

Tanulmány

Drogfogyasztási mintázatok és a gyermekvédelmi szakellátásban részesülők, valamint gyermekvédelmi szakemberek véleménye a drogprevenciót meghatározó társadalmi tényezőkről Kvalitatív és kvantitatív kutatások tapasztalatai

A kutatás az EFOP-1.8.9-17-2017-00007 azonosító számú, Mindentől „függetlenül” – prevenció program megvalósítása Komárom-Esztergom megyében című projektben valósult meg.

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Drogfogyasztási mintázatok és a gyermekvédelmi szakellátásban részesülők, valamint gyermekvédelmi szakemberek véleménye droggal kapcsolatos prevenciót meghatározó társadalmi tényezőkről

Kvalitatív és kvantitatív kutatások tapasztalatai

Szerző:

Dr. Szarvák Tibor

Szerkesztő:

Dr. Nagyné Varga Ilona

A szakértői interjúkat készítette:

Burián Eszter

A fókuszcsoporthoz interjúkat készítették: Szarvák Aranka, dr. Szarvák Tibor

Grafika:

Dr. Nagy Tibor

Megbízó: Komárom-Esztergom Megyei Gyermekvédelmi Központ, Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat és Általános Iskola

Megbízott: VINT Szolgáltató Betéti Társaság

A kutatás az EFOP-1.8.9-17-2017-00007 azonosító számú, Mindentől „függetlenül” – prevenciós program megvalósítása Komárom-Esztergom megyében című projektben valósult meg.

Szolnok, Oroszlány, 2020. június-augusztus

Tartalomjegyzék

Bevezetés	4
A fókuszcsoporthoz beszélgetés tapasztalatai a diákok és az intézményi szakdolgozók körében.....	5
Vélemények, dilemmák a függőséget okozó szerekről.....	5
Társadalmi és egyéni károk.....	6
Motiváció és a pótszer hatásai	7
A nemet mondás kommunikációs stratégiája.....	8
Szabadidő: függőség, kényszer, vagy szabad választás?	8
Mi az, ami véd?.....	9
Az intézmény, mint szocializációs tér: szabályok és jövőkép	10
A diák és a szakértői fókuszcsoporthoz fontosabb üzenetei	11
Szakértői interjúk tapasztalatai	13
Az egészségfejlesztés, ártalomcsökkentés, kínálatcsökkentés, kezelés, ellátás	13
A rendszer hatékonysága	14
A tudatos szerhasználó.....	16
Társadalmi károk: különbségek és azonosságok.....	16
Kérdőíves kutatás az intézményben élők körében	18
Mobilitási kontextusok – a szülők iskolai végzettsége	18
Mobilitási kontextusok – társas kapcsolatok.....	19
Mobilitási kontextusok – örökölt sorsok, családi devianciák	20
Függőséget okozó szerek – fogyasztási kontextusok.....	21
Konfliktushelyzetek és megoldások.....	22
Függőséget okozó szerek fogyasztása.....	25
A prevenció és a nemet mondás világa.....	27
A függőséget okozó szerhasználat okozta károk.....	32
Szabadidős szokások.....	36
Civil szervezeti tagság	37
Jövőkép	38
Különbségek az intézményben és otthon élő gyerekek esélyei között:	38
Szabadságfaktorok	38
Intézményi faktorok: Hogyan segíthet az iskola, az intézmény az esélyteremtésben?	39
Fontosabb összefüggések a függőséget okozó szerek fogyasztásával kapcsolatban	39

Kérdőíves kutatás az intézményben dolgozó szakemberek körében	44
Prominens kutatás a függőséget okozó szerekkel kapcsolatban	44
A probléma megítélése, a felelősség megoszlása	45
A függőséget okozó szerek fogyasztása: okok, veszélyek, következmények.....	48
A nem fogyasztás lehetőségei	49
Társadalmi, közösségi és egyéni károk.....	51
A gyermekvédelmi szakellátásban részesülők esélyteremtési útjai	55
Összegzés.....	57
Mellékletek	59
1. Szarvák Aranka: A fókuszcsoportok tapasztalatának összegzése	59
2. Burián Eszter: Szakértői interjúk	69
2.1.....	69
2.2.....	74
2.3.....	80
2.4.....	86
2.5.....	92
3. Szarvák Aranka: Szakértői interjúk tapasztalatának összegzése	97

Bevezetés

A diákok és a drogfogyasztás viszonyáról már számtalan empirikus dolgozat született. Ezen kutatások középpontjában – az európai összehasonlíthatóságra is tekintettel – általában a kipróbálás és a rendszeres használat jellemzői álltak.

Vizsgálatunkban kvalitatív és kvantitatív módszerrel igyekeztünk feltárni azokat a drogfogyasztási mintázatokat, amelyek a gyermekvédelmi ellátásban felnövő fiatalok körében jellemzőek. Kutatásunk másik fókusza annak felmérése, hogy a drogfogyasztó milyen terhet jelent a nevelő közegre, a környezetre, az egészségügyre és a társadalom egészére.

Kutatásunkat egy komplex, a drogfogyasztási tematikát ifjúságszociológiai keretben értelmező vizsgálatként definiáltuk. A kutatás a Komárom-Esztergom Megyei Gyermekvédelmi Központ, Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat és Általános Iskolában valósult meg 2020. június-júliusban.

A kutatás módszerei: fókuszcsoportos beszélgetések az intézményben nevelkedők és az intézményben dolgozó szakemberek körében; szakértői interjúk a drogprevenció területén különböző szakmai szerepekben dolgozókkal; kérdőíves vizsgálat az intézményben nevelkedők és az intézményben dolgozó szakemberek körében.

Köszönetünket fejezzük ki a kutatás lebonyolításában történő segítő közreműködésért Kocsis György szakmai vezetőnek és munkatársainak.

A fókuszcsoporthoz beszélgetés tapasztalatai a diákok és az intézményi szakdolgozók körében

A fókuszcsoporthoz interjúk 2020 júliusában tíz 12-16 éves, ill. tíz, az intézményben dolgozó szakember jelenlétében valósultak meg. A fókuszcsoporthoz felvetett témák lefedik a tinédzserek szocializációs életvilágát, beleértve a házirenddel, kortársakkal való kapcsolattal, szabadidővel, együttműködéssel, jövőképpel, függőséggel kapcsolatos kérdéseket.

A szakemberi csoport esetében a kérdések az alábbi területeket vizsgálták:

- A drogprobléma kérdéskörét érintően, mivel jellemzően a helyzetet?
- A probléma kezelését érintően milyen területeken tartják eredményesnek a rendszer működését és milyen területeken nem?
- Van-e ma Magyarországon tudatos szerhasználat?
- A jelenséggel kapcsolatban mit neveznének „társadalmi kárnak”?
- Mennyiben és hogyan forintosítható ez a kár és ebben vannak-e területi és társadalmi különbségek?

A kortárs csoport esetében a kérdések az alábbi területeket vizsgálták:

- Mit tekintenek drognak?
- Mi a függőség mértékegysége?
- Milyen károkat okoz a drogfogyasztás?
- A drogfogyasztás szempontjából van-e különbség az állami gondoskodásban felnövő fiatalok és a családban felnövő fiatalok között?
- Mit tekintenek protektív tényezőnek?

A fókuszcsoporthoz interjúk tapasztalatait, újításként nem külön résztanulmányokban rögzítjük, hanem a diákok által elmondottak mentén mutatjuk be a szakemberi interjúk kapcsolódó részeit.

Vélemények, dilemmák a függőséget okozó szerekről

A droggal kapcsolatos kutatások egyik örök kérdése, hogy hogyan definiálják a drog fogalmát. A fókuszcsoporthoz résztvevő fiatalok az alábbi szereket, tárgyakat nevesítették: „*kristály, telefon, kokain, partidrogok, varázs, energiatital, bio, koffein, kávé*”. A korosztály körében egyik legnépszerűbb legális szerre, az energiatitalra is azt mondták, hogy drog, mert „*az is káros, koffeint tartalmaz*”. Egyesek szerint azonban, ha a koffein „*drog lenne, nem árulnák a boltban*”. A többség szerint a cigaretta is drog, és a fiatalok meg is nevezték azokat a társaikat a csoportból, akik dohányoznak, de akárcsak az energiatitaltal kapcsolatban, a vélemények a cigarettáról is megoszlanak. Kijelentették, hogy az „*nem drog, csak káros*”, majd visszajelzést vártak, hogy ezt jól gondolják-e. Volt olyan tanuló, aki határozottan látta az összefüggést, miszerint a cigaretta „*függőséghez vezet, úgyhogy az is drog*.” Egy társa ezzel a véleménnyel szemben azt az érvet fogalmazza meg, hogy „*a cigi nem drog*”, „*függőséget okoz, de nem drog*”, és ismét elhangzott, hogy ha drog lenne, „*nem árulnák*”. Az alkohol esetében is hasonló vélemények hangzanak el.

A diákok egy része úgy vélekedik, hogy az alkohol sem drog, más szerint, azonban, az is függőséget okoz. A résztvevők közül egy fiatal személyes példát is említett, elmondta, hogy az édesapja alkoholista.

Ezzel a sokszor előforduló nézettel kapcsolatban fontos tisztázni, hogy generációról generációra tudatosítani kell, hogy az a tény, hogy egy szer vagy termék hivatalos kereskedelmi forgalomban van nem zárja ki, hogy annak mértéktelen fogyasztása függőséget okoz vagy okozhat. Érdekes álláspontja egy szakértőnek ezzel kapcsolatban, hogy a *gyógyszerek* reklámozását is meg kellene tiltani. Véleménye szerint, olyan mennyiségű a reklám, hogy már egy kisgyerek is tudja, hogy mire mit kell bevenni. Abban látja a jelenség veszélyét, hogy az rögzül, hogy „*a gyógyszer valamire jó, ha beveszem, mindent megold*”. Úgy érzi, hogy ez tudat alatt ösztönzi a gyerekeket arra, hogy bármit bevehet. „*Ebben rengeteg pénz van*” – hangzott el.

A cigarettafüggőséget az egyik diák a gyakorisággal mérte, szerinte függő a láncdohányos, aki kétpercenként rágyújt. Mások az elszívott cigaretta mennyiségét tekintik mértékegységnek, és azon vitatkoztak, hogy egy vagy két doboz fogyasztása tekinthető függőségnek.

18 év alatt sem nehéz a dohányhoz hozzájutni, csak egy darabig kell a dohánybolt előtt állni. „*A mi gyerekeink többször ott állnak a dohánybolt előtt. A harmadik, negyedik ember már kihozza nekik a dohányt.*” – mondja egy szakértő kolléga arról, hogy miként is lehet hozzájutni a dohánytermékekhez.

Társadalmi és egyéni károk

A diákokkal készített fókuszcsoportos interjún a cigarettához kapcsolódva jelent meg először a „*méreg*” és a „*kár*” fogalma. A nikotinnak a tüdőre gyakorolt hatását nevezte meg az egyik fiatal. A résztvevők közül valaki megemlítette a májra gyakorolt hatását is, de a többiek kijavították, hogy a májat az alkohol károsítja.

A szakemberek komplexebb véleményt fogalmaztak meg arról, hogy mi a drogfogyasztás okozta társadalmi kár. Álláspontjuk szerint köznevelési szintén az a társadalmi kár, hogy a pedagógusoknak kell a drogfogyasztás és a függőség problémáját – az összes többi problémával együtt – megoldaniuk. Az egyik szakértő szerint az eredendő ok a „*rendszerek*” működése, az a véleménye, hogy beteg a család, mint rendszer, beteg az iskolarendszer, ezért nem lehet csodálkozni, hogy sok a tünehordozó. „*A függőség pedig visszahat.*” – tette hozzá.

Volt, aki megfordította a gondolatmenetet és azt hangsúlyozta, hogy a negatív társadalmi folyamatok eredménye – mint tünet – a „*drogos*”, és a drogozás jelensége nem ok, hanem okozat, önmagában ez a társadalmi kár.

A diákok nagy százaléka elhagyja az iskolát, egyre kevesebben szereznek képesítést. Ezen nem segít az sem, hogy a tankötelezettség felső korhatára 16 év. A szakértők elmondása szerint az iskolát elhagyó diákokat nem tudják a rendszerben tartani.

Családi és össztársadalmi szinten megjelenő társadalmi kárként említették a szakértők, hogy a szerfogyasztó eltartott, vagyis nem jelenik meg sem a családban, sem a társadalomban termelőerőként. A szerhasználót a család, az állam tartja el, amely

megterheli a családot, illetve *a társadalombiztosítást és a nyugdíjrendszert is*. Családi szinten további kárként jelenik meg, hogy a szerhasználó, ha vannak gyermekei átadja a negatív mintát, ezáltal nő a deviáns viselkedés rizikója. A szakértők különbséget tettek az alkalmi szerhasználók és a függők között: *„A fiatalok nagy része nem lesz lecsúszott”*.

A szakdolgozók a forintosítható társadalmi károk között említették a függők ellátásának, illetve a szerhasználattal összefüggő fertőzőbetegségek kezelésének, továbbá az elfogott szerhasználók és dealerek ellen folytatott büntetőeljárásnak és büntetésvégrehajtásnak a költségeit is. Össztársadalmi szinten kiemelték még a kiesett adóbevételt is, családi szinten pedig közvetlenül jelentkező anyagi kár a kiesett jövedelem.

Motiváció és a pótszer hatásai

A fiatalokkal folytatott beszélgetés során az alkohol hatásai közül az egyik résztvevő kiemelte, hogy *„az is jó hangulatot kelt, ugyanúgy, mint a drog”*. Ezzel kapcsolatban egy diák megemlítette, hogy *„van, aki azért iszik, mert szereti”*, de elhangzott az is, hogy *„nem az alkoholt szereti, hanem a hatását”*. Mások szerint motiváció lehet a *„stressz”*, illetve aki alkoholt fogyaszt, az *„magányosnak érzi magát”*. Szintén a motivációval kapcsolatban egy tanuló megjegyezte, hogy *„egy idő után az embert tényleg már meg sem üti a pia”*.

A szakemberek úgy gondolják, hogy sok a legálisan hozzáférhető drog, amelyek könnyen elérhetők a fiatalok számára. A motivációs tényezők közül az *unalmat* és a *kortárs hatást* említik. A kipróbálás szempontjából *rizikófaktoroként* emelik ki környezeti hatások közül *a családon belüli szerfogyasztás* szerepét. A *média* negatív és torzító hatását is ide sorolták, ami *„divatosnak”* tünteti fel a drogfogyasztást és nem közvetít a fogyasztással kapcsolatban reális képet. A szakértők úgy érzik, hogy sem a család, sem a pedagógus nem tud ezzel a folyamattal szemben védelmet nyújtani.

A szakdolgozók motivációként a *„menőzést”* és az *„egyéni trauma feldolgozását”* is említették, illetve elhangzott, hogy a felnőttek is az alkohollal *„lazulnak le”*, a dohányzás is csökkenti a stresszt, de ez *„nem újdonság”* a szakemberek szerint. Volt olyan egyéni vélemény is, mely szerint általánosságban a mai fiatalok sokkal egészségtudatosabb életet élnek pl. a mozgás, étkezés szempontjából, mint a felnőttek. Ha más miatt nem, akkor azért, mert fontos számukra, hogy hogyan néznek ki. Arra a kérdésre, hogy ez a diákok saját döntése, vagy a szülőké, azt mondták, hogy egyrészt ez mintakövetés, másrészt a mindennapos testnevelés is erre motiválja őket. Olyan vélemény is elhangzott, hogy nem rosszabb a mai helyzetet, mint 25 évvel ezelőtt, és hogy a szerhasználat a többségnél átmeneti, nem egész életre szól.

A drogok hatásaival kapcsolatos problémához kapcsolódnak a szerhasználattal kapcsolatos változások (a designer drogok terjedése) a kezelő és ellátó rendszerre is hatással vannak. A változó szerösszetétel miatt, az egészségügyi dolgozók sem tudják, hogy milyen kezelést alkalmazzanak a tünetek alapján, ami az egészségügyi beavatkozás hatékonyságát csökkenti.

Néhány kérdés arra vonatkozott, hogy pl. a motivációval és hatással kapcsolatos témáknak, problémáknak nagyobb-e a súlya a gyermekvédelmi intézményben élők esetében. A diákokkal készített interjún e kérdés kapcsán is több eltérő szempont körvonalazódott. Volt, aki azt emelte ki, hogy *„kint többen csinálják, bent csak 2-3 diák”*, más úgy

vélekedett, hogy „*mi azért nem csináljuk, mert nincs rá pénzünk*”. A tanulók elmondták azt is, hogy egy csomag fű 2000-2500 forint, a designer drogok ára pedig 500 forint körül mozog. A szakértők szerint egy gramm herbál 500 forint, egy szál füves cigi 3500 forint, egy gramm kokain pedig 6-10 ezer forint. Fontos megállapítás volt, hogy eltér a különböző egzisztenciális körülmények között élők szerfogyasztása, a helyi szakértők szerint „*a gazdag gyerek nem herbálozik megveszi a fűvet, kokót, vagy ecstasyt*”.

A nemet mondás kommunikációs stratégiája

A fiatalokkal készített interjún arra a kérdésre, hogy mondtak-e már nemet, amikor droggal kínálták őket kevés hozzászólás érkezett, de a lényeg, a kortárs hatás kitűnt egy válaszból, amely szerint „*nem lehet visszautasítani, ha felajánlanak egy slukkot*”.

A visszautasítás okai között ketten a rosszullétet említették. Az egyikük úgy fogalmazott, hogy „*beleszívok kettőt és félek, hogy meghalok. Kipróbálni kipróbáltam, utána jött egy halálfélelem és utána nem csináltam.*” Volt olyan résztvevő, aki 13 évesen a bátyjától kapott drogot, amitől „*lefejelte a billentyűt*” és fáj a gyomra. Az egyik tanuló szerint a drogozás a „*fiatalság betegsége*”.

Egy szakember álláspontja, hogy nincs a fiatalokban félelemérzet, kiemelte, hogy az „*elit*” iskolába járó fiataloknál sincs. Az ifjúságsegítők véleménye, hogy „*az ő korosztályuknak még számított mit szól a tanár. Manapság az otthoni problémák már az óvodában megjelennek. De az emberek nem akarnak beleszólni más életébe.*”

Az intézményben dolgozó szakemberek általános tapasztalata, hogy a kamaszoknál nincs jelen a félsz, a káros következményekről azt gondolják, hogy azok rájuk nem vonatkoznak, „*velük úgysem fog megtörténni*”. A szakemberi csoport tagjai úgy érzik, hogy az internetes közösségek növekvő szerepe miatt ez a folyamat még szélsőségesebb irányba változik.

Probléma, hogy nincs folyamatosan jelenlévő prevenciós program, ad hoc jelleggel működik a helyi megelőzés, előadások formájában. Volt olyan, aki határozottan állította, hogy a lehetséges prevenciós eszközök közül a vizualításra épülő elrettentő videók a leghatékonyabbak. A fiatalok azonban jóval több információval rendelkeznek a szerekről, mint a pedagógusok, vagy az átlag felnőtt – vélték a szakemberek. Abban is tudatosnak érzik a szerhasználatot, hogy a lelazulás, feszültségoldás eszköze, pl. a dohányzás esetén. Más szerint rituálé szerepe is van egy közösségen belül, elég a reggeli kávéra gondolni, de a gyermekvédelmi intézményben élőknel az energiaital-fogyasztás is egyfajta rituálé.

A tudatossággal kapcsolatban az is elhangzott a fókuszcsoportos szakemberi interjún, hogy a tanulók „*semmit nem csinálnak tudatosan; mindent csak menekülésként tesznek; unaloműzés, nem akarnak jelen lenni*”.

Szabadidő: függőség, kényszer, vagy szabad választás?

A szabadidős tevékenységek között több tanuló a kosárlabdát említette, de néhányan bekiabálták, hogy „*iszunk*”. Felmerült, hogy a szabadidős szokások körében is jelen van a függőség, pl. a sorozatfüggőség. Önként senki nem akart hozzászólni a témához, a fiúk a lányokra mutogattak. Arra a kérdésre, hogy a jelenlévők károsnak tartják-e a képernyőfüggőséget, volt, aki azt válaszolta, hogy tudja, hogy elvileg káros, de magára vonatkoztatva, nem tartja annak. A telefon használata is szóba került, amivel kapcsolatban

egy tanuló viccesen megjegyezte, hogy a nap 24 órájából 12 órát telefonozik, a többin alszik. A képernyőfüggőség kapcsán még a számítógép vagy laptop használatának kérdése merült fel, és a válaszokból kiderült, hogy azon általában zenét hallgatnak vagy játszanak. Sokat vitatkoztak az eltérő zenei ízlésen, néhányan a külföldi előadókat szeretik, mások a cigány zenét.

A szakemberek az internetezéssel kapcsolatban úgy érzik, hogy az egyre népszerűbb internetes közösségek negatívan hatnak a fiatalokra, mindent még nagyobb közönség előtt és még több like-ért kell csinálni. A közösségi médiának felfokozó hatása van a szerfogyasztásra és más extremitásokra is.

A szakemberek úgy látják, hogy a mostani fiatalok szabadidejükben nem tudnak hova menni. A fiatalok igénye minden korban ugyanaz, szeretnék magukat jólérezni. Ezért is lenne fontos, hogy a vendéglátóhelyeken jobban figyeljenek arra, hogy kiket engednek be, legyen szigorúbb az ellenőrzés. Felmerült a drogmentes szórakozóhelyek támogatása is (pl. adókedvezménnyel), és a jogsértés következtetés szankcionálásának szükségessége. A szakemberek ezzel kapcsolatban felvetették azt is, hogy vajon érdekelt-e a szórakozóhely tulajdonosa a józan szórakozásban, illetve van-e erre igénye a fogyasztóknak.

Mi az, ami véd?

Vajon mi az, ami védelmet tud nyújtani a drogfüggőséggel szemben? A „*lehet-e más a szenvedélyed?*” kérdésre a legtöbb fiatal a sportot említette, de volt, aki megjegyezte, hogy foci után még jobban kívánja a cigit. A fiatalok a visszatartó erő között említették a kosárlabdát, a csajozást és a számítógépet.

A szakemberek is kiemelték a sport jelentőségét. Véleményük szerint, aki eljár kosarazni, vagy más mozgásformát végez rendszeresen, az védettebb. A fiatalok kipróbálják a szert, ebben egyetértenek a szakértők, de nem tartják valószínűnek, hogy többször.

A szakemberek úgy látják, hogy a korábbi dohányzás ellenes kampányok, illetve a nemdohányzók védelmében hozott korlátozások miatt a mostani fiatalok, sokkal kevesebbet dohányoznak. Szükség lenne egy céltudatos és hiteles kampány a drogokról is, ami kitér arra is, hogy egy szer mitől illegális. Fontos például a herbállal kapcsolatos tévhiteket eloszlatni: „*Gyógynövényt kap 500 forintért?*”

A fiatalok nem válaszoltak érdemben arra a kérdésre, hogy kevesebben fogyasztanak-e drogot, alkoholt vagy cigit, ha lenne egy olyan szabadidős tevékenység, ami lekötné a közösséget. A kérdés kapcsán arról kezdtek beszélni, hogy mi lenne, ha betiltanák a cigarettát. Volt, aki határozottan állította, hogy „*ha betiltanák a cigit, akkor itt olyan örültség lenne a világban. Nem fogják betiltani, mert abból van a legtöbb pénz. Meg az alkoholból és a kristályból.*” Mások olyan droggal kapcsolatos témákat is említettek, amelyekről részinformációik vannak.

Mindannyian egyetértettek abban, hogy nem lehet megszüntetni a drogozást, és a marihuána legalizálását sem tartják jó ötletnek. Egy vélemény szólt amellet, hogy legalizálni kellene a füvet, „*a sima hollandot*”, mert „*a fű állítólag egészséges, de már azt is felütik sok mindennel.*” A fiatalok véleménye, hogy „*egyszer mindent ki kell próbálni.*”, „*nem baj, hogy kitalálták ezeket a dolgokat.*”

A szakemberek fókuszcsoporthoz is felmerült a marihuána legalizálásának kérdésköre, ami azáltal csökkentené a társadalmi károkat, hogy az ellenőrzött minőségű drog kevesebb egészségügyi kárt okoz. A szakemberek megemlézték, hogy a marihuána orvosi célokra, különösen fájdalomcsillapításra is alkalmazható.

A *prevencióval* kapcsolatban a szakdolgozók válaszaiból az derült ki, hogy a résztvevők nem rendelkeznek konkrét információkkal a köznevelés keretében szervezett helyi programokról. Úgy gondolják, hogy nincs folyamatosan jelen lévő program, a beavatkozások elsősorban ad hoc jellegűek és kizárólag információátadásra épülnek (előadások). A köznevelésből általánosságban hiányolják a *differentiált oktatást* („*Különbséget kellene tenni, nem ugyanabból az anyagból tanítani!*”), a *kisebb osztálylétszámokat, a férfi pedagógusok jelenlétét, a pedagógus szakma presztízsét, a pedagógusok önálló döntési jogkörét és a komplementer szakembereket.*

A szakemberek válaszai alapján az alábbi az alábbi programok működhethetnének jó-gyakorlatként.

- *közösségépítő programok*, amelyekben kiemelt szerepe van a speciális szakemberek közreműködésének
- *szociális készségfejlesztő, személyiségfejlesztő programok*, melyek növelik a fiatalok önbecsülését, ezáltal hatékony prevenció eszközként működnek
- *a korai intervenciót szem előtt tartó programok*
- *következetes üzeneteket tartalmazó kampányok*

Az intézmény, mint szocializációs tér: szabályok és jövőkép

A tanulók közül egyik fiú elmondta, hogy Budapesten már több intézetben is volt, és hangsúlyozta, hogy Oroszlányon a legjobb, mert ott nincsenek olyan szigorú szabályok és a nevelők is megértőbbek. Máshol azt tapasztalta, hogy a kijárási korlátozottabb volt, és ha nem tartotta be a szabályokat, akkor azért szigorú büntetést kapott.

A fiatalok többségének az a véleménye, hogy jobb egy lazább intézmény, de egy résztvevő szerint kell a szigorúság, kellenek a korlátok.

A fókuszcsoporthoz beszélgetően résztvevő diákok elmondták, hogy azért jó Oroszlányon lenni, mert ott „*normális a társaság, nem öljük meg egymást minden nap*”. Azonban arra a kérdésre, hogy az általuk megfogalmazott jó közösségben miről szoktak beszélgetni, az a válasz érkezik, hogy nem szoktak beszélgetni, „*inkább egymást szidják, kibeszélik*”. Az egyik résztvevő ismét a csendben ülő öt lányra utalva megjegyezte, hogy „*ők szoktak beszélgetni egymást közt. Ők a fehérbőrűek.*”

A diákok a közös programok között említették a bográcsolást és a lángosozást. Az a véleményük, hogy nem a nevelők miatt nincs több program, hanem mert a csoportokon belül nincs igazi összetartás, amelynek egyik oka a csoportokon belüli különbségek lehetnek. A jövőképpel, karrier vagy családalapítási tervekkel kapcsolatos kérdésre a résztvevő fiatalok nem tudtak válaszolni.

Arra a kérdésre, hogy min változtatnának, mi az, amit hiányolnak most a gyermekvédelmi intézményből, az alábbi válaszok érkeznek: „*fehér kenyér*”, „*több zsebpénz*”, „*két éve*

mondják, hogy felhívják az udvart”, „új kosárpalánk”, „saját TV”. Olyan is volt, aki azt válaszolta, hogy mindene megvan.

A szakdolgozók szerint a *gyermekvédelmi intézményben jobban működik a drogprevenció.* Véleményük szerint egy középiskolai osztályban 32 diák van, akik reggel 8 órától délután fél 5-ig ott ülnek az iskolában, ott nem foglalkoznak velük, nincs iskolapszichológus sem. Évente egyszer van valamilyen prevenciós program, pedig havonta, hetente kellene velük foglalkozni. Általános probléma a szakemberek szerint, hogy a tanári pályán kevés a férfi. *„Több férfi pedagógus kellene.”* – hangzott el az interjún. Megemlítették a közösségépítés fontosságát is. Olyan csoportokra lenne szükség az osztályokon belül, ahol tudnak beszélgetni a problémáikról, és az is fontos lenne, hogy szakember vezesse ezeket a beszélgetéseket. Az a véleményük, hogy az osztályfőnöknek nem nyílnának meg, ezért speciális szakemberre van szükség.

A diák és a szakértői fókuszcsoport fontosabb üzenetei

A résztvevők a drogfogyasztás jelenségét a *hozzáférhetőség, a motivációs faktorok és a prediktív, hajlamosító tényezők* mentén közelítették meg. A szakemberek véleménye, hogy *sokféle drog van a piacon, és a fiatalok könnyen meg tudják azokat szerezni. A motivációs faktorok közül az unalmat, a kortárs hatást és a traumák feldolgozását* említették.

A *hajlamosító tényezők* közül a környezeti hatások szerepét hangsúlyozták, ezen belül is a *család* (és a családon belül a szerfogyasztó szülői minta) és a *média* szerepét találták meghatározónak (a szerfogyasztást népszerűsítő, de a valóságot torzító tartalma miatt).

A szakdolgozók úgy vélekedtek, hogy a *hajlamosító tényezőkkel* szemben sem a család, sem a pedagógus nem tud igazán *védelmeszként* működni. Ez a vélemény arra enged következtetni, hogy az értéket közvetítő színterek működését nem tartják megfelelőnek.

A szakemberek szerint a rendszer működése nem eredményes a hazai *drogpolitika* konzervatív, tiltáson alapuló, teljes absztinenciát hirdető hozzáállása miatt. Ennek része, hogy megengedő és elnéző a felnőttek alkoholfogyasztásával szemben, és a médiában futó *gyógyszer reklámok* révén azt a *megküzdési mechanizmust* rögzíti a gyerekekben, arra szocializálja őket, hogy *„a gyógyszer jó, ha beveszem, mindent megold”.* A helyzetet tovább nehezíti, hogy a felnőtt társadalom nem nyújt hiteles mintát a fiataloknak.

A szakdolgozói fókuszcsoport résztvevői nem tartják hatékonynak az egészségügyi rendszer keretében megvalósuló *kezelést és ellátást.* Ennek okait részben a *szakemberhiányban* látják, részben pedig abban, hogy olyan ártalomcsökkentő szolgáltatások kerültek perifériára a konzervatív drogpolitika következtében, mint a túcsere program és metadon kezelés. *Hiányoznak a rendszerből* azok a szolgáltatók is, melyek átmenetet képeznek a prevenció, a kezelés és ellátás, illetve a rehabilitáció területei között.

A rendszer további nehézségei közé sorolták az interjúalanyok a reintegráció és utógondozás kérdéskörét és megoldatlan problémának tartják a női alkoholisták kezelését. A *kínálatcsökkentéssel* és a dílerekkel kapcsolatban az iskolarendőrök jelenlétét nevezték meg visszatartó erőként.

A szakemberek szerint a rendszer működésére rendkívül káros, hogy a vendéglátó és kereskedelmi egységek működtetői olykor kiszolgálják a fiatalkorúakat alkohollal és dohányáruval. *Jó-gyakorlatként* kiemelt szerepe lenne a *vendéglátó egységek ellenőrzésének*, a *jogsértően működő helyek megbüntetésének*, valamint a *drogmentes szórakozóhelyek* létrehozásának és pl. adókedvezménnyel történő támogatásának.

A *fogyasztás* szempontjából tapasztalható *társadalmi különbségek* témáját érintően a megkérdezettek azt emelték ki, hogy „*a kipróbálás korosztályi jellemző*”. Hiányolták a szülői kontrollt abból a szempontból, hogy a szülő nem ellenőrzi, hogy mire költi a zsebpénzét a gyerek.

Az interjúkból kiderült, hogy a társadalmi státusz, a lakóhely és a motiváció egyaránt hatással van a szerválasztásra és a fogyasztásra. „*Van, amit egy lakóotthonos nem engedhet meg magának.*”

A gyermekvédelmi intézményben élő fiatalok fókuszcsoporthatásán a téma több különböző kontextusát megvitatták a résztvevők. Talán a legfontosabb információ, ami a beszélgetés során kiderült, hogy az oroszországi gyermekvédelmi intézményt a fiatalok jó, élhető környezetnek tartják. Ez a környezet rugalmasabb, mint a nagy intézmények szocializációs világa. Ez a tényező olyan erősség a gyermekvédelem területén, ami települési és területi jó gyakorlattá fejlődhet. Elég, ha a diákok által megfogalmazott célokat és a nem formális tanulás körülményeinek támogatását említjük.

Természetesen a fókuszcsoporthatás visszatükrözte azokat a tényezőket (családi háttér, a jövőkép hiánya, a szabadidő terén pénzügyi kényszerek, stb.), amelyek az intézményben élő tanulók életmódját nagyban meghatározzák, és amelyeket a hasonló kutatások hangsúlyozni szoktak. Azonban megjelent az is, hogy a diákok olyan nem formális „közegre” vágnak, ahol – lényegében a valóságot megismerve – „csinálva tanulnak”. Ez a fajta tanulás azért is lenne fontos, mert azok a – nem csak – droggal kapcsolatos információk, ismeretek, amelyeknek az interjú alapján birtokában vannak igencsak felszínesnek bizonyulnak, és várhatóan ezeket a sekélyes ismereteket viszik magukkal a felnőttkorba.

Szakértői interjúk tapasztalatai

Komárom-Esztergom megyei kutatásunk során nem csak fókuszcsoporthoz beszélgetéseken, hanem szakértői interjúk keretében is megkérdeztük a helyi szereplők véleményét. Az interjúk alapvetően makroszinten kezelik a függőség kérdését, ezért a tanulmány szerkezete alapvetően a gyermekvédelmi intézményben élő fiatalokkal kapcsolatos mikro és makro tényezők mentén épül fel, de a helyi prominensek makrofolyamatokról alkotott véleménye is helyet kap.

A szakértői interjúkat 2020 júniusában vettük fel a drogproblémák megelőzéséről, kezeléséről és a kínálatcsökkentés kérdéseiről. Az interjúk fókuszában a droghasználat okozta társadalmi kár megítélése állt.

A Nemzeti Drogellenes Stratégia egyrészt az egészségfejlesztés és megelőzés, másrészt a kezelés, ellátás és felépülés, harmadrészt a kínálatcsökkentés szemszögéből közelíti meg a problémakört, és a beavatkozás tervezésénél is ezt a struktúrát követi, ezért az interjúalanyokat e területek helyi szakértői közül választottuk.

A szakértői interjúk keretében az alábbi négy kérdést jártuk körbe. A kérdések több területre vonatkoznak, az egyes interjúalanyoknak a szakterületükre vonatkozó témákat kiemelve tettük fel a kérdéseket.

- Hogyan jellemezné öt mondattal a drogproblémák kezelésének kérdését: az egészségfejlesztés, megelőzés; a kezelés, ellátás, felépülés; és a kínálat csökkentés területét érintően?
- Mely konkrét területeken látja eredményesnek a rendszer és a programok működését, és mely területeken nem? Tudna-e két-három jó-gyakorlatot mondani? Ha nem tud, Ön szerint mi kell ezen a területen egy jó-gyakorlathoz? Milyen változtatásokat javasolna?
- Van-e ma Magyarországon tudatos szerhasználat?
- Mi az az egyéni, intézményi, közösségi, családi kár társadalmi szinten, aminek az orvoslására a rendszer működése során megoldást kell találni? Mennyiben és hogyan forintosítható ez, és ebben vannak-e területi és társadalmi különbségek?

Az egészségfejlesztés, ártalomcsökkentés, kínálatcsökkentés, kezelés, ellátás

Az egészségfejlesztés és megelőzés szempontjából kiemelten fontos az addikció *komplex értelmezése*, amelyet figyelembe kell venni a prevenciós beavatkozások tervezésénél is. Fontos, hogy a megelőzés részeként a függőség természetéről és az elérhető segítő hálóról is szó essen, hiszen egy kamasz minden bizonnyal előbb találkozik a dohányzással, az alkoholfüggőséggel és játékszenvedéllyel, mint a kábítószerekkel.

A kezeléssel, ellátással és felépüléssel kapcsolatban az interjúalanyok kiemelték a központi stratégia és koordináció hiányát, valamint a terület alacsony támogatottságát és megbecsültségét.

A *klienskör* egyre fiatalabb, az aluliskolázottság egyre jellemzőbb, melynek következtében a terápiás programot a végtelig le kell egyszerűsíteni annak érdekében,

hogyan az érintett megértse az üzenetet. Az értelmi mellett az érzelmi intelligencia hiánya is egyre markánsabban megjelenik.

Az ellátórendszer megítélése ambivalens. Az interjúalanyok egy része azt emelte ki, hogy a rendszer a nehézségek ellenére működik, az abban dolgozók teszik a dolgukat. Mások szerint azonban a betegek érdekei háttérbe szorultak, a hangsúly átkerült a pszichoterápiáról a *farmakoterápiás, gyógyszeres kezelésre*, elsősorban a humán erőforrás hiánya miatt. Az ellátás *hatékonysága és hozzáférhetősége* szempontjából a megkérdezettek egyetértettek abban, hogy a *területi különbségek számottevők*, a főváros előnyösebb helyzetben van a vidékhez képest.

A *designer drogokkal szemben* az egészségügyi ellátórendszer lényegében tehetetlen, mivel az orvos általában nem tudja, hogy milyen összetételű anyaggal áll szemben, a fogyasztó maga a tesztelő is egy személyben.

Az interjúalanyok kiemelték a *rendőrség prevenciós és keresletcsökkentő szerepét*, amely véleményük szerint nagyobb hangsúlyt kap a kínálatcsökkentő szerepnél, amely lényegében a felderítést foglalja magában. A rendőrség keresletcsökkentő tevékenységéhez tartozik a *D.A.D.A. program* szervezése, amelynek keretében a rendőrség szakemberei a köznevelési intézményekben a tanulók és a szülők számára prevenciós előadásokat tartanak.

A kínálatcsökkentés eredményességét nehezíti az *új pszichoaktív drogok¹ (ÚPSZ-ek) rohamos terjedése*. Ezek olyan tudatmódosító szerek, amelyek molekulaszervezete eltér az illegális drogokétól, ezért időbe telik, mire tiltólistára kerülnek. A megkérdezett szakértők működési területén a designer drogok mellett elsősorban a marihuána, amfetamin, illetve metamfetamin származékok jellemzőek.

A legális drogok közül a cigarettát emelték ki a megkérdezettek. Véleményük szerint a *cigaretta-fogyasztásra nem voltak hatással a nemdohányzók védelmében hozott rendelkezések*, a nemdohányzók szempontjából azonban eredményesnek tekinthető a kialakult helyzet. Az *elterelés²* intézményével kapcsolatban az a tapasztalat, hogy nem igazán hatékony, az eltereltek nagy része később újra kriminalizálódik.

A rendszer hatékonysága

A prevenciós programok megítélése alapvetően pozitív. Az megkérdezettek fontosnak tartják a megelőzési programok *minősítési eljárását*, ami a minőségbiztosítás alapját képezi. Hátránya azonban az eljárásnak, hogy nehéz megfelelni a kritériumoknak, ezért

¹ Az ún. új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) vagy dizájn drogok olyan tudatmódosító szerek, amelyeknek a hatása hasonló a már illegális drogokéhoz, de molekulaszervezetük eltér attól (pl. potpourriként, herbál fűként, fürdősóként és növénytápszerként forgalmazott szerek). Az ilyen anyagok nem kerülnek fel automatikusan a kábítószeres listájára, hanem létrehozta számukra egy ideiglenes listát (ún. C-lista). Forrás: <http://www.indit.hu/ufoqs/mik-ezek-az-uj-pszichoaktiv-anyagok/>

² Olyan intézkedések, amelyek helyettesítik a börtönbüntetést azok számára, akik olyan bűncselekményt követtek el, amit a Büntető Törvénykönyv börtönbüntetéssel súlyt. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények esetében, ezen eljárások a kábítószer-problémával kapcsolatos felvilágosítást, illetve kezelést jelentik. Magyarországon, ha a fogyasztói típusú magatartás elkövetésével gyanúsított személy önként részt vesz 6 hónapos kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson, az a büntethetőség megszűnését eredményezheti. Forrás: <http://drogfokuszpont.hu/fogalomtar>

kevés minősített program létezik. Ez azért probléma, mert köznevelési intézményekben külső szolgáltató igénybevételével csak olyan programok jelenhetnének meg, melyek a minősítési eljárás során megfeleltek. Bár léteznek prevenciós programok, a minősítés megszerzése nehézségekbe ütközik, így a hatályos jogszabály alapján ezek nem valósíthatók meg köznevelési szinten. Ez nem feltétlenül jelenti azt, hogy a minősítés hatékony szűrőként funkcionál a gyakorlatban.³

A hatékonyságot rontja, hogy *hiányoznak az ifjúsági közösségi terek (ifjúsági házak, közösségi házak), valamint ezek stabil finanszírozási háttere*. Hiányzik továbbá a prevenciós programok központi támogatottsága, ami az intézményeknek okoz nehézséget.

A legális szerekre vonatkozó szabályozások hatékonysága romlik, mivel betartásuk, betartatásuk nem valósul meg. Az *alkoholhasználatra* vonatkozó aktuális adatok jelenleg nem állnak rendelkezésre, ami nehezíti a problémák reális és pontos behatárolását. A megkérdezett szakértők kiemelték az *alkohol stratégia hiányát*, ami mögött az alkohollal kapcsolatos hazai elfogadó attitűd állhat. A finanszírozás kritikájaként említették az interjúalanyok, hogy az alkohol jövedéki adójából nem fordítanak a kezelő- és ellátórendszer működtetésére. A *gyógyszerekkel* kapcsolatban a válaszadók véleménye, hogy a rendszer lényegében támogatja a függőség kialakulását, mivel könnyű hozzájutni pl. a nyugtatókhoz és altatóhoz.

Az *önsegítő csoportok és a civil szervezetek* működését hatékonyabbnak látják, mint az állami fenntartású egészségügyi és rehabilitációs intézményekét. Az *állami egészségügyi ellátórendszer* – egyébként is gyengének minősített – működési hatékonyságát rontja, hogy *a dolgozók nem kapnak megfelelő képzést* (pl. az ÚPSZ-ekről).

A *humánerőforrás hiánya* szintén csökkent a hatékonyságot, amelynek következménye, hogy a rendszerben alig fellelhető az egyéni és csoportterápia. A rendszeren belüli *túlzott bürokrácia* pedig azt eredményezi, hogy a betegek keveset jutnak. *Jó-gyakorlatként* nevesítették az interjúalanyok a Kék Pont által szervezett Női Napot, ami a rejtőzködő női szerhasználók elérésében segít, a Józan Babák⁴ programot, a terápiás gyakorlatok közül pedig kiemelték a Magyarországon is több helyen alkalmazott Minnesota modellt⁵. Példaként említették továbbá, a holland coffeeshopokat⁶, amelyek hatékony ártalomcsökkentő megoldást nyújthatnak a bizonytalan összetételű designer drogok problémájára. Ez a gondolat azért is fontos, mert a diákok között is megjelent, mint támogatott irány.

³ A 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló rendelet 128§ (7) bekezdése alapján

⁴ Droghasználó szülők önsegítő csoportja. Forrás: https://hu.wikipedia.org/wiki/Jozan_Babák

⁵ Eredetileg kémiai függőségek gyógyító programja, melyet szerencsésjéték zavarban szenvedő betegek kezelésére is átdolgoztak. A beteg függőségét krónikus betegségként fogadja el (reális betegségbeletetés), amely nem gyógyul meg, de abból felépülés lehetséges. A kezelés célja a teljes absztinencia elérése és fenntartása. Forrás: <http://nygy-opai.hu/altalanos-informaciok/betegseglexikon/156-a-minnesota-modell>

⁶ A szerkesztő megjegyzése: Sok tévhit él a holland példával kapcsolatban. A coffeeshopok léte nem jelenti azt, hogy Hollandiában legalizálták volna a marihuána fogyasztást. Meghatározott mennyiségig (5 gramm) lehet ezekben az üzletekben fogyasztani, ahol jelenleg szintén a feketepiacról szerzik be az árut. Azonban 10 kisebb holland város kísérleti jelleggel vállalta, hogy 2021-től csak ellenőrzött termelőtől vesznek árut.

A válaszadók szerint a *médiának* fontos szerepe van a megelőzésben, kiemelték a *tudatos és következetes*, többek között az ittas vezetésre, a dohányzás és kábítószeres ártalmaira vonatkozó *reklám kampányok* szükségességét.

A *keresletcsökkentő tevékenységek* közül, a *korai prevenciónak* kiemelt jelentősége van, amely a rendőrségi prevenciós programok keretében jól is működik. Jó-gyakorlatként említették emellett az iskola rendőröket is. Az említett programok korosztályspecifikusan működnek a korai prevenció céljával. Nagyban csökkenteni azonban ezek hatékonyságát, hogy a *család mint elsődleges szocializációs színtér a legtöbbször nem elérhető*.

Hatékony technikaként említették még az elrettentő módszereket is. (Azonban több kutatás támasztotta alá, hogy az elrettentésen, illetve pusztán ismeretátadáson alapuló prevenciós programok nem érik el céljukat⁷.)

A tudatos szerhasználó

A válaszadók egyetértettek abban, hogy létezik a tudatos szerhasználat. A szerhasználat mögötti motivációként említették a stressz- és szorongásoldást, a hangulatjavítást és a kortárs közeghez történő adaptációs funkciót („menőnek lenni a többiek előtt”).

Szembevetendő a *használt szer és a társadalmi státusz közötti összefüggés*, vagyis az, hogy mindenki használ valamilyen szert, csak helyzetétől függően mást. A gyermekvédelmi intézményben élő fiatalok inkább designer drogokat, míg a jobb társadalmi státuszú fiatalok marihuánát, illetve amfetamin és metamfetamin származékokat használnak (a megében).

Előfordul az is, hogy az adott szert *kíváncsiságból* kipróbáló használó *utánanéz* a szernek, hogy a használattal kapcsolatos szorongását csökkentse. A válaszadók a tudatos szerhasználat körébe sorolták továbbá a *fájdalomcsillapítók* szedését is. A tudatos szerhasználattal összefüggésben a szakértők kitértek a *legális drogok* (alkohol, gyógyszer) tudatos használatára is, és motivációként itt is a *stresszoldást*, valamint a *fájdalomcsillapítást* említették. A gyógyszerfogyasztással kapcsolatban kiemelték a média és a reklámok jelentőségét és szerepét a szerhasználat kialakulásában, hiszen már a kisgyerek is tudja, hogy milyen gyógyszert kell bevenni, ha fáj valami.

