív kulturális erkölcsiség problémája:* a drogkereskedelemben, a drogvilágban hatalmas összegek forognak, mindenkit meg lehet és meg is kell venni ahhoz, hogy a rendszer működjön, csak kell tudni mindennek az árát. Egy másik eleme a társadalmi, erkölcsi konfliktusnak a legális és illegális drog közti feszültség, amely feloldásra, illetve megoldásra vár. Miért számítanak erkölcsileg rossznak a drogok (szűk értelemben) és fogyasztóik, míg az alkoholisták a társadalom elnéző magatartását élvezik?

5. *Az egyéni és polgári szabadság problémája:* a drog ellen folytatott harc paravánja mögött nemegyszer történik meg, hogy a „cél szentesíti az eszközt” ideológiával sárba tiporják az ember jogait. Érvényesül a „nyulat bokrostól” szólás: egy anonim telefon vagy gyanú alapján megfigyeléseket, házkutatást végeznek, telefonlehallgatások történnek, megsértik a levéltitkot stb.

6. *Nemzetközi probléma:* a drog nemcsak egy ország vagy egy izolált földrész problémája, hanem nemzetközi probléma, a kereskedelem nem ismer határokat, és az ellene folyó küzdés nemzetközi összefogást igényel.

E felsorolásban még meg sem említettük a drogfogyasztás destruktív hatását a családokra, a személyközi kapcsolatokra, a személyiség fejlődésére, s már így is kimondható, hogy jogos a drogfogyasztókkal, illetve a drogkereskedőkkel szembeni erélyes büntetés. Mielőtt azonban végérvényesen pálcát törnénk felettük, nézzük meg az érem másik oldalát is, a társadalom hatását a fiatalokra mint potenciális drogfogyasztókra.

„A széles rétegeket érintő, gyorsan zajló, mélyreható társadalmi változások időszakában nő a problémás viselkedés, a beilleszkedési zavarokat mutató emberek száma” (Rácz 2000. 58.).

A társadalmi-gazdasági változások, a nők magas foglalkoztatottsági aránya, a család belső stabilitásának megrendülése, a gyakori válások miatt a gyerekek, a fiatalok jelentős része sem otthon, sem az iskolában nem talál stabil érzelmi bázist, szilárd alapokon nyugvó értékrendet. A felnőtt társadalomban a negatív modellként ható, fokozódó öndestruktív tendenciák, a fiatalok pályakezdésének megnehezedése, a munkanélküliség, az egyre erősödő kiszolgáltatottság-érzés, a támogató rendszerek gyengesége, az alternatívák hiánya növeli a veszélyeztetett serdülők és fiatalok számát. Felerősödik a kortárs csoportok felé való sodródás, de ezek a közösségek nem mindig a társadalmilag elfogadott normákat terjesztik. Így kialakulhat olyan szubkultúra, kialakulhatnak olyan marginális jellegű csoportok, amelyek alkalmasak arra, hogy tagjaik „öngyógyító” tendenci-

aként (amely valójában öndestrukció) a színes álmok, illúziók világába meneküljenek (Illyés–Darvas 1991).

Az elmondottak értelmében az illegális szerek fogyasztását akár egy társadalmi méretű válság tüneteként is felfoghatjuk, „melyben a fiatalok elbizonytalanodása, szorongása, a realitással szembeni elégedetlensége és útkeresése juthat kifejezésre”(Rácz 2000. 58.).

Állandósult átmeneti állapotban élünk, amelyben minden túlon túl felgyorsult, elvesztek a stabil megkapaszkodási pontok, a jól meghatározott értékek, minden folytonos mozgásban, versenyben él, s mindez olyan követelmények elé állít, amelyeknek sokan nem képesek számszerűen megfelelni.

Egy másik fontos jellemzője a társadalmunknak, hogy a fogyasztás soha nem látott mértékben lendült fel, olyannyira, hogy a „létezés egyik meghatározó céljává, értékévé és az egyéni önmegvalósítás fontos terepévé vált” (Rácz 2000. 59.). A személyi kapcsolatok elsivárosodását, a családok hiányzó harmóniáját, a belső ürességet hivatott kompenzálni a fogyasztás kultusza előtti hódolás.

Nem újdonság az sem, hogy drogfogyasztó társadalomban élünk. A fennebb leírt állandóan mozgó, túlhajtott világban nem könnyű megállni, helytállni. Az ezzel járó feszültségek, konfliktusok oldására könnyű, gyors és „hatékony” megoldásnak látszanak a kémiai szerek: egy-két szem nyugtató, álmatlanság elleni altató, unalmat, feszültséget elűző cigaretta, reggeli bágyadtságot, lelassult testet felpörgető kávé és a gondokat megfojtó, a lazítást elősegítő alkohol. Mindezeket használva fel sem tűnik, hogy tulajdonképpen mennyire hasonlítunk az illegális drogok megvetett és kitzasztott fogyasztójához, a parányi különbség csupán abban rejlik, hogy az általunk használt szereket a „normális” társadalom elfogadja, és hogy valameddig képesek vagyunk megtartani a mértéket.

Az ilyen társadalomban felnövv generáció megtanulja azt, hogy a gondokat nem megoldani, feldolgozni vagy velük szembenézni kell, hanem előlük el kell menekülni. Kéznel vannak a mágikus kémiai szerek a bajok elintézésére. Ha nincs kémiai szer, akkor ott van a túlzásba vitt evés, vásárlás, munka, játék öröme, amelyek ugyanúgy droként is felhasználhatók (Rácz 2000. 61.).

Ralf Schneider felhívja a figyelmet arra, hogy az igazi öröm elérhetlenné válik azáltal, hogy elkerüljük a fájdalmat és kedvtelenséget. A civilizált ember egyre nehezebben viseli el a rosszkedvet, ezért az emberi élet természet által rendeltetett magaslatait és szakadékait unalmas, mesterségesen kiegyengetett, egyforma szürkességű, fény és árnyékhatások

nélküli síksággá változtatja. Ez unalomhoz vezet, és ezáltal sok embernek megnő a szórakozás iránti szükséglete” (Schneider 1998. 75.). Ebben a társadalomban az értelem és a tudományosság vált nagyon fontos érték-ké, és az érzelmek elnyomását hirdető közhangulat alakult ki. Ennek következtében megnőtt a kikapcsolódásra, az érzelmek szabadjára engedése iránti igény. Talán ennek az igénynek a kifejeződése a drog világába való menekülés.

Érdekes lenne megvizsgálnunk azt a folyamatot, hogyan válik egy viselkedés, magatartás a társadalom által megbélyegzett deviáns magatartássá. Vajon nem a társadalomnak van-e szüksége arra, hogy bizonyos csoportokat deviánsnak minősítsen? Vajon a társadalomban működő címkézés mily mértékben hat a „drogos” azonosságtudat kialakulására, amely által izolálja a személyt a „normális” társadalomtól, s nagymértékben megnehezíti a reszocializációt. A deviancia nem csupán szabálynormaszegés, hanem a társadalmi hierarchia struktúrájának legitimizációja.

Végezetül fel kell hívnunk a figyelmet arra, hogy a drog elleni harc az egész társadalom felelőssége. A drogfogyasztók rehabilitációja, reszocializációja csakis az egész társadalom bevonásával, segítségével történhet meg. Elsődleges szükséglet a megelőzés, amelynek kiindulópontja az, hogy a gyerekeknek, fiataloknak olyan alternatívákat kínáljanak, amelyek segítenek a feszültségek, a fölösleges energiák, a másra való vágyódás ellensúlyozására.

Zárógondolatként hadd idézzem Ralf Schneidert: „Aki szeretne változtatni ezen, annak mindkét dolgon, a társadalmon és az egyén hobbiján is változtatnia kell. Egyik sem megy a másik nélkül. Ha még sokáig vitatkozunk azon, hogy mivel kellene kezdenünk, soha nem fogunk eljutni a cselekvésig” (Schneider 1998. 72.).

SZAKIRODALOM

ILLYÉS Sándor–DARVAS Ágnes (szerk.)

1991 *Beilleszkedési zavarok* – Szöveggyűjtemény. Budapest, Tankönykiadó

SCHNEIDER, Ralf

1998 *Szenvedély? Betegség?* Magyar Karitás

RÁCZ József et alii

2000 *A drogkérdésről őszintén*. B+V

VALLANCE, Theodore

1995 A most complex problem. In: Erich Goode (ed.): *Drugs, society, and behaviour*. Guilford, Brown & Benchmark, 19–26.

www.oktatas.brassai.hu/drog/html/mozer6.htm

AZ ALKOHOL HATÁSA A SZEMÉLYISÉGRE, CSALÁDRA ÉS TÁRSADALOMRA

Az alkohol az arab nyelvből (alkul, alkohole) származik, melynek jelentése „a legfinomabb”, „nagyon finom”. Az alkohol szó a köztudatban az etilalkoholra (etanolra) vonatkozik. Az etilalkohol színtelen, jellegzetesen kellemes szagú, kesernyés, égető ízű, vízben minden arányban oldódó, kékes lánggal égő, gyúlékony folyadék. Az alkoholt az emberek már évezredek óta fogyasztják. A túlzott fogyasztás függőséghez vezet. A függőség betegségnek számít (Medgyesi 1998).

Alkoholbetegnek „tekintjük azokat az egészségügyi ellátásra szoruló rendszeres italfogyasztókat, akik italfogyasztásuk következtében személyiségi, magatartási, társadalmi, életviteli vonatkozásban súlyosan sérültek, az alkohollal pszichikai függőségbe kerültek és/vagy szomatikusan is károsodtak” (Medgyesi 1998).

„Alkoholizmusnak tekinthető az alkoholfogyasztásnak mindazon módja, amely az egyén vagy a közösség vagy mindkettő károsodásához vezet. Betegséggé akkor válik, ha az egyén elveszti uralmát a fogyasztása felett és az alkohollal függő viszonyba kerül” (Szikszay–Tóth 1999. 24.).

A fizikai függőség a test reakcióját jelenti. Hosszú évek során, a kitartható ivás révén a szervezet hozzászokik az alkoholhoz, és amely pillanatban nem jut hozzá, hiánytünetek lépnek fel. Két betegségforma tartozik a fizikai függőséghez: a szokványos vagy általános alkoholbeteg és a szinten tartó alkoholbeteg.

A kémiai függőség veleszületett hajlamon alapszik és kontrollvesztést jelent.

1. Az alkohol hatása és utóhatása a szervezetre

Az alkoholnak az emberi szervezetre gyakorolt hatása függ az elfogyasztott mennyiségtől. A részegség (heveny alkoholmérgezés) tünetei a következők: izgatottság, bágyadtság, csökkenő gátlások, növekvő önbiz-

lom, reflexek lelassulása, érzékelés csökkenése, gyengülő ítéletalkotás, a mozgások összehangolásának és az egyensúlyérzéknek a zavara.

Az alkohol feldolgozása anyagcserezavarral jár, ennek tulajdonítható a másnaposság: fejfájás, szomjúság, fáradtság. Idült alkoholfogyasztás esetén létrejön az alkoholizmus, mely évek során alakul ki.

Ha az alkoholbetegtől megvonják az alkoholt, feszültté válik, szorongani fog, depressziós lesz, és általános rossz közérzet jellemzi. A mentális teljesítmény hanyatlik, akárcsak a jellem, és előbb-utóbb a személyiség is szétesik. A barátok lassan elmaradnak, az alkoholista elmagányosodik, megbélyegzik, kitaszítják a társadalomból. Könnyen válnak erőszakos cselekedetek és balesetek áldozatává.

A serdülőkorban elkezdett ivás folytatódhat felnőtt korban is. Ez megállítja a pszichológiai fejlődést, az érést és gátolja a felelősségteljes döntés, illetve mérlegelés képességét. A 40-50 év után kezdődő mérsékelt ivás kevésbé káros az egészségre, 60 év után a mennyiséget megint csökkenteni kell.

Hatások és utóhatások:

- a fizikai állapot fokozatosan romlik;
- csökken a szervezet ellenállóképessége;
- minden szerv károsodik.

A következőkben bemutatnám az alkohol szervezetre gyakorolt romboló hatását. A legnagyobb rombolást az idegrendszerre fejt ki. Hatása a következőkben nyilvánulhat meg: tremor (reszketés, remegés), nyugtalanság, idegek gyulladása, elmebaj megjelenése, delirium tremens. Ez utóbbit még remegéses tébolynak is nevezzük. A delirium tremens nem más, mint a hiánytünetek állapota. Teljes szellemi leépülést jelent, mely különböző demenciákhoz vezethet. Ilyen demenciák a következők:

- Wernicke–Korzakov-szindróma (tiamin hiány, konfúzió, amnézia, koncentráció gyengülése stb.);
- pellagrás encephalopathia (bőrbetegség, gastrointestinalis, vérképzőrendszeri, neuropszichiátriai betegség);
- Marchiafava-Bignami betegség (hiányosan táplálkozó, májcirózisos alkoholistáknál alakul ki a tudatzavar, koponyaűri nyomás fokozódása);
- hepatikus encephalopathia (a májbetegségben a vér ammóniaszintjének emelkedésekor tudatzavarral és egyéb neuropszichiátrai tünetekkel jár).

Az alkohol 90-98%-ban a májban bomlik le. A májszövet zsírtartalma normális esetben kb. 5%, ez rendszeres alkoholfogyasztás esetén 50%

főlé is emelkedhet. Ezért az ilyen májat zsírmájnak is nevezzük, melyből kialakul később az alkoholos májgyulladás, és ez idővel májsugorodást (sejtpusztulás) okoz.

A hasnyálmirigy esetében a túlzott alkoholfogyasztás gyulladáshoz vezet, mely lehet idült vagy krónikus és heveny vagy akut. Kialakulhat a kettes típusú cukorbetegség, mivel az inzulintermelés ilyenkor csökken.

Az alkoholfogyasztás hatására a gyomor- és bélrendszer is károsodik, kialakulhat a patkóbélfekély és a vastagbélhurut. Ez utóbbinak gyakori a rákos megbetegedése.

A szív- és érrendszerre gyakorolt hatás a következőkben nyilvánul meg: ájulási hajlam, szívdobogásérzés, vérnyomás-emelkedés, vérszegénység, mellkasi szorító érzés, légszomj, szorongás, alkoholos szívizom-károsodás, ritmuszavar, fáradékonyág, gyengeség, éjszakai nehézlégzéses rohamok.

Az alkohol gyengíti az immunrendszert, és számos megbetegedésnek teszi ki a szervezetet.

2. Az alkohol hatása a családra

A társadalom legkisebb működőképes egysége a nukleáris család, amely a szülőpárból és a gyermek/gyermekekből áll. A család a gyermekek számára biztonságot, védelmet és állandóságot kell nyújtson. Ismert az a családdinamikai törvényszerűség, mely szerint egy családtag változása visszahat mindenkire. Az alkoholista családtag befolyással van minden családtagra és magának a családnak mint egésznek a működésére is. Az alkoholista család diszfunkcionalitásának a következők a jellegzetességei:

- a külső határok zártak, nem engednek be idegen elemeket, nincsenek barátok, nem mennek együtt sehová;
- jellemző a probléma tagadása: „nálunk minden rendben van”, „nincs semmi probléma”;
- a belső határok, az alrendszerek gyakran fellazulnak, a szerepek bizonytalanná válnak;
- a hierarchia zavart szenved: nem lehet tudni ki, kinek parancsol, ki, miért felel;
- a kommunikáció is zavarossá válik, sok a kimondatlan parancs, például „ne beszélj!”, „ne bízz!”, „ne érezz!”;
- a nem alkoholista szülő a másik hiánya miatt a legidősebb gyereket felnőttként kezdi kezelni (bevonja a döntésekbe, gondjait megosztja vele (ez a gyereket hihetetlenül megterheli és ez káros);

- affektív szinten a legjellemzőbb érzés a szégyen, kifelé pedig a tagadás kerül előtérbe;
- más jellemző: változtatási képtelenség, vagyis inkább a biztos, ismerős rossz, mint a bizonytalan változtatás.

Kétféle alkoholbeteg létezik, ezek közül az egyik az ún. békés. Ő csendesen kivonja magát a családból, tennivalóit mások vállalják át. A másik típus az agresszív. Az ő esetében gyakoriak a veszekedések, verekedések az összeférhetetlenség, ingerlékenység, beteges féltékenység, üldöztetési téveszmék. Sok beteg az idő elteltével egyre agresszívebbé válik, bántalmazza házastársát, elűldözi otthonról, kizárja a családot. Az agresszió akár a gyilkosságig is elmehet, máskor pedig a beteg öngyilkosságot követ el. A nem ivó házastársra a kimerülési állapot, a szorongásos neurózis, a depressziós periódusok jellemzőek. Feltűnő, hogy a házastárs ilyen családban mennyi megaláztatást, fájdalmat eltűr anélkül, hogy változtatna. Ilyenkor beszélünk a kodependencia vagy társfüggőség jelenségéről. Az alkoholista nagyon sok esetben már serdülőkorában kezd el rendszeresen inni, ez folytatódik a házasságban is, és ebbe születhetnek bele a gyerekek. Nem ritka a gyermek bántalmazása is az ilyen családban. A gyerekek ilyenkor szenvednek, még akkor is, ha kicsik, és nem tudják, nem értik, hogy mi történik körülöttük. Rájuk is jellemző a szégyen, a zavartság érzése és jellegzetes viselkedési típusokat vehetnek fel. Ezek a következők:

- Hős: ez többnyire a legnagyobb gyerek. Ő kitűnően tanul, sportol, mindenben jó, karriert fut be, főleg segítő szakmában (pl. szociális munkás, pap). Pszichoszomatikus vagy stresszbetegségekben szenvedhet felnőttkorában.
- Elveszett gyerek: akire senki sem figyel. Eltűnik, elmagányosodik, végzi a dolgát. Csöndes, néha próbálja elsimítani a konfliktusokat. Betegségei: depresszió, bulimia, anorexia, öngyilkossági hajlam.
- Bűnbak vagy deviáns: ő a „fekete bárány” a családban, az újabb függő. Csavarog, lop az iskolában, dohányzik, kábítószereszik. Ő az, aki felhívja a figyelmet arra, hogy baj van a családban.
- Bohóc: többnyire a legkisebb gyermek. Bohózkodásával, bolondozásával próbálja felvidítani a szülőket, maga felé fordítva a figyelmet, a kettőjük közti konfliktust csökkentve. Betegségei: éretlenség vagy mániás depressziós betegség (Szikszay–Tóth 1999).

3. Az alkohol hatása a társadalomra

Mivel az alkoholprobléma szinte minden családot érint valamilyen formában, közvetve a társadalomra is kihat. Az alkoholnak fontos szerepe van a bűnözésben (autóbalesetek, verekedések, lopások). Az alkoholisták erőszakos bűncselekmények elkövetőivé vagy áldozataivá válhatnak. Az alkoholizmus munkahelyi konfliktusokhoz is vezethet. Azt lehet mondhatni, hogy az alkoholizmus népszerű betegség és nagyon súlyos probléma: tenni kellene valamit!

SZAKIRODALOM

BEATTIE, Melodie

1999 *365 nap, 365 meditáció*, Budapest, Hungalibri Kiadó

MEDGYESI Éva

1998 *Az alkoholbetegség medicinális szemlélete*. Budapest

SZIKSZAY Petronella–TÓTH Miklós

1999 *Deviáns alkoholológia*. Pécs, Szőlőtő Alapítvány. 4. Drog-gond

A DROGFOGYASZTÁS ELMÉLETEI

Az 1980-as évek elején az amerikai Nemzeti Mentálhigiénés Intézet több mint 40 elméletet közölt a drogfogyasztásról. Van olyan elmélet, amely a drogfogyasztás tiltottságából indul ki, más elmélet az egyénre helyezi a fő hangsúlyt vagy a társadalomra, illetve az egyén és a társadalom közti kapcsolat konfliktusaira, amely előidézheti a drogfogyasztást. Közös céljuk, hogy megtalálják azt az egy, illetve nagyon kevés számú faktort, amelyről úgy gondolják, hogy drogfogyasztáshoz vezetnek. A legtöbb elmélet nem mond ellent egymásnak, hanem különböző szempontból közelítik meg a jelenséget és kiegészítik egymást (Goode 1989).

Az elméletek három kategóriáját különböztetjük meg: biológiai, pszichológiai és szociológiai. Mindenik egy sor olyan faktort határoz meg, amelyek kulcsfontosságúak a pszichoaktív szerekkel való visszaélést illetően.

Biológiai elméletek

Elsősorban a genetikai felépítés hajlamosítja az egyént az alkohol és drogfogyasztásra, de nem tagadják más faktorok – környezet, személyiség – befolyását sem. Kimutatták, hogy az alkoholista szülőktől származó örökbe fogadott gyermekek hajlanak az alkoholizmusra, annak ellenére, hogy az örökbe fogadó szülők semmilyen szeszes italt nem fogyasztanak. Az alkoholista szülőktől származók 30-40%-ban maguk is alkoholistákká válnak. A nem alkoholista szülőktől származó gyermekek kb. 10%-a válik alkoholistává. Egyetlen elmélet sem állítja azt, hogy kizárólagosan a genetikai öröklődés vezeti az egyént alkoholizmushoz.

Pszichológiai elméletek

A pszichológiai elméletek az akut feszültséghelyzetekre vagy az egészségtelen személyiségfejlődésre helyezik a hangsúlyt. Az alkoholfogyasztás célja a feszültség- és szorongásoldás. A kábítószer fogyasztó fi-

atalok azért fordulnak a kábítószerhez, hogy átmenetileg elfelejtsék a családban, iskolában stb. átélt kínos helyzeteket. Az is igaz, hogy függetlenül a személyiségkárosodástól, azok, akik már próbálkoztak drogokkal, az átélt élményt szeretnék visszahozni. A szer utáni vágy egyre csak nő, addig, amíg már nem lehet abbahagyni, és kialakul a tolerancia. A megerősítés, az utánpótlás kétféle lehet: a.) pozitív, amikor azért veszi be az egyén a szert, mert ezt jó érzés követi, és ez ismételten motiválja őt; b.) negatív megerősítésről akkor beszélünk, amikor az egyén megkönnyebbülést, enyhülést keres, vagy fájdalmait akarja megszüntetni.

A drogfogasztás első pár hete akár mézeshetek is lehetnek, de lassan kialakul a függőség, a tolerancia, azután már csak azért veszik be a szert, hogy normális állapotban maradjanak. A drogfogasztók a valóság előtt akarnak menekülni, mert nem tudnak megbirkózni a problémákkal. Az emberek számos okból próbálják ki a drogokat: kíváncsiságból, új tudatállapot élményét keresik, fizikai illetve mentális fájdalomtól menekülni, unalomból, nonkonformizmusból stb.

Közvetlenül egyetlen személyiségtípus sem predesztinált a kábítószer-fogasztásra.

Szociológiai elméletek

A szociológusok a társadalmi beilleszkedésre koncentrálnak. Azokra az akadályokra figyelnek, amelyek károsítják a szocializációt, és önpusztításhoz vezetnek (Goode 1989). A céltalan, kilátástalan életnek nincs mozgósítóereje, nem ad örömet, emiatt hajlanak arra, hogy különféle deviáns magatartást, viselkedést sajátítsanak el. Ilyen lehet a kábítószer- és az alkoholfogasztás is. Merton (1957) szerint azok, akik drogokhoz vagy más pszichoaktív szerhez folyamodnak, kudarcot vallottak törekvéseikben, felemelkedési kísérleteikben. A balsiker taszítja őket devianciába. Edwin Sutherland (1939) a chicagói iskola képviselője a deviáns viselkedést a szociális tanúlással magyarázza. Ezt differenciális érintkezésnek nevezi, azt mondja, hogy az emberek úgy válnak bűnösökké, hogy bűnözőkkel kerülnek kapcsolatba. Szerinte a bűnözői viselkedést is úgy tanuljuk meg, mint a törvénytisztelő magatartást. Tehát a drogfogasztás, a drogozás is tanult viselkedés. A különböző szubkultúrák tagjai átadják egymásnak a deviáns normákat. A fogyasztott szer alapján több szubkultúra is elkülönül. Például alkoholfogyasztók szubkultúrája, marihuána-fogyasztók, heroinisták stb. Ezek a szubkultúrák áthajlanak egymásba, van

aki két szubkultúrának is tagja. Becker (1963) azt vizsgálja, hogy miként válik az egyszeri kipróbáló a marihuána rendszeres fogyasztójává. Mindenekelőtt meg kell tanulni a fogyasztás módját. Ehhez az szükséges, hogy olyan emberekkel, illetve csoportokkal lépjen interakcióba, akik már ismerik a módszert. A fő hangsúly a csoport szubjektív megnyilvánulásain, a jelentőségadáson van. Az első drogfogyasztást követő benyomás kellemetlen, de a csoport tagjai, a tapasztalt drogosok verbálisan vagy nonverbálisan az ellenkezőjéről győzik meg a friss áldozatot.

A elméletek tehát adottak, de a kérdés továbbra is nyitott marad.

SZAKIRODALOM

ALBERT-LŐRINCZ Enikő

1999 *A drogjelenség mint adaptációs probléma*. Kolozsvár, Kom-Press Kiadó

BECKER, Howard S.

Outsiders. Studies in the sociology of deviance. New York, Free Press

GOODE, Erich

1989 *Drugs in American Society*. NY, McGraw-Hill Publishing.
(1. ed.: San Francisco, 1972)

MERTON, Robert K.

Social theory and social structure. New York, Free Press

SUTHERLAND, Edwin H.

1939 *Principles of criminology*. Philadelphia, Lippincott

ENDORPHINOK AZ EMBERI SZERVEZETBEN

Az endorfinok a szervezet természetes narkotikumai. Az 1980-as évektől kerültek egyre inkább az érdeklődés központjába. Azt feltételezték, hogy ez az anyag felelős a futók feldobottságáért. A további kutatások bebizonyították, hogy az endorfin minden emberi megnyilvánulásban szerepet játszik. A sírás, a nevetés, a zene okozta izgalmak, az akupunktúra, a stressz, a depresszió, a kényszeres szerencsejátékok, az aerobic, a traumák, a mazochizmus, a munka és a felszabadultság, az étvágy, az immunitás, a halál közeli tapasztalatok mind, valamiképpen kapcsolatban vannak az endorfinnal.

Az endorfinok kutatása az 1970-es években kezdődött azzal a váratlan felfedezéssel, hogy az agyban kábítószer-receptorok vannak. A kutatók ebből azt feltételezték, hogy a szervezet ópium- vagy morfiumszerű anyagot termel. A vizsgálatok valóban kimutatták, hogy agyvelőnkben, gerincvelőnkben és vérereinkben opioid-peptidek, azaz endorfinok keringenek. A morfium narkotikus hatásából kiindulva hasonló hatások után kutattak a szervezetben. Vizsgálódásaik (Carr et alii 1981) a következő megfontolásokra alapulnak:

- a morfium lassítja a légzést és a pulzust, így kutatásuk területévé vált a tüdő és szív működésének vizsgálata;
- gyengíti a fájdalmat, ezért vizsgálni kezdték a központi és perifériás idegrendszert;
- felfordítja az emésztést, a salakanyagok kiválasztását és eliminációját, ezért kutatták a bélrendszert;
- serkenti a szexuális ösztönöket, ezért kezdtek foglalkozni a reprodukcióval és az endokrinológiával;
- euforikus hangulatba hoz, ezért alaposan megvizsgálták hatását a pszichés állapotokra.

Bárhol kutattak, vizsgálódtak, megtalálták az endorfin-receptorokat. Idővel kezdtek választ kapni az endorfinok hatásmechanizmusára. Megvizsgálták a fájdalomérzettel való kapcsolatukat is. Az agyban sikerült lokalizálni egy olyan fájdalomellenőrző központot, amely opioid-peptideket termel. Ha ezt a központot elektromos árammal sokkolva sti-

mulálták, beindult az agy saját fájdalomcsillapítóinak termelése. A sebészeti beavatkozások után érzett fájdalmat a gerincvelőbe juttatott endorfinokkal csökkentették. Bebizonyosodott, hogy a szervezetben levő endorphinszint növekedése csökkenti a fájdalmat.

Kapcsolat van az endorphintermelődés és a testedzés között is. Emberekkel végzett több kísérlet írja le, hogy fizikai gyakorlatok elvégzése során megnő a vérben az endorphinszint, a jókedv, feldobottság érzését keltve. Az endorfinok segítenek az étvágy szabályozásában is. Patkányokon végzett kísérletek során az emésztőrendszerben opiátreceptorokat találtak, és a hipotalamuszban olyan területet, amelyet ha kis adag endorphinnal injekciótak be, a patkányok bizonyos ételeket korlátlan mennyiségben fogyasztottak, még jóllakott állapotban is határ nélkül fogyasztották a táplálékot. Ugyanezzel a kísérlettel bizonyították, hogy az opiátblokkolók megelőzik a fékezhetetlen étvágyat. Azt is megállapították, hogy a endorfinrendszer zavart működése a túlsúlyosság (obezitás) és más evési zavarok kiindulópontja lehet. Például, ha túlsúlyos embereket opiátgátlókkal kezelnek, azok kevesebbet esznek, míg a bulimiások gyakran megundorodnak a zsíros ételektől. A bulimiások és anorexiások gyakran abnormális endorphinszinttel rendelkeznek (Carroll 1993).

Kísérletek során megállapították azt is, hogy az endorfinoknak jelentős szerepük van a reprodukciós hormonok ciklikus szabályozásában. Lehetségesnek tartják, hogy a természetes opiátok gátolják a nemzőképességet. Összefüggést találtak az agy endorphintermelés és a pubertás kezdete között, ugyanis az opioidrendszer érésével párhuzamosan történik a test szexuális érése. Ezért késő gyermekkorban és kora felnőttkorban nagyon veszélyesnek tartják a kábítószer fogyasztását. Az endorfinok fontos szerepet játszanak a reprodukcióban, a terhességnél és a szülésnél is. A nők terhességük harmadik szakaszában megfigyelhetik, hogy a fájdalom és a vérnyomás kevésbé okoz gondot, mint a terhesség előtt és után. Ennek oka egyesek szerint az, hogy a gerincvelőben termelődő opioid-peptidek korlátozzák a fájdalmat, és növelik a jó hangulatot, ezáltal segítve a nőt, hogy megbirkózzon a fizikai stresszhatásokkal. Az endorphinszint emelkedik terhesség alatt, csúcspontját a szülés előtt vagy alatt éri el. Egyesek szerint a szülés utáni 24 órában az endorphinszint tízszeresére csökkenése jelentősen hozzájárul a posztnatális depresszióhoz (baby blue syndrom).

Ugyanúgy, mint a morfium, az opioid-peptidek is fokozzák, kitágítják az emocionális és esztétikus hatásokat. Tanulmányozták a nevetés és az endorfinok közti összefüggést. A mulatozás és a jókedv el tudja űzni a mérget, a félelmet és a depressziót, mivel a szervezetben endorfin

szabadul fel. A sírás, a könnyek természetes megkönnyebbülési választ jelentenek az erős érzelmekre, elhasználják a fölösleges endorphinokat.

Összegezve, a kutatások többsége azt bizonyítja, hogy az endorfinok mint a szervezet természetes narkotikumai elengedhetetlenek a normális fiziológiai és pszichikai működéshez. A szervezetben már eleve létező narkotikumok normál szintjének nem természetes úton történő megváltoztatása a szervezet működésében zavart idézhet elő.

SZAKIRODALOM

CARR, B. Daniel et alii

1983 Physical conditioning facilitates the exercise – induced secretion of beta-endorphine and beta-lipotropin in women. *The New England Journal of Medicine* 305. 10. 560–63.

CARROLL, R. Charles

1993 *Drugs in modern society*. Oxford, Brown & Benchmark Publications.

COHEN, Sidney

1988 *The chemical brain. The neurochemistry of addictive disorders*. Irvine, California, Care Institute

GELLMANN, Mark

Enter the endorphine era. *Street Farmacologist* 4. 6. 3–12.

A DROG ELLENI HÁBORÚ ÉS A TOLERANCIA HATÁRAI

A legtöbb országban a drogfogyasztás bűnügynek számít, de vannak olyan országok, ahol ezt a problémát egészségügyi problémaként kezelik. A „drog elleni háborúnak” két iránya körvonalazódik: az egyik esetben tolerálják a drogfogyasztást és megpróbálják korlátozni, például Hollandiában, a másik esetben törvénnyel tiltják és büntetik, például az Amerikai Egyesült Államokban.

Nézzük meg előbb a statisztikák tükrében, hogy milyen hatása van a drogtilalomnak az amerikai társadalomra.

