

# Drogosok

*Demetrovics Zsolt – Balázs Hedvig*

## Bevezetés

A drogfogyasztásra általában mint betegségre, egészségügyi, családi és társadalmi problémára hivatkozunk. Ez valóban így is van, hiszen a különböző legális vagy illegális szerek használata igen sok testi és lelki egészségügyi problémát vet fel, s hasonlóképp ártalmas hatást fejthet ki a droghasználó családi és egyéb társas kapcsolataira csakúgy, mint a társadalom egészére. Mégis – és erre szeretnénk ebben a fejezetben rámutatni – ennél sokkal összetettebb jelenségről van szó. Nevezetesen arról, hogy nem tudjuk a droghasználatot egyszerűen csak betegséggént, problémaként értelmezni, mivel ekkor ugyanis számos olyan vetületét nem látnánk ennek a jelenségnek, amelyeket szintén fontos lenne megismernünk.

Hiszen mi van azokkal a használókkal, akik, úgy tűnik, nem mutatnak különösebb problémákat? Mitől tekinthetünk veszélyesnek egy drogot, s mikor kell kevesebb veszéllyel számolnunk? Mitől függ az, hogy kialakul-e problémás droghasználat vagy nem? Mi a helyzet azokkal a kultúrákkal, ahol bizonyos, Európában tiltott drogok használata elfogadottnak tekintett vagy fordítva, ahol olyan kémiai szerek használatát tiltják, amelyek a mi kultúránkban elfogadottak? Egyáltalán mikor válik szükségessé, hogy a társadalom fellépjen valamilyen szer használata ellen, s ha ezt a döntést egyértelmű szempontok támasztják alá, akkor miért reagálnak különbözőképp az egyes kultúrák?

A következőkben a fenti, illetve a droghasználattal kapcsolatos néhány egyéb kérdést szeretnénk olyan módon körbejárni, hogy számukra minél szélesebb értelmezési keretet nyújtsunk, minél több oldalról világítsuk meg ezeket a kérdéseket. Először néhány alapfogalmat fogunk tisztázni, illetve bemutatjuk a különböző drogokat, ezek csoportosítási lehetőségeit, illetve a különböző droghasználati módokat. Ezt követően tárgyalunk néhány olyan fontosabb elméletet, amelyek a droghasználat kialakulását magyarázzák, majd pedig áttérünk azokra az alapvető szemléleti lehetőségekre, amelyek keretében értelmezni tudjuk a droghasználat jelenségét. Ez a fejezet azért különösen fontos, mert itt láthatjuk meg igazán, hogy attól függően, hogy milyen

irányból közelítjük meg ezt a jelenséget, nagyon különböző képünk alakulhat ki róla. Végezetül, az előzőekből következően azt vizsgáljuk meg, hogy a társadalom milyen válaszlehetőségeket ismer a drogprobléma kezelésére.

## Alapfogalmak

*Szenvedélybetegségeknek* azokat a viselkedésformákat nevezzük, amelyek fölött a személy képtelen kontrollt gyakorolni, s ezért ezeket kényszeresen újra és újra végrehajtja, illetve, amelyek a személyre – és többnyire környezetére is – káros következményekkel járnak. Ezek a szenvedélyek, vagy *addikciók* alapvetően kétfélék lehetnek.

Függőséget alakíthatnak ki *kémiai szerek*; ezt a fajta szenvedélybetegséget nevezük drogfüggőségnek, kémiai addikciónak vagy *pszichoaktív-szer dependenciának*. Pszichoaktív szereken azokat a kémiai anyagokat értjük, amelyek hatásukat a központi idegrendszeren keresztül fejtik ki. Ezeket a szereket szokás drogoknak is hívni, bár a magyarban a drog szón elsősorban az illegális pszichoaktív anyagokat értjük, s nem tekintjük drognak az alkoholt vagy a cigarettát. Ebből a szempontból tehát helyesebb a kábítószer elnevezés használata, ez a szó ugyanis, a köznyelvi használattal ellentétben – amely tévesen pl. a stimuláns hatású szereket is kábítószernek hívja – jogi kategória, amely az illegális szerekre utal.

A függőségek másik csoportját *viselkedési addikciók* képezik. A viselkedési addikciók közé soroljuk a játékszenvedély-betegséget, a kleptomániát, a piromániát, a kóros hajtépegetés, a szexuális viselkedés bizonyos zavarait (pl. pornográfiahoz való hozzászokás). Ide sorolhatóak a táplálkozási magatartás különböző zavarai (pl. anorexia nervosa, bulimia), a társfüggőség (kodependencia), a munkamánia, a testedzéstől való függőség, a kényszeres pénzköltés vagy a vásárlási kényszer, a számítógépes játékoktól való függőség, az internetfüggőség, és még sok hasonló viselkedésforma. Természetesen ezen viselkedésformák többsége egészséges mértékben jelen lehet, sőt, jelen kell, hogy legyen a viselkedésben. Megfigyelhetjük, hogy a leggyakoribb viselkedési függőségek – a táplálkozási magatartás zavarai, a szerencsejáték-szenvedély, a szexualitással kapcsolatos problémák – valamilyen alapvető biológiai szükségülethez (táplálkozás, játék, szexualitás) kötődnek. Függőségről vagy problémák megjelenéséről akkor beszélünk, ha az adott viselkedésforma uralni kezdi a személy viselkedését, s ennek következtében jelentősen károsítja a korábbi életvitelét, illetve a testi és/vagy a lelki egészségét, valamint környezetét.

## A szenvedélybetegségek főbb jellemzői, tünetei

Az alábbiakban összefoglaljuk a szenvedélybetegségek legfontosabb jellemzőit. Azt kell azonban mondanunk, hogy általában nem az összes tünet jelenik meg együttesen, ám a szenvedélybetegség diagnózisához már néhány jellemző is elég lehet.

– *Folyamatos vágy* egy bizonyos viselkedés végrehajtására, illetve képtelenség

- arra, hogy az illető ellenálljon ennek a váagnak. Drogfüggőség esetében ez a viselkedés a drog bevétele, míg a viselkedési addikciók esetében valamilyen viselkedés kényszeres végrehajtása. A játékszenvedélyes személy nem tud ellenállni a játékgépeknek, a kleptomániás kényszerű, legyőzhetetlen vágyat érez a lopásra, a kényszeres evő nem tudja abbahagyni az evést és így tovább.
- Gyakran megfigyelhető a *tolerancia* kialakulása. Ez azt jelenti, hogy a használó hozzászokik a szerhez, egyre nagyobb mennyiségre lesz szüksége belőle ahhoz, hogy az adott szer ugyanazt a hatást elérje. A tolerancia a viselkedési addikciók esetében is kialakul, azaz, például egyre gyakoribb, egyre hosszabb idejű internethasználat elégíti csak ki a személyt.
  - Szintén gyakori, bár nem feltétlenül kötelezően előforduló tünet a *megvonási tünetek* megjelenése. Ez azt jelenti, hogy a drog használatának abbahagyásakor, vagy a kényszeres viselkedéssel történő felhagyáskor a használó kellemetlen lelki és/vagy testi tüneteket érez. Nem minden drog használatakor alakulnak ki *testi* (fiziológiai) megvonási tünetek; minden drog és minden addiktív viselkedés esetében kialakulhatnak azonban *lelki* megvonási tünetek.
  - Jellemző tünet lehet a *leszokási kísérletek sorozatos kudarca*.
  - Igen általános jellemző a legkülönbözőbb *testi vagy lelki problémák megjelenése*, illetve, hogy a függő személy maga is észleli ezeket a problémákat, de ennek ellenére sem képes felhagyni szenvedélyével.
  - A szenvedélybeteg többnyire *nagyon sok időt* fordít szenvedélyére, illetve az attól való megszabadulásra. Ennek is következménye, hogy más, korábbi tevékenységeire nem marad ideje. Nem tudja megfelelően elvégezni a munkáját, romlik az iskolai teljesítménye, nem látja el a kötelezettségeit. Elveszítheti érdeklődését számára korábban fontos tevékenységek iránt. Megromolhatnak a családi, baráti kapcsolatok.
  - A szenvedélybetegség kialakulása többnyire együtt jár a *belső értékrend megváltozásával*. A korábban fontos elvek, illetve tevékenységek elveszítik fontosságukat, nem tudnak már örömet szerezni, nem kötik le az érdeklődést. Ezzel szemben a szenvedély tárgya felértékelődik, minden másnál fontosabbá válik és kiszorítja a használó életéből az egyéb örömforrásokat. Ily módon a munka és a tanulás mellett elveszítheti az értékét a család, a barátságok, a szerelem, a szex, a hobbik és bármi más korábban fontos dolog.

