drogkutató intézet

INTERDISZCIPLINÁRIS DROGSZEMLE

Drogkutató Intézet

I. évfolyam 1. szám
2020. november

Impresszum:

Kiadja a Drogkutató Intézet Nonprofit Kft.

Cím: 1137 Budapest, Radnóti utca 25.

II. emelet 2/A.

Felelős kiadó: Pongrácz Bálint László ügyvezető

Főszerkesztő: Dr. Deák Csilla

Vezető kutató: Dr. Deák Csilla

Kutató munkatársak:

Csigi Ádám
Balikó Fanni
Baráth Noémi
Pogácsás Nóra
Raffai Gellért
Szabó Jennifer

Tartalomjegyzék

A drog fogalmi meghatározásai, csoportosításai, megjelenései a klasszifikációs rendszerekben **3**

A kábítószer fogyasztás szankcionálása **16**

A nők és szerhasználat I. A női szerhasználat elméleti, epidemiológiai és bio-pszicho-szociális háttere **26**

A szermentes megváltozott tudati állapotok áttekintése **40**

Narratív szemléletmód a szerfüggő önéletírások és felépüléstörténetek mögött **50**

Az új pszichoaktív anyaggal visszaélés büntetőjogi szabályozásának alakulása Magyarországon a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények viszonylatában **62**

Pszichoaktív szerfogyasztás a fogyatékossággal élők körében **73**

A drog fogalmi meghatározásai, csoportosításai, megjelenései a klasszifikációs rendszerekben

RAFFAI GELLÉRT

***Háttér és célkitűzés*: A drog fogalmi meghatározottsága a jelenség számos vetülete miatt sokrétű, így fontos áttekinteni a jelenleg használatos definíciókat, a droghasználói megnevezéseket, amelyek megalapozzák a megfelelő nómenklatúra használatát. Ezzel együtt a bio-pszicho-szocio-spirituális egészségmodell szempontjából problémásnak tekintett szerhasználat következményeit tekintem át a hazánkban jelenleg használatos klasszifikációs (diagnosztikus, nozológiai) rendszerekben – a BNO-10-ben és a DSM-5-ben.**

A drog definitív bizonytalanságai

A drog eredetileg a francia és holland nyelvekből eredő szó, jelentése szárított fűszer, illetve növényi vagy állati eredetű gyógyhatású anyag. A magyar nyelv is sokáig használta a gyógyhatású asszociációt – gondoljunk csak a drogéria kifejezésre, amely egykor a gyógyszertár, később illatszerbolt szinonimájává vált.

A drog, mint kifejezés már önmagában is több szinten értelmezhető. A leggyakrabban a laikus értelmezésében merül fel, amelyhez olyan asszociációk társulnak, hogy „illegális anyag” vagy „kábítószer”, azonban ahogy később látni fogjuk a drog és a kábítószer szinonimaként való társítása tudományos szempontból megalapozatlan.

Ennél megalapozottabb a drog kifejezést úgy definiálni, mint olyan természetes vagy mesterséges anyag, amely az emberi szervezetbe kerülve a központi idegrendszerre hat, így

megváltoztatva annak működését, funkcióit. Ennek a definíciónak a paradoxona, hogy specifikusabbnak hat, mégis sokkal átfogóbban közelít az anyagokhoz, abból sokkal nagyobb halmazt képez (alkohol, gyógyszerek, heroin, koffein, LSD, MDMA, nikotin, stb.) ezzel túlmutat a legális – illegális felosztáson. Itt érdemes tudatosítanunk, hogy a kábítószer tulajdonképpen egy jogi kategória, vagyis az illegális anyag meghatározására használja a jogalkotó, aminek paradoxona pedig abban áll, hogy a legtöbb illegális anyag hatását tekintve nem „kábít" (Takách, 1998).

Érdekesség, hogy a drog kifejezés az angol nyelvben (drug) is a kiterjedtebb kategorizációt fedi le, a szó jelentése olyan gyógyszer vagy egyéb anyag, amely a szervezetben valamilyen élettani hatás, változás kiváltására képes. Ezen a ponton világossá válik a korábban vázolt meghatározással való különbség. A hazai definíció a központi idegrendszerre gyakorolt hatást hangsúlyozza, amely elsősorban pszichés jelenségekre, tünetekre utalhat, pl. eufória, míg az angolszász meghatározás a gyógyszerek bármelyikének bármely hatására utalhat, pl. vérnyomáscsökkentés. Természetesen a két meghatározás jelentős átfedésben is van, hiszen a központi idegrendszerre ható szerek (pl. a kokain) a pszichés hatásuk (pl. grandiozitás – fokozott önértékelés megélése) mellett jelentős szomatikus, vegetatív hatást is okoznak (pl. pulzus jelentős emelkedése). Ugyanígy egy specifikusan organikus hátterű, szomatikus tünetre adott szer is járhat pszichés hatásokkal, változásokkal (pl. Viagra).

Ezen két meghatározás szintézisének tekinthető a manapság tudományos és klinikai körökben egyaránt elfogadott pszichoaktív szer kifejezés.

Vitathatatlan, hogy a drog kifejezés a nemzetközi szóhasználatból szivárgott át a hazaiba, így logikus lett volna, ha annak széleskörű (tehát a gyógyszereket is magába foglaló) jelentése honosodik meg. Ennek ellenére a vélhetően amerikai filmeken, zenéken keresztül beáramló kifejezés sok negatív konnotációval kontaminálódhatott (gondoljunk csak a 70'-es években Nixon elnök által meghirdetett „War on drugs" kampányra), így szűkült le a jelenleg elterjedt „illegális kábítószer" jelentésre a magyar köznyelvben.

A droghasználó megnevezései

„Csupán két iparág nevezi az ügyfeleit felhasználóknak: az illegális drogbiznisz és a szoftvertechnológia."

Edward Tufte (amerikai statisztikus, politológus, professor emeritus)

Amint látható, a drog fogalma körül is számos bizonytalanság van, így a droghasználó megnevezése is legalább ilyen dilemmák elé állít. A fentebbi idézetnek egyébként érdekes következtetése lehet, hogy a drogok és a szoftverek használatának hátterében egyaránt az emberek addikciókra való fogékonysága rejtőzhet, ezt számos kutatás és klinikai gyakorlat bizonyítja Hollander 1993-as addiktív spektrum hipotézise óta, amely a viselkedéses és szerrel összefüggő problémákat is egymással összefüggő módon értelmezi (Hollander, 1993).

A hazai gyakorlatban tehát a drogfogyasztó és a droghasználó kifejezések szinonimák, egyaránt elterjedtek, a jogi gyakorlatban a fentebb leírt gyakorlat miatt a kábítószerfogyasztó szóösszetétel alkalmazott.

A szakemberek (kutatói és klinikusi oldalról egyaránt) a problémás szerhasználat kapcsán az addiktológiai beteg és a szenvedélybeteg kifejezéseket használják. A szenvedélybetegség elnevezés (ami egyébként az addikció magyaros, szinonim formája) a pszichiátriában használt meghatározásából ered: olyan mentális- és viselkedészavarok, amelyek az agy állapotát befolyásoló anyagok eltúlzott vagy tartós használatából erednek, ennek oka, hogy az egyénnek ellenállhatatlan a szerfogyasztásra irányuló késztetése, így az mindent maga alá gyűr, megelőz, vagy hiányállapotot okoz, ami miatt az egyén sóvárgást érez.

A WHO 1964-től nem javasolja az addikció kifejezés használatát az angol megfelelőhöz (addiction) tapadó negatív asszociációk miatt. Hazánkban azonban az addiktológia, addiktológus szakorvos / szakpszichológus, addiktológiai osztály, ambulancia, stb. formájában továbbra is elterjedt, elfogadott (Tringer, 2010).

A problémás szerhasználat súlyosan patológiás szerhasználattá válhat, ekkor a klinikai kép különböző stádiumai alapján megjelennek a drogintoxikált, drogabuzáló, drogfüggő (és ugyanígy kábítószerfüggő, szerfüggő, stb.) kifejezések is. A szakemberek pedig ennek megfelelően többek közt drogfüggő (Gabbard, 2016), kémiai függőségben szenvedő (Gerevich, 1997) vagy az addiktológiai beteg (Mórotz, Perczel-Forintos, 2010) kifejezéseket használják. A pszichoaktív kórképek keresztmetszeti sajátosságait a klasszifikációs rendszerek bemutatásakor tárgyalom részletesen.

Érdekesség, hogy a szerfogyasztó szubkultúrák is a maguk sokszínűségének megfelelően alkalmaznak szociolektikus csoportnyelvet (szleng), kifejezéseket önmagukra vagy a részben eltérő kultúrájú szerfogyasztókra, amikkel érdemes tisztában lennünk. Általánosságban az illegális pszichoaktív szerfogyasztás terén sajátélménnyel rendelkezők a sajátélménnyel nem rendelkezőket norminak szokták nevezni. A szerfogyasztás által a személyiségfejlődés vélt vagy valós motivációját hangsúlyozó, spirituális élményeket kereső fogyasztók hajlamosak önmagukat pszichonautának hívni. A szerfogyasztásban kontrollvesztett, klinikai értelemben is jelentős életvezetési diszfunkciókat megélő, „lecsúszó" fogyasztókra (akik leggyakrabban heroinfogyasztók) a szubkultúrában a junkie kifejezés volt egykor elterjedt. Az illegális pszichoaktív szerek terjesztőinek elnevezése pedig a mai napig használatos dealer, illetve nepper.

Ezzel együtt a szerek elnevezései (pl. laszti - MDMA, trinyó - LSD), a használati típusok (pl. csúzli), hatást leíró kifejezések (pl. flash) – összefüggésben az illegális jelleg miatti rejtőzködéssel – roppant gazdag és változatos szókincsét szinte szlengszótárrá lehetne összeállítani, amit Demetrovics 90'-es évekbeli kutatásai meg is alapoztak (Demetrovics, 1997).

A hatásalapú elnevezések

„Csodálkozol a kokainistán, s nem érted? Gondolkozzál az okain is tán - s megérted!"

Kosztolányi Dezső

A drogok csoportosítása hagyományosan a pszichoaktív hatásjellegnek megfelelően történik, ami összefügg azzal, hogy az adott használó milyen célból (pl. önmedikalizációs hipotézis), életvezetési nehézségeinek megoldása szempontjából hogyan alkalmazkodva, milyen funkció miatt használ bizonyos szereket (Demetrovics, 2007).

Ezalapján az alábbi nagy csoportokat szokás megkülönböztetni:

- Narkotikumok, depresszánsok, amik hatékony fájdalomcsillapítók, csökkentik a feszültségeket és oldják a szorongást, pl. alkohol, heroin, ópium, stb.

- Stimulánsok, serkentőszerek, amik fokozzák a szellemi, fizikai aktivitást és a teljesítőképességet pl. amfetamin, koffein, kokain, stb.
- Hallucinogének vagy pszichedelikumok (tudattágítók), amik elfojtott tudattalan élmények megértését, spirituális csúcsélményeket okozhatnak, pl. DMT, LSD, meszkalin, pszilocibin, stb. Fontos hangsúlyozni, hogy maga a hallucinogén elnevezés meglehetősen vitatott, hiszen pszichopatológiai szempontból ritkán okoznak valódi hallucinációkat, sokkal inkább illúziókat vagy pszeudohallucinációkat.
- Valamint a vitatott besorolású vagy összetett hatásmechanizmusú szerek, pl. a leggyakrabban vidám tompaságot okozó kannabinoidok;

A csoportosítás szinte a végtelenségig bővíthető lehetne, hiszen gyakorlatilag ahány szer, annyiféle hatás létezik. A fogalmi kategóriák szempontjából azonban érdemes kiemelni néhány különleges hatás megnevezését:

Enteogén, aminek jelentése vallási víziókat keltő, tudatmódosító szer. Ezek gyakran kapcsolódnak egyházi szertartásokhoz, tipikusan ilyen az ayahuasca.

Empatogén, entaktogén, aminek jelentése beleélést, érzelmi közösség megélését elősegítő tudatmódosító szer, tipikusan ilyen az MDMA (Móró, 2017).

A használatalapú elnevezések

A drogok sokfélesége a felhasználás sokféleségében is leképződik, érdemes áttekinteni azokat a felhasználási típusokat, amik a leggyakrabban előfordulnak:

- Rekreációs használatnak nevezzük azt a formát, amikor az egyén kikapcsolódásként, pihenésként, tehát szabadideje eltöltése céljából nyúl valamilyen szerhez. Ide tartozik a szociális használat, amely társas közegben zajló szerfogyasztást jelent. Az ártalomcsökkentésben járatos segítők tapasztalatai alapján (természetesen a szer típusától és a dózistól függően) akár egyszeri fogyasztás is járhat negatív következményekkel. Az eltúlzott, visszatérő formában történő droghasználat pedig szenvedélybetegség kialakulásához vezethet. Ahogy tehát az LSD-t felfedező Hofmann is megfogalmazta - a különböző pszichoaktív szerek a potenciális ártalmaik és

veszélyességük miatt könnyen válhatnak „bajkeverő csodagyerekké” - a “bajok” pedig némely esetben kiszámíthatatlanok (Hofmann, 2006).

- Gyógyászati felhasználásnak nevezzük a pszichoaktív hatású szerek gyógyító, vagy legalábbis tünetcsökkentő hatású fogyasztását, ide tartozik az enyhe altató és nyugtató hatással rendelkező citromfű, illetve bizonyos országokban az orvosi marihuana, utóbbi esetben azonban reális veszélye van a visszaéléseknek, ahogy ezt számos nemzetközi példa is mutatja.
- Terápiás használatnak nevezzük a folyamatot, ha pszichoterápiás képzettséggel rendelkező szakember (pl. klinikai szakpszichológus, pszichiáter szakorvos) a mentális- és viselkedészavarral diagnosztizált kliensének elakadásait pszichoaktív szerrel (asszisztált) módon kezeli. Ezek a terápiás technikák bizonyos szerek kapcsán évtizedekig működtek (pl. LSD), majd a jogi szabályozás miatt megszűntek, megváltoztak (LSD helyett holotróp légzés), bizonyos szerek pedig a közelmúltban váltak ilyen célból is alkalmazhatóvá (pl. ketamin) vagy a közeljövőben válhatnak azzá (pl. MDMA, amely a PTSD kezelésében kiváló hatékonysággal rendelkezik). Hangsúlyozni szükséges tehát, hogy bizonyos pszichoaktív szerek kutatási és pszichoterápiás szempontból akár “csodaszerré” is válhatnak, de kizárólag jól kontrollált és biztonságos körülmények között (Szummer, 2016).
- Vallási használatnak nevezzük a transzcendens célból kiváltott tudatállapotváltozásokat, amelyek szinte valamennyi kultúrában megtalálhatóak (pl. sámánizmus és a meszkalin), napjainkban pedig a Dél-Amerikában keresztény egyházi szertartások során történő szerfogyasztás is ilyen (pl. Santo Daime és az ayahuasca).

Klasszifikációs kategóriák a BNO-10-ben

A Betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása kézikönyv 10. revíziója (röviden BNO-10) az a WHO által 1992-ben kiadott kötet, amely a hazánkban is működő klasszifikációs (diagnosztikai, nozológiai) rendszerek alapja. Ebben valamennyi betegség, köztük a mentális- és viselkedészavarok leírása megtalálható. A pszichoaktív szer által okozott mentális- és viselkedészavarok kódjai F10-F19 közöttiek.

A kódolás tehát mindig négy karakterből áll:

1. karakter: F (tehát mentális- és viselkedészavarról van szó)

2. és 3. karakter: pl. F16 (tehát a használt szer azonosítója - hallucinogén)

4. karakter: pl. F16.5 (tehát a klinikai állapot – hallucinogén által okozott pszichotikus zavar / hallucinosis / paranoia)

A BNO-10 felhívja figyelmünket arra, hogy a zavarok széles köre kódolható általa, melyek azonban különböznek súlyosságukban vagy a klinikai képben, melyek pszichoaktív szer használatából erednek. Segíti a diagnosztikai folyamatot, ha valamennyi rendelkezésünkre álló információforrást használjuk, így az autoanamnézist, vér- és vizelettesztek eredményeit, pszichés és viselkedéses tüneteket, esetlegesen a páciensnél lévő el nem fogyasztott drogot vagy egy harmadik személy beszámolóját (heteroanamnesis).

A BNO-10 legnagyobb haszna, hogy kódolhatóvá teszi az aktuális klinikai állapotot:

.0 Akut intoxikáció: A pszichoaktív szerfogyasztást követően kialakuló tudat- és észlelészavar, kognitív, érzelmi vagy viselkedési tünetekkel. A zavar közvetlenül kapcsolatba hozható a fogyasztott szer akut farmakológiai hatásával, és idővel oldódik, teljes tünetmentességgel, kivéve ha komplikáció nem lép fel.

.1 Káros használat (abusus): A pszichoaktív szer használatának olyan módja, mely egészségkárosodást okoz fizikai (mint pl. hepatitis a pszichoaktív szerek injekciós önadagolásától) vagy mentális (mint pl. a nagy mennyiségű alkohol fogyasztását követ depressziós időszakok).

.2 Dependencia: Viselkedési, kognitív és élettani jelenségek meghatározott együttese, amely ismételt használatot követen alakulhat ki. Jellemző az erős vágy a szer fogyasztására, a használatának a kontrollálási nehézsége, a káros következmények ellenére a fogyasztás folytatása, a szerfogyasztás előnyben részesítése más aktivitásokkal szemben, és hiányérzet, megnövekedett tolerancia, valamint néha fizikai megvonási tünetek.

.3 Megvonási szindróma: A szer állandó használatát követen relatív vagy teljes megvonás után kialakuló különböző, változatos csoportjai a tüneteknek. A kezdete és a lefolyása időben behatárolt, és a pszichoaktív szer típusától valamint az abbahagyás vagy a

jelentős mérséklés előtti, legutoljára használt dózis nagyságától függ. A megvonás komplikációja lehet az alkalmi konvulzió.

.4 Megvonási szindróma deliriummal: Az az állapot, mikor a megvonási szindróma szövődményeként delirium alakul ki (a figyelem és a tudatosság rövid idő alatt kialakuló súlyos és fluktuáló zavara).

.5 Pszichotikus zavar: Pszichotikus tünetek egy csoportja észlelhet pszichoaktív szer használata vagy azt követen, és a tünetek nem magyarázhatók akut intoxikációval vagy megvonással. Jellemzik a hallucinációk, a percepció zavarai, téveszmék, pszichomotorium zavara (nyugtalanság vagy stupor), és abnormális érzelmek, az intenzív félelemtől az ekszt̀ázisig.

.6 Amnesztikus szindróma: A megőrző emlékezés (a rövid és hosszú távú memória) krónikus és kifejezett károsodása jellemzi ezt a szindrómát. Az azonnali felidézés (a megjegyző emlékezés) megkímélt és a közeli emlékek nagyobb mértékben károsodtak mint a távoliak. Az időérzék és a dolgok sorrendiségének a zavara szembetűnő, épp úgy mint az új dolgok megtanulási nehézsége. Konfabuláció kifejezett lehet, de nem mindig észlelhet.

.7 Reziduális és késői (kezdetű) pszichotikus zavar: Az alkohol vagy pszichoaktív szer indukálta változás a kognitív funkciókban, affektusokban, személyiségben és viselkedésben sokkal tovább tart, mint ahogy azt észszerűen pszichoaktív szer hatás esetén várható volna. A kezdete a pszichoaktív szer fogyasztásával esik egybe. Azokban az esetekben, ahol a fenti állapot kezdete későbbi mint a pszichoaktív szerek használata, csak akkor kódolható itt, ha határozottan bizonyítható, hogy a pszichoaktív szer használat okozta reziduális állapotról van szó. A flashback-et el lehet különíteni a pszichotikus állapottól annak átmeneti, időnként nagyon rövid idejű, lefolyása alapján, és a korábbi alkoholos vagy más pszichoaktív szerrel kapcsolatos élmények megduplázódása szerint.

.8 Egyéb meghatározott mentális és viselkedészavarok

.9 Nem meghatározott mentális vagy viselkedészavarok

Ezt követően sorolja fel a BNO-10 mindazokat a pszichoaktív szereket, amelyek a fentebb említett klinikai állapotokat képesek előidézni. Természetesen ezek gyakorisága roppant eltérő, némelyik kifejezetten valószerűtlen, azonban a kódolás elméletileg lehetséges.

F10.- Alkohol okozta mentális- és viselkedészavarok

F11.- Opiátok használata okozta mentális- és viselkedészavarok

F12.- Cannabis és származékai által okozott mentális és viselkedészavarok

F13.- Nyugtatók és altatók használata által okozott mentális- és viselkedészavarok

F14.- Kokain használata által okozott mentális- és viselkedészavarok

F15.- Egyéb stimulánsok használata által okozott mentális és viselkedészavarok beleértve a koffeint

F16.- Hallucinogének használata által okozott mentális - és viselkedészavarok

F17.- Dohányzás okozta mentális- és viselkedészavarok

F18.- Illékony oldószerek (spray) okozta mentális- és viselkedészavarok

F19.- Többféle drog és egyéb pszichoaktív anyagok használata által okozott mentális- és viselkedészavarok. Ezutóbbi kódolás használandó, ha legalább kettő vagy többféle pszichoaktív szer együttes hatása feltételezhető, de nem tudni melyik felelős a legdominánsabb tünetekért (politoxikománia), vagy nem egyértelműen beazonosítható a pszichoaktív szer, pl. új típusú pszichoaktív szerek, designer drogok (BNO-10, 2004).

Klasszifikációs kategóriák a DSM-5-ben

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kiadott A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének 5. revíziója (röviden DSM-5) szintén mindennapos eszköz a mentális- és viselkedészavarokkal foglalkozó kutató és klinikus szakemberek kezében egyaránt. A DSM-5 Szerrel kapcsolatos és addiktív zavarok fejezetben tárgyalja a releváns mentális zavarokat, amiket az alábbi szercsoportokba sorol: alkohol, koffein, cannabis, hallucinogének (külön a fenciklidin); inhalánsok és opioidok; szedatívumok, hipnotikumok és anxiolitikumok; stimulánsok (köztük az amfetamin és a kokain); nikotin és az egyéb csoport. A szerrel kapcsolatos zavarokat két csoportra osztja: szerhasználat zavarok és szer kiváltotta zavarok – ezek a BNO-10-hez hasonlóan az akut intoxikáció, megvonás vagy a szer által kiváltott egyéb mentális- és viselkedészavarok. Ez utóbbiak valamelyest sokrétűbbek, mint a BNO-10-ben láttuk, ezért érdemes felsorolni: pszichotikus zavarok, bipoláris zavarok, depresszív zavarok, szorongásos zavarok, kényszeres zavarok, alvászavarok, szexuális diszfunkciók, delírium, neurokognitív zavarok. A DSM-5 rendszer sajátossága a diagnosztikai kritériumokat használó jellege, ami alapján a következő zavarokat képes diagnosztizálni:

Alkoholhasználat zavar

Alkohol intoxikáció

Alkoholmegvonás

Koffeinintoxikáció

Koffeinmegvonás

Cannabishasználat zavar

Cannabisintoxikáció

Cannabismegvonás

Fenciklidinhasználat zavar

Egyéb hallucinogénhasználat zavar

Fenciklidinintoxikáció

Egyéb hallucinogénnel történő intoxikáció

Hallucinogén perzisztáló percepciós zavar

Inhalánshasználat zavar

Inhalánsintoxikáció

Opioidhasználat zavar

Opioidintoxikáció

Opioidmegvonás

Szedatívum-, hipnotikum-, vagy anxiolitikumhasználat zavar

Szedatívum-, hipnotikum-, vagy anxiolitikumintoxikáció

Szedatívum-, hipnotikum-, vagy anxiolitikummegvonás

Stimulánshasználat zavar

Stimulánsintoxikáció

Stimulánsmegvonás

Nikotinhasználat zavar

Nikotinmegvonás

Egyéb (vagy ismeretlen) szerhasználat zavar

Egyéb (vagy ismeretlen) szerintoxikáció

Egyéb (vagy ismeretlen) szermegvonás

Jól látható, hogy a DSM-5 a BNO-10-hez képest nem törekszik minden szernél valamennyi potenciális klinikai állapot leírására, így a szer által kiváltott egyéb mentális- és viselkedészavarokat a releváns zavarhoz kapcsolódó fejezetben tárgyalja (DSM-5, 2013).