New Yorkban naponta 150 személyt tartóztatnak le drogbirtoklásért. A börtönök tele vannak a drog áldozataival, például 1994-ben a New York-i börtönben a rabok 45%-a drogfogyasztó volt. Annak ellenére, hogy milliárdokat költenek a megfékezésre, a kábítószerelés fénykorát éli. Amerikai jelentések szerint 1991–1994 között, a 13–14 évesek körében, a marihuána fogyasztása megkétszereződött. A XX. század elején 100 millió lakosból kb. 1 millió drogfüggő volt. Napjainkban a 250 millió lakosból kb. 20 millió kábítószerfüggő. Ebből 5 millió a kemény drogok rabja, 50 millió nikotin- és 48 millió alkoholfüggő, vagyis minden negyedik család alkoholproblémával küzd (Wallence 1995).

Említésre méltó az a tény is, hogy Amerikában a drog elleni háborút „faji megkülönböztetési színezet” is jellemzi. Megfigyelték ugyanis, hogy a legtöbb fehér rendőr főleg feketét tartóztat le.

Vizsgáljuk meg a másik oldalt is, vagyis hogy mire vezet a droggal szembeni tolerancia.

Hollandiában évtizedek óta „elnező politikát” folytatnak a könnyű drogokkal szemben, és radikálisan csökkentették a szabadságvesztéssel járó büntetéseket. A statisztikák azt mutatják, hogy a lakosság által fogyasztott lágy drogok mennyisége nem ad okot az aggodalomra. Hollandiában léteznek olyan kávéházak, ahol a hasis és a marihuána kis borítékban megvásárolható. Ezek ára napról napra nő, de ennek ellenére nő a kereslet. Vásárolják a hollandok, de a környező országok fogyasztói is.

A helyzet kényelmetlen mind a hollandoknak, mind pedig a szomszédos országok számára. A virágzó „drogturizmus” sok kellemetlenséggel jár.

Hollandia legkeményebb bírálója Franciaország. Hollandia mérlegelte a francia érveket, és úgy határozott, hogy bezár több mint kétezer drogot forgalmazó kávéházat, és az egy személyre kiszabott marihuánaadagot 30g-ról 5g-ra csökkenti.

A hollandoknak sem tetszik a francia behatolópia (felvásárlók hada) jobban szeretnék, ha a francia függők otthon fogyasztanák a szereket. Ennek tulajdonítható az az eset is, amikor Rotterdam egyik külvárosában (Spangenben), ahol olcsón hozzá lehetett jutni a kokainhoz, a helyiek saját kezükbe vették az ügyet, és nem engedték be a negyedükbe az idegen rendszámú kocsikat. Ugyanakkor több „drogtanyát” is leégettek, miután kiürítették a drogosoktól. Az akció előtt 151 drogtanya működött, utána csak 31, de számuk napjainkig újból megnőtt.

Svájcban is voltak hasonló megengedő jellegű próbálkozások. A zürichi hatóság a könnyebb ellenőrzés céljából megpróbálta a „Needle Park”-ba lokalizálni a drogpiacon. Ezt a programot a nyolcvanas évek végén léptették életbe, azonban a próbálkozás nagy kavargásba torkollott, és 1992-ben meg is szüntették. Ezután Svájcban egy új programot indítottak be, melynek keretén belül a heroinfüggők receptre kaphatták meg adagjaikat. Ezzel a programmal kapcsolatosan nehéz következtetéseket levonni, azonban az eredmények láttán kiterjesztették több svájci városra is. A kemény drogokra vonatkozóan Ausztráliának és Hollandiának is vannak hasonló tervei.

Ilyen jellegű reformokat hajtottak végre a skandináv országokban is. A tapasztalat azt mutatja, hogy ezek az intézkedések a helyzet javulását eredményezték. Ezekben az országokban a büntetés helyett megerősödött a gondozás szerepe, amelyet a közösségi szervezetek és az intézmények vállalnak fel (Szabó 1981).

Az említett próbálkozások nyomán a szakemberek többnyire fenntartják azt a véleményüket, hogy a könnyű drogok nem okoznak súlyos egészségügyi problémákat, meg kell tûrni őket, és a keményebb kábítószerektől való függés már egészségügyi probléma, és nem jelent törvényszegést. Ennek az álláspontnak a hibája az a feltételezés, hogy el lehet választani a nehézdrogpiacon a könnyűdrogpiactól.

A drog elleni küzdelem többsíkú, vannak pszichológiai, szociális és orvosi vetületei is. Majdnem minden függőnek lakás- és érzelmi problémái vannak, a segítők ezeket is meg kell hogy próbálják megoldani. Orvosi vonatkozásban ismeretes a „tűcsereprogram” vagy a „metadon program”. A tűcsereprogram hatására csökkentek az AIDS-vírus terjedésének

esélyei. 1988-ban az amerikai kongresszus betiltotta ennek a programnak a föderációs finanszírozását. Ma már csak nagyvárosokban működik.

A politikusok többsége úgy véli, hogy a drog elleni háború politikai kérdés. Úgy gondolják, hogy a droglegalizálás több visszaélést és függőséget okozna. Ezzel szemben azonban vannak olyanok is, akik szerint a drogbűnözés azért válik egyre súlyosabbá, mert a büntetőeljárás megbecstelenítő hatású, nehézkes és szinte ellenőrizhetetlen.

Mindezekből azt a következtetést lehet levonni, hogy jóléti társadalomban helyet kell adni a próbálkozásoknak. A drogpolitika irányítói figyelemmel kell kísérjenek minden olyan beavatkozást, amely mostanig eredményesnek bizonyult a drogfogyasztás megelőzésében és visszaszorításában. Fontos, hogy az országok tanuljanak egymás tapasztalataiból.

SZAKIRODALOM

HOROWITZ, Graig

1996 The no win war. In: Erich Goode (szerk.): *Drugs, society, and behaviour*. Guilford, Brown & Benchmark. 26–35.

SZABÓ Denisz

1981 *Kriminológia és kriminálpolitika*. Budapest, Gondolat Kiadó

WALLACE, Bruce

1996 The limits of tolerance. In: Wilson T. Hugh (ed.): *Drugs, society, and behaviour*. Guilford, Brown & Benchmark. 233–235.

A DROGOK LEGALIZÁLÁSÁRÓL – PRO ÉS KONTRAVÉLEMÉNYEK

A drogok legalizálásával kapcsolatos kérdések nem napjainkban vetődtek fel, ezek már nagyon régen vita tárgyát képezik. Egyes országok elfogadták a drogok legalizálását mint lehetséges megoldást a drogproblémára, míg mások elvetették, de mindegyikük egyetért abban, hogy a drog okozta problémák életüket tesznek tönkre, beszennyezik az iskolákat, gyilkosságok előidézői és egyéb károkat okoznak.

Az alábbiakban az amerikai és egyes európai országok droghelyzetéről fogok beszélni, kiegészítve Simon Éva *A drog elleni háború és a tolerancia határai* című dolgozatát.

Az utóbbi időben magas tisztséget viselő egyének mondták ki, hogy a drogok elleni harc amerikai módszerével nem lehet eredményt elérni. A legjobb megoldás a törvény általi engedélyezés vagy legalább a dekriminalizáció lenne. E vélemény körül viszont nagyon megoszlik az amerikaiak véleménye. Vannak, akik helyeslik a legalizálást, és vannak, akik azt állítják, hogy a kokain, heroin gyártása és forgalmazása olyanná fog válni, mint napjainkban az alkoholé és a cigarettáé. Nézzünk meg egy pár tényekkel alátámasztott érvet.

1. Ethan A. Nadelmann (1993) párhuzamot von a drog- és az alkoholtilalom között, és szerinte a „száraz évek” program sok hasznos analógiára enged következtetni, de a legfontosabb megkülönböztetni egymástól a droghasználat és a drogtilalom okozta károkat. Elmondja azt is, hogy az alkoholtilalom ideje alatt rengetegen megvakultak, paralizálódtak vagy meghaltak, mivel nem gyári alkoholt fogyasztottak. A tilalom támogatói viszont a fogyasztókat vádolták, és azt állították, hogy akik áthágták a törvényt, megérdemlik az őket ért betegségeket.

A gondot a szerző szerint a drogpiacon törvénytelenége okozza. Azért kellene legalizálni a drogfogyasztást, hogy kikapcsolják az illegális drogpiacot. A drogtilalom következményei túltesznek az alkoholtilalom következményein.

Hatvan évvel ezelőtt kb. 50 000 amerikai bénult le annak következtében, hogy jamaicai kevert „JAKE” nevű gingerkivonatot fogyasztott. Min-

den piacra kerülő drog tartalmaz keverékanyagokat, és ezek közül egyesek sokkal veszélyesebbek, mint maga a drog. A drogárulás tilalma bátorította az intravénás drogfogyasztókat, hogy megosszák maguk közt az adagokat és a felszerelésüket, és így lehetőség nyílt az AIDS gyors terjedésére.

A XX. század végi tapasztalatok azt mutatják, hogy ha létezik legalizált drog, akkor a fogyasztók a kevésbé erős drogokat választják.

Angliában 1924-ben kezdtek próbálkozni a heroin legalizálásával. A függőként nyilvántartott opiátfogyasztók receptre sokkal olcsóbban szerezheték be napi adagjukat. Ezáltal kikapcsolták a feketepiacot a drogok forgalmazásából. Mivel olcsón hozzá lehetett jutni a droghoz, csökkent a kábítószerrel kapcsolatos bűnözések száma is. A drog elvesztette „bűverejét”, amely azt eredményezte, hogy csökkent az „újoncok” száma, és csökkent a feketepiaci forgalmazók által kifejtett tevékenység.

Az angliai tapasztalatok és a legtöbb európai ország tapasztalatai alapján bátran állítják, hogy az amerikaiak tilalma sikertelen volt és a hatékonyabb utókontroll talán megakadályozhatta volna a magas szintű fogyasztás újramegjelenését.

Az amerikai társadalom nem fogadta el a droglegalizálást annak ellenére, hogy olyan társaságok javasolták, mint az American Medical Association (Amerikai Egészségügyi Társaság), az American Bar Association (Amerikai Ügyvédi Társaság), a National Council of Churches (Egyházak Nemzeti Tanácsa), a Wall Street Journal és Kennedy elnök narkotikumokkal és drogokkal foglalkozó tanácsadó bizottsága (Advisory Commission on Narcotic and Drug Abuse).

A helyzet azért is érthetetlen, mert a kutatások kimutatták, hogy az alkohol sokkal veszélyesebb az ember egészségére, mint bármelyik más drog, amelyet a törvény tilt. Egyetlen drog sem kötődik annyira az erőszakhoz, mint az alkohol.

Fontos lenne az is, hogy a drogok ne csak törvényesek legyenek, hanem jóval olcsóbbak és hozzáférhetőbbek.

Ethan A. Nadelmann (1993) felteszi a kérdést, hogy az alkoholtilalmat miért törölték el 30 év után, míg a drogtilalom több mint 75 évet tartott? Szerinte az is közrejátszott, hogy az alkoholtilalom több millió amerikaiat érintett, még a társadalom befolyásos emberei közül is sokat. A drogtilalom kevesebb állampolgárt érintett, ezek főleg fiatalok voltak, és nekik viszonylag kicsi befolyásuk volt a hatalomra. Az alkoholtilalmat nem azért oldották fel, mert a tudósok kimutatták, hogy az alkohol kevésbé veszélyes, mint a drog, hanem az előítéletek miatt, és mert az alkoholt az amerikaiak nagy része kedvelte.

2. David T. Courtwright (1993) ellenzi a kábítószeres legalizálást, és követeli, hogy szüntessék meg a tiltott drogok forgalmazását.

A drog elleni legerősebb harc Reagan elnökségi ideje alatt zajlott. A harc magába foglalta a drogfüggők kezelését és a nevelő programokat is, de a hangsúly a büntetőtörvény alkalmazásán volt. Az intézkedések változó eredménnyel jártak. A kokaint használók száma nagyon megnőtt: 650 000-ról 2,4 millióra. Lecsökkentették a marihuánaimportot, de annál nagyobb lett a házi termesztés. Megnőtt a tiltott drogforgalmazók bevétele is. Ezt a pénzt arra használták, hogy drogforgalmazókra jártas specialistákat képezzenek, és hogy olyan jogászokat és ügyészeket vásároljanak meg, akik segítségével ki tudták játszani a törvényt.

David T. Courtwright (1993) elmondja, hogy 1980-ban a drog miatt letartóztatottak fele gyerekek voltak, de arra is figyelmeztet, hogy ha ezeket a tizenéveseket mind el is fogják, és börtönbe vetik, a feketepiac csökkenthető de nem szüntethető meg.

Az eddigi eredmények értékelése azt sugallja, hogy a legjárhatóbb út a felügyelt legalizálás lenne. Ez az elképzelés azon a premisszán alapszik, hogy a törvényes piac nagymértékben ki fogja szorítani a tiltott kereskedést és az ehhez fűződő gonoszságokat.

SZAKIRODALOM

ALBERT-LŐRINCZ Enikő

1999 *A drogjelenség mint adaptációs probléma*. Kolozsvár, Kom-
Press Kiadó

CARROLL, R. Charles

1993 *Drugs in modern society*. Oxford, Brown & Benchmark
Publications

COURTWRIGHT, David T.–NADELMANN, Ethan A.

1993 Should we legalize drugs? History answers Yes-No. In: Erich
Goode (ed.): *Drugs, society, and behaviour*. Guilford, Brown &
Benchmark. 191–203.

A KÁBÍTÓSZERREL KAPCSOLATOS JOGSZABÁLYOK

Kávéból lehet jelentős mennyiséget és marihuánából keveset fogyasztani. Mégis melyik a károsabb és melyik a büntetendő?! Ezt a törvények, a jogszabályok döntenek el, és ezek alapján büntetik. Büntethető egyáltalán az az ember, aki élete végéig függőségben él?! Ez olyan kérdés, amelyre egyetlen törvény, jogszabály sem adhat választ. Mégis, a különböző drogok fogyasztásának büntethetősége között különbséget kell tenni.

1. Melyek a tiltott kábítószeresek?

A kábítószereseket többféleképpen lehet csoportosítani. Büntetőjogi szempontból a legfontosabb felosztás a legális és az illegális drogok közötti különbségtétel. A legális drogok (alkohol, kávé, cigaretta stb.) mindenkinek számára engedélyezett fogyasztásával szemben az illegális drogok tiltottak. Ilyen tiltott drog például a marihuána és a hasis, az LSD, a speed, az extasy, a kokain, a heroin, a máktea stb. Számos gyógyszer, ha nem orvosi előírás szerint használják, szintén kábítószernek minősül.

2. Milyen magatartásokat tilt a Büntető Törvénykönyv?

2000. augusztus 3-ától a törvény két kategóriát állít fel.

Az egyikbe az úgynevezett fogyasztói típusú cselekmények tartoznak, azaz a megszerzés, a tartás, az előállítás, a termesztés, az országba való behozatal és kivitel. (2000. július 26-án elfogadott 143. sz. törvény. Megjelent a 362. sz. Hivatalos Közlönyben 2000. augusztus 3-án. 143. sz. törvény 2. Fejezet 2. Artikulus 1. és 2. pontja; 3. Artikulus 1. és 2. pontja; 4. Artikulus; 5. Artikulus.)

A másik, súlyosabban büntetendő csoportba a terjesztői típusú magatartásokat, azaz a kínálást, az átadást, a forgalomba hozatalt és a keres-

kedést sorolják. (143. sz. törvény 2. Fejezet 10-től 12-ig terjedő Artikulusai). A kínálást már az egyszerű kérdéssel, az átadást pedig egy joint – ingyenes! – továbbadásával is meg lehet valósítani. Ha több személynek juttatnak akár pénzért, akár ingyen anyagot, az forgalmazásnak és kereskedésnek számít.

A magyarországi Büntető Törvénykönyvben a „kábitószer fogyaszt” kifejezés is szerepel. A drogfogyasztást korábban is büntették, hiszen a megszerzés és tartás eddig is bűncselekménynek számított. A fogyasztói és terjesztői típusú magatartásoknál a kábítószer mennyiségétől is függ a büntetés. A fogyasztást az illető élete során elhasznált összes anyag mennyiségétől függetlenül két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetik. Tudni kell azonban, hogy az eddigi gyakorlat szerint a megszerzett (elfogyasztott) kábítószeradagokat összesítették. Az eladott és átadott kábítószerek mennyiségét mindenképpen összeadják.

3. Milyen büntetésekkel fenyeget a törvény?

A büntetés nagysága elsősorban két jelenségtől függ: 1. Fogyasztói vagy terjesztői típusú a cselekmény; 2. Milyen mennyiségű kábítószerrel követték el (csekély mennyiség, csekély mennyiségnél több, de a jelentős mennyiségnél kevesebb, jelentős mennyiség).

A törvény bonyolult szabályait táblázatokkal mutatjuk be.

1. táblázat. A kábítószer-forgalmazás, -fogyasztás és a kiszabott büntetések

Fogyasztás (mennyiségtől függetlenül)	2–5 évig terjedő szabadságvesztés
Csekély mennyiségű kábítószer kínálása, átadása	3–5 évig terjedő szabadságvesztés
Csekély mennyiségnél több kábítószer kínálása, átadása	3–15 évig terjedő szabadságvesztés
Jelentős mennyiségű kábítószer, terjesztői típusú magatartás	15–25 évig vagy életfogytig tartó szabadságvesztés

Forrás: Legea nr. 143 din 26 iulie 2000. Privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri. Publicată în: Monitorul Oficial nr. 362 din 3 august 2000.

Magyarországon a kábítószer fogyasztásának mennyiségétől is függ a büntetés nagysága. A törvény tartalmazza a csekély és jelentős mennyi-

ség meghatározását. Ha csak fogyasztó, de a csekély mennyiségnél több drogot találnak az illetőnél, akkor ennek tartásáért és nem fogyasztásáért fogják megbüntetni. Az egyszerre megtalált különféle drogok mennyiségét összeadják.

2. táblázat. *A forgalmazott, fogyasztott kábítószer mennyiség-meghatározása*

Drog	Hatóanyag-tartalom	Csekély mennyiség	
		(100% tisztaság)	utcán (kb.)
Amfetamin	5–45%	0,5 g	1–10 g
MDA, MDMA stb. (extasy hatóanyagok)	45–110 mg tablettánként	1g	10–20 db tabletta
Heroin utcai adag, nagy tételek	10–50% 40–80%	0,6 g	3–8 g 3–3,5 g
LSD	0,06–0,17 mg bélyegenként	1 mg	5–15 db
Metadon	5 mg/tabletta	1 g	200 db
THC:			
– marihuána	1–8 %	1 g	12–100 g
– hasis	3–15 %		30–100 g
– növény		5 db	

Marihuánatermesztés esetében, ha kendernövényt találnak, akkor hatóanyag-tartalomtól, ivartól és mérettől függetlenül maximum 5 db növény számít csekély mennyiségnek. A jelentős mennyiség a csekély mennyiség hússzorosa. Vannak olyan esetek, amikor már a csekély mennyiség miatt is súlyosabb büntetés jár: ha az illető betöltötte 18. évét, s egy 18-at még be nem töltött személyt juttatott kábítószerhez, akkor 5–10 évi börtönbüntetésre ítélik.

A törvény szerint bizonyos helyszíneken a terjesztői típusú cselekmények súlyosabban büntetendők. Így például az iskolákban, kollégiumokban, művelődési házakban, illetve ezek környékén és a katonaságnál már egy adag kábítószer átadásáért, kínálásáért vagy eladásáért 5–10 évi szabadságvesztés járhat.

A haszonszerzéssel járó rendszeres árusítás büntetése 10–20 évig terjedő szabadságvesztéshez vezet.

A forgalmazás és kereskedelem 10–20 évvel büntetendő. Ha a fenti cselekményeket jelentős mennyiségű kábítószerrel követik el, a büntetési tétel 15–25 évig vagy életfogytiglan tartó fegyház.

4. Mit tehetnek a rendőrök?

A rendőrnek joga van bárkit igazoltatni, gyanús viselkedés esetén ruházatát, csomagját, autóját átvizsgálni. Ha drogot vagy akár csak egy használt pipát vagy fecskendőt találnak, akkor az illető személyt előállíthatják, és büntetőeljárást indíthatnak ellene, és attól kezdve gyanúsítottnak számít. A gyanúsítottnál házkutatást is tarthatnak. Köteles szakértői vizsgálatnak alávetni magát, ez vizelet- és/vagy vörvizsgálatot jelent. (Katéteres vizsgálatot azonban a gyanúsított beleegyezése nélkül nem végezhetnek.) Az alkalomszerűen használt anyag gyorsabban kiürül a szervezetből, a rendszeres drogozás tovább hagy nyomot. Az amfetaminszármazékok 2–5 napig kimutathatóak, az opiátok 2–3 napig. A THC egy-két hétig is árulkodik, sőt a hirtelen fogyasztásnál a zsírszövetekben megbúvó THC-molekulák ismét megjelennek a vizeletben. A drogok kiürítését gyorsítja a sok folyadék fogyasztása. Ha valaki nem gyanúsított, csak tanú, akkor nem köteles vizeletvizsgálatnak alávetnie magát. Tanúként igazat kell mondania, de nem köteles felelni az olyan kérdésekre, melyekre válaszolván saját magát vagy hozzátartozóit keverné bajba. Ha az eljárás során sérelem éri, 8 napon belül panaszt tehet az ügyészségen.

5. Mit tehet valaki, ha elkapták?

A rendőrség köteles vele közölni, hogy milyen bűncselekmény elkövetésével gyanúsítják. A gyanúsítás ellen panasszal lehet élni, amelyet a hallgatáson kell jegyzőkönyve mondani. Joga van hallgatni. Megtagadhatja a vallomástételt vagy az egyes kérdésekre a válaszadást. A gyanúsított személynek nincs igazmondási kötelezettsége, de más bűncselekmény elkövetésével nem vádolhat. Minden, amit mond, felhasználható ellene, még ha vissza is vonja. Megjelölheti, hogy kit szeretne értesíteni, és joga van ügyvédet kérni. Ha még nem múlt el tizennyolc éves vagy előzetes letartóztatás esetén is joga van a hatóság által kirendelt védőügyvéd segítségére.

6. Létezik-e feljelentési kötelezettség?

Sokan gondolják, ha orvost vagy mentőt hívnak, akkor a rendőrség is értesülni fog a kihágásról. Az orvosoknak nem kell értesíteniük a rendőrséget, sőt köti őket az orvosi titoktartás. Életveszélyes állapot esetén min-

denképpen mentőt kell hívni, hiszen az emberi élet sokkal fontosabb, mint a rendőröktől való félelem. A pedagógusoknak, szülőnek, barátnak nincs feljelentési kötelezettsége. Az állampolgár belátására bízzák, hogy értesíti-e a rendőröket.

SZAKIRODALOM

* * *

1999 *Drogjog*. Budapest, Társaság a Szabadságjogokért

1999 *Jogszabályok*. Budapest, P. R. A. D. O. – Prostitúció, AIDS és
Drogellenes Országos Alapítvány

Lege nr. 143 din 26 iulie 2000. Privind combaterea traficului și
consumului ilicit de droguri. Publicată în: *Monitorul Oficial* nr. 362,
din 3 august, 2000.

<http://www.prado.hu/jogszab.htm>

<http://www.c3.hu/~hclu/drogjog99.htm> 5. Kezelés

5. DROGPREVENCIÓ

A SZOCIÁLPEDAGÓGUS ÉS SZEREPE AZ ISKOLAI DROGPREVENCIÓBAN

1. Az iskola mint intézmény

Alfred Adler szerint „az emberiség azért találta fel az iskolát, mert a család nem volt képes arra, hogy a gyermekeket kellőképpen felkészítse a társadalmi életfeladatokra. Az iskola a család meghosszabbított karja, és nagyrészt az iskolában formálódik a gyermek jelleme, és azt is ott tanulja meg, hogy miként oldja meg az életproblémákat, hogyan birkózzon meg velük” (Adler 1998. 45–46.). Ezt az adleri elképzelést a jelenlegi iskolarendszer nem szolgálja teljes mértékben, mert a hangsúlyt nem az iskola jellemformáló hatására, hanem az ismeretátadásra fekteti.

Amióta iskolarendszerű oktatás folyik, az oktatási gyakorlat rendszeresen kénytelen szembesülni azzal, hogy vannak olyan tanulók, akik – társaiktól eltérően – nem úgy teljesítenek, nem úgy viselkednek az iskolában, ahogyan azt életkoruknak megfelelően el lehetne tőlük várni. Ezt a tapasztalatot azonban a szakértők igen eltérő módon ítélték meg.

Régen az iskolai kudarcokért elsősorban magát a tanulót tették felelőssé, majd sokan arra hajlottak, hogy a hibát kizárólag az iskolában – annak szerkezetében, működésében, a tanár személyében vagy a tananyag természetében – kell keresni. Később a gazdasági, szociális és kulturális tényezőknek a személyiségre gyakorolt hatását megismerve, a különféle iskolai kudarcok okai között megjelent és egyre nagyobb hangsúlyt kapott a hátrányosság fogalma is. Ugyancsak érezhető változást hozott az iskolai környezet megítélésében a pszichoanalízis szemléletmódja. Ezt leginkább úgy lehetne érzékeltetni, hogy a tanulóval szemben a gyerek került a figyelem központjába, a pszichológia az iskolai viselkedésben és a tanulmányi teljesítményben elsősorban a gyermeki személyiség dinamikáját, illetve a gyermek családi kapcsolatának a természetét figyelte. Comeniusnál tűnik fel először az a Rousseau-t és Pestalozzit anticipáló gondolat, hogy az iskola főszereplője a gyermek. A főszereplőt pedig mindenekelőtt tiszteletben kell tartani (Sípos 1995).

Az úgynevezett „normál” gyermekek és a „problémás” gyermekek közötti különbségek részleteinek megismerésével mind világosabb kép alakult ki az iskolai adaptáció pszichológiai-pedagógiai-szociológiai elemeiről is. A társadalom polarizálódik és szegényedik. Nagyon sok gyermek olyan családban él, ahol a létminimumot sem tudják biztosítani a felnövekedéshez, a harmonikus fejlődéshez, a reményteljes társadalmi integrációhoz. Ilyen körülmények között széles ifjúsági rétegek sodródnak predeviáns életkörülményekbe, élethelyzetbe. Ebből kifolyólag fokozottabban kell gondoskodnia az iskolának, a pedagógus- és a szociális szakmáknak a leszakadó rétegek gyermekeiről, a szociálisan hátrányos helyzetűekről, a fejlődésükben veszélyeztetettekről, a tanulási problémákkal küszködőkről stb.

A tanulás terén hátrányos helyzetbe kerülő gyerekeknek új, képességeikhez jobban igazodó iskolákra van szükségük, melyek segítséget adnak a tanuláshoz, és egyben kezelik a társadalmi beilleszkedési zavarok miatt amúgy is negatív helyzetbe került korcsoportok speciális problémáit. Ezen iskoláknak segítséget kell nyújtaniuk a tanulási nehézségekkel küzdőktől kezdve a fiatalokat veszélyeztető devianciákon keresztül a pályaelőmozdításban, a mentálhigiénés prevencióban.

A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy ez csak speciális eszközrendszer alkalmazásával lehetséges, melynek legfontosabb tényezője a magas színvonalon képzett szakemberekből álló tantestületet kiegészítő csoport.

Ideális esetben az iskolában lezajló tevékenységek során mind a tanulóknak, mind a szaktanároknak lehetőségük van együttműködni segítő foglalkozású szakemberekkel. Ezek lehetnek iskolapszichológusok, orvosok vagy asszisztensek, logopédusok és ezen szakemberek sorába kell beilleszkednie a szociálpedagógusnak is.

2. A szociálpedagógus szerepe az iskolában

A szociálpedagógus az a szakember, aki ismeri és képes kezelni a gyermek és az ifjú korosztály kapcsolati és szociális problémáit minősítés, meg- és elítélés nélkül. Az a jó szakember, aki fejlődési, tanulási és kapcsolati problémákat egységben képes látni, a kezeléshez információkkal rendelkezik, s ezek egységét az érintett személyekkel együttműködve képes koordinálni úgy, hogy a környezet erőforrásai mozgósítódjanak a gyermek, a fiatal „énfunkciójának” helyreállításában (képes a megbomlott egyensúlyt helyreállítani, segíteni az optimális életvezetést a gyermek és családja vo-

natkozásában – ha kell, szakemberek együttes munkájának megszervezésével is). Olyan pedagógus, aki érzékeny a szociális munka iránt, ismeri annak szociálpedagógiai vonatkozásait (szociális kompetenciája magas).

A szociálpedagógusnak rendelkeznie kell olyan ismeretekkel, készségekkel és képességekkel melyek biztosítják:

- a társadalom valóságos működési szabályszerűségeinek felismerését, elemzését (realitásérzék);
- a társadalmi egyenlőtlenségek, problémahelyzetek s az ezeket kiváltó okok felismerését és elemzését;
- a gyermek és a fiatal személyiségfejlődésének, szocializációjának, tevékenységének ismeretét, ezek sajátos fejlesztését.

Különös hangsúlyt kell fektetnie a problémás élethelyzetek kialakulásának megelőzésére, de alkalmaznia kell a javítást szolgáló állami (szociológiai, oktatási, egészségügyi), intézményi és társadalmi (szociálpolitikai, jogi, érdekérvényesítő, gyermekjóléti, gyermekvédelmi) szolgáltatásokat, erőforrásokat is. Tevékenységének része kell legyen a:

- prevenció;
- másságkezelés;
- problémakezelés;
- tanácsadás;
- szabadidő-szervezés;
- szociális kérdések;
- nehezen kezelhetőség;
- kríziskezelés (Servais 1991).

A szociálpedagógusnak speciális képzésre van szüksége. E feladatkört felsőfokú végzettségű szakembernek kell betöltenie, akinek a pszichológia- és a pedagógiatudományt egyaránt kell ismernie. Ezen alapvető ismereteken kívül el kell sajátítania egyebek között a szakmai döntéshozatalt, az interperszonális munkában való részvétel képességeit, ismernie kell a különböző kutatási és statisztikai módszereket. Szakmai-etikai kódexének tartalmaznia kell a következőket:

- tartsa tiszteletben az emberi értékeket és méltóságot, magasra értékelje és őrizze meg az emberi jogokat;
- törekedjék a gyermekek és fiatalok jólétének a biztosítására és védelmére;
- a szociálpedagógus kizárólag a saját szakmai kompetenciáin belül tevékenykedjen, és folyamatosan törekedjen elméleti és gyakorlati képességeinek a fejlesztésére;

- igyekezzen elérni és megtartani a szakmai kompetenciák, és az etikai magatartás legmagasabb szintjét.

A szakmai normák mellé szakmai felelősségnek és megbízhatóságnak, a szakmai gyakorlathoz szakmai kapcsolatoknak és értékeléseknek kell kapcsolódniuk. A beavatkozás területei és szakmai eszközei, módszerei változatosak.

3. A szociálpedagógus hatásköre és feladatai az iskolában

Valószínű, hogy sok időbe fog telni a szociálpedagógusoknak azonoságuk tisztázása, teendőik pontos meghatározása, szerepük és funkcióik definiálása. Az iskolában tevékenykedő szociálpedagógust elsősorban a tanulói adaptáció folyamata és annak szereplői kellene hogy foglalkoztassák, vagyis érdeklődésének központjában a tanuló (intelligenciájának, érzelmi érettségének és szociális alkalmazkodóképességének kérdései), a család (az általa megtestesített pszichológiai értékek jellemzői, érzelmi klímája, szociális, gazdasági és kulturális státusa), az iskola (a pedagógus személye, az oktatás viszonyrendszere, a reformok természete) és a társadalom (a szűkebb és tágabb közösség működésének sajátosságai) áll.

Tevékenysége során természetesen a szociálpedagógus nem nélkülözheti az együttműködést az intézmény pedagógusaival, a tanulók családjával, az iskola szűkebb és tágabb társadalmi környezetével, a közösségi élet helyi szereplőivel sem. A szociálpedagógus működési területét úgy is meg lehet határozni, hogy nem csak segíti a gyermeki személyiség egyéni fejlődését, illetve eredményesebbé teszi annak intézményi beilleszkedését, hanem sajátos eszközeivel mintegy ki is egészíti az iskolai oktatást.