### *Viselkedési addikciók*

A kémiai és a viselkedési addikciók nemcsak a fent felsorolt tüneteikben, hanem biológiai, pszichológiai gyökereikben is közősek. Ezt alátámasztja, hogy ugyanazon személy egyszerre több addikcióban is szenvedhet (pl. gyakran társul a játékszenvedély alkoholizmushoz vagy drogfüggőséghez), illetve az egyik szenvedélybetegséget egy másik váltja fel.

A fentebb felsorolt viselkedési addikciók – bár látszólag különböző betegségek – alapvetően megegyeznek abban, hogy az egyén viselkedésének szabályozása sérül. Valamilyen, gyakran alapvető viselkedés, mint az evés, a szexualitás vagy a játék eltolódik a szélsőségek irányába. Az egyik véglet a szabályozás hiánya lehet, ilyenkor a személy nem tudja kontrollálni viselkedését, s az túlzott mértékűvé válik. Ez történik a játékszenvedély-betegség vagy az internetfüggőség esetében. Más esetben túlzottá válik a kontroll; így például az anorexiás beteg egyáltalán nem eszik.

### *Kémiai addikciók*

A következőkben a kémiai addikciókra szűkítjük összefoglalónkat.

Hajlamosak vagyunk azt hinni, hogy a drog-élményt kizárólag a drognak a szervezetre gyakorolt hatása hozza létre. Ez nem így van. A kialakuló élményért három tényező együttes hatása felelős.

Az első tényező maga a használt *kémiai anyag, a drog*. Annak mennyisége, minősége (milyen szerről van szó), a szervezetbe kerülés módja.

További meghatározó tényező a *személy saját jellemzői*. Az, hogy a használó milyen testi és lelki állapotban van a drog bevételekor, alapvetően meghatározza a drogélményt. A fáradt emberre ugyanolyan mennyiségű drog nagyobb hatást gyakorolhat. Nem mindegy, hogy valaki először használja az illető drogot, vagy vannak már korábbi tapasztalatai. Lényeges, hogy milyen elvárásai vannak a drog használatával kapcsolatosan, milyen élményre számít. Nem lényegtelen az sem, hogy milyen lelki állapotban van a használó. Sok drog, elsősorban a hallucinogén hatású szerek felerősíthetik a használó aktuális hangulatát, míg más szerek inkább módosítják az aktuális érzéseket.

Végül a *használat fizikai és szociális körülményei* szintén meghatározóak az élmény szempontjából. Nem mindegy, hogy milyen környezetben és kikkel közösen történik a használat. Nagy különbséget élhet meg valaki ugyanannak a drognak (és ugyanannak a mennyiségnek) a használatakor, ha azt ismerőssel együtt, illetve, ha idegenek között, vagy ha egyedül használja. Nem mindegy a fizikai környezet sem. Máshogy hathat egy drog otthon vagy ismerős környezetben, mint egy idegen helyen.

### **A drogok csoportosítása**

A drogokat sokféle módon lehet csoportosítani. Gyakran szokás elkülöníteni a különböző kémiai szereket aszerint, hogy *legális-e a használatuk, avagy tiltott*. Tudnunk kell azonban, hogy ez a csoportosítás függ az adott kultúrától, társadalomtól, az aktuális szabályozástól, és nem sokat árul el magáról a kémiai anyagról. Lényegi információt ez a felosztás kizárólag jogi szempontból hordoz. A drogok veszélyessége nincs egyértelmű összefüggésben jogi megítélésükkel, az utóbbi inkább kulturális szempontok alapján meghatározott. Gyakori a *szintetikus és természetes drogok* elkülönítése, de ez a fajta

csoportosítás sem hordoz fontos információt. Sok esetben nehéz maga az elkülönítés is, hiszen több olyan drogot ismerünk, amely természetes abban az értelemben, hogy jelen van a természetben, de ma már szintetikus úton történik az előállítása. Ilyen például az LSD. Ennél is problémásabb azonban, hogy a drog veszélyességére vonatkozóan a drog természetesessége semmilyen információt nem hordoz. Sokan azt gondolják, hogy a természetes anyagok kevésbé veszélyesek, de elég az ópiumra gondolnunk, s könnyű belátni, hogy ez nem így van. Mások a szintetikus szereket gondolják veszélytelenebbnek, mondván, hogy ezek „tisztá” anyagok, nem tartalmaznak szennyezőanyagokat csak magát a tiszta hatóanyagot. Ez a tiszta hatóanyag azonban gyakran veszélyesebb, mint más esetben a természetes szerek. Összességében azt mondhatjuk, hogy egy szer veszélyessége semmilyen kapcsolatban nincs azzal a ténnyel, hogy a szer hozzáférhető-e a természetben vagy mesterséges úton állítják elő.

Gyakori a *kemény, illetve lágy drogok* elkülönítése. Ez az elkülönítés eredendően a holland drogpolitikai gyakorlatból származik. Hollandiában, 1976-ban úgy döntöttek, hogy a kannabisz-származékokat, azaz a marihuánát és a hasist leválasztják az egyéb szerekről, s enyhébb megítélés alá vonják. Ezt az elkülönítést az indokolta, hogy a kannabisz kisebb valószínűséggel alakít ki függőséget, illetve használatának egészségügyi és társadalmi kockázata lényegesen alacsonyabb, mint az egyéb, keménynek nevezett drogoké. Az elkülönítés révén a hollandok elérték, hogy különvált a marihuána és a heroin piaca, s ezáltal jelentősen csökkent a heroint használók aránya. Fontos azonban tudni, hogy a holland eredmények egy komplex beavatkozás eredményeként jöttek létre. A kemény és lágy drogok elkülönítésének veszélye mindazonáltal az, hogy a kannabisz-származékokra így gyakran nem mint *kevésbé veszélyes*, hanem, mint *veszélytelen* szerekre szokás hivatkozni, ami alapvetően hibás megközelítés. *Relatív*, azaz a heroinhoz és más kemény drogokhoz viszonyított, nem pedig *abszolút* veszélytelenségről van szó.



A koka cserje  
és a kokain

A legelfogadottabb, s leginkább használható felosztás az egyes kémiai anyagoknak a *központi idegrendszerre gyakorolt hatása* alapján történik. Eszerint elkülöníthetünk stimulánsokat, depresszánsokat és hallucinogén anyagokat.

*Stimulánsoknak* nevezzük azokat a szereket, amelyek elsődlegesen stimulálják, gyorsítják, izgatják a központi idegrendszer működését. Ide soroljuk a legális szerek közül a koffeint és a nikotint, míg az illegálisak közül az amfetaminszármazékokat, az ecstasyt és rokon vegyületeit, valamint a kokaint. Bár egyes stimuláns drogoknál nem jelentkezik nagy mértékű testi függőség, a pszichés függés igen hamar kialakulhat.

