

KALÓ ZSUZSA – HEGEDŰS JUDIT
– BIHARI ZSÓFIA – SZÉCSI JUDIT

A GYERMEKVÉDELMI SZAKELLÁTÁSBA KERÜLŐ LÁNYOK SZERHASZNÁLATI TAPASZTALATAI ÉS KEZELÉSBE KERÜLÉSÜK JELLEMZŐI EGY KVALITATÍV KUTATÁS TÜKRÉBEN*

Tanulmányunk célja, hogy rámutasson a gyermekvédelmi szakellátásba kerülő lányok és fiatal felnőttek észlelt szerhasználati mintázataira és célzott kezelésbe kerülésének jellemzőire. A tanulmány alapját szolgáló kutatás 2017-ben magyarországi gyermekvédelmi szakemberekkel (n = 43) és 18 év feletti érintett fiatal nőkkel (n = 25) készített interjúk és fókuszcsoportos beszélgetések kvalitatív elemzésének eredménye. A vizsgálatban a gyermekvédelemben élő lányokra, fiatal nőkre jellemző megfigyelt szerhasználati szokásokat, a szerhasználattal összefüggő intézményi problémakezelést, valamint a kezelésbe kerülés jellemzőit vizsgáltuk. A vizsgálat kitért a résztvevők által megfigyelt mintázatokra, a gyermekvédelemben élő fiúkkal, fiatal férfiakkal való összehasonlításra, valamint az egyéni és intézményi szint különbségeire.

1. Bevezetés

A gyermekotthonban élő fiatalok különösen veszélyeztetett csoportnak számítanak a szerhasználat tekintetében. 1995 és 2003 között a tiltott szerek fogyasztásának prevalenciája három és félszeresére nőtt az állami gondozásban lévőknél. A lányok között az illegális drogokat kipróbálók aránya 1999 és 2003 között jelentősen megnőtt, így jelenleg közel ugyanolyan arányban élnek kábítószerrel, mint a fiúk (Elekes, 2005). Számos nemzetközi felmérés kimutatta, hogy Magyar-

* A vizsgálat az Emberi Erőforrások Minisztériuma támogatásával a KAB-KT-16-25624 pályázati számú „Mi lesz a lányokkal? gyermekvédelmi szakellátásba kerülő lányok szerhasználati mintázata és kezelésbe kerülésének jellemzői” című kutatási projekt az AKUT Alapítvány – a társadalmi integrációért és további együttműködő partnerek részvételével valósult meg 2017. január és augusztus között.

Köszönjük a gyermekvédelmi intézmények együttműködését, a szakemberek nyitottságát és különösen az érintettek őszinteségét.

országban a gyermekek között jelentős mértékű a dohányzás és az alkoholfogyasztás, illetve a kábítószer-fogyasztás tekintetében is átlagosan teljesítünk a vizsgált országok között. A 2010-es HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) vizsgálat (Németh – Költő, 2011) alapján a megkérdezett 9. és 11. osztályos gyerekek egyharmada kipróbált már valamilyen illegális tudatmódosító-szert. A leginkább elterjedt illegális drog a kannabisz, a második leggyakoribb kábítószer a gyógyszer és alkohol egyidejű és együttes alkalmazása. Gyakoriság tekintetében elmondható a középiskolásokról, hogy a marihuánát és a többi drogfajtát 1-2 alkalommal próbálták ki, visszaélésszerű alkalmazás leginkább a gyógyszerekre és amfetaminokra jellemző. Nemi és életkori eltérés is megfigyelhető a vizsgált középiskolás mintán. A kutatás eredményei alapján kijelenthető, hogy a fiúk és az idősebbek körében magasabb a kipróbálási arány. Az első kipróbálás időpontja 14-15 éves korra tehető a 9. évfolyamon, míg 11. osztályosoknál 16 éves korukban próbálják ki először a tudatmódosító szereket. Leginkább a fővárosi fiatalok érintettek a szerhasználatban, a kisebb településeken a gyógyszerhasználat az elterjedtebb, míg a fővárosban a marihuána (Németh–Költő, 2011).

1.1. Magyarországi gyermekotthonok

Örkényi és munkatársai 2005-ös hazai reprezentatív vizsgálatukban megállapították, hogy az országos átlaghoz képest az állami gondozott fiatalok körében gyakoribb a marihuána-, gyógyszer-, ragasztó-, extasy- és speedhasználat. A bentlakó fiatalok között a rendszeres dohányosok száma kétszer akkora, mint az országos átlag, hasonlóan a gyakran lerészegedő és védekezés nélküli szexuális kapcsolatot létesítők arányához. Az állami gondozottakra jellemzőbb az alacsony önértékelés és magas a depresszió-pontszám (Örkényi et al., 2005, idézi Rakó, 2010).

A serdülőkorban megjelenő deviáns magatartásformákat vizsgálták Elekes és Paksi 2005-ös kutatásukban. Gyermekvédelmi szakellátásban élő 10–14 és 15–18 éves fiatalokat kérdeztek meg drog- és alkoholfogyasztási szokásaikról. A válaszok alapján a gyermekotthonban élők drog- és alkoholfogyasztása, valamint a dohányzás mértéke is gyakoribb a nevelőszülőknél nevelkedő társaiknál (Elekes–Paksi, 2005). Egy korábbi, gyermekotthonban élő gyermekek szerhasználati szokásait vizsgáló kutatásban az eredmények azt mutatták, hogy az intézményben élők háromnegyede naponta dohányzik. Az illegális tudatmódosító szerek kipróbálási aránya rendkívül magas, a vizsgált személyek kétharmada már kipróbálta a marihuánát, 41 százalékuk az amfetaminszármazékokat és az extasyt. Az első kipróbálások (dohányzás, drogok, alkohol) időpontja is egy-másfél évvel korábbra tevődik az országos átlagpopulációhoz képest. A szexuális aktivitást pedig majdnem két évvel korábban kezdik a bentlakó fiatalok (Kökönyei et al., 2003, idézi Rácz, 2013).

1.2. Nemzetközi gyermekotthonok

Nem csak Magyarországon probléma a gyermekotthonban élők drogfogyasztása, számos nemzetközi kutatás született a gyermekvédelem és a szerhasználat kapcsolatán. A gyermekvédelmi szakellátásba kerülő fiatalok körében a szerhasználatra hajlamosító rizikófaktorok között megtalálhatók demográfiai, pszichoszociális és környezeti tényezők is. Egy kaliforniai, 13–18 évesek körében elvégzett vizsgálatban azt találták, hogy a nem, a bántalmazott előélet, az internalizáló és externalizáló problémák jelenléte, a testvér vagy a társ szerhasználata és az ellátásba kerülés időpontjának kitolódása, mind olyan rizikófaktorok, amelyek előre-vehetőek a későbbi kábítószer-használatot (Aarons et al. 2008, idézi Narendorf, 2010).

Egy – az Amerikai Egyesült Államokban elvégzett – kutatásban összesen 406 középnegyati államokbeli 17 éves fiatallal készítették interjút. Arra voltak kíváncsiak, hogy mik azok a tényezők, amik növelik a gyermekotthonban élők szerhasználati gyakoriságát. A kutatás a következő rizikófaktorokat tárta fel a 17 évesek körében: fehér rassz, fizikai bántalmazás, viselkedésszabálytalanságok, PTSD¹, szerhasználókortársak és a túl független életmód (Vaughn et al., 2007).

Az átlagpopulációt összehasonlítva a gyermekvédelmi szakellátásban részesülőkkéval Bracisewski 2012-es kutatásában azt találta, hogy a jelenleg is gyermekotthonban élők többször számolnak be drogproblémákról az alkoholproblémákhoz képest. A kutatás szerint az állami gondozottak korábban próbálják ki az alkoholt és a kábítószerrel, és korábban találkoznak veszélyes tudatmódosító szerekkel, mint nem-állami gondozott kortársaik (Bracisewski és Stout, 2012).

A gyermekvédelmi rendszerben nevelkedőket nemzetközi szinten is számos kutatással vizsgálták, melyekből kitűnik, hogy a kilépőknek szükséges szakmai segítség ritkán adatik meg. Mivel sokáig nincsenek önmagukra utalva, ezért nem sajátítják el a felnőtt életre szükséges kompetenciákat. A kikerült fiatal felnőttek alacsony önbecsüléssel, önbizalommal és gyenge munkaerőpiaci pozícióval rendelkeznek. Az Egyesült Királyságban becslések szerint tízszer akkora eséllyel hullanak ki az oktatásból az állami gondozottak, mint a családban nevelkedők, továbbá a megkérdőzött bentlakó fiatalok kevésbé értékelték gondoskodónak az ellátórendszert (Rác, 2012).

¹ A poszttraumás stressz-zavar (PTSD) az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kiadott diagnosztikus kézikönyv (DSM-5) traumával és stresszrel összefüggő zavarok csoportjába sorolt komplex diagnózis, amely valós vagy fenyegető haláleset, súlyos sérülés vagy szexuális erőszak megtapasztalása, a traumatikus esemény(ek) közvetlen átélése vagy másokkal történő események tanúkénti látványának hatására alakul ki.

