

SZEMELYÁCS JÁNOS

# A fiatal szerhasználók

DOI 10.56699/MT.2023.1.5

---

## ABSZTRAKT

A kamaszok addiktív szerhasználata sok hasonlóságot mutat a felnőttekével, de számos jellemzőjében különbözik. A különbségek háttérében a fiatalok speciális testi, pszichés és szociokulturális helyzete, ezek változása áll. Az egészséges kamasz élményeket keres, megtapasztalásokat, lázad, és nem akar olyan lenni, mint a szülei. A fentiek miatt a problémás szerhasználóvá váló fiatalokat más módszerekkel lehet megközelíteni, mint felnőtt sorstársaikat – miközben sürget az idő. A számukra alkalmazott és valóban hatékony terápiás beavatkozásnak is speciális elvárásoknak kell megfelelnie. Nagyobb jelentőséget kap esetükben az ártalomcsökkentés, a korai kezelésbevitel, a közösségi addiktológia és egy reális alapokon álló életforma megteremtése, mely nem krízisek és konfliktusok nélküli állapot elérését jelenti, hanem olyanét, melyben fejlődni lehet, tanulni, hatékonyabban kommunikálni, érett érvédő mechanizmusokat működtetni, megfelelő kompetenciákat, megküzdési mechanizmusokat birtokolni.

**KULCSSZAVAK:** kamaszok, problémás szerhasználat, ártalomcsökkentés, közösségi addiktológia

---

Néhány éve megjelent a sajtóban – egy nemzetközi kutatás, az iskoláskorúak egészségmagatartását vizsgáló 2014-es HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) adataira hivatkozva –, hogy a magyar tizenöt éves fiúk 2014-ben a részegség terén 41 százalékkal világelősök, a magyar tizenöt éves lányok 34 százalékkal a harmadikok voltak (a kutatók arra kérdezték rá, hogy a fiatalok életükben legalább kétszer voltak-e már részegek) (WHO, 2018). Azt gondoltam, hogy ez az információ sokkolni fogja a közvéleményt vagy legalább a döntéshozókat, de a hír visszhang nélkül maradt. Sőt semmi nem történt. A magyar tévécsatornákon továbbra is megjelennek alkoholtartalmú italok reklámjai, az iskolákban nincsen alkoholprevenció, az igazi magyar férfi imázsához hozzátartozik az ivás.

Aztán néhány héttel később előadást tartottam egy gimnáziumban a kamaszok szerhasználatáról. Körülbelül négyszáz figyelmes szempár szegeződött rám, és amikor a fenti

adatot megemlítettem, tapsviharban törtek ki. A teremben lévő kevés felnőtt nem. Ők zavartan forgatták a fejüket. De a fiatalok fejében a világ másképp működik.

Az addiktív jelenségek – mint civilizációs ártalmak – a mindennapi életünk részei. Mindenkit érinthetnek. Nincs igazán kivétel sem korosztály, sem az anyagi helyzet, sem a lakóhely vagy a pszichoszociális fejlődés tekintetében. Mindenki megtalálhatja a maga addikcióját.

Az addiktív jelenségeket/tevékenységeket meglehetősen széles spektrumban értem. Tűnhetnek rekreációs, szabadidő-eltöltési lehetőségeknek, bizonyos igényeink/vágyaink kielégítéséhez hozzásegítő eszközöknek vagy a munkahelyi elvárások teljesíthetőségét megteremtő doppingnak. Összességében elmondhatjuk, hogy az addikciók lényegében adaptációs problémák (Pikó, 2009).

Az addikciók a civilizációnk engedte térben valami kis pluszt adnak, hogy jól-rosszul adaptálódjunk a lehetőségeinkhez, képesek legyünk elviselni a frusztrációt, kezdjünk valamit a folytonos stresszel, a „mindig kevés” idővel, az elvárásokkal, önértékelési nehézségeinkkel, az egzisztenciális szorongással vagy akár a szeparációval, az elidegenedéssel.

Vannak veszélyeztetettebb csoportok (például a fiatalok) vagy veszélyesebb addikciók (például a dizájnerek), illetve olyanok is, amelyeket a társadalom nemcsak hogy tolerál, de el is ismer (például munkafüggőség, testedzés-addikció), de összességében le kell szögeznünk, hogy minden mértéktelenségbe forduló tevékenység – rendszerszinten – jelentős veszélyeket hordoz magában. (Baj természetesen egyszerű alkalmakból is lehet.)

A vonatkozó szakirodalmat áttekintve elmondhatjuk, hogy az addikciókkal kapcsolatos elméletek még nem kiforrottak, az addiktológiát inkább alkalmazott tudományágnak tekinthetjük. Ez már igaz a megnevezésekre is, elég csak az addikció, dependencia, abúzus, szenvedélybetegség, addiktológiai zavarok, viselkedéses vagy folyamatfüggőségek stb. közötti azonosságokra és különbözőségekre gondolni. Jellemző, hogy a kutatások elsődlegesen nem egy elmélet alátámasztását célozzák, hanem inkább egy sikerebb prevenció program vagy hatékonyabb kezelés tervezését szolgálják. Ezért az egyes kutatások nem feltétlenül épülnek egymásra, hanem inkább párhuzamosan fejlődnek egymás mellett. Ugyanakkor fontos látni azt is, hogy az addiktológia interdiszciplináris terület, amelyről számos nagyon különböző tudományágnak van fontos és helytálló mondanivalója. Ezeket szinte lehetetlen – és talán fölösleges – vállalkozás lenne egy közös elméletbe gyúrni (Demetrovics, 2007).