A stimuláns szerek népszerűségét az okozza, hogy kellemes, izgatott, esetleg eufórikus

állapotot hoznak létre. Nyitottabb, közlékenyebb, beszédesebb lesz a használó, könnyebben alakít ki kapcsolatot másokkal. Ugyanakkor ezeknél a szereknél egy jellegzetes „visszacsapó” hatás is jelentkezik, azaz a hatás elmúltával depressziós hangulat, levertség, fásultság jelentkezik. A veszélyt az jelentheti, hogy ez a levertség a szer ismételt fogyasztása felé lendíti a használót, ami akár napokig tartó intenzív, folyamatos használathoz is elvezethet. Ráadásul ezek a szerek csökkentik az étvágyat, illetve álmatlanságot okoznak, s ily módon jelentős fogyáshoz és teljes kimerüléshez vezethet a használatuk.

*Buzai Borbála Sárkányos lány című önéletírásában így ír erről a folyamatról:*

*„Alig bírtam elviselni a ledzsalásokat (így hívtuk, amikor az anyag hatása kezd elmúlni, és óhatatlanul jön a vele járó rosszkedv, a „világvége hangulat”), így azután általában nem is vártam meg, hanem még rádobtam egy-két lapáttal. A drogoktól, amiket szerettem, nem lehetett aludni, ezért két-három napig fent voltam, akkor aludtam csak, amikor elájultam. Egyik reggel nagy meglepetéssel vettem észre, hogy két nagy ránc keletkezett a szemem alatt, ami azután ottmaradt, csak pár év múlva tűnt el.*

*Egy másik reggel pedig az a felfedezés ért villámcsapásként, hogy eltűntek a melleim. Valahogy teljesen összeestek a kábítószerzéstől.”*

#### A stimuláns szerek (amfetamin, kokain, ecstasy) hatásai

	<i>kis mennyiség esetén</i>	<i>nagy mennyiség esetén</i>	<i>túladagolás tünetei</i>
<i>Testi tünetek</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– az idegrendszer izgató, stimuláló hatás</li> <li>– éberségi szint növekedése</li> <li>– vérnyomás-emelkedés</li> <li>– izzadás</li> <li>– fogcsikorgatás</li> <li>– vízvesztés</li> <li>– étvágytalanság</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– az idegrendszer fokozott izgalma</li> <li>– fokozott vérnyomás-emelkedés</li> <li>– erős szívdobogás</li> <li>– fokozott vízvesztés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– keringési zavarok</li> <li>– kezelhetetlenül magas vérnyomás</li> <li>– légzési nehézség</li> <li>– kóma</li> <li>– halál</li> </ul>
<i>Pszichés tünetek</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nyugtalanság-érzet</li> <li>– energiával való telítettség érzete</li> <li>– eufórikus érzések</li> <li>– beszédesség</li> <li>– másokkal való könnyebb kapcsolatteremtés érzése</li> <li>– álmatlanság</li> <li>– megnövekedett önbizalom</li> <li>– túlzott önértékelés</li> <li>– a szexuális vágy növekedése</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– fokozott nyugtalanság</li> <li>– pánik-roham</li> <li>– szorongás</li> <li>– hallucinációk kialakulhatnak (pl. az ecstasy esetében)</li> </ul>	

A *depresszánsok* a nyugtató hatású drogok. Ezek között tartjuk számon az alkoholt, a különböző nyugtatókat, altatókat, szorongásoldókat, illetve az illegális szerek közül az ópiumot és származékait, azaz a morfiúmot, a heroínt, a kodeínt, a metadont. Ezek a szerek mind igen súlyos testi és lelki függőséget alakítanak ki.

Ezek a szerek csökkentik a szorongást, oldják a gátlásokat, veszélyük azonban pontosan abban rejlik, hogy a használó rövid idő után rátanul arra, hogy ezek segítségével lépjen túl a problémái keltette feszültségen.

*Csáth Géza Naplójában, így ír erről:*

*„De aznap nem tudtam aludni reggelig semmit. A múlt emlékei tódultak fel a fejemben egymásra, a boldog óráim gyötörő szépségei, és a bűneim, mindaz, amit helytelenül tettem, az önvádak, nők ellen elkövetett apró, gaz dolgaim. (...) és reggel fél hatkor a gyönyörű, tavaszi nap sugaraiban fecskendeztem be az asztalomon levő fecskendővel az ugyan ott pihenő oldatból az első adagot... Nem éreztem semmi különös hatását, nem is álmosodtam el, csak a belső gyötrelmek csillapultak gyorsan, meglepő gyorsan.”*

A szorongásoldó, nyugtató hatás tehát csak időleges, s a kízó vágy a hatás újbóli elérésére, az eufória ismételt megélésére nagyon nagy erővel tud jelentkezni.



*Heroinista*

*Egy fiatalember, így beszélt erről:*

*„A drogozás végeredményben nekem nem adott sok pluszt és sok jó élményt. Sokkal többet érhettem volna el az életemben és sokkal több jó lehetett volna az életemben, ha nem nyúlok a droghoz. Végeredményben mikor elkezdtem, akkor nagyon szép volt, jó volt. Elkezdődött az első egy-két év, míg a szüleim nem tudták, nem jöttek rá. De miután rájöttek, utána már rosszabbra fordult a helyzet, mert ugye addig megvolt mindenem, megkaptam mindent, a pénz is megvolt hozzá, amit csak el kellett vennem, megvenni a drogot, vagy előkeríteni, de utána már megvontak tőlem mindent. Mert ugye próbáltak segíteni, hogy kiszálljak belőle. Megvontak tőlem mindent, és utána már ugye egyre több kellett a drogból, egyre jobban beleesik az ember, több kell, jobban megy utána, jobban kívánja pszichésen is, elvonása van. Utána mikor az embernek magának kell a pénzt megkerítenie rá, abból áll az egész napja, hogy felkel, arra ébred, hogy már fájnak a csontjai, rázza a hideg, rosszul van, és már, már kell az adag, vagy már egyből, ahogy felkel az ágyból, már öltözködni kell és menni kell szerezni az újabb adagot. Szóval nekem sok pluszt nem adott. Az elején adott, akkor tetszett.”*

### Az opiát típusú drogok (pl. heroin) hatásai

	<i>kis mennyiség esetén</i>	<i>nagy mennyiség esetén</i>	<i>túladagolás tünetei</i>
<i>Testi tünetek</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- az idegrendszert nyugtató, izgalomcsökkentő hatás</li> <li>- csökkent reakcióképesség</li> <li>- csökkent fájdalomérzet</li> <li>- pupillaszűkülés</li> <li>- csökkentik, illetve megszüntetik a szexuális vágyat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- légzési elégtelenség</li> <li>- keringési elégtelenség</li> <li>- általános görcsös állapot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a száj és a körmök kékes elszíneződése</li> <li>- minimálisra szűkült pupilla</li> <li>- alacsony testhőmérséklet</li> <li>- szabálytalan légzés</li> <li>- súlyos fokú vérnyomásesés</li> <li>- kóma</li> <li>- halál</li> </ul>
<i>Pszichés tünetek</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- flash-érzet</li> <li>- kellemes közérzet</li> <li>- relaxáltság, nyugodtság</li> <li>- eufória</li> <li>- szorongás, félelem csökkenése</li> <li>- túlzott önértékelés</li> <li>- bágyadtság</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rosszullet</li> <li>- álomosság</li> </ul>	

A hallucinogének vagy pszichedelikus szerek közé soroljuk az LSD-t, a pszilocibin hatóanyagú úgynevezett mágikus gombákat, a meszkalint, a fenciklidint (PCP vagy angyalpor néven ismert) és számos egyéb vegyületet. Általában ebbe a csoportba soroljuk a szerves oldószereket is, azokat, amelyekre szípu-ként szokás utalni. Ezeket a szereket azért nevezzük hallucinogéneknek, mivel elsődleges hatásuk az, hogy megváltoztatják a gondolkodás és az észlelés normális folyamatait, sőt akár olyan észlelések is megjelenhetnek, amelyek valóságosan nincsenek jelen. Utóbbiakat hívjuk hallucinációknak.