1.3. Lányok szerhasználata

A gyermekvédelmi szakellátásban nevelkedő lányok körében nehézségek adódhatnak a középiskolába bekerülés során. 75 állami gondozásban lévő lány részvételével készült vizsgálat alapján a lányok körében jellemző volt az alacsony önkontroll és a csökkent mértékű iskolai kompetenciák. A kortársakkal szembeni agresszió mértéke a második év végére megnövekedett, míg a segítségnyújtási hajlandóságuk csökkent (Pears, 2012).

Önbevallásos kutatás alapján a nemenkénti megoszlás a marihuánahasználat kapcsán közel azonos, a nemzetközi statisztika szerint viszont a lányok kevesebbet fogyasztanak (Poole–Dell, 2005). A 2003-as ESPAD vizsgálat alapján, Magyarországon az illegális kábítószer kipróbálók 60 százaléka fiú, körükben a marihuána a legelterjedtebb. Lányok körében sokkal elterjedtebb a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás, az összfogyasztás kétharmadát a lányok teszik ki. Kétszer annyi lány fogyaszt nyugtatót, mint fiú, így a 16 éves lányok között ez a drog-fogyasztás legelterjedtebb formája. 1999 és 2003 között jelentős növekedés állt be a lányok szerhasználati szokásaiban, a lányok fogyasztása – az életprevalencia értékek alapján – közelít a fiúkéhoz (Elekes, 2005).

A szerhasználó nők többsége küzd hangulati, szorongásos vagy evészavarral, illetve elszenvedett már élete során valamilyen traumát, fizikai, vagy érzelmi bántalmazást, melyek, ha serdülőkorban következnek be, hosszútávú hatással lehetnek a nők életminőségére. A PTSD-ben szenvedő nők tüneteinek korai felismerésével a kialakult szerhasználat is megfelelőbben kezelhető lenne (Greenfield, 2011).

2. Módszer

2.1. Kutatási kérdések

A kutatás célja a gyermekvédelmi szakellátásban élő 12–20 éves lányok és fiatal felnőttek szerhasználati jellemzőinek és a velük kapcsolatba kerülő szakemberek személyes és intézményi szintű megoldási stratégiáinak megismerése. Hogyan jellemezhetőek a gyermekvédelmi szakellátásban megjelenő 12–20 éves lányok és fiatal felnőttek szerhasználati szokásai? Hogyan befolyásolja a szerhasználatot a nemi és életkori sajátosság? Hogyan kezelik a szakemberek a gyermekvédelmi szakellátásba került 12–20 éves lányok és fiatal felnőttek szerhasználatát? Hogyan alakul a szerhasználat kezelése lányok szerhasználata esetén? Milyen különbségek vannak a fiúkhoz képest? Milyen lehetőségei, eszközei vannak a szakellátásban dolgozó szakembereknek a probléma kezelésében? Milyen beavatkozások, megoldások történtek a szakemberek részéről? Milyen szakmai stratégiákat (eszközök, kapcsolatok) alkalmaznak a gyermekellátásban dolgozó szakemberek?

2.2. Kutatásetikai megfontolások

A vizsgálathoz kutatásetikai engedélyt az ELTE PPK Kutatásetikai Bizottsága adott (száma: 2017/165). A vizsgálatot a kutatásetikai szempontok maximális figyelembevételével végeztük. A kutatásnak természetesen vannak korlátai. Mivel nagyon specifikus mintáról és kényes témáról van szó, az interjúalanyok felkutatása is nehézkes volt. Tapasztalat, hogy személyes összeköttetések nélkül szinte lehetetlen közvetlenül a gyermekotthonok révén interjúalanyokat találni. Mindemellert nem elég, hogy az interjúalanyokat megtaláljuk, fontos, hogy képesek legyünk megteremteni azt a biztonságos és elfogadó közeget, ami hozzájárul, hogy az interjúalanyok megnyíljanak és őszintén beszéljenek a legérzékenyebb témákról is.

2.3. A minta jellemzése

A vizsgálat során félig-strukturált interjúkat készítettünk és fókuszcsoportos beszélgetéseket szerveztünk – a gyermekvédelmi intézményekben életük valamely szakaszában szakellátásban részesülő – 18 év feletti fiatal felnőtt nőkkel (n=25), akik azokról az élményeikről és tapasztalataikról számoltak be, amely bármilyen módon összefüggésbe hozható a szerhasználattal. Az interjúk és fókuszcsoportos beszélgetések résztvevőinek másik csoportja a szakértők (n=43) voltak, akik a saját munkájukról, szakmai tapasztalataikról és a – megfigyelt, észlelt – szerhasználati probléma elsősorban női jellemzőiről és megoldási lehetőségeiről nyilatkoztak.

A vizsgálatba bevont lányok és fiatal nők 18–24 év közötti (átlagéletkor: 21,5 év) utógondozói ellátottak vagy a szakellátásból kikerültek, akik az utógondozói ellátás feltételeként tanultak, többségük emellett dolgozott is. Jellemző rájuk a zaklatott életút, mely a szakellátásba kerülés után is folytatódott, többször gondozási hely váltásával. Közülük többen részesültek nevelőszülői ellátásban, de amikor felerősödtek a serdülőkorral kapcsolatos problémáik, akkor intézményes nevelés keretei közé kerültek. Családjukkal való kapcsolattartásuk változó volt.

A szakértők több mint háromnegyede nő, 25–58 évesek, a mintába került szakértők majdnem mindegyike felsőfokú végzettséggel rendelkezik (92%). Többségük 5 évnél régebb óta, kétharmaduk több mint 10 éve dolgozik a gyermekvédelem területén. A minta összetétele munkakör és foglalkozás alapján: felsővezetők (50%), külsős munkatársak (25%), nagy részük nevelőként dolgozik (25%), de pszichológus, orvos és rendőr munkatárs is megszólalt a vizsgálatban.

2.4. Adatgyűjtés

Az adatgyűjtést négy magyarországi város helyszínén végeztük 2017 március és augusztus között. Az érintettekkel és a szakemberekkel is készült fókuszcsoportos (összesen 9) és interjúk (összesen 19) adatfelvétel. A kvalitatív adatgyűjtési technikák bizonyultak a probléma mélyebb megértéséhez szükséges legjobb módszer-

nek. Az interjúkban és a fókuszcsoportos beszélgetésekben meghatározott témákat tárgyaltunk (lásd *1. táblázat*), ám a kifejtésük nem feltétlenül a megadott sorrendben történt. A cél az volt, hogy minden témát érintsünk, és a résztvevők őszintén beszéljenek tapasztalataikról.

1. táblázat: Az interjúk és fókuszcsoportos beszélgetések témakörei

Az interjúk és fókuszcsoportos beszélgetések témakörei	
1. Szerhasználati szokások	Szerhasználat alatt értjük a legális (alkohol, dohányzás) és illegális kábítószer, beleértve a dizájn drogok alkalmazását is. Kitérünk a droghasználat intenzitására, alkalmazásuk gyakoriságára és a használati módra.
2. Problémakezelés	Az intézmények hogyan reagálnak a bentlakó fiatalok szerhasználatára? Milyen megoldásaik, beavatkozási protokolljuk van, mik azok az erőforrások, amik a szakembereket segítik?
3. Kezelésbe kerülés jellemzői	Az érintett lányok milyen módon kapnak segítséget, melyek azok a lépések, amin végighaladnak? A kezelésbe kerülés nehézségei, korlátai.
4. Trendek, főbb mintázatok	Melyek azok az általánosan megfigyelhető tendenciák, amik a gyermekvédelmi szakellátásban élő szerhasználati szokásait jellemzik?
5. Összehasonlítás fiúkkal	Az érintett lányok szerhasználati szokásai, kezelésbe kerülésének jellemzői összehasonlítva a fiúkéval.

Vizsgálatunk során fontosnak tartottuk, hogy az érintetteknek „hangot adjunk”. Tekintettel arra, hogy igen érzékeny témát kutattunk, nem volt egyszerű olyan interjúalanyokat találnunk, akik őszintén és informatívan beszéltek a gyermekvédelmi szakellátásban lévő droghasználati szokásaikról. A „nem ismerem”, „nem vagyok érintett”, már-már közönynek tűnő hozzáállástól kezdve az „ők drogosok, gyengék, de én nem” kijelentéseken keresztül az amúgy aktív „droghasználó vagyok” önbevallásig terjedő hozzáállással találkozhattunk. Több alkalommal szembesültünk azzal, hogy gyorsan túl akartak lenni az interjún, ugyanakkor miután „belejöttek” a beszélgetésbe, úgy az életük egyre több – nemcsak és kizárólag a témához kapcsolódó – területéről beszéltek (jövőkép, jelenlegi párkapcsolatuk stb.). Az interjúk légkörét tekintve az volt inkább a jellemző, hogy bizalommal, nyitottsággal fordultak felénk, csupán egy-két esetben érzékeltük, hogy nem szeretnének mélyen belemenni e témába. Kérdéseinkre általában válaszoltak, kevésbé jelentek meg kitérő válaszok. Ez a bizalommal, elfogadottsággal teli légkör nagy segítségünkre volt az interjúk készítése során.

