



# DROGPREVENCÍÓS

# KÉZIKÖNYV

**Bacsáné Bula Erika - Mitykó Judit - Révai Istvánné - Szili-Balog Mária**

**ÁGOTA ALAPÍTVÁNY**

**2019**

1



## Tartalomjegyzék

ELŐSZÓ .....	4
Addiktológiai alapismeretek.....	6
A drogprevenció múltja és jelene.....	6
A prevencióról általánosságban .....	10
Prevenációs irányzatok.....	13
Prevenációs programok Magyarországon.....	18
Egészségnevelés, egészségfejlesztés, mint a hatékony drogprevenáció eszköze.....	22
Alapvető addiktológiai ismeretek.....	29
Általános történeti áttekintés .....	29
Alapvető fogalmak tisztázása .....	30
A drog használatának típusai.....	33
A droghasználóvá válás mérföldkövei .....	33
A droghasználattal kapcsolatos veszélyeztető és védő faktorok .....	36
A pozitív mentális egészség.....	36
A társas és érzelmi intelligencia jelentősége.....	38
Kockázati tényezők felismerése .....	40
A kockázati csoportok, veszélyeztető állapotok.....	45
Az elsődleges szocializációs közeg károsító hatásai .....	46
A másodlagos szocializációs közeg károsító hatásai .....	51
Az életmódbeli szokások, valamint a kultúra károsító hatása .....	52
Szocio-kulturálisan hátrányos helyzet, mint rizikófaktor .....	54
A cigány családok nevelési szokásai, kultúrája, mint rizikófaktor .....	54
Hajlamosító és védő tényezők a drogfogyasztásban .....	55
A drogprevenáció sajátosságai családból kiemelt gyermekek és fiatalok esetében.....	63
Drogprevenció és gyermekvédelem.....	63
A droghasználat háttértényezői .....	64
Bizalmi, kötődési problémák és interperszonális kapcsolatok sérülése, mint kockázati tényező családból kiemelt fiatalok esetében.....	69
Normák és vezérfonalak sérülése, hiánya, mint kockázati tényező családból kiemelt fiatalok esetében .....	71
Trauma – feldolgozás elmaradottsága, mint kockázati tényező családból kiemelt fiatalok esetében..	73
Kiszolgáltatottság- érzet, mint kockázati tényező családból kiemelt fiatalok esetében.....	74
Önrendelkezési problémák, mint kockázati tényező családból kiemelt fiatalok esetében .....	75
Teljesítményhez való viszony és jövőkép, mint kockázati tényező családból kiemelt fiatalok esetében .....	76



A droghasználóvá válás okai.....	78
Vonatkozó kutatások - A szerfogyasztói magatartás feltérképezése.....	80
Családjukból kiemelt kiskamaszok és serdülők sajátosságai.....	82
Hogyan ismerhetjük fel a mérföldköveket a családból kiemelt fiatalok esetében .....	112
Drogismeret.....	114
Opiátok .....	114
Depresszánsok.....	118
Stimulánsok .....	121
Hallucinogének.....	125
Cannabis, hasis .....	129
Dizájnerdrogok .....	130
A KÁSZPEM adta lehetőségek a drogprevencióban .....	136
A KÁSZPEM® Rendszer elemei .....	136
A KÁSZPEM® Specifikumai .....	136
A KÁSZPEM Alappillérei .....	147
A KÁSZPEM® céljai.....	150
A KÁSZPEM Alapkövei, nevelési irányelvei, módszerei .....	163
A KÁSZPEM® Rendszer alapkövei, nevelési irányelvei és rendszere a rizikótényezők és védőfaktorok összefüggésében .....	164
Felhasznált irodalom .....	177



## ELŐSZÓ

Napjainkban egyre nagyobb teret hódít a serdülők körében a drog kipróbálása, majd a droghasználat elmélyülésével a függőség kialakulása. Szülők, gyermekvédelmi szakemberek érzik tehetetlennek magukat a beáramló új szerek miatt, melyek gyakran zombit, roncsot képesek csinálni a gyermekeinkből.

Joggal merülnek fel kérdések a nevelőszülőkből, a lakásotthonban dolgozó nevelőkből, gyermekfelügyelőkből:

- Képesek lehetünk a droghasználat elleni gátló- védő tényezőket megerősíteni?
- Ellenállóvá (rezilienssé) tudjuk tenni a fiatal személyiségét a káros behatások ellenére?
- Mit tehetünk mi, gyermekvédelmi szakemberek, hogy válsághelyzetben, nehézség esetén ne törjön a fiatal, hanem személyes és környezeti erőforrásait monitorozva rugalmasan tudjon átlendülni az útjába kerülő akadályokon?
- Mit tehetünk, hogy
  - a fiatal merjen nemet mondani egy döntéshelyzetben?
  - rendelkezzen valóságos, pozitív énképpel?
  - számára is fontos legyen az egészsége?
  - legyen önbecsülése?
  - képessé váljon a jövője szempontjából jó döntéseket hozni?
  - ne a romboló (destruktív) kortárs kapcsolatok befolyása, a nekik való megfelelni akarás irányítsa a döntései során?

A gyermeket gondozó felnőtt(ek) felelőssége, hogy a gyermek életkorának és fejlettségének megfelelő szinten tájékoztatást kapjon a különböző egészségkárosító szokások (alkohol, dohányzás, drogfogyasztás, függőségek: játék-, internet-, párkapcsolati függőség) veszélyeiről. Családból kiemelt gyermekekkel és fiatalokkal foglalkozó felnőttként különösen nagy felelősség hárul ránk ezekkel a kézzel fogható nehézségekkel kapcsolatban.

A gyermekvédelemben dolgozók számára sokszor hangsúlyozzuk, hogy legmeghatározóbb nevelési eszközünk a *személyiségünk*. Ezért (is) fontos, hogy ez a nevelési



eszköz olyan legyen, mint egy bőrönd füle, melybe kapaszkodni lehet. Hisz személyiségünk bőröndje, teli lehet hasznos, értékes tartalmakkal, melyeket megtaníthatunk a ránk bízott gyermekkel.

Ebbe a bőröndbe, mint értékes útravalóba csak úgy képes belekapaszkodni a gyermek, ha érzi annak érinthetőségét, megfoghatóságát. Ha mi magunk - értékességünk teljes tudatában - nem vagyunk megfoghatóak a gyermek számára, ha nem merjük beleengedni magunkat helyzetekbe, ha nem vagyunk képesek mindenről partneri együttműködésben beszélni, akkor a gyermek önmegosztása meddő próbálkozás marad csupán.

Ilyenkor a gyermek nevelhetősége, személyiségének alakíthatósága miattunk bukik meg. Lehetünk segíteni akaró (szak)emberek, rengeteg értékes tulajdonsággal, *ha nem tudunk bizalmi kapcsolatot kialakítani a gyermekkel, akkor egyetlen egy segítő szavunk, szándékunk sem fog elérni hozzá.* Család híján így teljesen kapaszkodók nélkül maradhat.

A gyermekvédelem oly sok területéhez hasonlóan, erre a kérdésre sincs „bölcsek köve”, mint egyetlen üdvözítő megoldás. Az viszont biztos, hogy csak úgy lehetünk képesek a gyermeket megtartani képes kapcsolati hálót (ha úgy tetszik, szociális védőhálót) kialakítani, önbizalmát fejleszteni, ha képesek vagyunk személyes, bizalmi kapcsolatot kialakítani a felelősségünkre bízott gyermekkel, fiatallal.

E bizalmi kapcsolat nélkül a legtrendibb, legalaposabban átgondolt stratégia mentén kialakított drogpreevenció tevékenység is csak próbálkozás marad a veszélyektől való megóvás terén.

Egy ilyen hatékony, valóban megóvni képes drogpreevencióhoz kíván segítséget nyújtani minden, gyermekkel közvetlenül foglalkozó szülő, gyermekvédelmi szakember számára ez a kézikönyv, ismereteink széleskörű bővítésével.



## Addiktológiai alapismeretek

### A drogprevenció múltja és jelene

*A drogprevenció fontossága és jelentősége a gyermekvédelmi gondoskodásban élő gyermekek és fiatalok vonatkozásában*

#### A drogpolitika rövid történeti áttekintése

A legális és illegális kábítószer sok évszázada jelen vannak az észak-amerikai és európai kultúrában is. Egyes szereket már az ősközöségtől használtak spirituális, gyógyító céllal. A kábítószer megítélése az adott korban uralkodó társadalmi, jogi, vallási, orvosi nézetek tükrében igen eltérő volt.

Az Egyesült Államokban az 1914-es Harrison féle drogtörvény volt az első, amely az ópiumkereskedelmet és a fogyasztást is tiltotta.

Európában az 1980-as években fogalmazódott meg a közös fellépés igénye a kábítószerterjesztés ellen. 1992-ben aláírásra került a Maastrichti szerződés, amely az Európai Unió alapidokumentuma, és ebben is helyet kapott a kábítószer- probléma elleni összefogást sürgető tétel.

1993-ban az Európai Tanács létrehozta az Európai Kábítószer-és Kábítószer-függőséget Megfigyelő Központot (EMCDDA), mely 1995-ben kezdte meg munkáját.

1999-ben az Európai Bizottság elfogadta az EU egységes 2000-2004 közötti időszakra szóló akciótervét. Célkitűzései között a kábítószerfogyasztás csökkentése, a kezelést kapó drogosok számának növelése, a kábítószerkínálat és a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények számának mérséklése is szerepel.

A Magyar Köztársaság Kormánya 2000-ben tárgyalta meg első ízben a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai programot.

Fő célokként említi:

- A társadalom váljon érzékenyebbé a drogkérdés hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék a problémamegoldó képességüket a kábítószer-probléma visszaszorításában (közösség, együttműködés)



- Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására (megelőzés)
- Segíteni a drogokkal kapcsolatba került és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció)
- Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét (kínálatcsökkentés) (ISM, 2001.42)<sup>1</sup>

2004-ben az Európa Tanács a 2005-2012 közötti időszakra vonatkozó új drogstratégiát fogadott el, melyben először kapott szerepet a prevenció kérdésköre, melyet az alábbi pontokban foglaltak össze:

- Közös fellépés a kábítószerfogyasztással kapcsolatos egészségkárosodás csökkentése érdekében, beleértve a tájékoztatást és a megelőzést is.
- A megelőző programok hozzájutásának és hatékonyságának fokozása
- A pszichoaktív anyagok használatának következményeinek fokozott tudatosítása
- A megelőző intézkedéseknek ki kell terjednie a korai kockázati tényezőkre, a felderítésre, a célzott megelőzésre és a családi/közösségi alapú megközelítésre

2013-ban készült el az Európai Unió legújabb drogstratégiája<sup>2</sup>, amelyben 2020-ig fogalmazott meg hosszú távú célkitűzéseket.

Az új akcióterv követi a drogstratégia felosztását, 5 pillérből áll:

- 1) Keresletcsökkentés (megelőzés, kezelés, ártalomcsökkentés)
- 2) Kínálatcsökkentés (büntető-igazságszolgáltatás, büntetésvégrehajtás, stb.)
- 3) Koordináció (a tagállamok és az európai intézmények munkájának összehangolása)
- 4) Nemzetközi együttműködés (az EU közös fellépése az EU-n kívül, például a drogtermelői országok kormányaival való együttműködés)
- 5) Tájékoztatás, kutatás, monitoring és értékelés (a drogfogyasztással, drogpiaccal kapcsolatos irányvonalak nyomon követése, a politikák hatásvizsgálata)

A „Nemzeti Stratégia A Kábítószer-Probléma Visszaszorítására” című dokumentum céljai és prioritásai (2013-2020)<sup>2</sup>

- a szociális és társadalmi biztonság növelése

<sup>1</sup> *Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására*- A Kormány kábítószer-ellenes stratégiájának koncepcionális alapjai- Ifjúsági és Sportminisztérium 2000.június 42.o.

<sup>2</sup> Az Országgyűlés 80/2013. (X.16.) OGY Határozat- *A Nemzeti Drogellenes Stratégiáról*- Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer- bűnözés ellen



- A társadalom és annak tagjai erőfeszítéseket tesznek a védelmező környezet kialakítása érdekében
- Magas szintű és célcsoport-orientált egészségfejlesztési-drogmegelőzési programok biztosítása
- A közösségi szintű együttműködések fejlesztése, a közösség érzékenyítése és bevonása a drogprobléma kezelésébe
- A társadalom váljon érzékennyé a drogkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában (közösség, együttműködés)
- A droghasználat megelőzése egy proaktív, többirányú, közösségi alapon szerveződő tevékenység, melynek célja az egyének, a családok és a helyi közösségek alkalmassá tétele az életesemények nyomán keletkező kihívásokkal való megküzdésben
- Az egészséghez, az egészséget támogató környezethez való jog elve
- Emberi jogok, emberi méltóság, egyenlő ellátás elve
- az emberi méltóságot, a testi, lelki, és szociális jól-létet illetve az alkotóképességet kiemelt fontosságának hangsúlyozása.
- A prevenciós folyamat olyan körülmények létrejöttét támogatja, melyek eredményeképpen az érintettek testi, lelki, fizikai jólléte fokozódik, számukra egy biztonságos, egészséges életvitel gyakorlása válik lehetővé.
- A kockázatok csökkentése
- Legális és illegális droghasználat ártalmainak, valamint kockázatainak és kárainak csökkentése
- Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására (megelőzés)
- A legális és/vagy illegális szerhasználat kialakulásának megelőzése során olyan alternatívák nyújtására van szükség, melyek révén a pszichoaktív szerhasználat nem minősül vonzó életstílusnak
- A vulnerabilitás, kockázatértékelés és -kezelés (kockázaticsoport-orientált megközelítés, mely a sebezhetőségre, a populációs veszélyeztetettségre és kockázatokra teszi a hangsúlyt)





- Kockázati csoportok, veszélyeztető állapotok esetén speciális prevenció programok kidolgozása
- Az egészségfejlesztő, drogprevenció egységeket tartalmazó programok fedjék le a magyar ifjúság minél szélesebb körét.
- Fokozódják a fiatalok drogokkal és a használat következményeivel kapcsolatos tudása, a drogokkal kapcsolatos negatív (elutasító) attitűdje
- A protektív faktorok alkalmazása
- Az egyenlő esélyek megteremtése- társadalmi kirekesztődés következményeinek megelőzése érdekében
- A nehezen kezelhető, de még nem bűnelkövető gyermekek, fiatalok speciális nevelési, foglalkoztatási vagy sajátos készségfejlesztési programjai
- Pedagógiai és más szakmai tevékenység, amely a gyermekekben és a fiatalokban tudatosítja a környezeti, a természeti értékek és a kulturális örökség tiszteletét és megbecsülését.
- Kortárs-segítő programok- a fiatalok vegyenek részt társaik integrációs gondjainak megoldásában. Terjeszteni kell a legeredményesebb gyakorlatot

A stratégia fő vívmánya, hogy létrehozták a **Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokat (KEF)**, mely bizottságokban képviseltetik magukat az állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezetek képviselői. Feladataik: összegyűjtik azokat az információkat, melyek helyi szinten a drogproblémával kapcsolatban jelentkeznek, a jelzések alapján meghatározzák azokat a csoportokat, melyek veszélyeztetettek a kábítószerfogyasztás szempontjából, a jelzett információk és rizikócsoportok meghatározása alapján kijelölik a közösségi megelőzés célkitűzéseit, a terápiás alternatívákat. Éves tervet állítanak össze a Nemzeti Stratégia célkitűzéseit alapul véve a helyi szintű, megvalósítani kívánt feladatokról, minden évben beszámolót készítenek a megvalósításról. Az elkészült beszámolót a helyi közösséggel megosztják és továbbítják a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságnak, mely a beküldött beszámolók alapján elkészíti az országjelentést.



## A prevencióról általánosságban

A **prevenció fogalma**: megelőzést jelent, azon intézkedések sorolhatók ide, melyek minimálisra csökkentik illetve megszüntetik azokat a társadalmi, pszichológiai és szociális feltételeket, melyek pszichés, testi betegségeket vagy társadalmi-gazdasági problémákat idéznek elő vagy hozzájárulnak ezek kialakulásához.

### A prevenció klasszikus hármas felosztása<sup>3</sup>

A prevenciót, és ezzel együtt a drogprevenciót Caplan nyomán (1963) a következő három kategóriába sorolták:

- Elsődleges prevenció: azoknak szól, akik még nem próbálták ki a kábítószereket.
- Másodlagos prevenció: a résztvevőknek vannak tapasztalataik a drog terén.
- Harmadlagos prevenció: a rendszeres fogyasztók, a függők és a „gyógyult” szerhasználók kezelése.

### Az újabb szemlélet szerint a prevenció három kategóriába csoportosítható:

- Általános prevenció: nem differenciál célcsoportok szerint, egy nagy csoport van, ami maga a célcsoport.
- Célzott prevenció: a célcsoport kiválasztása a teljes populációból, például veszélyeztetettségük alapján.
- Javallott vagy indikált prevenció: már célcsoporton belül is differenciál, többszörös kockázati tényezőket céloz meg.

A Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ az EMCDDA (A Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja) által is használt felosztást a következő módon jellemzi:

Az **általános (universal) prevenció** kategóriájába tartozó stratégiák a népesség egészét szólítják meg, ami lehet az egész nemzet, a helyi közösség, vagy az iskolás populáció. A prevenció beavatkozás folyamatában a teljes közösség minden tagját célozzák meg azzal az

<sup>3</sup> Drogprevenció- Andrassy Áron, dr. Mrázik Julianna 2011.



ismeretátadással, mely információk segítik a készségek és jártasságok kialakulását a probléma kivédésére. Az általános megelőzés szemlélete alapján az egész népesség veszélyeztetett, bár a mértéke eltérő lehet. Az általános prevenció egyik kedvelt eszköze például a médiakampány, melynek segítségével a lakosság széles köre elérhető az információátadás céljából.

A **céltott prevenció (selective)** a népesség egy adott csoportját célozza meg, melyek rizikócsoportnak tekinthetők valamilyen szempont alapján. (pl. túlkoros, az iskolai oktatásból lemorzsolódott fiatalok köre, alkohol vagy kábítószerfüggő szülők gyermekei stb.) A veszélyeztetett csoportok behatárolhatóak biológiai, szociális, környezeti vagy pszicho- szociális szempontok alapján, ha adott tudományos kutatás ok-okozati összefüggést tár fel az adott tényező megléte és a problémás viselkedés kialakulása között. A prevenció célcsoportjába azon személyek kerülnek bele, akik a meghatározott kockázati tényezővel rendelkeznek.

A **javallott prevenció (indicated)** olyan beavatkozásokat és programokat tartalmaz, melyek a még nem függő, de a függővé válás útján elindult személyek ezirányú viselkedését szeretné befolyásolni és megfordítani pozitív irányba. Ezek a programok az egyén szükségletének és problémájának szintjén kezdeményezi a beavatkozást, mely beavatkozások célja minden olyan viselkedészavar pozitív irányú befolyásolása, mely vélhetőleg szerhasználó életúthoz vezethet. Az ilyen programok különösen alkalmasak az olyan fiatalokkal való foglalkozás során, akik már a bűnelkövető életmódba sodródtak és összeütközésbe kerültek az igazságszolgáltatással. Ezen prevenciós programok közé tartoznak az elterelés intézményrendszerén belül nyújtott szolgáltatások is.

### A droprevenció szinterei

A prevenció legelső említett szintere megegyezik az elsődleges szocializálódás színterével, a családdal. A családban alakul ki az önértékelés, és innen sajátítja el a gyermek az első viselkedésmintáit, amik meghatározzák, hogy miképpen viszonyuljon önmagához és másokhoz, az értékekhez, és a szabályokhoz, az egészséghez, és a kevésbé humanisztikus viselkedésmintákhoz (erőszak, káros szenvedélyek). A családtagoknak, elsősorban a szülőknek, képesnek kell lenniük felismerni a drog jelentette veszélyt, és ha szembesülnek a problémával, tudjanak róla beszélni, szükség esetén a megfelelő szakembert felkeresni. A családból kiemelt gyermekek és fiatalok esetében ezért kell kiemelten fontos feladatunknak tekinteni a hatékony



drogprevenció alkalmazását. Célcsoportunk szocializációs hiányosságai, a család mindent felemészítő hiánya különlegesen veszélyeztetetté teszi a gyermekvédelmi gondoskodásban élőket.

„Az iskolai drogprevenció elsődleges prevenció” - kezdi az iskolai szintér tárgyalását a Stratégia. Bár nem tárgyalja a prevenció fajtáit részletesen, itt leírja az első és másodlagos prevenció megkülönböztetését:

„Ha felszínre kerülnek a drogproblémák, az elsődleges prevenció módszerei az iskolai környezetben kábítószer használók kezelésére nem, vagy csak korlátozottan alkalmasak. Ilyenkor beavatkozásra van szükség, általában megfelelő (külső) szakemberek bevonásával (iskolaorvos, védőnő, pszichológus, nevelési tanácsadó, drogambulancia stb.)” (ISM, 2001. 66. o.)

A stratégia a következő színtereket nevesíti:

- család;
- iskola (nevelési-oktatási intézmény);
- munkahely;
- a szabadidő-eltöltés színterei;
- internet és más médiumok;
- gyermekvédelmi intézményrendszer;
- büntető-igazságszolgáltatás intézményei;

### A drogprevenció céljai

Szükséges, hogy az általunk megvalósított drogprevenciós tevékenységeknek is legyenek konkrét célkitűzései. Érdemes az alábbi célkitűzések mentén végiggondolni a saját drogprevenciós célkitűzéseinket:

- a drogot első alkalommal kipróbálók átlagéletkorának csökkenését visszafordítani;
- a fiatalok körében ne legyen általánosan elfogadott, menő és „trendi” a drogfogyasztás, tudatosuljon bennük, hogy a társadalom nagy része által nem elfogadott a droghasználat,
- váljon vonzóvá az egészséges, drogmentes életmód;
- működő egészségfejlesztő, drogprevenciót tartalmazó programok létrehozása mindazon színtereken, ahol a fiatalok felnőnek (család, közoktatás, felsőoktatás, kiegészítő oktatási rendszerek, szabadidős tevékenységek, sport, egyházi élet)



- az egészségfejlesztő programok és a drogprevenció fedjék le a magyar ifjúság minél szélesebb körét, különösen ott, ahol különösen nagy szerepe van: a közoktatásban és a felsőoktatásban résztvevők, az iskolából kimaradtak, a munkanélküli fiatalok, más pszichoszociális okból veszélyeztetettek körében;
- fokozódjék a fiatalok tudása droghasználatból következő negatív hatásokról
- a hosszú távú prevenció, egészségfejlesztés hangsúlyát a készségfejlesztésre kell helyezni;

## Prevenációs irányzatok

Rácz József: Iskolai drogprevenációs programok eredményességéről írott könyvében Botvin és Ruchlin (1998) összegzése alapján az alábbi drogprevenációs irányzatokat mutatja be:

### **Információnyújtó programok**

Az iskolákban megvalósított drogprevenációs programoknak legtöbb esetben a drogokkal kapcsolatos információnyújtás és a droghasználattal összefüggő veszélyek következményeinek megvilágítása a célja. A legtöbb esetben tényszerű információkat adnak át, vagy a droghasználattól való elrettentés a cél. A programok megalkotói abból a feltevésből indulnak ki, hogy a serdülők, ha rendelkeznek információkkal a drogokról és a droghasználat veszélyeiről, akkor nem fognak droghoz nyúlni. Az ezen a megközelítésen alapuló programok nem hatékonyak az következő okok miatt: a kamaszok nem csupán racionális alapon döntenek (hogy használnak drogokat vagy nem), nem foglalkoznak a drogok egészségre gyakorolt hatásaival, vagy pont az ellenkező hatást érik el, felkelti a kíváncsiságukat. Az a kérdés, hogy valaki miért használ drogokat, a használatról szól, és nem a nem-használatról. A drogprevenációs programok hatékonyságát szakértők bevonásával akarták hatékonyá tenni. Orvosokat, rendőröket, jogászokat, droghasználókat vontak be a programok megvalósításába, hiteles információforrásként. A programok hatékonyságát ez sem növelte. A programok hatására nőtt a serdülők tudása a drogokról és annak káros következményeiről, talán még a drogokkal kapcsolatos attitűdjük is változott, ami azonban a viselkedésükben nem mutatkozott meg.



### ***Érzelmi nevelés/fejlesztés felőli megközelítések***

Az információalapú programok minimális hatékonysága miatt változtatásokat vezettek be az iskolai drogprevencióban. A a drogokkal kapcsolatos információnyújtás helyett a hangsúly a serdülők pszicho-szociális igényeire tevődött át. Azt feltételezték, hogy a fiatalok olyan életkorbeli sajátosságokkal rendelkeznek, melyek veszélyeztetetté teszi őket a kábítószerhasználat vonatkozásában. A megoldás az érzelmi nevelés, fejlesztés. Ez a drogprevenációs irányzat az egyéni és a szociális fejlesztést helyezte előtérbe. A fejlesztésekkel azt az eredményt érhetik el, hogy a fiatalok felülkerekedhetnek a drogok iránti igényükön, és tovább fejleszthetnek olyan készségeket, tulajdonságokat, melyek segítik őket a drogmentes életvitel megtartásában. Ilyen tulajdonságok a magas fokú önértékelés, a belátóképesség, az asszertivitás<sup>4</sup>. Az igényesen kidolgozott elméleti háttér ellenére a programok a gyakorlatban nem működtek. A kutatások azt mutatták, hogy a várt pszicho-szociális hatások bekövetkeztek, a droghasználatra gyakorolt hatásuk mégis csekély volt. Az eredménytelenséget többek között olyan okokkal magyarázták, hogy túl hangsúlyosak voltak az osztálytermi „általános” foglalkozások, amiket sokszor nem megfelelő képzettségű szakember tartott. A csoportpszichológiában jártas szakemberek képzése hosszú ideig tart és költséges. A programok nemcsak eredménytelenek, de költségesek is voltak.

### ***Társas hatás felőli megközelítések***

Ezeket a programokat szintén az előzők eredménytelensége hívta életre. Kifejlesztésükben felhasználták a szociálpszichológiát: azt feltételezték, hogy a serdülőkori droghasználat kialakulásában döntő szerepe van a a kortárs és a média hatásoknak. Ennek megfelelően a prevenció egyfajta „beoltás”, ellenállóvá tétel e hatásokkal szemben, másrészt az ellenállási készségek fejlesztése és a normatív elvárások (tehát az, hogy mindenki drogozik”, vagy hogy „a fiatalok többsége drogozik”) átalakítása. Az „immunizálás” azon alapult, hogy a fiatalok találkoznak dohányzásra felhívó hirdetésekkel, tehát már korábban immunizálni kell őket ezekkel szemben, hogy később ne reagáljanak az ilyen felszólító ingerekre. Ez azt jelentette, hogy

<sup>4</sup> Az **asszertivitás**, vagy asszertív kommunikáció egy olyan tanulható készség, amikor valaki magabiztosan tud megnyilvánulni érzelmileg nehéz szituációban is, anélkül, hogy passzív vagy agresszív lenne. Az asszertívan viselkedő ember kommunikációjának célja a konfliktus megoldása, miközben minden résztvevő fél igényeit figyelembe veszi – nem hódol be (passzív), és nem próbálja dominálni a másik felet (agresszív).



cigaretta-reklámokat mutattak nekik, és kielemezték, hogy hol vezetik félre őket, hogy manipulálják őket a reklámokkal. Továbbá arra készítették fel a fiatalokat, mit tegyenek, ha cigarettával vagy kábítószerrel kínálják őket. Legyenek felkészülve az ebben a helyzetben adandó válaszokra, reakciókra. A normatív elvárások más irányba terelése a következő okok miatt volt szükséges: a fiatalok többségének tudatában az az elképzelés él, hogy mindenki dohányzik, vagy a serdülők többsége kipróbálta már a kábítószerrel. A statisztikák bemutatásával bizonyítani lehet, hogy ez az elképzelés nem igaz.. Az ellenállási készségek fejlesztése pedig a média és a kortárs hatások kivédésére irányul. Ezek valójában az asszertív készségek közé tartoznak; hogyan tudja felismerni egy fiatal, hogy manipulálni, befolyásolni akarják egy általa nem kívánt irányba, és mit tud tenni ennek elkerülése vagy kivédése érdekében. Az eredményességvizsgálatok szerint, melyek elsősorban a cigarettázásra terjedtek ki, a programok hatékonyak. Egyes vizsgálatokban a dohányzás 30-50%-kal csökkent a kontrollcsoporttal összehasonlítva (ahol nem történt prevenció). Az új dohányosok megjelenése is 30-40%-kal csökkent. A követéses vizsgálatok tanúsága szerint az eredmények még 3 év után is megfigyelhetők voltak.

### ***Integrált szociális hatást/kompetenciát növelő megközelítések***

E megközelítés háttérében olyan kutatási tapasztalatok álltak, melyek szerint a fiatalok azért kezdenek el drogot használni, mert ebben az irányban befolyásolják őket (kortársaik vagy a média), illetve hiányosak azok a készségeik, melyek segítségével ellent tudnának állni a droghasználatra készítő befolyásnak.. Ezek az átfogó megközelítések egyesítik a korábbiak előnyeit, de nagyobb hangsúlyt fektetnek a készségfejlesztésre, illetve az intraperszonális (saját belső, személyiségen belüli) kompetencia (illetékesség) fejlesztésére. Feltételezik hogy a droghasználat kialakulása nem egyetlen tényezőtől függ, és fordítva, a személyiségfejlődésben szerepet játszó tényezők segítségével nemcsak a drogfogyasztás területén érhetünk el kedvező eredményeket. A kutatások szerint az átfogó, a nem egy-egy tényezőt megcélzó prevenció programok az igazán hatékonyak.

A konkrét elméleti háttér a szociális tanulás-elmélete (Bandura, 1977), valamint a problémaviselkedések kutatása (Jessor és Jessor, 1977) jelentette. A droghasználat ezek szerint tanult viselkedés, ami valamilyen cél teljesítése érdekében történik. Kialakulásában és fennmaradásában jelentős szerepük van a környezeti megerősítő és hátráltató ingereknek, valamint a fiatalok hiedelmeinek (beliefs).



A fő különbség az előző megközelítésekkel szemben azonban leginkább a prevenciós program kivitelezésében, felépítésében mutatkozik meg. Kiemelt hangsúlyt kapnak az olyan technikák, mint a dramatikus elemek, helyzet- és szerepgyakorlatok, a visszajelzés, az ismétlés, a próbálkozás, az osztályon kívüli gyakorlás (pl. viselkedéses házi feladatok formájában). Szintén fontos szempont a problémamegoldó és döntéshozó készségek fejlesztése, az önértékelés fejlesztése, a stressz- szel való megküzdést elősegítő technikák gyakorlása, a kommunikációs és társas készségek fejlesztése (hogyan lehet pozitív és negatív érzéseket kifejezni, hogyan lehet ismerkedni és barátkozni). Sok olyan gyakorlati elemet tartalmaznak ezek a programok, melyek segítenek a serdülőknek abban, hogy a mindennapi életben a megküzdési technikáik fejlődjenek.

Láthatjuk, hogy az irányzat fókuszában tulajdonképpen nem is a drog, vagy a droggal kapcsolatos viselkedések állnak. Az irányzat alkalmazói feltételezik, hogy ha a serdülő segítséget kap mindennapi problémái megoldásához, megtanulja ezeket a technikákat, akkor nem fog drogokhoz nyúlni. Ezért speciálisan a drogokkal csak jóval kevesebb óraszámokban kell foglalkozni, mint az előző irányzatok esetében. Az irányzattal kapcsolatos kutatások zöme 13-17 éves fiatalokkal, általában a középiskolai korosztályhoz tartozó diákokkal készült, és zömük 40-80%-os droghasználat-csökkenést eredményezett.

A prevenciós programok hatékonysága nagyban függ az interaktivitástól. Megállapították, hogy egy program annál hatékonyabb, minél interaktívabb. Itt a diákok aktív részesei a programnak, a frontális munka helyett pedig a pedagógus bevonja a gyerekeket a gyakorlatokba, szerepjátékokba. Itt a pedagógus nem csak tanít, hanem nevel is és maga is szerep-modellé válik. Az interaktív foglalkozások során kerül előtérbe a készségfejlesztés, a döntéshozás, problémamegoldás, a stressz-kezelés.

A Nemzeti Stratégia, és ezen belül a prevenciós tevékenységek megvalósítása érdekében három alkalommal került sor akcióterv kialakítására, melyek kormányhatározat (1036/2002; 1129/2004; 1094/2007) formájában kerültek elfogadásra. Az akciótervek minden alkalommal számos, alkalmanként mintegy 5-8 célkitűzést, tevékenységcsoportot határoztak meg a prevenciós tevékenységekkel összefüggésben. A 2009 decemberében elfogadott új Nemzeti Stratégia célkitűzéseinek összefoglalása megjelent az EMCDDA számára a Nemzeti Drog Fókuszpont által készített 2010-es éves jelentésében.





„A droghasználat megelőzése egy proaktív, többirányú, közösségi alapon szerveződő, több szektor együttműködését igénylő, kulturálisan érzékeny tevékenység, melynek célja az egyének, a családok és a helyi közösségek alkalmassá tétele az életeseemények nyomán keletkező kihívásokkal való megküzdésben. A prevenciós folyamat tehát olyan körülmények létrejöttét támogatja, melyek eredményeképpen az érintettek testi, lelki, fizikai jólléte fokozódik, számukra egy biztonságos, egészséges életvitel gyakorlása válik lehetővé” (Nemzeti Stratégia, 2009).<sup>5</sup>

„A megelőzés szemléleti kerete a drogprevenció területén nemzetközileg elfogadott, bizonyítékon alapuló elvek mentén került kialakításra. Hangsúlyozza többek között a közösségi erőforrások kiaknázását, az integrált megközelítések alkalmazását, a készségfejlesztést és innovatív technikák alkalmazását, az alternatívák nyújtását és a korai kezelésbevételt. Az új stratégia is a különböző szinterek vonatkozásában fogalmazza meg célkitűzéseit, az egyes szintereken azonban elkülönülnek az általános, célzott és javallott prevencióval kapcsolatos célkitűzések.” (EMCDDA, 2010. 6.)

A Stratégia alapvetően a következő prevenciós irányzatokat és azok főbb tartalmi elemeit sorolja fel:

### Információ-közlés

- a drogokkal kapcsolatos ténybeli információközlés
- negatív hatás bemutatása: elrettentés, félelemkeltés
- információ átadója lehet előadó, pedagógus, vagy a média
- hatásvizsgálatok szerint nem hatékony ez a módszer
- a hatékonyság hiányának okai: veszély eltúlzása hiteltelenné teszi a közlőt, fiatalok kockázatkeresése
- egyes esetekben fokozhatja a drogok kipróbálására irányuló kíváncsiságot
- az információ hitelességét növelheti egy rendőr vagy volt drogos

### Érzelmi nevelés:

- hangsúly nem a tudás növelésén, inkább a személyiség és a szociális készségek fejlesztése a fő
- érzelmi nevelés, döntéshozás, érdekérvényesítő képesség, kommunikáció fejlesztése
- fő színtere a csoport, módszere a csoportfoglalkozás

<sup>5</sup> Drogprevenció- Andrassy Áron, dr. Mrázik Julianna 2011.



- a mérések szerint nem túl hatékony, és speciálisan képzett szakemberre van szükség hozzá

#### Társas hatás modell:

- az előző módszerek hiányosságai hívták életre
- kiindulási alapja, hogy a drogozás egy tanult viselkedésmód
- társas immunizáció: a fiatalokat drogellenes üzenetekkel való "beoltása"
- nemet mondás: elutasítás képességének fejlesztése
- viszonylag hatékony, de csak egy bizonyos ideig (néhány év)

#### Drog alternatívák:

- fiatalok pszichológiai szükségleteinek kielégítése a társadalom számára elfogadható módon
- természetes kockázatkeresés sporttal vagy közösségi tevékenységekkel
- a pszichológiai elmélyülésre alkalmas tevékenységek: a művészet, az értékteremtés
- a módszer csak akkor hatékony, ha egyénre szabott, ezért költséges lehet

#### Integrált megközelítés:

- az előző módszereket összehangoltan használja
- átfedést mutat az egészségfejlesztés komplex programjával
- ez a módszer a leghatékonyabb a szakirodalom szerint

## Prevenációs programok Magyarországon

### DADA Program<sup>6</sup>

A Magyar Rendőrség általános iskolai ifjúságvédelmi, bűnmegelőzési programja. A DADA mozaikszó, amelyben a betűk jelentése: Dohányzás-Alkohol-Drog-AIDS. A betűk sorrendje, a fogalmak egymásutánisága nem véletlenszerű: követni igyekeznek a fiatalok próbálkozásait és az ezek következtében jelentkező veszélyeket.

<sup>6</sup> Mizsei Bernadett: Diákvédelmi programok-A DADA és az ELLEN-SZER programok tapasztalatai Új köznevelés 70. évf. 1-2.



A Programot kizárólag rendőr oktathatja, mert ő olyan elsődleges, hiteles ismeretekkel áll a tanulók elé, amelyeknek sem a pedagógusok, sem a szülők nincsenek birtokában.

A DADA célja, hogy a gyermekek mindenkor felismerjék a veszélyhelyzeteket, meg tudják különböztetni a pozitív és a negatív befolyásolásokat. Ki tudják számítani döntéseik, cselekedeteik következményét, eredményét. Legyenek képesek nemet mondani még a kortársaiktól érkező csábításnak, kínálásnak is, konfliktushelyzeteiket úgy oldják meg, hogy ne érezzék vesztesnek magukat.

A program fő mondanivalója: tanuld meg a veszélyhelyzetet mindenkor felismerni, a következményeket jól átgondolva helyesen dönteni, ha kell elutasítani a neked ártó dolgokat, de mindenképpen mondd el a szülőknél, tanárnál, rendőrnél, hogy mi történt, és ha lehet, próbáld meg elkerülni az ilyen helyzeteket.

A 2015/2016-os tanévben a DADA program keretében az ország 177 települése 306 iskolájának 1195 osztályában 31776 gyermek vett részt, akiket 157 rendőr oktatott.

### **ELLEN-SZER Program**

A Magyar Rendőrség biztonságra nevelő középiskolai programja, célzottan a 10. és 11. évfolyamos fiatalok számára. A program arra vállalkozik, hogy a kamaszkor kritikus időszakában mellé áll a fiataloknak és hasznos ismeretekkel, tanácsokkal segíti őket az eligazodásban, abban, hogy ne váljanak veszteseivé ennek a korszaknak.

A Program alaptétele, hogy emelje a fiatalok biztonságát a legsúlyosabb devianciák, a bűnözéssel és a szerfogyasztással szemben. Tudatosítsa bennük, hogy a bűncselekményekkel szemben fel lehet és kell lépni, ne tűrjék el, hogy áldozat válják belőlük, kérjenek segítséget, illetve áldozattá válásuk elkerülése érdekében alkalmazzák az oktatás során megismert technikákat.

A Programban elhelyezkedő média témakör harmonikus egységet képez a Nemzeti Alaptanterv vizuális kultúra műveltségi területeinek irányelveivel. A rendőr oktató felvállalja, hogy elrendezi a tömegtájékoztató eszközökből áradó különböző információhalmazt, s azt „rendőri szemlélettel” közvetíti a diákok felé (lásd az erőszak tartalmú bűnügyi-, akció-, horror-, és pszicho-thriller filmeket). Ez a szerepe mintegy elősegíti, hogy a diák felismerje a média emberekre történő befolyásoló szerepét, azok káros hatásait. A középiskolai program ezért különös figyelmet szán a témának, ezáltal igyekszik ösztönözni a szelektivitásra épülő, értelmes médiahasználatot.



A programrész főbb nevelési céljai: önálló gondolkodásra nevelés; a döntési képesség, aktivitás kifejlesztése; a helyes értékrend kialakítása; az önazonosság, önismeret pozitív irányú fejlesztése; a nemes értelemben vett ‚helyi karakter‘ alakítása; a szociális magatartás képességeinek és készségeinek elsajátíttatása; szeretetteljes emberi kapcsolatok, fejlett együttműködési készség kialakítása; a toleranciára való nevelés; a szenvedélybetegség-mentes attitűd kialakítása.

A 2015/2016 tanévben az ELLEN-SZER programban országosan 28 település 45 iskolájának 106 osztályában 2682 diák vett részt, akiket 33 rendőr oktatott.

### **Drogeprevenció összekötő tiszti hálózat**

A fiatalok kábítószer-fogyasztásának visszaszorítása érdekében a rendőrség 2014 szeptemberében új drogeprevenció programot indított „A szülők és a családtagok a rendőrség kiemelt partnerei a kábítószer-bűnözés megelőzésében” címmel. A kezdeményezés keretein belül a rendőrség kiemelten számít a szülők együttműködésére. A program célja, hogy a 12-18 éves gyermekeket nevelő szülők, családtagjaik közvetlen tájékoztatást kapjanak a kábítószer-fogyasztás kockázatairól, büntetőjogi következményeiről. A kezdeményezés a szülők megelőzésben betöltött szerepét hangsúlyozza: a társas kohézió és a családi kapcsolatok megerősítése segítséget jelenthet a kortársak befolyásolásával és az iskolában szerzett kudarcélményekkel szemben.

### **VoltEgySzer- mobilizált drogeprevenció<sup>7</sup>**

A Nyíró Gyula Kórház Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet Drogambulanciája és a Moholy-Nagy Művészeti Egyetem Kreatív Technológia Laborja közös, VoltEgySzer névre hallgató projektjük keretein belül nemzetközi viszonylatban is egyedülálló, fiatalokat és szüleiket célzó, drogeprevenció mobil applikációt illetve honlapot fejlesztett, mely újszerűen, többek között animált képregényes formában hívja fel a figyelmet a megelőzés fontosságára.

A projekt célja olyan mobil alkalmazás, illetve honlap fejlesztése volt, ami vonzó a tizenévesek számára és hatékonyan mozdítja elő a prevenciót, illetve ami a szülőknek is gyakorlati tanácsokkal szolgál, hogy hol és milyen szakemberek és civil segítők érhetőek el. Az applikáció hat különböző aspektusból közelít a témához, hat különböző módszerrel igyekszik megszólítani a

<sup>7</sup> Moholy-Nagy Művészeti Egyetem honlapja (<http://www.mome.hu/hu/h%C3%ADrek/1365-voltegyyszer-mobiliz%C3%A1lt-drogeprevencio%C3%B3>)



fiatalokat: interaktív képregénnyel, kvízzel, a pszichoaktív szerek és elváltozások bemutatásával, szerepjáttékkal, valamint a segélynyújtó helyek ismertetésével. A mobil alkalmazás egyesíti a weben szokásos ismeretnyújtást és a számítógépes játék élményét.

A hagyományos, személyes kapcsolaton alapuló iskolai prevenciós programokhoz képest az applikáció nagy előnye, hogy nem csupán egy-egy alkalommal, hanem bárhol és bármikor képes a serdülők számára "párbeszédet" biztosítani és az adott helyzetben releváns visszajelzéseket adni. Az alkalmazott műfajok - animált képregény és szerepjáték - eleve vonzóak a fiatalabb korosztály számára. Ezen felül a mobil applikáció anonimitást biztosít a használói számára. A mobil eszközök hazai elterjedtségére vonatkozó felmérések alapján elmondható, hogy a fiatakorúak egyre nagyobb hányada, szociális helyzetre való tekintet nélkül, használ már az alkalmazáshoz szükséges eszközt, így hatékony prevenciós eszközzé válhat ez az igazán XXI. századi, a digitalizált, felgyorsult világhoz is alkalmazkodó applikáció.

A projekt nemzetközi viszonylatban abban a tekintetben is egyedülálló, hogy nemcsak a fiataloknak, hanem a szülőknek is segítséget kínál. Az alkalmazás letölthető a Google Play és az App Store áruházakból.

### **Tudattörő- drogprevenciós szabadulószo**<sup>8</sup>

2017 decemberében Drogprevenciós szabadulószo

A szabadulószo sztorija: A történetben a játékosoknak egy elhanyagolt terhességből született, szétesett családban, magányosan felnövő drogfüggő életútját kell végig követniük. Közben megismerik a különféle kábítószereket, azok veszélyeit, és a függőségből való gyógyulás nehézkes folyamatát is. Logikai és kooperatív feladatok segítségével juthat a résztvevő közelebb a végső megoldáshoz. Az interaktív, játékos módszerekkel felépített prevenciós programot kimondottan középiskolásoknak szánják a készítőik.



<sup>8</sup> <https://exitgames.hu/cikkek/drogprevencios-szabaduloszo>



## Egészségnevelés, egészségfejlesztés, mint a hatékony drogprevenció eszköze

Az egészségfejlesztés az Ottawai Charta<sup>9</sup> megfogalmazásában:

"Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek, egészségük fokozottabb kézbe tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcélként kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következőképpen nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége."

A családi környezet mellett az óvoda, iskola a szocializációnak azt a színterét jelenti, amelyben mód nyílik az egészségesebb életvitel készségeinek, magatartásmintáinak kialakítására és begyakorlására gyermek és kamaszkorban. Az egészségfejlesztés célja a droghasználattal kapcsolatban az ahhoz vezető kockázati tényezők szerepének csökkentése és a drogfogyasztás előfordulását mérséklő védő tényezők felerősítése (=családi rendszer megerősítése, mint legfőbb protektív faktor), összességében a droghasználat (legitim és illegitim drogok) előfordulási arányának csökkentése.

Összességében azt mondhatjuk, hogy az egészségbarát viselkedésformák kialakulása a szocializációs folyamat eredményének tekinthető. Tehát amennyiben valóban felelősséget érzünk a felnövekvő generációk életésélyeiért, szükséges megtalálnunk a hatékony cselekvés formáit. Jelen esetben ez azt jelenti, hogy a gyerekeket fel kell ruházni a szükséges és korszerű ismeretekkel, készségekkel és jártaságokkal. Az iskolán kívüli szabadidős tevékenységben rejlő szocializációs lehetőségeket, és azok hatékonyságát kell erősíteni. Hangsúlyt fektetni olyan életvezetési készségek, megküzdési (alkalmazkodási) módok kiépülésére, amelyek kinek-kinek az egyéni boldogulását, útkeresését és az egészségesebb alternatívák választását mozdítja elő.

<sup>9</sup> Ottawa, 1986. november 17-21



Az egészségfejlesztés célja a droghasználattal kapcsolatban az ahhoz vezető kockázati tényezők szerepének csökkentése és a drogfogyasztás előfordulását mérséklő védő tényezők felerősítése (=családi/ családot pótló rendszer megerősítése, mint legfőbb protektív faktor), összességében a droghasználat (legitim és illegitim drogok) előfordulási arányának csökkentése.<sup>10</sup>

Az egészség a védő és a veszélyeztető, kockázati tényezők egyensúlyától függ, a védő tényezők túlsúlyba kerülésével. Ennek a strukturált formája az egészségfejlesztés, mely az egyén életstílusára hat. Az életstílus magában foglalja a különböző viselkedések egymásra és az egészségre történő hatását, a társas és a fizikai környezet szerepét.

Az életstílushoz kapcsolódó viselkedést három tényező befolyásolja:

1. Közvetlen tényezők,
2. lehetőségek
3. megerősítő tényezők

E három tényező az egészségfejlesztés útján befolyásolható, melyhez hatékony eszközt jelenthetnek az alábbiak:

- Tudásbővítés (szabályok, törvények, következmények, hatások, alternatívák és perspektívák kiszélesítése)
- Kulturális értékekre, hagyományokra való figyelemfelhívás
- Készségfejlesztés több területen (kommunikáció, problémamegoldó készség, konfliktuskezelő készség)
- Közösség kohéziós és konstruktív ereje
- Közösségépítés, közösségfejlesztés
- Sport- és szabadidős programok színes palettájának biztosítása
- Szolgáltatások elérhetőségének biztosítása, szakmai segítségnyújtás
- A célcsoport egészségét meghatározó közvetlen környezet kedvező kialakítása
- Erős közösségi háló kialakítása, a közösségi tevékenységek erősítése, közösségfejlesztés
- Az egyéni képességek fejlesztése- Informálás, egészségnevelés, LLL- Life Long Learning (élethosszig tartó tanulás) biztosítása, stb. annak érdekében, hogy minél több választható

<sup>10</sup> Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására- A kormány kábítószer-ellenes stratégiájának Koncepcionális alapjai, ifjúsági és sportminisztérium, 2000. Június, Sásdi nyomda kft.-  
[http://www.drogstrategia.hu/download.php?file\\_id=26](http://www.drogstrategia.hu/download.php?file_id=26)



alternatívát kínálunk célcsoportunk számára az egészség, az egészséges élet választásához.

Bár a helyes ismeretek birtoklása nem szükségképpen vezet tudatos egészségmegőrző, helyes viselkedéshez, mi minden rendelkezésre álló eszközzel a helyes viselkedési formák megszilárdulását tűzzük ki célul. Összességében azt mondhatjuk, hogy az egészségbarát viselkedésformák kialakulása a szocializációs folyamat eredményének tekinthető. Tehát amennyiben valóban felelősséget érzünk a felnövekvő generációk életésélyeiért, szükséges megtalálnunk a hatékony drogprevenációs cselekvések formáit.

### A hatékony drogprevenáció formái

- A gyerekeket fel kell ruházni a szükséges és korszerű ismeretekkel, készségekkel és jártaságokkal.
- Az iskolán kívüli szabadidős tevékenységben rejlő szocializációs lehetőségeket, és azok hatékonyságát kell erősíteni.
- Hangsúlyt fektessünk olyan életvezetési készségek, megküzdési (alkalmazkodási) módok kiépülésére, amelyek kinek-kinek az egyéni boldogulását, útkeresését és az egészségesebb alternatívák választását mozdítja elő.
- Az egészségfejlesztés eszmerendszerének fontos alappillére, hogy a gyermekekben és fiatalokban kialakuljon a saját életük iránti felelősségérzet.
- Lehetőséget és teret kell biztosítanunk a közös élményeken túl a nyílt kommunikációnak, valamint tudatosító beszélgetéseknek az indirektív és az informális pedagógia eszköztárát használva.

### Az eredmények hasznosíthatósága

Egy gyermekvédelmi intézmény, vagy egy nevelőszülői család működésének nagy részét a hétköznapi feladatok rutinszerű megoldása, és az éppen aktuális problémák megoldása jelenti. A drog-probléma kezelése úgy jellemezhető, hogy hirtelen a figyelem középpontjába kerül, ha nyugtalanító esetek derülnek ki a fiatalok drogfogyasztásával kapcsolatban. Ekkor sürgős





intézkedésekről hozunk döntéseket, fokozott odafigyelésre és cselekvésre szólítjuk fel az összes nevelőt, de amikor új, más jellegű problémák kerülnek előtérbe, a drogzás megint háttérbe szorul. A napi rutinnak sem része a drogzásról való kommunikáció, ha éppen nincs különösebb aktualitása, így csak a pedagógiai programba és a foglalkozások témáiba építve biztosítható, hogy a drogzásról szó eshessen az aktuális kontextus terhe nélkül.

Sok nevelő és szülő/nevelőszülő nem érzi magát kompetensnek a drogzással kapcsolatban, és bár foglalkozásokon az egészséges életmód tárgyalásakor megbeszélik a dohányzás és az alkoholfogyasztás veszélyeit, nem esik szó az illegális szerekről. A kollégáknak nagy szerepe van a drogzásprobléma kezelésében akkor is, ha nem rendelkeznek szakszerű jogi, biológiai, kémiai ismeretekkel, mivel az élet szinte minden területének tárgyalásakor meg lehet említeni a kábítószereseket, szervesen kapcsolva az adott témához. Néhány szempont a drogzásprevenációs tevékenységeink tervezéséhez:

- A drogzás kérdésével nem csak kampányszerűen kell foglalkozni, de nem is szabad túl állandóan, főleg nem kötelező jelleggel a fiatalokra erőltetni.
- A fiatalok körében végzett kutatásokból kiderül, hogy a tanulók szemében hiteles lehet egy gyógyult drogzos vagy egy pszichológus előadása a drogzás témájában, így módot kell találni ezen programok megrendezésére.
- A fiatalok érzékenységet növelni kell a témában, olyan módon, hogy ne azt érezzék, hogy őket gyanúsítják drogzhasználattal, vagy „kinézik belőle”, hogy drogzos.
- Az érzékenyítés eszköze lehet, ha egy jól sikerült játékfilmet néznek meg a foglalkozáson. A film kiválasztásakor célszerű olyan filmet választani, ami professzionális technikával készült kis vagy nagyjátékfilm, lehetőleg nem túl régen készült, a diákok által is ismert szereplők játszanak benne, a története lehet „akciódús” vagy drámai, de semmiképp sem a sokkolás, vagy az elrettentés legyen a középpontban.
- Fontos, hogy a filmben ábrázolt karakterek hitelesek legyenek, és ha kortársakat ábrázolnak, akkor létrejöhessen az azonosulás a szereplővel. A film ábrázolhatja naturalisztikusan a bűnözést, az erőszakot vagy a drogzfogyasztás körülményeit, de fontos, hogy ezeket sohasem öncélúan tegye, hanem a végső pozitív üzenet érdekében tegye. A vetítés végén mindig célszerű megbeszélni a nézőkben megfogalmazódó kérdéseket, „kibeszélni” a felszabaduló érzéseket.



