

## **Rácz József**

### **Iskolai drogprevenciós programok eredményessége**

Az iskolai drogprevenciós programok eredményességének és hatékonyságának mérése külön szakterületnek számít. A tét nagy, hiszen a fejlett országokban sok pénzt és energiát áldoznak ilyen programokra, és tudni szeretnék, van-e ennek értelme. A kérdés persze úgy is felvetődik, ezeket a pénzeket és energiákat nem lenne-e célszerűbb iskolai prevenció helyett a drogokkal már kapcsolatba került fiatalok segítésére fordítani. Míg sokan evidenciaként fogadják el, hogy a prevenció jó és hasznos dolog, ugyancsak sokan megkérdőjelezik az iskolai prevenció, különösen az általános prevenció hatékonyságát. A szakirodalom ezt a „zavarodottságot” visszatükrözi, hiszen számos eredménytelen programmal találkozunk, illetve kevés olyan programmal, melyeknek a hatékonyságát meggyőző módon bizonyították. Ahhoz, hogy egy program hatása meggyőző legyen, több színtéren, több alkalommal, szigorúan ellenőrzött körülmények között (megfelelő mintaválasztás és mintanagyság, kontroll csoport, statisztikai módszerek) kell elvégezni a hatékonyság-vizsgálatot, és ennek eredményét színvonalas szakmai folyóiratban kell publikálni, általában nem is egy, hanem több kutatócsoportnak. A szakirodalomban – a nagyszámú közlés ellenére – valójában kevés olyan publikáció lát napvilágot, mely ezeknek a szigorú követelményeknek megfelel. Az utóbbi években szokás „bizonyítékokon alapuló” (evidence-based) módszerekről beszélni, elsősorban az orvostudomány területén. Talán nem véletlen, hogy a drogprevenció területén jórészt csak általános ajánlásokat lehet megfogalmazni, melyek bizonyítékokon alapulnak, és alig van olyan konkrét módszer, mely ennek a szigorú feltételnek eleget tenne. Ez persze nem jelenti azt, hogy a módszerek nem hatékonyak, csak azt, hogy hatékonyságukat még nem sikerült a kísérletes orvostudományban megszokott szigorú módszerekkel bizonyítani.

A szakirodalomban az iskolai drogprevenció eredményességével kapcsolatos kutatásokat illetően az Egyesült Államokban végzett kutatások vezetnek. Ezek közül is kiemelkednek mind számukat, mind minőségüket tekintve az amerikai Nemzeti Drogabúzus Intézet (National Institute on Drug Abuse, NIDA) által támogatott vagy kezdeményezett vizsgálatok. A NIDA a világ legnagyobb drogkutató, illetve kutatásokat támogató intézete, a világ ilyen

irányú kutatásainak mintegy 80%-át ők végzik, illetve támogatják. Összeállításomban is nagy szerepet kapnak ezek a kutatások.

Az Európai Unióban történnek természetesen hatékonyságvizsgálatok a drogprevencióval kapcsolatban, de ezeknek olyan rendszere, mint az Egyesült Államokban, még nem alakult ki. Az Európai Drogokkal és Drogaddikcióval foglalkozó Monitorozási Központ (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) igyekszik összefogni ezeket a kutatásokat, elsősorban kutatás-módszertani konferenciák és kiadványok segítségével. Ők szervezik az EDDRA projektet, melynek keretében drogprevencióval végzett kutatásokat gyűjtenek össze és tesznek elérhetővé az interneten. Az EDDRA-ra még visszatérek, megjegyzem azonban, hogy ide tulajdonképpen bármely projekt felkerülhet, tehát ez a kutatások minőségéről keveset árul el.

## **Irányzatok a drogprevencióban és az eredményesség kérdése**

A következőkben Botvin, Botvin és Ruchlin (1998) összegzése alapján mutatom be az egyes lényeges drogprevenciós irányzatokat, a mögöttük meghúzódó teoretikus feltevéseket és a fontosabb vizsgálatok tapasztalatait. Botvinék összegző tanulmányát is a NIDA támogatta.

### *Információnyújtó programok*

A legtöbb iskolai drogprevenciós programnak egyetlen fókusza és célja van: információkat szolgáltatni a drogokról és azok veszélyes következményeiről. Sokszor ténybeli információkat közölnek, máskor ezt félelemkeltő stratégiákkal egészítik ki. A programok hátterében legtöbbször az a megközelítés áll, hogy ha a serdülők megfelelő információkkal rendelkeznek a drogokról, akkor úgy döntenek, hogy nem használják azokat. Az ezen a megközelítésen alapuló programok nem hatékonyak. A serdülők nem pusztán racionális alapon döntenek (hogy használnak drogokat vagy nem), nem érdekli őket a drogok farmakológiai hatása – vagy még inkább a kíváncsiságukat kelti fel. Az pedig, hogy valaki miért használ drogokat, szintén a droghasználatról, és nem a nem-használatról szól. A programok megbízhatóságát úgy próbálták javítani, hogy külső szakértőket vontak be: orvosokat, rendőröket, jogászokat, vagy akár volt droghasználókat, akik „hiteles”, gyakorlati információkkal tudnak szolgálni. Az elvégzett kutatások és metaanalízisek azonban arra utalnak, hogy ezek az erőfeszítések nem javították a programok hatékonyságát, az megmarad a zero közelében. Ez annak ellenére így történt, hogy a programok hatására esetleg növekedett a fiatalok tudása a drogokról és azok negatív következményeiről, esetleg még az attitűdjük is megváltozott velük kapcsolatban – jobban elutasították azokat. De mindezek a változások a viselkedésben nem nyilvánultak meg.