A szakemberekkel készített interjúk és fókuszcsoportok gördülékenyen zajlottak, sok információt és tapasztalatot osztottak meg a kutatókkal és egymással.

Az interjúk időtartama átlag 50 perc volt, a fókuszcsoportok átlagosan 90 percig tartottak, a hangfelvételekről szó szerinti átiratok készültek, a korpusz nagysága 182 373 szó (fókuszcsoportok 106 411 szó, interjúk 75 962 szó).

2.5. Adatelemzés

Az adatelemzés során a tematikus fókuszú interdiszciplináris (pszichológiai, szociális munka szempontú) megközelítést alkalmaztuk a konszenzuális kvalitatív kutatás (Consensual Qualitative Research (CQR), Hill–Thompson–Williams, 1997, Hill et al. 2005, Fouad et al. 2008) keretében. Az adatelemzés során kisszámú minta intenzív elemzése történik, a kontextus figyelembevételével. A szubjektivitás csökkentésére az adatelemzés 3–5 fős kutatócsoportban zajlik és az elemzők addig egyeztetnek az eredményekről, amíg konszenzusra nem jutnak afelől, hogy az adatok mit jelentenek. Egyéni eseti adatelemzés és közös adatelemzés is történik, mely során az első lépés a témakörök (domainek) feltárása, ez az interjú témáinak megtalálását és az idézetek témák alá gyűjtését jelenti. Az egyes témakörök tartalmi összefoglalása a magtémák (core ideas) megalkotásával történik. A közös elemzésben az összes interjú és fókuszcsoport átiratot egy szöveggként kezelve a kialakult magtémák (core ideas) újrendezését végeztük. (lásd 1. ábra).

1. ábra: A konszenzuális kvalitatív kutatás munkamenetének (Consensual Qualitative Research (CQR), Hill–Thompson–Williams, 1997 nyomán) összefoglaló ábrája



Az adatelemzésben mind a négy szerző részt vett, hozzáteve a saját adatgyűjtésben szerzett tapasztalatait, valamint a szakterületének az értelmezési és fogal-

mi keretrendszerét. Az adatelemzés az adatgyűjtéssel egy időben, több fázisban valósult meg.

3. Eredmények

3.1. Szerhasználati szokások – trendek, főbb mintázatok

Dohányzás

A szakemberek megfigyelései alapján a szakellátásban élő fiatalok körében a dohányzással kapcsolatos attitűd elfogadó, természetesnek tekintik a dohányzást, nem ismerik vagy látják veszélyeit. A fiúk és a lányok közül egyaránt többen dohányoznak, mint családban élő társaik, a javító-nevelő intézetekben ez az arány még magasabb, csak egy-két olyan kivétel van, aki nem dohányos bekerüléskor. A dohányzást alacsonyabb életkorban is kezdik, általában 12-13 évesen, de nem ritka a 6-7 éves korban kezdődő dohányzás, bár ez általában még a veszélyeztető környezetet jelentő családban következik be. A szakemberek úgy vélik, hogy a szakellátásban élő fiatalok körében erős a függőség, szenvedélyük kielégítése érdekében és nikotin megvonásakor gyakran megszegik a szabályokat.

Energiaital

A dohányzás mellett komoly problémaként mutatják be a szakértők az energiaitalok mértéktelen, napi szintű fogyasztását. A cukortól és az energiaitalokban található stimuláns anyagoktól a fiatalok – már alapesetben is meglévő – türelmetlensége tovább fokozódik, az agresszív viselkedés a túlzott energiaital fogyasztásnak is köszönhető.

„Az alkohol valóban kevésbé jön elő, de az energiaitalra elképesztően rá vannak kattánva. (...) Hát a literes kiszerelésben kapható energiaital az nagyon sláger, mert olcsóbban megveszi, mint a kicsit. Tök mindegy, hogy mennyire rossz az íze, de maga a tudat, hogy energiaital. Ugyanazt éri el az energiaital, mint a cigaretta. Könnyen hozzájut, valamilyen szinten beporgeti, valamilyen szinten jó lesz a közérzete tőle, az iszonyú mennyiségű cukortól.” *(szakértői fókuszcsoport, 1)*

Alkohol

A szakértői interjú összes résztvevője egybehangzóan állította, hogy az alkoholfogyasztás nem jellemző a gyermekotthonok lakóira. A korábbi években gyakrabban előfordult alkoholfogyasztás és rosszullet, de mára ez inkább valamilyen eseményhez kötődik, pl. születésnap, vizsga, szerelmi bánat. Ekkor egy-két ital fogyasztása az általános. A résztvevők szerint ennek oka abban kereshető, hogy az alkohol a gyermekotthonban élő fiataloknak nagyon drága, nem tudják megvá-

sárolni azokat az italokat, amiket szeretnének ezért inkább az olcsóbb és intenzívebb hatást kiváltó dizájnertdrogokat választják.

„A gyerekvédelmi szakellátásban az alkohol olyan drága, hogy a gyerekek nem jutnak hozzá. Szóval hogy teljesen más az a pénzmennyiség, amiből ők gazdálkodnak, hogy így hozzá lehessen jutni.” (szakértői interjú, 4)

A szakemberek számára az alkohol hatásával, következményeivel együtt járó tünetek jól ismertek, kiszámíthatóbbak voltak. Vannak olyan vélemények is, hogy az alkoholfogyasztók, az alkohol társadalmi elfogadottsága miatt, inkább be tudnak illeszkedni a munka világába és később a társadalomba is. Elismerik, hogy az alkoholproblémákkal küzdők is kerülhetnek igazán rossz állapotba, függőségük mélyére, mégis benyomásaik alapján „*ott valahogy voltak olyan akaratpontok, amikre rá lehetett építeni a segítő beavatkozásokat*” (szakértői interjú, 4). Ennek okát többen abban látják, hogy az alkoholfogyasztás társadalmilag beágyazottabb, az alkoholfogyasztók elfogadottsága nagyobb, így a függőség járulékos következményei is kevésbé érzékelhetők.

„...iszonyatos előítélettel szemlélik egymást, hülye alkoholista, hülye drogos. A társadalmi elfogadottsága jóval magasabb az alkoholizmusnak, mint a drognak, és hogy ezek a vidéki gyerekotthonban felnőtt, mondhatjuk, hogy dolgos alkoholista fiatal felnőttek megtalálják a fővárosban is a munkalehetőségeket, és aztán utána az új kollégáikkal tudnak együtt inni. És hogy így jobban be tudnak illeszkedni. (...) neki van egy ilyen tartása, pedig pont ugyanúgy a sárban jár mindig, vagy nem tudom, még mélyebben, de hogy mégis van egy ilyen tartása.” (szakértői fókuszcsoport, 4)

Gyógyszer

Ezt is inkább elszigetelt jelenségként írják le a szakértők, az orvos által felírt gyógyszerekkel történő visszaéléseket jelenti, a fogyasztás elsősorban a kimenőkön történik.

„időnként kísérletek vannak persze, a gyógyszerhasználatra igazán, ezért is különböző megszorító intézkedéseket kell tenni, tehát hogy ott az egészségügyi személyzet előtt vegye be a fiatal a gyógyszert, hogy ne tudja összegyűjteni, ne tudja másnak odaadni.” (szakértői fókuszcsoport, 1)

Gyakran előfordul, hogy a rövidebb jobb állapot után egy hosszabb otthoni kimenő indokoltá teszi az újbóli gyógyszerhasználat végiggondolását. Ez azért következik be, mert a régi környezetbe visszatérve ismét droghasználat következik be, vagy azért, mert a kiemeléshez vezető okok még mindig fennállnak, a konfliktus, bántalmazás ismét bekövetkezik, és a kimenőre hazatérő gyerek/fiatal nem rendelkezik kellő védekezési mechanizmusokkal ezek ellen.

Droghasználat

A koedukált gyermekotthonban dolgozó vagy arról is információval rendelkező szakemberek érzékelése szerint a szakellátásban élők körében több fiú fogyaszt drogokat, mint lány.

A klasszikus kábítószerek elszigetelten vannak jelen. A stimulánsok és kannabiszszármazékok fogyasztása inkább a jobb anyagi helyzetben lévő, jól fizető munkával rendelkező, utógondozott fiatalok körében fordul elő.

„Hát a szegények drogja ez a bio, akik szegények, ezeket a biodrogokat vesznek. Akik meg egy kicsit – nem, hogy gazdagok, hanem hogy mondjam? – kicsit jobban megy nekik, ők a füvet, meg ezeket a szpídekert, akiknek meg jól megy, az meg kokainozik. Az a legdrágább. De amúgy így gyerekotthonok között a bio megy nagyon, ugye mert nincsen pénzük.” *(szakértői interjúalany, 3).*

A résztvevő szakemberek az újfajta pszichoaktív szerek megjelenését egyértelműen érzékelik, egybehangzó vélemény volt az, hogy 10 éve a helyzet folyamatosan romlik. *„nekünk van egy iskolánk, és oda bekerült valami olyan szer, hogy olyan erős tüneteket okozott, hogy oda mentőt kellett hívni.” szakértői fókuszcsoport, 1).* Az interjúkban résztvevő lányok szintén az újfajta pszichoaktív szereket, a biofű és kristály jelenlétét tartják a leggyakoribbnak.