### Az LSD hatásai

	<i>kis mennyiség esetén</i>	<i>nagy mennyiség esetén</i>	<i>túladagolás tünetei</i>
<i>Testi tünetek</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- feszültség</li> <li>- pupillatágulás</li> <li>- vérnyomás-emelkedés</li> <li>- fokozott izgalmi szint</li> <li>- étvágycsökkenés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a hatás időtartamának jelentős megnövekedése</li> <li>- kellemetlen testi tünetek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a hatás időtartamának jelentős megnövekedése</li> </ul>
<i>Pszichés tünetek</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- látás-, hallás-, tapintás-érzéklek megváltozása</li> <li>- erős hallucinációk</li> <li>- kedélyállapot ingadozása</li> <li>- alvás-képtelenség</li> <li>- az én-érzés elvesztése</li> <li>- realitás-vesztés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a negatív élmények, szorongás, pánik, kellemetlen, fenyegető tartalmú hallucinációk növekvő valószínűséggel történő előfordulása</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a negatív élmények, szorongás, pánik, kellemetlen, fenyegető tartalmú hallucinációk megjelenése</li> </ul>

Enyhébb hallucinogén hatása és eltérő hatásmechanizmusa miatt azonban a *kannabisz* (marihuána, hasis), bár rendelkezik enyhe hallucinogén hatással, többnyire külön csoportba kerül.

#### A marihuána és a hasis hatásai

	<i>kis mennyiség esetén</i>	<i>nagy mennyiség esetén</i>	<i>túladagolás tünetei</i>
<i>Testi tünetek</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- szájszárazság</li> <li>- éhségérzet növekedése</li> <li>- jelentősen csökkent reflexek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hányinger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hányás</li> </ul>
<i>Lelki tünetek</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- feldobottság</li> <li>- jókedv, nevetés</li> <li>- az érzékek felfokozottsága</li> <li>- a vizuális, hallási, látási érzékek élénkülése, megváltozása</li> <li>- a gondolkodás, logikai funkciók sérülése, megváltozása</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- az érzékek megváltozása</li> <li>- hallucinációk</li> <li>- pánikroham alakulhat ki</li> <li>- kellemetlen közérzet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- szorongás</li> <li>- zavartság, pánik</li> <li>- hallucinációk</li> </ul>



*Marihuána*

### A drogok hatásmechanizmusa

A drogok a központi idegrendszer alapegységei, az idegsejtek közötti párbeszédet befolyásolják. Az idegsejtek kommunikációja kémiai vegyületek (ingerületátvivő anyagok) révén valósul meg. Az egyes drogok számos különböző ingerületátvivő anyag termelését és működését befolyásolják, többségüknek mégis elsősorban a dopamin elnevezésű vegyület szintjének egyes agyi területeken bekövetkező megemelése a legjelentősebb hatása. A dopaminszint növekedése jutalmazó hatású az ember számára,

szerepe alapvető a kellemes, örömteli közérzet kialakulásában – nemcsak drogok, hanem természetes jutalmak, mint pl. táplálkozás, nemi kielégülés esetében is. A függőség kialakulása során ezt a kezdeti fokozott örömmérzést, eufóriát egyre nehezebb elérni, azaz sok szer esetében egyre nagyobb mennyiségű droggal kell stimulálni ezt a rendszert ugyanazon hatás eléréséhez. A droghasználat abbahagyásakor ráadásul hiányállapot alakul ki, így a drogfogyasztás céljává az idő előrehaladtával a jó közérzet elérése helyett egyre inkább a rossz közérzet megszüntetése, a kiinduló egyensúlyi állapot visszanyerése válik. Az egyes szerek mindazonáltal az agy egyéb idegátvivő-anyagainak működésére is hatnak, nagyon különböző és meglehetősen összetett módon.

### A droghasználók csoportosítása

Nem csak az egyes szerek között érdemes különbséget tenni, de az egyes használati módok között is jelentős eltérések mutatkoznak. Nem szerencsés általában droghasználatról beszélni, hiszen mind a használt drog minőségében, mind mennyiségében és különösen a használat mintázatában nagyon jelentős különbségek mutatkozhatnak. Ebből a szempontból nem szerencsés a drogos kifejezés használata sem, hiszen ez a szó különösen definiálatlan, annak ellenére, hogy rengeteg sztereotípiát tapad hozzá. *Kísérletezőnek* nevezzük azt a droghasználót, aki életében összesen tíznél kevesebb alkalommal használt drogot. A *szociális-rekreációs* használatot ennél gyakoribb, hetenkénti-kéthetenkénti használat jellemzi, az ő esetében azonban a droghasználatnak sajátos mintázata van. A *szociális-rekreációs* droghasználat ugyanis minden esetben valamilyen társas aktivitáshoz, illetve a kapcsolódáshoz, szórakozáshoz kötődik. Ilyen droghasználat jellemzi többnyire a hétfégi partizásához kötődő amfetamin vagy ecstasy használatot. Az úgynevezett *helyzeti* droghasználat ennél gyakoribb használatot jelez. További jellemző, hogy ilyenkor a használó valamilyen számára problematikus helyzetet, konfliktust próbál megoldani, kezelni a szerhasználattal. Ilyen típusú használat jellemzi például azt a személyt, aki, amikor ismerkedni próbál, gátlásai, szorongásai oldása érdekében alkoholt fogyaszt. Ennek a droghasználati formának nagyon jelentős veszélye, hogy állandósul az a minta, amelyben a személy a megjelenő problémáját a drog segítségével próbálja oldani. A hosszú időn keresztül naponta jelenlévő droghasználatot *intenzifikált* vagy *kényszeres* szerhasználtnak szokás nevezni.

### A droghasználat elterjedtsége

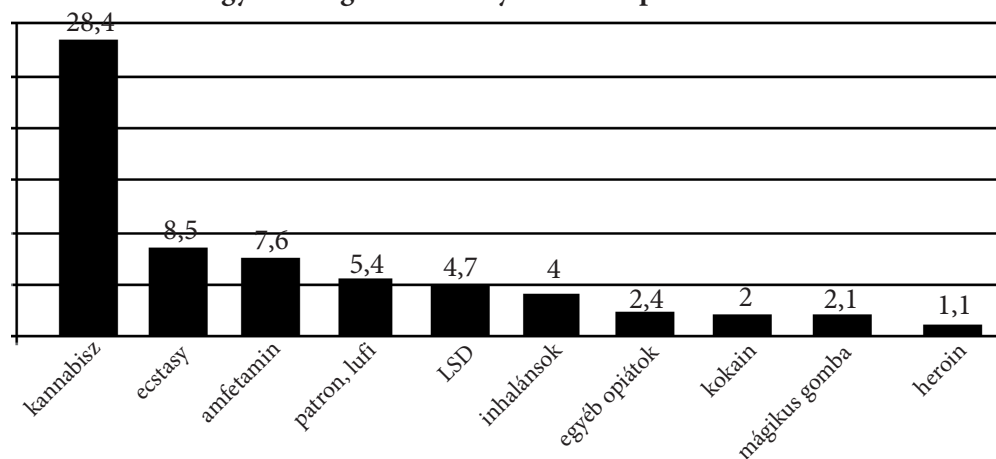
Magyarországon a leginkább veszélyeztetett korosztály, a középiskolások drogfogyasztásáról elsősorban az Elekes Zsuzsanna és Paksi Borbála által végzett, úgynevezett ESPAD nemzetközi összehasonlító felmérés eredményei adnak képet. A legfrissebb kutatások alapján azt láthatjuk, hogy az elmúlt évekhez képest további folyamatos, bár csökkent ütemű növekedésnek lehetünk tanúi. Míg 1995-ben a 10. évfolyamban tanuló diákok 10%-a próbált ki valamilyen illegális drogot vagy szerves oldószert, addig ez az érték 1999-re közel kétszeresére, 19%-ra növekedett. A 2003 tavaszán végzett

ismételt felmérés további növekedést jelzett, a 9-11. évfolyamos diákoknak ekkor közel egynegyede próbált már ki életében legalább egyszer valamilyen illegális drogot vagy szerves oldószert.