Összefoglalás

Amint azt láttuk, a droghoz társuló definíciók, fogalmak, elnevezések roppant sokrétűek, ezért különösen nagy jelentősége van ezeket rendszerben szemlélni, a különböző pszichoaktív szereket pedig kategóriákba rendezni. A klasszifikációs rendszerekben kódolható számos klinikai állapot pedig rámutat a pszichoaktív szerfogyasztás potenciális ártalmaira, veszélyeire.

Irodalomjegyzék

American Psychiatric Association – APA. 2013. DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.

BNO-10 zsebkönyv. 2004. Budapest: Animula Kiadó.

Demetrovics, Zs. (1997): Drogkultúra, drogfüggés, társkapcsolatok. MTA PTI Etnoregionális Kutatóközpont Munkafüzetek, 27, 12-25.

Demetrovics, Zs. (2007): A droghasználat funkciói. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Gabbard, G. O. (2016): A pszichodinamikus pszichoterápia tankönyve. Lélekban Otthon Kiadó: Budapest.

Gerevich, J. (1997): Az addikció pszichoanalitikus vonatkozásai. Psychiatria Hungarica, 12, 535-548.

Hofmann, A. (2006): LSD: Bajkeverő Csodagyerekem. Edge 2000 Kiadó, Budapest.

Hollander, E. (1993): Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: An Overview. Psychiatric Annals, 23, 7, 355-358.

Móró, L. (2017): Hallucinatory altered states of consciousness as virtual realities. PhD Thesis, University of Turku

Mórotz, K., Perczel-Forintos, D. szerk. (2010): Kognitív viselkedésterápia. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Szummer, Cs. (2016): LSD és más „csodaszerek" – A pszichedelikumok tündöklése, bukása és feltámadása a nyugati kultúrában. HVG Könyvek, Budapest.

Takách, G. (1998): A drog: megelőzés, felismerés, rehabilitálás. SubRosa Kiadó, Budapest.

Tringer, L. (2010): A pszichiátria tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest.

A kábítószer fogyasztás szankcionálása

BARÁTH NOÉMI EMŐKE

Az elterelés jogintézménye

A drogfogyasztás egyidős az emberiséggel (Ritter, 2016). Annak egészségügyi és büntetőjogi hatásai koronként és kultúránként eltéréseket mutatnak. Az kétségtelen, hogy a jogalkotó napjainkban büntetőjogi és alternatív szankciókkal próbálja elrettenteni az állampolgárokat a kábítószer fogyasztástól is. Jelen tanulmány a kábítószer fogyasztással összefüggésben létrehozott és alkalmazott elterelés jogintézményt helyezi középpontba, ismerteti főbb elemeit. Az elterelést csak olyan személy választhatja, aki csekély mennyiségű kábítószert birtokol, fogyaszt nem kereskedelmi céllal.

A büntetés

A szabadságvesztés büntetés kiszabása a kábítószer terjesztők, kereskedők és használók esetében nagy anyagi terhet ró az államra. A börtönzsúfoltság és a prizonizációs ártalmak csökkentése érdekében új büntetési formák és eljárási megoldások kezdtek elterjedni. A bűncselekmények súlya szerint különbségeket érdemes tenni a szankcionálás terén is. A büntető igazságszolgáltatási eljárások kezdtek teret engedni a szabadságvesztés kiváltására alkalmas, úgynevezett alternatív szankciókra, amelyek a büntetőeljárás rendszerének részeként, ám bírósági szakaszon kívül alkalmazhatóak. A formális büntetőeljárási szankciók, teret engedtek az elterelés jogintézményének. Az elterelés egy dekriminalizációs folyamatnak tekinthető, hiszen az elkövetőt és a bűnügyi eljárás legtöbb szereplőjét kivonja az igazságszolgáltatási folyamatból vagy annak bizonyos szakaszaiból.

A kriminálpolitikai modellek közül a „treatment" modellben találkozhattunk hasonló megfontolásokkal. A XX. század közepén volt uralkodó a treatment-ideológia, amely a bűnelkövető kezelését tűzte ki célul, személyiségének pozitív formálását tartotta fontosnak. Ez a nézetrendszer determinista szempontrendszer mentén szerveződött. Fő irányelve szerint, mivel a bűnözésnek objektív okai vannak, amelyek előre meghatározottak, ezért az elkövető későbbi személyisége is determinálható. Azt vallotta, hogy ha az elkövető viselkedése meghatározott, akkor kellő módszerek alkalmazásával át is nevelhető, formálható melynek révén eredményesebben reszocializálható. Az elterelés szempontjából párhuzamok érezhetőek a treatment ideológia alapvetéseivel, kivéve a határozatlan idejű büntetések mibenlététől eltekintve.

A büntetőeljárás

Az elterelés a büntetőeljárás lefolytatás diverziójának (Kerezsi, 2006) tekinthető. Tágabb értelemben ide sorolható minden olyan felelősségre vonási típus, amely nélkülözi az állami beavatkozást. Szűkebb értelemben olyan intézménynek tekinthető, amely csak a rendőrségi bűnügyi regisztrációtól a bírósági ítélethozatalig terjed.

Európa-szerte találkozhatunk alternatív büntetőeljárási törekvésekkel. Ezek között különbséget lehet tenni a tettes szempontú, a szankciórendszer részét képező megoldások, a tettes szempontú vegyes, illetve a büntetés-végrehajtásban található megoldások és a tettesi és áldozati szempontokat egyaránt figyelembe vevő megoldások között. Az első esetben a cél a rövid távú szabadságelvonás káros hatásainak megelőzése. Ide sorolható a büntetés végrehajtásának határozott próbaidőre történő felfüggesztése (ún. próbára bocsátás) – ezek végrehajtásához általában pártfogó felügyelet elrendelése is társul –, a pénzbüntetés és az elektronikus házi őrizet. A tettes szempontú vegyes, illetve a büntetés-végrehajtásban található megoldások a kábítószer-elvonó programban, ún. megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételt értik, illetve a büntetés-végrehajtáson belüli alternatív végrehajtási formákat, mint például a részleges felfüggesztett börtönbüntetést. A harmadik modell, a tettesi és áldozati szempontokat egyaránt figyelembe vevő megoldások sorolhatók. Ilyen esetben a jóvátétel, illetve a közösségi közhasznú munka jelenik meg hangsúlyosabban.

A diverzió a strict legalitás elvének fellazulását jelzi a kontinentális rendszerben, amely egyúttal az ügyész szerepének erősödését és a bíróságra kerülő ügyek számának jelentős csökkenését is jelenti (Barabás, 2004). A büntető igazságszolgáltatási rendszer tehát egyre flexibilisebbé válik. Elkövetői szempontból elsősorban abban ragadható meg az elterelés jelentősége, hogy megvédi a formális büntetőeljárás stigmatizációs hatásaitól, csökken a megbélyegzés lehetősége, ezáltal elősegíti a társadalomba való zökkenőmentesebb reintegrálódást.

A bemeneti szakaszában alkalmazott diverziós megoldások több célt szolgálnak (Kerezsi, im). A tárgyalás előtti szabadságelvonás kiváltását (óvadék, házi őrizet stb.), valamint, az eljárás „konstruktív" befejezését, a bűncselekmény elkövetési okaként megjelenő probléma kezelését, azaz a drog-elterelést. A diverzió a szankcióalkalmazási hatalom reallokációjaként fogható fel, amely szerint az elmúlt évtizedek legjelentősebb változásaként értékelhető (Kerezsi, im). Eltérő megoldások érvényesülnek a világon arra vonatkozóan, hogy az elterelést mely hatóság (rendőrség, vizsgálóbíró, ügyészség, bíróság) az eljárás mely szakaszában alkalmazhatja. Általánosnak mondható azonban, hogy kizárólag a büntetés kiszabását megelőzően van erre mód.

Elterelés 2018 előtti időszakban

Az elterelés a régi büntetőeljárási törvény (régi Be.) meghatározás szerint úgy történt, hogy már a büntetőeljárás nyomozási – rendőrségi-, szakában nyilatkozhatott róla a gyanúsított, kívánt-e ezzel a jogintézménnyel élni, amelyet a büntetőeljárás alternatívájának tekintettek. Ezzel is lehetőséget adtak a szerhasználónak az önkéntes „leszokásra"[1]. Ha a gyanúsított vállalta az elterelést, akkor a rendőrség határozatban döntött a büntetőeljárás felfüggesztéséről, mielőtt az ügy eljutott volna az ügyészségi szakaszba. A határozat azt tartalmazta, hogy egy év alatt kellett a gyanúsítottnak elvégeznie egy hat hónapos megelőző-felvilágosító, drogfüggőséget gyógyító programot. Az állapotfelmérés eredményétől és a helyi kínálattól függően lehetett a programok közül választani. Hogy hol végezhette el az elterelést a szerhasználó, azt ő maga választhatta meg. Javasolt volt, hogy a lakóhelyéhez legközelebbi

[1] jelen tanulmány az elterelés hatékonyságának kérdéskörét terjedelmi okok miatt nem fejti ki részletesen.

drogambulanciát válasszák, ahol ilyen szolgáltatást nyújtottak, mivel időigényes volt a programban való részvétel. Eközben járnia kellett pártfogó felügyelőhöz is az elterelt személynek. Az elterelés sikeres elvégzését követően, kapott az elterelt egy okiratot, amelyet be kellett mutasson a rendőrségen és ennek hatására a büntetőeljárást megszüntették, bűnügyi nyilvántartásba nem került a terhelt – vagyis tiszta maradt az erkölcsi bizonyítványa-, és a keletkezett bűnügyi költségeket az állam vállalta át. A vádemelés elhalasztását hazánkban a büntető eljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény (Be.) a következőképp szabályozza:

Be. 222. § (1) Az ügyész a vádemelés helyett három évi szabadság- vesztésnél nem súlyosabb büntetéssel büntetendő bűncselekmény miatt - a bűncselekmény súlyára, és a rendkívüli enyhítő körülményekre tekintettel - a vádemelést egy évtől két évig terjedő időre határozattal elhalaszthatja, ha ennek a gyanúsított jövőbeni magatartásában mutat- kozó kedvező hatása feltételezhető.

225. § (1) Az ügyész a vádemelés elhalasztásáról szóló határozatában elrendeli a gyanúsított pártfogó felügyeletét, a gyanúsítottat magatartási szabályok megtartására vagy más kötelezettségek teljesítésére kötelezheti. A magatartási szabályok megtartását és a kötelezettségek teljesítését a pártfogó - a pártfogó felügyelet végrehajtására vonatkozó jogszabályok szerint - ellenőrzi és segíti. A pártfogó e feladatainak a teljesítéséhez más szervek és szervezetek segítségét is igénybe veheti.

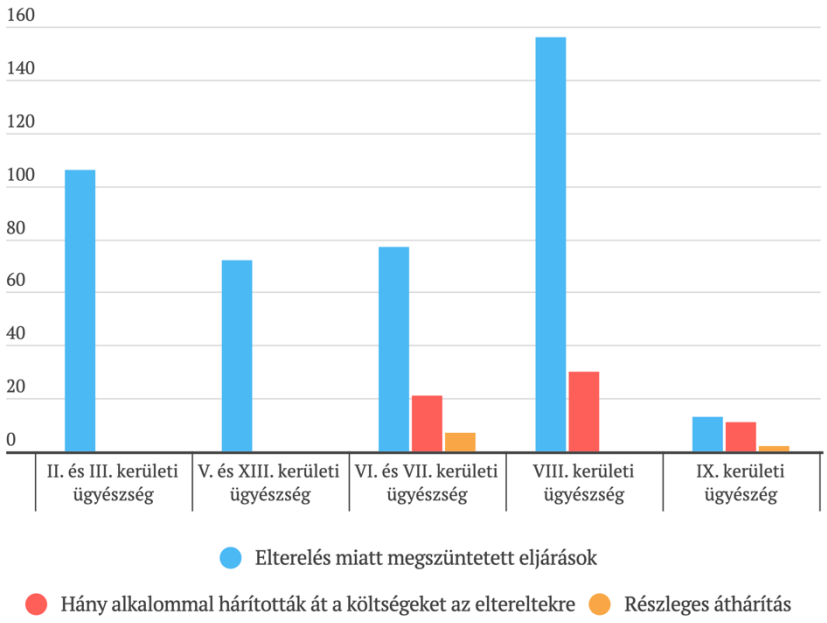
226. § (1) Az ügyész az eljárást a vádemelés elhalasztásának lejártától számított harminc napon belül megszünteti, ha a vádemelés elhalasztásának tartama eredményesen telt el.

(2) Az eljárást a vádemelés elhalasztása tartamának eltelte előtt is meg kell szüntetni, ha a kábítószer-élvező gyanúsított igazolja, hogy legalább hat hónapig folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült vagy megelőző- felvilágosító szolgáltatáson vett részt, illetve, ha a tartás elmulasztása vétségének gyanúsítottja a tartási kötelezettségét teljesítette.

Ki fizeti a révészt?

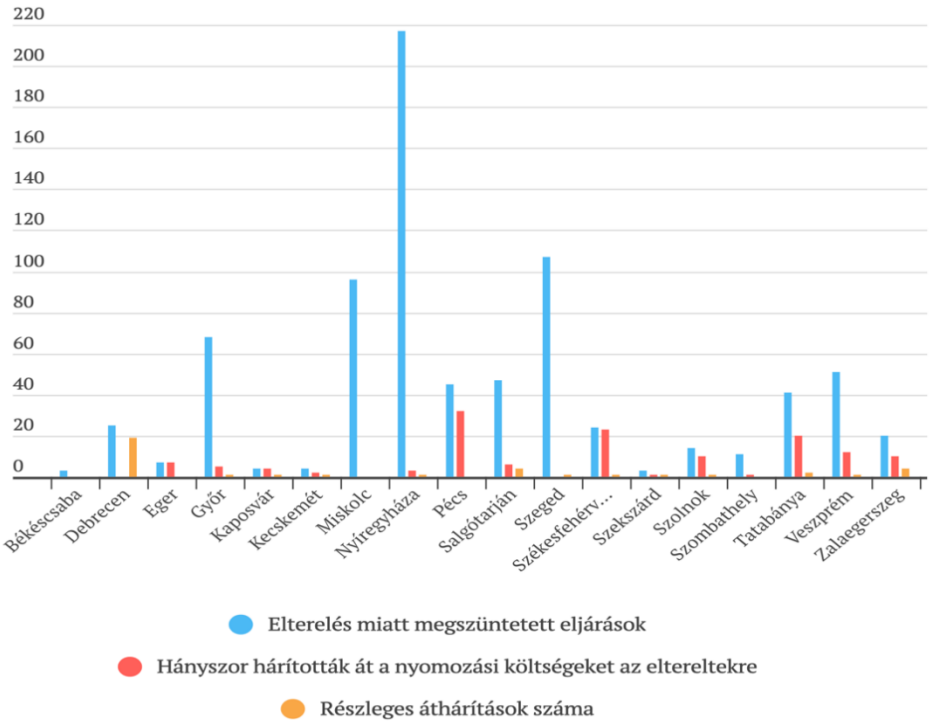
Két évvel ezelőtt, 2018. júniusában lépett életbe az új Büntetőeljárási törvény (új Be.) 576 §. (3) miszerint "a bíróság az eljárás megszüntetése esetén a bűnügyi költségnek vagy egy részének megfizetésére kötelezheti a vádlottat, ha az eljárást azért szünteti meg, mert a Btk. különös részében meghatározott, a terhelt magatartásától függő büntethetőséget megszüntető ok miatt a vádlott büntethetősége megszűnt." Ez a kábítószeres ügyek tekintetében elmozdulást hozott. Az eddigi gyakorlattól eltérve, újra gondolták a nyomozási költség kifizetésének szabályait: a gyanúsítottak is kötelezhetők lettek a nyomozás során keletkezett kiadás vállalására. Ez a változás előtti időszakban a nyomozóhatóságot terhelte. Jelen esetben ez azt jelenti, hogy az ügyészség részben vagy teljes egészében ráterhelheti a nyomozás költségeit azokra, akik az elterelést sikeresen elvégezték. Ilyen költségek lehetnek a labor vizsgálatok és a szakértői díjak. Tulajdonképpen, egy anyagi felelősségvállalást is ösztönöz, hiszen a kábítószer használattal kapcsolatos beismerő vallomás és a megelőző-felvilágosító programban való részvétel is ebbe az irányba mozdítja a szabályszegőt. A csekély mennyiségű kábítószer esetében érvényes csupán az elterelés, amennyiben a gyanúsított a jelen eljárást megelőző két évben nem követett el hasonló cselekményt. Azok a „könnyű szerfogyasztók”, akik a felsoroltakat vállalják, a bírósági szakasz előtt mentesülnek az eljárás alól, átmenetileg. A Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) nem tartja elfogadhatónak ezt az anyagi terhet, amely az eltereltekre hárul az eljárás során. A nyomozás díja 200.000-300.000 vagy akár 600.000 Forint költség is elérhet, amely összeget eddig az állam átvállalt. Érvelésük szerint számos esetben a fogyasztók hátrányos helyzetűek, anyagi forrásaik végesek és így a drogpolitika exkluzivitása érhető tetten. A joggyakorlat azonban területi eltéréseket mutat a 2019. július 1. és 2020. február 1. közötti időszakban. Azt mondhatjuk, hogy az elterelés jogintézményét alkalmazó ügyészségek az esetek 20 százalékában terhelte az eljárás díját a

szerhasználókra. A jogalkotó nem rendelkezik az anyagi terhek átruházásáról részletesebben, a mérlegelés szempontját rábízzák az ügyészségre. Országos szinten - akárcsak Budapest területén belül is, kerületenként - eltéréseket láthatunk. Kaposváron minden terheltet kötelezték az eljárás során keletkezett díjak megfizetésére, a székesfehérvári ügyészség 24 esetből 23-szor döntött így, 107 esetben került sor elterelés alkalmazására a szegedi ügyészségen, ám az anyagi részt a régi gyakorlat szerint, nem terhelték a szerhasználóra. Nyíregyházán az ügyészség 217 ügyből csupán négy esetben döntött az anyagi költség



Forrás: Társaság A Szabadságjogokért

áthárításáról, ezzel szemben Pécsen 45 ügyből 32-szer, Szolnokon pedig 14 elterelt közül 10 lett díjfizetésre kötelezve.



Forrás: Társaság A Szabadságjogokért

Jogorvoslati lehetőség a kirótt eljárási díjak esetében is van, az ügyészség által hozott döntést meg lehet támadni a bíróságon, valamint lehet részletfizetést is kérni, sőt rászorult gyanúsított kérhet költségmentességet is. Ez egy újabb eljárást eredményez, mivel a fellebbezéshez bírósághoz kell fordulnia az eltereltnek, amihez ugyan nem kötelező ügyvédet fogadni, de tanácsos, hiszen beadványt kell készíteni. Az elterelés ezen pontjával az az aggály fogalmazódik meg, hogy elveszik egy olyan eleme a jogintézménynek, amely arra lett volna hivatott, hogy az állampolgárok ne kerüljenek bírósági eljárásba, a bíróság mentesüljön az ilyen ügyektől. Az elterelés alkalmazása egyfajta tehermentesítés ugyan, de a járulékos ügyek ezt ellensúlyozhatják.

Esettanulmány

Az eddigiek szemléltetése érdekében egy esettanulmányon keresztül mutatom be a joghátránnyal nem járó elterelés jogintézményét. Tamás rendszeresen elszívott nap végén egy-egy marihuánás cigarettát, hogy a napi feszültséget oldja. Nem vallotta magát függőnek, csak azt gondolta, hogy van aki egy pohár vörösbort és van aki egy „cigit” szív el este, a nap

lezárásaként. Egyik délután a főváros utcáján igazoltatták a járőrök. Kérdésre elmondták neki, hogy fokozott készültség van és ebben a státuszban a ruházati átvizsgálásra is indoklás nélkül jogosultak. Az iratok ellenőrzése után a Tamásnál találtak egy kis adag (kb. 0,5 gramm) marihuánát, a motozást követően. Az intézkedés ezzel nem ért véget, hanem már kattant is a csuklóján a bilincs és a helyi rendőrkapitányságra szállították, ahol „fogdába" került. Elvették és letétbe helyezték a személyes tárgyait, telefonját, cipőfűzőjét. Az elzárás során egy cellában várta, hogy egy nyomozó kihallgassa és felvegye a vallomását. Nem volt kérdés, hogy mi a teendő ebben az esetben. A vallomás rövid volt, a díler, a terjesztő személy felkutatására nem is irányultak kérdések. A nyomozó ismertette Tamással az elterelés lehetőségét, mivel két éven belül nem volt ellene eljárás kábítószerrel való visszaélés vagy birtoklás miatt és most is csekély mennyiségű, saját fogyasztásra alkalmas kiszerelést foglaltak le tőle. Tamás nem gondolkodott, a vádemelés elhalasztását kiváltó elterelést választotta. Aláírta a nyilatkozatot és kapott egy határozatot arról, hogy pártfogó felügyelőt rendelnek ki számára, akivel folyamatosan kapcsolatban kell legyen. A rendőrségről késő éjjel tért haza, rendőri kísérettel. Házkutatást tartottak nála, amely során nem találtak újabb kábítószert, így valóban jogosult volt elterelésen részt venni. Heteken belül érkezett egy határozat, amelyben Tamás megtudta, hogy hol és kinél kell jelentkezni, hogy kezdetét vegye a pártfogói felügyelet. Ekkor tudta meg, hogy egy éven belül el kell kezdenie az elterelést egy általa választott intézményben. Egy listát is kapott, akiket ajánlottak neki a lakóhelyéhez közel, végül egy vallási felekezeti csoportra esett a választása. Fél éven keresztül kéthetente 90 perces foglalkozásokon vett részt. Hatékonynak nem nevezné, hiszen a 8-10 fős csoporttagok a fogyasztói attitűdjükkel kérkedtek, nem vették komolyan az elhangzottakat. Az elterelés ideje alatt nem volt drogtesztre kötelezve, csupán a jelenlét volt kihagyhatatlan. Minden hónapban meg kellett legyen a megfelelő aláírás, hogy az elterelési időszak végén megkaphassa az igazolást a sikeres részvételről. Az elterelésen való sikeres részvételt igazoló dokumentummal a pártfogó felügyelőhöz kellett menni, majd a rendőrségre, akik továbbították az ügyészségnek az igazolást. Postai úton értesült a vádelhalasztásról, majd másfél év múlva az perköltség megfizetéséről érkezett egy felszólítás. A toxikológiai költség, amelyet bűnügyi költségnek nevezünk, ebben az esetben 135.000 Forint volt. Tamás ezt a költséget befizette és ezt követően lezárult az ügye. *„Az eset 2 éve történt, azóta is szívok"*- meséli Tamás.