A droghasználat alapvetően hozzáférés alapú és az anyagi helyzettől függ. Ezenkívül a fogyasztás célja is meghatározza, milyen anyagot használnak: a hétköznapiakban, „lazításhoz” inkább a marihuána és biofű, míg szórakozáshoz, bulizáshoz a biofű mellett gyakrabban a kristály és speed a meghatározó. A lányok elmondása szerint nagyon gyorsan hozzá lehet jutni a drogokhoz, Budapesten *„minden második utcasarkon lehet venni”* (érintett interjú, 11). Ugyanakkor a szerek beszerzésekor gyakran veszélyes emberekkel, helyzetekkel találkozhatnak. Az, hogy milyen minőségű anyagot tudnak beszerezni, nagymértékben függ az anyagi helyzettől:

„Hát, de azért most ha egy lakásotthonos gyerek kap 5130 forintot egy hónapban, most az nem fog megvenni egy 3000 forintos füvet, amikor meg tudja az 1000 forintosat is venni.” *(szakértői interjú, 5)*

A szakemberek úgy érzékelik, hogy az újfajta pszichoaktív szerek következményei az erős függőség, a korán bekövetkező, nagyfokú leépülés és a gyakori rosszullet.

„mérhetetlen mentális leépülés, az valami egészen fantasztikus, hogy hogyan tudnak elkopni ezek a fiatal emberek előttünk. A „flesnek” azt a részét, amikor így nem tud a segítő mit kezdeni vele, merthogy annyira

gyorsan üt be, és annyira riasztó, hogy nem tudod, hogy mihez nyúljal, és akkor...” (szakértői interjú, 4)

Az interjúban és fókuszcsoporton résztvevő nevelők véleménye szerint az otthonok területén nem fogyasztanak drogot a fiatalok. Ettől azonban jelentősen eltér a kimenőn vagy szökésben eltöltött idő. Jellemzőbb, hogy a fiatalok kint, az iskolában, a munkahelyen, a buliban használják a pszichoaktív szereket és a drog hatása alatt érkeznek meg a nap végén a gyermekotthonba. A szakellátásban dolgozók tapasztalatai szerint a kimenőidőben – még ha történik is droghasználat – a fiatalok többnyire igyekeznek úgy megérkezni, hogy már ne legyenek erős droghatás alatt. Az interjúban résztvevő érintettek gyakori jelenségként említették, hogy az „igazi drogosok” rendszerint szökésben vannak:

„Hát mondom, egy-két lány volt, aki ilyen kattant volt, akik állandó szökésben voltak, csak akkor voltak bent, mikor behozták a rendőrök. Mert azok általában olyanok voltak, akik lőtték magukat meg ilyenek” (érintett interjú, 11)

A beszámolók alapján mentő hívására droghasználat miatt havonta-kéthavonta kerül sor, ez nagyban függ a piacon beszerezhető szerek összetételétől és az otthonban tartózkodó fiatalok droghasználati tapasztalataitól.

A szakemberek megfigyelései szerint a szakellátásban élő fiatalok körében a droghasználat nem elsősorban kipróbálást vagy rekreációs használatot jelent. A hátrányos helyzetű fiatalok körében gyakrabban bekövetkezik, hogy a droghasználati karrierben gyorsan kerülnek kényszeres használat vagy függőség állapotába. A fiatal nehezen tud megállni, nincsenek olyan készségei, erőforrásai, amelyek ahhoz segítenék, hogy a droghasználat alkalmi tudjon maradni.

„Tehát nem leül a haverokkal és elszív két cigit, és utána úgy megy másnap a történelemvizsga, mint a pinty, hanem ő az, aki elkezdti ezzel, és aztán elmegy a heroinig, vagy most a dizájnerdrogig” (szakértői interjú, 1)

Interjúalanyaink között több szenvedélybetegségben érintett lány beismerte, hogy fogyaszt különböző szereket, de függőségének mértékével, jelentésével nem volt tisztában:

„De viszont soha nem voltam függő. Szóval, amikor bekerültem például az (intézmény neve)-ba, egyik napról a másikra így leraktam. Szóval soha nem voltam függő. Jó, a mai napig megvan amúgy, hogy néha, hogyha lemegyek bulizni, akkor egy kicsit, de már nem olyan túlzásba, mint amúgy volt.” (érintett interjú, 2)

Számára a függő személyt az jelentette, akinek komoly fizikai elvonási tünetei vannak, vagy prostituálódik a kábítószer megszerzése érdekében. Interjúalanyaink közül többen, akik akár napi szinten fogyasztanak, a drogfogyasztást nem dependenciaként, hanem a bulizás velejárójaként, illetve feszültségoldásként értelmezték.

Érdekes dilemmaként merült fel, hogy társaságban vagy magányosan fogyasztanak. Itt alapvetően életkori különbségek találhatók: *„Mert a kisebbek, azok inkább társaságban, így a kisebbekkel. De a nagyobbak, akik már drogoztak nagyobbakkal, azok rájöttek, hogy ha már csináljuk, akkor jobb egyedül, abból baj nem lesz. Mert nem lesz olyan, hogy eltűnik valami, rá gyanúsítunk, összeveszünk stb., mert abból csak mindig probléma van. A kicsik meg ugye azért szokták társaságban, hogy ez most menő, vagány, tudja mindenki stb. De a nagyobbak inkább már egyedül. Úgyhogy ez nem fiú-lánytól függ szerintem, hanem korcsoporttól.”* (szakértői fókuszcsoport, 3)

3.2 Észlelt különbségek a női és férfi drogfogyasztás között

A vizsgálatban résztvevők (érintett fiatal felnőttek és szakemberek) véleménye szerint az adott személy életkora, lelkiállapota, lehetősége inkább befolyásolja a drogfogyasztás gyakoriságát, minőségét. Az okok között azonban jelentős különbségeket fogalmaztak meg, mégpedig úgy vélik, hogy a lányok kiszolgáltatottabb helyzetben vannak, mint a fiúk és jóval befolyásolhatóbbak:

„A lányok szerintem nagyon gyengeszívűek”. „... hogyha két szép szót mondanak, hogy „gyere, elviszlek kajálni” meg izé, és akkor utána meg beletesz valamit a piába, vagy ha a cigibe – én jártam így –, és akkor adják a szépet meg a jót, meg lebeszélik a csillagos eget, és utána meg így a kórházban találja az ember magát, úgyhogy szerintem k... befolyásolhatók vagyunk.” (érintett interjú, 8)

Egyes vélemények szerint a drogfogyasztás a lányoknál nagyobb szégyen, mint a fiúknál:

„...amikor én odakerültem, ott a lányoknál ez szégyen volt, és hogyha csináltak is, elsöben dugiban. Akkor csináltak nyilvánosan, hogyha például összeveszték a fiúbarátjukkal, és hogy akkor ők is megmutatják, hogy nézd, én is tudom ezt. De ott inkább ez ilyen szégyen volt a lányoknál. A fiúknál meg vagányság, úgymond. Azt hitték, hogy ebben vagányok.” (érintett fókuszcsoport, 1)

A droghasználókkal szembeni toleranciájuk alacsony – még akkor is, ha saját maguk is droghasználónak tartják magukat. Különösen elítélték azokat, akik „be-lövik magukat”, mert az *„már szerintem undorító amúgy”* (érintett fókuszcsoport,

2). Ugyanakkor a „gyermekotthonos drogos” és a „családban élő drogos” között különbséget tettek: a *gyermekotthonban* élőknek van *okuk* arra, hogy anyagozzanak.

A szakértők a szakellátásban élő lányokat két fő típusra osztják. Az egyik az, aki próbál beilleszkedni: tanul, kapcsolatokat alakít ki a segítőkkel, nem használ drogokat, alapvetően betartja az intézményi szabályokat. A másik csoport az, aki szökésben van, drogokat használ, prostituálódik. Ha bent van az intézményben, akkor is megszegi a szabályokat, nehezen alkalmazkodik és találja meg a hangot társaival, nevelőivel, gyakran agresszív és bántalmazó. Úgy fogalmaztak, hogy „*a viselkedésére az önpusztítás jellemző*” (szakértői fókuszcsoport, 3). Azt feltételezik, hogy az utóbbi csoport tagjai jobban érintettek a pszichés és szocializációs problémákban, gyakrabban érte őket valamilyen trauma, melynek következtében a poszttraumás stressz szindróma jelei figyelhetők meg náluk. Ennek következtében párkapcsolataik is destruktívabbak, gyakran fenyegeti őket a prostituálódás veszélye, mely összefügg a droghasználattal is.