Társadalmi károk: különbségek és azonosságok

A társadalmi károk különböző szinteken jelennek meg. Az egyén szintjén kiemelték az egészségi állapotra gyakorolt negatív hatást. „Mivel nincs meg az a fajta utókezelés, kényszerítő utókezelés, ők körülbelül két-három hónap múlva ugyanúgy visszakerülnek az kórházba.” A probléma nem csak az egyén szintjén áll fenn, hanem az egészségügyi és szociális rendszerekben is, hiszen az lényegében újratermeli a problémát.

A szakértő kiemelték a *családon belül tovább örökölt negatív mintát*, illetve megfogalmazták, hogy a *drogfogyasztás problémája csak tünet*, a társadalom eltorzult működésének a produktuma. A drogfogyasztás a családok működési problémáinak,

⁷ A szerkesztő megjegyzése a Drogriporter cikke alapján. Forrás: <https://drogriporter.hu/rodney-skager-alternativ-prevencio/>

szétesésének eredményeként jelenik meg, - a beteg társadalom beteg alrendszerének – következményeként.

A társadalmi károk közé sorolható, hogy a *köznevelésben* dolgozó pedagógusoknak egyre több problémát kell kezelniük. Egyre jellemzőbb a *korai iskolaelhagyás*, melynek következményei szintén a társadalmi károkat súlyosítják. A rehabilitációba kerülő fiatalok esetében egyre nagyobb mértékben megfigyelhető az értelmi és érzelmi intelligencia hiánya, ugyanakkor vannak kivételek. „*Visszasírjuk az intellektuális ópiát használókat.*”

Az állami költségvetést terhelő kiadások között szerepel az *elfogott szerhasználóval szemben indított eljárás költsége* (70.000 – 100.000 forintos perköltség és szakértői költség), az *elterelés* költsége (és mivel ez gyakran nem hatékony, az ennek következményeként elkövetett újbóli bűnesetek okozta kár), a *büntetés-végrehajtási intézményekben élők ellátásának* költsége, illetve az *egészségügyi intézményrendszer* keretében a *betegség kezelésének kiadásai*. A drogterápiás otthonban egy bentlakó ellátásának havi költsége 350.000 forint. Mivel sem a beteg, sem a büntetés-végrehajtási intézetben büntetését töltő személy nem adófizető, így ezek a megoldások az *állam bevételeit is csökkentik*.

A szerhasználat jellege nagyban *eltér az egyes társadalmi csoportok között*. A jobb anyagi körülmények között felnövő, iskolázottabb fiatalok inkább marihuánát, amfetamin és metamfetamin származékokat fogyasztanak. A motivációjuk is inkább a doppingolás és a hangulatjavítás (egy buliban). „*Aki egy kicsit tanultabb, az már inkább a régi klasszikus drogokat fogja használni, tudatosabban. Ehhez kell intelligencia, hogy valaki tudatosan használjon bármilyen drogot.*” A gyermekvédelmi intézményben élő fiatalok elsősorban designer drogokat használnak, és a fókuszcsoporthoz tartozók interjújuk alapján kiderült az is, hogy alkoholhoz és cigarettához is hozzájutnak, amelyet gyakran felnőttekkel vásároltatnak meg.

A települési különbségek is kirajzolódtak a választott szerek tekintetében, mind Budapest-vidék, mind Oroszlány-Tatabánya, illetve Oroszlány-Budapest vonatkozásában. Kisebb településeken a designer drog, alkohol, cigaretta az elsődlegesen hozzáférhető szer, míg a partidrogok inkább a nagyobb városokra jellemzőek. Az elmaradott, illetve kisebb települések esetében a szolgáltatásokhoz való hozzáférés is nagy mértékben eltérő.

A legális drogok esetében nem jellemző sem a társadalmi, sem a települési szintű differenciálás. Egy esetben hangozott el az a vélemény, hogy „*egy bizonyos réteg felett a minőségi italokat vásárolják.*”

Kérdőíves kutatás az intézményben élők körében

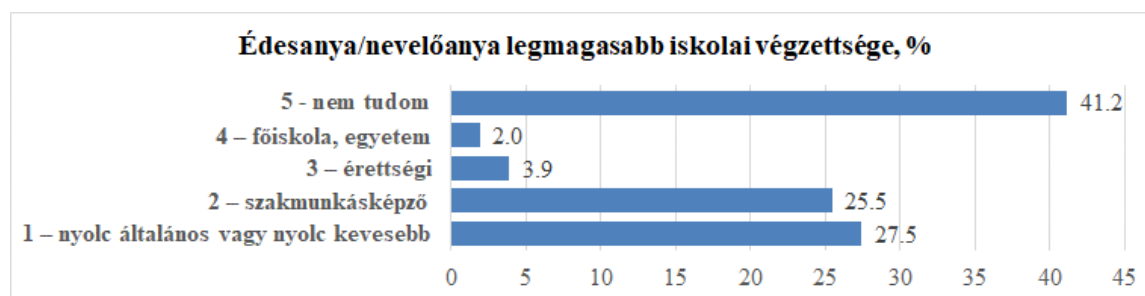
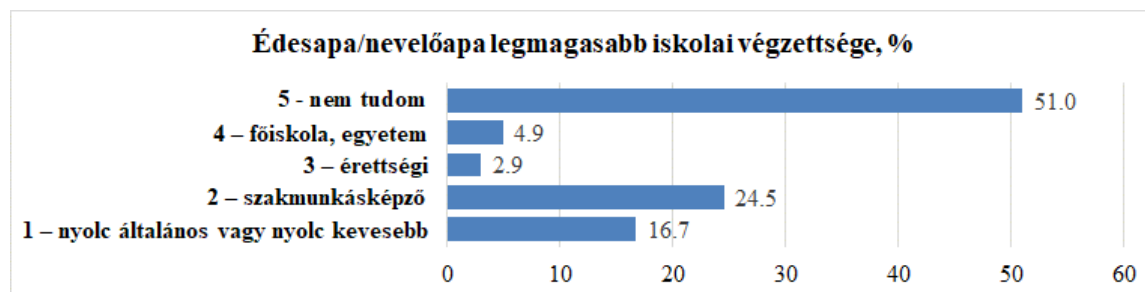
A 2020 júliusában végzett kutatás során tatabi, komáromi és oroszlányi gyermekvédelmi intézményekben élő tanulókat kérdeztünk meg a drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjükről. A mintába 8-23 éves fiatalok kerültek, nem szerint közel fele-fele arányban (55% fiú, 45% lány). A megkérdezettek elemszáma 102 fő. A válaszadók közül 62% általános iskolába jár (koruk alapján a megkérdezettek 56%-a maximum nyolcadikos), 29% szakiskola és mindössze ketten tanulnak gimnáziumban.

Mobilitási kontextusok – a szülők iskolai végzettsége

A szülők legmagasabb iskolai végzettségénél megfigyelhető, hogy az édesapa vagy nevelőapa jellemzően szakmunkás végzettségű (25%), de a legfeljebb általános iskolai végzettség is gyakori (17%). A megkérdezettek több, mint fele nem ismeri apja legmagasabb iskolai végzettségét. Az anya vagy nevelőanya esetében is hasonló a helyzet, bár esetükben az általános iskolai végzettség a leggyakoribb (28%). A válaszadók édesanyjuk vagy nevelőanyjuk iskolai végzettségét jobban ismerik, mint az édesapjukét vagy nevelőapjukét.

1. táblázat: A szülők iskolai végzettsége (%)

iskolai végzettség	édesapa/nevelőapa	édesanya/nevelőanya
maximum nyolc osztály	16,7	27,5
szakmunkásképző	24,5	25,5
érettségi	2,9	3,9
diploma	4,9	2
nem tudom	51	41,2



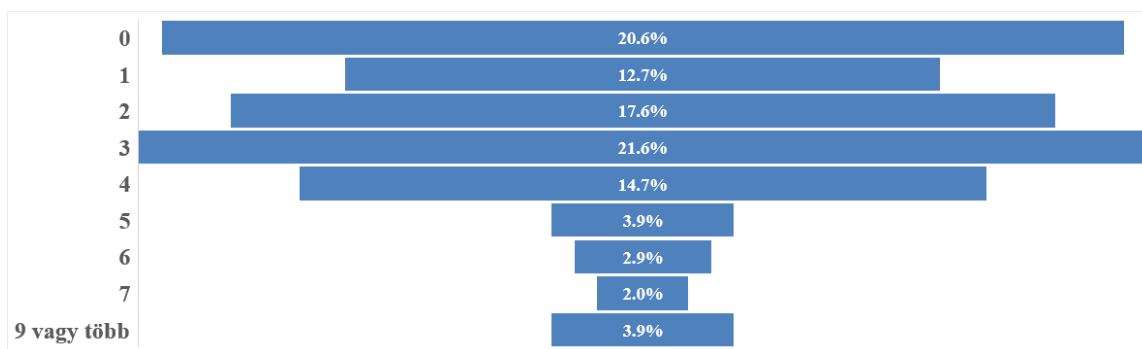
1. ábra: Szülők iskolai végzettsége

A tanulmányi átlagok tekintetében legalább jó osztályzatot a diákok 39,2%-a kapott az elmúlt év végén, ketten kitűnő átlagot értek el. Elégtelenre egyetlen tanuló állt, elégségest pedig a válaszadók 8%-a kapott.

2. táblázat: Érdemjegyek előfordulása (%)

érdemjegy	%
elégtelen	1,0
elégséges	7,8
közepes	50,0
jó	39,2
jeles	2,2

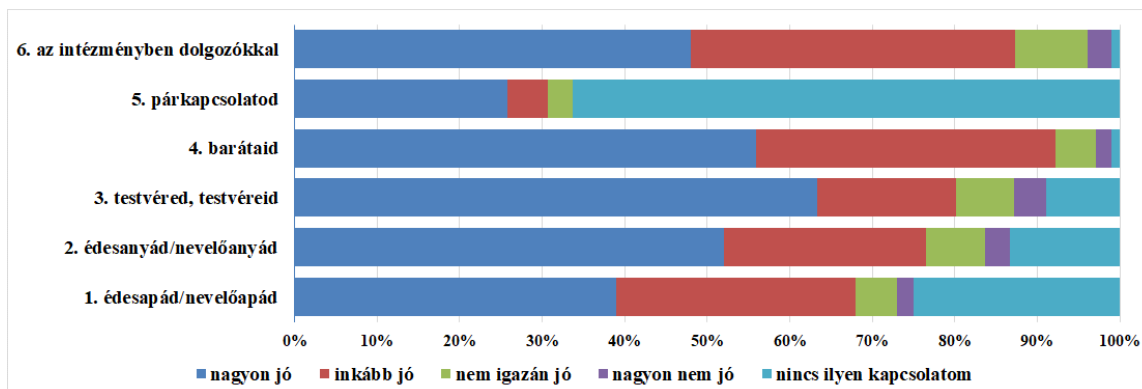
A diákok ötöde egyetlen tárgyat sem szeret tanulni, a válaszadók valamivel kevesebb, mint harmada pedig két-három tantárgyat kedvel.



2. ábra: Hány iskolai tantárgy van, amit szeretsz tanulni?

Mobilitási kontextusok – társas kapcsolatok

A válaszok alapján a megkérdezettek kapcsolata az édesanyjával vagy nevelőanyjával sokkal jobb, mint az édesapával vagy nevelőapával. Míg negyedüknek semmilyen kapcsolata nincs az apával, addig az anyáknál ez érték 13%. A megkérdezettek 77%-a értékelte legalább jóra a kapcsolatát az édesanyjával vagy nevelőanyjával, és kicsit több, mint kétharmaduk mondta ezt az édesapáról vagy nevelőapáról.



3. ábra: Milyennek látod az emberi kapcsolataidat?

Testvére majdnem minden válaszadónak van, s a velük való kapcsolatáról többen nyilatkoztak pozitívan mint a szülőkkel vagy nevelőszülőkkel kapcsolatban, 80%-uk értékelte legalább jóra a testvérekkel való kapcsolatát. Párkapcsolata kevés diáknak van, de akiknek van, azok pozitívan értékelték a kapcsolatukat. A gyermekotthonban dolgozókkal is nagyon jó vagy inkább jó a kapcsolatuk a diákoknak. A legtöbb válaszadónak van olyan személy az életében, akinek ő úgy fontos, ahogy van, bár a megkérdezettek 15%-a azt válaszolta, hogy nincs ilyen személy az életében.

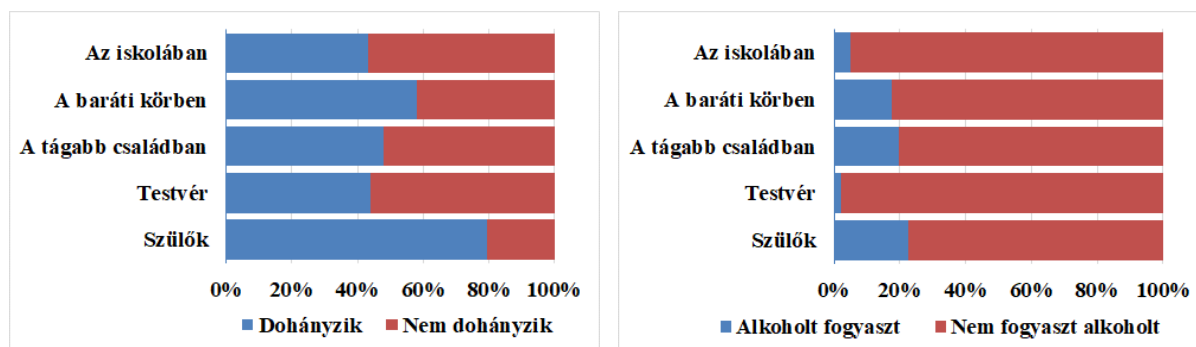
Egyetlen diák jelölte meg válaszként azt, hogy egyáltalán nincsen baráti kapcsolata, 18-an pedig azt válaszolták, hogy igazán jó barátjuk nincsen. A többieknek (a tanulók 92%-ának) a válaszok alapján vannak barátaik (jellemzően legfeljebb 1, 2 vagy 3), és jó kapcsolatban vannak velük. A megkérdezettek 78%-ának van olyan társasága, akikkel gyakran van együtt szabadidejében, 40% esetében ezek vegyes baráti körök, azaz gyermekotthonos tanulók, és az osztálytársaik is tagjai a társaságnak. A válaszadók közel fele mondta, hogy nincs egy konkrét törzshelye, harmaduk pedig több olyan helyet is fel tudna sorolni, ahová sokat jár a barátaival. Ezek leginkább valamilyen szabadtéri helyszínnek (pl. utca, tér, sportpálya, park).

A társas kapcsolatokra fordított időre vonatkozó kérdésekre adott válaszokból kiderül, hogy a diákok a családjukkal nem nagyon töltenek időt a mindennapokban. Az azonban megoszlik, hogy ezt hogyan értékelik, 39%-uk szerint nagyon kevés a családdal töltött idő, de 27%-uk elégnak tartja. A gyermekotthonban lakókkal és az ott dolgozókkal napi 8-12 órát is együtt vannak. Ezt többen túl soknak is érzik, de a diákok nagy része megfelelőnek tartja. Barátaikkal is elég időt töltenek együtt, a válaszok alapján.

A közös programok közé sorolták a beszélgetést, sétát, játékot (pl. társasjátékot) és néhányan a főzést is. A barátaikkal sokan sportolnak, játszanak, vagy csak úgy csavarognak a városban. A diákok gyermekotthonos lakótársaikkal szintén beszélgetni, játszani, filmezni, „hülyéskedni” szoktak. A megkérdezettek az intézmény dolgozóival is sokszor beszélgetnek, és tanulni is velük szoktak.

Mobilitási kontextusok – örökölt sorsok, családi devianciák

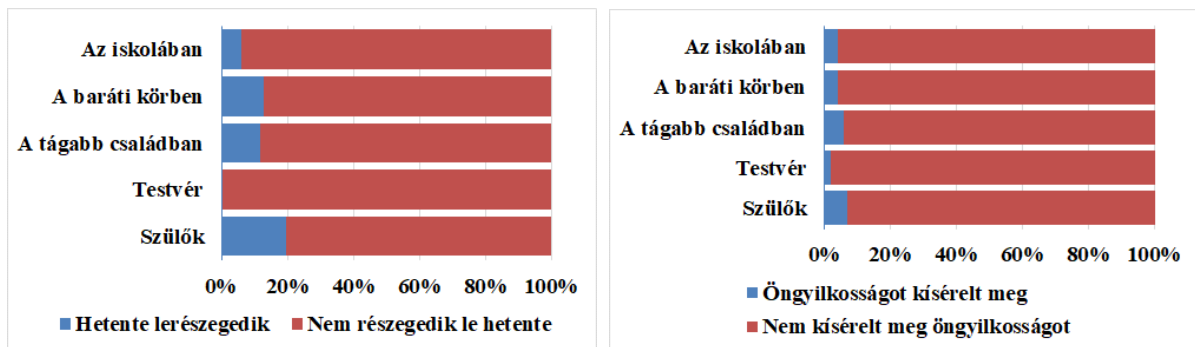
A rendszeres dohányzás a szülőknél a leggyakoribb (a megkérdezettek 79%-ának dohányoznak a szülei), de a testvérek, továbbá a tágabb család és a barátok körében sem ritka. A válaszadók 60%-a mondta, hogy baráti körében vannak dohányosok. Ezzel szemben, csak a megkérdezettek 23%-a válaszolta azt, hogy szülei fogyasztanak alkoholt, és az iskolatársak, testvérek, tágabb család, illetve a barátok körében is kisebb az alkoholfogyasztás aránya.



4. ábra: Dohányzás és alkohol fogyasztás

A válaszadók 20%-ának szülei legalább hetente lerészegednek, 12-13%-uk esetében pedig a baráti társaságok és a tágabb család tagjainak egy részére is jellemző ez a viselkedés. A megkérdezettek közül senkinek nincs olyan testvére, aki legalább hetente nagy mennyiségű alkoholt fogyasztana.

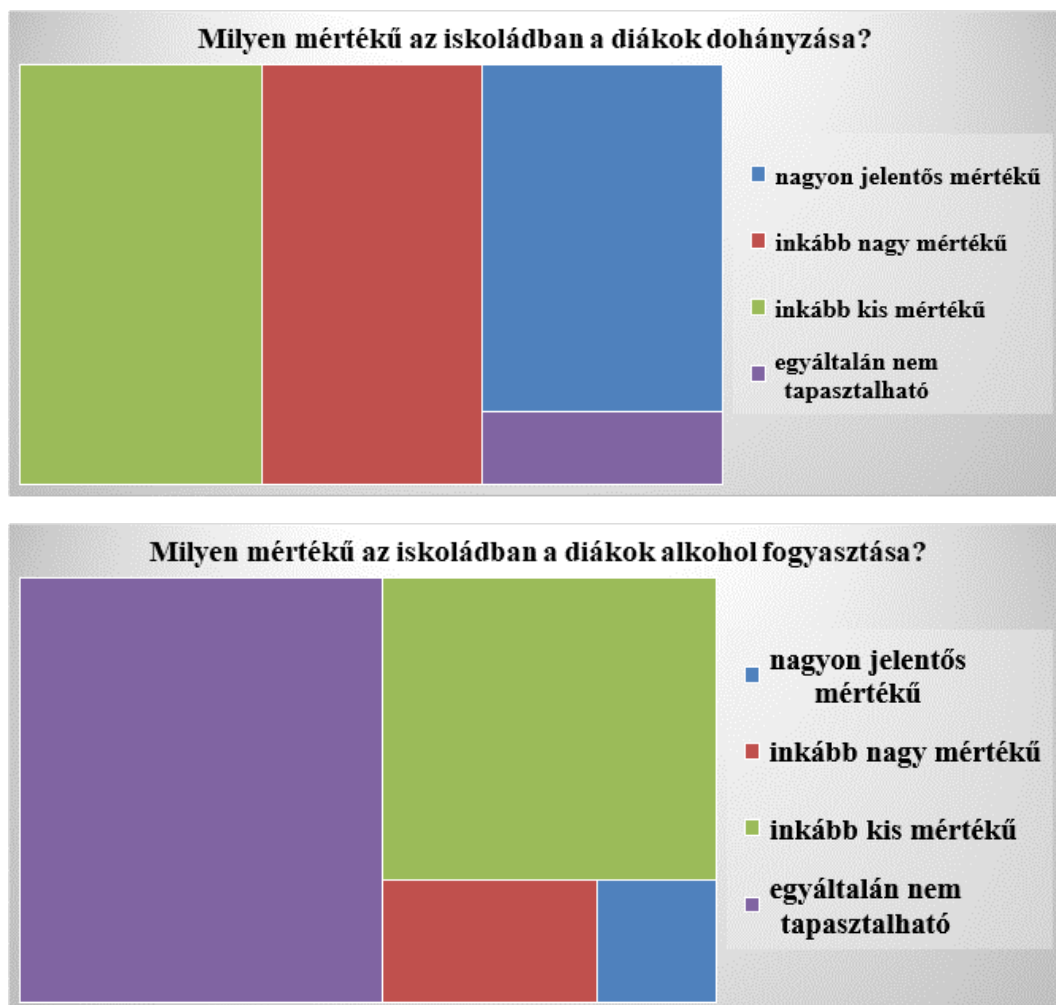
A diákok közül 7% válaszolta, hogy szülője kísérelt már meg öngyilkosságot. Ez az arány a tágabb család tagjaira vonatkozóan 6%, testvérek esetén 2% volt.

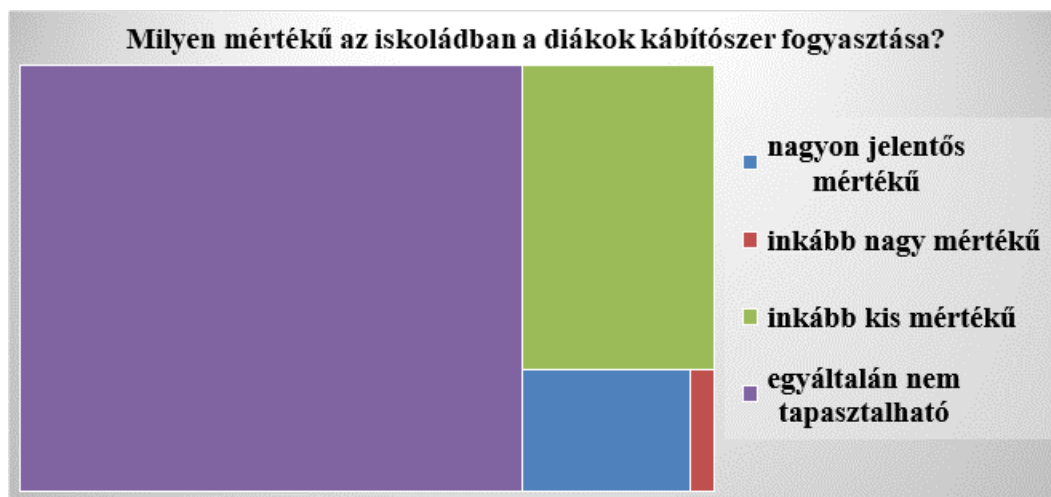


5. ábra: Heti lerészegedés; öngyilkossági kísérletek aránya

Függőséget okozó szerek – fogyasztási kontextusok

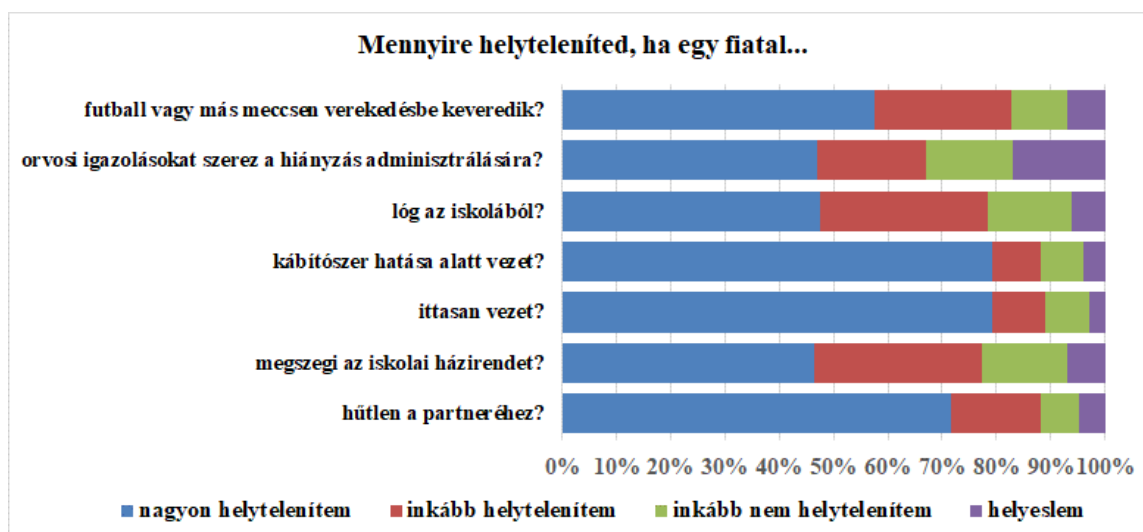
A függőséget okozó szerek használatával kapcsolatban a válaszok alapján kiderül, hogy az iskolában jelentős vagy nagy mértékű a dohányzás (60%-nak ez a véleménye), de az alkoholfogyasztásról és kábítószerfogyasztásról csak 14-18% nyilatkozott így. Azonban míg a dohányzás nagyon gyakori, kevesebben tartják zavarónak (a válaszolók negyede), mint a kábítószerfogyasztást, ami a megkérdezettek egyharmadát zavarja.





6. ábra: Milyen mértékű az iskolákban a dohányzás, az alkohol és a kábítószer fogyasztás?

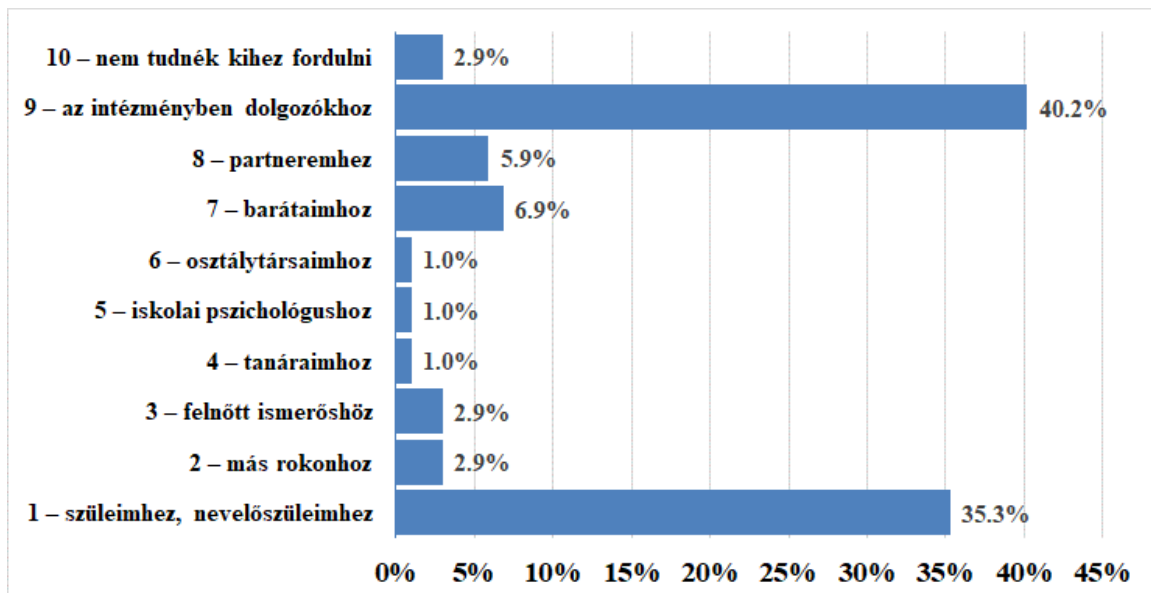
A megkérdezettek legnagyobb hányada nagyon vagy inkább helyteleníti, ha valaki ittasan (89%) vagy kábítószer hatása alatt vezet (88%). A felsorolt magatartásokat a válaszadók nagyjából fele nagyon helyteleníti. A legkevesebben a házirend megszegését, az iskolából való lógást, illetve a hiányzás miatt orvosi igazolás szerzését helytelenítik.



7. ábra: Mennyire helyteleníted, ha egy fiatal...?

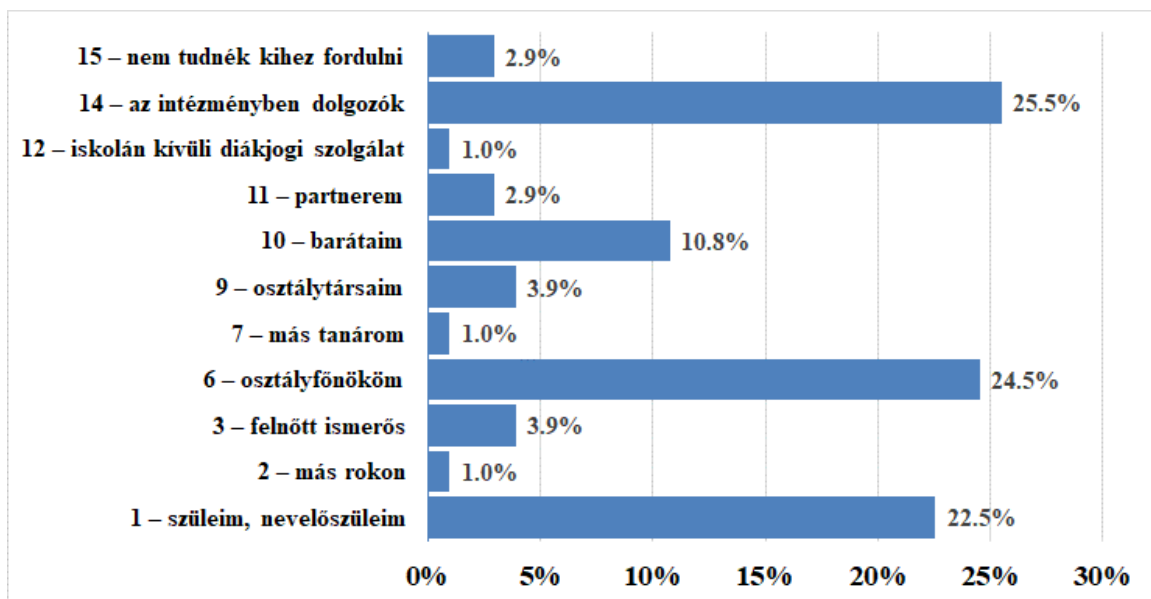
Konfliktushelyzetek és megoldások

Súlyos konfliktus esetén a megkérdezett tanulók a legtöbben az intézményben dolgozókhöz, vagy szüleikhez, nevelőszüleikhez fordulnának. Nagyon fontos – mintaértékű és akár jó gyakorlat hatásként is értékelhető – az, hogy az intézményben dolgozókhöz többen fordulnának (40%), mint a szülőkhez (35%).



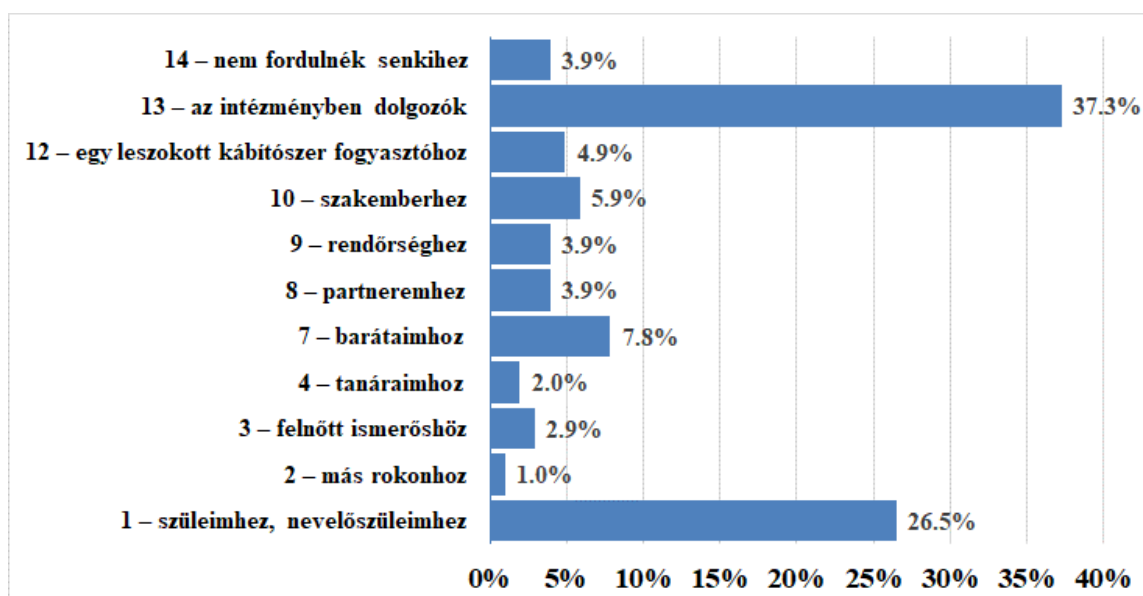
8. ábra: Ha súlyos konfliktusban segítségre volna szükséged, elsősorban kihez fordulnál?

Iskolai konfliktus esetén már megosztottabbak a válaszok, ugyanis a legtöbben (26%) még mindig az intézmény dolgozóinak segítségére számíthatnak, de a második helyen az osztályfőnök áll (24%), a szülők előtt (23%). Többen említették még a barátaikat is.



9. ábra: Kinek a segítségére számíthatsz leginkább iskolai konfliktus esetén?

Drogfogyasztással kapcsolatos probléma esetén a válaszadók legnagyobb hányada szintén az intézmény dolgozóinak és a szüleik támogatására számíthatna, és jóval kisebb arányban a barátok segítsége is felmerülhet.



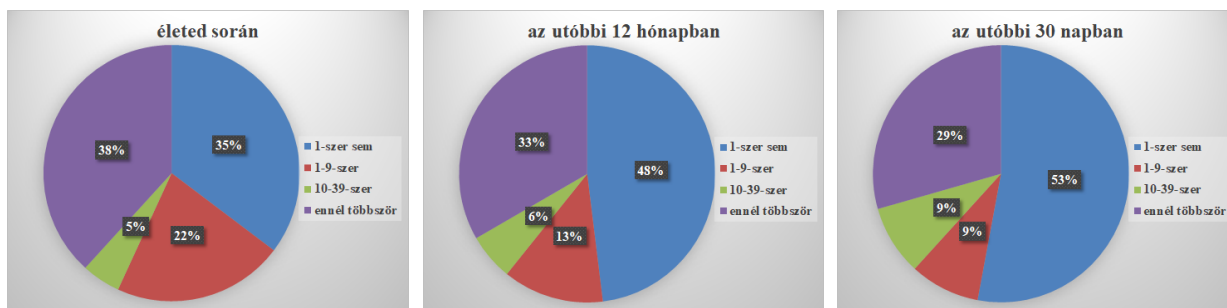
10. ábra: Ha kábítószerrel kapcsolatos problémád volna, elsősorban kihez fordulnál segítségért?

3. táblázat: Iskolai és drogfogyasztásból adódó konfliktusok megoldási lehetőségei (%)

	iskolai konfliktus	drogfogyasztásból adódó konfliktus
szüleim, nevelőszüleim	22,5	26,5
barátok	10,8	7,8
partner	2,9	3,9
osztályfőnök	24,5	-
más tanár	1	2
osztálytárs	3,9	-
más rokon	1	1
felnőtt ismerős	3,9	2,9
nem tudnék kihez fordulni	2,9	3,9
iskolán kívüli diákjogi szolgálat	1	-
szakember	-	5,9
egy leszokott volt kábítószerfogyasztó	-	4,9
intézményben dolgozó	25,5	37,3

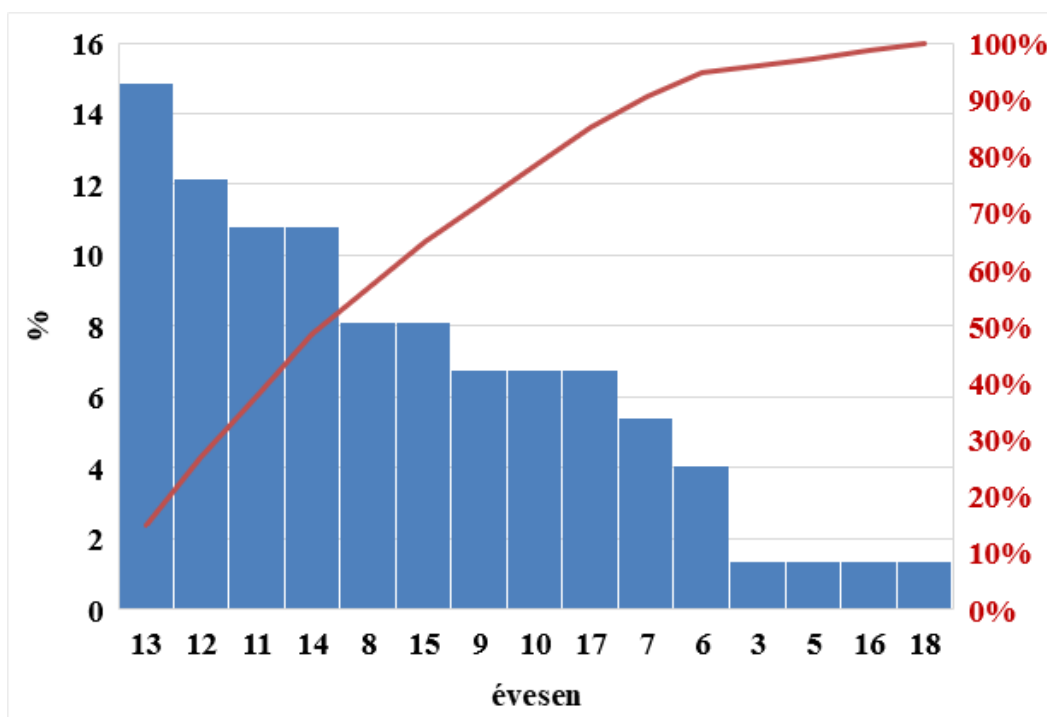
Függőséget okozó szerek fogyasztása

A dohányzással kapcsolatban a válaszokból az derül ki, hogy a megkérdezettek 35%-a egyáltalán nem gyújtott rá. Látható az is, hogy minél rövidebb időintervallumot vizsgálunk a közelmúltban, annál magasabb azoknak a száma, akik egyetlenszer sem cigarettáztak, pl. az utóbbi 12 hónapban a megkérdezettek 48%-a, az elmúlt 30 napban pedig 53%-a nem gyújtott rá.

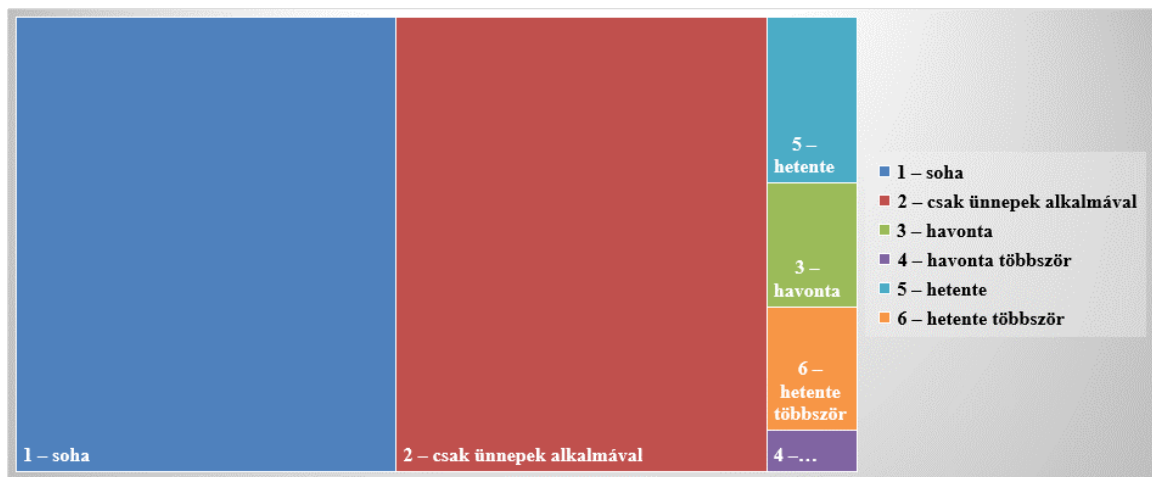


11. ábra: Hány alkalommal fordult elő veled, hogy dohányoztál?

A kipróbálók közül legtöbben 13 éves korukban szívták el az első cigarettát, de átlagosan 11,5 évesen próbálták ki először a dohányzást. A rendszeres dohányzók körében a módusz 14 év, vagyis a legtöbben 14 éves koruk óta cigarettáznak rendszeresen – ugyanez igaz az első alkoholfogyasztásukra is. Alkoholt viszont ritkábban fogyasztanak, majdnem 90%-uk csak ünnepek alkalmával vagy sohasem iszik.

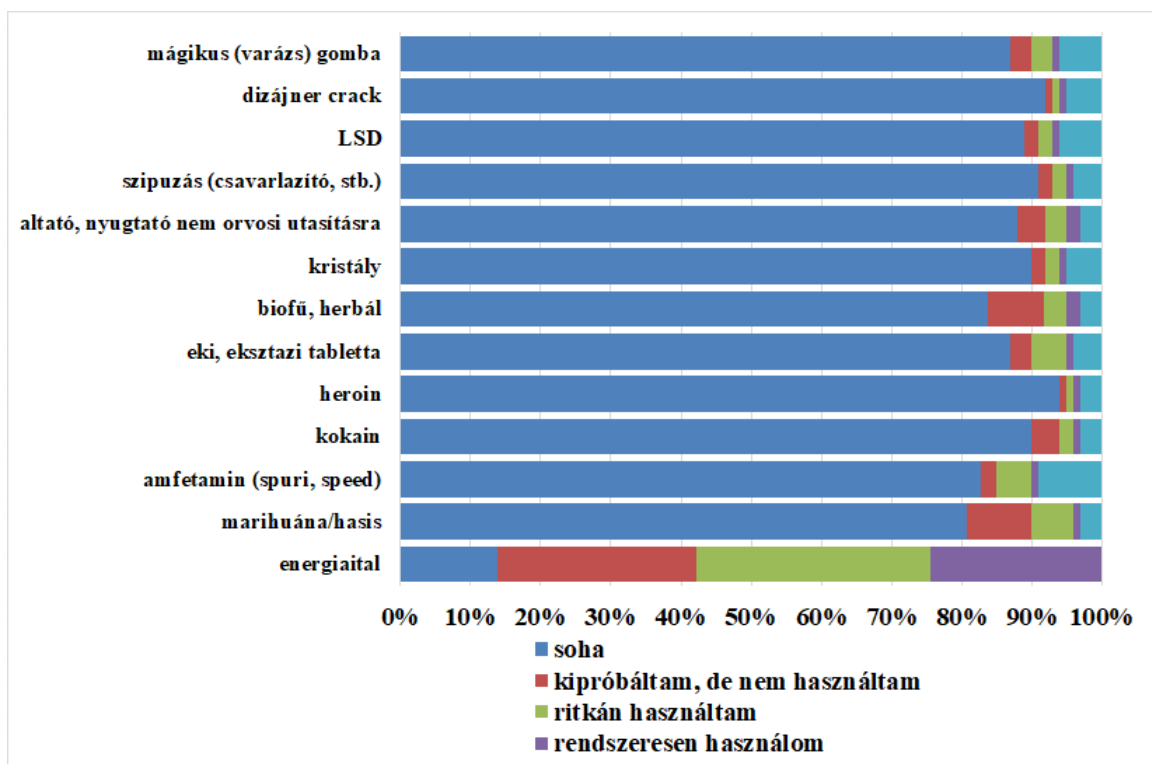


12. ábra: Hány évesen dohányoztál először?



13. ábra: Milyen rendszerességgel fogyasztasz alkoholt?

Minden megemlített drog esetén 80% felett van azok aránya, akik soha nem éltek az adott szerrel, s akik mégis, leginkább csak kipróbálták azt. A legtöbben a marihuánát próbálták ki, de rendszeres fogyasztója ennek a szernek sincs a megkérdezettek körében. A válaszadók több, mint 20%-a rendszeresen fogyaszt energiatalt, és még többen vannak azok, akik ritkábban, de szintén fogyasztják.

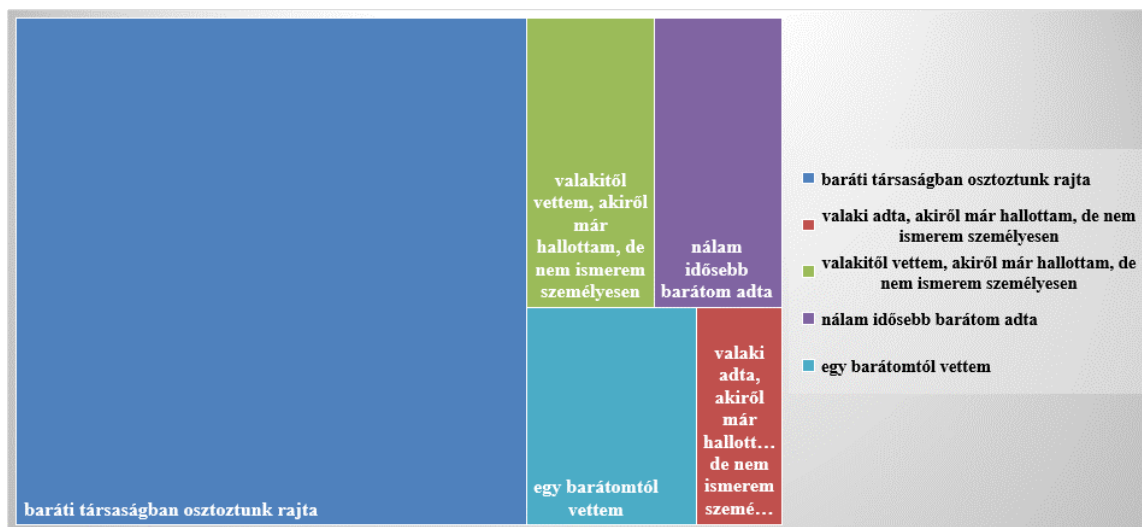


14. ábra: Milyen gyakran használtad?