Összegzés

A kábítószer fogyasztás kriminalizálása jelen van a magyar jogrendszerben. A büntetéskiszabás során azonban a diverzifikációnak tekinthető eljárások által egy dekriminalizálás is jelen van. Az látható, hogy a jogalkotó társadalmi problémaként tekint a „könnyű" drogok használatára és ezáltal a használóira is. A punitív szemlélet ellenére lehetőséget biztosít a jogszabály a szerhasználók „függőségének kezelésére" az elterelés jogintézménye által. A szerfogyasztó lehetőséget kap a professzionális segítség igénybevételére, amely hozzásegítheti a kábítószerről való leszokáshoz, illetve a sóvárgása csökkentéséhez, ezzel hozzájárulva a – legalább fél évig tartó- tiszta, kábítószermentes életvitelhez. Kritikaként fogalmazódik meg a bűnügyi költségek átruházásnak kérdésköre, valamint a dizájner drogokra való elterelés kiterjesztésének lehetősége. Fontos, hogy a csekély mennyiséget birtokló marihuána szerhasználók mentesülhetnek a negatív jogkövetkezmények alól, ha két éven belül nem volt ellenük kábítószer birtoklással összefüggő nyomozás és vállalják az eltereléssel járó kötelezettségeket.

Felhasznált irodalom

Barabás A. Tünde (2004): Börtön helyett egyezség? Mediáció és más alternatív szankciók Európában. KJK Kerszöv Jogi és Üzleti Kiadó Kft., Budapest

Kerezsi Klára (2006): Kontroll vagy támogatás: az alternatív szankciók dilemmája. CompLex Kiadó Jogi és Üzleti Tartalomszolgáltató Kft., Budapest

Ritter Ildikó (2016): Büntetőjogi öngól. Adalékok a kábítószerfogyasztók elterelésének jog-és társadalomtörténetéhez. OKRI, Budapest

https://tasz.hu/cikkek/a-szerencsen-mulik-hogy-fizettetnek-e-szazezreket-az-eltereltekkel (letöltés dátuma: 2020.09.28)

Felhasznált jogszabályok

1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról (régi Be.)

2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről (Btk.)

2017. évi XC. törvény a büntetőeljárásról (új Be.)

A nők és szerhasználat I.

A női szerhasználat elméleti, epidemiológiai és bio-pszicho-szociális háttere

SZABÓ JENNIFER

***Háttár és célkitűzés*: A droghasználatra mindig is „férfi problémaként" tekintett a társadalom. A statisztikák szerint valóban több férfi szerhasználó van, mint nő, azonban a témával foglalkozó kutatások eredményei alapján szignifikáns különbségek mutatkoznak a két nem szerhasználatának epidemiológiájában, a függővé válás útjában, bio-pszicho-szociális jellemzőikben, testi és pszichés reakcióikban, a kriminalizáció útjában, de még a kezelési lehetőségekben is. A tanulmánysorozat célja a női szerhasználat jellemzőinek áttekintése és összefoglalása. Áttekintésre kerülnek a női szerhasználat elméleti paradigmái, epidemiológiai háttere és rizikótényezői.**

Női szerhasználat elméleti megközelítései

Az 1990-es évekig a szerfüggőséget vizsgáló tudomány, az addiktológia főként a férfiakra helyezte a hangsúlyt a szerhasználó populációt tekintve. Ekkor azonban a társadalomtudományokat is érintő feminista fordulat hatására a szakemberek is kezdték felismerni, hogy a szerhasználat pontosabb megértése és kezelése érdekében a nemi különbségek feltárása fontos tényező lehet. Így a 90-es évektől a szerhasználat korábban szinte láthatatlan, nőkre jellemző specifikumait is vizsgálni kezdték, és az újabb évezredben az erre vonatkozó gender-érzékeny kutatások megsokszorozódtak (Kaló, 2020). Mind a nők és mind a férfiak szenvednek a droghasználattól és függőségtől, illetve annak hatásaitól, azonban

a nők mégis hátrányban vannak, a sokkal inkább maszkulinizált, mint gender-érzékeny felfogás, hozzáállás és ellátás miatt (Ettore, 2004).

A szerhasználat nemi különbségeinek megértéséhez két, a mai napig egymás mellett szintetikusan működő, egymásra oda-vissza ható, az addiktológiai elméleteket összefoglaló megközelítést érdemes kiemelni, a szerhasználat klasszikus, illetve posztmodern megközelítését (Ettore, 2004). A klasszikus megközelítések, a szerfüggőség morális, medikális, patológiás modelljeinek szintézisei (Kaló, 2020). E nézet a szerhasználatra, mint betegségre tekint, amiben a nemi különbségek láthatatlanok és a függő személy a betegségének elszenvedője. E nézet narratívája szerint a szerhasználat deviáns, stigmatizáló és marginalizáló viselkedés. Ebben az értelmezésben a társadalom csak akkor fogadja vissza a szerhasználót, ha az teljes mértékben felhagy a szerhasználattal. A klasszikus megközelítés nemcsak a nemi különbségeket hanyagolta el, de kevésbé vett tudomást a társadalmi osztályt, rasszt, etnikumot, szexualitást stb. érintő különbségekről egyaránt (Ettore, 2004).

A posztmodern nézetek, már a szerhasználat pszichológiai, szociológiai, közegészségügyi és fogyasztói modelljeihez köthető. Ez a felfogás jóval érzékenyebb nem csak a nemi, de akár az osztálybeli, etnikai, rasszbeli, szexualitást érintő stb. különbségek figyelembevételére is. Ez a megközelítés már az emberi jogok és etikai megfontolások fontosságát is hangsúlyozza a szerhasználókkal kapcsolatban. A droghasználatra, mint társadalmi kérdésre összpontosít, amit maga a kultúra formál társadalmi problémává, azzal, hogy „szégyenteljes élvezetként" tükrözi vissza azt. A mindennapi kultúrával összefonódva vizsgálja a szerhasználókat és a társadalmi kirekesztést kulcsfontosságú faktornak tekinti a szerhasználat problémájának megoldásában. A szerhasználó nem csak akkor fogadható vissza a társadalomba, ha az teljesen megszakítja a szerrel való kapcsolatát. Ebben a felfogásban minden embernek ugyanolyan joga van a segítségre és ígéretesebb prevenciós, illetve felvilágosító stratégiákkal dolgozik (Ettore, 2004).

Később Campbell és Ettore (2011 in Kaló, 2020) a klasszikus és posztklasszikus elnevezéseket használja, amelyben kiemelik, hogy a női szerhasználat megértéséhez két tényező elengedhetetlen. Az egyik ilyen tényező a társadalom, és így a társadalmi nem hatásai, emellett a másik tényező a nők, mint csoport, egyéni szükségleteinek felmérése. A posztklasszikus modell a klasszikus modellel ellentétben pedig éppen e két tényezőt hivatott

kiemelni, hiszen a társdalami kontextust és az interszekcionalitás tényezőit is beemeli a probléma pontosabb megértésébe.

A társadalmi nem egy társadalmi elvárások által meghatározott, egyfajta normatív és erkölcsi rendszer, amely magában foglalja a nemi szerep, a nemi identitás és a nemi önkifejezés konstrukcióit is. A társadalmi nem kereteket nyújt ahhoz, hogy az egyes nemi szerepekre mi a jellemző, mi a férfias vagy mi a nőies, milyen viselkedés maszkulin vagy feminin vagy hogyan viselkedik a nő és hogyan a férfi. A szocializációs folyamatok által elsajátított hagyományos társadalmi viselkedés-elvárások miatt hosszú időnek kellett eltelnie ahhoz, hogy a nők is „teljes jogú" szerhasználók lehessenek, akiket számításba vesznek, mint segítségre szoruló szerhasználó populáció és törekednek arra, hogy a megfelelő kezelésben részesülhessenek (Ettore, 2004).

Ehhez hozzájárult a fentebb említett, az 1960-as és 1970-es években fellángoló feminista mozgalmak hatására bekövetkező paradigmaváltás, melynek hatására megindult a férfiak és nők közötti megkülönböztetésben egy egymáshoz közelítő folyamat, amely napjainkig tart és a hagyományos nemi szerepek fokozatos átalakulásával is együtt jár. Mindez nemcsak a szerhasználathoz kötődő megközelítésekben, a női szerhasználat megértésében hozott változásokat, de magában a szerhasználatban is. Az alkoholizálás az ősidőkig visszanyúlóan jellemzi az emberi viselkedést, így a nőkét is, azonban az „iszákos" nő képe már az ókorban is stigmatizáló erővel bírt. Egy függő nőt morálisan elítéltek, hiszen ez a viselkedés konfliktusba került a hagyományosan elvárt női szerepviselkedéssel, a tökéletes feleség társadalmi elvárásaival (Brown, 2002). A stigmatizációt a bódult nő szexuálisan erkölcstelen képe és szerhasználó, mint rossz anya képzete erősen táplálta (Kaló, 2020). Ez a stigma végeredményben az addikció tagadásához vezetett a nők esetében, miközben a 19. század végére Egyesült Államokban több ópium függő nő volt, mint férfi és a női alkoholisták száma közeledett a férfiakéhoz. A második világháború után bekövetkező változásokkal a nők körében a szerfogyasztás a függetlenedés jelképévé is vált (Brown, 2002). A nők egyre több, férfiaknak tulajdonított szerepet vettek át, és nőtt azoknak a színtereknek a száma, ahol már nemcsak a férfiak, de nők is megjelenhettek (Wilsnack et al., 2000).

Ezen változások hatására a nők alkohol-, és drogfogyasztása, illetve addikciói egyre több figyelmet kaptak. Azonban a női szerhasználat súlyos paradoxona továbbra is fennáll, hiszen

miközben a szerhasználatuk láthatóvá vált, a hozzájuk kapcsolódó stigma nem vagy alig gyengült, hiszen a tradicionálisan determinált nemi szerepek továbbra is erősen áthatották a társadalmat, konfliktust okozva a folyamatban. Így lett a női zugivásból, látható probléma, miközben a stigmatizáció hatása hasonlóan erős, mint a 90-es éveket megelőzően (Brown, 2002).

Emellett további ambivalenciát okoz, hogy a hirtelen jött szemléletváltás és differenciáció iránti igény a nőket, mint homogén csoportot próbálja vizsgálja. Campbell és Ettore (2011 in Kaló, 2020) posztmodern megközelítése az, ami segíthet feloldani azt a paradoxont is, hogy a nőket, nem, mint specifikus homogén csoportot vizsgálja az addiktológia tudománya. Eszerint a megközelítés szerint figyelembe kell vennie, hogy a nőkre jellemző társas kapcsolatok, tulajdonságok és viselkedések segíthetnek a szerhasználat megmagyarázásában, de minden személyes élettörténet más és más. Így azzal együtt, hogy nagyon fontos lehet megérteni a nemekre jellemző specifikumokat a szerhasználattal kapcsolatban, az egyéni narratíva, az életesemények, a bio-pszicho-szociális tényezők figyelembevétele elengedhetetlen a prevenció, kezelés vagy terápia alkalmazásának esetében (Kaló, 2020).

Női szerhasználat epidemiológiája

Az európai és magyarországi kutatásokból kinyerhető epidemiológiai adatok áttekintése segíthet megérteni a 90-es évektől kezdve, a szerhasználatban bekövetkező változásokat és a nemre jellemző specifikumokat is, illetve annak a mérlegelését, hogy a különböző korosztályoknak, nemeknek és a különböző szereket használóknak milyen prevenciós megközelítés, ellátás és terápiás segítségnyújtás lenne célravezető.

A fiatal, iskolás korosztályt vizsgáló ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) felmérések 1995 óta, négy évente felvételre kerülnek, amelyben a körülbelül 35 európai ország mellett Magyarország is részt vesz, és melynek adatfelvétele itthon Elekes Zsuzsanna vezetésével történt. A 2015-ig megjelent elemzések összes eredményét összehasonítva látható, hogy az alkoholfogyasztásban 1995 és 2003 között nagy ugrás figyelhető meg Európában (1995: 57%, 2003: 62%), ami a következő években mérséklődött (2007: 59%, 2011: 57%), majd valamelyest csökkent (2015: 48%). Magyarországon 2011-ig

folyamatos emelkedés látható (1995: 48%, 2007: 59%, 2011: 61%) az alkoholfogyasztók körében, ami meg is ugrotta az európai átlagot (2011: 61%), majd 2011 és 2015 (2015: 55,3%) között mérséklődés állt be, de így is jóval az európai tendencia felett állunk. A 20 éves korosztály alatt a valaha alkoholt fogyasztók között nincsenek nemi különbségek, sőt a rendszeres alkoholfogyasztók között is csak halvány különbség látható Európa szerte. Magyarországon az alkoholfogyasztásban bekövetkező mérséklődés jobban érintette azonban a lányokat (Elekes, 2019).

A tiltott szereket vizsgálva Európa szinte teljes területén kétszeresére növekedett 1995 és 2003 között a valaha kipróbálók aránya (1995: 11%, 2003: 20%). 2007 óta ez az arány stagnált, és a 16 éves korosztály 18%-a számolt be arról, hogy valaha életében fogyasztott már illegális szert. Magyarországon 1995 és 2015 között megháromszorozódott a szert kipróbálók aránya (1995: 5%, 2011: 20%, 2015: 14%), de lényegesen kevesebben próbáltak ki drogot 1995-ben, mint az európai átlag, ami a szocialista országok trendjét követi és ezeket az országokat vizsgálva a rendszerváltás a drogfogyasztásban is nagy változást eredményezett. Ezt a korosztályt tekintve a tiltott szerek használata a fiúkat jellemzi inkább, azonban az évek alatt bekövetkező csökkenő értékek főként a fiúk fogyasztásának csökkenésében érhető tetten. A fiúk 15%-a próbált már valamilyen szert, míg a lányok 13%-a. Az egyetlen csoport, ahol a lányok szignifikánsan eltérnek a fiúktól, az a legális gyógyszerekkel való visszaélésének arányában látható már ebben a korosztályban is. Ezeket a szereket nézve, fájdalomcsillapítókat a fiúk 3%-a, míg a lányok 8%-a, nyugatókat a fiúk 5%-a, míg a lányok 9%-a használt már visszaélésszerűen (Elekes, 2019).

A 2019-es felmérésekből előzetes adatok alapján annyi leszűrhető, hogy a legtöbb érték a 2015-ös adatok körül stagnálnak, egyedül az alkoholfogyasztás mértéke kezdett el nőni ismét a legtöbb prevalencia érték mentén, a fiúknál és a lányoknál egyaránt és hasonló mértékben (Elekes Zs. & Kaló P., 2019).

Az EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) szintén európiai országokban végez epidemiológiai felméréseket a szerhasználattal kapcsolatban, de már a felnőtt populációt is vizsgálja. 2006 óta, minden évben megtörténik az adatok felvétele és elemzése 2019-el bezárólag, Magyarország részvételével. A 2019-es adatok alapján Európában 96 millió felnőtt használt már valaha életében illegális szert. A férfiak esetében

gyakoribb a szerhasználat kipróbálása (57,8 millió), mint a nőknél (38,3 millió). A leggyakrabban kipróbált illegális szer a kannabisz (55,4 millió férfi és 36,1 millió nő); ezt követi a kokain (12,4 millió férfi és 5,7 millió nő), majd az MDMA (9,3 millió férfi és 4,6 millió nő) és az amfetaminszármazékok (8,3 millió férfi és 4,1 millió nő). Az előző éves droghasználat a közelmúltbeli szerhasználat egyik „fokmérője". Ha a különböző szereket nézzük, akkor az elsődleges kannabisz használók 17%-a nő, és 83%-a férfi, kokain esetében 15%-a nő és 85%-a férfi, míg az amfetamint esetében 26% nő és 74% férfi, heroint használók 20%-a nő és 80%-a férfi. Az eredmények alapján a szerhasználat főként a fiatalabb populációra koncentrálódik, körülbelül 19,1 millió fiatal felnőtt (15–34 éves) használt tudatmódosító szert az előző évben (16%), a férfiak aránya itt is kétszer annyi (20%), mint a nőké (11%). Az intenzív, rendszeresen drogot használók között nagyobb a különbség a két nem arányában, viszont a fiatalabb populációban ez az arány jóval kisebb (EMCDDA, 2019).

A UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala, melynek vizsgálatai az egész világra kiterjednek. Globális kutatási eredményeik külön kifejtik, hogy láthatóan, a nyugati társadalmakban sokkal kisebb a különbség a női és férfi szerhasználat között, főleg az utóbbi éveket és a fiatalabb populációt tekintve. Ezt főleg azzal magyarázzák, hogy a nyugati társadalmakban a nemi szerepek egyre közelednek egymáshoz. Emellett sokkal több nő használ legális szereket (alkohol, gyógyszer) visszaélésszerűen, amikhez bármely országot tekintve a legegyszerűbb hozzájutni. Amelyből az is feltételezhető, hogyha minden szer elérhetősége hasonlóan könnyű lenne, a két nem közötti különbség valószínűsíthetően tovább csökkenne (UNODC, 2018).

Magyarországi viszonylatban 2001-ben, 2003-ban, 2007-ben, majd utoljára 2015-ben készült a felnőtt népesség körében drogepidemiológiai felmérés (OLAAP - Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról). A 2015-ös OLAAP kutatás célpopulációja a 18-64 éves korosztály volt, 2477 fő vett részt a felmérésben. Az eredmények szerint minden tizedik válaszoló fogyasztott már valaha valamilyen tiltott szert, egy negyedük pedig az utóbbi 1 évben is használt illegális szereket, akiknek a háromnegyede az önbevallás alapján azóta is folyamatos szerhasználó. A fiatal felnőttek (18-34) esetében a drogfogyasztás élet-prevalencia értéke 17,7%, míg az éves érték 5,3%, míg a havi 2,8%. Az eredmények alapján egyre fiatalabb korban próbálják ki az akár 18. életévüket be nem töltött gyerekek a szereket, jellemzően, 17-18 évesen. Nemi különbségek esetében a férfiak élet-prevalencia értéke 12,1%, ami a nők

esetében 8,1%, tehát jelentős különbség van a két nem között hazai viszonylatban (Paksi et al., 2018).

Összességében látható, hogy a női és férfi szerhasználók aránya valamelyest egymáshoz közelít, főleg az alkohol, mint legális szer használata tekintetében, az illegális szereket figyelembe véve szignifikáns különbség van a két nem szerhasználata között. Azonban a helyzet súlyossága inkább abban keresendő, hogy az ellátásban részelőt függő nők száma szignifikánsan eltért a férfiakétól, mert csak nagyon alacsony számban kapják meg a megfelelő ellátást és kezeléseket (EMCDDA, 2017).

Emellett az is megfigyelhető, hogy a fiatalabb populációban magasabb a szerhasználók aránya és kisebbek a különbség a lányok/nők vagy fiúk/férfiak között. Az utóbbi harminc évet mérlegelve látható, hogy a fiatalok szignifikánsan nagyobb mértékben próbálnak és fogyasztanak legális és illegális szereket. A fiatalok szerhasználatának növekedése azért is aggasztó tendencia, mert minél korábbi a kipróbálás ideje, annál valószínűbb a későbbi szerabúzus, visszaélésszerű szerhasználat vagy a függőség kialakulása, ami felhívja a figyelmet a prevenció fontosságára is. (NEFI, 2016).

Bio-pszicho-szociális tényezők és rizikófaktorok a női szerhasználatban

Mivel a női szerhasználattal kapcsolatos kutatások az 1990-es években kezdtek igazán teret nyerni, így a női nem szerhasználatának bio-pszicho-szociális háttértényezőinek feltárása csupán a közelmúlt fejleményei. Főleg kezdetben a kutatások nagy része nem önálló populációként tekintett a női szerhasználókra, hanem a férfiak szerhasználatával összehasonlítva kerültek értelmezésre a kutatási eredmények, miközben a jelenség ennél sokkal bonyolultabb (Kaló, 2020). A következőkben a biológiai, pszichológiai és szociális, társadalmi tényezők kerülnek kiemelésre, melyek a női szerhasználat szempontjából rizikófaktorok vagy hajlamosító tényezők lehetnek. Mindezek hatnak és kölcsönhatnak egymásra, azonban a kifejtésre kerülő tényezők nem magyarázzák a függőség okait teljeskörűen, de segíthetnek a női szerhasználat pontosabb megértésében.

- Biológiai jellemzők

Alapvetően a különböző szerek - legyen az alkohol vagy bármilyen más illegális szer - szervezeti lebontásában különbség van a két nem metabolizmusát illetően. A nőknél sokkal gyorsabban jelentkezik intoxikáció. A nők hamarabb kerülnek például intoxikált állapotba ugyanannyi alkoholtól, mint amennyit egy férfi elfogyasztana, ami súlyos affektív, észlelési és viselkedésbeli zavarokban jelentkezik (Tuchman 2010).

A nők és a férfiak biológiai működése közötti legegyértelműbb különbség a nőkre jellemző menstruációs ciklus. A kutatások szerint a ciklustól függően a nők máshogy reagálnak a különböző szerekre (Terner és de Wit, 2006 in Kaló, 2020), de a menstruációs ciklus emellett sok más tényezőre is hatással lehet, a hangulatra, a bevitt szer mennyiségére, a szerhasználat motivációjára is (Kaló, 2020). Kokainnal, és később egyéb stimulánsokkal kapcsolatos kutatások eredményei alátámasztották, hogy a nők érzékenyebbek ezen szerek hatására, így könnyebben válnak függővé, miközben kevesebb eufóriát éreznek. Ugyanakkora mértékű kokainbevitel esetén a nők és a férfiak ugyanazon kardiovaszkuláris válaszokat adták, miközben a vér kokain koncentrációja nők esetében nem lesz olyan magas, mint a férfiaknál. Valószínűsíthetően ez az érzékenység a női hormonokhoz köthető. (NIDA, 2000 in Tuchman, 2010).