Kiindulásként leszögezhetjük, hogy az ember addiktív lény, könnyen rászokik a neki kellemes élményekre, és akkor időt és pénzt nem sajnálva újra és újra át akarja élni ezt az élményt. Egy ilyen jelenségnek van neurobiológiai, szociálpszichológiai, kapcsolati, de akár spirituális előzménye és következménye is. Az előzményt, a kiváltó okokat, a rizikófaktorok rendszerét etiológiának hívjuk.

Ahhoz, hogy jobban értsük a jelenséget, jobban kell ismerni az etiológiát. Ebben lényeges az életkori meghatározottság is, mert máshogy működik a gyermek, a kamasz és a felnőtt. A kamasz megváltozott működésének hátterében találunk központi

idegrendszeri strukturális és funkcionális változásokat, de az is igaz, hogy máshol tart a pszichoszociális fejlődésben, máshogy ágyazódik bele a családba és a társadalomba. Az addikciók kialakulása szempontjából a tizenöt és huszonöt év közötti életkor a legveszélyeztetőbb. Írásom fókuszában ez a csoport áll.

Alapvetően leszögezhetjük, hogy a normális fiatal lázad, és élményeket keres. Számára többnyire fontosabb a folyamat, az út, mint a cél, az elért eredmény. Ezzel készül fel az életre.

Ez az időszak elsősorban a kipróbálás, a kísérletezés időszaka. „A személyiségváltozók tekintetében [...] a vizsgálatok elsődlegesen a szenzoros élménykeresést, illetve az impulzivitást, az alacsony önértékelést, a stresszteni életeseeményeket és bizonyos megküzdési képességek hiányát azonosították, mint a fiatalkori problémaviselkedés, egészségkárosító magatartás (dohányzás, alkoholfogyasztás), illetve specifikusan a droghasználat kialakulása szempontjából veszélyeztető tényező” (Demetrovics, 2007: 65).

Mit is gondol egy normális kamasz a világról, hogyan akarja magáévá tenni? Látjuk, hogy élményeket akar, feszegetni a fennálló társadalmi rend határait, elutasítani a felnőtt társadalmat, és élvezni akarja az életet, valójában a felnőttléte, de az azzal járó kötöttségek és felelősség nélkül. Autonómiát akar és szabadságot, és mindezt gyorsan, mert nincs sok ideje. Ebben pedig segítik – legalábbis elsőre úgy tűnik – a pszichoaktív szerek, mert új ablakokat nyitnak a világra, a létezés új rétegeit tárják fel számára. Ha végigtekintjük a „drogok funkcióit”, látjuk, miért közkedveltek minden tiltás ellenére, és mitől kézenfekvő a használatuk számos élethelyzetben, minden marketing és reklám nélkül is:

- Szenzoros élménykeresés: olyan személyiségdimenzió, mely „változatos, újszerű és komplex élmények és tapasztalatok szükségletét foglalja magában, valamint a hajlandóságot arra vonatkozóan, hogy a személy fizikai és szociális rizikót vállaljon egy ilyen tapasztalás megélése érdekében” (Zuckerman, 1979: 10). De van az élménykeresésnek egy másik aspektusa is, mely az ürességérzés megszüntetését célozza, azt teszi elviselhetőbbé.

- Eufória, hedónia, „betépés”: ez a leggyakoribb indok, és valójában ezt látjuk a droghasználat leggyakoribb okának az egészséges kamaszok többségénél is.

- Az impulzuskontroll-zavar mérséklése, kontrollálása: az impulzivitás azt jelenti, hogy kevésbé törődünk tetteink káros következményeivel. Ezzel összefügg a gyors, megdölgondolatlan reagálás a váratlan eseményekre, illetve főleg a rövid távú következmények elsőlegessége, mely magában rejti a távolabbi következmények figyelmen kívül hagyását.

- Az érzelmszabályozás, önszabályozás erősítése: egyes drogok, például az opiátok, képesek ellensúlyozni a belső pszichológiai dezorganizációtól való félelmet.

- Az alacsony önértékelés ellensúlyozása: a pszichoaktív szerek többsége önbizalmat ad, fokozza kezdeményezőkétségünket, nyitottá, magabiztossá tesz.

- A kognitív képességek javítása: a serkentőszerek többsége fokozza fókuszálási, koncentrációs képességünket, és az agyi véráramlás fokozása által – több cukor és oxigén jut be az agyunkba – segíti a memorizálást, összességében a tanulást.

– A fizikai teljesítőkéesség és a fizikai megjelenés javítása: a serkentőket régen is doppingszerként használták, de például az opiátok is, mivel segítik a fájdalom elviselését, elviselhetőbbé tehetik az edzéseket, mindeközben csökkentik az étvágyat, a fizikai fájdalmakat. Összességében a test zsírtartalékai csökkennek, az izomtömeg nő. Karcsubak leszünk, izmosabbak.

– A szociális interakciók javítása: a kötődési problémák és az intimitáskerülés zavarainak enyhítése. Az intoxikált ember gátlásai csökkennek, oldottabb lesz, kommunikációja javul (lásd partikultúra).

– A szexuális viselkedés facilitálása: a legtöbb ilyen anyag (számos növény, melyet drogként használunk: indiai kender, mák, khat, kokacserje, psilocibin gombák, peyotl kaktusz stb.) afrodisziákumként ismert évszázadok, sőt akár évezredek óta.

– A pszichológiai stresszből való felépülés: a szorongás, depresszió, kétségbeesettség, düh stb. elviselhetőségének javítása.

