

Szociális munka drogfogyasztókkal

A rendszerváltást követő években a magyarországi drogfogyasztási szokások jelentősen megváltoztak. Átrendeződött az elsődlegesen választott drogok sorrendje, a drogfogyasztás módja, a beszerzés forrása, illetve a jelenség büntetőjogi megítélése, nőtt a beszerezhető drogok választéka, és kialakult a belső piac. Mindehhez alkalmazkodnia kellett a területen tevékenykedő segítő szakmáknak is, mégis nemegyszer óriási kihívást jelent az esetek megfelelő kezelése.

■ Magyarországon nincsenek egyértelmű statisztikai adatok arra vonatkozóan, hogy a lakosság hány százalékát érinti a drogprobléma. A különböző kutatási eredmények azonban alkalmasak a nagyságrendek, tendenciák bemutatására, illetve a változások követésére. A hazai kábítószer-fogyasztás alakulását ma elsősorban egészségügyi és kriminálstatisztikai adatok alapján jellemzik. Vagyis az egészségügyi intézményekben nyilvántartott drogfogyasztók, illetve a kábítószerrel való visszaélések száma alapján következtethetünk a hazai drogfogyasztás elterjedtségére. Mindkét dimenzióban egyértelmű és erőteljes növekedés tapasztalható a 90-es évek közepétől. Jelentősen emelkedett a kábítószer-lefoglalások száma, illetve az egyes lefoglalt mennyiségek mértéke. A tendencia erősödését támasztja alá a középiskolások körében végzett kérdőíves vizsgálatok eredménye is. (ESPAD kutatások - A szerk.)

A drogokkal kapcsolatban az érintettek közé tartoznak a használókön kívül a kábítószer-fogyasztó hozzátartozói (szülők, testvérek, egyéb rokonok), barátai, iskolatársai, kollegái, illetve ismerősei (szomszéd, stb.), hiszen közvetett módon ők is kapcsolatba kerülnek a szerhasználattal. A drogprobléma jóval több embert érint, mint amennyit a számadatok mutatnak.

Magyarországon a kábítószer-probléma terjedésével párhuzamosan nő a segítő intézmények száma, bár a gyógyulni vágyó betegek számához képest ez még kevésnek bizonyul. Ezért nem ritka, hogy a bejutást hosszas várakozási idő előzi meg, ami jelentősen csökkenti a gyógyulási motivációt. Az intézmények hatékonyságát nagyban befolyásolja az ott dolgozók szakképzettsége, azonban szociális munka ezekben a szervezetekben csak elvétve jelentkezik. Magyarországon a drogfüggőség kezelését még mindig egészségügyi problémaként értelmezik, amelynek megoldása orvosokon, pszichiátereken múlik. Ők segítenek a gyógyulás fizikai részében, valamint az okok felderítésében, feldolgozásában. De a gyógyulásnak van egy olyan szakasza is, ami a drogfogyasztó életmódból fakadó károkat próbálja kiigazítani, és a hiányosságokat pótolni. Ebben a fázisban a szociális munkások közreműködése elengedhetetlen.

Ez a tanulmány elsősorban arra keresi a választ, hogy a drog elhagyása után mi mindent kell megtanulniuk vagy újratanulniuk azoknak az embereknek, akik 2-8, de akár 14 évig is drogfüggők voltak, illetve, hogy a jelenleg Magyarországon működő intézmények hogyan, és milyen szakemberekkel próbálnak segítséget nyújtani ebben a helyzetben.



ALAPFOGALMAK

■ DROGOK

A drogok meghatározására a hazai és nemzetközi szakirodalom különböző kifejezéseket használ. Drognak tekinthető minden olyan anyag, amely a szervezetbe jutva annak egy vagy több funkcióját módosítja (WHO). A központi idegrendszerre ható anyagok, az úgynevezett pszichoaktív szerek (DSM-IV) között megkülönböztetünk illegális, tiltott szereket (marihuána, LSD, XTC, heroin, kokain, stb.), valamint legális drogokat (kávé, tea, dohány, alkohol, nyugtató-altatószer).

■ FOGYASZTÓK

A droghasználat gyakorisága szerint megkülönböztetjük a kísérletezőt (kevesebb, mint 10 alkalommal), a rekreációs, „hétvégi” használót (hetente-szabadidős tevékenységekhez kapcsolódóan), a helyzeti használót (heti 4-5 alkalommal, bizonyos stresszhelyzetekben), az intenzív fogyasztót (hosszú időn keresztül, napi rendszerességgel), valamint a kényszeres droghasználót (aki naponta többször, folyamatosan drogozik). Ezt a folyamatot, vagyis a kipróbálástól a függőségig vezető utat hívja a szakirodalom drogos karriernek.

■ A FÜGGŐSÉG TÍPUSAI

A szakkönyvek a függőségnek két formáját különböztetik meg: a lelki, illetve a testi függőséget. Lelki függőség minden szenvedélynél kialakulhat. Ez alatt azt értjük, hogy a függő személy erős késztetést érez arra, hogy ismételten szenvedélye tár-

gyához nyúljon. Ennek elmaradása rossz közérzethez, feszültséghez, depresszív gondolatokhoz, öngyilkossági hangulathoz vezethet. A függőség másik típusa, a fizikai függőség, specifikusan csak a kémiai anyagoknál lehetséges. A testi függőség kialakulásával a szervezet hozzászokik a drog jelenlétéhez, amelynek hiányában testi megvonási tünetek jelentkeznek (láz, izomgörcsök, hányinger, stb.). Ezek a tünetek ugyanazon vagy hasonló anyag bevitelével csökkennek, vagy megszűnnek.