Érdekes, hogy volt olyan tanuló, aki azt válaszolta, hogy rendszeresen használja a kokaint vagy a heroint, pedig ismert, hogy ezek kimondottan drága szerek.

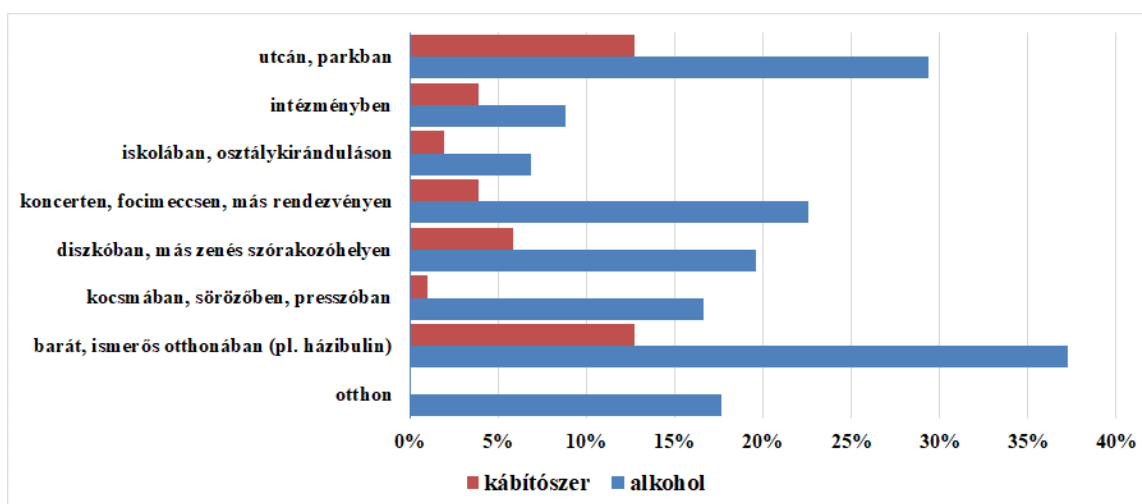
Életkor szerint átlagosan 14 éves korukban használtak először – és adott esetben utoljára is – kábítószer azok, akik kipróbálták.

Az első kábítószerfogyasztás a válaszadók körében csoportos élmény, azok a megkérdezettek, akik már kipróbáltak valamilyen drogot 67%-ban baráti társaságban osztottak rajta.



15. ábra: Ha már fogyasztottál valamilyen kábítószer, hogyan jutottál hozzá először?

Az alkohol- és kábítószerfogyasztás szinterei hasonlóan alakulnak, a legnépszerűbbek mindkét esetben a házibulik (alkohol esetén 37%, kábítószer esetén 13%) és közterületek, például utcák, parkok (23% és 13%), emellett többen választák, hogy koncerteken, vagy focimeccsen is van lehetőségük alkoholt inni (23%). Alkoholhoz 18% tud otthon hozzájutni, az intézményben nagyjából fele ennyien. A kábítószerrel kapcsolatban azonban 4% válaszolta, hogy az intézményben hozzá tud jutni, otthon a válaszok alapján kábítószerhez nem tudnak hozzájutni.

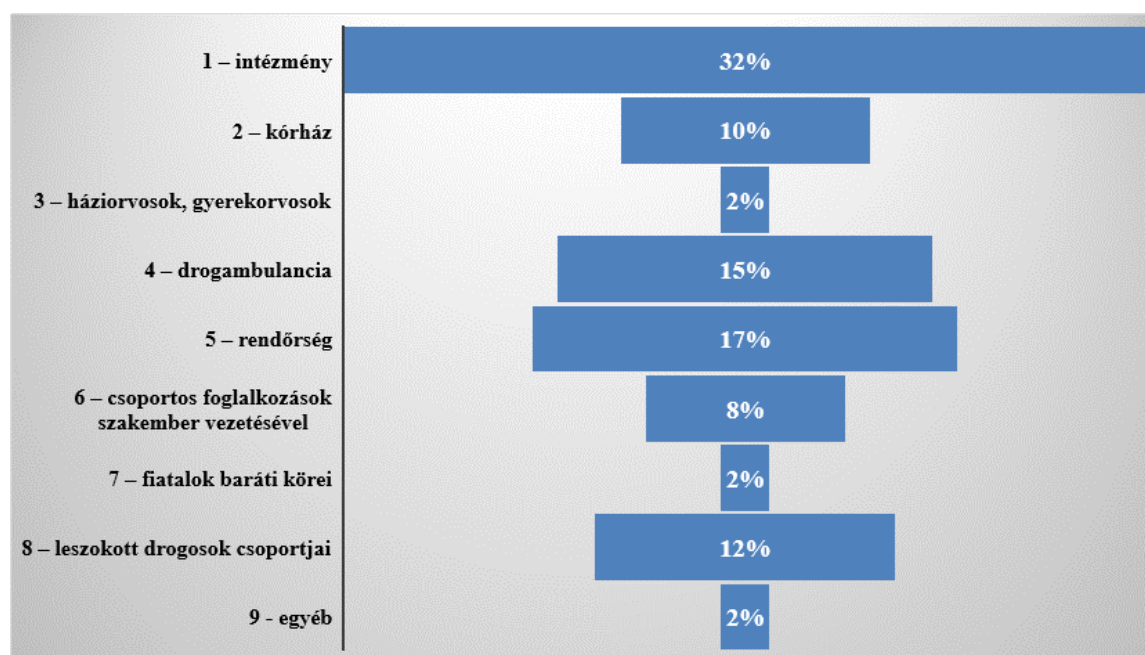


16. ábra: Ha fogyasztottál már alkoholt vagy kábítószer, hol van erre lehetőség?

A prevenció és a nemet mondás világa

Az intézményben élők 73%-a vett már részt valaha drogokkal kapcsolatos prevenciós programban. A válaszadók szerint az intézményeknek (iskola, kollégium), a

drogambulanciáknak, valamint a rendőrségnek és a leszokott drogosok csoportjainak kellene foglalkozniuk a droggal kapcsolatos problémákkal.

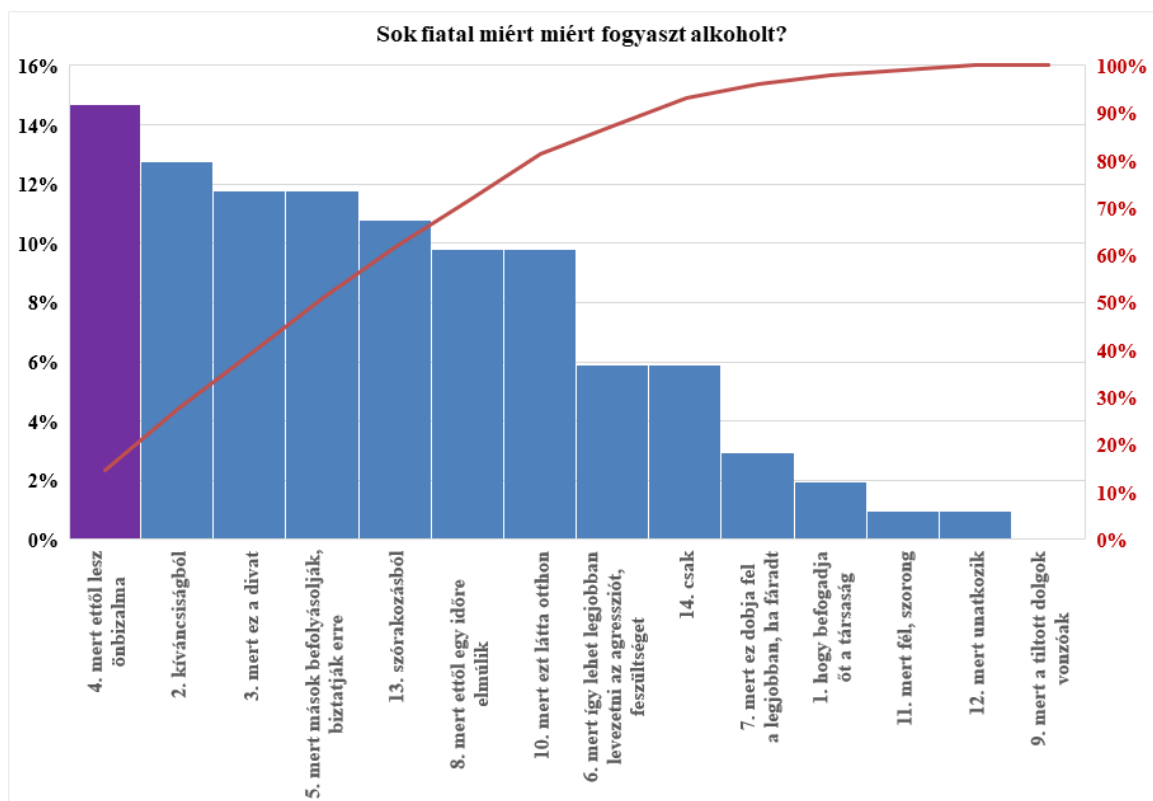
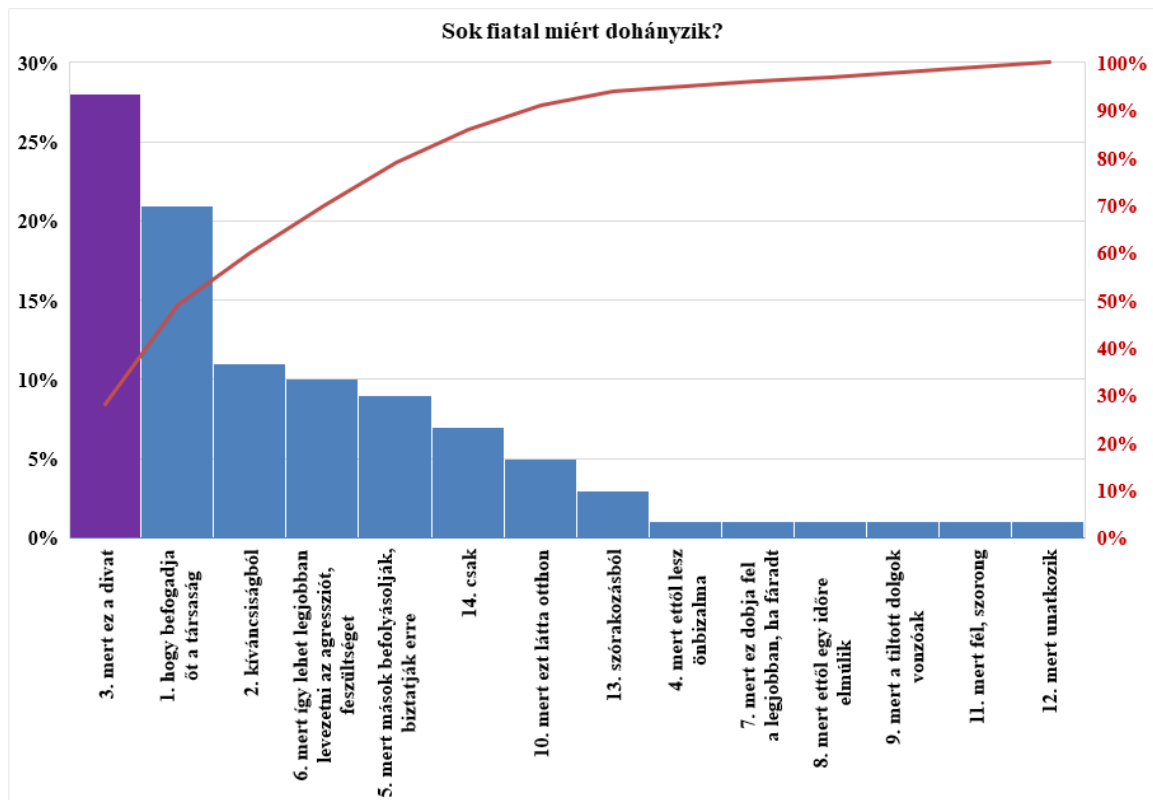


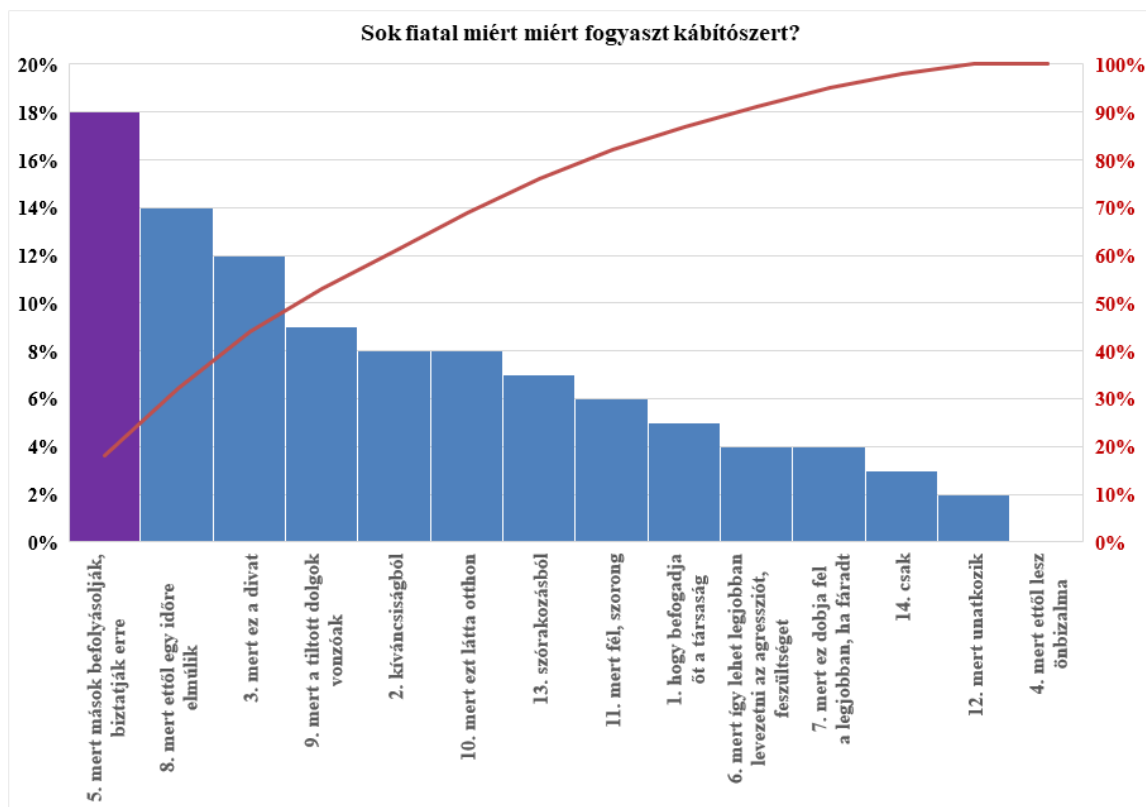
17. ábra: Melyik szervezetnek kellene foglalkozni a droggal kapcsolatos problémákkal?

A motivációs tényezőkkel, illetve a drogfogyasztás indokaival kapcsolatban nagy arányban jelent meg a közösség szerepe az alkohol, a cigaretta és a kábítószer esetén is. A cigaretta esetén 28% a divatot mint fogyasztási indokot is megjelölte. De sokan választották a kíváncsiságot, valamint a feszültséglevezetést, felszabadulást („mert ettől egy időre elmúlik minden rossz körülötte”) is. A kérdőívben a három leggyakoribbat kellett kiválasztani és a fiatalokra, mint társadalmi csoportra vonatkozott.

4. táblázat: Személyiségtérkép – fogyasztási indokok

fogyasztási indokok	alkohol	cigaretta	kábítószer
1. hogy befogadja őt a társaság	2%	21%	5%
2. kíváncsiságból	12,7%	11%	8%
3. mert ez a divat	11,8%	28%	12%
4. mert ettől lesz önbizalma	14,7%	1%	
5. mert mások befolyásolják, biztatják erre	22,9%	9	18%
6. mert így lehet legjobban levezetni az agressziót, feszültséget	5,9%	10%	4%
7. mert ez dobja fel a legjobban, ha fáradt	2,9%	1%	4%
8. mert ettől egy időre elmúlik minden rossz körülötte	9,8%	1%	14%
9. mert a tiltott dolgok vonzóak		1%	9%
10. mert ezt látta otthon	9,8%	5%	8%
11. mert fél, szorong	1%	1%	6%
12. mert unatkozik	1%	1%	2%
13. szórakozásból	10,8%	3%	7%
14. csak	5,9%	7%	3%





18. ábra: Miért dohányoznak, fogyasztanak alkoholt, kábítószer a fiatalok?

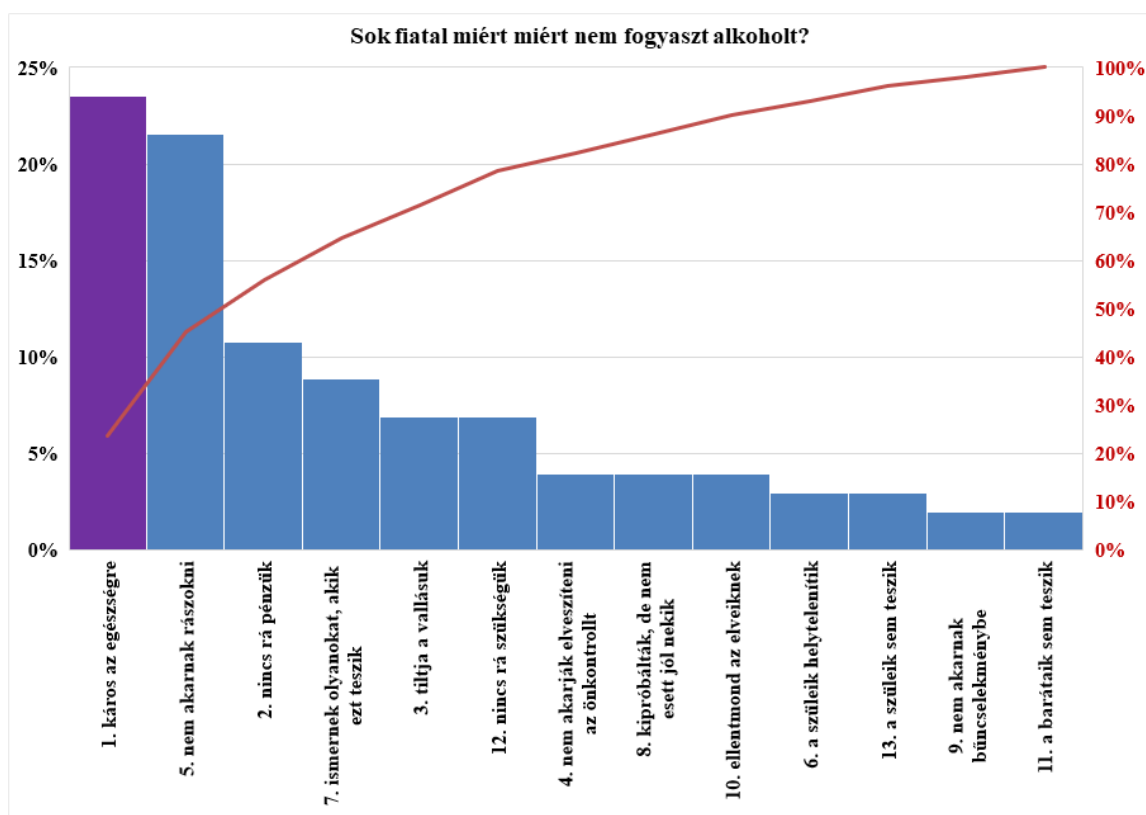
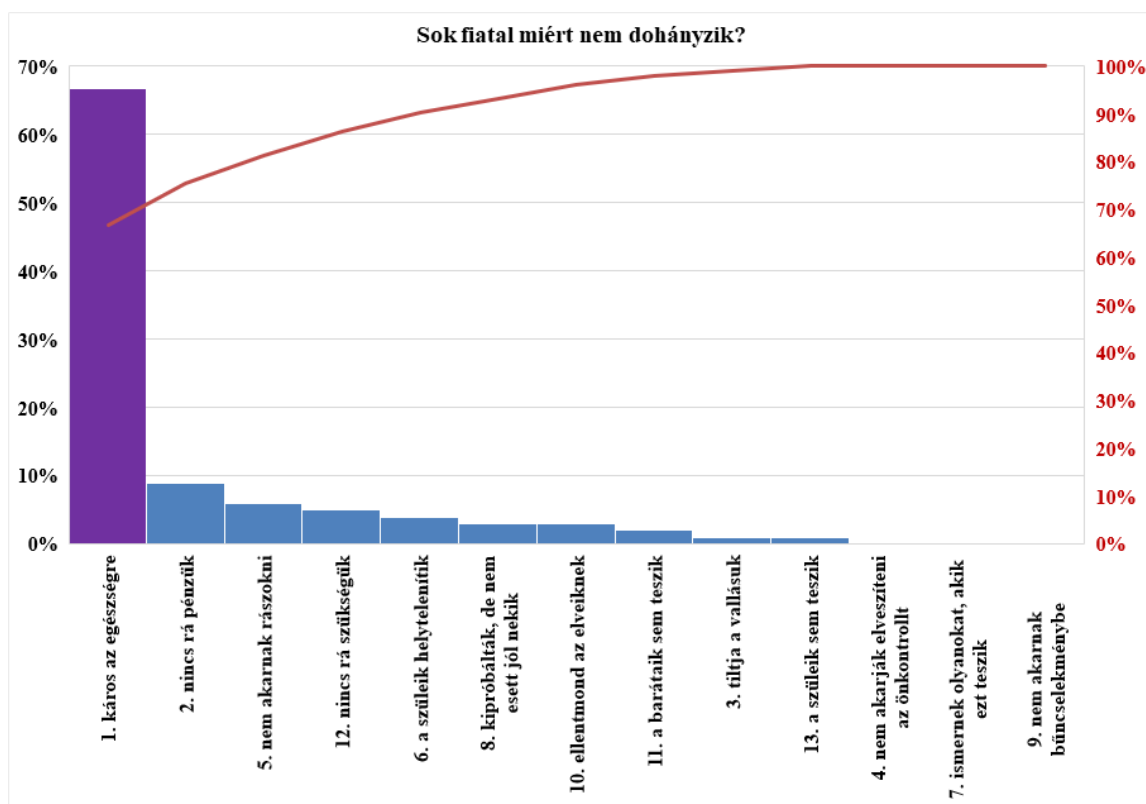
Annak, hogy a fiatalok miért nem fogyasztanak drogokat, alapvetően normatív okai rajzolódtak ki a kutatás alapján. A válaszadók nagy arányban választották a szerekek kapcsolatban, hogy károsak az egészségre. De többen megjelölték azokat a makroszintű érveket is, hogy nem akarnak rászokni, nincs rá pénzük, vagy nincs szükségük ezekre a szerekre.

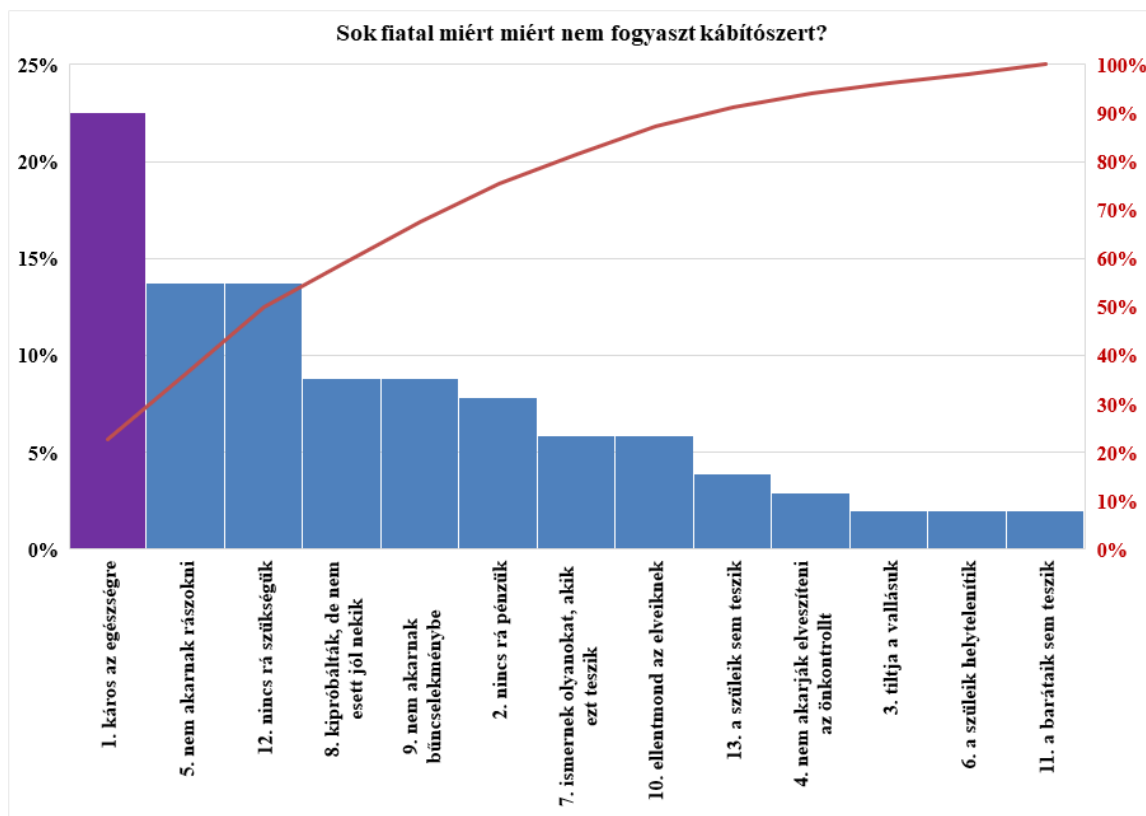
A szerhasználat ellenmotivációi individuálisan is hasonlóak. A legtöbbet említett ok mindhárom szernél az, hogy káros az egészségre, de emellett nem akarnak rászokni és nincs is rá szükségük.

5. táblázat: Személyiségtérkép – a „nemfogyasztási” indokok (%)

„nemfogyasztási” indokok	alkohol	cigaretta	kábítószer
káros az egészségre	23,5%	66,7%	22,5%
nincs rá pénz	10,8%	8,8%	7,8%
tiltja a vallás	6,9%	1%	2%
nem akarja elveszíteni az önkontrollt	3,9%		2,9%
nem akar rászokni	21,6%	5,9%	13,7%
helytelenítik a szülők	2,9%	3,9%	2%
ismernek olyanokat, akik ezt teszik és nem akarnak úgy járni, mint ők	8,8%		5,9%
kipróbálták, de nem esett jól	3,9%	2,8%	8,8%
nem akarnak bűncselekménybe keveredni	2%		8,8%
ellentmond az elveiknek	3,9%	2,9%	5,9%
a barátaik sem teszik	2%	2%	2%
nincs rá szükségük	6,9%	4,9%	13,7%

„nemfogyasztási” indokok	alkohol	cigaretta	kábítószer
a szüleik sem teszik	2,9%	1%	3,9%

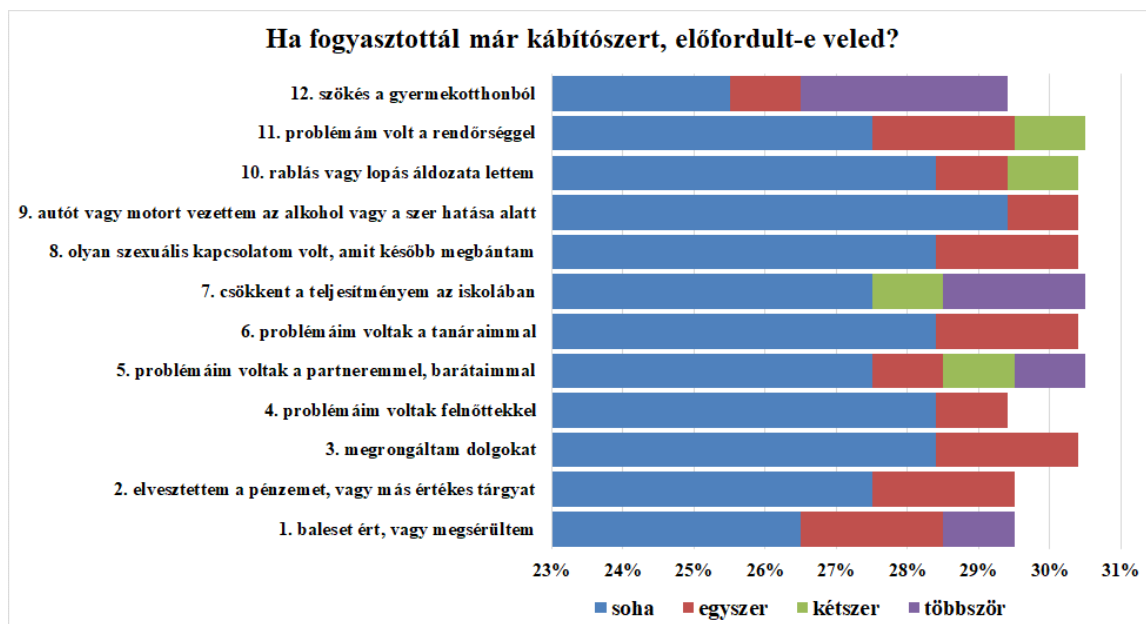
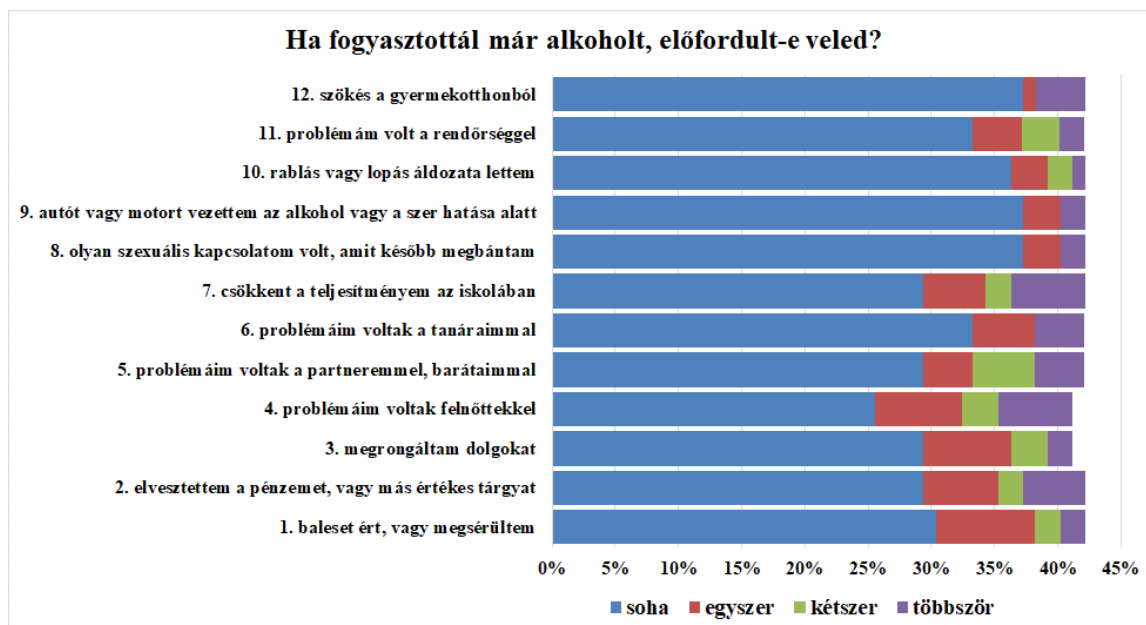




19. ábra: Miért nem dohányoznak, fogyasztanak alkoholt, kábítószer a fiatalok?

A függőséget okozó szerhasználat okozta károk

Alkoholos befolyásoltság alatt a fiatalok nagy részét még nem érte baleset, nem szenvedtek sérülést, de kis százalékban akadtak olyanok is, akikkel egyszer vagy többször előfordult már ilyen. A megkérdezettekkel az anyagi károk, sérülések mellett lelki problémák is előfordultak a szerek fogyasztásával összefüggésben. Ilyenek például a barátokkal, partnerekkel kialakult problémák, konfliktusok. A megkérdezett diákok közül kilencen nyilatkoztak úgy, hogy legalább egyszer összetűzésbe keveredtek a rendőrséggel, illetve az iskolai teljesítménye is több tanulónak csökkent az alkohol miatt.



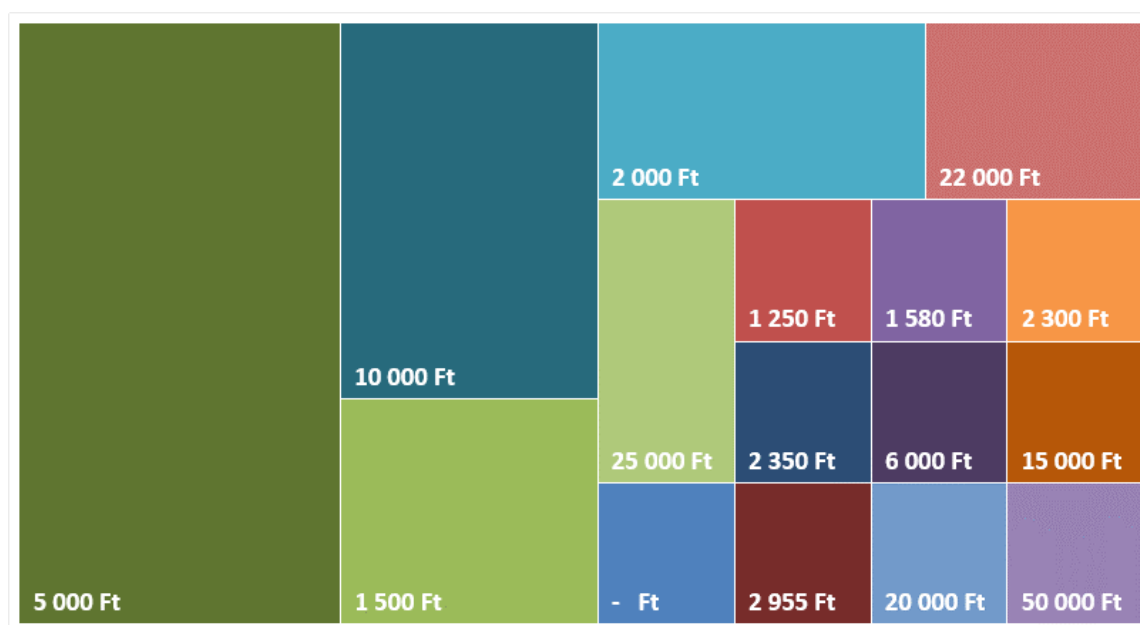
20. ábra: Ha fogyasztottál már alkoholt vagy kábítószer, előfordult-e veled?

Három válaszadó jelölte meg, hogy legalább egyszer előfordult, hogy kábítószerfogyasztás miatt csökkent az iskolai teljesítménye, illetve problémája volt a partnerével vagy barátaival. Szintén hárman többször is elszöktek már a gyermekotthonból kábítószer hatása alatt.

6. táblázat: Alkohol- és kábítószerfogyasztás esetén előforduló problémák említéseinek gyakorisága

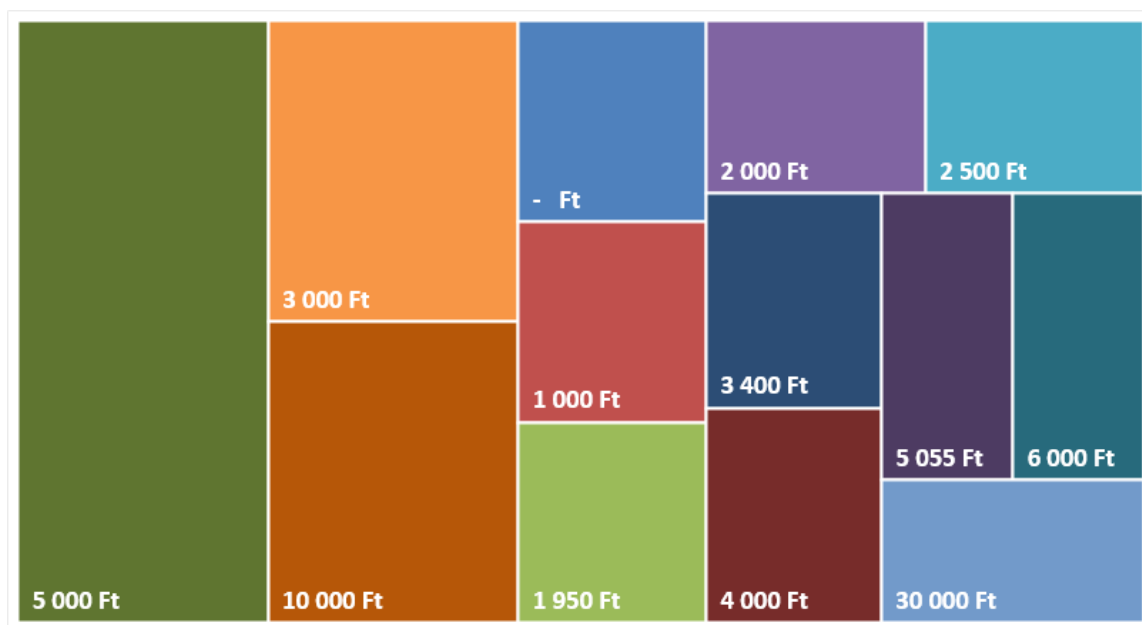
problémák	alkohol egyszer	kétszer	többször	kábítószer egyszer	kétszer	többször
Baleset ért, vagy megsérültem	7,8	2	2	2	0	1
Elvesztettem a pénzem, vagy más értékes tárgyat	5,9	2	4,9	2	0	0
Megrongáltam bizonyos dolgokat	6,9	2,9	2	2	0	0
Problémáim voltak felnőttekkel	6,9	2,9	5,9	1	0	0
Problémáim voltak a partneremmel, barátaimmal	3,9	4,9	3,9	1	1	1
Problémáim voltak a tanáraimmal	4,9	0	3,9	2	0	0
Csökkent a teljesítményem az iskolában	4,9	2	5,9	0	1	2
Olyan szexuális kapcsolatom volt, amit később megbántam	2,9	0	2	2	0	0
Autót vagy motort vezettem az alkohol vagy a szer hatása alatt	2,9	0	2	1	0	0
Rablás vagy lopás áldozata lettem	2,9	2	1	1	1	0
Problémám volt a rendőrséggel	3,9	2,9	2	2	1	0
Szökés a gyermekotthonból	1	0	3,9	1	0	2,9

Azok közül, akik költöttek cigarettára az elmúlt hónapban, 5000 Ft-ot fizettek érte. Átlagosan ez az összeg majdnem 9000 Ft volt, vannak az adatok között igen szélsőséges értékek is, pl. 50000 Ft.



21. ábra: Az elmúlt egy hónapban mennyit költöttél cigarettára?

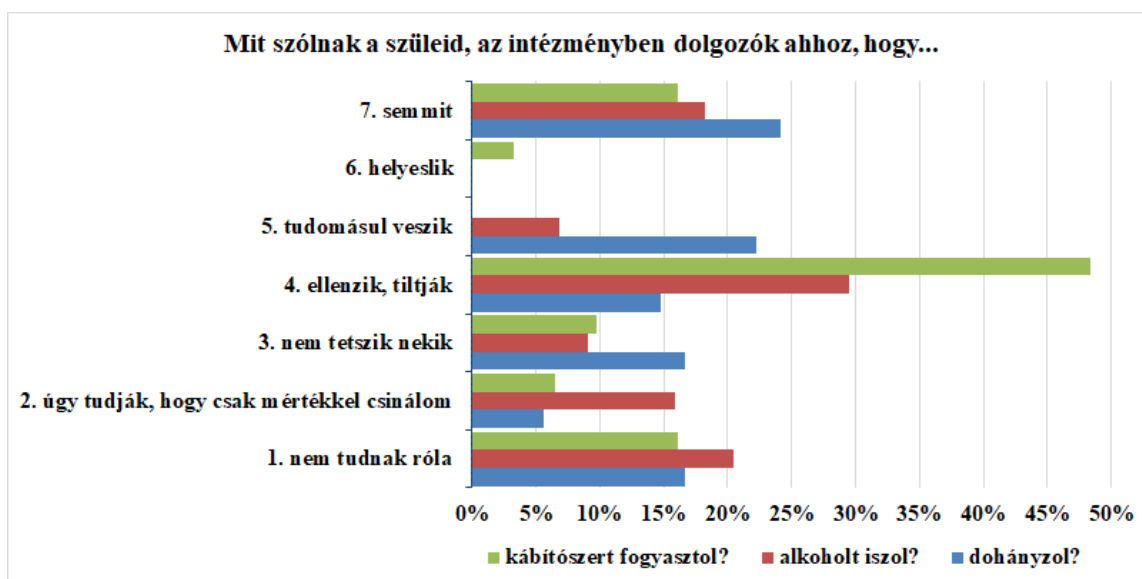
Alkoholra nem csak kevesebben, de kevesebbet is költöttek a megkérdezettek. Ugyan a módusz 5000 Ft, vagyis a legtöbb 5000 Ft-ot költöttek, de a megkérdezettek mindössze 4%-a fizet havonta ennyi pénzt italért. Az átlag az alkohol esetében nem éri el a 6000 Ft-ot.



22. ábra: Az elmúlt egy hónapban mennyit költöttél alkoholra?

Az elmúlt egy hónapban kábítószerre ketten költöttek, válaszaik alapján 2900 Ft-ot, illetve 6000 Ft-ot. Akik bármiféle függőséget okozó szert vásárolnak, többségben a zsebpénzükből teszik ezt (63%).

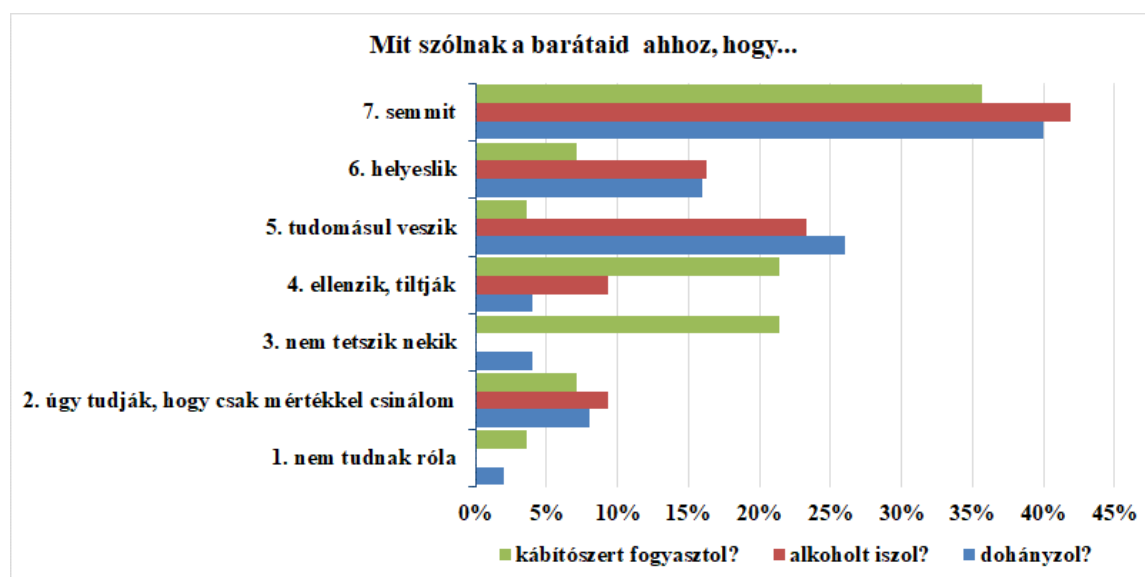
Míg a szülők és intézményi dolgozók többnyire tudomásul veszik, nem szólnak semmit a diákok dohányzásához (22-24%), addig az alkohol- és kábítószerfogyasztást már ellenzik, tiltják (alkohol: 30%, kábítószer: 48%), amennyiben tudnak róla, de sok esetben ez nem mondható el.



23. ábra: Mit szólnak a szüleid, az intézményi dolgozók ahhoz, hogy...?

A barátok ugyanebben a kérdésben jóval megértőbbek, ők a dohányzáshoz és az alkoholfogyasztáshoz nem szólnak semmit, tudomásul veszik, több esetben még helyeslik

is azt. A kábítószerhasználatot a fiatalok 21%-ának barátai ellenzik, tiltják, nem szeretik, de a legtöbb esetben ehhez sem szólnak semmit (36%).



24. ábra: Mit szólnak a barátaid ahhoz, hogy...?

Szabadidős szokások

A megkérdezettek mindennapi szabadidős tevékenységei kapcsán az rajzolódik ki, hogy a diákok nagy része hetente többször – 28,7%-uk minden nap foglalkozik tanulással szabadidejében. Szintén nagy részük (egy harmaduk) azonban havi néhány alkalomnál ritkábban vagy soha nem tölt időt az iskolai tanulnivalóval, ha nem az iskolában van.

A szabadidő eltöltése során legnépszerűbbek a valamilyen elektronikus eszközt igénylő tevékenységek, pl. a zenehallgatás, amelyet a válaszadók majdnem 80%-a minden nap csinál, de szintén 70% fölötti azoknak az aránya, akik mindennap néznek tévét, vagy videót.

A háztartási munkákban a diákok 86%-a legalább hetente egyszer segít. A válaszadók nagy része rendszeresen mozog, sportol, 61%-uk hetente egyszer. A tanulók 34,4%-a mindennap sétál, csavarog a városban. Meglepő adat, hogy a válaszok alapján, 28,7%-a diákoknak mindennap unatkozik.