Nyugat-Európa és Észak-Amerika országaihoz hasonlóan, hazánkban is a marihuána vált a középiskolások között az utóbbi évek legnépszerűbb drogjává, amit a különböző úgynevezett partidrogok, az amfetamin, az ecstasy és az LSD követ. Az első próbálkozás többnyire 14-16 éves korban jellemző. Az elsőként kipróbált drog – az alkoholt és a cigarettát követően – többnyire a marihuána vagy a hasis.

Az illegális szerek kipróbálása jellemzően gyakoribb a fiúk körében, míg a lányok nagyobb valószínűséggel próbálják ki a legális szereket, azaz közöttük többen kísérleteznek az alkohol és a gyógyszerek kombinációjával vagy használnak gyógyszereket orvosi utasítás nélkül.

**Az egyes szereket kipróbálók aránya 2003-ban,  
a magyarországi 9-10. évfolyamos középiskolások között**



*Forrás: Paksi Borbála [2003] Drogok és Felnöttek. Budapest: L'Harmattan Kiadó.*

Ezekkel az adatokkal nemzetközi (európai) viszonylatban a „középmezőny alsóbb régiójában” helyezkedünk el. Több nyugat-európai országban (pl. Nagy-Britannia, Franciaország, Olaszország) és néhány régiókon belüli országban (elsősorban Csehország) lényegesen magasabbak a szerfogyasztási értékek, mint hazánkban, ugyanakkor néhány országban (Ciprus, Románia) alacsonyabb értékek mutatkoznak. Fontos azonban azt is hangsúlyozni, hogy Magyarországon sajátos jellemző, hogy a viszonylagosan alacsonyabb kipróbálói értékeken belül a leginkább problémákat okozó opiátokat kipróbálók aránya magasabb, mint sok nyugat-európai országban.

## A droghasználat kialakulásának okai

A drogok kipróbálásának, illetve rendszeres használatának hátterében eltérő okok áll-

nak. Míg a kipróbálás tekintetében a kíváncsiság vagy élménykeresés, illetve a társak hatása játssza a legjelentősebb szerepet, addig ezek a tényezők önmagukban nem elegendőek az intenzív használat vagy a függőség kialakulásához. A kipróbálással szemben a rendszeres, és különösen a kényszeres, függő típusú használat esetében szinte mindig találunk személyiségbeli és ezekkel összefüggésben olyan családi problémákat, amelyek hozzájárulnak a drogfüggőség kialakulásához.

### *Drog és család*

Számos kutatás rámutatott a szülők és a gyermekük addikciója közötti szoros kapcsolatra. A droghasználók családjában gyakrabban mutatható ki alkoholizmus, drogfüggőség, vagy egyéb pszichés probléma. További kockázati tényezőt jelenthet, ha a család működésében vannak jelentősebb problémák vagy a szülők és gyermekük között nem megfelelő a kapcsolat. Jelentős negatív hatást fejtenek ki a családi traumák (pl. egy családtag halála, súlyos betegsége, válás, vagy a szülő tartós hiánya), különösen, ha nincs mód ezek feldolgozására, megbeszélésére.

Egyes megközelítések úgy tartják, hogy a drogfüggő csupán tünehordozó, s a család egésze beteg. Így a droghasználat egyfajta egyensúlyozó szerepet tölthet be az amúgy elégtelenül működő családban. Például előfordulhat, hogy a gyermek droghasználatának az a „célja”, hogy elterelje a figyelmet a szülők feszült, konfliktusos viszonyáról. Arról van tehát szó ebben az esetben, hogy a gyermek problémája miatt a szülők nem az egymással való konfliktusos kapcsolatokra fognak koncentrálni, hanem a gyermek droghasználatára. Ennek következtében a család például elkerüli a válást, de ezért cserébe a család a gyermek droghasználatán keresztül nagyon súlyos áldozatot hoz.

Gyakran hallani, hogy a droghasználat csak a deviáns családokban jelenik meg, ott, ahol a szülők elhanyagolják gyermeküket, nem törődnek vele. Ez természetesen igaz lehet, s gyakran a droghasználat a családi problémák előli menekülésként alakul ki, de az is előfordulhat, hogy éppen a túlzott mértékű kötődés vezet a droghasználat kialakulásához. A drogfogyasztásnak lehet olyan szerepe is, hogy megerősíti az anya és gyermeke között kialakult túlzott mértékű kapcsolódást. Hiszen a drogfüggőség mellett a gyermek képtelen felnőni, továbbra is a szülőkre (többnyire az anyára) támaszkodik, még akkor is, ha látszólag önállóvá válik. A heroinhasználaton keresztül lázadó serdülő ugyanis hiába utasítja el a családi normákat és jelzi minden tekintetben a családtól való elszakadást, a valóságban a drogfüggőségén keresztül megerősíti a kötődését a szülő, elsősorban az anyára felé. Tulajdonképp a drogfogyasztás szerez érvényt az anya és gyermeke közötti függőség fennmaradásának. Ezt a folyamatot nevezzük látszat-önállósodásnak.

### *A kortársak hatása*

A serdülőkorból meginduló önállósodási törekvésekkel együtt a baráti kapcsolatok felértékelődése is megfigyelhető. A társak viselkedése, értékei fontos szerepet töltenek be a személyiségét, identitását építő fiatal életében. Számos kutatás és a mindennapi tapasztalat is alátámasztja, hogy a kortársak kulcsszerepet játszanak a serdülőkori drogfogyasztás kialakulásában. A barátok közvetlen hatása egyesek szerint jelentősebb, mint a család vagy más tényező befolyása. Ha a fiatal egy adott csoporthoz akar tartozni, meg kell felelnie bizonyos elvárásoknak, s ez azt is jelentheti, hogy, ha a választott kortárs csoportban a normáktól eltérő viselkedést értékelik és a szabálykövető viselkedést elutasítják, akkor az ebbe a csoportba bekerülő fiatal hasonlóképp fog viselkedni. A közös droghasználat így a valahova tartozás élményét adhatja, a drogfogyasztási szokások pedig a csoport összetartását erősíthetik. A környezetével, az általában a társadalom által elfogadott értékekkel nem azonosuló fiatal veszélyeztetettebb a drogfogyasztás szempontjából.

*Néhány interjúrészlet jól jellemzi ezt a jelenséget:*

*„Az elején az tetszett, hogy nem érdekel semmi, meg hogy a barátok is ezt csinálták. Szóval olyan társaságba keveredtem, ahol én lógtam volna ki egyedül, hogyha nem csináltam volna. De hát akkor 13 éves voltam, szóval elég fiatal, és akkor mentem a nagyok után. Mostani ésszel biztos, hogy nem ugranék bele egy ilyenbe, hogy csak azért drogozzak, mert a barátok csinálják. Végül is erről mesélhetnék reggelig, mert a drog csak rossz élményekről szól. Csak annyi a jó benne, amíg belövi magát az ember. Beadja, az egy jó érzés, és utána már csak megint a rossz van benne, semmi jó nincsen. Egyszerűen csak megy, megy, megy, hajtja az embert. És én jót nem találok benne, csak az elején esetleg. Amíg nem tudja az ember, hogy mivel jár.”*