Függőség tárgya lehet kémiai anyag, játék, munka, tars, stb. A nem kémiai szerek általi függőség viszonylag új jelenség, társadalmi megítélése egészen más, mint a kémiai szerek okozta függősége. Nem számít devianciának sem a munka-függőség, sem a kapcsolatfüggőség.

Mivel a kémiai szerek által okozott dependencia látványosabb, ráadásul jogszabályi háttere miatt törvénysértő magatartás, társadalmi megítélése eszerint alakul.

Hangsúlyos, hogy a szenvedélybetegségek lefolyása, mechanizmusa nagyon hasonló függetlenül attól, hogy a szenvedély tárgya kémiai anyag, vagy viselkedésforma.

■ A DROGFÜGGŐ SZEMÉLYISÉGFEJLŐDÉSE

A kamaszkori személyiségfejlődés során a fiatalok számos krízishelyzettel találkozhatnak, ezek sikeres megoldása segíti őket abban, hogy lépésről-lépésre érettebb személyiségekké váljanak. Fontos azonban, hogy a kamaszok a rájuk váró feladatokkal az éppen megfelelő életkorban küzdjenek meg. Ha ez elmarad, vagy átcsúszik egy másik életszakaszba, akkor nem marad elegendő energiájuk a következő feladatok megoldására, vagy ezek csak részben, hiányosan sikerülhetnek, hiszen nem támaszkodnak az előző életkorban megtanultakra. A fejlődés egy pontján a személyiségben hiány keletkezik, amely akár hosszú ideig nem is észrevehető, de később egy krízis helyzetben – és a serdülőkor éppen ilyen – előjöhethet. A hiány bizonyos készségek hiányos működésében jelenik meg: kommunikáció, önérvényesítés, stabil, megfelelő önértékelés, kötődés, empátia, együttműködni tudás, stb. Ezek a hiányosságok a személyiség stabilitását fenyegetik. A kábítószer mint korrekciós kísérlet jelenik meg. Hatása csökkenti a szenvedést, könnyebbé és elviselhetőbb teszi az életet.

A dependenciával együtt járó megváltozott viselkedést jelentősen befolyásolja, hogy legitim vagy illegitim-e a használt szer. Az illegális szereket fogyasztóknál, viselkedésük meghatározó elemévé válik a lebukástól való félelem, ezért náluk többnyire rejtőzködő magatartás alakul ki, ami tele van szorongással és félelemmel, hiszen az egyén potenciális bűnöző. Az illegális szerek fogyasztásáért ugyanis a hatályos törvény értelmében börtönbüntetés jár, ezen kívül éppen illegalitásuk miatt ezeknek a drogoknak az ára nagyon magas. A szükséges pénz előteremtéséhez sokszor kapcsolódik bűncselekmény (pl.: kocsifeltörés, bolti lopás, prostitúció, drogárusítás, stb.). A drogfüggő napjai átstrukturálódnak, életét a szer megszerzése, élvezése és az ebből adódó problémák kezelése tölti ki. Ha a drogfogyasztó magatartás az egyén többi viselkedésével szemben dominanciára tesz szert, az egyéb viselkedéseket felölölő repertoár beszűkül. A drogos megszokott környezetét elhanyagolja, életköze átalakul, elmaradnak a régi barátok, helyüket új, a drogos életvitelhez szorosan kapcsolódó emberek foglalják el. Olyan drogos szubkultúrába kerülhet, amelyhez hasonló nehézségekkel küzdő fiatalok tartoznak. Devianciájuk kollektív meg-

oldási kísérletet jelent problémáikra.

Az addikció ellehetetleníti, hogy a fiatal gyakorolja a nemi szerep előírásait, próbálgassa a felnőtt viselkedést, alkalmazkodjon a különböző intézményes helyzetekben (pl.: iskola, munkahely, hivatal, társaság, stb.), kapcsolatokat kössön. E helyett jelentkezik az „instant” öröm, kielégülés. A fiatal személyiség akár egy-két éves rendszeres droghasználat után már komoly hátrányba kerül kortársaival szemben. Elmarad a fejlődésben, a követelményeknek még kevésbé tud eleget tenni, (még nagyobb tehát a hajlama, hogy visszaessen, a korábbi, „jól bevált” kielégülési módokhoz folyamodjon). A tapasztalatok és a vizsgálatok azt mutatják, hogy a fiatal drogfüggők többsége kiszorodik a társadalomból. Nem tud szakmát tanulni, nincs esélye, sem motivációja arra, hogy rendszeres munkát vállaljon.

Ha abba is tudja hagyni a drogozást, többnyire eltompulnak azok a készségei és képességei, amelyek által kiemelkedhetne ebből a helyzetből. A szerrel próbálja ellensúlyozni kudarcait, de ezzel részben konfliktusokat gerjeszt maga körül, részben még tovább fokozza hiányosságait. A kielégülés, a kompenzálás egyetlen eszköze a drog marad, amely még mélyebbre nyomja a személyiséget. „A fiatalkori szenvedély mindig megakasztja a felnőtté válást, fejletlenül hagyja a szexualitást, elzárja a foglalkozási szerepek kialakulásának útját. A szenvedélyek rabja általában nem tud barát vagy társ sem lenni, házastársi vagy szülői szerepre pedig képtelen.”