A nők könnyebben esnek vissza, a relapszusok gyakoribbak, amelyek a neuroendokrin rendszer nőkre jellemző sajátosságának is köszönhetőek. Fox és Shinha 2009-es kutatása alapján a nőknél, fokozottabb érzelmi érzékenység figyelhető meg a biofiziológiai stresszrendszer változásai mentén, mint a szerfogyasztó férfiaknál. Stressz hatására a neuroendokrin rendszer lassabb választ produkál a nők esetében, ami miatt a negatív élményekre és az ezek által kiváltott érzelmekre intenzívebben reagálnak. Enoch (2011) kutatásai alapján a korai életszakaszban bekövetkező erős stressz hatással lehet neurohormonális egyensúlyra és hajlamosíthat az addikcióra, idetartozhat bármely gyermekkori trauma is, mint például az elhanyagolás, szexuális abúzus.

A szerhasználó nők könnyebben betegednek meg, szenvednek vese problémákban, magas vérnyomásban, vérszegénységben és gasztroenterológiai problémákban, de nagyobb eséllyel fertőződnek meg a HIV vírussal is. Emellett nem specifikus egészségügyi nehézségek is kialakulnak az addikció mentén, nagyobb eséllyel lesznek meddők, kapnak el vaginális fertőzéseket, vetélnek el vagy lesz koraszülött gyermekük (Nelson-Zlupko et al., 1995).

A felmenők között megjelenő függőség a genetikai állományban tovább öröklődhet. A függő családtagokkal rendelkező személyek még ha az nem is feltétlen törvényszerű, de hajlamosabbak a függőségre. Shuckit (2000) kutatási eredménye alapján a szerhasználó nők családi hátterére jellemzőbb, hogy a családtagok alkoholt vagy drogokat használtak, így hajlamosabbak a későbbi függőség kialakítására.

- Pszichológiai jellemzők

Anglin és munkatársai már 1987-ben, akkori kutatásuk keretei között kifejtették, hogy a nők könnyebben válnak függővé, mint a férfiak. A nők a férfiakhoz képest kezdetben kisebb adagokat vesznek magukhoz a legtöbb szerből, azonban sokkal gyorsabban alakul ki náluk a függőség. Ezt a szakirodalom teleszkóp-hatásnak nevezi. Mivel a nők kevesebb szerhasználati alkalom hatására válnak függővé, így gyorsabban és súlyosabb klinikai problémákkal néznek szembe, még akkor is, ha kevesebb szert fogyasztottak hasonló függő férfitársaikhoz képest. Ennek okai nem teljesen tisztázottak, de a kutatók szerint a pszichológiai különbségekben mindenképpen keresendők. A nők hajlamosabbak a hangulat- és érzelemreguláció, illetve stressz csökkentő céllal szert használni, míg a férfiak esetében mindez sokkal inkább a kockázat- és élménykereséssel függ össze (Greenfield, 2010).

Kaló (2020) szerint a szerhasználó nők esetében általánosságban leggyakrabban megjelenő komorbid zavarok a következők: depresszió, szorongás, étkezési zavarok, bipoláris zavar, személyiség zavar és PTSD. Opiát és kokainfüggő nők nagyobb arányban szenvednek affektív és szorongásos problémákkal, mint a férfiak. A nők esetében életre szóló pszichiátriai komorbiditás kétszer gyakoribb, mint férfiak esetében (Tuchman, 2010)

Fontos tényező, hogy a nők jellemzően másképp élik át a traumát, és a PTSD tüneteiben is különbséget mutatnak. A nőkre jellemzőbb, hogy a PTSD kialakulása trauma hatására történik, amit gyakran, az esetek majdnem felében követ szerhasználat is (APA,2018).

A nőkre nagyobb mértében jellemző depresszió, ami erős hajlamosító tényező lehet a szerhasználattal kapcsolatban. A szerhasználó nők körében pedig szignifikánsan magasabb a depressziós betegek aránya, mint a kontroll csoport esetében. A depresszió emellett a nőket figyelembe véve erősen korrelál a relapszussal is. Alkoholdependens nők esetében a

depresszió nehezíti az ellátásukat és könnyeben lépnek ki a folyamatból, ami tovább nehezíti a leszokást (Tuchman, 2010).

Hasonlóan a depresszióhoz, az étkezési zavarok is inkább a nők körében előforduló mentális betegségek. Az étkezési zavarokkal küzdő személyek emellett sokkal hajlamosabbak alkohol és drogok használatára, amiből arra következtethetünk, hogy ebben az esetben a nők érzékenyebbek a komorbiditás kialakulásában (Kaye et al., 2004).

- Szociális (társas és társadalmi) jellemzők

A társadalmi stigmatizációtól való félelem miatt a nők gyakrabban választanak legális szereket (Kaló, 2020). Ahogy fentebb, a szerfogyasztás epidemiológiájánál is látható, a nőkre jobban jellemző az alkoholhasználat és a visszaélés szerű gyógyszerhasználat, mint rejtettebb szerhasználati mód. Ennek hátterében a stigmatizáció csökkentésének motivációja erőteljes faktorként értelmezhető.

A női szerhasználat gyakrabban jelenik meg társkapcsolatban és gyakran a férfi partnerhez köthető. Sok, ezzel a témával foglalkozó kutatás szerint, a nők nagyobb része először egy férfi által próbálja ki a tudatmódosító szereket, kortól függetlenül. Míg a női szerhasználat a párkapcsolathoz köthető, a férfiak esetében a szerhasználat a férfi barátokhoz, baráti társaságokhoz kapcsolódik (Tuchman, 2010). Ha a párkapcsolatban a partner szerhasználó, az hajlamosító tényező a nők esetében az addikció kialakulásához és később hajlamosabbak szerfogyasztó partnert választani, ami a függőség tovább gyűrűzéséhez, és nem annak megszakításához vezet (Mayock et al., 2015).

A traumatikus élmények hatására bekövetkező szerhasználat különösen jellemzi a női szerhasználat kialakulásának dinamikáját (Kendler 2000, in Kaló, 2020). A családon vagy párkapcsolaton belüli erőszak gyakori trauma a nők körében. Valószínű ennek is köszönhető, hogy a párkapcsolati problémák és a párkapcsolati működés nagy hatással van a nők szerhasználatára. A partnerkapcsolati erőszak 95%-ban a férfi a bántalmazó és minden ötödik nőt érint Magyarországon. A szerhasználó nők esetében még gyakoribb a bántalmazás (Caetano et al., 2001, in Kaló, 2020), ami annak is köszönhető, hogy általánosan a párjuk is szerhasználó, illetve maga a szerfüggőség patológiás működésmódhoz vezet. Nők esetében a kapcsolati stressz a visszaesést leginkább indukáló tényező (Gilbert et al., 2001. in Kaló 2020).

A gyermekkori szexuális abúzus mind a nők és mind a férfiak esetében megjelenhet, mint szerfüggőségre hajlamosító tényező. Azonban a nők háromszor-ötször gyakrabban szenvednek el ilyesfajta gyermekkori traumákat, amelyek Kendler és munkatársai (2000, in Kaló, 2020) szerint gyakran vezetnek alkohol és drogproblémákhoz az egyéb mentális problémák kialakulása mellett, és mindezek gyakrabban jelennek meg a nők esetében, mint a férfiaknál. A szerhasználat miatt segítséget kérő nők 20-80%-ának narratívájában szerepel gyermekkori szexuális abúzus, amelynek figyelembevétele kiemelten fontos a megfelelő terápiás kezelés kialakításakor (Kaló, 2020).

Összefoglalás

A nők szerhasználatának epidemiológiájából kiolvasható, hogy annak ellenére, hogy kevesebb a női szerhasználó a férfiakhoz viszonyítva, arányuk az utóbbi évtizedek során nőtt. A bio-pszicho-szociális tényezőket mérlegelve látható, hogy a nők gyorsabb folyamat mentén válnak függővé, nehezebben képesek abbahagyni a szerhasználatot és könnyebben esnek vissza, miközben klinikai szempontból, mind fizikailag, mind pszichésen hamarabb szorulnának kezelésre. Mégis, főként köszönhetően akár a család és gyermekgondozásban betöltött kulcsszerepüknek, a szerhasználat mentén gyakran kialakult depressziónak vagy az erős stigmatizációnak, elenyésző hányaduk kapja meg a megfelelő segítséget. Miközben manapság már három szerhasználó férfira jut egy nő is, addig öt, ellátásban résztvevő szerhasználó közül csupán egy nő.

Irodalomjegyzék:

Anglin, M.D., Hser, Y.I. and McGlothlin, W.H. 1987. Sex differences in addict careers. 2. Becoming addicted. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 13(1-2), pp. 59–71.

APA: American Pscyhological Association (2018). APA Guidelines for Psychological Practice with Girls and Women. Retrieved: https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-girls-women.pdf

Brown, S. (2002) Women and Addiction: Expanding Theoretical Points of View. In Straussner, L. & Brown, S. (Eds.): The Handbook of Addiction Treatment for Women: Theory and Practice. San Francisco, Jossey-Bass. 26-51.

Caetano, R., Nelson, S., & Cunradi, C. (2001). Intimate partner violence, dependence symptoms and social consequences from drinking among white, black and Hispanic couples in the United States. The American journal on addictions, 10(s1), s60–s69. https://doi.org/10.1080/10550490150504146. In Kaló, Zs. (2020). Bevezetés a szerhasználó nők világába. ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó. Budapest

Campbell, N. & Ettore, E. (2011). Gendering Addiction: The Politics of Drug Treatment in a Neurochemical World. New York: Palgrave Macmillan In Kaló, Zs. (2020). Bevezetés a szerhasználó nők világába. ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó. Budapest

Elekes, Zs. & Kaló, P. (2019). ESPAD – 2019: Előzetes eredmények. Magyar Addiktológiai Társaság XII. Országos Kongresszusa. Siófok, 2019. november 28-30. Retrieved: http://www.devianciakutatas.hu/docs/Elekes-Arnold_MAT2019.pdf

Elekes, Zs. (2019). A szerfogyasztás rizikótényezői középiskolások körében. Educatio, Volume 28: Issue 3, 459-511. doi:10.1556/2063.28.2019.3.4

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019). European Drug Report 2019: Trends and Developments. Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg. DOI: 10.2810/191370

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017). European Drug Report 2019: Trends and Developments. Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg. DOI: 10.2810/191370

Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence, Psychopharmacology, 2014 (1), 17-31.

Ettorre, E. (2004). Revisioning women and drug use: Gender sensitivity, embodiment and reducing harm. International Journal of Drug Policy, 15(5-6), 327-335. doi:10.1016/j.drugpo.2004.06.009

Fox, H. C., & Sinha, R. (2009). Sex Differences in Drug-Related Stress-System Changes. Harvard Review of Psychiatry, 17(2), 103–119. doi:10.1080/10673220902899680

Gilbert, L., El-Bassel, N., Rajah, V., Foleno, A., & Frye, V. (2001). Linking drug-related activities with experiences of partner violence: a focus group study of women in methadone treatment. Violence and victims, 16(5), 517–536. In Kaló, Zs. (2020). Bevezetés a szerhasználó nők világába. ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó. Budapest

Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., & Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. The Psychiatric clinics of North America, 33(2), 339–355. https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.004

Kaló, Zs. (2020). Bevezetés a szerhasználó nők világába. ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó. Budapest

Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. The American journal of psychiatry, 161(12), 2215–2221. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2215

Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. Archives of general psychiatry, 57(10), 953–959. https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.953 In Kaló, Zs. (2020). Bevezetés a szerhasználó nők világába. ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó. Budapest

Mayock, P., Cronly, J. & Clatts, M. C. (2015). The Risk Environment of Heroin Use Initiation: Young Women, Intimate Partners, and "Drug Relationships", Substance Use & Misuse, 50:6, 771-782, DOI: 10.3109/10826084.2015.978629

NIDA: National Institute of Drug Abuse (2000). Gender differences in drug abuse risks and treatment. NIDA Notes, 15(4):1–4. In Tuchman, E. (2010). Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research. Journal of Addictive Diseases. 29:127–138, doi: 10.1080/1055088100368458

Nefi (2016) Egészséges Egészségmagatartás Iskoláskorban. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest

Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E. & Morrison Dore M., (1995) Gender Differences in Drug Addiction and Treatment: Implications for Social Work Intervention with Substance-Abusing Women, Social Work, Volume 40, Issue 1, Pages 45–54, https://doi.org/10.1093/sw/40.1.45

Paksi, B., Demetrovics, Zs., Magi, A., & Felvinczi, K., (2018). A magyarországi felnőtt népesség droghasználata – az országos lakossági adatfelvétel az addiktológiai problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés Alapján. Magyar Pszichológiai Szemle, 73(4), 541-565. doi:10.1556/0016.2018.73.4.2

Shuckit, M. A. & Smith, T. L. (2000). The relationships of a family history of alcohol dependence, a low level of response to alcohol and six domains of life functioning to the development of alcohol use disorders. Journal of Studies on Alcohol, 61:6, 827-835

Terner, M. J. & de Wit, H. (2006). Menstrual cycle phase and responses to drugs of abuse in human. Drug and Alcohol Dependence, 84,1: 1-13. In Kaló, Zs. (2020). Bevezetés a szerhasználó nők világába. ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó. Budapest

Tuchman, E. (2010). Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research. Journal of Addictive Diseases. 29:127–138, doi: 10.1080/1055088100368458

UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime (2018), World Drug Report 2018. (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9)

Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N., Wilsnack, S. C. & Harris, T. R. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. Addiction, vol. 95, no. 2

A szermentes megváltozott tudati állapotok áttekintése

RAFFAI GELLÉRT

***Háttér és célkitűzés*: A megváltozott tudati állapotok az emberiség történetének valamennyi korszakában megtalálhatóak, részben a vallásos szertartásokban, részben a gyógyító eljárásokban. A megváltozott tudati állapotok jelenségvilága szinte végtelenül gazdag, így az írás szükségszerűen képtelen megfelelni a teljesség igényének. Az áttekintés célja a megváltozott tudati állapotok történeti kontextusba helyezése, a megváltozott tudati állapot definiálása, indukciós lehetőségei. Végül áttekintésre kerülnek olyan megváltozott tudatállapoton alapuló élmények és jelenségek, amelyek biztonságosan és szermentesen is elérhetőek szinte bárki számára.**

A megváltozott tudati állapotok történeti vonatkozásai

Az emberek kíváncsisága és igénye a megváltozott tudati állapotok iránt gyakorlatilag végigkíséri az emberiség történetét. A különböző korokban a természeti népektől kezdve a többistenhit hívőin keresztül a mai világvallások tagjain át gyakorlatilag folyamatosnak tekinthetjük az igényt a felsőbb hatalommal való kapcsolódásra és a gyógyulásra, aminek szertartásai kifejezetten gyakran okoznak eltérő mértékű tudatállapotváltozást. A primitív vallásokban ez a monoton zene, dobolás, táncok, tűz, kristályok, stb. által előhangolva következtek be. Az ókori vallási és gyógyító vezetők – nevezzük őket papnak, sámánnak, táltosnak vagy varázslónak – jól ismerhették a gyógyfüveket, tudatmódosító szereket is, de jellemzően ennek fogyasztása kizárólag az ő privilégiumuk volt, a közösség többi tagja számára többnyire szermentes módon váltottak ki transzállapotokat. Az ősmagyar hagyományokban például ezt szolgálta az izzasztókunyhó-szertartás, a görögöknél a szuggesztív álomelemzés

(jövendőmondás), a hindu fakírok vagy az indiai jógik gyakorlatai, stb. A középkori keresztény egyházakban a transzállapotok a háttérbe kerültek, bár számos utalást találunk a lelkigyakorlatok hatásmechanizmusait magyarázó meditatív gyakorlatokra. Jelentős előrelépésnek tekinthetjük a jelenség megértésének szempontjából Franz Anton Mesmer munkásságát. A 18. században írt közleményeiben ugyan a bolygók mozgásával és a magnetizmussal magyarázta rendkívüli gyógyításait, azonban gyakorlataiban egyértelműen megváltozott tudatállapotokat indukált, amelyekben szuggesztiókkal dolgozott, így megalapozta a hipnózis gyakorlatát. Ez a forradalmi újítás indította útjára azt a mostanra már évszázados kutatási és klinikai megközelítést, amelynek jelentős teoretikusai voltak pl. Charcot, Janet és maga Sigmund Freud is, akik munkássága a hipnózis mellett mostanra már számos tudatállapotváltozást elősegítő gyakorlatot integrált az orvos- és egészségtudományba (Mészáros, 2006).

A megváltozott tudati állapot meghatározása

A megváltozott vagy módosult tudatállapotnak nincs általános meghatározása, mivel a meghatározás feltételezi, hogy először a normális tudatállapot kellene meghatároznunk. A kifejezés definiálására természetesen történnek kísérletek, részben a filozófia, részben a pszichológia, részben pedig az idegtudomány területéről. Az egyik első átfogó leírás Arnold Ludwigtól származik: megváltozott állapotnak tekinthető bármilyen mentális állapot, amelyet különféle fiziológiai, pszichológiai vagy farmakológiai hatások indukálnak, és amelyet az egyén (vagy az egyén objektív megfigyelője) szubjektíven felismer, valamint jelentős eltérést mutat a pszichológiai működés szubjektív tapasztalataiban az általános egyéni normák alapján az egyén számára riasztás vagy a tudatosság felébresztése közben. A roppant körülményes meghatározás ebben a formában nem is terjedt el, viszont előkészítette a közismertebb Tart általi definíciót, amely így szól: a megváltozott tudatállapotok a tapasztalatnak olyan alternatív mintái, amelyek szubjektíven és minőségileg különböznek az alapállapottól (Farthing, 2008).

A megváltozott tudati állapot indukciós lehetőségei

A megváltozott tudati állapotokat sokszínűségük miatt indokolt megkülönböztetni, aminek alapja lehet az, ahogyan indukálódnak. Természetesen a különböző csoportok részben át is fedhetnek, amikor több tényező egyszerre vesz részt az állapotváltozásban. Mindezek alapján a leggyakoribb felosztás a következő:

- Figyelem megváltoztatása által – ami tipikusan a figyelem beszűkítésén alakul, erre jó példa a direkt hipnózisindukció. A figyelem ezen túlmenően fókuszálható is, ennek enyhébb formája lehet az autogén tréning, de jól kontrollált közegben kifejezetten jelentős változásokat okozhat, pl. a vipassana meditációban.
- Fizikai tényezők által - ezzel kapcsolatban a testmozgás fokozása okozhat megváltozott tudati állapotot, például a futók által gyakran emlegetett „running high" élménye, valamint a Bányai Éva által kidolgozott szobabiciklizéssel indukált aktív-éber hipnózis is döntően a fizikai aktivitás fokozásával függ össze.
- Fiziológiai tényezők által, ide sorolhatók elsősorban a pszichoaktív szerek, azonban az idegrendszer kémiai egyensúlyzavarai egyéb külső behatásra, vagy akár spontán módon is előfordulhatnak.
- Patológiás tényezők által, hiszen a központi idegrendszert ért külső traumák természetszerűleg okozhatnak tudatállapotváltozást (pl. postcommotios szindróma), de a pszichogén módon kialakuló mentális- és viselkedészavarok is (pl. pszichózis).
- Pszichológiai tényezők által a külső-belső ingerek megváltoztatásával, amely a szélsőséges ingerlés jelentőségére mutat rá. Az alulingerlés, vagyis a szenzoros depriváció jelentősége régóta ismert, amely pl. a lebegőkamra által nyilvánulhat meg, a másik szélsőség, a túlingerlés pedig például a monoton transzzenék által változtatja meg a tudatállapotot.

Spontán kialakuló módon is előfordulhatnak különböző típusú tudatállapotváltozások, erre jó példa a nappali ábrándozás (Farthing, 2008).

A szer által kiváltott és szermentes megváltozott tudati állapot összevetése

A fentebb megfogalmazott tényezők (vallási, gyógyulási) mellett napjainkban a megváltozott tudati állapot megélését motiválhatja még a (spirituális) élménykeresés vagy egészen egyszerűen a kíváncsiság. Ennek közismert, gyors és könnyen hozzáférhető eszközei lehetnek a legálisan elérhető pszichoaktív szerek (pl. alkohol), és a mérsékelten bonyolultabban beszerezhető illegális pszichoaktív szerek (pl. marihuana). Ezek a szervezetbe jutva a fentebb említett fiziológiai tényezőkön keresztül hatva megváltoztathatják a központi idegrendszer működését, ez esetben ezt akaratlagosan befolyásolni aligha lehetséges, így a tudatállapot módosulás vége az egyén katabolizmusától függ. Ezzel együtt – bár súlyos hiba a pszichoaktív szerek általánosítása – mégiscsak leszögezhető, hogy a szermentes állapotok kontrollálása az esetek többségében könnyebb, mint pszichoaktív szerfogyasztás esetén. Részben ezzel, és a közvetett módon ebből következő potenciálisan magasabb ártalmak és veszélyek (és részben politikai indíttatás) alapján indult el az Egyesült Államok (és őt követve a világ többi része is) a pszichoaktív szerek jelentős részének tiltása irányába. A pszichoaktív szerek jelentős része a mai napig betiltott, az általuk okozott vagy ahhoz hasonló szermentes élmény azonban nem betiltható, így a szer által kiváltott élmények számos szermentes alternatívája jelent meg vagy került újra a köztudatba (Grof, 2008).

A szermentes megváltozott tudati állapotok kiváltása az érzékszervi modalitások szerint

Az érzékszervi modalitások szerinti elemzés, mint logikai keret több szempontból is kézenfekvő: egyrészt a pszichopatológia is ennek alapján taglalja az észlelés zavarait (Tariska, 2009). Másrészt a megváltozott tudati állapotokkal dolgozó pszichoterápiás módszerek is gyakran az érzékszervi modalitások által struktuálják a módszer által generált tartalmat, pl. hipnózis, KIP, NLP, stb., ez az úgynevezett VAKOG-modell (vizuális, akusztikus, kinesztéziás, olfaktorikus, gusztatórikus) (McClure, 2005).