### Összegzés: az eredményes prevenció elvei

A fentieket figyelembe véve összegezhetjük, hogy milyen prevenció programok tekinthetők hatékonyak. Ahogy erről szó esett, valójában csak általános elveket lehet megfogalmazni, konkrét módszertani ajánlásokat még nem lehet tenni. A *Nemzeti Drogabúzus Intézet (NIDA)* által meghatározott alapelvek a sikeres prevenciót illetően az alábbiak:

- A prevenció programoknak a „protektív faktorokat” kell erősítenie, és csökkenteni a „kockázati”, „veszélyeztető” tényezők befolyását.
- A prevenció programoknak az összes pszichoaktív anyagra ki kell terjedniük (dohányzás, alkohol- és gyógyszerfogyasztás, kábítószer-és inhaláns használat).
- A prevenció programoknak tartalmazniuk kell olyan készségek fejlesztését, melyek segítenek a fiataloknak ellenállni a drogok kínálásának, erősítik a személyes kötelezettségüket a drogokkal szemben, növelik szociális kompetenciájukat (pl. kommunikációjukat, kortárs kapcsolataikat, én-hatékonyágukat, aszertivitásukat, és megerősítik a drogokkal szembeni attitűdjeiket).
- A prevenció programok interaktívak (pl. csoportos beszélgetéseket alkalmaznak), és a hangsúly nem a didaktikus előadásokon van.
- A prevenció programok bevonják a szülőket; így megerősítik a fiatalok felé továbbított üzeneteket, valamint lehetőséget teremtenek arra, hogy a család ezeket a témákat megbeszélje, és kialakítsa a család stratégiáját ezekkel az anyagokkal szemben (mit, hány éves korban lehet, vagy nem lehet használni).
- A prevenció programok hosszú távúak, végig kísérik az iskolai pályafutást, ismétlődnek, megerősítve a korábban kitűzött célok elérését.
- A család-központú prevenció programok hatékonyabbak, mint a csak a gyerekeket vagy csak a szülőket megcélzó programok.
- A közösségi programok, melyek médiakampányokat és stratégiai-politikaiváltozásokat tartalmaznak (pl. alkoholos italok kiszolgálása 18 év alatt, dohányárak reklámja és forgalmazása) eredményesebbek, ha iskolai vagy családi intervenciókkal párosulnak.
- A közösségi programoknak erősíteniük kell a drogokkal szembeni normákat, minden szinten: az iskolában, a családban és a helyi közösségben.



- Az iskolai programoknak minden, iskolába járó populáció-szegmenst el kell érniük, ezen kívül speciális módszereket kell alkalmazniuk a különösen veszélyeztetett populációkkal kapcsolatban (pl. magatartásproblémás gyerekek, tanulásnehézségekkel küzdő tanulók, potenciális iskolából kimaradók).
- A prevenciós programoknak figyelembe kell venniük az adott közösségben jelentkező drogjelenség speciális természetét.
- Minél nagyobb a kockázat egy adott populációban, annál intenzívebb prevenciósbeavatkozásokra van szükség, és annál korábban el kell kezdeni ezeket a beavatkozásokat.
- A prevenciós programoknak életkor-specifikusnak kell lenniük, alkalmazkodniuk kell a fiatalok fejlettségéhez, valamint figyelembe kell venniük a diákok kulturális hátterét.
- A hatékony prevenciós programok költséghatékonyak. Becslések szerint minden prevencióra költött dollár 4-5 dollárnyi megtakarítást okoz a kezelési költségek csökkenésével (és az egyéb költségek, pl. a kriminalitással kapcsolatosak, ebben az számításban nem is szerepelnek).

A drogprevenciónak számtalan irányzata, eszköze létezik és működik, melyeknek a célja, hogy a fiatal generáció ne nyúljon sem legális, sem illegális drogokhoz. Rendelkezzen megfelelő ismeretekkel a drogok és egyéb viselkedési függőségekről, hogy fel tudja ismerni a számára veszélyes helyzeteket és önmagát becsülni tudó fiatakként tudjon dönteni ezekben a helyzetekben. A szocializáció elsődleges közege a család, a család, melybe a gyermek beleszületik. Ha a gyermek számára a saját családja nem tud, vagy akar biztonságot adó, védelmező, az egészséges személyiségfejlődését biztosító közeget teremteni, a gyermekvédelemben tevékenykedő, a családból kiemelt gyermekek neveléséért felelősséget vállaló szakemberek feladata a gyermek sérüléseinek gyógyítása és olyan egészséges személyiségű felnőtté nevelése, aki képes bizalmat adni és elfogadni, aki tisztában van erősségeivel, értékeivel, képességeivel és készségeivel. Aki képes kifejezni érzéseit és mások érzéseit is tiszteletben tartja, aki képes az önérvényesítésre mások érdekeit is tiszteletben tartva, aki képes az önálló életvezetésre és nem függ másoktól, nem fél a döntéshelyzetektől, vállalja a felelősséget döntéseiért. Reális, számára elérhető céljai vannak, és küzd is ezeknek a céloknak az eléréséért. A drogprevenció elsődleges eszköze és módszere a gyermek egészséges személyiségfejlődésének biztosítása családon belül,



ha ezt a saját családja nem tudja biztosítani, akkor a gyermekvédelem rendszerében, ahol a sérülések gyógyítása és az egészséges személyiség fejlődésének elősegítése a fő feladat a nevelés eszközeivel.



## Alapvető addiktológiai ismeretek

### Általános történeti áttekintés

Ha a bódító szerek használatának történetét áttekintjük, kevés olyan népcsoporttal találkozunk, amelyek semmilyen tudatmódosító növényt/szert nem használtak. Több kultúrában ennek sok ezer éves hagyománya van, használták különböző vallási szertartásokban, beavatási rítusokban, gyógyításban.

Senki nem szeret szorongásban, félelemben, fájdalomban élni, így az ember megtalálta és mind a mai napig megtalálja azokat az anyagokat, amellyel kiléphet a valóságból, amely új élményekhez juttatja, ami örömet, felszabadultságot, gondtalanságot okoz.

A bódító növények alkalmazása már az újkőkorszakban is megjelent. Elkezdtek termesztetni és fogyasztani a mákot, pontosabban annak feldolgozott formáját, az ópiumot. Abban az időszakban a legerősebb fájdalomcsillapítónak számított, ennek köszönhetően számtalan orvoslással vagy egészségüggyel foglalkozó feljegyzésben megemlítik, így az Ebers-papíruson **(Az Ebers-papírus az ókori Egyiptomban íródott, i. e. 1500 körül, 877 szelvényt foglalva magába, amelyekben számos betegség kezelésére található leírás.)** is találhatunk az ópium felhasználására vonatkozó javaslatokat. Évszázadokig az egyik leggyakrabban alkalmazott fájdalomcsillapító, érzéstelenítő volt, de javasolták a használatát melankóliára és például álmatlanságra is.

Az ópiumot sumérok terjesztették, viszont az ókori görögök is használták a gyógyításban emellett a vallási szertartásokhoz is. Hatóanyagát Sertürner állította elő 1805.-ben, és morfiumnak nevezte el. Az 1850-es években bevezették az injekciózást a gyógyításban, mely a morfin gyógyító hatásának alkalmazását tette lehetővé. Sajnos viszont így a visszaélések is megjelentek. Ennek hatására a tudomány olyan gyógyszerek kifejlesztését tűzte ki célul, ami nem teszi függővé a használót. Eme munka során fedezték fel a heroint, melyet a morfin függőség leszoktatási programjában kívántak használni.



Dél –Amerikában, a 13-16. század idején terjedt el a kokainlevél rágás, melyet a 2700 méternél magasabban fekvő területeken fogyasztottak és, mint hatékonyságot fokozó szert használták. A kokalevelet 1859-ben Niemann vizsgálta, és a hatóanyagot kokainnak nevezte el.

Kr.e. 1000 táján, dél Amerikában – a mai Mexikó területén – a taramura indiánok a meszkalin hatóanyagú kaktusz már fogyasztották. A meszkalint 1919-ben E. Späth nevezte meg.

Közép –Ázsiából származik a kannabisz, ahol vadon termett. Innen került el Kr. e. 3000 táján a mai Kína területére, ahonnan az egész világon való elterjedése biztosítottá vált. Amerikába rabszolgák révén jutott be, Európába viszont már Nyugat felől érkezett az 1950 es években.

1938-ban Albert Hofmann az anyarozs vegyületeit vizsgálta, mely során izolálta a lezingsav – dietilamid-t (LSD-t).

Bár a kábítószeres összetétele, eredete, elterjedése nem azonos, mégis vannak azonos tulajdonságaik: hatnak az emberek testi, lelki, társadalmi tényezőikre. Befolyásolják, és megváltoztatják az életet.

### Alapvető fogalmak tisztázása

#### Drog:

„Többféleképpen értelmezhető szó; az ENSZ egyezményekben a nemzetközi szabályozás alatt álló szereket értjük alatta. (Az orvoslásban bármely olyan anyagot drognak hívunk, mely képes megelőzni vagy meggyógyítani egy betegséget, javítani a fizikai vagy mentális jóllétet. A gyógyszerteremben a drog szó bármely olyan kémiai anyagra értendő, mely megváltoztatja egyes szövetek vagy szervezetek biokémiai vagy fiziológiai folyamatait.) A köznyelvben a kifejezés alatt legtöbbször kifejezetten pszichoaktív drogokat és sokszor még specifikusabban illegális drogokat (kábitószereseket) értünk. A koffein, dohány, alkohol és más nem orvosi célra használt szerek szintén drogok abban az értelemben, hogy elsődlegesen pszichoaktív hatásuk miatt fogyasztják őket. Kereslet-csökkentési célokból azonban természetesen szükségszerű az étel-miszer-típusú anyagok kihagyása a drog kifejezésből, bár ezek is bizonyítottan változtatják a mentális állapotot és növelik a jóllét érzését. Hazánkban minden legális és illegális, tudatmódosításra alkalmas természetes vagy mesterséges anyagot (alkohol, kábítószer, nikotin, koffein) értjük alatta.”

(<http://drogfokuszpont.hu/fogalomtar/fogalomtar-i/> letöltve: 2018. 06.04.)



*A drog lehet:*

- 1.) Legális drog: a törvény ezek fogyasztását nem bünteti, üzletekben, gyógyszertárban elérhetőek (alkohol, nikotin, koffein, gyógyszerek)
- 2.) Illegális drog: a kábítószer minden fajtája, a törvény ezek fogyasztását, tartását, kereskedelmét bünteti.

Drogok tehát azok a természetes vagy mesterséges anyagok, amelyek az élő szervezetbe jutva megváltoztatják a központi idegrendszer működését, az egyén tudati állapotát, függetlenné teszik a tudatot a külvilág realitásától. A drogok fogyasztására jellemzően örömszerzés, eufória állapot érzés, közérzet javítás céljából kerül sor, hiányuk elvonási tünetekkel járhat.

### Eufória

Fogalma nehezen értelmezhető, azonban egy szubjektíve igen jellegzetes állapot. Lényege a hangulat emelkedettsége, intenzív örömmézés.

### Káros szenvedély

Káros szenvedélynek a hétköznapiakban elterjedt, normálisnak mondott viselkedésmód elszabadulását nevezzük.

### Szenvedélybetegség

Azokat a visszatérően ismétlődő viselkedésformákat, szokásokat nevezzük így, amelyeket valaki kényszeresen újra és újra végrehajt, s amelyek a személyre – de többnyire a környezetére is – káros következményekkel járnak.

### Addikció (szenvedélybetegség, káros szenvedély)

Egy, a hétköznapiakban elterjedt és normálisnak vagy csak enyhén deviánsnak látszó viselkedésmód mintegy elszabadul, dominánssá válik. (Buda, 1992, p.57.)

*Szenvedélyek, függőségek lehetnek:*

- Kémiai függőségek (addikciók): kémiai szerek, drogok, bódító, kábító anyagok okozta függőség.
- Viselkedések függőségek: bizonyos kényszeresen végzett tevékenységformák: játékszenvedély, internetfüggőség, sexfüggőség, kleptománia, kényszeres pénzköltés, kényszeres evés, kényszeres munkamánia, stb.



A kábítószer használatának felismerése nagyon nehéz feladat egy laikus ember, szülő számára. A különböző szerek hatásai, használatának jelei sokszor ellentmondásosak. Az alkalmi fogyasztót a legnehezebb felismerni.

**Kábítószer fogyasztásra utaló jelek:**

- magatartás megváltozása
- baráti kapcsolatok átalakulása, barátok elmaradása, új ismeretlen barátok felbukkanása
- teljesítmény csökkenése
- tanulmányi eredmény romlása
- az életritmus felborul
- fizikai állapot romlása, fogyás
- túlzott költekezés
- tárgyak eltűnése a környezetből
- ellenőrizhetetlen pénzköltések
- az idővel nem tud elszámolni

**Biztos jelek:**

- túnyomok
- bevérzett kötőhártya
- sebek az orron, szipogás, orrfolyás
- hallucinációk, szorongásos rohamok
- légzészavar, idegrendszeri zavarok
- tárgyak megjelenése: napszemüveg, illatszerek/füstölők használata, fecskendő, tű, véres vatta, érszorító gumi, tükör, penge, kormos kanál, cigarettapapír

***A droghasználattal együtt járó és következményszerű ártalmak, használatos fogalmak:***

**Dependencia (függőség):** viselkedéses és fiziológiai tünetek csoportja, ami jelzi, hogy a szert az illető folyamatosan használja. Ismételt droghasználatról van szó, toleranciához, megvonáshoz és kényszeres droghasználói magatartáshoz vezet.

**Abúzus (visszaélés):** a szerhasználat káros formája, visszatérő és jelentős vissza nem fordítható következményekhez vezet, amelyek az ismételt anyaghasználathoz vezetnek.

**Tolerancia (megszokás):** A drog rendszeres, folyamatos használata hatására hatásgyengülés következik be, tehát ugyanolyan hatás elérése érdekében az adagok fokozatos növelésére van





szükség, illetve a kellemetlen mellékhatások csökkentése érdekében is szükség van az adag növelésére.

**Szenzitizáció (érzékenység):** ha a drog hatása növekszik a rendszeres adagolás következtében, vagyis ez a folyamat a tolerancia ellentéte, általában a drogra való rászakásnál jelentkezik. Fordított tolerancia alakul ki, kisebb adag is erősebben hat.

**Kereszttolerancia:** a különböző drogok helyettesíthetik egymást, tehát az egyes szerek használata által kialakult hatás érvényesülhet más szerek használata által is (pl. a heroin használatát helyettesítheti a Metadon)

**Intoxikáció:** újonnan jelentkező kémiai anyag-függő szindróma, ami az előző anyag használat miatt alakult ki.

### A drog használatának típusai

- **Kísérletező:** Életében 10-nél kevesebbszer használja az adott drogot/drogokat, elsősorban kíváncsiságból.
- **Szociális- rekreációs használó:** valamilyen társadalmi aktivitáshoz, kikapcsolódáshoz, szórakozáshoz kötődően használ drogot.
- **Szituációs droghasználó:** valamilyen problematikus helyzet kezelésére, aktuálisan fellépő stressz enyhítésére, körülményeinek könnyebb elviselhetősége céljából fogyaszt drogot. Ilyen esetben a rossz probléma megoldási stratégia berögződése komoly veszélyt jelent a későbbi függőség kialakulásának szempontjából.
- **Intenzifikált használó:** hosszú időn keresztül használ valamilyen drogot problémamegoldás céljából. Viszont ebben az állapotban még megőrzi helyét a társadalomban, szociális szerepei nem sérülnek.
- **Kényszeres használó:** életét a drog megszerzése teszi ki, társadalmi, szociális kapcsolatai leépülnek.

### A droghasználóvá válás mérföldkövei

A drogossá váláshoz vezető út egyik legfontosabb mérföldköve az úgynevezett krízishelyzet: amikor a személyiség instabillá válik, s ennek tüneteit, a feszültséget, a szorongást ösztönösen valamiféle kábítószer segítségével próbálja feloldani. S ha ez megkönnyebbülést hoz, használata szokássá válhat. Ha pedig valaki három hétig egyfolytában iszik vagy heroint fogyaszt, kialakulnak



a függőség jelei, és már nem azért nyúl szerhez, mert krízisben van, hanem mert a kellemetlen, fájdalmas elvonási tüneteket kívánja orvosolni.

**A droghasználóvá válást az alábbi fokozatok (mérőföldkövek) jellemzik:**

1.szint	KIPRÓBÁLÓ	Kíváncsiságból, megfelelni akarásból, azért, hogy kortárs csoport be- és elfogadja, ezért egyszeri alkalommal kipróbálja a drogot
2.szint	HÉTVÉGI HASZNÁLÓ	Felüdülésnek, relaxációnak használja a drogot egy fárasztó munkahét után
3.szint	ESETI HASZNÁLÓ	esetenként, elsősorban stresszes, problémás helyzetekben használ drogokat
4.szint	INTENZÍV HASZNÁLÓ	Folyamatos rendszerességgel, viszonylag hosszú időn keresztül használ drogot annak érdekében, hogy régebb óta fennálló problémáit, illetve az azokb nyomásából keletkező feszültséget enyhítse. Bizonyos fokú függőség megfigyelhető nála, de még kontrolláltan őrzi helyét a társadalomban
5.szint	FÜGGŐ	Folyamatosan, napi szinten használ drogot, mindent és mindenkit kizorít az életéből a drog. Cselekvéseinek motivációja a következő adag beszerzése, elfogyasztása.

Az első szinthez tartozó kipróbáláshoz a „felnőttnek akarok látszani” törekvés, a valahová-tartozás vágya, valamint a feszültségoldási igény tartozik.

Ha a kipróbáláshoz alapvetően kellemes élmények társulnak, valamint a kipróbáláshoz vezető körülmények tartósan fennállnak, akkor beszélhetünk a szerhasználat elmélyüléséről. Önmagában a kipróbálás még nem jelent függőséget, vagy súlyos kockázati tényezőt, de csekély százalékot a függőséghez vezető úton mindenképpen. Épp ezért a leghatékonyabb prevenció a teljes elutasítás-még a kipróbálás szintjén is.

Sokszor okoljuk a fiatal baráti társaságát a kipróbálás vagy a rászakás miatt. A kamaszkorban kétségtelen, hogy a kortárscsoportnak való megfelelés sokkal fontosabb szempont, mint a felnőttnek, szülőnek való megfelelés. De a döntést azzal kapcsolatban, hogy



kipróbálja, vagy adott esetben rendszeresen használja, az egyén hozza meg. A tény ugyanis, hogy valaki kábítószerhez nyúl, ugyanabba a kategóriába tartozik, mint a hűtlenség. Egy párkapcsolatba is csak akkor tud egy harmadik belépni, ha abban valami nem működik. Az ember életében a kábítószer is csak akkor kap esélyt, ha valami gond van – legyen szó családi, iskolai vagy munkahelyi, esetleg barátok közötti problémákról. Léteznek ugyan olyan pszichiátriai betegségek, melyek hajlamosítanak arra, hogy a kábítószer nyújtotta néhány perces örömet válassza az ember, de itt is általában több tényező vezet a tényleges drogfogyasztáshoz.

A gyermekek, serdülők esetében leggyakrabban családi problémák állnak a háttérben: kommunikációs zavar, a szülők válása, túlzott elfoglaltsága, esetleg nem megfelelő, túl engedékeny vagy túl szigorú nevelési módja. A felsorolt kockázati tényezők az állami gondoskodásban nevelkedő fiatalok esetében még néhány olyan rizikófaktorral kiegészül, amelyek összefüggésben vannak a családból való kiemelés okaival ( negatív szülői minta, bántalmazás, elhanyagolás stb.), a családból való kiemelés traumája, elhagyatottság, értéktelenség érzése, negatív énkép, bizalomvesztés a felnőttekkel kapcsolatban.



## A droghasználattal kapcsolatos veszélyeztető és védő faktorok

### A pozitív mentális egészség

A pozitív mentális egészség hangsúlyozása azoknak a pszichológiai és társas erőforrásoknak a fejlesztését emeli ki, amelyek hozzájárulnak a stresszel való megküzdéshez, a jobb alkalmazkodáshoz, a produktiváshoz, a személyes és társadalmi jólléthez, összességében a személyek optimális működéséhez. A pozitív mentális egészség fejlesztése szoros kapcsolatban áll a pozitív pszichológiai mozgalommal. A pozitív pszichológia a pozitív érzelmeket, a pozitív személyiségjellemzőket (az erősségek és személyes értékek és a pozitív intézményeket (iskolák, munkahely, közszolgáltatások) vizsgálják, ami elvezet a személyek, csoportok és intézmények optimális működéséhez és fejlődéséhez. A pozitív mentális egészség konkrét tartalmát és a fejlesztés célpontjait akkor tárhatjuk fel, ha meghatározzuk a **pozitív mentális egészség összetevőit** (Keyes, 2007):

- 1) Pozitív érzelmek
  - a. pozitív affektusok
  - b. élettél való elégedettség
- 2) Pozitív pszichés működés
  - a. önfogadás
  - b. A személyes növekedés keresése
  - c. Életcélok
  - d. Környezeti hatóképesség
  - e. Autonómia
  - f. Pozitív kapcsolatok másokkal
- 3) Pozitív társas funkcionálás
  - a. Mások elfogadása
  - b. Társas kapcsolatok kialakítása
  - c. Hozzájárulás a közösség és mások jóllétéhez
  - d. Érdeklődés a társadalmi és a közösségi élet iránt
  - e. Társas integráció



**A mentális egészséget befolyásoló tényezők MacDonald és O'Hara (1998) modellje nyomán**

A mentális egészséget építő tényezők	A mentális egészséget romboló tényezők
<p><i>Minőségi környezet:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jó lakókörnyezet és közlekedés.</li> <li>• Esztétikus és kezelhető környezet és kilátás.</li> <li>• A természet közelsége.</li> <li>• Biztonságos környezet.</li> </ul>	<p><i>Deprivált környezet:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kedvezőtlen, nem kielégítő lakhatási lehetőségek.</li> <li>• Kevés vagy egyáltalán nincs biztonságos játszótér.</li> <li>• A környezet erőszakos és nem biztonságos.</li> <li>• A tömegközlekedés szegényes.</li> <li>• Szegénység és eladósodás.</li> </ul>
<p><i>Önértékelés:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saját értékességünkkel és fontosságunkkal kapcsolatos hiedelem, ami a személyes kompetencia és a siker átéléséhez vezet.</li> </ul>	<p><i>Érzelmi abúzus:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Az önértékelés aláásása közvetlen fizikai vagy szexuális abúzus miatt, vagy közvetve, folyamatos kritika, az egyéniség és a személy fontosságának tagadása révén. Ez rendszerint a szülők, kortársak, tanárok, partnerek és a főnökök hatalmukkal való visszaélése következtében áll elő.</li> </ul>
<p><i>Érzelmi feldolgozás:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saját érzelmeink ismerete és elfogadása.</li> <li>• Megfelelő érzelmi szótár használata.</li> <li>• Érzelmi intelligencia.</li> </ul>	<p><i>Érzelmi közöny:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Az érzelmi élet személyes vagy intézményes negligálása.</li> </ul>
<p><i>Önmenedzselési és megküzdési készségek:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asszertivitási készségek.</li> </ul>	<p><i>Stressz:</i></p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stresszkezelési készségek.</li> <li>• Problémamegoldási készségek.</li> <li>• Társas problémamegoldási készségek.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A stressz az életünk alapvető része, ugyanakkor szélsőséges mértékben a mentális egészséget veszélyezteti.</li> </ul>
<p><i>Társas részvétel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kölcsonösen kielégítő társas kapcsolatok megléte, a társas integráció gazdagítja a mindennapi életet.</li> <li>• A társas támasz fontos egészségvédő hatású.</li> <li>• A társadalomban való aktív részvétel</li> <li>• elősegíti a felelősségvállalást.</li> </ul>	<p><i>Társas kirekesztés:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Az elmagányosodás és a társas kirekesztés a mentális egészséget komolyan veszélyezteti.</li> </ul>

## A társas és érzelmi intelligencia jelentősége

A társadalmi környezet és kultúra változásai (pl. felgyorsult élettempó, demokratizálódási folyamatok, információrobbanás) kiemelten fontossá tették a társas és érzelmi készségeket, képességeket, kompetenciákat magában foglaló társas és érzelmi intelligenciát. A fejlett társas és érzelmi intelligencia fokozza a stresszel szembeni pszichés ellenálló képességet és hozzájárul a megelőzéshez (pl. erőszakmegelőzés, drogrevenüció). A társas és érzelmi intelligencia fejlesztésének több kontextusban kell történnie: családi- nevelési környezet, iskola. A fejlesztés kiemelt életkori övezetei a csecsemő- és kisgyermekkor, valamint az iskoláskor.

### *Csecsemő- és kisgyermekkorban*

A biztonságos kötődés képezi a társas és érzelmi intelligencia fejlesztésének alapját. A meleg családi légkör, a szülő és csecsemő közötti érzelmi egymásra hangolódás alapvető fontosságú az érzelmi készségek fejlődésében. A társas és érzelmi intelligencia fejlesztésének az a meleg és biztonságos családi környezet kedvez, amely lehetőséget teremt a negatív érzelmek kifejezésére is. A későbbi érzelemszabályozó képesség szempontjából kritikus, hogy a gondozó figyelmet fordítson a csecsemő, kisgyermek negatív érzelmi állapotaira és meg tudja nyugtatni őt. A szülői nevelői stílus is befolyásolja a társas és érzelmi intelligencia fejlődését. Az a kedvező,



ha a szülő azokat az érzelemmegnyilvánulásokat korlátozza, amivel a gyerek megbántana másokat, és nem korlátozza a sérülékenységet sugalló érzelmek kifejezését (pl. félelem, szorongás). A szülő-gyermek közötti érzelmekkel kapcsolatos beszélgetések az érzelmek tudatosságának fejlesztésében és az empátia fejlesztésében kulcsszerepet játszanak. Fontos, hogy ezek a beszélgetések magukba foglalják az érzelmek megnevezését, és az érzelmi válasz okának és következményének megjelölését is. A felnőttek segíteni kell letisztázni és megérteni a gyermek érzelmi tapasztalatait. Fontos, hogy a szülők beszéljenek az érzelemszabályozás szükségességéről is (Saarni és mtsai, 2006). Gyermekvédelmi gondoskodásban élő gyermekek és fiatalok esetében ezt a funkciót kell betöltsék a nevelőszülők, illetve a gyermek-vagy lakásotthonokban dolgozó kollégák.

### *Iskoláskorban*

Adiákok társas és érzelmi intelligenciájának fejlesztése elősegíti a jobb tanulmányi előmenetelt, az állampolgári tudatosságot és részvételt, és csökkenti annak valószínűségét, hogy a diákok olyan maladaptív és veszélyes viselkedésekbe kezdjenek, mint az erőszak-elkövetés, a droghasználat, a korai és nem biztonságos szexuális aktivitás (Graczyk és mtsai, 2000). A tanulók társas és érzelmi intelligenciája fejleszthető, egyrészt az érzelmekkel kapcsolatos tudás növelésével, másrészt az érzelmi és társas készségek tanításával.

Minden szocializációs tekintély taníthatja: tanárok, szülők, nevelők, nevelőszülők, kortársak vagy a média. A társas és érzelmi intelligencia fejlődését a támogató iskolai és osztályléggör alapozza meg. Az a környezet kedvező, ahol a diákok egymást kölcsönösen támogatják, segítőkészek és tekintettel vannak egymásra, valamint szociális felelősséget mutatnak egymás iránt. Ahol a tanárok minden egyes diákot az egyéni teljesítőképessége birtokában támogatnak és az egyéni normaorientáció értelmében állítanak fel velük szemben követelményeket. A személyes kapcsolat és az ennek talaján kibontakozó kölcsönös bizalom minden érzelmi és társas készség fejlesztésének alapkövetelménye (Jerusalem és Klein-Heßling, 2002).

Az egészségfejlesztés eszmerendszerének fontos alappillére, hogy a gyermekekben és fiatalokban kialakuljon a saját életük iránti felelősségérzet.

A fent említett komplex egészségnevelési program célkitűzéseivel a gyermekek és fiatalok legszélesebb körét célozza meg az iskolai oktatás keretein belül és kívül is.

Alább szeretnék néhány programot bemutatni, melyek hazánkban prevenciós programként működnek.



## Kockázati tényezők felismerése

Az elmúlt években a dizájner drogok megjelenésével óriási problémát jelentett ösztársadalmi szinten is ezen szerek egyre fiatalabb korban történő kipróbálása, valamint az egyre szélesebb körben terjedő kábítószer használat. Ezért vált kiemelkedően fontossá az olyan drogpreevenciós irányok kidolgozása, mely a XXI. századi fiatalok számára is képes olyan információkat átjuttatni, melyek segítségével képesek lesznek felelősségteljes, pozitív döntéseket hozni a kábítószer elutasításával kapcsolatban.

A droghasználat megítélése ösztársadalmi szinten is negatív, mely ötvözve az állami gondoskodásban felnövekvő gyermekek és fiatalok alapvetően negatív megítélésével egyértelmű, meredeken zuhanó életpályát sejtet. Alapvetően félünk az ismeretlentől, ez lehet az ok a társadalmilag elítélt magatartásformák esetében is: alapvetően leegyszerűsített magyarázati sémákat vált ki a normatív társadalom részéről, melynek szerepe a jelenséggel kapcsolatos összetettebb valósággal való szembesülés okozta frusztrációk csökkentése. Ez a kábítószerkérdéssel kapcsolatosan különösen is így van, ahol a démonizálás (nem csak teológiai) beszédmódja ugyanúgy jelen van, mint a szolgáltatók és szolgatársak részéről adott esetben a heroizálás narratívája (amikor a kliens vagy a már meggyógyult ex-drogos értékeit felnagyítják, különleges fénybe helyezik)<sup>11</sup>.

A leegyszerűsített magyarázatok sémái helyett számos kutatás eredményeképpen és összefoglalóként differenciáltabb, komplexebb leírásokat készítettek. Norman E. Zinberg 1984-ben napvilágot látott könyve a drogfogyasztást nem unikauzális, egyedüli oki eredőre vezeti vissza, mint teszik ezt a leegyszerűsítő modellek (pl. morális, genetikai, szociális, kriminális stb. okokra), hanem alapvetően a **drog** (pszichoaktív szer), a **set** (drogfogyasztó személy) és a **setting** (a fogyasztó társas és fizikai környezete) hármasságában magyarázza. A három tényező együttes értelmezése sokkal életszerűbb leírást nyújt a problémáról, és felveti, hogy a drogfogyasztás sem uniformizálható, mint ahogy értelemszerűen a terápiás válaszoknak is differenciálnak kell

<sup>11</sup> Topolánszky Á. (2009): A magyarországi drogpolitika keretei és a Nemzeti Stratégia. In. Drogpolitika számokban. Budapest, Nemzeti Drogeelőzési Intézet.





lenniük, hiszen gyakorlatilag annyifajta fogyasztási mintázat létezik, ahány drogfogyasztó. Ez a hármas meghatározottság nagyon sokfajta személyes *forгатókönyvet* eredményezhet.

A személyes forгатókönyvek kérdését kutatja évek óta Demetrovics Zsolt is<sup>12</sup>, akinek 2007-ben megjelent könyve a droghasználat egyéni és családi funkcióival foglalkozik. Következtetése az, hogy a droghasználat sosem lezárt és végérvényes, hanem értelmezhető és értelmezendő jelenség (akár személyes, akár társadalmi vonatkozásban), mely jelentéssel bír, s ennek megértése a problémakezelés előfeltétele és esélye is egyben.

A droghasználat a legtöbb esetben egyfajta megküzdési kísérletként értelmezhető olyan esetekben, ahol az elfogadott magatartásformák nem állnak rendelkezésre. Természetesen ezek az alkalmazkodások, kompenzációk lehetnek sikeresek (adaptívak) és lehetnek súlyos következményekkel járók (maladaptívak).

Ha társadalmi adaptációról, alkalmazkodásról van szó, akkor foglalkoznunk kell a megküzdés fogalmával is, hiszen mindenfajta fejlődés és szocializációs folyamat alapja azon képességünk birtoklása, hogy hogyan vagyunk képesek megküzdni a minket ért hatásokkal. Lazarus, akit a téma atyjának tekintenek, a megküzdést a következőképpen határozta meg: „megküzdésnek tekinthető minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel az egyén azokat a külső vagy belső hatásokat próbálja kezelni, amelyeket úgy értékel, hogy azok felülmúlják, vagy felemésztenek aktuális személyes forrásait<sup>13</sup>” (Lazarus, 1966).

Számos pszichológiai vizsgálat bizonyítja, hogy a gyermekvédelmi gondoskodásban felnövekvő gyermekek minden téren hátrányos helyzetben vannak családban élő társaikkal szemben, személyiségfejlődésük lényegesen eltér azokétól. Az állami gondoskodásban élők életében előforduló traumatizáló tényezők nagymértékben meghatározzák későbbi személyiségfejlődésüket, megküzdési képességeiket is. Leggyakoribb okként ma már nem az árvaság, hanem az elhanyagoló szülői magatartás miatt kerülnek gyermekvédelmi gondoskodásba a gyermekek és fiatalok.

A gyermekkori elhanyagoltság éppoly ártalmas, mint más bántalmazási formák – sőt, súlyosabb következményekkel is járhat! A kora gyermekkor a legmeghatározóbb időszak: a

<sup>12</sup> Demetrovics Zs. (2007): *Drog, család, személyiség. Különböző típusú drogok használatának személyiségpszichológiai és családi háttere.* Budapest, L'Harmattan Könyvkiadó és Terjesztő Kft.

<sup>13</sup> Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and coping process.* New York: Mc Graw-Hill.



fiatalon átélt elhanyagolás eredményezi a legsúlyosabb hosszú távú problémákat, amik a megküzdési képesség kibontakozásában is gátat jelentenek.

Az elhanyagolásnak többféle formája lehetséges.

- gyermek felügyeletének elmulasztása oly módon, hogy az fizikai sérüléshez vezet,
- fizikai elhanyagolás: a gyermek fizikai szükségletei nincsenek kielégítve (pl. ruházat, eszközök, étkezés, higiénia terén),
- érzelmi elhanyagolás,
- gyermek felügyeletének elmulasztása oly módon, hogy az bűncselekmények elkövetéséhez vezet,
- gyermek magára hagyása,
- oktatási elhanyagolás,
- orvosi elhanyagolás,
- a felügyelet elmulasztása oly módon, hogy az szexuális abúzushoz vezet.

A korai életkorban átélt elhanyagolás súlyos negatív hatással bír a fejlődés különböző dimenzióira, melyek egy része nem azonos a bántalmazás más formáinál mutatkozó problémákkal. Az elhanyagolt csecsemőkre és óvodásokra súlyosabb kognitív és nyelvi károsodás jellemző, mint a fizikailag bántalmazott gyerekekre. A fizikailag bántalmazott gyerekek agresszívebbek és engedetlenebbek az elhanyagolt gyerekeknél, akiknek viszont inkább az érzelemszabályozásban, a stresszkezelésben és a társas kapcsolatok terén akadnak nehézségeik, melyek megint a sikeres megküzdési stratégiák elsajátításában jelentenek akadályt.

Az elhanyagolt gyerekek már a korai társas interakcióikban is visszahúzódnak, nekik van a legalacsonyabb önértékelésük, ők a legboldogtalanabbak, illetve ők mutatják a legtöbb negatív és legkevesebb pozitív érzelmeket. Az érzelmi elhanyagoltság különösen káros csecsemőkorban: rontja a fejlődési teszteken nyújtott teljesítményt és egyre rosszabbodó kötődési problémákat eredményez.

A gyermek testi elhanyagolása (rossz táplálkozás, hiányos ruházat, nem megfelelő lakásviszonyok) létbizonytalanság érzést, reménytelenséget, állandó feszültséget okozhatnak a gyermekben. Az értelmi elhanyagolás alatt azt értjük, hogy a gyermek környezete gyakran ingerszegény, senki nem foglalkozik vele, nem beszélgetnek vele, így értelmi képességei nem fejlődnek megfelelő szinten, melynek következtében beiskolázása gyakran csak eltérő tantervű iskolában lehetséges. Számos készségük tekintetében „kicsúsznak a kritikus periódusból”, így már



későbbi fejlesztésük is nehézkes lehet. Az érzelmi elhanyagolás következtében a kötődési zavaroknak valamelyik formája szinte törvényszerűen kialakul, már a gyermekvédelmi gondoskodásba vétel előtt. A család széthullása következtében a gyermek nem tanul meg odafigyelni másokra, elköteleződni egyes kapcsolatokban, ami „érzelmi fogyatékosághoz” (emotional insanity) vezethet.

Ugyanakkor az érzelmi elhanyagolás jelentős szerepet játszik a gyermekek „erkölcsi fogyatékosának” (moral insanity) kialakulásában is<sup>14</sup> (Kálmánchey 2001).

A gyermekek gondozásba vételének nagyon sokszor súlyos fizikai vagy szexuális bántalmazás az indoka valamelyik szülő (vagy mindkettő) részéről. Ezek komoly lelki sérüléseket okoznak a gyermekeknél. Az, hogy milyen mértékű pszichés ártalmat okoz a gyermeknél a bántalmazás, vagy az elhanyagolás, az nem csak a trauma mértékétől függ, hanem attól is, ahogyan azt ő megélte.

A szülők alkoholizmusa, újabban droghasználata is igen gyakori oka a gondozásba vételnek<sup>15</sup> (Vidra-Szabó, 2001). A szülők szerfüggősége akkor is súlyos traumákat okoz a gyermekekben, ha nem jár együtt bántalmazással, agresszióval, bár az esetek többségében a kettő szorosan összefügg. Az ilyen családok rendkívül instabilak, a szülők kiszámíthatatlanok, hangulatuk hullámzó. A gyermekek ennek megfelelően bizonytalanokká válnak, vagy kénytelenek túl hamar felnőni. Nem ritka a szülők bűnöző életmódja, vagy a prostitúció jelenléte a családban. Ezek torz értékrendet közvetítenek felé. Szocializálódása folyamán a normális erkölcsi szabályokat nem tudja elsajátítani, hiszen környezete a bűnözést, prostitúciót kezeli természetesként. Ilyen közegből érkező gyermekek azután nehezen értik meg, hogy miért fontos tanulniuk, beilleszkedniük a társadalomba, s hogy azt egyáltalán hogyan tudják megvalósítani, arról elképzelésük sincsen (Kálmánchey, 2001).

Épp ezért, szociális kompetenciáik szegényesek, megküzdési képességük pedig nagyon alacsony fokú, nem nevezhetőek igazán reziliens személyiségnek.

A reziliencia kialakulásához három alapvető tényező szükséges:

- Biztonságban érezze magát a gyermekvédelmi gondoskodásban élő gyermek a gondozási helyén

<sup>14</sup> Kálmánchey, M. (2001). Nevelőszülőknél élő gyermekeknél előforduló pszichés problémák. In: Család, Gyermek, Ifjúság, /2

<sup>15</sup> Vidra-Szabó, F. (2001). „Soha többé nem megyek haza”. Esély: társadalom- és szociálpolitikai folyóirat, 12(5), 12-34.



- Interperszonális kapcsolatok, megtartó szociális védőháló, referencia személyek jelenléte a gyermek életében.
- Stabilitás érzése, sikerült e beilleszkednie a családba/ gondozási helyre?

Hasznos lehet, ha a nevelő/ gondozó ismeretekkel rendelkezik a kötődés biztonságáról szóló elméletek tekintetében, így tud hatékony fejlesztést elérni, melynek segítségével reziliens, megfelelő szociális kompetenciákkal rendelkező személyiségű fiatalot nevelhetünk. Mivel tapasztalataink szerint nagyon sokan úgy kerülnek ki a rendszerből, hogy sem végzettségeiket tekintve, sem interperszonális kapcsolataik, szociális hálójuk terén, sem anyagi megalapozottságukat tekintve sem állnak készen arra, hogy önálló életet kezdjenek, ezért alakította ki a jogrendszer az utógondozás struktúráját, melynek az a célja, hogy olyan készségek alakuljanak ki és szilárduljanak meg, melyek alkalmassá teszik őket a sikeres társadalmi beilleszkedésre, valamint a nehézségekkel való hatékony megbirkózásra. Ezt a nemes célt azonban nehéz elérni, mert számos kockázati tényezővel kell kalkulálnunk, melyek szerepet játszhatnak a szenvedélybetegségek kialakulásában, droghasználóvá válásban.



## A kockázati csoportok, veszélyeztető állapotok

A prevenciós tevékenység tervezésénél szükséges figyelembe venni, hogy vannak a droghasználat szempontjából fokozottan veszélyeztetett ifjúsági és felnőtt csoportok. Ezeknek a csoportoknak speciális programokra van szükségük, a veszélyeztetettségük mértékének megfelelően. A következő csoportokat kiemelt figyelemmel kell kezelni:

- Halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek.
- Alkoholista szülők gyerekei.
- Iskolából távolmaradó, szökött, csavargó, utcán élő gyerekek.
- Lelkileg veszélyeztetett gyerekek és serdülők (serdülőkori pszichopatológias állapotok, hosszan tartó gyermekkori kórházi kezelés vagy otthontól való távollét).
- **Gyermekvédelmi szakellátásban -gyermekotthonban- élő gyerekek, fiatalok.**
- A büntető-igazságszolgáltatás intézményeiben tartózkodók, vagy onnan szabadult fiatalok és felnőttek.

*„Ezekben az esetekben gyakran az elsődleges prevenció sokszor már nem elégséges. Ilyenkor speciális, lelki szociális programokra van szükség. Előnyt élveznek a kiscsoportos, speciális, akár egyénre szabott beavatkozások, amikor több intézmény (iskola, gyermekvédelem, egészségügyi és szociális intézmények, természetesen ahol lehet a családok bevonásával) összefogásra van szükség.” (ISM, 2001. 71)*

### Szenvedélybetegségek kialakulásában szerepet játszó kockázati tényezők:

**Genetikai hajlam:** ha a családban valamely családtag szenvedélybetegségben szenved, örökölhető a betegség. Inkább szociokulturális átöröklésről beszélhetünk. A látott családi minták modelling hatása, valamint a családban jelen lévő pszichoszociális stresszorok jelenléte együttesen okozhatják a szenvedélybetegség kialakulását.

**Családi háttér:** a szenvedélybetegségek és a család összefüggése kézenfekvő, hiszen személyiségfejlődésünk és viselkedésünk egyik legmarkánsabb meghatározója az elsődleges szocializációs színtérként szolgáló család.



**Társadalmi, környezeti hatások:** munkanélküliség, rossz anyagi, társadalmi helyzet, reklámok, média hatása, kortárs csoport hatása.

### **Gyermekkori feldolgozatlan traumák**

A fenti felsorolásból jól látszódik, hogy célcsoportunk esetében 75-90 % adott a tényezők közül, hogy szenvedélybeteggé váljanak. Épp ezért szükséges átfogó, komplex drogpreevenációs eszköztár birtoklása a családból kiemelt gyermekekkel és fiatalokkal foglalkozó kollégák esetében.

### **Bio-pszicho- és szociális háttér, mint kockázati tényező**

Széles körű azoknak a bio-pszicho-szociális hatásoknak a rendszere, amelyek kedvezőtlenül fejtik ki hatásukat, s bár következményük más és más lehet, de mindenképpen nehezítik, akadályozzák vagy végzetesen gátolják az egészséges fejlődés útját, az egyén sikeres adaptációját.

**Biológiai tényezők:** Az egyén biológiai állományának öröklött vagy szerzett defektusai kisebb-nagyobb mértékben befolyásolják testi-lelki-szellemi fejlődését. Már az élet legkorábbi szakaszában, a születés előtti (prenatalis) időszakban, az anyaméhben olyan ártalmak hatásai érvényesülhetnek, amelyek kedvezőtlenek a magzati fejlődésre. Ilyenek lehetnek például az anya anyagcsere- vagy hormonzavara, magas vérnyomásos betegsége, káros anyagok (alkohol, drog, nikotin, sok koffein) fogyasztása. Tartós vagy súlyos stresszhatás, amely az idegi-hormonális rendszeren keresztül fejt ki hatását a magzatra. Zavart kelthet a túlhordott terhesség hatására előregedett placenta, amely nem tudja betölteni szerepét.

**Pszichoszociális tényezők:** Hasonlóan az egészséges fejlődést befolyásoló külső feltételek tárgyalásának logikájához, most is a három legjelentősebb tényezőkör jellegzetességeit vizsgáljuk meg a fejlődést károsan befolyásoló hatásuk alapján.

## **Az elsődleges szocializációs közeg károsító hatásai**

A gyermekkor és a családban történő minta-kialakulás meghatározó az egész élet szempontjából, ezért nagyon nem mindegy, a primer szocializáció mire neveli az egyént. A szociális színterek, szocializációs közegek többfajta csoportosítása létezik. A szocializáció a szerepelmélet szerint azon társadalmi szerepek elsajátításának folyamata, amelyeket az egyén az élete során betölt (Andorka, 2006);



Giddens (2006) szocializációs közegeknek olyan csoportokat vagy társadalmi kontextusokat nevez, amelyekben a szocializációs folyamatok zajlanak, és amelyek a kulturális tanulás színterei. Véleménye szerint az egyén életének bizonyos szakaszaiban több szocializációs közeg is szerepet játszhat, négyet emel ki közülük: család, a kortárs csoportok, az iskolák/munkahely és a tömegkommunikációs eszközök.

Elsődleges szocializáció színtere a család. A társadalmi értékek és normák elsődleges közvetítője a közvetlen család, amely felelős az énazonosság és éntudat fejlődéséért, a nemi szerepek kialakításáért, a társas reakciók, társadalmi attitűdök kialakulásáért. (A roma családokból kiemelt gyermekek és fiatalok esetében tisztában kell lennünk a roma családokban nyújtott értékekkel és normákkal, mert ez nagymértékben segíti a gyermekvédelmi munkánk kiindulási pontjának meghatározását. Ezzel később részletesen foglalkozunk.)

A harmonikus fejlődéshez a család meghitt, protektív menedéke elengedhetetlen<sup>16</sup> (Barnes, 1999). Ha ez a menedék tartósan nem tudja betölteni támogató szerepét, akkor az egészséges fejlődés is veszélybe kerül. Az elsődleges szocializációs közeg, a családi szerkezet és működés kitermelhet olyan károsító tényezőket, amelyeknek kedvezőtlen hatása van a fejlődésre. Már magzati korban kifejezett lehet ez a hatás az anya szervezete által közvetített stresszhatás formájában. Csecsemő- és kisgyermekkorban kezdetben közvetve (főleg az anyai gondozóviselkedés minőségén keresztül), később (ahogy a gyermek egyre függetlenebb, önállóbb lényé válik) közvetlenül is érvényesülnek a károsító hatások. Szerencsés esetben más szociális közegek (nagyszülők, barátok, rokonok, óvoda, iskola) részben kompenzálhatják a káros családi hatásokat. Azonban nagyon gyakran a károsult (fizikai, intellektuális, emocionális, pszichés értelemben) családi viszonyok között nevelkedett gyermekek más szociális helyzetekben is elutasításra találhatnak.

A családok története során több, feszültséggel is járó fejlődési stádiumon mennek keresztül, az átmeneti krízisek elkerülhetetlenek. Rappaport ezt „normális krízisnek” nevezi<sup>17</sup> (Kömlösi, 1989). Ha ezek a krízisek túlságosan gyakran követik egymást, vagy valamely oknál fogva a család nem tud túljutni rajtuk, „beleragadnak” a számukra feszültséget jelentő helyzetekbe. Következésképp újabb és újabb feszültségek gerjednek, amelyek miatt tartósan

<sup>16</sup> Barnes, G. G. (1999): Családterápia, -gondozás. Budapest, Animula Egyesület

<sup>17</sup> Kömlösi P. (1989): A család támogató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére. In: Gerevich J. (szerk.): Szociális mentálhigiéne. Budapest, Gondolat.



negatív hatás alá kerülhet a családi rendszer. Ez az állapot s ennek előnytelen megoldási kísérletei a család minden tagjának állapotára, további fejlődésére kedvezőtlenül hat.

Nagyon hosszadalmas lenne, s talán lehetetlen is számba venni minden ártalmat, amelyet a módosult vagy károsodott családi jellegek eredményezhetnek. Megemlíthetünk azonban néhányat a negatív tényezők közül, amelyek kifejezetten ártalmasok lehetnek a fejlődés szempontjából (Barnes, 1999<sup>18</sup>; Bagdy, 1986<sup>19</sup>; Ginott, 1980<sup>20</sup>; Komlósi, 1989<sup>21</sup>):

- ha az érzelmi biztonság és hovatartozás érzése tartósan felborul;
- ha a nevelési légkör ideges, feszült, gyakori a durvaság, az agresszió;
- ha túl sok a változás a gyermek személyi (élettársi kapcsolatok) és tárgyi (költözések) környezetében;
- ha állandóan ellentmondó hatások érik a gyermeket (ellentétes utasítások, következetlenség);
- ha nem megfelelő a szülői modell (agresszív, alkoholista, túlzott érzelmi töltésű, éretlen);
- ha az érzelmi elhanyagoltság, magárahagyatottság állapota tartósan fennáll;
- ha a szülő, társ hiányában gyermekét terheli saját maga felnőtt problémáival;
- ha valami miatt a gyermek tartósan hátrányos helyzetűnek, kisebbségűnek érzi magát (pl. mert csonka családban él);
- ha bármilyen okból a gyermeket mértéktelenül kényeztetik, a korlátozás teljes hiányával nevelik;
- ha teherbíráshoz (fizikai, lelki, intellektuális, emocionális) képest tartósan túlzott követelmények elé állítják (pl. „Hogy belőle legyen valaki, ne egy alkoholista”);
- ha a családot ért veszteség (haláleset, válás) miatt a gyászreakció kóros mértékű;
- ha örökös aggodalommal, gyámolítással veszik körül a gyermeket;
- ha az önállósulás, a leválás folyamata akadályozott, konfliktusos vagy meg sem valósul.

A családok hibás működése diszharmóniát kelt, a feszültségekkel terhelt miliőben a kapcsolatok elégtelenül működnek. A megrendült belső egyensúly érzelmileg bizonytalan

<sup>18</sup> Barnes, G. G. (1999): Családterápia, -gondozás. Budapest, Animula Egyesület

<sup>19</sup> Bagdy E. (1986): Családi szocializáció és személyiségzavarok. Budapest, Tankönyvkiadó.

<sup>20</sup> Ginott, H. (1980): Szülők és gyermekek. Budapest, Medicina

<sup>21</sup> Komlósi P. (1989): A család támogató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére. In: Gerevich J. (szerk.): Szociális mentálhigiéne. Budapest, Gondolat.





helyzetet eredményez, aminek következménye lehet bármely családtag betegsége, viselkedészavara.

A nevelés klímája, a **szélsőséges nevelői magatartások** tartóssá válása is komoly zavarokat okozhat (Arató és Kiss, 1991; Ranschburg, 1983):

- **Kényeztetés:** jelentős fejlődésgátló tényező, hiszen a gyermek elől az akadályok, a nehézségek el vannak hárítva, nincs lehetősége edződni a valóságos életre; nincs lehetősége megismerni saját erőit, felnő anélkül, hogy éretté válna; elmélyülhet a szorongása, bátortalansága, önállótalansága, függőségi igénye, kisebbségi érzése.
- **Szigor, keménység:** a gyermek behódoló, önalávető viselkedésének az elérése a lényeg ebben a nevelési magatartásban; a gyengédségre, szeretetre való képesség nem tud kifejlődni; kiválthat ez a nevelés túlzott engedelmességet is, de a dressúra növelheti a belső ellenállást, lázadást, negativizmust, s az embertársi kapcsolatokban harcias, agresszív, lázadó, el nem fogadó lehet az így nevelt gyermek.
- **Hideg-engedélyes:** érzelmi melegség, kedvesség, szeretet kifejezésének a hiánya, a negatív érzések kifejezése, az ellenségesség túlsúlya jellemzi ezt a nevelési stílust; a gyermek agresszív feszültségeivel, negatív érzéseivel engedélyes; a gyermek negatív mintát kap, és azt korlátozás nélkül alkalmazhatja; ennek következménye rideg, agresszív gyermeki magatartás lesz.
- **Hideg-korlátozó:** a negatív érzelmi viszonyulás mellett jelentős a korlátozás, nemritkán testi fenyegetés alkalmazása is jellemző, amennyiben a gyermek nem igazodik a felállított szabályokhoz, vagy feszültségeit, negatív érzéseit kifejezésre akarja juttatni; ezek a szülők ellátják gyermeküket, sőt „feláldozzák” önmagukat; a gyermekben bűntudat keletkezik hálátalansága miatt, feszültségeit, agresszióját kénytelen elfojtani, s a következmény szorongásosság, bűntudat, depresszió.
- **Meleg-korlátozó:** a pozitív érzelmek túlsúlya, túlszerető, túlvédő, túloltalmazó szülői magatartás, a negatív megnyilvánulások korlátozása; önmagának sem és a gyermeknek sem engedi a feszültségek, ellenérzések nyilvánítását; az eredmény a gyermek viselkedésében befelé fordulás, szorongásosság.

Ezek a nevelési stílusok nemcsak a szülői magatartást jellemezhetik, hanem bármely más nevelési helyzetben megnyilvánulhatnak, hiszen a nevelői magatartások a felnőtt (bármely felnőtt) karakterjegyeiből származnak, így a másodlagos szocializációs közegek hivatásos nevelői



vonatkozhatnak. Érdemes tehát pedagógusként is átgondolni, monitorozni a saját felnőtt karakterből fakadó vonásokat (akár nevelési stílust érintő, akár az egész rendszer működését befolyásoló vonásokat), s beazonosítani az esetlegesen káros irányba hatókat. Természetesen mindennek akkor van értelme, ha ezt pozitív irányú önfejlesztés követi.