Egyes szakértők úgy vélik, hogy a lányokkal nehezebb kapcsolatot teremteni. Egyrészt azért mert a lányok kiszámíthatatlanabbak, „*hisztisebbek*” (in vivo kód). Szerintük a lányok „*kapcsolatai kuszábbak*” (in vivo kód), viselkedésük kevésbé egyértelmű. Az „*erős érzékenység*” (in vivo kód) mellett, hullámzó a lelkiállapotuk, sokkal „*inkább érzelmi alapon működnek, gyakoribbak az érzelmi kitörések*” (szakértői interjú, 2). Az intézményekben kialakuló homoszexuális kapcsolatok is elsősorban a magányról szólnak, „*ne legyenek egyedül, tartozzanak valakihez, valakivel fizikai kontaktust tudjanak kialakítani „legyen kihez bújni...”*” (szakértői interjú, 4). A lányok inkább hajlamosak frusztrációikból fakadó feszültségeiket „önmaguk ellen fordítani” (in vivo kód), a fiúkhöz képest gyakoribb körükben a falcolás, a nyelés, mint feszültségoldás.

Másrészt azonban a fiúkhöz képest a „*lányokra sokkal inkább jellemző, hogy az intézményen kívül keresik a kapcsolódási pontokat*” (szakértői interjú, 8). Gyakran vannak párkapcsolataik, melyek kiemelten fontosak számukra és az élet minden területén hozzájuk kapcsolódnak, ilyenkor szökésben is a partnernél vannak. Az intézményen belüli kapcsolataik kevésbé intenzívek, mélyek, inkább kifelé kötődnek. Így azokkal az előnyökkel, amit a közösség adhatna, kevésbé tudnak élni. A nevelőknek is nehezebb velük kapcsolatot kialakítani és mélyíteni, mert hiányoznak azok a kapcsolódási pontok (szabadidő eltöltési formák, hobbik, sportok), melyek ezt megalapoznák.

Egy olyan szakember, aki fiúkkal is dolgozott, azt állítja, hogy a fiúk inkább az intézményi társaikkal együtt használnak pszichoaktív szereket. Ez egyrészt erősíti a kortárs hatást, de könnyebb őket csoportban megközelíteni, jobban benne maradnak a rendszer látóterében. A lányok inkább szökésben vannak és külső kapcsolataikban, elsősorban párkapcsolataikban használnak drogokat, ilyenkor többnyire a partner is droghasználó.

3.3. A kezelésbe kerülés jellemzői – intézményi válaszok, reakciók

Prevenció

A kutatás tapasztalatai szerint a gyermekvédelmi szakellátás intézményeiben gondolkodnak a szerhasználatot megelőző, preventív programokról. Ezek azonban nem rendszeres és interdiszciplináris, különböző módszereket alkalmazó hosszútávú programok, hanem többnyire egy külső szakember, intézmény meghívását és direkt megelőző-felvilágosító tájékoztatásokat jelenti. Az intézmény saját maga számára megfogalmazott feladata a prevenció terén a leggyakrabban az, hogy megpróbálják a fiatalok minden idejét lekötöni. Számos programlehetőséget, szakkört kínálnak nekik. Ezek egy része olyan hétköznapi elfoglaltságokat jelent, mint a kirándulás, valamilyen kézműves tevékenység, filmvetítés stb. A szakértők teljesen egyértelműnek írják le, hogy a fiataloknak nem lehet semmiféle ismeretet átadni a korábbi, hagyományos módszerekkel. Ezért is próbálkoznak több helyen ennél kreatívabb egészségfejlesztési programokkal is, mint például a kutyaterápia vagy a saját élményű színházterápia, drámafoglalkozás. A programokkal kapcsolatos tapasztalatok vegyesek. Általánosságban a lányok bevonása a különböző elfoglaltságokba hosszú, kitartó munka eredménye. Egyes vélemények szerint azok a fiatalok tartoznak a veszélyeztetettek csoportjába, akik nem vonhatók be ezekbe a programokba.

Intézményi stratégiák a droghasználat kezelésében

Az intézményen belüli szerhasználat ritka, s ezt a szakemberek elsősorban a szigorú szabályokra és az állandó ellenőrzésre vezetik vissza (szekrény ellenőrzés, zsebkipakoltatás, motozás, levetkőztetés, vizeletteszt stb.). A kimenőn történő szerhasználat kimenőmegvonást von maga után, ezért a lányok ügyelnek arra, hogy az esetleges fogyasztás ne derüljön ki. Ennek ellenére is előfordul, hogy egy fiatal a kimenőről bódult állapotban érkezik vissza, vagy esetenként a drogmérgezés jeleit mutatja. Ha a szökésben lévő fiatalokút elfogja a rendőrség, akkor a gyermekotthonba szállítja, ahol a nevelő mérlegeli, hogy – állapotától függően – átveszi-e a fiatalot.

Ha valaki mégis súlyos elvonási tünetekkel érkezik az intézménybe, akkor – a speciális gyermekotthonokban – külön szobába helyezik el, ahol „*kialussza magát ugye, mivel mást nem tud csinálni, oszt ennyi*” (szakértői fókuszcsoport, 4). A szakemberek körében megfigyelhető egyfajta tehetetlenség, eszköztelenség érzése is.

„Ha bejött tényleg kicsit részegen, vagy tudjuk, hogy egy héten egyszer elszív egy spanglit és alszik utána, meg folyadékot..., rendben. De azért ez ritka, és akkor nincs más, mint mentő és továbbküldeni...” (szakértői fókusz, 1)

A gyerekekkel és fiatalokkal közvetlenül dolgozó szakembereknek a legnagyobb problémát éppen ennek a krízishelyzetnek a megállapítása jelenti. Abban az esetben, ha biztonságosan meg tudják állapítani, hogy nincs krízishelyzet (tehát nem rosszulértről, túladagolásról van szó), a felelőségek mérlegelése után, a nevelők a droghatása alatt álló fiatalot lefektetik és biztosítják, hogy kialudja magát. Mentőt akkor hívnak, hogyha valami olyan orvosi probléma áll elő, amit ők nem tudnak kezelni, koordinálni. A droghasználatból fakadó rosszulételek ritkák, sürgősségi beavatkozást ritkábban igényelnek. Mentőt gyakrabban önkárosító magatartás miatt hívnak, bár az egyik intézményvezető állítása szerint az önsértések nagy része szökési kísérlet céllal történik. Találkoztunk olyan intézménnyel, ahol a 18 év alatti gyerekeknél minden esetben mentőt hívnak, ha felmerül a droghasználat ténye. Egy másik intézményben viszont pár éve arra törekednek, hogy lehetőleg, amíg nincs életveszély, ne hívjanak mentőt és rendőrt droghasználattal kapcsolatos esetekben sem. Közös pont volt a szakemberek körében, hogy nem vállalnak kockázatot, kétséges esetekben mindig inkább mentőt hívnak. Ez a mérlegelés azonban nagy felelősséget ró a nevelőkre, és egyben frusztrációt is okoz.

„Amikor már úgy ítéljük meg, hogy hány, rosszul van, tehát nincs magánál, nem tudjuk... van olyan gyerek, aki félóra alatt kijózanodik, így mondom, kitisztul az agya, de nem tudjuk, hogy mit szívott, ezért ez az egyetlen módja, hogy... Van még sok gyerekünk rajtuk kívül, nem tudjuk megítélni, a felelőség rajtunk van, mentő.” (szakértői fókusz 1)

Egy budapesti intézmény vezetője azonban olyan gyakorlatot szeretne rendszeresíteni, amiben a nevelők csak életveszély esetén hívnak mentőt, rendőrt pedig egyáltalán nem. *„miért kell bűnözöt csinálni a gyerekből, adjuk meg az esélyt arra, hogy valamiféle segítséggel ki tudjon ebből jönni. ...az én szakmai ízlésemhez az kapcsolódik, hogy nem hívunk rendőrt gyerekekre, mert nem hívunk rendőrt gyerekekre. Rezsimit építünk, és hogy a rezsim, az fogja fenntartani az intézményt. A szakmai gondolatok kívül maradnak, és marad ez a rigid váz, amit meg lehet sérteni és bűnössé lehet tenni a gyereket. Erre való, másra nem. Szerintem, ha felelősséget vállalunk egy gyerekért, akkor meg kell tudni oldani ezeket a helyzeteket.* (szakértői interjú, 4)

A mentő kihívása sok esetben az első lépést jelenti az az orvosi diagnózis felállításához, ami után megkezdődik a beavatkozás megtervezése, a szakemberek bevonása a terápiás folyamatba.