A szociálpedagógus tevékenykedhet az iskolában, és így jelen lehet az iskola, a tanulók mindennapjaiban, de tevékenykedhet iskolán kívüli szociálpedagógusi szolgálatban is. Az utóbbi esetben a szociálpedagógus, más segítő szakmák képviselőivel együtt, képezheti egy segítő központ személyzetét, amely adminisztratív és pénzügyi szempontból független az iskolától és lehet állami, szociális vagy egyházi fenntartású. Ennek előnye, hogy független az iskolától, de hátránya, hogy kívülről próbál beavatkozni az iskola életébe és így információi felületesek (csak eseteket lát és nem folyamatában látja a problémákat), és a pedagógusok bizalma is más egy ismeretlennel szemben.

A szociálpedagógusnak valamilyen szinten be kellene kapcsolódnia az iskolai szervezet- vagy tananyagfejlesztés munkálataiba is.

4. A szociálpedagógus prevenciós tevékenysége

A prevenció a problémahelyzet kialakulását célzó, megelőző tevékenység. Ez igen fontos feladata a szociálpedagógusnak, aki az iskolában elsősorban nevelő szerepet tölt be.

A prevenciós tevékenységnek több lépésben kell történnie. Elsőként a szociálpedagógusnak felméréseket kell végeznie, meg kell állapítania a csoport helyét, helyzetét, összetételét, esetleg ki kell szűrnie azokat a tagokat, akik problémával küszködnek. Ezeket a felméréseket tesztekkel, személyiségfejlesztő tevékenységekkel, beszélgetésekkel, játékokkal stb. végezheti, előkészítésükbe, lebonyolításukba és kiértékelésükbe aktívan bevonhatja az intézmény tanulóit és tanárait.

Roppant fontos a cél feltüntetése, illetve ismeretanyagot szolgáltatni a diákoknak a drogról, a drog fogyasztás következményeiről, hiteles statisztikai adatokkal szolgálva.

A prevenciós tevékenység történhet az iskolán belül (órarendbe beiktatott tanórák vagy klubtevékenységek keretében) vagy az iskolán kívül (szabadidős foglalkozások, nyári táborok keretében). A lehetséges tevékenységeket a későbbiekben részletezzük, de mielőtt erre rátérnénk, beszélünk kell a drogprevenció filozófiájáról.

5. A drogprevenció az iskolában

A megelőzés nem egyenlő a felvilágosítással. Szükség van információkra is, de a megelőzést a személyiségfejlesztésre kell alapozni. Ennek szerves része az önismeret, a döntéshozási képesség fejlesztése és a stresszkezelés.

Információátadás

A drogtémakörrel kapcsolatos foglalkozások megadják a szenvedélybetegségeket okozó szerekkel kapcsolatos információkat, kitérnek a tények és tévhitek elemzésére, és gyakorlati tanácsokat adnak azokra a mindennapi helyzetekre is, amellyel bárki szembesülhet (pl. mi csökkentheti és mi növelheti a drogok káros hatását). Az információ nyújtása

az életkori sajátosságok figyelembevételével történik. A foglalkozások keretében olyan mozzanatok vannak, amelyek az információ elmélyülését elősegíthetik (pl. feladatlapok, játékok stb.).

Személyiségfejlesztés

A személyiségfejlesztés szerves része az önismeret gazdagítása. Ebben a témakörben az iskolai oktatásba sok újdonságot hoznak a foglalkozások. Formabontó lépés az Én jellemzésének középpontba állítása, a tanulók pozitív tulajdonságainak felkutatása a hibák keresése és a fegyelmezés helyett, a társak elismerő, pozitív énképe, az önbizalom és az önbecsülés építése, amely a jó közérzet, az érzelmi kiegyensúlyozottság egyik legfontosabb zálogává válik. Ezek a foglalkozások az önfogadást és mások elfogadását egyaránt segítik, mindig az életkornak megfelelő szinten.

A döntéshozás témakörei azon feladat köré csoportosulnak, mely szerint a döntés előtt álló személy a lehetséges pozitív és negatív hatások mérlegelésével kell meghozza döntését, hogy minél inkább elkerülje a kellemetlen következményeket, és azt, hogy a rossz döntés miatt újból és újból döntenie kell. A jó döntések jelentősen hozzájárulnak az egyén érzelmi feszültségeinek csökkentéséhez. A döntési készség kialakítása játékos formában, életkornak megfelelően történik.

A stresszkezelés problémaköre ugyancsak valós helyzeteket érint. A foglalkozások során a gyerekek megtanulhatják, mi a különbség a pozitív és a negatív stresszhelyzetek között, milyen kísérőjelenségei, testi jelei lehetnek a stressznek, illetve mit kell tenni a stresszt okozó élethelyzetekben. Ehhez a témakörhöz társul olyan relaxációs, pihentető technikák átadása is, amelyek részben segítik az érzelmi egyensúly kialakítását, részben hasznos energiaforrásokat biztosítanak (Servais 1991).

6. A drogprevencióban alkalmazható gyakorlati lehetőségek

A prevenció tevékenység történhet az iskolán belül vagy az iskolán kívül a szociálpedagógus kezdeményezésére. E tevékenységek levezetése történhet szakos tanárok bevonásával vagy külső meghívottak segítségével.

A szociálpedagógus által levezethető megelőzést szolgáló tevékenységek

1. Kérdőíves felmérések készítése a drogokkal szembeni attitűdökről.

Célja: adatgyűjtés, helyzetfelmérés, adatközlés.

Ebbe a tevékenységbe a tanulók maguk is bevonhatók. Íme egy példa arra, hogy mit is csinálhatnak:

- szerkesszenek kérdőívet: e célból fordulhatnak szakemberekhez (az iskolapszichológushoz, tanáraikhoz vagy magához a szociálpedagógushoz), gondolják át a tördelés módját és a kérdések sorrendjét, osszák ki a kérdőíveket, és gyűjtsék össze a válaszokat;
- kérjenek fel a számítástechnikában jártas embereket (szaktanárok és diákok) az eredmények elemzésére szolgáló programok készítésére;
- hozzák nyilvánosságra az eredményeket a legalkalmasabbnak tűnő tájékoztatási eszközök útján: iskolaújság, faliújság stb.;
- gyűjtsék össze az eredményekkel kapcsolatos állásfoglalásokat;
- dolgozzák fel a témát (pl. az újságcikkek alapján) pl. a biológiaóra keretében (Sípos 1995).

2. Filmvetítés

Cél: ismeretátadás.

A drogokról, drogfogyasztásról és következményeiről szóló ismertető jellegű vagy nevelő hatású filmek vetítése.

3. Színjátás

Cél: szerepjátékokon, átélt helyzeteken keresztül mélyebb rálátást biztosítani a drogtémára.

Változatos színházi eszközök segítségével – színdarab, pantomim, vers, zene – drogokkal kapcsolatos téma bemutatása. Ebben egy vagy több osztály tanulói vehetnek részt. A forgatókönyv szerzői természetesen maguk a diákok is lehetnek, ebben az anyanyelvi tanárok vagy más szaktanárok is segítséget nyújthatnak (Sípos 1995).

4. Kreatív tevékenységek

Cél: a személyes hozzáállás elmélyítése.

A téma bemutatása kreatív tevékenységek által: rajzok, festmények, szobrok készítése, tanítómesék, versek írása.

Szaktanárok közreműködésével levezethető tevékenységek

Cél: más tanárok bevonása.

Egy jó beleérző-képességgel és kontaktusteremtő-képességgel rendelkező tanár direkt vagy indirekt módon segíteni tudja a tanulókat, hogy véleményt formáljanak a drogok, az egészség, a környezet által közvetített értékek stb. vonatkozásában, és végül abban is, hogy meggyőződésükkel összhangban éljenek.

A tanár a tanterv felrúgása nélkül is sokat tehet a megelőzés érdekében és népszerűsítheti az egészséges életfelfogást. A tapasztalat azt mutatja, hogy elsősorban az osztályfőnöki óra az, amely a legjobb lehetőségeket kínálja, különösen, ha az utolsó órában zajlik, amikor az idő megnyújtása sem jelent gondot. De ez a lehetőség minden órán adott a tanár számára, ha nem pusztán az ismeretek közlésére szorítkozik, hanem az anyagot a tanulók helyzetének és problémáinak megfelelően aktualizálja.

Pl. a biológiaoktatás keretén belül a X. osztályos tananyag az idegrendszer működésével is foglalkozik. A külvilág idegrendszerre gyakorolt hatásának bemutatására szerencsésnek tűnik „a drog hatása az idegrendszerre” című részletkérdés feldolgozása.

A vallásoktatás olyan támpontokat ad a fiatalnak, melyek segítik az élet értelmének, az értékeknek és saját identitásának keresésében. A cél az, hogy a fiatal tisztában legyen életére és életmódjára vonatkozó döntései jelentőségével. A különféle drogok használatával nem pótolhatjuk ezt a hiányt, sőt megkockáztatjuk a függőség kialakulását és új problémák jelentkezését (Sípos 1995; Servais 1991).

Más iskolai vagy iskolán kívüli személyek bevonása

1. Meghívott előadók

Cél: a téma más szempontokból való megközelítése.

A drogok és ezek hatásával kapcsolatos információátadás része lehet olyan kívül álló előadó meghívása, aki szakmai tapasztalatát (orvosok, pszichológusok, szociális munkások, szociológusok) vagy saját megdöbbentő esetét szeretné megosztani a diákokkal (sikeresen leküzdött drogfüggőség vagy családon belüli eset bemutatása).

2. Szülők bevonása

Cél: tudatosítani a szülők szerepének fontosságát.

Fontos felhívni a szülők figyelmét arra, hogy a gyermek nevelésében mindenkinek megvan a maga sajátos szerepe, feladata, kötelessége; e feladatok nem átruházhatók, átvállalhatók és időben nem elodázhatók. A szociálpedagógus csak akkor lehet eredményes, ha kezdeményezéseiben segítséget kap a szülőktől, és ezek nyitottak a közös cél érdekében. A szülőkben tudatosítani kell azt, hogy senki sem nyugtathatja meg lelkiismeretét az iskolában létező megelőzési program létezésével (Servais 1991).

Iskolán kívüli tevékenységek

1. Szabadidős személyiségfejlesztő foglalkozások

Cél: személyiségfejlesztés.

Ezek lehetnek a szociálpedagógus, más szakember vagy tanár által kezdeményezett programok, amelyek sajátos tevékenységeik által (interaktív játékok, csoporttevékenységek stb.) hozzájárulnak a diákok önismeretének, kommunikációs képességének, felelősségtudatának stb. fejlesztéséhez.

2. Drogproblémával foglalkozó alapítványok tevékenységébe való bekapcsolódás

Cél: egyéni szerepvállalás.

A diákok bekapcsolódása olyan alapítványok, szervezetek tevékenységébe, amelyek a drogprevenció területén fejtik ki tevékenységüket. Ezáltal a diákok aktívan részt vehetnek a drogprevencióban, saját szerepet vállalva az ismeretterjesztő és megelőző tevékenységben.

SZAKIRODALOM

ADLER, Alfred

1998 *Understanding human nature*. Boston, Hazelden Information & Educational Services

SERVAIS, Ernst

1991 *A drogproblémák átfogó megelőzése*. Gyakorlati kézikönyv tanárok, nevelők és szülők részére. Budapest, Poliworld Alapítvány

SÍPOS Kornél

1995 *Drogmegelőzés az iskolában*. Budapest, Gondolat Kiadó

A TANÁROK SZEREPE A DROGHASZNÁLAT MEGELŐZÉSÉBEN

Az iskola mint oktatási intézmény jelentős mértékben szerepet játszik a drogmegelőző tevékenységben. A fiatalok idejük jelentős részét töltik az iskolában, továbbá itt a kortárscsoport együtt van az osztályokban, és a megelőzés összekapcsolható a neveléssel. Az iskolai program keretén belül a szenvedélyekre vonatkozóan a tanulókkal számos ismeret közölhető, fel lehet őket készíteni a „kísértésekre”, kritikus fénybe állíthatók a hibás feszültséglevezetési minták. Az iskola lehetőséget ad a problémamegoldó, feszültség-levezető, önérvényesítő mechanizmusok kifejlesztésére. Ezen készségek megléte fölöslegessé teszi, hogy a fiatalok hibás kompenzációként kábítószerhez, alkoholhoz vagy cigarettához folyamodjanak.

A tanulókat egyre nagyobb mértékben érinti az alkohol vagy más drogok használatának kérdése. Az osztályban olyan problémakörökre szükséges hangsúlyt fektetni, amelyek keretén belül a diákok megtanulhatják, hogy szükség esetén hogyan álljanak ellen a környezet veszélyeztető hatásainak, hogyan hozzanak meg olyan pozitív döntéseket, amelyek a cigarettázás, az alkoholfogyasztás és a drogok használata ellen szólnak. Ezen deviáns magatartásformák elkerüléséhez a tanulóknak erős motivációra van szükségük. Ebben segítik őket a megelőző programok.

A drogmegelőző programok mindenekelőtt az egészségre, valamint az egészséges életmóddal kapcsolatos döntés szabadságára, az identitás megerősítésére, az értékek tisztázására vonatkozóan nyújthatnak információkat, segítséget.

A 13-14 éves tanulóknak összetett információkra van szükségük. Továbbá fontos, hogy pozitív önértékeléssel, a saját értékekbe és erőbe vetett bizalommal, hittel rendelkezzenek. Olyan erős felelősségtudatról és kritikus gondolkodásmódról kell tanúbizonyságot adjanak, melyek elengedhetetlenül szükségesek a pozitív döntéseket meghatározó értékrendszer megalapozásához. A droghasználat-megelőző programok célja és alapja bizonyos készségek (stresszhelyzetek kezelése, a problémamegoldási készségek fejlesztése, a döntéshozatal gyakorlása, a reális énkép kialakítása) elsajátítása és gyakorlása kell legyen. A különböző drogok hordozta ve-

szélyekre vonatkozó információk közvetítése, továbbá bizonyos készségek elsajátítása a serdülőkorúak nevelésének fontos részét képezik. A tanárok az elsődleges megelőzésben vehetnek részt. Ezenkívül lényegében két eset van, amikor bekapcsolódhatnak a másodlagos megelőzésbe: amikor az elvonókúrán kezelt fiatalok reszocializációját támogatják, illetve ha a tanárok az iskolán kívül töltenek be valamilyen segítő szerepet.

Nagyon sok tanár úgy gondolja, hogy a megelőzés nem tartozik feladatkörébe, ez kizárólag a szakemberek felelőssége. A gyerekekkel a tanárok találkoznak a legtöbbit, ők értenek legjobban a velük való bánásmódhoz is, ennek ők a „szakemberei”. A prevenciós programok legfontosabb része nem a drogokkal kapcsolatos információ átadása, hanem az ezekhez való helyes viszonylás kialakítása. Előtérbe kerül az attitűdformálás. Ezt a tanárok képesek a legmegfelelőbbben megtenni. Ha a tanár nemcsak információ átadó személyként, hanem nevelőként is meghatározza szerepkörét, akkor a céljai között nemcsak a gyerekek elvont tudásának gyarapítása szerepel, hanem az egészséges és teljesítménycentrikus életvitel kialakítása is. A tanárok a prevenció során három csoporttal kerülnek kapcsolatba:

- a tanárokkal;
- a tanulókkal;
- a diákok szüleivel.

1. A tanárok, először *saját magukat* kell fejlesszék a hatékony prevenciós munka érdekében. Egy alapképzés során meg kell ismerniük saját drogfogyasztási szokásaikat és problémamegoldó képességeiket. Szükség esetén változtatniuk kell drogfogyasztási szokásaikon. Más esetben, el kell sajátítaniuk azt a képességet, hogy ha pl. dohányoznak, és nem tudnak leszokni, akkor erről a gyerekeknek őszintén és hitelesen tudjanak beszélni.

2. A következő lépés a *tanárkollégákkal* kapcsolatos együttműködést jelenti. A prevencióval foglalkozó tanárnak képesnek kell lennie arra, hogy a drogkérdést kollégái előtt felvesse, ismertesse, és elfogadtassa velük a prevenció jelentőségét és az adott program beindítását. Ugyanakkor, nyitottnak kell lennie kollégái kábítószer-fogyasztással kapcsolatos problémái iránt. Alkalmasnak kell lennie csapatmunkára, amelyben több tanár vesz részt a prevenciós program megszervezésében és kivitelezésében. Ha magába a prevenciós programba több tanár kapcsolódik be, célszerű egy tanárkoordinátort foglalkoztatni, akinek feladata a megelőzési program megszervezése és összefoglalása. A munkát team keretében érdemes végezni. Ez a team kapcsolatokat épít ki iskolán kívüli szerveze-

tekkel, tanácsadó-irodákkal, és esetmegbeszélő csoportokkal segítve a tanárok munkáját.

3. A tanárok feladata a *diákokkal* sokrétű:

- megfelelő információt kell átadniuk a kábítószer-használat veszélyeivel kapcsolatban;
- segíteniük kell őket, hogy nemet mondjanak a drogokra;
- megfelelően kezelni tudják testi és lelki fejlődésüket;
- kialakuljon és fejlődjön önbizalmuk;
- képesek legyenek önmaguk nevelésére és értékelésére;
- és végül kritikai attitűdöt alakítsanak ki bennük a tömegkommunikáció hatásaival, különösen a reklámokkal szemben.

4. A diákok *szüleivel* kapcsolatban a tanároknak azt kell elérniük, hogy a szülők támogassák a gyerekek prevenciós programban való részvételét. Hosszú távon a szülők drogfogyasztási szokásaival is kell foglalkozni, illetve azzal a kérdéssel, hogy a szülők hogyan befolyásolják gyerekeik drogfogyasztási szokásait.

A szülőkkel kapcsolatban a tanárok feladata, hogy szülőmozgalmak kezdeményezői legyenek, illetve ilyenekben szerepet vállaljanak. A szülőmozgalmak hármas célt fogalmazhatnak meg: együtt lenni és együtt cselekedni; megfelelő ismeretek birtokába jutni; és minél több embert bevonni a drogmegelőző munkába, amely az egész helyi közösségre kiterjed. A szülőcsoportok szerveződhetnek a gyerekek baráti köréhez tartozó fiatalok szüleiből, szomszédsági csoportokból, az egy iskolához tartozó gyerekek szüleiből, illetve speciális csoportokból is (olyan szülők, akik gyerekeik révén már szembekerültek a drogproblémákkal.

A gyakrabban használt iskolai prevenciós programok és azok hatékonysága

A serdülőkori drogprevenciós programok legátfogóbb hatékonyvizsgálatát Rácz József (2000) végezte el, aki 143 programot a metaanalízis matematikai módszerével hasonlított össze. A szerző a hatékonysági mutatókra vonatkozó adatokat nem külön-külön nézte meg az egyes programokra vonatkozóan, hanem a 143 programból egy közös statisztikai mezőt hozott létre, és azon belül vizsgálta az egyes programok hatékonyságát.

Programtípusok:

1. *Ismeretátadás*: a feltételezés szerint a kábítószerekkel kapcsolatos információk gyarapítása a drogokkal szemben negatív attitűdöket alakít

ki, amely a drogfogyasztás csökkenéséhez vezet. A program főbb módszerei: a tanárok előadást tartanak a drogokról, amelyet csoportos megbeszélés követ.

2. *Érzelmi nevelés*: elsősorban a veszélyeztetett csoportokkal való munkában alkalmazzák. Célkitűzései: az önértékelés, az önbizalom kiépítése és növelése. Eszközei: az érzések és értékek „tisztázása”, csoportos megbeszélése, illetve az elfogadó, empátiás légkör kialakítása az osztályban és az iskolában.

3. *Kortárs programok*: a kortárscsoport hatása alapvetően befolyásolja a kábítószer-használat elleni vagy melletti attitűdöket és viselkedést. Cél a pozitív kortárshatások kialakulásának elősegítése. Leghasználtabb módszerei közé tartozik: a kortársközpontú nevelés, a kortárs tanácsadás, a kortárssegítés, a kortársak részvételének bátorítása a prevenciós programokban.

A fejlesztés két irányban történik:

- a. visszautasítási technikák elsajátítása: ezek a programok a nemet mondás technikáját tanítják meg a drogkínálattal szemben a kortárs szerepmodellek felhasználásával vagy speciális viselkedéseggyüttesekre vonatkozóan, pl. ivás és vezetés;
- b. szociális készségek kialakítása: az egyéni kompetenciaérzés gyengesége, az interszónális készségek hiánya hajlamosító tényező lehet a kábítószer-fogyasztás kialakulásában. A cél tehát a megfelelő társas készségek, illetve az önhatékonyság fejlesztése. Módszerként említhető: a kommunikációs készségek hatékonyságának fokozása, a szociális visszacsatolás és szociális modellek felhasználása, a pozitív önértékelés, énkép fejlesztése, a szorongáscsökkentés, és a stresszhelyzetekkel történő megküzdés elősegítése.

4. *Tudásátadás és érzelmi nevelés*: a feltételezések szerint az értékek és az attitűdök megváltozása az egyén szükségleteinek figyelembevételén át vezet a döntéshozatal átalakulásához, és ezáltal a drogfogyasztási szokás módosulásához. Az ilyen programok módszerei: az önfogadás javítása, az értéktisztázás és a problémamegoldó készségek javítása. A hangsúly az egyének döntéshozási folyamatainak fejlesztésén, változtatásán van.

5. *Alternatívák*:

Tevékenységek: a pozitív tevékenységek lehetősége nagyobb vonzerőt jelent, mint a drogozás. A módszerek közé sorolható: ifjúsági központok munkájába, önkéntes tevékenységekbe történő bekapcsolódás és a különböző foglalkozások választása szerepelnek.

Önhatékonyság-építés: a mindennapi életvitelt lehetővé tevő, alapvető készségek hiánya alacsony önértékeléshez és kevés élettapasztalathoz vezet, ezek pedig elősegítik a drogozás kialakulását. A hiánypótlás egyes szakmai készségek elsajátítását jelenti.

Rácz József (2000) összegzése szerint a 143 serdülőkorú prevenciós program hatékonysága 30 százalékos. A legeredményesebb programtípusnak a kortársprogramok bizonyultak. Ezek ún. alacsony küszöbű programok, azaz nem költségesek. Rácz József (1996) az alternatív programokat is eredményesnek találta a veszélyeztetett fiatalokkal kapcsolatban. Ezek azonban hosszú távú és költséges programok.

A megelőzéssel kapcsolatos ismeretanyagot integrálni lehet az oktatott tantárgyak anyagába. Például a magyaróra keretében a tanulók fogalmazást készíthetnek a kábítószer-használattal kapcsolatos gondjaikról, sajtóelemzést végezhetnek, vagy irodalmi olvasmányokon keresztül közelíthetik meg az alkoholt vagy a drogfogyasztás problematikáját. A biológiaóra keretében a drogok szomatikus hatásairól tárgyalhatunk. A hittan vonatkozásában a drogozás és az élet értelme, a drogozás mint menekülés kérdéseivel foglalkozhatunk.

Az iskolai prevenciós programok szervezése gondos előkészítést igényel. Ki kell tűzni a program céljait, meg kell határozni a használatos prevenciós módszereket, ki kell alakítani és ki kell képezni a prevenciós személyzetet, illetve a prevenciót végző tanárt fel kell készíteni, el kell fogadtatni a programot a tanárkollégákkal és a szülőkkel, lehetőség szerint kapcsolatokat kell kiépíteni mentálhigiénés szakemberekkel is, és előre meg kell tervezni a kiértékelést.

Felkészítő tanárképzés szervezése

A tréning elsősorban a drogokkal kapcsolatos speciális ismeretekről szól, majd három lényeges területtel foglalkozik: a tanár személyiségének megismerése (önismeret), a személyközi kommunikáció és a diákok affektív készségeinek a fejlesztése, alakítása. Az interperszonális kommunikáció a mentálhigiénés szakemberekkel történő kapcsolatfelvételt is tartalmazza. A diákok személyiségének alakításával kapcsolatban kiemelt jelentőségű a krízishelyzetek, illetve a figyelmeztető jelek felismerése. A tanárképzésnek nem célja, hogy a tanárok drogszakértők legyenek, így az ezzel kapcsolatos várakozásokat, félreértéseket a tréning elején tisztázni kell.

Folyamatos esetmegbeszélő csoport

Az iskolai megelőzés területén képzett tanárok igénylik, hogy folyamatosan részt vehessenek esetmegbeszélő jellegű csoportokban.

A team-munka

A prevenciós munkában részt vevő tanároknak célszerű csoportban dolgozni. A csapat az iskola tanáraiból, szülőkből, illetve az e területen működő mentálhigiénés segítő intézmények szakembereiből áll.

Kiértékelés

A megelőző tevékenység kiértékelését a programban részt vevő tanár végezheti: pl. kérdőíves módszerrel összehasonlítja a tanítványai drogokkal kapcsolatos tudásszintjét, attitűdjeit és használói viselkedését a program kivitelezése előtti sinthez mérten. A kiértékelés történhet az osztályban, csoportos megbeszélés formájában, ahol a diákok szabadon ismertetik saját véleményüket a programról. A kiértékelés iskolai szinten, illetve regionális szinten is végezhető. Ilyenkor célszerű olyan szakembereket felkérni, akik a kiértékelésben tapasztaltak.

Kockázati csoportok, veszélyeztető állapotok

A prevenciót végző tanár feladata, hogy felmérje, megjelölje a drogfogyasztás szempontjából veszélyeztetett fiatalok csoportját. Erre többféle módszer áll rendelkezésre: önkitöltős tesztek, tanári, illetve szülői kérdőívek, a rendőrségtől vagy a mentálhigiénés intézményektől származó információk, pszichológiai tesztek, klinikai interjú. Amikor a cél a prevenciós programba való beválogatás, akkor elegendő, ha a tanárok kitöltenek egy rövid kérdőívet, amely a gyerekek drogfogyasztási szokásaival, illetve iskolai beilleszkedési problémáival foglalkozik. A veszélyeztetettnek bizonyuló gyerekek szüleivel, kiegészítő forrásként, készül egy rövid interjú.

SZAKIRODALOM

RÁCZ József

1996 Alkohol- és drogfogyasztás a gyermek és serdülőkorban és az iskolai prevenció. *Szenvedélybetegségek* 1. 5. 49–58.

2000 *A drogkérdésről őszintén*. Budapest, B+V Lap- és könyvkiadó Kft.

BEDŐLSZ VAGY ELLENÁLLSZ A DROGOKNAK?

Az emberben, függetlenül, hogy melyik történelmi korban élt, mindig benne volt az új, a másság iránti vágy. A „hétköznapiak” egymásutánosságát valamilyen jelentős eseménnyel, az ünneppel tették mozgalmassabbá, változatosabbá. Az ünneplés általában örvendetes, lelkesítő, rajongó megnyilvánulások sorozata valamiért vagy valaki(k)ért. Az idők során ünnep jelleget öltött a Természetfelettinek a tisztelete, imádása vagy a természet jelenségeinek imádata (Nap-kultusz) vagy a termés betakarításának ünnepei, mint például a borünnepek, melyek sokszor orgiákká fajultak. Az örömek, a boldogság iránti vágy mindig is létezett, az euforikus állapot utáni vágy valami módon mindig valamilyen kielégülési lehetőséget keresett.

A sámánmisztika felfogása szerint ahhoz, hogy a fizikai világból valaki a szellemvilággal kapcsolatba kerüljön, bizonyos tudatállapotban kell legyen; ennek az extázisos transzállapotnak a történései sokszor egész népcsoportok életvitelére hatással voltak. A sámán arra „törekedett”, hogy minél gyakrabban és huzamosabb ideig ilyen jellegű kapcsolatokat teremtsen. Az átlagember is a boldogság, a feldobottság érzésének érdekében bármit megtesz, hiszen ezek oly rövid pillanatok, hogy az az érzésünk támadhat, hogy ha egy örökkévalóságig tartana ez az állapot, akkor sem volna elegendő. Sokszor ugyanolyan dolgokat nem vagyunk képesek felfedezni, meglátni, melyek a maguk tiszta, őszinte egyszerűségükben a lehető legszebb, legcsodálatosabb élményt, érzéseket nyújthatják az arra fogékony szívűeknek. Ilyen élmény lehet a gondtalanul eljáró gyermekek megfigyelése, akik a maguk kis játékaiban egy egész világot visznek be, és a rácsodálkozáshoz még ajzószer sem szükséges.

Talán azért van szükség az ilyen jellegű szerekre, hogy „nagyobb és teljesebb” legyen az örömezésünk, vagy hogy jobban bírjuk az iramot a táncparketten?

Nem sokkal több a kábítószer szerepe, legyen az „fű”, extasy, LSD vagy egyebek, örök érvényű csodát egy kábítószer sem képes tenni. Ideig-óráig az az érzésünk támadhat, hogy mi fabrikáltuk a világot, és az milyen tökéletes lett, vagy talán pont az ellenkezője kerül előtérbe, hogy milyen borzasztó sötét és lehangoló minden. Ezek mind-mind tünemények,

céltalan hóbörgések, és mégis milyen sokan szeretik művelni, és még nem is kell hozzá kezdetben nagy adag – ha még legális is lenne –, miért ne próbálhatná ki bárki?

Sajnos létező problémával állunk szemben, mert hiszen Románia ma már nemcsak tranzitútvonat, hanem célország is. Fontos, hogy képesek legyünk felmérni tényleges mértékét és lehetséges okait annak a veszélynek, amely a serdülőket fenyegeti. A droghasználók száma növekszik, de átlagéletkoruk mind kisebb és kisebb.

A veszélyhelyzet mértékét három tényező összhatása eredményezi: a használt szer (legális vagy illegális drog), a fogyasztó személy, és a környezeti hatások, tehát a hatékony megelőzés érdekében több síkra kell kiterjeszteni a kutatásokat és tevékenységeket. Ezek az intézkedések nagyon összetettek, mivel a személyiség egészére – testére, lelkére és másokkal való kapcsolataira – kell irányulniuk.

A megelőzés célja: a pozitív magatartás megerősítése, a negatív attitűdök módosítása, korszerű, naprakész információk nyújtása, megfelelő készségek, képességek megszervezése, valamint az önbizalom kialakítása, illetve a személyes, saját értékek megbecsülése által a gyermekeket, serdülőket, fiatal felnőtteket arra kell bírni, hogy képesek legyenek különböző élethelyzetekben megfelelő döntéseket hozni, azaz, hogy felelősséggel viszonyuljanak a környezetükben található különböző pszichotrópszerekhez.

Tény, hogy bárminemű drog fogyasztása rendkívüli veszélyeket és súlyos egészségkárosodásokat von maga után, ezért nagyon fontos, hogy a megelőzés folyamatában olyan programokat szervezzenek és működtessenek, amelyek a drogfogyasztásra való rászokás megelőzését szolgálják.

A droghasználat veszélye számos meghatározó tényezőtől függ: a használt drog természetétől, a használt dózistól, a használat gyakoriságától, a droghasználó egyén életkorától stb. A megelőzés főleg az egészségvesztést okozó tényezők megszüntetésére irányul, mely tevékenység leginkább az oktató-nevelő folyamatban valósítható meg. Az elsődleges prevenció olyan tevékenység, amely a személyek általános egészségét tartja szem előtt, és a droghasználat következtében kialakuló betegségek megelőzésére vonatkozik.

A másodlagos prevenció a droghasználat által előidézett zavarok felismerésére és kezelésére, míg a harmadlagos prevenció a már kialakult betegségek, függőségek következményeinek semlegesítésére, rehabilitációjára vonatkozik. Mindezek túlmutatnak az iskolai tevékenység feladatkörén.

A drogproblémák megelőzése mint pedagógiai feladat az egészséges és szenvedélybetegség-mentes életre nevelés intézményes keretek között zajló szakszerű, folyamatos és szervezett tevékenységekben valósítható meg.

Az iskolai egészségfejlesztési, illetve drogprevenciós tevékenységben elsődleges figyelmet a kamaszkorra kell fordítani, mivel ebben a korban, ebben a fejlődési periódusban kerülnek legtöbbször a drogfogyasztás vonzásába. Világosan meg kell határozni a pedagógusok drogmentességre ösztönző szerepkörét és felelősségét, mindezt ismerniük kell a drogfogyasztásban rejlő veszélyeket, egészségkárosító hatásokat, az alapvető hatómechanizmusokat, de főleg a droghasználatot kiváltó okokat és azok semlegesítését szolgáló stratégiákat. Ez tulajdonképpen minden pedagógus feladatát kellene képezze, de a célszerű az volna, ha egy úgynevezett „drogfelügyelő” tanár végezné ezt a prevenciós tevékenységet.