- Vizuális modalitás – vagyis a látás, mint a legtöbb ember számára legdominánsabb észlelés bizony ingerelhető olyan módokon, hogy az is tipikusan megváltozott tudati állapotot hozzon létre. Itt érdemes megkülönböztetni az állóképeket és a mozgóképeket. Az állóképek szempontjából remek példa a mandala, ami már Jungot is elbűvölte (Wells és Rushkoff, 1998). A mandalák megalkotása szinte még izgalmasabb lehet, azzal együtt, hogy pszichológiai szempontból katartikus élmények feldolgozását is nagy hatásfokkal, nonverbálisan is elősegítheti (Grof, 2013). Mozgóképek szempontjából a fraktálok grafikai megjelenítése, valamint a filmművészet gazdagodásával számos alkotás lehet hatékony (pl. Blueberry (2004) című film).
- Akusztikus modalitás – vagyis a hallás által befogadható ingerek, mint a megváltozott tudatállapot kiváltása szintén gazdagodó terület. Ebből a szempontból a hangok (zene) önmagában is okozhat megváltozott tudati állapotot, különösen a pszichedelikumok által inspirált zenészek alkotásai (pl. Beatles illetve a goa stílus különböző műfajai). Az inger észlelésének módja azonban tovább fokozhatja az élményt, ezt bizonyította a binaurális ütemek (két kissé eltérő frekvenciájú hang egyidejű hallgatás esetén a frekvencia különbség hallási illúziót okoz) kutatása (Szabó, 2015).
- Kinesztéziás modalitás – vagyis a legnagyobb érzékszervünk, a bőr által észlelhető mozgások tartoznak ide. A bőr a legkorábban kialakuló érzékszervként már a magzati korban rengeteget észlel az őt körülvevő világból. Az ehhez köthető észlelések a legarchaikusabb mintázatokként reprezentálódnak és aktiválódnak újra életünk végéig, különösen az olyan intenzív bőrkontakt során, mint a szexualitás, ami szintén alkalmas extatikus élmények, mint megváltozott tudati állapot kiváltására (Hevesi, 2013).
- Olfaktorikus modalitás - vagyis a szaglás ingerei tartoznak ide. Önmagukban a szaglásra ható ingerek valószerűtlen, hogy megváltozott tudati állapotot váltsanak ki, azonban közvetett módon egy illat képes lehet egy meghatározó emléket triggerelni (pl. Proust: Az eltűnt idő nyomában). A szaglás és a megváltozott tudati állapotok összefüggése sokkal inkább az észlelési küszöb módosulása miatt izgalmas, amely jelentős mértékben lecsökkenhet, de intenzívebbé is válhat (Tariska, 2009).
- Gusztatorikus modalitás – vagyis az ízek észlelése tartozik ide, gyakorlatilag ugyanaz vonatkozik erre is, mint az olfaktorikus modalitásra, vagyis a megváltozott

tudatállapotokban az ízek észlelése még izgalmasabb lehet, ebben az állapotban az evés emiatt közkedvelt tevékenység (Grof, 2013).

Fiziológiás elven működő szermentes megváltozott tudati állapot: a holotróp légzés

A bevezetésben használt biztonságos jelző itt feltételekhez kell kapcsolódjon: a pszichedelikumok használatára vonatkozó előkészületek, vagyis a megfelelő érzelmi-gondolati-hangulati beállítódás, intenció megfogalmazása (set) valamint a képzett szakember (facilitátor) és a kellemes, biztonságos környezet (setting) alapvetés kell legyen. Ennek oka, hogy a megfelelő körülmények között átélt holotróp légzés élményvilága a pszichoaktív szer által kiváltott élmények intenzitását is elérheti, sőt meghaladhatja.

A módszer története az 1970'-es évek Amerikájában kezdődik, amikor az addig legálisan végzett LSD-asszisztált pszichoterápiák is betiltásra kerültek, hiszen a megfelelő terápiás használat mellett a szer utcai használata tömeges méreteket öltött és kontrollálhatatlannak bizonyult. Az addig LSD-vel dolgozó Stanislav Grof, aki a transzperszonális pszichológiában azóta is vezéregyéniségnek tekinthető, ezután is teljes meggyőződéssel ragaszkodott ahhoz, hogy a megváltozott tudatállapotot alkalmazó terápiás technikák hozzáférhetőbbé teszik a tudattartalmakat (holotróp állapot), amely során az egyéni tudati bölcsesség (mint egy belső radar) célzottan a tudatosságba emeli a tudattalan pszichés elakadásokat. Grof rá volt tehát kényszerítve, hogy az LSD-hez hasonló tudatállapotváltozásokat érjen el, ekkor dolgozta ki feleségével a holotróp légzést. Ehhez az inspirációt nem titkoltan az indai hagyományokban fellelhető légzéstechnikát adták, többek között a pranayama. A módszer szemléletében elődjének tekinti a pszichoanalízist, hiszen elfojtott tudattalan élmények oldódását tűzi ki célul, ugyanakkor transzperszonális is, hiszen megváltozott tudatállapotot használ és a felbukkanó élményanyagot a születés folyamatával tekinti analógnak (perinatális mátrixok), amelyek egykori érzelmi, gondolati és viselkedéses mechanizmusainak összesűrített mintái (COEX-rendszerek) nyernek új értelmet és oldódnak meg (Grof, 2008).

A módszer technikailag a hiperventilláción alapul, vagyis a kliens (vagy légző) bekötött szemmel, fekvő helyzetben, roppant evokatív, tehát intenzív érzéseket, emlékeket elősegítő

zenére gyorsítja fel légzését, amíg egy jól felkészült facilitátor (nevezik még ülőnek vagy sitternek) végig mellette marad és segíti a felmerülő szükségleteiben (pl. zsebkendő), de leginkább csak biztonságos teret nyújt számára. A 2-3 órás folyamatot követően a kliens egy nonverbális „zsilipelésen" megy keresztül, amikor lehetősége van a megélt benyomások, a látott képek, élmények megörökítésére mandalarajzolás formájában. Az elvonulás végén pedig a csoport közösen, zárókörben fogalmazza meg az átélteket, ekkor a facilitátorok segítik a megéltek integrálását (Grof és Grof, 2010).

A fejezet címében szereplő fiziológiai elv a módszer néhány facilitátora és kutatója szerint abban nyilvánul meg, hogy a hiperventilláció során a szervezet szén-dioxid szintje lecsökken. Emiatt a kémiai egyensúlyzavar (acidózis) tüneteivel összefüggésben olyan jelek jutnak a központi idegrendszerbe, ami a haldoklással azonos. Ennek következtében nagy mennyiségben szabadulhat fel a tüdőből az endogén módon termelt (de normálesetben kizárólag a születéskor és a halálkor felszabaduló) dimetiltriptamin (DMT), amely a világ egyik legintenzívebb pszichoaktív szere, az ayahuasca-ceremóniákon használt főzet domináns összetevője. Tulajdonképpen az is kijelenthető, hogy a haldoklás során minden ember egy átütő pszichedelikus élményt él át a saját szervezete által termelt alkaloid miatt (Grof és Grof, 2010).

Képzeleti elven működő szermentes megváltozott tudati állapot: a KIP

Hanscarl Leuner (1918-1996) életútja számos ponton hasonlóságot mutat a fentebb bemutatott Stan Groféval: mindketten Európában szereztek orvosi diplomát, mindketten pszichoanalitikusan orientált pszichiáterként szakosodtak és mindketten a pszichedelikumok által asszisztált pszichoterápiával kezdték pályafutásukat. Leuner is alkalmazta az akkoriban népszerű LSD-t a terápiás munkájában, Leunert azonban a szerhatás közben megjelenő képek és szimbólumok foglalkoztatták, ezért módszerének első megnevezései képélmény terápia és szimbólumdráma voltak. A végleges és ma is használatos elnevezés Katathym Imaginatív Pszichoterápia (KIP), amiben a katatím (katathym) jelentése tudattalan, érzelmileg telített, szimbolikus. Az imaginatív a képélményre utal, amely az elsődleges élményfeldolgozás

szintjére történő regressziót jelöli. A pszichoterápia jelentése evidens, ebben a kontextusban a terápiás céllal indukált képi élményvilágot jelent.

Grofhoz hasonlóan Leuner is arra kényszerült, hogy a törvényi tiltást követően szermentesen is folytatni tudja a képélményekkel történő pszichoterápiát, így a relaxációs technikákkal (autogén tréning) kezdte előhangolni a klienseket, hogy az így kiváltott kellemes, megváltozott tudati állapotban hívóképekkel indítson be projektív folyamatokat. A hívóképek sokfélék, vannak, amelyek csekély kockázattal alkalmazhatóak, ezeket nevezi alapszintű motívumoknak (pl. virág, rét, patak, hegy), amiket a terapeuta képzettségével párhuzamosan ki lehet bővíteni megterhelőbb, nagyobb kockázatot magában hordozó hívóképekkel is. Minden esetben szükséges a módszer kliensnek történő bevezetése során, hogy az első élménye egy kellemes, biztonságos hely megteremtésére irányuljon, ami aztán a későbbi munka során is stabil kiindulópont vagy a megnyugtatás eszköze lehet. A kép megjelenése esetén a terapeuta strukturálni igyekszik a képet, aminek logikája lehet a korábban ismertetett VAKOG-modell, esetleg olyan kérdésekkel vezeti a klienst, hogy az a felmerülő nehézségeket megoldhassa (pl. Mire lenne most szükség?). A folyamat végén a terapeuta a normál tudatállapotban a klienssel együtt értelmezi a megjelenő képeket és a szimbolikus tartalmak valamint az életvezetés analógiáira vezeti rá kliensét a problémák megoldása céljából (Leuner, 2012).

A pszichoaktív szerek „repülése” szermentesen

Végül, de nem utolsó sorban egy olyan jelenségre szeretném felhívni a figyelmet, amikor a pszichoaktív szer egy teljesen természetesen elérhető élményt vagy jelenséget utánoz. Vagyis ezekben az esetekben a szer által kiváltott élmény helyett azt az élményt érdemes keresni, amit a szer hatása másol le. A „repülés” élménye gyakori opioidok használata során, de valószínűleg sosem lesz olyan, mint a valódi repülés, vagy az ahhoz nagyon hasonló élmények így néhány példával szemléltetem a valódi élmények fontosságát:

- Repülés – nomen est omen – tehát a repülőgéppel, sárkányrepülővel, helikopterrel, hőlégballonnal, stb. történő repülés még akkor is nagy élmény, ha nem okoz megváltozott tudati állapotot.

- Zuhanás – a növekvő népszerűségű bungee jumping vagy ejtőernyőzés élménye a szervezet stresszhormonjaink felszabadulásával összefüggésben szintén olyan intenzív élmény, amely komoly versenytársa lehet egy pszichoaktív szer hatásának.
- Hullámvasút és a vidámparkok hasonló élményt adó „játékai" szintén alkalmasak a korábban leírt hatások leírására, különösen izgalmas lehet ezeket testileg ellazultan, relaxálva becsukott szemmel megélni.

Virtuális valóság használata is egyre elterjedtebb, ami a biztonságra fokozottabban törekvő személyek számára lehet reális alternatívája a fejezetben szereplő valamennyi élménynek (Wells és Rushkoff, 1998).

Összefoglalás

A megváltozott tudati állapotok és azok hatásai a történelmünk során végig integráns részét képezték életünknek. Az ilyen élmények iránti kíváncsiság és nyitottság abszolút természetesnek tekinthető, azonban a pszichoaktív szerhasználat potenciális ártalmainak és veszélyeinek tudatában fontos ismernünk a szermentes alternatívákat, amik indukciós lehetőségeit, csoportosításait számos példával illusztrálva hivatott bemutatni ez az írás.

Irodalomjegyzék:

Farthing, G. W. (2008): Módosult tudatállapotok. In: Bányai, É. & Benczúr, L. (2008): A hipnózis és hipnoterápia alapjai. Szöveggyűjtemény. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Grof, S. (2008): A jövő pszichológiája – a pszichológia jövője. Pilis-print Kiadó, Budapest.

Grof, S. (2013): LSD pszichoterápia. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.

Grof, S. & Grof, C. (2010): Transzlégzés – Holotróp légzéstechnika – az öngyógyítás új útja. Animus Kiadó, Budapest.

Hevesi, K. (2013): Szex – A psziché labirintusában. Kulcslyuk Kiadó, Budapest.

Leuner, H. (2012): A katatím imaginatív pszichoterápia alapjai. Animula Kiadó, Budapest.

McClure, I. (2005): The 21st Century Brain: Explaining, Mending and Manipulating the Mind. Randomhouse Books, London.

Mészáros, I. (2006): A hipnózis története. In: Vértes Gabriella (szerk.) Hipnózis – hipnoterápia. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Szabó, G. S. (2015): Az elvárások és a hanginger szerepe a binaurális ütemek fenomenológiai hatásaiban. PhD értekezés, Debreceni Egyetem, Debrecen.

Wells, P. & Rushkoff, D. (1998): Ingyen betépni – Drog nélkül ugyanazt. Maitreya Kiadó, Budapest.

Tariska P (2009): A pszichopatológia alapvonalai. In: Füredi J, Németh A., Tariska P, (szerk.) A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina Kiadó, Budapest.

Narratív szemléletmód a szerfüggő önéletírások és felépüléstörténetek mögött

BALIKÓ FANNI

***Absztrakt*: A leírt és kimondott szavaknak ereje, mi több saját élete van. A beszéd Stern szerint „kétélű kard", az önmagunkról szóló elbeszélés során ugyanis egyes tartalmak elhalványulhatnak, míg mások kiemelkednek. Az addiktológia területén az elmúlt években számos példát találunk önéletrajzi és élettörténeti interjúk, írások elemzésére. A függőségtől való szabadulás és visszaesés veszélye szempontjából kiemelt jelentőséggel bír, milyen eseményekre helyeződik a hangsúly, a gyógyulás folyamatában miként érzékeli saját hatóerejét a felépülő. Az elbeszélés nem csak egy sajátos beszédmód, hanem olyan cselekvés- és eseménysorozatok, amelyek értelmet és irányt adnak, logikus vonulatba rendezik az élményeket és történéseket. Ezért számos esetben terápiás csoportok is épülhetnek a saját történetek, élmények, tapasztalatok megosztása általi felszabadulás, közös történetalkotás gyakorlatára. Emellett a személyes betegségértelmezések és gyógyulástörténetek alkalmasak az identitásváltozás alakulásának lekövetésére, az alkalmazott megküzdési stratégiák vizsgálatára, illetve az értelemtalálás folyamatának vizsgálatára.**

Az identitás narratív elmélete

Az történetmesélés univerzális emberi képesség, amely nem csak az értelemtalálás és a tudás átörökítésének eszköze, hanem az ember alapvető hozzáférési módja az őt körülvevő világhoz (Pléh, 2012). Az önmagunkról szóló történet, vagyis a narratívák olyan cselekvés- és eseménysorozatok, amelyek az idő múlásával, oksági elveket követve bontakoznak ki. Ezek az oksági szabályok megkövetelik az események koherens, logikus sorrendű bekövetkezését (Graesser, Hauft-Smith, Cohen és Pyles, 1980), az így kialakult vezérfonal pedig kirajzolja az

emberi élet ívét. Számos tudományterület érdeklődik az átalakulás- és gyógyulástörténetek iránt, amelyek akár önmagukban képesek a gyógyítás eszközévé válni. A narratív identitás elmélete komplex modell, amely a személyiségfejlődés, a kognitív pszichológia, valamint a kulturális pszichológia eredményein alapszik (Mezőfi, 2014). Az élettörténeti narratívumok tematikus kategorizálása McAdams (2001) nevéhez fűződik.

A narratívumok alapvető szocializációs mechanizmusok, a társas tapasztalatok szervezése mellett azonban az intrapszichikus folyamatok megértésében és saját identitásunk formálásában is nagy szerepük van (László, 2005). Ahogy Erikson (1956) pszichoszociális elmélete is mutatja, a változó életkörülmények és minket érő események hatására identitásunk folytonossága sem állandó. A serdülőkor és az idősödés, életközépi válság krízise például kifejezetten megterhelő időszakok, amikor nagy szükség lehet az addigi tapasztalatok és leendő célok összehangolására. Emellett az elbeszélés lehetőséget teremt például egy trauma vagy megterhelő életesemény bekövetkezte folytán megszakadt, egymástól eltávolodott személyiség-fragmentumok újbóli összekötésére. A velünk történt események elbeszélés általi logikus vázra fűzése tehát a koherencia-teremtés egyik legfontosabb eszköze.

A felépüléstörténetnek egyéni és közösségi szinten egyaránt fontos szerepe van. A jelentéstalálás, koherenciateremtés aktusán túl a médiában és a köztudatban megjelenő történetek hatással lehetnek a tudatmódosító szerekkel kapcsolatos kollektív attitűdre (Mezőfi, 2014). Hughes (2007) szerint a szerhasználat olyan identitás-gyakorlat, amely által a függő személy megkonstruálja énjét. Az identitás alakulásába azonban társas tényezők is belejátszanak, így a józan identitás felépítésében komoly jelentősége van a gyógyuló függőt körülvevő közegnek is.

Pszichológiai jelentéssel felruházható nyelvi tartalmak

A narratív pszichológia úgy tekint a nyelvre, mint a lelki tartalmakat hordozó komplex rendszerre. A jelentésadás, az átélt élmények, az identitás, a társas világhoz való viszony és az alkalmazkodás mind a szövegben is azonosítható konstruktumok (László, 2005). A narratológia tudományterülete arra az alapvetésre épül, hogy véges számú alkotóelem és pszichológiai jelentés végtelenül változatos felszíni szövegbe konvergál. Az alábbi áttekintés a legfontosabb, pszichológiai jelentéssel felruházható szövegelemeket hivatott bemutatni.

Az élettörténeti elbeszélések magukban foglalják az elbeszélőn kívül más szereplők jelenlétét, a szövegben felbukkanó alakokhoz társított funkciók pedig informatívak a társas kapcsolatok feltérképezése terén. A szereplők amellett, hogy előre mozdítják a cselekményt, olyan fontos interperszonális és pszichológiai funkciókat is képviselnek, mint például a segítségnyújtás, a védelmezés vagy a biztonság funkciója (László, 2005). A témához kapcsolódóan kiemelkedő Péley Bernadette munkássága, aki droghasználó fiatalok elbeszéléseiben azonosított családi történeteket, szerepköröket, visszatérő interakciós jellegzetességeket, illetve transzgenerációs érzelemszabályozási mintákat. A kutatás eredményei alátámasztják, hogy a fiatalkori deviáns magatartás mögött a korai szelf-tárgy kapcsolat zavarai azonosíthatók (Péley, 2002).

Az irodalomban megjelenő konkrét és metaforikus terek vizsgálata kapcsán Mihail M. Bahtyin neve merülhet először fel. Bahtyin (2001) a románc műfajának elemzése során figyelte meg azt a visszatérő motívumot, amely szerint a szerelmesek találkozásuk után elszakadnak egymástól, majd megpróbáltatások árán újraegyesülnek. Pohárnok Melinda (2004) borderline és depressziós nőbetegek elbeszéléseiben vizsgálta a szeparáció-individuáció megnyilvánulását. Különböző tárgykapcsolat és a szelf-fejlődési elméletek alapján dolgozta ki a közeledés-távolodás narratív paradigmáját, amely az én és a másik között húzódó interaktív térben valósul meg. Az eredmények pedig rámutatnak, hogy az ismétlődő térbeli mintázatok érzelmi távolságszabályozással kapcsolatos értelmezést is lehetővé tesznek. A szereplők közti hierarchizált interperszonális viszonyokra az alá-fölé-, illetve mellérendelő szerkezetek használata utalhat, így a győzelem-bukás vagy a menny-pokol mind olyan szimbolikus téri jegy, amely összefüggésbe hozható a belső állapotok kivetülésével (László, 2005). A főszereplő által bejárt út, az állomások, a fordulópontok számos rejtett információval szolgálhatnak írója pszichés állapotáról. A mesékkel való terápiás munkában is kiemelt jelentősége van a mesei helyszíneknek, ebből ugyanis következtetni lehet rá, hogy a segítséget kérő éppen hova helyezi magát a történetben, hol akadt el élete folyamában (Boldizsár, 2016).

A tér mellett az idő is az elemzés fontos referenciapontja. Az időélmény szerepe az elbeszélés idői szervezését jelenti, amely az igeidők és az időhatározók vizsgálatával könnyen elemezhetővé válik. Pennebaker (1997) kutatása során összefüggést talált az aktuális stressz magasabb szintje és a jelen idejű időhatározók gyakori használata között. Az idői szerkezet megbomlása jelzésértékű jelenség, az időn kívüliség gyakran figyelhető meg drogfüggő

személyek írásaiban, azt az érzést keltve az olvasóban, hogy a történet főhőse kiszakadt az időből, bezárulva saját belső világába. Az időtlenség érzékletesen jelenik meg Varga Judit Éjfél után… (S. László, „Amszterdami" Lacika önvallomása) című kötetében. A címszereplővel készült interjúkon uralkodó alaphangulat a teljes céltalanság, emellett a szövegben számos példát találhatunk az instabil értékítéletekre, az értelem és felismerések hiányára. A sehová nem tartó történet végül tragikus módon a főszereplő öngyilkosságával zárul (Rácz, 2005). Az idő fragmentáltsága és a bizarr, szubjektív időélmény gyakran jelenik meg olyan pszichiátriai kórképek esetében is, amelyek az én-határok felbomlásával járnak, mint például a klinikai szintű nárcizmus vagy borderline személyiségzavar (Ehmann, 2004). Ebből kiindulva a szerfüggő személyek –gyakran drog indukálta pszichózisban vagy alkoholos delíriumban– átélt megváltozott időélménye talán a skizofrén betegek tapasztalásaival rokonítható.

Az elbeszélői perspektíva reflektorként képes vezetni a befogadó figyelmét, emellett pedig az átélt élmények távolításának eszköze is lehet. Pólya Tibor (2004) olyan narratív jegyek, mint a személyes névmások, téri-idői határozószavak és igeidők alapján kétféle elbeszélői nézőpontot azonosított. Az elbeszélői mód olyan retrospektív álláspont, amelyben az elbeszélő már a jelen felidézés pillanatában értékeli a múltbéli történéseket. Szereplői módban viszont újra átéli őket az eredeti tapasztalás szerint. Az újbóli átélést legerősebben tükröző nyelvi jegy a gyakori jelen idejű igék használata. A visszatekintő perspektíva esetében integrált emlékről és érzelmi kiegyensúlyozottságról beszélhetünk, az ismételt átélés azonban feldolgozatlan traumát, érzelmi bizonytalanságot jelezhet (Pólya, 2004).

A drogos felépüléstörténetekben gyakran jelenik meg egy külső elbeszélő, többnyire családtag vagy közelálló személy, aki kívülről narrálja az eseményeket. Sinkáné Sinka Rita Kővirág című önéletrajzi könyvében például az édesanyja levelei, mint belső hang kísérik végig a főszereplő pokoljárását. A kívülre helyezett értelmező szólam az anya leveleiben testesül meg, ő reprezentálja az előrevivő én-pozíciót. Ezáltal a kulcsfontosságú felismerések nem a főszereplőtől hangzanak el, hanem ezekből a levelekből derülnek ki (Rácz, 2005).

A fokalizáció alapján a narrátor nézőpontja lehet belső, perszonalizáló, érzésekkel és értékelésekkel telített, illetve lehet kameraszerűen külső, objektív. A szerfüggő narratívák esetében az sem ritka, hogy egy családtag szemszögéből ismerjük meg a főszereplő életét. Pusztaháziné Gazdag Ilona Más világ. Egy anya naplójából című könyvében fia halálát követően visszaemlékezések formájában próbálja meg feldolgozni gyermeke

heroinhasználóvá válását, majd elveszítését. Az anyai narráció ebben az esetben teljes mértékben belső, az érzékletes és őszinte megnyilvánulás által az olvasó beleláthat a veszteség feldolgozásának fájdalmas és embert próbáló folyamatába.