### *Érzelmi nevelés/fejlesztés felőli megközelítések*

Az 1970-es években – éppen az információalapú programok eredménytelensége láttán – változások következtek be az iskolai drogprevencióban. A változás lényege, hogy a drogokról a hangsúly a fiatalok pszichoszociális igényeire tevődött át. A mögöttes elképzelés az volt, hogy a fiatalok bizonyos jellemzőkkel rendelkeznek, melyek a droghasználat tekintetében veszélyeztetetté teszi őket. A megoldás az érzelmi nevelés, fejlesztés. Ez az irányzat az egyéni és a szociális fejlődést állította előtérbe, melynek eredményeképp a fiatalok legyőzhetik a

drogok iránti igényüket, illetve ki- vagy továbbfejleszthetnek olyan készségeket, tulajdonságokat, melyek megtartják őket a drogmentes életvitelben. Ilyen pl. a magas fokú önértékelés, a belátás képessége, az asszertivitás. Az igényes elméleti háttér ellenére a programok a gyakorlatban nem működtek, pontosabban ha a várt pszichoszociális hatások be is következtek, a droghasználatra gyakorolt hatásuk csekély vagy nulla volt. Az eredménytelenséget többek között olyan okokkal magyarázták, hogy túl hangsúlyosak voltak az osztálytermi „általános” foglalkozások, amiket sokszor nem megfelelő képzettségű szakember tartott. A szakemberek képzése külön problémát jelentett, hiszen esetenként a csoportpszichológiában jártas programvezetőket igényeltek a programok; néhány száz órás foglalkozásokat, hiszen pozitív csoportatmoszférának kellett kialakulnia, ami aztán facilitálta (volna) a változásokat. Tehát a programok nemcsak eredménytelenek, de költségesek is voltak.

#### *Társas hatás felőli megközelítések*

Ezeket a programokat szintén az előzők eredménytelensége hívta életre. Kifejlesztésükben nagyobb szerepet kapott a szociálpszichológia: a feltevés szerint a serdülőkori droghasználat kialakulásában döntő szerepe van a társas – elsősorban a kortárs és a média – hatásoknak. Ennek megfelelően a prevenció egyfajta „beoltás”, immunizálás e hatásokkal szemben, másrészt az ellenállási készségek fejlesztése és a normatív elvárások (tehát az, hogy „mindenki drogozik”, vagy hogy „a fiatalok többsége drogozik”) megváltoztatása. Az első időben inkább az „immunizáláson” volt a hangsúly, majd pedig az ellenállási készségek fejlesztésén.

Az „immunizálás” azon alapult, hogy a fiatalok úgymint találkoznak majd dohányzásra felhívó reklámokkal, tehát már korán mintegy immunizálni kell őket ezekkel szemben, hogy később ne reagáljanak az ilyen felszólító ingerekre. Ez a gyakorlatban azt jelentette, hogy pl. „gyengített” formában mutattak nekik cigarettareklámokat, amelyeket kielemeztek (hol vezetnek félre, hol manipulálnak). Más esetekben arra készítették fel a fiatalokat, mit tegyenek, ha cigarettával vagy éppen kábítószerrel kínálják őket: legyen a helyzetről és az adandó válaszokról előzetes elképzelésük. A hangsúly itt inkább a kognitív tényezőkön van, s nem annyira azon, mit *csináljanak* egy ilyen helyzetben.

A normatív elvárások korrigálására az említett okok miatt volt szükség; a fiatalok között gyakori az a „téves konszenzus”, hogy mindenki cigarettázik, vagy hogy kortársaik többsége kipróbálta már a kábítószerket. Megfelelő statisztikák bemutatásával bizonyítani lehet, hogy ez nem igaz. Az ellenállási készségek fejlesztése pedig a média és a kortárs hatások kivédésére irányul. Ezek valójában az asszertív készségek közé tartoznak; hogyan tudja felismerni egy fiatal, hogy manipulálni, befolyásolni akarják egy általa nem kívánt irányba, és mit tud tenni ennek elkerülése vagy kivédése érdekében. Például mit mondjon, milyen hangsúllyal, milyen testtartással stb., hogy a visszautasítás hiteles, meggyőző és eredményes legyen.

Az eredményességvizsgálatok szerint, melyek elsősorban a cigarettázásra terjedtek ki, a programok hatékonyak. Egyes vizsgálatokban a dohányzás 30-50%-kal csökkent a kontrollcsoporttal összehasonlítva (ahol nem történt prevenció). Az új dohányosok megjelenése is 30-40%-kal csökkent. A követéses vizsgálatok tanúsága szerint az eredmények még 3 év után is megfigyelhetők voltak. A hosszabb követéses vizsgálatok azonban arról árulkodtak, hogy a hatás idővel „kimosódik” a prevencióban részt vett populáció tagjaiból. Bizonytalanságot hagytak a vizsgálatok abban a tekintetben is, hogy a program melyik része hat igazából. Az sem derült ki, hogy pontosan milyen hosszúnak vagy milyen struktúrájának kell lenni egy programnak, hány éves korban a legjobb végezni, mikor van szükség egy „követő”, felelevenítő foglalkozásra. Végül, a legtöbb vizsgálat kortárs segítők részvételével zajlott, de arról nincs elegendő információ, hogy vajon a kortárs segítők tényleg eredményesebbek-e, mint a felnőtt szakemberek.

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

E megközelítések teoretikus háttérében olyan kutatási tapasztalatok húzódnak meg, melyek szerint a fiatalok azért kezdenek legális vagy illegális drogokat használni, mert ebben az irányban befolyásolják őket (kortársaik vagy a média), illetve hiányoznak azok a készségeik, melyekkel ellent tudnának állni a droghasználatnak. Ezek az átfogó, komprehenzív megközelítések egyesítik a korábbiak előnyeit, de nagyobb hangsúlyt fektetnek a készségfejlesztésre, illetve az intraperszonális kompetencia fejlesztésére. Felteszik továbbá, hogy a droghasználat kialakulása nem egyetlen tényező függvénye, és fordítva, a személyiségfejlődésben szerepet játszó tényezők segítségével nemcsak a droghasználat terén

érhetünk el kedvező eredményeket. A kutatások szerint az átfogó, a nem egy-egy tényezőt megcélzó prevenciós programok az igazán hatékonyak. Tehát az általános és a specifikus személyes és társas készségeket kell fejleszteni, és ez a fejlesztés nem pusztán emocionális-kognitív, hanem gyakorlati tréning-elemekből épül fel.