Ha a megelőzésben tiltással, korlátozással, fenyegetéssel, szigorú büntetésekkel próbálkoznak, ez sem vezethet nagyobb eredményre, mint a dohányzás ellen vívott küzdelem.

A pedagógus és tanulók közti együttműködési, emberséges viszony kialakításával, ugyanakkor a drogfogyasztással mint helytelen viselkedési formával történő szembesítéssel talán lehetne eredményeket elérni. A prevenciós programok, melyek elvetik a megfélemlítés durva eszközeit, és személyközpontú, humanisztikus jellegű pedagógiai ráhatásokkal próbálkoznak több eredményre vezetnek.

A drogellenes nevelés folyamatában pedagógiai és pszichológiai módszereket kell alkalmazni, ilyen az esetfeldolgozás, szaktanácsadás, közös foglalkozások. Tudatosítani kell, hogy a kísérleti droghasználat – a kipróbálás – a droghoz való hozzászokás gyors kialakulását eredményezi.

A megelőzés a következő témaköröket kell magába foglalja, és az életkornak megfelelően kell azt feldolgozni: információnyújtás a használatos drogokról; a drogfogyasztás lehetséges következményeinek feltárása; felelősségteljes tudatra nevelés. Mindezeket úgy kell megvalósítani, hogy a lehető leghatékonyabbak legyenek. Be lehet vonni a szakemberek mellett a veszélyek feltárásának érdekében a volt kábítószereseket is. Az adott csoportokat a prevenciós programok folyamán érzelmileg úgy kell irányítani, motiválni, hogy kialakuljon a helyes döntéshozás. Olyan stratégiákat, tevékenységeket kell ajánlani, alkalmazni, amelyek a szükségletek kielégítését szolgálják. Ilyen célt szolgálhatnak a különböző sportok, a természetjárás vagy a művészeti műhelyek megszervezése. Figyelembe kell venni a kortárshatások és médiahatások lehetséges következménye-

it, és ezeket különböző készségfejlesztő tevékenységekkel ellensúlyozni. A hangsúly a helyes önértékelés, a problémamegoldás, a kommunikációs készség és a helyes döntéshozás kialakítására esik.

A drogprevenció jelentősége abban áll, hogy a már drogfüggőségben szenvedők terápiája sokkal nehezebb, körülményesebb, és nem mindig vezet a kívánt eredmény eléréséhez. A rehabilitációs tevékenységek nem minden esetben eredményezik a gyógyulást. A nagyobb erőfeszítést a megelőzésre kell fordítani, mert ezzel párhuzamosan csökkenhet a fiatalkori bűnözés aránya is. Például, csökkenhet a szer beszerzéséhez szükséges ráfordítás és ezzel egyidejűleg a bűncselekmények elkövetése.

A drogellenes nevelés első lépése a dohányzásellenes nevelés kellene legyen, hiszen a drogfogyasztók nagy része már előzőleg dohányzott, tehát a függőség fokozatosan alakult ki, és ez haladhat a könnyebb drogok fogyasztásától a nehéz drogok fogyasztása felé.

Fontos, hogy az elsődleges prevenciós tevékenységek során a kíváncsiságból kipróbálni akarók is tudatosítsák a katasztrófát, amely nem kisebb és nem nagyobb, mint saját létük elpusztítása, mert a drog elpusztítja az ember testét-lelkét, olyan mértékben, hogy az addigi normák és szokások, érzések és élmények már nem jelentenek semmit.

Ha én magamat egy kulturált európai, vallásos ország polgárának tartom, tisztában kell lennem jogaimmal: jogom van az élethez, tanuláshoz, jogom van értékes életet élni, és jogom van nem engedni a csábításnak, és persze jogom van arra is, hogy lemondjak mindezekről, ha nekem úgy is megéri. Fontos, hogy tudjak jól dönteni!

SZAKIRODALOM

FODOR László

2001 A droghasználat megelőzését célzó nevelés időszerűsége.

Hargita Népe Napilap, október 10.

SERVAIS, Ernst

1991 *A drogproblémák átfogó megelőzése*. Gyakorlati kézikönyv tanárok, nevelők és szülők részére. Budapest, Poliworld Alapítvány.

DROGOK NÉLKÜL

Aggasztó, hogy már Románia sem kivétel a kábítószer-fogyasztás tekintetében. Olyan országban élünk, amelyet széltében-hosszában szelnek át a kábítószer-csempészet útjai. A kábítószer-fogyasztás és -árúsítás immár nálunk is elérte a középiskolák alsóbb osztályait és a felnőtté válás szerves részévé kezd válni. Nemcsak az egészségügyi rendszer problémája, hanem az egész társadalomé, szülők, pedagógusok, bűnüldöző szervek problémája és feladata a drogélvezet megfékezése.

A hatékony védekezésnek három fő pillére van: a megelőzés, a drogfüggőségben szenvedő betegek terápiás kezelése és végül a rehabilitáció, vagyis a betegek visszavezetése a kábítószermentes életbe. Így a feladat is háromágú. Az első a megelőzés, amelybe a szakemberek képzése éppúgy beletartozik, mint a szülők, a gyermekek, a tanárok felvilágosítása. A második, hogy azok, akik már eljutottak a kábítószerig, azok az e célra alkalmas intézményekben gyógyulhassanak. A harmadik ág a megfelelő fokozatokban történő rehabilitáció, illetve a hosszan tartó utógondozás. A megelőzésben a szereptréning, a kommunikációs és kapcsolatfejlesztő gyakorlatok lényegesek, a terápiánál az elmaradások és hiányok speciális pótlása, kompenzációja, míg az utókezelésnél az absztinenssé vált beteg azon szükségletének biztosítása, hogy a gyógyult betegek közösségének segítségével óvja magát a visszaeséstől (Terestényi 1988).

Ennek ellenére a megelőzés érdekében szervezett társadalmi összefogásról még nem beszélhetünk. Romániában szánalmasan alacsony szinten állnak vagy teljesen hiányoznak azok a nevelési-oktatási programok, amelyek a szenvedélybetegségek, kiváltképp a kábítószeres ellen szervezett küzdelmet szolgálnák. Talán arra várunk, amikor késő lesz? A drogprobléma megelőzésében döntő jelentősége van a nevelésnek. Védőoltás nem létezik!

Mit tehetünk mi mint jövődöbéli szülők, hogy gyermekeink ne essenek ebbe a csapdába? Hogyan neveljük gyermekeinket, hogy sérthetetlenek maradjanak korunk eme kihívásával szemben? Nem fogok nagy elméleteket felállítani, sem riasztó felmérésekről hírt adni. Fő célom, hogy érthető és egyszerű ötleteket soroljak fel azoknak, akikből előbb-utóbb szülők lesznek.

Azt szeretném, ha mindenki érezné, mennyire fontos odafigyelni a gyermekre, azok viselkedésére fejlődésük különböző szakaszaiban.

Először beszélek arról, hogy milyen fontos gyermekeink számára a helyes normák megtanítása és ezeknek gyakorlatba való ültetése; aztán konkrétan megnéznénk, hogy a 6-10 éves gyermeknek milyen fogalmai vannak a drogról, mire kell náluk figyelni; majd a kamaszkorúakat vesszük szemügyre, hogy miként fejlődnek a fogalmaik, mivel bővülnek az ismereteik.

Hogyan tanítsuk meg gyermekeinknek a normákat, szabályokat, értékeket?

Minden családban vannak íratlan szabályok arról, hogy mi a kíváncsú és elfogadott viselkedés. Ezeket összefoglaló néven „családi normának” szoktuk nevezni. Azok a fiatalok, akik nem fogyasztanak alkoholt, cigarettát vagy kábítószeret, általában azért teszik ezt, mert erős ellenérzésük van a drogokkal szemben. Ez a meggyőződés valószínűleg a család által közvetített értékek, normák talaján gyökerezik. Így lehetőség adódik számukra, hogy tudjanak és merjenek nemet mondani a csábításra (Baintner 2000).

Néhány lehetőség arra vonatkozóan, hogy miként tehetjük gyermekeink számára még világosabbá, hogy mit várunk el tőlük:

- fogalmazzuk meg az általunk helyesnek tartott magatartást nyíltan, konkrétan;
- beszéljessünk gyermekünkkel arról, hogy az olyan értékek, mint őszinteség, önbizalom, felelősségtudat azért fontosak, mert segítik őt abban, hogy jó döntéseket hozzon;
- hívjuk fel a figyelmüket arra, hogy minden elhatározás korábbi döntésekre épül, és ezen keresztül formálódik az ember személyisége;
- ismerjük fel, mennyire befolyásolja a mi viselkedésünk gyermekünk alakuló véleményét!

Minden gyermek általában a saját szüleit, nevelőit utánozza, az ő viselkedésüket másolja le és teszi magáévá. A tapasztalatok szerint az a gyermek, akinek a szülei dohányoznak, nagyobb valószínűséggel lesz maga is dohányos. (Gondoljuk végig saját alkohol-, dohány- és gyógyszerfogyasztási szokásainkat, és próbáljuk elképzelni, hogy ezek miként befolyásolhatják gyermekünk viselkedését egy olyan döntési helyzetben, amikor a drog és a tisztaság között kell választania. Mindez természetesen nem jelenti azt, hogy le kellene mondania az ebéd után elfogyasztott

pohárka borról vagy társaságban egy-két üveg sörről.) A gyermek ugyanis általában tisztában van azzal, hogy mit szabad egy felnőttnek, és mit egy gyermeknek. Egyáltalán ne vonjuk be gyermekünket az alkohol-, dohány- vagy gyógyszerfogyasztás procedúrájába. Ne vele hozassunk italt, cigarettát a boltból, ne ő váltsa ki a gyógyszereket, ne engedjük, hogy ő nyissa ki a sört. Legyen egyértelmű a gyermek számára, hogy ezek olyan dolgok, melyek nem az ő kezébe valók.

Figyeljünk arra, hogy amit mondunk és amit teszünk, összhangban legyen! A gyermek – különösen a serdülőkorban – igen érzékeny az el-lentmondásokra. Ne mondjunk ellent saját szavunknak, amit megígértünk, azt tegyük is meg.

Sok szülő úgy gondolja, a gyermek majd „magába szívja” a szabályokat, normákat anélkül is, hogy beszélnének azokról. Ez nem igaz!

A szabályok megtanítása önmagában is nehéz feladat, de még mindig nem minden. Támogatnia és erősítenie kell a gyermeket abban is, hogy képes legyen a tanultakat a gyakorlatban alkalmazni, adott esetben tudjon és merjen a szabályok szerint élni.

Legyünk alaposak!

Indokoljuk meg, hogy a szabály miért szabály. (Kerüljük a „csak”, az „azért mert a légy nem daráz” és hasonló érveléseket.) A lényeg az, hogy a gyermek megértse a szabály értelmét. Magyarázzuk el, hogy milyen következménnyel jár, ha valaki megszegi a „törvényt”. Mondjuk el konkrétan a gyermeknek, milyen büntetés vár rá, ha vét a szabályok ellen.

Legyünk következetesek!

Hangsúlyozzuk, hogy a drogokra vonatkozó tilalom nemcsak otthon érvényes, hanem mindenhol, iskolában, barátoknál stb.

Ne találjunk ki visszamenőleg szabályokat, ha a gyermek hibázott, tartsuk magunkat az előzetes megállapodáshoz.

Kerüljük az olyan fenyegetéseket, mint „majd agyonüt apád, ha hazajön!”. Ehelyett próbáljunk meg nyugodtan reagálni, és azt a büntetést alkalmazni, amire a gyermek számíthat (Soltész–Szabó 1997).

Ha már láttuk, hogy mennyire fontos a szabályok és a normák megtanítása, akkor menjünk egy lépéssel tovább. Lássuk, mit tehetünk, ha a gyermekünk épp hat és tíz év között van.

A „kicsik”

A 6–10 éves gyermekek általában jól érzik magukat a bőrükben, szeretnek iskolába járni, és élvezik azokat az új képességeket, amelyek birtokába jutnak. Elsősorban még tapasztalataik, közvetlen élményeik alapján tanulnak és gondolkodnak; nehezen tudják megérteni és elképzelni, mit hozhat számukra a jövő. A valóság és a fantázia könnyen keveredik gondolataikban. A világot gyakran olyannak látják, amilyenek szeretnék, s nem amilyen valójában. A gyermekeknek ebben az életkorban szükségük van szabályokra, amelyekhez igazíthatják viselkedésüket (Baintner 2000).

A felnőttekre igen fontos kettős szerep hárul, tanárok és modellek is egyben. A gyermekek bíznak bennük, és hiszik, hogy a felnőttek mindig jól és az ő érdekükben döntenek. Fontos, hogy tudják ki az, akiben feltétlenül megbízhatnak. Lényeges, hogy megértsék, azért, mert valaki felnőtt, még nem biztos, hogy a legjobbat akarja nekik. Jó, ha egy 6–10 éves gyermek tisztában van a következőkkel:

- mi a lényegi különbség a tiltott és a legális drogok között;
- hogyan lehet felismerni a gyógyszereket és az illegális drogokat;
- miért segítenek a gyógyszerek a beteg emberen, és miért ártalmasak az egészséges ember számára, azonkívül kitől fogadhat el gyógyszert (pl. szülő, orvos, ápolónő) és kitől nem (testvér, barát, osztálytárs, egy néni a parkban);
- miért fontos, hogy még csak a közelébe se menjen ismeretlen, veszélyes tárgyaknak, helyeknek;
- kik azok a felnőttek, akiben feltétlenül megbízhat, akikhez veszély esetén fordulhat, tanácsot kérhet;
- melyek azok az ételek, amelyek egészségesek, a szervezet számára szükségesek, miért fontos a testmozgás, a sport stb.

Ötletek

Könnyebben megértethetjük gyermekeinkkel a családban a társadalomban uralkodó szabályokat, ha a közlekedési szabályokat hozzuk fel példaként. Ha a drogokról akarunk beszélgetni ilyen korú gyermekünkkel, tegyük azt mindig konkrét, ismert személyekre vonatkoztatva.

A legtöbb gyermeket érdekli az emberi test működése, ezért a drogtémát bevezethetjük az egészséges életmódról való beszélgetés keretében is (Soltész–Szabó 1997). Hangsúlyozzuk az egészség és a higiénia fontosságát olyan apró, hétköznapi példákon keresztül, mint:

- étkezések előtti és toaletthasználat utáni kézmosás;
- étkezések utáni fogmosás;
- miért fontos a sok pihenés, elegendő alvás.

Beszélgessünk gyermekünkkel a TV-reklámokról, magyarázzuk el neki, hogy ezek sokszor túlzó, hamis képet sugároznak felénk. Beszél-gessünk számára is ismert betegségekről (torokgyulladás, influenza, fül-gyulladás, himlő) és arról, hogy amikor ő beteg volt, milyen gyógyszert kellett szednie. Ezzel rávilágíthatunk az egészségvédő gyógyszerek és a tiltott kábítószeresek közötti különbségekre. Gyakoroljuk gyermekünkkel közösen, hogyan kell bizonyos helyzetekben nemet mondani. Például ha egy idegen megszólítja a parkban és a lakására hívja, hogyan utasítsa vissza a csábítást.

A kamaszkor

A 10-12 éves korai szakaszban a fizikai fejlődés üteme a korábbi évekhez képest csökken, és egyre több felszabadult energia fordítható a tanulásra. A kiskamasz élvezi, ha érdekes, komoly dolgokról tanulhat, és kíváncsian közelít a megismerhető világ számára még ismeretlen területei felé. E korban a barátok nagyon fontossá válnak, véleményük és viselkedésük meghatározó jellegű. A gyermek saját magáról alkotott képét jelentősen befolyásolja, hogy kortársai – de különösen a vezéregyéniségek – által mennyire elfogadott.

Bizonyos értelemben véve a 13-14 éves kamasz olyan, mintha újjá-születne. Ilyenkor szükség van arra, hogy visszanyúljon a saját múltjába, és megtalálja „igazi énjét”. Ez gyakran azzal jár, hogy feladja a régi barát-ságokat, és környezetében valamely tanárához, nevelőjéhez kötődik rajon-gásig. Azok a problémamegoldó stratégiák, melyeket kisgyermekként megtanult, még mindig hasznosak lehetnek, de a tinédzser inkább az új élmények és célok szűrőjén keresztül ítéli meg a világot (Papp 1993). Mi-vel a kamasz fiataalt élénken foglalkoztatja a jövője, meg tudja és meg akarja érteni, hogy cselekedeteinek következménye van, és viselkedése máso-kat is érint. Gyakran összezavarodik saját magával kapcsolatban. Nem tudja, hogy megfelelő-e a külsője, a viselkedése, gyakran kerül összetűzés-be a felnőttekkel, nem tudja, hogy „mi végre van ő a világban,” úgy álta-lában az az érzése, hogy valami nincs rendben vele. Ebben az életkorban roppant fontos a család érzelmi kiegyensúlyozottsága, a felnőttek pozitív, irányadó, útmutató szerepe (Tremkő–Margitta 2000).

Azok a középiskolás fiatalok, akik rendszeresen cigarettáznak, alkoholt vagy kábítószereket fogyasztanak, általában már általános iskolás korukban kipróbálták. Győződjünk meg arról, hogy elég szó esik-e a családban az alkohol, a cigaretta és a kábítószeres káros hatásairól. A tinédzsereket nehéz olyan érvekkel eltántorítani a drogoktól, hogy rendszeres fogyasztás esetén rákot vagy szívinfarktust kaphat. Meg kell próbálni inkább a hiúságára hatni: pl. hogy kellemetlen lesz a lehelete, sárgák a fogai és az ujjai, vagy kiegészíti a ruháját.

Sok fiatal azért fogyaszt drogot, mert a barátai is kipróbálták már, és ő attól tart, hogy lemarad, kiközösítik, elveszti őket, ha nem teszi ugyanezt. Az egyik legfontosabb feladat, hogy megpróbáljuk a barátok, haverok befolyását ellensúlyozni.

Hangsúlyozni kell ismételten, hogy mennyire elítéljük a kábítószer-fogyasztást, elvárjuk és bízunk abban, hogy gyermekünk nem fog erre az útra térni. A kamaszok gyakran vágnak vissza azzal, hogy „hiszen mások is ezt csinálják és még sincs semmi bajuk!” Fel kell hívni a gyermek figyelmét, hogy a drogfogyasztást a törvény tiltja, és a kellemetlen, káros következmények előbb-utóbb megjelennek.

Rá kell mutatni, milyen beláthatatlan következményei lehetnek, ha valaki alkoholt és kábítószerrel együtt fogyaszt, még akkor is, ha ez azonnal nem szembetűnő.

Igyekezzünk megismerni a gyermekünk barátait és azok szüleit. Meg lehet hívni őket otthonukba minél gyakrabban, ott legalább szem előtt vannak. Meg kell osztani mind a gyermekekkel, mind a szülőkkel, a drogokkal kapcsolatos nézeteinket.

Lehetőség szerint tartsuk számon és diszkréten ellenőrizzük, hol van gyermekünk, amikor nincs otthon!

Ötletek

A kamaszok igen sokat adnak arra, hogy mások milyennek látják őket. Erősítsük önértékelésüket azzal, hogy reálisan, de minél többet dicsérjük!

Biztosítsunk elegendő alkalmat, időt arra, hogy figyelmesen elbeszélgessünk gyermekünkkel. Jó, ha tudjuk mi az, ami fontos számára, mi foglalkoztatja őt leginkább. Gondot okozhat neki a bontakozó szexualitás, a pályaválasztás, különbözőnek érezheti magát másoktól, gyakran úgy éri, kilóg a sorból.

Néha kérdezzünk rá, hogy gyermekünk mennyire elégedett, mennyire fogadja el a családi, társadalmi normákat, szokásokat, mi ezekről az őszinte véleménye.

Együtt nézzük meg gyermekünkkel a kábítószer-fogyasztással (bal-esetek, túladagolás, törvény) kapcsolatos TV-műsorokat, újságcikkeket, majd meg is lehet beszélni azokat!

Ha már van egy képünk arról, hogy mikor mire kell odafigyelnünk, akkor nézzük meg a gyakorlatba való ültetést.

Hogyan kezdjük hozzá?

Sok szülő nehezen szánja rá magát, hogy a drogokról beszélgesse gyermekével. Úgy gondolja, hogy az ő gyermeke semmiképp sem kerülhet kapcsolatba a drogokkal. Ne várjunk, amíg a gyermeknek szemmel látható problémái lesznek. Az elvonókúrán, rehabilitációs kezelésen részt vevő fiatalok közül sokan – bevallásuk szerint – már legalább két éve fogyasztottak alkoholt vagy kábítószereket, mire szüleik egyáltalán gyanakodni kezdtek. Ezért jó, ha minél hamarabb beszélgetni kezdünk a gyermekkel a drogokról és igyekszünk nyíltan maradni e témával kapcsolatban. Nem szabad attól félni, hogy esetleg nem tudunk minden kérdésre válaszolni. Elég, ha gyermeke érzi a szülői aggodást, és látja, hogy kész segíteni neki problémája megoldásában (Servais 1991).

Néhány impulzus, hogy miként lehet hozzákezdeni a drogokról beszélgetni:

Legyünk türelmesek és figyelmesek!

Győződjünk meg róla, hogy a gyermek készen mutatkozik-e, hogy megossza gondolatait. Ne guruljunk dühbe, ha úgy érezzük, hogy nem figyel, vagy le akar rázni. Ha szükséges, inkább beszéljünk meg egy más időpontot. Külön figyeljünk arra, amiről a gyermek nem beszél, illetve nem akar beszélni. Ezeket semmiképp se erőltessük, inkább váltsunk témát, s csak később, apránként hozzuk szóba újra.

Számítsunk arra is, hogy kényes kérdések is szóba kerülhetnek. A fiatalok igénylik, hogy megbíz hassanak a felnőttekben – elsősorban szüleikben és nevelőikben –, és tájékozód hassanak minden olyan témában, ami őket érdekli vagy érinti. Ha a gyermek olyankor akar ilyesmiről beszélgetni, amikor épp nem alkalmas (dühösek, fáradtak vagyunk), inkább magyarázzuk ezt el neki, de semmiképp ne rázzuk le egyszerűen azal, hogy „most nem érek rá!”

Igyekezzünk azokat a megnyilvánulásokat hangsúlyozni a gyermek viselkedésében, amelyet jónak tartunk, ahelyett, hogy folyton a hibáit kritizálnánk. Ha a gyermek folyamatosan pozitív visszajelzéseket kap, ez segít kialakítani önbizalmát, hogy merjen dönteni, és bizonyosságot szerez arról, hogy jól döntött.

Próbáljunk jó példát mutatni!

Mi a teendő akkor, ha a gyermek már drogozik?

A fiatalok különböző okokból fogyasztanak drogokat, de a drogfogasztás módja mindig jelzi, hogyan érzik magukat a bőrükben, hogyan jönnek ki másokkal, és egyáltalán hogyan élnek. Nincs olyan tényező, amely egyértelműen meghatározná, kiből lesz drogos és kiből nem, de van néhány hajlamosító körülmény:

- kevés sikerélmény az iskolában, a tanulásban;
- agresszív, bajkeverő magatartás;
- befolyásolhatóság (főleg kortársak által);
- a szülői érzelmi támogatás hiánya.

A kábítószer-fogyasztás tüneteinek korai felismerése nagy odafigyelést igényel. Olykor nehéz megkülönböztetni a drogok okozta magatartást a normál tinédzserviselkedéstől. De a különösen hirtelen jött vagy hosszan tartó változások a gyermek viselkedésében mindenképpen jelzésértékűek.

Fontoljuk meg az alábbi kérdéseket!

Közyönyösebb, levertebb, fáradtabb-e a gyermek az utóbbi időben?
Megváltozott-e kapcsolata a családtagokkal, iskolatársakkal, tanáraival?
Megszakította-e kapcsolatait régi barátaival, és újakat alakított-e ki?
Romlott-e az iskolai teljesítménye, tanulmányi eredménye?
Elhanyagolja-e a sportot, hobbijait?
Megváltoztak-e az étkezési, alvási szokásai?

Ha a fenti kérdések közül többre is igenlő választ tudunk adni, azt jelezheti, hogy a gyermek alkohol vagy kábítószer-fogyasztó, de meg lehet, hogy „csupán” családi vagy iskolai problémái vannak.

Arra feltétlenül figyeljünk fel, ha a gyermek:

- aluszékony, levert, sápadt, beteges, bőre viszket vagy libabőrös;
- orra szivárog, fokozott az étvágya (főként édességek iránt);
- ingerlékeny, nyugtalan, ideges;
- émelyeg, hasmenése van, lefogyott;

- ápolatlan, természetellenesen verejtékezik, szemei véresek vagy vizenyősek;
- pupillái a fényerősség változásaira nem reagálnak, állandóan beszűkültek vagy tágak;
- mozgása, gesztikulációi koordinálatlanok, esetlegesek;
- sebek találhatók rajta, a szúrások nyomait hosszú ujjú ruhával fedi el;
- egyre több zsebpénzt kér, a lakásból kisebb-nagyobb értékek tűnnek el.

Ha kétségeink támadtak, bizonyosodjunk meg a valóságról, próbáljunk segíteni; ha nem tudunk, akkor kérjünk segítséget (Baintner 2000). Hívjuk fel háziorvosunkat, és vizsgáltsuk meg a gyermeket, hogy nem beteg-e, nincsenek-e egészségügyi problémái. Körül lehet nézni a gyermek holmijai között, nem találunk-e kábítószer nyomokat vagy drogfogasztásra utaló kellékeket, pl. pipát, cigarettapapírokat, kis gyógyszeresfiolákat, szemcseppet, borszeszegőt, ezüstpapírt, öngyújtót stb.

A szülők gyanúja általában csak akkor válik bizonyossággá, amikor a gyermek már jó ideje drogozik. A szülők ilyenkor hirtelen nem is tudják, hová forduljanak, szinte el sem merik hinni, hogy gyermekük valóban drogozik; harag, büntudat, szégyenérzet és csalódottság kavarg bennük.

Ha kiderül, hogy a gyermek rendszeres drogfogasztó, semmiképpen se csak önmagunkat vádoljuk, hanem miután önvizsgálatot tartottunk, forduljunk a lehető leggyorsabban segítségért. Gondoljunk arra, hogy minél hamarabb sikerül szembenéznünk a tényekkel, annál valószínűbb, hogy sikerül megoldást találni a problémákra (Kékes 2000).

A legfontosabb, hogy ne támadjunk rá a gyermekre vádaskodásainkkal, amíg szemmel láthatóan bódult állapotban van. Meg kell várni, amíg tudata kitisztul. Csak ekkor beszéljük meg vele feltételezéseinket, lehetőleg nyugodtan és tényszerűen. Ha szükséges, kérjünk segítséget valamilyen családtagtól. A fiatalok sokszor letagadják, hogy kábítószer-fogyasztók, ilyenkor mindenképpen el kell vinni olyan szakemberhez, aki járatos alkohol- vagy drogbetegségek diagnosztizálásában.

Mi a teendő sürgős esetben?

Nem szabad pánikba esni!

Ha a gyermek kábult vagy eszméletlen, az oldalára kell fektetni!

Biztosítani kell, hogy a gyermek mellett mindig legyen valaki, hogy elkerülhető legyen a félrenyelés, illetve a hányadék belélegzése!

Ha a gyermek eszméletlen, haladéktalanul orvost kell hívni!

Számítani kell arra, hogy a gyermek magához térve zavart, esetleg nagyon rosszkedvű lesz!

Ha a közvetlen veszély elmúlt, alkalmat kell teremteni nemcsak a történetek, hanem a gyermek egyéb gondjainak megbeszélésére is!

Nem szabad bedőlni a fogadkozásoknak, az átmeneti magatartásbeli javulásnak. Ezek általában csak eszközök, melyekkel a gyermek megpróbálja csökkenteni a probléma jelentőségét! A teljes tisztuláshoz sajnos nagyon hosszú, rögös út vezet!

A szenvedélybetegekkel együtt élni, megérteni problémáikat, segíteni nekik a társadalomba visszavezető helyes út megtalálásában, bizony nem könnyű feladat. Összefogással, együttműködéssel azonban nagyobb az esély. Ezért jött létre a szenvedélybetegek hozzátartozóinak önszolgáltató egyesülete, melyben a tagok saját tapasztalataik kicserélésével, megbeszélésével segítenek egymásnak túljutni a nehézségeken.

A legjobb megoldás azonban, amint már mondtam: a megelőzés. Könnyebb egy betegséget megelőzni, mint gyógyítani – szokták mondani. Még inkább így van ez a kábítószer esetében. Ezért a legfőbb feladat a szülők számára: megtanítani a gyermeket ellenállni, nemet mondani. Tudatosítani kell, hogy joga van nemet mondani, ha droggal kínálják.

Mondjon nyugodtan nemet, ne vitatkozzon, ne magyarázkodjon! Egyszerűen utasítsa vissza és határozottan mutassa ki, hogy komolyan így gondolja!

Nem kell feltétlenül megindokolnia a választát!

Kínáljon mást! Ha egy jó barát kínál kábítószerrel, nehéz egyszerűen lerázni. Ilyenkor javasolni kell valami más programot a drogozás helyett: pl. mozit, egy jó focizást, kártyapartit, tehát valami olyasmit, amiből látszik, hogy a drog ellen van kifogásod, nem a barátod ellen.

Lépjen le! Ha már mindent kipróbált, hogy lerázza őket, és egyik variáció sem jött be, akkor le kell lépni!

Az iskola és a szülő együttműködési lehetőségei.

Hatékonyabbá lehet tenni a drogmegelőzést, ha az iskola és a szülők kölcsönös együttműködésben vannak. Én csak egypár gondolatot szeretnék kiragadni, hogy miben tud az iskola együttműködni a szülővel:

Ha lehetőség van rá, akkor el kell látogatni a gyermek iskolájába, és meg lehet érdeklődni, hogy folyik-e, és ha igen, milyen drogellenes felvilágosító oktatás (Bácskai-Lévai 1991).

Amennyiben van ilyen, bele kell pillantani a gyermeknek szóló iskolai megelőzési program anyagába, és meg lehet nézni azt, hogy:

- világosan megfogalmazzák-e az alkohol, a cigaretta és a kábítószeres veszélyes, egészségkárosító mivoltát;
- pontosak, időszerűek-e az információk, melyeket megfogalmaznak;
- valamennyi évfolyam hozzájut-e az életkoruknak megfelelő információhoz;
- megjelölnek-e olyan intézményeket, ahová szükség esetén a gyermek segítségért fordulhat.

Lehetőség szerint részt kell venni olyan szülői-nevelői összejöveteleken, amelyek témája az alkohol, a dohányzás, és a kábítószeres elleni küzdelem, a szülők, pedagógusok összehangolt eszközeivel.

Évente legalább egy alkalommal szervezzenek ilyen találkozót, és amennyiben mód van rá, olyan avatott szakembereket (orvos, pszichológus, gyógyszerész, rendőr) is hívjanak meg, akik hasznos tanácsokkal tudnak segíteni.

Befejezésként elmondhatjuk, hogy a gyermeknevelés az élet egyik legnehezebb feladata, mégis a legkevésbé tudunk rá felkészülni. Szülői ismereteinket leginkább saját szüleink nevelési gyakorlatából másoljuk, napjainkban azonban az alkohol és a kábítószeres terjedése olyan méreteket öltött, amit 30-40 évvel ezelőtt talán még elképzelni sem tudtak. Mindezek sajnos nem tőlünk távol, illetve rajtunk kívül álló problémák. Gyermkeink, családunk, sőt az egész társadalom veszélyeztetett. A nyugati országok tapasztalatai azt mutatják, hogy a kábítószeres elleni küzdelem csak össztársadalmi méretekben érhet el jelentős sikereket, pozitív eredményeket. Összefogással elérhető az alkalmi fogyasztók számának csökkenése, a drogokkal kapcsolatos ismeretek bővülnek, az attitűdök átalakulnak, lehetőséget adva, hogy minél hatékonyabban tudjuk gyermekeinket távol tartani a drogtól.

Szülőként leginkább úgy illeszkedhetünk ebbe a folyamatba, ha családon belül erős, meleg szeretetteljes kapcsolatot alakítunk ki gyermekeinkkel, megtanítjuk nekik, hogy mi a jó és mi a rossz, megismerjük és továbbítjuk feléjük a valós tényeket a drogokkal kapcsolatban.