A narratív koherencia az egyik legfontosabb diagnosztika értékű lehorgonyzási pont a szövegelemzés folyamán, ugyanis megbízható képet nyújthat a pszichés állapotokról (László, 2005). Antonovsky (1987) egyenesen az általános egészség, pszichológiai jóllét mutatójának tarja, ezzel kapcsolatos kutatásai pedig alátámasztják, hogy a magasabb szövegszintű koherencia erősebb énnel és stabilabb identitással jár együtt. Mindezt Pennebaker (2001) vizsgálati eredményei is alátámasztják, aki traumát átélt személyek írásait vetette össze kontrollcsoport adataival és megfigyelte, hogy az értelmező szavak gyarapodása összefügg a trauma feldolgozásának mértékével. Boldizsár Ildikó (2010) szerint az archaikus történetek terápiás alkalmazása azért megfelelő eszköz, mert a betegségeket és a meséket -különösen a varázsmeséket- összekötő szál az egyensúlyi állapot megbomlása, amelynek helyreállítása a való életben is tapasztalható pozitív változásokat indukál.

Mivel a függőség és az abból való gyógyulás állapota gyakran társul depresszív állapottal, szorongással, szuicid hajlamokkal, az öndestruktív késztetések nyelvi azonosítása kiemelt jelentőségű lehet. Kézdi (1995) szerint az alkoholfüggők esetében például gyakori a hirtelen felindulásból elkövetett, impulzív öngyilkosság, a drog indukálta pszichózis pedig hasonlóan beszűkült tudatállapottal járhat együtt. A megsemmisítő tagadás fontos jele lehet az öngyilkosságot megelőző beszűkült lelkiállapotnak (Ringel,1974 in Kézdi, 1995). Ezzel összefüggésben a szelf-referencia csökkenése szintén fontos jele lehet az öndestruktív késztetéseknek és negativizmusnak a pre-szuicid szindróma jegyeinek azonosításában (Hargitai, 2004). A szövegben található tagadások túlsúlya tehát rávilágít az érintett élethelyzetének szubjektíven megélt elviselhetetlenségére, emellett a segélykérő kommunikáció (cry for help) további fontos nyelvi megnyilatkozásai lehetnek a negatív érzelmi töltetű szavak vagy a családtagok gyakori említése (Buda, 2001).

A beavatási rítusok hiánya és a drogfogyasztás

Régen, az archaikus időkben az emberek élete rítusok mentén zajlott. Az élet fordulópontjain rituálék segítettek át biztonságot és kereteket nyújtva, különösen olyan nehéz élethelyzetekben, mint a betegség, a gyász folyamata, vagy az életszakaszváltások normatív krízise. Napjaink rítusvesztett világában nagy szükségünk lenne az útmutatásra, amelyek elődeinket is átsegítette életválságaikon. Arnold van Gennep (2007) Átmeneti rítusok című könyvében részletesen foglalkozik a rítuselmélettel és fejti ki az átmeneti rítusok jelentőségét. A pszichoanalízis Freud utáni képviselői, mint Bettelheim vagy Róheim is egyetértenek abban, hogy a serdülőkor krízise körül nagyon erős a beavatások szerepe. Ehhez kapcsolódóan a könnyűdrogokat gyakran kapudrogként szokás aposztrofálni, mivel ezek a szerek jelentik a belépőt a keményebb drogok és komoly – akár emberéleteket követelő – függőség világába.

A gyermeki és felnőtt lét fordulópontja Erikson (1956) pszichoszociális elmélete szerint is kitüntetett időszak, az életszakaszváltással járó normatív krízis feszültsége pedig gyakran csapódik le deviáns viselkedésekben vagy különböző függőségek kialakulásában. A régi, gyermeki identitásból való kiszakadást gyakran vándorút követi, amely a határon élést, számkivetettséget mintázza és általában kihívásokkal, próbatételekkel nehezített. Az új, felnőtt minőség elnyerésének időszakához fűződnek talán a legerősebb beavatási rítusok. A világtól elzárt törzsi társadalmakban és felvilágosult, modern világunkban egyaránt megjelennek a beavatási rítusok, mint a gyermeki és a felnőtt minőség közötti éles átmenet. Az átalakulás létrejöhet látható, fizikai síkon, amikor a fiatal új alakban tér haza, a változás azonban sokszor a személyiség mélyebb struktúráiban megy végbe, világnézeti változást, újradefiniált életcélokat hozva (Erikson, 1956).

Péley Bernadette Rítus és történet című könyvében az archaikus beavatási rítusok pszichológiai funkcióit vizsgálja és szintén egyetért abban, hogy a mai társadalom alapvetően „beavatásszegény” (Péley, 2002). Emiatt a kinőtt gyermeki státusz sokszor a szükségesnél tovább marad fenn, mindezt pedig tovább nehezíti, ha ebben a környezet is támogató. A drogfüggőség kialakulásának hátterében számos tényező állhat, amelyek közül kiemelkedő jelentőséget tulajdonítanak a korai interakciók minőségének. Ehhez kapcsolódóan Péley (2002) droghasználó fiatalok elbeszéléseiben családi történeteket, szerepköröket, visszatérő interakciós jellegzetességeket, illetve transzgenerációs érzelemszabályozási mintákat azonosított. A kötődés- és tárgykapcsolat elméletek szerint a korai anya-gyerek kapcsolat válik

minden későbbi kapcsolat reprezentációjává, továbbá az implicit érzelemszabályzás, vagyis az érzelmek átélésének, kifejezésének és elfogadásának képessége szintén az elsődleges gondozóval való kapcsolat során formálódik (Gratz és Roemer, 2004). Ha ebben az időszakban hibák csúsznak a gondozás folyamatába, az később súlyos diszfunkciókat eredményezhet a felmerülő negatív érzések csillapítása és az önmegnyugtatás terén, ahogy azt a félig strukturált interjúk eredménye is alátámasztja (Péley, 2002). A korai érzelemreguláció mintájára az élet későbbi szakaszaiban szintén egy külső ágens (toxikus vagy hallucinogén szer, alkohol, étel, excesszív sportolási szokás) válhat a megnyugtatás eszközévé, tehát a szerhasználat mögött állhat egy olyan diszfunkcionális pszichológiai beállítódás is, amely az elsöprő erejű negatív affektusok csillapítására tett kísérlet (Péley, 2002).

A rítuselméletre alapozva Erdős B. Márta, Kelemen Gábor és Csürke József felépülő és visszaeső szenvedélybetegek szövegeinek nyelvi kifejezésmódját vizsgálta. Arra keresték a választ, milyen kommunikációs jegyek járulhatnak hozzá a terápia, leszokás folyamatának sikerességéhez és a valódi változáshoz. Megfigyelték, hogy a minőségi változás nélkül lezajló, rutinszerűen ismétlődő rituálék tényleges átalakulás helyett a korábbi státuszban ragadás állapotát erősítik. A szövegben megjelenő szimbolikus halál és újjászületés metaforái összefüggésbe hozhatók a józan én rekonstrukciójával és a későbbi sikeres gyógyulással (B.Erdős, Kelemen, Csürke, 2003). Ugyanakkor szélsőséges esetben a korábbi identitás szimbolikus halálának félreértelmezése öngyilkossághoz is vezethet, vagyis a végzetes kimenetel a szimbolika „nyersbe" fordulása, egy téves rítus eredménye (Tacey, 2005 in B. Erdős, 2006).

Szerfüggő önéletírások

Az önéletrajzi írások egyre nagyobb népszerűségnek örvendenek hazánkban is. A mítoszteremtés más tudományterületekben is megjelenik, a marketing területén a storytelling formájában hatékony eszköze lehet a tudatos imázsépítésnek. Különösen kedvelt témák az olyan, mítoszokban is gyakori motívumok, mint a nagy bukás, a drámai sorsfordulat, vagy a nehéz körülmények közül érkező személy mesés önmegvalósítása (Hankiss, 2005). Az elmúlt években a szerfüggő önéletrajzi írások is egyre nagyobb számban váltak elérhetővé, a magyar és a nemzetközi – különösen amerikai– színtéren egyaránt. Rácz József (2005) szerint a

különbség oka az AA csoportok elterjedésében keresendő, hazánkban ugyanis az ilyen csoportok hagyománya egyelőre nem számottevő.

Vibeke Steffen (1997) a függőségben szenvedők narratíváinak közösségi aspektusát kutatta. Az Anonim Alkoholisták (AA) gyűlésein elhangzott történeteket személyes és kollektív szinten is megvizsgálta, szem előtt tartva a szociális és kulturális szintet is. Elemzése során felismerte, hogy a csoportokon megjelenő személyes történetek műfajukat tekintve az önéletrajz és a mítosz határterületén mozognak. Az alkoholfüggőségen túl a közösség megtartó ereje másfajta addikciók, mint például a drogfüggőség esetében is javulást hozhat. A csoportélmény az elfogadás mellett lehetőséget biztosít a személyes és kollektív tapasztalat összeolvadására is (Steffen 1997, in Szabó, 2011).

Rácz és munkatársai (2005) hazai droghasználók körében végzett tartalomelemző vizsgálatuk során többek között az addikcióból való felépülés személyiségformáló hatását vizsgálták. Az elemzett történetekben volt droghasználók és családjaik mutatják be a függőség kialakulásának a folyamatát. Rácz (2005) szerint az önéletírások vizsgálatának módszertana jól illeszkedik a kollektív társadalmi traumákat átélt személyek élményeivel kapcsolatos kutatásokéval. Ebben az összefüggésben pedig a szenvedélybeteg családjára tekinthetünk akár úgy is, mint egy kollektív traumát átélt közösségre.

Az addikcióból való felépülés számos aspektusában rokonítható a betegség narratívákkal, így a Frank által említett betegség-történetek három típusa a gyógyuló drogfüggők önéletírásaira is illeszthető sémákat kínál (Frank, 1995, idézi: Rácz, 2005). A restitúciós, azaz helyreállító narratíva a korábbi egészséges állapot visszaállítását egy külső ágens (pl. kezelőorvos) kezébe adja. A kereső-felfedező történetekben a beteg aktív cselekvőként változik a gyógyulás során, többet tud meg magáról, a pozitív gyarapodás jegyei figyelhetők meg, továbbá hangsúlyos a betegségélmény személyiségformáló hatása. Ennek ellenpólusaként a káosz-narratívából hiányzik az ok-okozat vagy idői összefüggés, nincsen kontroll, így többnyire a gyógyulás se következik be.

Az egészségpszichológia területén használt fogalmak és az addiktológia összefonódása Mezőfi Virág (2014) kutatásában is megjelenik, aki két társadalmilag különböző csoport - függők és krónikus betegek - esetében vizsgálja a felépülés identitásváltoztató folyamatát. Egy traumatikus esemény egyéni megélése és értelmezés szempontjából kiemelten fontos a

szubjektív funkcionálás és az esemény kognitív értékelése. Bury (1982) elmélete alapján minden olyan történés, amely felborítja az élet addig megszokott rendjét, átrendezi a szokásokat, megrendíti az identitást, törést jelenthet az élettörténetben. Ennek megfelelően a függőségek is értelmezhetők egyfajta megtörés-eseményként (disruptive event), hiszen alapjaiban rendítik meg és alakítják át a személyiség korábbi szerkezetét.

Gyakori elem a drogos önéletírásokban megjelenő különböző „hangok" jelenléte, amely értelmezhető a különböző én-részek kommunikációjaként is. Batyhin irodalomelméleti megközelítésében az én-t különböző, olykor akár egymásnak ellentmondó erők irányítják, amelyek mind egy sajátos szólamot képviselnek. Tapasztalatok szerint az én-részek egymással való viszonya összefügg a pszichés jólléttel és az aktuálisan átélt distressz mennyiségével. Egészséges interperszonális viszony ugyanis a viszonylag autonóm, egymást kevéssé átfedő én-részek esetén jöhet létre (Cooper, 2003 in Rácz, 2005). A dialogikus én lehetővé teszi, hogy egyes diszfunkcionális énpozíciók feladatát a kreatív részek vegyék át. Ha azonban az egyensúly felborul, az énhatárok, illetve a belső és külső valóság határai elmosódhatnak, akár pszichózishoz hasonló állapot is felléphet (Kőváry, 2012).

A témában az említett írásokon kívül további önéletrajzi ihletésű könyvek is megjelennek a szakmai és irodalmi szöveg mezsgyéjén. A Repülök a gyógyszerrel című könyvben Tóth Eszter Zsófia és Rácz József közreműködésével Bajzáth Sándor, volt szerhasználó szemszögéből ismerhetjük meg a szocialista évek szerhasználatának sajátosságait. Szabó Győző nemrég publikált Toxikoma című önéletrajzi könyvében hosszú évek mélyrepülésén vezeti át az olvasót. A történetben kezelőorvosa, Csernus Imre is aktív résztvevő, a könyv az ő gondolataival zárul. Az utolsó sorok -összefoglalva a történteket és levonva a konzekvenciákat- mintegy internalizálódott belső monológként jelennek meg, ami a kísértés nehéz pillanataiban visszatartó erőt jelenthet a gyógyuló addikt számára.

Jelen áttekintés rávilágít, hogy –más nehéz élethelyzetekhez hasonlóan– a szerfüggőségből való gyógyulás során is a koherens élettörténeti váz megalkotása olyan kapaszkodót nyújthat, amelyre az eseményeket fel lehet fűzni, mindez pedig segítheti az egymástól elszakadt én-részek összekapcsolását és a megkövült személyiségstruktúrákkal való dialógus újbóli kialakítását. Továbbá a rítusok adta világos keretek és az élet törvényszerűségeinek ismerete csökkentheti a bizonytalanság és kiszolgáltatottság érzését, a saját történetek

megoszthatósága általi kapcsolódás pedig enyhítheti a kozmikus magány érzetét, különösen a felnőtt identitás kialakításának idején.

Irodalomjegyzék:

Antonovsky, A. (1987): Unraveling the Mistery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass, San Francisco

B. Erdős M. (2006). A nyelvben élő kapcsolat. Pécs: Typotex.

B. Erdős, M. – Kelemen, G. – Csürke, J. (2003): A felszabadulási rituálék szerepe egy élhető világ kialakításában. IN: Addiktológia (Addictologia Hungarica). II. évf. 1. szám Budapest. Új mandátum Kiadó. 29.-52. old.

Bahytin M. (2001) Dosztojevszkij poétikájának problémái. Gond-Cura, Osiris, Budapest

Boldizsár I. (2010): Meseterápia, Magvető, Budapest

Boldizsár I. (2016): Életválságok meséi, Magvető, Budapest

Bury, M. (2001). Illness narratives: fact or fiction?. Sociology of Health & Illness, 23(3), 263-285. https://www.medicinanarrativa.eu/wp-content/uploads/2015/06/Bury-2001.pdf (letöltés ideje: 2018. 09.27.)

Ehmann B. (2004): Tartalomelemzési módszerek a szubjektív időélmény vizsgálatára laikus beszélők szövegeiben. M. Pszich. Szemle, 59, 3, 345-361.

Gennep A. (2007): Átmeneti rítusok. L'Harmattan, Budapest

Graesser, A.C., Hauft-Smith, K., Cohen, A.D., & Pyles, L.D. (1980): Advanced outlines, familiarity, text genre, and retention of prose. Journal of Experimental Education, 48,209-220. https://www.researchgate.net/publication/276316464_Advanced_Outlines_Familiarity_and_Text_Genre_on_Retention_of_Prose (letöltés ideje: 2018.11.14.)

Gratz K., Roemer L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 26. 41-54.

Hankiss E. (2005): Az ezerarcú Én, Osiris Kiadó

Hargitai R. (2004): A narratív pszichológia hozzájárulása Szondi Lipót sorsanalíziséhez. In: Erős Ferenc (szerk.): Az elbeszélés az élmények kulturális és klinikai elemzésében. Akadémiai, Bp., 167-178.

Hughes, K. (2007). Migrating identities: the relational constitution of drug use and addiction. Sociology Of Health and Illness, 29(5), 673-691.

Kézdi, B. (1995): A negatív kód. Pécs. Pannon Kiadó.Buda, B. (2001)

Kőváry Z. (2012): Kreativitás és személyiség- A mélylélektani alkotáselméletektől a pszichobiográfiai kutatásig. Oriold és Társai Kft.

László János (2005): A történetek tudománya. Bevezetés a narratív pszichológiába. Új Mandátum, Bp.

McAdams, D. (2001). The psychology of life stories. Review Of General Psychology, 5(2), 100-122. https://www.sesp.northwestern.edu/docs/publications/430816076490a3ddfc3fe1.pdf (letöltés ideje: 2018.08.29.)

Mezőfi V. (2015): Felépüléstörténetek narratív elemzése, PhD értekezés, Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Klinikai-és Egészségpszichológia szakirány, http://kekpont.hu/media/mezfi-virg_szakdolgozat.pdf (letöltés ideje: 2018.08.29.)

Péley B. (2002): Rítus és történet. Beavatás és kábítószeres létezésmód. Új Mandátum. Budapest

Pennebaker, James W. (2001): A stressz szavakba öntése: egészségi, nyelvészeti és terápiás implikációk. In: László János - Thomka Beáta (szerk.): Narratív pszichológia. Narratívák 5. Kijárat. Bp., 189-205.

Pennebaker, James W. - Mayne, T. J. - Francis, M. E. (1997): Linguistic Predictors of Adaptive Bereavement. Journal of Personality and Social Psychology. 72, 4, 863-871.

Pléh, Cs. (2012): Narratív szemlélet a pszichológiában: Az elbeszélés, mint átfogó metateória. In: Iskolakultúra. 2012/3. 3-24

Pohárnok M. (2004): A térben való mozgás narratív dimenziójának vizsgálata borderline és depressziós betegek élettörténeti epizódjaiban. In: Erős Ferenc (szerk.): Az elbeszélés az élmények kulturális és klinikai elemzésében. Akadémiai, Bp., 153-166.

Pólya T. (2004): A narratív perspektíva hatása az elbeszélő személy észlelésére. In: Erős F. (szerk.): Az elbeszélés az élmények kulturális és klinikai elemzésében. Akadémiai, Budapest, 89-107.

Rácz J (2005): „A függőségtől a szabadulásig". Drogos önéletírások. Budapesti Könyvszemle, 17,1: 49-57.

Steffen, V. (1997): Life stories and shared experience. Soc. Sci. Med. 1. 99-111

Szabó J. (2011) A narratív pszichológiai megközelítések addiktológiai alkalmazási lehetőségei, Doktori (PhD) értekezés, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Az új pszichoaktív anyaggal visszaélés büntetőjogi szabályozásának alakulása Magyarországon a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények viszonylatában

CSIGI ÁDÁM

Absztrakt: **A dizájner drogok kábítószerpiaci térhódításának következtében a klasszikus kábítószer bűncselekmények mellet létrejött egy új tényállás, az illegális kábítószerek legális transzformációinak visszaszorítására, *új pszichoaktív anyaggal visszaélés* elnevezéssel. A kezdetben csak szűk keretek között, enyhén szabályozott kategória az elmúlt közel tíz évben jelentősen cizellálódott, minél inkább a kábítószerek szabályozásának mintájára, megközelítve ezzel egy duplikált szankciórendszert hatásmechanizmusukban sokszor közel azonos, jogilag mégis különböző szerek tekintetében.**

Fogalmi meghatározások

A tudatmódosító szerekről való diskurzus napjainkban is fontos alapköve a fogalmak tisztázása, hiszen ez alapvetően segít hozzá a témához kapcsolódó problémák, jelenségek megértéséhez. Ennek okán ki kell emelni, hogy a köznyelvben használt drog kifejezés alatt értendő minden pszichoaktív szer, amely nevéből adódóan olyan természetes vagy mesterséges anyag, amely az élő szervezetbe kerülve a központi idegrendszerre hatva megváltoztatja annak működését, illetve hiányuk elvonási tünetekkel járhat.

Innen kiindulva a fogalmi elhatárolások körében az egyik legfontosabb annak megvilágítása, hogy a hazai nyelvi környezetben drog és a kábítószer kifejezése nem ugyanaz, pontosabban nem minden drog minősül kábítószernek. A kábítószer fogalma alatt ugyanis illegális szereket

és egy jogi kifejezést kell érteni, amelyhez szükségszerűen jogi, illetve büntetőjogi értelmezés társul.

A kifejezést Magyarországon a hatályos Büntető Törvénykönyv az „Egészséget veszélyeztető bűncselekmények" körében két tényálláson, nevezetesen a Kábítószer-kereskedelem, valamint a Kábítószer birtoklása bűncselekményén belül használja, melyek elkövetését az előbbi alapesetében két évtől nyolc- míg utóbbi alapesetében egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel rendeli büntetni.

Éppen ezért a büntetőjogi szabályozás eszközeit figyelembe véve kijelenthető, hogy jelentős a különbség következmények tekintetében aközött, hogy valaki kokaint vagy alkoholt fogyaszt, noha valójában köznyelven mindkettő drognak nevezhető, hiszen az etanol is tudatmódosító hatással rendelkezik, sőt bizonyos kutatások szerint élettani hatásai sokkal súlyosabbak egyes illegális drogoknál. (NUTT – KING – PHILLIPS 2010. 1558 – 65.)

A 20. század elején kiadott Révai Nagy Lexikonában a drog, mint „növényi, illetve állati eredetű gyógyhatással bíró, leginkább szárítás útján konzervált anyag", a kábítószer kifejezés pedig még bódítószer (narcotica) kifejezésnél kifejtett „a centrális vagy a periferikus idegrendszer működési képességét csökkentő szerként" szerepel. A Lexikon 1935-ben utolsóként kiadott kiegészítő kötete viszont már tartalmazza a Kábítószerekkel elkövetett bűncselekmények cikket, és megemlíti, hogy Magyarországon az 1925-ös genfi ópiumegyezmény 1930. évi XXXVII. tc. általi törvénybeiktatásával vezettek be először kábítószerekkel kapcsolatos büntetőjogi rendelkezéseket, melyek hat hónap fogházzal büntették, a „kóros méregélvezetre alkalmas kábítószerre" elkövetett magatartásokat. A definíciós problémákkal kapcsolatban beszédes lehet az a tény is, hogy Révai Új Lexikonának az ezredforduló körüli kiadásában már látszódik a két fogalom összemosódása, míg a drog kifejezés noha részletgazdagabban, de megőrizte a korábban leírtakat, a kábítószer kifejezés definíciójánál a WHO 1977-es meghatározására hivatkozik, miszerint „bármely anyag, amely az élő szervezetbe kerülve annak egy vagy több funkcióját módosítja", noha megjegyzi, hogy a szakirodalmi fogalmak egységességének hiányában, célszerű a nemzetközi megállapodásokra támaszkodni, amelyek ugyan szintén nem tartalmaznak definíciókat, de felsorolják azokat az anyagokat, amelyeket a büntetőjog szempontjából értékelni kell.