– Mentális problémák öngyógyítása: „a droghasználat mint megküzdés” (Khantzian, 1997), mely akár a súlyos pszichiátriai kórképek – pszichózis, hangulati zavarok, szorongás, személyiségzavarok stb. – önmedikalizációjára, enyhítésére szolgálhat. De idesorolhatjuk a fájdalom, a stressz, a diszfória és az agresszió „kezelését” is. Ebben az esetben a pszichoaktív szerek használata másodlagos jellegű (válasz egy elsődlegesen fennálló mentális zavarra).

– Spirituális igények kielégítése, facilitálása: évezredek óta használják az emberek a pszichoaktív anyagokat az „istenekkel való párbeszédre”, gyógyításra, spirituális élmények intenzív megtapasztalására, és ez napjainkban sincsen másképp. A modern ember számára az idő pénz, ezért gyorsan, minimalizált energiabefektetéssel akarja ezeket az élményeket.

A kamaszkor sok szempontból speciális időszak, az igazi változások kora (biológiai, pszichológiai, szociológiai téren egyaránt), amikor a fiatalok leggyakoribb szerhasználati indokai a kíváncsiság, a kortársak hatása/pressziója, a stressz „kezelése” és a menekülés vágya, illetve az unalom megszüntetése.

A kipróbálás önmagában még nem baj, de fontos lenne megértenünk, hogy a kamaszok egy része miért érez ellenállhatatlan vágyat arra, hogy pszichoaktív szereket próbáljon ki, kevésbé törődve ennek veszélyes következményeivel.

Az indokok lehetnek belső vagy külső motivációk, illetve szolgálhatnak pozitív vagy negatív megerősítéssel. Cox és Klinger (1990), illetve Cooper (1994) kutatása ugyan az alkoholfogyasztási indítékokra vonatkozott, de a klinikai tapasztalatok alapján látszik, hogy a legtöbb pszichoaktív szer-használat hasonló motivációk alapján történik.

Belső pozitív irányú hatás a szenzációhajtás, az impulzivitás, melyet *fokozásos típusú szerhasználatnak* nevezünk, és valójában a „jól vagyok, de miért ne lehetnék jobban” elvárás hatására nyúlnak alkoholhoz vagy pszichoaktív szerekhez az e csoporthoz tartozó fiatalok. Ők vannak többen. A másik nagy csoport – de jóval kevesebben, mint

az előbbiek – jellemzője az aggodás, az érzékenység és a reménytelenség. Gyakran látunk náluk pszichés zavarokat. Ők az úgynevezett *megküzdéses típusú szerhasználati csoportba* tartoznak. Külső hatásként szintén megkülönböztetünk pozitív és negatív tényezőket. A *szociális szerhasználatnál* alkalmazkodás történik a környezethez, a barátokhoz, az „én is a csapat része vagyok” érzés a meghatározó, itt megjelenhet a modellkövetés, illetve a divat, míg negatív hatásként a *konformizmus* érvényesül, ekkor a „mi lesz, ha kilógok a társaságból?” szorongása a fő motiválóerő.

A kamaszok droghasználata igen hektikus, akár hetek-hónapok alatt változhat. Az őket jellemző változó fejlődési időszak, változó környezet jelentős használatbeli eltéréseket hozhat, pozitív és negatív irányban egyaránt. Gondoljunk csak arra, amikor a szerhasználat az élménykeresésről, a kíváncsiságról, a rekreációról, a relaxációról szól, és aztán egy váratlan, akut élmény hatására már inkább a negatív érzelmi állapotok (például a szorongás, a kisebbségi érzés, a frusztráció, a kiúttalanság, a düh vagy az agresszió) megszüntetését célozza, de ez kényszeressé is válhat, így valójában öncélú lesz. Sok függő fogalmaz úgy, hogy az intoxikált állapotban érzi magát normálisnak (Wurmser, 1974; 1995), tehát a pszichoaktív szereknek „kiegyensúlyozó” szerepük is van.

Jellemzően a kamaszok, illetve a fiatal felnőttek élménykereső viselkedését magyarázó neurobiológiai megközelítés a „predikcióshiba-konceptió”, mely indokolni képes a fiatalok fokozott veszélyeztetettségét a szerhasználatra vonatkozóan: kimutatták, hogy ha az egyén valamilyen cselekmény után váratlan jutalomban részesül, akkor a központi idegrendszer jutalomközpontjában lévő dopaminban gazdag neuronok sokkal nagyobb aktivitást mutatnak, mintha az egyén a beígért/ elvárt jutalmat kapja meg (Schultz–Dickinson, 2000), tehát a kamaszokat nem pusztán a kíváncsiság, a társas hatás, a lázadás vagy a modellkövetés hajtja, hanem a minél intenzívebb örömezés átélése is, ennek pedig neurobiológiai alapja is van.

Újabb szempontok merülnek fel a különböző addikciók egymásra rétegződésének vizsgálatakor. A szakirodalom megkülönböztet kémiai és viselkedéses addikciókat, de sokszor úgy látjuk, hogy ez a felosztás nem jelent éles határokat – az addikciót fenntartó impulzusok több irányból is érkezhetnek –, ennek pedig nagy jelentősége lehet a prevencióban vagy a terápiás folyamatok megtervezésekor.

A legsúlyosabbnak tartott addikciók a kémiai szerekre vonatkoznak, illetve néhány viselkedéses addiktív magatartásra (szerencsejáték, pornó). Ezekről általában azt gondoljuk, hogy gyógyíthatatlanok (a súlyos függő nem tud szociális használó lenni), prog-

---

A kamaszkor sok szempontból speciális időszak, az igazi változások kora (biológiai, pszichológiai, szociológiai téren egyaránt), amikor a fiatalok leggyakrabban szerhasználati indokai a kíváncsiság, a kortársak hatása/pressziója, a stressz „kezelése” és a menekülés vágya, illetve az unalom megszüntetése.