SZAKIRODALOM

BAINTNER Károly

2000 *Drog és szenvedély*. Kaposvár, készült: a Kaposvári Egyetem
Állattudományi Kar sokszorosító részlegében

KÉKES Mária

2000 Mit tehetnek a drogosok szülei? In.: *Ne veszítsd el a fejed!*
Budapest, Műszaki Könyvkiadó

PAPP János

1999 A serdülők és a drog. In.: *Forrás füzetek*: 3., 4–6.

SERVAIS, Ernst

1991 *A drogproblémák átfogó megelőzése*. Gyakorlati kézikönyv
tanárok, nevelők és szülők részére. Budapest, Poliworld Alapítvány.

SOLTÉSZ Miklós–SZABÓ Zsolt (szerk.)

1997 *Drogok nélkül felnőni*. Budapest, Kiadja az Országos Rendőr-
főkapitányság Bűnmegelőzési Osztálya

TERESTYÉNI Tamás

1988 *Drogműhely 2. A kábítószer-problémák a tömegkommunikációs
eszközök közléseiben*. Budapest, Kiadja az OET Drogprogramja

TREMKÓ Mariann–MARGITTA Nóra (ford.)

2000 Emlékszel még, milyen volt tizenévesnek lenni? In.: *Ne
veszítsd el a fejed!* Budapest, Műszaki Könyvkiadó

A TISZTÁN ÉLÉS ÁRA

A NIDA (National Institute on Drug Abuse 2000) hatmillióra becsülte azon amerikaiak számát, akik komoly drogproblémával küszködnek. A hatmillió személy közül kétmillió krónikus függő.

Ha két csoportra oszthatnánk azokat az amerikaiakat, akik kábítószernek, akkor azt mondhatnánk, hogy az említett személyek több mint egynegyede heroint fogyaszt és kevesebb mint háromnegyede kokainfüggő. Ugyanakkor azt is el lehet mondani, hogy ezek a személyek nagy része alkoholista is.

Tehát, megoldásra váró helyzettel állunk szemben. A helyzetet a szakemberek elfogadhatatlannak tartották, és különböző intézkedéseket hoztak.

Ezen intézkedések egy része a drogfüggők kezelését felvállaló intézmények létrehozása volt. Problémát jelentett azonban, hogy még nincs olyan megfelelő rehabilitációs módszer, amely garantálni tudja a teljes gyógyulást. Mivel nem létezik egységes kezelési mód, amely garantálni tudja a teljes sikert, ezért a különböző intézetek különböző kezelési módokkal próbálkoztak.

Más szakemberek arra törekedtek, hogy a drogokhoz való helyes viszonyulásról győzzék meg a közvéleményt. Ezekről a próbálkozásokról beszélek a dolgozatomban.

1. A magán rehabilitációs központok megfizethetetlenek, ezért olyan programokat kellett létesíteni, amelyek a többség számára elérhetők.

A többség számára elérhető egyik ilyen rehabilitációs központ a Phoenix Ház. A terápiás közösségek közül a Phoenix Ház a legnagyobb, 12 000 ágygal rendelkezik.

A Phoenix Ház katonai stílusú terápiát alkalmaz. Az új páciensek bekerüléskor az úgynevezett „hierarchia” alján állnak, és az elért eredmények függvényében kerülnek feljebb a ranglistán. Fokozatosan kiváltságokat szerezhetnek meg. Például a telefon használata is egy ilyen kiváltság. Azok a személyek, akik megszegik a szabályokat, megbélyegződnek. Az illető személyek utólag elismerik, hogy ez hasznukra vált. Ez a terápiás közösség főleg a súlyosabb drogfüggőkkel foglalkozik. A

Phoenix Ház egy főre jutó évenkénti költségvetése 15 000\$, amelynek nagy része kormány vagy karitatív támogatásból kerül ki.

Mathea Falco szerint, ha a drogfüggőket úgy tekintenénk, mint a bűnözőket, és a terápiás központok börtönstílusúak lennének, akkor kisebb lenne a visszaesők aránya, viszont ez több pénzbe kerülne.

2. Egy másik próbálkozás a methadon kezelés. A methadon a kutatók szerint megállítja a heroin utáni vágyat, és kevesebb mellékhatása van, ugyanakkor könnyű előállítani. A methadon olyan, mint egy híd, amely a teljes tisztuláshoz vezethet. A kritikusok szerint nem történik más a methadon használatával, mint az, hogy egy illegális drogot legálisra cserélnek. A methadont más kezelési formákkal együtt is lehet alkalmazni. Ezért ez bizonyult a leghatásosabb módszernek, főleg az alkoholisták esetében. A kezelés időtartama egy hónap, ezután a személyt áthelyezik egy átmeneti terápiás házba vagy egy önsegítő csoportba. Az egy hónapi kezelés 9300 \$-ba kerül, ezért csak azok engedhetik meg maguknak, akiknek jó az anyagi helyzetük.

3. Egy másik próbálkozás, amelyről említést szeretnék tenni, a Matrix intézet létrehozása, melynek programja olyan személyeket szolgál ki, akiknek kevés az idejük, de szükségük van a kezelésre, viszont ez a program nem felel meg a súlyos függőségben szenvedőknek. A terápia hetente négytől hat órát vesz igénybe.

Ezen a programon olyan személyek vesznek részt, akik bíróság elé kerülnek, és a bíróság ítélet helyett kezelési szerződést köt velük, amely szerint az „elítélt” két év próbaidőt kap, ezalatt kezelésre kötelezik. Ha a szerződést megszegi, akkor le kell töltenie a börtönbüntetést. Ez a módszer is hatásosnak bizonyult, mivel nagyon kevesen szegték meg a szerződést.

A felmérések arról számolnak be, hogy azok, akik az előzőekben felsorolt programok valamelyikén részt vesznek 60–80%-ig absztinensek maradnak a kezelés után. A kétkedők azt állítják, hogy nagyon sok a visszaeső is, akik évek múlva újra elkezdenek drogozni.

Angliából származik az a gondolat, mely szerint olyan rehabilitációs programot kell létrehozni, amely a visszaesés kritikus pillanatában nyújt segítséget a visszaesőknek.

4. A drogfogyasztás visszaszorítására a terápiás közösségeken és az önsegítő csoportokon kívül olyan összetársadalmi szintű próbálkozások is vannak, amelyek a drogokkal kapcsolatos előítéletek és a többé-kevésbé bizonyított kísérleti eredmények felülvizsgálatára alapulnak. Ezek a megállapítások főleg az alkohollal kapcsolatosak.

Az alábbiakban felsorolok néhány érvet és ellenérvet, amely az alkohol fogyasztása mellett, illetve ellen szól.

Bizonyos társadalmakban azt tartották, hogy az alkohol növeli az evés élvezetét. Az amerikaiak véleménye szerint egy vagy két pohár bor jót tesz az egészségnek, csökkenti a szívkoszorú-megbetegedéseket. Ezt a véleményt osztja néhány kutató is, hangsúlyozva azt, hogy akik módjával fogyasztják az alkoholt, hosszabb életűek, ritkábban szenvednek húlésekes betegségben, és kevesebb közöttük a szívbeteg is.

Norman Atkins (1994) szerint, akik nem fogyasztanak bort, gyakrabban panaszkodnak szívproblémákra. Egy 1991-ben végzett franciaországi kutatása során azt a következtetést vonta le, hogy a franciák között azért ritka a szívbeteg, a zsíros étel fogyasztása ellenére, mert sok vörösbort isznak. A francia emberek azért egészségesebbek, mert a boron kívül több gyümölcsöt és gabonafélét fogyasztanak, mint az amerikaiak, állítja a szerző. Még azt is kimutatta, hogy azon személyek közül akik 2-4 pohár bort ittak meg naponta 30-40%-kal kevesebben haltak meg öregség előtt, mint azon személyek közül, akik ennél kevesebb alkoholt fogyasztottak. Erre az eredményre 36 000 középkorú férfi megfigyelését és nyomon követését végző, 15 éven keresztül folytatott nagyméretű kutatás hívta fel a figyelmet. Más kutatók azt vallják, hogy nem csak a bor, hanem más alkohol fogyasztása is egészséges, mivel az alkohol csökkenti a vörösvérsejtek tapadosságát.

R. Curtis Alison szerint a borivók hajlékonyabbak, többet sportolnak, kevesebbet dohányoznak és jól neveltebbek. Robert Ferrence szerint nem az alkohol, illetve a borfogyasztás, hanem az életstílus az, amely egészségesebbé teszi az embert (Atkins 1994).

A kutatások egyik alapkérdése az, hogy mennyi az a maximálisan ajánlott mennyiség, amelyet el lehet fogyasztani anélkül, hogy káros lenne. A jelenlegi vélemény az, hogy férfiaknál 2 pohár, míg nőknél 1 pohár bor fogyasztható naponta.

A kutatók ugyanakkor felsorolnak öt kategóriát, akiknek nem ajánlott az alkohol fogyasztása:

- 21 éven aluli személyek;
- azon személyek akiknek a családjában már van alkoholproblémával küszködő családtag;
- azon személyek, akik gyógyszeres kezelés alatt állnak;
- azon személyek, akik autót vezetnek, vagy olyan tevékenységbe fognak, amely maximális figyelmet igényel;
- terhes nőknek vagy olyanoknak, akik teherbe akarnak esni.

Az alkohol növeli a mellrák kialakulásának esélyét, dohányzóknál pedig megnövelni a rákveszélyt.

Az alkoholt fogyasztók számának növekedésével megnő az alkoholisták száma is. A kutatók többsége egyetért abban, hogy az alkohol túlzott fogyasztása káros hatású. Ugyanakkor azt is javasolják, hogy az, aki alkoholt fogyaszt, tegye ezt mértékkel, és ha valaki még nem kezdett el szeszes ital fogyasztani, akkor ne is tegye.

SZAKIRODALOM

NORMAN Atkins

1994 The cost of living clean. In: Wilson T. Hugh (ed.): *Drugs, society, and behaviour*. Guilford, Brown & Benchmark. 259–261.
www.nida.org

DROGKEZELÉS ÉS HATÉKONYSÁG

„A teljes megtartóztatás jobb nekem,
mint a tökéletes mértékletesség.”

(Augustinus)

A szakma több olyan módszerrel is próbálkozik, amelyek a szenvedélybetegségek gyógyításának hatékonysági fokát emelhetik. A drogkezelés sikerességét több tényező elemzése alapján állapítják meg. Neimark, Conway és Daskoch (1994) az alábbi tényezőket tartja fontosnak:

- az alkalmazott kezelés típusa;
- a kezelési modellt működtető attitűdrendszer, illetve filozófia;
- a kezelést befolyásoló külső jellegű, makrotársadalmi (gazdasági, tudományos felfedezések) tényezők;
- a kutatások adatai;
- a hatékonyság definiálása, megfogalmazása.

A továbbiakban ezen összetevők részletes elemzését fogjuk elvégezni.

1. A kezelés típusairól

A leggyakrabban négy kezelési módszert használnak a gyakorlatban:

a.) A terápiás közösségek

A terápiás közösségek program alapján működő napközik, ahol a kezelésben többnyire viselkedésterápiákat használnak. A kezelési idő esetenként változik.

b.) Kémia függőséget kezelő intézetek, kórházak

A drogfüggőket 3–6 hétre intézetbe, kórházba utalják. Ezek az intézmények az AA (Anonim Alkoholisták) elveire alapozó belső szabályzatrendszerrel rendelkeznek. A kezelés után szorgalmazzák az önszorgoló csoportokban a folyamatos részvételt is.

c.) Metadonkúrák

A metadon különböző kábítószeresek, főleg a heroinelvonó kúrában használt helyettesítő szer. Kevésbé addiktív, mint a heroin. A metadon-elvonók másfajta szociális szolgáltatásokat is biztosítanak.

d.) Alternatív kúrák

Ezen típusú kezelések nem a betegség közvetlen gyógyítására törekednek, hanem inkább tanácsadást biztosítanak (általában egyszer-kétszer találkoznak hetente).

2. A kezelési modellek

A két legelterjedtebb modellt párhuzamosan fogom bemutatni az 1. táblázatban. Megjegyzem, hogy a két módszer teljes elhatárolása nem indokolt, ugyanis a gyakorlatban együtt, kombináltan működnek.

Következésképpen elmondhatjuk, hogy az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy a hatékony kezelésmód kiválasztása csak egyénileg, testre szabottan végezhető el.

3. A kezelést befolyásoló külső tényezők

a.) A kultúra

Az a történelmi kor és az a kultúra, amelyben az egyén él, meghatározza ivási, drogozási szokásait. Például a déli kultúrákban a bor a mindennapok hozzátartozója. Az emberek megtanulnak együtt élni vele. Itt az ittas állapotban elkövetett bűntettek száma kisebb, mint Nyugat-Európában és az USA-ban. Az alkoholt nem hibáztatják a társadalmi problémák miatt. Ezzel ellentétben Nyugat-Európában és az amerikai társadalomban azért isznak, hogy berúgjanak. Az alkoholizmust hol devianciának, hol betegségnek tartják.

b.) Az előítéletek a szenvedélybetegekkel kapcsolatosan

- az alkoholfüggők mindig isznak (a valóságban minden reggel alkoholmentesen ébrednek, és a túlzott fogyasztás inkább a hétvégekre jellemző);
- a szenvedélybetegek nem képesek kontrollálni szokásaikat (ismert tény, hogy a kémiai szertől függő emberek 20%-a képes szabályozni szenvedélyeit, így valós probléma nem a kontrollálás hanem a nagyon gyakori visszaesés);
- a szenvedélybetegek egyben pszichiátriai esetek is (az alvászavarok vagy a hallucinációk az alkoholizmus szövődményei, viszont az absztinens periódusban a problémák nagy része mérséklődik vagy megszűnik);

1. táblázat. Kezelési módszerek (Neimark–Conway 1994)

Hagyományos kezelési felfogás	Alternatív kezelési felfogás
<p>1. A teljes absztinencia a kezelés egyetlen elképzelhető célja. Ugyanakkor a sikeresség egyetlen normatív kritériuma a „teljesen tiszta állapot”. Vagyis csak úgy és akkor tekinthető a kezelés „jónak” ha a kliens soha többé nem fog kábítószerezni. Ez az elképzelés ideológiának bizonyult, ugyanis a drogozás jelenségét és magukat az eseteket úgy kezelte, mint valami egyéni rosszat, melyet a kezeléssel javítani kell.</p>	<p>1. A szertől való függőség megszüntetése a cél és nem a teljes megtartoztatás. Elképzelésük szerint célravezetőbb a visszaesés megelőzése és az egyensúlytartás, mint az absztinencia. Megjegyzendő, hogy nem minden esetben működik az egyensúlytartó kezelés.</p>
<p>2. A teljes absztinencia elérése nem rövid és zökkenőmentes folyamat, sem a segítő, sem a kliens számára. Így a hagyományos terápiák időigényesek, illetve költségesek. A felmérések igazolják, hogy a hosszú és rövid távú terápiás eljárás közt nincs felbecsülhető különbség a hatékonyság szemszögéből.</p>	<p>2. A rövid távú kezelést egyre gyakrabban használják, de nem eredményessége miatt, hanem inkább anyagi megfontolásból. A kezelés legtöbb esetben 10–14 napra szól. Elvégezhető intézetben, de az otthoni detoxikáció is elterjedt.</p>
<p>3. A kliens gyógyulása akkor kezdődik el, amikor képes lesz arra, hogy problémáját, a drogozást beismerje. Nagyon részletesen leírt jelenség a hagyományos felfogásban a probléma tagadása, a terápiás rezisztencia. Ismert tény, hogy a beismerés egy komplex kognitív és emocionális munka, amely sok időt és belső motivációt feltételez.</p>	<p>3. A tapasztalat azt mutatja, hogy a szenvedélybetegek 45%-a képtelen helyzetének belátására. A kémiai szerek használata olyannyira károsíthatja a hosszú távú memóriát, az elvont gondolkodást, a kognitív funkciókat, hogy a páciens képtelen lesz helyzetét beismerni. Ilyenkor hatékonyabbak a rövid távú intervenciók.</p>

- a szerfüggőség genetikusan meghatározott (jó tudni, hogy a predispozíció nem predesztinációt jelent);
- az alkoholfüggők azért isznak, mert társaik is ezt teszik (a kemény alkoholfogyasztás együtt jár a társadalmi izolációval, vagyis a baráti kör távolmaradásával).

c.) Újabb felfedezések

A szerfüggőség nem csak egyszerű kémiai anyag-használat, hanem az idegrendszer természetes működésének a felbomlása. Az agyban található neurotranszmitterekre a kémiai szerek káros hatással vannak, beépülnek a transzmitter működésébe, módosítják azt, és végül súlyosan károsítják. Ezért a gyógyszeres kezelés hatékony lehetne a szenvedélybetegek kezelésében.

d.) A szociális támasz fontossága

A család, a barátok, a terapeutasegítő, az önsegítő csoportok döntő fontossággal bírnak a kezelés sikerességét illetően. A szociális támasz feladata nem kimondottan megvédeni a szenvedélybeteget, hanem a remény ébresztése és fenntartása arra nézve, hogy kémiai szerek nélkül is lehet teljes életet élni.

e.) A kezelést támogató intézmények üzenete

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) egészségünk megőrzése érdekében a napi 1-2 pohár bor megivását javasolja. Ugyanakkor ez az intézmény az alkoholfogyasztást 25%-kal szeretné csökkenteni.

4. A kutatások adatai

A leghatékonyabb kezelések alapja a korai beavatkozás és az esetre szabott megközelítés. Ilyen lehet például a metadonkúra, a család, valamint az averzív terápiák kombinációja. Kiderült az is, hogy az anonim elven működő csoportok csak egy bizonyos populáció esetében sikeresek. Ezekben az önsegítő csoportokban szigorúan követik a betegség beismerése és a teljes absztinencia elveit. A labilis személyiségeknél azonban számolni kell azzal, hogy a betegség beismerése depresszív állapotot vagy az áldozatszerep felvállalását is eredményezheti. Ez megnehezíti a kezelést (Apsler 1994).

5. A hatékonyság meghatározásának nehézségei

A tudomány mai állása szerint nem egyértelmű, hogy melyek a hatékony kezelés ismérvei. Nem egyértelmű a terápiás cél sem.

a.) Egyes elképzelések szerint úgy vélik, hogy ha van elegendő pénz-alap, akkor lesz sok kliens, és a kezelési program hatékonynak minősíthető. A szenvedélybetegek nagy része azonban nem igényel kezelést. Csak akkor kerülnek elvonókúrára, amikor valamilyen külső fenyegető tényező (a bíróság, a válóper, a munkaadó stb.) erre rákényszeríti. Amikor ezeken a krízishelyzeteken túl vannak, általában kilépnek a terápiából.

Következőképpen nehéz meghatározni a kliens által nem kért kezelés hatékonyságát, mivel nem tudjuk felmérni, hogy a pozitív változás a terápiának vagy a krízisállapot természetes lefolyásának tulajdonítható-e.

b.) Nincsenek elfogadható összehasonlító vizsgálatok a kezelésben részt vett drogfüggők és a szakmai segítséget elutasítók között.

c.) Nem elég kifinomultak az utókövetés módszerei. Az utókövetés egyszerű laboratóriumi tesztekre szorítkozik, csak vizelet- vagy DNS-vizsgálatot végeznek. Így keveset tudhatnak meg a használt szerről, a használat gyakoriságáról, dózísáról, időpontjáról (Apsler 1994).

A tapasztalat azt mutatja, hogy a kezelések képesek pozitív eredmények elérésére, de a hatékonyságvizsgálatok pontos kidolgozása még ezután következik.

SZAKIRODALOM

APSLER Robert

1994 *Is drug abuse treatment effective? What we know. What we don't. What means for the nation's drug strategy.* Child Welfare League, AEI Press

NEILMARK J.-CONWAY C.-DOSKOCH P.

1994 Back from the drink. In: Erich Goode (ed.): *Drugs, society, and behaviour.* Guilford, Brown & Benchmark. 256–263.

<http://www.who.org>

A KÁBÍTÓSZER ÉS ALKOHOLFÜGGŐSÉG KEZELÉSÉNEK MINNESOTA MODELLJE

A Minnesota kezelési modell (M. M.) ötlete az 1940-es évek végén egy észak amerikai kisváros kórházában született meg. Ez a modell a kábítószer-fogyasztók és alkoholfüggők gyógyításának egységes szemléletét képviseli, és igen hatékonyan működik (70%-os a hatékonyságmutató). Az M. M. kezelés filozófiája a következő kulcselemekre épül:

1. A változás lehetősége

Az M. M. kezelés filozófiája azon a meggyőződésen alapul, hogy a kábítószer-használók és az alkoholfüggők megváltoztathatják hiedelmeiket, beállítódásukat és viselkedésüket.

2. A betegségkoncepció

A betegségkoncepció az M. M. alaptana. (A betegség fogalmát az A. A. (Anonim Alcohol) és a N. A. (Narcotic Anonim), valamint az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) meghatározása szerint értelmezzük.) Az M. M. hívei a betegségkoncepcióban a kémiai anyag-függőségre utalnak, amelynek fő jellegzetessége a kontrollvesztés, és azt vallják, hogy az M. M. hatásos a kábítószer-függőség és az alkoholizmus, valamint mindkettő együttes kezelésében.

3. A kezelés célja

Brinkley és munkatársai (1984), Goode (1983) és Lindesmith (1986) két hosszú távú célt javasol: minden hangulatot befolyásoló anyagtól való tartózkodás és az életstílus megváltoztatása.

Lindesmith (1986) négy rövid távú célkitűzést jelöl meg, amely segíthet a hosszabb távú célok megvalósításában:

- segíteni a kémiai anyagtól függő embernek abban, hogy felismerje betegségét és hogy ez mit jelent;
- segíteni abban, hogy elismerje, segítségre van szüksége, és hogy belássa, meg kell tanulnia élni ezzel a betegséggel;

- segíteni abban, hogy rájöjjön, pontosan miket kell megváltoztatnia ahhoz, hogy konstruktív módon együtt tudjon élni betegségével;
- segíteni a betegnek azon változások elérésében, amelyek ahhoz szükségesek, hogy megnövekedjen személyes hatékonysága, és hogy ki tudjon alakítani egy új életstílust.

Az Alcohol Anonim és Narcotic Anonim az alkoholizmusból vagy kábítószer-élvezetből való felépülés elveit 12 lépésben foglalja össze. Ezek a lépések nagyon erős spirituális töltettel rendelkeznek, és a „nálunk magasabb erő” fogalmát kétségtelenül Isten helyettesíti. Ezek a lépések hangsúlyozzák azt, hogy a másokkal való kapcsolatokat újra kell szervezni, át kell alakítani, és hogy segíteni kell más alkoholistákat vagy kábítószer-függőket is a gyógyulásban. Ezek a lépések magukba foglalják azt a buzdítást, hogy döntsön, hogy változzon, változtasson, akkor is, ha nem vagy nem elegendő mértékben képes erre. Ez a 12 lépés alapvetően hozzátartozik az Minnesota Modell filozófiájához.

Laundergan (1982) a program alapjaként három célt fogalmaz meg:

- a transzcendentális lelki öntudatra ébredés, öntudatnövekedés;
- a választási és személyes felelősség felismerése;
- a sorstársak elfogadása.

Különösen jelentőséggel bír a program stílusa és nyelvezete. Röviden, egyszerűen, érthetően beszél, és ez gyógyítóan hat a betegre. Nagyon fontos, hogy úgy próbál segíteni a betegnek, hogy már a kezdettől felnőttként és felelős személyként kezeli (Szikszay–Tóth 1999).

Magyarországon a programot a Szigetvári Városi Kórházban 1990-ben indították be először, és azóta sikeresen működik. Itt a terápiára való felvétel elengedhetetlen része az alkohollal szembeni tehetetlenség felismerése és a segítség személyes keresése. A kontroll a terápia egész ideje alatt a segítő kezében van. A változtatás megtanulása intenzív csoportterápia keretein belül kezdődik, ahol a csoport gyógyító tényezői érvényesülnek. Ebben a légkörben megvalósul:

- információátadás;
- reménysugalmazás;
- egyetemesség;
- altruizmus;
- szocializáló technikák;
- csoportkohézió;
- katarzis.

A kórházi osztályokon a következő csoportterápiákat alkalmazzák:

1. *Kezdőcsoport*: a terápiás kezelést éppen elkezdő betegek tartoznak ebbe a csoportba. Ők még a detoxikáció időszakában vannak. Ez a csoport a szocializációt és a beilleszkedést segíti. A beteg itt megismeri az osztály szabályzatát, a házirendet, valamint a csoportok idejét és rendjét.

2. *Betegtanács*: e csoportban az osztály összes betege részt vesz. Itt alkalom adódik minden probléma, gond megbeszélésére, amelyek az osztályon való létüket érinti. Például, összezőrdülések, panaszok, örömök, kirándulások, összejövetelek, versenyek stb. megbeszélése történik.

3. *Orvos-pszichológiai csoport*: a betegek itt megismerhetik az alkoholnak a pszichére gyakorolt hatásait. Felmérhetik, hogy mit jelent a függőség, milyen érzelmi változások zajlottak le bennük, milyen énvédő mechanizmusokat építettek ki a segítségkérést megelőzően.

4. *Orvoscsoporthoz*: ebben a csoportban megtanulhatják, hogy a szervezetre milyen káros hatással van az alkohol, és milyen betegségek okozója lehet.

5. *Egészségnevelő csoport*: az orvoscsoporthoz üléseit kiegészítő tevékenységeket tartalmazza (pl. filmek nézése). Foglalkozik a családi élet problémáival, az illemszabályokkal, valamint a betegség megelőzésének lehetőségeivel.

6. *„Szükséged van-e az A. A.”-ra csoport*, információval szolgál a betegek számára az A. A. filozófiájáról, a találkozási helyekről és a módszernek a betegségből való felépülés folyamatában betöltött szerepéről.

7. *Lépéscsoportok*: a csoporttalálkozókon a 12 lépésből az első kettővel foglalkoznak részletesebben. Fontos, hogy ezeket a beteg biztonságosan „átléphesse”.

8. *Felépülő csoportja*: itt a hangsúly a visszaesés veszélyének hangsúlyozásán van. A betegek az A. A. által kidolgozott 16 visszaesési jelet beszélnek meg egyenként. Megvizsgálják, hogy számukra, milyen helyzetek a kritikusak, mire kell figyelniük a visszaesés elkerülése végett.

9. *A. A. találkozók*: hasonló módon működnek, mint az összes többi A. A. meeting.

10. *Al-Anon csoport*: erre az osztályon levő betegek hozzátartozóit várják, mivel az alkoholizmust családi betegségnek tekintik, itt a betegek tudomást szereznek arról, hogy mit is jelent az Al-Anon csoport, és hogy miért fontos az ő életükkel kapcsolatosan.

11. *Terápiás-csoport*: ahol a beteg által hozott témát beszélnek meg, az elfojtott érzéseiket dolgozzák fel. Ez szigorúan zárt csoport.

12. *Női csoport*: ugyancsak zárt csoport, és csak a nő betegeknek szól, a nőkről.

13. *Asszertivitás*: az asszertív viselkedési modelleket bemutató rövid filmek vetítésére kerül sor, amely után a betegek eljátsszák, illetve a csoport megbeszéli, hogy egy adott szituációban ők miként reagálnának, viselkednének.

14. *Film*: terápiás jellegű filmek megtekintése és csoportos megbeszélése.

Ezekben a csoportokban a kábítószer- és alkoholfüggő betegek megtanulnak egymás előtt megnyílni, beszélni a problémáikról, fejlődik az önismeretük és gazdagodik önértékesítő készségük. Sok olyan feladatot kapnak, amelyeket írásban kell bemutatniuk. Az elolvasott könyvek és filmek tartalmát közösen beszélnek meg. A szabadult betegek folyamatosan tanulják meg az őszinteséget, az alázatot, a magukra és másokra való vigyázást. Megtapasztalják annak fontosságát, hogy őszinték legyenek elsősorban magukkal, hogy felismerjék érzéseiket, hogy felmérjék hibáikat, és hogy a változás érdekében felelősséget vállaljanak önmagukért.

SZAKIRODALOM

BRINKLEY, Joel

Is drug war merely a holding action? *The New York Times*,
November 25, p. 4E.

GOODE, Erich

The drug phenomenon: social aspects of drug taking. Indianapolis,
Ind.: Babbs-Merrill

LINDESMITH, Alfred R.

1986 *Addiction and opiates*. Chicago, Aldine.

SZIKSZAY Petronella–TÓTH Miklós

1999 *Deviáns alkoholológia. A Minnesota Modell első 10 éve*.

Budapest, Szőlőtő Alapítvány

A kábítószer és az alkoholfüggőség kezelésének Minnesota Modellje.

Budapest, A. A. Kiadványa

A TERÁPIÁS LÁNC

Információ- és teljesítményközpontú társadalmunkban a stressz a rendszertelen, rohanó élet tartozéka lett. Ezért az emberek nyugalomra vágnak és menedéket keresnek, belekapaszkodnak olyan illúziókba, olyan „pótlékokba”, amelyek valamennyire helyettesítik azt, amire igényük volna. Vélt biztonságot, időleges nyugalmat, illuzórikus értelmet adnak életüknek, mert úgy érzik, hogy csak így van lehetőségük megszabadulni a szorongatottságtól, a rossz közérzettől, csak így tudnak megküzdeni a hétköznapi szürkeségével.

Valamilyen mértékben és formában a „pótlékok” valamelyike mindannyiunk életében benne van, és valamilyen okra szinte minden esetben visszavezethető. Nem minden esetben van ok a félelemre, az aggodalomra, de a társadalmi szokások és toleranciaszintek átlépésére már figyelni kell. Vannak olyan káros „pótlékok”, amelyek az ember személyiségét, annak bio-, pszicho-, szociokulturális összetevőit károsítják, és amelyek természetesen a környezetükben élőkre is közvetetten destruktív hatással lehetnek. Azokon az embereken, akik túllépik az elfogadott normarendszerek kereteit, segíteni kell, és a segítség szakszerű kell hogy legyen.

Az alábbiakban azt a segítőrendszer mutatom be, amelyet ma szerte a világon többé kevésbé hatékonyan használnak. A bemutatott terápiás lánc (Lehmann–Gruner 2000) ismertetni szeretné azokat a lehetőségeket és lépéseket, amelyek segíthetnek a drogosnak abban, hogy kiutat nyerjen a függőségből. Ez a lehetőség azoknak segíthet, akik erős belső motivációval rendelkeznek, kiutat keresnek, változtatni akarnak és tenni valamit a „szabadulás” érdekében. Ha a beteget állapota, tünetei nem zavarják, nem szorong, nem kínlódik, akkor nehezen nyerhető meg arra, hogy bármilyen terápiában részt vegyen és vállalja az ezekkel járó nehézségeket. A terápia céljai:

- a drogfogyasztás leállítása;
- a fizikai és a pszichés függőség megszüntetése;
- a visszaesés esélyének csökkentése;
- a személyiség stabilizálódása, szociális önállósulás;
- valóságérzék fejlesztése;

- a személyiség érésének elősegítése;
- a drogmentes életvitel megtanulása;
- tartós emberi kapcsolatok kialakításának készsége;
- autonómia- és identitástudat megszilárdítása.

Az 1. táblázat a terápiás folyamat strukturáját mutatja be.