A konkrét elméleti háttér a szociálistanulás-elmélete (Bandura, 1977), valamint a probléma-viselkedések kutatása (Jessor és Jessor, 1977) jelentette. A droghasználat ezek szerint tanult viselkedés, ami valamilyen adaptív cél teljesítése érdekében történik. Kialakulásában és fennmaradásában jelentős szerepük van a környezeti megerősítő és hátráltató ingereknek, valamint a serdülő hiedelmeinek (beliefs). A fő különbség az előző megközelítésekkel szemben azonban leginkább a prevenciós program kivitelezésében, felépítésében mutatkozik meg: kiemelt hangsúlyt kapnak az olyan technikák, mint a dramatikus elemek, helyzet- és szerepgyakorlatok, a visszajelzés, az ismétlés, a próbálkozás, az osztályon kívüli gyakorlás (pl. viselkedéses házi feladatok formájában), a problémamegoldó és döntéshozó készségek fejlesztése, az önértékelés fejlesztése, a stresszel való megbirkózást elősegítő technikák gyakorlása, a kommunikációs és társas készségek fejlesztése (hogyan lehet pozitív és negatív érzéseket kifejezni, hogyan lehet ismerkedni és barátkozni). Sok olyan gyakorlati elemet tartalmaznak ezek a programok, melyek segítenek a serdülőknek abban, hogy a mindennapi életben felmerülő problémákkal megküzdjenek.

Láthatjuk, hogy az irányzat fókuszában tulajdonképpen nem is a drog, vagy a droggal kapcsolatos viselkedések állnak. Az irányzat művelői feltételezik, hogy ha a serdülő segítséget kap mindennapi problémái megoldásához, megtanulja ezeket a technikákat, akkor nem fog drogokhoz nyúlni. Ezért speciálisan a drogokkal csak jóval kisebb óraszámban kell foglalkozni, mint az előző irányzatok esetében.

Az irányzattal kapcsolatos kutatások zöme 13-17 éves fiatalokkal, általában a középiskolai korosztályhoz tartozó diákokkal készült, és zömük 40-80%-os droghasználat-csökkenést demonstrált. A legkomolyabb kritika ezekkel a látványos eredményekkel kapcsolatban az, hogy általában a kísérletező, kipróbáló, alkalmi jellegű droghasználat csökkent. Egyes vizsgálatok szerint a programok – melyek „felelevenítő”, ismétlő alkalmakat is tartalmaztak – a dohányzók számát (a dohányzást elkezdők száma) akár 87%-kal is csökkentették a kontrollesoporthoz képest (ahol nem történt prevenció). Vannak olyan vizsgálatok is, melyek a rendszeres cigarettázók számának csökkenéséről számolnak be a program egyéves

alkalmazását követően (Botvin és mtsai, 1983). Ugyanez a kutatócsoport a prevenció program jelentős hatását még hat évvel a beavatkozás után is ki tudta mutatni. Az Egyesült Államokban komoly problémát jelent a kisebbségi csoportok gyerekeinek (akár legális, akár illegális) droghasználata. Bár ezekkel a csoportokkal kapcsolatban kevesebb vizsgálat készült, az átfogó megközelítés esetükben is eredményesnek bizonyult.

### **Átfogó egészségfejlesztő programok**

Az Egészségügyi Világszervezet 1986-os Ottawai Kartája fontos kiindulópontokat fogalmaz meg az egészségfejlesztés tekintetében. Az egészségfejlesztés „jó gyakorlat”- tapasztalatainak terjesztésére szólít fel ugyancsak az Egészségügyi Világszervezet 1997-es Jakartai Nyilatkozata. Ezek a dokumentumok – egyebek mellett – a tapasztalatcserén alapuló egymástól való tanulás segítségével az értékelés nemzetközi kultúrájának kialakulásához is hozzájárulhatnak.

#### *Egészségfejlesztés (health promotion) - holisztikus egész-ség*

Az életstílust (és a viselkedést) befolyásolják

1. *predisponáló tényezők*: a személy vagy az adott populáció tudása, attitűdje, hiedelemrendszere, értékei;
2. *lehetővé tevő tényezők* (enabling): készségek, erőforrások hozzáférhetősége, szolgáltatások elérhetősége, szabályok, törvények, készségek;
3. *megerősítő tényezők*: a viselkedésváltozással kapcsolatos jutalmak, megerősítő tényezők – fontos személyek (szülők, kortársak stb.) attitűdje és viselkedése az egyénnel szemben.

Az irányzattal kapcsolatos, megbízható eredményességi mutatók még váratnak magukra. A megközelítés előnye, hogy nem csupán egy kockázati magatartással (nevezetesen a droghasználattal) foglalkozik, hanem egy sor más, nemkívánatos vagy nem egészséges magatartással is (mozgásszegény életmód, helytelen táplálkozás stb.). Az irányzatot az „egészségfejlesztő” kifejezéssel szokták illetni; itt most a drogprevenciós hatásukat emelem ki.

## **Tobler vizsgálatai**

A serdülőkorú drogvizsgáló programok legnagyobb hatékonyságvizsgálatát Tobler (1986, 1997) végezte el, aki 143 programot a metaanalízis matematikai módszerével hasonlított össze. (Ez azt jelenti, hogy a szerző a hatékonysági, "kimeneti" adatokat – melyek valamilyen kontrollcsoporttal történő összehasonlításból származtak – nem külön-külön nézte meg az egyes programokra vonatkozóan, hanem a 143 programból egy közös statisztikai mezőt hozott létre, és azon belül vizsgálta az egyes programok hatékonyságát.)

### ***Tobler első vizsgálata***

Első vizsgálatában Tobler a 143 programot öt alapvető modalitásra bontotta fel.