Amivel tehát nem - vagy csak részben - küzdöttek meg a kamaszkorban a drogfüggővé vált személyek: leválás a szülőkről, harag, kudarc kezelése, pályaválasztás, iskola befejezése, kortárs kapcsolatok kialakítása, párválasztás, munkába állás, rendszeresség, önállóság.

■ A CSALÁDI HÁTTÉR JELENTŐSÉGE

A diszfunkcionálisan működő családok számos kockázati tényezőt hordoznak magukban, ami persze nem jelenti azt, hogy az ilyen családokban felnövő fiatalok automatikusan deviáns útra terelődnek.

A családon belüli következetlenség, a nevelési elképzelések eltérő gyakorlása - például engedékeny anya és autokrata apa esetén - bizonytalanságba, értékválságba sodorja a fiatalokat. A túlgondoskodó szülők gyerekei leválási problémákkal küzdenek, és erre a drog mint a lázadás egyik eszköze, megoldást jelenthet. Rizikótényező a kényszerítő-korlátozó, de a kritikátlanul mindent toleráló, elfogadó szülői magatartás is.

A szülők megromlott viszonya, a gyakori nyílt konfliktusok megnehezítik az azonosulást, a gyermek saját magát vádolhatja a veszekedések miatt. A folytonos csalódottság miatt önértékelése csökken. Az örökös szidalmak, büntetések eredményeként az önmagáról kialakított képe negatív lesz, elhiszi magáról, hogy ő valóban rossz, és mintegy önbeteljesítő jóslatként az is lesz. A szidalmak jogossá válnak, az önértékelés tovább csökken és folytatódik az ördögi kör. Ezekből a helyzetekből a kortárs-csoportok, a drogok kiszállási kísérletet jelenthetnek.

A gyermek elhagyása, érzelmi elutasítása (pl.: intézetbe kerül vagy ennek rejtett formája, amikor a szülő a munkába menekül) mind kockázati tényezőként fogható fel a szerfogyasztás kialakulásánál.

A szülői szerepre éretlen apa és anya is kedvezőtlen hatást gyakorol a gyerek fejlődésére.

Azokban a családokban, ahol az egyik tag drogfogyasztó, gyakran találunk a felmenő ágon öngyilkosokat, depressziósokat, alkoholistákat, túlzott nyugtató-altató fogyasztókat, vagy

illegális drogokat fogyasztókat. Gyakran a szülő ez a személy. Ebben az esetben a szülő nem tud kellően részt venni a nevelésben, valamint önkéntelenül is egyfajta probléma megoldási mintát nyújt gyermekének.

A diszfunkcionálisan működő családokra jellemző, hogy zártak, gyér külső kapcsolatokkal rendelkeznek. A családtagoknak csekély az autonómiája, bűnnek számít a családon kívüli boldogulás, ez a gyermeki önállósodást veszélyezteti. A nyílt, őszinte és spontán kommunikáció hiánya nyomozó légkört teremt. Egy ilyen családban a drogozás, illetve a drogos a család bűnbakjává válhat, ezzel tehermentesíti a szülők kapcsolatát, az összes problémát át lehet rá hárítani. Sokszor éppen a probléma segíti a családi egyensúlyt fenntartani, a konfliktusban álló szülőket újra egyesíteni.

A család patológikus és diszharmonikus működése (nevelési attitűdje, légköre, stuktúrája, a szülők életútja) nem eredményez automatikusan drogos karriert, de bizonyítottan magas rizikófaktort jelent a szenvedélybetegségek kialakulásában.

■ KEZELÉS

„A kezelésem átfofogó, a drogos élettevékenységeinek jelentős részeire kiterjedő, egyszerre több területen dolgozó szakember összehangolt tevékenységét értjük.”

A kezelés menete nagyban hasonlít a klasszikus, szociális munkás egyéni esetkezeléséhez. Az első interjú a droghasználattal összefüggő állapotfelmérésre irányul, amikor is a segítő feltérképezi kliense családi helyzetét, életkörülményeit, betegségeit, a természetes támogató rendszerét, a motivációja mértékét. Ezt követik a pszichiátriai és egyéb orvosi (pl.: belgyógyászati) vizsgálatok, amelyek után közösen meghatározzák a célokat (a kis lépések elve érvényesül). Ez alapján kerül sor a szerződés-kötésre, amely tisztázza a segítő és a kliens jogait, illetve kötelezettségeit. A megvalósítás szakaszában fontos más intézmények bevonása a kezelésbe. A segítőnek ezért kell ismernie és napi kapcsolatban lennie az egyéb szociális intézményekkel, kezelőhelyekkel.

Kabítószertüggőknél a kezelést nehezíti, hogy számos személyiségzavar jelentkezhet járulékos betegségként. Felismerésük szakértelmet igényel. Ezeket figyelembe véve, egyénre szabottan kell kialakítani a megfelelő terápiát. A lezárás nagyon fontos szakasza a szerhasználókat segítő kapcsolatnak. A leválast szakaszosan, pontosan előkészítve és a klienst felkészítve kell megvalósítani. Az utókezelés során a már absztinens drogos lelki problémáinak kezelése és a reszocializáció történik.

