INTERDISZCIPLINÁRIS DROGSZEMLE

2022. szeptember

drogkutató intézet

III. évfolyam 1. szám

Impresszum

Főszerkesztő:

dr. Christián László

Szerkesztők:

dr. Molnár István Jenő Ph.D., Pogácsás Nóra, Humli Viktória, Gulyás Éva, Bozsó Dorottya

Kiadó:

Drogkutató Intézet Nonprofit Kft.
1137 Budapest, Radnóti utca 25. II. emelet 2/A.
Pongrácz Bálint László ügyvezető igazgató

Szerkesztőbizottság

Elnök: Dr. Haller József
Dr. Barabás Andrea Tünde, Fülöpné Dr. Csákó Ibolya,
Majzik Balázs, Dr. Mátyás Szabolcs,
Dr. Németh József, Dr. Sasvári Péter, Dr. Sivadó Máté,
Somogyvári Mihály, Dr. Vári Vince

Szerkesztőség:

1137 Budapest, Radnóti utca 25. II. emelet 2/A.
drogszemle@drogkutato.hu
www.drogkutato.hu
ISSN: 2786-3204

A folyóiratban megjelent cikkek nem feltétlenül tükrözik a szerkesztőség véleményét. Hacsak másképp nem jelezzük, a közlemények magyar nyelvűek

TARTALOM

A Drogkutató Intézet bemutatása 5

TÓTH Enikő: A nemzeti népegészségügyi központ helye és szerepe a magyar drogprevencióban – interjú Majzik Balázzsal 7

HUMLI Viktória, ROMPOS Éva, SZABÓ Írisz, BOZSÓ Dorottya, CHRISTIÁN László, HALLER József: A drogszabályozás hatása a dizájner drogok forgalmazására – avagy az új pszichoaktív szerek piaci dinamikája hazánkban 16

FEKETE-GÁL Martina, MATUSZKA Balázs, MAKARA Mihály: A pofonoktól a tűig – a negatív gyermekkori élmények és a szerhasználat 33

POGÁCSÁS Nóra, BARÁTH Noémi Emőke: A kompetenciafejlesztés alapú drogrehabilitáció 51

FODOR Róbert, FLACH Richárd: Szexuális droghasználat és jóllét egészségpszichológiai vizsgálata magyar szexuális kisebbségi mintán 69

2022

2022

– EST. 1991 –

Batthyány Lajos

ALAPÍTVÁNY

A kiadvány a Batthyány Lajos Alapítvány támogatásával készült.

drog kutató intézet

2022

2022

A Drogkutató Intézet bemutatása

A Drogkutató Intézet bemutatása

Tudománnyal a tiszta tudatért

Célunk, hogy tudományos elemző- és kutatómunkával támogassuk a gyakorlati munkát végző szervezetek, egyesületek tevékenységét. Missziónk, hogy közérthető formában olyan tanulmányokat publikáljunk, melyek közvéleményformáló jelleggel tudatosítják a pszichoaktív szerhasználat veszélyeit. Interdiszciplináris kutatócsoportunk a különböző tudományterületek ismereteit összehangolva és több jelentős aspektust figyelembe véve foglalkozik az illegális tudatmódosító szerek használatát érintő társadalmi és egészségügyi hatásokkal.

Milyen szakmai anyagok várhatóak?

Fő témáink közé tartozik az illegális droghasználat kérdése pszichológiai, biológiai, jogi, valamint szociológiai és kriminológiai szempontból. Kutatási területünk valamennyi pszichoaktív szer használatára kiterjed, különös tekintettel egyes speciális csoportok helyzetére. Foglalkozunk a pszichoaktív szerhasználat társadalmi megítélésével, a stigmatizációval, valamint az ehhez kapcsolódó motivációs tényezőkkel is. Fókuszba helyezzük a prevenciós tevékenységeket, hiszen a megelőzés egy alappillére az addikció elkerülésének. Ebben fontos szerepet játszik a környezet megfelelő attitűdje és a család támogatása, mely szintén kutatásaink egyik központi témáját képezi. Ezenkívül közérthető tájékoztatást nyújtunk az illegális drogok fiziológiai hatásairól és használatuk veszélyességéről.

Hol találkozhattok velünk?

Szakmai anyagaink elsősorban az online, havonta megjelenő tudományos folyóiratunkban, a Magyar Drogfigyelőben érhetők el, melyek kivonatait közzé tesszük a Mindset Pszichológia Pszichoaktív rovatában, amelyet a Drogkutató Intézet támogatásával hozott létre. A Drogkutató Intézet által indított, félévente megjelenő Interdiszciplináris Drogszemlében olyan szakmai anyagokat publikálunk, amelyek tudományos igényű, alapos elemzéssel az orvosi és társadalmi összefüggéseket is feltárva mutatják be a drogfogyasztás aktuális témáit és hiteles forrást jelentenek a szakmában dolgozó szakemberek, de a témakör iránt érdeklődők számára is. Munkásságunk edukatív jellegének előtérbe helyezéséhez nagy hangsúlyt fektetünk a közérthető kommunikációra, ennek érdekében jelen vagyunk a közösségi média felületein. Drogkutató Intézet munkatársai.