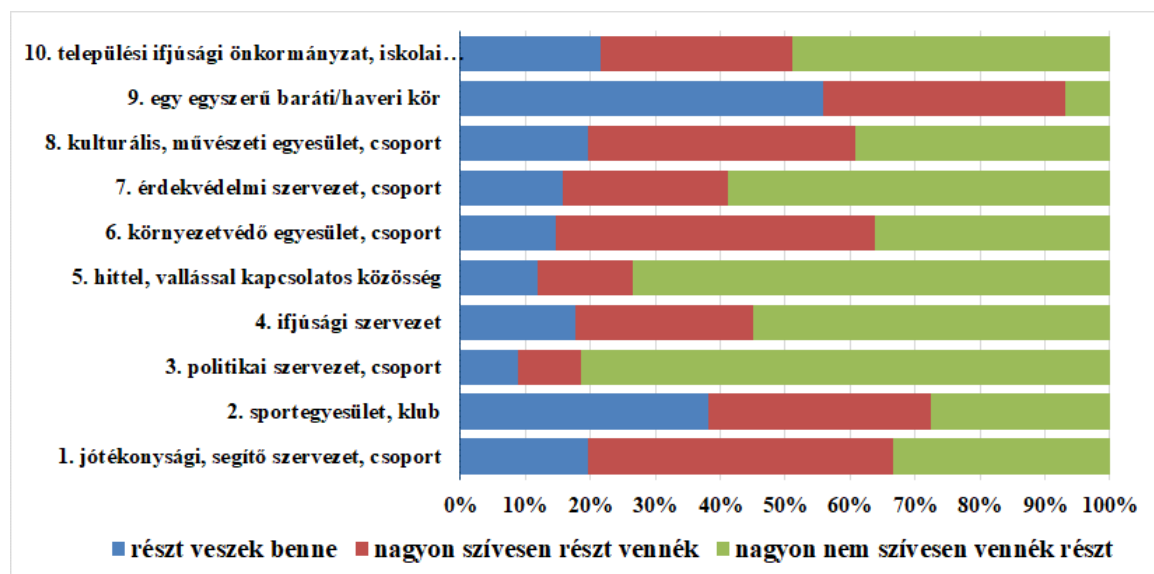
7. táblázat: Gyakori szabadidős tevékenységek a gyerekek körében

tevékenységek	mindennap	hetente többször
1. tanulok az iskolán kívül	28,7	26,7
2. zenét hallgatok	78	10
3. tévét, videót nézek	74,3	13,9
4. újságot olvasok	4	2
5. segítek a háztartásban (bevásárlás, takarítás stb.)	55,6	27,3
6. sétálok, „csavargok” a városban	34,3	19,6
7. sportolok	26,3	23,2
8. könyvet olvasok (tankönyveken kívül)	3,9	3,9
9. különóra, délutáni fakultációra járok	3	10,9

tevékenységek	mindennap	hetente többször
10. számítógépezek (játék, Internet, e-mail stb.)	53,5	18,2
11. unatkozom	28,7	18,8

Civil szervezeti tagság

A megkérdezett diákok a civil szervezetek közül leginkább sportegyesületi tevékenységekben vesznek részt (40%) vagy vennének szívesen részt. A második legnépszerűbb szervezetek a segítő szervezetek, érdekvédelmi szervezetek, ifjúsági szervezetek, környezetvédő szervezetek, kulturális egyesületek és az iskolai diákönkormányzatok, mindegyik esetében 15-20% körüli azok aránya, akik részt vesznek e szervezetek tevékenységében. Nagyon fontosak lehetnek ezek az adatok annak tudatosításában, hogy nem formális módon is lehet ismereteket átadni, illetve tanulni.



25. ábra: Részt vesz benne, illetve részt vennél szívesen a fenti szervezetekben?

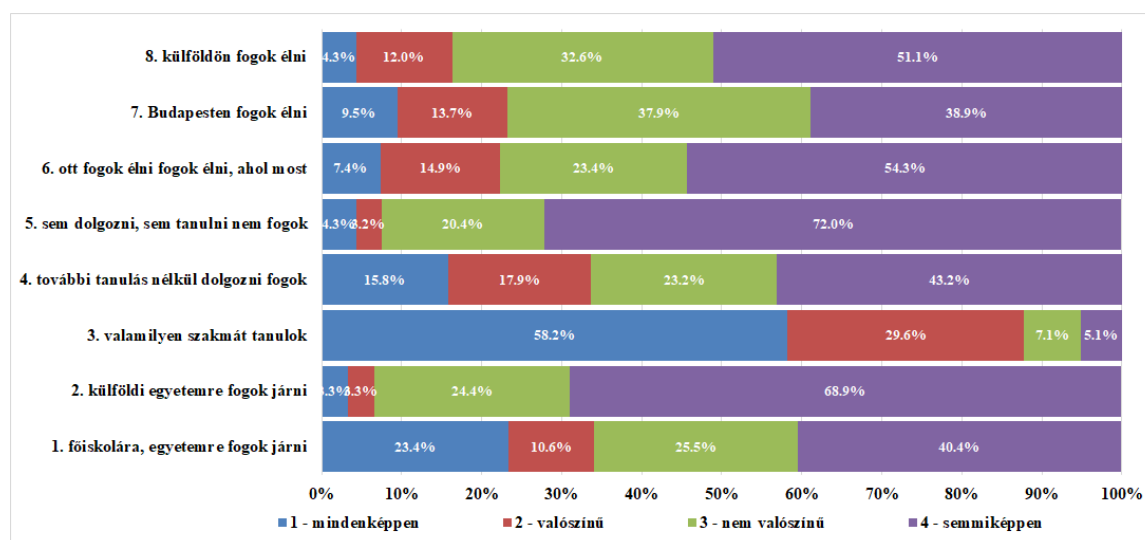
Jövőkép

A kérdőív arra is kitért, hogy milyennek látják a diákok jövőjüket, az aktuális iskolájuk befejezése után hogyan fogják folytatni az életüket.

A válaszadók 23%-a mindenképpen szeretne továbbtanulni, 11%-a valamilyen hazai felsőoktatási alapképzésben tervez részt venni. A diákok 40%-a azonban nem kíván felsőoktatásban tanulni. A többség preferenciája valamilyen szakma elsajátítása, csaknem 60% szeretne valamilyen szakmát szerezni.

A válaszok alapján a megkérdezettek majdnem fele semmiképpen nem menne további tanulás nélkül, rögtön dolgozni, és 72% tartja teljesen kizártnak, hogy sem tanulni, sem dolgozni nem fog.

A legtöbben nem tartja valószínűnek, hogy külföldön fognak élni (csaknem 84%). Valamivel kevesebben vannak azok, akik a budapesti életet sem tartják valószínűnek (közel 77%), és nagyjából hasonló az aránya azoknak, akik a jelenlegi lakóhelyükön sem maradnának (kb. 78%).



26. ábra: A jelenlegi iskolád befejezése után melyik lehetőséget tartod valószínűnek?

Különbségek az intézményben és otthon élő gyerekek esélyei között:

Szabadságfaktorok

A nyitott kérdésekre adott válaszok eltérő képeket mutatnak a gyermekvédelmi intézményi életéről, az intézmény által nyújtott lehetőségekről, a családi közösséggel szemben. Mindkét életformában látnak a megkérdezettek pozitívumokat és negatívumokat is. Vannak, akik szerint az intézményben élőknek szélesebbek a lehetőségeik, nagyobb az esélyük a boldogulásra, mert „mindent megkapnak”, ezzel szemben van, aki az otthoni életet tartja előnyösebbnek.

Sokan írták, hogy azok, akik a családjukkal élnek sokkal több támogatásban részesülnek, nevelést kapnak, stabilabb érzelmi kapcsolatokkal rendelkeznek, ott vannak mögöttük a szülők és a család mint segítő partnerek. Szeretetet kapnak, odafigyelnek rájuk. Voltak azonban olyanok, akik ennek az ellenkezőjét gondolják, szerintük az intézményben élők biztonságban vannak, míg a családban élő diákokkal kevésbé foglalkoznak, sokkal könnyebben szoknak rá drogokra.

A szabadságról is eltérnek a vélemények. Van, aki szerint az intézmény kötött, azon kívül sokkal nagyobb a mozgástér, és akad olyan is, aki nagyobb szabadságot tapasztal a gyermekvédelmi intézményen belül, mint korábban, mikor otthon élt.

Intézményi faktorok: Hogyan segíthet az iskola, az intézmény az esélyteremtésben?

Szintén nyitott kérdés volt az, hogy miként segíthet az intézmény az esélyteremtésben. A válaszadók fontosnak tartják az anyagi támogatást, pl. az ingyen tankönyvet, hogy a gyerekeknek több lehetőségük legyen tanulni, ezáltal nagyobb eséllyel kerülhetnek be a felsőoktatásba. Sokan említették, hogy az iskola vagy az intézmény segítségével lehetőségük van valamilyen tanórán kívüli tevékenységben részt venni, például sportolni vagy szakkörökre, versenyekre járni.

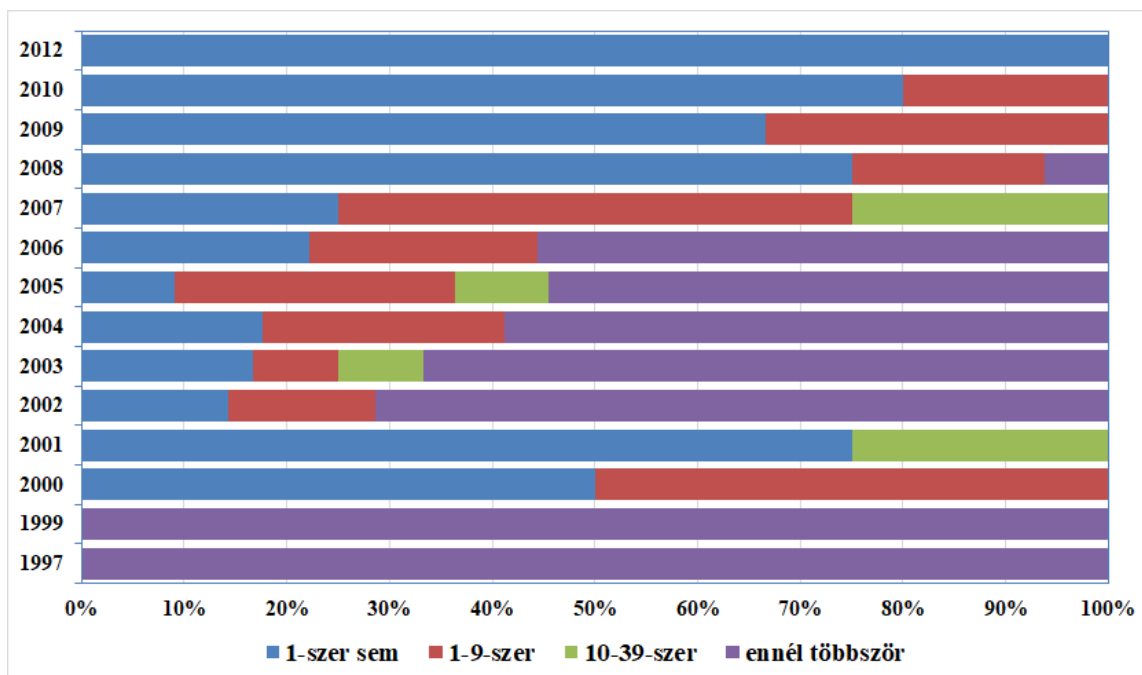
A társadalmi integrációban is nagy támogatást tudnak nyújtani ezek az intézmények, fontos a szerepük a tanulók könnyebb beilleszkedésében, megtanítják őket arra, hogy hogyan segítsék egymást. A válaszok alapján a lelki támogatást is elengedhetetlennek tartják, hiszen sokan otthon nem kapják meg azokat a tanácsokat, beszélgetéseket, melyekre életük során szükségük lenne. A válaszokban a drogprevenciót is kiemelték, úgy vélik, ezzel is segítheti őket az intézmény és az iskola.

Fontosabb összefüggések a függőséget okozó szerek fogyasztásával kapcsolatban

A megkérdezett lányok közel fele (47,8%), míg a fiúknak csak negyede (25%) mondta, hogy még soha nem dohányzott. Kettőnél több doboz cigarettát (eddig életük során több mint 39 alkalommal dohányoztak) pedig a fiúk csaknem fele (46,4%), a lányok több mint negyede (28,3%) fogyasztott már el.

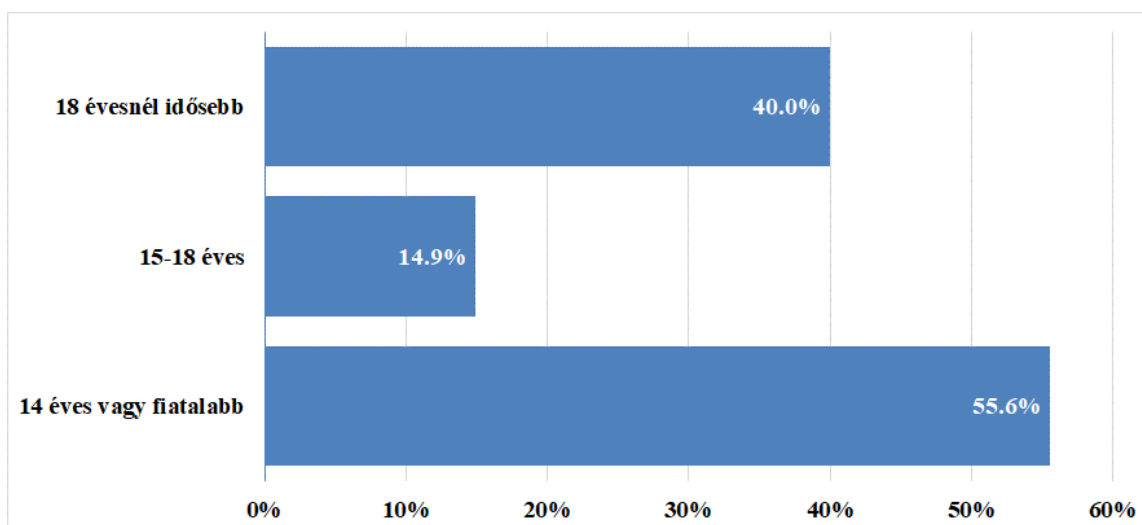
8. táblázat: A dohányzás és a nemek közötti összefüggések

Hány alkalommal fordult elő veled, hogy dohányoztál életed során?		fiú	lány	összesen
egyszer sem	fő	14	22	36
	sorszázalék	25,0%	47,8%	35,3%
1-9-alkalommal	fő	15	7	22
	sorszázalék	26,8%	15,2%	21,6%
10-39 alkalommal	fő	1	4	5
	sorszázalék	1,8%	8,7%	4,9%
ennél többször	fő	26	13	39
	sorszázalék	46,4%	28,3%	38,2%
Összesen	fő	56	46	102
	sorszázalék	100,0%	100,0%	100,0%



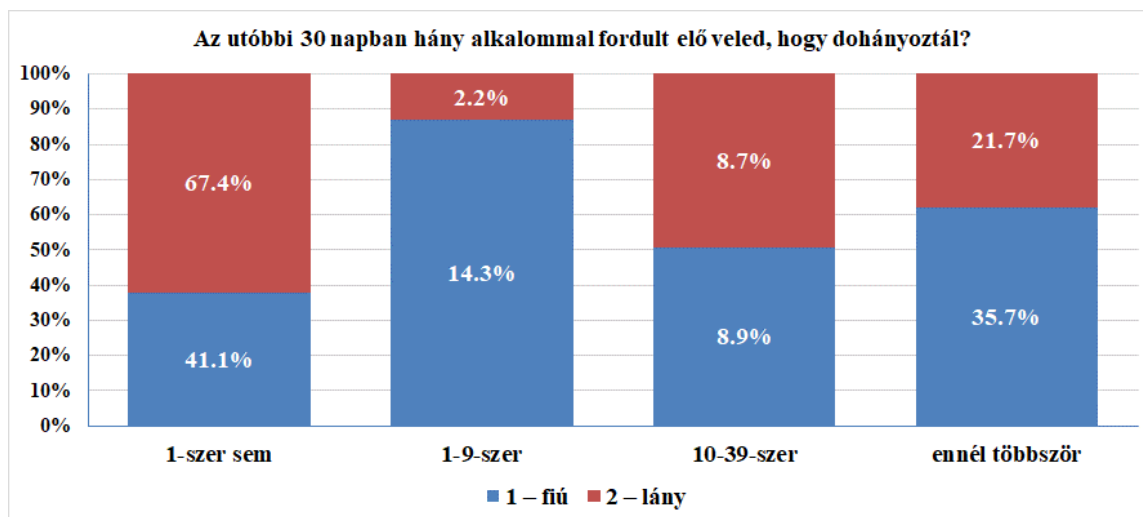
27. ábra Hány alkalommal fordult elő veled, hogy dohányoztál életed során? Születési év szerinti megoszlás

Az általános iskolás korú (14 éves vagy fiatalabb) diákok kb. 56%-a még soha nem dohányzott, 27%-a legalább egyszer dohányzott életében. A 15-18 évesek 70%-a 39-nél többször rágyújtott már. A nagykorúak kevesen voltak a mintában, 40%-uk szívott már el életében minimum két doboz cigarettát (39-nél többször dohányzott).



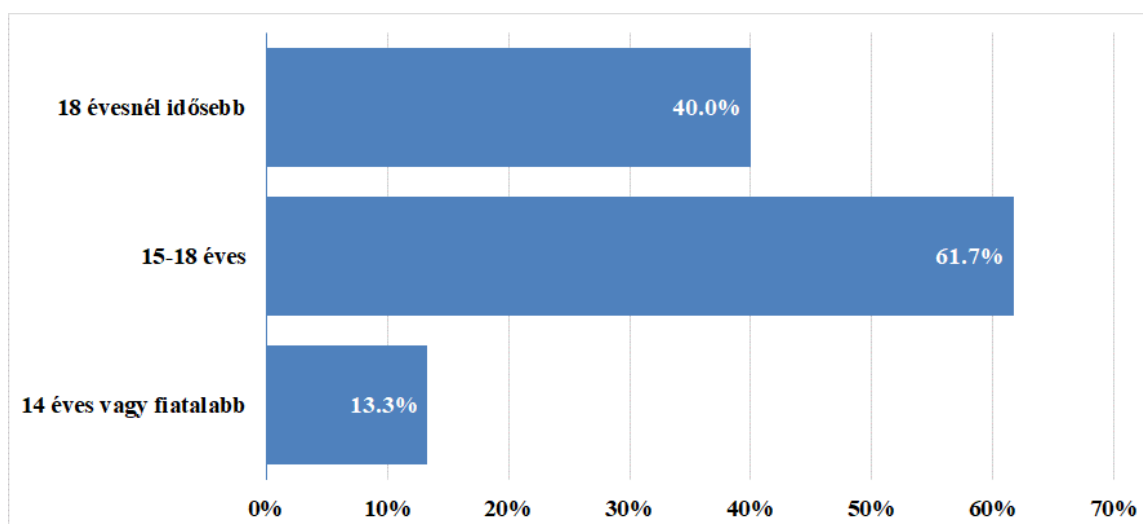
28. ábra Nemdohányzók aránya a megkérdezettek %-ában

Mind a fiúk, mind a lányok között többen alkalmi dohányosok lehetnek, vagy már leszoktak, hiszen sokkal többen jelölték, hogy az utóbbi egy hónapban egyszer sem dohányoztak. Ebben a rövid időintervallumban a nemek közötti különbségek is kisebbek a kérdést tekintve.



29. ábra Az utóbbi 30 napban hány alkalommal fordult elő veled, hogy dohányoztál?

A 14-18 éveseknél a legnagyobb a rendszeresen dohányzók aránya (62%).



30. ábra A rendszeresen dohányzók megoszlása?

A 18 éven felüliek esetén szélsőséges a cigarettafogyasztás, 60%-uk ugyanis egyáltalán nem, 40%-uk 39-nél többször dohányzott az elmúlt 30 napban.

9. táblázat: A dohányzás megoszlása a korosztályok között

	1-szer sem	1-9-szer	10-39-szer	ennél többször
14 éves vagy fiatalabb	75.6%	11.1%	6.7%	6.7%
15-18 éves	29.8%	8.5%	12.8%	48.9%
18 évesnél idősebb	60.0%	0.0%	0.0%	40.0%

A fiúk közül a legtöbb 12 és 14 éves koruk óta, a lányok jellemzően 14 éves koruk óta dohányoznak rendszeresen. Egy tanuló 8 éves kora óta dohányzik rendszeresen.

A lányok nagy része soha, legfeljebb ünnepek alkalmával fogyaszt alkoholt, bár a fiúkhoz képest nagyobb arányuk iszik hetente többször. A fiúk esetében is a leggyakoribb válasz

az alkalmi alkoholfogyasztás volt, de 39%-uk soha nem fogyaszt alkoholt. A 14 év alattiak 73%-a még soha nem ivott alkoholt, de aki igen, az is csak alkalmi jelleggel.

A marihuána kipróbálása inkább a 14-18 éves korosztályra, és azon belül is a fiúkra jellemző. A fiúk körében többen próbálják ki a herbált, viszont a rendszeres fogyasztás inkább a lányokra jellemző.

10. táblázat: Az alkoholfogyasztás és az életkorok közötti összefüggések

Milyen rendszerességgel fogyasztasz alkoholt?				
		14 év alatt	14-18 évesek	nagykorúak
soha	fő	33	11	2
	sorszázalék	73,3%	23,4%	20,0%
csak ünnepek alkalmával	fő	12	26	7
	sorszázalék	26,7%	55,3%	70,0%
havonta	fő	0	3	0
	sorszázalék	0,0%	6,4%	0,0%
havonta többször	fő	0	1	0
	sorszázalék	0,0%	2,1%	0,0%
hetente	fő	0	3	1
	sorszázalék	0,0%	6,4%	10,0%
hetente többször	fő	0	3	0
	sorszázalék	0,0%	6,4%	0,0%
Összesen	fő	45	47	10
	sorszázalék	100,0%	100,0%	100,0%

Fordított arányosság figyelhető meg a gyerekek tanulmányi átlaga és az alkoholfogyasztás rendszeressége között. Míg a soha nem ivók 3,52-es átlagot értek el, a heti többször fogyasztók már csak 2,97-eset.

Hasonló, de kevésbé szembetűnő összefüggés látszik az aktív dohányzás esetében is. Akik soha nem dohányoztak 3,7-es átlagot értek el a legutóbbi félévben, akik 40 alkalomnál többször gyújtottak rá, azok tanulmányi eredménye 3,3.

11. táblázat Az alkoholfogyasztás gyakorisága a tanulmányi átlagok tükrében

Milyen gyakran dohányzol?	Tanulmányi átlag
soha	3,52
csak ünnepek alkalmával	3,41
havonta	3,04
havonta többször	3,50
hetente	3,025
hetente többször	2,97

Akik soha nem dohányoztak, azoknak nagy része (69,4%) alkoholt sem fogyasztott még, és a többiek is csak ünnepek alkalmával ittak alkoholt. A legfeljebb kilenc alkalommal dohányzók esetében hasonlóan alakul az alkoholfogyasztás, de ebben az esetben csak 59,1% azoknak az aránya, akik soha nem fogyasztottak alkoholt sem. Akik már legalább negyven alkalommal dohányoztak, azok között is 40% az alkalmi alkoholfogyasztók

száma. A legtöbbet dohányzók között is 59% a csak ünnepek alkalmával alkoholfogyasztók aránya, a többi kategóriához képest többen vannak azok, akik rendszeresen isznak.

12. táblázat: Az alkohol és a cigaretta fogyasztásának kapcsolata az intézményi fiatalok körében (%)

dohányzás kategóriái	az alkoholfogyasztás kategóriái					
	soha	csak ünnepek alkalmával	havonta	havonta többször	hetente	hetente többször
soha	69.4%	30.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
1-9-szer	59.1%	40.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
10-39-szer	40.0%	40.0%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%
ennél többször	15.4%	59.0%	7.7%	2.6%	7.7%	7.7%

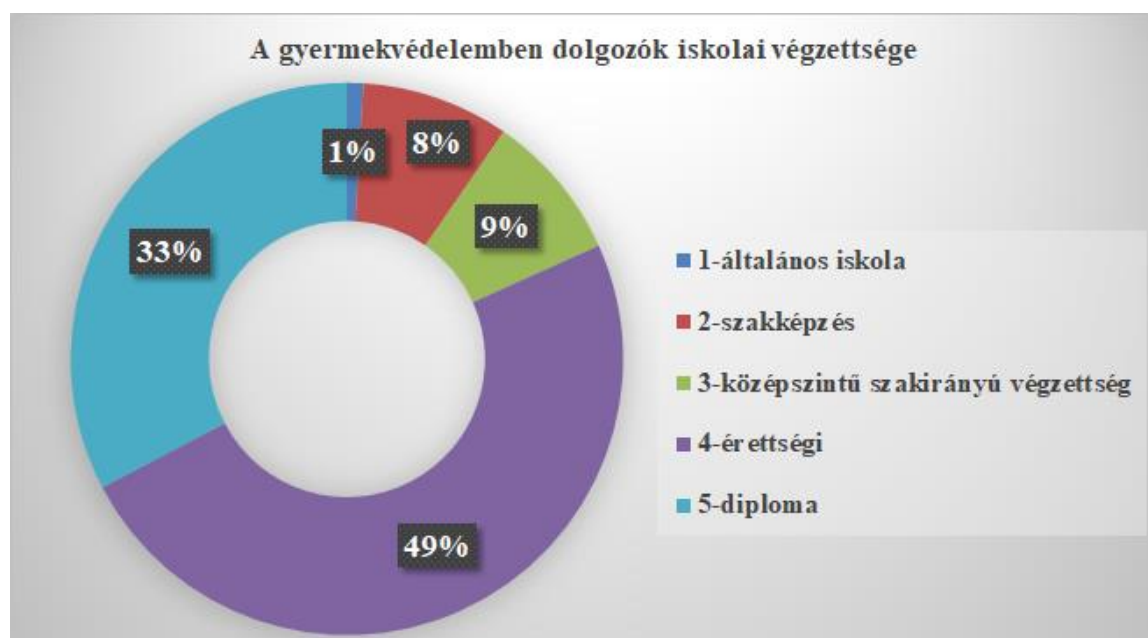
Kérdőíves kutatás az intézményben dolgozó szakemberek körében

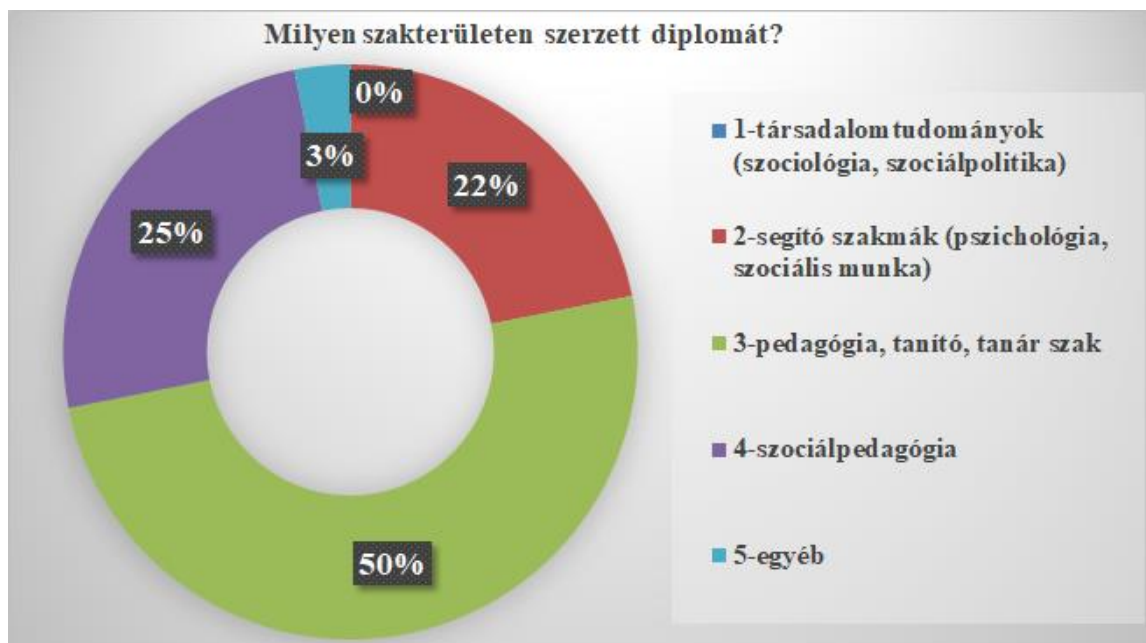
Prominens kutatás a függőséget okozó szerekkel kapcsolatban

Az online kérdőívünket 104-en töltötték ki. Az intézményben a szakdolgozók kétharmadának legfeljebb középfokú végzettsége van, 49%-uk rendelkezik érettséggel és OKJ bizonyítvánnyal. Az egyetemi végzettséggel rendelkezők között vannak pszichológusok, szociális munkások, pedagógusok, tanítók, tanárok, szociálpedagógusok, illetve egy-egy gyógypedagógus, humán erőforrás és művelődésszervező.

13. táblázat: A válaszadók iskolai végzettségének megoszlása

Iskolai végzettség	%
általános iskola	1
középfokú	66
diploma	33

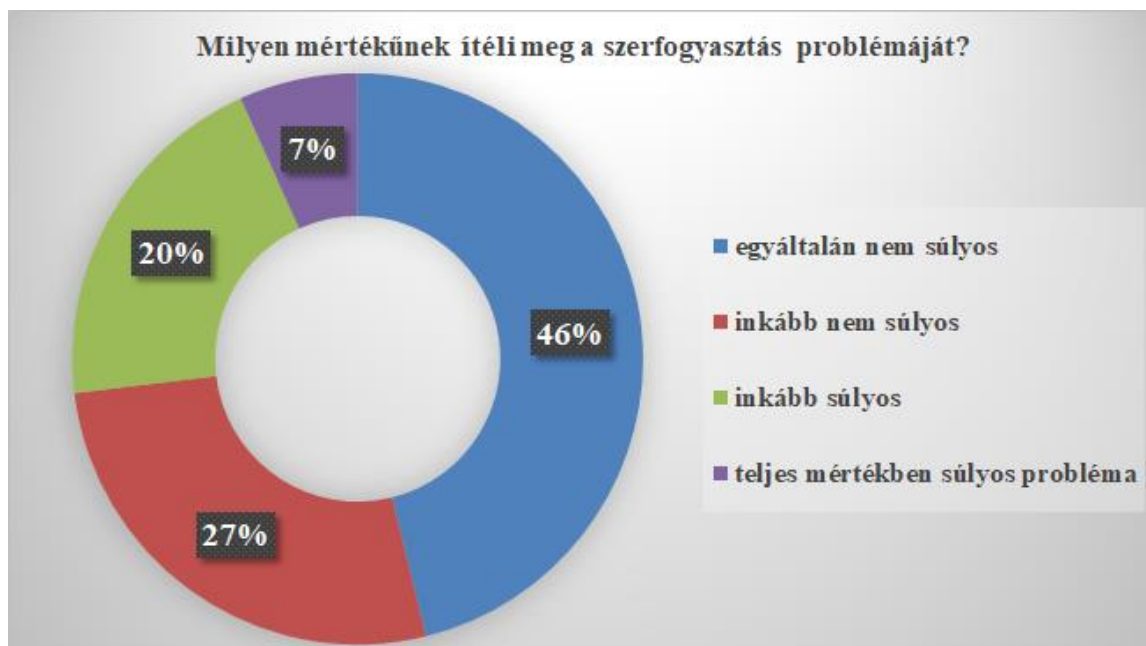




31. ábra: A válaszadók iskolai végzettsége

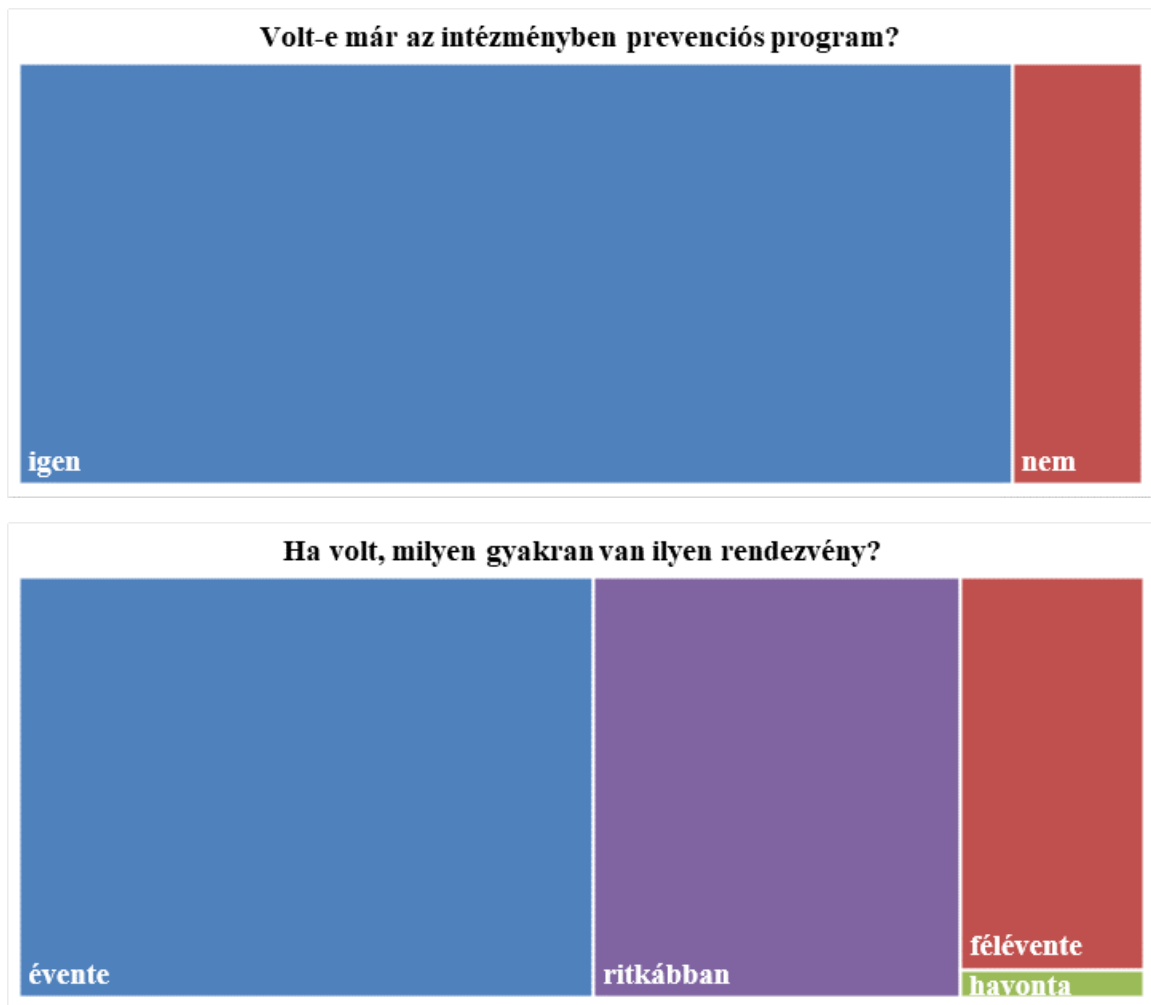
A probléma megítélése, a felelősség megoszlása

A válaszadók nem találják nagy mértékűnek a szerfogyasztás problémáját, 46% szerint egyáltalán nem súlyos, 27% szerint inkább nem súlyos gond a droghasználat az intézményben élők körében.



32. ábra: Milyen mértékűnek ítéli meg a szerfogyasztás problémáját

Ennek háttérében a nevelő munka magas színvonala állhat, és az, hogy a mintába került intézményekben volt már valamilyen drogreveníciós program, a válaszadók közel háromnegyede jelezte, hogy évente legalább egy alkalommal szerveznek ilyen eseményt.



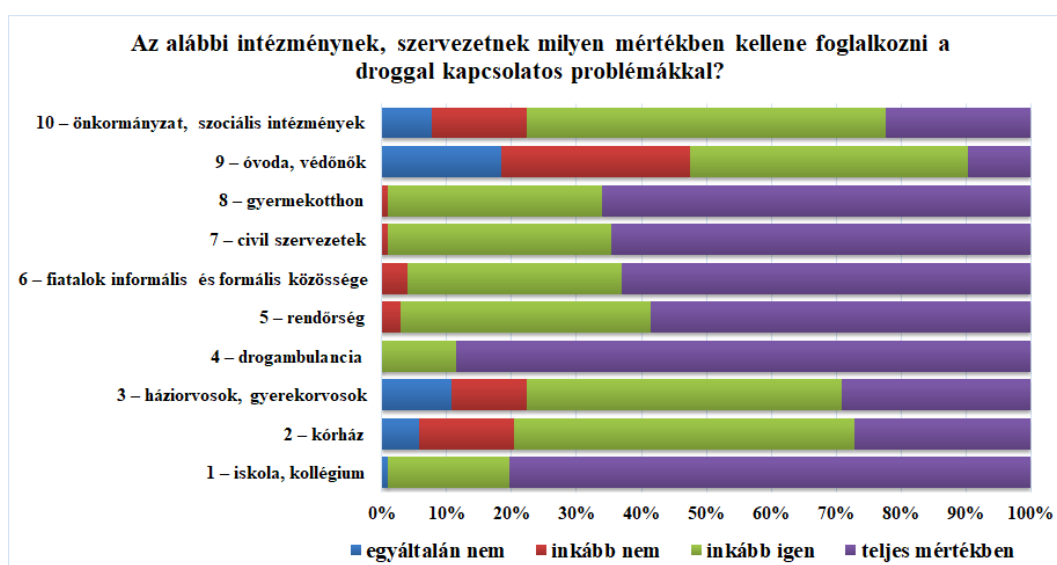
33. ábra: Az intézményi drogprevenciós programok

Az intézményben dolgozók szerint a legnagyobb felelőssége, szerepe az iskoláknak, kollégiumoknak, illetve a drogambulanciáknak van, elsősorban ezen intézmények feladata a szerhasználattal kapcsolatos problémák kezelése, megoldása. Olyan válasz is érkezett azonban, amely a digitális világ szerepére hívja fel a figyelmet, amelyet szintén fel kellene használni drogmegelőzési céllal.

A problémát súlyosnak tartók szerint az egészségügyre és a gyermekvédelmi intézményekre hárul nagyobb felelősség. A diplomás válaszadók szerint pedig leginkább a szociális ellátórendszer (önkormányzat, szociális intézmények, civil szervezetek) feladata, hogy foglalkozzon a szerfogyasztás problémájával.

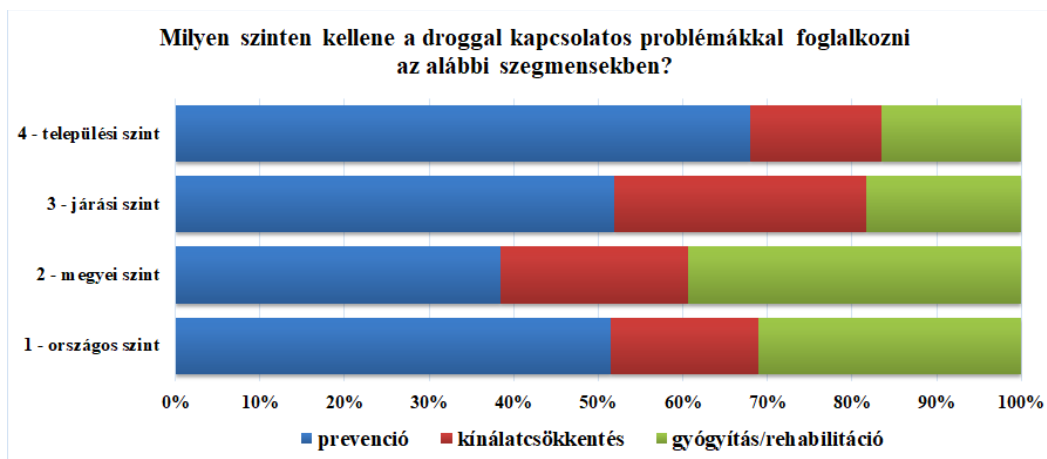
14. táblázat: Felelősségek drogügyben 100 fokozatú skálán (0=egyáltalán nem, 100=teljes mértékben); átlagok

	átlagok 100 fokozatú skálán	kevesebb, mint hat éve a gyermekvédelemben dolgozók	több, mint hat éve a gyermekvédelemben dolgozók	a problémát kevésbé gondnak tartók	a problémát súlyos gondnak tartók	Középfokú végzettséggel rendelkezők	Diplomával rendelkezők
1 – iskola, kollégium	92,69	93,82	91,36	91,87	94,96	91,91	94,00
2 – kórház	66,60	65,11	68,43	63,62	74,96	65,75	67,29
3 – háziorvosok, gyermekorvosok	65,01	63,35	67,07	61,49	74,93	63,85	67,29
4 – drogambulancia	96,08	95,23	97,11	95,53	97,57	95,57	97,00
5 – rendőrség	84,99	86,30	83,40	84,80	85,50	85,72	84,06
6 – fiatalok informális és formális közössége	86,17	88,09	83,80	85,09	89,07	86,54	86,03
7 – civil szervezetek	87,68	85,78	89,89	87,61	87,86	86,51	90,73
8 – gyermekotthon	88,13	90,46	85,23	85,25	96,22	88,00	88,03
9 – óvoda, védőnők	47,51	50,49	43,83	46,54	50,26	48,65	45,68
10 – önkormányzat, szociális intézmények	63,66	63,35	64,04	63,16	65,07	60,40	71,09



34. ábra: Kinek kellene foglalkozni a droggal kapcsolatos problémákkal

A válaszadók szerint települési, járási, megyei és országos szinten is leginkább a drogprevencióval kellene foglalkozni. A válaszadók 68%-a szerint települési szinten a drogprevencióra kell helyezni a hangsúlyt, 52% szerint járási szinten, és 51% szerint országos szinten is. A megkérdezettek 30%-a válaszolta azt, hogy járási hatáskörben a kínálatcsökkentést is előtérbe kell helyezni, a gyógyítást és a rehabilitációt pedig főleg megyei (39%), illetve országos (31%) szinten kellene megoldani, szabályozni.



35. ábra: Milyen szinten kellene a droggal kapcsolatos problémákkal foglalkozni?

A függőséget okozó szerek fogyasztása: okok, veszélyek, következmények

Az intézményekben dolgozók szerint a dohányzás hátterében leginkább a közösségi nyomás áll. A cigarettázásra motiválja a fiatalokat, véleményük szerint a közösség, társaság befogadása, a dohányzás divatossága, és a társak általi biztatás, befolyásolás. Ez utóbbi áll az alkoholfogyasztásra motiváló tényezők között az első helyen, de a második és a harmadik leginkább motiváló tényező már az önbizalomnövelés és a szórakozás áll. A válaszok alapján kábítószer egyfajta menekülésként (egy időre elmúlik körülöttük minden rossz), vagy kíváncsiságból fogyasztják a fiatalok.

15. táblázat: Személyiségtérkép – fogyasztási indokok (%)

	alkohol	cigaretta	kábítószer
1. hogy befogadja őt a társaság	7,8	38	7,9
2. kíváncsiságból	2,9	9	13,9
3. mert ez a divat	2,9	17	4
4. mert ettől lesz önbizalma	14,6	1	3
5. mert mások befolyásolják, biztatják erre	19,4	11	9,9
6. mert így lehet legjobban levezetni az agressziót, feszültséget	3,9	8	8,9
7. mert ez dobja fel a legjobban, ha fáradt	3,9		3
8. mert ettől egy időre elmúlik minden rossz körülötte	7,8	1	37,6
9. mert a tiltott dolgok vonzóak	9,7	6	7,9
10. mert ezt látta otthon	9,7	4	
11. mert fél, szorong			1
12. mert unatkozik		4	
13. szórakozásból	14,6		1
14. mert a média kipróbálásra ösztönöz			
15. mert könnyen hozzáférhető	2,9	1	2

Az egészségkárosító hatású szerek közül a válaszadók szerint a diákok leggyakrabban energiatalt fogyasztanak (41%-uk szerint rendszeresen), illetve kiemelkedik még a herbált használók aránya (a megkérdezettek 17%-a mondta, hogy rendszeresen használnak herbált a tanulók). Emellett ritkán használnak még marihuánát, ecstasyt és speedet. A válaszok alapján az energiatalt átlagosan 11 és fél éves kortól fogyasztanak először a gyerekek. A legtöbb tudatmódosító szert később, 14-15 éves kor felett próbálják ki a diákok, kivétel ezek alól a herbál (13,81 év) és a szipuzás (13 év).