1. táblázat. *A terápiás lánc leírása (Lehmann–Gruner 2000)*

Fázisok	Kapcsolat-felvétel	Méreg-telenítés	Megvonás-absztinencia	Utógondozás
Intézmények	ambuláns tanácsadó; terápiás intézmények; szakirányú; nem szakirányú	kórház; ambuláns kezelés	speciális terápiás intézet; metadonkúra kórházon kívül is	külső lakóközösségek; rehabilitációs otthonok
Célok	rövid távú gondozás; eljuttatás terápiás intézménybe	heroin-megvonás a szervezettől	szabályozott életvitel kialakítása; a munka végzésére irányuló akarat erősítése; saját felelősségtudat ébredése; kritika elfogadása; szakmai perspektíva kibontakozása	önállóság; szociális magatartásformák megszilárdítása; segítség a szakképzésben
Módszerek	segítő beszélgetések	elvonókúra, orvosi felügyelet mellett	napirend; munkamegszervezés; testápolás; személyes problémák és a csoport problémáinak megvitatása; a szakmatanulás kezdete	meghitt környezetben lakás, saját felelősségvállalással; együttműködés oktatási intézményekkel

1. Kapcsolatfelvétel

A kapcsolatfelvétel a tanácsadó központokban valósul meg. Az ambuláns tanácsadás öt típusát különböztethetjük meg:

- a. *Fenntartó kezelés*: orvosi felügyelet alatt a heroinfüggők olyan opiáttartalmú gyógyszereket kapnak, amelyek a heroin okozta elvonási tüneteket megszüntetik, de nem okoznak közérzetbeli ingadozást. Helyettesítő szerek a metadon és az agonista szerek.
- b. *Antagonista kezelés*: olyan kémiai anyagok adagolása, amelyek heroínérzékeny receptorokhoz kötődnek, de nem váltják ki a heroin okozta hatásokat. A méregtelenítést követően több hónapig Naltrexont használnak. A változásra motivált pácienseknél alkalmazható.
- c. *„Drogmentes” kezelés*: pszicho–szocioterápia, gyógyszerekkel kiegészítve. Olyan esetben javallott, amikor a páciens dolgozik, és jelentős támogatórendszerrel bír. Ilyenek azok az ambuláns programok, amelyek felvilágosítást, lelki támogatást vagy konzultációt, pszichoterápiát alkalmaznak.
- d. *Méregtelenítés*: fokozottan megvonják az egyén által használt kábítószer-mennyiséget bennfekvés vagy ambuláns körülmények között, vigyázva az akut fizikai tünetek ellensúlyozására. A heroinfüggők méregtelenítésénél a metadont alkalmazzák.
- e. *Utcai programok*: utcai megkeresés, segítség, tüssereprogram. Ezek mellett pszicho-szociális segítségnyújtás is történik. A program nem várja el, hogy a droghasználó drogmentességet vállaljon, és azt sem, hogy terápiás szerződést kössön. Ez egy alacsony küszöbű program, ellentétben a magas küszöbű programokkal, amelyek célja az absztinencia vállalása és a szigorú terápiás szerződés betartása.

Ez a fázis a találkozástól a méregtelenítésig tart. Ebben a fázisban fontos a gyógyulás motivációs kiváltása. A következő intézmények kapcsolódhatnak be ebbe a munkába:

- ideggondozó intézmények;
- pszichiátriai, addiktológiai osztályok;
- drogambulanciák;
- laikus segítőszolgálatok;
- pszichoterápiás tanácsadó központok;
- telefonos szolgálatok;
- szociális támogató intézmények;
- klubok és vallásos közösségek.

Ezek az intézmények találkoznak először a függőséget tehernek érző drogfogyasztóval. Lehetőségeik szerint a következő feladatokat vállalhatják fel:

- a terápia lehetőségeinek a tisztázása;
- a függő motivációjának felmérése;
- megfelelő értékrend nyújtása;
- programok szervezése;
- az idő strukturálása, keretek rögzítése;
- segítség a személyes kapcsolatok rendezésében;
- az elvárások megbeszélése;
- tanácsadás;
- visszajelzés.

Nehézségbe ütközik a szenvedélybetegség felismerése, ugyanis az egyének rendszerint más természetű betegségekkel, problémákkal jelentkeznek. Gyakran nem az érintett fordul segítségért, hanem a hozzátartozó. Nagyon nehéz a függőt motiválttá tenni a terápiára, ha nincs betegségtudata. A kezelési programok megtanítják a kábítószer-használót, hogy egészségesen, produktívan, kábítószer nélkül éljen. A kezelésnek egyénre szabottnak kell lennie, azonban nem létezik biztos kezelési mód.

2. Méregtelenítés

A méregtelenítést kórházakban és klinikákon végzik. A méregtelenítés a kezelés első fázisa, a fizikai függőség megszüntetése érdekében. A gyógyszeres kezelés orvosi felügyelet alatt történik, amelyhez egy szigorú program kapcsolódik (egészséges táplálkozás, alvás stb.). A detoxikáció intézeti vagy ambuláns kezelés formájában történik. Indokolt az intézményes kezelés, mert az környezetváltoztatást is jelent. Az ambuláns megvonás megszokott szociális környezetben, a családban folyik. A detoxikáció eltarthat néhány naptól hosszú hetekig. A beavatkozás veszélyeket tartogathat a beteg számára, ezért állandó orvosi kontrollt igényel. Ez a fázis már igen nagy lépésnek tekinthető, de korántsem elégséges. Ha elmarad a további kezelés, a páciens nagyon nagy valószínűséggel visszaesik. A visszaesés szégyenérzettel jár, csökken az önértékelés, reménytelenség, csalódottságérzés alakul ki benne, ez gátolja a továbblépést és a segítségkérést. A segítség abban nyilvánul meg, hogy megpróbálnak

olyan életvitelt, viselkedést kialakítani, olyan életkörülményeket biztosítani, hogy ne legyen szükség a szerhasználatra.

Létezik az akupunktúras detoxikáció is, amely elterjedőben van. A módszert 1971-ben H. L. Wen hongkongi sebész fedezte fel. A fülakupunktúrával hatásosan csökkenteni tudják az opiátfüggők drogéhségét és megvonási tüneteit. Az egyszerű ötpontos fülakupunktúras kezelés hatásos a megvonás akut periódusában a fizikai és pszichikai tünetek kezelésében (Poser, W.–Roscher–Poser, S. 2000). Az akupunktúra hatékony kiegészítője lehet a gyógyszeres méregtelenítésnek. Csökkenti a megvonási tüneteket, ellazítja, megnyugtatója a klienst, stabilizálja a függő beteg hangulatát, irányíthatóbbá, nyitottabbá teszi stb. Előnye, hogy nincsenek mellékhatásai, olcsó, könnyen elérhető.

3. Megvonás – absztinencia

Speciális terápiás intézetekben végzik. A pszichés függőség megszüntetését célozza terápiás technikákat alkalmazva.

- a. *Pszichoterápia*: tudatosan megtervezett folyamat, amelyet viselkedészavarok és neurotikus, illetve pszichotikus állapotok befolyásolására, strukturális változások elérése céljából alkalmaznak. Szerződés alapján, lélektani eszközökkel, verbálisan, közösen kidolgozott célokra alapozva végeznek. A kezelő és kezelt között folyamatos, teherbíró, érzelmi kapcsolat alakul ki. Ennek eredményeként a beteg aktívabb, boldogabb, környezetébe jobban beilleszkedő, kreatívabb és társadalmilag hasznosabbá válik.
- b. *Csoportterápia*: többszörös és sokszintű hatások, sajátos normarendszer, értékrend jellemzi a csoportmunkát. A csoport nyílt rendszer, és folyamatos kapcsolatot tart fenn környezetével.

A terápia mint problémamegoldó feladat akkor működik, ha a tagok elkötelezettek, motiváltak. A terápiás folyamat során az egyéni pszichés struktúrákból csoportstruktúrák alakulnak ki. A struktúrák manifeszt és latens szinten hordozzák a problémát. A terapeuta konfrontáltatja ezekkel a csoporttagokat. Az ideális nagyságú csoport 10-12 főből áll, és heti 2-3 alkalommal találkoznak. A drogterápiás üléseken, gyakran az organikus eredetű megbetegedések eredményeként, másodlagosan létrejött pszichés problémák kezelése történik.

A pszichoterápiás folyamat hatótényezői:

- intenzív interperszonális kapcsolatok;
- új információk a problémákra, alternatívák a problémák megoldására;
- a terapeuta személyes tulajdonságai reményt keltenek, fokozzák a drogfüggő elvárását a segítséggel szemben;
- sikerélmény biztosítása;
- növeli a páciens önmagával szembeni elvárásait;
- helyreállítja önértékelését;
- fokozza az interperszonális kompetenciaérzést;
- biztosítja a közös támasznyújtást, támogatást.

c. *Gyógyszeres kezelés, ártalomcsökkentés, szubsztitúciós kezelés.* A kábítószerfüggők gyógyszeres kezelése két csoportba sorolható (Poser, W.–Roscher–Poser, S. 2000):

Agonisták

Az agonista szerek megkötik az opiátreceptorokat, csökkentik az opiát utáni vágyat, és kisebb az általuk okozott pszichikai és fiziológiai károsodás. A legismertebb agonista szer a metadon. A metadont naponta 10–250 mg-os tablettába adagolják, és nem használnak tűt. A szer hatásaként kialakul a „blokádeffektus”, elmarad a kábítószer okozta eufóriaérzés, de a szenvedés sem jelentkezik. A baj az, hogy a metadon additív, nem szünteti meg a függőséget, hanem egyik szerről a másikra viszi át (heroinról metadonra). A metadon használata nem veszélytelen, heroinnal és alkohollal társulva halálos lehet. Pozitívumai: elnyomja a heroin utáni vágyat, megelőzi az elvonási tüneteket, fizikai, szellemi javulást idéz elő, csökkenti a kriminalitást, csökken a droggal való visszaélés, átmenetet jelenthet a drogmentes életre, orvosilag stabil állapotot biztosít. Hatásosabb a kombinált metadonkúra: csoportterápiával, családlátogatással és szociális szolgáltatásokkal együtt.

Antagonisták

A naltrexon antagonistista szer, ugyanis gátolja a heroin hatását, azaz nem okoz eufóriát. A kórházak intenzív osztályán használják.

4. Utógondozás

A kórházi intézményből kikerülve fontos az utógondozás. Az utógondozást főleg a rehabilitációs otthonok végzik. Feladatuk közé tartozik a képzési-, a munka-, és a lakáslehetőség biztosítása; a barátokkal, az ismerősökkel való kapcsolat megerősítése; a partnerkapcsolat és a családi kötelek megszilárdítása. Ebbe a fázisba eredményesen kapcsolódhatnak be az anonim csoportok (pl. Alcohol Anonim A. A., Narcotic Anonim N.A.).

A terápiás lánc bemutatásával az volt a célom, hogy szemléltessem azt a folyamatot, amelyen a gyógyulni vágyónak át kell esnie. A siker azonban nemcsak a rendszer tökéletességétől, hanem az érintett akarati tényezőitől, belső motivációjától, a változni akarás igényétől, az „elég volt, így nem megy tovább” érzés erősségétől függ.

SZAKIRODALOM

LEHMANN, Andreas–GRUNER, Wolfgang

2000 *Alkoholfüggő?* Tanácsok érintetteknek, veszélyeztetetteknek és hozzátartozóknak. Budapest, Magyar Karitás Szenvédélybeteg Segítőszolgálat Kiadó

POSER, Wolfgang–ROSCHER, Dietrich–POSER, Sigrid

2000 *Tanácsok gyógyszerfüggőknek és hozzátartozóiknak.* Budapest, Magyar Karitás Szenvédélybeteg Segítőszolgálat Kiadó

2000 *Drogfüggőség.* Tájékoztató orvosoknak. Budapest, Magyar Karitás Kiadó

2000 *Jelentés a Magyarországi kábítószerhelyzetről.* Budapest, ISM Kiadó

1991 *Kábítószer-megelőzés.* Tanári kézikönyv. Budapest, Drogalapítvány az OM támogatásával.

<http://oktatas.brassai.hu/drog/html/orv45.htm6>.

INTERJÚK A DROGRÓL

DROGHASZNÁLAT: KI ÉS MIÉRT?

Kép: Tunyogi 1

Egy marihuánacigaretta is elegendő ahhoz, hogy a kábítószer-használó maga mögött hagyva a hétköznapi világot, kőszáli sasnak képzelje magát. Valójában e „sas” a fellegjáró álmok súlya alatt csak gubbaszt. Nem hinné el, hogy milyen látványt nyújt. Szárnyalás helyett szárnalmas támoltyágás az élete. Új dimenziók keresése? Hiszen már a régít sem tudja uralni. Ha valaki tükröt tartana neki?!

Kép: Tunyogi 2

Az interjúalany 26 éves egyetemista fiú, aki alkalmanként használ drogot. A következőkben megosztja velünk tapasztalatait (K: kérdés, V: válasz):

K: Mikor próbáltál ki először drogot s milyen alkalommal?

V: 16-17 éves lehettem, és egy bulin történt.

K: Kik vettek körül akkor?

V: Haverok, ismerősök.

K: Kitől, kiktől, hogyan értesültél a kábítószerekről?

V: Szintén ismerősektől, valamint tévéből, újságokból szereztem tudomást róla.

K: Milyen érzéseid voltak, mielőtt rágyújtottál volna, milyen kérdések fogalmazódtak meg benned?

V: Nem volt semmilyen érzésem, mert nem ismertem, egyszerűen hajtott a kíváncsiság.

K: Milyen volt a hatása?

V: Jó volt, nem volt olyan, mint az alkohol, mert nem borul el az agyad tőle, és civilizáltabban tudsz viselkedni. Kicsit másabb volt, normálisan tudsz gondolkozni, de euforikus állapotban vagy.

K: És nem lassul le a gondolkodásod tőle?

V: A végén lelassul, de az elején fel vagy pörögve. Ez attól is függ, hogy milyen típusú a kábítószer.

K: Milyen fajtát szívtál akkor?

V: Fűvet szívtam.

K: Általában mit használasz?

V: Könnyű drogokat szoktam használni. Marihuánát kétfélét szívtam, kertit és lámpást. A kerti a gyengébbik, azt csak ki kell dobni a kertbe, vagy az erdőben termesztetni, hogy a zsaruk meg ne kapják. A lámpásnövénynek magasabb hőmérséklet kell és sok fény, valamint nedvesség, így jobb minőségű terméket lehet kapni.

K: Mi volt neked pozitív ebben az élményben?

V: Az, hogy érdekes állapot, nem olyan, mint részegen, civilizáltabban tudsz viselkedni, és nem vagy másnapos tőle, valamint az is, hogy segíti az emésztési problémákat.

K: Hogyan segíti az emésztési problémákat?

V: Paraszimpatikus hatása van, s ilyenkor a bélmozgást segíti.

K: Mit jelent az, hogy paraszimpatikus?

V: A hasban levő szervek mozgását elősegíti, a mellkasban levő szervek mozgását csökkenti. Az elején van egy szimpatikus hatása is, amikor megnöveli a szívritmust, s ez amikor alábbhagy, akkor folytatódik a paraszimpatikus hatás. Érthető?

K: Azt hiszem, igen.

V: Még tudnék a biológiai hatásáról mesélni, de most nem jutnak eszembe.

K: A lelki ráhatásról mondanál-e még valamit?

V: Magyarul annyi, hogy feldobott állapotban vagy, és kész.

K: Mi volt a véleményed az első után, hogy fogsz-e még használni?

V: Persze, szívesebben használnám alkohol helyett, alkalomadtán. Csak az a baj, hogy üldözik az embereket ezért, pont úgy, mint a buzikat. Más államokban legalizálva van, úgyhogy itt is úgy lesz tíz-húsz év múlva, vagy amikor ideér a civilizáció a bocskorosokhoz. De addig el lehet kerülni más vidékre, ahol nem zavarnak ezért.

Inkább ajánlom, mint az alkoholt, mert ettől nem vagy másnapos, nincs savad, hányingered, nem fáj a fejed stb. Nincs semmi bajod, csak jól érzed magad és kész. De vigyázat, pont úgy működik, mint az alkohol, vagy bármilyen serkentő, tehát „a jóból is megárt a sok”.

K: A mértéket hogyan állapítod meg?

V: Mindenki a saját fejével állapítja meg. Pont úgy, mint amikor iszol. Lehet, hogy te, ha megiszol egy pohár bort, megrészegeadsz, másnak meg éppenséggel segíti az emésztését. Ennyi a különbség, attól függ, mennyire vagy megszokva vele.

K: A legalizáláshoz, mit szólsz? Te mit tennél az érdekében?

V: Mennék tüntetni, hogy zárjanak el, kössenek meg.

K: Szerinted mit lehet tenni ennek érdekében?

V: Ennek érdekében Romániában semmit, csak ha az EU rákényszeríti. De nagyon jó lenne az állam szempontjából is a legalizálás, mert megszüntetné a feketekereskedelmet, csak hasznuk lenne belőle. Nem lenne ennyi bűnözés, ugyanúgy, mint a kurvákkal. Adó jön ebből is, nyeresége van az államnak belőle, ellenőrzés alatt van, és nincs annyi negatív oldala.

K: Még milyen kábítószeret használtál?

V: Még mit mondjak? LSD, hasis, kb. ennyit.

K: Az LSD-t milyen formában próbáltad ki?

V: Bélyeg formájában, amit beraksz a nyelved alá vagy a nyelvedre és elolvasd.

K: Ennek milyen hatása volt?

V: Kicsit másabb, mint a marihuána, lehet hallucinogén, a dózistól függ, az amfetamin típusúakhoz hasonlóan energiát ad, és ennyi.

K: A hasis hatása ugyanolyan, mint a marihuánáé?

V: Ugyanaz a hatása, csak gyengébb minőségűekből csinálják, jobban lehet szárítani, és nem olyan bűdös. Nem érzik meg a kutyák és az emberek sem.

K: Ezt is cigarettában próbáltad?

V: Nem csak, hanem pipa, vízipipa formájában.

K: Te melyik drogot használsz vagy használnád szívesebben?

V: Én? Én a kokaint. Nem, ez vicc, nem is próbáltam, és nem is próbálnám, mert függő lehetsz tőle.

K: De mégis melyiket?

V: Nem tudom, hát amelyik van. De inkább a füvet, az a legtisztább, legtermészetesebb. Azt hiszem, inkább a gombát kéne kipróbálni. Vannak ezek a hallucinogén gombák itt Romániában, pl. a légyölő galóca. Megvan a dózisa, ezt vodkában, szeszben ki lehet vonni, van egy csomóféle recept. Vagy vannak még ezek a természetes mexikói gombák, hogy megeszel egy fél szeletet, és szétröhögöd magad.

K: Röhhögőgörcsöt mástól is lehet kapni, nem?

V: Persze, a fűtől is van, akinek röhhögnie kell.

K: Nekem meséltél a maszlagról is, elmondanád még egyszer, hogy mi az?

V: A maszlag, az egy tradicionális kábítószer, amit az őseink is használtak. Minden szemétdombon terem, a magját megeszik, elbambulnak, és egy fél órát röhécselnek az öregemberek. Csak annyi, hogy az egy hü-

lye növény, és nem mondják róla azt, hogy kábítószer vagy alkohol, különben ugyanannyi a hatása, mint a kábítószernek.

K: Jut eszedbe még valami a drogokkal kapcsolatban?

V: Szerintem legalizálni kéne, mert pont olyan, mint az alkohol. Hogyha az alkoholt és a szivart nem tiltják be, akkor ezt sem kéne.

K: Ezt bármilyen kábítószerre érted?

V: Nem, csak a fűre vagy az ilyen könnyű természetes drogokra értem, amelyek nincsenek koncentrálni. Még annyit szeretnék elmondani, hogy a keresztény társadalomban az alkohol azért nincs betiltva, mert a Jézus teste a kenyér és vére a bor, mindenki ezt szokta meg, ezt vették át. Máshol, a muzulmánoknál, ahol nem szabad alkoholt inni, fűvet szívnak, amikor ünnepelnek. Vagy például az indiánok a békepipába mit raktak szerinted? Fűvet, és utána mindenki olyan békés és elégedett.

DROG ÉS PINCESZOBA

2001. november 22-én elindultunk hanganyagot és életképeket „szerezni” a Drogforum rendezvény számára. A bemutatásra kerülő anyagot egy Kolozsvár központjában lakó roma család otthonában készítettük.

Helyszín: ...sötét pinceszoba... gyertyafény... kellemetlen szag... betört ablak... hideg... csodálkozó arcok... reménykedő gyermekszemek..., így lehetne leírni azt a hangulatot, amelyet a hangfelvétel és a fotók megörökítettek.

Nyolc személyt ismertünk meg: a 46 éves románcigány háziasszonyt, a 64 éves nyugdíjas, magyarcigány férjet, a 12 éves A-t, ő a legkisebb gyerekük és a 18 éves F-et. A családdal lakik egy 21 éves lányanya (S.) két gyerekével: a 4 éves J-vel és az másfél éves C-vel. A gyerekek apja, aki nem él velük, nemrég szabadult a börtönből. 1996 óta tartózkodnak mostani lakhelyükön, azelőtt fél évig az utcán hányódtak. A helyiséget, ahol most laknak, bérelik. Fizetniük kell a gázt és a vizet. A tisztálkodáshoz a bejáratnál levő csap szolgáltat vizet, a villany régóta le van vágva. Tudtuk, hogy F. és A. szípuznak (aurolac), ezért esett választásunk erre a családra.

A család életkörülményei, a problémák, a sorsukért való felelősség nem vállalása az akkori beszélgetés és a későbbi segítő szándékú látogatások során kerültek felszínre.

A szülők nem dolgoznak, a gyermekek iskolázatlanok, szakmanélküliek, és bevallásuk szerint nem tudnak kartongyűjtésnél stabilabb munkát találni, ezt is F. végzi alkalmanként. A. és F. nem jár iskolába, mindketten csak az első osztályt végezték el. Idejük nagy részét más „zacskósok” társaságában szípuzással az utcán töltik, ahol a rendőrök már ügyet sem vetnek rájuk. Jövedelmük: 30 dollárnyi nyugdíj, két gyerekpénz és két adag napi ebéd, melyet a polgármesteri hivatal szolgáltat. Más, folyamatos anyagi segélyben nem részesülnek. A család feje az anya, ő az, aki lehetőségei szerint törődik a családdal: ellátja a gyerekeket, eljárja az intéznivalókat (munkahelyek és segélyek után érdeklődik). A gyerekek nem koldulnak, kisebb-nagyobb bűncselekmények útján szerzik meg a kábultság „mámoros pillanatait”. A beszélgetés során kiderült, hogy értelmes gyerekekről van szó. Bevallásuk szerint szeretnének

iskolába járni, leszokni a drogokról, sőt egy olyan központba menni, ahol kezelni (függőség miatti rehabilitációs program) és iskoláztatni tudnák őket. Mindenekfelett normális életre vágnak.

KÉP 1

Először a 4 éves kislányt kérdeztük (B. J.), a főszereplők többnyire A. és az anya.

A hanganyagba más beszédrészletek (román, magyar és cigány nyelvű) és zajok beszűrődnek. Ezek nagyban meghatározzák az interjú hangulatát, melyet írásban sajnos csak korlátozottan tudunk visszaadni.

Szociális munkás (továbbiakban Szoc. m.): Téged hogy hívnak?

B. J.: B. J.

Szoc. m.: Szeretsz itthon lenni?

B. J.: Igen.

Anya: Tetszik, hogy F. szipuzik?

B. J.: Nem.

Szoc. m.: Szeretnéd-e ugyanezt csinálni?

B. J.: Nem.

Szoc. m.: Szeretnél majd iskolába járni ha majd nagyobb leszel?

B. J.: Igen.

KÉP 2

Beszélgetés A.-val a drogozásról.

Szoc. m.: Mondd el, hogy te miért drogozol.

A.: Először a bátyámat láttam szipuzni, és én is kipróbáltam, hogy lássam, milyen érzés, azóta rászoktam, és nem tudom abbahagyni.

Szoc. m.: Abba akarod-e hagyni?

A.: Igen.

Szoc. m.: Meséld el, hogy érzed magad olyankor.

A.: Olyan, mint ha be lennél rúgva és mindenféle hülyeséget látsz... színeket és ...mindenfélét.

Szoc. m.: És ettől jobban érzed magad?

A.: Nem, nem érzem jól magam olyankor, de jön, hogy szipuzzak továbbra is.

KÉP 3

Beszélgetés A.-val az iskoláról.

Szoc. m.: Szeretnél-e inkább tanulni a drogozás helyett?

A.: Szeretnék menni iskolába, mert amikor nagy leszek, nem lesz majd munkahelyem. Nem fognak befogadni sehová dolgozni. Szeretném, ha befogadnának egy intézménybe, mert tudom, hogy ott tanulni is lehet.

Szoc. m.: De tudod, hogy ott nem lehet majd szípuzni?

A.: Tudom...

Anya: Kérd meg őket...

A.: Mondtam már...

Anya.: De kérjed őket!

A.: Kérem segítsenek, ha tudnak, és fogadom, hogy megjavulok!...

Beszélgetés az anyával.

Szoc.m.: Ön mint anya hogyan vélekedik erről a helyzetről, hogy a gyerekei szípuznak?

Anya: Há' én könyörgök, hogy ne drogozzanak, mondtam nekik, hogy gége vagy tüdőrákot kaphatnak tőle, vagy ki tudja milyen bajuk lehet. Többször mondta A., hogy „nem drogozok többé, anya”, de két perc múlva ugyanazt csinálja. Szerintem nem tudja már abbahagyni, valószínű, hogy már függ tőle. Ő mégis abba szeretné hagyni, de már nem tudja. Ez így nem folytatódhat.

Megjegyzés: Látszik, hogy az anya helyteleníti fiai viselkedését, sajnálja a gyerekeit, bármit megtenne, csak hogy valami változzon... viszont nem tesz semmit.

Megérkezik A., kábultan jön haza, leül a díványra az anyja mellé, és tovább szívja a zacskót.

Megjegyzés: Még csak hozzá sem szólnak, annyira megszokták már. Ez többször előfordult, amikor ott jártunk, senki előtt sem „zavartatják magukat”. Persze ilyenkor a velük való beszélgetés elmarad, hiszen annyira sincsenek maguknál, hogy felismerjenek minket.

Beszélgetés A. drogozásáról.

Szoc. m.: Mióta drogozol?

A.: Kb. 6 hónapja (most már 9. hónapja).

S: Több...

Anya: Nem...nem több!

Szoc.m.: Tehát egy fél éve?

Apa : Már majdnem egy éve ...

Anya : Nincs egy éve!

Apa: Dehogy nincs.

Beszélgetés az „anyagbeszerzésről”.

Szoc. m.: Többnyire ragasztót (prenadez), vagy mit használasz?

A.: Most inkább azt.

Anya: Ritkán jutnak hozzá a lakkhoz (aurolac), de inkább azt szeretik.

Szoc. m.: Van-e különbség a kettő között?

A.: Igen, érzem a különbséget ...

Szoc. m.: Melyik kábít el jobban?

A.: A lakk.

Szoc. m.: Honnan szerzed be az anyagot?

A.: Vegyszerüzletekből, a Grigorescu, Mărăști, Monostor vagy Györgyfalvi negyedből.

Beszélgetés F.-fel (18 éves fiú) a szípuzásról.

Szoc. m.: Téged is szeretnénk megkérdezni F., hogyan vélekedsz a szípuzásról. Mennyi ideje szípuzol?

F.: Hát, vagy két éve.

Szoc. m.: És olyankor mit érzel?

F.: Beszipuzok... elkábulok... felébredek... majd megint beszipuzok... s mind így,... képzelődöm, elképzelek sok minden hülyeséget... mindenfélét.

Szoc. m.: Szeretnéd abbahagyni?

F.: Igen.

Szoc. m.: Függsz tőle? Nem tudod abbahagyni?

F.: De igen...

Megjegyzés: Ennek ellenére már két éve „szívja a zacskót”, nagyon fáj a szeme, ami egyszerű ránézéssel is észlelhető. Az anya szavai szerint „már az agyára ment, meghülyült” a ragasztótól.

KÉP 4

Beszélgetés az apával.

Szoc. m.: Ön mint apa hogyan vélekedik erről a helyzetről? Ön drogozott valaha?

Apa.: Én soha, az én koromba' nem is láttam ilyesmit. Én kértem őket, hogy ne drogozzanak, mert én beteg vagyok... a tüdőmmel, krónikus sárgaságom van és gyomorfekélyem. Itt vagyok egész nap velük, együtt alszunk... és így is drogoznak.

Szoc. m.: És ilyenkor hogy viselkednek?

Apa: Amikor a nagyobbik fiú be van löve, akkor nem hallgat senkire sem. A múltkor is betörte az ablakot, azóta sincs pénz rá, hogy betettesük. Elrontotta a villanyt is...

Szoc.m.: Tehát olyankor nem tudja fékezni magát?

Apa: Nem hallgat az senkire sem.

Anya: De ha nem drogozik, akkor elmegy és papírdobozokat gyűjt, vagy segít a piacon rakodni, és haza is hoz pénzt, a testvéreinek is ad belőle. Olyankor nem rossz...

Megjegyzés: Az anya és a többi családtag szerint az apa nem törődik a családdal. Nyugdíját csak magára költi, a költségeket sem fizeti ki, a vásárolt élelmet nem osztja meg a családdal, de előttük fogyasztja el. Sőt az anya és A. szerint (amit az apa sem tagadott) ő volt az, aki A.-t már elsős korában cigarettázni tanította, inni adott neki. Az anya úgy gondolja, hogy A. azért maradt ki az iskolából, azért drogozik és lop, mert az apja sose szidta meg.

Megkérdezzük a 21 éves S.-t, a két kisgyerek anyját.

Szoc. m.: Mi a véleménye a droghasználatról vagy a szipuzásról?

S.: Nem szeretjük az ilyesmit...

Szoc. m.: Drogozna?

S.: Én soha. Semmiképp sem jó, hogy a nagyok szívják, mert kicsik is vannak itt, és megmérgeződhetnek. Már a kicsi C. is, ha látja a nagyokat szívni a zacskóból, már ő is utánozza őket egy üres zacskóval... így játszik, és még csak egy és fél éves.

Kérdések a jövőbeli tervekről.

Szoc. m.: Hogyan látják a jövőt? Hogyan szokhatnának le a gyerekek a szipuzásról? Milyen reményeik vannak?

Anya: Hát... önök vagy talán valaki ebből az országból csak segíteni fog, hogy valamit tegyünk ezekért a gyerekekért, hogy ne haljanak így meg. Én voltam már a rendőrségen, sokuknak elmondtam már...kértem őket: „az Isten nevében segítsenek, önök azok, akik leginkább alkalmasak erre. Utalják be őket valahová, hisz megölik magukat ezekkel a drogokkal”. Tudja mit mondtak, kisasszony, akárhova mentem segítségért? „Hagyja csak... ha meghal, akkor mi van?! Ahogy mások meghaltak...”. Ön szerint így kell válaszolni? Hát mit csináljunk? Képzeljék magukat a mi helyünkbe... mondtuk nekik, hogy ne drogozzanak... legalább a Ceaușescu idejében, ha rossz idők is jártak, a nagyobbik fiamat (a 25 éves P. nem lakik a családdal) sikerült leszoktatni. Négy évig drogozott, és akárhányszor elkapták a rendőrök, bevitték a bolondok házába, kimosták, kikezelték, és tisztán jött haza. Ha ismét elkapták, ismét elvitték.

Utána már nem kívánta... Há' ezeket miért nem viszik be valahová? Nem akarják, kisasszony, nem akarják! Én voltam és beszéltem velük ...

Szoc. m.: Szociális munkással beszélgetett-e?

Apa: Én beszéltem személyesen... hogy is hívják, te? Emilia vagy hogy?...

Megjegyzés: Változatlanul telnek el a napok, és minden marad a régiben. Még tragikusabb az a tény, hogy a család több szervezet nyilvántartásában megjelenik, és akárcsak a többi drogozó, életveszélyben lévő utcagyerek, nem kapnak folyamatos segítséget. Az anya elmondta, hogy egyre súlyosabb A. állapota, egyre jobban fáj a torka, rekedten, halkan beszél és nincs hová fordulni.

Köszönettel tartozunk az ENY Humanitárius Alapítványnak (személyesen Kasza Izabella III. éves és Sente Enikő IV. éves szociális munkás hallgatónak), hogy hozzásegítettek a riport elkészítéséhez.

INTERJÚK KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLÓ EGYETEMISTÁKKAL

A bemutatásra kerülő beszélgetések alanyai kolozsvári egyetemisták, akiket arról kérdeztünk, hogy mennyire ismert és mennyire elterjedt a droghasználat a diákság körében, és hogy mi a véleményük a kábítószer-
használatáról.

Az első interjúalanyunk egy végzős egyetemista lány volt.

R: Mi a véleményed a drogokról?

L: Hát attól függ, milyen drogokról van szó.

R: Az illegális drogokról való véleményedre vagyunk kíváncsiak.

L: Én a tiltott drogokat két csoportra osztom, az egyik a füves cigi, marihuána, hasis, a másik a keményebb drogok, szintetikusak: pl. heroin, kokain. Én csak a gyengébb drogokat próbáltam, és hát vannak pozitív és negatív élményeim egyaránt.

(Megjegyzés: sem a heroin, sem a kokain nem szintetikus drog.)

R: Elmondanád? Légy szíves.