■ KEZELÉSI MÓDOK

- **Kórházi kezelés:** addiktológiai vagy pszichiátriai osztályokon zajlik. Itt kerül sor a detoxikálásra, általában gyógyszerrel. Itt is folyik terápia, ezek többnyire arra elegendőek, hogy beinduljon a változás a személyiségben, de ennek a pozitív folyamatnak a fenntartásához további erőfeszítések, odafigyelések szükségesek.
- **Ambuláns kezelés:** addiktológiai gondozó, pszichiátriai vagy addiktológiai osztályok ambulanciái, pszichiátriai gondozók, drogambulanciák. Feladatuk: elvonás (akár gyógyszerrel is), kivizsgálás, társuló pszichiátriai zavarok kezelése. Főleg egyéni kezelés folyik, de lehetőség van családterápiára, csoportos kezelésre, hozzátartozói csoportok működtetésére.
- **Rehabilitációk és utógondozók:** Terápiás otthonok,

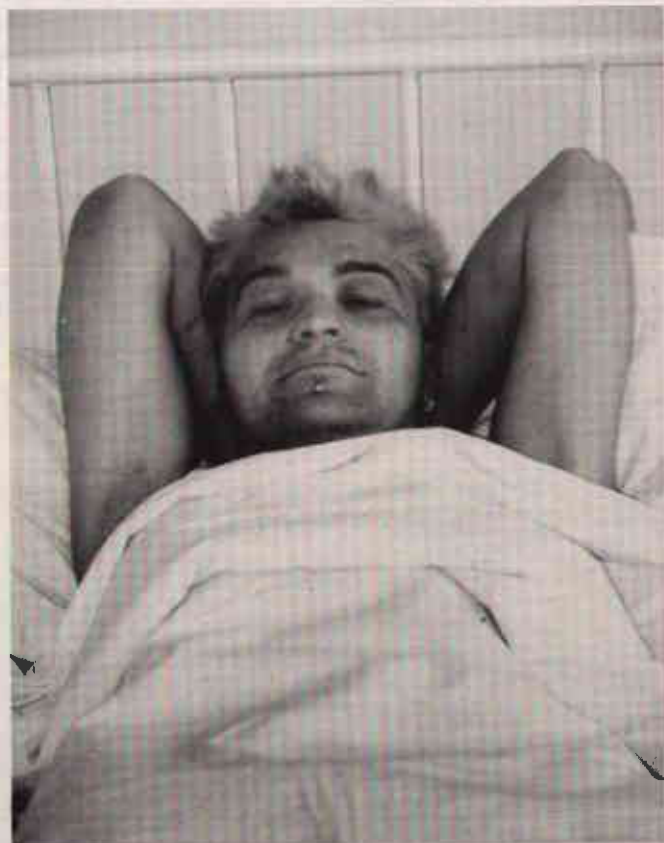
önsegítő csoportok: A felépülés különböző szakaszain tartó vagy már felépült drogosok csoportja. Cél a drogmentesség fenntartása, a visszaesés megelőzése.

- **Hozzátartozói vagy szülőcsoportok:** A droghasználó szüleiből, hozzátartozóiból alakult csoportok. Célja, hogy a résztvevő szülők egymás tapasztalataiból megtanulják, hogyan tudnak drogos gyerekükkel hatékonyabban kommunikálni és ezáltal a felépülés felé terelni őket.

- **Egyéb intézmények:** nappali szanatóriumok, nappali kórházak, védett szállások, alacsony-küszöbű intézmények, stb.

■ REHABILITÁCIÓS OTTHONOK ÉS UTÓGONDOZÓK

Ebben a tanulmányban az utógondozás fogalmát a felépülési folyamatra kiterjesztve használom. A felépülés nem pusztán a droghasználat abbahagyását jelenti, általában alkalmazkodást is kíván egy újfajta életmódhoz. Ez a hosszú folyamat számos kihívást rejt magában. A droghétség az utolsó szerhasználat után még hónapokig jelentkezik, és azonnal újra megjelenik, ha az egyén elhagyja a drogmentes környezetet. A régi társaság állandó veszélyforrást jelent a felépülőnek. Új társaság háló kiépítése kockázattal járhat, ugyanakkor szocializálja is az illetőt. A felépülőben lévők tartanak attól, hogy kitudódik róluk, hogy ők gyógyuló szenvedélybetegek. Önsegítő csoportjaik általában tudnak segíteni abban, hogy az önmagukról való beszélgetés egy idő után ne töltsen el őket szorongással. A drogmentes tevékenységhez és örömszerzési formákhoz való hozzászokás elsajátítása hosszú tanulási folyamat. Ahhoz, hogy egy leállt drogos anyag nélkül élvezettel végig tudjon nézni egy filmet, újfajta tudatosságra van szüksége. Számos új viselkedési formát kell ahhoz megtanulnia, hogy egy bulira vagy baráti társaságra úgy tudjon elmenni, hogy előzőleg ne használjon drogot, és ott jól is érezze magát. Ennek érdekében a legrégebb és legkedvel-