## A másodlagos szocializációs közeg károsító hatásai

Minden későbbi, a családon túli szocializációs tapasztalatot magába foglalja. A szocializációs hatások közvetítői azok a személyek, akikkel az egyén kapcsolatba lép és hatással vannak rá, új viszonyulásokkal ismertetik meg. Ezek a szereplők elsősorban pozíciójuk, szerepük révén kerülnek kapcsolatba az egyénnel, pl.: óvópedagógus, edző.

Az egyén egyes színterekben szerzett tapasztalatait generalizálja, kiterjeszti, személyektől függetleníti. A színtereit megválaszthatjuk. Nagyon fontos megemlíteni itt a kortárs kapcsolatok szerepét, különösen serdülőkorúak esetében.

A szocializáció során a társas környezet különböző hatást gyakorol az egyénre. Kelman (1997) ismert szociálpszichológiai tanulmányában a külső alkalmazkodás (felszíni változások, nyilvános alkalmazkodás a befolyásolóhoz) és a belső elfogadás megkülönböztetéséből indult ki. A társas befolyásolás három folyamatát különböztette meg:

- **Behódolás:** Az egyén azért viselkedik az elvárt módon, hogy kedvező reakciót váltson ki a befolyásolóból. Célja jutalom elnyerése vagy büntetés elkerülése. A gyermek például gyakran csak azért pakolja el a játékait, hogy elkerülje a szülők helytelenítését vagy dicséretet kapjon érte. Sok esetben reagálunk így a befolyásolásra (viszonylag kevés hallgató készítené órai beadandó feladatot, ha nem járna érte semmi), csak abban az esetben káros, ha az egyén minden helyzetben kényszerűen igyekszik megfelelni a környezetének, aránytalanul nagy szükségük van a külső megerősítésre.
- **Azonosulás:** A befolyás azonosulás útján való elfogadása eszköz a befolyásolóhoz fűződő kívánatos viszonyban, eszköz a viszonyban gyökerező önmeghatározás létrehozására és fenntartására. Ez a viszony többféle formát is felvehet, ezek közül az egyik a fentebb bemutatott klasszikus azonosulás, amely során az egyén olyan szeretne lenni, vagy ténylegesen az lenni, mint a befolyásoló. Ez a fajta azonosulás jellemző folyamata a gyermekek szocializációjának is, a szülők attitűdjeinek, viselkedésének, normáinak, értékeinek az átvétele a személyiségfejlődés lényeges része. A foglalkozási szerepek elsajátítása is ebbe az azonosulási formába tartozik. Az azonosulás annyiban hasonlít a behódoláshoz, hogy az egyén nem azért hajtja végre a kívánt viselkedést, mert az számára önmagában, bensőleg kielégítő, viszont abban különbözik, hogy az egyén hisz az átvett viselkedésben, és akkor is végrehajtja, ha a befolyásoló nem figyeli őt.



- **Internalizáció:** Bensővé tételt jelent. Az egyén elfogadja és beépíti a saját értékrendszerébe a befolyásoló vélekedését. Azért fogadja el a befolyásolást, mert az egyezik az értékrendjével. Ebben az esetben a viselkedés tartalma a fontos, az egyén úgy véli, hogy a viselkedés elősegíti az értékeinek a maximális érvényesülését. A bensővé tétel általában nem változatlan formájú beépítést jelent, az egyén bizonyos mértékben módosítja a viselkedést, hogy bele tudja illeszteni a saját viselkedési rendszerébe, az átvett viselkedést hozzáilleszti a már meglévő értékeihez. Az átvett viselkedés függetlenedik a forrásától, az egyén sajátjaként ismeri el (Kelman, 1997<sup>22</sup>). A bensővé tétel feltételez egy viszonylag kiforrott, stabil értékrendszert, ezért a kisgyermekkorú szocializációban még nem jelenik meg.

## Az életmódbeli szokások, valamint a kultúra károsító hatása

Az iskoláskor előtti, alapvetően játéktevékenységi fókusszal megvalósuló óvodáskorban sajnos a digitális világ előre törésével a valódi fejlődést segítő, mozgásos, életkornak megfelelő játékformák háttérbe szorulnak, és nagy százalékban az esetek domináns százalékában a képernyő elé telepedés mozdulatlansága a jellemző. A természetes, interperszonális kapcsolatokat ezen eszközök segítségével, a valóságtól gyakran elrugaszkodott módon valósítják meg. A gyermek egy sajátos „televalóság” részese lesz, tudatában tartósan összemosódik a valóság és a fikció<sup>23</sup> (Kozma, 1994). Ez a tény a gyermeki gondolkodásmódban a realitásérzék fejlődésének vet gátat. Irdatlan mennyiségű, felesleges információhalmaz zúdul rájuk a hasznosak között is. Érdeklődését fenntartja a képernyő, de olyan sok időt veszít a gyermek mindennapjaiból, ahol a valódi játéktevékenység által fejlődhetne, érzelmi rátermettsége érhetne. Ennek a káros szokásnak a megszilárdulása eltérő ütemű fejlődést eredményezhet. Nem azt mondom, hogy nem tud hasznosat tanulni a gyermek a képernyő előtt, szülő által szűrt tartalom nézésével, de ha ez az egyetlen szabadidős tevékenység az óvodáskorú gyermek életében, akkor számíthatunk arra, hogy bár ismeretei túlmutatnak a valódi életkorán, de

<sup>22</sup> Kelman, H. C. (1997): A szociális befolyásolás három folyamata. In: Lengyel Zsuzsanna (szerk.) *Szociálpszichológia szöveggyűjtemény*, Osiris Kiadó, Budapest

<sup>23</sup> Kozma T. (1994): Bevezetés a nevelésszociológiába. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó.



szociális tevékenységeiben, készségeiben, érzelmi intelligenciájában lemaradottá válhat a gyermek. A későbbiekben ez az iskolában jelentkezhethet beilleszkedési, viselkedési problémákban.

Az iskolai ismeretek elsajátításához és a kornak megfelelő fejlődéshez alapvetően szükséges a digitális eszközök használata is. Amennyiben egy-másfél órai eszközhasználat után a gyermekben valóban a kipihentség jelei mutatkoznak, akkor elfogadhatónak tekinthető ez a mennyiség. A valóság azonban azt mutatja, hogy egy órányi, mondjuk videójáték, számítógépes játék után inkább az izgatottság jelei mutatkoznak, némi agresszív attitűddel fűszerezve. Biológiai ismereteinket felelevenítve, az idegrendszer működésének szempontjából vizsgálva ezt a kérdést, érthetővé válik a káros hatások biológiai mechanizmusa. Az agyunk irányítja az egész napos iskolai tevékenységet, melynek ezek után „pihenésképpen” hasonló agyi tevékenységet kínálunk fel, akkor nem lesz ideje pihenni, regenerálódni. Inkább jelent fokozott stresszt a gyermek szervezete számára, mely hatására stresszhormonok szabadulnak fel, melyek izgató hatásúak az idegrendszerre. Nagyobb gyermekek esetében másfél-kétórás ilyen terhelést már károsodás nélkül kibír a szervezet, de alsó tagozatos, pláne óvodás életkorban ez kifejezetten veszélyes és káros lehet.

A tinédzser kor beköszöntével megjelenhetnek a bulizások, alkoholfogyasztás, drogok kipróbálása, melyek olyan káros szokások, melyek veszélyeztetik az egészséges testi – és idegrendszeri fejlődést. Ezekből a veszélyeztető magatartásformáktól kialakulhatnak alvás- és evészavarok, szorongásos zavarok, hangulatzavarok, depresszió. Azokban a nehézségekkel küzdő családokban, ahol az összetartó erő gyenge, a gyermek kötődése problémás, nem kielégített, ott viszonylag korán, akár már nyolc-tíz éves kortól elkezdődhet a hasonló helyzetű, akár marginalizálódott csoportokhoz való sodródás.<sup>24</sup> (Vajda, 1997). Minél korábbi életkorban kezdődik meg az egészséget károsító, veszélyeztető magatartásformák és életmód rögzülése, annál nagyobb mértékben fejtik ki károsító hatásukat a fejlődésben lévő szervezetre, idegrendszerre. Az egészséges fejlődést károsító tényezők nem egyszerűen az egyén fejlődésére gyakorolnak hatást, hanem befolyásolják a környezetnek a további fejlődésre gyakorolt hatását is<sup>25</sup> (Vajda, 1999).

<sup>24</sup> Vajda Zs. (1997): A társas kapcsolatok és a viselkedés fejlődése kisiskolás kortól serdülőkorig. In: Mészáros A. (szerk.): Az iskola szociálpszichológiai jelenségvilága. Budapest, Eötvös Kiadó.

<sup>25</sup> Vajda Zs. (1999): A gyermek pszichológiai fejlődése. Budapest, Helikon Kiadó.



## Szocio-kulturálisan hátrányos helyzet, mint rizikófaktor

Az alacsony jövedelemmel rendelkező családokból érkező gyerekeknek jobb módú társaiknál kisebb esélyük van arra, hogy sikeres, elismert életutat tudhassanak magukénak. Egyfajta „eleve elrendeltséggel” szemlélve életüket, jövőjüket, hamarabb választják az önkárosító magatartásformákat. A drogokkal való kapcsolatba kerülésük gyakran a reménytelenség érzése miatt történik meg. A szocio-kulturálisan hátrányos helyzetű gyerekek szókinccse, ismeretei messze elmaradnak jobb módban élő társaikétól, és így az iskola követelményeitől is. Mégis az igazi nehézséget az okozza, hogy gondolkodásmódjuk eltér az iskolában preferált analitikus, szériális információfeldolgozástól.

A hazai gyermekvédelemben mind a lakóotthoni környezetben, mind a nevelőszülői hálózatban elhelyezett gyermekek és fiatalok esetében nehézséget okoz a roma származású gyermekek beilleszkedésének segítése. A beilleszkedési nehézség sok esetben vezethet a drogok kipróbálásához, a felejtés reményében.

## A cigány családok nevelési szokásai, kultúrája, mint rizikófaktor

A cigány családokban külön szerepük van a fiúknak és a lányoknak: egy tizenkétéves fiú a cigány családokban már férfi, akinek ennek megfelelő szabadságot biztosítanak. Ehhez képest a szakellátásban kerülő 12 éves cigány kisfiút, mi- teljesen értelemszerűen- korának megfelelően szeretnék kezelni, irányítani, mellyel a bekerülési traumát, a veszteséget teljes zavarodottsággal, szerepzavarokkal tetézzük.

A cigány családokra a meleg, érzelem-és érintésszerű kommunikáció, a szülői nevelési stílusra pedig a szabadelvűség a jellemző. A nevelési hangsúly a fegyelmezés, jutalmazás és büntetés helyett a modellkövetésre helyeződik - ezért is nagyon fontos a szülői modell.

A cigány családok az állandó küzdelemre és túlélésre készítik fel a gyermeket, mellyel nevelésük, formálásuk során kalkulálnunk kell, mert a „cigány kulturális sajátosságokat, szülői-nevelői stílusok másságát figyelmen kívül hagyó közoktatási rendszer kudarcot vall a roma gyermekek tanítása során” (Fiáth, 2002).



Biztos vagyok abban, hogy a többségi társadalmi normákkal gyakran szembenálló, számunkra elképzelhetetlen körülmények, nevelési stílusok mély megbotránkozást, értetlenkedést váltanak ki legtöbbször, és nagyon nehéz megérteni, hogy vágyhat azok közé az áldatlan állapotok közé vissza a családból kiemelt roma gyermek. Fontos szem előtt tartanunk, hogy gyökereit, kötődéseit veszítette el, biztonsága eltűnt, számára teljesen ismeretlen környezetbe- ismeretlen emberek, dolgok, hangok- közé került, melyben nem ismeri ki magát. Ilyenkor gyakran az egyetlen, otthon megtanult válaszreakciót adja: dacot, agressziót, ordítózást, verekedéseket, konfliktusokat.

A többségi társadalom más értékpreferenciák mentén határozza meg a sikeres, értelmes élet kritériumait. Mivel a többségi társadalom által meghatározott normáknak a cigány családok – saját értékpreferenciáik miatt, gyakran- nem felelnek meg, így alkotnak elítélő képet a cigány családokról. A cigány családok társadalmi mobilitás és sikeres élet, sikeresség képe azonban gyökeresen különbözik az általánosan elfogadott többségi normától. A cigány családok túlvédik a gyermekeiket, nem tanítják meg a kockázatvállalást, „üvegházban, védetten, melegben” nevelik őket (Forray-Hegedűs, 1998)

Nagyon gyakoriak az egészségkárosító magatartásformák is a cigány családoknál, s mert nagyon fontos a szülői modell, a fiatalok gyakran öntudatlanul veszik át ezeket a magatartásformákat. A roma fiatalok igen korán kezdenek dohányozni, drogot és oldószereket használni, így esetükben nagyobb a kockázta annak, hogy idősebb korukban problémás drogfogyasztókká válnak. A deviáns karrier kialakulását és a későbbi (problémás) droghasználatot előrejelző legfontosabb tényezőként az iskolai lemorzsolódást, a munkaerő-piaci hátrányos megkülönböztetést és a strukturális munkanélküliséget emelték ki.

A cigánygyerekek egy része, főleg a fiúk, nagyon fiatalon kezdenek alkoholt inni és dohányozni. Olyan területeken, ahol az illegális drogok hozzáférhetősége korlátozott, ezek a fiatalok tinédzserkorukban váltanak át az alkoholra, és gyakran végzik alkoholistaként.

## Hajlamosító és védő tényezők a drogfogyasztásban

Hogy mennyire összetett a jelenségek világa, mely a drogfogyasztást alakíthatja, mutatja az Európai Unió kábítószer-kutatási központjának, a Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai



Megfigyelő Központjának (EMCDDA) megbízásából készült szakirodalmi összegzés (Canning és munkatársai, 2004)<sup>26</sup>, mely a több száz, a tárgyban végzett kutatás rendszerezett áttekintésével (systematic review) a drogprobléma lehetséges előjelző vagy hajlamosító (prediktor), valamint védő (protektív) tényezőit veszi számba. A sok dimenzióból az adott korosztály szempontjából releváns dimenziókat nézzük meg rizikófaktorok és védőfaktorok vonatkozásában.

### Környezeti/kontextuális összefüggések dimenziójának szempontjából

Kockázati tényezők, rizikófaktorok	Protektív faktorok
<ul style="list-style-type: none"> <li>• könnyű a drogok elérhetősége,</li> <li>• alacsony a fogyasztó szocio-ökonómiai státusza,</li> <li>• erőteljes a droghasználó kortársak szerepe és hatása,</li> <li>• erőteljes a bűnelkövető kortársak szerepe és hatása.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a pro-szociális felnőtt barátok,</li> <li>• a pro-szociális kortársak,</li> <li>• a fogyasztó magas szocio-ökonómiai státusza</li> </ul>

### Személyiség jellemzők dimenziójának szempontjából:

Kockázati tényezők, rizikófaktorok	Protektív faktorok
<ul style="list-style-type: none"> <li>• feszültség/stressz ,</li> <li>• depresszió,</li> <li>• agresszió,</li> <li>• impulzivitás/hiperaktivitás,</li> <li>• antiszociális személyiség,</li> <li>• kockázat- és élménykeresés,</li> <li>• pszichiátriai problémák.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Magas, de nem irreális önértékelés,</li> <li>• alacsony impulzivitás,</li> <li>• könnyed és visszafogott temperamentum.</li> </ul>

### Család dimenziójának szempontjából

Kockázati tényezők, rizikófaktorok	Protektív faktorok
<ul style="list-style-type: none"> <li>• a szülői pszichoaktív szerhasználata és meglévő devianciája,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a korai családi veszteségek vagy szeparáció hiánya, elkerülése,</li> <li>• az egybentartott család egysége,</li> <li>• a szülő-gyermek kapcsolat melegsége,</li> </ul>

<sup>26</sup> Canning, U. – Millward, L. – Raj T. – Warm, D. (2004): Drug Use Prevention Among Young People: a Review of Reviews. Health Development Agency.





<ul style="list-style-type: none"> <li>• az alacsony szülői ellenőrzés, vagy éppen a másik oldalon a túlzott kontroll (mindkettő lehet ártalmas!),</li> <li>• a szülői elutasítás,</li> <li>• a szülő-gyermek kapcsolat intenzitása,</li> <li>• a fegyelmezés teljes hiánya, elhanyagolás,</li> <li>• családi konfliktusok jelenléte és a válás,</li> <li>• a szerfogyasztó szülő(k), illetve szülői minta,</li> <li>• az alacsony szülői elvárások,</li> <li>• a család szétesése és/vagy munkanélküliség/munkahelyi konfliktusok felerősödése.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• valamint a magas szintű szülői felügyelet, monitoring (de nem túlszorongó!).</li> </ul>
---	--

**Egyéni életút alakulásának dimenziója. Ennek szempontjából:**

Kockázati tényezők, rizikófaktorok	Protektív faktorok
<ul style="list-style-type: none"> <li>• deviáns viselkedés, cigarettázás és ívás korai elkezdése,</li> <li>• korai szexuális tapasztalatok,</li> <li>• illegális szerek fogyasztásának korai elkezdése,</li> <li>• szerfogyasztás hirtelen fokozódása.</li> <li>• szerfogyasztásra vonatkozó pozitív várakozások és tudások,</li> <li>• magatartás-problémák megjelenése, halmozódása,</li> <li>• erőszak áldozata, szexuális abúzus, incesztus<sup>27</sup> (a terápiára kerülő</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a deviáns és szerfogyasztási magatartás elmaradása, késői elkezdése,</li> <li>• a szerfogyasztásra vonatkozó negatív elvárások és tudat,</li> <li>• vallásos élmények, közösségi bevonódás (!).</li> </ul>

<sup>27</sup> Jelentése: vérfertőzés (A nemzetközi szakirodalom általában az incesztus szót használja, amely a bizalmi felnőtt vagy nagy korkülönbség esetén a majdnem felnőtt (pl. 17 vs. 5 éves) által a gyerekekkel szemben elkövetett bármilyen szexuális cselekményt jelöli. Az átfogó jelentés miatt gyakran használják ezt a szót mint rövidebb szinonimát a gyerek elleni szexuális abúzusra/visszaélésre.)



drogfüggő lányok 80%-a volt áldozata incesztusnak!).	
--	--

**Az iskolai előmenetel dimenziójának szempontjából:**

Kockázati tényezők, rizikófaktorok	Protektív faktorok
<ul style="list-style-type: none"> <li>• a gyenge iskolai teljesítmény,</li> <li>• az alacsony iskolai aspiráció,</li> <li>• a gyenge elköteleződés az iskola felé,</li> <li>• hiányzások, csavargás, (iskolai) erőszak és kimaradás,</li> <li>• a gyenge mértékű támogatás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a jó tanár-diák kapcsolat, a magas oktatási aspiráció,</li> <li>• a nagymértékű szülői elvárás (de nem teljesíthetetlen),</li> <li>• a magas iskolázottság, a jó és szervezett támogatás az oktatásban.</li> </ul>

A kábítószer-fogyasztás, és különösen annak problémás, függő mintázata tehát minden esetben egy olyan multikauzális, több okra visszavezethető térben értelmezendő, mely ellenáll a leegyszerűsítő, érdekezérelt értelmezéseknek, ugyanakkor a jelenség mélyebb, és tegyük hozzá, emberségesebb megismerésére késztet. Különösen igaz ez, ha a családjukból kiemelt gyermekek és fiatalok aspektusából vizsgáljuk mindezt.

A serdülőkori droghasználattal kapcsolatos védő tényezőket foglalja össze az alábbi táblázat, mely elsősorban a lélektani tényezőket tartalmazza.

**Védő tényezők<sup>28</sup> (Hogan,2000 nyomán)**

A serdülőkori droghasználattal kapcsolatos védő tényezőket foglalja össze az alábbi táblázat, mely elsősorban a lélektani tényezőket tartalmazza.

EGYÉNI	KÖRNYEZETI	EGYÉB
Személyiségjegyek <ul style="list-style-type: none"> <li>• én-hatékonyság</li> <li>• jövőre irányultság</li> <li>• spiritualitás</li> <li>• jó önértékelés</li> </ul>	Szülők iránti kötődés <ul style="list-style-type: none"> <li>• támogató (és annak is érzékelt) családi háttér</li> <li>• harmonikus családi légkör</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a család átlagos szociális helyzete</li> <li>• a családtagok magasabb iskolai végzettsége</li> </ul>

<sup>28</sup> Grezsa Ferenc-Surányi Zsuzsanna (2014):Fiatalok szerhasználata. NCSSZI-Nemzeti Drogmegelőzési Iroda Könyvpont Nyomda Kft., Budapest



<ul style="list-style-type: none"> <li>• kedvező megküzdési mutatók</li> <li>• jó szociális (társas kapcsolati) készségek</li> <li>• Összegezve: megfelelő lelki egészség</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a szülők megfelelő egészség-magatartási példája</li> <li>• elfogadó szülői, nevelői viszonyulás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a családtagok egészség-magatartása</li> <li>• átlagos érés</li> <li>• jó iskolai teljesítmény</li> </ul>
<p>Viszonyulás (attitűdök)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pozitív egészséghiedelmek és egészségérték</li> </ul>	<p>Baráti kapcsolatok</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• barátok egészséges életmódja</li> </ul>	<p>Spiritualitás</p> <p>vallási közösséghez kapcsolódás</p>
<p>Magatartás</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kedvező egészségmagatartás</li> <li>• sportolás</li> <li>• tartalmasan eltöltött szabadidő</li> <li>• megfelelő tanulási szokások</li> </ul>	<p>Iskola</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• megfelelő iskolai beilleszkedés</li> </ul>	

***Mit tehetünk mi szakemberek, hogy ki se próbálja, vagy ez meg is álljon a kipróbálás szintjén és ne váljon függőséggé és felelősségteljesen tudjon dönteni a fiatal ebben a kérdésben is?***

1) **Személyiségbeli és környezeti tényezők, mint elsődleges protektív faktorok:** reális, pozitív önértékelés, a megfelelő problémamegoldó és alkalmazkodó képesség, én-hatékonyság. A környezeti tényezők közül elsősorban a jól működő szociális háló, azaz a családi és közösségi kapcsolatok jelentenek védelmet. A családból kiemelt fiatalok esetében természetesen nem a vér szerinti családot értjük, akik sajnos a legtöbb esetben a rizikófaktorokat erősítik a negatív mintaadással, a bántalmazással, vagy az elhanyagolással. Azonban a nevelőszülői család válhat a gyermek számára védőfaktorrá, ha a feltétel nélküli elfogadást, pozitív mintát és biztonságot nyújt a gyermek számára. A lakóközössége is válhat a fiatal számára a

SZÉCHENYI 2020



pozitív közösségi kapcsolatok hálójává, amely megvédi a droghasználat veszélyeitől.

A szerhasználat: tünet, és egy sok - gyökerű folyamat. Nagy szerepet játszanak benne a gyermek sérülései, hozott problémái, személyisége és a környezete is. Jelei a viselkedés- és hangulatváltozástól kezdve a külső megjelenésen keresztül egészen a kapcsolataiban beálló változásig változatosak, de negatívak. Fontos az odafigyelés, a gyermekkel való jó kapcsolat ápolása, amely segít a változások észlelésében.

Maga a serdülőkor egy krízis, amit tetéző a bekerülés krízise, és fokozhatja az identitás és az autoritáskrízis is.

- „autoritáskrízis”: bevett normák és tekintély elleni lázadás, mely a serdülőkor normál lélektanának része. Azonban, ha ez a viselkedés, lázadás a fiatal életében egyeduralgódóvá válik, megzavarja tanulását, iskolai beilleszkedését, jövőjét veszélyezteti, akkor már autoritáskrízisről beszélhetünk. A krízis kiváltó okaként nyomasztó gyermekkori élményeket, családi élet egyensúlyzavarát, a család tradicionális értékrendje és az ifjúsági csoport normái közötti ellentétet találhatjuk.
- „identitáskrízis”: a gyermek jellemfejlődésében döntő szerepet játszik az, hogy a környezete szeretett személyeivel azonosul. A szülők, illetve nevelők akarva- akaratlanul egy társadalmi értékrendet is közvetítenek a gyermek felé, melyet ő erkölcsi normaként épít be személyiségébe, a tulajdonságok így szilárdulnak meg bizonyos genetikai adottságok háttérén. (Fontos kalkulálnunk azzal, hogy a hozzánk érkező gyermekek milyen családi háttérrel rendelkeznek? Vajon mit/miket hoznak „batyujukban”?)

A szerhasználatot sokféleképpen lehet értelmezni, de a szakellátás területén a megfelelő szintű beavatkozás elengedhetetlenné teszi, hogy tünetként kezeljük. Gyakran a szerhasználat védi a szakellátásba utalt fiatalot a feldolgozatlan traumákkal szemben, de az is lehet, hogy a drog csupán egy könnyen hozzáférhető, ideig-óráig irányítható örömforrás számára.

### Hatékony drogprevenciót segítő nevelői attitűdök

- **KÖVETKEZETESSÉG**- A következetesség fontos, hogy ne csak egy személyen belül legyen meg, hanem az együtt dolgozók között is! Például: ha valaki megbeszéli a gyermekkel, hogy most X ideig nincs kimenő, akkor azt a másik kolléga is tartsa be, ne legyenek „engedékeny, kijátszható illetve vaskalapos” kollégák. Továbbá, ha egyszer valamit megengedtem, akkor azt következetesen máskor is engedjem meg



- **HITELESSÉG-** Kerüljük a „bort iszik vizet prédikál” eseteket. Nagyon fontos a felnőtt mintaadás,
- **FOLYTONOSSÁG BIZTOSÍTÁSA-** Az esetmegbeszélő kollégák között elengedhetetlen ezen a szakmai területen is, hiszen csapatban dolgozunk. A gyermekek ezen keresztül érezhetik többek között, hogy fontosak, ügyük egyediként kezelt.
- **ÁLLANDÓSÁG-** A hozzánk kerülő fiatalok egytől egyik már élethelyzetükből fakadóan valamilyen „veszteség élménnyel” küzdenek, sokszor halmozottan is (pl.: elhalálozott egy szeretett személy, kiemelés a családból, barátok, társak elvesztése stb.), ezért kiemelt jelentőségű számukra a biztonság alapjait szolgáló állandóság biztosítása, melyet érthetünk személyi állandósággként (pl.: ugyanazok a dolgozók működjenek együtt hosszabb távon a gyermek érdekében, mentora hosszabb távon ugyanaz a személy legyen!) vagy akár tárgyi állandósággként (legyen meg a gyermek saját helye, tárgyi feltételei, ami csak az övé, nincs ide-oda költöztetve)
- **MEGFOGHATÓSÁG-** A gyermekvédelemben dolgozók számára sokszor hangsúlyozzuk, hogy legmeghatározóbb nevelési eszközünk a *személyiségünk*. Ezért (is) fontos, hogy ez a *nevelési eszköz* olyan legyen, mint egy bőrönd füle, melybe kapaszkodni lehet. Hisz személyiségünk bőröndje, teli lehet hasznos, értékes tartalmakkal, melyeket megtaníthatunk a ránk bízott gyermekkel. Ebbe a bőröndbe, mint értékes útravalóba csak úgy képes belekapaszkodni a gyermek, ha érzi annak érinthetőségét, megfoghatóságát. Ha mi magunk - értékességünk teljes tudatában - nem vagyunk megfoghatóak a gyermek számára, ha nem merjük beleengedni magunkat helyzetekbe, ha nem vagyunk képesek mindenről partneri együttlétben beszélni, akkor a gyermek önmegosztása meddő próbálkozás marad csupán. Legyünk elérhetőek, megfoghatóak a ránk bízott gyermek/fiatal számára.



## Összegzés

A fejezetben taglalt kockázati tényezőket és védőfaktorokat nézve megállapíthatjuk, hogy a legfőbb védő tényező, ha van olyan kötődés a fiatal életében, melyre támaszkodva őt megtartani képes kapcsolatokat tud kialakítani.

Ilyen szemszögből nézve viszont fel kell ismerjünk, hogy mi magunk lehetünk a leghatékonyabb drogrevenziós „eszköz”, ha tudunk olyan érzelmi viszonyt kialakítani a fiatallal, hogy valódi nevelést legyünk képesek általa megvalósítani. Ez alapján mondhatjuk: a nevelés C vitaminja az érzelem.

Ha képesek vagyunk kötődést kialakítani a ránk bízott fiatallal, akkor leszünk képesek nevelni őt, azaz minőségi változást előidézni a személyiségében. A mi feltételek nélküli elfogadásunk és a velünk való kötődés miatt lesz képes olyan kapcsolati rendszert kialakítani, mely valódi megtartó erő lehet a kockázati tényezők elkerülésekor. Ekkor tud csak önbizalmat építeni, mely segítségével képes lesz a szükséges szociális kompetenciákat is megszerezni. A megszerzett szociális kompetenciák pedig egyfajta pajzsként tudnak funkcionálni a droghasználat ellen.

Nagyvonalúan félresöpörhetjük ezeket az ismereteket, mondván: a mi felelősségünkre bízott gyermekek és fiatalok nem érintettek, nem veszélyeztetettek a droghasználatot, kipróbálást illetően. A következő fejezetben a droghasználatra, érintettségre vonatkozó kutatási adatokban mélyedhetünk el egy kicsit alaposabban.



## A drogprevenció sajátosságai családból kiemelt gyermekek és fiatalok esetében

### Drogprevenció és gyermekvédelem

Minden szülő rémálma az, ha kamaszodik a gyermeke, hogy egy napon rá fog gyújtani, berúgva érkezik haza egy buliból vagy droghoz fog nyúlni.

A drogfogyasztási szokásokról készült kutatások és a prevenciós tevékenységek Magyarországon túlnyomórészt azokról a gyermekekről, fiatalokról szólnak, akik családban élnek. Amely családok egy részében támogatást, segítséget tud adni a szülő eltévelyedett gyermeke számára, vagy meg tudja találni azokat a szakembereket, akik segíteni tudnak gyermekének.

De ki tud segíteni, felvilágosítást adni azoknak a gyerekeknek, fiataloknak, akik olyan családban élnek, amelyekben maga a szülő is valamilyen függőség rabja, vagy ahonnan már a gyermeket kiemelték a családból, mert a szülő alkalmatlan a gyermeke nevelésére?

A válasz természetesen az lenne, hogy a gyermekvédelemben dolgozó szakemberek feladata, az alapellátásban dolgozó családgondozóké, a lakásotthonokban dolgozó nevelőké, gyermekfelügyelőké, vagy a nevelőszülőké. Vajon tisztában vannak-e ezek a szakemberek azzal, hogy az általuk nevelt gyermek találkozott-e már drogokkal, hogy tudják megelőzni azt, hogy kipróbálja, vagy ha már kipróbálta, hogy tud segíteni, ha már függővé vált? Tudnak-e a kamasszal őszintén, tabuk nélkül beszélgetni ezekről a témákról? Vajon tudják-e, hogy kihez tudnak fordulni segítségért, ha már ők maguk nem tudnak segíteni? Sok-sok kérdés merült fel bennem, amikor a családból kiemelt gyermekek és fiatalok kapcsán a drogprevenció témakörben ezt a tananyagot kezdtem írni.

Ha szakemberként akarunk segíteni a ránk bízott fiataloknak, akkor tisztában kell lennünk azzal, hogy mi okból próbálja ki a fiatal a drogot? Miért nem mond nemet, amikor megkínálják egy társaságban? Miért választja az egészség helyett a függőséget?

A megelőzés, a prevenció első lépése, hogy értsük az okokat, tisztában legyünk azokkal a veszélyeztető tényezőkkel, amelyek kiszolgáltatottá tehetik a fiatalokat a drogfogyasztással kapcsolatban.



## A droghasználat háttértényezői<sup>29</sup>

A különböző egészségkárosító magatartások (dohányzás, alkohol, függőségek stb.), így a kémiai szerhasználat (drogfogyasztás) kezdete, illetve sok esetben intenzívvé válása leggyakrabban a serdülőkorban kezdődik. Abban az életkorban, amely a felnőtté váláshoz, a felnőtt szerepek megtanulásához kapcsolódó kihívások miatt egyébként is nehéz, konfliktusokkal terhelt életszakasz.

<sup>30</sup>A családból kiemelt gyermekekre többszörös teher hárul a serdülőkor beköszöntével. A szükségszerűen bekövetkező változások mellett olyan megoldandó feladatokkal kell megbirkóznia, mely a harmonikus családban élő gyermekeket is fokozottan megterhelné.

Az egyik ilyen nehézség az intézményi környezetben élő gyermekek életterének problematikája. Egy gyermekotthonban korlátozottak lehetnek a lehetőségek az intim szféra kialakítására, mely a változásban lévő testkép és új szerepek miatt alapvetően fontos lenne. Sajnos az, ami egy családban könnyen megoldható, az egy gyermekotthonban a házirendbe, vagy a közösség íratlan szabályaiba gyakran nem fér bele. A kulcsra zárható szoba vagy legalább egy kis elkülönített zug (akár a szekrények beforgatásával), a háborítatlan fürdőszoba- és WC használat hiánya gyakori nehézség. Nem beszéltünk még emellett arról, hogy gyakran megoldatlan annak kérdésköre, hogy a gyermek mikor és hogyan fogadhat barátokat, hogyan lehet kettesben a szerelmével, vagy épp hogyan (nem) tartja tiszteletben a lakóközösség a serdülő személyes holmiját (naplót, szekrényt, mobiltelefont, levelezést). Segítőként tudatosítanunk kell magunkban, hogy a gyermeknek szüksége van a személyes életterre.

Az identitáskeresést a családban élő gyermekeknél megkönnyítheti a jó szülői minta. Azonban egy olyan gyermek esetében, akit épp a családja alkalmatlansága miatt emeltek ki eredeti környezetéből, ez az időszak nagyon fájdalmas és veszélyes lehet. Gyakran megtörténik, hogy a gyermek nem talál a környezetében követhető, választható, értékes mintát. Ekkor a szerep betöltésére inkább keres egy kétes értékű azonosulási pontot, mint hogy csak „lebegjen” egy

<sup>29</sup> Grezsa Ferenc-Surányi Zsuzsanna: Fialatok szerhasználata. NCSSZI-Nemzeti Drogmegelőzési Iroda 2014.

<sup>30</sup> Kothencz János et al: Róluk...értük...II. ÁGOTA® (Állami Gondoskodásban Élő és Veszélyeztetett Fialatok Támogatásáért) országos, közhasznú Alapítvány 2009 Szeged 412-413.o.





bizonytalan állapotban. Sajnos sokszor könnyebb egy balhész barát mintájával azonosulni, mint nagy nehézségek árán megtalálni új, értékes és merőben más identitásunkat. Azonban, ha tudunk számára olyan mintát találni, amely elfogadható, és a gyermeket építi, már sokat segítettünk neki az identitás megtalálásában (Nem kell, hogy Einstein legyen a példaképe. Egy jó focista vagy egy jótékony popsztár még mindig sokkal jobb minta, mint egy rajzfilmfigura vagy Drakula gróf). Fontos szem előtt tartanunk: a gyermek nagyobb eséllyel választja olyan személy mintáját, akihez kötődik és, akivel kapcsolatban pozitív érzelmeket él meg. Hiába vannak remek példák a gyermek előtt, ha azokat nem érzi magához közel állónak, és fordítva: lehet, hogy nem távoli példaképeket kell keresgélni, hisz épp a gyermekotthon egyik munkatársát kedveli a legjobban.

Előfordulhat, hogy kimondva - kimondatlanul a gyermek szégyelli vagy féli a vérszerinti családját. Ilyen esetben, ha a gyermek a saját viselkedésében olyan jegyeket fedez fel, ami a szüleit is jellemezte, büntudattal, szégyennel vagy akár rémülettel is eltöltheti („Ha mérges vagyok, pont úgy ordítózok, mint az anyám. Ez borzalmas, nem akarok olyan lenni, mint ő!”). Segítőként fontos azonosítanunk ezeket a helyzeteket. A gyermek jövője szempontjából ez egészen szerencsés felállás, hiszen már egyfajta kritikával tudja kezelni önmagát is. A felnőttnek ilyen esetben oldani kell a gyermek negatív érzéseit, és meg kell erősítenie a gyermeket abban, hogy bár hasonlíthat a szüleire, mégsem azonos velük: a végső döntés lehetősége mindig a gyermek kezében van. Ha viszont azzal győzködjük a gyermeket: „Tanulj, ne hogy úgy járj, mint a szüleid!”, magunk teremtjük meg az esélyt arra, hogy a gyerek a védelmébe vegye szüleit, és a tiltott gyümölcs édessége épp abba sodorja a gyermeket, amitől meg akartuk védeni.

Nevelőszülőnél, illetve örökbe fogadó szülőnél élő gyermekek esetében meg kell említenünk egy sajnálatos módon tipikus problémát, mely a gyermek serdülőkora környékén jelentkezik, és nem egyszer a család széthullásához vezet. A serdülő gyermek épp **identitáskrizise** miatt sokszor olyan viselkedést és szerepet vehet fel, ami a nevelő környezet számára gyakran nehezen kezelhető, szélsőséges esetben pedig elviselhetetlen. Saját, vérszerinti gyermeknél számos biológiai, lelki, és társadalmi tényező segíti a szülőt abban, hogy a kamaszkori kicsapongásokat tolerálni tudja, és a gyermeket a családban tartsa. Ha a gyermeket családukbá fogadva neveljük, a vele való sikertelenségeket nem csak saját munkánk kudarcaként láthatjuk, hanem a közvetlen környezet részéről is gyakran érhet kritika bennünket. Ezt a nyomást nagyon nehéz elviselni szülőként. Ám ne felejtjük el: nevelő és örökbefogadó szülőként több lehetőség is van szakmai segítséget kérni családgondozótól, pszichológustól, pedagógustól. **2020**



szégyenteljes lehet megélni azt, hogy az az édes kisgyermek, akit nemrég még mi kísértünk nagy büszkén az óvodába, most átváltozott egy szemtelen és idegesítő kamasszá. Esetleg eszünkbe juthatnak rémtörténetek a megvadult gyerekekről, akik hirtelen elkezdtek hasonlítani a vérszerinti szüleikre. Könnyű magyarázat lehet ilyenkor annak tulajdonítani a gyerek viselkedését, hogy „ezt örökölte”, „benne van a vérében”. Van, amit örökölünk, de ennél sokkal fontosabb, hogy mit őriz a gyermek a szívében: azt, amit az őt szerető felnőttek beleoltottak. A szülő szégyenkezése vagy elutasítása még soha egyetlen gyereket nem térített tartósan jobb belátásra. Kérjünk segítséget, hiszen nem vagyunk se mindentudók, se mindenhatók. Senki sem fogja megjavítani a gyermekünket, senki sem őrzi a bölcsek követét, ám jó tanácsot, vagy egy erős kapaszkodót egy jó pedagógus, nevelőszülői tanácsadó, egy tapasztalt „szülő-kolléga” vagy akár a gyermek saját szülője is adhat. Mielőtt ismét kitennék a gyermeket a családból való kiemelés fájdalmának, mérlegeljünk: könnyen lehet, hogy a gyermek sorsa még rosszabbra fordul, ha mi már nem óvjuk meg.

Az állami gondoskodásban élő gyermek nem csak a felnőttekkel kapcsolatban, hanem önmagával szemben is elvesztette a bizalmat. A serdülővel, fiatallal bizalmi kapcsolatot kiépíteni nagyon sok „munka”, amiben a fiatal számtalanszor próbára teszi ezt a kötődést, hogy valóban megtartja-e, vagy csak egy újabb felnőtt lesz az életében, aki eldobja magától, mert nem viselkedik, vagy teljesít az elvárások szerint.

A gyermek számára nyújtott szeretet, bizalomadás nem szabad, hogy elvárásokon alapuljon. A szeretetért ne kelljen a gyerekek teljesíteni. Ez a feltétel nélküli elfogadás, úgy fogadjuk el, és szeressük a gyermeket, amilyen. Ha ezt feltétel nélküli elfogadást a gyermek megérzi, akkor képes lesz a kötődésre is. Ha érzi, hogy a róla gondoskodó felnőtt hinni tud az ő értékeiben, akkor a gyermek is elkezd bízni önmagában. Ebben a kapcsolatban fog odafordulni az őt nevelő, róla gondoskodni akaró, vele törődő felnőttöz azokkal a kérdéseivel, amik őt foglalkoztatják és feszítik a kamaszkorban. Ettől a felnőttől fogja elfogadni azt a mintaadást, amin keresztül megtanulhatja az egészséges életmód, az egészséges táplálkozás fontosságát, a sport örömét és fontosságát az életében. Tőle fogja elfogadni (bár lázad ellene, és sokszor át is fogja lépni) azokat a szabályokat, amik számára biztonságot adnak. A törődni akaró felnőtt már kiskorában odafigyel arra, hogy a gyermek ne üljön órák hosszat a televízió, vagy a számítógép előtt, mert így előbb-utóbb függővé válik, hanem menjenek együtt játszani a friss levegőre, vagy kirándulni, amely programok nem csak a testi egészség megőrzése szempontjából **szükségesek**,



hanem a közösen megélt élményeket és örömet is ad a gyermek számára, ami a lelki egészségét is megőrzi, gyógyítja. Az egymáshoz való kötődést erősíti.

Az "érdek nélkül szeretve lenni" érzés megerősíti a gyermek elvesztett önbizalmát, pozitív irányba alakítja önértékelését.



### Családból kiemelt fiatalok esetében

A 2004 és 2009 között végzett ÁGOTA® országos, állapotracionalizáló kutatás<sup>31</sup> számos nehézségre, hiányosságra mutat rá. Egyértelműen bebizonyosodott, hogy az állami gondoskodásban élő gyermekek és fiatalok rengeteg olyan hátránytól szenvednek, mely legtöbbször szocializációs folyamatuk sérüléseiből fakad.

Független statisztikák szerint is az állami gondoskodásban élő, sokszor halmozottan hátrányos helyzetű fiatalok az intézetből való kikerülést követően igen nagy százalékban marginalizálódtak (esetenként a társadalom perifériájára szorult, hajléktalan) életmódra kényszerülnek. Nem rendelkeznek azokkal a kompetenciákkal, módszerekkel, melyek segítségével beilleszkedhetnének a társadalomba, melyekkel megszűnne státuszukat tekintve peremhelyzetük.

Ezeket a tényeket támasztotta alá a kutatás is, mely eredményei szerint a gyermekvédelmi gondoskodásba kerülő gyermekek és fiatalok az alábbi területeken mutatnak elmaradást, nehézségeket:

- Alacsony önértékelés, önbizalomhiány, identitás, énkép
- Társas kapcsolatok problémái (nevelők, sorstársak, barátok, vér szerinti család),
- Tolerancia alacsony szintje, beilleszkedési nehézségek, Zárkózottság, elszigetelődés
- Megfelelő példaképek megválasztásának nehézsége
- Kötődési képesség (túlzott vagy gyenge)
- Családi trauma megléte, feldolgozottsága
- Bizalomkép sérülése (felnőttek, kortársak)
- Érzelmi stabilitás hiánya
- Kommunikációs nehézségek (önkifejezési eszköztár szegénysége)
- Önrendelkezési problémák: önreflexió, önkritika képességének hiánya, önkontroll, önfegyelem nehézségei, felelősségérzet, jogok, kötelességek
- Koncentráció: Szétszórtság, összeszedettség

<sup>31</sup> Kothencz János, Kothenczné Osváth Viola, Balog Mária, Pál Melinda és Balogh Zsolt (2009). *Róluk...értük...II.* ÁGOTA® Alapítvány, Szeged. (Továbbiakban: Kothencz János et al (2009). *Róluk... Értük... II.* Szeged, ÁGOTA® Alapítvány.



- Önérvényesítés nehézségei, olykor teljes hiánya (alárendeltség, konformizmus, befolyásolhatóság)
- Konfliktuskezelési nehézségek- Indulatvezérelt viselkedés (indulatosság, dühből cselekvés)
- Kiszolgáltatottság- érzetből fakadó problémák
- Teljesítményhez való viszony: Kudarckerülés, tanult tehetetlenség
- Alulmotiváltság (úgy érzi, nincs miért küzdjön, magáért sem küzd)
- Igényszint realitása - igényei és lehetőségei összhangban vannak-e
- Jövőkép (céltalan vagy irracionális jövőkép; jövőtől való félelem)

A fenti listából jól látható, hogy pontosan azok a területek mutatnak hiányosságokat, nehézségeket, melyek az életben való boldoguláshoz elengedhetetlenül szükségesek, azaz épp a társadalmi beilleszkedéshez szükséges kompetenciáknak vannak híján.

## **Bizalmi, kötődési problémák és interperszonális kapcsolatok sérülése, mint kockázati tényező családból kiemelt fiatalok esetében**

Az interperszonális kapcsolatok alapja a kötődés, a kötődésre való képesség. A kötődés (*attachement*) a csecsemőnek azt a hajlamát jelenti, hogy keresse bizonyos emberek közelségét, és hogy ezek mellett az emberek mellett biztonságban érezze magát<sup>32</sup>. Az „elsődleges kötődés” kialakulása biztosítja a gyermek érzelmi, testi és értelmi fejlődésének alapját is. Elsődleges kötődésnek azt a kb. fél éves korra kialakuló szoros kommunikációs és testi kötődést hívjuk, amely a gyermeket édesanyjához, ill. közvetlen környezetéhez fűzi, s amelynek egyértelműen nem tárgyai a környezetében élő más emberek<sup>33</sup>. Ha ez a kötődés nem tud kialakulni, vagy sérül, az mindenképpen testi és pszichés tünetekhez vezet. A gyermekek fejlődésében ilyen esetben minden téren elmaradás mutatható ki.

<sup>32</sup> Atkinson R.L., Atkinson R.C., Smith, E. E. & Bem, D. J. (1999). *Pszichológia*. Osiris-Századvég Kiadó, Budapest. 85.

<sup>33</sup> Vajda Zsuzsanna (2006). *A gyermek pszichológiai fejlődése*. Helikon Kiadó, Budapest. 94.



Harlow híres kísérletét 1979-ben ismételte meg Stephen Suomi, de változtatott az elkülönítés időtartamán. Két csoportot hozott létre, az egyiket rövid időre szeparálta, és azt találta, hogy ezek a majmok a szeparációt követően túl intenzíven igényelték a testi kapcsolatot. Állandóan egymásban kapaszkodtak, és minden hasznos tevékenységet mellőztek: nem ettek, nem kurkászták egymást, nem tanulták meg a megfelelő szexuális viselkedést. A hosszú időre szeparált majmok ezzel szemben teljesen elutasítottak bármiféle kapcsolatot társaikkal: kerülték a testi érintést, nem kooperáltak, agresszívek voltak egymással. Az így kialakult kapcsolatteremtési nehézségek felnőtt korra is fennmaradtak náluk.<sup>34</sup>

Az embergyermeknek sem csak a biológiai szükségletei kielégítése miatt van szüksége az anyjára „Az anya a meleg, az anya az élelem, az anya a kielégülés és a biztonság jóleső állapota”<sup>35</sup> Fromm szerint az első pozitív érzelem, amit egy kisbaba átél, a „szeretnek engem” érzése. A szeretet ezek alapján egy tanulási folyamat. Előbb megérezzük, hogy szeretnek minket, majd a mintát követve elsajátítjuk a „szeretet művészetét”.

Az érzelmi elhanyagolás következtében a kötődési zavaroknak valamelyik formája szinte törvényszerűen kialakul már a gyermekvédelmi gondoskodásba vétel előtt. A család széthullása, atomizálódása következtében a gyermek nem tanul meg odafigyelni másokra, elköteleződni egyes kapcsolatokban.<sup>36</sup> Ugyanilyen káros hatása van a rejtett érzelmi elhanyagoltságnak<sup>37</sup> is.

A gyermekvédelmi gondozás alatt álló gyermek környezetre adott reakcióit, rendszerint a kétségbeesésből fakadó, mindenáron való alkalmazkodási igyekvés jellemzi. Ha az elvárások negatívak, akkor az eredmény az lesz, hogy kialakul a negatív spirál, amelynek következtében deviáns irányba szocializálódik a gyermek. Ennek egyik összetevője, hogy a gyermekekre csak akkor figyelnek, ha gond van vele, hiszen ilyenkor jelent feladatot nevelői számára.

Gyakran tapasztaltuk, hogy az állami gondoskodásban élő gyermekek és fiatalok, bár nagy közösségben élnek, mégis magukba zárkozva, „magányos szigetként” élik mindennapjaikat. Életükből gyakran hiányzik a biztos, támogató, társas háttér.

<sup>34</sup> Balogh Éva (2004). *Fejlődéslélektan*. Didakt Kft., Debrecen.

<sup>35</sup> Fromm, E. (1984). *A szeretet művészete*. Helikon Kiadó, Budapest.52.

<sup>36</sup> Osváth Viola (2016). *Gyermekkori kapcsolatok, és kapcsolati élmények szerepe a kriminalizálódás alakulásában állami gondoskodásban felnövekedett férfiak körében*, Doktori (PhD) értekezés, Pécsi Tudományegyetem BTK Pszichológia Doktori Iskola, Személyiség és Egészségpszichológia Program, Pécs

<sup>37</sup> Mérei F., V. Binét Á. (2006). *Gyermeklélektan*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.



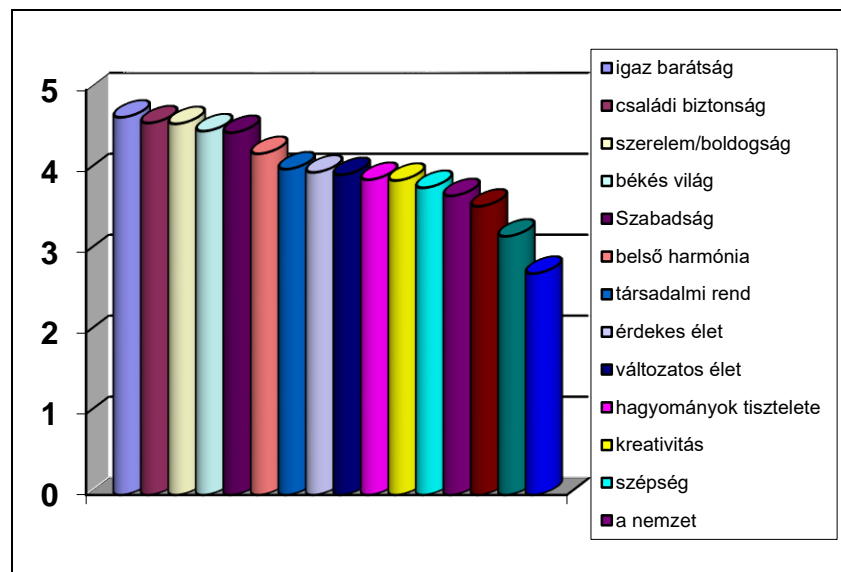
Problémáik kezeléséhez sokszor nincs, ki segédkezet nyújtson, nincs számukra megfelelő kontroll, óvó tekintet, sem objektív tükrözés, hogy cselekedeteiket felülbírálhassák. A körülvevő gyenge társas háló csak ritkán képes megtartani az életbe kilépő fiatalokat. Bár sokan vannak egy helyen, ám az esetek többségében nem alakul a gyerekek közössége egymás számára támogató közösséggé. Ennek oka a traumatikus élményeken túl a bizalomkép sérülésében keresendő. Felnőttek voltak a szüleik, akik felelőtlensége, mulasztása, vagy halála miatt kerültek állami gondoskodásba. A gyermekotthonokban ismételten felnőttek gondoskodnak róluk, hoznak szabályokat, döntéseket az életüket érintő kérdésekben.

## **Normák és vezérfonalak sérülése, hiánya, mint kockázati tényező családból kiemelt fiatalok esetében**

Az állami gondoskodásban történő szocializálódás, az esetek többségében értéksemleges nevelés olyan alapvető hiányosságokat szül az itt élő gyermekek és fiatalok személyiségjegyeit tekintve, melyek az esetek döntő többségében a kikerülést követően további elszigetelődéshez, életpályájuk meredek zuhanásához vezetnek. Életükből legtöbbször hiányoznak a példaképek, a követhető, jó minták, melyek elengedhetetlenül szükségesek lennének sikeres beilleszkedésükhöz. A referenciaszemély szerepét legtöbbször nem egy etalon- személyiség tölti be, így nagy a veszélye a státuszukat tekintve peremhelyzetük megszilárdulásának a kikerülésüket követően. Pedig értékpreferenciáikat tekintve a legfontosabb értékek ugyanazok, mint bármely családba felnövekvő társuknál. Az értékek preferencia-sorrendjét a következő ábra mutatja.



A választott értékpreferenciák



Az ábrán megfigyelhető, hogy a legfontosabbnak tartott értékek a kis közösséghez kapcsolódnak, ezek a barátság, a család, a szerelem, a békés világ, a szabadság, a belső harmónia, amelyek mind az egyénhez vagy kisebb közösséghez szorosan kötődő értékek.