www.drogkutato.hu www.facebook.com/drogkutatointezet

drog kutató intézet

2022

2022

Interjú Majzik Balázzsal

A nemzeti népegészségügyi központ helye és szerepe a magyar drogprevencióban – interjú Majzik Balázzsal

Tóth Enikő[1]

[1]Drogkutató Intézet

Majzik Balázzsal, a Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) Drogmegelőzési Programok Osztályának vezetőjével beszélgettünk, aki bemutatta az NNK munkáját, célkitűzéseit, együttműködő partnereit. Válaszaiban kitért a mai magyar droghelyzetre, annak kezelésére és a fiatalok életében jelenlévő függőségekkel kapcsolatos veszélyekre.

Milyen munkát végeznek most az NNK-ban, milyen projekteken dolgoznak az osztályon?

A Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) számos szakembere azon dolgozik, hogy a közösségeket és az egyéneket segítse abban, hogy hogyan alakítsák ki az egészséghez szükséges fizikai és társas környezetet, valamint hogyan sajátítsák el az egészséges életmódhoz nélkülözhetetlen ismereteket és készségeket. Mindezzel végső célunk a lakosság egészségtudatosságának és az egészségben eltöltött évek számának növelése. Magyarországon a férfiak átlagosan 60,7, a nők pedig 62,9 évet töltenek el úgy, hogy semmilyen komolyabb egészségügyi probléma nem korlátozza őket a mindennapjaikban. A statisztikai adatok alapján az is látható, hogy egyre tovább élünk, ezért kulcskérdés, hogy életünk során meddig maradhatunk egészségesek. Nyilván senki sem szeretne beteg lenni, azonban, ha károsítja valaki az egészségét, előbb-utóbb megbetegszik. Ez pedig szenvedéssel jár és nem utolsó sorban pénzébe kerül mind az adófizető állampolgárnak, mind az államnak.

A Drogmegelőzési Programok Osztálya az illegális kábítószerek fogyasztásának megelőzését, illetve az ezt támogató szakmai munka összehangolását célozza meg. Mi ezzel járulunk hozzá az egészségfejlesztéshez. Ennek érdekében közreműködünk a kábítószerügyi stratégiai folyamatokban, részt veszünk a prevencióban érintett szakemberek és intézmények közötti együttműködések kialakításában, az együttműködési keretek kimunkálásában, szakmai javaslatok kidolgozásában. Szakértői tevékenységet folytatunk, drogpolitikai célú programok kidolgozásában segédkezünk, részt veszünk a hazai és uniós kábítószerügyi pályázatok szakmai tartalmának előkészítésében. Ezeken felül adatbázisokat működtetünk, valamint ellátjuk a Kábítószerügyi Tanács működésével kapcsolatos titkársági feladatokat. Kiemelten fontos feladatunk továbbá a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok (KEF) megalakulásának és szakmai munkájának támogatása, az országos hálózat koordinációja, illetve a megelőző-felvilágosító szolgáltatások rendszerének működtetése, koordinációja. Ehhez kapcsolódóan az

elterelésben érintett intézményekkel, szolgáltatókkal hatóságokkal való folyamatos kapcsolattartás. A legtöbb feladatunk az utóbbi két tevékenységből fakad.

Milyen célkitűzéseik vannak erre az évre, illetve a jövőre vonatkozóan?

Az osztályunk koordinálja a megelőző-felvilágosító szolgáltatást (MFSZ). Jogalkotási folyamat keretében - működési engedély kiadásával - szeretnénk rendezni az MFSZ-t végző szervezetek jogi státuszát, amely egyben a finanszírozási rendszert is kiszámíthatóvá tenné. További célunk az elterelés adminisztrációs, adatgyűjtési és statisztikai rendszerének fejlesztése. 2003-ban alakították ki az MFSZ rendszerét és azóta megváltoztak a szerfogyasztási mintázatok és életviteli szokások. Erre lehetséges szakpolitikai válaszokat kínálunk. A változtatások közpolitikai célja a rendszeres fogyasztás megelőzése, a függőség vagy egyéb magatartási zavarok irányába történő további progresszió, a kockázatos, veszélyes szerfogyasztás megállítása, az életvezetési készségek fejlesztése és az önreflexió kialakítása. Mind az állampolgárok, mind a szakemberek számára átláthatóbb, informatívabb, a XXI. századi követelményeknek megfelelő ügyfélbarát intézményrendszert terveztünk meg. Terveink szerint ez nem többletfeladatként településre rá a jelenlegi egészségügyi ellátórendszerre és annak szereplőire a szolgáltatás, hanem a szolgáltatást jelenleg végző szervezetek számára alakítana ki az egészségügyi ágazat egy keretrendszert, amelynek eredményeként elérhető a kívánt közpolitikai cél, ami nem más, mint az egyénre szabott (javallott) prevenció. Jelenleg konzultálunk a szolgáltatókkal, felmérjük az igényeket és hatósági ellenőrzés keretében vizsgáljuk az adminisztrációs folyamatot és a dokumentációt.