1. *Tudásátadás:* a feltételezés szerint a tudás (azaz a drogokkal kapcsolatos jogi, biológiai és pszichológiai információ) növelése a drogokkal szemben negatív attitűdöt alakít ki, mely a drogfogyasztás csökkenéséhez vezet. A programok főbb módszerei, a tanárok előadása drogoktól, az osztályban folyó csoportos megbeszélés, elrettentő előadások.

2. *Érzelmi nevelés:* elsősorban veszélyeztetett csoportokkal kapcsolatban alkalmazzák. A cél az önértékelés, az önbizalom kiépítése és növelése, eszközei az érzések és értékek "tisztázása", csoportos megbeszélése, elfogadó, empátiaszociálpszichológiai légkör kialakítása az osztályban, illetve az iskolában. (A módszerek közvetlenül nem foglalkoznak a drogokkal.)

3. *Kortárs programok:* a feltételezés szerint a kortársak "csoportnyomása" alapvetően befolyásolja a drogos - nem drogos viselkedést. A cél a pozitív kortárs hatások kialakulásának elősegítése, módszerei a kortársközpontú nevelés, kortárs tanácsadás, kortárs segítség, a kortársak részvételének bátorítása a prevenciós programokban.

a) *Visszaütési technikák:* ezek a programok a "kínálásra nemet mondani" technikáját tanítják meg, csoportos asszertív tréningekkel, kortárs szerepmodellek felhasználásával, esetleg speciális viselkedés-együttesekre vonatkozóan, például az ivás+vezetésre.

b) *Szociális készségek:* a feltételezés szerint az interperszonális készségek hiánya az egyéni kompetenciaérzésen keresztül hozzájárul a drogfogyasztás kialakulásához. A cél tehát e készségek, illetve a kompetencia fejlesztése. Az ilyen programok módszerei: kommunikációs készségek fejlesztése, asszertivitás-növelés, a szociális visszacsatolás és szociális modellek felhasználása, illetve a kompetenciafejlesztés területén a pozitív önértékelés, pozitív érzések,



az önfogadás kialakítása, szorongáscsökkentés, a stresszhelyzetekkel történő megküzdés (coping) elősegítése.

4. *Tudásátadás és érzelmi nevelés:* a feltételezés szerint az értékek és attitűdök megváltozása az egyén szükségleteinek figyelembevételén át a döntéshozás átalakulásához, így a drogfogyasztási szokások módosulásához vezet. Az ilyen programok módszerei az önfogadás javítása, értéktisztázás, a problémamegoldó készségek javítása. A súlypont az egyének döntéshozatali folyamatain van.

#### 5. *Alternatívák*

a) *Tevékenységek:* a feltételezés szerint a pozitív tevékenységek lehetősége nagyobb vonzerőt jelent, mint a drogozás. A módszerek között ifjúsági központok munkájába, önkéntes tevékenységekbe történő bevonódás, érdekes foglalkozások választása szerepelnek.

b) *Kompetencia:* a feltételezés szerint a mindennapi életvitelt lehetővé tevő, alapvető készségek hiánya alacsony önértékeléshez és kevés élettapasztalathoz vezet, ezek pedig elősegítik a drogozás kialakulását. A hiánypótlás pl. olvasás- és írástanítást, egyes foglalkozási-szakmai készségek elsajátítását, kalandos tevékenységek (pl. hegymászás, barlangászás) bátorítását jelenti.

Tobler az egyes prevenciós programok *eredményességét* öt változó mentén vizsgálta. Ezek a következők:

1. A drogokkal kapcsolatos tudás,
2. attitűdök a drogokkal kapcsolatban; a drogokkal kapcsolatos értékek is ide tartoznak,
3. a használat jellemzői (az alkoholtól kezdve az illegális drogokig),
4. készségek az önértékelésre, az aszertivitásra, illetve a problémahelyzetekkel kapcsolatos döntéshozatalra (pl. nemet mondani a kínálásra) vonatkozóan.
5. viselkedés: a) közvetlen információk, a tanároktól, a szülőktől, a rendőrségtől, illetve kezelőintézményektől származó információk alapján, b) indirekt információk: osztályzatok, iskolai előmenetel, hiányzások. Ezek a drogfogyasztással korrelálnak (bár a kapcsolat közvetettsége miatt ez nehezen vizsgálható).

Tobler összegzése szerint a 143 serdülőkori prevenciós program hatékonysága az előbbieken felsorolt eredményességi ("kimeneti") mutatók alapján 30 százalékos. A legeredményesebb (és egyben a leghatékonyabb) programtípusnak a *kortárs programok* bizonyultak (44 százalékos hatékonyság). Ezek ún. alacsony intenzitású programok, azaz többségük 1-9 órás volt, illetve a

programok hatásukat az első 1-9 óra alatt fejtették ki. (A leghosszabb programok a 40 órát is meghaladták)

Az eredmények alapján Tobler az iskolai prevenciós programok számára a kortársközpointú megközelítés bevonását javasolja.

Tobler (1986) az *alternatív* programokat is eredményesnek találta veszélyeztetett fiatalokkal – mint speciális célcsoportokkal – kapcsolatban. Ezek azonban hosszú és költséges programok, így csak szűk körben használhatók.

### ***Tobler második vizsgálata***

Tobler második vizsgálata (1997) az elsőhöz hasonló módszertannal készült: szaklapokban megjelent eredményesség-vizsgálatok metaanalízisével. Az első vizsgálattal szemben itt szigorúbb kritériumokat használt, és vizsgálatait a korábbihoz képest újabb kutatásokra is kiterjesztette. A második vizsgálat eredményei eltérnek az első vizsgálatétól, noha közvetlen ellentmondások a két vizsgálat eredményei között nincsenek. Azonban a második vizsgálat kiindulása más volt, és a kapott adatok is más értelmezést kívántak.

Tobler ebben a vizsgálatában a programok tartalmát és kivitelezését elkülönítetten vizsgálta. Az előbbi lényegesen nem különbözött sem az első vizsgálatától, sem pedig a szokásos szakirodalmi osztályozástól (lásd az előzőekben!).