Az értéksorrendben középen helyezkednek azok az individuális, - egyéni, személyes boldogulást kifejező - értékek, amelyek kifejezetten az egyénhez kapcsolódnak, nem jelenik meg benne másik személy vagy személyek, ezek az érdekes élet, a változatos élet és a kreativitás. Szintén a rangsor közepén, illetve a végén található a közösségi értékek másik csoportjához tartozó értékek, a társadalmi rend, a hagyományok tisztelete, a nemzet fontossága és a legvégén a vallás, amelyek nagyobb közösségekhez, nemzethez, társadalomhoz, valláshoz, vallási csoportokhoz kapcsolódnak. A sor legvégén az individuális értékek másik csoportjának elemei találhatóak, a szépség, gazdagság, illetve a hatalom, dominancia mások felett.<sup>38</sup>

Ahogy a fontossági sorrend is mutatja, ugyanazok az értékek fontosak számukra, mint bármely, családban felnövekvő társuknak. Viszont a gyermekvédelmi gondoskodás, gyakran választható minták híján inkább értéksemleges nevelést nyújt, mely ismételtén kapaszkodó nélkül hagyja a gyermeket és fiatalt. Pedig az egyén cselekvéseinek legáltalánosabb mozgatórugói az értékek. Általában a család nyújt eligazítást az értékek tekintetében, és arra

<sup>38</sup> Kothencz János (2009). *Róluk...Értük...I.* ÁGOTA® Alapítvány, Szeged. 350.





is képes, hogy toleranciát fejlesszen ki más értékekkel szemben. Ha azonban nem történik értékközvetítés, az súlyos következményekkel járhat. A gyermekkori hiányokat felnőttkorban nem lehetetlen pótolni, de nagyon sok esetben ez a pótlás nem történik meg, hanem „pótlékok” lépnek a valódi értékek helyére: kábulat az ámulat helyére, az adás helyett a szerzés, a szívben hordott biztonság érzését az erőszak eszközei töltik be (*a zsebben lapuló fegyver képében*).

## Trauma – feldolgozás elmaradottsága, mint kockázati tényező családból kiemelt fiatalok esetében

A gyerekek súlyos traumákon mentek keresztül (apa-anya folyton részeg, verekednek, börtönbe kerülnek a szülők, más esetben meghalnak). Számos gyermek eleve „feleslegként” látja meg a napvilágot: „édes anyukám otthagytott a kórházban”, elhajtják otthonról. Mindez létük legmélyét érinti: önértékelésük minimális. Ezek után nem kell csodálkozni, ha azt vallják: „én végig azt gondoltam, hogy én egy táplálékmaradék vagyok”. Szintén traumatikus meghatározójuk az elutasítottság érzése. Ez nem csupán annyit jelent, hogy *nem kaptak szülői szeretetet, gondoskodást*. Legalább ilyen súlyos sérülést okozott, hogy *nem adhattak gyermeki szeretet!*

A súlyos traumákhoz értelemszerűen félelem társul. Hermann Alice szerint a félelmeink nagy része visszavezethető az egyedüllétől való félelemre, még a halálfélelem is egyfajta szeparációs szorongásnak tekinthető. Különösen igaz ez gyermekkorban, amikor az ember még teljesen a környezetének van kiszolgáltatva, tőlük függ mind biológiai, mind lelki szempontból<sup>39</sup>. Félelmeik elől ábrándvilágba menekülnek, és olyan énképet, családmódellet hordanak magukban, amely nem létezik, vagy irreális. Amit maguk körül látnak – akár a „kintiek”, akár éppen a nevelők magatartása alapján – ellenérzést, kisebbségséget ébreszt bennük az első pillanattól. A bekerülés – az esetek kevés kivételével, - büntetés, kirekesztés (elrekesztés a „normálisoktól”). Még akkor is így élik meg, ha az intézetben „mindenük megvan”.

<sup>39</sup> Hermann Alice (1982). *Emberré nevelés*. Tankönyvkiadó, Budapest. 189-190.



Itt a legfontosabb alapfeladat: a „bizalom sebeinek” gyógyítása, mely sebeket a bekerülésük előttről hoznak, és mely sebek az esetek jelentős százalékában tovább mélyülnek a bekerülést követően, megspékelve a „kiszolgáltatottság az úr” érzésállapottal, melyet a család nélkül növekedő gyermekek és fiatalok tapasztalnak meg a bekerülést követően. Amíg a múlt sebei nincsenek begyógyulva, irreális a célok és a reményteli jövő felé fordulást elvárni a családból kiemelt fiattól (lásd: Maslow piramis)

Mindenképpen érdemes különválasztani a bekerülés előtti és utáni traumákat. Nem szabad szem elől téveszteni, hogy a gyermek a bekerüléskor „tiszta lapot” kell, hogy kapjon az őt körülvevő felnőttektől, noha ő maga már nem egy tiszta lap, hiszen élettörténete van, sorsa van, amellyel kalkulálnunk kell tudni a nevelés legmegfelelőbb eszközének kiválasztásakor. A bekerülés tényéért nagyon sokszor önmagukat okolják a gyermekek és fiatalok<sup>40</sup>, nemlétező önbecsülésük még negatívabb tartományba konvergál, így valószínűbb, hogy társadalmilag leszakadt, alacsony státuszú csoportokhoz csapódik a „valahová tartozás” reményével. Fontos szempont a feledni akarás is ezeknél a fiataloknál, így nagyon nagy kockázatot jelentenek a droghasználóvá válás szempontjából a feldolgozatlan traumák, nehéz életesemények. A traumáik feloldását azonban kellő körültekintéssel, csak nagyon óvatosan lehet megkezdenuk.

## **Kiszolgáltatottság- érzet, mint kockázati tényező családból kiemelt fiatalok esetében**

Az állami gondoskodásban élő gyermekek és fiatalok nagyon sokszor nincsenek is tisztában kiszolgáltatottságukkal. A kiszolgáltatottság- érzéshez társuló tanult tehetetlenség az egyik legnagyobb gátja kompetenciáik fejlődésének. Nem irányítói ebben a létállapotban sorsuknak, csupán sodródnak. A probléma maga borzasztóan összetett: önbizalomhiányukból, társas kapcsolataik sérüléseiből, kötődésbeli problémáikból, szocializációs sérüléseikből, az érdekérvényesítés hiányából és hihetetlen mértékű szeretetvágyukból táplálkozik. Tovább nehezíti a probléma megoldását a legerősebb motivációnak bizonyuló „valahová tartozni

<sup>40</sup> Kothencz János (2009). *Róluk...Értük...I.* ÁGOTA® Alapítvány, Szeged. 76-92.



akarás” is. A kiszolgáltatottságból az egyetlen kivezető út, ha vannak céljaink a jövőre nézve és tudjuk a cél eléréséhez szükséges lépéseket megtenni. Ehhez önbecsülésre és bízni tudásra van szükség, mely célcsoportunk esetében gyakran hiányzik. *(Állami gondoskodásban élő fiatalok esetében drogrevenió szempontjából épp ezért ez az első lépcsőfok: önbizalom-építés és bízni tanítás)*

Kiszolgáltatottságukat a jövő bizonytalansága adja, hogy nem kiszámítható a holnap, és sajnos sokszor a jelen sem. *Szabadságukat a bizalom adná, de a félelem elveszi.* Mert ha a félelemre összpontosít a gyermek, akkor bizony kiszámíthatatlan, hogy az elkövetkezendő órában kivel kell majd konfrontálódni az érdekeiért. Gyakran érzik magukat gazdátlanoknak, amely nem csak a szorongásukat fokozza a jövőtől, a közvetlenül elkövetkezendő pillanattól, hanem a bizonytalannal való együttélést is jelenti.<sup>41</sup>

Kiszolgáltatottságukat enyhíteni tudjuk az egyértelmű, tiszta, metakommunikációval és nonverbális jelekkel is hitelesen alátámasztott nevelési attitűddel, mely segítségével elkerülhető például a „kettős kötés”<sup>42</sup> (Bagdy, 1986) jelensége is.

## Önrendelkezési problémák, mint kockázati tényező családból kiemelt fiatalok esetében

A gyermekvédelmi gondoskodásban felnövekvő gyermekek **sikeres társadalmi integrációja** elsősorban **három tényezőtől** függ. Az első és legfontosabb a gyermekek **szocializációja**, mert ez határozza meg a gyermek személyiségét, rendelkezésre álló erőforrásait. Így tanulja meg például a konfliktusainak kezelését, a problémamegoldási stratégiákat.

Az állami gondoskodásban élő fiatalok konfliktuskezelése azonban legtöbbször kimerül a „szemet szemért”- elv alkalmazásában, valamint indulatvezérelt magatartásuk kitöréseiben, hisz legtöbbször nincs szavuk leírni érzéseiket, így feszültségük is csak tettlegességükben kitörve tud enyhülni. Konfliktus megoldási készségük a kapott modellben alakult ki: „anya rajtunk próbálta levezetni baját, mert apával verekedtek”. A gyermekek ezt az agresszivitást,

<sup>41</sup> Kothencz János (2009). *Róluk...Értük...I.* ÁGOTA® Alapítvány, Szeged. 147.

<sup>42</sup> Bagdy Emőke Dr. (1986). *Családi szocializáció és személyiségzavarok.* Tankönyvkiadó, Budapest.



mint a kapcsolatteremtés „természetes” módját sajátították el. A biztonságot a másik fölé emelkedés és nem az együtt megtalált értékrend adja.

A szocializáció, mint sikeres integrációs szempont a gyermekek önállóságra nevelését tartalmazza, ami a gyermekek gondozásának-nevelésének (szocializációjának) egyik legfontosabb összetevője. Az állami gondoskodásból való kikerülés egyre későbbi időpontja is minden számnál világosabban mutatja az eddigi gyakorlatok hatástalanságát, és az eszköztelenséget. A 18 évesek számára továbbtanulás híján a munkavállalás jelenthetné a megoldást, ám iskolai végzettségük, felkészültségük, éretlenségük erre nem teszi őket alkalmassá. Ahogyan Herczog Mária fogalmazza meg (Herczog, 1997): A 21 éves korig tartó gondoskodás csak elodázza, de nem oldja meg ezt a problémát<sup>43</sup>.

A második sikeres integrációs szempont az a **kapcsolati háló**, mely a családi hátteret biztosíthatja, valamint képes lehet megtartani őt az életbe való kilépésekor.

Az utolsó szempont az **iskolázottsága**, hiszen ez biztosítja a munkaerőpiaci megjelenését. Ehhez képest az állami gondoskodásban élő, 14 évesnél idősebb fiatalok kicsit több mint fele (50,5%) még általános iskolába jár<sup>44</sup>. Ez nagyon magas arány, mely határozott hátrányt jelent kikerülésüket követően.

## Teljesítményhez való viszony és jövőkép, mint kockázati tényező családból kiemelt fiatalok esetében

A családjától elszakítva növekedő gyermek emocionális fejlődését az úgynevezett hospitalizációs ártalmak zavarják. Szimbiotikus érzelmi és értelmi fejlődése. A törődés, gondoskodás, érintés hiányában a csecsemőnek, kisgyermeknek az agya sem fejlődik olyan mértékben, ahogyan kellene. Az érzelmileg elhanyagolt, vagy bántalmazott gyermekeknél pedig az állandó készültségben lévő szorongásközpont nehezíti a többi agyterület normális fejlődését. A gyermekvédelmi gondoskodásban élő gyermekek így mire iskoláskorúak lesznek, nagyon gyakran küzdenek képességeiktől függetlenül hiányos ismeretekkel, beszéd- és/vagy

<sup>43</sup> Herczog Mária(1997). *A gyermekvédelem dilemmái*. Pont Kiadó, Budapest.

<sup>44</sup> Kothencz János (2009). *Róluk...Értük...I.* ÁGOTA® Alapítvány, Szeged. 204.



részképeség- zavarokkal, figyelmi problémákkal, pszichiátriai problémákkal, melyek nagymértékben nehezítik iskolai előmenetelüket.<sup>45</sup>

Az állami gondozásban élő gyermek és fiatal számára a legfontosabb, hogy elfogadják, szeressék. Minden megtévedt útkeresése, amelyről azt gondolja, hogy jó, ennek a szándéknak felel meg. Mikor bennünket érnek kudarcok, a teljesítményünk elmarad az általunk várt szinttől, sérti énképünket. Normális esetben ilyenkor vagy megsokszorozzuk erőfeszítéseinket, vagy más célt tűzünk ki magunk elé. Ha viszont a kudarcok vissza-visszatérnek, és kitöltik az életünket, akkor sajátságos jelentőséget kapnak, nem tudjuk őket félresöpörni. Ezen az úton a fogyatékoság mélyen gyökerező érzése fejlődhet ki, ami később megállíthatatlanul súlyosbodhat. A fogyatékoság, alacsonyabbrendűségi komplexus érzését különféle okok idézhetik elő: testi gyengeség, kedvezőtlen külső, szociális meg nem felelés<sup>46</sup>. Az alacsonyabb rendűségi komplexust olyan tartós és erős feszültségként határozhatjuk meg, amely a személyi adottságainkra vonatkozó fogyatékoság érzésével függ össze. Herczog Mária arra hívja fel a figyelmet, hogy kötelességteljesítés csak olyan gyermektől várható el, akinek lehetősége volt elfogadni önmagát, szeretni önmagát és környezetét<sup>47</sup>.

A környezet elvárásai, és a gyermek belső motivációi is meghatározóak a gyermek teljesítményhez való viszonyában. Humanisztikus megközelítésből<sup>48</sup> tekintve az önmegvalósítás kiteljesedéséhez a környezet feltétel nélküli elfogadása lenne szükséges. Maslow ezt úgy fogalmazza meg motivációs hierarchia elméletében, hogy az önmegvalósítás, mint komplexebb szükséglet csak az alapvető szükségletek kielégítése után jelentkezik. A gyermekvédelmi gondoskodásban élők esetében az alapvető szükségletek közül jó esetben a fiziológiaiak ki vannak elégítve. Biztonságigényük legtöbbször kielégítetlen marad, mert értük nincs, aki kiálljon, megvédje őket, s ezt sokszor tudja a környezetük róluk. Épp ezért irreleváns magas iskolai teljesítményt elvárni egy családból kiemelt gyermektől, aki nem érzi biztonságban magát, gyökértelenül sodródik, és úgy érzi senkihez, semmihez nem tartozik. Ezt az érzésállapotot fűszerezi tovább a jövőtől való félelem, mely már fiatalabb korban is megjelenik náluk, ami a hasonló korú családban élő társaiknál.

<sup>45</sup> Veressné Gönczi Ibolya (2002). *A gyermekvédelem pedagógiája*. Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen. 33-37.

<sup>46</sup> Allport, G.W. (1997). *A személyiség alakulása*. Kairosz Kiadó, Budapest. 146-149.

<sup>47</sup> Herczog Mária (2003). *Gyermekvédelmi kézikönyv*. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó, Budapest. 36-38.

<sup>48</sup> Atkinson, Hilgard (2005). *Pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest. 505-510.



Társadalomban betöltött státuszukat tekintve stagnálást vagy kisebb mértékű emelkedést prognosztizálnak, de többen vannak, akik kikerülésüket követően nagymértékű süllyedést, vagy épp ellenkezőleg, irreálisan magas státusz-emelkedést várnak. Valószínűsíthető, hogy a nagy státusz-süllyedést várás mögött a kilátástalanság, bizonytalanság, a jövőtől való félelem húzódik meg, míg a szélsőségesen magas emelkedés mögött a realitások figyelmen kívül hagyása, egyfajta „rózsaszínű jövőkép” van.<sup>49</sup>

A családból kiemelt fiatalok gyakran lemondanak magukról a sorozatos kudarc-érzések, valamint az önmaguknak megszabott remény nélküli jövőtlenség miatt. Ez hatalmas rizikófaktort jelenthet a droghasználóvá válás szempontjából, így a jövőépítés is kiemelt feladata kell legyen a fiatalokkal való drogpreevenációs tevékenységeinknek.

## A droghasználóvá válás okai

Számos alkalommal találkozunk azzal, hogy a fiatal szerhasználatát a következőképpen magyarázza: „Akkor elfelejtem minden gondom.” „Ha be vagyok szívva, akkor úgy érzem minden rendben, jobb a szövegem és röhögök.” „Jókat nevetek a társaimon közben, vicces dolgokat csinálunk.” „Jó szétcsapni magam, mert akkor nem kattogok hülyeségeken.”- és ez a sor hosszan folytatható lenne, de itt most megállnék és egy közös pontot ragadnék meg, miszerint úgy tűnik ezek a fiatalok felejteni szeretnének vagy „javítani műköedésükön”. 1985-ben Khantzian bevezeti az öngyógyítás, öngyógyszerelés fogalmát a droghasználattal kapcsolatos kezelések megértésében. Joggal feltételezhetjük, hogy fiataljaink szerhasználatát mögött is olykor ez húzódhat. Előfordulhat továbbá, hogy a súlyosan konfliktusos, szociálisan nem megfelelő mintát nyújtó családi háttér mentén a gyermek nem tanul meg máshogy megküzdni problémáival. Álljon itt erre egy példa: ha egy gyermek azt látja, hogy apa hazaér a munkából, esetleg még az anyával is összeveszik és utána rögvest az italhoz nyúl, akkor elképzelhető, hogy a gyermek maga is később így oldja meg problémáit, mivel nem tanult, nem látott egy építőbb jellegű megoldást, nincs megfelelő eszköz a kezében egy esetlegesen

<sup>49</sup> Kothencz János (2009). *Róluk...Értük...I.* ÁGOTA® Alapítvány, Szeged. 341.



felmerülő konfliktus megoldására. Ez a konfliktus lehet személyek közötti és személyen belüli egyaránt.

A családból kiemelt gyermekek és fiatalok esetében nem nevezhetünk meg egy okot, ami miatt droghasználóvá válhatnak, nagyon komplex okrendszer vezethet ehhez az úthoz.

A főbb problémaköröket csoportosítva azonban áttekintést nyújthatunk, hogy a droghasználóvá válás megelőzése érdekében milyen problémakörökkel kell dolgoznunk a család nélkül nevelkedő fiatalok esetében:

**I. Interperszonális kapcsolati rendszer hiányosságai**

- a. Személyes támogató háttér hiánya
- b. Destruktív kapcsolatok
- c. Kortárs kapcsolatok kiemelt szerepe
- d. Szocializációs hiányosságok

**II. Bizalom/önbizalom hiányosságai**

- a. Alacsony önbecsülés
- b. Bizalmi problémák

**III. Önrendelkezési problémák**

- a) Rossz, vagy hiányos konfliktuskezelési technikák
- b) Hiányos problémamegoldási képesség
- c) Megküzdési képesség hiánya
- d) Reziliencia hiánya
- e) Szociális kompetencia hiányosságai
- f) Döntés és felelősségvállalás egyensúlyának felborulása

**IV. Kommunikációs nehézségek**

- a. szegényes szókincs
- b. asszertív kommunikáció hiánya
- c. túlsúlyban indulatvezérelt kommunikáció
- d. társadalmilag elfogadott kommunikációs fordulatok ismereteinek hiánya
- e. érzések megfogalmazásának hiánya

**V. Elítélő társadalmi környezet**

- a. kettős szegénybélyeg
- b. elfordulás



- c. adekvát segítségnyújtás hiánya

**VI. Jövőkép hiánya**

- a. célok megfogalmazásának hiánya, célokhoz vezető út ismeretének hiánya
- b. reménytelenség, kilátástalanság érzése
- c. Maslow szerinti szükséglet hierarchia kielégítetlensége az alsóbb szinteken

## **Vonatkozó kutatások - A szerfogyasztói magatartás feltérképezése**

A kábítószer-fogyasztás egyre nagyobb problémát jelent a világ minden táján. Egyre nagyobb teret ölt a legális és illegális szerfogyasztás, mely az utóbbi években, évtizedekben már nem csupán a felnőtteket, fiatal felnőtteket érinti, hanem a kiskamasz, illetve a kisiskolás korosztályt is. A kialakult probléma feltérképezéséhez és a megfelelő drogpolitika kidolgozásához számos kutatást, vizsgálatot végeztek a preventív szempontokat előtérbe helyezve, illetve a már szerfogyasztó vagy függő egyének körében.

Ahhoz, hogy egyéni, családi, társadalmi vagy politikai szinten fel tudják venni a harcot a kábítószer terjedésével, a függőségek kialakulásával, fontos feltérképezni, hogy mik azok a pszichoszociális okok, amik elvezethettek a fogyasztó magatartás kialakulásához. A kutatások eredményeit összefoglaló értékelések segítik a prevencióval, a kezeléssel, a stratégiai tervekkel, a drogpolitikai irányvonalak kidolgozásával foglalkozó szakemberek munkáját.

A megelőzést preferáló szakemberek, szervezetek érdeklődése a nyolcvanas évektől egyre inkább a középiskolások, illetve az általános iskolások felsőbb évfolyamaira irányult, mivel az életkori sajátosságokból (érzelmi ingadozások, felnőttekkel való konfliktusok, függetlenedés, stb.) kifolyólag a legveszélyeztetettebb korosztály. A szerfogyasztás nem csupán a serdülőkor nehézségeivel való megküzdéssel kezdődik.

**Prevencióba bevonandó fiatalok életkori sajátosságai:**





Erikson (2002) szerint a serdülőkort megelőző időszakban, az iskoláskorban (6-11 év), a teljesítményhez való viszony határozza meg a pszichoszociális fejlődést. Ebben az időszakban az iskolai teljesítményének függvényében alakul ki az énkép. Amennyiben pozitív megerősítést kap teljesítménye által, sikeresnek éli meg az iskolai tanulást, az őt körülvevők (szülők, pedagógusok, nevelők, kortársak) elismerésben részesítik, befogadják. Ha nem sikerül megfelelnie a környezete elvárásainak, kisebbségi érzés lesz úrrá rajta, melyet kompenzálni próbál. Ha van mellette egy támogató referenciaszemély, aki pozitív irányba terelgeti, támogatja, akkor megtapasztalja a sikert, akár az iskola falain kívül is (pl. foci, tánc, stb.). Azonban, ha magára marad, kiközösítik, és olyan „társakhoz” csapódik, ahol nincsenek magas elvárások, ahol meg tud felelni.

Ezt a korszakot követi a serdülőkor (12-20 év). Ez az időszak, amikor a két csoport határán áll. Már nem gyermek, de még nem felnőtt. Erikson elmélete szerint ebben az életszakaszban történik az identitás, az énazonosság keresése és kialakítása. Azonban ahhoz, hogy elérje a felnőtté válást, igen hosszú és feladatokkal teli utat kell megjárnia. Ez az a korszak, mikor a serdülő próbálja megtalálni önmagát, ki is valójában, keresi helyét a társadalomban.

A jelenleg érintett serdülő korosztály a Z generáció tagjai, akik a mindennapjaikat már a virtuális közösségekben élik. Még inkább ki vannak téve a világháló, a média által sugárzott szerepelvárásoknak. Ezen generáció tagjainak, önbevallásuk szerint nehézségeik vannak a beilleszkedéssel a közvetlen környezetükbe, sokkal könnyebben tudnak kapcsolatot teremteni a világhálón keresztül.

Tari Annamária „Z generáció” című könyvében foglalkozik a mai kor serdülő fiataljaival. Szerinte a kiskamasz/kamasz még gyermekként próbál élni, ugyanakkor már felnőttként beszél, és felnőtt problémákkal kell szembenéznie. Vagyis képes arra, hogy észrevegye a körülötte lévő „felnőtt” dolgokat, de mivel mégis csak gyerek, nem képes arra, hogy fel is dolgozza azokat. A gyermekek már nem tudnak gyermekek lenni, mivel a felnőttek olyan szintű autonómiával ruházzák fel őket, mellyel nem minden esetben tudnak megküzdeni.

Ennek megfelelően természetesebb számukra a felnőttek által képviselt viselkedési mód átültetése a saját életükbe. Ha a szülők dohányoznak, alkoholt fogyasztanak, vagy épp drogoznak, felvetődik benne a kérdés, hogy ő is ettől lesz felnőtt, ez az út visz oda, hogy kivívja saját önállóságát? És a példamutatás erősebb bármely elbeszélgetésnél.



## Családjukból kiemelt kiskamaszok és serdülők sajátosságai

### Szakellátásba kerülés krízise

A szakellátásba kerülés által a gyermeket elszakítják a megszokott környezetéből, a szeretett személyektől, saját, biztonságot adó tárgyaitól. Erre a gyermekek nincsenek felkészülve, így mindenképp ez számukra hirtelen bekövetkező (még akkor is, ha az okként szereplő körülmények évek, hónapok óta figyelmeztető jelként szerepelnek) **krízist** jelent. Próbál ellene védekezni, de a rendelkezésre álló erőforrásai nem elegendőek a megoldáshoz. Átmeneti vagy tartós zavarokhoz vezethet, mely előfordulhat dühkitörések, agresszív viselkedés, alvászavar, étvágytalanság, önvád, pszichoszomatikus zavarok, szerfogyasztás felé fordulás formájában. A velük foglalkozó felnőtteknek, szakembereknek van fontos szerepük ezen időszak átsegítésén.

### Célcsoport jellemzői

A családjukból kiemelt gyermekek nagy része küzd tanulási nehézségekkel, melyek fokozzák a beilleszkedési problémákat, az új környezethez való alkalmazkodást, illetve nehezítik a teljesítményre való motiváció kialakulását. Azon gyermekek, akik ingerszegény környezetből érkeztek, ahol a család számára nem preferált érték a tanulás, a tudás, ott a gyermek számára sem fontos, hogy jól teljesítsen az iskolai feladatokban. A kisebbségi érzést fokozza a családból való kiemelés ténye. „A büntudat, az eldobottság és kirekesztettség élménye olyan mélyen áthatja az életüket, hogy az iskolai közösségben tapasztalt elutasítással már nem tudnak megbirkózni.”<sup>50</sup>

A szakellátásban nevelkedő serdülő küzd az életkori nehézségekkel, melyhez társul a megfelelő szülői minta hiánya. Ha nincs előtte egy olyan személy, akihez bármilyen módon kötődhet, akire hasonlítani tudna (akár a környezetéből egy közeli személy, akár egy híresség), olyan személyekkel fog azonosulni, ahol alacsony az elvárás, ahol könnyen azonosulni tud a felkínált szerepekkel (pl. bandatag). Azonban azok, akik szeretnének más életet önmaguknak,

<sup>50</sup>Kothencz János és mtsi: Róluk...értük...II. Családból kiemelt gyermekek és fiatalok pedagógiája; Gyermekvédelmi gondoskodásban élő gyermekek és fiatalok („állami gondoskodásban élők”) pedagógiai, pszichológiai, pszichoszociális és szociális munkaköri megközelíthetősége napjainkban, ÁGOTA® (Állami Gondoskodásban Élő és Veszélyeztetett Fiatalok Támogatásáért) országos, közhasznú Alapítvány 401. oldal 2009 Szeged



mint amilyenből ki lettek emelve, küzdenek a „kapott” családi mintával. Félnek, hogy ugyanazt az utat járják be, amit a szüleik.

„Serdülőkorban, az intézetekben nevelkedő gyermek magatartásában egyre gyakrabban tapasztalható, hogy én- fejlődése infantilis fokon reked meg, érzelmei szegényesek, indulati reakciói kiszámíthatatlanok, inadekvátak. Személyisége úgy épült fel, hogy az énje és felettes-énje nem vált eléggé hatékonyá, a fiatal nem képes arra, hogy ösztönkésztetéseit megbízhatóan alárendelje a környezete reális elvárásainak, a társadalmi normáknak”<sup>51</sup>

A pubertáskori krízis a szerepváltás által egyfajta válság. Azoknak, akiknek kapcsolata diszharmonikus a szüleivel, családjával, fokozottabb terhet jelent a hozott traumák feldolgozása, illetve fel nem dolgozása. A rosszul működő családból (szervedélybeteg, börtönviselt, stb. szülők) kiemelt gyermekeknek gyakorta a megbélyegzéssel is szembe kell nézniük.

Az pozitív énkép kialakítását nehezíti, ha épp a saját „szárnypróbáltatásai” miatt emelték ki a családból. Az ÁGOTA®- kutatás során számos gyermek volt, aki szerint saját magának köszönheti, hogy otthonba kerül.

Néhány példa a bekerülés indokaként:

- szökdősések, bandázás
- nem mindig jártunk suliba, csavarogtunk
- rossz voltam, nem bírtam magammal
- anyám drogozott, apám elitta és elgépezte a pénzt, én csavarogtam, drogoztam
- nem jöttem ki a családommal, drogoztam
- Kezelhetetlen vagyok, stb. (Kothencz, 2009.)

Ha nincs jelen olyan támogató közösség, aki segít átvészelni a fiatal számára a bekerülés utáni traumatikus időszakot, akkor várhatóan beilleszkedési nehézségek, elszeparálódás, deviáns viselkedést folytató csoportokhoz való „csapódást” alakulhat ki. A szakirodalom **deviánsnak** nevezi azokat, akik az adott társadalmi normáktól eltérnek. Ezen viselkedésformákat a társadalom tagjai elítélendőnek minősítik, szankcionálják. Ilyen magatartást tanúsító csoportnak tekintik a bűnözőket, az öngyilkosságot elkövetőket vagy megkísérítőket, az alkoholistákat, illetve a kábítószer fogyasztókat is.

<sup>51</sup> Család, Gyermek, Ifjúság 2005/6



Több elmélet vizsgálta a deviáns magatartás kialakulásának hátterét. A legtöbb elmélet közös pontja, hogy devianciák megjelenésének hátterében a nem megfelelő családi nevelés, a sivár gyermekkor, a szeretetmegvonás, illetve az abból fakadó frusztráció, az agresszivitás helytelen kezelése áll. A társas tanulás elmélete szerint az efféle viselkedést mások megfigyeléséből, magatartásuk lemásolásával sajátítja el.

A deviancia a sikertelen szocializáció eredményének is betudható, melyek következményeként a gyermek nem tud beilleszkedni az őt körülvevő környezetbe, társadalomba, ezáltal nem tud megfelelni azon értékrendszernek, normarendszernek, melyeket elvárnak tőle. Ennek következtében:

- a gyermek olyan csoportokhoz fog kötődni, melynek normarendszere nincs összhangba a szélesebb társadalomával
- az egyéni érzelmi vagy racionális megfontolások alapján elutasítja az adott közösség morális értékrendjét
- nincs mérvadó, normákat követő minta, melyet beépíthetne a saját személyiségébe.

A szakellátásban élő fiatalokkal szemben gyakorta negatív és megbélyegző elvárásokat támasztanak, melynek hatására sok esetben a környezet hajszolja őt a deviáns magatartás felé („Apád alkoholista volt, te is az leszel.”)

### **Interperszonális kapcsolatok**

A családjukból kiemelt gyermekek, fiatalok 3 fő területen alakítanak ki kapcsolat rendszert: vérszerinti család, kortársak, környezetében lévő felnőttek (tanár, nevelő, nevelőszülő, stb.). Annak, hogy egy gyermeknek milyenek lesznek a kapcsolatai, igen meghatározó jelentőséggel bírnak a csecsemő- és kisgyermekkorai élmények. Bár a gyermeket igen sokrétű tárgyi és kulturális környezet veszi körül, fejlődése szempontjából azonban a legmeghatározóbb szerep a közvetlen társas környezetének jut.

A szülők, illetve az elsődleges gondozók viselkedése alapján számos olyan viselkedésminta erősödhet meg, vagy alakulhat ki a gyermekben, amely egész életében végig kísérheti. Ilyen viselkedésminta a kompetencia, a kötődés, vagy épp a tanult tehetetlenség. (Cole, 2003)

A gyermek egészséges testi és lelki fejlődéséhez a legfontosabb háttere az elsődleges kötődés, mely az édesanyjához, illetve a közvetlen környezetében élőkhöz kapcsolódik. Ha ez a kötődés



nem tud megfelelően kialakulni, későbbiekre nézve káros tünetek jelennek meg mind a pszichés, mind a testi fejlődésben.

Az iskoláskor elérésekor a szülő-gyermek közötti kapcsolat lazul. A gyermekek egyre több időt töltenek a felnőttek társasága nélkül. Egyre fontosabbá válik a társak között elfoglalt helyük, mely már ebben az életkorban meghatározó az önmagukról alkotott kép kialakításában. Serdülőkorban megváltozik a szülő, nevelő-gyermek közötti kapcsolat. Nő a két generáció közötti konfliktusok száma, melynek hatására a fiatalok igénye még inkább megnövekszik a kortárskapcsolatok iránt. A kortárskapcsolatok függetlenednek a felnőttektől, egyre több időt töltenek az otthonuktól távol. (Cole, 2003)

A serdülőkorúak egy része aktív formában próbálja kialakítani a függetlenségét a szülőkkel szemben: ellenkezik, minden ellen lázad, kritizálja a felnőtteket, főleg a környezetében élőket. A serdülőkor másik csoportjának jellemző vonása, hogy látszólagos közönnyel reagál az őt körülvevők közeledésére, nem foglalkoztatja a saját jövője. Ők is lázadnak a felnőttek ellen, de mindezt passzívan, kevésbé kitörő megnyilvánulásokkal mutatja ki.

A kamaszoknak természetesen nem csupán a vérszerinti szülők lehetnek megfelelő referenciaszemélyek. Stabilan jelen tud lenni a családjából kiemelt gyermek életében a nevelő, a nevelőszülő, vagy éppen egy tanár.

Jellemző, hogy kivívja a társai elismerését, rendszerint felesel, csínyeket követ el. Mindezzel az egyenrangúságáért harcol, szeretné fellazítani a függő viszonyokat, melyet csak úgy érhet el, ha nyíltan, vagy burkoltan szembeszegül az őt körülvevő felnőttekkel.

A kortárskapcsolatok mellett, hogy segítenek újra formálni és koherenssé tenni az énképet, az ismeretszerzés egyik fő bázisát alkotják. A fiatalok sokkal többet vannak a barátaikkal, mely idő különleges a mindennapjaikban.

A közösséghez való tartozás megkönnyíti a szülőről való leválást, hisz a csoport tagjai állandó visszajelzéssel szolgálnak a fiatal fejlődéséről. (Murányi- Kovács, 1980) A csoport megválasztásánál kamaszkorban felerősödik a származás szerinti elkülönülés. Hollingshead szerint sokkal nagyobb valószínűséggel csatlakoznak azokhoz a csoportokhoz, melyben vele azonos társadalmi réteghez kapcsolódó kortársak vannak. (Vajda, 1999) Így azon gyermekek, akiket a családból kiemelnek, könnyebben tudnak kapcsolatot kialakítani hasonló háttérrel rendelkező fiatalokkal. Így nem kell olyan feltételeknek megfelelnie, melyekben esetleg „megjátsszaná” magát, melyben szégyellnie kellene saját múltját, vagy épp jelenét.



A kortárskapcsolatok a serdülők életében nem csupán a barátok, haverok jelenlétét jelentik, hanem fontos szerepük van a testvéreknek is. A családból kiemelt gyermekek életében kiemelt jelentőséggel bírnak. Főleg, a kiemelést, illetve az azt követő időszakot. Elég megrázkódtatás a gyermek számára, hogy a szüleitől elválasztják. Ezt a gyászélményt fokozza, ha elragadják a testvérétől vagy testvéreitől. Az ÁGOTA®- kutatás során vizsgált fiatalok közül többen már a kiemelés előtt is szoros kapcsolatban voltak a testvéreikkel. Volt, mikor ők gondoskodtak a kisebb testvéreikről, azonban voltak, akik a testvéreikhez menekültek az otthoni légkör elől.

A családjukból kiemelt gyermekek életútjának feldolgozásban, elfogadásában igen fontos szerepe van a vérszerinti családnak. Vannak, akik szégyellik a származási helyüket, akik dühösek a szüleikre, de vannak, akik visszavágyanak az otthonukba, akik szeretettel gondolnak a vérszerinti családjukra. Mindenképp fontos, hogy a családtól elválasztás negatív élményét fel tudják dolgozni, az ezzel kapcsolatos érzelmi feszültségek enyhítésében segítséget kapjon.

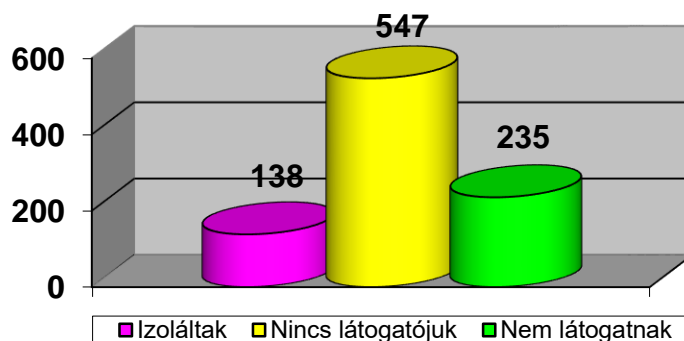
A rendszeres kapcsolattartás segítheti a megbékélést, a biztonságot. Ugyanakkor a serdülők életében sebeket téphet fel egy- egy találkozás. Sok esetben el is utasítják a családdal való kapcsolattartás lehetőségét. Ennek egyik oka lehet, hogy a vérszerinti szülők csapongóan jelennek meg, csalódást okozva a gyermeknek, aki várja őket. Hisz számos esetben tapasztalható, hogy a családi körben bántalmazott, elhanyagolt gyermek kikerülése után is vágyakozik vissza az otthonába, a szüleihez. Mivel a serdülő önmagával szembeni elvárásai is sok esetben tisztázatlanok, nem tudja pontosan megfogalmazni, hogy mit vár a szüleitől. Fontos számukra a családtagokkal való kapcsolattartás, azonban a velük való tényleges találkozást mindannyian máshogy élik meg. Van, aki minden percet kihasznál, amíg együtt lehetnek, van, aki szorong a találkozás miatt, mert felélednek, az emlékekés van olyan, aki a dühét a szüleiére vetíti ki, hisz miattuk került el a családi fészekből. A szülők sem könnyítik meg a helyzetet, hisz minden találkozáskor megtapasztalják, hogy nem voltak képesek nevelni saját gyermeküket. Fáj nekik, ha a fiuk, lányuk jobban szereti azt a felnőttet, aki jelenleg neveli gyermeküket. Gyakorta érzelmi ráhatás által próbálja elérni, hogy gyermeke őt szeresse. Ilyenkor a gyermek összezavarodik, szeretne megfelelni a szülei elvárásaink, ugyanakkor büntudatot is érezhet, ha a erősen kötődik az őt nevelőkhöz.

Ezek az ambivalens érzések olykor egyszerre jelennek meg a gyermekekben, mellyel nehezen tudnak megküzdeni, elfojtják vagy kivetítik másokra (pl. a nevelőszülővel kiabál, ha a szülei nem jöttek el a kapcsolattartásra).



A serdülő „eldobottság” érzését erősíti, ha a családja nem keresi, illetve nem fogadja őt.

Az ÁGOTA® kutatás alapján a gyerekek 8 százaléka (138 gyerek) szinte teljesen elszigeteltnek nevezhető: nem látogatják őket, s ők sem látogatnak senkit. A vizsgált célcsoport gyermekeinek csaknem egyharmadának (547 gyerek, a minta 31,6 %) nincs látogatója az otthonban, 13,7 százaléka (235 gyerek) pedig senkit sem látogat az otthonon kívül.



A kutatás során megkérdezett gyermekek 33,3%-ának a kiemelés után is a szülei – beleértve a nevelőszülőket is- jelentették a legfontosabb személyt az életükben. A válaszadók negyede a testvért jelölte meg. Mindebből következtetni lehet, hogy a családjukból kiemelt gyermekek felének a vérszerinti család valamely tagja jelenti a legfontosabb személyt az életében.

### Serdülők egészségmagatartása

Az egészség eléréséhez mind a testi, mind a lelki állapot kielégítő meglétére van szükség. Az, hogy miként vallanak saját egészségi állapotukról, gyakran szubjektív és pillanatnyi helyzetük alapján véleményezik.

Az oktatási intézményekben végzett egészségügyi szűrések, vizsgálatok alapján az iskolások egészségi állapota folyamatosan romlik, ezzel egyidejűleg pedig megnövekszik az őket érintő betegségek száma. Az életkor előrehaladtával nő az asztmások és az allergiás náthában szenvedők száma. A mozgásszegény életmódnak köszönhetően egyre több fiatalt érintenek a tartási rendellenességek, illetve az elhízás.<sup>52</sup>

Ahhoz, hogy a gyermek egészséges testi, lelki és értelmi fejlődése megfelelő legyen, fontos a folyamatos és aktív testmozgás, mely pozitív hatást gyakorol a pszichés állapotukra is.

<sup>52</sup> Szauer Erzsébet: A magyar gyermekek egészségi állapotának jellemzői (2003)



Hazánkban Nemzeti Drogmegelőzési Iroda és a Magyar Mentálhigiénés Szövetség együttműködve végezte el 2012-2013 között az „Iskolai Egészségfejlesztési és Univerzális Drogmegelőzés” (IEUD) nevű kutatást, mely 1., 3., 5., 7., 9., és 11 osztályos magyar iskolások egészségmagatartására, illetve a drogfogyasztás használatára irányult. E vizsgálatban 6154 gyermeket, fiatalot kérdeztek meg.

Az egészségi állapotukra vonatkozó kérdésre adott válaszok alapján a kiskamaszok (5. osztályos tanulók) értékelik legjobbra, míg a 9. osztályosok a legrosszabbra az egészségüket.



Ezt a tendenciát követi, hogy mennyire elégedettek saját testükkel. Míg a 3.osztályos tanulók több mint fele elégedett volt saját adottságaival, elfogadta önmaga külsejét, a kamaszkorba lépéskor ez az elégedettség lecsökkent.<sup>53</sup>

Mindkét eredmény arra utal, hogy az élekor előrehaladtával az elégedett, önmagukat elfogadó gyermekekből magukkal szemben kritikusan fellépő, elégedetlen kamaszokká válnak. A közösségi média ezen eredményeket erősíti azzal, hogy az idealizált alakokkal rendelkezők lehetnek boldogok, és sikeresek.

Kothencz János és munkatársai 2004-2009. közötti időszakban végezték az ÁGOTA®-kutatást, 1732 fő gyermekvédelmi szakellátásban élő gyermek, fiatal körében, mely átfogóan kiterjedt hazánk minden régiójára. A kutatásban kitűzött cél volt a magyar állami gondoskodásban élők élethelyzetének minél alaposabb megismerése, illetve az eredmények

<sup>53</sup>Greza Ferenc, Surányi Zsuzsanna: *Fiatalok szerfogyasztása*, Kiadvány szülőknek és pedagógusoknak, NCSSZI – Nemzeti Drogmegelőzési Iroda, Budapest 2014.





széleskörű megismertetése. A gyermekvédelmi szakellátásban élők életét érintő számos témavizsgálat között szerepelt az érintett célcsoport életeseeményeinek, kapcsolati hálójának, jövőképeinek, egészségi állapotának, káros szerfogyasztói magatartásának vizsgálata is.

Az egészségi állapotuk tekintetében a családból kiemelt fiatalok 34,4 %-a egészségesnek vallja magát, mely valószínűleg abból adódik, hogy nem szed rendszeresen gyógyszert.

A fizikai jóllét mellett fontos tényező a fiatalok mentális állapota is. A lelki problémák egyre több gyermeket, fiatalot érintenek a korábbi évekhez képest. A depresszív hangulat nem csupán a magyar felnőttekre jellemző, hanem már egészen fiatalon megtapasztalják a gyermekek is. Azon családok, melyekből kiemelik a gyermekeket, jellemző a kilátástalan helyzet, akár anyagi gondok, akár megküzdési stratégiák hiánya miatt. A kiemelést követően a gyerekek egy része magában hordozza azon tüneteket, melyek együttesen depresszív hangulatra utalnak: a rosszkedv, a levertség, az alacsony önértékelés, önhibáztatás, a tevékenységek iránti passzivitás, illetve súlyosabb esetben az öngyilkossági gondolatok, vagy tettek.

A serdülőkori depresszív hangulat szorosan összefügg az egészségkárosító magatartásformák megjelenésével (Pikó, 2005.) Mindez azt jelenti, hogy a depresszív tüneteket mutató serdülők nagyobb eséllyel érintettek dohányzás, az alkohol, illetve a tiltottszer-fogyasztásban.

Az ÁGOTA® - kutatásban az alábbi eredmények születtek a hangulatot jelző témakörben.

**Szokott-e rossz kedved, rossz hangulatod lenni?**

	Gyakoriság	Érvényes százalék
szinte soha	117	6,8
ritkán előfordul	764	44,2
gyakran	582	33,6
nagyon gyakran	267	15,4
Összesen	1730	100,0

A megkérdezett fiatalok 49%-a válaszolta, hogy gyakran, vagy nagyon gyakran van rossz hangulata. Igen magas szám, mely azt jelenti, hogy a depresszív hangulat már egészen fiatalon megjelenik az életükben. Ahhoz, hogy ezt le tudják győzni nem biztos, hogy önerőből képesek



rá. Azt viszont már a családi, baráti mintákból hamar megtanulják, hogy milyen külső örömforrásokat alkalmazhatnak.

**Gondoltál-e már arra valaha is, hogy nincs értelme az életednek?**

	Gyakoriság	Érvényes százalék
nem	877	50,8
igen	851	49,2
Összesen	1728	100,0

A fenti válaszokhoz hasonlóan a gyerekek, fiatalok közel fele válaszolt igennel arra a kérdésre, hogy értelmetlennek látja-e életét. A traumákat átélt, eltaszított, kirekesztett fiatalok a kilátástalan helyzetet megélhetik úgy, hogy nem látják meg a kiutat, nem kapnak olyan pozitív megerősítést, mely által szerethetőnek és értékesnek ítélnék meg magukat. Az életük értelmetlenségének megélése az első lépés lehet afelé, hogy kiutat keressenek ebből a negatív, reményvesztett élethelyzetből. Ha nincs mellettük olyan támogató közeg, aki ezt a képet pozitív irányba terelné, akkor rálépnek az önkárosító útra, melynek tartóssága véget vet az értelmetlen, szürke élethelyzetnek.

**Próbáltál-e már véget vetni az életednek?**

	Gyakoriság	Érvényes százalék
nem	1431	82,9
igen	295	17,1
Összesen	1726	100,0

A családjukból kiemelt, megkérdezett fiatalok 17,1%-a, azaz minden hatodik válaszadó vallotta be, hogy már kísérelt meg valamilyen úton öngyilkosságot. Igen magas szám, hisz ez a fajta problémamegoldás megfelelő segítségnyújtás nélkül kihat egész életükre.

2014-ben az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben készült nemzetközi kutatás az



„Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” témakörben, melyből NémethÁgnes és Költő András készítette el a nemzeti jelentést. Az általuk vizsgált 4740 tanuló közül 1197-nek (25,3%) jutott már eszébe az öngyilkosság gondolata, és 157 fő (3,3%) pedig úgy nyilatkozott, hogy megölné magát.

A 2 kutatást összehasonlítva elmondható, hogy a családból kiemelt fiatalok körében hatszor magasabb az aránya azoknak, akiket foglalkoztat az öngyilkosság gondolata.

Azon fiatalok, akik nem konkrétan öngyilkossági kísérletekkel próbálnak véget vetni az „értelmetlen életüknek”, indirekt módon folytatnak önkárosító életmódot. Ennek legjobb eszköze pedig a szerfogyasztás.

### Szerfogyasztás kor és célcsoport specifikus megközelítésből

Több kutatást végeztek a szerfogyasztói magatartás kialakulásának okait kutatva. Ugyanakkor igen kevés azon reprezentatív vizsgálatok eredményeinek felhasználhatósága melyek kifejezetten a támogató, szeretetteljes szülői háttér hiányával élő fiatalokra terjednek ki.

Számos hazai és nemzetközi vizsgálati eredménye utal arra, hogy az elmúlt évtizedekben jellemzőbbé vált, hogy a gyermekek egyre fiatalabb korban próbálják ki a dohányzást, alkoholt, illetve az illegális szereket. Az elmúlt években készült magyarországi kutatások mindegyike rávilágít arra, hogy a középiskolába kerüléskor igen nagyot ugrik a szerhasználók, kipróbálók száma. Ez az arány a középiskolai évek alatt növekszik, de nem olyan nagy arányban, mint a 9. osztályba lépéskor.

### Dohányzás

Az ÁGOTA®- kutatás eredményei visszatükrözik a korai életkori dohányzást.

Ugyanis a megkérdezett 9-14 év közötti gyermekek 31,1%-a próbálta már ki a dohányzást, ebből 15,8%-uk pedig rendszeres fogyasztó is. Az életkor előre haladtával a rendszeres használók száma nő, 18 éves korukra már 68,8%-uk dohányzik rendszeresen.

### Kipróbáltad-e valaha is a dohányzást, illetve dohányzol-e? \* A kérdezettek korcsoportos besorolása

	9-14 éves	15-17 éves	18 éves és annál idősebb	
soha nem próbáltam ki	40,6%	18,0%	11,0%	26,3%



egyszer megpróbáltam, de utána nem dohányoztam	31,1%	24,0%	13,0%	24,7%
korábban dohányoztam, de már leszoktam	4,3%	3,9%	5,3%	4,4%
évente néhányszor rágyújtok	2,8%	1,6%		1,8%
havonta néhányszor rágyújtok	5,3%	5,1%	2,0%	4,5%
rendszeresen dohányozok (naponta)	15,8%	47,3%	68,8%	38,3%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

### Újabb adatok a droghasználatról a népesség és a fiatalok körében

A legutóbbi populációs vizsgálatra 2007-ben került sor. Ennek tanúsága szerint a különböző kábítószeres életprevalencia értékei a következők szerint alakultak a 18-53 éves populációban: kannabisz: 10,5%, ecstasy: 2,9%, amfetamin: 2,1%, LSD: 1,2%, az összes egyéb tiltott szer vonatkozásában 1% alatti értéket mértek. A 2003-as vizsgálat által mért életprevalencia értékek ugyanebben a korcsoportban a következők voltak: kannabisz: 10%, ecstasy: 3,1%, amfetamin: 2,5%, LSD: 1,7%, az összes többi illegális szer vonatkozásában 1% alatt. A 2007-es kutatás fiatal felnőttekre (18-34 évesek) vonatkozó adatai szerint a megkérdezettek 19,1%-a fogyasztott valaha életében kannabiszt, ez az arány az ecstasy esetében 5,1%, az amfetamin esetében pedig 4% volt. A kannabiszfogyasztás elmúlt évre vonatkozó prevalencia értéke 5,7%, míg az elmúlt havi prevalencia értéke 2,7% volt. A 16 éves iskolás népesség tekintetében országos becslésre az ESPAD-(Európai iskolavizsgálat az alkohol-és egyéb drogfogyasztási szokásokról) vizsgálat adatai alapján van lehetőségünk. Ezt a vizsgálatot 4 évenkénti gyakorisággal ismétljük 1995 óta. A legutóbbi, 2007-es ESPAD-vizsgálat adatai azt mutatják, hogy a kérdéses népesség 13,1%-a használt életében már legalább egy alkalommal marihuánát vagy hasist (2003-ban ez az érték 15,8% volt). Az ecstasy tekintetében mért életprevalencia érték 4,6% volt, amfetaminokat 3,5%-uk, LSD-t vagy más hallucinogént 2,8%-uk, kokaint 1,9%-uk, heroint pedig 1,3%-uk próbált már életében. A kannabisz vonatkozásában mért éves prevalencia 10% volt (2003-ban 11,2%), míg az elmúlt hónapra vonatkozó érték 5% (2003-ban 5,7%). A nemi különbségek tekintetében



megállapítható, hogy a fiúk kannabisz fogyasztásának életprevalencia értéke magasabb, mint a lányoké: 16%-11%." (Nemzeti Stratégia, 2009)

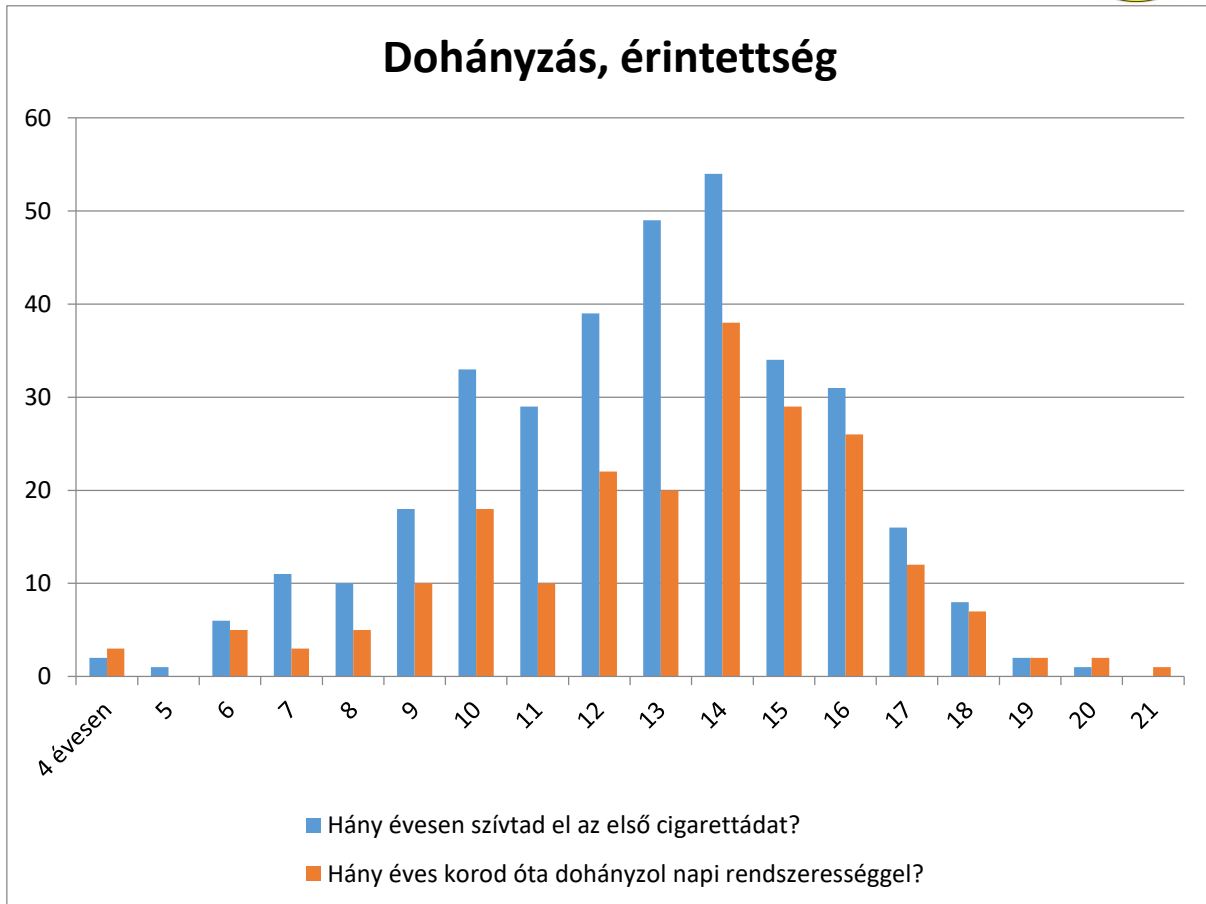
**„A család egészségvédő hatása serdülők körében”** című kutatás eredményei rávilágítanak arra, hogy a kétszülős családokban kisebb a fiatalok dohányzásnak mértéke. Viszont ahol csak egy szülő neveli a gyermeket, nagyobb eséllyel lesznek dohányosok. (Kovács, Pikó 2009.) Ennek értelmében a szülői jelenlét csökkenti a dohányzásra való rászokást. A családból kiemelt gyermekek mellett optimális esetben van olyan személy, aki esetleg pótolhatja a szülői jelenlétet (nevelőszülő, nevelő, pedagógus). A gyakori gondozási hely váltások miatt azonban a stabil személy jelenléte nem mindig biztosított.