*„Végül is az elején voltak benne jó dolgok, jó volt a társaság, akikkel jártam, együtt csináltuk. Az volt a jó, hogy együtt voltunk egy társaságban hárman-négyen, vagy tán öten, együtt szívoztunk, sokat beszélgettünk, utána szórakoztunk, vagy a legtöbbször nem is mentünk el sehova, legfeljebb hétfőig, hanem ültünk valakinek a lakásán, este odamentünk hozzá, ott szívoztunk, az egyik szobában leterítettünk egy pokrócot, néztük a TV-t, beszélgettünk, így voltak a nyári hétköznapiak meg hétfőig. Meg közben meglepedeztem az ember a dolgokról, hogy milyen nehéz, hogy most befejeztem a főiskolát, akkor most mit csináljak. Most akkor vissza kéne utazni külföldre, hogy megírjam a diplomamunkámat, vagy elkezdni dolgozni itthon, de mit dolgozzak, ezt úgy elfelejtette közben az ember, nem törődött vele. Hát a rossz, meg az, hogy mivel elfelejtettem és nem törődtem vele, ezért nem törődtem a jövőmmel és azt nem építettem. (. . .) Összehozott minket, bár mondjuk egyedül csináltam először, ugye úgy is az volt benne az élmény, hogy nem gondoltam közben másra. Szóval nem gondoltam közben, nem gondoltam rossz dolgokra, elsiklott az ember ezek fölött. Csak a jó részét látta a dolognak. (. . .) A család is rosszul néz az emberre, közben a drogozás azért megváltoztatja valamennyire az embernek a felfogását meg a hozzáállását a dolgokhoz, és ha később esetleg abba akarja hagyni, hát akkor is úgy állnak hozzá, hogy úgy viselkedik, miközben csinálta. Nem bíznak meg benne.”*

Egyes megelőző programok pontosan ezt a társas hatást igyekeznek kiküszöbölni azáltal, hogy megismertetik a fiatalokat ezekkel a mechanizmusokkal, ezáltal növelve a valószínűségét, hogy a fiatal felismerje, ha ilyen helyzetbe kerül, s kezelni tudja azt.

### *A drogfogyasztó személyisége*

A rendszeresen drogokat fogyasztók személyiségét vizsgálva több kutatás is rámutat arra, hogy az új élmények, izgalmak keresése, a kockázatkedvelés, illetve a hagyományostól eltérő értékek, normák követése, a szabályokkal és konvenciókkal való törődés hiánya jelentős kockázati tényezőnek számít a droghasználat kialakulásában. Jellemző lehet továbbá a felelősségtudat és a szükségletek, vágyak, indulatok szabályozása terén jelentkező éretlenség.

Az egyik legelfogadottabb elmélet, a drogfogyasztás öngyógyítási hipotézise szerint a szerhasználat egyfajta *öngyógyítási* kísérlet, vagyis az emberek azért használnak drogokat, hogy kellemetlen állapotaikat kezeljék, személyiségbeli hiányosságaikat kompenzálják. Így például a heroinhasználó a benne feszülő indulatoktól szenved, képtelen arra, hogy érzelmi életét kontroll alatt tartsa, s a heroin pontosan abban segít neki, hogy nyugtató, szorongásoldó hatása révén mindezt elviselhetővé tegye. Gyakran hasonló jelenségeket figyelhetünk meg a szintén elsősorban szorongásoldó hatású alkohol esetében is. Másfajta öngyógyítási kísérlet jellemző azonban a stimuláns szerek esetében. Itt sokszor, éppen ellenkezőleg, a kapcsolatkézség növelése, az érzelmek intenzívebb megélésének vágya, egy aktívabb állapot elérésének a szükségessége áll a droghasználat hátterében. A probléma jellegét többnyire pontosan az adja, hogy ezeket a természetes szükségleteket a szerhasználó fiatal nem természetes úton, hanem a szerhasználaton keresztül, azt mintegy eszközként használva próbálja elérni. Ez azonban egy rossz problémamegoldási módot indít be, ami oda vezet, hogy a saját, belső eszköztár használata tovább csökken. Éppen ebből következően gyakran a prevenció programok nem annyira a drogokkal kapcsolatos veszélyekre koncentrálnak, hanem sokkal inkább olyan készségek elsajátításában próbálnak segíteni a fiataloknak, amelyek segítségével megfelelőbb módokat találnak fenti hiányosságaik, problémáik kezelésére.

### **A droghasználat jelenségének értelmezési keretei**

A fentiek során a droghasználatot és a drogfüggőséget elsősorban mint problémát, betegséget értelmeztük. Bár manapság ez a legelfogadottabb szemléleti mód, nem feledkezhetünk meg arról, hogy számos más nézőpontból is értelmezhetjük a droghasználat jelenségét. Mik lehetnek ezek?

#### *A biológiai modell – „a droghasználó, aki testi függőségének foglya”*

Ebbe a megközelítésbe azok az elméletek tartoznak, amelyek a függőséget elsősorban testi, biológiai problémaként, betegséggként értelmezik. Ez a megközelítés elsősorban a genetika, az agykutatás eredményeire támaszkodva magyarázza a függőség kialakulását és fennmaradását, s ezzel összhangban a változtatás lehetőségét is elsősorban a

gyógyszeres és egyéb biológiai terápiás megoldásokban látja. Ez a nézet a droghasználót, drogfüggőt alapvetően betegként értékeli.

#### *A pszichológiai vagy lelki-betegség modell – „a droghasználó, aki pszichés zavartól szenved”*

Ezen a megközelítésen belül is számos irányzatot különíthetünk el, amelyekből néhányat a fentiek során érintettünk is. Ezen irányzatok közös jellemzője, hogy a személy egyéni pszichológiai jellemzőiben, a fejlődése során bekövetkezett valamilyen hiányban látják a függőség kialakulásának okát. A modell szerint tehát a kábítószer-függőség lelki betegségként vagy valamilyen lelki betegség tüneteként értelmezhető, s ennek megfelelően a gyógyításban elsősorban a pszichológiai beavatkozásokra, a különböző pszichoterápiás eljárásokra támaszkodhatunk. A hangsúly tehát egyrészt a pszichés sérülésen van, másrészt azon, hogy a droghasználat kialakulásában és fennmaradásában az individuális, azaz a személyen belüli tényezők dominálnak. Egyes, ide sorolható modellek tekintetbe veszik a család szerepét is, ám az alapvető magyarázó elv ezekben az elméletekben a személyiség, a pszichés funkciók nem megfelelő működése.

#### *A morális modell – „az erkölcstelen és akaratgyenge drogos”*

A morális modell a kábítószer-problémát elsődlegesen erkölcsi problémaként értelmezi, s ennek megfelelően a személy erkölcsi- és akaratgyengeségének tulajdonítja. Ez az irányzat tehát a társadalmi megítélés szerint értelmezi a droghasználatot. A modell a társadalom szerepét az erkölcstelen droghasználó személy megbélyegzésében, kirekesztésében, „átnevelésében” látja. Bár tudományos szempontból ez a modell teljességgel elvesztette jelentőségét, a közgondolkodásban ma is jelen van, sőt gyakran akár domináns szerephez is juthat.

#### *A kriminalizációs modell – „a drogos mint bűnöző”*

A kriminalizációs modell a kábítószer-fogyasztást bűncselekményként értelmezi, s ezáltal elsődlegesen a bűnüldözés és az igazságszolgáltatás alá rendeli. Ez a modell tehát a szerhasználót nem betegnek, hanem normaszegőnek, bűnözőnek tekinti, s ennek megfelelően a problémával kapcsolatos beavatkozásaiban is az ehhez rendelt eszközöket – büntetés, börtön – alkalmazza.

#### *A szubkultúra-megközelítés – „a droghasználó, aki része egy ifjúsági szubkultúrának”*

Ez a megközelítés a droghasználat jelenségét mint szubkulturális jelenséget értelmezi. Kerüli az értékelést, nem nevezi a droghasználatot elítélendő vagy követendő dolognak, hanem a jelenségek szintjén próbálja értelmezni, leírni. A modell azt mondja,

hogy a fiatalok gyakran csoportosulnak valamilyen ideológia vagy tevékenység köré, s ezek közül egy lehet a droghasználat, illetve a hozzá kapcsolódó ideológiai háttér is.