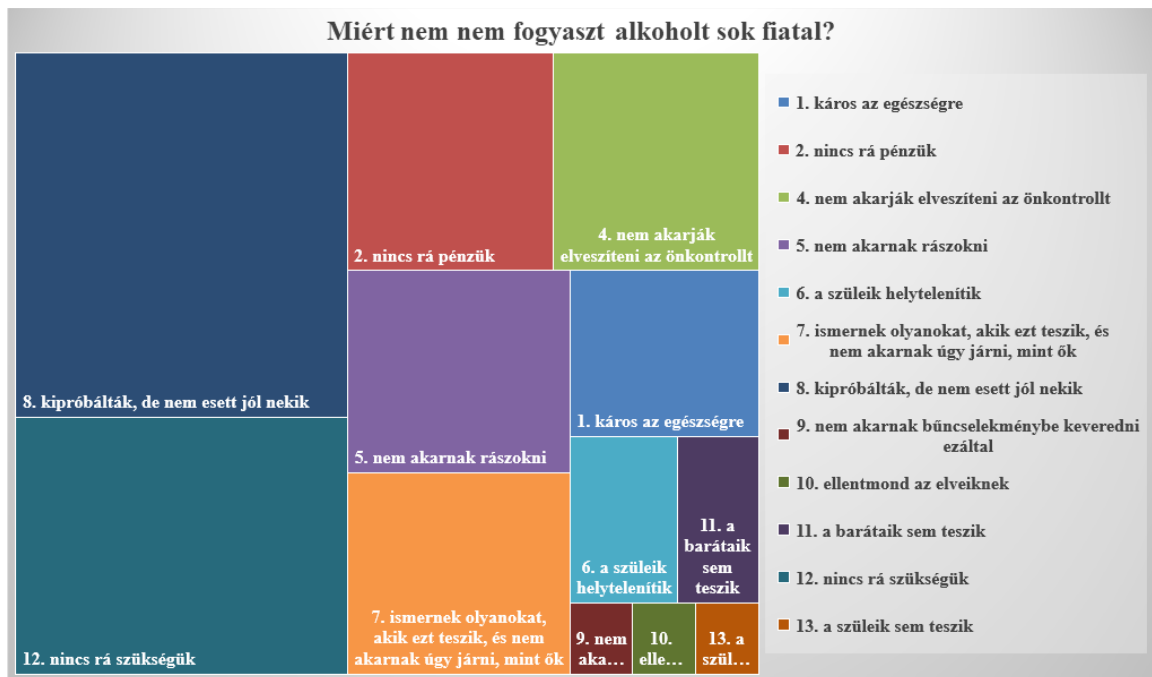
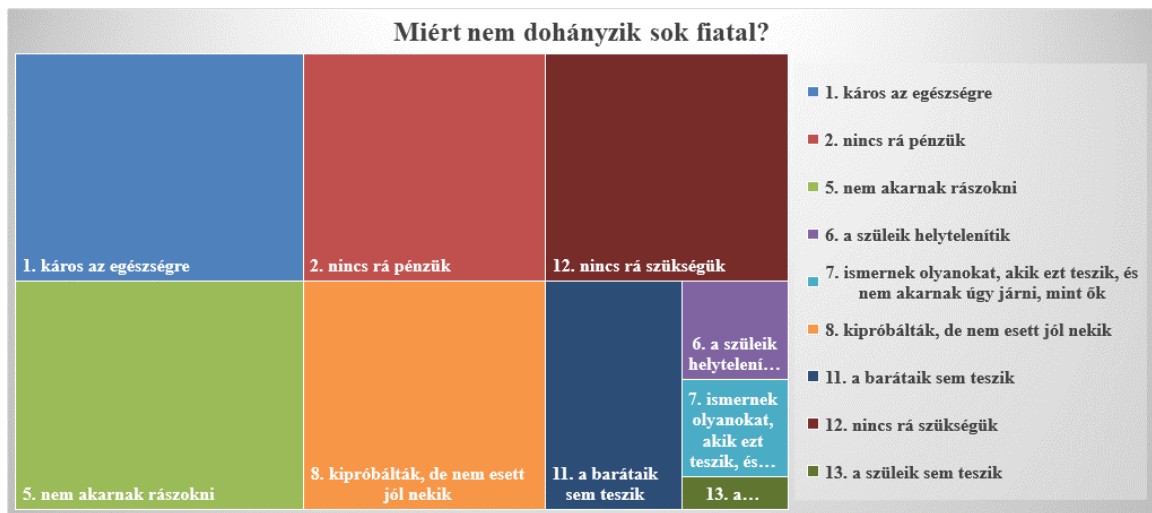
Az intézményekben dolgozók a dohányzást, illetve az energiatalt fogyasztást igen jelentős mértékűnek tartják. A régebb óta a gyermekvédelemben dolgozók mindegyik problémát intenzívebbnek érzékelik, a diplomával rendelkezők pedig (a középfokú végzettséggel rendelkezőkkel szemben) az alkohol, a kábítószer és az energiatalt fogyasztást sokkal nagyobb mértékűnek tartják.

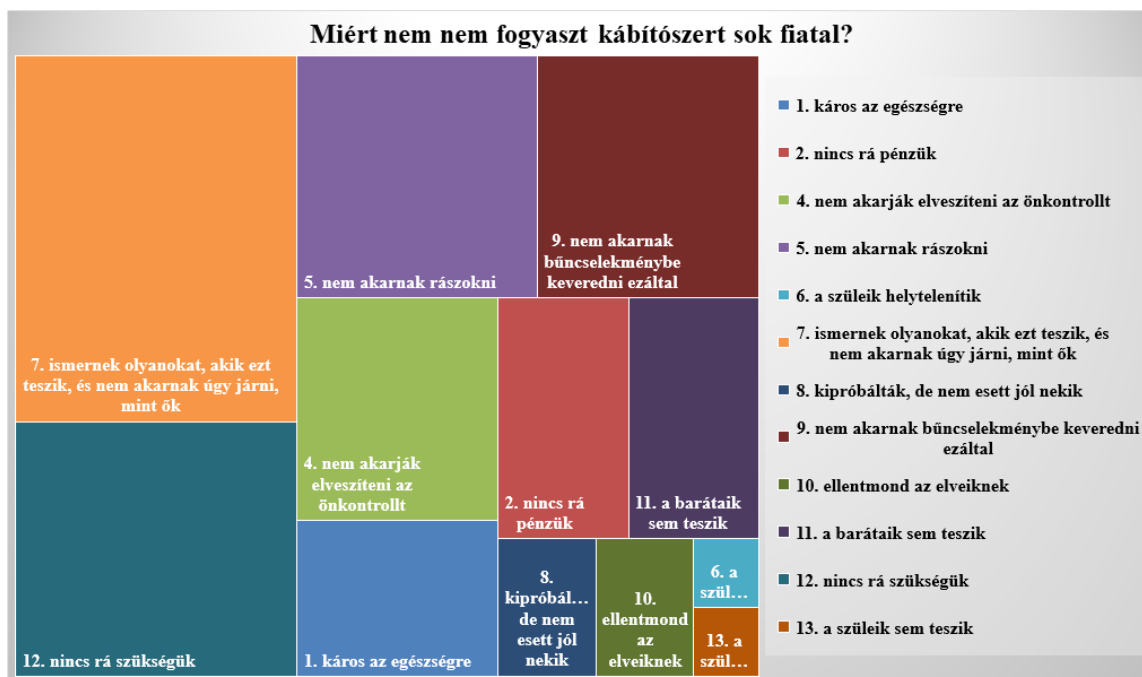
16. táblázat: A függőséget okozó szerek becsült fogyasztása az intézeti gyerekek körében (100 fokozatú skála átlagai: 0=egyáltalán nem elterjedt, 100=teljes mértékben elterjedt); átlagok

	átlagok 100 fokozatú skálán	kevesebb, mint hat éve a gyermekvédelemben dolgozók	több, mint hat éve a gyermekvédelemben dolgozók	a problémát kevésbé gondnak tartók	a problémát súlyos gondnak tartók	középfokú végzettséggel rendelkezők	Diplomával rendelkezők
Dohányzás	84,54	83,68	85,57	81,92	91,57	84,56	85,06
Alkoholfogyasztás	39,38	37,09	42,15	35,17	50,79	38,29	42,74
Kábítószer fogyasztás	28,88	25,47	33,00	25,18	38,89	26,78	33,97
Energiatalt fogyasztás	70,49	67,49	74,13	65,39	84,32	67,75	77,15

A nem fogyasztás lehetőségei

A nem fogyasztás indokai közé az intézmény dolgozói alapvetően normatív okokat sorolnak. Sokan úgy vélik, hogy a nem fogyasztás háttérében az áll, hogy káros az egészségre, de ennél is fontosabbnak tartják a racionális makroszintű érveket, miszerint a fiatalok nem akarnak rászokni a szerre, nincs rá pénzük, nem akarnak bűncselekménybe keveredni, illetve sokaknak szüksége sincs ezekre a tudatmódosító szerekre, esetleg kipróbálták, de nem esett jól nekik.





36. ábra: Miért nem dohányoznak és nem fogyasztanak alkoholt, kábítószert a fiatalok?

Társadalmi, közösségi és egyéni károk

A szakemberek válasza alapján a drogfogyasztás társadalmi kára alapvetően a család és a közösség szétesése. Az egészségügyi rendszer túlterheltségével, az egyéni mobilitás elmaradásával és a morális pánikkal kapcsolatos problémákat a több, mint hat éve az ágazatban dolgozók sokkal intenzívebbnek jelezték. Érdekes, hogy amit összességében a legnagyobb társadalmi kárnak érznek a válaszadók (család és közösség szétesése), azt azok, akik egyébként súlyosnak vélik a szerfogyasztás problémáját kevésbé tartják jelentősnek.

17. táblázat: A drogfogyasztás társadalmi terhei 100 fokozatú skálán (0=legkevésbé jellemző, 100=teljes mértékben előfordul); átlagok

	átlagok 100 fokozatú skálán	kevesebb, mint hat éve a gyermekvédelemben dolgozók	több, mint hat éve a gyermekvédelemben dolgozók	a problémát kevésbé gondnak tartók	a problémát súlyos gondnak tartók	Középfokú végzettséggel rendelkezők	Diplomával rendelkezők
az egyéni mobilitás elmaradása	60,67	57,76	64,06	59,12	64,96	59,87	63,15
a drogkarrier költségeit a társadalom fizeti	63,72	63,95	63,46	60,50	72,56	62,43	66,39

	átlagok 100 fokozatú skálán	kevesebb, mint hat éve a gyermekvédelemben dolgozók	több, mint hat éve a gyermekvédelemben dolgozók	a problémát kevésbé gondnak tartók	a problémát súlyos gondnak tartók	Középfokú végzettséggel rendelkezők	Diplomával rendelkezők
a család / közösség szétesése	83,93	84,36	83,45	86,08	78,32	83,12	85,61
az egészségügyi rendszer túlterhelése	68,20	65,04	71,98	68,05	68,60	68,20	68,21
morális pánik a szűkebb/tágabb közösségben	64,22	60,80	68,37	63,46	66,21	62,72	67,21

A gyermekvédelemben legalább hatéves tapasztalattal rendelkezők a legtöbb egyéni kárt jóval nagyobb mértékűnek tartják. Különösen szembetűnő, hogy míg a kevesebb, mint hat éve e területen dolgozók 17,53 pontra értékelték a bántalmazás előfordulását egy 100-as skálán, addig a nagyobb tapasztalattal rendelkezők 43 pontot adtak ugyanerre. Az iskolai végzettséggel párosítva a legnagyobb különbség a pénz, vagy más tárgy elvesztése, és a rablás, vagy lopás áldozatául esés kérdéseiben van: a diplomások majdnem 10 ponttal gyakoribbnak tartják az értékek elvesztését, s közben a középfokú végzettségűek szerint szintén csaknem 10 ponttal gyakoribb, hogy a gyerekek lopás áldozatai lesznek.

18. táblázat: Alkoholfogyasztásból adódó egyéni károk előfordulása (0=soha, 100=gyakran); átlagok

	átlagok 100 fokozatú skálán	kevesebb, mint hat éve a gyermekvédelemben dolgozók	több, mint hat éve a gyermekvédelemben dolgozók	a problémát kevésbé gondnak tartók	a problémát súlyos gondnak tartók	Középfokú végzettséggel rendelkezők	Diplomával rendelkezők
1 – veszekedés vagy vitatkozás	41,48	37,86	45,79	34,83	60,19	40,44	43,79
2 – verekedés	39,33	35,53	43,87	33,07	56,48	38,52	41,15
3 – pénz, vagy más értékes tárgy elvesztése	46,23	39,61	54,57	43,75	53,38	43,48	52,21
4 – rongálás	52,26	46,06	59,71	45,42	71,46	50,51	56,30
5 – problémák a családdal	52,15	50,00	54,72	48,15	63,69	53,73	49,65
6 – problémák a barátokkal	49,32	47,56	51,56	43,80	63,81	49,66	49,15

	átlagok 100 fokozatú skálán	kevesebb, mint hat éve a gyermekvédelemben dolgozók	több, mint hat éve a gyermekvédelemben dolgozók	a problémát kevésbé gondnak tartók	a problémát súlyos gondnak tartók	Középfokú végzettséggel rendelkezők	Diplomával rendelkezők
7 – problémák a partnerrel	46,32	42,51	50,80	39,92	65,00	45,56	48,21
8 – problémák a tanárokkal	45,21	39,87	51,62	38,58	63,85	44,71	46,63
9 – iskolai átlag csökkenése	48,06	44,60	52,49	40,04	70,27	46,23	52,45
10 – szexuális kapcsolat védekezés nélkül, nem kívánt terhesség	48,40	46,77	50,39	41,93	66,37	48,25	49,18
11 – abúzus	31,30	17,53	43,00	29,80	37,71	28,15	35,13
12 - alkohol vagy a szer hatása alatt autó vagy motor vezetése	17,53	17,13	18,04	15,65	22,88	18,26	15,50
13 - rablás vagy lopás áldozata	29,07	28,80	29,40	25,92	38,40	32,08	23,03
14 – rendőrségi problémák	46,85	43,93	50,35	41,11	62,59	46,93	47,12
15 – szökés, elrejtőzés	53,14	49,40	57,61	46,09	72,44	54,40	51,18

A kábítószerfogyasztás legjellemzőbb következményei a válaszadók szerint a családi problémáik, bár ezeket sem tartják olyan jelentős mértékűnek mint az alkoholfogyasztás esetében. A régebb óta a pályán lévők minden felsorolt kárt nagyobb mértékűnek tartanak, mint a hat évnél kevesebb ideje a gyermekvédelemben dolgozók.

19. táblázat: Kábítószer fogyasztásból adódó egyéni károk előfordulása (0=soha, 100=gyakran);
átlagok

	átlagok 100 fokozatú skálán	kevesebb, mint hat éve a gyermekvédelemben dolgozók	több, mint hat éve a gyermekvédelemben dolgozók	a problémát kevésbé gondnak tartók	a problémát súlyos gondnak tartók	Közép fokú végzettséggel rendelkezők	Diplomával rendelkezők
1 – veszekedés vagy vitatkozás	31,73	27,02	37,23	28,17	41,59	31,06	33,97
2 – verekedés	28,75	25,25	33,02	25,45	38,15	30,09	26,84
3 – pénz, vagy más értékes tárgy elvesztése	35,72	28,80	43,85	32,20	46,28	34,08	40,09
4 – rongálás	39,69	31,23	50,12	35,93	50,36	37,90	44,24
5 – problémák a családdal	40,13	34,91	46,66	37,18	48,42	39,71	42,18
6 – problémák a barátokkal	39,18	32,51	47,72	36,32	47,12	38,28	42,12
7 – problémák a partnerrel	38,43	34,93	42,82	34,44	49,65	37,14	42,15
8 – problémák a tanárokkal	34,46	30,00	39,84	30,28	45,88	32,03	40,15
9 – iskolai átlag csökkenése	38,82	31,89	47,13	33,11	54,85	34,62	48,27
10 – szexuális kapcsolat védekezés nélkül, nem kívánt terhesség	33,44	29,46	38,32	29,88	43,38	32,60	36,19
11 – abúzus	22,96	14,00	33,09	20,05	33,00	20,85	26,76
12 - alkohol vagy a szer hatása alatt autó vagy motor vezetése	16,53	17,13	15,77	16,09	17,77	17,53	15,03
13 - rablás vagy lopás áldozata	26,61	23,11	30,82	24,36	33,08	27,86	25,03
14 – rendőrségi problémák	39,13	30,6667	49,2889	31,74	59,88	36,17	46,15
15 – szökés, elrejtőzés	43,60	33,7222	55,7273	37,26	61,15	42,31	47,59

A gyermekvédelmi intézmények dolgozóinak válaszai alapján a gyermekotthonban leginkább a fogyasztás hatásainak tompítására törekednek. A szerek fogyasztásának káros hatása alapvetően a tudáshoz való hozzájutás elmaradásában jelentkezik, amely lehet egyéni szintű (pl. bukás), de lehet közösségi szinten is értelmezhető (pl. óra alatti bomlasztó viselkedés).

20. táblázat: A függőséget okozó szerek fogyasztásának lehetséges következményei az intézményben (100 fokozatú skála átlagai: 0-egyáltalán nem, 100 teljes mértékben)

	100-as skála átlaga
az iskola vezetése általi fegyelmezés következtében iskolát vált	31,09
részvétel elterelésen	32,02
kártérítések fizetése	33,37
igazolatlan hiányzás betegség miatt	35,08
sürgősségi ellátás igénybevétele	35,39
igazolt hiányzás betegség miatt	36,32
problémák vannak a pedagógusokkal	39,79
bűnelkövetés a droghasználattal kapcsolatban	41,27
speciális fejlesztő foglalkozások látogatása	45,61
bukás	53,27
rendszeres iskolakerülés	58,53
nem tud/képes továbbtanulni	60,73
a tankötelezettség korhatárának átlépése	61,62
olvasási nehézségek	62,09
nem motivált az iskolai jó teljesítményre	62,14
óra alatti bomlasztó viselkedés	63,08
az iskolát nem élvezi	64,96

A gyermekvédelmi szakellátásban részesülők esélyteremtési útjai

Mikro- és makroszintű változtatásokat egyaránt jeleztek a válaszadók. A jelen tanulmányban főként a helyben megvalósítható – módszertani – lépéseket hangsúlyozzuk, mivel alapvetően a helyi lehetőségek kutatására fókuszáltunk. Ezeket a változásokat, változtatásokat alapvetően egy olyan belső pedagógiai és szociális együtt gondolkodásból kiindulva lehet elérni, amely nem a formális oktatást (mint módszertan támogatását és alkalmazását) tűzi ki célul, és amelynek fontos eszköze a szakmai csapatok közötti együttműködés a jelenben (prevenciós céllal) és a felnőttkor utáni időszakban is⁸.

Az intézményi dolgozók szabad szöveges válaszaikban az alábbi problémákat és szükséges változtatásokat és azok eléréséhez szükséges eszközöket rögzítették.⁹

- A gyerekek rengeteg egyéni foglalkozást, fejlesztést igényelnének, ehhez a foglalkoztatott szakemberek száma kevés, több hozzáértő szakemberre és pszichológiai támogatásra lenne szükség.
- Probléma, hogy a többség elutasító, nem fogadja el a segítséget.
- Több beszélgetésre van szükség és fejleszteni kell a kötelességtudatot.
- Alapvető probléma a gyermekvédelmi szakemberek alulfizetettsége és az ezzel járó fluktuáció, ezért nincs stabil nevelői hálózat. Az otthonról kivett gyerekek nem érzik a biztonságot, és nyugalom, biztonságérzet nélkül nincs fejlődés.

⁸ Természetesen a válaszokban a makrohelyzet problémáit is rögzítjük.

⁹ 18. kérdés Ön szerint vannak-e különbségek a gyermekotthonos gyerekek és a nem gyermekotthonos gyerek esélyei között? Ha igen, melyek ezek?

19. kérdés: Ön szerint miként segítheti a gyermekvédelmi ágazat, az iskola, a gyermekotthon ezen diákok esélyteremtését?

- Differenciált oktatásra van szükség., hogy csökkenjen a korai iskolaelhagyás.
- Erősíteni kell a tanulók szociális biztonságát. Erőteljesebben kell nyitni a külső világ felé, növelni kell az önbizalmukat, és nagyobb önállóságot kell adni nekik. Szükséges, hogy heti szinten szakemberek foglalkozzanak velük, iskolaszünetekben is.
- Több drogreveníciós program kell, szaporítani kell a beszélgetések számát.
- Hangsúlyt kell fektetni a felzárkóztatásra, életvezetésre, ösztönözni, motiválni kell a tanulókat.
- Nagyon fontos az utókövetés, valamint az, hogy az intézmény minél inkább próbálja az önálló életben való boldogulásra nevelni a fiatalokat.
- Nem csak a jogokra, hanem a kötelességekre is hangsúlyt kell fektetni.
- Bővíteni kell a nevelőszülői hálózatot.
- Kisebb létszámú csoportok szükségesek, amelyekkel olyan szakemberek foglalkoznak, akik következetesek, biztosítják a fegyelmet, és képesek pozitív mintát, utat mutatni, segíteni, és szerető környezetet teremtenek. A nagyobb kontroll miatt a problémák hamarabb észrevehetők, közvetlenül tud a gyerek segítséget kapni (szabályrendszer léte és működése)
- Olyan szabadidős elfoglaltságokat kell kínálni a diákoknak, amelyek kihívást jelentenek, de szórakoztatást is nyújtanak, és növelik összetartozás érzését.
- Elő kell segíteni a tanulóknak a szakma megszerzését, munkahelyeket kell teremteni.
- Nagyon fontos a bizalmi kapcsolat kiépítése, fenntartása.

Ezek a válaszok jórészt azt is leírják, hogy milyen hátránnyal küzdenek a gyermekvédelmi gondoskodásba került gyermekek. Azzal kapcsolatban, hogy milyen különbségek vannak a családban felnövő gyermekek és a gyermekvédelmi intézményben élő gyermekek esélyei között, a válaszadók a családi devianciákra, a szocializációs problémákra és az ezekből fakadó összetett esélyteremtési kérdésre koncentrálnak.

- A családokból olyan diákok érkeznek az intézményekbe, akik már láncdohányosak, és kipróbálták az alkoholt, kábítószer. Tanulási nehézségekkel küzdenek, ingerszegény környezetből, kevés szókinccsel, rossz szociális körülmények közül kerülnek az intézménybe. Hátrányaik leküzdése szinte lehetetlen.
- A családi háttér hiánya miatt a gyermekvédelmi intézményekben nevelkedő fiatalok nehezebb helyzetben vannak, hiányzik a családi háttér, kötődési problémáik vannak, nincs mögöttük aktív támogató háttér, nehezebb segíteni nekik, könnyebben kerülnek problémás szituációkba.
- Egy gyermekvédelmi intézményben élő diáknak nagyon kell kötődnie az őt nevelő felnőttökhöz, hogy elfogadja a tanácsait. A családban nevelkedőknek erősebb a kötődése és hite.
- A család összetartó ereje, a családi normák átadása hatamlas előny a családban felnövő gyerekek számára.
- Az intézményben élő diákok hamarabb és könnyebben kerülnek rossz társaságba, ahol megtalálják a káros szereket. Ennek ellenére nekik is megvan a lehetőségük, hogy nemet mondanak.

- A gyermekvédelmi intézmény nem helyettesíti a családot, nem teremt valóságos, életszerű mindennapokat. Az intézményben élő diákoknak minimális a problémamegoldó képességük, nincs reális jövőképük. Nincs keresetük, nem tudnak spórolni.
- Az intézménybe kerülő diákok esélyei jobbak, mintha otthon lennének, de nagy részük nem tudja vagy akarja ezt látni, kihasználni.
- A családban élő fiatalokra több figyelem jut, és több bizalom van a szülőkkel szemben. A gyermekvédelmi intézményben élő diákok a sorstársaikra hallgatnak inkább.
- Az intézményben élő diákok bekerülésük előtt a szülői mintákat tekintik normálisnak, így a családba vágyódnak vissza, bármilyen rosszak is a családi körülmények.
- A társadalom egészen belül is hatalmas különbségek vannak a lehetőségekkel kapcsolatban, nem csak attól függenek egy diák esélyei, hogy intézményben vagy családban nő fel.
- A gyermekvédelmi intézményben élő diákokat gyakran éri hátrányos megkülönböztetés az iskolában vagy munkahelyen.

Összegzés

Az EFOP-1.8.9-17 kódszámú, és a lakosság egészségkultúrájának fejlesztésére, hatékony, a célcsoportokhoz igazított egészségkommunikációval az egészségtudatosság növelésére, szemléletformáló és prevenciós programok megvalósítására vonatkozó közös pályázati kiírás címe „Legyen más a szenvedélyed!”, amely reflektál az individuumot előtérbe helyező korszellemre, megfogalmazható akár úgy is, hogy „a te szenvedélyed, a te függőséged”. Az individuális értékek mellett azonban arról is beszélni kell, hogy mindennek ára van, amely árat közösen fizetjük meg, a felelősség mindannyiunké.

Ha életmódkutatásról írunk, fontos megvitatni azt is, hogy milyen társadalmi, közösségi, egyéni kár következik be egy, a függőséget preferáló döntéshelyzet, egy rossz minta, vagy akár a kíváncsiság következtében. Mérlegre kell helyezni a súlyokat és az ellensúlyokat a választott életmód kapcsán, meg kell vizsgálni, hogy vajon működnek-e azok az önreflexiók, amelyek visszahozzák az egyént a devianciából a fősodorba?

Jelen tanulmányban Komárom-Esztergom megyei gyermekvédelmi intézményeket vizsgáltunk a szenvedélybetegség megelőzése érdekében az ellátórendszer fenntartható, hatékony megelőzési rendszerének kialakítása céljából.

Kvalitatív és kvantitatív módszereket használva tekintettük át a gyermekvédelemhez kötődő ifjúságsegítőkkal, prominens szakemberekkel és természetesen a diákokkal az ifjúságszociológia aktuális kérdéseit a függőséget okozó szerekekkel, a prevenciós lehetőségekkel, az egészségmegőrzéssel, az iskolai mobilitással, illetve a jövőképpel összefüggésben.

A kutatás alapján megállapítható, hogy „lehet más a szenvedélyt” találni, ehhez azonban olyan közösségi, intézményi háttér szükséges, amely biztonságot, önbizalmat és motivációt ad a fiataloknak, hogy a problémák elől ne a könnyű és gyors menekvést adó „lebegésbe” meneküljenek.

Az előzetes tudásanyagból és a kérdőív nyitott kérdéseiből is kiderült, hogy a gyermekvédelmi intézményekben felnövő diákok komplex hátrányokkal küzdenek. Közös jellemzőjük a védtelenség, a biztonságérzet hiánya, amely a negatív családi mintákból, illetve kötődési problémákból eredeztethető. E problémák megoldásához egyszerre szükséges egyéni és közösségi szociális munka, illetve a strukturális fejlesztés is.

Olyan jó-gyakorlatokat kell támogatni, amelyek nem növelik és erősítik a gyermekvédelmi ellátórendszer izolációját, hanem támogatják és ösztönzik az intézményben és családban élő diákok közös szocializációs folyamatát. Ezek a jó-gyakorlatok a nem formális képzés, oktatás és ismeretszerzés jellegzetességeit követik. Teszik ezt azért, mert a hagyományos poroszos ismeretszerzésen keresztül nem feltétlenül lehet átadni a tanulóknak azokat a kulcskompetenciákat, amelyek a XXI. században elengedhetetlenül szükségesek.

A kérdés láthatóan összetett, érinti a tágabban vett szociálpolitikát, a makro és a helyi tervezést, az esélyek egyenlőségét, de mikro szinten a kulcskérdés az, hogy biztosított-e a fiatalok számára egy megtartó közösség, van-e a közelükben közösségépítő erő.

Foglalkozni kell azzal, hogy a függőség milyen társadalmi és egyéni károkat okoz, melyek azok a negatív folyamatok, amelyeket a kialakuló vagy kialakult függőség indít el egyéni, családi, anyagi, illetve társadalmi szinten, ideértve különösen az egészségügyi és oktatási rendszerre ható folyamatokat. A szakértői válaszadók szerint a leginkább jellemző társadalmi kár az iskolai előmenetelben érhető tetten. A gyakori szerfogyasztó figyelme szétaszort, nem érdeklődik a körülötte lévő világ iránt, nem tud megfelelni a közoktatás normakövető világának, nem tud eligazodni abban.

E károknak a megelőzés és elhárítása összetett feladatokat indukál. A gyermekvédelmi ellátórendszerbe kerülő fiatalok reintegrációja kizárólag társadalmi segítséggel valósítható meg. Ez az a közösségi érték, amit a társadalom, a gazdaság ad azért, hogy minél több hasznos tagja legyen.

Mellékletek

1. Szarvák Aranka: A fókuszcsoportok tapasztalatinak összegzése

2020. július 9-én két fókuszcsoportos interjú készült a drogfogyasztás okozta társadalmi károkról.

Az interjúkon a Komárom-Esztergom Megyei Gyermekvédelmi Központ, Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat gondoskodásában élő 12-16 éves fiatalok egy csoportja (továbbiakban: kortárs csoport), illetve az intézmény keretein belül dolgozó szakemberek (továbbiakban: szakértői csoport) vettek részt.

A drog fogalmát a szakértői csoport interjújához előre definiáltuk a közös gondolkodási keret kialakítása érdekében. *Drognak számít minden függőséget okozó, tudatmódosító, legális és illegális szert (alkohol, cigaretta, energiaital, illegális kábítószer).*

A kortárs csoporttal készített interjú során elsősorban a fiatalok legális drogokkal (alkohol, dohány, energiaital) kapcsolatos attitűdjét igyekeztünk feltérképezni, ami a kipróbálási és fogyasztási szokásaikat is befolyásolja a feltevésünk alapján.

I. A szakértői csoport esetében a kérdések az alábbi területeket vizsgálták:

1. A drogprobléma kérdéskörét érintően, mivel jellemeznék a helyzetet?
2. A probléma kezelését érintően milyen területeken tartják eredményesnek a rendszer működését és milyen területeken nem?
3. Van-e ma Magyarországon tudatos szerhasználat?
4. A jelenséggel kapcsolatban mit neveznének „társadalmi kárnak”?
5. Mennyiben és hogyan forintosítható ez a kár és ebben vannak-e területi és társadalmi különbségek?

II. A kortárs csoport esetében a kérdések az alábbi területeket vizsgálták:

1. Mit tekintenek drognak?
2. Mi a függőség mértékegysége?
3. A drogfogyasztás szempontjából van-e különbség az állami gondoskodásban felnövő fiatalok és a családban felnövő fiatalok között?
4. Mit tekintenek protektív tényezőnek?

I. A szakértői csoport tapasztalatai

A résztvevők a drogfogyasztás jelenségét a *hozzáférhetőség*, a *motivációs faktorok* és a *prediktív, hajlamosító tényezők* mentén közelítették meg.

A *hozzáférhetőség* esetében a legális drogok száma („sok”) és megszerezhetősége („könnyű”) került szóba.

A *motivációs faktorok* közül az *unalmat* és a *kortárs hatást* említették. A szakértők általános tapasztalata, hogy a kamaszoknál nincs jelen a félsz, a káros következményekről azt gondolják, hogy azok rájuk nem vonatkoznak, „*velük úgysem fog megtörténni*”. A

szakértői csoport tagjai úgy érzik, hogy az internetes közösségek növekvő szerepe miatt ez a folyamat még szélsőségesebb irányba változik. Mindent még nagyobb közönség előtt és még több lájkolásért kell csinálni.¹⁰

A *hajlamosító tényezők* közül a környezeti hatások szerepét hangsúlyozták, ezen belül is a *család* (és a családon belül a szerfogyasztó szülői minta) és a *média* szerepét találták meghatározónak (a szerfogyasztást népszerűsítő, de a valóságot torzító tartalma miatt).

A résztvevők úgy vélekedtek, hogy a *hajlamosító tényezőkkel* szemben sem a család, sem a pedagógus nem tud *védelmeszként* működni. Ez a vélemény arra enged következtetni, hogy az értéket közvetítő színterek működését nem tartják megfelelőnek.

A szakértők szerint a rendszer működése nem eredményes a hazai *drogpolitika* konzervatív, tiltáson alapuló, teljes absztinenciát hirdető hozzáállása miatt. Ennek része, hogy megengedő és elnéző a felnőttek alkoholfogyasztásával szemben, és a médiában futó *gyógyszer reklámok* révén azt a *megküzdési mechanizmust* rögzíti a gyerekekben, arra szocializálja őket, hogy „*a gyógyszer jó, ha beveszem, mindent megold*”. A helyzetet tovább nehezíti, hogy a felnőtt társadalom nem nyújt hiteles mintát a fiataloknak.

A *prevencióval* kapcsolatban a válaszokból az derült ki, hogy a résztvevők nem rendelkeznek konkrét információkkal a köznevelés keretében szervezett helyi programokról. Úgy gondolják, hogy nincs folyamatosan jelen lévő program, a beavatkozások elsősorban ad hoc jellegűek és kizárólag információátadásra épülnek (előadások). A köznevelésből általánosságban hiányolják a *differentiált oktatást* („*Különbséget kellene tenni, nem ugyanabból az anyagból tanítani!*”), a *kisebbségi osztálylétszámokat*, a *férfi pedagógusok jelenlétét*, a *pedagógus szakma presztízsét*, a *pedagógusok önálló döntési jogkörét* és a *komplementer szakembereket*.

A szakemberek válaszai alapján az alábbi az alábbi programok működhetnének jó-gyakorlatként.

- *közösségépítő programok*, amelyekben kiemelt szerepe van a speciális szakemberek közreműködésének
- *szociális készségfejlesztő, személyiségfejlesztő programok*, melyek növelik a fiatalok önbecsülését, ezáltal hatékony prevenciós eszközként működnek
- a *korai intervenciót* szem előtt tartó programok
- következetes üzeneteket tartalmazó *kampányok*

Az interjúalanyok nem tartják hatékonyak az egészségügyi rendszer keretében megvalósuló *kezelést és ellátást*. Ennek okait részben a *szakemberhiányban* látják, részben

¹⁰ Sarah-Jayne Blackmore szerint a kockázatkereső magatartás hátterében az áll, hogy a jutalomérzet kialakításáért felelős limbikus rendszer hiperérzékeny kamaszkorban, míg a racionális döntéshozatalért felelős prefrontális kéreg még fejlődésben van ebben a szakaszban. Forrás: S.J.B.: Önmagunk feltalálása – A serdülő agy titkos élete.

pedig abban, hogy olyan ártalomcsökkentő szolgáltatások¹¹ kerültek perifériára a konzervatív drogpolitika következtében, mint a túcsere program és metadon kezelés.

Hiányoznak a rendszerből azok a szolgáltatók is, melyek átmenetet képeznek a prevenció, a kezelés és ellátás, illetve a rehabilitáció területei között. A szakértők szerint ezek a szolgáltatások kiemelkedő jelentőségűek a magas rizikófaktort képviselő csoportok (pl. a lakóotthonokban nevelkedő fiatalok) esetében, ők ugyanis veszélyeztetettek, de még nem szorulnak kezelésre, rehabilitációra¹².

A szakértők azt is megemlítették, hogy nincsenek jelen olyan szolgáltatók, akik motiválják a belátással nem rendelkező szenvedélybetegeket arra, hogy segítséget kérjenek. Amennyiben a családot veszélyezteti a szerhasználó magatartása, elfogadhatónak tartanak a kényszergyógykezelés intézményét¹³, ami jogilag még létező eljárás, azonban nem az addiktológia területén alkalmazzák. A kényszerítés¹⁴ intézményesített formája, már csak a köznyelvben él tovább a függőségekkel kapcsolatban.

A szerhasználattal kapcsolatos változások (a designer drogok terjedése) a kezelő és ellátó rendszerre is hatással vannak. A változó szerösszetétel miatt, az egészségügyi dolgozók sem tudják, hogy milyen kezelést alkalmazzanak a tünetek alapján, ami az egészségügyi beavatkozás hatékonyságát csökkenti.

A rendszer további nehézségei közé sorolták az interjúalanyok a reintegráció és utógondozás kérdéskörét és megoldatlan problémának tartják a női alkoholisták kezelését. *A kínálatcsökkentéssel* és a dílerekkel kapcsolatban az iskolarendőrök jelenlétét nevezték meg visszatartó erőként.

A szakemberek szerint a rendszer működésére rendkívül káros, hogy a vendéglátó és kereskedelmi egységek működtetői olykor kiszolgálják a fiatalkorúakat alkohollal és dohányáruval. A felnőtt társadalom ezáltal maga tanítja meg a fiatalokat arra, hogy hogyan lehet megkerülni a szabályokat.

Jó-gyakorlatként kiemelt szerepe lenne a *vendéglátó egységek ellenőrzésének*, a *jogsértően működő helyek megbüntetésének*, valamint a *drogmentes szórakozóhelyek* létrehozásának és pl. adókedvezménnyel történő támogatásának.

A rendszer működésében eredményesnek minősítették a dohányzás ellenes *kampányokat* és a nemdohányzók védelmében született intézkedéseket. Fontosnak tartják, hogy a

11 Az ártalomcsökkentés gyakorlati beavatkozások összefoglaló neve, amelynek célja a kábítószer-fogyasztás okozta egyéni, és makroszintű egészségügyi, szociális és gazdasági károk mérséklése. Forrás: <http://drogfokuszpont.hu/szakteruleteink/artalomcsokkentes/>

12 Ezt a feladatot látják el az alacsony-küszöbű szolgáltatók.

Forrás: http://drogfokuszpont.hu/fogalomtar/fogalomtar-i/#Alacsony_

13 A kényszergyógykezelésről a 13/2014. (XII.16.) IM rendelet rendelkezik. A kényszergyógykezelést abban az esetben rendeli el a Bíróság, ha valaki személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó bűncselekményt követ el, de elméműködésének kóros állapota miatt nem büntethető, és tartani kell attól, hogy szabadon hagyása esetén újabb bűncselekményt fog elkövetni.

14 1990-re szűnt meg a Munkaterápiás Alkohollevonó Intézet. (A Minisztertanács 1974-es döntése alapján hozták létre az alkoholprobléma kezelésére.) Forrás: Kovács Katalin: A kényszerítés kényszere. Az alkoholizmus kezelése Nagyfán és Nagyfa nélkül.

Illetve az 1990 évi XIV. tv. az alkoholisták bíróság által elrendelt intézeti gyógykezelésének megszüntetéséről is rendelkezett, melyet végül a 2003. VIII. tv. helyezett végleg hatályon kívül.

kábítószerrel kapcsolatosan is induljanak céltudatos kampányok, amik felhívják a figyelmet, hogy mitől legális vagy illegális egy szer és segítsenek eloszlatni tévhiteket pl. a herbálról. „*Valóban gyógynövényt kap 500 forintért?!*”

A dohányárak áremelése pozitívan hat, mivel a felnőttek meggondolják, hogy megvegyék-e cigarettát, és akár azt is, hogy leszokjanak róla. Ugyanez az alkohol fogyasztására nem vonatkozik, az áremelés nem csökkenti a fogyasztást, hatása csupán annyi, hogy a fogyasztó az olcsóbb terméket fogja megvásárolni.

A *fogyasztás* szempontjából tapasztalható *társadalmi különbségek* témáját érintően a megkérdezettek azt emelték ki, hogy „*a kipróbálás korosztályi jellemző. Mindenki kipróbál valamit, csak annak a költsége más.*” Hiányolták a szülői kontrollt abból a szempontból, hogy a szülő nem ellenőrzi, hogy mire költi a zsebpénzét a gyerek.

A *társadalmi státusz*, a *lakóhely* és a *motiváció* egyaránt hatással van a szervválasztásra és a fogyasztásra. „*Van, amit egy lakóotthonos nem engedhet meg magának.*”

A *motiváció* szempontjából a „*menőzést*” és az „*egyéni trauma feldolgozását*” említették.

A megyében nem jellemző a speed, az extasy és a kokain, de elterjedt a metamfetamin¹⁵ és a herbál. Alkoholfogyasztással kapcsolatos tapasztalata a szakértőknek, hogy „*azt issza meg a fiatal, amihez hozzájut.*”

A tubákolásról¹⁶ azt állapítják meg, hogy a társadalmi státusztól függetlenül mindenki csinálja.

A drogfogyasztás okozta *társadalmi kárral* összefüggésben az egyik szakértő véleménye az, hogy a drogosok léte egy tünet, önmagában ez a társadalmi kár, ami a negatív folyamatok eredménye. „*Beteg a család, mint rendszer, beteg az iskolarendszer. Így nem lehet csodálkozni, hogy van egy csomó tünethordozó. A függőség pedig visszahat.*”

A *közneveléssel* összefüggésben a megkérdezettek azt nevesítették, hogy a pedagógusokra hárul a drogfogyasztás kezelése is, tetézzve ezzel a többi, rájuk háruló feladatot, problémát. A drogfogyasztásból eredő közneveléshez kapcsolódó károk közé sorolják a szakértők a korai iskolaelhagyást is.

Családi és össztársadalmi szinten megjelenő társadalmi kárként említették a szakértők, hogy a szerfogyasztó eltartott, vagyis nem jelenik meg sem a családban, sem a társadalomban termelőerőként. Családi szinten további kárként jelenik meg, hogy a szerhasználó, ha vannak gyermekei átadja a negatív mintát, ezáltal nő a deviáns viselkedés rizikója. A szakértők különbséget tettek az alkalmi szerhasználók és a függők között: „*A*

¹⁵ A metamfetamin egy pszichostimuláns pszichoaktív szer. Ennek a kábítószernek a köznyelvi neve a kristály, meth (ami inkább amfetamin-szulfátot jelent). A nemzetközi addiktológiával foglalkozó pszichiáterek szakvéleménye szerint a metamfetamin a leginkább ártalmas diszkódrogok egyike. A világ legtöbb országában jogilag tiltott a drog bármilyen célú használata, mert semmilyen gyógyászati hatást sem tulajdonítanak a szernek. A világ egyes országaiban például az USA-ban korlátozott mértékben, engedélyezett gyógyászati célú felhasználásra is. Forrás: Wikipédia

¹⁶ Az általános ismeretek szerint a tubákolás az, amikor a kézfejre kiszórt dohányt az orron keresztül szippantják fel. Forrás: Wikipedia (Burnout)

fiatalok nagy része nem lesz lecsúszott, nem lesz kuka. A sérülékenyebbek kevesebben vannak. Nem ez a kritikus tömeg. A többség beáll a rendszerbe.”

A negatív minta átadása nem csak családi, hanem a tágabb környezetben is jelen van a mindennapokban. *„A kisebb látja a nagyot, akihez rosszullét miatt mentőt hívnak, de ez a kevésbé rossz, mert legalább szem előtt van a fiatal. Az egészségügyből pedig úgyis hazaengedik 2 nap múlva, akkor is, ha szerhasználat mellett falcolt.”*

A szakértők a forintosítható társadalmi károk között említették a függők ellátásának, illetve a szerhasználattal összefüggő fertőzőbetegségek kezelésének, továbbá az elfogott szerhasználók és dealerek ellen folytatott büntetőeljárásnak és büntetésvégrehajtásnak a költségeit is. Össztársadalmi szinten kiemelték még a kiesett adóbevételt is, családi szinten pedig közvetlenül jelentkező anyagi kár a kiesett jövedelem.

Szintén a károk forintosításával kapcsolatban említették a szakemberek a drogok *beszerzésének* költségeit, egy gramm herbál 500 Ft, egy füves cigaretta 3000 Ft, egy gramm kokain (ami helyben nem jellemző) pedig 6-10000 Ft.

Az interjú során felmerült a marihuána legalizálásának kérdésköre, ami azáltal csökkentené a társadalmi károkat, hogy az ellenőrzött minőségű drog kevesebb egészségügyi kárt okoz. Megemlítik, hogy a marihuána orvosi célokra, különösen fájdalomcsillapításra is alkalmazható.

A *tudatos szerhasználat* megítélésével kapcsolatban a szakértők véleménye, hogy a mai fiatalok jóval több információval rendelkeznek a szerek hatásmechanizmusáról, mint az átlag felnőtt. Tisztában vannak a hatásukkal és azzal, hogy más szer hogyan fejt ki ellenhatást. Ugyanakkor ennek az állításnak egy markáns ellenpéldája az az elterjedt tévhit, hogy a biofű természetes anyag.

Az interjú során elhangzott, hogy a szerhasználat *motivációjában* jelen van a tudatosság. Feszültségoldó, stresszcsökkentő céllal használják mind a fiatal, mind a felnőtt korosztály tagjai, pl. a cigarettát. Az alkoholfogyasztás, mint feszültségoldó eszköz elsősorban a felnőttekre jellemző. Volt, aki az alkohollal kapcsolatban megengedőbb hozzáállást tanúsított, más szerint azonban jelzésértékű, ha valaki egész nap arra gondol, hogy ihasson valamit, ha hazamegy.

A lakóotthonban élő fiatalokra vonatkozóan ennek az ellenkezője fogalmazódott meg: *„A mi gyerekeink semmit nem csinálnak tudatosan. Mindent csak menekülésként tesznek. Unaloműzés, nem akarnak jelen lenni.”*

Megjelent olyan egyéni vélemény is, mely a mai fiatalok sokkal egészségtudatosabb életet élnek pl. a mozgás, étkezés szempontjából, mint a felnőttek. Ehhez az is hozzájárul, hogy egyre több lehetőség is áll rendelkezésre. Az egészségtudatosságban szerepet játszik a mindennapos testnevelés és az otthoni minta is.

A sportot a beszélgetés folyamán többször is protektív tényezőként említették, ami ugyan nem feltétlenül a kipróbálással szemben nyújt védelmet, amely korosztályi sajátosság a véleményük szerint, de megtartóerővel bír.

II. A kortárs csoport tapasztalatai

A kortárs fókuszcsoport vezetője felvezeti a beszélgetést. Ismerteti az interjú célját, ami a fiatal korosztály véleményének megismerése a drogfogyasztással és annak következményeivel kapcsolatosan.

A nyitó kérdés arra vonatkozik, hogy a jelenlévők mit tekintenek drognak.

A válaszokban a fiatalok az alábbi szereket, tárgyakat említik: kristály, telefon, kokain, partidrogok, varázs, energiaital, bio, koffein, kávé.

A fókuszcsoport vezetője a felsorolásból kiemeli a korosztály körében az egyik legnépszerűbb legális szert, az energiaitalt és rákérdez, hogy azt drognak tekintik-e.

A fiatalok igennel válaszolnak, elhangzik, hogy „*az is káros*”, „*koffeint tartalmaz*”, és azonnal visszacsatolást várnak, hogy a koffein valóban drog-e. Kisebb vita alakul ki a koffeinről, egyesek szerint „*ha drog lenne, nem árulnák a boltban.*”

A beszélgetés közben többen mobiltelefonoznak, rá is szólnak egymásra, hogy tegyék el az eszközt.

A fókuszcsoport vezetője összefoglalja, hogy milyen szereket tekintenek a jelenlévők drognak. Kiemeli, hogy a felsoroltak közös nevezője a *függőség*, majd megkérdezi, hogy mit gondolnak, hogy mit jelent ez a fogalom, és hogy a cigarettát drognak tartják-e.

A többség szerint a cigaretta drog, és meg is nevezik azokat a társaikat a csoportból, akik dohányoznak. Van, aki határozottan látja az összefüggést: „*Függőséghez vezet, úgyhogy az is drog.*” Néhányan azonban nem tartják drognak a cigarettát, megemlítik, hogy „*nem drog, csak káros*”, és hasonlóan az energiaitalhoz, ha drog lenne, „*akkor nem árulnák*”, illetve „*függőséget okoz, de nem drog*”. Ezekkel a véleményekkel kapcsolatban is visszajelzést, megerősítést várnak.