---

rediálnak (beavatkozás nélkül halál vagy intézmény: börtön, kórház, rehab a vége), és jellemző rájuk a családi beágyazottság. Ezekben az esetekben tehát a „mindent vagy semmit” elv érvényesül, és kevésbé merül fel a mértékletesség, a kontroll kialakításának lehetősége. Ellentétben a többnyire viselkedéses addikciókkal – élménykeresés, internet-, képernyő-, testedzés-, munka-, szerelem- és romantika-, vásárlásaddikció stb. –, melyeknél egyértelműbb, hogy nem reális cél a teljes absztinencia, hanem a klienst meg kell tanítani vágyai kontrollálására, a mértékletességre.

Pedig valójában nincs „tisza” addikció. A dohányzásnál például vajon a nikotin és az aroma – azaz a kémiai anyagok – okozzák a *cravinget*, azaz a használat utáni vágyat, vagy a szippantás, a rágyújtás körüli rituálé, vagyis a dohányzás „viselkedéses” addiktív része az „erősebb”? Biztosan lesz olyan dohányos, akinek nikotintapsz kell a leszokáshoz, és olyan is, akinek a kezét kell elfoglalni valamivel, a szorongását csökkenteni, vagy új pótcselekvést kell kitalálnia a frusztrált helyzetekre. És ugyanígy tudnánk például az alkoholizálás vagy más kémiai addikció viselkedéses elemeit kiemelni, amelyeknek gyakran legalább akkora addiktív potenciáljuk van, mint az intoxikált állapot élménye.

Nem biztos, hogy egy súlyos addiktív magatartást mutató személy megtanítható a mértékletességre, de egy kamasznál szinte esélytelen az a megközelítés, hogy alakítsunk ki egy függő identitást és ehhez tartozó absztinens életmódot. Ez egy 15–25 éves embernél nem életszerű, sőt úgy látom, akkor van esélyünk a terápiás szerződésre, ha számára is elfogadhatóbb, reálisabb terveket fogalmazunk meg.

A kamaszok szerhasználatának – legyen akár alkalmi, akár rendszeres – számos jelét figyelhetjük meg. Nézzünk néhány testi és pszichoszociális tünetet: deviáns, szabálytalan viselkedés, gyakori és indokolatlan hangulatváltozások, attitűdváltozás, ingerlékenység, szorongó lelkiállapotok, koncentrációs nehézségek, a baráti kör hirtelen változása, agresszió, düh, felelőtlen viselkedés, alvászavarok, az iskolai, munka- vagy sporttevékenység csökkenése, lopás, hazugság, titkolózás, „magára zárt ajtó”, illetve rossz higiénia, megváltozott külső, véres vagy vizes szemek, gyakori orrvérzés vagy orrfolyás, sebek az orrban, szájban, ajkakon, puffadt arc, esetleg tüszúrásnyomok, kézremegés, izzadás, szorongás, gyakori fejfájás, hirtelen fogyás. Az utóbbiak meglete esetén rendszeres, intenzifikált használatra kell gondolnunk.

Mindig nehéz kérdés, hogy egy szerhasználó kamasz mi módon irányítható a segítőszolgáltatások felé. Egyrésztől azért, mert még nincs katartikus kulcsélménye – az addiktív magatartás miatt jelentkező morális válság, megszegyenülés –, másrésztől mert nem „meggyógyulni”, felépülni akar, hanem problémamentesen jól érezni magát. Máshol van a problémaérezkelés küszöbszintje. Ugyanakkor kijelenthetjük, hogy a fiatalok nem szeretik a magas küszöbű programokat, főként a magas küszöbű intézményeket.

A fentiek miatt a fiatalokkal való munka első lépései az ártalomcsökkentés eszközeivel valósíthatók meg. Ezt elsősorban azokon a színtereken kell végeznünk, ahol a szerhasználó fiatalok megtalálhatók, úgymond „házhoz” kell mennünk.

A droghasználók egyes csoportjai életük bizonyos időszakában nem akarnak és/vagy nem képesek felhagyni szenvedélyükkel, ugyanakkor az adott drog vagy drogok használatának következtében kockázatoknak vannak kitéve, ártalmakat szenvednek el. A szerhasználókra leselkedő direkt vagy indirekt veszélyek csökkentését célzó beavatkozásokat nevezzük ártalomcsökkentő programoknak. Ezen szolgáltatások szakemberei a lehető legnagyobb számú droghasználóval kívánnak kapcsolatba lépni (és lehetőség szerint a kapcsolatot fenntartani), igyekeznek csökkenteni az aktív szerhasználók marginalizálódását, amely az életesélyek romlásával, a kockázati tényezők és a problémák fokozottabb megjelenésével járhat együtt. Az ártalomcsökkentő programok igyekeznek növelni a droghasználók társadalmi beilleszkedését, ettől remélve például a kriminalizálódás különböző mutatóinak csökkenését. Célkitűzésük, hogy minél kevesebben, minél ritkábban használjanak drogokat, és ha mégis előfordul szerhasználat, akkor minél veszélytelenebb szereket használjanak, minél kevésbé veszélyes módon.

Az ártalomcsökkentés alapelvei:

- Az absztinencia elérése nem a legfontosabb vagy a legmegfelelőbb célkitűzés.
- A szolgáltatást ott kell biztosítani, ahol a rászoruló elérhető (partihelyszínek, közösségi terek, iskolák, online tér stb.).
- Az ártalomcsökkentő programok feltételezik, hogy a szerhasználók – mind egyénileg, mind csoportosan – képesek arra, hogy irányítsák életüket, és változtassanak szokásaikon.
- Vannak biztonságosabb és kevésbé biztonságos szerek és szerhasználati módok.
- Az ártalomcsökkentő programok/szolgáltatások kialakításába, tervezésébe be kell vonni a rászorulókat is.
- A hatékonyabb beavatkozás érdekében figyelembe kell venni az egyén és környezete körülményeinek rendszerét.