L: Amikor elkezdtem füves cigit szívni, az első két alkalommal nem jött be semmi, pedig akkor úgy éreztem, hogy rá voltam hangolva arra, hogy elszálljak, de nem jött be. Harmadik alkalommal úgy kezdődött, hogy haverok ültek a szobában, és szívták a füves cigit. Én nem tudtam, hogy mi van benne, hogy milyen arányban van keverve, és elszívtam én is egy-kettőt, az első két tapasztalatból kiindulva úgy gondoltam, hogy úgysem fogja megtenni a hatását. Igen, de kb. öt perc múlva éreztem, hogy kezd hatni az anyag, arra koncentráltam, hogy ne kerüljek a hatása alá. Úgy éreztem összezavarodott az egész idegrendszerem. Kemény, halálközeli élményeket éltem át. Álltam a konyha ablakában, néztem ahogyan erősödnek a fények, tudtam, hogy a drognak a hatása alá kerültem. Egyfajta agyhalálállapotot éltem át, hiába kérdeztek tőlem valamit, mire megjegyeztem az első felét, elfelejtettem a második felét és fordítva. Abszolút nem működött az agyam, próbáltam kommunikálni, de nem tudtam. Úgy éreztem, mintha teljesen kint lennék az univerzumban és meghaltam volna, és hiába koncentráltam arra, hogy eszembe jusson valami, az agyam nem működött. Úgy éreztem, hogy az idő lassan telik. Utána tudtam meg, hogy csak egy

fél óra telt el, és mégis úgy éreztem, hogy már három órája vagyok ilyen állapotban. Nagyon különleges érzés volt ez. Bementem a fürdőszobába, láttam a tükörben, hogy a pupilláim ki vannak tágulva, tudtam ez a cigi hatása. Elkezdtem járkálni le és fel, le voltam abszolút lassulva, és többször megkérdeztem, ha valakivel beszéltem: „Ezt már mondtam?”

R: Mennyi ideig tartott ez az állapot?

L: A hatás kb. három órát tartott. Szerencsém volt, hogy jelen volt a barátom, és észrevette rajtam a drog kellemetlen hatását. Megpróbált megnyugtatni, azt tanácsolta, hogy szálljak el. Én nem akartam, de az ő segítségével átvészeltam azt a három órát. Azt mondtam, hogy ezután ha nem tudom, mi van a cigiben, nem szívom el.

E: És nem tudta meg, hogy mi volt benne?

L: De, kemény hasis volt, gyengén keverve dohánnyal. Azok, akik szívták már, régóta drogoztak. Én nem tudtam, de ha tudtam volna... Rá egy évre volt, hogy még egyszer elszívtam egy marihuánás cigit a régi haverommal, ez nagyon jól volt keverve, és ennek a hatása pozitív volt.

E: Milyen volt a pozitív élmény?

L: Ez abban állt, hogy nem szálltam el tőle, nem láttam rózsaszínben a világot, hanem az történt, hogy azokban a képekben és fotókban, melyet a barátom készített, olyan dolgokat láttam meg, amit józan állapotban nem vettem volna észre.

Gyorsan pörgött az agyam, és rengeteg dolog bejött. Teljesen normális voltam, nem volt semmi gond. Rengeteg dolgot meg tudtunk beszélni rövid idő alatt. A keményebb drogokat viszont nem próbálnám ki.

R: És úgy érzed, hogy még szívnál marihuánát?

L: Ezután marihuánás cigit csak ettől a haveremtől fogadnék el, mert tudom, hogy hogyan keveri és milyen a minősége.

R: A lényeg az, hogy szívnál ilyen cigarettát?

L: Igen, ha volna alkalom, de kell tudnom, hogy mi van benne. Ha ez a barátom hozza, megbízom benne, de idegen emberektől soha többet nem fogadok el, mert nem szeretném azt az élményt újra átélni.

A második interjúalany egy végzős egyetemista fiú.

E: Mi a véleményed a nem törvényes drogokról?

F: Hát a nem törvényes drogok... ezzel nekem problémáim voltak, végül is a nem törvényes meghatározás mit takar? Az alkohol is ide tartozhat?

E: Nem, az alkoholt nem tiltják.

F: Miért tiltott? Nem értek egyet. Ez túl bonyolult.

R: Kipróbáltál már valamit?

F: Igen.

R: Elmondanád, hogy milyen élményeid, érzéseid voltak?

F: Elmondhatom, hogy pozitív dolgokat éltem át.

R: Mit fogyasztottál?

F: Marihuánát szívtunk, P. szekrényében találtuk a haverommal, tudtuk, hogy mi az.

R: Elmesélnéd?

F: Elszívtuk a füvet. A haveromnak volt egy látomása. Úgy látta, hogy a kifli motorozik előtte, és el szeretne volna kapni. Egy kicsivel később a képzőművész barátom festményeit nézegettük, amikor a haverom felkiáltott egy akt láttán: „Ott, huszonöt méterre van az a maca, odafutok és lesmárolom”. Tudni kell, hogy a szoba csak öt méter hosszú volt, így hát felkenődött a falra.

Egyikünk mindig józan marad, vigyázunk egymásra. Így volt akkor is, amikor valaki más maradt józan, és én szálltam el. Ülök a fürdőkádban, dobálom kifelé a vizet, és közben magyarázom a többieknek, hogy fogják meg a halakat, nehogy visszaugorjanak, mert ezeket fogjuk megvacsorázni. Olyan érzésem volt, mintha a Niagara alatt lettem volna. Ezt az érzést nem lehet leírni, még csak összehasonlítani sem, semmivel.

R: Kellemes volt?

F: Igen, kellemes volt, ennek ellenére mégsem lettem függő.

R: És milyen gyakran szívtál ilyesmit?

F: Ritkán szívtam. A haverok hozták, kaptuk, nem vettük.

R: Te adnál érte pénzt?

F: Nem, nem adnék, az már egy másik dolog.

R: Fogyasztanál még, ha volna rá lehetőséged?

F: Minden egyes alkalomkor.

R: De pénzt nem adnál érte?

F: Nem, mert nem tudom megfizetni. Ha legális volna és olcsóbb, talán.

R: Lenne egy személyes kérdésem: szerinted jó volna ha törvényesítenék a könnyű drogokat és lehetne kapni a kereskedelembe?

F: Mint már említettem az elején, ez nagyon bonyolult, én nem tudom megválaszolni. Jó volt, talán azért mert tiltott, de nem tudom, hogy jó volna-e törvényesíteni.

A harmadik interjú egy elsőéves egyetemistával készült.

R: Azt szeretném megkérdezni, hogy mi a véleményed az illegális drogokról.

M: Hát, attól függ melyikről, szerintem a marihuánát nyugodtan lehetne legalizálni, végül is több külföldi országban megtörtént, és betegek gyógyítására is alkalmas, például a rákosokéra. A keményebb drogokról

az a véleményem, hogy teljes mértékben be kellene tiltani és a forgalmazókat börtönnel büntetni.

R: Mi a különbség szerinted a marihuána és a kemény drogok között?

M: A marihuánának van egy előnye: nem lehet tőle függővé válni.

E: Miért gondolod ezt így?

M: Nem okoz szerintem fizikai függőséget, nem tartalmaz semmi olyan anyagot, amely kiválthatna a szervezetben fizikai függőséget.

R: Szerinted pszichikai függőséget sem okoz?

M: Pszichikait meg lehet, hogy okoz, de erős egyéniségnél ez nem számít. Igaz, hogy a drog is lehet erős egyéniség.

R: Szerinted, normális lenne, hogy a gyenge drogokat törvényesítsék?

M: Vegyük például Hollandiát. Az államnak is hasznót jelent, ugyanis adóznak, és amúgy is folya illegálisan a kereskedelem, akkor miért ne törvényesítsék.

R: Használtál-e valamilyen drogot?

M: Igen.

R: És mit?

M: Marihuánát.

R: Elmondanád, mit éreztél?

M: Többször is használtam. Legelőször az volt, mint általában mindenkiel, nem volt semmi hatása. A következő alkalommal valami jó anyaghoz jutottam, és egy buli alkalmával barátokkal fogyasztottuk. Nagyon el voltunk szállva, életem legjobb bulija volt. Az egyetlen negatív élményem az volt, hogy egyszer beszívtunk a barátnőmmel, és ő egész éjszaka rettenetesen fázott, és nem tudtam, mit kezdjek vele. Ez egyszer történt meg, a többi élményem pozitív volt. A drog felfokozza az emberben a pozitív élményeket, és jobban rá tud hangolódni a pozitív dolgokra.

R: Elmesélnél egy ilyen pozitív élményt?

M: Például a szeretkezés, a csókolózás élményét többszörösére emeli. Életem legszuperebb szeretkezése füvezés hatása alatt történt.

R: Adnál pénzt a drogért?

M: Pénzt nem adtam soha érte, ismerőseimmel ingyen beszereztük. Úgy érzem nem vagyok függő, nem nagy gyakorisággal szívom, volt amikor két évig nem szívtam, csak akkor használom, ha ingyen jutok hozzá, és nem is fogok soha pénzt adni érte.

R: Szerinted nem éri meg pénzt adni érte?

M: Abban az esetben adnék érte pénzt, ha kifizethető lenne, és ha nem lenne hátulütője, például ha a rendőrség nem korlátozna ebben.

E: Tehát félsz a jogi megtorlásoktól?

M: Igen, mert amikor használok, még jobban félsz, hogy elkapnak. Furcsa az egész.

A negyedik interjúalanyunk egy végzős egyetemista fiú.

E: Azt szeretném megkérdezni, hogy mi a véleményed a tiltott drogokról?

N: Hát végül is nagyjából minden drog tiltott, nincs rossz véleményem róluk, de nem mindegyiket próbálnám ki.

R: Melyiket nem próbálnád?

N: A füvet próbáltam és azon felül nemigazán.

R: Miért?

N: Azért, mert egyszerűen nem akarom kipróbálni.

R: Miért próbáltad ki a füvet?

N: Hát azért, mert mindenki mondta, hogy ilyen jó meg olyan jó, és akkor arra gondoltam, hogy én is kipróbálok.

R: A barátaid hatására?

N: Nem feltétlenül, én is szerettem volna kipróbálni.

R: És milyen volt?

N: Végül is relatív, attól függ, milyen az áru.

R: Elmesélnéd, hogy milyen volt a füvezés?

N: A pozitívum az volt, hogy a Szigeten beszívtunk jó rendesen, és abszolút nem hallottam semmit, csak visszhangokat, beszéltek hozzám, de én nem hallottam. Nagyon élveztem. A negatívum az volt, hogy találkoztam egy régi ismerőssel és nem emlékeztem rá.

R: Hogy gondolod, adnál pénzt érte?

N: Nem adnék, mert tudom, hogy a haveroknak mindig van, tehát biztos forrás a haverok.

R: És fogsz még szívni marihuánát?

N: Hát, ha úgy jön össze, akkor igen.

E: És ez mitől függ?

N: Attól, hogy ingyen van-e, vagy fizetni kell érte.

E: Még más negatív élményed volt?

N: Igen, kb. egy éve beszívtam, és nagyon depressziós lettem tőle, egyszerűen nem voltam képes semmire, még beszélni sem, és nem tudtam a gondolataimat beszédbe átültetni, nagyon rossz érzés volt.

R: Sokáig tartott?

N: Kb. két órát.

R: És aztán vissza tudtál állni a „normális” kerékvágásba?

N: Igen.

R: Hogyan érezted másnap magad?

N: Semmi bajom sem volt.

E: Fűre szoktál-e alkoholt fogyasztani?

N: Nekem az a véleményem, hogy rossz, ha alkoholt fogyaszt az ember.

E: Keményebb drogot nem is próbáltál fogyasztani?

N: Lett volna alkalmam hozzájutni, de egyszerűen nem akartam, nem az én stílusom. A fű elmegy néha, évente öt-hat alkalommal, de napi rendszerességgel nem. Nem a buli kedvéért szívok be, bulizni fű nélkül is tudok.

Az utolsó interjút egy olyan lánnyal készítettük, aki nem próbálta ki a kábítószer nyújtotta mámort.

E: Mi a véleményed a törvénytelen drogokról?

L: Mivel nem létszükséglet, szerintem kimondottan nélkülözhető.

E: Voltál-e olyan társaságban, ahol drogot használtak? Milyennek láttad a hatását, és mi a véleményed róla?

L: Igen, voltak lakótársaim, akik nemcsak marihuánát, hanem LSD-t és hasist is szívtak. Siralmas látvány volt végignézni is. Ha csak így érzi jól magát az ember, az szomorú dolog.

E: Hogyan viselkedtek a drog hatása alatt?

L: Konkrétan egy fiatal pár esetét tudom elmesélni. A lány lakótársam volt, és a fiúval havonta egyszer találkoztak két-három napra, és ezt az időt különböző drogok fogyasztásával töltötték el. Szerintem, ha egy kapcsolat csak így működik, ha csak ez köti össze őket, akkor valami más probléma is van mögötte.

E: Milyennek tartod a drogozást, mit gondolsz a drogozásról?

L: Szerintem pótcselekvés. Amikor nem vagyunk képesek szembenézni a problémáinkkal, elmenekülünk önmagunktól és problémáink elől.

E: Kipróbálnál egy marihuánás cigarettát?

L: Nem szívesen, nem érzem szükségét.

E: A buli kedvéért sem?

L: Nem, nincs az a buli.

E: Zavart, téged amikor a környezetedben drogoztak?

L: Határozottan.

E: Miért? Hogyan?

L: Amikor végignéztem a ködös tekinteteket, és láttam, hogy tizenhat órát nem tudnak magukról, a nap többi részét pedig átalusszák, meg voltam döbbenve. Megkérdeztem, hogy miért jó ez nekik. A válasz az volt, hogy így jó ez nekik. Kezdetben csak a buli kedvéért csinálták, aztán életcélá vált.

E: Próbáltál-e valamit tenni, hogy leállítsd őket?

L: Próbáltam rákérdezni az okokra, a válasz az volt, hogy így érzik jól magukat. Rájöttem, hogy külön-külön tiszták tudnának maradni, de mikor együtt voltak, ez nem ment. Mintha egymásba kapaszkodva menekülnének valami vagy éppen egymás elől.

E: Biztatták egymást?

L: Igen, mert csak így tudták elviselni egymás jelenlétét, és a megszőkás túl erős volt ahhoz, hogy hosszú kapcsolatukkal szakítsanak.

7. DROGDIAGNÓZIS

A SZERVISSZAÉLÉS FELISMERÉSE ÉS FELMÉRÉSE DIÁKOKNÁL

A helyi közösségek egészségvédelme feltételezi, hogy a családi és az iskolai környezetben minél gyorsabban felfigyeljenek az egészségkárosító viselkedésre és felismerjék a szervisszaélés tüneteit.

A szervisszaélés korai felismerése segítséget jelent mind a prevenció, mind a kezelés megtervezésében. A differenciáldiagnózis azért fontos, mert a szerhasználat a kezdeti fázisban szorongásra, depresszióra, paranoiára emlékeztet. Ezekhez a tünetekhez bizonytalan szervi panaszok is társulhatnak. Még a gyakorlott szakembernek sem könnyű a szerhasználat korai felismerése. A klienssel vagy annak családjával történő találkozásakor minél több információt kell gyűjteni az érintett életvitelére, magatartásbeli változásaira, személyiségjellemzőire és a szer használatára vonatkozóan. Az első interjú vagy konzultáció együttesen is alkalmazható. A cél az, hogy minél pontosabban lássuk a droghasználat okozta problémát. Fel kell mérnünk a kliens erősségeit, gyengeségét, problémakezelési módját és szociális támogatottságát. Ezen problémák azonosítása és tisztázása segít a drogfüggőkkel végzett munkánkban.

A szervisszaélés felmérése nagy tapintatot, tiszteletet igényel. A konfrontációt el kell kerülni. A titoktartás etikai követelmény. A személyt nem kezelhetjük autoriter módon, és a tölcsérmódszerrel közelítünk a problémához. Arra azonban vigyázni kell, hogy ne maradjunk az általánosságok szintjén, rá kell kérdezni a konkrét körülményekre.

Nem mindig a drogfüggő jelentkezik a segítőnél, de ha ő is eljön, „most a te változatodat szeretném hallani” biztatással jeleznünk kell számára, hogy a közös munkában ő lesz a partnerünk. Így csökkenteni tudjuk a gyanakvást, biztonságot sugallunk és motiváljuk az aktív részvételre. Az egyént segíteni kell, hogy tisztán lássa saját problémáját és kifejezze érzéseit. Pontosán be kell mérni, hogy igényli-e a segítséget, a kezelést, hogy milyen a motivációja, kooperatív-készsége. Fontos a problémához való hozzáállása, hogy aggódik-e miatta, van-e szenvedésnyomás, és hajlandó-e a változásra. A páciens életvitelének, fizikai és egész-

ségi állapotának, problematikájának felmérése megtervezett, sokrétű információra épített diagnózis kell legyen.

A segítő beavatkozás a drogfüggő aktivizálható erőforrásaira épít. Ilyenek lehetnek a társas kapcsolatok, a változásba vetett bizalom, az alternatív tevékenységek és a már meglevő megküzdési mechanizmusok. További segítséget jelent a változást szükségessé tevő okok tisztázása és a visszacsúszás megakadályozásának megtanítása.

Ebben a munkában nyújthat segítséget a szervisszaélés felismerését és felmérését segítő személyi lap. Az adatlap világos leírást ad a probléma méreteiről, és útba igazít a segítő beavatkozás megtervezésében, kivitelezésében.

A személyi lap segítségével képet kaphatunk a személy családi helyzetéről, fizikai és egészségi állapotáról, teljesítményéről, önmagához való viszonyáról, magatartásának, viselkedésének jellemzőiről és a droggal szembeni attitűdjéről. Felmérhetjük a személy erős és gyenge oldalát, előrevetíthetjük, hogy mennyire lesz képes megküzdni a droggal.

A diagnózisalkotás és a konzultáció ötvözése segítséget nyújthat az érintettnek helyzete tisztán látásában, és megerősíthetjük változási szándékában.

SZEMÉLYI LAP

Név _____ Születési adatok _____
 Lakáscím _____ Telefon _____

Szülők adatai	Apa	Anya
Életkor		
Iskolai végzettség		
Foglalkozás		
Munkahely		

Családi adatok:

Családstruktúra	
Anyagi feltételek	
Kulturális színvonal	
Érzelmi légkör	
Nevelési légkör	
Egészség / betegség	
Deviancia	

A gyermek/fiatal fizikai állapota:

Beilleszkedési nehézségek:	
Óvodában	
Iskolában	
Családban	
Ideges tünetek: enuresis, tikk, éjszakai felriadás	
Gyermekekori betegségek (kórházi kezelés)	
Jelenlegi egészségi állapot	
Fizikai fejlettség	

Énkép	Jellemzők	1.	2.	3.	4.	5.
Testkép	Általában elégedetlen					
Morális	Igen magas mérce önmaga számára					
Individuális	Önérvényesítési törekvéseiben gátolt, nem bír képességei szerint teljesíteni					
Szociális	Szüksége van a szubkultúrához csapódáshoz, ahol a másságot értékeli					
Családi	Általában elégedetlenek vele					

Tanulmányi eredménye:

Elégtelen	Gyenge	Közepes	Jó	Kiváló

Eredmények – Hiányosságok

Kedvenc tantárgyak	
Legjobb eredmények	
Leggyengébb eredmények	
Gyakorlati készségek	
Kimagasló eredmények	
Sorozatos kudarcok	
Sport/ Művészet	
Hobby	

1.= egyáltalán nem jellemző; 2.= kis mértékben jellemző; 3.= közepesen jellemző; 4.= jellemző; 5.= teljes mértékben jellemző

Magatartás-jellemzők	1.	2.	3.	4.	5.
Mindig tanácsot kér					
Mágikus segítő keresése					
Passzív alkalmazkodás, erős külső befolyás					
Döntéseit átengedi másoknak					
Fél az elutasítástól, ezért mindennel egyetért					
Nem kezdeményez					
Kellemetlen és megalázó dolgokat is vállal					
Egyedül kiszolgáltatottan érzi magát					

Magatartás-jellemzők	1.	2.	3.	4.	5.
Kifosztottnak érzi magát, ha szoros kapcsolatai megszûnnek					
Önmaga leértékelése					
Megbízhatatlanság					
Szeretetre vágyik, és ezért mindent megtesz					
Kritikától és elutasítástól megsértődik					
Agresszív indulatait eltagadja					
Kedvtelenség, reménytelenség, levertség, depresszió					
Iskolakerülés, késés					
Tanulási eredmények rosszabbodása					
Időbeosztása gyakran változik, rendszertelen					
Életmódbeli változások					
Szabályok gyakori megszegése					
Verekedés, vandalizmus					
Lopás					
Túlzott költekezés					
Kölcsönkérés					
Negatív beállítódottság					
Túlérzékenység, idegesség, szorongás, feszültség, nyugtalanság, izgatottság					
Hazudozás, tagadás					
Feltűnösködés					
Gyakori új barátok, megnövekedett, nem szelektív szociabilitás					
Indokolatlan vakmerőség					
Indokolatlan düh-, öröm-, félelemkitörések					
Indokolatlan fáradtság, kimerültség					
Állandó riadalom, készenléti állapot					
Téri, időbeli tájékozódási zavarok, hallucinációk, téveszmék					
Alvászavar, álmatlanság vagy aluszékonyság					
Figyelem- és koncentrációzavar, feledékenység					
Irreális célok					
Gyakori unalom, közömbösség					
Egyre több dologra alkalmatlan, alkalmazkodóképesség romlása					
Sorra kimarad mindenből					
Kapcsolatai rendre megszakadnak					

Magatartás-jellemzők	1.	2.	3.	4.	5.
Családi problémák					
Tekergés, terv nélküli szabadságvágy					
Önmaga és ruhája elhanyagolása vagy szubkultúrák divatok követése					
Illatszerek túlzott használata					
Karkötők, napszemüveg felesleges használata					
Bőbeszédűség, hangoskodás, összefüggéstelen vagy egy témához rögzülő beszéd					
Beszédstílusa szegényes, gyakori sztereotip elemek, tartalmi sivárság, trágárkodás					
Együttes túlmaradások, csoportos bujkálás					
Tárgyak szokatlan körülmények közötti cseréje					
Alvilági, narkós szleng használata					
Kábítószeres pletykák alanyává válik					
A közösséggel szemben álló, támadó jellegű csoportképződés					
Szabadon beszél a kábítószer-használatról					
Kábítószer-vásárlás, birtoklás					
Testi fejletlenség, soványság, rosszul tápláltság					
Bőrelváltozások: sápadt arc, kékes elszíneződések, tûszûrások					
Beesett arc, beesett szemek, szûkebb (opiátok) vagy tágabb (hallucinogének) pupillák					
Száj szárazsága, ápolatlan, rossz fogazat, orrfolyás, szemkönnyezés					
Hasmenés, étvágytalanság, hányás, fogyás					
Megnövekedett igény az édes italok iránt					
Túlzott érzékenység a külső ingerekre pl. fényre, zajra, fájdalomra					
Szédülés, járás bizonytalanra válása, kézremegés					
Szívpanaszok, szívritmuszavar, mellkasi szorítás					
Pulzus lassúbbá (opiátok) vagy gyorsabbá (stimulánsok) válása					
Rossz mozgáskoordináció (botladozás)					
Gyakori fájdalmak, betegség					
Gyanút keltő tárgyak használata ***					

*** *Gyanút keltő tárgyak:* ezüst papírdarabkák (hasis, marihuána, LSD szokásos csomagolóanyaga); színes, általában kékeslila, préselt, nem gyári készítésű tabletták, ismeretlen gyógyszerek; kockacukordarabkák; injekcióra, befecskendezésre használható tárgyak; szokatlan tárgyak, pl. levélmérleg felbukkanása; égett, kormos aljú kiskanál megjelenése; szokatlan szag a lakásban; kifacsart citromhéj vagy citromos flakon (a heroinfogyasztó-kanál); megbotlik, támolyog; üres vagy kitöltött orvosi receptek, indigó stb.

Droghoz való viszony	
Jelenlegi panasza, ami miatt jelentkezett	
Ki küldte?	
Mit szed / használ?	
Mióta használja / fogyasztja?	
Miért szedi, és miért vált rendszeressé a fogyasztás?	
Hogyan hat rá a drog?	
Vesztette-e el már az eszméletét droghatás alatt?	
Drog-túladagolás	
Mellékhatás / Pszichiátriai tünetek (fontos a serdülőkor után jelentkező epilepsziás roham)	
Törvénnyel kapcsolatos problémák	
Mikor és milyen körülmények között került először kapcsolatba a droggal, és milyen érzés volt?	
Egyedül vagy társaságban fogyaszt-e?	
Drogkarrier (miket szedett előzőleg)?	
Melyek a tipikus elvonási tünetei?	
Nem drogos eredetű panaszok	
Miért akar leszokni?	
Kire számíthat a leszokás alatt?	
Mit gondol, hogyan befolyásolta eddig a szerhasználata: testi, lelki, szellemi vonatkozásban?	
Milyen esélyt ad magának a leszokásra?	
Próbált-e már leszokni, hányszor?	
Mi kellene változzon a leszokás elősegítésére?	
Milyen változásokra számít, ha elhagyja a drogot?	

FÜGGELÉK

ABSTRACTS

ALBERT-LŐRINCZ Enikő–ALBERT-LŐRINCZ Márton–
DÉGI L. Csaba–SZABÓ Béla

HEALTH BEHAVIOUR AND DRUG CONSUMPTION OF TRANSYLVANIAN YOUNGSTERS

Our conclusive investigation has been carried out on a sample of 1042 teenagers, aged between 14-18 (9th – 12th graders), from county-residence towns and some smaller towns and villages in Harghita, Mures, Bistrita, Cluj and Bihor counties. The aim of this research is to study teenager health-related attitudes and behaviour, vulnerability and risk factors but also deviant life-styles. Our health behaviour related investigation offers reliable data for prevention activities, for drug-use treatment policy development, base for further research of population at-risk but it also is an overview of today's situation in Transylvania.

ÁBRÁM Zoltán–MÉSZÁROS Franciska–ENYEDI Lajos DRUG USE, ALCOHOL CONSUMPTION AND SMOKING BEHAVIOUR AMONG TEENAGERS IN TRANSYLVANIA

The aim of our research is to reveal reliable information about the life-style and dangerous vices of Transylvanian pupils. On the other hand, the statistics are repeatable, thus able to reveal different trends existing in drug-abuse. The project of the international comparative research (Elekes-Paksi 1996) has made it possible to measure the changes that have occurred. The results of this project have made the achievements of the previous research (Aszmann 1995, Fabian-Kerulo 1996) more complete.

In this work we present the most important results of our own research which is based on the methodology of a Hungarian study, part of a project known as: "European study on the alcohol, nicotine and drug consumption with teenagers, 1999" (Elekes-Paksi).

CSÁKÁNY Emese–OLÁH Zsuzsanna–SIMON Éva
**ALCOHOL CONSUMPTION TRENDS AMONG
STUDENTS IN CLUJ-NAPOCA**

It is well-known that alcohol-consumption has a long history. During the centuries this activity had a religious or practical character, or it was part of rituals. With this in view we have tried to find an answer to the following question: has the character, the importance of alcohol-consumption changed, and if it has, in what direction. Our main interest was whether in the case of university students we can talk about a drinking culture, or it is simply a habit.

Our results show, that the Hungarian students from Cluj drink in the company of friends. They are motivated by the wish to avoid negative emotional states and to keep up relationships. (For example boys often take out girls for a drink.)

LUKÁCS Mária-Magdolna
RITUALS AND LEGENDS IN EVERYDAY LIFE

Drug-abuse is by no means a newly adopted topic. However, many people have little knowledge about the origins of these various substances, about how they invaded our society. They know little about who their users were in the past and who they are now, or about why drugs began to be used. My work acquaints you with the origins, the use and the history of the Peyote-cactus, as well as with the legends about the appearance of the cola-leaf, of opium and hashish. These legends have turned into horror-stories by now, and the rituals have been replaced by making abuse of these “miraculous plants”.

DÁSZKEL Ildikó–NAGY Zsuzsa
DRUGS – AN OVERVIEW

Opium, morphine, codeine, heroin, methadin, tranquillizers, alcohol, glue and organic solubilizers – the wide range of drugs. In this work we have tried to present the above mentioned substances. We have tried to present them from different angles: the history of their appearance, the conditions necessary for their production, their place of origin. We

describe the physical appearance and form of these substances as they appear in their everyday circulation. We also acquaint the reader with their physical and psychic effect. For the sake of a better understanding and to create an overall image we have tried to draw a parallel between them. We also present the method of their use and a few interesting details where possible.

SZABÓ Béla

A GENDER PERSPECTIVE OF DRUG CONSUMPTION

It is clear even in everyday life, that women almost keep up with men in what alcohol and drug consumption is concerned. However, the price paid by them is much higher. With women, alcohol does its effect quicker, they become addicted easier and the various illnesses connected to intoxication develop faster. In this work we present the results of several American researches. We do this from a perspective which so far has either been rejected in this region, or hasn't been a subject of research: the different effects of drug consumption on the two sexes. This work deals with the effects of drug abuse on women's relationship with their partners and other people from their environment. It also presents the psychological features of drug consumption with women. Our conclusions are based on two studies.

LÁSZLÓ Judit–SCHEIDT Ildikó

THE PHARMACOLOGICAL EFFECTS OF DRUGS

From a pharmaceutical point of view drugs have the strange ability to send a mentally healthy person to chemical idleness. This effect is responsible for the appearance of psychic and physical dependence. Pharmaceutics classifies drugs into eight categories. Within the groups there is a relationship between the drugs, which can be cross-tolerant, cross-dependent or neutral. The euphoria caused by a drug reinforces the use of that drug. While the euphoria is a positive reinforcer, the syndrome of abstinence is a negative reinforcer. The eight drug categories are: the opiates, the central nervous system stimulants, the caffeine and the nicotine, the cannabinoids, the psychedelics, the inhalants, and the other drugs.

MÁRTON Réka Anna

THE PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF DRUGS

A drug-addict personality is hard to define. Most often these are considered emotionally immature personalities, for whom dealing with every-day problems is frustrating, and who end up using drugs to get rid of this frustration.

Herein I present the drug-abuse definitions adopted by different psychological trends. These theories generally try to outline the causes which can lead a person to drug-addiction.

Many substances can be used to reduce pressure, to induce pleasure, but these substances differ from each other in their pressure-reducing, pleasure-giving and addiction-causing effects. For this reason I hereby present the psychological impact of the most popular drugs.

BENKŐ-BIRÓ Ildikó

DRUG EFFECTS ON SOCIETY

Drugs, drug-addict attitude and the consequences of these appear as a multi-level problem in society. We often speak about how big a problem drug-users present to society. Illyes and Darvas (1991) have grouped them and this grouping will be presented herein.

We must draw attention upon the fact that the fight against drugs is the responsibility of the entire society. Rehabilitation and reintegration of the drug-users into society can only be achieved with the involvement and help of the entire society. First of all prevention is needed. The starting point of prevention is offering young people alternatives for expressing – in a healthy and acceptable way – their anxieties, their energy, their desire for being different, rejecting through this the illusion offered by drugs.

CSÁKÁNY Emese

DRUG EFFECTS AND LINGERING EFFECTS ON PERSONALITY, FAMILY AND SOCIETY

“Alcohol” comes from Arabic and it means is “the most delicious”. This word commonly refers to ethyl alcohol whose exaggerated con-

sumption leads to addiction. Dependence is considered an illness. There is a physical and a chemical dependence. If an alcoholic is kept away from alcohol, he will become frustrated and anxious and will be in a bad mood. The harmful effect of alcohol is well-known. This effect appears on an individual level as well as in family and society. On individual level alcohol will damage all the organs and will change the person's behaviour. Changes will appear also in the family. Certain roles will change, and new ones will emerge. The damaging effect of drugs on the social level is also well-known. It is responsible for many accidents and violent behaviour.

BALOGH Réka

THEORIES CONCERNING DRUG CONSUMPTION

The American Institute of Mental Hygiene has published a number of theories about drug-consumption and drug-addiction. Some of these theories suggest that prohibition is the main cause of drug-consumption. Other theories, on the other hand, blame society, the individual, and the conflicts between the two. The common aim of theoretical debates is to find the real cause(s) of drug-consumption. Most of the theories are not contradictory, but complementary to each other.

I herein present the three classical approaches that try to define the factors responsible for creating drug-addiction: the biological, the psychological and the social theories.

BOLDIZSÁR Izabella

ENDORPHINS

Research on endorphins started in the 1970s as a result of the discovery, that the human brain produces a substance with narcotic effect. Scientists supposed therefore, that the human organism produces an opium-like or morphine-like substance. Later tests have scientifically proven that the nervous system does produce opiates and opium derivants, named endorphins, which then circulate in blood vessels and the spinal marrow. With the narcotic effect of morphine in view, similar effects have been searched for in the organism.