### ***Tartalom***

- Tudás
- Érzelmek (attitűdök)
- Visszautasítási készségek
- Általános készségek
- Biztonsági készségek
- Iskolán kívüli tevékenységek
- Egyéb

A második vizsgálat igazi újdonsága a programok kivitelezésének, a tantermi „megvalósulásnak” a kutatása volt. Itt a szerző megfigyelési jegyzőkönyveket, naplót használt fel, jelenleg is futó programoknál pedig munkatársaival megfigyeléseket is végzett. A „kivitelezés” szempontjából a csoportfolyamatokat, pontosabban az interakciók jelenlétét tartotta megkülönböztetetten fontosnak: tanár-diák, diák-diák interakciók. Ezek előfordulása és iránya (valamint néhány egyéb tényező) alapján négy típusba sorolta a programokat. A két szélsőség az „A” és a „D” típusú program volt. Az „A” frontális előadásnak felelt meg: a tanár előadást tart, aminek a végén a diákok esetleg kérdezhetnek, a tanár pedig válaszol. Az interakció iránya egyértelmű és egyirányú: a tanártól a diákig vezet. (A típus egyéb jellemzőit a következőkben tüntettem fel.) A másik szélsőség a „D” típus volt; itt a tanár inkább mint a csoportfolyamatok facilitátora vett részt; a diákok egymással beszélgettek, dramatikus feladatokat végeztek, visszajelzéseket adtak egymásnak. A foglalkozások tematikája ugyan meghatározott volt, de a diákok igényei, a csoportfolyamatok alakulása függvényében ettől el lehetett térni. A „B” és a „C” típus e kettő között helyezkedett el, ezeket most nem jellemzem. (Tobler később a típusokat egyébként is összevonta, és nem interaktív [„A”, „B”], ill. interaktív [„C”, „D”] főtípusokat különböztetett meg.)

### *Csoportfolyamatok*

- "A" típusú programok – nincs interakció a tanár-diák, diák-diák kapcsolatban (pl. előadás)
  - Cél: a tudás/információ növelése
  - Intraperszonális kompetencia
  - Vezető: „tanár”
  - Fókusz: az egyén
  - Strukturált csoport, passzív résztvevő diákok
  - Homogén csoport
  - Kapcsolódás: nincs
  - Kommunikáció iránya: tanár → diák

("B" és "C" típusú programok - ezek bemutatásától itt eltekintünk)

- "D" típusú programok - az osztály mint csoport (csoportos megbeszélés, szerepjáték stb.)

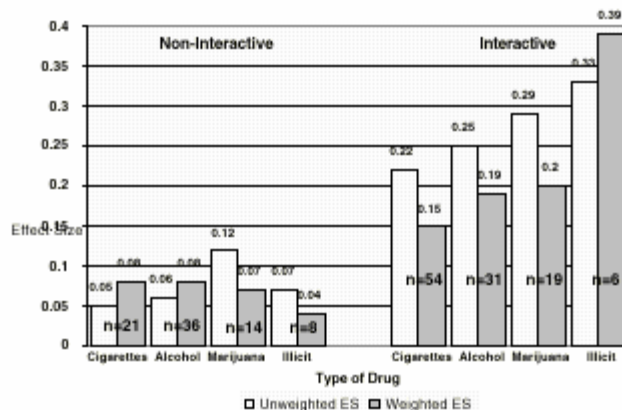
- Cél: az inter- és az intraperszonális fejlődés
- Interperszonális kompetencia
- Vezető: tanár mint facilitátor, szerepmódel
- Fókusz: az egyén és a csoport (az egyén fejlesztése a csoport-tapasztalatokon keresztül)
- Strukturált, de nyitott csoport, aktív résztvevő diákok
- Heterogén csoport (egyéni képességek, készségek függvénye a haladás)
- Kapcsolódás: közös célok a csoporttagok között, szerződés-kötés (átvitt értelemben)
- Kommunikáció iránya: csoporttag → csoporttag, saját élmények megjelenése

Tobler e második vizsgálata azzal a meglepő eredménnyel zárult, hogy a programok tartalma nem befolyásolja azok eredményességét. Az eredményességet itt a különböző drogok prevalenciájában bekövetkező változás jelenti a kontrollcsoport-hoz viszonyítva. Ami az eredményességet befolyásolta, az a program kivitelezése volt, tehát az a mód, hogy interaktív vagy nem interaktív formában került megrendezésre a prevenciós foglalkozás. Az eredményesség a következőképpen alakult:

Csoportfolyamatok:

- nem interaktív („A”, „B”): nulla vagy közel nulla
- interaktív („C”, „D”): jó eredményesség (15-40%-os hatás-erősség)

Ezt szemlélteti a következő ábra is, ahol a bal oldalon az eredménytelen nem interaktív programokat látjuk, míg a jobb oldalon a magasabb oszlopok az interaktív programok szignifikáns és jelentős eredményességét mutatják. Az egyes oszlopok különböző, legális és illegális drogokra vonatkoznak (a súlyozás = világos és sötét oszlopok értelmezésétől most eltekintek).



Tobler (1977) vizsgálatának eredménye; magyarázat a szövegben

### A RAND Corporation vizsgálata

A RAND Corporation politikatudományi, független civil szervezet, melynek kutatásaira az USA-ban széles körben hivatkoznak. Ez vonatkozik az iskolai drogprevenciós programokkal foglalkozó kutatására is (Caulkins és mtsai, 1999). Bár a kutatás elsősorban e programok költséghatékonyságával foglalkozik a szakirodalom feldolgozása alapján, következtetéseket von le az eredményesség vonatkozásában is. A vizsgálat egyetlen drog használatának prevenció általi vélelmezett csökkenésére irányult. Ez a drog az Egyesült Államokban a legtöbb problémát okozó kokain volt.