tebb szórakozási formákat is el kell hagynia, az újak elsajátításához azonban még sok időre és gyakorlásra van szüksége. Fokozatosan meg kell tanulniuk, hogyan reagáljanak a fájdalomra és a stresszre. Ha egy nem régen absztinenssé vált drogfüggőnek nincs meg a normál rossz közérzettel kapcsolatos alapvető tapasztalata, akkor ijesztőnek találhatja a jelentkező fájdalmat, stb. Az ebből fakadó elbizonytalanodás ismét a fájdalom- és stresszcsoökkentő szerek használatához vezethet. A felépülés idején a másokkal való bensőséges kapcsolat kialakításának vágya hamar megjelenik, a kezdeményezés és az egészséges kapcsolatok kiépítése azonban ennél jóval lassabban történik. A múltból megmaradt kapcsolatok legtöbbje súlyosan károsodott, akik valamikor közel álltak hozzájuk nehezen megközelíthetőek. Az intimitás létfontosságú, ugyanakkor problémás is lehet, különösen olyan valakinek, akinek az önérteklése még nagyon törekeny. Le kell bontania a szerek és a szex közötti régi összefonódásokat, és új attitűdökre kell szert tennie. A felépülés korai szakaszában az intim kapcsolatok kockázati tényezőit jelentenek a visszaesés szempontjából. Ezek a kapcsolatok legtöbbször nem váltják be a hozzájuk fűzött reményeket. A leállt drogos személyisége még nem stabil, nincs tisztában saját magával, érzelmeivel sem. Éppen ezért az összes bentlakásos intézményben – ideértve a kórházakat is – tiltják a szerelmi és szexuális kapcsolatot nemcsak a bentlakók között, hanem sokszor külső személlyel is. A gyógyuló szenvedélybetegeknek, amint visszakérülnek a hétköznapi életükbe, folyamatosan számolniuk kell a kísértésekkel. A felépülés során ezért nagy hangsúlyt kell helyezni azoknak a technikáknak az elsajátítására, amelyekkel hatékonyan tudnak ellenállni a csábításoknak. A felnőtt élethez tartozó hétköznapi feladatok ellátását is újra kell tanulniuk. A tanulás, álláskeresés, szülői szerep vállalása, számlák fizetése, otthonteremtés, fontosak ahhoz, hogy az időt strukturálják, megélhetésüket biztosítsák, és segítsék őket a társadalomba való újbóli beilleszkedésben. Ezek a tanulási folyamatok nem mentesek a stressztől, amely sok esetben szintén okozhat visszaesést. A nagymértékű stressz elkerülése csak úgy lehetséges, ha ezeket a készségeket gyorsan és hatékonyan sajátítják el.

■ AZ UTÓGONDOZÓK TÍPUSAI

■ Bentlakásos rehabilitációs otthonok

Általában a nagyvárosoktól távol, kis terápiás közösségekben él együtt kb. 15-20 drogos. A legfontosabb terápiás tényező maga a közösség (segítők és felépülő drogbetegek). A közösségek önellátók: takarítás, főzés, növénytermesztés, állattenyésztés, stb. A napirend strukturált, pontosan be van osztva, kinek mi a feladata. A kezelés időtartama hat hónaptól két és fél évig tarthat. Kezdetben nincs eltávozás, és senkivel sem lehet találkozni. Később enyhítenek ezeken a szabályokon. A bentlakó fokozatosan fogadhat látogatót, mehet kimenőre. Minden intézményben folyik terápiás célú munkavégzés, egyéni és csoportterápia is.

■ Ambulánsan működő utógondozók

Nem túl régi kezdeményezések. Többnyire városokban találhatóak. Ezek napközben, de még inkább délután és az esti órákban fogadnak absztinens drogfüggőket. Általában kötött programú csoportokat szerveznek, amelyek arra koncentrálnak, hogy az adott pillanatban mi történik egy-egy klienssel. Ezeket az élményeket megosztják egymással verbálisan, vagy más úton (pl.: színház, zene segítségével), és segítenek egymásnak azzal, hogy elmondják személyes tapasztalataikat. Az ilyen típusú utógondozók többnyire önszorgató jelleggel működnek, de 1-2 segítő

foglalkozású szakember is dolgozik itt. Az ambuláns utógondozás legfőbb törekvése a kórházi osztályokon, vagy rehabilitációs otthonokban történő elvonó kezelésben részt vett személyek utógondozása, társadalmi reszocializációja, és integrációjuk elősegítése.

■ EGY LEHETSÉGES MODELL: PÉCSVÁRAD - VÁLTOZÓHÁZ

A bentlakásos rehabilitációs otthon 1990 januárjában kezdte meg működését, Keszőben. Egy évvel később az intézmény Pécsváradra költözött. Öt éve foglalkoznak elsősorban ópiátfüggőkkel, előtte alkoholfüggőkre specializálódtak. Jelenleg a vezetőn kívül öt főállású nevelő tevékenykedik az otthonban. Ezen kívül négy órában dolgozó kíséítőket is foglalkoztatnak, akik volt szenvedélybetegek. A program az Amerikai Egyesült Államokban kidolgozott Minnesota-modellen alapul. Ennek lényege a terápiás közösségben rejlő lehetőségek kihasználása. Az intézmény éltere vonatkozó döntések a személyzet és a kezeltek véleményének kölcsönös figyelembevételével születnek. A terápiás szemlélet alapja a betegség-elv, amely kimondja, hogy az alkoholizmus, narkómia gyógyíthatatlan betegség. A programban azok a készségek sajátíthatók el, amelyek ahhoz kellene, hogy a szenvedélybeteg tünetmentesen tudjon együtt élni betegségével. A terápia tehát a „Névtelen Narkománok 12 lépésű önszorgató módszérének teljes absztinenciára orientált elvein alapul. Utat mutat, hogyan lehet kialakítani egy új, hangulatjavító szerek fogyasztása nélküli, kiegyensúlyozott életvezetést.”