A szakértői interjúk során szinte minden intézményben dilemmát jelent a dohányzásra való reagálás. A szakemberek tisztában vannak vele, hogy a jogszabályok, a fenntartó és más – az intézményre vonatkozó – egészségügyi szabályzatok erősen tiltják a dohányzást, különösen fiatalok gyerekekre vonatkozóan. A legtöbb intézmény házirendje szintén kimondja a dohányzás tiltását. A szakemberek nagy része még abban is egyetért, hogy valóban kívánatos cél lenne a dohányzás

mellőzése. A dilemmát az okozza, hogy ennek megvalósítása nagyon nehéz, hiszen már függőként kerülnek be a gyerekek az intézménybe. Többféle gyakorlat létezik, az általános az, hogy korlátozzák a cigaretta használatát időben és mennyiségben is. Ennek oka: egyrészt, ha korlátok között engedik a dohányzást, akkor a fiatalok együttműködőbbek, másrészt az elvonási tünetek kezelése – különösen bekerüléskor – még nehezebb. *„Nekem erről az a magánvéleményem – ez nem hivatalos, ez csak és kizárólag az én magánvéleményem –, hogy annyi mindentől esik el valaki, ha bekerül egy zárt intézménybe, hogy akkor a legkevésbé lenne, azt gondolom, veszélyes vagy ártalmas a dohányzás.”* (szakértői interjú 1). Ráadásul a dohányzás megtiltása tovább erősíti az amúgy is kényszerszülte helyzetben bizalmatlan fiatal ellenállását, így gyengítve a gyermekotthonok munkáját, a segítő kapcsolat kialakításának esélyét. *„az a rezsím, amit egy-egy ilyen gyerekotthon kialakít, az bizonyos esetekben generálja azt, hogy ezek a gyerekek rossz helyzetbe kerülnek a dohányzásuk kapcsán, és hogy igazából az, hogy ott hol állnak – folyamatosan a felnőttvilággal szemben –, így bele is hajszoljuk szerintem őket a dohányzásba”* (szakértői interjú, 4). Így jön létre a büntetés-végrehajtási intézetek belső működéséhez hasonlóan egy olyan légkör, ahol a cigaretta felértékelődik, szolgáltatást vagy bármi mást lehet vele vásárolni, cserélni. A gyermekvédelemben dolgozók is tudják azt, hogy kezelhetetlenné válik egy dohányos gyerek, hogyha nem jut cigarettához. Ha viszont módot ad az intézmény a dohányzásra, akkor egyrészt a szakellátásban dolgozók jogszabályt sértenek, másrészt pedig azt közvetítik a gyerek számára, hogy vannak szabályok, amiket – ha az a racionális – meg lehet szegni. A megengedő attitűdű intézmények képviselői azonban arról is beszámolnak, hogy a dohányzás korlátozott engedélyezése több alkalommal is visszaélésszerű, különböző játszmákra adhat alapot, amivel küzdenek is ezek a munkatársak. Az ilyen állásponton lévő kollégák is úgy gondolják, hogy az egészség megóvása fontos társadalmi érték, a jogalkotó akaratával egyet is értenek. *„ha igaz ez, hogy a jog megváltoztatja az erkölcsöt, akkor egy idő után tényleg lehet, hogy ez valamit fog segíteni”* (szakértői interjú, 5). Az általános gyakorlat – az érvényben lévő jogszabályoknak megfelelően – az, hogy az otthon területén a 18 év alattiaknak nem engedik a dohányzást, de kimenőn nem korlátozzák azt. A dohánytermékek beszerzése a fiataloknak nem okoz gondot, megveszik a boltban, mert idősebbeknek néznek ki a koruknál és nem kérnek tőlük igazolványt. Szélsőséges esetben csikkeket gyűjtenek össze és abból készítenek cigarettát.

A drogproblémákra reagálva az intézmények leggyakoribb megoldása, mely több-kevesebb eredményességgel működik, az az intézményi keretek között megvalósuló rendszeres esetmegbeszélések. Számos intézményben több különböző területet képviselő szakember együttműködése során tervezik meg a beavatkozás további lépéseit. A nevelők, pszichiáter, pszichológus közös esetmegbeszélése után jelölik ki a feladatokat. A droghasználat előrehaladott és intenzív periódusában, amikor az azonnali elvonás problémát okozna, a gyógyszeres kezelés alkalmazása is megvalósul. Más intézményekben kevésbé szervezettek a további lépések és sokkal inkább a kollégák pedagógiai módszereitől, aktuális leterheltségétől

függnek. A beszélgetés szinte mindenhol megtörténik, ennek módja és légköre azonban már nagyon különböző lehet. A számonkérés és a kizárólagos ismételt tanácsadás nem túl hatékony.

A zárt intézményekben dolgozók előnynek élik meg az első periódusban a zártságot, mivel ez megakadályozza azt, hogy a lányok drogokhoz jussanak. Így a gyermekvédelmi szakembereknek lehetőségük van kapcsolatba kerülni ezekkel a lányokkal, a hozzáférhetőséget pedig arra használják, hogy bizalmi légkört alakítsanak ki, ezután pedig a képességeik, készségeik fejlesztése a cél.

A gyermekotthonok munkatársainak egy része szintén megfogalmazza, hogy a fokozottabb ellenőrzés, a félzártság elősegíthetné a hatékony beavatkozást a drogproblémába és a szenvedélybetegséggel gyakran együtt járó járulékos nehézségekbe (prostitúció, kodependencia, traumafeldolgozás stb.). A kutatás során az is kiderült számunkra, hogy a gyermekotthoni szakemberek kezében valóban csekélyek kontroll eszközei. A mindennapokban a szülői kontroll és a megfelelő keretek kialakítása elengedhetetlen biztonságot jelent mind a gyerek, mind az őt nevelő személy számára.

„...az első lépcső talán az kéne, hogy ha nem is annyira zárt, mint ez, de mégiscsak valami, mert én azt gondolom, hogy egy normális családban is megkérdezem a gyereket, hogy hol voltál, mit csináltál, miért késtél, nem tudom, lehet, hogy ott is. De hogyha nincs olyan szoros kontroll, hogy most én ekkor mentem be, most kimentem, azt sem tudják sokszor, hogy... meg ugye egy ilyen gyerek is mondhat bármit, hogy ő most hová ment. Most vagy elhiszem, vagy nem hiszem. Tehát ha nem tudják leellenőrizni, akkor... De a kontroll mellett meg szerintem olyan kapcsolatot kellene, ami támogatást nyújt.” *(szakértői fókusz, 2).*

A közös felelősségvállalás hiánya nehezíti a fiatalok otthon iránti elköteleződését is.

Az adatelemzés alapján az rajzolódik ki, hogy míg a közvetlenül a gyerekekkel, fiatalokkal dolgozó nevelők a kontroll szigorításában, sőt néhányan a büntetőeszközök növelésében gondolkoznak, addig a rendszert távolabbról néző szakértők és felsővezetők inkább a puhább módszerekben, a megfelelő segítő kapcsolat kialakításában, a speciális programok nyújtásában és több szakember bevonásában látják a megoldást.

3.4. Problémakezelés

Interjúalanyaink elmondása szerint a gyermekotthonok törekednek arra, hogy a fiatalok legális és illegális szerhasználatára reagáljanak, illetve az intézmény területén ne fogyasszanak drogokat. Ha súlyos drogfogyasztóról van szó, vagy esetleg olyan személyről, akinél felmerül a drogkereskedés is, megteszik a szükséges lépéseket, ugyanakkor a fiatalok ezt gyakran későinek tartják. Több szakértő és érin-

tett interjúalanyunk is megfogalmazta, hogy szerintük akkor lép az intézmény, amikor már láthatóan nagy probléma van, vagy valamilyen baleset történik. Általánosságban azonban a *„rendszer keretén belül nincs olyan jellegű támogatás a gyerekek részére, amit úgy gondolom, hogy szükséges lenne”* (szakértői interjú, 2). Bár történtek előrelépések, de további reformokra igen nagy szükség lenne.

A vizsgálatban résztvevő fiatalok elmondása szerint az intézmények kevésbé kidolgozott stratégiákkal rendelkeznek a problémakezeléssel kapcsolatban. Több esetben számoltak be arról, hogy ellátóhelyeiken egészen addig nem veszik észre, vagy nem akarják észrevenni, hogyha valakinek drogproblémái vannak, amíg nem lesz túlzottan rossz állapotban. Megerősítették, hogy sok esetben azért nem tudnak mit csinálni a „drogosokkal”, mert folyamatos szökésben vannak, és *„ha be is kerültek, akkor mentővel valahogy kivitették magukat, és akkor onnan szöktek meg”* (érintett interjú, 7).

A fiatalok úgy érzékelik, nincs sok eszköz a gyermekotthon kezében. Ha valaki szükségét érzi, akkor eljárhat pszichológushoz, de többen beszámoltak arról, hogy nem igazán bíznak meg ezekben a szakemberekben.