A fókuszcsoport vezetője újra kiemeli a közös nevezőt, a *függőséget*, és megkérdezi, hogy napi hány cigarettát tartanak a jelenlévők függőségnek? Mi a függőség mértékegysége?

A jelenlévők közül van, aki a gyakorisággal méri, és azt mondja, hogy függő a láncdohányos, aki kétpercenként rágyújt. Mások szerint az elszívott cigaretta mennyisége a mérvadó, és azon vitatkoznak, hogy 1 vagy 2 doboz fogyasztása tekinthető függőségnek.

A cigarettázás következményeivel kapcsolatban néhányan a „*kár*” és a „*méreg*” fogalmakat említik. A fókuszcsoport vezetőjének kérésére, az egyik fiatal pontosít, és megemlíti a cigaretta tüdőre gyakorolt hatását. Egy másik résztvevő a májat érintő következményekről beszél, de a többiek jelzik, hogy a májat az alkohol károsítja.

A fókuszcsoport vezetője kéri a jelenlévőket, hogy beszéljenek arról, hogy az alkohol drog-e.

A cigarettához hasonlóan, a jelenlévők egy része úgy vélekedik, hogy nem, és ismét felmerül a függőség fogalma. Abban lényegében mindenki egyetért, hogy az alkohol függőséget okoz, egy fiatal azt is elmondja, hogy az édesapja alkoholista. Egy másik résztvevő szerint az alkohol *„jó hangulatot kelt, ugyanúgy, mint a drog”*. Ismét vita alakul ki, kéri a fókuszcsoporthoz vezetőjét, hogy segítsen tisztázni az eredeti kérdést, hogy drog-e az alkohol.

A fókuszcsoporthoz vezetője felhívja a fiatalok figyelmét, hogy felmerült egy új szempont, hogy az alkohol jó hangulatot kelt, és megkérdezi, hogy miért lehet erre szükség.

A kérdésre különböző válaszok érkeznek. Egy résztvevő csak annyit említ, hogy *„stressz”*, más szerint *„van, aki azért iszik, mert szereti”*, de hozzáteszik azt is, hogy *„nem az alkoholt szereti, hanem a hatását”*. Az alkoholfogyasztás okaként felmerül a magányosság is, és egy fiatal szóba hozza, hogy hozzá is lehet szokni az alkoholhoz, szerinte *„egy idő után az embert tényleg már meg sem üti a pia”*.

A kérdező arra kíváncsi, hogy a jelenlévők mondtak-e már nemet, amikor valamilyen szerrel kínálták őket.

A kérdésre kevés hozzászólás érkezik. Egyik ezek közül, hogy *„nem lehet visszautasítani, ha felajánlanak egy slukkot”*.

A fókuszcsoporthoz vezetője próbálja bevonni a lányok egy csoportját, akik eddig még nem szólaltak meg. Kíváncsi, hogy ők hogyan látják a kérdést.

A fiúk azonban gúnyolódni kezdenek rajtuk, az egyik megkérdezi, hogy ez egy olyan konferencia-e, ahol korábbi szerhasználók (sajátélményű segítők vagy tanúságtevők) is részt vesznek. A fókuszcsoporthoz vezetője tisztázza, hogy a beszélgetés nem konferencia, hanem egy kutatás része. A sajátélményű előadóval kapcsolatosan megemlíti a Quimby énekesét, aki szintén szerhasználó volt, és sajnos úgy néz ki, hogy most ismét visszaesett, de a hozzászólásokból kiderül, hogy nem ismerik Kiss Tibit. A témát azzal zárja le, hogy nehéz a pörgésből kijönni.

A további kérdések arra vonatkoznak, hogy jelenlévők véleménye szerint a gyermekotthonban ezeknek a kérdéseknek más-e a súlya, mint a nem GYIVI¹⁷-ben élők körében.

Ismét különböző válaszok érkeznek, van, aki azt emeli ki, hogy *„kint többen csinálják, bent csak 2-3 gyerek”*, más úgy vélekedik, hogy *„mi azért nem csináljuk, mert nincs rá pénzünk”*. Az anyagi szemponttal kapcsolatban felmerülnek az árak. A fiatalok úgy tudják, hogy egy csomag fű 2.000 - 2.500 forint, a designer drogok ára pedig 500 forint körül mozog.

A fókuszcsoporthoz vezetője visszakanyarodik a visszautasítással kapcsolatos kérdéshez, és kéri, hogy beszéljenek arról, hogy mi lehet a visszautasítás indoka.

¹⁷ A GYIVI elnevezést a fiatalok használták a beszélgetés során, annak ellenére, hogy már nem így nevezik az intézményt.

Ketten a rosszulletet említik. Az egyikük így fogalmaz: „*Beleszívok kettőt és félek, hogy meghalok. Kipróbálni kipróbáltam, utána jött egy halálfélelem és utána nem csináltam.*” Az egyik jelenlévő elmeséli, hogy a bátyjától kapott drogot két éve (13 évesen) és „*lefejelte a billentyűt*”, fájt tőle a gyomra. Egy másik résztvevő szerint a drogozás a „*fiatalság betegsége*”.

Az egyik fiú megkérdezi, hogy az eddig csendben ülő öt lány miért van ott, szerinte a lányok „*hozzá sem tudnak szólni. Azt sem tudják, hogy mi az a herbál. Menjenek a fenébe!*” Az interjú vezetője kiemeli, hogy sokfélék vagyunk, és nem az a fontos, hogy csak olyanok vegyenek részt a beszélgetésben, akik már fogyasztottak valamilyen tudatmódosítót, hanem az, hogy az eltérő egyéni tapasztalatokkal rendelkező fiatalok hogyan vélekednek a kérdésről.

A fókuszcsoporth vezetője visszatereli a beszélgetést a visszautasítás témájához, megkérdezi, hogy mi lehet visszatartó erő, és hogy a fiatalok eredeti családjában volt-e szó erről a témáról.

A visszatartó tényezők között említik a kosárlabdát, a csajozást és a számítógépet. Az egyik résztvevő ironikusan megjegyzi, hogy náluk 8 gyerek volt a családban, „*volt hangulat, apu azért lett alkoholista*”.

Ezután ismét szóba kerül, hogy védettebbek-e a lakóotthonon belül élő fiatalok.

A résztvevők kezdeti aktivitás után nehezen bevonhatók, megint azon vitatkoznak, hogy azok a lányok, akik nem szólnak a témához, miért vannak itt.

Szóba kerül, hogy mi az a szabadidős tevékenység, amit szívesen csinálnak?

Többen a kosárlabdát említik. Más bekiabál: „*Iszunk.*”

A fókuszcsoporth vezetője megkérdezi a fiatalokat, hogy mi a véleményük a sorozatfüggőségről, és hogy milyen sorozatot készítenének a GYIVI-béli életéről.

A sorozatfüggőségre vonatkozó kérdésre nem érkezik válasz, önként senki nem jelentkezik, a fiúk a lányokra mutogatnak. A GYIVI-béli élet megfilmesítésével kapcsolatban van olyan, aki nem venné filmre, más azt mondja, hogy olyan lenne, mint a „Fák jú, Tanár úr!”. Ezután arról beszélnek, hogy mit jelent a „*fuck you*” kifejezés.

Arra a kérdésre, hogy a jelenlévők károsnak tartják-e a képernyő függőséget az alábbi válaszok születnek.

Van, aki megfogalmazza, hogy tudja, hogy elvileg káros, de magára vonatkoztatva, nem tartja annak. A telefonhasználattal kapcsolatban van, aki viccesen megjegyzi, hogy a nap 24 órájából 12 órát telefonozik, a másik 12 órában alszik. A válaszokból kiderül, hogy a fiatalok általában zenét hallgatnak vagy játszanak a számítógépen, laptopon. A digitális oktatás őket nem érintette a járvány idején.

A fókuszcsoporth vezetője megkérdezi, hogy hogyan érzik magukat a fiatalok a lakóotthonban.

Az egyik fiú elmondja, hogy Pesten már több intézetben is volt, és hangsúlyozza, hogy Oroszlányon a legjobb, mert ott nincsenek olyan szigorú szabályok és a nevelők is megértőbbek velük. Máshol azt tapasztalta, hogy a kijárás korlátozottabb volt, és ha nem tartotta be a szabályokat, akkor azért szigorú büntetést kapott.

Következő kérdésével a fókuszcsoport vezetője azt próbálja feltárni, hogy a jelenlévők szerint egy lazább vagy egy szigorúbb intézményben jobb élni.

A többség véleménye, hogy jobb egy lazább intézmény, de egy résztvevő szerint kell a szigorúság, kellenek a korlátok.

A jelenlévők a konkrét indokok között azt említik, hogy azért jó itt¹⁸ lenni, mert itt *„normális a társaság, nem öljük meg egymást minden nap”*. Azonban arra a kérdésre, hogy az általuk megfogalmazott jó közösségben miről szoktak beszélgetni, az a válasz érkezik, hogy nem szoktak beszélgetni, *„inkább egymást szidják, kibeszélik”*. Az egyik résztvevő ismét a csendben ülő öt lányra utalva megjegyzi, hogy *„Ők szoktak beszélgetni egymást közt. Ők a fehérbőrűek.”*

A közös programok között említik a bográcsolást és a lángosozást. Az a véleményük, hogy nem a nevelők miatt nincs több program, hanem mert a csoportokon belül nincs igazi összetartás, amelynek egyik oka a csoportokon belüli korkülönbségek lehetnek.

A fókuszcsoport vezetője a jövőképükről, családalapítási terveikről kérdezi a fiatalokat.

A jelenlévők erre a kérdésre nem tudnak válaszolni, nem tudják, hogy mivel szeretnének majd foglalkozni.

A következő téma, hogy a jelenlévők min változtatnának, mi az, amit hiányolnak a lakóotthonból.

A következő válaszok érkeznek: *„fehér kenyér”, „több zsebpénz”, „két éve mondják, hogy felújítják az udvart”, „új kosárpalánk”, „saját TV”*. Olyan is van azonban, aki azt válaszolja, hogy mindene megvan.

A fókuszcsoport vezetője megkérdezi, hogy ha lenne olyan szabadidős tevékenység, ami lekötné őket, akkor vajon kevésbé fogyasztanának-e drogot, alkoholt, cigarettát.

A fiatalok nem a kérdésre válaszolnak, egyikük megemlíti, hogy *„ha betiltanák a cigit, akkor itt olyan örültség lenne a világban. Nem fogják betiltani, mert abból van a legtöbb pénz. Meg az alkoholból és a kristályból.”* Nem a szabadidős tevékenységekről beszélnek, hanem más kapcsolódó témákról, amelyekről részinformációik vannak, pl. Pablo Escobarról vagy Hollandiáról.

Ehhez kapcsolódóan elhangzik a kérdés, hogy vajon meg lehet-e szüntetni a drogozást Magyarországon, illetve, hogy mit gondolnak a marihuána legalizálásáról?

¹⁸ Oroszlányon

Mindannyian egyetértenek abban, hogy nem lehet megszüntetni a drogozást, és a marihuána legalizálását sem tartják jó ötletnek. Egy vélemény szól amellett, hogy legalizálni kellene a füvet, „*a sima hollandot*”, mert „*a fű állítólag egészséges, de már azt is felütik sok mindennel.*”

Felmerül a kérdés, hogy vajon mennyire lehet kihagyni a drogfogyasztást a fiatalok életéből.

A fiatalok véleménye, hogy „*egyszer mindent ki kell próbálni.*”, „*nem baj, hogy kitalálták ezeket a dolgokat.*”

Indirekt véleményként megemlítenek egy az országos médiában megjelenő hírt a 28-as villamoson megtámadott fiatalemberről, akit egy drog hatása alatt álló férfi szúrt le, mert a fiatalember nem engedte megsimogatni a kutyáját. Vélemény nem hangzik el, csak a történet, és hogy az elkövető kristályozott.

Visszakanyarodik a beszélgetés a szabadidő témájához, és hogy milyen zenét hallgatnak szívesen.

Egy előadó, Manuel neve hangzik el a zenehallgatással kapcsolatban. Kisebb vita alakul ki a zenei ízléssel kapcsolatban, néhányan a külföldi előadókat szeretik, mások a cigány zenét. Az is kiderül, hogy a legtöbben a YouTube-on hallgatnak zenét.

A fókuszcsoport vezetője visszautal a beszélgetés elejére, amikor a drogok egészségkárosító hatásáról volt szó, és megkérdezi, hogy a jelenlévők drogfogyasztási szokásai mennyire veszélyeztetik az egészségüket.

A válaszok alapján a jelenlévők nem fogyasztanak drogot, így az az egészségüket sem károsítja, néhányan azonban megemlítik a dohányzás káros hatásait. Újra felmerül, hogy még mindig nem tisztázott, hogy drog-e a cigaretta.

Az utolsó kérdés arra irányul, hogy vajon mi védhet meg a drogozástól. Lehet-e a drog helyett más szenvedélyt találni?

Többen a sportot említik, de van olyan, aki a focizás után még jobban kívánja a cigarettát.

A fókuszcsoport vezetője jelzi, hogy lejárt az időkeret és megköszöni a fiataloknak, hogy részt vettek a beszélgetésen.

2. Burián Eszter: Szakértői interjúk

2.1.

Interjúalany: Kormos Piroska, egy Pest megyei alapítvány és egy budapesti egyesület munkatársa.

Az interjúalany 15 éve a drogprevenció területén dolgozik, jelenleg egy alapítványnál, ami elsősorban általános iskolai szinten, megelőző foglalkozásokat kínál gyerekek számára. Emellett egy egyesületnél, ahol szenvedélybetegek hozzátartozóival foglalkoznak (felnőtt hozzátartozók és a szenvedélybetegek gyerekeivel is).

Hogyan jellemezné 5 mondattal a drogproblémák kezelésének kérdését: specifikusan a megelőzés területét érintően?

Amióta ebben a szférában dolgozom, a drogproblémát mindig is kiszélesítve láttam, nem csak kábítószer, hanem a drog úgy általában, mint tudatmódosítószer. Az alkohol probléma és a viselkedési addikciókkal együtt. Szerintem így is kell kezelni. Én ilyen nagyban látom ezt a kört. Ha ebben a témában tartok foglalkozást, csoportokat szervezek, mondjuk egy improv színház társulattal, akkor is arra figyelünk, hogy a lehető legteljesebben érintjük ezt a kört. Ne csak a kábítószerekről legyen szó, hanem legyen szó akár, a gyerekeket érintően a videójátékokról, vagy az alkoholoról. Azt gondolom, hogy sokkal nagyobb kört érint. Főleg, ha kamaszokkal dolgozunk, akkor fontos megemlíteni a játékot, és meg kell említeni az alkoholt, hiszen előbb fognak ezzel és a cigarettával találkozni, mint a kábítószerrel. Nyilván nem zárja ki egyik a másikat, akár mindegyikkel is találkozhat, de én fontosnak tartom, hogy így az egészet egybe kezeljük. Ilyenkor kell a függőség természetéről beszélni és a segítségnyújtó helyekről.

A helyzet kétségbeejtő. Az elmúlt években egyre rosszabb az, ahogyan kezeljük. Nem értek egyet a 2020 Magyarország drogmentes vízióval, merthogy elérhetetlennek tartom. Nem hiszem, hogy akkor szűnik meg egy probléma, ha nem beszélünk róla.

A drogprevenció első szintje, az ártalomcsökkentés. Ez a prevenció, hogy megelőzzük a szerhasználat kialakulását. Aztán van az a szint, ahol a szerhasználónak segítünk abban, hogy terápiába kerüljön és abbahagyja a szerhasználatot. Van az ártalomcsökkentő szemlélet, ami azt mondja, hogy a szerhasználó nem tart ott, hogy ő most abba tudja hagyni a szert, de akkor abban támogatassuk, hogy minél kevesebb ártalommal használjon szert. Amit nagyon kevesen hajlandóak megérteni vagy inkább nem tudnak, hogy ennek társadalmi hatása is van. Az ártalomcsökkentéssel pl. steril tűt adunk azoknak, akik intravénásan használnak drogot, ezzel megelőzzük azt, hogy ők egymás között adogassák a tűket és egymást tovább fertőzzék, akár a hepatitisszel, ami sokkal gyakoribb, mint az AIDS vírus itt Magyarországon, vagy más cseppfertőzéssel terjedő betegséget.

Fontos a prevenció, nem csak azért, hogy ne legyenek betegek, hanem azért is, ha valaki bekerül az egészségügyi ellátás rendszerébe és el kell látni, az rengeteg pénzbe kerül az országnak. Gazdasági szempontból is meglehetősen közelíteni. Hogyha ártalomcsökkentő szemlélettel állunk ezek mellé, nem kell őket szeretni, nézzük gazdaságilag, akkor is megéri a prevenció, mert jóval kevesebbe kerül tiszta tűt, meg fertőtlenítőkendőt adni, mint utána ellátni a beteg embereket az egészségügyi rendszerben. Vagy, ha találkozik valaki, valakivel egy buliban, nem tudja, hogy aktív szerhasználó és ő is elkaphatja a betegségeket, pedig nem együtt használták azt a tűt. Az ártalomcsökkentő programban is fontos, hogy beszéljünk róla, hogy mondjuk ki és aki még nem tart ott, hogy abba hagyja a szerhasználatot, akkor annak csökkentsük a szerhasználatból járó kockázatát.

Ez az ártalomcsökkentő szemlélet része a tücsere. Része az, hogy ebben a szemléletben van egy hely, ahová mehetnek, ahol lehet velük beszélni, kontaktálni. Információt kapnak, hogyha eljutnak oda, hogy készen állnak „rehab”-ra. Nyilván elmondod a lehetőségeket milliószor, ha már egyszer végre ott tart, hogy ő hajlandó segítséget kérni, akkor tudja, hogy kihez lehet fordulni. Ez egy hosszú folyamat. Ezért annyira nagyon fontos, hogy már ott kapjanak információt és legyen segítőkész, ahová mehetnek.

Mely konkrét területeken látja eredményesnek a rendszert, programok működését és mely területen nem? Tudna-e 2-3 jó gyakorlatot mondani?

Az nagyon bátorít vagy biztató talán, amit a cigarettával tettek. Szerintem ezt olyan ritkán említjük a drog probléma kezelése szempontjából, mert nem jut eszünkbe. Nagyjából 10 éven belül el tudták érni, hogy nincsen munkahely, ahol dohányoznak. Nyilván van, csak minimális. Betartjuk ezeket a szabályokat, nem dohányzunk egy munkahelyen, egy étteremben, egy kocsmában ez szerintem nagyon jó. Tehát ez azt bizonyítja, hogy lehet, ha ebbe fektetnénk energiát, meg rendszereket állítanánk fel, meg átgondolt lenne, akkor ezt el lehetne érni mással is. Persze van, olyan része is, ami túlzás a cigarettával kapcsolatban, mint a matricázás. De olyan is, ami meg nem elég, például, amikor behozták azt, hogy Budapesten nem dohányozhatnak a megállóknál, akkor ezt nagyon jól tartották az emberek az első pár évben és most már egyáltalán nem. Ez nagyon elveszett. Kár, hogy nincsen ennek következménye és erre a részre nem figyelnek. Nekem, mint nem dohányosnak nagyon felszabadító volt, hogy nem dohányoznak az arcomba egy buszmegállóba, és hogy sokkal bátrabban ki tudok állni akár én magam is azért, hogy ha valaki rágyújt mellettem, azt tudjam mondani, hogy „azt itt ne!” Ennek volt egy nagyon nagy kommunikációja van társadalmi szinten, vagyis, hogy védjük a nem dohányzók érdekeit. Azt gondolom, ezt ki lehetne szélesíteni. A dohányzáshoz képes, nem agresszívabb, de egyszerűen butább az a kampány, ami a kábítószerrel történik. A tücsere megszüntetése, mert az „rossz”, meg hogy az „támogatja a szerhasználatot”, az nem elfogadható, mert az nem úgy van. Jó lenne átlátni, hogy mire jó a tücsere és mit is jelent az ártalomcsökkentés.

Ami a jó részt illeti, nagyon jó prevenciós programok is vannak. Viszont nagyon kevés támogatást kapnak. Nagyon elkésztő, hogy ezeket a prevenciós programokat, hogyan lehet megpályáztatni, hogyan kapunk rá támogatást, ezeket hogyan fizetik ki. Ebben érintett vagyok és az utóbbi időben azt tudom mondani, hogy jól is jártunk, mert általában a pályázataink kaptak is támogatást, de tudom, hogy sokan nem kaptak, vagy nagyon későn fizetnek ki pénzeket. Azoknak, akik egyébként jó csinálják a dolgukat. Az az összeg, amit erre a problémára fordítanak, az folyamatosan csökken ahelyett, hogy nőne. Sokkal jobb lenne, ebben egy komplexebb megoldás országos szinten. El tudom képzelni, hogy egy megyében letesztelnek egy programot, aztán kiterjesztik a többi megyére, de most már nem is megyékben gondolkoznak, hanem régiókban. Nem mondom azt, hogy egységesen ugyan azt kell az egész országra kényszeríteni, de legyen benne valamilyen tudatosság.

Nagyon aggasztónak tartom, hogy az ártalomcsökkentő programokat leállítottak, vagy minimalizálták. Ez vonatkozik a tücsere vagy akár a partiszerviz programokra is. Azt gondolom, helyük van az ártalomcsökkentő programoknak a rendszerben. Valamint, sokkal nagyobb hangsúlyt kellene fektetni a kábítószerrel mellett az alkoholproblémára.

Azt gondolom, az alkohol nagyon el van hallgatva, hogy nincs alkohol stratégiánk, nem forgatnak vissza az alkohol jövedéki adójából semmit az egészségügyi ellátásba. Nincsenek kutatások, hogy valójában hány alkoholfüggő van, 10 éves adatokat tudunk mondani, vagy még régebbieket. Szóval ezeket hiányolom. Nem látom, hogy ebben lenne

elmozdulás és nem, csak azért, mert volt egy ilyen járványügyi helyzet, ami valószínűleg mindent megborított, hanem tényleg azt látom, hogy ebben nincs mozgás. Nem akarjuk realisan látni ezt a problémát. Nem teszünk, rá akkora fókusz, amekkorát lehetne, kellene.

Jó gyakorlatokat tekintve vannak olyan szervezetek a látókörömben, amelyek nagyon hatékony munkát végeznek. Annak nagyon örülök, hogy van most már „tini „rehab” az országban, hogy van gyerek addiktológia az országban. Ugyanakkor iszonyú kevés, ami van, de legalább van.

Hiszek a „rehab”-ok-nak a működésében, a szerhasználati problémáknál, szerintem az jó, hogy vannak és működnek még mindig, akár az egyházi, akár az alapítványi fenntartásúak. Szerintem ez jól működik. A finanszírozásukba nem látok bele, nem tudom, hogyan boldogulnak, de láthatóan még működnek.

Örülök, hogy vannak olyan ifjúsági programok, helyek, klubok meg irodák, közösségi terek, ahol valamennyire működik egy prevenciós színtér, de ebből is kevés van. Lehetne sokkal több, kaphatna sokkal nagyobb támogatást. Ha kapnak, hektikus pályázatból tudják fizetni, aztán bezárják őket, nincs meg az állandóság ezeknél a programokkal.

Az jó, hogy vannak pályázatok. Olyan is lehetne, hogy ennyi pályázat sem lenne. Viszont ez kevés, ahhoz, hogy tényleg eredményesen működjünk. Inkább elpötyögünk.

Van egy prevenciós programokra kitalált akkreditációs rendszer, ami nagyon jó, hogy ki lett találva, de nagyon nehéz megugrani, és igazából nem használjuk. Ez azért van, mert nagyon kevés szervezet minősítette magát és ezért az iskolák sem tudják, hogy lehet ezeket a szervezeteket hívni.

Volt pár évvel ezelőtt egy kezdeményezés, hogy minden iskolának ki kellett dolgozni egy drogellenes stratégiát, ezt vagy megcsinálták, vagy nem. Amelyik intézményben mi jártunk, annyira nem működnek ezek a tervek. Az iskolák nagyon örülnek, ha meg tudnak hívni valakit ebben a témában, még jobban örülnek, hogy ha ezért nem kell fizetni, mert azt az adott szervezet egy pályázatból finanszírozza. A megelőzésből ezt nagyon hiányolom, hogy az iskolai programok nem kapnak támogatást. Nem követik nyomon ezeket a drogstratégiákat. Ebben is lehetne egy egységesebb összeállítás.

Dolgoztam olyan iskolában, ahol a rendőrségi D.A.D.A program vezetője nagyon felkészült volt, nagyon jól vitte a programot, annak ellenére, hogy annál már van újabb program. Nem jó az, hogy az emberektől függ, hogy egy program jól működik vagy sem. Mert akkor a programban önmagában nincs az a fajta minőség, ami azt garantálná, hogy ez a program minden körülmények között jó. Nem úgy működik ez a rendszer, mint a Lidl vagy az Aldi, hogy ha bemész egy boltba, ugyan azt a szolgáltatás kapod, hogy ha Szigetszentmiklóson mész be vagy a harmadik kerületben vagy Tatabányán. Egy iskolában, amikor nem „rehab”-ról és nem kórházról beszélünk, akkor nem biztos, hogy ugyan azt a minőségi programot kapja Pécsen vagy Budapesten. Ez baj, hogy nincsenek olyan standardok, amelyek egy állandó minőséget biztosítanak. Ugyanakkor a standard nem azt jelenti, hogy mindenkinek ugyan azt kell szó szerint elmondania, alakítani kell a körülményekhez, meg a hely adottságaihoz. Egy borsodi kis faluban lehet, hogy sokkal inkább kell beszélni a „díjnyerekről”, mint a budai régióban. Egy budapesti iskolában nagyobb a valószínűség, hogy a gyerekek azt mondják és be is tartják, hogy ők nem akarnak herbálhoz nyúlni. A biófűt elkerülik, mert tudják, hogy az nagyon rossz és tönkreteszi őket, de másik telepeken, szakközépiskolákban meg küzdenek a biófű ellen, mert igen is jelen van a gyerekek között.

A rendszer rossz működése az is, hogy mindenféle módon fel tudnak az emberek íratni maguknak nyugtatókat. A gyógyszerfüggést nagyon jól támogatja az egészségügyi rendszer. Ezzel kapcsolatosan született egy nagyon jó felmérés, könyv és TED előadást is

tartott egy pszichológus Dr. Kaló Zsuzsa.¹⁹ A női szerhasználatról, ill. arról, hogy a nőknek mennyire inkább felírnak egy nyugtatót arra, ha fáj a feje, ahelyett, hogy kivizsgálnák, mint egy férfinak. A női szerhasználatok ellátása is egy hiányterület. Nem tudom hány „rehab” van Magyarországon, de abból egy darab női „rehab” van és kb. kettő koedukált, az összes többi meg férfi „rehab”. A tini „rehab”-ok közül egy fogad lányokat is, kettő meg csak fiúkat. Ez nincs rendben így.

Az alacsony küszöbű és az egyéni konzultációs helyek ugyan úgy fogadnak nőket meg férfiakat. A Kék Pontosok megcsinálták jó pár évvel ezelőtt, amikor még lehetett túcsere, hogy csináltak női napot. Ez nagyon sokat segített, és kiderült, hogy van női szerhasználat csak sokkal inkább rejtőzködve van jelen. Van egy program a Józan Babák, aminek az a célja, hogy a szenvedélybeteg, függő anyákat vagy babát várókat támogassa a józanságban. Ez kifejezetten női program, de ebből egy van az országban. Azt gondol, hogy ők mintaprogram, és egy csomó program lehetne az és ezek alapján kellene kidolgozni a többi. A szerhasználatban nincsen különbség – másképp isznak a nők meg a férfiak –, kábítószer ugyanúgy használnak. Kevesebb a női szerhasználó, mint a férfi, ez egyértelmű, de akkor is jóval kevesebb az ellátási lehetőség. Sokkal rejtőzködőbb egy női szerhasználó, hiszen társadalmilag sokkal elítélőbbek egy női szerhasználó ellen, mindegy, hogy alkoholfüggő, drogfüggő vagy akár játékfüggő.

Nagyon jó gyakorlat, „improszínház”-zal dolgozni a szenvedélybetegség témájáról. A gyerek élvezik, hogy az „impro”-nak van egy különleges atmoszférája, sokat lehet rajta nevetni, meg a karakterekben felismerni magadat, a szomszédot, az anyukádat. Közel tudja hozni és életszerűvé tenni. Utána pedig sokat lehet róla beszélgetni. Mert a színészek leülnek a gyerekekkel és átbeszéljük az előadás témáit.

Van még egy másik program a Köztes Átmenetek. Van egy kiállítás, amivel, járnak országszerte is, amikor van rá pályázati pénzük. Egy másfél-két órás interaktív kiállítás bemutatása közben beszélnek a fiatalokkal arról, hogy mi a szerhasználat, milyen szerek vannak, hogyan néz ki a függőség, hol érinti őt, hogyan tudják megelőzi, hogy ők maguk is függővé váljanak. Nagyon jól van felépítve, ezért megérthető nagyon sok minden a gyermekek számára. Van egy állandó kiállítóhelyük Budapesten, de úgy indultak, hogy utazó kiállítás voltak.

Minden olyan program, ami folyamatában van, ami nem egyszeri, akár egy osztályt végig kíséri egy tanéven keresztül. Ahol nem az a cél, hogy csak a drogokról beszéljünk, ott sokkal nyíltabban tudnak majd mindenféle témáról beszélgetni a gyerekek.

Van-e Magyarországon ma tudatos szerhasználat?

Van. Azt gondolom, hogy a Kék Pontnak nagyon sok kampánya pont erre „megy rá”, hogy ha már valaki szerhasználó, akkor tudja, hogy mit használ, hogyan használja, hogy ismerje fel, hogy már túltolta.

Lehet, hogy nem ez a jellemző, nem ez a fiatalokra jellemző, de nekik ott van egy úgynevezett Parti Szerviz, ami az ártalomcsökkentés szemlélethez tartozik, ahol diszkókban, partikon vagy fesztiválokon ott vannak segítők, akik ásványvizet adnak meg információt. Oda lehet menni, hogy ha valaki túlpörög, akkor le tud egy kicsit nyugodni. Kevesebb veszéllyel fog szert használni.

El kell tudni oda jutni, hogy lehessen erről beszélni, hogy társadalmilag és családban kimondható, ha benne van a minden napokban, hogy létezik olyan, hogy drog használat, de nem is szabad túlzásba esni. De azt sulykolni, hogy 2020-ra drogmentes lesz Magyarország, azt csak azt eredményezi, hogy nem fogjuk észrevenni, hogy van drog

19 Dr. Kaló Zsuzsanna Ted Talk: https://www.youtube.com/watch?v=jZugpPO_ZwU

használat. Irreális cél volt, amitől az egész szenvedélybetegeket ellátó szakma „frászt kapott”.

Ezért is olyan borzalmasan károsító a biofű, csak egészségügyi károsodást okoz, ezért sok gyerek tudatosan elkerüli azokat, amellet, hogy mondjuk fűvet használnak.

Mi az az egyéni-intézményi-közösségi/családi kár társadalmi szinten, aminek az orvoslására a rendszer működése során megoldást kell találni?

Minden drogfogyasztónak van családja, most nem az a kérdés, hogy milyen, de valaki volt az anyja és az apja. Az alkoholnál és a viselkedési addiktológiáknál, ott már talán neki is van családja, feleség, férj, gyerekek. Ha már saját családja is van, akkor egyre tetemesebb a családi kár, ha egy szerhasználót egyedül hagyunk és nem segítünk.

Egészségügyi kár, minél tovább használ valaki szereket és minél inkább pusztító szereket használ, annál nagyobb lesz a kár. Nem csak a kockázatok miatt, amit már említettem, a betegségek, hanem a szer miatti egészséget roncsoló hatás is.

Lehetne ennek egy jó kommunikációja is, hogy azok, akik felépülnek, azok, akik elindulnak a józanság útján, megtámogatni, vagy egyszerűen elismerni. Az ilyen pozitív példákat, mintákat lehetne bemutatni.

Amikor egy amerikai filmben vagy TV sorozatban gond nélkül bemutatják, hogy mennyire jellen van a társadalomban a szerhasználat, az abból való kilépés, az AA csoportokat és minden fajtáját a prevenciót, így bekerül és megmarad a köztudatban. Tudják, hogy van segítség, ahhoz képest szerintem itt nálunk erről nincs szó.

Nagyon jó filmeket forgatnak arról, hogy milyen jókat buliznak meg szétcsapják magukat, de hogy a másik oldal nincs megmutatva, vagy jól felépítve. Nem erről szól az egész film, de bele van építve, hogy a társadalom érzékeny legyen a problémákra, a károokra, ezt az amerikai filmek nagyon jól megcsinálták. Játshódhatna itt a szomszéd faluban, mert az amerikai film Amerikában játszódik, de azzal sokkal testközelibb, ha magyar film lenne magyaroknak.

Mennyiben és hogyan forintosítható ez a kár és ebben vannak-e területi és társadalmi különbségek?

Én ezt nem tudom, ez nem az én területem, úgyhogy én ezt nem tudnám forintosítani, mindenki maradjon meg annál, amihez ért, én ehhez egyáltalán nem értek.

2.2.

Az interjúalany rendőrségen dolgozó szakember, több mint 20 éve dolgozik a területen. (Anonimitást kért.)

Hogyan jellemezné 5 mondattal a drogproblémák kezelésének kérdését: specifikusan a megelőzés és a kínálat csökkentés területét érintően?

Alapvetően nálunk a megelőzés, ami szerepet játszik. Különböző programokat szerveznek a bűnmegelőzési előadók, ami a drogra is fókuszál. A **D.A.D.A.**²⁰ program, illetve vannak drogprevenciós előadások is.

Ezeket a programokat javarészt a megyei rendőrfőkapitányságnak a bűnmegelőzési alosztálya végzi. Mi az iskolákba szoktunk kijárni és ott adunk elő, az iskolai célcsoportnak, illetve a szülőknek is külön. Ezen kívül a rendőrségnek van egy drogprevenciós vonala, minden kapitányságon vannak drogprevenciós előadók, akik megtalálhatóak az interneten az Országos Főkapitányság honlapján. Velük fel lehet venni a kapcsolatot, ha bármilyen kérdés, jelzés van.

Mi ebben tudunk segíteni, illetve bűnüldöző szervként. A megelőzés után már csak a felderítés, illetve az eljárás lefolytatása a feladatunk. A cél, minél nagyobb mennyiségű kábítószer, illetve kábító hatású anyag kivonása a piacról, a feketepiacról. Problémaként az merül fel, hogy rengeteg olyan szer van, ami még vagy nincs regisztrálva, vagy nem kábítószerként van besorolva.

Ha egy kábítószer megszerzővel, vagy tartóval szemben - mert nem a fogyasztás büntetendő a törvény alapján - eljárás indul, hogy ha igazolja azt, hogy kábítószerhasználó akkor elterelésen vett részt, akkor vele szemben meg lehet szüntetni az eljárást. Ez egy lehetőség, ha ő vállalja. Ez egy hat hónapig tartó elterelő/ kezelő terápiás csoport. Ez nem a függőség kezelése. Ez részben preventív. A csekély mennyiség felsőhatáráig van rá lehetőség. A csekély mennyiség kábítószerfajtájaként különböző. A nettó hatóanyagtartalmat kell számolni. Ezt szakértő állapítja meg. Erre csak akkor van lehetőség, ha két éven belül nem volt ilyen kezelésen. Ha volt, akkor értelemszerűen már nincs módja kibújni a büntetés alól, akkor mindenképpen a büntető eljárás alá vonják.

Úgy érzi, hogy az elterelés kibújás, nem hatékony?

Általában visszatérnek. Egy-két embernél fordul elő, hogy utána nem nyúl már a szerhez.

20 A DADA program mozaikszó, amelyben a betűk jelentése: **Dohányzás - Alkohol - Drog - AIDS**. A fogalmak egymásutánisága nem véletlenszerű. A betűk sorrendje is követni igyekszik a fiatalok próbálkozásait és az ezek következtében jelentkező veszélyeket. A mozaikszó sorrendiséget jelez az érintettek számarányát tekintve is. A teljes oktatási program nyolc tanéven át, 6-14 éves korig kíséri végig az általános iskolás tanulókat. <http://www.c3.hu/~droginform/dada.html> Sziget Droginformációs Alapítvány honlapjáról.

És hogyan tudnák akkor itt a folyamat elején hatékonyabban segíteni?

Mivel tudnánk a nullára redukálni, hogy az emberek ne nyúljanak kábítószerhez? Most jellenleg ez szélmalomharcnak tűnik. Nem igazán látok rá konkrét megoldást. Egyszerűen a kábítószerpiac annyira felélénkült az elmúlt 30 évben Magyarországon és már nem is az ismert kábítószeresek, hanem olyanok, amiknek a hatásait nem is ismerjük. Ezeket nagyrészt Kínából, Indiából hozzák, onnan szerzik be az alapanyagokat. Ott azért egy pillanat alatt meg tudnak változtatni egy-egy olyan kis gyököt, amitől egész más vegyület jön létre és az új pszichoaktív anyag (ÚPSZ) körébe sem fog beletartozni. Ahogy Zacher Gábor is megfogalmazta, nem ismerjük az élettani hatásait és nem fogjuk tudni, hogy milyen reakcióra számíthatunk. Az orvostudomány nincs erre még teljesen felkészülve. Nem tudják, hogyan kezeljék őket. Ez problémás. Ráadásul ezek az anyagok sokkal olcsóbbak, mint a már ismert kábítószeresek. Gondolok itt a kokainra, heroinra, amik elenyésző számban jelentkeznek szerencsére a területünkön. Jellemzőbb a marihuána, a metamfetamin és az amfetamin származékok.

A herbál olcsó és könnyen hozzáférhető.

Igen. Az a probléma, hogy olyan vegyületekkel és anyagokkal dolgoznak, amiket ők sem ismernek. A dohányra történő felhordása úgy történik, hogy vagy körömlakk lemosóval vagy hígítóval, vagy bármilyen vegyszerrel feloldják, hogy utána rá tudják permetezni. Találkoztunk olyan esettel is, hogy papírlapot itattak át ezzel az anyaggal és azt rácsálták az emberek. Érdekes módon tudják ezeket fogyasztani. A hétköznapi ember azt látja, hogy örültek módján viselkedik az utcán. A gyorsesztek, és egyéb tesztek meg nem mutatnak ki semmit. Nehéz egyrészt megállapítani a dohányról, hogy az egyáltalán át van-e itatva ilyen anyaggal vagy nincs. Szakértői kérdés ez. Mi minden alkalommal lefoglaljuk és elküldjük.

Ez lehet az indoka, hogy az ízesített dohányt most illegálisnak nyilvánították, hogy könnyebben lehessen megtudni melyik dohányos cigaretta és melyik valamivel átitatott?

Szerintem ez csak politikai és gazdasági megfontolásból történik. Nem hiszem, hogy ezen ez tudna segíteni. A herbálnál nem lehet érezni ízeket, szagokat.

Nem próbálják elfedni a herbált azzal, hogy valami mesterséges aromát is csöpögtetnek rá?

Nem. Nem.

A cigarettával kapcsolatosan a nemzeti dohányboltokkal és azzal, hogy szórakozó helyen már nem lehet cigarettázni, valamennyire vissza lehetet szorítani a fiatalok dohányozásra való rászokását?

Szerintem abszolút nincs rá hatással. Hogy nem lehet dohányozni egy szórakozóhelyen, annak esetleg az volt a következménye, hogy adott pillanatban visszaesett egy kicsit a cigaretta fogyasztás. Mert ugye ki kell menni az épület mellé. A dohányos úgy is ki fog menni és akkor kint elszív gyorsan három vagy négy szálát, aztán visszamegy szórakozni. Lehet, hogy ezzel még jobban megterheli a tüdejét. Annyiból viszont jó, hogy a szórakozóhelyen belül másoknak nem kell szívnia a dohányfüstöt. Az

alkohol meg már régóta le van szabályozva, hogy 18 év alatti nem kaphat alkoholt. Aztán hogy ez a gyakorlatban hogyan érvényesül, az szórakozóhelytől függ. Mindig lehet találni egy 18 évet betöltöttet, aki megvásárolja.

Ha csendháborításhoz hívnak, ott változó a különféle korosztálynál, hogy éppen kit, mi zavar, miért hívja ki a rendőrséget. Van, akinek az is probléma, hogy a szomszéd hangosan hallgatja a TV-t, vagy születésnap bulit tartanak. De ez nem feltétlenül jár együtt az alkoholfogyasztás mértékével, józanul is el tud szakadni a céna és kicsit hangosabban buliznak.

Szerencsére nálunk az alkoholfogyasztásból fakadóan gyerekekkel kapcsolatosan nem igazán kell intézkedni és biztonsági intézkedést alkalmazni, vagy akár gyomormosásra kórházba küldeni. Nagyon ritka. Nem úgy, mint Budapesten egy szilveszteri buli után. Nálunk ez nem jellemző. Az illetékességi területünkön szórakozóhely sincs szerencsére. Azért az jellemző, hogy egy szórakozóhelyen könnyebben fordulnak elő ezek a drogok, vagy a nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás, amiből fakadóan a nézeteltérések felnagyítódnak és abból konfliktushelyzet alakul ki. Annak idején, amikor még volt diszkó Oroszlány illetékességi területén akkor voltak nagyobb mennyiségű drogfogásaink, kimondottan a szórakozóhelyen.

A zenei stílusokat figyelembe véve is különbséget lehet tenni a drogfogyasztásban. Aki techno zenén szocializálódott, az általában az amfetamin és metamfetamin származékokat használja. Az felpörgeti őket. Amíg a rock és az alternatív zenét kedvelők között inkább a marihuána jellemző.

Mely konkrét területeken látja eredményesnek a rendszert, a programok működését és mely területen nem? Tudna-e 2-3 jó gyakorlatot mondani?

Úgy gondolom, hogy aki még nem használta ezeket a szereket, annak az elrettentés a legjobb módszer arra, hogy ne is akarjon hozzányúlni, illetve hozzászokni. Ehhez az kell, hogy az ember kicsit utána nézzon az interneten. Rengeteg hasznos információ található fenn arról, hogy milyen szerek vannak, amik tönkre tudják tenni az ember szervezetét. Van egy drogprevenciós táskánk. Azt minden alkalommal kivisszük magunkkal. Meg lehet nézni, hogy az egyes szerek hogy néznek ki. A legális és az illegális szerek is bemutatásra kerülnek.

Az iskola vezetőjével abban szoktunk megegyezni, hogy adott időpontban adott korcsoport van jelen. Mert egy általános iskolában, egy 3. osztályos meg egy 8. osztályos, illetve egy középiskolás is teljesen máshogy gondolkodik, máshogy kell megszólítani, máshogy kell beszélni vele ezekről a dolgokról.

Szülőknek is szoktunk szervezni előadásokat, hogy miről ismerhetik fel az esetleges drogfogyasztást, milyen lehetőségeik vannak arra, hogy ezt ellenőrizzék, illetve mit tudnak tenni annak érdekében, hogy bizonyosságot nyerjenek, hogy fogyasztott vagy nem fogyasztott drogot a gyermekük. Lehet venni gyorseszteket, akár az Interneten is elérhetőek, de szerintem a gyógyszerárban is beszerezhető potom pénzért. 1.000 -2.000 forintért már lehet venni egy tesztet, ami megbízható eredményt produkál és mégis csak az embernek megnyugvást tud adni, ha negatív. Ez a teszt a biofüvet azonban nem tudja kimutatni. Ahhoz olyan reagenst kellene kidolgozni, ami minden egyes herbál jellegű vegyületet kimutat, de akkor még mindig nem lehetünk biztosak. Egy ilyen vegyületnek elég hosszú kémiai képlete van, és ha csak egy picit változtatnak rajta, akkor már teljesen más. A törzset, azt nem változtatják, csak a mellékágakat. Vannak olyan vegyületek, amik már C listán vannak, de vannak még legális vegyületek is.

Az iskolarendőrök már egészen kicsi kortól kezdve jelen vannak. Vannak speciálisan drogprevenciós szakemberek, akik tudnak érdemi információval szolgálni a gyerekeknek, illetve előadást tartani a szülőknek.

A korai prevencióval lehet talán hosszabb távon valamit elérni. A különböző társadalmi rétegekben változó eredmények vannak. Ahol a szülők is érintettek, ott a gyermek is, vagy előfordul, hogy a szülő nem foglalkozik eleget a gyerekekkel, hogy mit csinál a haverjaival. A család mindenféleképpen meghatározó. A legjobb gyakorlat az elsődleges szocializációs térben végzet korai prevenció, de abba mi nem tudunk beavatkozni.

Az elterelésre visszatérve, ezen belül van csoportos terápia. Ezzel az a probléma, hogy ahogy a drog fogyasztók találkoznak egymással, rövid időn belül arra terelődik a szó, hogy hol lehet olcsóbban, jobb anyaghoz jutni. Nem egyszerű felvenni a harcot, ahogy mondtam egyelőre ez elég szélmalomharc.

A drogok legalizálásával kapcsolatosan, több fórumon felvetődött, hogy a marihuánát lehetne legalizálni. Ettől függetlenül a feketekereskedelem megmaradna. Illetve, ha receptre lehetne kapni, akkor megindul azonnal a receptkereskedés is. Vagy a receptek miatt betörések, rablások száma nőne meg.

Sok a kábítószeres ügy, amiben hatalmas a látencia is. Azok a gyerekek, akik menősegből próbálnak ki valamit, mert az amerikai filmeket nézik gengszterekről, és a kartelektről, hasonlítani szeretnének ezekre a karakterekre, mert azt gondolják, hogy ez az életforma menő. Ebben hibásnak látom a médiát, mert torz képet fest. Fontos lenne olyan filmeket megmutatni a gyerekeknek, amelyek világosabban láttatják, hogy egy drogos élete nem csillogás és pénz. Azt nem mutatják be egyik filmben sem, hogy valójában milyen nyomorban élnek. Nem arról készítenek filmet, hogy a kitörni szándékozók közül valaki agysebész lett, hanem hogy a csillogó-villogó autóval, vagy telefonnal, hogy menőzik. A végén elfogják, börtönbe kerül vagy lelövik, de addig milyen jó élete volt. Ezeknek a gyerekeknek a tudata, nyilván még nem fogja azt fel, hogy ebbe bele lehet halni 13 évesen is, nem mindenki éri meg a 35 éves kort. Ha megnézzük ezeket a filmeket, egyik gengszter sem 70-80 éves korában halt meg. Olyat kell mutatni, amiben látszik a valóság, mondjuk a Trainspotting teljesen reális és jó film prevencióra. Ott aztán meg lehet nézni, hogy mi lesz egy kábítószer használóból és hogy teszi tönkre az életét.