In conclusion, most of the tests proved, that endorphins, as the natural narcotics of the organism, are indispensable for a normal physiological and psychic activity. Artificially changing the normal level of narcotics in the organism can lead to drug-addiction.

SIMON Éva

THE WAR ON DRUGS AND THE LIMITS OF TOLERANCE

Fight against drugs is going on in many fields such as psychology, sociology and medicine. In almost all of the cases there is a mixture of accomodational and emotional problems, so the councillors focus their attention on these, trying to solve them. The “change the needle” programme or the “mathadin programme” are well-known. As a consequence of the “change the needle” programme the danger of infection with AIDS has been reduced.

My opinion is that in a healthy society we must accept the fact that progress can only be made step by step. Attention must be paid to the complexity of the problem and to various effects and consequences. Fighters against drug-abuse have to be especially attentive to every operation revealed as efficient in prevention from and reduction of drug consumption. It would be especially useful if various countries could learn from each other's experience.

SZENTE Enikő

THE PROS AND CONS OF DRUG LEGALIZATION

Legalization of drugs has been the topic of debates for a long time. Some countries have accepted the legalization of drugs as a possible solution to the drug problem, others have rejected it. In my work I have made a brief presentation of the situation in the United States. Some people agree that drugs should be legalized, others think that the production and sale of cocaine and heroin threatens to become similar to that of alcohol and cigarettes. I presented in my work the contradictory opinions of Ethan A. Nadelmann and David T. Courtwright.

Evaluation of previous results suggests that the most suitable solution would be a controlled legalization. This suggestion originates in the assumption that the legal market would restrain illegal traffic and its negative social consequences.

GOMBOS Edith–TAMÁS Éva
**LEGAL MEASURES CONCERNING CONSUMPTION
AND TRAFFIC OF DRUGS**

Drugs can be categorized according to many criteria. From a juridical point of view there are legal and illegal drugs. Drug consumers are convicted by the law, as purchase and possession of narcotics is considered a crime. Penalty depends also on quantity in the case of consumers and dealers. Penalty depends mainly on two things: 1. Is the person a consumer or a dealer, 2. What is the quantity of the drugs (negligible quantity, a greater quantity than negligible, a smaller quantity than significant, significant quantity).

Many people think that if they call a doctor or an ambulance, the police will automatically find out about the drug-addict. But doctors don't have to announce the police, more even, their hands are tied by their oath of confidentiality. In case of absolute emergency an ambulance has to be called as naturally the person's life is far more important than anything else. An educator, a parent, a friend has no obligation of announcing the authorities. The decision about calling the police or not is left to the better judgement of every citizen.

BODONI Ágnes–VARGANCSIK-THÖRIK Iringó
**SOCIAL PEDAGOGUES AND THEIR ROLE IN DRUG
PREVENTION IN SCHOOLS**

The actual school system has to face the reality that there are students, whose behaviour and results are not adequate to their age and capacity. Specialists have interpreted this experience of teachers and educators in many different ways. The social worker is the specialist with the knowledge and capabilities necessary to deal in a non-discrim-

inative way with the social and relationship problems of teenagers. This specialist can analyze in a systematic way young people's difficulties in development, studies and establishing relationships. He is also in the possession of the necessary information to co-ordinate existing resources in order to strengthen psychic functions and self-confidence of high school students. The social worker is highly competent from a social point of view and is sensitive to the social implications of the problems. This work tries to present the way in which the social worker can co-operate in the prevention of drug-abuse in schools.

BÁTHORY Éva

THE TEACHER'S ROLE IN DRUG PREVENTION

Young people spend much of their time in schools where they receive a lot of information. They are more and more exposed to the dangers of alcohol and drug abuse, therefore the school is the institution fit to inform them about narcotics and alcohol. As teachers meet their students very often, and they have pedagogical training, they are the ones most suitable to inform young people and to take part in primary prevention. Some teachers are greatly respected by their students, which enables them to influence their students. Teachers must co-operate with their colleagues, with the students and their parents for achieving good results. Information on prevention can be integrated into different school subjects. Drawing up a plan for prevention in schools takes thorough preparation. The aim of the programme has to be defined along with the preventive methods; the people who will take part in the programme have to be chosen and trained; the teachers who will teach prevention also have to be trained; the program has to be agreed upon by both teachers and parents. As possibilities allow, specialists in mental hygiene have to be consulted, and evaluation has to be planned.

SZÁSZ András

TO TAKE IN OR TO REFUSE?

In the process of anti-drug education pedagogical and psychological methods such as case study, professional counselling and group work have to be applied. People need to be made aware of the fact that trying drugs

can easily lead to dependence. It is very important that as a result of preventive activities even those who would try drugs out of sheer curiosity should be made aware that drug consumption can lead to tragedies. Drugs destroy a person's body and soul in such a degree, that familiar rules, traditions, feelings and experiences become meaningless to him.

MOLNÁR Miklós Csaba

GROWING UP WITHOUT DRUGS

We can define three main levels in the fight against drugs: prevention, therapy for the dependent and rehabilitation. The different activities and duties are linked to these three levels. Prevention includes training specialists and informing students, parents, and educators. Therapy is for those, who have already become dependent on drugs, and it is done in special institutions. The third process is rehabilitation and post-therapeutical treatment. In the case of prevention developing good communicative skills and abilities to establish relationships is the most important thing. Therapy tries to offer special compensations for the losses and needs of the drug-dependent patient. The abstinent patient can find in the process of rehabilitation possibilities to avoid relapse into his old vice, with the support of the therapy group. This work also offers important suggestions for parents on what they can do to prevent their children from becoming drug-addicts.

BOKOR László Csaba

THE COST OF LIVING CLEAN

This work acquaints the reader with different types of institutions and methods created for the treatment of drug-dependents. The best known therapeutical communities are the Phoenix House and the Matrix Institute.

The Phoenix House functions according to some strict rules that offer possibilities of therapy for 12,000 patients. The new patients are at the bottom of the hierarchy and, according to their results and performances they will get a more prestigious position in the community. Treatment with methadin is another therapeutical endeavor through

which dependence on heroin is substituted with dependence on a less harmful substance (and a legal one).

The Matrix Institute has a program devised for those who are in need of treatment but have no time for long therapy. Therapy for drug-addicts is conducted in 4-6 hours per week. The Matrix method is not recommended to those who suffer of chronic dependence.

DÉGI L. Csaba

THE EFFICIENCY OF DRUG-TREATMENTS AND OPTIONS

In this work I have dealt with the efficiency of certain programs that fight drug-abuse, and also with the different dilemmas connected to these. I have presented the categorizations of Neimark, Conway and Doskoch (1994).

These authors try to grasp those factors that essentially influence the outcome of the anti-drug programs. The above mentioned factors are: 1. the applied methods, 2. the theory which the program is based upon, 3. the macrosocial factors that influence the treatment (economical and scientific discoveries), 4. the results of the research on dependence, 5. the definition of efficiency.

The work also contains the detailed description of the above mentioned components, and a comparative analysis of the traditional and alternative methods used in the therapy of dependents.

SZENTE Enikő

THE MINNESOTA MODEL OF DRUG AND ALCOHOL ADDICTION TREATMENT

This work is a detailed presentation of the Minnesota therapy model. The program is devised for both drug and alcohol addicts. The efficiency percentage of this model is 70. The key components that lead to this efficiency are: the possibility to change, the concept of the illness and the 12 rules for recovery and treatment. This model has been used in Hungary since 1990. The patient learns the possibilities to change in

therapy groups, where the healing capacities of the group affect the patient. The Minnesota model has 15 kinds of group therapy which are applied in various hospitals. All these are presented in this work.

FARKAS Erika

THE THERAPEUTICAL CHAIN

This work presents the therapeutical chain developed by Lehmann and Gruner (2000) for the treatment of drug dependent patients. My chief endeavour was to present through the therapeutical chain the process which leads to abstinence. The possibilities offered by this therapy are addressed to those who are determined to find “a way out”, who want to change the way they live and are motivated to take part in the treatment offered by this method. People who do not feel panic, inner tensions and for whom biological and psychic reactions do not represent a problem will not participate in a therapeutical process that requires a lot of effort.

This presentation contains the detailed description of the steps that constitute the therapeutical chain, the aims and methods specific to different stages of work, and the institutions that can offer support in the rehabilitation of dependents.

TUNYOGI Boglárka

DRUG USE – WHO AND WHY?

(Interview)

BALÁZS Mónika–DÓTZI József–ERCSEY Andrea

DRUGS AND CELLAR-ROOM

(Interview)

KOSZORÚS Emőke–MÁRTON Réka Anna

INTERVIEWS WITH DRUG-CONSUMER STUDENTS

(Interview)

ALBERT-LŐRINCZ Enikő
**RECOGNITION AND EVALUATION
OF DRUG USE AMONG STUDENTS**

Health protection on local community level means that families and schools should be very early aware of health damaging behaviors and of the signs of drug abuse.

Early recognition of drug abuse is of greater help for prevention activities as well as for treatment of drug users. We have to evaluate our client's strengths, weaknesses, problem-solving strategies and the social network. We also have to know if our client needs professional help, treatment and the level of his/her motivation for change. Further we need to clear up the factors which contribute to change the health damaging behavior but also we have to teach resilience.

In our work focused on recognition and evaluation of drug use we need efficient instruments like a CLIENT EVALUATION SCALE. The scale can bring reliable information on the level of the problem and also it guides the helper in choosing, planning and implementing the treatment plan.

REZUMATE

ALBERT-LŐRINCZ Enikő–ALBERT-LŐRINCZ Márton–
DÉGI L. Csaba–SZABÓ Béla

COMPORTAMENTUL DE SĂNĂTATE ȘI CONSUMUL DE DROGURI LA ADOLESCENȚI DIN TRANSILVANIA

Investigarea constatativă asupra atitudinii și comportamentului de sănătate al adolescenților s-a făcut pe un lot experimental de 1042 de adolescenți, elevi ai claselor IX- XII, din reședințele de județ, respectiv câteva orașe mici și sate din județele: Harghita, Mureș, Bistrița, Cluj și Bihor. Scopul investigației a fost clarificarea situației referitoare la răspândirea toxicomaniei, adunarea unor informații pe baza cărora se poate organiza prevenirea primară și intervenția în cazurile de abuz de droguri, precum și studiul unor grupuri aflate în situații de risc în vederea acordării de asistență.

ÁBRÁM Zoltán–MÉSZÁROS Franciska–ENYEDI Lajos CONSUMUL DE DROGURI ȘI ALCOOL ÎN RÂNDUL TINERILOR DIN TRANSILVANIA

Scopul cercetării de față este prezentarea, analizarea și discutarea datelor științifice referitoare la consumul de droguri și la comportamentul de risc în rândul adolescenților din regiunea Ardealului. Totodată datele prezentate sunt valide pentru o analiză comparativă și longitudinală privind abuzul de stupefiante. Asemenea încercări de analiză comparativă s-au făcut în statele vecine (Ungaria, Elekes–Paksi 1996), având ca obiectiv și completarea datelor existente deja de pe urma studiilor efectuate la nivel național (Aszmann 1995, Fábíán-Kerülő 1996).

Studiul nostru se bazează pe metodologia unei cercetări din Ungaria, parte a unui proiect internațional, cunoscut sub numele de: „Studiu european privind consumul de alcool, droguri și nicotină la adolescenți”, din anul 1999. (Elekes-Paksi 2000).

CSÁKÁNY Emese–OLÁH Zsuzsanna–SIMON Éva
PERSEPECTIVĂ ASUPRA CONSUMULUI DE ALCOOL
AL STUDENȚILOR DIN CLUJ-NAPOCA

Consumul alcoolului are un trecut de secole, pe parcursul căruia alcoolul s-a folosit cu diferite scopuri: pentru ceremonii religioase, manifestări cultice și nu în ultimul rând cu scopuri practice. Pornind de la această afirmație, în studiul nostru, dorim să găsim răspuns la următoarea întrebare: dacă importanța și specificul consumului de alcool s-a schimbat în zilele noastre și dacă da, atunci în ce direcție. În primul rând ne interesează dacă în rândul studenților putem discuta despre o cultură de consum al alcoolului sau este vorba numai de un simplu obicei.

Rezultatele noastre demonstrează, că studenții maghiari din Cluj Napoca asociază consumul de alcool cu evenimentele sociale (ex. întâlniri cu prietenii). Motivele pentru care consumă alcool în general sunt: evitarea stărilor sufletești negative și păstrarea legăturilor interpersonale.

LUKÁCS Mária-Magdolna
RITUALURI ȘI LEGENDE ÎN VIAȚA COTIDIANĂ

Majoritatea oamenilor nu cunosc originea, varietatea modurilor de utilizare, cu ce scop au fost ele folosite în trecut și cum au devenit drogurile o parte integrantă a realității sociale în care trăim. În cadrul referatului voi prezenta o serie de legende despre apariția și consumul de hașis, opiu și cocaină. Aceste legende străvechi, au devenit în percepția omului modern povestioare oribile, confirmate și de abuzul răspândit al „substanțelor miraculoase”.

DÁSZKEL Ildikó–NAGY Zsuzsa
CONSUMUL DE DROGURI

Opiul, morfina, codeina, heroina, metadona, alcoolul, solvenții, reprezintă gama diversă a drogurilor. Lucrea de față prezintă și analizează în detaliu aceste substanțe stupefiante. Vom prezenta pe scurt originea, modul de producere și apariția în cultura noastră a acestor droguri. Vom dezbate cu precădere caracteristicile, modurile de utilizare, formele de comercializare și denumirea uzuală a substanțelor amintite.

Efectele psihice și biologice vor fi discutate comparativ cu scopul de a clarifica diferențele esențiale. Complementar vom prezenta date statistice despre utilizarea drogurilor ilegale.

Concluzionând (cele spuse) încercăm să oferim o perspectivă largă despre substanțele stupefiante cele mai cunoscute care pot distruge viața dependenților de droguri.

SZABÓ Béla

CONSUMUL DROGURILOR DIN PERSPECTIVA GENULUI

Observarea realităților cotidiene ne confirmă faptul că în privința consumului de alcool și droguri nu există diferențe majore între bărbați și femei, însă consecințele nefaste asupra femeilor sunt mai evidente. Alcoolul acționează mai rapid în corpul feminin, femeile sunt mult mai predispuse spre dependența de substanțe decât bărbații, iar maladiile cauzate de consumul de stupefiante apar mai repede în rîndul femeilor.

Studiul prezent se bazează pe rezultatele cercetărilor efectuate în SUA și totodată introduce o nouă perspectivă în abordarea consumului de droguri: perspectiva de gen, care descrie legătura dintre gen și utilizarea drogurilor. Voi evidenția două cercetări de bază, prima analizează consecințele consumului de droguri la femei asupra relației de cuplu, iar cea de a doua, specificul fiziologic al consumului de droguri la femei.

LÁSZLÓ Judit–SCHEIDT Ildikó

EFECTELE FARMACOLOGICE ALE DROGURILOR

Drogurile au un efect farmaceutic straniu, deoarece chiar și oamenii sănătoși mental pleacă într-o „vacanță chimicală”. Acest efect este responsabil pentru producerea dependenței fizice și psihice. Farmacologia clasează drogurile în opt categorii principale. Drogurile din aceleași categorii sunt într-o relație de interdependență sau de intertoleranță, dar relația lor poate fi una neutră. Termenul de reinforcing se referă la faptul că plăcerea cauzată de folosirea drogurilor întărește folosirea acestora. Întărirea poate fi pozitivă, dar și negativă. Sevrăjul este un reinforcer negativ. Cele opt categorii principale sunt: opiatele, depresanții sistemu-

lui nervos central, stimulânții simpatomimetici psihomotorici, cofeina și nicotina, cannabinoizii, psihedelicii, inhalanții, și alte droguri.

MÁRTON Réka Anna

EFECTELE PSIHOLOGICE ALE DROGURILOR

Personalitatea dependentă este greu de definit, însă abordările recente accentuează rolul dezvoltării emoționale a individului. Pentru persoanele care sunt vulnerabile pe plan emoțional, confruntarea cu problemele zilnice produc frustrare, și cu scopul ameliorării suferințelor psihice, recurg la consumul de droguri.

În lucrarea de față voi prezenta diferitele concepții și teorii referitoare la dependența de substanțe stupefiante. Abordările ce urmează a fi dezbătute în continuare încearcă să găsească cauza sau cauzele consumului de stupefiante.

Decrierea efectelor psihice ale a drogurilor este importantă fiindcă, deși drogurile pot fi consumate pentru efectul lor dezinhibitor, provocator de plăceri, ele diferă în funcție de capacitatea lor de a crea dependență, sau în funcție de efectul calmant.

BENKŐ-BIRÓ Ildikó

EFECTELE DROGURILOR ÎN SOCIETATE

La nivelul social și al relațiilor interpersonale, consecințele consumului de droguri apar ca un fenomen complex, ca o problemă multicauzală. În lucrarea mea voi încerca să decriu acele categorii și elemente care definesc în mod adecvat consecințele sociale ale consumului de stupefiante.

În acest context trebuie să menționăm că lupta împotriva drogurilor este responsabilitatea societății. Reabilitarea, resocializarea consumatorilor de droguri se poate petrece doar cu implicarea și ajutorul întregii societăți. Rolul primordial, în acest proces îl are munca de prevenire, care poate oferi alternative viabile pentru tineri, prin care se pot detensiona, își pot satisface dorința pentru altceva într-un mod sănătos. Astfel adolescenții nu vor mai căuta iluziile oferite de consumul substanțelor stupefiante.

CSÁKÁNY Emese

EFECTELE DROGURILOR ASUPRA PERSONALITĂȚII, ASUPRA FAMILIEI ȘI A SOCIETĂȚII

Termenul de „alcool” provine din limba arabă, și înseamnă „cel mai gustos”. Alcoolul, în conștiința comună, se referă la alcoolul etilic, consumul căruia poate avea drept consecință directă dependența de alcool. Dependența poate fi încadrată în două categorii principale: dependența fizică și/sau dependența psihică. Persona dependentă de alcool devine tensionată, poate avea reacții de panică și o stare generală negativă dacă nu consumă substanța necesară.

Referatul prezent dorește să analizeze dependența de alcool și consecințele sale, pe trei nivele: nivelul individual, al familiei și în sfera relațiilor sociale. La nivel individual alcoolul distruge organele interioare și stabilitatea psihică, iar viața familiei se dezintegrează. La nivelul social sunt cunoscute cele mai grave urmări ale consumului exagerat de alcool: accidente rutiere, actele de violență.

BALOGH Réka

TEORII LEGATE DE CONSUMUL DROGURILOR

Institutul American al Igieniei Mentale (IAIM) a prezentat o sinteză a teoriilor științifice referitoare la consumul și dependența de droguri. O parte din abordările existente accentuează faptul că restricția legală este cauza principală a consumului de stupefiante. Celelalte teorii explică dependența de droguri prin factori de natură socială, din perspectivă relației dintre individ și societate. Scopul comun al dezbaterilor teoretice este de a găsi „adevărată” cauză a consumului de substanțe psihoactive. În acest proces de explorare și analiză teoriile trebuiesc să fie privite ca fiind complementare și nu antitetice.

Voi prezenta cele trei abordări clasice, care încearcă să explice factorii care creează dependența de droguri: teoriile biologice, teoriile psihologice și perspectiva sociologică.

BOLDIZSÁR Izabella

ENDORFINELE

Cercetarea endorfinelor a început în anii 1970, odată cu descoperirea că în creierul se uman produce o substanță naturală cu efect narcotic. Cercetătorii au presupus că această substanță este asemănătoare cu opiumul sau cu morfinul. Într-adevăr, analizele ulterioare au dovedit științific că sistemul nervos produce iar sistemul cardiovascular transportă opiate și derivate de opium, care se numesc endorfine.

Concluzionând, majoritatea cercetărilor au demonstrat că endorfinele, ca substanțe narcotice naturale ale organismului uman sunt indispensabile pentru funcționarea fiziologică și psihologică. Intervențiile externe care influențează sau schimbă nivelul normal al endorfinelor în organism pot provoca dependența de droguri.

SIMON Éva

RĂZBOIUL ÎMPOTRIVA DROGURILOR ȘI LIMITELE TOLERANȚEI

Lupta împotriva abuzului de droguri se desfășoară pe mai multe nivele: psihologic, social și medical. La majoritatea persoanelor dependente de droguri există problema lipsei de locuință și multe disfuncționalități de ordin afectiv. Procesul de consiliere a persoanelor dependente de substanțe trebuie să includă rezolvarea problemelor amintite. Pe lângă intervențiile psihologice sunt cunoscute și efectele benefice ale programelor: „schimb de seringă”, sau asigurarea unei substanțe înlocuitoare, numită metadonă.

La nivelul societății, deciziile și acțiunile cu privire la abuzul de droguri pot fi realizate treptat, având în vedere complexitatea problemei abordate și consecințele posibile.

Politica antidrog ar trebui să se bazeze pe experiența comună a statelor dezvoltate, și pe utilizarea acelor modalități care s-au dovedit eficiente în prevenirea și tratamentul consumului de substanțe stupefiante.

SZENTE Enikő

PĂRERI PRO ȘI CONTRA PRIVIND LEGALIZAREA DROGURILOR

Legalizarea drogurilor a suscitat discuții și abordări foarte diferite. Unele țări au acceptat și introdus drogurile ca substanțe legale, ca o posibilă rezolvare a problemei abuzului de substanțe, însă celelalte state au negat vehement astfel de acțiuni. Lucrarea mea va prezenta disputele în jurul legalizării drogurilor din Statele Unite ale Americii. Voi analiza două păreri diferite: al lui Ethan A. Nadelmann și al lui David T. Courtwright.

Unii autori americani consideră că heroina și cocaina trebuie legalizate, deoarece producerea și comercializarea acestor substanțe va fi în viitor similară cu cea a alcoolului sau a Țigărilor. Rezultatele indică faptul că o legalizare supravegheată a drogurilor ar fi soluția ideală, fiindcă piața legală a drogurilor va restricționa traficul ilegal de substanțe și consecințele sociale negative.

GOMBOS Edith–TAMÁS Éva

MĂSURI LEGALE PRIVIND CONSUMUL ȘI TRAFICUL DE DROGURI

Din punct de vedere legislativ discutăm despre droguri legale și droguri ilegale. Legislația pedepsește și consideră ca fiind faptă penală: obținerea, depozitarea, consumul și comercializarea substanțelor stupefiante. În cazul consumului de droguri legea diferențiază autorul dependent care comercializează drogurile și cel care folosește cu scop personal (este importantă și cantitatea).

Mărimea și forma pedepselor depinde de 2 factori importanți: 1. Dacă drogurile sunt folosite pentru scop personal sau dependentul comercializează substanța (dealer) 2. Cantitatea drogurilor (cantitate nesemnificativă, cantitate mai mult decât nesemnificativă, cantitate mai puțin decât semnificativă și cantitate semnificativă).

Pedagogul, părinții, prietenii nu au obligația legală de a denunța sau informa autoritățile despre dependentul de droguri. Multe persoane consideră că dacă anunță spitalul despre un dependent de droguri implicit vor fi informate și organele de ordine, însă confidențialitatea privind

pacientul este obligația profesională a medicilor. În cazurile de urgență medicală este indicat să anunțăm salvarea în primul rând.

BODONI Ágnes–VARGANCSIK-THÖRIK Iringó
PEDAGOGUL SOCIAL ȘI ROLUL ACESTUIA ÎN
PREVENIREA FOLOSIRII DROGURILOR ÎN ȘCOALĂ

Lucrarea noastră definește locul și rolul pedagogului social în asistența psihopedagogică din școli. Pedagogul social, este acel specialist, care are cunoștințe temeinice și are capacitățile necesare de a aborda în mod nondiscriminativ problemele interpersonale și sociale ale adolescenților. Acest specialist poate analiza în mod sistematic dificultățile de dezvoltare, de învățare și de relaționare a tinerilor și totodată are informațiile necesare să coordoneze resursele existente cu scopul întăririi funcțiilor psihice și încrederii de sine a liceenilor.

Pedagogul social, este acel pedagog care are competențe sociale dezvoltate și este sensibil la aspectele sociale ale problemelor. Lucrarea de față dorește să prezinte modul în care pedagogul social poate colabora în munca de prevenire a abuzului de droguri în școală.

BÁTHORY Éva
ROLUL PROFESORULUI ÎN PREVENIRE

Mediul școlar este locul în care elevii își desfășoară o mare parte din viața lor și locul în care adună multe informații. Adolescenții sunt categoria cea mai expusă și vulnerabilă în privința abuzului de droguri. Școala poate fi cel mai eficient factor de informare asupra pericolului privind utilizarea de droguri. Profesorii pot colabora și acționa în prevenirea primară, deoarece ei au capacitățile pedagogice și didactice de a preda aceste informații. În cadrul muncii de prevenire sunt avantați acei profesori care se bucură de simpatie în rândul elevilor. Este recomandabilă munca în grup, ce înseamnă colaborarea între colegi, elevi și părinții elevilor.

Prevenirea primară poate fi integrată și în curricula școlară, însă această muncă necesită o elaborare exigentă: trebuie definite scopurile programului, metodele aplicate în prevenire, este necesară pregătirea

acelor cadre care vor dori să participe în prevenirea primară și nu în ultimul rând cooptarea specialiștilor din domeniul igienei mentale.

SZÁSZ András

A CEDA SAU A REZISTA?

Educația tinerilor împotriva consumului de droguri trebuie să utilizeze metode psihologice și pedagogice diverse, cum ar fi studiul de caz, consilierea și organizarea de activități comune. Este important să conștientizăm că încercarea de a consuma droguri poate avea ca efect dependența de substanțe stupefiante.

Activitățile de prevenire primară, care se face în cadrul educației pentru sănătate, trebuie să facă pe tinerii interesați de consumul de droguri să recunoască urmările catastrofice ale abuzului de substanțe stupefiante. Drogurile distrug psihicul și organele umane în așa măsură încât normele sociale, obiceiurile, sentimentele și experiențele comune nu mai au nici o semnificație.

MOLNÁR Miklós Csaba

A CREȘTE FĂRĂ DROGURI

Lupta împotriva drogurilor are trei nivele determinante: prevenirea, tratamentul terapeutic al dependențelor de droguri și reabilitarea. Sarcinile și activitățile sunt legate de specificul fiecărui nivel în parte. Munca de prevenire cuprinde atât pregătirea specialiștilor cât și informarea tinerilor, părinților și a pedagogilor. Terapia este indicată pentru persoanele care au devenit dependente de droguri, având ca scop tratamentul lor în instituții specializate. A treia direcție este reabilitarea și tratamentul postterapeutic.

În cadrul prevenirii, dezvoltarea abilităților de comunicare și relaționare sunt scopul primordial. Terapia încercă compensarea specială a unor necesități și lipsuri suferite de dependentul de droguri. Pacientul abstinent, în procesul de reabilitare poate găsi posibilități de evitare a decăderii în viciul drogurilor, bucurându-se de suportul grupurilor de ajutorare.

Lucrarea va dezvolta câteva sugestii importante pentru părinți în privința prevenirii dependenței de droguri.

BOKOR László Csaba **PREȚUL DE A FI „CURAT”**

Lucrarea de față va prezenta modalități și instituții terapeutice de referință pentru ajutarea, tratarea persoanelor dependente de droguri. Comunitățile terapeutice cele mai cunoscute sunt Casa Phoenix și Institutul Matrix. Casa Phoenix funcționează conform unor reguli stricte. Pacienții noi se află la baza ierarhiei și în funcție de performanțe, rezultate vor primi o poziție prestigioasă în cadrul comunității terapeutice.

Tratamentul cu metadonă este o altă încercare terapeutică, prin care se substituie dependența de heroină cu o substanță mai puțin nocivă pentru pacient.

Institutul Matrix are un program dezvoltat pentru acel grup de dependenți care au nevoie de tratament, dar nu au timp suficient pentru terapii îndelungate. Terapia dependenților de droguri se realizează pe parcursul a 4-6 ore săptămânal. Metoda Matrix nu este recomandată persoanelor care suferă de dependență cronică.

DÉGI L. Csaba **EFICIENȚA TRATAMENTELOR ȘI OPȚIUNI**

Rata de eficiență a programelor de tratament pentru persoanele dependente de droguri și dilemele specifice diferitelor metode de terapie aplicate, reprezintă tema principală a analizei de față. În prezentarea mea voi prelua clasificarea autorilor Neimark, Conway și Doskoch (1994), care identifică factorii decisivi în privința eficienței programelor terapeutice pentru dependenții de substanțe. Acești factori sunt: 1. metodologia aplicată, 2. filozofia programului terapeutic, 3. factorii macrosociali care influențează tratamentul (economici, cercetările științifice), 4. rezultatele cercetărilor privind dependența, 5. definirea particulară a eficienței.

Dezbaterea va cuprinde detalierea tuturor elementelor amintite mai sus, dar și o analiză comparativă a metodelor tradiționale și alternative folosite în terapia dependenților de droguri.

SZENTE Enikő

MODELUL MINNESOTA ÎN TRATAMENTUL PENTRU ADICȚIE DE ALCOOL ȘI DROGURI

Modelul terapeutic Minnesota pentru tratarea persoanelor dependente va fi prezentat și analizat detaliat în acest referat. Programul se adresează persoanelor dependente de alcool și/sau droguri. Rata de eficiență a modelului este de 70 la sută.

Elementele cheie ale eficienței modelului sunt: posibilitatea de schimbare, concepția bolii și cele 12 reguli de refacere și tratament. Modelul este folosit în Ungaria începând cu anul 1990. Învățarea posibilităților de schimbare se realizează în cadrul terapiei de grup, unde factorii sanoprotectori au efect asupra individului. Modelul Minnesota aplicat în departamentele spitalelor utilizează 15 forme de terapie de grup, care vor fi prezentate pe scurt în lucrarea de față.

FARKAS Erika

LANȚUL TERAPEUTIC

Lucrarea de față prezintă lanțul terapeutic dezvoltat de Lehmann și Gruner (2000) pentru tratarea persoanelor dependente de droguri. Scopul major este să prezinte prin fazele lanțului terapeutic, procesul care conduce la abstinență.

Posibilitățile oferite de această terapie se adresează în primul rând acelor dependenți care caută „calea de ieșire”, doresc să își schimbe modul de viață și sunt motivați să participe la tratamentul oferit de această metodă. Persoanele care nu resimt panică, tensiuni interioare și pentru care reacțiile biologice și psihice nu reprezintă o problemă nu vor accepta participarea la un proces terapeutic care presupune mult efort.

Prezentarea va cuprinde descrierea detaliată a etapelor din lanțul terapeutic, scopurile și metodele specifice fiecărei faze de lucru și instituțiile care pot oferi sprijin în recuperarea dependenților de droguri.

TUNYOGI Boglárka

FOLOSIREA DROGURILOR – CINE ȘI DE CE?

(Interviu)

BALÁZS Mónika–DÓTZI József–ERCSEY Andrea
DROGURI ȘI CAMERĂ DE PIVNIȚĂ
(Interviu)

KOSZORÚS Emőke–MÁRTON Réka Anna
**INTERVIU CU STUDENȚI CONSUMATORI
DE DROGURI**
(Interviu)

ALBERT-LŐRINCZ Enikő
**RECUNOAȘTEREA ȘI EVALUAREA CONSUMULUI
DE DROGURI LA ADOLESCENȚI**

Promovarea stării de sănătate la nivelul colectivităților presupune identificarea factorilor de risc, care pot dăuna sănătății. Este importantă identificarea consumului de droguri într-o fază timpurie precum și evaluarea dimensiunilor persoanelor aflate în situații de risc. În vederea planificării intervenției trebuie să stabilim dacă persoana este cooperantă, dacă dorește schimbarea și care ar fi riscurile de recidivă.

În diagnoza persoanelor poate să ne ajute Fișa de observare. Instrumentul de observare oferă posibilitatea de a evalua problema concretă a clientului și de a focaliza planificarea tratamentului și intervenția bazate pe nevoile identificate.

Scientia Kiadó

3400 Kolozsvár (Cluj-Napoca)
Mátyás király (Matei Corvin) u. 4. sz.
Tel./fax: +40-264-193694
E-mail: kpi@kpi.sapientia.ro

Korrektúra:

M. Kovács Emma

Nyomdai előkészítés:

Lineart Kft.

Tipográfia:

Könczey Elemér

Készült a T3 Kiadó nyomdájában

300 példányban, 22,5 nyomdai ív terjedelemben
4000 Sepsiszentgyörgy (Sf. Gheorghe)
Sport u. 8/A, tel.: +40 267 351684
Felelős vezető: Bács Attila