Az **„Iskolai Egészségfejlesztési és Univerzális Drogmegelőzés”** (IEUD) nevű kutatásban a „Jelenleg dohányzol-e?” kérdésre az 5. Osztályos gyermek 99%-a, 7. Osztályban pedig 93%-a vallotta, hogy nem dohányzik. Ez az arány a 9. Osztályosok körében 64%-ra csökkent. A mindennap dohányzók aránya pedig 2%-ról 24 %-ra nőtt. (Grezsa, Surányi 2014.)

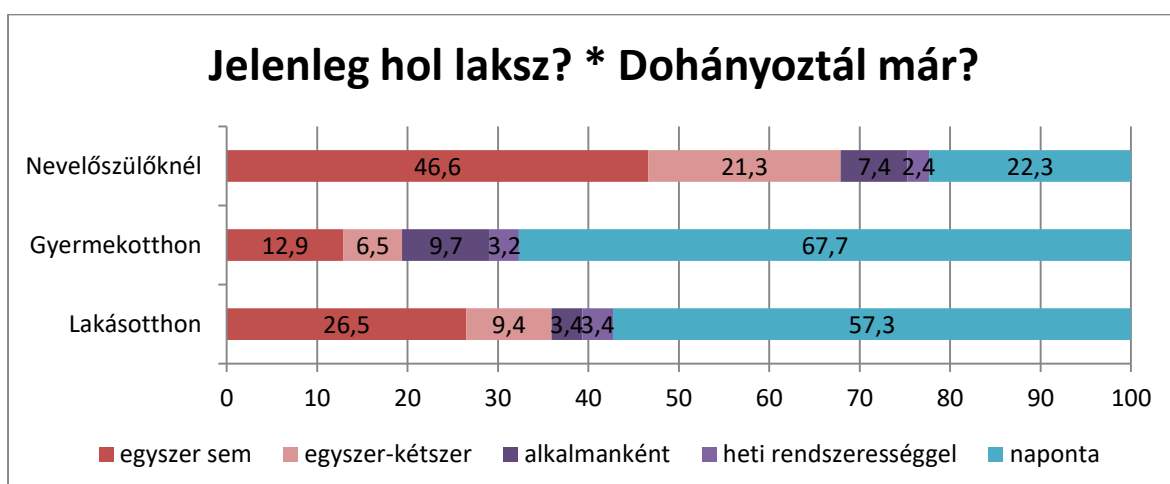
Ugyanezt támasztja alá az **„Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása”** című jelentés, melyben a 7. osztályos fiúk 22,9%-a, a lányok 20,3 %-a próbálta már ki a dohányzást. A 9. osztályba lépő fiúk 45,2 %-a, a lányok 46,4 %-a vallotta, hogy túl van az első szál cigarettáján. Ez az arány a 11. osztályosok körében 60 %-hoz közelít.

A rendszeres dohányzás 5. osztályosok körében a fiúknál 2,2 %, a lányos esetében 1% alatt marad. 9. osztályban mindkét nem körében 20,2 %-ra emelkedik a hetente legalább egyszer dohányzók köre, míg 11. osztályban is csupán 31% vallotta, hogy rendszeresen cigarettázik. (Németh, Költő 2014.)

2018-ban **„Drog, alkohol, dohányzás”** címmel országos szintű kérdőíves kutatásból készült összefoglaló jelentés. Összesen 629 lakóotthonban, gyermekotthonban és nevelőszülőknél élő fiatalokkal töltötték ki a kérdőívet a szerfogyasztó magatartást vizsgálatához.



A fenti ábra ugyan tartalmaz vélhetően torz adatokat a válaszok alapján, ugyanakkor a 14. életév kimagasló a kipróbálás, illetve a dohányzás rendszeressé válásában.



A dohányzásban a legnagyobb érintettsége a gyermekotthonban élőknek van, őket követi a lakásotthonban élő fiatalok. A leginkább védett csoport a nevelőszülőknél lévők. A család szerepe mind védőfaktor, mind pedig kontrollként van jelen a fiatalok életében, mely láthatólag csökkenti a dohányzás mértékét.



Mindegyik vizsgálat rávilágít arra, hogy a középiskola elkezdése, az új közeg, a kamaszkorba lépéssel egy időben megnő a cigaretta kipróbálásának, illetve a rendszeres dohányzás kialakulásának az aránya.

A kamaszkor a felnőtt élet első lépcsőfoka. A dohányzás, mint a felnőtté válás jelképe vonzó a fiatalok számára. Mivel a legtöbb közoktatási intézményben, otthonban, családban tiltják a dohányzást, a fiatalok számára még vonzóbb e tevékenység, mely egyben közösséget is formál a tiltottság megszegésében. A dohányzás enyhíti a depressziót, oldja a feszültséget, mely a testi függőség mellett pszichikai függőséget is okoz.

A családból kiemelt fiatalok a dohányzást korábbi életkorban kezdik kortársaikhoz képest. A fenti adatokat összevetve náluk is a 13-14 év a meghatározó, mikor megnő az aktív dohányozók száma, de közülük már vannak, akik 9-10 éves korukra nem csak kipróbálták, hanem rendszeresebben is használták.

A 2004-2005. évben készült ÁGOTA® kutatás eredményeit összehasonlítva a többi felméréssel, szembevetjük, hogy sokkal magasabb a fiatalabb és rendszeresebben dohányozók száma. Ezzel szemben a 10, illetve 14 évvel később készült felmérések szerint a rendszeresen dohányozók száma már elmarad az említett 47,3, illetve 68,8 százalékokhoz képest.

Tyas és Pederson (1998) szerint 4 csoportra oszthatóak azon tényezők, melyek meghatározó jelentőségűek a függőség kialakulásában:

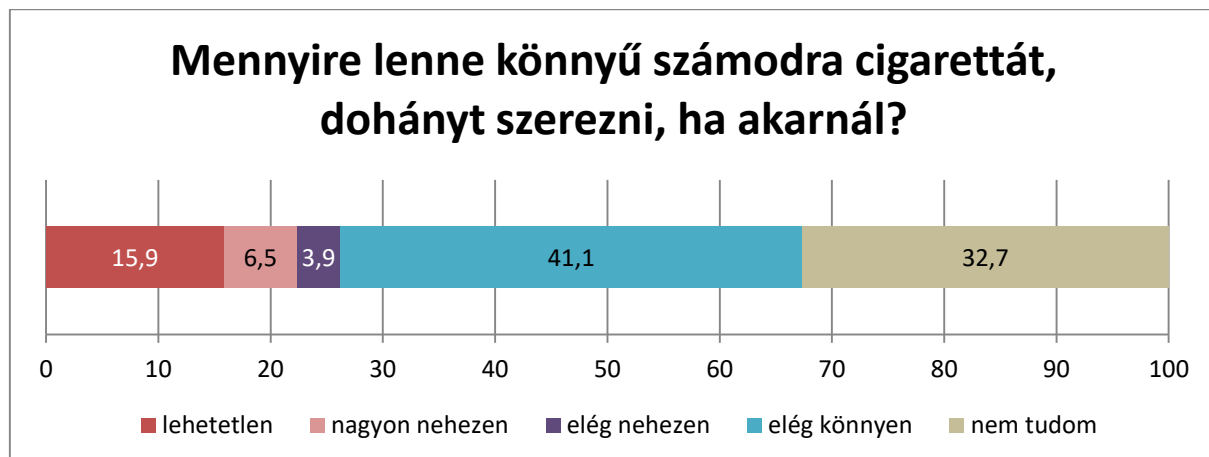
*1. Környezeti tényezők:* családtagok, kortársak dohányzása; a szűk környezet attitűdje a dohányzással kapcsolatban, dohánytermékek hozzáférhetősége.

Az ÁGOTA® kutatás alapján a megkérdezettek fiatalok közül az életkor növekedésével együtt nő azoknak a száma is, akiknek környezetében van erősen dohányos személy.

		A kérdezettek korcsoportos besorolása			Összesen
		9-14 éves	15-17 éves	18 éves és annál idősebb	
Ismerőseid közt van-e erős dohányos?	Nincs	32,1%	12,3%	7,0%	19,7%
	van	67,9%	87,7%	93,0%	80,3%
Összesen		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Magyarországon 2018-ban 18 év alatti személyek nem vásárolhatnak, és nem is mehetnek be olyan boltba, ahol dohányterméket forgalmaznak. A megkérdezett szakellátásban élő gyermekek, fiatalok negyede töltötte be a 18. életévét. Ennek ellenére a válaszadók 41,1%-a mondta, hogy könnyedén hozzáfér. Csupán 16%-uk jelezte, hogy számára lehetetlen lenne hozzáférni a dohányáruhoz.



**2. Szociodemográfiai tényezők:** életkor, nem, családszerkezet, lakóhely, zsebpénz/jövedelem. A családjukból kiemelt fiatalok függőségének erősségére utal, hogy 2004-2005 évben a cigarettára, alkoholra fordított összeg volt a 3. helyen, amire a legtöbbet költöttek. A legtöbbet ruházkodásra költötték, ezt követik a szórakozásra, majd a cigarettára, alkoholra fordított kiadások (1701 Ft).

**3. Magatartási tényezők:** iskolai barátok, preferált értékek, tanulásban elért eredmények; rizikófaktorok jelenléte; életmód.

**4. Egyénre jellemző tényezők:** stressz-kezelés, megküzdési stratégiák, depresszió, önértékelés, dohányzással kapcsolatos attitűd, egészségi állapothoz való viszony

A korábban említett célcsoportra jellemző specifikus körülmények (stressz, iskolai lemaradás, élettigénléssel kapcsolatos negatív hozzáállás, stb.) erősen befolyásolja a dohányzás korai kipróbálását és rendszeressé válását a családból kiemelt fiatalok körében.

**Alkohol:**

Az alkoholfogyasztás a fizikai és pszichés függés mellett a szociális-társadalmi környezetben is igen nagy problémákat okoz. A kipróbálás alkalmával megtapasztalják, hogy a minimális





alkohol oldja a feszültséget, a szorongást, átmenetileg feledteti a problémákat. Azonban ahol a feldolgozatlan traumákat „cipelik” a gyermekek, nincs támogató, szerető közeg, ott az alkohol okozta „élményt” gyakrabban keresik. Az ESPAD vizsgálatok szerint 2011-ben a 16 évesek körében 94%-uk ivott már valamilyen alkohol tartalmú italt. A több évnyi kutatásokat összehasonlítva megállapítható, hogy 1995-ről 2011-re majdnem kétszeresére – 7,9%-ról 14,8%-ra nőtt azoknak a 16 éves fiataloknak az aránya, akik havonta több mint 6 alkalommal fogyasztanak alkoholt (Elekes, 2012)

2004-2005-ben az **ÁGOTA**<sup>®</sup> - **kutatás** tartalmazott alkoholra irányuló kérdéseket, azonban a gyermekek, fiatalok érintettsége az italfogyasztással kapcsolatban több szintű. Az alkohollal nem csupán saját fogyasztáson keresztüli tapasztalataik vannak. A kutatásban megkérdezett gyermekek közül közel **250-en** említették bekerülési okként egyik vagy mindkét szülő alkoholfüggőségét, italozós életvitelét. Ezen felül természetesen **sokkal több** azon szülők száma, akik rendszeres alkoholfogyasztók, alkoholbetegek voltak, melynek hatására kialakult a gyermekek kiemelését közvetlenül érintő probléma (szegénység, bántalmazás, elhanyagolás, stb.)

A szülők alkoholfogyasztása, ha nem is követendő példaként, de egyfajta mintaként jelenik meg a gyermekek életében. A szülők akár a saját feldolgozatlan traumáik, helytelen problémamegoldó stratégiájuk, stressz-kezelésük miatt, vagy akár a kilátástalan helyzetükből adódóan kezelik italozással a nehézségeiket, a viselkedésük mindenképp nyomot hagy a gyermekekben. Számos kutatás bizonyította, hogy az alkoholfüggőség kialakulásában jelentősége van a genetikának is, így a szülők alkohol-, esetleg drogfogyasztása jelentősen növeli gyermekük szerhasználatának valószínűségét.

Azon családokban, ahol az egyik, vagy esetleg a mindkét szülő heti, vagy napi szinten fogyasztott alkoholt, részegedett le, jellemzően megjelennek az elhanyagoló, durva esetleg agresszív nevelési „módszerek”, állandó jellegű veszekedések, kiabálások. Ezen hatások következményeként az érintett gyermekek, fiatalok könnyebben sodródhatnak a szerfogyasztói magatartás irányába.



**Kipróbáltad-e valaha is az alkoholt, illetve szoktál-e alkoholt inni? \* A kérdezettek korcsoportos besorolása**

	9-14 éves	15-17 éves	18 éves és annál idősebb	
soha nem próbáltam ki	58,2%	24,3%	12,0%	36,3%
egyszer megpróbáltam, de utána soha többé nem ittam	25,5%	23,5%	11,3%	21,7%
korábban ittam rendszeresen, de már leszoktam	0,8%	1,0%	2,7%	1,3%
évente néhányszor iszok alkoholt	9,3%	26,5%	30,6%	20,0%
havonta néhányszor iszok alkoholt	4,2%	19,1%	34,2%	15,9%
rendszeresen iszok alkoholt (hetente)	2,0%	5,6%	9,3%	4,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Igen magas azon kamaszok száma 15 éves kor felett, akik havonta több alkalommal fogyasztanak alkoholt. 15- 17 év közöttiek 24,7 %-a, míg a 18. évet betöltöttek 43,5 %-a vallotta, hogy igen gyakran iszik alkoholt. Arra nincsenek pontos adatok, hogy ezek „csak” 1-2 pohárnyi ital elfogyasztását jelentik-e, de a korukból kifolyólag valószínűleg nem a családi, kulturális alkoholfogyasztás apropóján isznak meg 1-1pohárnyi italt.

**Leggyakrabban milyen alkoholt szoktál inni?**

	Gyakoriság	Érvényes százalék
sör	280	31,4
bor, pezsgő	189	21,2
likőr, vermut	133	14,9
tömény (pálinka, vodka, konyak, whisky)	289	32,4
Összesen	892	100,0



Az alkoholfogyasztó fiatalok körében a legnépszerűbbek a tömény italok (32,4%), ezt követi a sör (31,4%), majd a bor (21,2%), de a likőrök és vermutok is népszerűek (14,9%). Mivel a szervezetük még fiatal, így az első helyen álló tömény ital könnyebben lerészegíti őket, illetve nagyobb károkat okoz mind testileg, mind pszichésen.

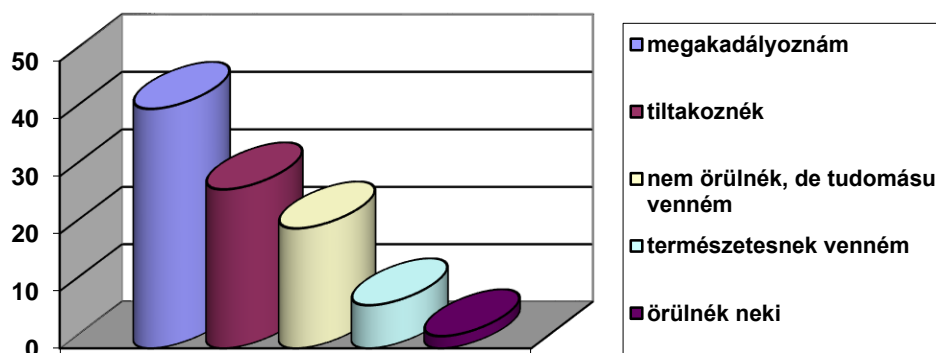
### Előfordult-e már, hogy gyógyszerre ittál alkoholt?

	Gyakoriság	Érvényes százalék
nem	967	83,9
igen, egyszer	114	9,9
igen, többször is	72	6,2
Összesen	1153	100,0

A gyorsabb hatás elérése érdekében valamilyen gyógyszer és alkohol keverékét a vizsgált fiatalok 6,2%-a használja. Ők többször is kipróbálták ezt a módszert. Csaknem 10 %-uk pedig legalább egyszer, de 83,4%-uk távol tartja magát az ilyen cselekedetektől.

A kérdőíves felmérés során a válaszadók azt is megfogalmazhatták, hogy miként fogadnák, ha a szobatársuk alkoholbeteg volna:

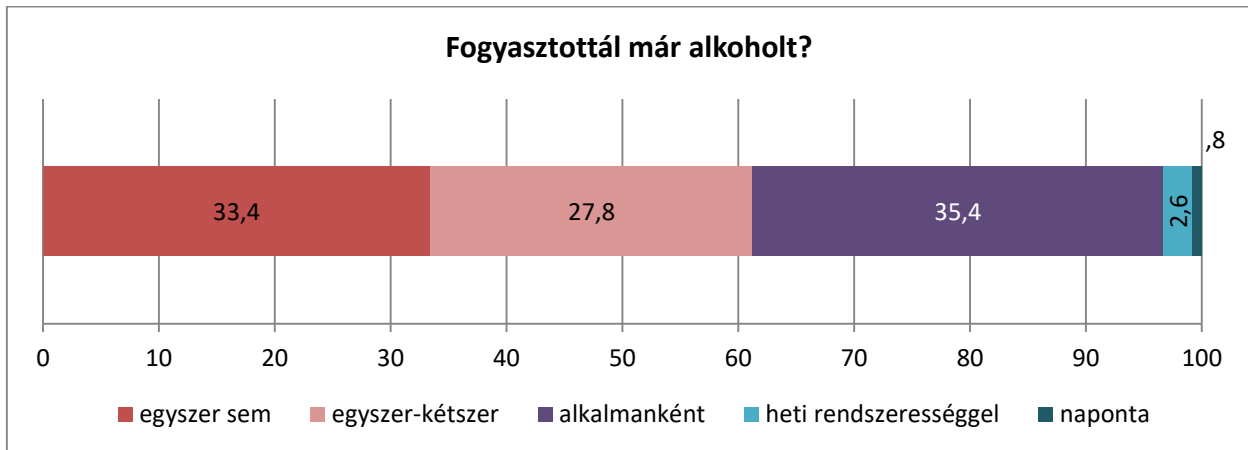
### Hogyan fogadnád, ha a szobatársad alkoholbeteg volna?



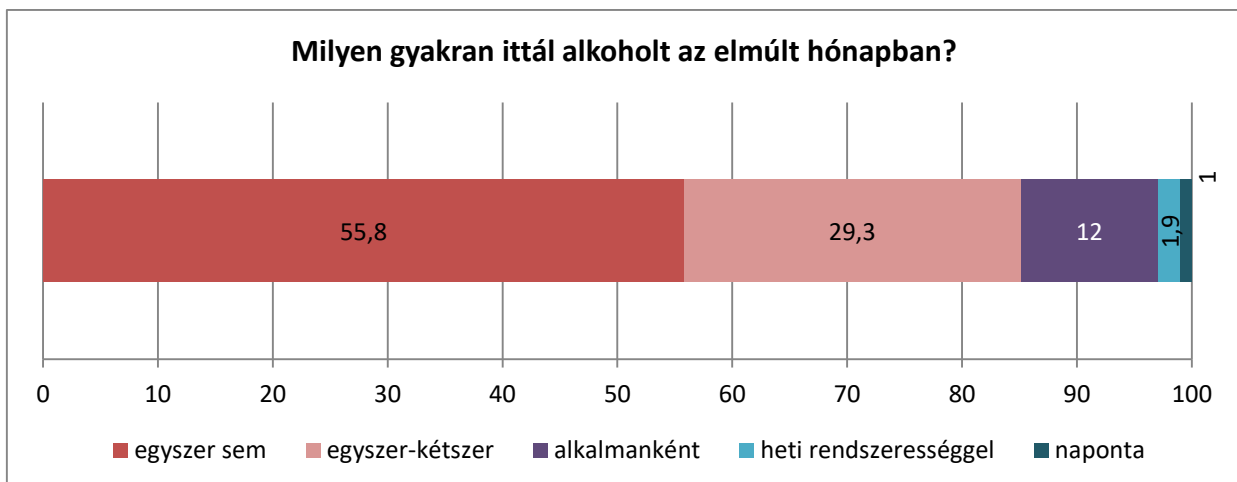
A legtöbbszörnek negatív a hozzáállása az alkoholproblémával küzdő kortársakkal szemben. 75%-a tiltakozna az ellen, hogy a szobatársa alkoholbeteg legyen. Ez a hozzáállás vonatkozhat arra is, hogy megelőzze a szobatársa kialakuló problémáit, ugyanakkor mutathatja azt a fajta ellenállást is, miszerint a szobájába helyezzenek el egy alkoholfüggő fiatalt.



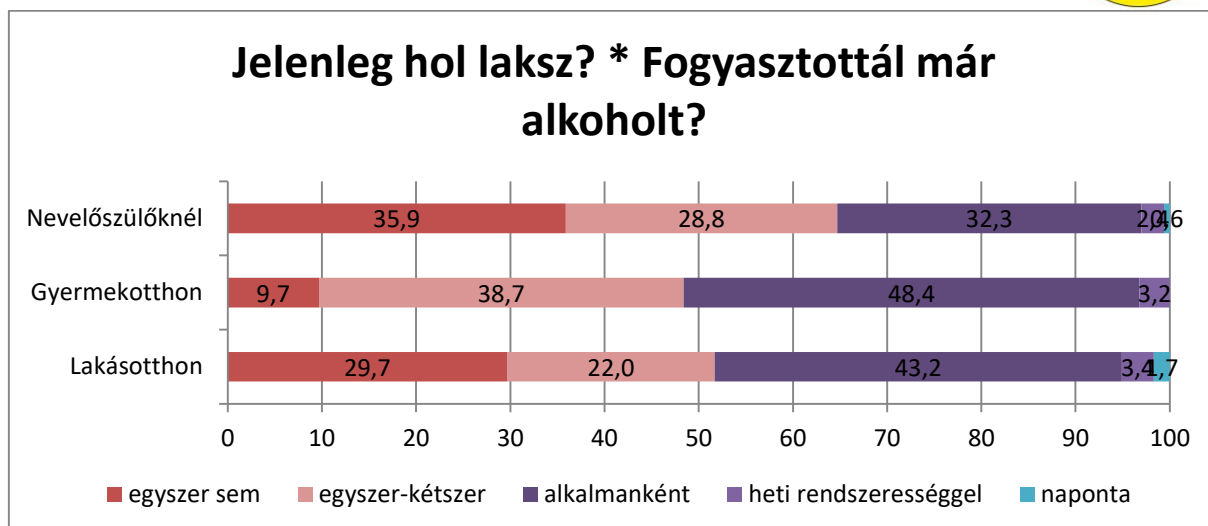
A **gyermekvédelmi szakellátásban élők 2018-ban** az alábbi válaszokat adták az alkoholfogyasztásra irányuló kérdésre:



A válaszadók 3,4 %-a vallotta, hogy rendszeresen fogyaszt alkoholt (havonta, illetve havonta többször). Ez az arány, kevesebb, mint amennyi 2004-2005-ben született eredmény a célcsoport vonatkozásában (4,8).



Az elmúlt hónap alkoholfogyasztásra koncentrálva azonban a fenti eredményekhez képest magasabb azon fiatalok aránya, aki 30 napon belül ivott alkoholt. 55,8 %-a továbbra sem fogyasztott alkohol tartalmú italt, viszont 44,2 %-uk igen.



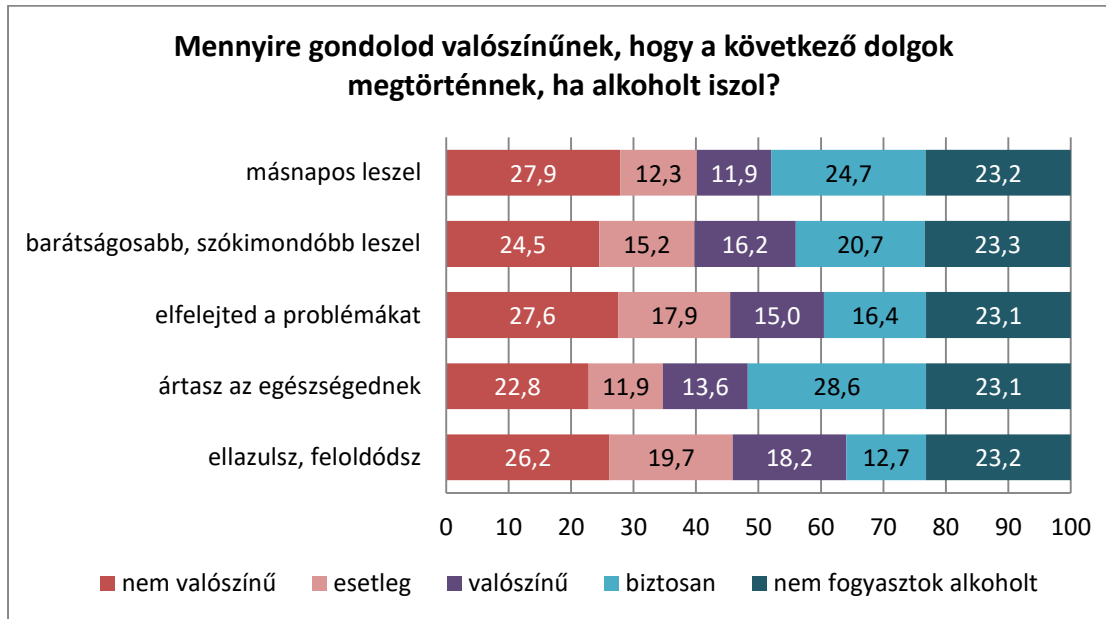
z Az alkoholfogyasztás aránya a szakellátásban élő gyermekek, fiatalok körében is eltérő, mely függ az elhelyezésük helyétől is. A fenti ábra alapján elmondható, hogy a nevelőszülőknél élők érintettsége, illetve alkoholfogyasztási lehetőségei kisebbek, mint a gyermekotthonban, vagy lakásotthonban nevelkedő kortársaknak.

A kutatás kitér arra is, hogy tisztában vannak-e az alkoholfogyasztás következményeivel, illetve mit várnak az italozásoktól.

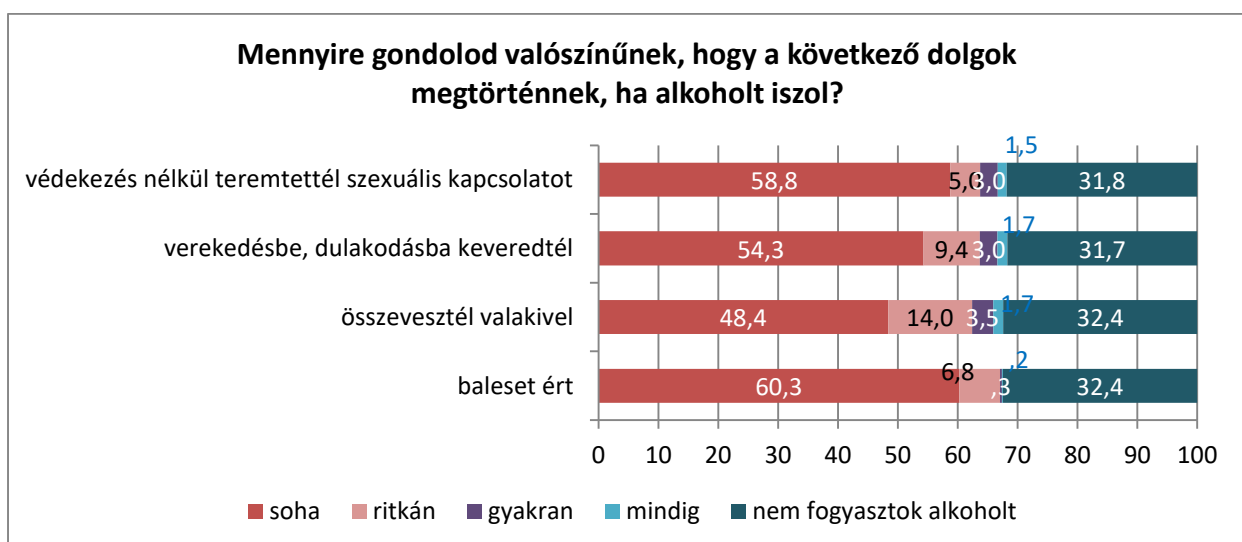
A kérdőívben 2 részletben is vizsgálják az alternatívákat, melyekre az alábbi 2 diagram ad választ.

Az első adattábla megmutatja, hogy a gyermekekre, fiatalra nézve milyen hatásai lehetnek az alkoholnak, míg a második azon eseményekre mutat rá, melyek valószínűleg bekövetkezhetnek.

Természetesen nem csak azon fiatalok válaszait tartalmazza, akik alkalmanként vagy rendszeresen isznak alkoholt, hanem a „józan” életet élőket is.



A várható következmények közül a legtöbben abban biztosak, hogy ártanak a saját egészségüknek az alkohollal. Tehát tisztában vannak a negatív hatásaival, mely a szervezetükre hat. Ennek ellenére fogyasztják, és nem is kis mértékben, mivel 36,6 %-uk szinte (valószínű) biztos abban, hogy másnapos lesz egy-egy italozás után. Azt, hogy miért fogyasztják az alkoholt, a fenti felsorolásból a válaszadó fiatalok negyede egyiket sem tartja indoknak, így az ivászatok okai, illetve várható hatásai ezeken kívül keresendők.



Az alkoholfogyasztás hatására bekövetkező események tekintetében elég pozitívan nyilatkoznak. Szerintük igen alacsony az esélye a fent felsorolt történéseknek még alkohol hatása alatt is. Viszont nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy vannak olyan fiatalok, akik alkohol ivás hatására gyakran, illetve rendszeresen védekezés nélküli szexuális kapcsolatot



teremtnek, verekednek, vagy épp olyan veszélyes helyzetekbe (pl. ittas vezetés) keverednek, melyeknek baleset az eredménye.

**„Iskolai Egészségfejlesztési és Univerzális Drogmegelőzés”** című kutatásban arra is kitértek, hogy ivott-e már annyit a gyermek, illetve fiatal, amitől lerészegedett. A 9. osztályosok (14-15 évesek) 26%-a vallotta, hogy legalább már 4 alkalommal ivott olyan sokat, amitől részeg lett. Ebből az arányból pedig 15% volt, aki már több mint 10 alkalommal volt részeg. A 11. osztályosoknál ez az arány magasabb, 43%-a részegedett le legalább 4 alkalommal élete során.

A 2014-es **„Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása”** című vizsgálat részletesen bemutatja az 5-11. osztályosok alkoholfogyasztási szokásait. A kutatásból készült jelentés rávilágít arra, hogy az alkohol milyen drasztikus teret foglal el a fiatalok életében. A vizsgált 5. osztályosok 3%, a 11. osztályosok pedig a 4%-a fogyaszt naponta valamilyen alkoholt.

A hetente és a havonta fogyasztók aránya is emelkedést mutat az ÁGOTA®- kutatás eredményeihez képest.

A kutatás beszámol arról, hogy az első lerészegedést mikor tapasztalták meg a fiatalok. A válaszok alapján a megkérdezett 9. osztályosok 2,5%-a már 11 évesen megtapasztalta a részegség érzését. Ez az arány 15 éves korukig erőteljesen emelkedik (37,9%). A 11. osztályosok körében az első lerészegedés aránya évente nő, de alacsonyabb mértékben- 15 évesen 23,4%- uk vallotta, hogy ekkor rúgott be először.

### Kábítószer

Az ÁGOTA®- kutatás kérdőíves felmérése is kitért arra, hogy a megkérdezett fiatalok kipróbálták-e vagy használnak-e aktívan valamilyen kábítószer.

#### Kipróbáltad-e valaha is a kábítószer, illetve szoktál-e kábítószer használni?

	Gyakoriság	Érvényes százalék
soha nem próbáltam ki	1318	76,8
egyszer megpróbáltam, de utána soha többé nem	204	11,9
korábban használtam, de már leszoktam	63	3,7

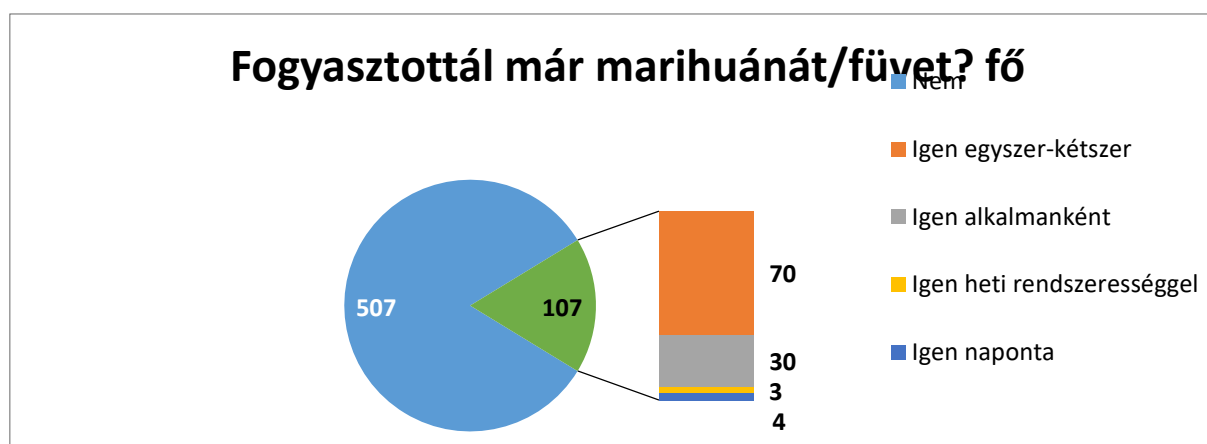


évente néhányszor használók	37	2,2
havonta néhányszor használók	57	3,3
rendszeresen használók (legalább hetente, vagy gyakrabban)	37	2,2
Összesen	1716	100,0

A válaszadó fiatalok 76,8 %-a saját bevallása szerint sosem próbált semmilyen illegális szert. Összesen 5,5%-a volt azon fiataloknak az aránya, akik legalább havonta vagy még gyakrabban használnak valamilyen szert. Arról nincsenek pontos adatok, hogy hány fő használ olyan szert, mely nem minősül illegálisnak, mégis kábítószerként alkalmazzák (pl. szipuzás, oldószeres, stb.). Mivel azok már 2004-2005-ben is könnyen hozzáférhetőek voltak, valószínűleg nagy eséllyel alkalmazták azokat.

A kábítószer használó válaszadók legtöbbször 1 (36,9%); 2 (30,1%); illetve 3-4 (26,2%) éve használja a szereket. A leggyakrabban a viszonylag olcsón beszerezhető marihuánát, valamint a különböző tablettáformájú diszkódrogokat használják. A drága, és gyors függőséghez vezető heroin és LSD említése szerencsére igen ritka. A megkérdezettek átlagosan 2,5 éve használják a kábítószereket.

A „**Drog, alkohol, dohányzás**” című felmérés alapul véve a korábbi tapasztalatokat, külön foglalkozott a marihuána fogyasztással.

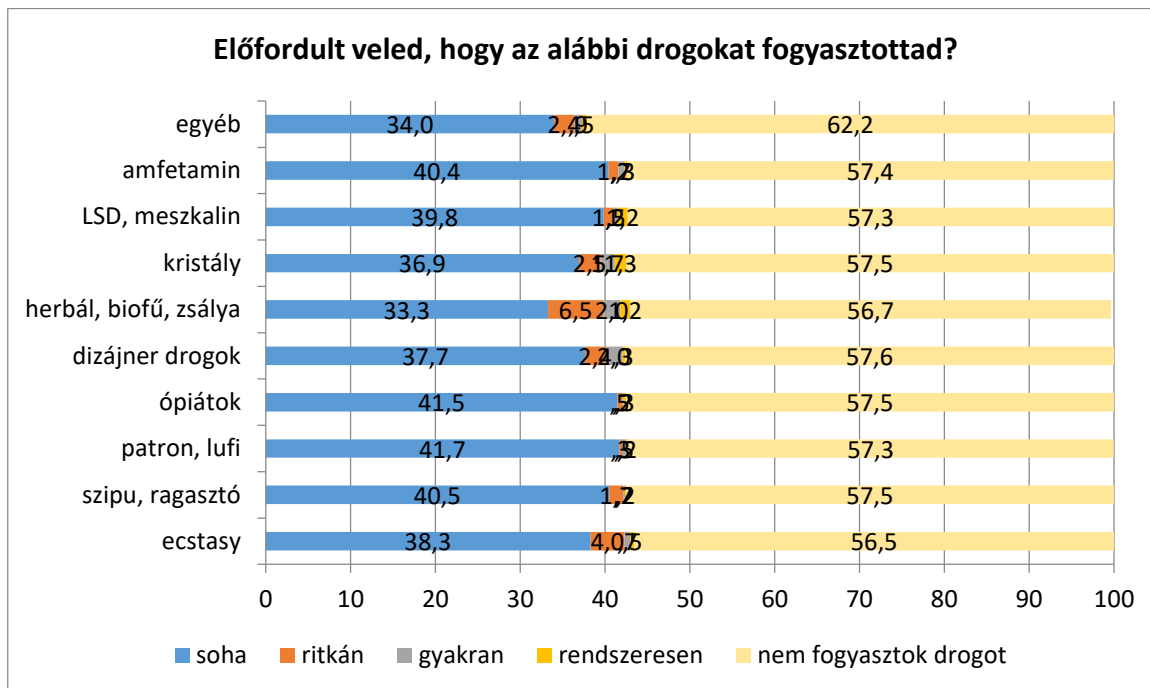


A megkérdezett családjukból kiemelt fiatalok 17%-a vallotta, hogy már próbálta, vagy használja rendszeresen a füvet.

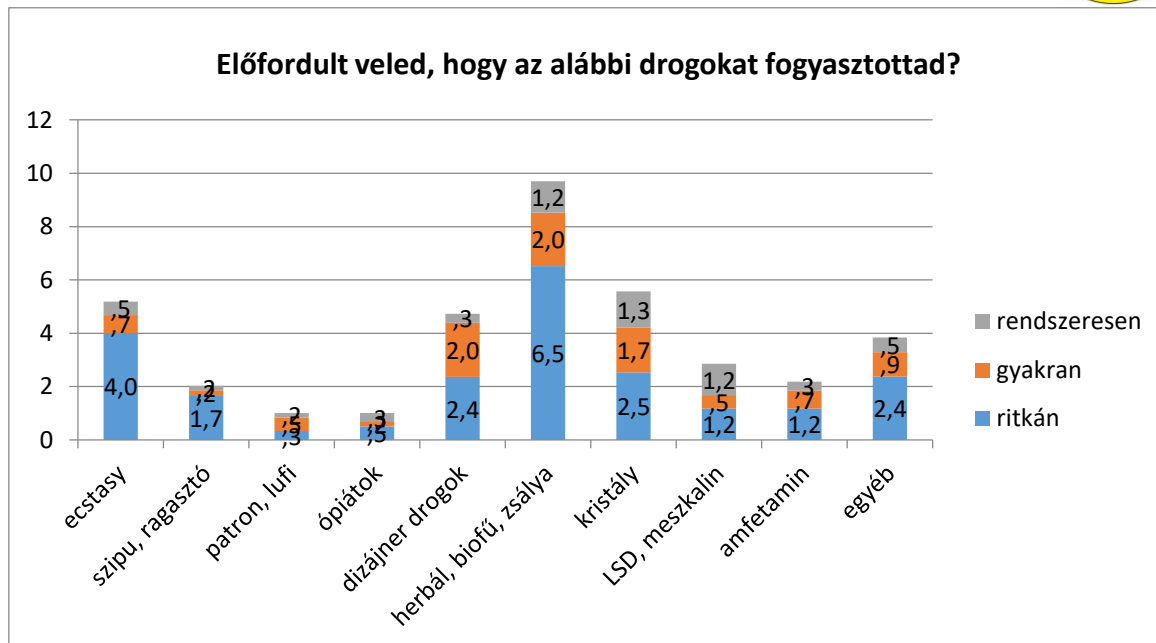




A marihuánán kívül a fogyasztott szerek használatának felméréséből kiderül, hogy adizájner drogok, herbál, biofű és zsálya teret hódított, az extasy és kristály hódít leginkább a fiatalok körében.



Az alábbi ábra pedig részletesen bemutatja, hogy azon fiatalok, aki szerfogyasztók, milyen arányban fogyasztották a kábítószeres valamelyikét. A herbál, biofű, zsálya kapcsán a válaszadók 6,5%-a jelezte, hogy ritkán használta, 2%-a hogy gyakran, 1,2%-a azt, hogy rendszeresen alkalmazta. Az extasy esetében 4 – 0,7 -0,5% ugyanezen gyakoriságnak az aránya. A dizájner drogok kategóriában a ritkán dizájnert használók száma 2,4%-ot ér el. Közülük 2% gyakran, 0,3%-uk rendszeresen használ dizájnert. Ehhez hasonlóan alakul a kristály, az amfetamin és a szipu/ragasztó használatot jelzők arányai.



A drogfogyasztásban érintettek aránya ugyanazt a tényt támasztja alá, mint a dohányzásnál, vagy épp az alkoholfogyasztásnál. A kábítószer használatban leginkább a gyermekotthonban és a lakásotthonban lakók érintettek. A dizájner drogok és a marihuána fogyasztás tekintetében a gyermekotthon lakó nagyobb arányban fogyasztják ezen szereket, mint a sorstársaik. Viszont a kristály, illetve a herbál, biofű, zsálya kapcsán a lakásotthonban élő fiatalok vallották nagyobb arányban, hogy rendszeresen vagy gyakran fogyasztják ezen szereke valamelyikét.

Minden káros szer használatában a legkevésbé érintettek a nevelőszülőnél élő gyermekek, fiatalok. Nem védettek teljes mértékben, hisz köztük is van, aki dohányzik, iszik alkohol, illetve fogyaszt valamilyen kábítószer. Mégis ők mondhatók leginkább védettnek a szakellátásban élők vonatkozásában.

**„Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása”** nevű jelentés alapján a serdülők körében marihuána (18,7%) a legnépszerűbb szer a kábítószeresek közül. Ezt követi az alkohol és a gyógyszer kombinált fogyasztása (7,5%), a növényi eredetű drogok, illetve a dizájner drogok (4,5-4,5%-os arányban).

A 2014-es adatok alapján az akkor 9. Osztályos tanulók közül főként 14 (29,5%), illetve 15 (32,9%) éves korban próbált ki először valamilyen kábítószer. Érdekes, hogy a 9. Osztályosok körében a szerfogyasztók 21, 4% vallotta, hogy csak 16 éves korukban fogyasztottak először



valamilyen szert. A felmérés elkészítésekor 11. Osztályban tanulók 61%-a vallotta, hogy csak 16 évesen vagy később ismerkedett meg először a szerfogyasztással.

A **Fiatalkorú szerhasználat** című kiadványban bemutatásra kerülő „**Iskolai Egészségfejlesztési és Univerzális Drogmegelőzés**” című kutatás alapján a 7. osztályosok körében kezdődik a marihuána, az altatók, nyugtatók, az extasy, illetve a szipuzás kipróbálása, használása. A többi drog típussal való megismerkedés főként 9. osztályra tehető. A legtöbb kábítószer kipróbálási aránya alacsony számú (2-3%), viszont a fű fogyasztása a 11. osztályra a megkérdezettek 15%-át érinti 2012-2013-ban.

A kutatás rámutat arra is, hogy a 9. osztályosok érintettsége a káros szerek tekintetében sokkal magasabb, mint a vizsgált hasonló korúaké. A drogot, dohányzást, alkoholt és gyógyszerek használatát ellenzők aránya ebben az évfolyamban tanulók körében visszaesik. Az általánosan, hogy kisebb arányban tartják károsnak ezen szereket, fogékonyabbak a kipróbálásra, használatra.

A kiadványban külön kitérnek a szerfogyasztói magatartás védőfaktoraira is. Az egyik legkiemelkedőbb szerepe a családnak van. A család összetartó erejéről a szert nem fogyasztók 84%-a nyilatkozott pozitívan. Ezzel szemben a kábítószer kipróbálók esetében 57%-uk vallotta összetartónak a családját. Magas arányú eltérés mutatkozik a szert kipróbálók és a szert nem használók vonatkozásában azon állításra, mely szerint jól érzi magát a családjában. A kábítószer kipróbálók 72%-a, a jelenleg dohányzóknak 73%-a, míg a szert nem fogyasztók 92%-a érzi jól magát családjában. Mindez arra utal, hogy azon családok, ahol a gyermek biztonságban van, ahol jól érzi magát a családjában, ahol támogatják, biztatják, ott kisebb az esély a szerfogyasztói magatartás kialakulására.

### **Alternatívák a szermentes életvitel eléréséhez**

Az érintett korcsoport számára fontos, hogy megismerje, milyen módon oldja meg a saját mindennapi problémáit, melyek azok, amik segítenek nekik legyőzni a kamaszkor nehézségeit. A szakellátásban élő serdülők számára pedig fontos, hogy megtapasztalják, dönthetnek saját életük alakulásáról.

Fontos, hogy tisztában legyenek azzal, hogy mire képesek, ez által milyen célokat tűzzenek ki maguk elé. Az ÁGOTA® - kutatásban résztvevők az alábbi célokat tűzték ki, melyek 5 éven belül szeretnék elérni:



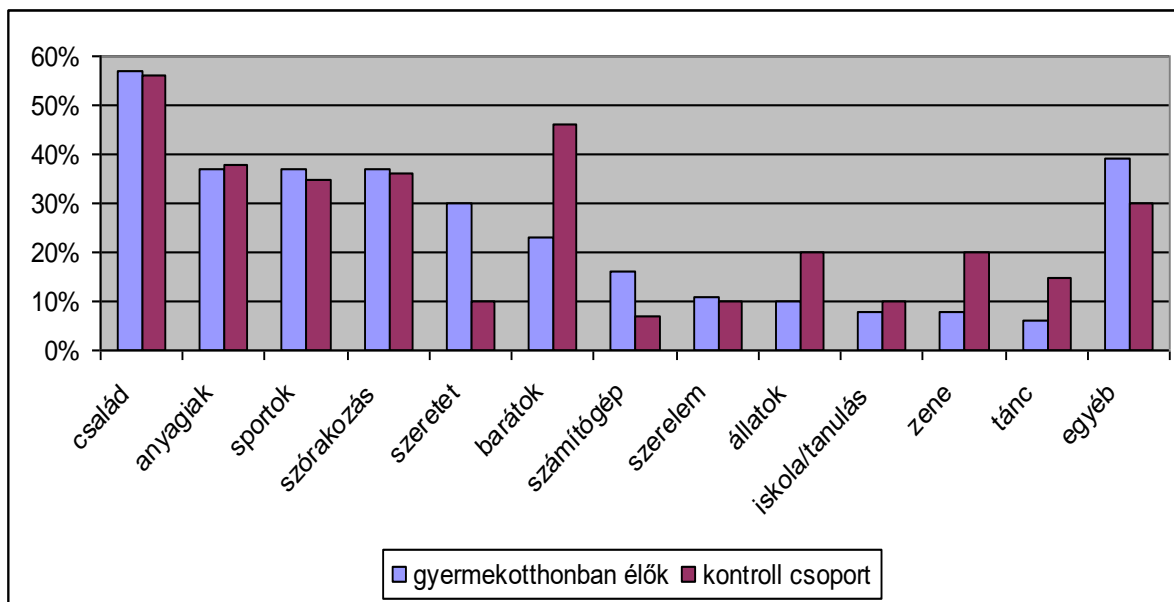
**A három legfontosabb cél együtt**

Cél	Említések száma	Említések aránya (%)
saját lakáshoz jutás	1304	25,6
tanulás, szakmaszerzés	817	16,1
családalapítás	605	11,9
egy jó párkapcsolat	446	8,8
önálló életvitel megteremtése	393	7,7
szakmai sikerek	342	6,7
autó, új autó	211	4,1
meggazdagodás	186	3,7
gyerekvállalás	164	3,2
vállalkozás indítása	150	2,9
külföldi munkavállalás	146	2,9
külföldi tanulás	109	2,1
utazás	83	1,6
lakáscsere, felújítás	75	1,5
egyéb	59	1,2

Ezen célok elérésére leginkább önmagukra (36,6%), illetve a családjukra (27,5%) számíthatnak. Azonban a célok megvalósításában látnak akadályozó tényezőket, melyek lerombolhatják a jövőképüket: munkanélküliséget (18,5%), a család hiányát (13,7%), a bűnözést (12,1%), a kábítószer-fogyasztást (10,1%).

Míg az első 2 indok külső tényező, addig a másik kettő már olyan akadály, mely a saját döntésén múlik. Ha fiatal korban megtanulja, hogy van választása, könnyebben elkerüli a bűnözői, illetve a szerfogyasztói életútra való rálépését.

A szermentes életvitel kialakításához olyan alternatívák keresése szükséges, melyek örömet okoznak és célt adnak a fiatalok életében.



A kutatásban 2004-2005-ben a fenti értékeket preferálták a megkérdezett gyermekek. Ezen értékek mentén lehet építeni a sport, a szermentes szórakozás, a hasznos szabadidő eltöltésére.

**Számodra mennyire fontos a sportolás, testedzés?**

	Gyakoriság	Érvényes százalék
egyáltalán nem fontos	65	3,8
nem fontos	185	10,7
fontos	672	38,9
nagyon fontos	807	46,7
Összesen	1729	100,0

A megkérdezettek több mint 85%-nak fontos a sport. Ugyanakkor az alábbi táblázat alapján már kevesebben végeznek bármilyen sporttevékenységet.

**Jelenleg sportolsz-e rendszeresen? (több válasz is lehet)**

	Gyakoriság	Érvényes százalék
nem	736	42,5
igen, de nem szervezett keretek között	388	22,4



igen, iskolai szinten	420	24,3
igen, sportegyesületben	186	10,8
Összesen	1730	100,0

A **Fiatalok szerhasználata** című kiadványban (2014) a szerfogyasztó (alkohol, dohány, kábítószer) és szert nem használók fiatalok összehasonlításánál szembeűnő a napi tevékenységekkel eltöltött idő aránya. Az internetezéssel töltött idő több mint 2,5 óra a káros szert kipróbálók és használók körében, míg a káros szerektől távolmaradók esetében ez csupán 1,89 óra. Az sporttal, olvasással és tanulással töltött idő viszont az utóbb említettek körében magasabb. Azok, akik bármilyen szeret fogyasztanak, kevésbé preferálják ezen tevékenységeket.

### Összefoglalás

A fenti kutatási eredményeket szinte mindannyian ugyanazon eredményeket állapították meg. A gyermekek, fiatalok életében szerfogyasztás tekintetében rizikófaktor a függő szülő, a család hiánya, a rossz családi kapcsolatok, illetve a családot, gyermeket ért traumák.

Ebből következtethető, hogy az erős családi kohézió, a megfelelő szülői magatartás gátlótényező lehet a szerfogyasztói életút kialakulásában. (Drog Fókusz)<sup>54</sup>

A kisiskoláskor és a serdülőkor mind a családban nevelkedő, mind pedig a szakellátásban élő gyermek életében nehézségekkel teli életszakasz. Azonban a gyermekeket nevelő szülők, nevelők, pedagógusok, nevelőszülők azok, akik segíthetnek, hogy a kritikus életszakaszok minél kisebb törést okozzanak.

A gyermek késztetést érez arra, hogy elismerést vívjon ki magának. Igyekszik olyasmit tenni, amit mások pozitívan értékelnek. Még akkor is, ha az elismerés nem a társadalom által elfogadott viselkedéssel vívja ki.