Ahol nagyon semmi nem működik, azok az alacsonyabb társadalmi rétegű herbál használók, ott nem tudom, hogy mit lehet kezdeni. Ott torz a családmodell, minden héten másik apuka vagy anyuka van. Össze-vissza járnak egymáshoz, azt sem tudják, hogy kivel van.

A gyerekekre nem figyelnek oda, az is azt csinál, amit akar. Nagyon el vannak engedve a gyerekek az elmúlt 30 évben. Nincs kialakult napirendjük. Nem az van, hogy felkel, elmegy iskolába, a szülő meg dolgozni, délután hazamennek, elkészül a lecke, főzünk, mosunk takarítunk és utána lefekszünk aludni, mert reggel kezdődik újra a nap. Itt az van, hogy valamikor felkelünk, és valami lesz. Vagy berúgnak, vagy nem, az esetek többségében igen. Akkor nekimegyünk a másikatnak. A gyermek is valamilyen szinten menekülni próbál abból a környezetből, mert lehet, hogy ő kapja a következő pofont. Elmegy a pajtásaival találkozni és együtt elszívják azt a herbált, és milyen jó neki, 2-3 percig felejt, nem tud magáról. Otthon nincs számon kérve sem a drogozásért, sem az iskolakerülésért. Ezen a területen tehát nem működik a prevenció.

Amit lehetne, hogy szociális juttatás nem lenne, csak azért, mert vagyok. Kedvezményeket lehet kapni, de csak azért, mert valaki létezik azért annyi pénzt adni, hogy létezzen tovább, az kicsit túl sok.

Van-e ma Magyarországon tudatos szerhasználat? Aki a drogok hatását ismerve a party kedvéért beszed valamit, majd amikor haza kell menni, valami mást, hogy annak hatása kimenjen?

Vannak ilyenek. Különösen, a party drog használók között. Egy másik dimenzióba akar kerülni. Nem ilyen fajta szerhasználat van a gyermekotthonos gyermekeknél, ott inkább divatból próbálják ki. Attól lesz közöttük valaki menőbb, hogy ő már herbálozik. Utána meg nem tud magáról és a taknya-nyála egybefolyik és fetreng a földön, a többiek szemében ettől ő egy baromi menő gyerek. Mert meg merte csinálni. Persze a nevelőknek probléma, hogy most mit kezdjenek ezzel a gyerekekkel. Ők sincsenek kiképezve, nem tudják, hogy pontosan mit kell csinálni. Meg kell kötözni? Le kell fogni? Szabadjára kell engedni? Orvost hívjon hozzá? Elmúlik? Mennyi idő alatt múlik el? De ott a gyermekotthonban a gyermekek körében, meg vagyok róla győződve, hogy nem függők és nem az élvezet miatt csinálják, hanem kimondottan azért, mert akkor „*mekkora menő vagyok, hogy kábítószereszek*”. Viszont általában ezeknél a herbált szívó történetek úgy zajlanak, hogy 500 – 600 forintért hozzájutnak és 3-4-en elszívják. Ha olyan tünetei vannak, hogy mentőt kell hívni, a mentős sem fogja tudni, hogy pontosan mi volt a cigiben. Beviszik a gyereket, a kórház bűncselekmény miatt köteles jelenteni, ha találnak nála valamit. A herbál használat a szegényebb társadalmi rétegben, a kisebb jövedelemmel és alacsonyabb intelligenciával rendelkezőknél jellemző a herbál használat. Aki egy kicsit tanultabb, az már inkább a régi klasszikus drogokat fogja használni, tudatosabban. Ehhez kell intelligencia, hogy valaki tudatosan használjon bármilyen drogot.

Tudatos szerhasználatnak azt tudnám mondani, hogy ha valakinek olyan fájdalmai vannak és azt csak marihuánával tudja elfojtani, mert már más nem hat. Viszont az nem éjjel-nappal fogja tolni, és nem a bulizás kedvéért, hanem azért, hogy túlélje. Nem ópiátokat szeretne szedni.

Mi az az egyéni/intézményi/közösségi/családi kár, aminek az orvoslására a rendszer működése során megoldást kell találni?

Kábítószerfogyasztás, megszerzés miatt naponta rengeteg ügyet lehetne indítani. Kérdés, hogy megéri-e? Egy büntetőeljáráshoz azért szakértőt, toxikológust és vegyészt kirendelni nem olcsó dolog. Az új büntetőeljárásról szóló törvényben legalább át lehet hárítani ezeket a költségeket az elkövetőre, de korábban ez nem volt. 70.000 – 100.000 forintig terjedő perköltség és szakértői költség azért nagyban megterhelik az államkasszát. Az egyéni kárról. Elkapunk egy fogyasztót, húzódik az eljárás több hónapon keresztül és a végén megszüntetjük vele szemben az eljárást. Ennek milyen visszatartó hatása van? Szerintem semmi. Legközelebb megfogjuk, megint húzódik az ügy, akkor már vádemelés lesz. Milyen büntetést kap érte? Pénzbüntetést, vagy a törvény teljes szigorával fellépünk, az ellen, aki mondjuk, már másodjára kerül a hatóság szeme elé és másodjára járok el vele szemben. Akkor lehetne kicsit komolyabb büntetést is kiszabni. Hiszen az elsőből nem tanult. De attól, hogy pár 10.000-20.000 forint büntetést kiszabunk, még nem lesz visszatartó erő. Persze a fokozatosság elvét be kell tartani. Nem lehet mindenkit elsőre a maximális büntetési tétellel súlytani.

Aztán a kereskedést itt súlyosan büntetik, és könnyebben találja magát az kereskedő a börtönben. De még ebben az esetben sem láttam olyan hosszú szabadságvesztés

kiszabását, ami visszatartó erő lenne. De a bíróság feladata ezeket mérlegelni. Ebben mi nem vagyunk kompetensek.

Mennyiben és hogyan forintosítható ez a kár, és ebben vannak-e területi és társadalmi különbségek? Már beszéltünk az eljárás költségéről...

A kereskedelemből származó „jövedelemből”, az állam nem részesül adóban. Ez mind társadalmi kár.

Segített a dohányozás visszaszorításban, hogy 1500 forint egy doboz cigi?

Nem segített. Nem lett kevesebb dohányos az országban. Hiába emelték meg az alkoholnak az árát, az sem segített, csak kevesebben járnak kocsmába. Inkább megveszi a „szemetet”, mert az alkoholban is van szemét ugyanúgy, ahogy a drogok között.

Az alkoholfogyasztásban azt látom, hogy valami változás elkezdődött, de ez is csak egy réteg fölött igaz. Egyre többen a minőségi italokat választják.

A munkahelyén le tudja dolgozni a műszakját másnaposan is. Délután bemegy a kocsmába és megissza a fröccsét. Nem is gondolja magát alkoholistának. Az első lépés a tagadás.

Forintosítható kárként az állami jövedelem kiesést tudom említeni. Szerencsére az alkoholos italoknál elég ritka a hamisítvány, bár az elmúlt évben, vagy tavalyelőtt volt pont egy ügy valahol az Alföldön, ahol metil-alkohollal próbálkoztak és egy páran meg is haltak tőle.

Társadalmi kár, még a gyermekotthonok túlszűfolttsága. Az az összeg, amennyibe kerül egy gyermek az államnak, ha az állam kiemeli a családból. Túl sok gyerek van állami nevelésben, hová szöknek? Haza szöknek. A családot kellene megerősíteni, a családnak kell felnőni a feladathoz, olyan szocializációs példát mutatni, hogy tanulj, dolgozz, tartsd el a családot!

De amíg, minden évben szülök egy gyereket az államnak és az állam partner ebben a folyamatban, addig fokozza a problémát. Elveszi a gyereket a szülőtől, mert nem jár iskolába, de a gyerek állandó szökésben van, továbbra sem jár iskolába és a szülőhöz szökik haza. Nem elvenni kell tőle, hanem rá kell kényszeríteni arra, hogy elvigye a gyereket az iskolába. Ha ott lenne az anyjánál, az anyja pedig meg lenne minden hónapban bírságolva, vagy elvennék a családi pótlékot. Előbb-utóbb rá fog kényszerülni a munkára és hogy a gyerek iskolába járjon, hogy visszakapja ezt a családi pótlékot. A szülőnek gondozási kötelezettsége van. Ha felvállalta, akkor tartsa is el a gyereket.

2.3.

Interjúalany: Domonkos Mara drámapedagógus, kortárssegítő képző.

Az Utcai Szociális Segítők Egyesületénél dolgozom. Mondjuk azt, hogy 10 éve, de már előtte is itt voltam igazából, mert hosszabb az időszak, mivel előtte más területen voltam. A Máltai Játsszótéren. A Máltai Játsszótérről mentem főiskolára, utána megint idejöttem végül. Az igazi státuszom, amit most töltök, be a hajléktalan ellátásban van. Amióta hajléktalanokkal foglalkozom, az igazából 10 éve van. Előtte teljesen más területen voltam, akkor fiatalokkal dolgoztam. Több, mint 10 éve.

A kérdésekre nem tudom, hogy mennyire fogok tudni válaszolni, mert úgy, hogy hajléktalan ellátásban dolgozom, most már csak részben tudok igazából ezekről információt mondani, ahogy a munkánk kapcsán találkoztam vagy dolgoztam velük, vagy amennyi rálátásom van a kábítószer és drog problémákra. Olyan szinten viszont érintett vagyok, hogy kortárssegítő képzést szoktam tartani, az egyesületen belül. Drámapedagógus a másod diplomám én csoportozni is szoktam fiatalokkal és hajléktalanokkal. Viszont konkrétan drogprevenciót én nem csinállok. Arról tudok beszámolni, hogy mi az egyesületen belül, hogy látjuk, vagy én hogy találkoztam ezzel a problémával.

A kortárssegítő program régen arról, szólt, hogy a szereket és hatásukat ismertették és én egy picit ezt a képzést saját magamra húztam és szerintem a mostani kor igényeinek megfelelően alakítottam ki egy tematikát. Benne van a szerek ismertetése is, de másról is szól a kortárssegítő képzés. Hasonlóképpen működtem még a Máltai Játsszótéren is, helyi pici pályázatokat írtam és azokon belül valósítottam meg a fiatalokkal a programokat. Most is úgy találkozom fiatalokkal, hogy engem kérnek fel a Családsegítők és Gyermekjóléti Szolgálatok, hogy valamilyen munkát végezzek. Kortárssegítő képzést szoktak kérni, de nyilván mivel érintettek és a fő témájuk a drogprobléma, nem csak a szerekről szól, hanem az előzmények, ami feldolgozásával képesek lesznek elkerülni a drogot.

Az első kérdés hogyan jellemezné 5 mondattal a drogproblémák kezelésének kérdését: specifikusan a megelőzés és a kínálat csökkentés területét érintően?

Mi az egészségfejlesztés részén vagyunk benne közvetett módon. Az iskolának a fizikai, szellemi, szociális nevelésen keresztül köze van az egészségfejlesztéshez. Valami nyomát látom ennek, amikor dolgozom gyerekekkel, hogy valamilyen szinten kapnak valamilyen prevenciót az iskolában. Ebből szoktam kamatoztatni. Fizikai része ugye a „teszi” óra, ha jó „teszi” tanárjuk van, akkor az motiváló tud lenni nekik és egy erőt képvisel. Az a gyerek, aki a futásba, vagy valamiben lemarad, biztos, hogy kap „fejbevágást” azért, hogy „ne cuccozzál, ne ígyál, ne dohányozz!”, így jobb lesz majd a teljesítménye. Lehet, hogy van olyan diák, aki valamilyen szerrel érintett, viszont jó sportoló. Így azt gondolom, hogy az egészségfejlesztésben biztos, hogy a teszi tanár, hogy ha a gyerek jó sportoló, de mégis érintett, kifogja emelni és segíteni rajta. Ilyesmivel volt már tapasztalatom, hogy az egészségfejlesztésre láttam iskolákon belül példát. És ez az én munkámat is szolgálja.

Megelőzésben abban vagyok érintett, hogy alacsonyküszöbön belül van szolgáltatásunk. Úgy is érintve vagyok, hogy 99 óta kortárssegítő képzésben valamilyen szinten mindig benne voltam. Lőrincz Norbert, végezte régen a környéken ezeket a dolgokat. Váccal is együtt működve. Annak idején az Egészséges és Ifjúságért Alapítvány, amit Czeizel Endre csinált, velük is dolgoztam együtt. Ők nagyban dolgoztak, de abban az időben a megelőzés csak egy alaptréning volt, de az volt a céljuk, hogy a szereket és hatásukat ismertessék. A helyzet megváltozott és a mai prevenciót a mai köntösbe kell burkolni. Azok a gyerekek, akik hozzánk kortárssegítő képzésre jönnek, általában egy-egy

vezetőt kiválasztanak, aki ilyen helyi „menő” az osztályból, vagy a célcsoportból és utána azokat, akik elnyomottak, a peremrészén vannak, azokat szokták még beválogatni. Ezért úgy gondolom, hogy a megelőzésnek most olyan tematikával kell rendelkeznie, amiben szerepel a bemutatkozás, az önismeret, a kommunikáció és a konfliktuskezelés. A végén pedig van egy kortárssegítő rész. Általában már a kommunikációs és konfliktuskezelés résznél, kijön, hogy a drogkérdéssel nekik gondjuk van. Mindig az adott csoportnak az adott igényeihez kell igazítani a drogprevenációs foglalkozásokat. Mindig csak annyit lehet foglalkozni velük, amennyire képesek akkor és ott. Általában a bántalmazással, az elhanyagolás, a drog és az alkohol szokott lenni a nagy témák, amivel találkozom mostanában a programban résztvevőknél. Több helyen, amikor a problémáikról beszéltek, az jött elő, hogy nekik mekkora probléma, hogy otthon a szülők dohányoznak. Ezt egy bántalmazásnak élték meg, hogy nekik bent a lakásban szívniuk kell, amit anyu/ apu szív.

Nagyon rég óta vagyok ebben a témában, még Lőrincz Norbert tematikájával kezdtem, lett a másod diplomám és hozzá adtam a saját módszereimet is és ez szimpatikus volt több iskolának, ment a híre. Általában a tatabányai gyerekjóléti szolgálat az, aki felszokott kérni és Tatabányán szoktam ezzel dolgozni.

Mely konkrét területeken látja eredményesnek a rendszert, programok működését és mely területen nem? Tudna-e 2-3 jó gyakorlatot mondani?

Az én drámapedagógiai foglalkozásom fokozatosan van felépítve. Először vannak az ismerkedő játékok. Amiket a tradicionális csoportfelépítő játékokon alapulnak, amiket a Delfi Örökösei meg hasonló könyvekből emelem ki. Ezután következnek az „A” vagy „B” típusú szabályjátékok. Ezekben még nem sok a testi kontakt, meg nem kell sok szereplést vállalni. Ezért mire oda jutunk, hogy drámajátékban részt venniük kell már belerázódnak és nem „ciki” felvállalni a szereplést. Mindig próbálom olyan személyiséget, olyan arcomat elővenni, amivel suhannak, amivel esélye nincs ellenállni, hanem sodrom magammal, úgyhogy eszénél sincs. Fogalma sincs, hogy mit csinál, csak jön velem. Szeretem őket úgy sodorni, hogy fogalma sincs már, hogy mit csinálunk. Így amikor eljön az önismereti és azt mondom „á, ez érdekes, ezt nézzük meg, hogy történhetett...” akkor már szívesen vállal szerepet. Van benne kommunikációs tréning, ahol ki tudja játszani az agressziót vagy bármit. Így megtalálom azt a dolgot, amivel egy-egy gyereket meg tudok szólítani, hogy vegyen részt. Egyre több a játék ezután, ami egyre mélyebbre viszi őket. A szerepjátékok vannak a legvégén. Így épül fel elméletben, tehát van egy sablon, de mindig ő nekik kell irányítaniuk. Először össze kell, hogy álljon a csoport, majd kijönnek az adott igények és problémák, majd azon kell dolgozni, hogy összeálljon a csoport és egy előadást hozzanak ki. Egy olyan dolgot, amit bemutathatnak osztályfőnöki órán vagy kisebb/ alacsonyabb osztályokban.

Nem látom viszont, hogyan kamatoztatják ezeket, mert én pár órában – általában 10 órában – dolgozom velük és utána annak a szociális munkásnak, vagy osztályfőnöknek adom őket át, akik tovább vállalják, hogy tovább foglalkozzanak velük. Én kevés időt vagyok velük és utána nekik kéne ezt tovább vinni. Elindítunk egy sablon tematikát, amit a felnőttek kitalálnak, és utána szoktam vagy szakembert ajánlani, aki átnézi és tovább viszi a csoportot. Ez lehet a drogambulancián a Dr. Bensó Beáta, vagy a saját biológia tanárjukat, vagy valakit, aki tovább viszi velük a csoportot. A megelőzésbe ajánljuk a kortárs segítőképzés első szakaszát a program felépítését egy-egy iskolában.

Ezen belül szoktam használni a dráma eszközét. Ezzel az eszközzel nem kell a gyerekeknek direktbe kimondani dolgokat, ha nem akar. Más szerepben, más korba bújtatva meri megmutatni a dolgokat. Ezután vagy szerepen belül, vagy szerepen kívül ezeket megbeszéljük és úgy dolgozunk tovább.

Volt egy olyan csoport, amit a gyermekotthonokban valósítottam meg. Oroszlányi, esztergomi, tatabányai és komáromi gyermekotthonokban. Ezekben a csoportokban a nemet mondás képessége volt a lényeg. Ez részben a drogról szólt, és mivel nevelőotthonos lányok vettek részt a csoportban, azért másról is szó van, amikor beszélünk arról, hogy nemet mondás képesség. A drámajátékok ebben a csoportban arra voltak kiélezve, nyilván a drog, de utána a szexualitásról is szó volt.

Általános iskolákban – Tatabányán – is vezettem már csoportot és egész más a velük való foglalkozás, mint gimnazistákkal vagy szakközépiskolásokkal. A nagyobb gyerekekkel a drámapedagógiát kicsit hatékonyabbnak érzem, azonban velük elérni, hogy figyeljenek nagyobb kihívás is. Velük a foglalkozás nagyon nehéz, de abban hatékony tud lenni, hogy valaki foglalkozik az ő érzéseikkel és belső világukkal.

A rendőrségnek is van egy iskolai drogprevenciós programja, amit hatékonynak találok. Maga az hatékony, hogy jelen vannak az iskolákban, mert később privátban akkor a gyerekek tudnak valahová fordulni, ha segítségre van szükségük. Ezek a programok, itt a megyében szerintem jók.

A családsegítő idén indít egy komplex egészséves drogprevenciós programot. Elindítanám a szokásos kortárs segítő felépített programmal, erre aztán tovább építve, fognak különböző szakembereket bevonni.

Mediációt is szoktak használni a családsegítők. Volt egy hosszabb képzés sorozatunk, ahol több szakembert is kiképeztek nálunk családi mediációban. Ezzel a családot rendszerként lehet kezelni, hogy a gyerek ne legyen a tűnethordozó. Hatékony, de külsős szakemberrel lenne a legjobb. Az a szakember, aki benne dolgozik a családban, a családgondozó, őt nem biztos, hogy elfogadják, és mondjuk, tudnának így együttműködni vele. Meglátásom szerint ez nehezíti. Tehát külső mediátor kell a családokhoz.

Itt Tatabányán nagyon sok fajta hatékony program működik. A városban a helyi drogambulanciáról és a már említett Dr. Bensó Beátáról is sok jó tapasztalatunk volt. Talán az lehet rossz, hogy van olyan hajléktalan, akivel foglalkozom, nem tud bejutni, vagy csak kevésen jutnak be a drogambulanciára, mert pénze nincs rá. Van, akinek igénye lenne rá, és készen is önként vállalná is de ritkák azok az alkalmak, amikor fogadni tudják. Ezt problémaként látom a rendszerben. Az alkoholista hajléktalanok, akikkel dolgozom, őket csak havonta egyszer tudják fogadni a drogambulancián. A havi egy alkalom pedig nem elég a változásra. Kevés a szakember, meg a jó szakember, meg futószalag jellegű is az ellátás. Próbálunk oda szólni, hogy erre vagy arra az illetőre figyeljenek oda, és kérjük, hogy szóljanak, hogy mi miben tudjuk a munkájukat elősegíteni, akkor különös figyelemmel vannak rájuk és akkor azt gondolom, hogy hatékonyabbak tudunk lenni és ők is a tudásukhoz a legjobban állnak hozzá, de futószalag jellegűen működnek, mert akkora az igény és túl kicsi a szakember gárda. Ha rajtunk múlna már százezer csoport lenne és itt lenne a megyében minden jó szakember, de nincs is annyi szakember és meg se lehet fizetni, azt, aki van.

Ez nagy gondja a rendszernek, de amivel tudunk dolgozni, az van. Úgy gondolom, sok jó program van, és igazából minden hatékony tud lenni, és mindent folyamatosan kell csinálni. Minél több foglalkozás van, és minél több ideig tart annál jobb és hatékonyabb lesz a prevenció. Mert soha nem lehet tudni, hogy melyik gyereket éppen melyik felnőtt, mikor és hogyan és melyik szóval fogja tudni megszólítani. Olyat nem tudok mondani, ami nem jó, mert akármilyen is, folyamatosan informálni kell a gyerekeket. Az nap, azon a csoporton biztos lesz egy valaki, aki valamit visz haza, amitől ő jobban van.

Van-e Magyarországon ma tudatos szerhasználat?

Számomra ez a kérdés azt hozta elő, hogy eszembe jutottak a szegények, a gazdagok, az alul iskolázottak, meg ugye az értelmiségiek között a különbség. Én azt

gondolom és a munkám során azt tapasztaltam, hogy stresszkezelésre, szorongásra és csoportnyomásra használják a fiatalok a drogokat. Stresszkezelés alatt pozitívra és negatívra is gondolok. Lehet, hogy örömszerzésből, hogy a bulit feldobja, vagy egy hangulatjavításra használ valamit egy értelmiségi. Van tudatos szerhasználat, mert az értelmiségi résznek ill. a gazdagabbaknak is meg van, hogy ő mit szed vagy mire használja. A szegényebb vagy hátrányosabb helyzetűnél azt vettem észre, hogy a stressz kezelést szintén két részre lehet osztani. A pozitív és negatívra. Használják doppingra, feldobásra, ill. arra is, hogy a negatív stresszt valahogy kezeljék. Úgy érzik ez könnyíthet a helyzetükön, teljesen mindegy, hogy mi az a drog, de valamihez nyúl, hogy így oldja a feszültségét. Az a fajta élet, amiben ő találta magát azt nem akarja megélni, abból ki akar szállni. Ezt az életével szembeni szorongását próbálja ezzel „kezelni”. Tehát úgy érzem, hogy mind két szférában szorongásoldásra tudatosan használnak szereket az emberek.

Egy fiatal számára pl. a kortárs csoport nagyon mérvadó. Találkozik nagyon sok szerrel, amit valaki más, a barátja, a szerelme használ, azt nagyobb következmények nélkül használják ezért ő is kipróbálja. Tudatosan használja, pontosan tudja, hogy milyen hatással lesz rá és azt az élményért, meg hogy beilleszkedjen tudatosan használja.

Mi az az egyéni-intézményi-közösségi/családi kár társadalmi szintén, aminek az orvoslására a rendszer működése során megoldást kell találni?

Nagy problémának érzem, és az az észrevételem, hogy túlnyomó részt a család hatalmas bélyeget nyom rájuk. Azok, akik rossz családi körülmények közt élnek, akár anyagi, vagy akár mentálisan, ők hatalmas veszélyben vannak és hamar fognak hozzányúlni. Ezután pedig visszahat a családra és tovább károsítja. Rossz családból érkezők között több gyerek van, aki után hozzá nyúl valamilyen szerhez, mint azok, akik úgy nőnek fel, hogy azt mondják, hogy ők nem akarnak szerhez nyúlni, vagy ilyen káros életet élni. Kevesebb az, aki ki akar törni ebből. Tovább károsítva a saját családjukat és a társadalmat. Hiába csinálunk bármit is a gyerekekkel, a szülőkkel kell valamit kezdeni. Volt rá kezdeményezés, de nem sokáig volt nálunk a szakember, akivel szülőcsoportot is meghirdettünk. Hogy ne károsítsák a gyerekeket és utána ők ne károsítsák tovább a családokat. Hiszen, ha a szülőnél változást tudunk elérni, akkor egyenes út, hogy a gyereknél is kevesebb probléma legyen. Nem tudott sokáig működni és alig volt jelentkező, mert nagyon nehéz a már károsított családokat bevonni.

A szerhasználó felnőtt, akit mondjuk gyerekként bántalmaztak, volt olyan csoportos kezdeményezés nálunk, hogy őt a bántalmazó kapcsolatból segítsük ki, hogy az ő gyereket már ne érje bántalmazás. Sok drámajátékban kijött, hogy hiába jártak hozzánk csoportra, igazából náluk is marad az első megoldás a gyerekük bántalmazása, csattant a pofon vagy berúgott a gyereke előtt. A halmozottan hátrányos helyzetűeknél családi minta is volt, tünete a káros családnak is hogy a gyerek szerhasználó és felnőve nagyobb a rizikófaktor is, hogy a saját családjában is kárt okoz. Bántalmazó kapcsolatot létesít és valamilyen szerhez nyúl a saját gyereke előtt. Egy-egy tanár is nagy kárt tud okozni. Aztán a gyerek is elhagyja az iskolát ezzel a társadalmi kár csak nő.

Mennyiben és hogyan forintosítható ez a kár és ebben vannak-e területi és társadalmi különbségek?

Nagyon nagy különbségek vannak Budapest és vidék között. Különbségek vannak Oroszlány és Tatabánya között is, de akár abban is, hogy Tatabányán belül erről vagy arról a területéről beszélünk. Pesten nyilván több a szakember és biztos, hogy mások is az árak, de arról nincs információm, hogy ott mennyire és hogyan jutnak hozzá pénzekhez. A normatívákban az egyháziak – mint a Málta – többet kapnak, biztos, hogy több lehetőségük van. Mi úgy dolgozunk, hogy megkapjuk a normatívát és mellette mindenféle pályázatokra

jelentkezünk, hogy minél több programot tudjunk megvalósítani és több szakembert tudunk alkalmazni. Ezek mind a társadalmi károk anyagi része. Most egy hatalmas pályázattal harminc embert tudunk foglalkoztatni. Ha forintosítanánk akkor volt egy hajléktalan pár, akivel dolgoztunk, teljesen lecsúszottak voltak, de most már több, mint egy millió forint megtakarításuk van, visszaszerezték minden papírjaikat. A férfi közbe megszerezte a C jogosítványát is. Saját albérletbe mennek. Szemüveget intéztünk, hallókészüléket. Iskolai végzettséghez tudtak jutni. Absztinensek. Igaz egy csak harmincből két személy, de ők hasznos tagjai tudnak lenni újra a társadalomnak. A projekten belül meg lehet valósítani az alapkompétencia fejlesztést és a drámapedagógiát, csoportos és egyéni foglalkozások, többek között. Rengeteg pénz volt a pályázat, de nem lehet tudni, hogy melyik szakember által változott meg valami náluk, de az utolsó három-negyed évben valamitől változott náluk valami. Ők sem tudják megfogalmazni, hogy hol volt a változás. Ezért teljesen mindegy, hogy ki, mikor és hogyan, de egyfolytában dolgozni kell velük, mert nem tudhatjuk, hogy ki fogja hozni az áttörést. Lehet, hogy kellett az egész élettapasztalatuk, lehet, hogy egy előző projekt érettségbe, mert sok programon részt vettek.

Zavarban vagyok azért ettől a kérdéstől, nyilván forintot nem fogok tudni mondani, de hogy minden-mindennel összefügg. Onnantól kezdve, hogy milyen a család, olyan gyereket fog „kitermelni”. Valószínű, ha van egy olyan család, aki drogozik, vagy bűnözőéletmódot él akkor még egy bűnözőt „kitermel”, akkor nyilván nem adófizetőt fog „termelni”, vagy olyan, aki hasznos tagja a társadalomnak. Valószínűleg elveszik, beteg lesz, táppénzen lesz, munkanélküli lesz és még lop is. Igazából forintosítva nem tudom, de az biztos, hogy egy bűnöző, vagy egy bántalmazó vagy egy negatív családmintával rendelkező drogos hatalmas anyagi károkat okoz. Egyrészt azért, mert csak a szolgáltatásokat, meg a segélyeket, meg az ellátásokat fogja igénybe venni, és még lop is, nem termel a társadalomnak. Másrészt, hogyha még próbálna is ebből kitörni, akkor is lehet, hogy megint csak olyan szakembereket kell igénybe vennie, ami az államba befizetett pénzeket vonja ki az ő felépülésére. Úgyhogy mindenképp sokat fog elvinni a társadalomtól. Vagy azért, mert ő is beáll a sorba, vagy amikor rendbe szeretné rakni magát és kell a pszichológus, meg a többi szakember, akit igénybe vesz, mondjuk a társadalombiztosítás számlájára. Forintot nem tudok mondani, de mindenképp nagy az anyagi kár. Azt lehetne felsorolni, hogy mennyi a munkanélküli segély, vagy mennyit kap tőlünk adományban. Vagy mondjuk mennyi a családsegítőben az ingyenes pszichológiai szakember fizetése. Vagy az elterelés mennyibe kerül az államnak. Hogyha a család mintáját követte, akkor még nagyobb kárt csinál a társadalomnak, hogy ő is beáll ebbe a sorba. Mondjuk van egy gyerek, aki elkezd drogozni, kirakja a család, először tarhál, de mivel Tatabányán nehezen tud megélni, felmegy Budapestre és ott pedig nagyon sok lesz a szabálysértése. Ezért börtönbe kerül. Ez is anyagi kár lesz a társadalomnak. A börtönön belül biztosan van szakember, aki foglalkozik vele. Ha valaki szerhasználó és komoly függő lesz és mondjuk bűnözésből él meg, akkor valószínűsíthető, hogy hamarosan börtönbe fog kerülni. Utána meg sokszor megint kezdődik előről, amikor kijön. Valószínűleg továbbra is a jövedelmét ebből fogja szerezni, valószínűleg le fog újra bukni, mert kis halak és ők buknak. Azt hiszem az többbe kerül, ha egész életében segélyen él, vagy az egészségügyet igénybe veszi, meg a különböző szolgálatokhoz az ingyenes ételosztásért meg az ingyen ruháért. De valójában valószínűleg előbb-utóbb börtönbe kerül és csökken a társadalmi terhe. Vagy korán meghalnak, de a régi masszív, bányász alkoholisták szép kort élnek meg. A fiatalabbak, mert mást isznak vagy használnak sokkal

korábban halnak bele ebben az egészbe. Persze, amiről már beszéltünk, hogy a börtönben ki tudja, milyen szakember vagy program érinti meg és úgy jön ki, hogy meg tudott változni és hasznos tagja tud lenni a társadalomnak. Valószínűleg kisebb mértékben van pozitív változás, de kellenek a programok, mert soha nem lehet tudni kit és hogyan érint meg. Nagyon sok példát láttam, hogy a vallás tudott ezeknek az embereknek segíteni és tartós is maradt ez a változás.

2.4.

Interjúalany: Búzás István, a Ráckeresztúri Magyarországi Református Egyház, Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Drogterápiás Otthon szakembere. 24 éve dolgozik a területen.

Szociális munkás vagyok, addiktológiai konzulens kiegészítéssel. Jelenleg a felnőtt részlegen dolgozom, de összességében 24 éve vagyok az ellátórendszerben. Megelőzésben is dolgoztam. Kórházi rehabilitáción nem, de a jelenlegi munkahelyem ezt az ellátást is végzi.

Az első kérdés, hogy hogyan jellemezné 5 mondattal a drogproblémák kezelésének kérdését: specifikusan a kezelés, ellátás és felépülés területét érintően?

Érdekes már maga a kérdés is. A kezelői oldalon azt látom, hogy az utóbbi 10 évben - talán több is - szép lassan elsorvadtunk a drogpolitika mentén. A drogpolitika valahogy kiszállt a kezelői oldalról. Kevés a finanszírozás, nincs meg kellőképpen a támogatás, az erkölcsi támogatás. Valójában ez az egész rendszer magára maradt. Nincs stratégia. Ha szűkebben vizsgálom a kérdést, az intézmények mindent megtesznek. Nemcsak mi, minden intézmény. A maguk módján próbálnak küzdeni, hogy javuljon a helyzet, illetve, hogy próbáljanak segíteni az ellátottaknak. Úgy néz ki, mintha dzsungelharc lenne. Mindenki a maga módján harcol, csinálja a dolgát, dolgozik a legjobb tudása szerint, próbál segíteni bizonyos elvek mentén. Saját maga alakítja ki, mi a hatékony segítség.

Ha a kliens oldaláról nézem az egészet, meg arról az oldalról, hogy hogyan tudunk segíteni nekik, azt látom, hogy egyre fiatalabbak jönnek, egyre fiatalabb korosztályt érint a probléma. Emiatt egyre inkább aluliskolázottak a klienseink. A bolognai felmérés is kimutatta, hogy mennyire nem képesek írni és olvasni a fiatalok, és mennyire nem hatékony az iskolai rendszer. Ez abszolút lecsapódik nálunk. Szinte le kell butítani a programunkat, hogy megértsék, hogy „átmenjen”. Ezért nagyon nehéz velük dolgozni. Ezzel megint csak a szakemberek küszködnek. Próbálják emészthető formában átadni, működtetni a programot.

Ez intelligencia vagy érzelmi intelligencia probléma?

Is. Bár most ellentmondok magamnak, mert az elmúlt évben egy nagyon jó generáció volt bent a házban, több diplomással is találkoztunk. Nagyon jó klientúránk volt a tavalyi évben. Ilyen még nem volt, hogy a program elvégzése után hatan jelentkeztek főiskolára. Ez nagyon ritka. Azonban általánosságban intelligencia és érzelmi intelligencia deficit is van. Írni, olvasni, számolni, összeadni is alig tudnak.

Mely konkrét területeken látja eredményesnek a rendszert?

Az a baj, hogy a prevenció területére is igaz, hogy elsorvad. A mi profilunk persze a felépülés, de azt látom, hogy a prevenció nem igen működik Magyarországon. Nincs finanszírozva és a szakemberek is valahogy kiszálltak ebből a területből, mert nem működik. Pedig nagyon fontos.

De nézzük, hogy a mi oldalunkon mitől hatékony a rendszerünk. Akkor hatékony, ha van egy komplex, kidolgozott program. Amikor tudjuk, hogy mit kell csinálni, mert van egy

módszerünk/modellünk, amit követünk. Van egy sorvezető alap, ami mentén működünk és csináljuk a programunkat. Emiatt lesz hatékony. A másik, ami miatt hatékonyan tud működni az intézményünk, hogy a szakemberek elkötelezettek. A céghez is lojálisak és értjük, hogy amit csinálunk az jó dolog. Mindenki el van köteleződve az eszme és a módszer iránt. Nagyon fontos, hogy a lakók előtt hitelesek legyünk abban, amit csinálunk. Ez is fő szempont, hogy hatékonyan működjön a rendszer.

A büntetésvégrehajtás rendszerét egyik oldalon jó dolgoknak tartom. Vannak olyan tinédzserek, akik megégették magukat és az elterelés célt ért náluk. Jogosnak tartom, hogy ne kerüljenek börtönbe. Viszont maga az egész büntetés nekem túl erős, nem tudom, hogy Európában hol van még ilyen, vagy milyen a helyzet, a drogpolitikában, de járok börtönökbe is foglalkozásokat tartani. Találkoztam jó néhány emberrel, akik drog miatt ültek. A mi srácaink között is voltak, akik elterelés miatt jöttek. Mondjuk ki, némelyiknél haszontalan, nincs értelme az egésznek. Nem a büntetés, nem a börtöntől való félelem fogja visszatartani, megakadályozni őt abban, hogy szerhasználó legyen. Egyik oldalon jó, hogy van, a másik oldalon pedig értelmetlen. De inkább jó, hogy van.

Dolgoztam a Kék Pontnál, Rácz doktorral négy évet a drogambulancián. Jó dolognak tartok bármilyen programot. A túcsere programot, vagy a metadon programot. Kell, hogy legyenek ezek az alternatívák is. Minél több, minél színesebb az ellátórendszer, minél több embert meg tud fogni ez a háló, annál jobb. Fontos elemei a rendszernek az ártalomcsökkentő programok. Amerikában vannak „belövő szobák” is. A „rehab”-on nálunk absztinencia oktatás van, de ezek az ártalomcsökkentő programok is kellenek.

Ugyancsak fontos eleme a rendszernek a jól működő kereset- és kínálatcsökkentés is.

Az önsegítő csoportok nagyon jók Magyarországon. Az Anonim Alkoholisták, a névtelen anyagosok, vagy a játékszenvedélyesek. Ezek a 12 lépéses programok nagyon klasszak Magyarországon és sok ilyen csoport is működik. A legtöbb rehabilitációs központ a Minnesota Rendszert használja, és a kórházak többsége is, ha van csoportos foglalkozásuk.

Mely területeken nem látja eredményesnek a rendszert?

Akkor hatékony a rendszer, ha mindenki tudja csinálni a maga dolgát, de jelen van a koordináció. Magyarországon nincs összehangolt munka. A drogpolitikának lenne a feladata, hogy egy összehangolt stratégiát és ehhez társuló koordinációt alakítson ki. Azonban nincs együttműködés, mindenki csinálja a maga módján, de nem beszélhetünk koordinációról.

Egy kis irodához tartozik. Nem miniszteri vagy államtitkári szinten van ez az egész koordinálva. Az irodának nincs hatásköre, nincs pénze, nincs beleszólása.

Tudna-e 2-3 jó gyakorlatot mondani?

A mi programunk egy komplex program. A komlói rehabilitációs otthonban van művészetterápia és mozgásterápia. Ez a mozgásterápia inkább színházterápiának mondható. Az nagyon hatékony és jó módszer. Viszont nincs rálátásom a többi otthonra, megint csak a koordináció hiánya miatt. Amiről tudunk, azt is csak hallomásból tudjuk. Talán kiemelném azt, hogy mi Keresztény otthon vagyunk. Ebben mások vagyunk, mint a többiek. Bár van még az országban 2-3 ilyen rehabilitációs otthon, amik vallási

szemlélettel működnek. Ez talán a másságunk, a jó gyakorlatunk, a többiekhez képest. Ez a szemléletmód, amit adhatunk a felépülésben.

Akkor, ha a komplex programot felbontjuk: hogy jut el valaki addig a pontig, hogy elég volt és kéri a segítséget a „rehab”-tól?

Kell, hogy legyen egy mélypont, minden ember életében, hogy „elég volt, változtatni akarok az életemen”. Van egy határ, ameddig az alkalmi használó büntetlenül, ki tud szállni, abba tudja hagyni a szerhasználatot. Sokan maradnak alkalmi használók. Van egy határ, és ha valaki ezen túllép, akkor rendszeres használóvá, esetleg kényszeres használóvá válik. Ha valaki kényszeres használóvá válik, az azt jelenti, hogy ő bele fog esni egy nagyon-nagyon mély gödörbe. Ez az a mélypont, amit mindenkinek el kell érní, ha valaki kényszeres használó. Amíg nem üti meg magát, amíg nem fáj neki nagyon, addig nem fog változtatni. Ebben a pillanatban már elég motivált, hogy változtasson. Ilyenkor szoktak segítséget kérni, amikor már semmije sincs, senkije sincs, mindent eladott, utcán lakik. Idáig el kell jutnia. Innen két út van, vagy abbahagyja és kiszáll, vagy megy a pszichiátriára, a börtönbe vagy meghal.

A drogos megérkezik önökhöz, ő már a fizikai tüneteken túl van, mert kórházi ellátás után érkezik, vagy ott történik az fizikai elvonás?

Ez változó. Van, amikor kórházból érkezik, van, amikor az utcáról. A mi programunk egyéves, egy évet kínálunk mindenkinek. A cél a tisztaság, az absztinencia elérése. Mi nem ártalomcsökkentő módszert használunk. Nem arról van szó, itt hogyan kell biztonságosan drogozni, vagy biztonságosan inni, vagy csak keveset inni, vagy, hogy lehet csak marihuánát használni. Aki le akar szokni és le akar állni, annak tudunk segíteni. Aki, csak egy kicsit akar inni, annak nem tudunk segíteni, azt nem tudjuk, hogy kell csinálni.

Beszéljen kérem a programról!

Mint említettem ez egy egyéves program. Ez lehet kicsivel több, kicsivel kevesebb. Attól függ, hogyan tudunk haladni a terápiában. Mennyi idő alatt tudunk elérni valamilyen célt. Ha több idő kell, akkor lehet egy kicsivel több is ez az egy évnél.

Az ittlét alatt járnak egyéni és csoportos foglalkozásokra. Úgy működünk, hogy délelőtt munkaterápia van. Felelősség területe van mindenkinek, el kell látniuk bizonyos területeket. Délutánonként vannak a csoportos foglalkozások és az egyéni beszélgetések. Vannak önismereti és készségfejlesztő csoportok. Mellette egyéni esetkezelések. Minden munkatársnak vannak kliensei, nekem most négy. Az ő ügyeiket én viszem, neki segíték, velük beszélgetek.

Klasszikus szociálismunka is folyik velük: papírok visszaszerzése, az adósság rendezése, de ha tud várni, vagy nem sürgős akkor a papírokat később intézzük. Vagy, ha vannak orvosi problémái, akkor azokat kell megoldani. Ha van rendőrségi ügye, akkor azokat is intézzük.

A szeretteivel felvesszük a kapcsolatot. Ha vannak gyerekei vagy felesége, akkor őket megpróbáljuk elérni. Azonban a klasszikus szociális munka a kisebbik része a munkánknak. Fontos része, de nem ezen van a hangsúly.

Minden munkatársnak van egy speciális csoportja, amit csak ő tart. Az én csoportom a visszaesés megelőzés. Amit leadok az egy könyvnek az anyaga. A „Staying Sober: A Guide for Relapse Prevention.” Terence T. Gorski és Merlene Miller írták. Ez egy nagyon

klassz könyv. Mi ezt lefordítottuk, megvettük a szerzői jogot is. Munkafüzet is van hozzá, meg tanári modul. A könyvben az volt, hogy körben ülős csoport ez, de én megnyitottam a kört és frontális előadás lett belőle. Nem használok a kézikönyvet. Kivettem fejezeteket, amik nem működtek, beemeltem máshonnan gyakorlatokat, amik viszont igen. Interaktívabbá tettem az egész csoportot. Jelenleg a foglalkozások során megtanulják, hogy mik azok a módszerek és technikák, amivel meg lehet gátolni, hogy ne essen vissza. Ez nyolc alkalomból álló, maratoni csoport. Fontos, hogy megértse azt a folyamatot, ami történt vele, aminek az eredményeképpen drogos lett. Mi történt az életében, mi történt a családjában, hogy kezdődött ez az egész. Fontos tudnia, hogy milyen állomásai vannak a szerhasználatnak, a függőségnek. Ismerje fel, hogy nála ez a folyamat, hogyan ment végbe és hogy hol tart. Azt látom, hogy nagyon tetszik neki, nagyon élvezik, ahogy és amit csinálók. Megismertetem velük Prochaska és DiClemente felépülés modelljét. Zseniális. Elmagyarázom nekik, hogy működik ez az egész, van egy „aha élményük”, megértik, hogy min mentek keresztül, megértik az életüket. Megértik azt a 10-15 évet, amíg ők drogoztak, mi is volt ennek az egésznek a folyamata. Megértik a törvényszerűséget az egész rendszerben.

Konfliktuskezelő csoport is van. Hatékony kommunikáció csoport is van, ahol megtanítjuk őket „Én közlésben” beszélni, hogy én magamról beszéljek folyamatosan. Meg kell tanítani nekik, hogyan ismerjék fel és beszéljenek az érzéseikről, majd kontrolálni és kezelni azokat. Mit kezdjen az agresszióval, a dühvel, vagy akár a kicsattanó örömmel.

Meg kell tanulni absztrakt módon gondolkozni. Az első fázisban megkezdjük a múlt feltárását. Meg kell értenie a folyamatot, hogyan került hozzánk. Mi volt gyerek és tinédzserkorában, mi volt apával, anyával, hogy ment az iskola, hogy ment a párkapcsolat, a szerelem és a szexualitás. Meg kell tanulni szétszedni ezeket és meg kell látni az összefüggéseket. Mi az ok-okozati összefüggés ezekben. Ehhez kell az absztrakt gondolkodás, hogy ezeket a mozaik darabokat össze tudja tenni és rálátása legyen az életére. A cél, hogy meg tudja mondani a negyedik hónap végére, hogy „azért lettem drogos mert...”

Van erre konkrét válasz?

Mindig több válasz van, de a hangsúlyok mindig eltolódnak. Általában gyermekkori traumákra vezethető vissza. A szülőkapcsolatokra és a szexuális problémákra. Zavar az énképben, zavar van az agressziókezelésben. Vagy hiperaktív, ADHD-s. Sokféle gond lehet és csak az arányok vannak mindenkinél eltolódva. Az egyiknél egy terület masszívabb, erősebb vagy markánsabb, másnál meg az kevesebbé jellemző, de általában ugyanazok a körök vannak.

Milyen rendszerváltozásokat javasolna?

Politikai szinten hangsúlyosabb koordinációt javasolnék. Fölülről koordinációt, mellette alulról szervezettséget, mert az sem jó, ha valami felülről túl van koordinálva, mert akkor nagyon bürokratikus a rendszer. Több pénzt, több elismerést, több képzést. Az a rossz, hogy az emberi oldal hiányzik, ebben a nagy bürokratikus rendszerben elveszik az ember, elvesznek a drogosok, a szenvedélybetegek. Meghalnak, az utcán sínylődnek az értékes emberek és senki nem veszi észre ezt. Elvesznek az emberek a nagy csatározásban. Figyelmetlenek, kapkodóak, dühösek az emberek és ez jellemző a rendszerre is. De mi küzdünk akkor is.