### *A spirituális modell – „az önmegismerést és a megvilágosodást kereső droghasználó”*

A spirituális modell abból a megfontolásból indul ki, hogy valamennyi embernek szüksége van arra, hogy különböző mértékben, s különböző módon transzcendens állapotokat éljen meg. Minden embert foglalkoztat a világ és saját maga értelme, s a módosult tudatállapotok keresése mögött igen gyakran az erre vonatkozó keresés jelenik meg. A spiritualitás iránti igényre épülnek a vallások, a legkülönbözőbb ideológiák, és gyakran a droghasználat jelensége is egy ilyen értelmezési keretben jelenik meg. Különösen a hallucinogén szerek használatával kapcsolatosan jellemző, hogy a használók az önmegismerés vagy a világ jobb megismerése hitében kezdik használni ezeket a szereket.

A droghasználat jelensége természetesen önmagában egyik modellbe sem illeszthető bele tökéletesen. A különböző modellek mind tartalmaznak fontos szempontokat, de ki is felejtenek lényeges elemeket. A droghasználat komplex jelenség. Az egyén szintjén testi és lelki szempontok egyaránt szerepet játszanak a használat, illetve a függőség kialakulásában, s ennyiben valóban sokszor betegségről van szó. Ez a betegség azonban egyben társadalmi probléma is, hiszen a drogfüggő gyakran nem dolgozik, vagy megjelenhetnek olyan egészségügyi problémái (pl. a HIV fertőzés kockázata), amelyek a társadalom egészére nézve is kockázatot jelentenek. Bár a morális modellt alapvetően elvetjük mint értelmezési keretet, mégis, ez a szemlélet is tartalmaz valóságos elemeket, amennyiben a drogfüggőknél gyakran jelentkezik a társadalmi erkölcsöket sértő magatartás. És végül a jelenlegi törvényi szabályozás mellett a kábítószer-használat bűncselekmény; s ennyiben nem tekinthetünk el a jogi szempontoktól sem.

### **A társadalom válaszlehetőségei a droghasználat megjelenésére**

A társadalom, annak megfelelően, hogy a fenti értelmezési keretek közül melyiket tartja kiemelkedően fontosnak, nagyon eltérő módon reagálhat a droghasználatra. A kriminalizációs modell túlsúlya esetén a büntetésen, a kábítószer-kereskedelem és a kábítószer-fogyasztás üldözésén lesz a hangsúly. Ezt a stratégiát gyakran *kínálatcsökkentésnek* nevezzük, mivel elsődleges célja az, hogy minél kevésbé legyenek elérhetőek a drogok a lehetséges használók számára. Ez a modell feltételezi, hogy a szigorú büntetések és az intenzív kábítószer-üldözés célt érhet, s így a piac visszaszorítása révén jelentős eredményeket érhet el a droghasználat csökkentésében. A válaszlehetőségek másik oldala az úgynevezett *keresletcsökkentés*. Mint a neve is elárulja, ez a megközelítés arra helyezi a hangsúlyt, hogy függetlenül a drogok hozzáférhetőségétől, minél kevesebben keressék ezeket a szereket. Azaz nem a piaci kínálat, hanem a kereslet oldaláról közelít.

Ennek a megközelítésnek elsősorban a prevenció és a gyógyítás tartozik az eszköztárába. Harmadik irányként, ma már egyre több szó esik az *ártalomcsökkentő* megközelítésről. Ez a szemléleti irány nem annyira a kábítószerpiacra koncentrál, sokkal inkább azt tartja fontosnak, hogy a drogok használatával kapcsolatos egyéni (egészségügyi és pszichológiai), illetve társadalmi (bűnözés, a kezelés költségei stb.) ártalmakat minél alacsonyabb szinten tartsuk.

Az alábbiakban kicsit részletesebben két kérdésről szólunk: a keresletcsökkentéssel kapcsolatosan a prevenció programokról, illetve külön fejezetben az ártalomcsökkentés néhány kérdéséről tekintjük át.

### *Az elsődleges megelőzés*

Az elsődleges megelőzés, amit köznyelvben gyakran prevenciónak hívunk, arra irányul, hogy megelőzze a probléma kialakulását. A kezeléssel, a gyógyítással szemben tehát itt már akkor beavatkozik a társadalom, amikor még nem alakult ki probléma, sőt talán még a jelei sem érzékelhetők. A prevenció gyakorlatban a legelterjedtebb programok az iskolai drogprevenció programok. Ezek nagyon különböző elveken, elméleti háttérrel, illetve módszertani alkalmazás szerint működnek. Rácz József (1999) szerint a drogprevenció programokat hat fő csoportba rendezhetjük. Ezek a következők:

- *információközlés*: ténybeli, esetlegesen elrettentő információk közlése a drogokról, hatásaikról, a velük kapcsolatos veszélyekről. A megközelítés azon a – téves – elven alapul, hogy a helyes információ birtokában helyesen döntünk. Sajnos ez nem így van. Ezek a programok önmagukban nem hatékonyak, sőt a hamis, elrettentő állításokon alapuló programok akár ellentétes hatással is járhatnak.
- *érzelmi nevelés*: az önértékelés, az életvezetési készségek többnyire csoportos tréning formájában történő fejlesztése. Nem a drogokon, hanem a droghasználathoz vezető tényezőknél, ezek kiküszöbölésén van a hangsúly ezekben a programokban.
- *társas hatás*: a társas befolyásolásnak, kortársnyomásnak való ellenállás fejlesztése a fő cél e programok esetében.
- *mindennapi készségfejlesztő programok*: elsősorban a megküzdési készségek, döntéshozatali készségek és általános szociális készségek fejlesztése annak reményében, hogy így a fiatal hatékonyan tud majd megküzdani az őt ért konfliktusokkal, s ezáltal nem fog drogokhoz nyúlni.
- *a drogok alternatívái*: kockázatkereső és/vagy tudatállapot-változást elősegítő alternatív lehetőségek (veszélyes sportok, jóga, meditáció, stb.) megismertetése a fiatalokkal. A megközelítés azon a felismerésen alapul, hogy ezek valós szükségletek, s fontos, hogy kielégülést nyerjenek.
- *egészségfejlesztés*: a cél az életminőség javítása a viselkedés, az életstílus és a környezet, s ezáltal az egészség befolyásolásán, javításán keresztül. Nem pusztán

tán a droghasználat, hanem általában az egészséges életvitel kerül a középpontba.

### *Az ártalomcsökkentés*

Az ártalomcsökkentő megközelítés azon a felismerésen alapul, hogy nem minden droghasználó esetében lehetséges a droghasználat teljes megszüntetése. Sokak mögött számtalan sikertelen leszokási kísérlet van, de még, ha a teljes absztinenciát nem tudjuk is elérni, bizonyos eredmények elérhetők.

Fontos tehát, hogy mindazokat az ártalmakat, amelyek az *egyént* (HIV fertőzés, egészségügyi károsodás, lelki problémák, hajléktalanság stb.), illetve a *társadalmat* érik (a HIV fertőzés kezelésének anyagi terhe, a droggal kapcsolatos bűncselekményekből származó kár, az elmaradt haszon amiatt, hogy a drogfüggő nem dolgozik), minél alacsonyabb szintre csökkentsük. Az ártalomcsökkentő szemlélet lényege tehát, hogy a drogfogyasztóval közösen olyan reális, megvalósítható célt keressünk, amely illeszkedik a droghasználó lehetőségeihez, szükségleteihez és céljaihoz, miközben képes hozzájárulni ahhoz, hogy mind a droghasználót, mind a közvetlen környezetét, mind pedig a társadalmat a lehető legkevesebb ártalom érje.

A legelterjedtebb ártalomcsökkentő beavatkozások az úgynevezett *metadon-programok*, illetve a *túcsere programok*. Előbbi során a heroinfüggők olyan szintetikus opiátot kapnak receptre, amely megszünteti az elvonási tüneteiket. A folyamatos gyógyszerelés révén a drogfüggő, bár nem szabadul meg függőségétől, de nem lesz rá szüksége, hogy illegális úton jusson hozzá a kábítószerhez, így csökken a bűnözés, illetve felszabadul az ideje, amelyet akár munkavállalással tölthet ki.