A kérdésfelvetés tehát úgy szól, vajon a prevenciós programok csökkentik-e rövidebb vagy hosszabb távon a kokainhasználatot. (A továbbiakban azt vizsgálták, hogy a prevenció mennyibe kerül, s hogy más módszerek, pl. a rendőrségi akciók hatékonyabbak, illetve olcsóbbak-e; ezzel a kérdéskörrel azonban jelenleg nem foglalkozom.) A kokainhasználat becsléséhez a marihuánahasználat adataira is támaszkodnak. Szakirodalmi tapasztalataik szerint az iskolai drogprevenciós programok 5 – 17%-os sávban csökkentik a marihuánahasználatot – azt azonban nem tudjuk, hogy a marihuánahasználat késleltetéséről van szó, vagy pedig az eredmények hosszú távúak, és élethosszig tartó alacsonyabb mértékű használatról beszélhetünk a prevencióban részt vett csoportok körében. Mint láttuk, ez a kérdés más programok hosszú távú eredményesség-vizsgálatánál is felmerül.

A következőkben matematikai becslések segítségével – figyelembe véve a marihuána- és a kokainhasználat együttjárását és más tényezőket – az iskolai programok eredményességét úgy adják meg, hogy hány gramm kokaint *nem* fog elfogyasztani a prevencióban részt vevő diák. Ennek az első pillantásra furcsa megközelítésnek az az oka, hogy utóbb ebből számolják tovább a költségtényezőket.

Három típusú programot különítenek el: az alacsony, a közepes és a magas hatékonyságút, s ennek megfelelően az a kokainmennyiség, amit a diákok nem fogyasztanak el, a következőképpen alakul:

Alacsony hatékonyságú program	Közepes hatékonyságú program	Magas hatékonyságú program
1,01 g	3,77 g	8,82 g

A RAND vizsgálataiból is az derül ki, hogy a prevenciós programok hatékonyak, noha ez a hatékonyság elég széles sávban mozog.

### Egyéb vizsgálatok

Sexter és mtsai (1984) egy eredményesség-vizsgálatban többféle iskolai prevenciós módszert hasonlítottak össze. Az összehasonlítás középpontjában maguk a konkrét módszerek, s nem annyira absztrakt modalitások álltak.

A szerzők öt típusú prevenciós tevékenység összehasonlítását végezték el. Ezek a következők voltak:

1. *Tanácsadás:* információ- és alternatíva-szolgáltatás a drogokkal kapcsolatban. A cél a tanulók önmegvalósításának javítása.

2. *Szülői hatékonyságnövelés:* a szülőket megtanítják arra, hogy képesek legyenek odafigyelni gyerekeikre - vagy más gyerekekre -, és tudjanak tanácsot adni nekik. Ezzel a szülők nevelési készségeit javítják.

3. *Kortárs csoport:* a kortárs csoportot három témakörben használják fel: az érzelmek közös megbeszélésében, átélésében, a problémamegoldás folyamatában és a kockázatvállalásban. A cél az, hogy a tanulók megtapasztalják kortársaik lelki támogatását.

4. *Hálózat*: ez részben egyfajta "pajtás-rendszert", azaz egy idősebb mentor kortárrsal való barátkozást jelent, aki a tanulót segíti, részben pedig csoportos problémamegbeszéléseket. A tanulók így jobban ráláthatnak problémáikra és a "pajtás" segítheti őket ezek megoldásában.

5. *Humanisztikus nevelés*: értéktisztázást és rendszerezést, véleményformálást és döntéshozatalt jelent, illetve a módszer mindezek jobbítását célozza meg. A cél a tanulók önismeretének és önértékelésének növelése, illetve javítása.

Az adatok (a prevenciót megelőző és azt követő drogfogyasztásra vonatkozó adatok összevetése) szerint a szülői hatékonyságnövelés és a kortárcsoport-modellek a kontrollcsoporthoz képest jobb eredményt produkáltak az alkoholfogyasztásban. A tanácsadás- és a hálózatmodellek eredményei nem különböztek a kontrolltól (ahol nem volt prevenció), míg a humanisztikus nevelés a kontrollnál rosszabb eredményt hozott.

A kortárcsoport-modell volt az, mely az egyéb drogok terén is (ideértve a szerves oldószereket, a marihuánát) jobb eredményt adott a kontrollcsoporthoz képest. A kortárcsoport-modellen belül különösen két tevékenység volt eredményes: amikor a diákok egyéni beszélgetésen vehettek részt a prevenciós team tagjaival, illetve az ún. "pajtás-rendszerben", amikor minden tanuló egy idősebb segítő kortársával beszélhette meg a problémáit.

Rhodes és Jason (1988) a szociális készségfejlesztés és a közösségi akciók szempontjából foglalják össze az iskolai drogrevenációs módszereket. Összegzésük lényegében nem tér el az előzőekben bemutatott módszerektől, csak gyakorlatiasabb.

1. *Szociális asszertivitás tréning*: a tréning feltételezése szerint az alacsonyabb szociális kompetenciájú tanulóknak nagyobb hatással van szüleik, illetve kortársaik drogfogyasztása, mely hatást egyéb tényezők (rossz énhatékonyság, hiányos társas támogatás, stb.) még fokozzák. Az asszertivitást fejlesztő program tíz, ötvenöt perces foglalkozásból áll, ahol a tanulók megismerkednek a drogok hatásaival, a drogozás következményeivel, megtanulnak nemet mondani és ellenállni kortársaik, a felnőttek és a reklámok drogozás felé terelő hatásainak.

2. *Kognitív viselkedéses készségfejlesztő tréning*: a stressz leküzdésének (coping) eszköztáráját bővíti. A program nyolc, egyenként egyórás foglalkozásból áll, ahol

előtérben a problémamegoldó stratégiák, illetve a problémás helyzetek állnak. A cél az, hogy könnyen elsajátítható módszerekkel a diákok megtanulják, hogyan szabadulhatnak meg a stressztől, a szorongástól és a kortársak káros befolyásától. A tréning modellkövetésből, szociális visszacsatolásból és megerősítésből, valamint helyzetgyakorlatokból áll.