Van-e ma Magyarországon tudatos szerhasználat?

Jelentheti ez azt, hogy utána olvas, hogy szeretné kipróbálni a heroint, és ha tetszik, akkor csak azt fogja használni. Ez a tudatos használat? Vagy azt mondja, hogy ő szereti a vörösbort és akkor csak a vörösbort issza, de ahhoz ki kell próbálni minden mást, hogy tudja, hogy ő mit szeret.

Van az alkalmi használó, aki tudja, hogy mit szed be, annak milyen hatása lesz, mivel tudja ellensúlyozni. Az alkalmi használatnál létezik tudatosság, hogy valaki azt mondja, hogy csak hétvégi bulizáshoz, vagy alkalmanként használ valamit. Elmennek hétvégén és a haverokkal megisznak valamennyi sört, és akkor jól érzik magukat és ennyi. Akkor ez a hétvégéről szól. Viszont egy idő után ezen átlép, az a mennyiség már nem elég. Ha átlépi a határt, akkor már vége, akkor már bármi jó. Lehet, hogy innen vissza tud jönni és kiköt csak a sörnél vagy a bornál, de ez az a folyamat vezet oda, hogy melyik lesz a választott szere.

Beszéltem kliensekkel, akik interneten utánajártak, hogy milyen drogok léteznek. Mondjuk, szeretné kipróbálni a gombát, ezért elkezdett utána olvasni. Körbejárta mielőtt kipróbálta. Talán ez lehet a tudatos használat, hogy elolvas minden olyan dolgot róla, ami talán vonzóvá teheti, vagy a félelmeit csitítja. Viszont aztán lehet, hogy jön a következő szer, és akkor, azt is körbejárja és aztán jön a következő. Eleinte még tudatos, de utána már nem fog olvasgatni, csak beszedi, amihez hozzájut. Elmúlik az a félelem, vagy gát, ami visszatartja. A félelem addig visszatartotta, ezért olvasott utána, és amikor a harmadik vagy a negyedik szernél sem halt meg, vagy nem történt semmi rossz dolog, akkor egyre bátrabb lett.

Egy halmozottan hátrányos helyzetű fiatalkorú, aki azért próbál ki valamit, hogy beilleszkedjen valamilyen társaságba, nem olvas utána először, hogy mit szed be vagy szív el.

Felejteni akar, nem akar felelősséget vállalni az életéért, nem akar érezni, nem akar itt lenni, hagyja őt mindenki békén, ki akar szállni az egészből. Ha nagyon belegondolunk, valahol igaza van, meg kell őt érteni, hogy miért akar kiszállni ebből az egészből. Nem tudja, mit akar az élettől, mit akar a jövőjétől. Nincs is jövője. Jelene van csak, abban meg nem akar benne lenni. Erős nagyon a valahová tartozás vágya, a baráti kötődés. Nem akarja, hogy elutasítsák, vagy kiutálják abból a közösségből, ahová ő tartozni akar. Nehezen tud nemet mondani, nem részt venni ebben a szeánszban. Sokszor azért használ, mert tartozni akar ahhoz a társasághoz. Vagy szerelmes abba a lányba, aki éppen használ valamit, vagy abba a fiúba és akkor ő is használ valamit, csak nehogy elutasítsák őt, vagy kiutálják abból a közösségből.

Sok szakember, akivel beszéltem, elmondta, hogy az elmúlt 10-15 évben megváltoztak a szerek ezeknél a fiataloknál. Annak idején ők ragasztóztak, hígítót szívtak „szipuztak” és ezekkel az új drogokkal pl. a herbállal a felépülés is nehezebb, mert idegrendszeri károsodással is szembe kell nézni.

A kollegákkal többször beszéltük, hogy visszasírjuk az intellektuális drogosokat, akik ópiátokat használtak, akik olvastak, akik belemerültek a művészetekbe. Ilyen manapság nincs, vagy nagyon ritkán.

Mi az egyén/intézményi/közösségi/családi kár társadalmi szinten, aminek orvoslására a rendszer működése során megoldást kell találni?

Nagy problémát okoz a családokban. Ma Magyarországon három házasságból kettő válással végződik. Ezekben a családokban felnövő gyerekek sérülnek. A népesség 10%-a alkoholista. Beszéljünk a gyógyszerfüggőségről is. Ne csak a drogokról. Vagy éppen a játékszenvedélyről. Ezek mind széthulló családokhoz vezetnek. Így maga a társadalom lesz beteg és a beteg társadalom okozza ezeket a károkat. Kár lesz az iskolában. Kimarad a gyerek. Az oktatással lehetne valamit kezdeni. A szabadidős programok hiányoznak a gyerekeknek. Meg kellene tanítani az embereket, hogy lehet kulturáltan szórakozni.

A média. A TV-ből, ömlik a sok hülyeség. A politika. Ha alapvetően ezek a rendszerek nem működnek jól, a szerhasználó még jobban szétbomlasztja a családját, a közösségét és a társadalmat. Egyre több szociális munkásra, pszichológusra, rendőrré, börtönre, több intézetre (nevelő otthonra) lesz szükség.

A függőség társadalmi kára, hogy az egyén börtönbe kerül, illetve az egészségügyben egyre többen jelennek meg. Az iskolából kimaradnak, nem jelennek meg, mint szakemberek, sehol. Iskolázatlan emberek kerülnek ki az életbe.

A károk megjelennek a bűnözés, az oktatás, az egészségügy oldalán. Mindezek orvoslása a jobb koordináció lehetne.

Mennyiben és hogyan forintosítható ez a kár és ebben vannak-e területi és társadalmi különbségek?

Nem lehet forintosítani, mert nagyon-nagy pénzekről beszélünk. Az egészségügynek rengeteg pénzébe kerül. Nálunk egy hónapra egy lakó olyan 350. 000 forintba kerül. De ennél sokkal többbe kerülhet, csak ennyit kapunk értük. OEP finanszírozásunk van.

Mennyibe kerül, amikor valaki kiesik az iskolarendszerből? Nem fog úgy termelni, ezek a társadalmi károk. Nincsenek már szakemberek. Tegnap olvastam az újságban, hogy 20 vagy 25%-kal kevesebben jelentkeztek felsőoktatásába az idén. Ez mekkora kár forintban kifejezve a társadalomnak?

Ha valaki börtönbe kerül az mekkora kár a társadalomnak? Az adófizetők tartják el őket. Egy bírósági tárgyalás mennyibe kerül?

A területi különbségek ebben abban jelennek meg, hogy az ország elszegényedett területein nehezebben jutnak ellátáshoz. Roma telepkekről jöttek hozzánk srácok, és ott nagy probléma van. De ott minden szinten probléma van, amiknek az orvoslásához nem tudnak hozzáférti.

A nyugati országrészben, vagy a városokban élőknek könnyebb. Az a gond, hogy ellátórendszerek csak szórványosan vannak az országban. Nehéz őket elérni, vagy nem is tudnak róla, hogy hol tudnának segítséget kapni vagy kérni ezek az emberek.

2.5.

Az interjúalany: kezelés, ellátás, felépülés területén dolgozó ápolónő, 10 éve dolgozik a területen.

Az első kérdés, hogy hogyan jellemezné 5 mondattal a drogproblémák kezelésének kérdését, specifikusan a kezelés, ellátás területét érintően?

Az egészségügyön belül, a drogprobléma kezelésével az a probléma, hogy kezelés osztályos szinten nem létezik. A (Pszichiátriai) osztály dolgozói nincsenek felkészítve a drogprobléma kezelésre, inkább az ambuláns részen működik utógondozás formájában. A kezelés elsősorban gyógyszeres kezelés formájában történik, nem társul mellé pszichoterápia. Ha a család nem áll a háttérben, akkor magukra maradnak a betegek. Elég gyenge a rendszer.

Volt arra példa, hogy segítséget kértek drog-, illetve szerencsejáték függőség kezelésében. Egy az egyben el lettek utasítva. Erre, az intézményen belül, befekvéssel, nincs lehetőség. Ha az érintett motivált és bekerül az egészségügyi rendszerbe, akkor meg tudja keresni a megfelelő szakembereket. Ha jól tudom, Pesten vannak ilyen intézmények. Oda be tud kerülni. Amennyiben nem akar kezelést az érintett, és van egy olyan családi háttér, akik szeretnék, ott azt hiszem 3 embernek az aláírása kell, hogy rehabilitációra kerüljön. Közvetlen rokon, aki szülő, testvér. Feleség nem. Úgy tudom, hogy csak vérszerinti rokonnal működik, rettenetesen nagy utánjárással, mivel kényszeríteni ezeket a betegeket nem lehet. Így viszont, én úgy gondolom, hogy nem működik a rendszer. Ha már valakinek nincs meg ez a hozzátartozói háttére, vagy a családot nem érdekli, - mert a mai világban sajnos alap, hogy a család nem biztos, hogy összefog - akkor azok, akik ide „lezsuppannak”, már nem kapnak segítséget.

A kórházi osztályon nincs megelőzés, nincs elterelés, nincs terápiás kezelés. Volt egy betegünk, akinek az utolsó vizsgaidőszaka volt az egyetemen és droghasználat miatt került be. Genetikailag volt egy skizofrén hajlama, ami nem feltétlenül jött volna elő, de a drog hatására ez fellépett. Innentől lépett be a Pszichiátriai Osztály, aki a skizofréniáját kezelte, de a drogfüggőségét nem.

Magyarországon nincs megfelelően kezelve a drogkérdés. Először is megkérdőjelezném, hogy a gyógyszer alapanyagok hogyan kerülnek ki a piacra, amikből ezeket a drogokat összeállítják. Hiszen akár egy herbál, akár bármi más, minden valamilyen gyógyszer alapanyagaiból van kikeverve. Ezeket, ha összevegyítik, egy új drog jön létre. A herbálnál esetében pl. a dohányt fűjják be valamilyen vegyszerrel. Ezekhez a vegyszerekhez gyógyszergyártó cégektől jutnak hozzá a neten. Egy átlagember a gyógyszertárban ehhez nem jut hozzá.

Úgy gondolom, hogy sokkal szélesebb körben kellene ezeket a vegyszereket betiltani. Aki ennek az összeállításából él, nagyon jól tudja, mi legális és nagyon könnyen megszerzi. Azt is gyorsan megtudják mi az, ami illegális lett ezért tudnak változtatni az összetételen.

Mely konkrét területeken látja eredményesnek a rendszert?

A civil szervezetek sokkal több energiát fektetnek a drogprobléma kezelésébe, mint állami szinten az egészségügy. Az önszolgáltató csoportok, civil szervezetek jól működnek. Az egészségügyben abszolút nem működik a drogkezelés.

Mely területeken nem látja eredményesnek a rendszert?

Nincs drogprevenció vagy kezelés. Hiányzik a pszichiátriai csoportterápia, ahol a személyisége megnyílhatna. Az iskolában a pedagógusoknak nincs meg az a tudása, lehetősége, hogy kezeljék a gyerekek traumáit. Ezért amikor el kezd drogozni, az egészségügy már nem tudja kezelni.

Egészségügyi dolgozóként sem kaptuk meg a megfelelő képzést. A dolgozó hall róla, tudja, hogy létezik ilyen, de amikor szembekerül ezzel a szituációval, nem tudja felismerni. Tanították, hogy egy drogosnak tág a pupillája, de nem közlekedünk lámpával és szemcseppekkel. Ezt a drogosok pontosan tudják, és el is titkolják. Vagy belefutunk egy olyan történetbe, hogy „*jaj a gyerekek azért karikások a szemei, mert sokat tanul és fáradt,*” mert ezt is elő tudják adni. Nem kapják meg az egészségügyi dolgozók azt a felkészítést, aminek eredményeképpen a különbséget fel tudnák ismerni. A fiataloknak sok felvilágosítás van, de én egészségügyi intézményen belül, illetve felnőttek számára is, kötelezően tarthatnék felvilágosításokat.

Probléma az is, hogy a jelenlegi tesztek nem képesek kimutatta az újfajta pszichoaktív szereket. Régen vizeletből kimutathatóak voltak a drogok, de az új vegyszereket nem tudják a tesztek kimutatni.

A háziorvos nem utalhat be függő személyt elvonókúrára az érintett hozzájárulása nélkül. Kell az érintett saját elhatározása. Az alkoholista is akkor kerül be a Pszichiátriára, ha a delírium állapotba kerül az elvonási tünetek miatt. Az agynak olyan fajta hiányérzete van, hogy bármikor, egy agynyomástól meghalhat. Sokszor többet kellett egy háromnapos befekvés során velük foglalkozni, - állandó megfigyelés alatt tartani -, mint adott esetben egy agyvérzéses beteggel, mert ezeket a betegeket nem lehet gépre rakni. A légzésrendszere nem állt le, nincs altatás alatt, nincs kómában, de mivel delírium állapotban van, az infúziót is kitépheti magából, ezért nagyobb figyelmet igényel. Megkötözni nem lehet már nagyon régóta. A saját érdekében sem. Ha ebből az állapotból felépül, utána nem kapja meg az egyéni terápiát. Nincs hozzá megfelelő orvosi létszám, illetve egészségügyi létszám. Megkapják az információt, hogy melyik intézményben van erre lehetőség. De ugyanúgy kell az ő beleegyezése. És szükséges hozzá egy támogató családi háttér is. Nagyon kevés érintettnek van betegségtudata, ezért 100-ból, 4-5 ember az, aki tovább megy rehabilitációra.

Tudjuk, hogy ez probléma, de jelenleg ebben nincs elmozdulás. Elmegyünk egymás mellett. Óriási lett a teher, aminek fentről meg kell felelni. A papírmunka. Sokkal többet számít, hogy a papírmunka le legyen adva, minthogy a beteggel beszéljek 10 percet. Elhiszem, hogy kell az ellenőrzés, de akkor vegyenek fel erre egy embert, ne az ápolótól várják ezt el. Az ápoló meg az orvos hadd gyógyítsa.

Tudna-e 2-3 jó gyakorlatot mondani?

Kevés az olyan ember, mint a Csernus, aki kökeményen tükröt állít az embernek. Aki keményen meg tudja mutatni, hogy mi van, hol tart, mi lesz ennek a következménye. De ezt a típusú terápiát nem is nagyon lehet vinni, mert valószínűleg elvennék a praxisát is. Én eredményesnek tartom ezt a vonalat. Bár kökemény, de amit ezek az emberek saját magukkal, a családjukkal és a társadalommal tesznek, az is kökemény.

Vannak fizetős csoportterápiák, de ide is csak önkéntes alapon lehet menni. Ez a jó gyakorlatok közé tartozik. Lehetséges, hogy az idejáró nyilvánosan nem vállalja fel az életviteli problémáját, de a csoporton belül meg tud nyílni a sorstársaknak. Itt meg tudja érteni, hogy mit miért tesz. Ahhoz, hogy hatásos legyen a terápia, szakember szükséges, aki irányítani tudja ezt a csoportot és elősegíti a felismeréseket a résztvevők életében. A terápiás folyamat hozzásegíti, hogy képes legyen megoldani a saját életében felmerülő problémákat.

De a csoportterápia is csak akkor eredményes, ha bentlakásos és nem úgy működik, hogy másfél órára bemegy, majd kimegy és ugyanúgy éli az életét, pl. bemegy a kocsmába. Itt felkészítik arra, hogy megfelelően élje a terápiát követően az életét.

A függő első lépése a rendszerben, hogy átesik egy kórházi elvonó kezelésen, orvosi felügyelet mellett. A fizikai elvonási tünetek ugyanis olyan erősek lehetnek, hogy abba bele is lehet halni. Ha a fizikai elvonási tünetei megszűnnek, onnantól kezdve jöhetnek a jól működő csoportos foglalkozások vagy az önsegítő programok. Az önsegítő programok nagyon jól tudnak működni. A 12 lépcsős programok. Ezek sincsenek jelen kórházban.

Több olyan reklámra lenne szükség a médiában, mint pl. az ittas vezetés elleni, vagy a biztonsági öv használatát propagáló, vagy a dohányzás ellenes. Ezek jól működő gyakorlatok. Ilyen reklámok szólhatnának a droghasználat ellen is.

Jól működő gyakorlat Hollandiában a „drogkávéházak” létrehozása. De ott is van egy határ. Mindig lesznek emberek, akik át akarják hágni a határokat. Ha valami nem legalizált, onnantól kezdve nem bevizsgálható, hogy az ember milyen szert vagy italt kap. Lehet, hogy 80%-os szeszt kap, de lehet, hogy fagyállót adnak neki. Ilyen is volt és ebbe belehalnak emberek. Ezért van büntetve a zárjegy nélküli alkohol terjesztése, mivel nem bevizsgálható a forrása.

Én engedélyezném a marihuánát. Ha valaki azt mondja, hogy bemegy és el szeretne szívni egy füves cigarettát, akkor az legalább legyen bevizsgált. Akkor semmi problémája nem lesz. Amikor ez nem nyomon követhető és egy 14 éves kezébe kerül a ki tudja milyen vegyszerrel átitatott cigi, akkor jönnek az egészségügyi és pszichiátriai károk. Akkor jön ki a szer által okozott skizofrénia. Tehát nem mindent tiltanék, a forrás ellenőrizhetősége miatt. A növényi alapú dolgok nem hallottam, hogy halált okoztak volna Hollandiában, vagy az amerikai indiánoknál. De addig, amíg Magyarországon a homeopátiás szereket be akarják tiltani és a gyógyszergyártó cégek irányítanak, és minden ötödik percben, reklámban nyomják, hogy mit szedjél, addig a legalizálás nem fog működni.

Milyen változásokat javasolna a rendszerben?

Én nem engedném a gyógyszer reklámokat. Ez szándékos tudatmódosítás. Fáj a lábam, nem azzal foglalkozom, hogy mi az oka, csak kenek rá valamit, amit a TV javasolt. Így vállnak az emberek gyógyszerfüggővé. Ha bajom van, bemegyek a gyógyszerértárba, vagy a körzeti orvoshoz és az mondja meg, hogy milyen kezelés kell nekem. Azért tanult egyetemen. Ne a reklám mondja meg. Attól, hogy homokba dugjuk a fejünket, még ott van a valódi probléma, amit meg kell oldani. Nem a tünetet kell kezelni, hanem az okokat. Fel kell erősíteni az embereknek a személyiségét. Illetve, ha valaki elgyengül, akkor legyen hová fordulnia. Nem gondolom, hogy ezt fizetössé kéne tenni. Persze lehet azt mondani, hogy akinek az alkoholra van pénze, annak a „rehab”-ra is legyen.

Nem értek egyet az önkéntes részvétellel sem. Kényszeríteni kellene a kezelésre, mint ahogyan régen megbüntették azt, aki nem dolgozott.

Engedélyezném a könnyű drogokat, mint ahogy engedélyezve van a cigit, és az alkohol is, így az elfogyasztott szer ellenőrizhető lenne. Aki meg függő lesz, és nem hajlandó a kezelésre,

Van-e ma Magyarországon tudatos szerhasználat?

Tudatos használat lehet egy vérnyomáscsökkentő is, de ugye az gyógyszernek minősülő készítmény. Vagy az alkohol esetében. Kezdetben leül az alkoholist és megiszik valamit, nagyon szuperül érzi magát. Megnyugszik, nem gondol a problémáira. Ekkor még megvan a tudatosság. Később már lehet, hogy több sör kell. Azt gondolom, hogy ettől reggel amikor felkel, ugyanúgy megvannak a problémái.

Ugyanez igaz a drogra. Általában közösségben történik a fogyasztás. Először csak kipróbálja, nagyon szuper, és amennyire én halottam az első próba adagok, mindig nagyon jó „cuccok”. Onnantól kezdve ezt a hatást szeretné elérni. Kikapcsol, nem piszkálják otthon, nem is érdekli, ha piszkálják. Kicsit olyan lebegő érzés ez. Olyan, mint amikor elmegy bulizni és megfélekedezik a gondjairól...Bulizni nem tud eljárni, mert már nincsenek szórakozóhelyek. Én arra emlékszem, hogy a mi korosztályunknál, - legalábbis, amikor én voltam tizenéves - nem volt ennyire elterjedt a drog. Nem is nagyon hallottam róla. Persze ott is jelen volt az alkohol, ami segített feloldódni, de nem kívánta másnap a szervezet. Az emberek tudtak megálljt parancsolni maguknak. Manapság nincsenek szórakozóhelyek, ahol kitombolhatja, kitáncolhatja magából a gondjait, ahol a nők és a férfiak udvarolhatnak egymásnak. Megszűntek, ezért a fiatal beül egy kocsmába, kiül a padra. Ezek a fiatalok mindenhol el vannak küldve. Innentől kezdve csoportosulnak valahol, adott esetben egy lakásban. Ott sem lehet hangoskodni, mert feljelentik őket. Szépen lassan maradnak a padok, a játszóterek. Lehet, hogy ezek a fiatalok amúgy soha nem is találkoztak volna, csak ott ezen a lakáson, ahol a drog hozza őket össze. Az egyik ezt hozza, a másik azt hozza. Ha ez tudatos, akkor azt mondom, igen, tudatosan keresik azt az érzést, de csak azért, mert nincs helyette más.

Azután, ha már kipróbálta, keresi az első jó érzést, de az már nem lesz soha többé és egyre jobban belesüllyed. Össze-vissza próbálgatja a szereket, mert addig nem halt bele.

Mi az egyéni/intézményi/közösségi/családi kár társadalmi szinten, aminek orvoslására a rendszer működése során megoldást kell találni?

Az iskolai területen mindenképpen megjelenik a probléma. A pedagógus nem zárhatja ki az iskolából a gyereket, ha az adott esetben szét van hullva. Maximum mentőt hívhat rá, ha rosszul van. A mentő elviszi. Ha tudják, hogy milyen vegyszer került a rendszerébe, akkor tudják kezelni, vagy altatás alatt kimegy a hatása. Ha kiengedik, utána ambuláns ellátásra kell mennie, pszichiáterhez. Azonban az anyagi háttér miatt, vagy, mert nincs a közelében terápiás lehetőség, nem tud kezelésbe kerülni.

Ott van az ellentmondás, ami a C listás szerekkel kapcsolatban van. Ha valaki elmenne a rendőrségre, hogy bejelentse, hogy tudja, hogy valaki dealer. A feljelentéstételhez az kell, hogy teljes egészében biztos legyen abban, hogy a drogban teljes mértékben illegális tartalom van. Ha az összetétele legálisan beszerezhető, akkor az illető, aki a feljelentést teszi, büntethetővé válik a másik személyiségjogainak megsértése miatt. A dealer

beperelheti az állampolgárt, aki feljelentést tett. Hiába okoz a szer bódultságot, mivel az összetétele legális, nincs mit tenni.

Mennyiben és hogyan forintosítható ez a kár és ebben vannak-e területi és társadalmi különbségek?

Ha az egészségügyet érintően vizsgáljuk a társadalmi károkat, pl. az alkoholizmus következtében kialakult hasnyálmirigy betegség okán. Ezeknek a betegeknek tönkrement a hasnyálmirigye, az inzulinműködés teljes egészében leáll. Ennek további következménye, hogy a fehérvér nem tudja megfelelően feldolgozni a szervezetet. A beteg háromszor műthető, a harmadiknál már nem biztos, hogy túléli. Az egészségügy minden szegmensét érinti a beteg kórházi kezelése. A kezelése része a gyógyszeres kezelés, és mindezzel társul egy nagyon átfogó egészségügyi humán és infrastrukturális háttér. Ezután következik maga a műtét, annak is van költsége, majd a felépülés. Ez az egész óriási anyagi- és szakemberforrást igényel.

Ezek az emberek, amikor már abban az állapotban vannak, hogy az egészségügyi intézménybe kerülnek, akkor munkaerőben, kapacitásban, ellátásban nagyon sokba kerülnek. Ha mindent kiszámolunk, akkor napi szinten százazres tételekről van szó. Mivel nincs meg az a fajta utókezelés, kényszerítő utókezelés, ők körülbelül két-három hónap múlva ugyanúgy visszakerülnek az kórházba. Ugyanúgy visszakerül és nincs veszélyérzete, sőt még lehet, hogy örül is annak, hogy vele ennyit foglalkoznak, ellátják, enni kap. Én ezt felesleges pénzkidobásnak gondolom, mert nincs utókezelés. Ezért gondolom, hogy máshová kellene fektetni ezt a pénzt. Így ő továbbra sem lesz adózó, csak vinni fogja a TB-t, az alanyi jogon járó TB-jét.

Ha valaki hajléktalan szállóra kerül, ott is van költség. Rengeteg pénzbe és energiába kerül, ami soha nem térül vissza. Persze bárki, bármikor, lecsúszhat, szükség van a szociális hálóra. De kötelezném arra, hogy a szállóban mosakodjon, menjen el dolgozni és szedje össze magát. A hajléktalan szállóba el kell vinni az embert, mert nem maradhat az utcán. Az szegény az országnak. Vagy megfagy... Viszont azok az intézmények, ahol azon dolgoznak, hogy felemeljék az embert és visszaintegrálják az életbe, azoktól megvonják a pénzt, míg a jelenlegi egészségügyi rendszerből meg a hajléktalan szállókból kikerülő emberekből soha nem lesz újra épkezláb ember. Ha nem emeljük fel ebből, akkor csak eltartottak lesznek.

3. Szarvák Aranka: Szakértői interjúk tapasztalatának összegzése

2020. júniusában 5 szakértői interjú zajlott a drogproblémák megelőzése, kezelése és a kínálatcsökkentés kérdéskörét érintően, melynek fókuszában a jelenség okozta társadalmi kár megítélése állt.

Az interjúalanyok kiválasztásánál a Nemzeti Drog-ellenes Stratégia felépítése volt meghatározó, ami a problémát az egészségfejlesztés, kábítószer-megelőzés, a kezelés, ellátás, felépülés és a kínálatcsökkentés szemszögéből közelíti meg, és a beavatkozás tervezésénél is ezt a hármaszt veszi figyelembe. A kiválasztott szakértők az érintett területek helyi képviselői voltak.

Szakértői interjúk keretében 4 fő kérdést vizsgáltunk meg:

- 1.) **Hogyan jellemezné 5 mondattal a drogproblémák kezelésének kérdését: az egészségfejlesztés, megelőzés - a kezelés, ellátás, felépülés - a kínálat csökkentés területét érintően? (Interjúalanyonként más területre fókuszáltan hangzott el a kérdés.).**
- 2.) **Mely konkrét területeken látja eredményesnek a rendszer, programok működését és mely területeken nem?
Tudna-e 2-3 jó-gyakorlatot mondani? Ha nem tud, Ön szerint mi kell ezen a területen a jó gyakorlathoz? Milyen változtatásokat javasolna?
(Interjúalanyonként más területre fókuszáltan hangzott el a kérdés.).**
- 3.) **Van-e Magyarországon ma tudatos szerhasználat?**
- 4.) **Mi az az egyéni/intézményi/közösségi/családi kár társadalmi szinten, aminek az orvoslására a rendszer működése során megoldást kell találni?
Mennyiben és hogyan forintosítható ez és ebben vannak-e területi és társadalmi különbségek?**

- 1.) Az első kérdéssel kapcsolatosan az a) egészségfejlesztés, megelőzés b) kezelés, ellátás, felépülés c) kínálatcsökkentés témakörét érintően a válaszadók az alábbi jellemzőkkel írták le a területet:

- a) Az egészségfejlesztés, megelőzés területét érintően hangsúlyosan került megfogalmazásra, hogy az addikció témáját *komplex módon szükséges értelmezni* és figyelembe venni a prevenció beavatkozások tervezésénél. Egy kamasz pl. előbb találkozik a dohányzás, alkohol és játékszenvedély jelenségével, mint a kábítószerekkel. A prevenció részeként mind a függőség természetéről, mind az elérhető segítő hálóról szükséges beszélni.

Tekintettel arra, hogy a *köznevelési intézményeknek kiemelkedő jelentősége van az egészségfejlesztési tevékenység megvalósulásában*, így a WHO definíciójából kiindulva, az egészségfejlesztés keretében megvalósuló programoknak a tanulók testi, mentális, szellemi jóllétének biztosítását kellene szem előtt tartania. Ezeken a beavatkozásokon belül fontos szerepe van pl. a *szociális készségfejlesztő*

programoknak, melyek célja – többek között – a kommunikációs vagy konfliktuskezelő készségek fejlesztése.

Az ártalomcsökkentő beavatkozások támogatottságának csökkenése és a drogpolitika konzervatív irányba történő elmozdulása, negatívan hat a probléma hatékony kezelésére. Pedig a tűcsere programok²¹ vagy party service-ek²² még mindig kevesebb terhet rónak a társadalomra, mint a függőség kezelése. Ugyanez a gondolat megjelent a rendszer működésével kapcsolatosan a kritikai oldalon.

- b) A kezelés, ellátás, felépülés rendszerét érintően jellemző a *központi stratégia, a terület támogatottságának, megbecsültségének és a koordinációnak a hiánya. A klienskör egyre fiatalabb, az aluliskolázottság egyre jellemzőbb, aminek következménye, hogy a terápiás programot le kell „butítani”, ahhoz, hogy át tudjon menni. Nemcsak az intelligencia, de az érzelmi intelligencia deficit is jellemző.*

Az ellátórendszer megítélését az ambivalencia jellemzi. Az interjúalanyok egy része azt emeli ki, hogy a rendszer elemei – a nehézségek ellenére – teszik a dolgukat, más részük azt hangsúlyozza, hogy a beteg elveszik a rendszerben, mely a farmakoterápiás, gyógyszeres kezelést preferálja a pszichoterápia ellenében – elsősorban – humán erőforrás hiányában. Az ellátás hatékonyságának és hozzáférhetőségének tekintetében hangsúlyozzák a területi különbségeket. A főváros előnyösebb helyzetben van a vidékkel szemben.

A designer drogok egészségügyi ellátórendszerre gyakorolt hatása a tehetetlenségi állapot, mivel nem tudni, hogy az orvos milyen összetételű anyaggal áll szemben. A fogyasztó maga a tesztelő egy személyben.

- c) A kínálatcsökkentés területét érintően a rendőrség prevenció, *keresletcsökkentő szerepe hangsúlyosabban* került megfogalmazásra, mint a kínálatcsökkentésben betöltött funkciója, ami tulajdonképpen a felderítést foglalja magában. A keresletcsökkentő tevékenység keretében a *D.A.D.A. programot* viszik köznevelési szinten a rendőrség szakemberei, és tanulók, valamint szülők számára prevenció eladásokat tartanak.

A kínálatcsökkentés eredményességét nehezíti az új pszichoaktív drogok²³ (ÚPSZ-ek) rohamos terjedése, mivel gyorsan változik az anyag összetétele és idő mire C listára kerül egy új vegyület. Az illetékességi területen a designer drogok mellett

²¹ Az ártalomcsökkentés egyik kulcsfontosságú eleme a tűcsere program, amelynek legfőbb célja a HIV és a hepatitis C fertőzések megelőzése. A tűcsere programok lehetőséget adnak az intravénás kábítószer-fogyasztók számára, hogy az injekálás során használt eszközeiket (tű, fecskendő, szűrő, stb.) ingyenesen steril eszközökre cseréljék. Forrás:

<http://drogfokuszpont.hu/szakteruleteink/artalomcsokkentek/artalomcsokkentek-tenyek-es-szamok/>

²² Ártalomcsökkentő programok közé soroljuk a [tűcsere programokat](#), a [helyettesítő kezelést](#), az ellenőrzött fogyasztói szobákat, és a party service-t (bulisegély). Forrás:

<http://drogfokuszpont.hu/szakteruleteink/artalomcsokkentek/>

²³ Az ún. új pszichoaktív szerek (UPSZ) vagy dizájner drogok olyan tudatmódosító szerek, amelyeknek a hatása hasonló a már illegális drogokéhoz, de molekulaszervezetük eltér attól (pl. potpurriként, herbál fűként, fürdősóként és növénytápszerként forgalmazott szerek). Az ilyen anyagok nem kerülnek fel automatikusan a kábítószeres listájára, hanem létrehozta számukra egy ideiglenes listát (ún. C-lista). Forrás: <http://www.indit.hu/ufaq/mik-ezek-az-uj-pszichoaktiv-anyagok/>

elsősorban a marihuána, amfetamin, illetve metamfetamin származékok jellemzőek.

A legális drogok vonatkozásában, a *cigaretta esetében, a fogyasztásra nem voltak hatással a nemdohányzók védelmében hozott rendelkezések*, változások. A nemdohányzók szempontjából azonban eredményesnek tekinthető a kialakult helyzet.

Az *elterelés*²⁴ intézményével kapcsolatban az a tapasztalat, *nem igazán hatékony*, az eltereltek nagy része később újra kriminalizálódik.

2.) Arra a kérdésre, hogy a rendszer működését mely területeken látja hatékonnak és mely területeken nem, az alábbi válaszok születtek:

a) A prevenciós programokkal kapcsolatosan, alapvetően pozitív volt a megítélés. Szintén eredményként jelent meg a rendszer működésével kapcsolatosan, hogy a programok *minősítési eljárását* is kialakították, ami a minőségbiztosítás alapját képezi. Azonban ellenpólusként megjelent, hogy nehéz megfelelni a kritériumoknak, ezért kevés minősített program létezik. (Ez azért probléma, mert köznevelési szintén külső szolgáltató igénybevételével csak olyan programok jelenhetnének meg, melyek a minősítési eljárás során megfeleltek.²⁵)

Ugyancsak ellenpólusként jelent meg, hogy *hiányoznak a közösségi házak, ifjúsági házak, valamint ezek stabil finanszírozási háttere*. Ugyancsak hiányzik a rendszeren belül a prevenciós programok központi támogatottsága, ami az intézményeknek okoz nehézséget.

(Tehát, bár léteznek prevenciós programok, de a minősítés megszerzése nehézségekbe ütközik, így a hatályos jogszabály alapján nem jelenhetnek/jelenhetnének meg vele köznevelési szintén. Ez nem jelenti azt feltétlenül, hogy a minősítés hatékony szűrőként funkcionál a gyakorlatban.²⁶)

Jó gyakorlatként említésre kerül a drámapedagógia és az improvizációs színház, mint prevenciós technika, illetve a Köztes Átmenetek²⁷ kiállítás.

b) A legális szerek vonatkozásában, a szabályozás tekintetében *eredményesnek értékelték a nemdohányzók védelmében hozott rendelkezéseket* (maga a létük eredmény), azonban hozzátették, hogy mivel a betartása, betartatása nem valósul meg, így romlik a hatékonysága.

²⁴ Olyan intézkedések, amelyek helyettesítik a börtönbüntetést azok számára, akik olyan bűncselekményt követtek el, amit a Büntető Törvénykönyv börtönbüntetéssel súlyt. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények esetében, ezen eljárások a kábítószer-problémával kapcsolatos felvilágosítást, illetve kezelést jelentik.

Magyarországon, ha a fogyasztói típusú magatartás elkövetésével gyanúsított személy önként részt vesz 6 hónapos kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson, az a büntethetőség megszűnését eredményezheti. Forrás: <http://drogfokuszpont.hu/fogalomtar>

²⁵ A szerkesztő megjegyzése a 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló rendelet 128§ (7) bekezdése alapján.

²⁶ A szerkesztő megjegyzése.

²⁷ <https://www.koztesatmenetek.hu/>

Az *alkohol problémával* kapcsolatosan a rendszer nem rendelkezik aktuális adatokkal, ami nehezíti, hogy reálisan lássunk rá a problémára. Megjelent az *alkohol stratégia hiányának* gondolata is, ami mögött az alkohollal kapcsolatos hazai elfogadó attitűd húzódik meg.

A probléma kezelésének finanszírozási oldalát tekintve pedig az is megfogalmazódott kritikaként, hogy nem forgatnak vissza az alkohol jövedéki adójából a kezelő-ellátó rendszer működésébe.

A témával kapcsolatosan elhangzott olyan vélemény is, hogy vissza kellene állítani a kényszergyógykezelés intézményét a család védelmében.

A *gyógyszerfüggőség* vonatkozásában megfogalmazódott, hogy rendszer támogatja a függőség kialakulását, mivel könnyű a nyugtatóhoz illetve altatóhoz történő hozzájutás.

Az *ellátórendszer elemeinek bővítése* pozitívként értékelődött az olyan speciális területek kapcsán, mint a *tinédzser rehabilitáció és addiktológia*, azonban *hiányzó elemként említették a női rehabilitációs intézményeket*, illetve, hogy olyan rejtőzködő szerhasználók, mint pl. a hajléktalanok nehezen jutnak be a rendszerbe, abban a pillanatban, amikor úgy érzik, hogy elköteleződnenek a kezelés mellett. (Ez általánosságban is meglévő jelenség.)²⁸

Az *önsegítő csoportok és a civil szervezetek* működését hatékonynak látják, szemben az állami fenntartású egészségügyi és rehabilitációs intézményekével.

Az *állami egészségügyi ellátórendszer* – egyébként is gyengének minősített – működési hatékonyságát rontja, hogy *a dolgozók nem kapnak megfelelő képzést* (pl. az ÚPSZ-ek vonatkozásában). A *humánerőforrás hiány* szintén csökkenti a hatékonyságot, aminek következménye, hogy a rendszerben alig fellelhető az egyéni és csoportterápia.

A rendszeren belüli *túlzott bürokrácia*, pedig azt eredményezi, hogy a betegre kevesebb idő jut.

Jó gyakorlatként nevesítették a Kék Pont által korábban női szerhasználók számára szervezett Női Napot, ami a rejtőzködő női szerhasználók elérésében segít, illetve a Józan Babák²⁹ programot.

A terápiás gyakorlatok vonatkozásában a jó gyakorlatok közé sorolták a hazánkban is több helyen alkalmazott Minnesota modellt.³⁰

A tudatmódosító szerek szabályozásával kapcsolatosan, pedig a holland coffeeshopok példáját hozták be, mint ártalomcsökkentő megoldást, a bizonytalan összetételű designer drogokkal szemben.³¹

A *javasolt változtatások* között egy szakembernél megjelent a *marihuána legalizálásának* gondolata. Ezzel szemben elhangzott ellenvélemény is, ami szerint

²⁸ A szerkesztő megjegyzése.

²⁹ Droghasználó szülők önssegítő csoportja. Forrás: https://hu.wikipedia.org/wiki/Jozan_Babák

³⁰ Eredetileg kémiai függőségek gyógyító programja, melyet szerencséjének zavarban szenvedő betegek kezelésére is átdolgoztak. A beteg függőségét krónikus betegségként fogadja el (reális betegségbelátás), amely nem gyógyul meg, de abból felépülés lehetséges. A kezelés célja a teljes absztinencia elérése és fenntartása. Forrás: <http://nygy-opai.hu/altalanos-informaciok/betegseglexikon/156-a-minnesota-modell>

³¹ A szerkesztő megjegyzése: Sok tévhit él a holland példával kapcsolatosan. A coffeeshopok léte nem jelenti azt, hogy Hollandiában legalizálták volna a marihuána fogyasztást. Meghatározott mennyiségig (5 gramm) lehet ezekben az üzletekben fogyasztani, ahol jelenleg szintén a feketepiacról szerzik be az árut. Azonban 10 kisebb holland város kísérleti jelleggel vállalta, hogy 2020-tól csak ellenőrzött termelőtől vesznek árut.

a legalizálás nem jelentené a fekete piac megszűnését, illetve a „recept piacot” is aktivizálná.

A *média* vonatkozásában a *tudatos és következetes reklám kampányok szükségessége* fogalmazódott meg, többek között az ittas vezetés, a dohányzás ártalmai, illetve a kábítószeres témakörében.

- c) A *keresletcsökkentő tevékenységen belül*, a *korai prevenciónak* kiemelt jelentősége van, a rendőrségi prevenció programok vonatkozásában ez jól is működik az interjúalany véleménye szerint. Azonban mivel az elsődleges szocializációs színtér, *a család nem elérhető, így ez csökkenti a rendszer működésének hatékonyságát.*

Az elterelést nem értékeli a rendszer hatékony elemeként.

Konkrét *jó gyakorlatként* a rendőrségi prevenció programok és az iskola rendőrök kerültek megnevezésre, amik a korai prevenció szellemében működnek korosztály specifikusan.

Hatékony technikaként pedig az elrettentő módszerek preferenciája hangzott el. (Azonban több kutatás támasztotta alá, hogy az elrettentésen, illetve pusztán ismeretátadáson alapuló prevenció programok nem érik el céljukat³².)

- 3.) A *tudatos szerhasználat* kérdéskörével kapcsolatosan az alábbi gondolatok hangoztak el:

A válaszadók egyetértettek abban, hogy létezik a *tudatos szerhasználat* jelensége, több vonatkozásban is.

A *motivációs faktorok* tekintetében megjelent a *stressz- és szorongásoldás, a hangulatjavítás, a kortárs közeghez történő adaptációs funkció „menőnek lenni a többiek előtt”*. Ezen belül kiemelten jelent meg a *használt szer és a társadalmi státusz közötti összefüggés*. Vagyis mindenki használ valamilyen szert, csak mást. A gyermekotthonban élő fiatalok inkább designer drog használók, míg a jobb társadalmi státuszhoz tartozó fiatalok marihuánát, amfetamin és metamfetamin származékokat használnak (a megyében).

A *kíváncsiság motivációjához* kapcsolódóan társult az a tapasztalat, hogy létezik olyan szerhasználó, aki hogy csökkentse a szer használatával szembeni félelmeit, *utána olvas*.

A *tudatos szerhasználat* körébe tartozónak sorolták az *orvosi célú, fájdalomcsillapító szerhasználat* jelenségét.

Ugyanakkor témaként megjelent a *legális drogok* (alkohol, gyógyszer) használatával kapcsolatos tudatosság is. *Stresszoldás, fájdalomcsillapítás*. A gyógyszerfogyasztás témakörét érintően a média jelentőségét, illetve fogyasztóvá nevelő szerepét hangsúlyozták, mint negatív példát. Már a kisgyerek is tudja, hogy milyen gyógyszert kell bevenni, ha fáj valami.

³² A szerkesztő megjegyzése a Drogrporter cikke alapján. Forrás: <https://drogrporter.hu/rodney-skager-alternativ-prevencio/>

- 4.) Arra a kérdésre, hogy mennyiben és hogyan forintosíthatók ezek a károk, illetve vannak-e területi és társadalmi különbségek, az alábbi vélemények fogalmazódtak meg.

A *társadalmi károk* különböző szinteken jelennek meg. Az *egyén szintjén* kiemelték az *egészségi állapotra* gyakorolt negatív hatást (keresőképtelen lesz, visszaforg a rendszerbe, belehal). „*Mivel nincs meg az a fajta utókezelés, kényszerítő utókezelés, ők körülbelül két-három hónap múlva ugyanúgy visszakerülnek az kórházba.*” A probléma nem csupán az egyén szintjén áll fent továbbra is – a sikertelen kezelés hiányában -, hanem az egészségügyi és szociális rendszerekben pedig újratermeli a problémát.

A *családi színteret* érintően a *tovább örökített negatív mintát* nevezték meg. Illetve megfogalmazták, hogy *a drogfogyasztás problémája, csak tünet*. A társadalom eltorzult működésének a produktuma. A drogfogyasztás a családok működési problémáinak, szétesésének eredményeként jelenik meg, - a beteg társadalom beteg alrendszerének – következményeként.

A *köznevelési színteret* érintően a társadalmi károk között említették a növekvő *problémák* körét, amit a pedagógusnak kezelni kell. A *korai iskolaelhagyás* és ennek következményei is megjelentek a társadalmi károk témakörénél. Megfogalmazódott az is, hogy a rehabilitációba kerülő fiatalok esetében ez a folyamat nyomon követhető abban, hogy mind értelmi, mind érzelmi intelligencia tekintetében egyre inkább negatív elmozdulás figyelhető meg, akkor is, ha vannak kivételek. „Visszasírjuk az intellektuális opiát használókat.”

Az állam szintjén, a költségvetést terhelő kiadások között jelent meg a *lebukott szerhasználóval szemben indított eljárás* költsége (70.000 – 100.000 forintos perköltség és szakértői költség), az *elterelés* költsége (és mivel ez gyakran nem hatékony, az ennek következményeként elkövetett újbóli bűnesetek okozta kár), a *büntetés-végrehajtási intézetben a benntartózkodás* költsége. Az *egészségügyi intézményrendszer* érintően a *betegség kezelésének kiadásai*. A drogterápiás otthonban egy bentlakó havi „bekerülési költség” 350.000 forint. Illetve mivel sem a beteg, sem a bv intézetben büntetését töltő egyén nem adófizető állampolgár, így ez az *állam szintjén a bevételeket csökkenti*.

A *társadalmi különbségek* témakörében határozottan differenciálás van. Az intellektuális, illetve jobb anyagi körülmények között felnövő fiatalok inkább marihuánát, amfetamin és metamfetamin származékokat fogyasztanak. A motivációjuk is inkább a doppingolás és a hangulatjavítás (egy buliban). „*Aki egy kicsit tanultabb, az már inkább a régi klasszikus drogokat fogja használni, tudatosabban. Ehhez kell intelligencia, hogy valaki tudatosan használjon bármilyen drogot.*”

Míg a gyermekotthonokban élő fiatalok elsősorban designer drogokat használnak.³³

A települési különbségek a választott szerben szintén megfogalmazódtak. Mind Budapest-vidék, mind Oroszlány-Tatabánya, illetve Oroszlány-Budapest vonatkozásában. Kisebb településen a designer drog, alkohol, cigaretta az elsődlegesen hozzáférhető szer, míg a party drogok inkább a nagyobb városokra jellemzőek. Az elmaradott, illetve kisebb települések esetében a szolgáltatásokhoz történő hozzáférés vonatkozásában is van különbség.

³³ Bár a fókuszcsoporthoz is kiderültek, hogy alkoholhoz és cigarettához is hozzájutnak, amit felnőttekkel vásároltatnak meg.

A legális drogok vonatkozásában a legtöbb esetben nem jelent meg sem a társadalmi differenciálás, sem a település szintű.

Egy esetben hangzott el az a vélemény, hogy az alkohol vonatkozásában *„egy bizonyos réteg felett a minőségi italokat vásárolják”*.