A használók 80-90 százaléka nem vesz igénybe terápiás szolgáltatásokat, nagy részük spontán „pörög ki” a rendszerből. Számukra tényleg az ártalomcsökkentés a legfontosabb segítségi forma. Amennyiben mégis kezelésre, ellátásra van szükségük a fiatal szerhasználóknak, arra többnyire nem addiktológiai intézményekben kerül sor, hiszen ők nem az addikciójukat akarják kezeltetni, csak az ártalmaikat, következményes káraikat kívánják megszüntetni. A nem addiktológiai problémák ellátására specializálódott helyszíneken sikeresen alkalmazható a „rövid intervenció” módszere, amely egyfajta elérési technika (*outreach*), és amelyet olyan helyszíneken alkalmazunk (például sürgősségi osztályok, háziorvosi rendelők, javítóintézetek és lakásotthonok, tanácsadó irodák, munkahelyi környezet, kulturális intézmények, iskolai vagy rendezvényhelyszínek: fesztiválok, koncertek), ahová különböző krízisek kapcsán kerülhet egy-egy kísérletező/kezdő szerhasználó vagy felelőtlen, túlzottan „bevallalós” fiatal.

Egy hatékony rövid intervenció nem tart tovább néhány percnél. A nemzetközi szinten az egyik leggyakrabban használt rövid intervenció módszer a FRAMES-modell keretében (O’Leary Tevyaw – Monty, 2004) valósul meg (WHO, 2003). A FRAMES

mozaikszó, és a „visszajelzés, felelősség, tanácsok, választási lehetőségek és empátia” intervenciós elemeket megjelenítő angol szavak kezdőbetűiből áll össze. Krízis esetén a tényszerű szembesítéssel, a belátás elősegítésével arra ösztönzi a bajba jutott használót, hogy professzionális segítséget kérjen.

Mint fentebb láttuk, az ártalomcsökkentés elemei közé tartoznak már olyan elérő programok, amelyekben személyes kontaktus alakul ki segítő és kliens között, és elinulhat a motiválás folyamata. A beszélgetésekbe többféle motivációerősítő elem szőhető. Ezt a szakirodalom motivációs interjúnak nevezi, pedig itt valójában interjúról van szó. Minden kontaktusnak lehet motivációs ereje. Elsődleges a kliensközpontúság, a döntéshozatali folyamatok támogatása, stratégiákat, alternatívákat kínálva, növelve a tudatosságot, és segítve a felépüléshez szükséges cselekvések megindulását.

A motivációs interjú, amelyet Miller és Rollnick (1991; 2002) dolgozott ki (Carney–Myers, 2012), két lépésben valósul meg: az elsőben a fő cél a változásra vonatkozó motiváció felkeltése, majd amikor ez már egyértelműen megjelent, a változásban való elköteleződés erősítése válik céljá.

A motivációs interjú módszerében fontos szerep jut a terapeuta stílusának: a klienssel együttműködve, nem pedig vele konfrontálódva szükséges vezetni az interjút, sok edukációs technika alkalmazása mellett (Carney–Myers, 2012). Az autoriter és hierarchikus egészségügyi rendszerrel szemben itt a klienst saját megoldásainak és céljainak megtalálásában kell segíteni, még akkor is, ha azok nem egyeznek a szakember nézőpontjával. Ettől ez még nem „gyeplőt a lovak közé” stílusú technika, és bár a kliens szükségletei és képességei szerint kell alkalmazni, a konkrét változás felé tereli.

Az interjú kulcselemei (Burke et al., 2005; Dunn et al., 2001): a reflektív odafigyelés, a nyitott kérdések, az összefoglaló jellegű visszajelzések, a diszkrepancia (a személyes célok és a valós, aktuális cselekvés között feszülő ellentétek) fókuszba helyezése, az erősségek megerősítése, továbbá a kis léptékű tervek és cselekvések kimondásának segítése.

A motivációs interjú célja a páciens belső motivációjának erősítése, hogy felismerje problémáit, szembesüljön a céljai és problémás magatartása közötti ellentmondásokkal, és megkezdje a változáshoz szükséges lépéseket.

A problémák észlelésekor kényszerrel érzünk arra, hogy tegyünk valamit, miközben a fiatal szerhasználók nem lelkesek kezelésbe menni. Ekkor jöhet el a korai intervenció ideje.

A korai kezelésbevitel speciális intervenciók gyűjtőfogalma. Ezek a beavatkozások olyan rizikócsoportokat céloznak, amelyek tagjai érintettek valamely ártalmas viselkedés szempontjából. A pszichoaktív szerek használatára vonatkozóan ez azt jelenti, hogy a személlyel még időben – „korán” –, azaz a szerhasználói magatartás kezdeti szakaszában lépünk kapcsolatba, hogy megelőzzük állapotának romlását, a függőség kialakulását, egyéb mentális betegségek megjelenését, a szerhasználattal kapcsolatos pszichés és fizikai ártalmak jelentkezését, illetve életvitelének szignifikáns leépülését (Kendall–Kessler, 2002; Kaposov et al., 2005; Liddle et al., 2004; Tait et al., 2002).