A kábítószer jogi besorolása

Tulajdonképpen így jár el a hazai büntetőjog is, mivel azt, hogy valójában mi is minősül kábítószernek a hazai jogalkotás a jogbiztonság elvének eleget téve, a Btk. értelmező rendelkezései között határozza meg, alapvetően nemzetközi egyezményekre utalva. Ezek nevezetesen az 1988. évi 17. törvényerejű rendelettel kihirdetett, az Egységes Kábítószer Egyezmény módosításáról és kiegészítéséről szóló, Genfben, 1972. március 25-én kelt Jegyzőkönyvvel módosított és kiegészített, az 1965. évi 4. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a New Yorkban 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény (Single Convention on Narcotic Drugs) mellékletének I. és II. Jegyzékében meghatározott anyagok, valamint az 1979. évi 25. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben, az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezmény (Convention on Psychotropic Substances) mellékletének I. és II. Jegyzékében meghatározott veszélyes pszichotróp anyagok. Ezen kívül pedig 2016-tól a az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény (azaz a Gyógyszertörvény) 2. számú mellékletében meghatározott pszichotróp anyagok is kábítószernek minősülnek. A kábítószerekhez kapcsolódó egyéb anyagfajta még a kábítószerek előállításához használt kábítószer-prekurzor, melyekre vonatkozóan az Egyesült Nemzetek Szervezete keretében a kábítószerek és pszichotróp anyagok tiltott forgalmazása elleni, 1988.december 20-án, Bécsben kelt Egyezmény tartalmaz előírásokat, illetve a később tárgyalt új pszichoaktív anyagok.

A fentiekből látható tehát, hogy a drogok jogi megítélése elsősorban nem is egy általános fogalmi meghatározás kereteitől, hanem egy taxatív felsorolástól függenek, amit alapvetően nemzetközi egyezmények jegyzékei adnak a kábítószer fogalmán keresztül, amely természetesen igazodik az általános meghatározáshoz, de a zárt nyilvántartásba vétel tesz kábítószerré egy tudatmódosító szert, nem pusztán annak élettani hatása. Ebből kifolyólag a nikotin, illetve az alkohol bár alapvetően rekreációs célra használt addiktív szerek, mégsem nevezhetők kábítószernek. Dénes Balázs szavaival élve, „a függőség nem válogat, de a jogalkotók igen”. (Dénes, 2009. 57.)

A téma problematikáját azok az ún. dizájner drogok adják, amelyek az elmúlt tíz évben teljesen átalakították, és meghatározzák a kábítószerpiacot, mára pedig sok esetben kijelenthető, hogy rendkívül súlyos élettani hatást produkálnak annak ellenére, hogy tulajdonképpen nem minősülnek kábítószerek.

Valójában a kábítószerekkel kapcsolatos bűncselekmények elleni fellépést már az 1961-es Egységes Kábítószer Egyezmény megalkotásakor is – nevéből adódóan – átfogó koncepció keretében képzelték el, ahol az ismert kábítószereket egy dokumentum tartalmazta, ám mindössze tíz évig, hiszen ezt nemsokkal később követte az 1971-es Pszichotróp Egyezmény, ahol viszont már pszichotróp anyag néven kerültek elnevezésre meghatározott anyagok, azt a látszatot keltve, hogy különböznek a kábítószerek anyagkategóriájától. (BAYER 2011, 714.) Ez gyakorlati problémákat is felvet egy adott bűncselekmény pontos minősítésénél, amikor meg kell határozni, hogy egy anyag mi alapján minősül kábítószernek, ha például figyelembe vesszük, hogy a kannabisz az Egységes Kábítószer Egyezmény I. jegyzékén szerepel, viszont annak egyik főhatóanyaga, a THC a Pszichotróp Egyezmény I. jegyzékén.

Ezen kívül árnyalja a problémát, hogy a különféle illegális tudatmódosító szerek meghatározása több jogszabályon keresztül történik. Így a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet hivatott arra, hogy az említett nemzetközi egyezmények meghatározásait átültesse a magyar jogrendszerbe, ezért ott kerülnek felsorolása az Egységes Kábítószer Egyezmény Jegyzékei által megnevezett kábítószerek, valamint a Pszichotróp Egyezmény által megnevezett pszichotróp anyagok, amik között viszont olyanok is találhatóak (pl. ketamin, ponticozin) melyeket a Gyógyszer tv. 2. melléklete is meghatároz, mint olyan anyagokat melyek elméletileg „nem a Pszichotróp Egyezmény alapján minősülnek kábítószerrel egy tekintet alá eső veszélyes pszichotróp anyagnak, illetve hazai besorolásuk eltér a nemzetközitől” továbbá csak gyógyászati, vagy tudományos célra használhatóak. Minden esetre ezen hazai jogszabályok mellékletei által meghatározott anyagokat értünk kábítószer alatt, noha az ezekkel való visszaélést szankcionáló Btk. az említett Kormányrendeletre nem, csak közvetlenül a Nemzetközi Egyezményre hivatkozik. (IGNÁCZ 2018, 86.)

Az új pszichoaktív anyagok megjelenése és jogi besorolásuk

Ugyanakkor az elmúlt tíz évben hazánkban is megfigyelhető, hogy az ezredforduló stabil, kiszámíthatóbb drogpiacán, ahol a jellemző szerek a marihuána, az amfetaminok, a heroin, illetve az ecstasy tabletták jellemző hatóanyaga, az MDMA voltak, amik éveken át tartó trendekben változtak, 2008 után Magyarországon is megjelentek az ún. dizájner drogok, melyek célja az volt, hogy a már illegális szerek hatásmechanizmusához hasonló, de kémiai összetételükben különböző, ezáltal legális szerekként legyenek jelen.

Az Európai Unióban már az 1990-es évek elejétől rendszeresen találtak ilyen jellegű szereket. Ezek gyakran amfetaminnal és MDMA-val rokon pszichotrop szerek voltak. Megjelenésük kérdéseket vetett fel a lehetséges egészségügyi kockázatokkal, valamint azzal a problémával kapcsolatban, amely a törvények végrehajtása során a nemzetközi együttműködésben jelentkezik, ha az ehhez hasonló szerek felhasználását egyes tagállamok szabályozzák, míg mások nem. Megegyezés született arról, hogy előrelépést lehetne elérni az információ megosztásával, egy kockázatelemző eljárás létrehozásával, idővel pedig egy Uniós szintű szabályozási mechanizmussal. Ez vezetett el a „A Tanács együttes fellépése (1997. június 16.) az új szintetikus kábítószerekre vonatkozó információcseréről, kockázatértékelésről és ellenőrzésről” c. dokumentum megszületéséhez, melyet az Európai Unió Tanácsa a holland elnökség alatt fogadott el 1997. június 16-án. „Új szintetikus kábítószer” -ként azokat a szereket definiálták, melyeknek korlátozott gyógyászati értéke volt, és az idő szerint nem jelentek meg az 1971-es Pszichotrop Anyagokról szóló ENSZ Egyezményben, bár ugyanolyan komoly fenyegetést jelentettek a közegészségügyre, mint az egyezmény I. és II. jegyzékében szereplő szerek. Az „új” jelző nem újonnan kitalált szert jelentett, inkább a visszaélésszerű használat új módjára vonatkozott, lévén a legtöbb kérdéses kábítószert már évekkel azelőtt létrehozták. Az 1997-es együttes fellépés egy háromlépcsős megközelítést vezetett be: (1) információcsere/korai jelzőrendszer; (2) kockázatelemzés; valamint (3) bizonyos új szintetikus kábítószerek szabályozásának folyamata. Az EMCDDA és a Tudományos Bizottság mellett a fő szereplők az Europol, az EMEA, a Bizottság, a Tanács és a tagállamok voltak. (EMCDDA, 2007. 11.) 2002-ben az EU Kábítószer-ellenes cselekvési terve (2000-2004) alapján felülvizsgálták az együttes fellépést. A további fejlesztésre tett javaslatok elindították azt a folyamatot, melynek

eredménye a 2005-ben kiadott 2005/387/IB számú Tanácsi Határozat volt, amit aztán a jelenleg hatályos az 2017/2103 EU irányelv helyezett hatályon kívül.

Hazánkban 2009 elejére lecsökkent a tablettalefoglalások száma, és az MDMA jelenléte is háttérbe szorult. Míg a kilencvenes évek végén az MDMA hiánya által keletkezett űrt amfetamin tablettákkal töltötték ki, addig a 2009-ben a gyakori hatóanyagok mellett feltűntek olyan korábban ezen a téren nem használt hatóanyagok, mint pl. a GHB, metamfetamin, MDPV, illetve a szexuális bűncselekmények miatt nagyobb visszhangot kapó GBL (gamma-butirolakton), utcai nevén „Gina". Ezzel egy időben megfigyelhető volt a kokain- illetve heroinlefoglalások csökkenő száma, gyakorivá váltak az erősen felhígított készítmények, majd 2010 végére a heroin gyakorlatilag eltűnt az utcáról. (Cseszregi 2016, 116 –120.) Ez többek között annak is köszönhető volt, hogy számos rendkívül nagyvolumenű lefoglalás történt Európa szerte, amikor a nemzetközi rendőri együttműködés eredményeképpen jelentős csapásokat szenvedtek el a nemzetközi drogterjesztő csoportok. Az Európa kapuinak számító kereskedelmi gócpontokon; így Spanyolországban, Olaszországban, a nyugat-európai nagy kikötőkben többször sikerült az akár több tonnát kitevő drogszállítmányok lefoglalása. Ezek a sikerek a bűnszervezeteknél stratégiaváltást tettek szükségessé. A kockázatos csempészés helyett a sokkal sikeresebbnek ígérkező új szerek kifejlesztése mellett döntöttek. (Sivadó 2020. 486.)

2010 jelentette a fordulópontot a mefedron megjelenésével, melynek előfordulása hazánkban őszre már meghaladta az amfetaminét, majd 2011-től való kábítószerlistára kerülése után megkezdődött egy „versenyfutás", hiszen sorra jelentek meg az újabb, még legális szerek, katinonszármazékok, melyek a heroin visszaszorulásával különösen az intravénás szerhasználók körében váltak jellemzővé, valamint a szintetikus kannabionidok, melyeket túlnyomórészt száraz növényi törmelékre impregnálva értékesítettek, 2014-re meghaladva a klasszikus marihuána piaci részesedését. Az ilyen újra és újra megjelenő dizájnerdrogokat kifejlesztő vegyészek azt tartják szem előtt, hogy a korábban ismerten pszichoaktív hatású szer kémiai képletét kis mértékben megváltoztatva, az a jogi szabályozás hatálya alól kikerüljön, de a tudatmódosító hatása megmaradjon. Ez utóbbinál azonban lehetetlen biztosra menni, ezáltal az új szerek embereken kifejtett hatásvizsgálatának gyakorlatilag a fogyasztók a kísérleti alanyai, aminek következtében jelentősen megnő a halálos végkimenetelű szerhasználat kockázata, különös tekintettel arra, hogy ha maguk a fejlesztők sem tudnak vagy

éppen akarnak biztonságos szerek előállítására törekedni, akkor a terjesztőktől mégannyira sem várható el, hogy tisztában legyenek az árusított termék kémiai összetételével, a végső fogyasztókról nem is beszélve.(SIVADÓ 2017, 169.) Ezzel összefüggésben a probléma súlyát jól szemlélteti a Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontjának 2020-as jelentése, miszerint 2012-óta évente több mint 50 új dizájner drog jelenik meg a piacon. (EMCDDA, 2020. 42.)

Ezek az ún. dizájner drogok Magyarországon *új pszichoaktív anyag* néven kerültek meghatározásra 2012. március 1-jei hatállyal, a Gyógyszertörvényben, „mint olyan, a forgalomban újonnan megjelent, gyógyászati felhasználással nem rendelkező anyag vagy vegyületcsoport, amely a központi idegrendszer működésének befolyásolása révén alkalmas a tudatállapot, a viselkedés vagy az érzékelés módosítására, megváltoztatására, és ezért hasonló mértékű fenyegetést jelenthet a közegészségügyre, mint a Btk. és a törvény szerinti kábítószerek, és erre tekintettel azt (ekkor még) a Kormány rendeletében ilyen anyaggá minősítette."

Ezen anyagok listáját tehát a már említett 66/2012. (IV. 2.) Kormányrendeletben határozta meg a jogalkotó a sokat emlegetett „C" listán, ami nem más, mint a jogszabálynak a kábítószereket, illetve a pszichotróp anyagokat tartalmazó A) illetve B) jegyzéke melletti új pszichoaktív anyagokat tartalmazó C) jegyzéke.

Szintén 2012. március 1-jei hatállyal még a korábbi Btk., az 1978. évi IV. törvény tényállásai között jelent meg a *visszaélés új pszichoaktív anyaggal* bűncselekménye, azonosan – három évig terjedő szabadságvesztéssel – értékelve bizonyos fogyasztói és kereskedői típusú elkövetési magatartásokat, amit aztán a jelenlegi Btk. is átvett, noha a konkrét fogyasztás, tartás és a megszerzés akkor még egyáltalán nem számított bűncselekménynek. Az elmúlt években viszont jelentős cizellálason ment keresztül a tényállás szabályozása, 2014. január 1-jétől a bűncselekmény alapesetének büntetése szigorúbb, egytől öt évig terjedő szabadságvesztés lett, valamint a Kábítószer-kereskedelem és a Kábítószer-birtoklás tényállásainak mintájára megjelentek a törvényben az elkövetés minősítő esetei, bizonyos esetekben a büntetett előkészület, továbbá privilegizált esetként a csekély mennyiségre elkövetés, amit ekkor még 10 grammban határozott meg a Btk., és ezt meghaladó mennyiségre büntetendővé vált a megszerzés és a tartás is. Ezzel szemben viszont a 10

grammnál kevesebb mennyiség megszerzése és tartása továbbra sem vont maga után jogi következményeket.

Időközben aztán az új pszichoaktív anyagok jegyzéke 2015. január 1-jétől átkerült az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületcsoportokról szóló 55/2014. (XII.30.) EMMI rendeletbe, a Kormányrendeletben pedig egy D) jegyzék jelent meg az EMMI rendeletből áthelyezett anyagok részére. Erre azért volt szükség, mert a Gytv. 15/B. § (3) bekezdése szerint egy adott anyag akkor kerülhet az új pszichoaktív anyagok jegyzékére, ha a magyar hatóságok, szakértői előtt nem ismert olyan adat, amely 1) az anyag gyógyászati felhasználására utalna, 2) kizárná, hogy az anyag hasonló mértékű fenyegetést jelenthet az egészségügyre, mint a kábítószer és pszichotróp listákon szereplő anyagok. A Gytv. 15/C. §-a szerint az EMMI rendelet listájára vett egyedi vegyületeket egy éven belül kockázatértékelésnek kell alávetni, majd annak eredményétől függően át kell helyezni a vegyületet a Gytv. pszichotróp listájára vagy a Korm. rendelet D) listájára. Ha a kockázatértékelés lezárásához nem áll rendelkezésre elegendő adat, az új pszichoaktív anyag minősítése meghosszabbítható azzal, hogy a kockázatértékelést kétévente újra el kell végezni. Ez ugyanakkor azért problémás, mert az új pszichoaktív anyagok esetében nem csupán a cselekmény elkövetésekor hatályos szabályozásnak lehet jelentősége, hiszen az elbírálás idejére a kockázatértékelés következtében megváltozhat az adott szer besorolása és ezen kockázatértékelés eredményéhez képest az adott vegyület minősítése új pszichoaktív anyagból kábítószerre változhat, de az is lehet, hogy olyan listára kerül, amely alapján már sem új pszichoaktív anyagnak, sem kábítószernek nem minősíthető, nevezetesen a Kormány rendelet D) jegyzékére, amire mivel nem utal a Btk. bűncselekmény sem követhető el. (IGNÁCZ 2018, 86.)

2016. január 1-jétől a 2012. évi II. törvény - a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről, 199/B §-a már a szabálysértések között szerepelteti a csekély mennyiséget meg nem haladó mennyiségű új pszichoaktív anyag tartását, vagy megszerzését, amelynek felső határát 2017. május 23-tól már 2 gramm tiszta hatóanyagtartalomban határozta meg a törvény, az indoklás alapján azért, mert egyrészt a korábbi megfogalmazás pontatlan volt, a hatóanyagtartalomra vonatkoztatás hiányában, másrészről pedig a korábbi évek tapasztalatai bebizonyították, hogy a 10 grammos mennyiség

a becsült hatásos adag több ezerszerese is lehet akár, aminek következtében a privilegizálás intézménye kiüresedett.

A téma aktualitását adják a közeljövőben várható újabb módosítások, nevezetesen, hogy 2021. január 1-jétől, az új pszichoaktív anyaggal visszaélés szabályozásánál is megjelenik a jelentős, illetve a különösen jelentős mennyiség kategóriája, mint minősítő körülmény, illetve az ehhez kapcsolódó súlyosabb, már öt évtől tíz évig terjedő szabadságvesztés büntetése.

Összegzés

Jól látható az a szabályozási tendencia, ami az elmúlt tíz évben kialakult az új pszichoaktív szerek szabályozásában. Érthető, hogy a jogállami kritériumoknak való megfelelés miatt egy újonnan felbukkanó szert nem lehet rögtön kábítószer listára tenni. Ugyanakkor az eredetileg a kábítószer bűncselekmények kvázi „előszobájaként" funkcionáló tényállás szankcionálása egyre inkább átveszi azok struktúráját, amit, noha a megjelenő szerek élettani hatásai számos esetben indokolnak is, mint Ignácz György rámutat tanulmányában, több gyakorlati problémát felvet a számos jegyzék, illetve lista melyek alapján az illegális tudatmódosító szereket értékelni kell, és amelyek egymáshoz való illeszkedése meglehetősen bonyolult. Habár a kábítószerként meghatározott anyagok fajtája között a törvény a büntetés szempontjából nem tesz különbséget, a kábítószer és az új pszichoaktív anyag két kategóriájának differenciált értékelése és a különféle fantázianevű anyagok egyre kiszámíthatatlanabb valós összetétele megteremtheti azt az ítélkezési szempontból sem problémamentes helyzetet, amikor például a lefoglalt tabletták kábítószernek minősülő, és új pszichoaktív anyagnak minősülő anyagokat egyaránt tartalmaznak. Ezen kívül a szerteágazó és gyorsan változó szabályozásra, valamint a vegyészszakértői vizsgálat mindenkori szükségére tekintettel a büntetőeljárás során felmerülhet a tévedésre, mint büntethetőséget kizáró okra való hivatkozás abban az esetben, ha valaki egy adott szert a legalitás tudatában szerzett meg. (IGNÁCZ 2018, 95.)

Forrásjegyzék:

Bayer István: Mérlegen a valóság: siker vagy kudarc? Az 1961. évi Egységes Kábítószer egyezmény értékelése az 50. évforduló alkalmából. *Gyógyszerészet 2011/12*. 714 – 124.

Csesztregi Tamás: Kábítószerek és dizájnerdrogok a magyarországi kábítószerpiacon. *Belügyi Szemle 2016/4.* 116 – 127.

Dénes Balázs: A droghasználat jogi vonatkozásai. In: Demetrovics Zsolt (Szerk.): Az addiktológia alapjai III. ELTE Eötvös Kiadó, 2009. 57 – 78.

EMCDDA: Early-warning system on new psychoactive substances. Publications Office of the European Union. Louxembourg. 2007. 1 – 84. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/449/EWSguidelines2_98082.pdf

EMCDDA: European Drug Report – Trends and Developments. Publications Office of the European Union. Louxembourg, 2020. 1 – 88. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13236/TDAT20001ENN_web.pdf

Ignácz György: A kábítószer és az új pszichoaktív anyag fogalmának aktuális jogértelmezési problémái. *Jogelméleti Szemle 2018/2*. 84 – 97.

Nutt – King – Phillips: Drug Harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet. Vol. 376. 2010. 1558 – 1565. http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/news%20stories/dnutt-lancet-011110.pdf

Révai nagy lexikona. Budapest: Révai Testvérek Irodalmi Intézet Részvénytársaság 1911–1935

Révai új lexikona I–XIX. Főszerk. Kollega tarsoly István. Szekszárd, Babits Kiadó. 1996–2008.

Sivadó Máté: Frontok és hidak a kábítószer-politikában. In: Madai – Pallgi – Polt (Szerk.): Sic itur ad astra. Ünnepi kötet a 70 éves Blaskó Béla tiszteletére. Ludovika Egyetemi Kiadó 2020. 483 – 490.

Sivadó Máté: Pozitív tendenciák a pszichoaktív szerek ügyében? In: Pécsi Határőr, Tudományos közlemények. 19. [köt.] Szent Lászlótól a modernkori magyar rendészettudományig (2017.) 169-174.

Pszichoaktív szerfogyasztás a fogyatékossággal élő személyek körében

POGÁCSÁS NÓRA

Absztrakt: **A fogyatékossággal élő személyeket számos társadalmi probléma fokozottan érinti, mely alól az illegális tudatmódosító szerek fogyasztása sem kivétel. Ennek ellenére a szerhasználattal kapcsolatos empirikus kutatások során kevés figyelem irányult helyzetükre, pedig a téma tárgyalása nagy mértékű veszélyeztetettségük következtében igencsak releváns. A tanulmány célja a hazai és nemzetközi szakirodalom áttekintésével elemezni, illetve összegezni azokat az adatokat, melyek a fogyatékossággal élő személyek pszichoaktív szerfogyasztását befolyásolhatják.**

Kulcsszavak: fogyatékosság, pszichoaktív szerhasználat, szenvedélybetegség, addikció

A fogyatékosság terminológiai diverzitása

A fogyatékosság pontos meghatározása a témát illető fogalmi zűrzavar miatt körülményes feladat. A nemzetközi szakirodalomban az egyre bővülő diagnosztika, az inkluzív nevelés és oktatás, a fejlődő orvostechnika és a folyamatosan változó szemlélet miatt változnak a terminológiai rendszerek. Hazánkban a fogyatékosság jelenleg érvényben lévő definícióját a "2013. évi LXII. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény módosításáról" határozza meg. Ennek értelmében fogyatékossággal élő *"az a személy, aki tartósan vagy véglegesen olyan érzékszervi, kommunikációs, fizikai, értelmi, pszichoszociális károsodással – illetve ezek bármilyen halmozódásával – él, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja;".*

A fogyatékossággal élő személyek populációja rendkívüli diverzitást mutat. Az elmúlt években nemzetközi szinten számos klasszifikációs rendszert alakítottak ki, melyekkel igyekeztek

lehetővé tenni a zavarok csoportosítását. Hazánkban a leginkább elfogadott és alkalmazott kategorizáció a következő kiadványokhoz köthető: a *Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO)*, a *Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve (DSM)*, illetve *A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO).* Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által 1993-ban megalkotott BNO kódrendszer 10. revíziója 21 főcsoportot tartalmaz. Ennek közlésére a tanulmány nem tér ki, a fogyatékosság szempontjából relevánsnak tekinthető klasszisokat – a teljesség igénye nélkül- az alábbi felsorolás tartalmazza.:

- Organikus és szimptomatikus mentális zavarok (F00-F09)
- Mentális retardáció (F70-F79)
- A pszichés (lelki) fejlődés zavarai (F80-F89)
- Látászavarok és vakság (H53-54)
- A fül és a csecsnyúlvány megbetegedései (H60-H95)
- A csont-izomrendszer és a kötőszövet betegségei (M00-M99)
- Veleszületett rendellenességek, deformitások, és kromoszómaabnormitások (Q00-Q99)

A Betegségek Nemzetközi Osztályát kiegészítő FNO a kóros egészségi állapotokhoz társuló funkcióképesség és fogyatékosság osztályozását foglalja össze. Egyetemes alkalmazhatósága miatt sokkal inkább az egészségre fókuszál, az egészség résztartományait foglalja össze. A Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve (DSM) elsősorban az orvosi, azon belül pedig a pszichiátriai diagnosztizálást teszi lehetővé, így fogalmai között az érzékszerveket érintő fogyatékosság nem jelenik meg. A DSM-V. az “Idegrendszeri fejlődési zavarok” kategóriájába sorolja a korábban értelmi fogyatékosságként meghatározott intellektuális képességzavart, az autizmus spektrum zavart, a kommunikációs zavarokat, a specifikus tanulási zavart, a mozgászavarokat, a figyelemhiányos/hiperaktivitás zavart, és a Tik zavarokat.