A mindennapi viselkedésük során a kortársaknak való megfelelést preferálják, velük beszélgetnek a legtöbbit. Azonban, ha valódi problémával találkoznak szembe, szükségük van arra a referenciaszemélyre, aki valóban a támaszuk, a segítségük. Ha rendelkezik a fiatal a támogató családi háttérrel – még akkor is, ha életkori sajátosságok miatt konfliktusokkal teli a

<sup>54</sup><http://drogfokuszpont.hu/bevalt-gyakorlatok-portalja/prevenccio/csalad/>



kapcsolat-, a (nevelő)szülő lesz az a személy, akivel meg fogja tudni beszélni a problémákat, akitől tanácsot kérhet. Ahhoz, hogy a fiatallal megmaradjon egyfajta megfelelő kapcsolat, szükség van a stabilitásra, és arra, hogy tiszteletben tartsák az önállósodási törekvéseket.

Ha azonban sérülnek a harmonikus fejlődéshez szükséges feltételek, családi szocializációs zavarok lépnek fel, mely kihat a gyermek megküzdési stratégiáira, a jövőképre, a személyiségfejlődésére.

A helytelen stratégiákat leginkább megfigyelés által „teszik magukévá”, melyet az otthoni élmények mélyítenek. Ha azt látja otthon, hogy a problémákat alkohol- vagy drogfogyasztással oldják meg, ő maga is ezt a módszert fogj alkalmazni, ha nem találkozik más alternatívákkal.

A kutatások alapján a középiskolába, az új közösségbe való bekerülés magas rizikófaktor a kamaszok életében a szerkipróbálás területén. Mindenképp részese akar lenni egy közösségnek, ahol befogadják, és ahol elfogadják. Még akkor is, ha ez egy deviáns szerfogyasztó csoport. Amennyiben rendelkezik megfelelő megoldási stratégiákkal, az alkohol, dohányzás kipróbálása, alkalmankénti fogyasztása kielégíti a kamaszkori kíváncsiságot, nem fog az erősebb függőséget okozó kábítószer felé fordulni. Azonban, ha társak befolyása, a szer általi örömkérés erősebb a saját értékrendszerénél, akkor gyakorivá válnak a bódult állapotok.

A családjukból kiemelt gyermekek életében nem csak az iskolaváltással kerül új közösségbe, hanem a kiemeléskor, illetve minden áthelyezéskor. Ha azt érzi, hogy az új helyén nem tud beilleszkedni, olyan közösséget fog keresni, amit komfortosnak ítél meg, kevésbé kell teljesítenie az elfogadásához. A velük foglalkozó felnőtteknek kulcsszerepe van abban, hogy a hozzákerülő gyermek tisztalappal tudjon kezdeni, a hozott problémái, traumái életének része, de nem az alapján kell megítélni. A kutatások bizonyították, hogy a család megléte, az egyéni megküzdési stratégiák, a megfelelő szabadidő eltöltés mind csökkenti a szerfogyasztás kialakulásának esélyeit.

A szakellátásban élő gyermekek életéből gyakran kimarad, hogy megtalálják azon szabadidős tevékenységet, melyet elhivatottan, folyamatosan gyakorolhat. Ennek oka lehet a többszöri gondozásihely váltás. Fontos, hogy amennyiben egy gyermek talál magának egy hobbit, ne kelljen feladni egy új lakásotthonba, vagy nevelőszülőhöz kerülés esetén sem. Hisz amennyiben talál valamit, amiben sikereket élhet meg (nem feltételen kupákat vagy díjakat elnyerve, hanem elég egy szépen elkészített rajz, vagy egy otthon bemutatott tánc), nem kell



az örömeleményt szerfogyasztással elérni. A fenti kutatások mindegyike alátámasztja, a kamaszok egyre fiatalabb életkorban kezdik az önpusztító életmódot. Emiatt elengedhetetlen, hogy a megelőző programokat már kisiskolás korban bevezessék a gyermekek életébe. Elengedhetetlenek a célzott iskolai prevenciós programok, melyek a kábítószeres veszélyeire hívják fel a figyelmet, illetve a kezelések módjaira. Azonban mind a családban, mind a szakellátásban nevelkedő gyermekek életében az igazi megelőző tevékenység a gyermeket nevelő felnőttek feladata. Azzal, hogy segít kialakítani az egyéni megküzdési stratégiákat a saját példamutatásával, segít leküzdeni azon negatív szocializációs mintákat, melyeket a vérszerinti családjából, környezetéből hozott. Ha a reményvesztett gyermeknek sikerül kialakítani a reális jövőképet, amiért küzdhet, akkor nem menekül a valóságot torzító szerekekhez.

## Hogyan ismerhetjük fel a mérföldköveket a családból kiemelt fiatalok esetében

A serdülőkor berobbanásával gyakran tesszük fel magunknak a kérdést: a megváltozott viselkedés „csak” a serdülőkor velejárója, vagy van okunk esetleg szerhasználatra gyanakodni? Néhány viselkedés béli változás, melyeknél érdemes résen lennünk:

- A korábban kedvelt tevékenységeit elhanyagolja, vagy teljesen el is hagyja.
- Mozgása esetlenné, lelassultság jellemzi, figyelve szétszórttá válik
- Kapcsolatai megszűnnek, ideje nagyrésztét magányosan tölti, begubózik
- Baráti köre teljesen megváltozik, az újak viselkedése gyökeresen eltér a régiekétől; ruházat, frizura, beszédmód, zenei ízlés stb. (A felsoroltak kezdeti jelek, de a folyamatos serdülőkori változás kísérő jelenségei is lehetnek. )
- Külső megjelenését illetően: sötét napszemüveg viselése, hosszú ujjú póló, ing, pulóver használata nagy melegben is, elhanyagoltság.
- Szúrás, vágás, horzsolás, tályog nyoma a bőrön kielégítő magyarázat nélkül, illetve mindezek rejtegetése, takarása.





- Kábítószergyanús anyagok: ismeretlen tabletták, porok, növényi maradványok, folyadékok, bélyegek, illetve droghasználat kellékei (tű, fecskendő, kanál, érszorító, citrompótló, mérleg) a fiatal birtokában vagy rejtékhelyeken.
- Testi tünetek jelentkezhetnek: alkoholos lehelet; vörös, duzzadt szemek, indokolatlanul tág vagy szűk pupillák, zavar az egyensúly megtartásában, imbolygó vagy lebegő járásmód, váratlan eszméletvesztés, indokolatlanul sok folyadék fogyasztása, verejtékezés, hányás.
- Lelki egyensúly is borulhat: megváltozhat a fiatal alapvető viselkedése, temperamentuma. Nyitottból zárkózottá válhat, alapvetően vidám beállítódása búskomorságba csaphat át. Jelentkezhetnek gyors és indokolatlan hangulatváltozások, gyakori feledékenység, tagadó vagy védekező állapotok.
- A gondolat beszűkül, a fiatal életét elsősorban a szer beszerzésének körülményei, használata és hatása tölti ki.
- Elveszti korábbi kapcsolatait és főleg a szubkultúra, tehát a közös használatban részt vevők adnak számára biztonságot és bizalmat.
- Leginkább a szélsőséges viselkedésbe tolódás jelezhet számunkra. Pl.: ha egy gyermek szeret magányosan játszani, de ettől függetlenül ideje egy részében társaival, felnőttekkel is teremt kapcsolatot, játszik, az nem kell feltétlenül számunkra okot adnia arra, hogy ezzel a fiatallal valami baj van. Ha viszont ez a viselkedés „berögzül” (hosszabb idejű fennállás) és nehezen teremt kapcsolatot a többiekkel, nevelőkkel, pedagógusokkal akkor joggal feltételezhetjük, hogy segítségre szorul a gyermek.
- Fontos kiemelni itt az „idői” pontot, miszerint hosszabb idejű jelenléte a tünetnek egy fontos kritérium. A hirtelen fellépő, úgynevezett markáns viselkedésváltozások szintén jelzésértékűek lehetnek.



## Drogismeret

### Drogok részletes bemutatása

## Opiátok



forrás: [www.boglarikollegium.hu](http://www.boglarikollegium.hu)

### ***Mákszárma*****zék****ok, ópium, morfium, heroin, codein**

Utcai neve: OP, M, hercsi, hernyó, nyalcsi, barna, maki, mák, tea, csája, kompót, stb.

Az ópium a mák tejnedve, melyet az éretlen mákfejek bemetszésével nyernek. A fehér színű, folyékony tejnedv a levegő hatására megbarnul. Két típusa van, az ópiummák és az étkezési mák. Az ópiummákot Magyarországon csak a gyógyszergyári mákföldeken lehet megtalálni, de az étkezési máknak is magas az ópiumtartalma. A mákban található alkaloidok: morfin, noszkapin, papaverin, kodein, thebain és narcein. A droghasználat tekintetében a morfin és a kodein a számottevő.

1820-ban már gyártották a kristályos morfint, amelyet már intravénásan is alkalmaztak. 1898-ban egy félig szintetizált morfint tudtak előállítani, a diacetil-morfint (heroint). Eleinte úgy hitték, hogy ez a morfinfüggőség hatásos gyógyszere, de hamar kiderült, hogy a hozzászokás rövidebb idő alatt kialakul, mint a morfin esetében. Később szintetikus módon is állítottak elő morfint, ilyenek a Dolargan, Metadon, Depridol, melyeket Magyarországon is használnak függők kezeléséhez.

### ***Máktea:***

Hazánkban a legrégebben használt opiát származék, amit ma is fogyasztanak kedvező ára miatt.



**Zöld mák:**

Az éretlen mák gubó bemetszésével jutnak hozzá. Az így nyert ún. „máktejet” megszártják és szájon át vagy intravénásan használják. Az így nyert anyagot óvatosan kell dózálni, mert sokszor erősebb az illegálisan forgalmazott heroinnál.

**Heroin:**

Előállítás, pakkettolása szinte biztosan nem steril körülmények között megy végbe, emellett mire a fogyasztóhoz kerül – sok kézen és dealeren keresztül – gyakran ötször-hatszor is hígít(hat)ják. Így sokszor magas a szőlőcukor, tejcukor vagy kakaó tartalma az utcán vásárolt heroinnak. Veszélye abban áll, hogy amennyiben tiszta vagy viszonylag tiszta anyaghoz jut a használó könnyen halálos dózist adhat be magának a korábban már használt – rossz minőségű – adaggal.

**A morfin és a codein**

Legálisan törzskönyvezett, engedélyezett gyógyszerek hatóanyagai a gyógyítási célt szolgáló mennyiségben. Egy opiátfüggő az elvonási tüneteinek mérsékléséhez akár 5-6 doboz gyógyszert is bevesz.

Az opiátokra jellemző, hogy rövid használat után is nagyon markáns fizikai és pszichés függőséget okoz. A mentális függés megszüntetése évek alatt érhető el.

Felhasználás

- Szívják
- Eszik
- Isszák
- Intravénásan injekciózzák

Sokszor közösen – akár többszörösen – használt túvel, különböző egyéb, önmagában is halálos betegségeknek (HCV, HIV) kitéve magukat.

Hatása:

- Az intravénás beadás után mondhatni azonnal, szinte már „tűhegyen” elkezdődik a "flash"
- nyugalom, béke, gondtalanság, kellemes közérzet jellemző
- fájdalom- és problémamentesnek érzik az életet
- a testi szükségletek jelentéktelenné válnak (éhség, alvás, szex)



- mellékhatásként jelentkezhet: székrekedés, hányás

**Túladozolás: Akut életveszélyes állapot!**

- Csökkent légzés
- tűhegynyi pupillák
- szívritmuszavar
- shock jelentkezhet

**Megvonási tünetegyüttes:**

Ópiátok esetében tolerancia – amikor ugyanazon hatás eléréséhez nagyobb mennyiségű kábítószer szükséges – gyorsan, de egyéntől függően alakul ki. A használt szer adagja függőknél a nem függők halálos adagjának sokszorosa is lehet.

**Megvonási tünetek:**

- hidegrázás, izzadás
- étvágytalanság
- könnyezés, orrfolyás
- ásítózás, nyugtalan alvás (inszomnia)
- erős fájdalmak (hát-, izom- és csont)
- görcsök
- hasmenés, hányás
- ingerlékenység, hangulati zavarok

Az elvonási tünetek nagyságrendileg 8-12 napig tartanak, a 4.-5. naptól erősségük csökken. Lehetséges „száraz elvonás”, de jellemzően orvosi és mentális támogatás szükséges. A lelki függés nagyon erős a szer iránt, akár fél év szerhasználat nélkül eltöltött idő után is jelentkezhet, illetve bizonyos életesemények, fokozott stressz hatására később is megjelenhet.

**Szociális és egészségügyi hatások:**

- kriminalizálódás (a szer ára miatt)
- prostitúció (a szer ára miatt)
- munkahely elvesztése
- iskola elhanyagolása
- rossz fizikai állapot
- immunrendszeri deficitek, fogékonyság fertőzésekre



- bőrbetegségek, fertőzések, gyulladások kialakulása
- fogyás (kóros lesoványodás)
- fogak elvesztése



## Depresszánsok

### *Nyugtatók, altatók, szorongásoldók*



forrás: www.mixonline.hu

Függőséget előidéző szerek:

- barbiturátok (ma már ritkán, régen pl. Andaxin)
- benzodiazepinek (Xanax, Rivotril, Seduxen, Librium, Rudotel. stb.)
- altatók (Eunocin, Rohypnol, Dormicum, Imovane, Stilnox)

Orvosi javaslatra, receptre felírva történik jellemzően az első találkozás ezen hatóanyagú gyógyszerekkel, amelyek legálisan, engedélyezett módon kerülnek forgalomba. Amennyiben viszont a gyógyszer felírást okozó indikáció megszűnik, de a páciens továbbra is „rajta marad” a gyógyszeren, mert például kérdés nélkül újra és újra felírják, akkor a beteg legitimizálva érzi a használatot, akkor is ha már nincs se terápiás ok, se hatás.

### Függőség:

Testi és lelki függőséget is okoz. A túladagolás életveszélyes lehet.

Leszokás során nő a görcskészség (nagyroham).

FONTOS: a fiatalok, serdülők először a szülők gyógyszerhasználatát, gyógyszerekhez való viszonyát látják. Amennyiben azt az üzenetet közvetítik a szülő(k), hogy bármilyen lelki bajra van megoldás gyógyszer formájában, akkor ezzel mintegy rossz probléma megoldási módot tanítanak meg a gyerekeiknek, akiknek ez fiatal korban teljesen természetes opció lesz egy-egy nehézség esetén.



### **Alkohol**

forrás: www.hazipatika.com



A kábítószerekkel ellentétben az alkoholfogyasztás - az arab területektől eltekintve – a hétköznapi élet része. Gondoljunk bele, hogy koccintani egy pohár itallal például születésnap, újév, gyermek születése alkalmával a legtermészetesebb gesztus örömünk kifejezésére.

Magyarországon a legtöbb problémát az alkoholfogyasztás túlzott volta okozza. Mind egészségügyi, mind szociális téren óriási károkat idéz elő.

Jellinek definíciója az alkoholizmusra: „alkoholizmusnak tekinthető az alkoholfogyasztás mindazon módja, mely az egyén vagy közösség, vagy mindkettő károsodásához vezet.

Betegséggé akkor válik, ha az egyén elveszti uralmát fogyasztása felett, és az alkohollal függő viszonyba kerül.” (Andorka – Buda – Cseh –Szombathy, 1974 p. 289)

A patológias ivás típusai (Jellinek szerint):

*Alfa-típus:* konfliktusos ivás, megvonási tünetek nélkül, esetleg szociális és egészségügyi következményekkel

*Béta-típus:* Alkalmi nagyivók

*Gamma-típus:* szenvedélyes ivók, időszakos, egyre gyakoribb részegség, kontrollvesztés, fizikai függőség, kényszerű ivásvágy, de képes a szermentességre

*Delta-típus:* megszokásból ivók, fizikai függőség és folyamatos részegség kontrollvesztés nélkül

*Epsilon-típus:* epizodikus ivók (dipszománia), pszichés függés fennáll, kontrollvesztés van, de képes a szermentességre (Andorka – Buda – Cseh –Szombathy, 1974)

Az alkoholbetegség fázisai:

- *Korai szakasz:*

Az alkohol olyan, mint egy barát, aki segít megoldást találni a bajokra. Ha túl gyakran és túl sokszor választjuk eme megoldást akkor nő a tolerancia az alkohollal szemben,és fokozatosan többet kell inni ahhoz, hogy a vágyott hatást elérje az egén. Ekkor kezdődik a titokban ivás szakasza.

- *Közép szakasz:*



A függés nő, az alkohol egyre jobban befolyásolja a mindennapokat. Ekkor már a munka, hobbi, család is háttérbe kerül. Napi szintű az alkoholfogyasztás.

- *Előrehaladott szakasz:*

A függőség mozgatja az egyént, befolyásolja a cselekedeteit, szinte „az alkohol kezdi ellenőrizni az alkoholistát”. Érdektelené, emberkerülővé válik az egyén. Az elvonási tünetek elkerülése végett is innia kell ebben a szakaszban a függőnek.

*Az alkohol- megvonásos tünetegyüttes (DSM IV. szerint)*

- Hiperaktivitás
- verejtékezés
- 100-nál magasabb pulzus
- kézremegés
- alvászavar
- hányinger, hányás
- átmeneti hallucinációk vagy illúziók (delírium)
- szorongás
- nagyrohamok.

*Delírium tremens:* alkoholmegvonás talaján kialakuló, súlyos, gyakran életveszélyes állapot. Sürgősségi, intenzív kórházi ellátást igényel!





## Stimulánsok



forrás: [www.kamaszpanasz.hu](http://www.kamaszpanasz.hu)

### ***Speed (Amfetamin, metamfetamin)***

Utcai nevei: Speed, Spuri, Gyors, Gyros, Gear, Gonzi, stb.

Szintetikus előállított anyag, többnyire fehér-sárga-rózsaszín por (származási helytől függ) de tablettá, kapszula formában is megtalálható.

#### Felhasználás:

- felszívják (orrba)
- lenyelik
- intravénásan

#### Hatása:

- fokozza az energiát, a koncentrációt, a magabiztosságot
- mozgáskényszer
- mániákus viselkedés, euforikus állapot
- gyors beszéd, csapongó gondolatok
- zavartság
- könnyebb a kommunikáció
- vizsgaidőszakban tanuláshoz is használhatják

#### Testi tünetek:

- éberségi szint nő
- vérnyomás emelkedik
- izzadás
- fogcsikorgatás
- vízvesztés
- túlhevülés
- étvágytalanság
- szívritmus megnő
- száj kiszárad



Jellemzők:

- erős pszichés függés
- fizikai állapot erőteljesen leromlik
- nagy súlyvesztés jelentkezik
- testi elvonási tünetek csak kis mértékben jellemzik
- abbahagyását erőteljes sóvárgás, szorongás, depresszió, krónikus fáradtságérzet, alvászavarok és ingerlékenység jellemzi
- paranoiához és skizofréniához hasonló pszichózist is előidézhet

Túladagolás: veszélye intravénás használat esetén nagy.

- keringési zavarok
- kezelhetetlen magas vérnyomás
- légzési nehézségek
- folyadék háztartás felborulása, túlhevülés
- veseelégtelenség
- kóma
- **KÓRHÁZI ELLÁTÁS SZÜKSÉGES!**



Foto. thedrugclassroom

## **Ecstasy (MDMA)**

Utcai nevei: Ex, bogyó, labda, XTC, tabi

Szintetikusán állítják elő. Különböző mintás lenyomatú tableta, esetleg kapszula formában kerül az illegális drogpiacra.

### Felhasználás:

- megisszák (kapszulából a por bele az italba)
- lenyelik

### Hatása:

- megszünteti a fáradtságérzetet
- euforikus, mániákus viselkedés
- előfordulhatnak enyhe hallucinációk
- a világgal és az emberekkel való egység és szeretet élménye
- növeli a szexuális vágyat és aktivitást
- a zene fokozza a hatás intenzitását

### Testi tünetek:

- hőmérséklet megnő
- a kiszáradás veszélye jelentős
- vérnyomás megemelkedik
- szívbetegség, epilepszia, vesebetegség fokozott rizikót jelent

### Jellemzők:

- elvonási tünetek tekintetében nagyon hasonló az amfetaminhoz
- Legnagyobb veszélye a felelőtlen szexuális viselkedés így nagy a nem kívánt terhességek, és a nemi úton terjedő betegségek kockázata



**Kokain, crack**



forrás: [Hungarian Geographic](http://Hungarian Geographic)

forrás: Wikipedia Commons

Utcai neve: kokó, koks, hó, kóla, rög, fehér

A koka cserje leveleiből nyerik. A kokain általában fehér színű por formájában fordul elő, a crack szürkés színű kristály.

Felhasználása:

Kokain

- felszívják (orrba)
- intravénásan (ritkán)

Crack

- elfüstölve inhalálják

Hatása:

- hirtelen kialakuló mámoros jóllét
- szívritmus megemelkedik
- felfokozza az arousalt (a szervezet általános izgalmi és éberségi állapota)
- az onnipotencia érzését adja (Superman effektus)
- agresszió
- kényszergondolatokat, zavartságot, szorongást okoz
- hallucinációt és téves eszméket is eredményezhet. (kokain eredetű pszichózis)
- A crack hatása rövidebb ideig tart, de intenzívebb. A legerősebb függést okozó szernek tartják.

Jellemzők:

- ára miatt a kriminalizáció, ill. prostituálódás nagyon gyakori
- elvonási tünetei hasonlóak az amfetaminéhoz, csak sokkal erőteljesebbek.
- crack esetében a drogéhség végzetes viselkedést, megmagyarázhatatlan erőszakos cselekményeket is eredményezhet



- a pszichés függőség nagyon erős, így mindig nagy a visszaesés veszélye
- az elvonást követő depresszió nagyon hosszú időn keresztül fennállhat
- „stimuláns indukálta pszichózis” amely szkizofréniára emlékeztethet
- maradványtünetek akár évekig fennállhatnak

Túladaqolás:

- keringési zavarok
- szívritmuszavar, szívinfarktus
- légzés zavarok
- agyvérzés
- kóma
- AZONNAL MENTŐ!

## Hallucinogének

A hallucinogének nagy csoportjába sorolható:

- LSD (LizergSav-Dietilamid)
- a peyotl kaktusz (meszkalin)
- „mágikus gombák” (légyölő galóca, psilocibin)
- csattanó maszlag
- kék hajnalka magja (hatóanyag atropin)
- az inhaláns szerek (szerves oldószerek, öngyújtógáz)
- cannabis származékok (marihuána, hasis).

A hallucinogének jellemzői, hogy eltorzítják az érzéki észlelést, az érzéseket, vagy megváltoztatja a tudatosság állapotát. Legfőbb veszélyük abban rejlik, hogy olyan kapukat nyithatnak meg az elmében, amelyek egyébként az éber, tudatos ember számára hozzáférhetetlenek (tudattalanok), és ezek megértése, feldolgozása sokszor meghaladja a használó éneerjét, így komoly mentális zavarokat idézhetnek elő (pszichózis, szorongásos zavarok, pánik).” (<http://www.indit.hu/2017/06/06/a-pszichoaktiv-anyagok-hatasa-es-artalmaj/>, Letöltve: 2018. 04. 02.)



## LSD

forrás: drogmentes.info

Utcai nevei: trip, trinyó, lecsó, nyalóka

Korábban az anyarozs gombájából vonták ki, ma már szintetikusán állítják elő. Legtöbbször 5x5mm-es papírt itatnak át az anyaggal, amelyre jellemzően valamilyen színes képet, ábrát nyomtatnak. Innen a „bélyeg” elnevezés. Előfordul tablettá alakban is.

### Felhasználás:

- nyálkahártyán hagyják felszívódni
- lenyelik.

### **Az egyik leghatásosabb hallucinogén**

### Hatása:

- az első órában látomásokkal kísért hangulatváltozás lép fel
- a pupillák kitágulnak
- megemelkedik a pulzus
- émelygés jelentkezhet.
- a következő szakaszban torzul az idő és a tér érzékelése
- a tárgyak mintha elveszítenék szilárd halmazállapotukat, elfolynak
- szín, hang, és tapintási csalódások is előfordulnak, "hangok látása és színek hallása"
- testen kívüli élmények (disszociáció)
- rossz utazás ("bad trip"), ahol intenzív félelemérzet, pánikreakció is felléphet, az elmére gyakorolt erős hatás miatt növeli a pszichózis kialakulásának kockázatát. Csak az LSDnek van ilyen hatása.
- "flash back" jelenség

A módosult tudatállapot spontán újbóli megjelenése drogos befolyásoltság nélkül. Például egy „tisztá” állapotban például autót vezető személy előtt hirtelen egy szarvas jelenik meg. Ezt valóságosnak és jelen idejűnek éli meg ezért cselekszik, mellyel saját és aautóstárdai testi épségét is veszélyezteti.



- hosszú idejű használat esetén a világ sivárnak, érdektelennek tűnhet (amotivációs szindróma).

„Az LSD százszor erősebb drog a szintén hallucinogén gombánál és 4000-szer erősebb a meszkalinnál”. (<https://www.narconongarab.hu/droginfo/lsd.html>, letöltve: 2018. 04.18.)



### „Vará zgombák”, meszkalin

forrás: [www.hazipatika.com](http://www.hazipatika.com)

*Psylocibin-gomba:* mérsékelt égöv alatt terem. Jellemzően szárított formában fordul elő a piacon, de friss, még földben lévő gombával is találkozhatunk. Megeszik, vagy teát készítenek belőle.

*Meszkalin:* a peyote nevű kaktuszból származik. Folyadék és por formában elterjedt. Jellemzően lenyelik vagy elszívják.

*Légyölő galóca:* Magyarországon is honos. Feltételezések szerint az „ősmagyarok” sámánjai is ismerték. Adagolása nagyon pontos ismereteket igényel, mert rendkívül erős méreg. *Csattanó*

*maszlag:* Magyarországon szintén őshonos. Magjaiból készítenek főzetet. Nyugodtság kialakulásával kezdődik, majd színes, víziók, egyéb érzékszervi hallucinációkkal folytatódik. A természetet nagyon közelinek élik meg, szinte egyé válnak vele. Fizikai függőség nem alakul ki, de rendszeres használat esetén lelki függés alakul ki.

### Inhalánsok („szipu”, öngyújtógáz)



forrás: [www.index.hu](http://www.index.hu)

Szerves oldószer tartalmú anyag például a benzin, gázok, lakkok, ragasztók, festékek, hígítók. A leggyakoribb hatóanyagok, amelyek hallucinációt eredményeznek a toulol, az aceton, a triklóretilén.



Jellemzői:

- A szipuzás (zacskóból belélegzett szerves oldószerek) a legolcsóbb bódulatkeltő lehetőség, viszont akár egy használat is elegendő, hogy maradandó szervi károsodásokat okozzanak a fogyasztó szervezetében.
- Fizikai függést nem okoz, viszont erős pszichés függőség alakul ki.
- A szerves oldószer inhalálása nagyon rövid idő alatt részegséghez hasonlatos állapotot hoz létre. Különböző mértékű tudatzavar, Eufóriás hatással kísért tudatzavar, illúziók, hallucinációk jellemzik. A szer hatásának múlásával aluszékonyság lephet fel.
- Balesetet okozó hajlam: mivel zavart és téves eszméket eredményez (pl. azt hiszi, hogy tud repülni; kiszámíthatatlan, agresszív viselkedés).

Túladaqolás tünetei:

- kettős látás
- fülzúgás
- orrfolyás
- szédülés
- köhögés
- hányinger, hányás
- mellkasi és hasi fájdalmak
- zavaros beszéd





## Cannabis, hasis (THC)



forrás: Délhír Portál

Utcai nevei: fű, zöld spangli,

A marihuána az indiai kender nőivarú növényeinek csúcshajtása. A hasis a növény gyantájából készült, barna színű anyag.

### Felhasználás:

- pipából
- dohánnyal keverve cigarettába sodorva elszívják
- süteménybe teszik és megeszik (space-cake)

### Hatása:

- a tudatállapot módosítása
- kis mennyiségben serkentő és nyugtató hatása is ismert, mondhatni felerősíti az aktuális hangulati állapotot
- nevetőrohamok jellemzik
- megváltozik az időérzékelés
- a magas hangok felerősödnek
- torzul az érzékelés
- a fogyasztót ért ingerek élvezetesebbek
- megváltozik a gondolkodás
- kreatívabbnak, okosabbnak érzi magát
- nagyobb mennyiség elfogyasztása esetén hallucinációk jelentkeznek, melyek többnyire szórakoztatóak, de félelmetesek is lehetnek
- gyógyászati célú alkalmazása is ismert (asztma, kemoterápia kiegészítője, stb.)



Testi tünetek:

- szájszárazság
- pulzus felgyorsul
- nő az éhségérzet
- reflexek működése csökken
- „piros szemek”

Jellemzők:

- fizikai függőséget nem okoz
- erős pszichés függés kialakulhat
- megvonását alvászavarok, ingerlékenység, koncentráció hiánya jellemezheti
- rövidtávú memóriát rontja
- fiatal életkorban történnek az első próbálkozások (szociális, társas hatások)
- a THC zsírban oldódó szer, így sokáig mutatható ki a szervezetből

Túladaqolás:

- hányinger, hányás
- elalvás (mély)
- pánik roham
- szorongás
- zavartság

## Dizájnerdrogok

A dizájner drogokról elég sokat hallani mostanában, azonban fontos megjegyezni, hogy ezek a szerek valójában még mindig csupán a kisebb hányadát teszik ki a drogpiacnak. A legális tudatmódosítók, az alkohol, a nyugtatók és altatók, illetve a dohány, vagy éppen a legelterjedtebb, hétköznapiak mondható illegális tudatmódosító, mint a marihuána, még mindig jóval több fogyasztóval bírnak, mint a dizájner drogok együttevén. Tény azonban, hogy 2010 óta a drogpiacon óriási változásokon ment keresztül, a régi, ismert, klasszikus kábítószer fogyasztása visszaszorult, miközben rengeteg új szer jelent meg. 2010 óta 203 bejelentés



érkezett az új szerek regisztrációját szolgáló korai jelzőrendszerbe, és csak 2016-ban 22 új szer előfordulását vették nyilvántartásba.

A dizájner robbanás 2014 körül érte el csúcspontját, azóta a növekedés megtorpant és lassú csökkenésnek figyelhető meg. A változás nem csupán az elterjedtségben mutatkozik, de megváltozott a dizájner piac szerkezete és jellege is. Kezdetekben a piacot a jogalkotók és a dizájnerek közötti macska-egér harc jellemezte: amint betiltottak egy új molekulaszervezetet, azonnal megjelent egy még ismeretlen helyettesítőszere, ami nem szerepelt a tiltólistán. Az ún. generikus C-lista bevezetésétől (nem egyenként, de csoportonként tilt be szert) remélte a kormány, hogy ennek a folyamatnak véget vet. A C-lista azonban, nem volt képes véget vetni a dizájner drogok forgalmazásának. A terjesztők már nem feltétlenül akarnak új, még legális szert a piacra dobni, megelégszenek a korábbi, már tiltólistás szerekkel. A piac átláthatatlanabbá vált, tapasztalatlan dealerek sokszor nem megfelelő arányban keverik az anyagot és ezzel túladagolják a klienseket. Azokon a területeken a legjelentősebb a dizájner drogok fogyasztása, amelyeket a leginkább súlyt a szegénység és a társadalmi kirekesztés. A legújabb adatok szerint a klasszikus szerek, az amfetamin, az MDMA és a heroin aránya ismét nőni kezdett a piacon - bár visszarendeződésről még korai lenne beszélni.

A dizájner drogok vezették az elmúlt években a kórházi kezelést igénylő esetek listáját. A fővárosi toxikológiai osztályokon 2014-ben a kristály, majd az azóta eltelt időszakban a biofű túladagolásában szenvedő páciensek domináltak.

Magyarországon 2016-ban 72 kábítószerrel kapcsolatos halálesetet vettek nyilvántartásba, ebből 29 volt közvetlen haláleset (túladagolás). 13 esetben dizájner drog fogyasztása vezetett a halálhoz, ebből 7 esetben kristály, 4 esetben biofű.

Összegezve: jellemzően a dizájner drogok két típusa uralja a piacot; a szintetikus pörgetőszerek (stimulánsok), ide főleg ún. katinon-származékok, amit az utcán "kristály" néven árulnak. 2017-ben az etil-hexedron nevű szer dominálta a kristálypiacot. A másik az utcán "biofűként" vagy "herbálként" ismert szintetikus kannabinoid, ezeket jellemzően dohányba vagy egyéb növényi törmelékekbe áztatva cigarettából szívják el.

Az úgynevezett legális hangulatjavító szerek többnyire ismeretlen összetételű növények, növényvédő szerek, esetleg illatosítók, füstölők, fürdőszók, vagy kísérleti vegyszerek.

Felhasználás:



- elszívják
- felszippantják
- lenyelik

Azért rendkívül veszélyesek, mert e szerek kémiai összetétele ismeretlen és szinte paketonként változó, nem lehet tudni, pontosan mit tartalmaznak. Az ember testi és pszichés egészségére gyakorolt hatásuk, kockázataik ismeretlenek. A fogyasztók az élő kísérleti alanyok, bár mivel adott esetben a szert eladó sincs tisztában a beadott szer összetételével így nem cél a jobb, hatékonyabb kábítószer előállítás.

### ***Mefedron, Kati***

A legtöbb mefedron használó, más egyéb kábítószerrel állt át, melynek okai között a könnyű beszerezhetőség és az olcsó ár van a legelőkelőbb helyen.

A mefedron 2011-ben a 16 éves diákok körében a – marihuána, alkohol és gyógyszer, szipuzás, altató vagy nyugtató után – az ötödik leggyakoribb használt szer volt, a Nemzeti Drog Fókuszpont éves jelentésből derült ki, 2012-ben.

#### Testi tünetek:

- a testhőmérséklet jelentősen megemelkedik
- hőhullámok
- rövid ideig tartó boldogságérzet
- depresszió
- pulzusszám emelkedik
- szapora szívverés
- fizikai mozgáskényszer
- bizonyos szükségletek (szomjúság, éhség, alvás) igényének kikapcsolása

### ***MDPV, más néven MDPK, Super Magic***

Az MDPV pszichoaktív stimuláns. Világosbarna színű, jellegzetes szagú por. Hatása a kokainhoz és az amfetaminhoz közelít.

#### Testi tünetek:

- pulzus emelkedése
- izzadás



- eufória
- éberség
- tettekézség
- izgatottság. A tünetek nagyjából 3-4 órán keresztül tartanak, melyet
- nagy mennyiségű használata nagyon erős, hosszú ideig tartó pánikrohamokat eredményez
- pszichózisos megbetegedések is kialakulhatnak az alvásmegvonás miatt
- erős vágykeltő hatással rendelkezik, afrodiziákum

***Penta kristály,  $\alpha$ -Methylamino-valerophenone***

Stimuláns.

Hatása:

- eufória
- fáradhatatlanság
- megnövekedett koncentrációképeség
- nyugtalanság

***Biofű, szintifű, Spice***

Ezek laboratóriumban előállított szintetikus anyagok, amelyekkel különféle növényeket tartalmazó törmelékelt áztatnak be. Ezek az anyagok igen hasonlóak a kannabisz aktív hatóanyagaihoz, a kannabinoidokhoz, viszont hatása 4x erősebb, mint a marihuánáé.. Legálisan beszerezhető, példáuluk füstölőkeverékként lehet megvásárolni. Ugyanazokra a receptorokra hatnak és rájuk csatlakozva fejtik ki hatásaikat az idegrendszerre. A szintetikus kannabinoidok jóval erősebbek, kevesebb dózisban is jóval nagyobb hatékonysággal aktiválják a receptorokat, mint a THC. Részben ez a magyarázata annak, hogy nagyon könnyű ezeket a szereket túladagolni, a fogyasztók gyakrabban tapasztalnak pánikot, téveszméket, zavartságot. A legtöbb ilyen esetben a pszichotikus tünetek 8 napon belül elmúlnak, az esetek kisebbségénél akár hónapokig is fennállhatnak. Leggyakoribb tünetek az aluszékonyság, zavartság és nyugtalanság. Nagyon ritkák a „biofűhöz” köthető halálesetek, viszont rendszeres fogyasztóinál gyakran komoly pszichopatológias tünetek jelentkeznek, ezek pszichiátriai kezelést igényelhetnek.



### **Látnok zsálya**

Speciális alkoholidot tartalmazó növény. Hallucinogén.

Teljes szellemi leépülésen át a skizofréniáig is eljuthat a használó. Rendkívüli módon károsítja az agyat és az idegrendszert.

### **GBL és GHB, Gina, folyékony ecstasy**

Íztelen, színtelen, szagtalan.

Folyadékban jól oldódik. Hatására néhány percen belül szédülé, ajulás, eszméletvesztés alakul(hat) ki. Kis mennyiségben euforikus érzést okoz. Bűncselekmények kedvelt szere, hiszen gond nélkül bekeverhető az áldozat italába, és 12 órán túl már a vizeletből sem mutatható ki.

### **Krokodil, avagy Desomorphine**

Az emberi szöveteket roncsoló kábítószer alapja a dezomorfin, amelynek nyugtató hatása a heroinnál is erősebb. Azonban nem ez okozza a súlyos károsodásokat, hanem az egyéb szennyező anyagok, amiket hozzákevernek. „A krokodilt különféle szerekkel elegyítik, például foszforral vagy sósavval, a kábítószer pusztító mellékhatásaiért ezek felelősek. A szervezetbe jutott mérgező anyagok a szűrés helyén sebek, fekélyek alakulnak ki, majd pikkelyessé, később pedig zöldsévé változtatják a bőrt.

### **Fentanil származékok**

A fentanil törzskönyvezett fájdalomcsillapító gyógyszer. 1959-ben fedezték fel. Végstádiumú daganatos betegek fájdalomcsillapítására terjedt el a használata, a 90-es években transzdermális tapasz formájában is forgalomba került, a dózálás és a felhasználás könnyítése érdekében. Hozzájutása viszont elég komoly bürokratikus munkával, adminisztrációval jár. A fentanil jelentősen hatékonyabb a morfiumnál, egy-két száz mikrogramm használata a legátütőbb heroinflaszhez hasonló élményt okoz.

### **Zene vagy Évi**

Ezt a viszonylag új típusú drogot méltán nevezik vetkőző drognak is, mert a legtöbb meztelenül őrjöngő e miatt vetkőzött ki önmagából. A szer hatására azért kezdenek vetkőzni a fogyasztók, mert az egyik hallucináció, amit okoz olyan érzékletet kelt, mintha bogarak másznának a bőrön, illetve a bőr alatt - a vetkőző ezektől a bogaraktól akar szabadulni.

Flakka, a zombi drog

A "sódernek" is nevezett kábítószer - azért hívják így, mert a kész termék nagyon hasonlít az akvárium aljára szórt színes kavicsokra - egyre több halálesetért felelős, az orron át, füstként



beszívva, lenyelve vagy intravénás úton is a szervezetbe juttatható. Magyarországon még nincs tudomás a fogyasztásáról.

A drog hatóanyaga a fürdősókból megtalálható katonin szintetikus rokona, az alpha-PVP, és olyan anyagok hatásait egyesíti magában, mint a kokain és a metamfetamin. A használóit először euforikus állapotba hozza, felpörgeti őket, és igen extrém tévképzeteket kelt bennük. A hallucinációk mellett a flakka hihetetlen adrenalin löketet ad, ezért nem ritka, hogy a bedrogozott embert 4-5 rendőr tudja csak ártalmatlanná tenni. A legrosszabb az egészben, hogy jelenleg az alfa-PVP teljesen legális szer, ezért is tudják az emberek nagyon olcsón és gyorsan beszerezni Kínából, egy egyszerű online rendelés segítségével.

Az biztos, hogy miután a kábítószer kiürül a szervezetből, az örömet depresszió és rosszullet váltja fel, ami egy újabb löketre sarkallja a használót.

Nem ritkák a komolyabb fizikai mellékhatások sem, például rosszullet vagy a testhő drasztikus megemelkedése, ami veseelégtelenséget vagy izombénulást is okozhat.



## A KÁSZPEM<sup>®</sup> adta lehetőségek a drogrevenenciában

A KÁSZPEM<sup>®</sup> Rendszer alapkövei, nevelési irányelvei iránymutatás és nevelési módszer minden olyan szakember számára, aki családból kiemelt gyermekek neveléséért vállal felelősséget.

## A KÁSZPEM<sup>®</sup> Rendszer elemei

### A KÁSZPEM<sup>®</sup> Specifikumai

A KÁSZPEM<sup>®</sup> mozaikszó, mely az alábbi módon képződik:

**Kothencz –féle;**

**ÁGOTA<sup>®</sup>;**

**Szenzitív;**

**Pedagogikoterápiás**

**Módszer**

A „*Kothencz –féle*” Kothencz Jánosra, a módszer alapítójára utal

Az „ÁGOTA<sup>®</sup>”, az Állami Gondoskodásban Élő és Veszélyeztetett Fialatok Támogatásáért Alapítvány nevének rövidített elnevezését jelenti (védjegy is egyben). Az ÁGOTA<sup>®</sup> hivatott arra, hogy implementálja (beültesse illetve, beillessze) a KÁSZPEM<sup>®</sup> módszert a hazai és nemzetközi gyermek - és ifjúságvédelem gyakorlatába és rendszerébe, valamint a társadalomba.





A „Szenzitív” kifejezés a módszer jellegére és a segítő magatartására is utal. Érzékelésen és észlelésen alapul, illetve a segítő képességének, illetve készségfejlesztésének fontosságára utal.

A „Pedagogikoterápiás” elnevezés arra utal, hogy a módszer alapvetően a nevelés által hat, azonban van terápiás, azaz közvetlenül gyógyító hatása is. Ha e kifejezés konkrét, történetiségét tekintve is pontos jelentéstartalmát vesszük szemügyre, akkor az alábbiakat érdemes tudnunk róla:

A „Pedagogikoterápiás” szó a következő görög szavakból ered: „paisz” = gyermek; „ago” = vezetni; ezek összetétele a „paidagógosz” = nevelő, mely a görögöknél eredetileg azt a rabszolgát jelentette, aki az iskolába kísérte a gyermeket. Ehhez kapcsolódik még: „therapia” = gyógyítás, ápolás, szolgálat. Vagyis a „szenzitív pedagogikoterápiás” kifejezés azt jelenti, hogy a segítő ember a saját érzékenységére alapozva, nevelő hozzáállással vezeti a gyermeket a gyógyulás útján.

A „Módszer” (metódus – ‘methodus’: módszer, eljárás mód; methodika – ‘methodica’: módszertan) kifejezés világossá teszi, hogy itt nem egy rögtönzött vállalkozásról van szó, hanem egy methodikus (‘methodicus’), azaz tervszerűen és módszeresen, alaposan átgondolt, és kellőképp megalapozott segítői eljárásról, mely tudatosan, rendszerezetten konstruálódott. Vagyis előzetes vizsgálatok és tapasztalatok bizonyították szükségességét, és megalkotását követően is folyamatosan tesztelték, illetve csiszolták, annak leghatékonyabb alkalmazhatósága érdekében. Ezzel együtt e segítői mód hatékonyságát folyamatosan mérték a kezdetektől, egészen a módszer közvetlen alkalmazásának befejeződéséig, sőt, még azt követően is. A módszer csoportmódszerként működik. Ennek egyik oka és célja, hogy az egyéni segítségadás mellett, a csoportteljesítmény többletét is magával hozza. Fentiekén túl komoly szakirodalmi és elméleti háttér támogatja, valamint eredményessége mutatóit maguk az érintettek bizonyítják (segítettek és segítőik). A módszernek bár rendszere van, mégsem zárt. Rendelkezik azon nyitottsággal, miszerint folyamatosan finomítható illetve annak eszköztárát



tekintve is bővíthető. Rugalmas a változtathatóságra és az egyre fokozottabb alkalmazhatóság céljával kristályosodik.

A KÁSZPEM® definíciója tehát a fentebbi meghatározásokat figyelembe véve a következő: **A KÁSZPEM® egy olyan csoportmódszer és pedagógiai rendszer, melyet Kothencz János hívott életre és az ÁGOTA® Alapítvány tesz közzé, azzal a céllal, hogy a segítségre szoruló gyermeket és fiatalt a segítő, - saját érzékenységét alapul véve -, nevelő hozzáállással vezethesse a gyógyulás útján. A módszer alapvetően pedagógiai természetű, de terápiás jelleggel is bír.**



## A KÁSZPEM® módszer specifikumai

### 1. specifikum: A 7 alappillér – „A 7 láb” mint rendszer

A Módszer 7 alappillérre épül, melyek lefedik a családból kiemelt gyermekek körében jelentkező problémák jelentős részét, illetve ezek az alappillérek egyben átemelhetők a veszélyeztetett gyermekek életkörülményeire is.

Ezeket az alappilléreket Kothencz János alkotta meg az alábbi támpontok alapján:

- az ÁGOTA® Kutatás eredményei, melyek egyértelmű indikátorai voltak a családból kiemelt gyermekek nehézségeinek;
- az ÁGOTA® Önkéntes csoport 14 éves munkája során gyűjtött gyakorlati tapasztalatok, melyek állami gondoskodásban élő gyermekek, veszélyeztetett gyermekek, és súlyosan hátrányos helyzetű fiatalok körében végzett szakmai és élményjellegű programok százainak megvalósítása nyomán születtek;
- Kothencz János, az ÁGOTA® alapítójának személyes élettapasztalatai, melyek 24, állami gondoskodásban eltöltött éve, és sorstársai körében végzett pedagógusi munkásságának konklúziói;
- A területre vonatkozó elméleti munkák tanulságai;

### 2. specifikum: Indirektivitás és óvatos érlelés



A KÁSZPEM® Program sajátossága, hogy a gyermek élményvilágához indirekten közelít. Játékok, gyakorlatok, beszélgetések, tematikus foglalkozások alkotják eszköztárát. Így a gyermek személyiségének óvatos érlelését és utóérlelését valósítja meg. Nagyon fontos a módszerben a látens érzésállapotok felfedezése, tudatosítása, megnevezése, mely a gyermek számára mérföldkő jellegű előrelépést jelent egy-egy probléma megoldásakor. Bizonyos terápiaiktól eltérően, óvatosan koncentrálnak a gyermek nehézségeire, és a belátás, megértés, a pozitívumok megerősítése, a részképességek fokozatos, egymásra épülő és egymást erősítő fejlesztésére, valamint a finom, tapintatos jellemformálás révén éri el célját. Ezzel válik lehetővé, hogy a módszer azon segítők és pedagógusok számára is elérhetővé válhat, akik nem rendelkeznek specifikus ismeretekkel a gyógyítás, a pszichoterápia vagy épp a gyógypedagógia területén. Ugyanakkor a módszer a jó alkalmazó kezében arra is alkalmas, hogy a segítségre szoruló védett környezetben (biztonságban) konfrontáltassa önmaga valóságával. Természetesen mindezt nem direkt módon. Az ebből származó felismerések és tanulságok feldolgozásában is komoly felelőssége van a módszer alkalmazójának.

### **3. specifikum: Korosztály-specifikusság**

A KÁSZPEM® képes a gyermekek között életkori sajátosságokból adódó különbségek kezelésére. Ezért az eljárások, módszerek között találhatóak kisebb gyermekek, serdülők és fiatal felnőttek formálására is alkalmas, differenciált változatok. Mindemellett a Módszer kiválóan alkalmas felnőttek személyiségfejlesztésére is, amely feladathoz szintén van lehetőség a gyakorlatok, foglalkozások modulálására.

### **4. specifikum: Célcsoport – specifikusság**

A Módszertan kezdetben kizárólag a gyermekvédelmi intézményrendszer által a családjukból kiemelt, nem vérszerinti családban vagy hozzátartozónál nevelt (tehát tartós vagy átmeneti gondozott, utógondozott, valamint nevelőszülőnél élő gyermek illetve fiatal) gyermekeket és



fiatal felnőtteket segítette. Azonban a KÁSZPEM® Módszer folyamatos használat során kikristályosodott, hogy jól alkalmazható minden olyan területen, ahol segítségre szoruló vagy segíteni kívánó személyek számára szükséges ezt a speciális módszert alkalmazni. Mindemellett a módszer kiválóan alkalmas segítő foglalkozásúak érzékenyítésére, képzésére és kiképzésére is. Fontos megemlítenünk, hogy a módszer nem tesz különbséget a gyermekek hátrányának mértéke alapján.

## 5. specifikum: Autentikus segítők

A módszer alapítójának egyik úttörő módszertani megfontolása a specifikumok terén az autentikus segítő jelenléte a kliens csoportban. Ez egyrészt a hitelesség és a csoportok résztvevői motivációja szempontjából fontos. Másrészt új elemmel gazdagítják az elméleti és módszertan-alkotói, illetve fejlesztői munkát az által, hogy élettapasztalatuk és sajátos ismereteik révén még több dimenzió át ível a csoportmunka. Az autentikus segítő, mintaadásai révén segíti a csoportfolyamatot és benne az egyént. Mintát ad számos olyan kérdésben, melyekben maguk a csoporttagok esetleg nehezebben mernek megnyilvánulni.

Ugyanakkor az autentikus segítő jelenléte komoly feltételrendszere épül. Természetesen nem lehet autentikus segítő az, aki nem részesült önismereti személyiségfejlesztésben, mint ahogy az sem, aki személyes nehézségei folytán nem képes építő jelleggel részt vállalni a csoport munkájában. Tehát az autentikus segítő jelenléte azt feltételezi, hogy az illető kellő önismeret birtokában van, személyes nehézségei és esetleges traumái nem romboló hatásúak a csoporttagok fejlődését tekintve. Tisztában van azzal, hogy jelenléte, pont az érintettsége folytán a mintaadás fontosságát szolgálja. Ismeri a KÁSZPEM® módszer szemléletét és foglalkozási struktúra-rendszerét egyaránt. A csoportfolyamatban a csoportvezető, illetve vezetői team munkáját segíti, melynek egyben tagja is. Az autentikus (érintettségét tekintve is hiteles) segítő az érzés és élménymegosztásokban nyújt mintát arról, hogy a családból való kiemeltség sorsállapota nem jelent automatikus jövőtlenséget, hiszen vannak elérhető életcélok, és van értelme magának az életnek is. A jó autentikus segítő a csoportban maga a példakép, ezért is kell hitelesnek lennie. Ő is azok közé tartozik, akik példát



mutatnak a gyermeknek és fiatal felnőttnek a csoportban, rávilágítanak arra, hogy a leküzdhetetlennek tűnő nehézségek is megoldhatóvá válhatnak. Pontosan e miatt különösen is fontos az autentikus segítő személyes érzelmi érettsége és bizonyos fajta gyóguyltsága. Ha ezeknek e fenti kritériumoknak nem felel meg az érintettségében is hiteles segítő, akkor valóban igaz a közhely miszerint „vak vezeti a világtalant”. Amennyiben viszont megfelel e kritériumoknak, úgy áldásos hatással bír magára a csoportra, kiváló támaszt nyújt a csoportvezetőnek, és mindenekelőtt biztonságot, illetve viszonyítási alapot jelenthet magának a gyermeknek és fiatalnak.

Az autentikus segítőik jelenléte a felnőtt képzési és kiképzői csoportokban nem feltétlenül elvárás, de jelenlétük megsokszorozza a módszer hatékonyságát.



## 6. specifikum: Kothencz - féle Intuitív modell

Az intuíció (intuitio) elsősorban ösztönös megérzést, belátást, felismerést, a dolgok mélyére látását jelenti.

A Kothencz féle intuitív (azaz intuíción alapuló) modell lényege az, hogy a segítőkben (itt elsősorban a komoly csoporttapasztalattal rendelkező terapeutára gondolunk) benne van az a képesség, hogy az ösztönszerű megérzéseit helyén kezelje, ugyanakkor helyet adjon ezeknek a megérzéseknek a csoporton belül a megfelelő időben és szituációban.

A KÁSZPEM® alapítója és életre hívója, gyakran hagyatkozott és hagyatkozik is ezekre, az ösztönös megérzésekre. Terapeutikus munkájában, nevelői és oktatói tevékenységében is teret ad ösztönszerű meglátásainak. A kívülálló számára a legváratlanabb helyzetekben kerülhetnek elő azok a megérzések sugallta megoldások, melyeket a módszer alapítója már évtizedek óta gyakorol hivatásában. Az alapító által vezetett klienscsoportok szinte mindegyikében Ő maga, már a csoport létrejötte előtt figyel, pontosabban megfigyeli a csoportok tagjait. A benyomásaiból szerveződő ismeretei és intuitív hozzáállása, a csoportmunka légkörének megteremtésében is óriási szerepet játszik (például, amikor egy bizalomgyakorlatban párokat jelöl ki). De nemcsak a csoportatmoszféra könnyebb kialakíthatóságához rendeli e képességét, hanem a csoport tagjainak egyéni, és a csoport egésze szintjén is kiérezhető, látens érzésmechanizmusainak felismeréséhez is, ugyanakkor ezen érzésmechanizmusok óvatos megragadhatóságával és felhasználásával való gyógyítói munka eredményesebbé tételéhez is hozzárendeli azt. Sokan úgy gondolják, hogy mindez azért könnyű (és afféle „titkos fegyver”) az alapító számára, mert maga is érintett, és mert évtizedek óta segíti sorstársait. Ő azonban minderről úgy vélekedik, hogy az intuitivitás bárki számára megragadható és gyakorolható, ha kellő időt és energiát fordít egy adott tevékenység végzésére. Az alapító szerint, a segítő ember intuíciója kialakulhat, illetve megjelenhet, ha terapeutikus technikái, érzékenysége (szenzitivitása), és tapasztalata, az idő előrehaladtával érlelődik és fejlődik. Ugyanakkor az alapító óvatosságra int mindenkit abban, hogy személyes intuíción túl nagy hangsúlyt fektessen. Ezek ugyanis könnyen megtéveszthetik az embert. E módszertani könyv nem taglalja részleteiben azt, amit Kothencz János „intuitív segítői magatartásnak” nevez. Erről csak személyesen beszél részletesebben, és csak azoknak, akiket



Ő maga választ ki, képez, illetve gyakoroltat a KÁSZPEM® egy mélyebb szintű alkalmazására. Az alapító szerint, az intuíció nem annyira tanulható, mint inkább megtalálható képesség az emberben, ami legalább annyi veszélyt rejthet, mint amennyire áldás is lehet. Ezért az intuícóra való ráhagyatkozás alázatot, önmérsékletet, és kellően komoly önkritikusságot feltételez.