„Minél előbb megérkezni a legutolsó pillanatba” – mondja Thierry Charlois a korai kezelésbevitelről, ami azt jelenti, hogy a problémát felismerjük és elfogadjuk egy korábbi stádiumban. A korai kezelésbevitel magában foglalja az egészség-magatartással kapcsolatos tevékenységek és a szociális funkciók erősítését, az információátadást, az ellátórendszerbe vetett bizalom kialakítását, feladata továbbá a motiváció fokozása a kezelésbekerülésre és a bennmaradásra vonatkozóan, valamint stratégiák közös kidolgozása a szerhasználat csökkentésével, illetve a leszokással kapcsolatban (Charlois, 2010).

A korai kezelésbevitelnek jelentős hídszerepe van abban, hogy a megelőzés és a kezelés területe között legyen átjárás. Egy ilyen beavatkozás alapvetően integrált addiktológiai ellátórendszerekben valósítható meg, melyekben a teljes rendszer segíti a klienst, hogy a szükségleteinek megfelelő egészségügyi, szociális vagy egyéb ellátáshoz jusson. Ez nem csupán a prevenció, a korai kezelésbevitel és a kezelés területeit érinti, hanem kiterjed az utógondozásra és a reintegrációra is (Evashwick, 1988).

A kockázatos életmódot folytató fiatalok csoportjának felismerése az első lépés a korai kezelésbevitelben, továbbá megfelelő, megalapozott tudásra van szükség a kockázatelemzéshez. Emellett a helyi szintű döntéshozók és szakemberek (például megkereső munkát végző munkatársak, az iskola, a rendőrség, az igazságügyi rendszer, a gyermekjóléti szolgálat, ifjúsági szervezetek), de a családok és egyéb szociális közösségek széles körű bevonása is elengedhetetlen. Szakemberek és intézmények együttműködésére, egymás tájékoztatására van szükség, hogy a korai kezelésbevitel hatékonyan valósulhasson meg. Az önkormányzatoknak is fontos szerepük és felelősségük van az interszektoriális együttműködések kezdeményezésében, koordinálásában és a támogatások folyamatos fenntartásában (Charlois, 2010). Itt hangsúlyozzuk a hazai környezetben egyre nehezebben működő Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) jelentőségét.

Az elérést, a beláttatást és a motiválást követően valóban megkezdődhet a professzionális segítség folyamata, melyre számos terápiás forma és lehetőség áll rendelkezésre (egyéni és csoportos folyamatok, verbális és nonverbális terápiák, pszichofarmakológia, családterápia stb.), de azt is látjuk, hogy fiataloknál inkább az indirekt, önismereti irányultságú, kreatív beavatkozások lehetnek eredményesek (a korai fejlesztés módszerei, például a finommotorika fejlesztése, zsonglőrgyakorlatok alkalmazása, de hasznos a testtudati munka, a színházterápia vagy egyéb művészetterápiák), melyek mélyítik az önismeretet, az önreflektív működést, fejlesztik a rezilienciát, a kreatív energiák felszínre hozását.

Korábban az addiktív magatartás háttérében álló kockázati tényezőket (rizikófaktorokat) akarták kiszűrni és semlegesíteni. Manapság inkább már a védőfaktorok felkutatása, erősítése, begyakorlása került a preventív tevékenységek fókuszába, mivel felfigyeltek arra, hogy az addiktív jelenségek háttérében a hiányzó védőfaktorok is komoly szerepet játszhatnak – hasonlóan például ahhoz, hogy nem pusztán a fizikai vagy verbális agressziót tekintjük bántalmazásnak, hanem az elhanyagolást is.

Ide illeszthető a már említett rezilienciafejlesztés vagy az úgynevezett pszichológiai immunrendszer (az egészséges és hatékony személyiség funkcionális jelölőjének) erő-

sítése. A pszichológiai immunrendszer elemei: (1) megközelítő-monitorozó alrendszer: pozitív gondolkodás, koherenciaérzés, kontrollérzés, rugalmasság, kihívásvállalás, öntisztelet, empátia, a társas monitorozás képessége, növekedésérzés, énhatékonyság-érzés, leleményesség; (2) mobilizáló-alkotó-végrehajtó alrendszer: kitartásképesség, a társas mobilizálás képessége, szociális alkotóképesség; (3) önszabályozási alrendszer: szinkronképesség, impulzivitáskontroll, érzelmi kontroll, ingerlékenységgtátlás (Oláh, 2005).

A viselkedés tartós megváltozásához az egyén kognitív-viselkedéses képességeinek fejlesztése elengedhetetlen, ugyanakkor önmagában nem elégséges. Mindig fontos a környezet, elsősorban a társas környezet (a család, az iskola, az iskolán kívüli kortárskapcsolatok stb.) elemzése és lehetőség szerinti bevonása. A társas támogatás hatékonyabbá teheti a megváltozott viselkedést, valamint segíthet az új magatartásforma hosszú távú fenntartásában.

Az alkalmazott módszerek közül a magatartási és életvezetési készségeket fejlesztő, valamint a csapatépítő jellegű és önreflexiót erősítő beavatkozások bizonyultak a leghatékonyabbnak (élményterápia, drámapedagógia stb.).

A fiatalokkal végzett munkában elsődleges szempont a család bevonásának lehetősége. A különböző motivációs technikák, a rövid intervenció és a közösségi programok is tartalmaznak olyan elemeket, melyek a családokkal való munkában is eredményesen alkalmazhatók. Egy családban számtalan kapcsolati konfliktus jöhet létre, akár az érzelmek elfojtása vagy a kapcsolatok kiüresedése folytán. Ezeket a családokat – ahol ilyen jellegű problémák lépnek fel, illetve ahol függő vagy szerhasználó személy van – veszélyeztetett családnak tekinthetjük. Ugyanakkor a veszélyeztetettség felmérése nélkül is lehet olyan programokat tervezni, melyek a családokat célozzák, s éppen ez a nagy előnye ezeknek a beavatkozásoknak.