A rehabilitációs otthonba történő felvétel az önkéntesség elvén alapszik. Előzménye a felvételi interjú, amelyben a bentlakók már felépülési tapasztalatokkal rendelkező tagjai vesznek részt. Ha sikeres a felvételi interjú, a gyógyulni vágyó személy elkezdheti a terápiát. A beköltözést követően egy egyhónapos izolációs időszak következik. Se telefonálni, se levelet írni vagy látogatót fogadni nem szabad. Ennek célja, hogy a drogbeteg legalább egy hónapra teljesen kiszakadjon abból a környezetből, ahol eddig tartózkodott és drogozott. Ez az időszak arról szól, hogy az egyén beilleszkedik az otthonban gyógyuló társaságába, megismeri a társait, elfogadja a napirendet, a heti beosztást, a szabályokat. Az izolációs időszak feloldásáról – az egyén kérésére – a közösség dönt. A feloldás kritériumai: beilleszkedés a közösségbe, a vállalt feladatok ellátása, csoportokon és a munkában való aktív részvétel. Ha mindez nem teljesül, a közösség nem oldja fel az izolációt, hanem bizonytalan időre elnapolja. Az izoláció feloldását követően a bentlakó jogosult az intézmény elhagyására, először kíséítővel, később önállóan is. Ekkor már a közösség teljes jogú tagjává válik, részt vehet Pécsen, a NA ülésein, szavazhat, fogadhat telefonát, levelet, részt vehet a havi szülőcsoporton, stb. A következő lépés az adaptációs szabadság engedélyezése, amely szintén saját kérésre, a közösség engedélyével történhet meg, legalább négyhavi benttartózkodás után. A program ideje egy év, de egyénenként ez lehet több vagy kevesebb idő is.

Súlyos szabályszegésnek minősül a drog vagy alkoholfogyasztás az intézmény falain belül és azon kívül is, az intézmény közösségi engedély nélküli elhagyása, a szexuális kapcsolat létesítése. Ezekben az esetekben a közösség dönt a szabályszegő további részvételi lehetőségeiről, de többségében elbocsátás történik. Az intézmény nyitott, bárki hármikor elmehet, mivel a kezelés az önkéntességre épül. Ezután azonban három hónapig nem kérheti az újbóli felvételt.

A rehabilitációs otthonban naponta átlagosan három-négy csoport működik.

A Visszaesés-megelőzés csoportra és a Spirituális lelki értékek csoportra hetente kétszer, a többire hetente egyszer kerül sor.

A Szenvedélybetegség csoportot a személyzet egyik józan szenvedélybeteg tagja irányítja. Elsősorban a program céljáról, a függőség természetéről, kialakulásának összefüggéseiről, az első szerhasználattól kezdődő biológiai változásokról, a szerhasználat során rögzülő énvédő, konfliktuselhárító mechanizmusokról esik szó rajta.

A Visszaesés-megelőző csoport azokkal a kérdésekkel foglalkozik, amelyeket tudatossá téve, a későbbiekben állandóan szem előtt kell tartani az újbóli szerhasználat elkerülése érdekében.

A Spirituális lelki értékek csoport az elfojtott és a közösségekben újraéledő érzéseket taglalja. Újraértelmeződik a szeretet, az őszinteség, a barátság, a hála, a bizalom, az öröm, stb. fogalma.

A Szer csoport azokat a kémia szereket ismerteti, amelyek fogyasztása kerülendő. A foglalkozásokon a közösség tagjai saját tapasztalataikat mesélik el, bizonyítva, hogy bármilyen hangulatjavító anyag visszajuttat mindenkit a számára jellemző módon használt kábítószerhez.

A Forró szék csoporton a közösség egyik tagja, beleértve a személyzetet is, a központi személy. Neki csak kérdések tehetők fel, és ő pedig válaszol ezekre. Az aktuális személyt szavazás alapján jelölik ki.

A Lépés csoport a NA tizenkét lépését tárgyalja.

Az Asszertivitás csoport videó-film felhasználásával a kialakuló betegségtudattal való önérvényesítő gondolkodást, magatartást törekszik tudatosítani. Hogyan mondjunk nemet.

Pszichodráma foglalkozásokon, annak technikáival, az asszertivitás csoportok témáinak elemzése történik.

A Film csoportokon alternatív és terápiás filmek bemutatása, majd azt követően közös megbeszélése folyik. A lejátszott filmek igazodnak az egyéb csoportok témáihoz.

Az Aktuális problémák csoport a gyakorlati, az otthon technikai működésével kapcsolatos észrevételeket tárgyalja.

A Napi önértékelő csoportra esténként, a heti egyenlegre vasárnaponként kerül sor. Ilyenkor történik az elvégzendő és elvégzett feladatokról szóló számvetés a közösség előtt, amelyet írásban is el kell készíteni.

A Közösségi megbeszélés minden héten az a fórum, melyen a közösség működésének új szabályai születnek, illetve hatályon kívül helyeztetnek. Az izolációs időszak feloldása, az adaptációs szabadságok jóváhagyása, stb. is ekkor történik.

Család csoport a hozzátartozók havi egy alkalommal történő foglalkozása, ami a társfüggés természetét és a józanodó szenvedélybeteggel való kapcsolat tapasztalatait tárgyalja – ugyancsak önségítés formájában.

Az otthon környezetének folyamatos parkosítása, a konyhakert kialakítása, valamint a kreatív készségfejlesztő foglalkozások terápiás munka keretében történnek.