3. *Életkészségek fejlesztése*: a módszer az önértékelést növeli, segít ellenállni a kortársak befolyásának (pl. ellenvélemény kialakításával, a csábítás identifikálásával, kommunikációs gyakorlatokkal). A program féléves időtartamú.

Egy új amerikai vizsgálat szerint (Alcoholism & Drug Abuse Weekly 14(7):3-4, 2002.) kockázati csoportok tagjai körében is hatékonyak a prevenciós programok. A több helyszínen zajló vizsgálatban 10 500 fiatal vett részt, akik szegények voltak, magas volt körükben a bűnözés és a droghasználat előfordulása. A tapasztalatok szerint a fiúk inkább a program idején változtattak viselkedésükön, vagy a program ideje alatt nem kezdtek el drogozni, míg a lányok esetében a program hosszabb távú hatásokat mutatott. Az is kiderült, hogy a „hatásháló” az igazán hatékony: az iskola, a család és a helyi közösség együttműködése, az ezekről a szinterekről érkező hatások egymást erősítő jellege. Ez a vizsgálat is az életvezetési készségek, a pozitív kortárs kapcsolatok és az önismeret szerepét hangsúlyozza. Fontos tényezőnek bizonyult a program kivitelezése, megtervezése, a célok előzetes kitűzése, majd a célok szerint végrehajtott munka. Szintén fontos volt a résztvevők aktív bevonása, ami kiterjedt az iskolán kívüli szinterekre, illetve tevékenységekre, sőt azokra a helyszínekre is, ahol a veszélyeztető magatartások előfordulnak. A dohányzás, alkohol- és marihuánahasználat első előfordulása 12%-kal alacsonyabb volt a programban résztvevők körében, mint a kontrollcsoport tagjainál, és ez a hatás 6%-os értékben még a 18. hónapban is megfigyelhető volt. Azok között, akik a program indulásakor már használtak pszichoaktív szereket, a használat 10%-kal csökkent a program végére, és ez a 18. hónapos utánkövetéskor 22%-ra emelkedett (ahogy szó volt róla, lányoknál a hatások később jelentkeztek).

A Drogabúzus Nemzeti Intézete a 90-es évektől a prevenció szokásos tagolásával szemben (elsődleges, másodlagos, harmadlagos prevenció – az Egészségügyi Világszervezet ajánlása alapján) egy másik felosztást kezdett alkalmazni. Ezt kiterjesztette az iskolai, illetve a fiatalokat más szintereken érő programokra is (Kumpfer).

- *Univerzális prevenció*: a fiatalok általános populációjára irányul. Pl. ilyen az iskolai programok java része, a médiaprogramok többsége.



- *Szelektív prevenció:* nagy kockázatú egyéneket vagy családokat céloz meg azon az alapon, hogy magas kockázatú csoportok tagjai. Tehát az egyéni szükségletek vagy diagnózisok a prevenció tervezésekor nem lényegesek; a prevenció célcsoportjai azok a csoportok lesznek, melyek epidemiológiai vagy más gyakorlati szempontból kockázati faktorokkal rendelkeznek. Ezek a kockázati faktorok lehetnek demográfiaiak, a pszichoszociális környezettel összefüggők és genetikai vagy biológiai tényezők. Ezek a prevenciós programok hosszabbak, inkább „belenyúlnak” az egyének életébe, és kisebb létszámú csoportokkal dolgoznak, ha csoportmódszereket is alkalmaznak.
- *Indikált prevenció:* többszörös kockázati tényezőket céloz meg diszfunkcionálisan működő családok esetében. Ezeket a családokat – vagy tagjaikat – általában jelzik vagy beutalják speciális intézményekbe valamilyen konkrét, diagnosztizált problémával. Ilyen lehet pl. iskolai bukás, gyermekkori beilleszkedési vagy magatartászavar, droghasználat vagy a szülők részéről a gyerek szexuális vagy fizikai bántalmazása, súlyos elhanyagolása. Ezek a prevenciós programok kiegészülhetnek családterápiás módszerekkel, otthoni családi lelki, szociális vagy gyermekjóléti szolgáltatások igénybevételével. Sokszor egyénnel vagy egyes családokkal dolgozunk. Ezeknél a prevenciós programoknál a prevenció és a terápia közötti határ meghúzása néha nehéz: pl. a gyerek magatartászavarára irányuló kezelés terápiának minősül, de ugyanez a droghasználat kialakulása szempontjából prevenciós beavatkozásként kategorizálható (ha a gyerek még nem drogozik). A különbségtevés fontos, mert családterápiával csak arra képzett orvos vagy pszichológus foglalkozhat Magyarországon.

## **Európai uniós tapasztalatok**

Az Európai Unióban a prevenciós programok olyan jellegű szisztematikus vizsgálatára nem került sor, mint azt az amerikai példán láttuk. Egyelőre módszertani kérdésekkel foglalkoznak, prevenciós és prevenciós program-értékelő konferenciákat tartanak, és ilyen tartalmú kiadványokat jelentetnek meg (EMCDDA, 1998; Neaman és mtsai, 2000). Ezt a munkát az Európai Drogokkal és Drogaddikcióval foglalkozó Monitorozási Központ (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) végzi. Ugyanez a központ működteti az „Exchange on Drug Demand Reduction Action” (EDDRA) projektet 1999 óta (<http://www.reitox.emcdda.org:8008/eddra/>). Ez az EU keresletcsökkentéssel

foglalkozó programjaiból mutat be egy válogatást (tehát nemcsak iskolai prevenciós programokból). Jelenleg (2004. november) 471 program leírása található meg az adatbázisban. A projekt alapvető problémája, hogy gyakorlatilag válogatás és minőségi követelmények nélkül kerülhet be egy program az adatbázisba (tehát ha a programvezető jelentkezik). Ezért az itt szereplő programok értékelése és esetleges követése, adaptálása óvatosságot igényel.