Szintén hatásosnak mutatkoznak azok a programok, amelyeket szerhasználó szülők gyermekeinek vagy olyan csoportoknak szervezünk, amelyek szerhasználó családtaggal együtt élő családokban felnövő gyermekeket támogatnak. Ilyen esetekben sor kerülhet sorstársmentorképzésre is, mely még inkább növeli e beavatkozások hatékonyságát. Az ilyen programok során javul a fiatalok stresszel való megküzdésének potenciálja, képesek erősíteni társas támogatottságukat, és így hatékonyabban tudják csökkenteni mindennapi feszültségeiket.

Közösségi beavatkozási lehetőségnek kell tekinteni az iskolai prevenciót is, mely elérő, edukáló, készségfejlesztő vagy önismereti funkciót egyaránt betölthet. Egy hatékony iskolai prevenció adhat információt a mentális egészségről, a hangulati zavarokról, hogy a fiatalok felismerjék magukon, illetve társaikon a veszélyeztető jeleket, hisz a serdülők sokszor nagyobb bizalommal fordulnak a kortársaik, mint a felnőttek felé. A fiatalok kaphatnak információt a lehetséges szolgáltatásokról. Része lehet e programoknak az egyéni és társas megküzdő, problémamegoldó és konfliktuskezelő képességek fejlesztése, megfelelő indulat- és stresszkezelési technikák tanulása, az asszertivitás, az önérvényesítő képesség fejlesztése, az érzelmek felismerése és szabályozásuk fejlesztése, a kortárs-

bántalmazás prevenciója, a pszichoaktív szerhasználatra (alkohol, kábítószer) vonatkozó prevenció, a tárgyvesztést (például haláleset, válás) vagy komolyabb stresszt átélő (PTSD) diákok esetében a fokozott odafigyelés.

Az „ép testben ép lélek” mondás jelentőségét megértve támogatni kell a fiatalok fizikai aktivitását és edzettségét növelő programokat, melyek a testi mellett az érzelmi és a mentális egészség stabil fenntartását is segítik. Az iskolai programok között meg kell jelenniük az életkornak megfelelő szabadidős tevékenységeknek is (ezek már úgynevezett indirekt prevenció programok), illetve igen előremutató lehet közösségi programok működtetése iskolai környezetben, a közelben lévő szociális háló bevonásával (szülők, nagyszülők, település, lakókörnyezet stb.).

Gyakran hangsúlyozom, hogy a kamaszok számára az értelmes szabadidős programokon túl biztosítani kellene úgynevezett értelmetlen szabadidő-eltöltési lehetőségeket is, amelyek segíthetnék őket destruktív energiáik kiélésében, de ezt biztonságosabb körülmények között tehetnék meg (lásd ártalomcsökkentés).

Amikor ezt a szakmát választottam, azt láttam, hogy olyan fiatalokkal fogok együtt dolgozni, akik életük egy időszakában rosszul alkalmazkodtak az aktuális helyzethez, rosszul mérték fel lehetőségeiket, és ebből nem helyes következtetéseket vontak le. Tapasztalatom, hogy ha a közös munka során – abban a nem túl hosszú életidőszakban, melyet együtt töltünk –, egy új felmérést követően sikerül jobb, reálisabb célokat kialakítaniuk, és motiválttá tenni őket az ehhez szükséges tevékenységek beindítására, akkor elindulhatnak egy biztosabb lábakon álló, az elért eredményeket fenntartani és fejleszteni képes életvitel kialakításának irányába.

Ugyanakkor beszélgetéseink során mindig hangsúlyoztam/hangsúlyozom, hogy az „elég jó élet” az nem csupán a „napos oldal”, nem problémamentes állapot, hanem számos krízis, nehézség, megoldásra való konfliktus, kapcsolati és egzisztenciális zavar is, melyeket képesek lesznek kezelni, kontrollálni vagy legalább elviselni. Így a negatív események valójában hasznos dolgok, tehát jók. Így tanuljuk meg becsülni – s ezáltal kicsit szeretni – negatív állapotainkat, a fájdalmat, a szorongást, a diszkomfortérzést, mert figyelni kell rájuk, szükséges változást jeleznek, és lehetőséget adnak a fejlődésre. Általuk nyitunk a világra, leszünk motiváltabbak és kreatívabbak, márpedig ezek jóllétünk elérésének és megmaradásának legfontosabb elemei.

---

Egy hatékony iskolai prevenció adhat információt a mentális egészségről, a hangulati zavarokról, hogy a fiatalok felismerjék magukon, illetve társaikon a veszélyeztető jeleket, hisz a serdülők sokszor nagyobb bizalommal fordulnak a kortársaik, mint a felnőttek felé.