■ A SZOCIÁLIS MUNKÁS SZEREPE AZ UTÓGONDOZÁSBAN

A droghasználókkal foglalkozó szakembernek, a szociális munka más területein használt segítő technikák és alapelvek – empátia, változás képességének támogatása, pozitív visszajel-



zések, kezdeti rövidtávú, világos célok megfogalmazása, a problémás helyzetek, hangulatok azonosítása, sikertelen megoldási módok elemzése, szerződés-kötés, stb. – mellett, a drogfüggőség természetéből fakadóan, számos specifikus elemmel is dolgoznia kell:

- a változás indokainak tisztázása (két-három fő ok azonosítása),
- napi rendszerességgel végezhető tevékenység keresése
- annak tisztázása, hogy mi a teendő a drog utáni vagy fokozódásakor (takarítás, rokonok meglátogatása, stb.)
- a pozitív változások fokozott jutalmazása

A visszaesésre utaló figyelmeztető jelek elsősorban a mindennapos gondolkodási mechanizmusokban ragadhatnak meg. A túláltalánosítás, a rossz dolgok felerősítése, a pozitív események negatívba fordítása, önmaguk hibáztatása, a túlzott reakciók, a „muszáj”, „kéne” és „megpróbálom” kifejezések gyakori használata – intő jelek. A cél ezeknek a mechanizmusoknak a felismertetése, leállításuk és pozitív gondolatokkal való helyettesítése.

■ SZOCIÁLIS MUNKÁSOK AZ UTÓGONDOZÓ OTTHONOKBAN

A bekerülés időszakában a segítő szerepe hangsúlyos, feladata a kliens támogatása, a szabályok ismertetése és betartatása. A terápiás közösség célja, hogy ezek a szabályok belsővé váljanak, és a kliens képessé váljon arra, hogy előírt szabályok nélkül, autonóm módon működjön. A segítő mintául szolgál a klienseknek, sokkal erősebben, mint egy „hagyományos” szociális munkás szerepben, mivel a gyógyulókkal sokkal intenzívebb a kapcsolata: vagy naponta három-négy órát töltenek

együtt, vagy kétnaponta huszonnégyet, gyakorlatilag együtt laknak.

A határok betartását sokszor nehezíti az összeczártság. A szociális munkásnak tudnia kell kezelni a fizikai távolság hiányából fakadó nehézségeket. Az idő strukturálása a segítő folyamatban mindig nagy hangsúlyt kap. Természetesen a klienssel eltöltött idő mennyisége függ a kliens igényeitől, a probléma természetétől, a segítő kapacitásától. A szociális munkában általában a találkozások között eltelt idő is fontos, mivel az előző találkozásokon történtek ezalatt dolgoznak a kliensben és a szociális munkásban is, illetve a beszélgetések során megfogalmazott feladatok önálló elvégzése is ezekre az időszakokra tehető. A bentlakásos intézményekben a kliens mindig „szem előtt van”, de ez ebben az esetben szükséges is, hiszen sokkal intenzívebb változást kell elérniük, intenzívebb külső segítséggel, mint általában.

A változás elérésének egyik fontos eszköze a csoport. „Az egymás iránti szükséglet bizonyos közös, megoldandó feladatokban nyilvánul meg. Ha a feladatokat tevékenységgé alakított szükségletek sorozataként fogjuk fel, akkor mondhatjuk, hogy ezek a közös feladatok jelentik a csoport célját, és ez jelenti egyben azt a keretet is, amelyhez a csoporttagok viszonyítják viselkedésüket.”

A bentlakók csoportja biztosítja azt, hogy gyakorlatilag kortárs csoportként működjön a közösség. Ez a zárt közösség lehetőséget ad arra, hogy a gyógyuló kockázat nélkül végigélhesse a kamaszkori fejlődés főbb szakaszait és kipróbálhassa magát védett helyzetben. A közösségen belül új értelmet kap a bizalom, a szeretet, az alázat és más értékek.

Fontos szerepet kap a terápiás munkában, hogy az érintettek a fejlődés, így a változás különböző stádiumaiban vannak. Aki fél éve tisztá, az újonnan bekerülők révén újra és újra átélheti - és egyre inkább feldolgozza - fejlődését. Az újaknak pedig példaként szolgálnak a régiek elért eredményei.

A szociális munkás feladata a csoport „kordában tartása”: akkor kell beavatkozni, ha olyan dolog történik, ami valakinek sérülést okozhat. Figyelnie kell a csoportdinamikára. Fontos, hogy a közösség egy terápiás segítő közösség maradjon. Kerülni kell az olyan helyzeteket, amikben a segítő túl közel kerül a klienshez, mert ez a közösségen belül is feszültségeket okozhat.

A szociális munkásnak a kliensek egyéni fejlődési ritmusához kell igazodnia, és e szerint kell segítséget nyújtania. Tudatosítania kell a gyógyulni vágyóknak, hogy a régi problémamegoldó módok már nem működnek, ezek helyett el kell sajátítani a szermentes élethez szükséges készségeket. Ennek érdekében olyan elfoglaltságok biztosítására van szükség, amelyek során alkalom nyílik az önismeret fejlesztésére.