Az érintett fiatalokkal készített interjúkból az is kiderül, hogy érzékelésük szerint a gyermekotthonok a droghasználattal kapcsolatos problémakezelésben különbséget tesznek a kiskorú, illetve nagykorú ellátott között: kiskorúak esetében a mentő és rendőr bevonása a gyakori, mert *„ugye az kötelező”*. Nagykorúak esetében, hogyha az intézmény területén drogozik az utógondozott, akkor *„kirúgják”*. Ha droghatása alatt jön be az intézménybe, akkor *„elvonóra elküldhetnek, de arra sem kötelezhetnek, mivel nagykorú vagyok és iskolába járok, mármint a megadott dolgokat teljesítem”* (érintett interjú, 3) A problémakezelésben a lányok percepciója alapján az látható, hogy nagykorúak esetében inkább érvényesül az az elv, hogy *„oldd meg magad. ... fiatal felnőtt ember vagy, meg tudod oldani saját magad, és oldd meg. És nincs az, hogy akkor most szakember segítségét várd. Mert amúgy szerintem kéne, én azt mondom, hogy így, aki benne él, és... nem tudom, kéne. És az otthonokban én azt látom, hogy így a befogadóban azért odafigyelnek, hívnak szakembert, próbálnak segíteni. De hamar feladják. Szerintem ez probléma, hogy nagyon-nagyon hamar feladják. Tehát nincs az az idő, hogy jó, ha egy évet kell rá szánni, akkor egy évet szánunk rá, hogy a gyerek tiszta legyen és lehessen egy normális életcélja, meg egy önképe saját magáról, hogy ő igenis jó, és nem kell ilyet csinálni, mert ő e nélkül is tud több lenni. És hogy ez szerintem hiányzik.”* (érintett interjú, 2)

Általános tapasztalatként jelent meg, hogy a mentősök és a rendőrök nem állnak túl pozitívan a gyermekotthonban élő gyerekekhez: *„Az teljesen más, hogy bevisznek valakit úgy, hogy beteg, vagy bevisznek valakit úgy, hogy bedrogzott és el van ájulva. Másképp állnak hozzá. Főleg ha még hozzárakjuk azt, hogy állami gondozott is, akkor már orvos közelébe nem is akarok menni. Úgyhogy én inkább az ilyeneket át szoktam vészelni”* (érintett interjú, 3) Interjúalanyunk például inkább nem kér segítséget akkor sem, ha fizikailag is rosszul van.

A szakemberek hiányát többen is hangsúlyozták – mind az interjúalany lányok, mind a szakemberek: nincs elegendő pszichiáter, pszichológus, a család-

segítő segítségnyújtása sem elegendő. Megfogalmazásaik alapján a fiatalok több beszélgetést igényelnének a különböző problémáik kapcsán. Egyetlen egy esetben említették meg a drogambulanciát, ahol a problémás szerfogyasztásnál segítséget kaptak.

Interjúalanyaink közül egy pedagógiai és pszichológiai tanulmányokat is folytató tanítószakos hallgató kiemelte, hogy a segítségnyújtás hatékonyságát úgy lehetne fokozni, hogy a szakellátásba kerülés pillanatától kezdve terápiát, speciális segítséget kellene nyújtani a bekerülő gyerekeknek. Emellett szükséges ismertetni azt, mihez van joga „*mint nő, mint gyermek, utána, mint fiatal felnőtt (...) miben tudják támogatni. Az, hogy mit lehet kezdeni, tehát hogy kapjon egy képet arról, hogyha ő elindul egy olyan úton, utána mihez tud kezdeni a saját életével, és hogy utána a későbbiekben is van támogatása.*” (szakértői fókuszcsoport, 2).

Erőforrások

Az interjúalanyok meglátása szerint a szerhasználat abbahagyásához alapvetően belső akaraterőre van szükség: „*Ha maguktól nem jön meg az eszük, most mástól úgysem fog*” (érintett interjú, 1). Többen megfogalmazták, hogy a fogyasztás abbahagyásában – akár nekik is – sokat segített a párkapcsolat: ha a partnerük nem volt szerfogyasztó, és nem támogatta a lány droghasználatát, az motivációt, erőt jelentet a felépülési folyamatban. Emellett jelentős motiváció tényezőként említették ki a terhességet is: „*Amúgy tényleg nagyon sokan így szoknak le, hogy segítséggel, vagy valakiért. Például. Így önmagukért nagyon kevesen. Csak hogyha például teherbe esnek a lányok, vagy hogyha tényleg valami nagyon fontos dolog jön. Vagy már megundorodik magától. Olyannal is találkoztam, hogy valaki már annyira szétdrogozta magát, hogy már undorodott magától, és mondta az, hogy, [név említése], én már ezt nem bírom, mert undorodok magamtól. És jött egy nagy akaraterő, és egyik napról a másikra leállt. De ritka az ilyen.*” (érintett interjú, 4)

Az az interjúalanyunk, aki nem volt soha szerhasználó, a rossz gyerekkori tapasztalatokra és a rossz példával szembeni ellenállásra mutatott rá, mint az egyik legfőbb védőfaktorra: „*én mindig is jobb akartam lenni annál például, mint a családom. Tehát hogy én meg akartam mutatni, hogy én igenis nem fogok alkoholt inni, és igenis nem fogok olyanokat csinálni, mint mondjuk ők.*” (érintett interjú, 8). Ebben számára például az olvasás jelenti az egyik legnagyobb segítséget, amely a problémák megoldási stratégiáját is jelenti számára.

Arra a kérdésre, hogy kik segíthetnek, viszonylag kevés válasz érkezett. Az egyik lány kiemelte a tapasztalati szakértőt, aki számára sokkal hitelesebb volt, mint azok a drogprevenciósi foglalkozások, melyeket a gyermekotthonban külsős szakemberek tartottak. Ezekről az alkalmakról általában nem volt jó véleményük, feleslegesnek tartották őket. Sokkal inkább a sokféle tevékenykedés lehetőségét emelték ki, valamint azt is megfogalmazták, hogy a speciális gyermekotthonokban tapasztalt szigorúbb és irányítottabb foglalkoztatás sokat segített többüknek. A segítségük között megemlítették a zártabb intézeteket, a szigorúbb szabályokat,

az ellenőrzést. Többen kiemelték, hogy ők az intézménybe való bekerülésüknek köszönhetik azt, hogy „nem csúsztak szét teljesen” (*in vivo kód*).

Diszkusszió

Kutatásunkban arra a kérdésre kerestük a választ, hogy mi lesz a lányokkal, akik a gyermekvédelmi szakellátásban élnek és a szerhasználattal valamilyen formában érintettek. Arra voltunk kíváncsiak, hogy az érintettek és a velük kapcsolatba kerülő szakértők miként látják a szerhasználatot, hogyan értékelik a helyzetüket, helyzetüket a lányok, milyen jellegű segítséget kapnak.

Az elemzés során egyrészt megvizsgáltuk a szerhasználati szokásokat. A kutatásba bevont lányok kapcsolatba kerültek mind a legális, mind pedig az illegális szerekkel. A legális szerek, mint például a dohányzás, az alkohol szinte mindennapi jelenség, de a marihuánát és biofüvet is gyakran használják. Alapvetően nem volt egyértelmű az érintett fiatalok számára a dizájnerndrogok fogalma, de az ebbe a kategóriába tartozó szereket fel tudták sorolni. Megfigyelhető volt, hogy a szerhasználat intenzitását nem tudták igazán felmérni. A drágább szerek nem igazán terjedtek el a gyermekvédelmi szakellátásban élők között, ami az anyagi lehetőségeikkel magyarázható.

A beszélgetésekben kevésbé árnyaltan jelent meg a lányok jellemzőire való fókuszálás akár a szerhasználati szokások, akár a problémakezelés tekintetében. Jellemző sztereotípiával találkozhatunk az interjúk során, miszerint: a lányok kiszolgáltatottabbak, befolyásolhatóbbak – amely tényezők miatt veszélyeztetettebbek. A fiúk és lányok közötti különbségek közül a létszámbeli különbség jelent meg hangsúlyosabban: a lányok szerint a fiúk vannak nagyobb létszámban érintve, ugyanakkor a szereket tekintve, a fogyasztás egyéb módjainál nem találtak különbséget. Fizikai, fiziológiai különbségekre bár utaltak a tüneteknél, de a férfiak és a nők közötti különbségek itt sem jelentek meg.

A női szempontok a drogfogyasztás okainál jelentek meg árnyaltabban: a drogfogyasztás és a prostitúció kapcsolatára többen utaltak, valamint a gyermekkorban átélt traumák jelentek meg a legfőbb okok között. A nehéz, krízishelyzeten való átlendülés egyik eszköze a drog. A női léthez kapcsolódó krízishelyzetek közül az interjúalanyok a párkapcsolati problémákat emelték ki.

A problémakezelés rendszerszerű működését nem érzékelték interjúalanyaink. Az az általános protokoll, miszerint, ha valaki nagyon rosszul van, mentőt hívnak hozzá, ismert volt. Egyedi (szakember és intézmény) próbálkozások vannak, amik között akadnak jó gyakorlatok. A válaszok azonban nem rendszerszintűek, nem egységesek, hatásvizsgálatuk nem ismert. A probléma hatékony kezelését ugyanakkor az egyéni esetkezelés, a nevelők támogatása, a nevelőhöz való személyes kötődés és a nevelő szakmai felkészültsége segítették.

A kezelésbe kerülésnek nincs jól látható szempontsora: több esetben jelezték az érintett fiatalok, hogy a nevelők nem veszik észre (vagy nem akarják észre ven-

ni) a drogfogyasztást, ebből adódóan nem történt esetkezelés. Mindez szervezeti szinten egyfajta tanult tehetetlenségre utal: bár látják a problémát, de mégse tudnak mit tenni. Az okok között a lányok elmondásából is jól érzékelhetően a szakemberhiány is állhat, illetve a kollégák felkészültségének minősége e területen.