Mivel számos kórkép gyermekkorban kerül diagnosztizálásra, az orvosi szempontú megközelítés mellett az oktatási rendszer is megalkotta a maga fogalomrendszerét, mely a sajátos nevelési igényű (SNI) tanuló és a beilleszkedési, tanulási és magatartási zavaros (BTM) tanuló definíciókat említi. A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény 4. § (25)

bekezdése szerint a sajátos nevelési igényű gyermek vagy tanuló *„az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszédfogyatékos, több fogyatékosság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd”*. Szintén a köznevelési törvény értelmében *“beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermek, tanuló: az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján az életkorához viszonyítottan jelentősen alulteljesít, társas kapcsolati problémákkal, tanulási, magatartásszabályozási hiányosságokkal küzd, közösségbe való beilleszkedése, továbbá személyiségfejlődése nehezített vagy sajátos tendenciákat mutat, de nem minősül sajátos nevelési igényűnek”* (2011. évi CXC. törvény 4. § (3)).

A Központi Statisztikai Hivatal népszámlálásának eredményeként a fogyatékossággal élők populációjának felmérése és diagnózis alapú csoportosítása önbevallás alapján 2011-ben és 2016-ban is megtörtént. Ennek alapján a szerkesztők a következő kategóriákba sorolták be a válaszadókat: mozgássérült, gyengénlátó, vak, értelmi fogyatékos, autista, mentálisan sérült, nagyothalló, siket, siketvak, beszédhibás, beszédfogyatékos, súlyos belszervi fogyatékos, egyéb, ismeretlen (Központi Statisztikai Hivatal, 2011, 2016). Fontosnak tartom megjegyezni, hogy ezeknek a terminológiáknak egy része azóta már módosult, kiegészült.

A fogyatékossággal élő személyek populációja Magyarországon

Magyarországon 2011-es népszámlálás adatai szerint közel 500 ezer fogyatékossággal élő személy él, mely a magyar népesség 4,9%-át jelenti. A Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján készült alábbi táblázat összefoglalja a populáció eloszlását. Mivel ezek az adatok még egy korábbi fogalmi használatot tartalmaztak, az itt közölt terminológiák -melyeket a DSM-V. és a BNO 10. szerint rendszereztem- eltérhetnek az eredeti forrástól.

Mozgászavar	232 206 fő
Látászavarok és vagság	88484 fő

Intellektuális képességzavar	42 779 fő
Autizmus spektrum zavar	5 120 fő
Mentálisan sérült (pszichés sérült)	46 265 fő
Vezetéses típusú és idegi eredetű, illetve egyéb hallásvesztés	74847 fő
Kommunikációs zavar	25441 fő
Súlyos belszervi fogyatékos	46 648 fő
Egyéb	2 277 fő
Ismeretlen	37 120 fő
Összesen	490 578 fő

1. táblázat
(Forrás: Központi Statisztikai Hivatal, 2011)

2011 óta a fogyatékossággal elő személyek száma csökkent, a 2016-os mikrocenzusban megkérdezettek nyilatkozata alapján körülbelül 408 ezer fő érintett. Az adatok elemzése során figyelembe kell vennünk a folyamatosan alakuló ellátó- és diagnosztikai rendszer, valamint a terminológiák használatának változásait.

A statisztikai adatok szerint Magyarországon a fogyatékossággal élő személyek legnépesebb csoportját a mozgássérültek alkotják. Az utóbbi években jelentősen növekedett az autizmus spektrum zavarral élők száma, melyben nagy szerepet játszott a korszerű diagnosztikai eljárások alkalmazásának fokozatos terjedése. A nemi eloszlást tekintve nincs számottevő különbség a fogyatékossággal élők csoportjában, a férfi-nő arány közel megegyező. Foglalkoztatottság szempontjából javult a helyzet 2011 és 2016 között. A fogyatékossággal élők között 14%-ról 16%-ra nőtt a munkavállalók aránya, csökkent a munkanélküliek és az inaktívak száma (Központi Statisztikai Hivatal, 2011, 2016).

A népszámlálás során megkérdezték az érintetteket, mely területeken érzik leginkább akadályoztatva magukat az állapotuk miatt. A válaszadók leginkább a hétköznapi életvitelben és a közlekedésben éreznek számottevő hátrányokat. A társadalmi modell úgynevezett emberi változat koncepciója szerint a fogyatékossággal élő személyek nem azért szembesülnek

diszkriminációval, mert a közösség szándékosan kizárja őket. Legyen szó a DSM-V. bármely kategóriájáról, ezen csoportok tulajdonságai többé-kevésbé eltérnek környezetük általános jellemzőitől, mely hatással van hétköznapi életükre (Koller, 2020).

A fogyatékossággal élő személyek populációja nemzetközi viszonylatban

A WHO legutóbbi adatai szerint több, mint 1 milliárd ember él a Földön valamilyen mértékű fogyatékossággal. Az érintettek közül csaknem 200 millióan tapasztalnak olyan jelentős nehézségeket, melyek a mindennapi életvitelüket nagymértékben akadályozzák. 2011 óta a fogyatékossággal élők száma fokozatosan növekedett, melynek egyik oka a népesség elöregedése. Az idősebb embereknél a krónikus állapotok globális növekedése figyelhető meg, mint például a cukorbetegség, a szív- és érrendszeri betegségek, a rák és a mentális egészségi rendellenességek (Krahn, 2011).

Európában -az előzőekben közölt adatokkal megegyezően- szintén bővül a fogyatékossággal élők csoportja. 2020-ig várhatóan körülbelül 120 millió személynek lesz valamilyen fogyatékossága, mely az európai népesség csaknem 20%-át érinti. A növekvő tendencia alapján helyzetük tárgyalása egyre relevánsabb, az őket ért nehézségeket amennyire lehetséges, csökkenteni szükséges. Ennek érdekében az Európai Fogyatékosságügyi Stratégia egy 8 szegmensből álló program keretében segíti az érintetteket az elérhetőség, a részvétel, az egyenlőség, a foglalkoztatottság, az iskolázottság, a szociális támogatás, az egészség, valamint az érdekérvényesítés fenntartásának és megteremtésének érdekében (Europian Commission, 2017).

A pszichoaktív szerhasználat kockázati tényezői fogyatékossággal élő személyek esetében

Számos kutatás beszámolt már a szenvedélybetegségekhez vezető rizikófaktorokról, melyek a fogyatékossággal élő személyeket legalább ugyanolyan mértékben érintik, mint a többségi populációt. Horváth Dóra, Rucska Andrea és Sztojev-Angelov Ilona 2017-es tanulmányában összefoglalja a kábítószerfüggőség kialakulásának általános rizikótényezőit. Elsőként olyan

biológiai-genetikai faktorokat említenek, melyek az idegrendszer eltérő működését eredményezve elősegíthetik az addikciók kialakulását. Fontos szempont a család szerkezetében fennálló rendellenesség, mint például valamelyik (vagy esetleg mindkét) szülő elvesztése. A korai anya-gyermek kapcsolat zavara, a gyermekkori abúzus jelentősen hat a felnőttkori pszichés problémák megjelenésére, így a rendszeres drogfogyasztók élettörténetében jó eséllyel jelenik meg elhanyagolás és/vagy bántalmazás. A kábítószerfogyasztók személyiségének vizsgálata során a szakirodalom kiemeli azokat a személyiségfejlődési rendellenességeket, melyek már gyermekkorban megmutatkoznak. Mindezek következtében, illetve ettől függetlenül is önértékelési zavarok alakulhatnak ki, mely szintén jellemzően kimutatható a dependens személyek esetében. A kortárscsoport által gyakorolt nyomás rendkívül meghatározó lehet. A társas befolyásolás nem csupán fiatalkorban jelentős, a közös szerhasználat és a valahová tartozás élménye valamennyi életkorban jelentős szerepet játszik. Ha a személy olyan közösség tagjává válik, mely buzdítja őt az illegális tudatmódosító szerek fogyasztására, az általában csak a csoport elutasításával kerülhető ki (Horváth, Rucska, Sztojev-Angelov, 2017).

A fogyatékossággal élő személyek esetében az imént említett rizikótényezők fokozottan megjelenhetnek. Ezen felül számos olyan nehezített életkörülménnyel kell együtt élniük, melyek tovább növelik az illegális szerhasználat kockázatát. Az érintettek jelentős része krónikus, sokszor komoly fájdalmakkal járó egészségügyi problémákkal küzd, melynek következtében sorozatos orvosi beavatkozásnak van kitéve (Casseus és mtsai, 2020). A műtétek, kezelések, majd az azokat követő rehabilitációs folyamat megterheli a személy fizikai és lelki egészségét is. A különböző vényköteles gyógyszerek rendszeres szedése szélsőséges esetben szintén komoly függőséghez vezethet, mely az illegális kábítószerfogyasztás mellett hangsúlyos társadalmi probléma. Mivel a fogyatékossággal élő személyek bizonyos esetekben könnyen hozzájuthatnak ezekhez az erős hatású készítményekhez, az addikció kialakulásának veszélye fokozódik.

A speciális rizikótényezők következő központi eleme a fogyatékosság elfogadása. Fontos figyelembe venni, hogy a személy születésétől kezdve együtt él a problémájával, vagy pedig szerzett fogyatékosságról van szó? Amennyiben veleszületett rendellenességről beszélünk, az önelfogadást jelentősen meghatározza a család, főként a szülők támogatása. Amennyiben a közvetlen környezet nem kezeli megfelelően a helyzetet, az érintettnek is nehézséget fog

okozni. Fontos azonban figyelembe venni, hogy a gyermek fogyatékosságát szülőként elfogadni rettentő nehéz, hiszen ilyenkor gyászfolyamatot él át az egész család. Az önelfogadásban szerepet játszhat az érintett nevelési-oktatási rendszerben történő megjelenése, a sikeres beilleszkedés és a kortárs kapcsolatok megfelelő minősége minden gyermek számára elengedhetetlen az optimális személyiségfejlődéshez.

Amennyiben a személyt élete során olyan betegség, vagy baleset éri, melynek következményeképp fogyatékossággal kell tovább élnie, addigi énképét jelentősen meg kell változtatnia. Sok esetben magabiztossága, önértékelése csökken, hiszen mások segítségét kell igénybe vennie az önellátáshoz. Ennek következtében terhesnek érezheti magát környezete számára, mely tovább rontja pszichés jólétét. Egy trauma elszenvedése után fantomérzései keletkezhetnek, szorongást élhet át, szélsőséges esetben indokolatlan halálfélelem nehezítheti mindennapjait (Kálmán, Könczei, Perlényi, Princz, 2002). Ezek olyan nehezítő tényezők, melyeket feldolgozni óriási egyéni és társadalmi feladat. Amennyiben az érintett személy nem tudja elfogadni megváltozott élethelyzetét, az illegális szerhasználat kockázata növekedhet.

A fogyatékossággal élő személyek és a pszichoaktív szerhasználat

A csekély mennyiségű fogyatékossággal élők szerhasználatát érintő empirikus kutatások megnehezítik, hogy átfogó ismereteket szerezzünk a témát illetően. Számos kábítószerrel való visszaélést elemző vizsgálat szisztematikusan kizárja a fogyatékossággal élő személyeket a mintavétel során, melynek oka a válaszadás esetleges korlátozottságában, az akadálymentesített eszközök nehezebb elérhetőségében, a minta változékonyságában, valamint az eredmények általánosíthatóságának ellenőrzésében keresendő. Ezen felül az alanyok felkeresése általában egy-egy intézményhez köthető, mely tovább torzíthatja a kutatások objektivitását a populáció heterogenitásának szempontjából.

A felmerülő nehézségek ellenére számos kisebb tanulmány bebizonyította, hogy a fogyatékosság jelenléte fokozhatja az egyén pszichoaktív szerhasználatát (Moore és Li, 1998). Azt gondolhatnánk, hogy a különböző intézményekben élő személyeknek szinte lehetetlen illegális szerekhez jutnia. Rasmussen és DeBoer kutatásában megállapította, hogy egy

bentlakásos rehabilitációs létesítmény 250 tagjának 29%-a évente legalább hatszor használt marihuánát (Rasmussen és Deboer, 1980).

További adatok bizonyítják, hogy az illegális szerek intézményes keretek között is hozzáférhetőek. Casseus és munkatársai 2020-ban közzétett kutatása során többm mint 6 ezer -fogyatékossággal és nem fogyatékossággal élő- főiskola hallgatót kérdeztek meg az illegális szerfogyasztásról. A válaszadó fogyatékossággal élő diákok között az intellektuális képességzavarral diagnosztizált személyek voltak túlsúlyban. Az eredmények azt mutatták, hogy a fogyatékossággal élők szignifikánsan nagyobb arányban használnak rendszeresen kábítószereket társaiknál. A vizsgálat kiterjedt a különböző pszichoterápiák, orvosi kezelések során alkalmazott gyógyszerekre is. A fogyatékossággal élő személyek társaiknál szignifikánsan magasabb arányban éltek vissza a vényköteles orvosságokkal, melynek okaként a könnyebb hozzáférhetőséget valószínűsítették a szerzők. Ezen felül az érintett diákok háromszoros eséllyel felelnek meg azoknak a kritériumoknak, melyek jelenléte hajlamosít az illegális szerhasználatra és az addikció kialakulására.

Adam Huxley, Martha Dalton, Yvonne Y. Y. Tsui és Karen P. Hayhurst 2018-ban publikálták elemzésüket, melyben 39 tanulmányt összegeztek. Ezek az írások az alkohol, a dohányzás, valamint az illegális tudatmódosító szerek használatát vizsgálták intellektuális képességzavarral élők körében. A rendelkezésükre álló szakirodalom szisztematikus áttekintése releváns adatokat azonosított a dohányzás, az alkohol-, valamint pszichoaktív szerfogyasztás problémaköréről értelmi fogyatékossággal élő személyeknél. Az adatok arra utalnak, hogy a vizsgált populációban az alkoholfogyasztás jelenlegi átlagos elterjedtsége 23%, míg a dohányzás prevalenciája 18% volt. A legmagasabb arányban az illegális szerhasználat a stimulánsok kategóriájában volt jelen, mely a vizsgálati minta 15%-át érintette. Kannabisz esetében a prevalencia 21%. Az elemzés számos összefüggésre utal a kockázati tényezők területén is. Az érintettek körében a nemi eloszlást tekintve a pszichoaktív szerfogyasztás a férfiaknál nagyobb mértékű. Elterjedtebb az illegális szerhasználat az enyhe fokú, mint a középfokú, vagy súlyos intellektuális képességzavarral diagnosztizált személyek esetében. Kockázati tényező a társuló pszichiátriai diagnózis, illetve a büntető igazságszolgáltatásban való részvétel (Huxley, Dalton, Tsui és Hayhurst, 2018).

A szakirodalomban olyan kutatásokat is találunk, melyek a fogyatékossággal élők körében nem számolnak be az illegális szerhasználat magasabb előfordulásáról. Palmera-Suárez és

munkatársai közlekedési baleset következtében mozgássérültté vált személyek egészségi állapotának, illetve egészségkárosító szokásainak felderítését végezték el. Az összehasonlító elemzésben több, mint 21 ezer fogyatékossággal élő és nem élő, 15 éven felüli spanyol személy vett részt, akik elektronikus kérdőívek segítségével válaszoltak a kutatók kérdéseire. Az eredmények szerint a mozgássérült személyeknél nagyobb az elhízás valószínűsége, melynek okaként megváltozott fizikai állapotuk valószínűsíthető. Ezzel ellentétben az aktív dohányosok, a túlzott alkoholfogyasztók és az illegális tudatmódosító szerekkel élők alacsonyabb arányát figyelték meg a fogyatékossággal élők csoportjában a többségi populáció adataihoz képest (Palmera-Suárez és mtsai, 2018).

Macdonald, Deacon, és Merchant (2016) célja a specifikus tanulási zavarok (azon belül is a diszlexia), a hajléktalanság, valamint a pszichoaktív szerhasználat és a szenvedélybetegség összefüggéseinek vizsgálata volt. Kutatásukban közel 500 embert kérdeztek meg az Egyesült Királyságban. A tanulmányból kiderül, hogy a diszlexiás személyek felülreprezentáltak a felmérés hajléktalan lakosságán belül. A diszlexiával élő válaszadók körében nőnek a függőségi problémák, valamint jelentős mentális egészségügyi problémákról számoltak be az érintettek a kontrollcsoporthoz képest. A pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatban a szerzők vegyes eredményekről számolnak be. Habár a nem diszlexiás csoport alapvetően magasabb arányú fogyasztásról nyilatkozott, az illegális tudatmódosító szerek egyes csoportjait tekintve figyelemfelkeltő a konklúzió. A diszlexiás csoport tagjai ugyanis többen használnak erősen addiktív pszichoaktív szereket a kontrollcsoporthoz képest, így többen nyilvánították magukat szenvedélybetegnek (Macdonald, Deacon és Merchant, 2016).

Összegzés

A fogyatékossággal élők számának fokozatos növekedése miatt fontos hangsúlyt helyezni azokra a társadalmi szintű problémákra, melyek hatással vannak mindennapi életvitelükre és szociális jelenlétükre. Napjainkban az illegális tudatmódosító szerek használata és az addikció kialakulása releváns kérdés, mely jelen van a fogyatékossággal élő személyek körében. Habár a témát vizsgáló szakirodalmi anyag egyre gyarapszik, az empirikus kutatások eredményeit a populáció heterogenitása és a nemzetközi szinten esetlegesen eltérő fogalmi használat miatt korlátokkal kell kezelnünk.

Mind a fogyatékossággal élők többségi populációhoz viszonyított nagyobb arányú szerhasználatáról, mind a kisebb mértékű fogyasztásról találunk kutatási eredményeket. Ennek különböző okai lehetnek, a fogyatékosság definíciójának eltérő használata és a problémakörök csoportosítása, a vizsgálati minta heterogenitása, valamint a pszichoaktív szerek különböző kategorizálása is befolyásoló tényező.

A kutatási eredmények összegzése során fontos kitérni a gyógyszerfüggőség és az alkoholfogyasztás problémájára, mely egyaránt jelen van a fogyatékossággal élők körében is. Azok a rizikófaktorok, melyek általánosan fokozhatják a pszichoaktív szerhasználat és az azokkal történő visszaélések kockázatát, a fogyatékossággal élő személyeknél számos más komponenssel bővülnek. A krónikus egészségügyi probléma, az önálló életvitel nehezítettsége, valamint az egyén negatív hozzáállása saját fogyatékosságához és társadalmi jelenlétéhez növelheti az addikciók és önsorsrontó tevékenységek kialakulását.

A szakirodalom elemzése során a fogyatékossággal élő személyek veszélyeztetett helyzete a pszichoaktív szerhasználatot érintő kérdésekben relevánsnak tekinthető. A téma tárgyalása társadalmi és egyéni szempontból egyaránt fontos, az érintettek prevenciós és rehabilitációs megsegítése egyre inkább szükséges.

Felhasznált irodalom:

BNO-10. zsebkönyv (2004). Animula Kiadó, Budapest.

Casseus, M., West, B., Graber, J. M., Wackowski, O., Cooney, J. M., & Lee, H. S. (2020). Disparities in disability status and illicit drug use among a nationally representative sample of US college students. *Disability and Health Journal*, 100949.

DSM-5. referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz (2013). Oriold és Társai, Budapest.

Horváth, D., Rucska, A., & Sztojev-Angelov, I. A. (2017). Fiatalkorú elítéltek drogfogyasztásának okairól. *Egészségtudományi Közlemények, 7*(1), 58-69.

Egészségügyi Világszervezet. (2004). A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO). *Medicina*, Budapest.

Europian Commission. (2017). Progress Report on the implementation of the European Disability Strategy (2010 - 2020). Brussel.

Huxley, A., Dalton, M., Tsui, Y. Y., & Hayhurst, K. P. (2019). Prevalence of alcohol, smoking, and illicit drug use amongst people with intellectual disabilities. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 26*(5), 365-384.

Kálmán, Z., Könczei, G., Perlényi, Z., & Princz, L. (2002). *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*. Osiris Kiadó.

Krahn, G. L. (2011). WHO World Report on Disability: a review. *Disability and health journal, 4*(3), 141-142.

Macdonald, S. J., Deacon, L., & Merchant, J. (2016). 'Too Far Gone': Dyslexia, Homelessness and Pathways into Drug Use and Drug Dependency. *Insights on Learning Disabilities, 13*(2), 117-134.

Moore, D., & Li, L. (1998). Prevalence and risk factors of illicit drug use by people with disabilities. *American Journal on Addictions, 7*(2), 93-102.

Koller, I., Zs. (2020). Fogyatékossággal élni egy igazságos társadalomban. *Tudásmenedzsment, 21*, 41-49.

Központi Statisztikai Hivatal (2016). Mikrocenzus 2016 - A fogyatékos és az egészségi ok miatt korlátozott népesség jellemzői., Letöltés helye: https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus_2016_8.pdf

Központi Statisztikai Hivatal (2011). 2011. évi népszámlálás. A fogyatékossággal élők helyzete és szociális ellátásuk. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_17_2011.pdf

Palmera-Suárez, R., López-Cuadrado, T., Fernández-Cuenca, R., Alcalde-Cabero, E., & Galán, I. (2018). Inequalities in the risk of disability due to traffic injuries in the Spanish adult population, 2009–2010. *Injury, 49*(3), 549-555.

Rasmussen, G. A., & Deboer, R. P. (1980). Alcohol and drug use among clients at a residential vocational rehabilitation facility. *Alcohol Research and Health, 5*(2), 48.

2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről.

2013. évi LXII. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény módosításáról.