A túcsere programok elsősorban a HIV és a hepatitisz fertőzés megelőzésére jöttek létre. Ezeken a programokon keresztül az intravénás drogot használók steril fecskendőkhöz juthatnak, s így csökken annak a veszélye, hogy már mások által használt fecskendőt szúrjanak magukba, vagy saját fecskendőjüket használják ismételtén. A túcsere programok nagyon hatékonyak bizonyultak az intravénás droghasználók közötti HIV fertőzés megelőzésében.

### *A gyógyítás – a drogtól való megszabadulás*

A drogokat valaha használók igen jelentős része nem szorul egészségügyi vagy egyéb ellátásra. Ők azok, akik csak egyszer-kétszer vagy esetleg alkalmanként használnak drogokat, s ennek során nem alakul ki náluk semmilyen jelentős probléma. A gond azonban az, hogy előre nem lehet tudni, hogy a kipróbálás milyen hosszú távú következményekkel fog járni, s alapvető tapasztalat, hogy valamennyi, később drogfüggővé váló fiatal meg van győződve a droghasználata kezdetén, hogy ő kontrollálni tudja a drogot. Gyakori félreértés ráadásul, hogy bizonyos drogokkal kapcsolatban (itt elsősor-

ban a marihuánára gondolhatunk) nem alakulhat ki függőség. Bár a kockázat valóban kisebb, mint például a heroin esetében, a függőség kialakulása a marihuána esetében is bekövetkezhet.

Ha a probléma már kialakult, fontos, hogy a szerhasználó minél előbb segítséget kérjen/kapjon. Minél korábbi a beavatkozás, annál kedvezőbb a kimenetel, de sajnálatos tapasztalat, hogy sokan csak akkor keresik fel a kezelőhelyeket, amikor már jelentős a probléma.

Sok félreértés származik abból, hogy problémának gyakran csak a testi függőség kialakulását tartja a közgondolkodás. Ez nem így van. Sok drog esetében testi függőség nem is tud kialakulni, ennek ellenére jelentős ártalmakkal járhat a használatuk. Ráadásul, a közhiedelemmel ellentétben, a drogfüggőségről való leszokásban sem a testi tünetek kezelése jelenti a fő problémát. Önmagában a testi függőség megszüntetése szinte soha nem vezet sikerhez, hiszen a droghasználat háttérében, mint láttuk fentebb, mélyebb, lelki történések állnak. A leszoktatás sikerességéhez általában szükség van pszichoterápiás kezelésre is, illetve súlyosabb esetekben a bentlakásos, többnyire egy éves programmal dolgozó rehabilitációs intézetek vezetnek eredményre.

## Összefoglalás

A fentiek során elsősorban azt próbáltuk hangsúlyozni, hogy a droghasználat olyan sokdimenziós jelenség, amelynek kialakulását és kezelését egyaránt számtalan, egymással bonyolult kölcsönhatásban működő tényező határozza meg. Ezeket a tényezőket együttesen kell figyelembe vennünk, ha a probléma egészét akarjuk megérteni. Ha csak egy-egy tényezőt ragadunk ki, mindenképpen sérül a szemléletünk. Csakúgy, mint minden más társadalmi probléma esetében, a „vagy”-ok helyett az „és”-eket érdemes előnyben részesíteni. Azaz a drogprobléma nem vagy betegség vagy élménykeresés vagy bűncselekmény, hanem egy olyan, gyakran az élménykeresés talaján kialakuló jelenség, amely betegséggé válhat, és amely viselkedés a mai Magyarországon egyben bűncselekménynek számít.

## Ajánlott tájékoztató irodalom

- Bayer I. [1989] *A kábítószer*. Budapest: Gondolat.
- Bayer I. [2000] *A drogok történelme. A kábítószeresek történelme az ókortól napjainkig*. Budapest: Aranyhal Könyvkiadó.
- Buda B. [1995] *Szenvedélyeink*. Budapest: SubRosa Kiadó.
- Demetrovics Zs. (szerk.) [2000] *A szintetikus drogok világa. Diszkódrogok, drogfogyasztók, szubkultúrák*. Budapest: Animula.
- Earleywine, M. [2004] *Marihuána – a tudomány álláspontja*. Budapest: EDGE 2000 – NDI.
- Elekes Zsuzsa – Paksi Borbála [2000] *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarorszá-*

- gon. Budapest: ISMertető 8. Ifjúsági és Sportminisztérium.
- Hoyer Mária [2003] „A család mint színtér: az egészséges család jellemzői és a diszfunkcionális család jellemzői.” in: *Fejlesztő Pedagógia*, 14[2-3]:48.
- Németh A. – Gerevich J. [2000] *Addikciók*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Paksi Borbála [2003] *Drogok és Felnőttek*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Rácz J. [1988] *A drogfogyasztó magatartás*. Budapest: Medicina.
- Rácz J. [1999] *Addiktológia. Tünettan és Intervenciók*. Budapest: HIETE.
- Rácz J. (szerk.) [2002] *Drog és társadalom. Az addikció mintázati*. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó.
- Rácz J. és munkatársai [2000] *A drogkérdésről – őszintén*. Budapest: B+V Kiadó.
- Túry F. – Szabó P. [2000] *A táplálkozási magatartás zavarai: anorexia és bulimia nervosa*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.

### Szépirodalom

- Csáth G. [1989] *Napló*. Szekszárd: Babits Kiadó.
- De Quincey, T. [1983] *Egy angol ópiumevő vallomásai*. Budapest: Európa Könyvkiadó.
- Miletics B. [2003] *Sziránek éneke. Drogosok irodalmi és képzőművészeti alkotásai*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Sinkáné Sinka Rita [2004] *Kővirág. A drogpokol hétköznapjai*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Buzai Borbála [2003] *Sárkányos lány. A drogfüggőségtől a szabadulásig*. Budapest: Alexandra Kiadó.
- Landes-Fuss, Marie Gisèle [1994] *Egy rém ronda vörös barakk Amerikában*. Budapest: Magvető Kiadó és Kereskedelmi Kft.

### Linkek

- [[www.necc.hu/dac](http://www.necc.hu/dac)]  
Komplex mentálhigiénés [a lelki egészség kérdéseivel foglalkozó] honlap. Interjúk, tesztek, kérdőívek segítik a témák feldolgozását, illetve lehetőség van lelki segítségnyújtásra is; e-mailen keresztül.
- [[www.kekpont.hu](http://www.kekpont.hu)]  
A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia honlapja.
- [[www.drogportal.hu](http://www.drogportal.hu)]  
A Gyermek, Ifjúsági és Sportminisztérium drogkérdésekkel foglalkozó honlapja. Külön felület áll a fiatalok, a pedagógusok és a szakemberek rendelkezésére.
- [[www.drog.net](http://www.drog.net)]  
Információ a drogokról.

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

Információ a drogproblémával küzdők ellátásával foglalkozó intézményekről.

[[www.iranytu.net](http://www.iranytu.net)]

Az Iránytű ifjúsági Információs Iroda honlapja.

[[www.c3.hu/~drogstop](http://www.c3.hu/~drogstop)]

A Drogstop Budapest Egyesület – telefonos segélyszolálat – honlapja.

## Filmek

*Pink Floyd: A Fal* [The Wall, 1982, r. Alan Parker]

*Egy kosaras naplója* [The Basketball Diaries, 1995, r. Scott Kalvert]

*Trainspotting* [1996, r. Danny Boyle]

*Extrémek* [Wasted, 1996, r. Ian Kerkhof]

*London megöl engem* [London kills me, 1991, r. Hanif Kureishi]

*A gyűlölet* [La Haine, 1995, r. Mathieu Kassovitz]

*Felhő a Gangesz felett* [2001, r. Dettre Gábor]