Ennél megfoghatóbb és a képesség fejleszthetősége miatt is talán kiemelhetőbb, a szenzitivitás jelentősége. Nem véletlen döntött úgy az alapító, hogy az intuitív helyett a szenzitivitásra, vagyis az érzékenységre és annak fejleszthetőségére helyezi inkább a hangsúlyt akkor, amikor erre a specifikumra utal, magának módszernek az elnevezésében is.





## 7. specifikum: Szenzitivitás

A szenzitív (sensitiv) kifejezés jelentése: érzékeny, fogékony, a külvilág eseményeire fokozottan visszaható, finom idegzetű.

Ha valakit szenzitívnek tekintünk, akkor őt érzékenynek, „finoman érzőnek”, fogékonynak tartjuk.

A „szenzitív” kifejezés a módszer érzékelésen és észlelésen alapuló érzékenységi jellegére, és a módszert alkalmazó segítő, e képességének, illetve készségei fejleszthetőségének fontosságára utal. Az érzékenység egyre fokozottabbá válhat, azaz valóban fejlődhet a KÁSZPEM® módszert alkalmazó személyben. Ez a megszerzhető és fejleszthető képesség, nem csak a kliens, azaz a segített fél valóságára való észlelésünk és érzékenységünk szempontjából fontos, hanem abban is komoly szerepet játszik, hogy milyen segítő, nevelő, gyógyító technikákat választunk, illetve alkalmazunk a ránk bízottak valóságának egyre fokozottabb megismerésében. A KÁSZPEM® képzések egyik fontos folyamateleme a szenzitivitás fejlesztése. Természetesen ez az érzékenység, csakis a csoportmunkánk elmélyülésével fejlődhet, és csak az idő előrehaladtával érezhetően jótékony hatását, illetve válhat hatékony eszközzé a KÁSZPEM® alkalmazó kezében.

## 8. specifikum: Csoportmódszer jelleg

Fontos, hogy a KÁSZPEM® nem egyéni nevelési módszer, hanem csoportos formában valósul meg. Azért kiemelendő ez a specifikum, mert benne van a csoportteljesítmény többletének lehetősége is.

E többletteljesítmény a véleményalkotás és önreflexió részleteiben és formájában is megmutatja hatását. Adott esetben másfajta kitárulkozással nyilvánul meg a gyermek bizonyos kérdésekben, ha egyedül kell véleményt formálnia, és másként teszi ugyanezt, ha az adott kérdésben társaival együtt fogalmazhatja meg, illetve képviselheti azt.



**9. specifikum: A KÁSZPEM® mint organikus együtt épülés modellje**

A KÁSZPEM® organikus együtt épülés, ahogyan az élet szálai átszövik egymást, bár mindnek megvan a sajátos, elidegeníthetetlen szerepe. A módszerben ott van az organikus fejlesztés, amelynek összetevőiről szerencsésebb úgy szólni, mint organikus személyiség integrációról. Mihelyt fokozatokról, lépcsőkről beszélünk, óhatatlanul egymástól elkülönülő egységekre gondolunk. A KÁSZPEM® fejlesztési elgondolása organikus. Ez azt jelenti, hogy a fejlődés szabadon, egészen egyéni ritmusban valósul meg, és a fejlődés több iránya figyelhető meg együttesen.

**10. specifikum: A KÁSZPEM® mint team munka és minta a közösségi szemléletmódra**

A módszerben résztvevő nem csak ad, hanem elfogad is. Nemcsak szeretet ad, hanem teret nyújt a kliens azon megtapasztalásának is, ahogyan Ő maga szerethet. A kliens gyógyulása pont attól dinamikusabb, hogy tere van bízni, adni, szeretni. Ennek hiányától, legalább annyira sérülhet az ember, mintha Őt magát nem szeretnék. Fontos, hogy szerethessen is az ember.

A módszer csak hiteles közreadók kezében működik, akik egyben, a közösségi szinten megmutatható valahova tartozási élmény mintaadó is. A team ebben is tapasztalatot adhat a kliens számára. A KÁSZPEM® szemléletét tekintve: baráti, partneri, bizalmi alapokon nyugvó, elfogadó és együtt érző megközelítés. Az emberség és reményadás módszere a közösség intimitásában. A szolidaritás alapozza meg és hatja át... - az alapító szándékának megfelelően. Különleges odafigyelést igényel a KÁSZPEM® team munkája (ennek részleteiről bővebben a team munkát érintő módszertani fejezetben tájékozódhat).



## A KÁSZPEM Alappillérei

### **A KÁSZPEM® módszer 7 alappillére**

A KÁSZPEM® módszertan annak kidolgozója és alapítója (Kothencz János) szándékának megfelelően 7 alappillérré épül. Ezek az alappillérek a családból kiemelt gyermekek és fiatalok érzésállapotának és életvitelének sajátosságait is mutatják. Az alábbi pilléreket nem kronológiai sorrendben kell értelmezni. Emellett, a kutatásunkból és a tapasztalatainkból az is kiderül, hogy az Őket jellemző nehézségek vonatkozásában ezek mentén kell strukturálnunk a segítő módszer felépítését.

#### **I. Bizalomkép**

- Csoportképzés/indítás
- Klasszikus bizalom gyakorlatok
- A bizalom szerepe az életünkben
- Megkülönböztetés/bizalom (előítéletek)
- Önbizalom/önmege erősítés
- Bizalom/bizalmatlanság élményfeldolgozása
- Transzcendentális igény

#### **II. Interperszonális kapcsolatok**

- Kortárskapcsolatok
- Referenciaszemélyek
- Párkapcsolatok
- Család és az ahhoz való viszony
- Felnőttek szerepe az életemben
- Transzcendentális igény



### III. Normák és vezérfonalak

- Értékrend: értékpreferenciák, gondoskodás, motivációk (rejtett mozgatórugók), tanult tehetetlenség, érzelemvezéreltség
- Erkölcs
- Transzcendentális igény

### IV. Trauma-feldolgozás

- Családi háttér
- Kötődések-szakadások
- Az intézménybe kerülés és annak körülményei, előzményei
- Az intézménybe való szocializálódás kezdete
- Intézményen kívüli csoportokban/kapcsolatokban történő negatív élményszerzés
- Erőszak az intézményen belül/kívül
- Az intézmény, mint „hatóság” élmény
- A törvénnyel való konfrontálódás

### V. Kiszolgáltatottság-érzet kezelése (elégedetlenségélmény, hatalom, jövőtől való félelem) *jelen állapotban*

- Családi háttér
- Fenntartások, félelem, szorongás
- A jövőtől való félelem
- Az intézményi rendszer/struktúra sajátosságai (íratlan szabályok)
- Intézményfüggőség és a kikerülés kérdésköre

### VI. Önrendelkezés

- Konfliktuskezelés/hatalom
- Jogok/kötelességek
- Döntés/felelősség



- Identitás
- Önállóság/önellátás
- Önreflexió/önkritika

## **VII. Teljesítményhez való viszony/jövőkép**

- Tanulmányi teljesítmény
- Teljesítmény szorongás / tanult tehetetlenség
- Kudarckerülés
- Versengés
- Életcélok
- Visszacatolás: kiszolgáltatottság-érzet és jövőtől való félelem
- Igényszint realizálása (valóság és vágyak illeszkedésének kérdésköre)



## A KÁSZPEM® céljai

### I. Bizalomkép terén

#### **Rövid távú célok**

- A bizalom jelentőségének megértetése a gyermekekkel
- Bizalom vagy bizalmatlanság feszültségének oldása, a bizalommal teli viselkedés erősítése
- A gyermek önmagába vetett hitének és önmagáról elgondolt szeretetreméltóságának erősítése, pozitívumainak, erősségeinek tudatosítása
- A személy- és csoportészlelés finomítása
- Előítéletek realizálása, kezelési technikáinak megtanítása
- Transzcendentális bizalom, transzcendens entitásba vetett hit értelmének megvilágítása
- A remény megerősítése a gyermekekben (a valamire valóság, valakivé válás, reményteli jövő, izgalmas és örömteli perspektívák előttünk állósága)

#### **Középtávú célok**

- A bizalom jelentőségének megismerése
- A bizalommal teli viselkedés erősödése, vállalkozás arra, hogy a gyermek önállóan merje megélni a feltétlen bizalmat
- A gyermek önmagába vetett hitének megerősödése, szeretetreméltóságában való hit erősödése, javuló önismeret
- Differenciált csoport- és személyészlelés egyre gyakoribb megjelenése, helyes értékítélet javulása
- Előítéletes viselkedés háttérbe szorulása

#### **Hosszú távú célok**



- Bizalmat adni és fogadni képes felnőtté nevelés
- Erős önbizalommal, helyes önismerettel bíró, és saját szeretetreméltóságában nem kételkedő személyiségek kialakítása
- Helyes értékítéletet hozni tudó, toleráns és megértő felnőttek nevelése



## II. Interperszonális kapcsolatok terén

### **Rövid távú célok**

- Abszolutizált szeretetvágy kivetítésének realizálása
- Kortárskapcsolatok tisztázása, a gyermekotthoni és iskolai társakkal való viszony megismerése és helyes kezelésének megtanulása
- Vérszerinti családi kapcsolatokhoz, rokonsági szálakhoz való viszony javítása, az ezzel kapcsolatos érzelmi feszültségek enyhítése
- A családból való kiemelés élménykörének feldolgozása
- Párkapcsolatok terén a vonzalom, a szerelem, és a biztonságkeresés jelenségének differenciálására való képesség fejlesztése
- Támponatok adása az egészséges párkapcsolathoz
- A felnőttek szerepének tisztázása a gyermek életében
- A gyermek önmeghatározásában jelentős szerepet betöltő személyek, példaképek, ellenpéldaképek felismerése, jellemzők és hatásuk tudatosítása
- Elhunytakhoz, elvesztett emberekhez való lelki kötődés realizálása
- A sorstársakkal való lojalitás fontosságának éreztetése

### **Középtávú célok**

- Kortárskapcsolatok javulása, iskolai és gyermekotthoni közösségekben való elfogadottság növelése
- Vérszerinti családdal és rokonokkal való viszony reálisabbá válása
- Egészséges párkapcsolat kezdeményezésére irányuló viselkedés kialakítása
- A felnőttekkel való kapcsolat gyümölcsözőbbé tétele
- Az előforduló interperszonális konfliktusok számának és intenzitásának csökkentése
- Helyes példaképek adása a gyermekek számára, megfelelő kritikai érzék kialakítása mellett
- A gyász és a halállal kapcsolatos félelmek enyhülése
- A sorstársakkal való lojalitás mélyebb tudatosítása





### **Hosszú távú célok**

- Kortársakkal egészséges, és jó irányba vivő kapcsolatok létrehozására és ápolására képes gyermekek nevelése
- Vérszerinti kapcsolatok reális kezelésének megtanulása, a családdal kapcsolatos indulatok kezelésének megtanulása, sérelmek elengedése
- A rossz útra vivő kortárskapcsolatok számának és intenzitásának csökkenése a gyermek életében, a kritikai érzék és az emberismeret javítása
- Egészséges párkapcsolat kialakítására és ápolására képes felnőttek nevelése, akik képesek saját család alapítására, és gyermekek felelős nevelésére
- A felnőttekkel való kapcsolat gyümölcsözővé alakítása
- Békés, másokkal együtt élni tudó felnőttek nevelése
- Helyes énazonosulással rendelkező felnőttek nevelése, akik képesek megválogatni baráti körüket és emberi kapcsolataikat
- A gyászt és halált egészségesen kezelni tudó felnőttek nevelése
- A sorstársaival szolidáris felnőtté válás



### III. Normák és vezérfonalak terén

#### ***Rövid távú célok***

- Értékek, preferenciák, motívumok megismerése, a valódi értékek megismertetése
- Az érzelemvezérelt viselkedés, illetve a tanult tehetetlenség jelenségkörének megismerése, veszélyeinek tudatosítása, kezelési módjainak gazdagítása
- Az erkölcsös viselkedés ismérveinek konszenzusos elfogadása
- A fekete-fehér gondolkodás árnyalása, kategorikus ítéletek elleni küzdelem a gondolkodás rugalmasságának növelésével
- Önkritika, önreflexió képességének javítása
- Közösségi magatartás értékeinek magtapasztalása
- A sorstársakkal való lojalitás fontosságának éreztetése

#### ***Középtávú célok***

- Értékekre és preferenciákra való igényesség javítása, érzékenység fejlesztése, tudatos értékkeresésre való igény kialakítása
- Higgadtabb viselkedés megjelenése, aktivitás növekedése, a saját sors alakításában való egyre aktívabb részvétel fejlesztése
- Az erkölcsös viselkedés tudatosabbá válása
- Az árnyalt gondolkodásra való képesség javítása, a gondolkodás rugalmasságának fejlesztése, a nézőpontváltás képességének javítása
- Az önkritika és önreflexió külső kontroll nélküli megjelenésének gyarapítása
- A sorstársakkal való lojalitás mélyebb tudatosítása

#### ***Hosszú távú célok***

- Helyes értékrend kialakulása
- Helyes értékrend szerint való cselekvés kialakítása
- Kiegyensúlyozott, aktív, saját sorsot kezében tartó felnőttek nevelése



- Az önsorsrontó viselkedés visszaszorítása a gyermekek és fiatalok körében
- Az erkölcsös viselkedést másokkal is betartató felnőtt viselkedés megalapozása
- Tudatos önreflexióra és önkritikára való képesség kialakítása a gyermekben
- A sorstársaival szolidáris felnőtté válás



#### IV. Trauma-feldolgozás terén

##### ***Rövid távú célok***

- Intézménybe kerülés előtti traumák/nehéz életesemények feltárása
- Szeretett, vágyott személyek elvesztése és hiánya nyomán kialakult lelki problémák tudatosítása, kezelési módjainak megtanítása
- Az intézménybe való szocializálódás nehézségeinek kimondása, kölcsönös segítségadás a megküzdési technikák
- Fizikai és pszichés erőszak jelenségének megértése, az erőszak elleni küzdelem, és a békés konfliktusmegoldás elősegítése
- Az intézmény, mint hatósággal való kapcsolat realizálása
- A törvénnyel való konfrontálódás élményeinek feldolgozása

##### ***Középtávú célok***

- A traumatikus élmények tisztázása, és az azokkal való fokozatos megküzdés ösztönzése
- A múlton való továbblépés megkezdése
- Az erőszakkal és erőhellyel való helyes bánásmód fokozatos megtanulása
- Segítség és támaszkérés jelentőségének megértése

##### ***Hosszú távú célok***

- A múlt építő módon való felhasználásának megtanulása
- Gyökereit ismerő, ám azok talaján továbbfejlődni tudó személyiségek nevelése
- A traumák/nehéz életesemények sérüléseinek folyamatos begyógyítása
- Függetlenségre képes felnőttek nevelése
- Önmagával békében élő emberré válás



## V. Kiszolgáltatottság-érzet terén

### **Rövid távú célok**

- Családi körben korábban megélt kiszolgáltatottság-élmény tudatosítása
- Fenntartások, félelem, szorongás tudatosítása, kezelési módjainak megtanítása
- A jövőtől való félelem megfogalmazása, és az aktív jövőformálásra való ösztönzés
- Az intézményi rendszer/struktúra sajátosságaiból adódó íratlan szabályok kimondása és azok kezelésének megtanítása
- A szabadsággal való bánásmód megtanítása
- A hatalomhoz való viszony megértése, az erőhelyzetek kezelésének, az uralkodás, elnyomás, és érdekérvényesítés kérdéskörének megértése
- A gyermek életállapotából adódó általános elégedetlenség jelensége, felismerése, kezelése

### **Középtávú célok**

- A kiszolgáltatottság-élmény egyre tudatosabb kezelésének megjelenése a gyermekek életében
- Félelmeknek való kiszolgáltatottság csökkentése
- A szabadság felfedezése és az azzal való helyes bánásmód fokozatos megtanítása
- Az érdekérvényesítés békés módjainak megtanítása
- Az elégedettség-élmény növelése a gyermekben, a megbékélés képességének javítása

### **Hosszú távú célok**

- A külső tényezőktől való függetlenedés képességének kialakítása
- A szabadsággal bánni tudó felnőttek nevelése
- Asszertív személyiség kialakítása
- Elégedett és sorsát tevékenyen alakító személyiség nevelése



- A jövő mint örömteli lehetőség tudatosítása



## VI. Önrendelkezés terén

### **Rövid távú célok**

- Konfliktuskezelési módok javítása
- Megküzdési eszköztár gazdagítása, agressziókezelés javítása
- Jogok és kötelességek értelmének és sajátosságainak megértetése, egyensúlyi helyzet létrehozása jogok és kötelességek között
- Választási helyzetben való viselkedésre való felkészítés
- Aktív részvételre való ösztönzés a saját sors alakításában
- A passzivitás és belenyugvás jelenségének tudatosítása és visszaszorítása
- A személyes felelősség szerepének, erejének és hatókörének tisztázása
- Énkép építés, énkép formálás, önazonosulás tudatosítása és fejlesztése
- Önállóság, önellátási képesség fejlesztése, énerő-növelés
- Önállóságtól való félelem és az intézményfüggőség jelenségének veszélyeinek tudatosítása
- Önreflexió, önkritika szintjének és minőségének javítása
- Lelkiismeret és önvizsgálat szerepének megértetése
- Önértelmező viselkedés és gondolkodás fejlesztése
- Konszenzuskészség fontosságának tudatosítása

### **Középtávú célok**

- Konfliktus- és frusztrációs helyzetek kezelésének javítása
- Felelősségérzet javulása, aktivitás növelése
- Önellátás javulása
- Önértelmezés és önreflexió minőségének javulása
- Konszenzuskészség fejlődése

### **Hosszú távú célok**



- Sokoldalú konfliktuskezelésre és frusztrációtűrésre való képesség kialakítása
- Felelős, jogok és kötelességek egyensúlyában lévő életstílus kialakítása
- Önellátásra való képesség és készség kialakítása
- Önértelmező személyiség kialakítása





## VII. Teljesítményhez való viszony és jövőkép terén

### **Rövid távú célok**

- Az iskolai tanulmányokhoz való viszony javítása, a tudás, mint érték elismertetése
- Teljesítményszorongás és a tanult tehetetlenség jelenségének megismertetése, kezelésének megtanítása
- Az iskolai kudarcok lehetséges okainak megértetése, teljesítmény gátló jelenségek felismertetése és kezelése, az aktivitás ösztönzése
- Alacsony önértékelés kezelése
- Értékrend formálás a tanulmányokkal és teljesítménnyel kapcsolatban
- Kudarckezelés javítása, megküzdési technikák megtanítása, hibás megküzdési mechanizmusok felismertetése
- Egészséges versenyszellem, sportszerűség, segítségadás fontosságának megértetése és javítása
- Jövőkép realizálása
- Életcélok, saját család képének realizálása
- Múlt – jelen - jövő kapcsolat megértetése
- A gyermek önmagával szembeni előítéleteinek felismertetése
- Eleve elrendeltség kérdésének tisztázása
- A derűlátó gondolkodás erősítése
- Igényszint-realizálás
- A saját fejlődés megbecsülése képességének kialakítása
- Irreálisan magas vagy alacsony elvárások feltárása, igényszint tisztázás, saját felelősség kérdésének megértetése az álmok valóra váltásában

### **Középtávú célok**

- Teljesítménnyel kapcsolatos elvárások és hozzáállás realizálása
- Iskolához és tanulmányokhoz való viszony javítása



- Saját fejlődésbe vetett hit megerősítése

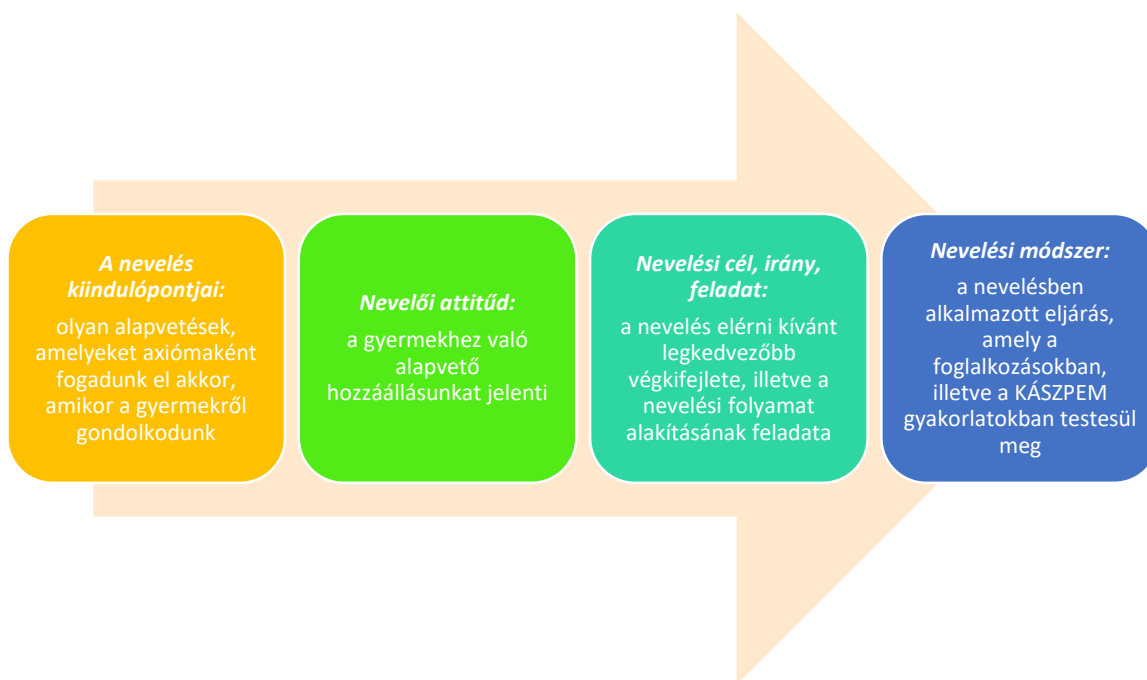
### ***Hosszú távú célok***

- Iskolai sikeresség növelése, a lehető legmagasabb képzettség megszerzésére való hajlandóság kialakítása
- Folyamatos önfejlesztés igényének képességének kialakítása



## A KÁSZPEM Alapkövei, nevelési irányelvei, módszerei

A KÁSZPEM® szemlélete és eljárásai mögött tudatosan átgondolt és alkalmazott nevelési rendszer húzódik.





A KÁSZPEM® Rendszer alapkövei, nevelési irányelvei és rendszere a rizikótényezők és védőfaktorok összefüggésében<sup>55</sup>

Rizikó tényező	A nevelés KIINDULÓ PONTJAI	Nevelői ATTITÚD	Nevelési CÉL, IRÁNY, FELADAT	Nevelési MÓDSZER (fogás, cselekvés)	Védőfaktor
A felnőtt lemond a gyermek nevelhetőségéről és fejleszthetőségéről, lemond a gyerekekről.	Hiszünk abban, hogy bármilyen sérüléssel és életkorban is fejleszthető, nevelhető egy gyermek.	A gyermek nevelhető és fejleszthető. (Hiszünk benne!)	A gyermek is higgyn magában. Abban, hogy képes változni, fejlődni.	Hitet adni és megerősíteni a gyermeket abban, hogy képes a fejlődésre.	pozitív énkép, pozitív jövőkép, jó megküzdési mutatók alapja, hogy a gyermek hisz önmaga fejlődési lehetőségeiben
Negatív megkülönböztetés, a gyermek személyiségének elnyomása vagy figyelmen kívül hagyása	Minden gyermek individuum. Egyedüli, megismételhetetlen csoda.	A gyermeket egyéniségként kezeljük.	Egyéniségének kibontakoztatása; Pozitív személyiségű felnőttek nevelése	A gyerek egyéniségének pozitív tartalmú megerősítése	elfogadó nevelői viszonyulás, önbizalom, pozitív énkép,
A gyermek nem érzi biztonságban magát, a biztonság hiánya feszültséget okoz a gyermek számára	Minden gyermeknek alapvető igénye a biztonság.	A gyermeket védelmezni, óvni kell.	Biztonságot adó (nevelési) környezet létrehozása a gyermek körül.	Biztonságadás- Minden helyzetben. Felelősségvállalás, következetesség, kongruencia Állandó figyelem a gyermek iránt - gyakran úgy, hogy észre se vegye	támogató (és annak is érzékelt) háttér biztosítása

<sup>55</sup> Kothencz János et al: Róluk....értük...II. ÁGOTA®(Állami Gondoskodásban Élő és Veszélyeztetett Fialatok Támogatásáért) országos, közhasznú Alapítvány 2009 Szeged 50-57.o.



<p>A gyermek teherként, bélyegként hordja a múltját magával. A felnőtt irreális elvárásokat állít fel a gyermek elé, aki ettől önmagában is csalódnai fog, mert nem tud megfelelni az elvárásoknak. A múltjával és a szüleivel kapcsolatos negatív megjegyzések a gyermek negatív énképét erősítik és lojalitáskonfliktus kialakulásához vezet</p>	<p>Szakellátásba kerülésekor a gyermek már nem üres lap, múlttal rendelkezik.</p>	<p>A gyermek adottságait, szocializációs környezetét figyelembe vesszük a nevelésben.</p>	<p>- A gyermeket segítjük múltja megismerésében és feldolgozásában, hogy kapaszkodót (gyökeret) találjon a jövőjéhez. Folyamatos tapintat, őszinteség, védelem és a gyermek tempója vezeti a felnőttet ebben. - A gyermek életkorának, érettségének megfelelő, képességeit figyelembe vevő legmagasabb fokú fejlődés elérése. (Nem kell mindig mindenből tökéletesnek lennie!)</p>	<p>- A gyermek adottságait, szocializációs környezetét előzetesen felmérjük, figyelembe vesszük. - A gyermektől mindig az életkorának és fejlettségének megfelelő legmagasabb szintű teljesítményt várjuk el. Ez határozza meg a nevelés (fejlesztés) irányát.</p>	<p>pozitív énkép és pozitív jövőkép támogató, elfogadó háttér</p>
<p>Egészségtelen életmód A felgyülemlett feszültségeket nem tudja levezetni a gyermek ezért a feszültség levezetés negatív formáit választja. (agresszió, autóagresszió, feszültségoldás drogokkal)</p>	<p>A gyermek természetes mozgásigénnyel rendelkezik, mely kihat teljes életminőségére.</p>	<p>Hisszük, hogy a megfelelő mértékű mozgás egészségesebb testet és lelket formál.</p>	<p>A gyermek egészségesebbé tétele és természetes mozgásigényének kielégítése.</p>	<p>Építünk a gyermek természetes mozgásigényére (sok sport, mozgás, aktivitás) minden életkorban.</p>	<p>Egészségmagatartás kialakulása Természetes örömforrás a gyermek számára tartalmazsán eltöltött szabadidő, énhatékonyság, jó szociális kapcsolatok</p>
	<p>A legtöbb gyermek ösztönösen szereti a zenét.</p>	<p>A zenét építésre, fejlesztésre, gyógyításra</p>	<p>A gyermek életének természetes részévé tenni a zenét, melyet élvezeti</p>	<p>Nagyon fontos eszközünk a zene. A gyermek által leginkább</p>	<p>Örömforrás, tartalmazsán eltöltött szabadidő,</p>



		is használjuk élményjellege mellett.	értékén túl önkifejezésre, öngyógyításra, önfejlesztésre is használhat.	kedvelt zenéből indulunk ki. A zenét nevelésre, ízlésformálásra, önkifejezésre és kommunikációra is használjuk.	énhatékony jó szociális kapcsolatok
A gyermekkor a gyermek kiszolgáltatott állapotként éli meg, amelyben függ a felnőttek döntéseitől, érzelmeitől, cselekedeitől.	A gyermekkor örömteli, fejlődésbeli állapot.	Elfogadjuk, hogy a gyermekkor és gyermeklét örömforrás.	Támogatni a gyermeket abban, hogy gyermekként élhesse meg a gyermekéveit.	Szabad bolondoznia, viccelnie, játszania, felszabadulni, koszosnak és gondtalan gyermeknek lennie. A felnőttnek teret és időt kell adnia a gyermeki lét megélésére.	örömforrás, énhatékony, jó szociális kapcsolatok, támogató háttér biztosítása
A gyermek érzelmeinek el nem fogadása, figyelmen kívül hagyása vagy elfojtása	Az emberi alapérzelmek (harag, öröm, bánat, félelem, undor, csodálkozás, kíváncsiság) az ember érzelmi életének alapvető, természetes és elválaszthatatlan alapkövei, melyek az egészséges érzelmi fejlődést biztosítják.	A gyermeknek SZABAD a közösségben kifejezni érzelmeit, meglátásait-önmagá, társai és a felnőttek tiszteletben tartásával, biztonságuk veszélyeztetése nélkül.	Érzelmeit differenciálni, helyén kezelni tudó felnőtt nevelése	Teret adni a gyermeknek érzelmei, elvárásai kifejezésére.	énhatékony, jó önértékelés jó szociális kapcsolatok, elfogadó, támogató nevelői viszonyulás
A gyermek negatív tulajdonságainak hangoztatása, negatív megkülönböztetés	Hiszünk az alapvető emberi jóságban.	Mindig a lehető legjobbat feltételezve fordulunk a gyermek felé.	A gyermek legyen tisztában a jó tulajdonságaival, értékeivel. Legyen képes	A jót erősítjük benne, a kevésbé jót igyekszünk jóra fordítani- vele együtt!	jó önértékelés jövőre irányultság kedvező megküzdési mutatók



			és hajlandó azokat használni. A gyermek jó tulajdonságainak megőrzése, megerősítése, gazdagítása.		támogató, elfogadó nevelői viszonyulás
A gyermek megalázása zavarba ejtő, vagy elfogadhatatlan viselkedése miatt, másokkal szemben tanúsított tiszteletlen viselkedés ráhagyása	Minden embernek joga van a méltóságához	Kölcsönös tisztelet	Önmagát és másokat is tiszteletben tartó felnőtt nevelése.	A gyermeket tiszteljük, és elvárjuk azt is, hogy tiszteljen bennünket, és önmagát is. Egyenrangú félként kezeljük a gyermeket-érettségének, életkorának figyelembevételével. A felelősség a miénk. Tapintatosan hívjuk fel a gyermek figyelmét az esetlegesen zavarba ejtő viselkedésére, szokására.	jó önértékelés, jó szociális kapcsolatok, támogató, elfogadó nevelői viszonyulás, harmonikus (lakásotthoni) családi légkör
A gyerekek megkülönböztetése, kedvencek vagy bűnbakok a családban vagy lakásotthonban	Minden gyermeknek egyenlő joga van az érvényesüléshez és az ahhoz kapható támogatáshoz.	Hit abban, hogy a gyermekek megfelelő támogatással képesek csökkenteni kiindulási hátrányaikat.	Lehetőségeinkhez mérten a legnagyobb mértékben segíteni kell a gyermekeket, hogy hátrányaikat kompenzálhassák.	Esélyegyenlőség biztosítása. Nincsenek kedvencek, vagy bűnbakok.	jó szociális, társas kapcsolatok, támogató (és annak is érzékelt) családi háttér, elfogadó nevelői viszonyulás
A gyermek bizalom és önbizalomhiánya, kötődési zavarok	Eredményes nevelés csak kölcsönös bizalmi kapcsolat esetén valósulhat meg.	A gyermek felé bizalommal közelítünk, és alapvetően hiszünk abban, hogy a gyermek is képes lesz bizalmat adni	Bizalomteljes kapcsolat kiépítése.	Biztonságos, stabil, következetes érzelmi-nevelési környezetet teremtünk a gyermeknek.	jó szociális készségek, jó önértékelés, elfogadó, támogató



		nekünk. Bízunk a gyermekben, ezért merünk kockázatot is vállalni.		A bizalom azonban nem a magára hagyást, hanem a folyamatos oltalom melletti önálló cselekvést jelenti.	családi, nevelői háttér,
A kiszolgáltatott gyermek kihasználása, megszegése, A gyermek magára hagyása kiszolgáltatott helyzetben	A gyermek kiszolgáltatottságából, sebezhetőségéből fakadó helyzet kihasználása: <b>SZENTSÉGTÖRÉS!</b>	A kiszolgáltatott gyermeket védjük, óvjuk és tiszteljük.	A gyermek kiszolgáltatottságának csökkentése.	A felnőtt az erejét és befolyását nem a gyermek kiszolgáltatottságára alapozza. Nem szégyenítjük meg mások előtt A gyermeket élete minden területén a kiszolgáltatottság elkerülésére, aktív leküzdésére és konstruktív kezelésére neveljük.	én- hatékonyság, támogató (és annak is érzékelt) családi háttér, kedvező megküzdési mutatók, jó szociális készségek
A gyermek érdekeinek figyelmen kívül hagyása, a felnőttek vagy társai érdekeinek alárendelése, agresszív konfliktuskezelési minta nyújtása	Az embernek veleszületett igénye és joga van a békességre és érdekei érvényesítésére, mások érdekeinek megsértése nélkül.	Bízunk abban, hogy a gyerekek képesek önállóan és minden fél számára kielégítően rendezni konfliktusaikat. Külső segítség csak ahhoz kell, hogy konfliktuskezelési képességüket és eszköztárukat fejlesszük.	Olyan felnőttek nevelése, akik konfliktusaikat a lehető legkevesebb agresszióval, kreatívan és mások tiszteletben tartásával képesek megoldani és érdekeiket érvényesíteni.	Konfliktuskezelési képességük és eszköztáruk fejlesztése minták és alternatívák nyújtásával. Pozitív értékrendet tükrözünk, melyben a konfliktusok, problémák elől nem elbújni, hanem elsimítani, azokat megoldani tanítjuk a gyermeket.	én-hatékonyság, kedvező megküzdési mutatók, jó szociális készségek, támogató (és annak is érzékelt) családi háttér, elfogadó szülői, nevelői viszonyulás





				<p>Egészséges versenyszellem kialakítása, mely megtanítja küzdeni a céljaiért.</p> <p>A gyermeket saját maga határozott, ám tiszteletteljes és lehetőleg erőszakmentes védelmére tanítjuk</p>	
<p>A felnőtt túlpátolygatja a gyermeket, mindent elvégez, megold gyermek helyett</p>	<p>Az ember fejlődése az egyre növekvő önállóság irányába mutat.</p>	<p>Hiszünk abban, hogy a gyermekek képesek önállóan megoldani az életkoruknak és fejlettségüknek megfelelő feladatokat.</p>	<p>Autonóm személyiségek nevelése.</p>	<p>Engedjük és támogatjuk a gyermeket az életkorának és fejlettségének megfelelő feladatok elvégzésében.</p> <p>Nem csináljuk meg a gyermek helyett a feladatait, de minden segítséget megadunk a számára a sikerhez.</p> <p>Tudni kell, mikor szűnik meg a szerepünk a gyerek életében, hol vannak a segítségnyújtási, nevelési határaink.</p>	<p>én-hatékonyság, jó önértékelés, kedvező megküzdési mutatók, jó szociális készségek, jövőre irányultság, elfogadó szülői, nevelői viszonyulás</p>
<p>A gyermek számára nincs biztosítva a hitélet megismerésének és</p>	<p>Minden embernek joga van szabadon hitet, vallást választani, és azt gyakorolni.</p>	<p>Elfogadjuk a gyermek hit és valláskeresését és – gyakorlását.</p>	<p>Erős hitet (akár vallást is) gyakorló felnőtt nevelése, akik biztos kapaszkodót nyer ezáltal.</p>	<p>Alternatívákat kell nyújtani a gyermeknek a hit és vallás megtalálására,</p>	<p>spiritualitás, vallási közösséghez kapcsolódás, jó önértékelés, jövőre irányultság,</p>



gyakorlásának a lehetősége				gyakorlására, és óvni kell a szélsőségektől.	tartalmasan eltöltött szabadidő, pozitív baráti kapcsolatok, pozitív közösséghez való tartozás érzése,
Negatív mintaadás a döntésképtelenségről, a felelősségvállalásról, ráhagyó nevelői attitűd	Az ember a szabadsággal együtt felelősséget is birtokol.	Döntéseinkért, hibáinkért felelősséggel tartozunk, és ebből tanulhatunk is	Döntéseiért, hibáiért felelősséget vállaló felnőtt nevelése.	Tükröt tartunk a gyermeknek, hogy saját tetteinek következményét fel tudja mérni. Felelősséget vállalunk döntéseinkért, hibáinkért, cselekedeteinkért, minden esetben, és erre tanítjuk a gyereket is, személyes példamutatással. Nem állítjuk magunkat püspökre, merjük saját személyiségünket használni. (hibáinkból olykor többet tanul a gyermek, mint a szónoklatokból.) Belátjuk, ha hibáztunk, ha igazságtalanok voltunk és nem szégyen bocsánatot kérni a gyerektől. Ha büntetünk, vagy jutalmazunk, azt a gyermeknek mindig	én-hatékonyság, kedvező megküzdési mutatók, jövőre irányultság



				<p>pontosan megmagyarázzuk, mit, miért kap.</p> <p>A tettnek és a büntetésnek vagy jutalmazásnak időben kapcsolódnia kell egymáshoz, és arányosnak kell lennie.</p>	
Ingerszegény környezet a gyermek számára	Az embernek ingergazdag környezetre van szüksége az egészséges fejlődéshez	A felnőttnek fontos szerepe van a gyermek ingergazdag környezetének kialakításában.	Egészségesen, sokoldalúan fejlett személyiségű felnőttek nevelése.	Ingergazdag, értékes, a szabadidő eltöltésére sokoldalúan alkalmas környezetet teremtünk a gyermek számára, és motiváljuk annak minél jobb kihasználására.	tartalmasan eltöltött szabadidő, sportolás, jó önértékelés
Közös élmények hiánya	Az ember társas lény, a gyermek alapvetően kedveli mások társaságát.	A gyermekkel együtt lenni nem csak kötelesség lehet, hanem szórakoztató, örömteli társas együttlét is.	Olyan ember nevelése, aki kedveli mások társaságát.	A gyerek érdeklődésének, személyiségének megfelelő közös élmények megélésére törekszünk A felnőtt is lehet játszótársa a gyermeknek, ám felelősségét mindvégig szem előtt kell tartania. A gyermekkel való közös tevékenység általában nagymértékben erősíti a felnőtt elfogadását, megbecsülését,	Természetes örömforrás, tartalmasan eltöltött szabadidő, elfogadó, támogató szülői, nevelői viszonyulás, jó szociális készségek, a kedvező egészség magatartás, a felnőtt kedvező egészségmagatartási mintája



				partnerként való kezelését a gyermek részéről, és nem veszélyezteti a felnőtt tekintélyét.	
A megerősítés hiánya, a negatívumok hangoztatása	Az embernek a fejlődéshez megerősítésre van szüksége.	Pozitív, megerősítő, objektív odafordulás a gyermekhez.	A gyermek a képességeihez mérten a lehető legjobban teljesítsen.	Megdicsérjük, ha jót tett, vagy egy feladat részét jól elvégezte, és folyamatosan bátorítjuk, ösztönözzük a folytatásra, kitartásra. A megerősítés rendszerint tárgy vagy eszköz nélküli legyen, és arányos legyen a teljesítménnyel.	jó önértékelés, énhatékonyság
Negatív mintaadás	Az emberi tanulás egyik leghangsúlyosabb módja az utánzás és mintakövetés	A gyermek számára a felnőtt követendő minta kell, hogy legyen	A sikeres szociális tanulás folyamatának gyorsítása, és egyszerűbbé tétele.	Személyes példamutatás	jó szociális készségek, énhatékonyság, a szülő megfelelő egészségmagatartási mintája,
Ráhagyó, következetlen nevelői attitűd	Az emberi tanulás egyik legmagasabb szintű formája a belátás	Bízunk abban, hogy a gyermek képes a józan belátásra	Olyan ember nevelése, aki józan belátás útján képes viselkedését módosítani	Gyakran alkalmazzuk a rávezetést és beláttatást akkor, amikor a gyermek viselkedését szeretnénk megváltoztatni vagy visszajelezni.	én-hatékonyság, kedvező megküzdési mutatók, jó szociális készségek
Deviánsnak tűnő önkifejezési formái miatt meg nem	Az önkifejezés alapvető szükségletünk	Nyitottság a gyermek önkifejezése iránt	A gyermek birtokolja, használja az egyéniségéhez illő	Segíteni a gyermeket az önkifejezésben. Szókinccs, alkotások,	én-hatékonyság, kedvező megküzdési



értésünk esetén eltávolodhat tőlünk a gyermek			önkifejezési módokat, és képes legyen megérteni mások önkifejezését is	kommunikáció verbális-nonverbális formája révén, mások jogainak megsértése nélkül. Nyitottá tenni a gyermeket mások önkifejezése iránt.	mutatók, jó szociális készségek
A gyermek közösségtől való elszigetelése	Az ember túlélésének, sikeres alkalmazkodásának és egészséges fejlődésének alapja a közösség	A gyermek viselkedését a közösség viszonylatában kezeljük	Közösségi emberré nevelés Kapcsolati rendszerének fejlesztése, tudatosítása	A gyermek szocializációját közösségben való neveléssel támogatjuk.	jó szociális (társas) kapcsolati készségek, megfelelő iskolai beilleszkedés,
A gyermek szükségleteinek figyelmen kívül hagyása, elhanyagolása	Az emberi szükségleteknek egymásra épülő rendszere van	A nevelés során figyelembe vesszük a szükségletek egymásra épülését	A gyermeknek megfelelő alapot biztosítani arra, hogy fejlődésében egyre magasabb szintű szükségleteknek tudjon megfelelni	Nevelésünket a természetes emberi szükségletek egymásra épülése mentén szervezzük. Az alapszükségletek kielégítésétől haladunk a magasabbak felé.	támogató (és annak is érzékelt) családi háttér, jó önértékelés, megfelelő testi és lelki egészség, jó iskolai teljesítmény
Merev nevelői attitűd	Az ember nem képes teljes mélységében megismerni és uralni a környezetét és embertársait, így folyamatos alkalmazkodásra van szüksége	Rugalmasság: fenn kell tartanunk a tévedés és a folyamatos megismerés lehetőségét	- Mindig a gyermek valóságából kiindulva határozzuk meg a nevelési helyzetet. - Javítanunk kell a gyermek alkalmazkodóképességét, és növelni a rugalmasságát	A gyermektől előbb kérdezzünk, majd mérlegelünk, és csak azután cselekszünk! Kölcsönösen legyünk képesek rutinszerű viselkedéseink, gondolkodásunk bírálóira is. Mindig a gyermek ismerete és az adott	én-hatékonyság, jó szociális (társas kapcsolati) készségek



				szituáció körülményeinek ismerete segít a gyors és hatékony problémamegoldásban. Adjunk biztosságot, állandó, stabil kiindulópontokat és alternatívákat a gyermek számára ahhoz, hogy a folyamatosan változó, kitérő világhoz alkalmazkodhasson	
Negatív hatású kortárskapcsolatok	A gyermek a kortárs kapcsolataiból olyan tudást szerezhet, amelyet a felnőttekkel való kapcsolatából nem vagy csak nagyon nehezen sajátíthat el	Elfogadjuk azt, hogy a kortárskapcsolatoknak különleges, nem behelyettesíthető szerepe van a gyermek személyiségfejlődésében. Bízunk abban, hogy a gyermekek kortárskapcsolatai építő jellegűek lehetnek	A gyermek képes legyen a kortárs csoportjába beilleszkedni, ott tapasztalatokat szerezni, és építő jellegű kapcsolatokat kiépíteni	Építünk a kortárs-kapcsolatokra a nevelésben. Támogatjuk a gyermek kortársak közötti tapasztalatszerzését. Autentikus minta bevonása a nevelésbe (pl. kortárssegítők, lakótársak, stb.)	megfelelő iskolai beilleszkedés, jó szociális (társas kapcsolati) készségek, pozitív baráti kapcsolatok
Önálló felnőtt nevelése, függőség a felnőttől	Az emberi túléléshez szükség van alapvető életvezetési, önállósági képességekre	Bízni kell abban, hogy a gyermek képessé válik az önálló életvezetésre és az önállóságra	Önellátásra és önálló életvezetésre képes felnőtt nevelése	Támogassuk a gyakorlati tapasztalatszerzést, és mindvégig álljunk a gyermek mellett, hogy védelmező háttérrel biztosítsunk számára „Ne csak enni adjunk neki, ha éhes, hanem	



				meg kell őt tanítani halat fogni, hálót készíteni.” Önellátásra nevelni.	
Elhanyagolás	Az egészség csak test, lélek és szellem egységben valósul meg	A gyermek holisztikus megközelítése	A testi- lelki-szellemi egészség harmonikus állapotának kialakítása	A gyermek egészsége visszaállításának, megőrzésének és javításának sokoldalú támogatása	megfelelő testi és lelki egészség, harmonikus családi légkör,
A gyermek önreflexióit figyelmen kívül hagyó, vagy elfojtó nevelés	Az ember sajátossága, hogy önreflektív képességekkel bír, és ezek mentén is képes a fejlődésre	Alapoznunk kell az önreflektív képességekre	Az önreflektív képességek fejlesztése, megerősítése	Önbizalom, önbecsülés erősítése. Önreflexió és építő önkritika támogatása. Objektív, építő jellegű visszajelzések adása, annak megszervezése a gyermek számára, felnőttől, kortársaktól egyaránt Személyes példamutatás.	jó önértékelés, kedvező megküzdési mutatók, jó szociális (társas) kapcsolatok, Támogató (és annak is érzékelt) családi háttér
A gyermeknek, ha hibát követ el, nem tud megbocsájtani a felnőtt- negatív énkép kialakulása	Bizonyos helyzetekre csak a megbocsátás adhat megnyugtató megoldást	Megbocsátásra és bocsánatkérésre való hajlandóság	Megbocsátást adni, kérni és elfogadni tudó felnőtt nevelése.	Támogassuk a gyermeket abban, hogy megtapasztalja a megbocsátás feloldozó, megnyugtató hatását, illetve az ahhoz vezető utat. Támogassuk a gyermeket abban, hogy meg tudjon bocsátani önmagának, illetve a	Támogató (és annak is érzékelt) családi háttér, jó önértékelés, jövőre irányultság



				neki fájdalmat okozó embereknek (akár a legközelebbi hozzátartozónak is). Merjünk bocsánatot kérni a gyermektől, és szükség esetén mutassunk példát arra, hogy hogyan kell ezt elfogadni.	
A gyermeknek nincs választási, döntési lehetősége	Minden embernek joga van a szabad választáshoz.	A másik ember választási szabadságának tiszteletben tartása.	Olyan emberek nevelése, akik képesek érett módon élni választási szabadságukkal, és felelős módon vállalják annak következményeit	Törekedni kell arra, hogy a gyermeket a szabad választásban a lehető legkevésbé befolyásolhassa a kiszolgáltatottsága. A gyermeket támogatjuk döntése megfontolásában, kötelességünk felhívni a figyelmét a döntésével járó esetleges veszélyekre, a döntést azonban rábízuk	én-hatékonyság, jövőre irányultság, támogató (és annak is érzékelt) családi háttér





## Felhasznált irodalom

1. Allport, G.W. (1997). *A személyiség alakulása*. Kairosz Kiadó, Budapest. 146-149.
2. Andorka R. – Buda B. – Cseh-Szombathy L. (1974): *A deviáns viselkedés szociológiája*, Gondolat Kiadó, Budapest
3. Andorka R. (2006): *Bevezetés a szociológiába*, Osiris Kiadó, Budapest
4. Andrassy Á. – Mrázik J. (2011): *A drogprevenció*. Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Pécs
5. Andrassy Áron, Dr. Mrázik Julianna (2011) *A drogprevenció*, Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Pécs
6. Arató O., Kiss Gy. (1991): *Az individuálszociológia és hatása Magyarországon*, Tankönyvkiadó, Budapest
7. Atkinson R.L., Atkinson R.C., Smith, E. E. & Bem, D. J. (1999). *Pszichológia*. Osiris-Századvég Kiadó, Budapest. 85.
8. Atkinson, Hilgard (2005). *Pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest. 505-510.
9. Az Országgyűlés 106/2009. (XII.21.) OGY Határozata- *Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma kezelésére 2010-2018*
10. Az Országgyűlés 80/2013. (X.16.) OGY Határozat- *A Nemzeti Drogellenes Stratégiáról- Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer- bűnözés ellen*
11. Bagdy E. (1986): *Családi szocializáció és személyiségzavarok*. Budapest, Tankönyvkiadó.
12. Bagdy Emőke Dr. (1986). *Családi szocializáció és személyiségzavarok*. Tankönyvkiadó, Budapest.
13. Balázs Máté Ádám és Pikó Bettina: **SZOCIÁLIS HATÁSOK A SERDÜLŐKORI DOHÁNYZÁSBAN: A SZOCIÁLIS HÁTTÉR, A CSALÁD ÉS A KORTÁRSÁK SZEREPE**, [http://www.magyarpedagogia.hu/document/Balazs\\_MPed20161.pdf](http://www.magyarpedagogia.hu/document/Balazs_MPed20161.pdf)
14. Balogh Éva (2004). *Fejlődéslélektan*. Didakt Kft., Debrecen.
15. Bandura A. (1977): *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
16. Barnes, G. G. (1999): *Családterápia, -gondozás*. Budapest, Animula Egyesület



17. Botvin GJ, Renick N és Baker E (1983): The effects of scheduling format and boostersessions on a broad-spectrum psychosocial approach to smoking prevention. J Behav Med6(4)
18. Canning, U. – Millward, L. – Raj T. – Warm, D. (2004): Drug Use Prevention Among Young People: a Review of Reviews. Health Development Agency.
19. Cole, Michael: Fejlődéslélektan 2. Átdolgozott kiadás, Budapest, Osiris 2003
20. Demetovics Zs. (2007): Drog, család, személyiség. Különböző típusú drogok használatának személyiségpszichológiai és családi háttere. Budapest, L'Harmattan Könyvkiadó és Terjesztő Kft.
21. Dr. Buda B (1992): Az alkoholológia új távlatai. Válogatott tanulmányok, Alkoholizmus elleni Állami Bizottság, Budapest
22. Dr. Makara Péter (szerk.)(2007): *Mentális egészségfejlesztési stratégia – pozitív egészségfejlesztés és primer prevenció*. Országos Egészségfejlesztési Intézet
23. EFOP 1.8.9. „Drog, alkohol, dohányzás” kutatási jelentés, Szeged, 2018.
24. Elekes Zsuzsanna AZ IFJÚKORI DROGFOGYASZTÁS EPIDEMIOLOGIÁJA Egészségkárosító magatartások elterjedtsége és társadalmi-demográfiai jellemzői középiskolások körében végzett kutatások alapján Budapest 2010
25. Elekes Zsuzsanna: ESPAD 2011 Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól Az ESPAD magyarországi adatfelvételének előzetes eredményei, Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet
26. Fiáth Titanilla (2002): A magyarországi roma népesség általános iskolai oktatása – szakirodalmi kismonográfia - <http://www.delphoi.hu/download-pdfroma-oktatmonogr.pdf>
27. Forray R. Katalin - Hegedűs T. András (1998): Cigány gyermekek szocializációja, AULA, Budapest, 391. p
28. Fromm, E. (1984). *A szeretet művészete*. Helikon Kiadó, Budapest.52.
29. Giddens (2006)
30. Ginott, H. (1980): Szülők és gyermekek. Budapest, Medicina
31. Graczyk, P. A., Weissberg, R. P., Payton, J. W., Elias, M. J., Greenberg, M. T., Zins, J. E. (2000).Criteria for Evaluating the Quality of School-Based Social and Emotional Learning



- Programs. In: Bar-On, R., Parker, J. D. A. (Eds.), *The Handbook of emotional intelligence*. First Edition, John Wiley & Sons, Inc. 89–410.
32. Grezsa Ferenc, Surányi Zsuzsanna: *Fiatalok szerfogyasztása*, Kiadvány szülőknek és pedagógusoknak, NCSSZI – Nemzeti Drogmegelőzési Iroda, Budapest 2014.
33. Grezsa Ferenc, Surányi Zsuzsanna (2014) *Fiatalok szerhasználata*. NCSSZI-Nemzeti Drogmegelőzési Iroda
34. Grezsa Ferenc-Surányi Zsuzsanna (2014): *Fiatalok szerhasználata*. NCSSZI-Nemzeti Drogmegelőzési Iroda, Könyvpont Nyomda Kft., Budapest
35. Herczog Mária (2003). *Gyermekvédelmi kézikönyv*. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó, Budapest. 36-38.
36. Herczog Mária(1997). *A gyermekvédelem dilemmái*. Pont Kiadó, Budapest.
37. Hermann Alice (1982). *Emberré nevelés*. Tankönyvkiadó, Budapest. 189-190
38. Hogan, M. J. (2000): Diagnosis and treatment of teen drug use. *Adolescent Medicine* 84: 927–966.
39. <http://drogfokuszpont.hu/bevalt-gyakorlatok-portalja/prevencio/csalad/>
40. <http://drogfokuszpont.hu/fogalomtar/fogalomtar-i/> letöltve: 2018. 06.04.
41. <http://folyoiratok.ofi.hu/uj-pedagogiai-szemle/a-csaladi-problemak-hatasa-a-fiatalok-szerfogyasztasara>
42. [http://web.med.u-szeged.hu/magtud/magyar ok/Eloadasok/Karos szenv ea 9.pdf](http://web.med.u-szeged.hu/magtud/magyar-ok/Eloadasok/Karos_szenv_ea_9.pdf)
43. <http://www.emcdda.europa.eu/publications> , EMCDDA Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ az EMCDDA (A Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja, 2010 (EMCDDA, 2010. 6.)
44. <http://www.indit.hu/2017/06/06/a-pszichoaktiv-anyagok-hatasa-es-artalmaj/>, letöltve: 2018. 04. 02.
45. <https://exitgames.hu/cikkek/drogprevenacios-szabaduloszoba>
46. ISM, 2001. 71- <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0100007>.ISM
47. Jerusalem, M., Klein-Heßling, J. (2002). Soziale Kompetenz. *Entwicklungstrends und förderung in der schule*. *Zeitschrift für Psychologie*, 210(4),164-174.
48. Jessor R és Jessor SL (1977): *Problem Behavior and PsychosocialDevelopment: A Longitudinal Study of Youth*. New York:Academic Press.