A segítőnek nagyon nehéz elfogadtatni a „normálisnak” tartott társadalmi értékek szerinti életvitelt. A drogfüggők között, általánosítás nélkül, többnyire olyan embereket találunk, akik számára nehéz tartani olyan alapvető értékeket, mint például a magántulajdon védelme. Más pénzt elvenni nem jelent számukra problémát, hiszen ebből tudnak drogot venni. Nagyon nehéz elfogadtatni velük azt a gondolatot, hogy akkora összegből kell havonta megélniük, amekkorát azelőtt egy-két nap alatt eldobják.

A rehabilitációval foglalkozó intézmények veszélye a hospitalizáció. Ezt a fokozatos leválasztással (pl. egyre hosszabb adaptációs szabadságok) próbálják kivédeni. Sok esetben mégsem sikeres a leszokás, mivel a nyugodt, védett környezetben könnyebb megőrizni a szermentességet. Amikor aztán az illető

visszatér régi környezetébe, az intézményben felépített „új élet” hamar összeomolhat.

A bentlakásos intézményekben dolgozó szociális munkások további feladata a természetes támogató rendszer felmérése és párhuzamos alakítása. A segítőnek szem előtt kell tartania, hogy a természetes támogató rendszer lehet a drogfogyasztás előidézője és fenntartója. Ezért gyakran kívánatos, hogy a korábbi kapcsolati rendszerek eltávolodjanak egymástól, és helyette megteremtődjenek azok a feltételek, amik mozgásteret jelenthetnek a frissen kikerült, kapcsolatok nélküli drogosnak.

■ NEHÉZSÉGEK, DILEMMÁK

Drogfüggőknél a visszaesés szinte természetes jelenség. A szociális munkások ezt az esetek többségében kudarcként élik meg, ezért ezen a területen még nagyobb a kiegészítő veszélye, mint általában. Ezért elengedhetetlen a szupervízió és az egyéni feldolgozási technikák kidolgozása.

Az önsegítő csoport-jellel működő intézményekben nagyon nehéz segítő szakemberként dolgozni, hiszen a csoportformáló erő pont a szerhasználat, és az a segítő, aki éppen attól profi, hogy nem volt függő, egyben illegitim. Sokak szerint csak egy volt drogos tudhatja a megoldást. Ezzel az előítélettel és a mögötte húzóó okokkal együtt kell tudnia dolgozni egy szociális munkásnak. Általában a leghatékonyabb megoldás a két tudás ötvözése, vagyis a leált szerfüggő és a képzett szakember együttes, összehangolt munkája.

Szécsi Judit

■ Irodalomjegyzék

- Atkinson R.L., Atkinson R.C., Smith E.E., Bem D.J.: *Pszichológia, Osiris-Századvég, Bp., 1994.*
- Bayer István: *A drogok történelme, Aranyhal Kiadó, 2000.*
- Bernát L. – Solymsi K. (szerk.): *Fejlődéslelektan szövegyűjtemény, ELTE Tanárképző Főiskolai Kar, Kézirat, Budapest, 1995.*
- Buda Béla: *Szenvedélyeink, 33. o.*
- Csernak, T.L.: *Diagnosing and treating co-dependence, USA, Minneapolis, Minnesota, 1986, ISBN-0-935908-32-3*
- Demetrovics Zsolt (szerk.): *A szintetikus drogok világa, Animula, Bp., 2000. Fejlődéslelektan, Osiris,*
- Giddens A.: *Szociológia, Osiris, Budapest, 1995.*
- Jelenát a Magyarországi Kábítószer-helyzetről, Ifjúsági és Sportminisztérium Szakmai Kiadványsorozata, ISM, Kábítószerügyi koordinációért felelős helyettes államtitkárság, 2000.
- Drogok és fiatalok, Középiskolások droghasználat, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon, ISM, Kábítószerügyi Koordinációért felelős helyettes államtitkárság, 2000.
- Kézikönyv szociális munkásoknak, Szociális Szakmai Szövetség, Bp., 1998.
- Kotanski M.: *Eladtam magam az embereknek, Drogo Stop és Mont Kft, Budapest, 1995.*
- Rácz József dr.: *A drogfogyasztó magatartás, Medicina, Budapest, 1988.*
- Rácz József: *Addiktológia,*
- Rácz József dr. és munkatársai: *A drogkérdésről ószintén, B + V Kft., Budapest, 2000.*
- Rácz József dr.: *Ifjúsági (szub)kultúrák, intézmények, devianciák, válogatott tanulmányok, Scientia Humana, Budapest, 1998.*
- Somlai Péter: *Szocializáció, Corvina, Bp., 1997.*
- Szabó Lajos: *Szociális esettanulmányok – Elméleti alapvetés, 3., Szociális Munka Alapítvány, Budapest, 1993.*
- A szociális munka elmélete és gyakorlata: 1, 2, 4. kötet, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola
- Takács Gáspár dr.: *A drog, SubRosa Kiadó, Budapest, 1998.*
- Zackon F., McAuliffe, W. E., Ch'ien J.M.N.: *Rehabilitációs tréning és önértékelés: A visszaesés megelőzése, a szenvedélybeteg utógondozása, Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgondozásért Alapítvány, Budapest, 1995.*
- Wurmser L.: *A kényszeres kábítószerfogyasztás etiológiájának pszichoanalitikus vizsgálata, In.: Drogo problémák és személyiségzavarok, Drogo problémák Nr. 4. Országos Egészségvédelmi Tanács Drogo programja, Bp., 1989. 11-29. o. 1998. évi LXXXVII. Tv. 62. par.*