Konklúzió, ajánlások

Tendenciákra vonatkozó következtetéseket nem tesz lehetővé a jelen kvalitatív vizsgálat, de a hazai (vö. Elekes–Paksi, 2005, Rácz, 2012, Németh–Költő, 2011, Örkényi et al., 2005 In: Rakó, 2010) és a nemzetközi (vö. Braciszewski–Stout, 2012, Vaughn et al., 2007, Narendorf–McMillen, 2010) szakirodalomban bemutatott, a gyermekotthonokban megjelenő szerhasználattal összefüggő jellegzetességek megjelentek az 2017-ben a 18 év feletti fiatal felnőtt nőkkel és a velük kapcsolatba kerülő szakemberekkel magyarországi gyermekotthonban készített interjúkban és fókuszcsoportokban. A gyermekotthonokban történő szerhasználat gyakoribb és korábbi időpontban kezdődik. A lányok, nők közel sem olyan védettek a szerhasználat tekintetében, mint korábban a szakirodalom és a szakértők feltételezték, közel hasonló arányban fogyasztanak legális vagy illegális szert, mint a fiúk, férfiak.

A fentebb vázolt nemzetközi kutatásokhoz (Vaughn et al., 2007) hasonlóan mi is azt találtuk, hogy a gyermekotthonokban történő női szerhasználat a korábbi traumákkal, sérülékenységgel hozható összefüggésbe, soha nem önálló problémaként jelentkezik.

Az alapellátás keretében a korai felismerés és beavatkozás érdekében fejleszteni szükséges az egészségügyi, ezen belül az addiktológiai alapellátások rendszerét. Szükség van több, országosan elérhető speciálisan lányok számára fenntartott gyermek- és ifjúsági ambulanciára, valamint az alacsony küszöbű szenvedélybeteg ellátás, a korai kezelésbe vétel lehetőségeinek bővítésére. A mennyiségi növekedés mellett a fiatal lány szerhasználókkal foglalkozó szolgáltatások esetében kiemelten fontos, hogy közösségi szemléletet képviseljenek és alkalmazzák azokat a korszerű eljárásokat és módszereket, melyek tapasztalatai hatékony beavatkozásokkal kecsegtetnek (közösségi addiktológiai ellátás, terápiás közösségek, reform- és élménypedagógiai eszközök alkalmazása stb.) A hatékony beavatkozás szempontjából kiemelt jelentőségű a traumainformált terápiák széleskörű alkalmazása a gyermekvédelmi szakellátásban élő gyerekek, fiatalok és különösen a lányok, fiatal nők tekintetében. Preventív eszközként különösen fontos lenne egy forrásátrendezés, a gyermekjóléti alapellátás megerősítése, annak érdekében, hogy a helyi család- és gyermekjóléti szolgálatokban dolgozó szociális munkások a megfelelő módon tudják segíteni a szülőket.

A fiatalokkal foglalkozó szakemberek és a droghasználatban érintett lányok megfogalmazzák, hogy a szenvedélyproblémák megoldásának kulcsa a jó, építő és támogató kapcsolatok meglétében, a kötődés resztoratív folyamataiban rejlik. Ja-

vaslataink szerint érdemes lenne átgondolni, hogy a speciális szükségletekkel rendelkező gyerekek és fiatalok, és különösen a függőségben érintett lányok esetében mely fajta elhelyezés a leghatékonyabb. Adataink alapján találtunk olyat, amely a nevelőszülői hálózatban, s olyan példát is, amely zárt intézményben került megoldásra. A nemzetközi és hazai függőségterápiákkal foglalkozó szakirodalmak (De Leon, 2000, Miller et al., 2011), valamint a hazai drogrehabilitációs tapasztalatok (Demetrovics, 2009, Topolánszky, 2009, Topolánszky et al., 2015, Erdős B. et al., 2011, Erdős B. et al. 2015) alapján egyértelműen elmondható, hogy a biztos kereteket adó ugyanakkor elfogadó és megerősítő kapcsolatok kulcsszerepet játszanak a függőségek kezelésében és a felépülés támogatásában. A kutatás során összegyűjtött jó gyakorlatok, sikeres kimenetű esetekben is egy felnőtt nevelő és a használó lány közötti „elég jó” kapcsolat kialakulása hozta a változást a droghasználati mintázatok átalakulásában (vö. Rácz, 2014).

Irodalom

- Braciszewski, J. M. – Stout, R. L. (2012). Substance use among current and former foster youth: A systematic review. *Children and youth services review*, 34(12), 2337–2344.
- Demetrovics Zsolt (szerk.) (2009). *Az addiktológia alapjai III.* Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- De Leon, G. (2000): *The Therapeutic Community Theory, Model, and Method.* New York, Springer Publishing Company
- Elekes Zsuzsanna (2005): „A drogfogyasztás nemek közötti különbözőségei és hasonlóságai” In: *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*, 2005. Nagy Ildikó, Pongrácz Tiborné, Tóth István György, (szerk.). Budapest: TÁRKI, Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, Pp. 177–193.
- Elekes Zs. – Paksi B. (2005): A gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő fiatalok alkohol és drogfogyasztása, *Kapocs* 5, 2-22.
- B. Erdős Márta – Kelemen Gábor – Csürke József – Borst, Joan (szerk.) (2011a): *Reflective Recovery. Health Learning in Twelve Step Communities.* Budapest: Oriold és Társai Kiadó
- B. Erdős Márta – Kelemen Gábor – Szijjártó Linda (2015). A terápiás közösségek értékelésének kérdései. A TC-k az egészségtanulás szolgálatában. *Szociális Szemle* (8)1-2: 41–75.
- Fouad, N. A. (2013) Future of counseling psychology research. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(3-4), 227–237.
- Gomez, R. J. – Ryan, T. N. – Norton, C. L. – Jones, C. – Galán-Cisneros, P. (2015): Perceptions of learned helplessness among emerging adults aging out of foster care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 32(6), 507–516.

- Greenfield, S. F. – Back, S. E. – Lawson, K. – Brady, K. T. (2010): Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics*, 33(2), 339–355.
- Hazen, E. K. (2014): *Youth in Foster Care: An Examination of Social, Mental, and Physical Risks*.
- Hill, C. E. – Thompson, B. J. – Williams, E. N. (1997): A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25, 517–572.
- Lewis, C. (2011): Providing therapy to children and families in foster care: A systemic-relational approach. *Family process*, 50(4), 436–452.
- Miller, W.R. – Forcehimes, A.A. – Zweben, A. (2011): *Treating Addictions. A Guide for Professionals*. New York, NY: The Guilford Press
- Narendorf, S. C. – McMillen, J. C. (2010): Substance use and substance use disorders as foster youth transition to adulthood. *Children and youth services review*, 32(1), 113–119.
- Németh Á. – Költő A. (szerk) (2011): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest
- Pears, K. C. – Kim, H. K. – Leve, L. D. (2012): Girls in foster care: Risk and promotive factors for school adjustment across the transition to middle school. *Children and youth services review*, 34(1), 234–243.
- Poole, N. – Dell, C. A. (2005): *Girls, women and substance use*. Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA). Letöltés: 2017. november 26-án: <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011142-2005.pdf>
- Rácz, A. (2012): *Barkácsolt életutak, szekvenciális (rendszer) igények: gyermekvédelmi szakellátásban nevelkedett fiatal felnőttek iskolai pályafutásának, munkaerő-piaci részvételének és jövőképének vizsgálata*. L'Harmattan, Budapest.
- Rácz A. (2014): Jó szülő-e az állam? – fejlesztési igények a gyermekvédelmi szakellátás professzionalizációjáért. In: *Jó szülő-e az állam? Gyermek és ifjúságvédelmi tanulmányok*, Rubeus Egyesület, Budapest, 215–246
- Rakó, E. (2010): *Gyermekvédelmi intézményekben elhelyezett gyermekek életkörülményeinek vizsgálata*. PhD disszertáció. Debrecen: Debreceni Egyetem BTK. Letöltés: 2018. január 22-én: <https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/98976/ertekezes.pdf>
- TÁMOP 5.4.1. „Szociális és gyermekvédelmi szabályozó rendszer kidolgozása” Píler Gyermekotthoni ellátás protokollja
- Taukeni, S. G. (2015): Orphan adolescents' life worlds on school-based psychosocial support. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 3(1), 12–24.
- Topolánszky Ákos (2009): A terápiás közösségek új generációi. In: Demetrovics Zsolt (szerk.) (2009). *Az addiktológia alapjai III*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Topolánszky Ákos – Felvinczi Katalin – Paksi Borbála – Arnold Petra (2010): A magyarországi drogterápiás intézetek tevékenysége. Kutatási beszámoló. Letöltés: 2015. március 30-án: http://viselkedeskutato.hu/index.php?option=com_attachments&task=download&id=40&lang=hu

Vaughn, M. G. – Ollie, M. T. – McMillen, J. C. – Scott Jr, L. – Munson, M. (2007): Substance use and abuse among older youth in foster care. *Addictive Behaviors*, 32(9), 1929–1935.