---

## Felhasznált irodalom

- BURKE, PAMELA J. – O’SULLIVAN, JOANNE – VAUGHAN, BRIGID L. (2005): Adolescent substance use. Brief interventions by emergency care providers, *Pediatric Emergency Care*, 21. évfolyam, 2005/11., 770–776. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.pec.0000186435.66838.b3>
- CARNEY, TARA – MYERS, BRONWYN (2012): Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents. Findings from a systematic review and meta-analysis, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7. évfolyam, article 25. DOI: <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-25>
- CHARLOIS, THIERRY (2010): Early intervention targeting youth at risk and European cities, *EXASS Net / Pompidou Group Council of Europe*, <https://rm.coe.int/7th-exass-net-meeting-in-oslonorway-2-4-june-2010-early-intervention-/168075f9a5> (letöltve: 2023. 02. 09.).
- COOPER, M. LYNNE (1994): Motivations for alcohol use among adolescents. Development and validation of a four-factor model, *Psychological Assessment*, 6. évfolyam, 1994/2., 117–128. DOI: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.2.117>
- COX, W. MILES – KLINGER, ERIC (1990): Incentive motivation, affective change, and alcohol use: a model, in COX, W. MILES (szerk.): *Why people drink. Parameters of alcohol as a reinforcer*, New York – Oxford, Gardner Press, 291–314.
- DEMETROVICS ZSOLT (2007): *A droghasználat funkciói*, Budapest, Akadémiai Kiadó.
- DUNN, CHRIS – DEROO, LISA – RIVARA, FREDERICK P. (2001): The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains. A systematic review, *Addiction*, 96. évfolyam, 1725–1742. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.961217253.x>
- EVASHWICK, CONNIE (1988): Creating the continuum of care, *Health Matrix*, 7. évfolyam, 1988/1., 30–39.
- KENDALL, PHILIP C. – KESSLER, RONALD C. (2002): The impact of childhood psychopathology interventions on subsequent substance abuse. Policy implementations, comments, and recommendations, *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 70. évfolyam, 1303–1306. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.6.1303>
- KHANTZIAN, EDWARD J. (1997): The self-medication hypothesis of substance use disorders. A reconsideration and recent applications, *Harvard Review of Psychiatry*, 4. évfolyam, 1997/5., 231–244. DOI: <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
- KOPOSOV, ROMAN A. – RUCHKIN, VLADISLAV V. – EISEMANN, MARTIN – SIDOROV, PAVEL I. (2005): Alcohol abuse in Russian delinquent adolescents. Associations with co-morbid psychopathology, personality, and parenting, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14. évfolyam, 254–261. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0463-x>
- LIDDLE, HOWARD A. – ROWE, CYNTHIA L. – DAKOF, GAYLE A. – UNGARO, ROCIO A. – HENDERSON, CRAIG E. (2004): Early intervention for adolescent substance abuse. Pre-

- treatment to post treatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment, *Journal of Psychoactive Drugs*, 36. évfolyam, 1., 49–63. DOI: <https://doi.org/10.1080/02791072.2004.10399723>
- MILLER, WILLIAM R. – ROLLNICK, STEPHEN (1991): *Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior*, New York, Guilford Press.
- OLÁH ATTILA (2005): *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*, Budapest, Treffort.
- O'LEARY TEVYAW, TRACY – MONTI, PETER M. (2004): Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse. Foundations, applications, and evaluations, *Addiction*, 99. évfolyam, 63–75. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00855.x>
- PIKÓ BETTINA (2009): Protéktív tényezők szerepe az addikciók ifjúkori megelőzésében, in DEMETROVICS ZSOLT (szerk.): *Az addiktológia alapjai III.*, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- SCHULTZ, WOLFRAM – DICKINSON, ANTHONY (2000): Neuronal coding of prediction errors, *Annual Review of Neuroscience*, 23. évfolyam, 473–500. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.23.1.473>
- TAIT, ROBERT J. – HULSE, GARY K. – ROBERTSON, SUZANNE I. – SPRIVULIS, PETER (2002): Multiple hospital presentations by adolescents who use alcohol or other drugs, *Addiction*, 97. évfolyam, 1269–1275. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00191.x>
- WHO (2003): *Brief Intervention for Substance Use. A Manual for Use in Primary Care* (Draft. Version 1.1 for Field Testing), Geneva, World Health Organization.
- WHO (2018): *Adolescent alcohol-related behaviours. Trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342239> (letöltve: 2023. 02. 09.).
- WURMSER, LEON (1974): Psychoanalytic considerations of etiology of compulsive drug use, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22. évfolyam, 1974/4., 820–843. DOI: <https://doi.org/10.1177/000306517402200407>
- WURMSER, LEON (1995): *The Hidden Dimension. Psychodynamics of Compulsive Drug Use*, Northvale, N. J., Jason Aronson Inc.
- ZUCKERMAN, MARVIN (1979): *Sensation Seeking. Beyond the Optimal Level of Arousal*, Hillsdale, N. J., Lawrence Erlbaum Associates.

## Drug use among youth

### ABSTRACT

Certain traits of addictive substance abuse among adults and adolescents tend to show similarities, while others show significant differences. To understand these differences, one must examine and understand young people's unique physical, psychological, and sociocultural background with its constant shifts and changeovers. A healthy teenager is after new adventures, and experiences, and opposes or even rebels against everything reminding him of his parents. Consequently, tackling young people's problematic substance abuse demands an entirely different methodology than their adult counterparts, while constantly keeping in mind that time plays a vital role in the issue. Therefore, meeting distinctive requirements of this age group is essential for the successful therapeutic interventions. Harm reduction, early phase treatment, community involvement for addicts and providing realistic circumstances, which does not necessarily mean the attainment of a completely crisis- and conflict-free life, but rather creating opportunities for personal growth and learning by establishing more effective communication channels, and developing mature self-preservation strategies, aptitude to face challenges, and acquiring skills to achieve proper coping mechanisms.

**KEYWORDS:** adolescents, problem drug use, harm reduction, community addiction recovery services

**SZEMELÝÁ CZ JÁNOS** | Pszichiáter, addiktológus, pszichoterapeuta, szupervizor-coach, az INDIT Kőzalapítvány szakmai vezetője, az ELTE és a PTE címzetes egyetemi docense. A Magyar Addiktológiai Társaság elnöke, az Egészségügyi Szakmai Kollégium Addiktológiai Tagozatának titkára, a Magyar Pszichiátriai Társaság Dél-Dunántúli Tagozatának elnöke. Több egyetemen (PTE, ELTE, SE) is tanít.