49. Kálmánchey, M. (2001). Nevelőszülőknél élő gyermekeknél előforduló pszichés problémák. In: Család, Gyermekek, Ifjúság, /2
50. Kelman, H. C. (1997): A szociális befolyásolás három folyamata. In: Lengyel Zsuzsanna (szerk.) *Szociálpszichológia szöveggyűjtemény*, Osiris Kiadó, Budapest
51. Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. *American Psychologist*, 62(2),95–108.
52. Komlósi P. (1989): A család támogató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére. In: Gerevich J. (szerk.): *Közösségi mentálhigiéné*. Budapest, Gondolat.
53. Komlósi P. (1989): A család támogató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére. In: Gerevich J. (szerk.): *Közösségi mentálhigiéné*. Budapest, Gondolat.
54. Kothencz J. (2009): Róluk...értük... I. Családból kiemelt gyermekek és fiatalok szociológiája; Gyermekvédelmi gondoskodásban élő gyermekek és fiatalok („állami gondoskodásban élők”) társadalmi sajátosságai (szociológiai jellemzői) napjainkban;- Országos kutatás az „állami gondoskodásban élő gyermekek és fiatalok körében” ÁGOTA® (Állami Gondoskodásban Élő és Veszélyeztetett Fiatalok Támogatásáért) országos, közhasznú Alapítvány, Szeged;
55. Kothencz János : (2009.) *Róluk....értük...I.* ÁGOTA®(Állami Gondoskodásban Élő és Veszélyeztetett Fiatalok Támogatásáért) országos, közhasznú Alapítvány, Szeged
56. Kothencz János és mtsi: Róluk...értük...II. Családból kiemelt gyermekek és fiatalok pedagógiája; Gyermekvédelmi gondoskodásban élő gyermekek és fiatalok („állami gondoskodásban élők”) pedagógiai, pszichológiai, pszichoszociális és szociális munkaköri megközelíthetősége napjainkban , ÁGOTA® (Állami Gondoskodásban Élő és Veszélyeztetett Fiatalok Támogatásáért) országos, közhasznú Alapítvány 2009 Szeged
57. Kothencz János et al: (2009.) *Róluk....értük...II.* ÁGOTA®(Állami Gondoskodásban Élő és Veszélyeztetett Fiatalok Támogatásáért) országos, közhasznú Alapítvány, Szeged
58. Kothencz János et al: Róluk....értük...I. ÁGOTA®(Állami Gondoskodásban Élő és Veszélyeztetett Fiatalok Támogatásáért) országos, közhasznú Alapítvány 2009 Szeged,
59. Kothencz János, Kothenczné Osváth Viola, Balog Mária, Pál Melinda és Balogh Zsolt (2009). *Róluk...értük...II.* ÁGOTA® Alapítvány, Szeged. (Továbbiakban: Kothencz János et al (2009). *Róluk... Értük... II.* Szeged, ÁGOTA® Alapítvány.



60. Kovács Eszter- Pikó Bettina: A család egészségvédő hatása a serdülők körében: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest 2009
61. Kozma T. (1994): Bevezetés a nevelésszociológiába. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó.
62. Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and coping process. New York: Mc Graw-Hill.
63. MacDonald, G., O'Hara, K. (1997): A lelki egészség tíz alapeleme. Szervenélybetegségek, 1997. 5. évf. 6. szám p. 442–449
64. Mérei F., V. Binét Á. (2006). *Gyermeklélektan*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.
65. Mizsei Bernadett: *Diákvédelmi programok -A DADA és az ELLEN-SZER programok tapasztalatai*, Új köznevelés 70. évf. 1-2.
66. Moholy- Nagy Művészeti Egyetem honlapja  
(<http://www.mome.hu/hu/h%C3%ADrek/1365-voltegyszer-mobiliz%C3%A1lt-drogprevenci%C3%B3>)
67. Németh Ágnes és Költő András: Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban, 2014
68. Nemzeti Drog Fókuszpont 2012. évi jelentése
69. Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására- A kormány kábítószer-ellenes stratégiájának Konceptcionális alapjai, ifjúsági és sportminisztérium, 2000. Június, Sásdi nyomda kft.- [http://www.drogstrategia.hu/download.php?file\\_id=26](http://www.drogstrategia.hu/download.php?file_id=26)
70. *Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására- A Kormány kábítószer-ellenes stratégiájának koncepcionális alapjai- Ifjúsági és Sportminisztérium 2000.június*
71. Osváth Viola (2016). *Gyermekkorai kapcsolatok, és kapcsolati élmények szerepe a kriminalizálódás alakulásában állami gondoskodásban felnövekedett férfiak körében*, Doktori (PhD) értekezés, Pécsi Tudományegyetem BTK Pszichológia Doktori Iskola, Személyiség és Egészségpszichológia Program, Pécs
72. *Ottawai Egészségfejlesztési Charta- Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia- Ottawa (Kanada) 1986. november 17-21.*
73. Pikó, B. (2005). A serdülőkori depressziós tünet együttes egészségpszichológiai összefüggései. Fejlesztő Pedagógia, 16. Évfolyam 5-6. szám, 16–20.
74. Rácz József (2000): *Prevenációs programok értékelése*. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.



75. Rácz József (2005): *Iskolai drogprevenciós programok eredményessége*. Kapocs 4. évf.3. sz.
76. Ranschburg J. (1983): *Félelem, harag, agresszió*, Tankönyvkiadó, Budapest
77. Saarni, C., Campos, J. J., Camras, L. A., Witherington, D. (2006). Emotional development: action, communication, and understanding. In: Eisenberg, N. (Ed.), *The Handbook of Child Psychology, Vol (3) Social, emotional, and personality development*. Sixth Edition. John Wiley & Sons, Inc. 226–299.
78. Szauer Erzsébet: *A magyar gyermekek egészségi állapotának jellemzői* (2003)
79. Tari Annamária: *Z generáció*, Tericum Kiadó Kft, Budapest 2011.
80. Topolánszky Á. (2009): *A magyarországi drogpolitika keretei és a Nemzeti Stratégia*. In: *Drogpolitika számokban*. Budapest, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet.
81. TYAS, S. L. – Pederson, L. L. (1998): Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control* 7, p. 407-420.
82. Vajda Zs. (1997): *A társas kapcsolatok és a viselkedés fejlődése kisiskolás kortól serdülőkorig*. In: Mészáros A. (szerk.): *Az iskola szociálpszichológiai jelenségvilága*. Budapest, Eötvös Kiadó.
83. Vajda Zs. (1999): *A gyermek pszichológiai fejlődése*. Budapest, Helikon Kiadó.
84. Vajda Zsuzsanna (2006). *A gyermek pszichológiai fejlődése*. Helikon Kiadó, Budapest. 94.
85. Veressné Gönczi Ibolya (2002). *A gyermekvédelem pedagógiája*. Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen. 33-37.
86. Vidra-Szabó, F. (2001). „Soha többé nem megyek haza”. *Esély: társadalom- és szociálpolitikai folyóirat*, 12(5), 12-34.



## AJÁNLOTT IRODALOM

1. 2016 éves jelentés (2015-ös adatok) az EMCDDA számára Készítette: Nemzeti Drog Fókuszpont, [http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/HU\\_National\\_Report\\_2016\\_HU.pdf](http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/HU_National_Report_2016_HU.pdf)
2. Aki tiszta volt, végleg lemondott rólam- Interjú Kubiszyn Viktorral- Kovács Ferenc Dávid- Hvg.hu [http://hvg.hu/kultura/20151222\\_kubiszyn\\_viktor\\_mindenki\\_lemondott\\_rolam](http://hvg.hu/kultura/20151222_kubiszyn_viktor_mindenki_lemondott_rolam)
3. Alkohol és drogfüggőség, <http://leleknavigator.hu/temakorok/fuggoseg/89-alkoholesdrog>
4. Allport, G.W.(1997): A személyiség alakulása, Kairosz Kiadó, Budapest
5. Andorka R. – Kolosi T. – Vukovich Gy. (1992): Kábítószeres és a kábítószer-fogyasztás: Társadalmi riport, TÁRKI, Budapest
6. Andorka R. (2006): Bevezetés a szociológiába, Osiris Kiadó, Budapest
7. Andrassy Á. – Mrázik J. (2011): A drogprevenció. Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Pécs
8. Antal Z. (1977): Menekülés az életbe – Alkohológiai Füzetek 33. száma – Budapest
9. Arató O., Kiss Gy. (1991): Az individuálpaszichológia és hatása Magyarországon, Tankönyvkiadó, Budapest
10. Aronson E. (1994): A társas lény. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest
11. Atkinson H. (2005): Pszichológia, Osiris Kiadó, Budapest
12. Atkinson R.L., Atkinson R.C., Smith, E. E. & Bem, D. J. (1999). Pszichológia. Osiris-Századvég Kiadó, Budapest
13. Az Egészségügyi Dolgozók Pápai Tanácsa (szerk.) (2004) Egyház, kábítószer, drogfüggőség - Pasztorációs kézikönyv lelkipásztoroknak és a lelkipásztori tevékenységben részt vevő segítők számára, Új Ember Budapest
14. Az Európai Unió Drogstratégiája (2013-2020)
15. Az Európai Unió kábítószer-ellenes cselekvési terve (2005-2008)
16. *Az igazság a crack kokainról* füzet, Drogmentes Világért Alapítvány
17. *Az igazság a drogokról* füzet, Drogmentes Világért Alapítvány
18. *Az igazság a fájdalomcsillapítókról* füzet, Drogmentes Világért Alapítvány
19. *Az igazság a heroinról* füzet, Drogmentes Világért Alapítvány
20. *Az igazság a kokainról* füzet, Drogmentes Világért Alapítvány



21. *Az igazság a kristálymetrőről és a metamfetaminokról* füzet, Drogmentes Világért Alapítvány
22. *Az igazság a marihuánáról* füzet, Drogmentes Világért Alapítvány
23. *Az igazság a Ritalinnal való visszaélésről* füzet, Drogmentes Világért Alapítvány
24. *Az igazság a vényköteles szerekkel való visszaélésről* füzet, Drogmentes Világért Alapítvány
25. *Az igazság az alkoholról* füzet, Drogmentes Világért Alapítvány
26. *Az igazság az ecstasyról* füzet, Drogmentes Világért Alapítvány
27. *Az igazság az inhalánsokról* füzet, Drogmentes Világért Alapítvány
28. *Az igazság az LSD-ről* füzet, Drogmentes Világért Alapítvány
29. Az Oktatási Minisztérium drogprevenációs stratégiája-2003.  
[http://www.nefmi.gov.hu/letolt/kozokt/om\\_drogstrategia\\_030324.pdf](http://www.nefmi.gov.hu/letolt/kozokt/om_drogstrategia_030324.pdf)
30. Az Országos Kémiai Biztonsági Intézet Egészségügyi Toxikológiai Szolgálat Kiadványa (2006): *A kábítószeres világ*, Budapest
31. Bácskai E. – Gerevich József (1997): *Ifjúság és drogfogyasztás*, Animula
32. Bagdy E. (2006): *Családi szocializáció és személyiségzavarok*, Tankönyvkiadó, Budapest
33. Bagdy Gy. (2006): *Amit az ecstasyról tudni kell - Iskolásoknak, szülőknek, tanároknak, partizóknak*, Akadémiai Kiadó Zrt., Budapest
34. Bajzáth S. – Tóth E. Zs. – Rácz J. (2014): *Repülök a gyógyszerrel. A kábítószeres története a szocialista Magyarországon*. L'Harmattan Kiadó, Budapest
35. Balázs M. Á. és Pikó B. (2016): *SZOCIÁLIS HATÁSOK A SERDÜLŐKORI DOHÁNYZÁSBAN: A SZOCIÁLIS HÁTTÉR, A CSALÁD ÉS A KORTÁRSÁK SZEREPE*,  
[http://www.magyarpedagogia.hu/document/Balazs\\_MPed20161.pdf](http://www.magyarpedagogia.hu/document/Balazs_MPed20161.pdf)
36. Balázsfalvi Gné (1997): *Földi pokol.. a drog*, Dr. Dobos László, Miskolc
37. Bálint A. (1990): *A szeretet fejlődése és a valóságérzék. Lélekelemzési Tanulmányok*, Somló Kiadó, Budapest
38. Balogh É. (2004). *Fejlődéslélektan*. Didakt Kft., Debrecen.
39. Bandura A. (1977): *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
40. Barnes G. G. (1999): *Családterápia, - gondozás*, Animula Egyesület, Budapest





41. Barsy B. (2011): Stresszorok hatásának vizsgálata szorongásos kórképek és morfinfüggőség kialakulására kísérleti állatmodelleken; Doktori (Ph.D.) Értekezés Semmelweis Egyetem Szentágothai János Idegtudományi Doktori Iskola, Budapest
42. Baumrind D. (1987): A serdülőkori drogfogyasztás családi előzményei, fejlődés-lélektani megközelítés, Multiprofil
43. Bayer I. (1989): A kábítószer, Gondolat Kiadó, Budapest
44. Bayer I. (2000): A drogok történelme (A kábítószeres története az ókortól napjainkig), Aranyhal Könyvkiadó, Budapest
45. Bayer I. (2005.): Drogok és emberek. Múlt, jelen, jövő, Focus (Sprinter Kiadói Csoport) és Magyar Gyógyszertudományi Társaság, Budapest
46. Bíró J. (szerk.) (2006): Biopolitika - Drogprevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről, L'Harmattan, Budapest
47. Bíró S. dr. (1998): Az önpusztító életmód, Melania Kiadó, Budapest
48. Booth M. (2005): Az ópium története Nyitott Könyvműhely, Budapest
49. Borbély E. (2004): Regionális és globális problémakezelés a kábítószerügy területén. Szakdolgozat. Budapesti Gazdasági Főiskola, Külkereskedelmi Főiskolai Kar, Budapest
50. Botvin GJ, Renick N és Baker E (1983): The effects of scheduling format and boostersessions on a broad-spectrum psychosocial approach to smoking prevention. J Behav Med6(4)
51. Bőhm J. (2006): A droghasználat modelljei és szabályozásának elvei, Tanulmányok a kábítószerfogyasztás megelőzéséről, L'Harmattan, Budapest
52. Brassai L. – Kolumbán Sz. L. – Prezsmer B. – Tóth M. (2003): A dohányzás, alkohol- és illegális drogfogyasztás, és azok háttérösszefüggései a sepsiszentgyörgyi VIII–IX. osztályos tanulók körében. T3 Kiadó, Sepsiszentgyörgy
53. Buda B. (1993): Empátia... a beleélés lélektana. Ego School BT., Budapest
54. Buda B. (2002): A drogmegelőzés elméleti alapjai, NDI, KEF módszertani anyagok, A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet kiadása, Budapest
55. Buda B. (2003): „Szabálytalan” családformációk – és pszichoszociális segítségük. In: Embertárs, 2003. dec., 1. évf. 4. sz. p. 47-59.
56. Buda B. (2003): A lélek egészsége – A mentálhigiéné alapkérdései, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest



57. Buda B. dr. (1986): A személyiségfejlődés és a nevelés szociálpszichológiája, Tankönyvkiadó, Budapest
58. Buda B. dr. (1995): A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései, TÁMASZ, Budapest
59. Buda B. dr. (1995): Szenvedélyeink. SubRosa Kiadó, Budapest
60. Buda B. dr. (1996): Alkohol és Szexualitás, Országos Alkohológiai Intézet, Budapest
61. Buda B. dr. (1998): Elmélet és alkalmazás a mentálhigiénében, TÁMASZ, Budapest
62. Campbell, Ross dr. (1988): Óvjuk őket! Gyermekeink kábítószereszélyben. Harmat, Budapest
63. Canning, U. – Millward, L. – Raj T. – Warm, D. (2004): Drug Use Prevention Among Young People: a Review of Reviews. Health Development Agency.
64. Cole M. (2003): Fejlődéslélektan 2. Átdolgozott kiadás, Osiris Kiadó, Budapest
65. Cole M., Cole S.R. (1997): Fejlődéslélektan, Osiris Kiadó, Budapest
66. Comer, R. J. (2005). A lélek betegségei. Osiris Kiadó, Budapest.
67. Csák R., Csesztregi T., Dudás M., Horváth G. Cs., Nyírády A., Péterfi A., Paksi B., Port Á., Tarján A. & Varga O. (2014): 2014-es éves jelentés (2013-as adatok) az EMCDDA számára, Nemzeti Drog Fókuszpont, Budapest
68. Csesztregi T., Horváth G. Cs., Nyírády A., Péterfi A., Port Á., Tarján A. & Varga O. (2015): 2015-ös éves jelentés (2014-es adatok) az EMCDDA számára, Nemzeti Drog Fókuszpont, Budapest
69. Csíkszentmihályi M. (2010): Flow - Az áramlat A tökéletes élmény pszichológiája; Akadémiai Kiadó, Budapest
70. Csókay L., Domszky A., Hazai V., Herczog M. (1994). A gyermekvédelem nemzetközi gyakorlata, Pont Kiadó, Budapest
71. Csorna K. (1929). A szociális gyermekvédelem rendszere, Budapest
72. Csóti M. (2006): Gyermekkorai szorongás, iskolafóbia, pánikrohamok. Pro Die Kiadó, Budapest
73. Csukonyi Cs. –Münnich Á. (2004): A kábítószer-fogyasztás lélektani háttere a középiskolások körében **Új Pedagógiai Szemle LIV/3,**  
<http://fu.web.elte.hu/drogeria/cikk/0152upsz.html>



74. Demetrovics Zs. (2007): Drog, család, személyiség. Különböző típusú drogok használatának személyiségpszichológiai és családi háttere, L'Harmattan Könyvkiadó és Terjesztő Kft., Budapest
75. Demetrovics Zs. - Kelemen G. - Rácz J. (2002): Drogok, drogprevenció, ifjúsági problémák, intézményi szerepzavarok, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest
76. Demetrovics Zs. – Rácz J. (szerk.) (2008): Partik, drogok, ártalomcsökkentés L'Harmattan kiadó, Budapest
77. Demetrovics Zs. (2003): Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről, c. szakmai kiadványban. Gyermek-Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest
78. Demetrovics Zs. (2007): A droghasználat funkciói. Akadémiai Kiadó, Budapest
79. Demetrovics Zs. (2007): Drog, család, személyiség L'Harmattan kiadó, Budapest
80. Demetrovics Zs. (szerk.) (2001): A szintetikus drogok világa, Animula Kiadó, Budapest
81. Demetrovics Zs. (szerk.) (2007): Az addiktológia alapjai I. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest
82. Demetrovics Zs. (szerk.) (2007): Az Addiktológia alapjai, Eötvös Kiadó, Budapest
83. Demetrovics Zs. (szerk.) (2009): Az addiktológia alapjai II., ELTE Eötvös Kiadó, Budapest
84. Demetrovics Zs. (szerk.) (2009): Az addiktológia alapjai III. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest
85. Demetrovics Zs., Kun B. (szerk.) (2010): Az Addiktológia Alapjai IV. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest
86. Demetrovics Zs., Urbán R., Kökönyei Gy. (szerk.) (2007): Iskolai egészségpszichológia. L'Harmattan Kiadó, Budapest
87. Dr. Bíró S. (1998): Életünk válsághelyzetei, A depresszió és a stressz, Az egészséges életért sorozat, SubRosa Kiadó, Budapest
88. Dr. Buda B. (1995): Szenvedélyeink, megelőzés, felismerés, rehabilitálás, Az egészséges életért sorozat, SubRosa Kiadó, Budapest
89. Dr. Csernus I. - Dobai B. - Tárnok A. (2011): Drogma, Jaffa Kiadó, Budapest
90. Dr. Dinya Z. (2017): Hogyan alakul ki a szenvedélybetegség?  
<http://www.webbeteg.hu/cikkek/psziches/1345/hogyan-alakul-ki-a-szenvedelybetegseg>
91. Dr. Kálmánchey M. (2001): Nevelőszülőknél élő gyermekeknél előforduló pszichés problémák, Család, Gyermek, Ifjúság, 2001/2
92. Dr. Kisszékelyi Ö- –Dr. Németh Zs. –Huber B. (1989): A kábulat csapdájában. Tankönyvkiadó, Budapest



93. Dr. Münnich I. – Dr. Szakács F (1977): Bűnöző fiatalok, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest
94. Dr. Nagy G. - Lovass P. (1995): A kábítószeres világ, Medicina Könyvkiadó, Budapest
95. Dr. Nagy G.: Korunk kihívása: A designer drogok, <http://www.drogproblema.hu/szakembereknek/szakmai-anyagok-cikkek-konyvek>
96. Dr. Patai K. (1994): Szenvedélybetegségek. Egészségnevelő kézikönyv pedagógusok, védőnők, egészségnevelők számára, Glaxo és Zsiráf Kft., Budapest
97. Dr. R. Woolfson (1999): Gyerek testbeszéd, Trivium Kiadó, Budapest
98. Dr. Rác J. (2005): Iskolai drogprevenációs programok eredményessége, NCSSZI, Kapocs folyóirat, IV. évfolyam 3. szám
99. Dr. Ranschburg J. (1993): Szeretet, erkölcs, autonómia, Integra-Projekt Kft., Budapest
100. Dr. Somogyi – Dr, Bozzay-Kormos (2000): Drogokról... Tudni lehet - érdemes - kell. Drog Stop Budapest Egyesület, Budapest
101. Dr. Veczkó J. (1990): A gyermekvédelem pszichológiai és pedagógiai alapjai, Tankönyv kiadó, Budapest
102. Dr. Veczkó J. (2000): A gyermek- és ifjúságvédelem alapjai, APC Stúdió, Gyula
103. Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon L'Harmattan kiadó
104. Drogprevenció- A „FÜGE” drogprevenációs munkacsoport munkája <http://psychiatry.pote.hu/addikt/dz.pdf>
105. Drogprevenció- Andrassy Áron, dr. Mrázik Julianna 2011. <http://janus.ttk.pte.hu/tamop/tananyagok/drogprevenacio/index.html>
106. Drogprevenció és/vagy egészségfejlesztés- A pedagógusok beavatkozási lehetőségei és határai- Ferenci Zoltán ppt. <https://www.slideserve.com/efrat/drogpreveneci-s-vagy-eg-szs-gfejleszt-s>
107. E. Follis (2016): A drog árnyékában, Twister Média Kft, Budapest
108. E. Mitch (2004): Marihuána. A tudomány álláspontja. Edge 2000, Budapest
109. EFOP 1.8.9. „Drog, alkohol, dohányzás” kutatási jelentés, Szeged, 2018.
110. Elekes Zs. - Paksi B. (2000): Drogok és fiatalok. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest



111. Elekes Zs. - Paksi B. (2005): A gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása. Kapocs. IV. évf. 5. szám. 2005. október. (2-22)
112. Elekes Zs. (2009): Egy változó kor, változó ifjúsága, L'Harmattan Kiadó, Budapest
113. Elekes Zs. (2010): AZ IFJÚKORI DROGFogyasztás EPIDEMIOLOGIÁJA Egészségkárosító magatartások elterjedtsége és társadalmi-demográfiai jellemzői középiskolások körében végzett kutatások alapján, Budapest
114. Elekes Zs. (2012): ESPAD 2011 Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól Az ESPAD magyarországi adatfelvételének előzetes eredményei, Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet, Budapest
115. Elekes Zs. (szerk.) (2016): Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015, Magyarországi eredmények, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest
116. Eliot R. Smith – Diane M. Mackie (2004): Szociálpszichológia, Osiris Kiadó, Budapest
117. EMCDDA Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ az EMCDDA (A Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja, 2010.
118. Erikson E. H. (1963): Childhood and society, WW Norton, New York
119. F. Newman. (2002): Gyermekek krízishelyzetben, Pont Kiadó, Budapest
120. Fekete P. (2005): Szerencsejáték életre-halálra, L'Harmattan Kiadó, Budapest
121. Felvinczi K. (2006): A család szerepe a drogprevencióban; In: Biopolitika – drogprevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről. Bíró Judit (szerk.) L'Harmattan – ELTE Társadalomtudományi Kar, Budapest
122. Felvinczi K., Nyírády A. (szerk) (2009): Drogpolitika számokban. L'Harmattan, Budapest
123. Ferenczi Z. (2001): Drog és vallás. Gyakorlati kézikönyv lelkipásztoroknak, diakónusoknak és gyülekezeti munkásoknak. Budapest, Magyarországi Református Egyház Kálvin János Kiadója.
124. Ferenczi Z. (2001): Drog és vallás. Gyakorlati kézikönyv lelkipásztoroknak, diakónusoknak és gyülekezeti munkásoknak, Magyarországi Református Egyház Kálvin János Kiadója, Budapest



125. Ferenczi Z. (2001): Drog és vallás. Magyarországi Református Egyház Kálvin János Kiadója, Budapest
126. Ferenczi Z. (2003): Drogprevenció, pedagógus, iskola, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest
127. Fiáth Titanilla (2002): A magyarországi roma népesség általános iskolai oktatása – szakirodalmi kismonográfia - <http://www.delphoi.hu/download-pdfroma-oktat-monogr.pdf>
128. Fodor M., Birtha S. (2005): Drog alapismeretek, Budapest Kiadó
129. Forgács J. (2007): A társas érintkezés pszichológiája, Kairosz Kiadó, Budapest
130. Fromm, E. (1984). A szeretet művészete. Helikon Kiadó, Budapest
131. Füst Zsuzsanna és Wenger Tibor (szerk.) (2001): A kábítószerkérdés orvosi, jogi és társadalmi vonatkozásai, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest
132. Gelsei G. (szerk.) (2004): A láthatatlanság vége Társadalomismereti szöveggyűjtemény, Alapítvány a Társadalomelméleti Kollégiumért, Budapest
133. Gerevich J. (szerk.) (1997): Közösségi mentálhigiéné, Animula Egyesület, Budapest
134. Gerevich J., Bácskai E., Rózsa S. (2003): A drog-ambulanciák működése és hatékonysága, Animula Kiadó, Budapest
135. Giddens, A. (2006): Szociológia, Osiris Kiadó, Budapest
136. Ginott, H. (1980): Szülők és gyermekek, Medicina, Budapest
137. Globális drogfelmérés <https://www.globaldrugsurvey.com/>
138. Graczyk, P. A., Weissberg, R. P., Payton, J. W., Elias, M. J., Greenberg, M. T., Zins, J. E. (2000). Criteria for Evaluating the Quality of School-Based Social and Emotional Learning Programs. In: Bar-On, R., Parker, J. D. A. (Eds.), The Handbook of emotional intelligence. First Edition, John Wiley & Sons, Inc. 89–410.
139. Graczyk, P. A., Weissberg, R. P., Payton, J. W., Elias, M. J., Greenberg, M. T., Zins, J. E. (2000). Criteria for Evaluating the Quality of School-Based Social and Emotional Learning Programs. In: Bar-On, R., Parker, J. D. A. (Eds.), The Handbook of emotional intelligence. First Edition, John Wiley & Sons, Inc. 89–410.
140. Grezsa F. – Vargha A. – Vass Z. (2014): Tizenéves fiatalok szerhasználata: kockázati tényezők és védőfaktorok, Károli Gáspár Református Egyetem, L'Harmattan Kiadó, Budapest, 425–444.



141. Grezsa F., Surányi Zs. (2014): Fiatalok szerfogyasztása, Kiadvány szülőknek és pedagógusoknak, NCSSZI – Nemzeti Drogmegelőzési Iroda, Budapest
142. Griffith E. (2006): Az „anyag” természete – Drogok... és miért nyúlnak hozzá oly sokan?, Napvilág Kiadó, Budapest
143. Havasi L. (2014): Tűk hegyén táncolva, Publio Kiadó, Hédervár
144. Herczog M. (1997). A gyermekvédelem dilemmái. Pont Kiadó, Budapest
145. Herczog M. (2003). Gyermekvédelmi kézikönyv. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó, Budapest
146. Herczog M. (2007): Gyermekbántalmazás, CompLex 2007, Budapest
147. Hermann A. (1982): Emberré nevelés, Tankönyvkiadó, Budapest
148. Hogan, M. J. (2000): Diagnosis and treatment of teen drug use. Adolescent Medicine 84: 927–966.
149. Holle Alexandra: Iskolai drogprevenció- Képviseői információs szolgálat, 2017./73.szám  
[http://www.parlament.hu/documents/10181/1202209/Infojegyzet\\_2017\\_73\\_iskolai\\_drogprevencio.pdf/372093fc-62d4-4b20-834e-cb6d4e57665e](http://www.parlament.hu/documents/10181/1202209/Infojegyzet_2017_73_iskolai_drogprevencio.pdf/372093fc-62d4-4b20-834e-cb6d4e57665e)
150. Horváth Gergely Csaba (szerk.) (2014): A kábítószer-helyzet Magyarországon 2004–2014.A Nemzeti Drog Fókuszpont jubileumi összefoglaló kiadványa, Budapest
151. Hoyer M. (2010): Sóvárgás és szenvedés. Az addiktív keresés mélylélektani megközelítése, L'Harmattan, Budapest
152. <http://drogfokuszpont.hu/bevalt-gyakorlatok-portalja/prevencio/>
153. <http://drogfokuszpont.hu/bevalt-gyakorlatok-portalja/prevencio/csalad/>
154. <http://folyoiratok.ofi.hu/uj-pedagogiai-szemle/a-csaladi-problemak-hatas-a-fiatalok-szerfogyasztasara>
155. <http://legal-drog.info/mdpv.furdoso.html>
156. <http://mek.oszk.hu/08100/08128/08128.pdf> (Mentális egészségfejlesztési stratégia – pozitív egészségfejlesztés és primer prevenció, Országos egészségfejlesztési Intézet, 2007)
157. [http://web.med.u-szeged.hu/magtud/magyar\\_ok/Eloadasok/Karos\\_szenv\\_ea\\_9.pdf](http://web.med.u-szeged.hu/magtud/magyar_ok/Eloadasok/Karos_szenv_ea_9.pdf)



158. [http://www.adelante.hu/wp-content/uploads/a\\_szenvedelybetegseg\\_kialakulasanak\\_rizikofaktorai-kompatibilitasi-mod.pdf](http://www.adelante.hu/wp-content/uploads/a_szenvedelybetegseg_kialakulasanak_rizikofaktorai-kompatibilitasi-mod.pdf)
159. [http://www.adelante.hu/wp-content/uploads/a\\_szenvedelybetegseg\\_kialakulasanak\\_rizikofaktorai-kompatibilitasi-mod.pdf](http://www.adelante.hu/wp-content/uploads/a_szenvedelybetegseg_kialakulasanak_rizikofaktorai-kompatibilitasi-mod.pdf)
160. <http://www.emcdda.europa.eu/publications>
161. <http://www.emcdda.europa.eu/publications>
162. <http://www.life.hu/csalad/20141027-mindent-a-legujabb-dizajner-drogokrol-elofordulasukrol-tuneteirol-karos-hatasaikrol.html>
163. <http://www.nodrog.eoldal.hu/cikkek/kabitoszerek-es-hatasaik/drogok.html>
164. <https://exitgames.hu/cikkek/drogprevenacios-szabaduloszoba>
165. [https://www.hazipatika.com/psziche/drog\\_abc/cikkek/flakka\\_ez\\_az\\_uj\\_drog/20160822150507](https://www.hazipatika.com/psziche/drog_abc/cikkek/flakka_ez_az_uj_drog/20160822150507)
166. J. Frey (2003): Millió apró darabban, Antheneaum Kiadó, Budapest
167. J. Green (2003): Kannabisz, Glória Kiadó, Budapest
168. J. Rees (2005): Tudod miről van szó? Drogok, Magyar Könyvklub Rt., Budapest
169. Jean-Paul C. Grund – Paul J. Öfner – Hans T. Verbraeck (2007): MAREL O DEL, KAS KAMEL, LE ROMES DUVAR, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Szakmai Forrás Sorozat, Kutatások VI. szerk: Demetrovics Zsolt: A közép- és kelet-európai romák droghasználatának és HIV-fertőzés-kockázatának vizsgálata, Kutatási Jelentés, L'Harmattan Kiadó, Budapest
170. Jerusalem, M., Klein-Heßling, J. (2002). Soziale Kompetenz. Entwicklungstrends und förderung in der schule. Zeitschrift für Psychologie, 210(4),164-174.
171. Jessor R és Jessor SL (1977): Problem Behavior and PsychosocialDevelopment: A Longitudinal Study of Youth. New York:Academic Press.
172. Kábítószer-használat az Európai Unióban: jogalkotási megközelítések <http://drogfokuszpont.hu/szakteruleteink/kabitoszer-politika-strategia/politika-strategia-kapcsolodo-dokumentumok/>





173. Kábítószer-politikához kapcsolódó magyar jogszabályok gyűjteménye- Drog Fókuszpont <http://drogfokuszpont.hu/szakteruleteink/kabitoszer-politika-strategia/politika-strategia-kapcsolodo-jogszabalyok/>
174. Kábítószerügyi helyzetkép Magyarország 2017.- Nemzeti Drog fókuszpont 2017.
175. Kály-Kullay K. (2003): Szeressük-e a drogosokat? In: Embertárs, 2003. ápr., 1. évf. 1. sz. p. 72-75.
176. Kály-Kullay K. (2004): "A szeretet szegényei" - A szenvedélybetegség stratégiai megközelítései In.: Új ember, Katolikus hetilap 60. évf. 18. szám, 2004.
177. Kardos Tamás (Drogriporter 2015.) – Élő jelentés a magyarországi droghelyzetről <https://drogriporter.hu/elo-jelentes-a-magyarorszagi-droghelyzetről/>
178. Kelman, H. C. (1997): A szociális befolyásolás három folyamata. In: Lengyel Zsuzsanna (szerk.) *Szociálpszichológia szöveggyűjtemény*, Osiris Kiadó, Budapest
179. Kéri Sz. (2007): Tudományos evidenciák a pszichoaktív szerek hatásaival kapcsolatban: biztonságos drogpolitika és kockázatos drogfogyasztás. Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest
180. Kéri Szabolcs levele a Pszichiátriai Szakmai Kollégiumnak. Pszichiátriai Szakmai Kollégium Irattára. Nem közölt. 2007
181. Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. *American Psychologist*, 62(2), 95–108.
182. K-L. Täschner (2000): Kemény drogok, lágy drogok - INFORMÁCIÓK ÉS TANÁCSOK SZÜLŐKNEK ... , Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
183. Klebniczki B. (2012): Drog, Novum Kiadó, Budapest
184. Komlósi P. (1989): A család támogató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére. In: Gerevich J. (szerk.): *Közösségi mentálhigiéné*, Gondolat Kiadó, Budapest
185. Kothencz J. (2009): Róluk...értük... I. Családból kiemelt gyermekek és fiatalok szociológiája; Gyermekvédelmi gondoskodásban élő gyermekek és fiatalok („állami gondoskodásban élők”) társadalmi sajátosságai (szociológiai jellemzői) napjainkban;- Országos kutatás az „állami gondoskodásban élő gyermekek és fiatalok körében” ÁGOTA® (Állami Gondoskodásban Élő és Veszélyeztetett Fiatalok Támogatásáért) országos, közhasznú Alapítvány, Szeged;



186. Kothencz János, Kothenczné Osváth Viola, Balog Mária, Pál Melinda Balogh Zsolt (2009): Róluk...értük...II. (Családból kiemelt gyermekek és fiatalok pedagógiája. Gyermekvédelmi gondoskodásban élő gyermekek és fiatalok („állami gondoskodásban élők”) pedagógiai, pszichológiai, pszichoszociális és szociális munkaköri megközelíthetősége napjainkban , ÁGOTA® (Állami Gondoskodásban Élő és Veszélyeztetett Fiatalok Támogatásáért) országos, közhasznú Alapítvány, Szeged
187. Kovács E.- Pikó B. (2009): A család egészségvédő hatása a serdülők körében: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest
188. Kozma T. (1994): Bevezetés a nevelésszociológiába, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest
189. Kökönyei Gy., Aszmann A., Szabó M. (2002): A serdülők jól-létét befolyásoló tényezők. Egészségnevelés Folyóirat, 43.évf. 2.sz. p.49-56.
190. Kubiszyn V. (2012): Drognapló, József Műhely Kiadó, Budapest
191. Kulcsár Zs. (2006): Korai személyiségfejlődés és énfunkciók. Pszichoanalitikus elméletek biopszichológiai elemzésben, Argumentum Kiadó, Budapest
192. Kun B. - Nádas E. - Paksi B. (2007): Prevenció. 2007-es éves jelentés az EMCDDA számára. <http://www.drogfokuszpont.hu/dfp.web>, Nemzeti Drog Fókuszpont, Budapest
193. L. Iversen (2003): Gyógyszerek, drogok, Magyar Világ Kiadó, Budapest
194. Leary T. (2003): Az ekstázis politikája Edge2000, Budapest
195. Léderer K. (2008): Egy ismeretlen történet L'Harmattan, Budapest
196. Lévai M. (1992): A kábítószeres és a bűnözés, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest
197. Life.hu: A függőség 20 titkos jele, <http://www.life.hu/drlife/20100823-a-fuggoseg-husz-titkos-jele.html>
198. M. Cole – S. R. Cole (1997): Fejlődépszichológia, Osiris Kiadó, Budapest
199. MacCoun, R. – Reuter, P. (2001): Drug war heresies – learning from other voices, times and places, RAND Studies in Policy Analysis, Cambridge University Press, Cambridge.
200. MacDonald, G., O'Hara, K. (1997): A lelki egészség tíz alapeleme. Szenvedélybetegségek, 1997. 5. évf. 6. szám p. 442–449
201. Mérei F., V. Binét Á. (2006). Gyermeklélektan. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest



202. Miletics Balázs (szerk.) (2001): Szirének éneke L'Harmattan, Budapest
203. Mit tehet az iskola a drog ellen? Prevenációs programok – TÍZPERC iskolablog, 2016.  
[http://tizperciskola.blog.hu/2016/06/28/mit\\_tehet\\_az\\_iskola\\_a\\_drog\\_ellen](http://tizperciskola.blog.hu/2016/06/28/mit_tehet_az_iskola_a_drog_ellen)
204. Mizsei B. (2014): Diákvédelmi programok-A DADA és az ELLEN-SZER programok tapasztalatai Új köznevelés 70. évf. 1-2.
205. Moholy-Nagy Művészeti Egyetem honlapja  
 (http://www.mome.hu/hu/h%C3%ADrek/1365-voltegyszer-mobiliz%C3%A1lt-drogpreven%C3%B3 )
206. múlt-kor Történelmi Magazin: 10 tény a kokainról, 2013. 09. 23., [https://mult-kor.hu/20130923\\_10\\_teny\\_a\\_kokainrol](https://mult-kor.hu/20130923_10_teny_a_kokainrol)
207. Murányi – Kovácsné - Kabainé (szerk.) (1991): A gyermekkori és serdülőkori személyiségzavarok pszichológiája. Tankönyvkiadó, Budapest
208. N. Kollár K., Szabó É. (2004): Pszichológia pedagógusoknak, Osiris Kiadó, Budapest
209. Napier A. Y. (2000): A törékeny kapcsolat. Animula Kiadó, Budapest
210. Németh A. - Gerevich J. (2000): Addikciók, Medicina Könyvkiadó. Budapest
211. Németh Á. - Költő A. (szerk.) (2016): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest
212. Németh Á. és Költő A. (2016): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest
213. Németh Zs.(2004): A kínálatcsökkentés helyzete, Magyar Rendészet, 2004/4.
214. Nemzeti drogstratégia 2011-2020. <http://www.drogstrategia.hu/munkaanyagok>
215. Nemzeti Stratégia A Kábítószer-Probléma Visszaszorítására
216. Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására (2001), Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest
217. Orsolics Z. (2018): Flash back – Visszatértem a függőségből, Harmat Kiadó, Budapest
218. P. Bourdieu (1978): A társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődése, Gondolat Kiadó Budapest
219. Paksi B (2007).: A magyarországi drogfogyasztás társadalmi mintázata. In: Demetrovics Zs. (szerk): Az addiktológia alapjai I. Eötvös Kiadó, Budapest, 2007. (379-413)



220. Paksi B. - Demetrovics Zs. - Nádas E. - Nyírády A. - Buda B. - Felvinczi K. (2006): A magyarországi iskolai drogprevenációs programok jellemzői. Addiktológia Addictologia Hungarica 1-2., 5-36. [http://www.addiktologia.hu/megjelent\\_szamok/5/1](http://www.addiktologia.hu/megjelent_szamok/5/1)
221. Paksi B. - Demetrovics Zs. (2002): A drogprevenációs gyakorlat megismerése - A budapesti drogprevenációs programok felmérése és értékelése, L'Harmattan kiadó, Budapest
222. Paksi B. – Demetrovics Zs. (2010): Drogprevenáció és egészségfejlesztés az iskolában – NDI. L'Harmattan, Budapest
223. Paksi B. - Elekes Zs. (2000): A család hatása a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásaira. In: Spéder Zs., Tóth P. P.(szerk): Emberi viszonyok - Cseh-Szombathy László tiszteletére. Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság - Századvég, Budapest. 161-180 o.
224. Paksi B. – Magi A. (2013): Drogprevenációs helyzet(jelentés) – socio.hu, 2013/2.
225. Paksi B. (2003): A drogfogyasztás prevalencia értékei. In: Felvinczi K., Ritter I., (szerk.): Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest
226. Paksi B. (2003): Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon. Szakmai forrás sorozat 4., L'Harmattan, Budapest
227. Paksi B. (2003): Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről c. szakmai kiadványban. Gyermek-Ifjúsági és Sportminisztérium. Budapest
228. Paksi B. (2009): Magyarországi prevenciós programok és hatásvizsgálatok. In: Rác J. (szerk): Rendészeti kábítószer-megelőzési tankönyv. IRM, Budapest. 478-507 o.
229. Paksi B. (2009): Populációs adatok alakulása. In: Drogpolitika számokban, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest
230. Paksi B. (2010): A közoktatási intézmények prevenciós kompetenciáinak és tevékenységének változásai az utóbbi 5 évben. Addiktológia: Addictologia Hungarica 3, 185-215. <http://www.addiktologia.hu/archivum/2011>
231. Paksi B., Arnold P. (2009): Speciális populációk drogérzékenysége. In: Demetrovics Zs. (szerk): Az addiktológia alapjai II. Eötvös Kiadó, Budapest, 2009. (327-387)



232. Paksi B., Demetrovics Zs. (szerk) (2010): Drogprevenció és egészségfejlesztés az iskolában, L'Harmattan, Budapest
233. Péley B. (2002): Rítus és történet – Beavatás és a kábítószeres létezőmód, Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest
234. Pikó B. (2002): Fiatalok pszichoszociális egészsége és rizikómagatartása a társas támogatás tükrében. Osiris Kiadó, Budapest
235. Pikó B. (2005): Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban. L'Harmattan, 2005
236. Pikó B. (2006): A serdülő- és ifjúkori függőség biológiai, pszichológiai és szociológiai összefüggései. In: Biopolitika – drogprevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről. Bíró Judit (szerk.) L'Harmattan – ELTE Társadalomtudományi Kar, Budapest
237. Pikó B. (2010): Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban L'Harmattan kiadó, Budapest
238. Pikó, B. (2005). A serdülőkori depressziós tünet együttes egészségpszichológiai összefüggései. Fejlesztő Pedagógia, 16. Évfolyam 5-6. szám, 16–20.
239. R. Dahrendorf (1994): A modern társadalmi konfliktus, Gondolat Kiadó, Budapest
240. Rácz J. – Csák R. (2014): Új pszichoaktív anyagok megjelenése egy budapesti tűcsereprogram kliensei körében. Orvosi Hetilap, 2014/35.
241. Rácz J. - Takács Á. (szerk.) (2006): Drogpolitika, hatalomgyakorlás és társadalmi közeg, L'Harmattan Kiadó, Budapest
242. Rácz J. (1988): A drogfogyasztó magatartás. Medicina Kiadó, Budapest, 160 o.
243. Rácz J. (1989): Ifjúsági szubkultúrák és fiatalok "devianciák". Magyar Pszichiátriai Társaság. Bp., 1989
244. Rácz J. (1999): Addiktológia. Tünettan és intervenciók. Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest
245. Rácz J. (2002): Drogok és társadalom, Új Mandátum Kiadó, Budapest
246. Rácz J. (2005): Iskolai drog prevenciós programok eredményessége In.: Kapocs, 2005. (4. évf.)18. sz.



247. Rácz J. (2007): A droghasználat megelőzése – preventációs modellek és programok  
In: Demetrovics Zs. (szerk.): Az addiktológia alapjai I. – ELTE Eötvös Kiadó, 2007, pp. 417-447.
248. Rácz J. (szerk.) (2007): Leszakadók. A társadalmi kirekesztés folyamata. :  
L'Harmattan kiadó, Budapest
249. Rácz J. és munkatársai (2000): A drogkérdésről – őszintén. B+V Lap- és Könyvkiadó  
Kft., Budapest
250. Rácz J., Demetrovics Zs. (2008): Partik, drogok, ártalomcsökkentés, L'Harmattan  
Kiadó,
251. Ranschburg J. (1983): Félelem, harag, agresszió, Tankönyvkiadó, Budapest
252. Saarni, C., Campos, J. J., Camras, L. A., Witherington, D. (2006). Emotional  
development: action, communication, and understanding. In: Eisenberg, N. (Ed.), The  
Handbook of Child Psychology, Vol (3) Social, emotional, and personality  
development. Sixth Edition. John Wiley & Sons, Inc. 226–299.
253. Salyámosy É. (2015): Öcsike - Egy ócska drogos vagy egy szeretett gyermek?,  
Szerzői Kiadás
254. Sárosi P. – Takács I. (2007): Kockázatos szerek és veszélyes drogpolitikák, TASZ  
Drogpolitikai Füzetek 8. TASZ, Budapest
255. Sárosi P. (2005): Trendek a Nemzetközi és a Hazai Drogpolitikában. In: Biopolitika-  
drogprevenció, tanulmányok kábítószer fogyasztás megelőzéséről. Nemzeti  
Drogmegelőzési Intézet, L'Harmattan Kiadó. Budapest
256. Serdülőök rizikómagatartása( dohányzás, alkohol, drog) - dr. Aszmann Anna ppt.  
<https://www.slideserve.com/holli/serd-l-k-rizik-magatart-sa-doh-nyz-s-alkohol-drog-aszmann-a>
257. Sinkáné-Sinka R. (2004): Kővirág - A drogpokol hétköznapjai, L'Harmattan,  
Budapest
258. Sárosi K. (szerk.) (1995): Drogmegelőzés az iskolában, Magyar Testnevelési  
Egyetem T.K., Budapest
259. Spannrafft, M. – Bagdy, E. – Sepsi, E. – Komlósi, P. – Grezsa, F. (szerk.): „Ki látott  
engem?” Károli Gáspár Református Egyetem, L'Harmattan Kiadó, Budapest
260. Szabó É. (2004): Pszichológia pedagógusoknak, Osiris Kiadó, Budapest



261. Szabó E.: Drogfüggőség tünetei és kezelése, Házipatika.com, [https://www.hazipatika.com/betegsegek\\_a\\_z/drogfuggoseg/360](https://www.hazipatika.com/betegsegek_a_z/drogfuggoseg/360)
262. Szabó Gy. (2013): Toxikoma – Tíz év drogvallomásai, Libri Kiadó, Budapest
263. Szabó M. (2010): Alapismeretek szenvedélybetegségről, kábítószerokról. Gyógypedagógus, pedagógus és óvónőképző hallgatóknak, Szegedi Egyetemi Kiadó, Szeged
264. Szabó M., Aszmann A, Kökönyi Gy. (2002): Serdülőkorúak jól-léte és rizikómagatartása a családstruktúra és a nemi szerepek függvényében. Egészségnevelés, 2002. 43. 97-103.
265. Szabó Mihály: Alapismeretek Szendélybetegségről, kábítószerokról, Szegedi Egyetemi Kiadó, Szeged, 2010
266. Szabó P., Ladocsy M., Róna B. (1972): Környezeti tényezők hatása a gyermekkori személyiségfejlődésre. (állami gondozott és családi környezetben élő gyermekek komplex vizsgálata) In.: Lénárd F. (szerk.): Környezet és tevékenység. Pszichológiai tanulmányok, 13. kötet. Akadémiai Kiadó, Budapest
267. Szabóné Kármán J. (2004): Családgondozás-krízisprevenció; Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
268. Szalay F. (2003): Alkohol okozta betegségek. Orvostovábbképző Szemle, 5.
269. Szauer E. (2003): A magyar gyermekek egészségi állapotának jellemzői [www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografia/article/.../585/436](http://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografia/article/.../585/436)
270. Székely J. I. (2002): Drog, Szex, Téveszmék, Egészség. Miért Betegek A Magyarok ? A mentálhigiéné főiskolai tankönyve, Kodolányi János Főiskola, Székesfehérvár
271. Szondi Gy. (2009): Anyag a vérben - Vallomások a drogról és életről, Napkút Kiadó, Budapest
272. Szöllősi, G. (2012): A társadalmi problémák (konstrukcionista) elméletének alapjai, Z-Press Kiadó, Miskolc
273. Szummer Cs. (2006): LSD és más "csodaszerek" - A pszichedelikumok tündöklése, bukása és feltámadása a nyugati kultúrában, HVG Könyvek, Budapest
274. Takách G. dr. (1998): A drog (megelőzés, felismerés, rehabilitálás), SubRosa Kiadó, Budapest
275. Tari A. (2011): Z generáció, Tericum Kiadó Kft, Budapest



276. Topolánszky Á. (2009): A magyarországi drogpolitika keretei és a Nemzeti Stratégia. In. Drogpolitika számokban. Budapest, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest
277. Tringer dr., L. (2000): TABULARIUM PSYCHIATRIAE. Melania Kiadói Kft., Budapest
278. Tudattörő: Drogprevenció szabadulószooba  
<https://444.hu/2017/12/06/tudattoro-nevu-drogprevencios-szabaduloszoba-nyilik-budapest>
279. Tudományosan az ecstasyról: Potenciális gyógyszer az agykárosodás lehetőségével? ADDIKTOLÓGIA – 2006. V. ÉVFOLYAM 4. SZÁM
280. TYAS, S. L. – Pederson, L. L. (1998): Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. Tobacco Control 7, p. 407-420.
281. Ujváry I. (2009): Szintetikus kannabinoidok a szabadpiacon – Fű, fűszer, füstölő. Élet és Tudomány, 2009/32.
282. Vajda Zs. (1997): A társas kapcsolatok és a viselkedés fejlődése kisiskolás kortól serdülőkorig. In: Mészáros A. (szerk.): Az iskola szociálpszichológiai jelenségvilága. Eötvös Kiadó, Budapest
283. Vajda Zs. (1999): A gyermek pszichológiai fejlődése, Helikon Kiadó, Budapest
284. Varga I. (2003): Anyagba zárva (drogos sorstörténetek) , Heti Válasz Kiadó, Budapest
285. Veér A., Nádori G., Erőss L. (2000): Alternatív drogstratégia, Animula Kiadó, Budapest
286. Veressné Gönczi I. (2002). A gyermekvédelem pedagógiája. Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen
287. Volt egyszer: mobilizált drogprevenció- Moholy-Nagy Művészeti Egyetem honlapja  
<http://www.mome.hu/hu/h%C3%ADrek/1365-voltegyyszer-mobiliz%C3%A1lt-drogprevenci%C3%B3>
288. W. S. Burroughs (1995): A narkós, Lord Könyvkiadó, Budapest
289. Zinberg N. E. (2005): Függőség és kontroll. Budapest, Nyitott Könyvműhely Kiadó – Nemzeti Drogmegelőzési Intézet.
290. Zsolnai A. (2001): Kötődés és nevelés. Eötvös József Könyvkiadó, Budapest