## **Prevenciós programok és az értékelés**

A „*Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására*” Országgyűlési határozat is kiemeli az értékelés jelentőségét, nemkülönben az Európai Unió drogellenes akcióterve, ahol egyenesen „*európai értékelési kultúráról*” beszélnek (lásd még Rác, 1999).

## **Összegzés: az eredményes prevenció elvei**

Végül, összegezhetjük, hogy milyen iskolai prevenciós programok tekinthetők hatékonynak. Ahogy erről szó esett, valójában csak általános elveket lehet megfogalmazni, konkrét módszertani ajánlásokat még nem lehet tenni. Most a *Nemzeti Drogabúzus Intézet* (NIDA) 1997-ben meghatározott alapelveit ismertetem. Ezek a következők<sup>1</sup>:

- A prevenciós programoknak a „protektív faktorokat” kell erősítenie, és csökkenteni a „kockázati”, „veszélyeztető” tényezők befolyását.
- A prevenciós programoknak az összes pszichoaktív anyagra ki kell terjedniük (dohányzás, alkohol- és gyógyszerfogyasztás, kábítószer-és inhalánshasználat).
- A prevenciós programoknak tartalmazniuk kell olyan készségek fejlesztését, melyek segítenek a fiataloknak ellenállni a drogok kínálásának, erősítik a személyes elkötelezettségüket a drogokkal szemben, növelik szociális kompetenciájukat (pl. kommunikációjukat, kortárs kapcsolataikat, én-hatékonyságukat, asszertivitásukat, és megerősítik a drogokkal szembeni attitűdjeiket).
- A prevenciós programok interaktívak (pl. csoportos beszélgetéseket alkalmaznak), és a hangsúly nem a didaktikus előadásokon van.
- A prevenciós programok bevonják a szülőket; így megerősítik a fiatalok felé továbbított üzeneteket, valamint lehetőséget teremtenek arra, hogy a család ezeket a

témákat megbeszélje, és kialakítsa a család stratégiáját ezekkel az anyagokkal szemben (mit, hány éves korban lehet vagy nem lehet használni).

- A prevenciós programok hosszú távúak, végigkísérik az iskolai pályafutást, ismétlődnek, megerősítve a korábban kitűzött célok elérését.
- A család-központú prevenciós programok hatékonyabbak, mint a csak a gyerekeket vagy csak a szülőket megcélzó programok.
- A közösségi programok, melyek médiakampányokat és stratégiai-politikai változásokat tartalmaznak (pl. alkoholos italok kiszolgálása 18 év alatt, dohányárak reklámja és forgalmazása) eredményesebbek, ha iskolai vagy családi intervenciókkal párosulnak.
- A közösségi programoknak erősíteniük kell a drogokkal szembeni normákat, minden szinten: az iskolában, a családban és a helyi közösségben.
- Az iskolai programoknak minden, iskolába járó populáció-szegmenst el kell érniük, ezen kívül speciális módszereket kell alkalmazniuk a különösen veszélyeztetett populációkkal kapcsolatban (pl. magatartásproblémás gyerekek, tanulási nehézségekkel küzdő tanulók, potenciális iskolából kimaradók).
- A prevenciós programoknak figyelembe kell venniük az adott közösségben jelentkező drogjelenség speciális természetét.
- Minél nagyobb a kockázat egy adott populációban, annál intenzívebb prevenciós beavatkozásokra van szükség, és annál korábban el kell kezdeni ezeket a beavatkozásokat.
- A prevenciós programoknak életkor-specifikusnak kell lenniük, alkalmazkodniuk kell a fiatalok fejlettségéhez, valamint figyelembe kell venniük a diákok kulturális hátterét.
- A hatékony prevenciós programok költséghatékonyak. Becslések szerint minden prevencióra költött dollár 4-5 dollárnyi megtakarítást okoz a kezelési költségek csökkenésével (és az egyéb költségek, pl. a kriminalitással kapcsolatosak, ebben a számításban nem is szerepelnek).

## Hivatkozások

Bandura A (1977): Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Botvin GJ, Renick N és Baker E (1983): The effects of scheduling format and booster sessions on a broad-spectrum psychosocial approach to smoking prevention. *J Behav Med* 6(4):359- 379.

Caulkins JP, Rydell CP, Everingham SS, Chiesa J és Bushway (1999): An ounce of prevention . A pound of uncertainty. The cost-effectiveness of school-based drug prevention programs. Drug Research Center, RAND, Santa Monica, CA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1998): Guidelines for the evaluation of drug prevention. A manual for program-planners and evaluators. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Jessor R és Jessor SL (1977): Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth. New York:Academic Press.

Kumpfer KL: Identification of drug abuse prevention programs. Literature Review. NIDA Resource Center for Health Services Research. [www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov)

Neaman R, Nilson M és Solberg U (szerk.)(2000): Evaluation: a key tool for improving drug prevention. EMCDDA, Luxembourg.

Rácz J (2000): Prevenció programok értékelése. Ifúsági és Sportminisztérium, Budapest.

Sexter J, Sullivan AP, Wepner SF és Denmark R (1984): Substance abuse: Assessment of the outcomes of activities and activity clusters in schoolbased prevention. *International Journal of the Addiction*, 19,1:79-92.

Rhodes JE és Jason LA (1988): Preventing substance abuse among children and adolescents. Pergamon Press, New York.

Tobler NS (1986): Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program group. *Journal of Drug Issues*, 16,4:537-567.

Tobler NS (1997): Meta-Analysis of adolescent drug prevention programs: Results of the 1933 meta-analysis. In: Bukoski WJ (szerk.): Meta-Analysis of drug abuse prevention programs. NIDA Research Monograph 170, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, Rockwell, MD, 5-68.

---

<sup>1</sup> Részletesen lásd: [www.drugabuse.org](http://www.drugabuse.org). Továbbá: Bukovski és Evans: Cost-benefit/cost-effectiveness research on drug abuse prevention: implication for programming and policy. US Dept. Of Health and Human Services, National Institute of Health, NIDA Monograph Series.