Szerencsére az egészségügyi helyzet most lehetővé teszi a jelenléti konferenciák megszervezését. Ősszel számos eseményre kerül sor, amit a KEF-ek szerveznek. Itt felkérések alapján előadásokat tartunk. Továbbá megrendezzük mi is a hagyományos országos szakmai konferenciát a KEF-ek részére. Előző évben különleges volt a rendezvény, mert a KEF-ek 20 éves megalakulását ünnepeltük. A konferencián közel 200 meghívott vett részt, 70 KEF, 55 Egészségfejlesztési Iroda, 24 kormányhivatal és 32 rendőr, illetve bűnmegelőzési szakember. A jubileumi konferencia elsődleges célja az volt, hogy visszatekintsünk a KEF-ek elmúlt 20 évére, és az egyes szakmai előadások révén kihangsúlyozzuk az addiktológiai terület kezelésének komplexitását szem előtt tartva a helyi együttműködések fontosságát. A jubileumi konferencián Üstökös Vándorszobor is átadásra került a Hajdúsámsoni Kábítószerügyi Egyeztető Fórum részére. A megkezdett hagyományt szeretnénk folytatni és még ebben az évben megrendezni a következő szakmai konferenciát, amelynek keretében a vándorszobrot továbbadja Dr. Müller Cecília országos tisztifőorvos az arra érdemes KEF-nek.

Milyen szervezetek ténykednek Önökkel együttműködve a kábítószer-helyzet kezelésével összefüggésben, mit tudunk ennek alapján? Vannak saját statisztikáik?

Az NNK a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól szóló 42/2008. (XI.14.) EüM-SZMM együttes rendeletben meghatározott szabályok alapján működteti a megelőző-felvilágosító szolgáltatás rendszerét. Az NNK a feladatot a Drogmegelőzési Programok Osztályán keresztül

látja el. Ez az egyik olyan feladatunk, amelynek kapcsán közvetlenül, napi szinten vagyunk kapcsolatban szervezetekkel. Magyarország teljes területe szolgáltatással lefedett, amelyet 49 szervezet biztosít összesen 232 szakemberrel. Ebből 74 fő szociális munkás, 33 fő pszichológus és 26 fő szociálpedagógus. 13 szolgáltatónál 23 fő addiktológiai konzultáns is dolgozik. A szervezetek közül 16 Budapesten és Pest megyében nyújt ellátást, 33 szervezet pedig Magyarország más megyéiben végzi a szolgáltatást. Győr-Moson-Sopron és Hajdú-Bihar megyékben 4-4 szolgáltató, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében és Fejér megyében 3-3 szolgáltató működik, 9 megyében 1-1 szolgáltató van jelen. Az aktuális adatbázis a www.kef.hu/elterelés link alatt található meg. 2021. évben a szervezetek finanszírozására 140 032 000 Ft került felhasználásra. A szervezetek többsége, 57,14 %-a nonprofit formában működteti az MFSZ-t, de van gazdasági társaság, egyházi és állami fenntartású is.

A szolgáltatóknál 2021-ben 2 779–en jelentkeztek MFSZ-re. Fontos, hogy a kliensek szigorúan anonimak maradnak előttünk. A statisztikai adatok alapján látjuk, hogy előfordulnak fiatalok és serdülők, hajléktalanok, várandósok és kismamák, idősek, mentálisan sérültek is közöttük.
A Drogmegelőzési Programok Osztályának feladata a KEF-ek megalakulásának, szakmai tevékenységének szakmai támogatása. Folyamatos a kapcsolatunk a szervezetekkel, az önkormányzatokkal és önkormányzati képviselőkkel, ritkább esetben polgármesterekkel. A KEF a koordináció fontos eszköze. Ha jól működik, közösséget hoz létre, megszünteti az eszköztelenség érzését. Összhangot teremt a különböző intézmények és azok szemlélete között, biztosítja a közös cselekvés feltételeit és közös gondolatok, stratégiák kidolgozását teszi lehetővé, továbbá egyeztetett akciókat eredményez. Lefordítja a nemzeti stratégiát a helyi beavatkozási színterek valósága számára, megfogalmazza a helyi stratégiákat szoros együttműködésben az országos cselekvési programokkal, kialakítja a helyi együttműködések rendszerét.

2018-ban újraterveztük a https://kef.hu/ oldalt. Ott található az NNK nyilvános adatbázisa, amely jelenleg 115 KEF-et tart nyilván. 2000-ben, az elindulás éveiben még csak 66 KEF létezett, ezek közül a legtöbb ma is működik. A legtöbb KEF ezt követően 2001-ben (19) és 2015-ben (11) alakult. A KEF-ek 55,06%-a 6-15 közötti tagszervezettel, 2,25 %-uk 41 feletti tagszervezettel rendelkezik. Csupán 6,74%-uknak van 0-5 közötti tagszervezete. A tagság összetétele vegyes. 89%-ban tagjai a KEF-eknek a szociális alapellátás és a gyermekvédelmi alapellátás intézményei. 93%-ban a rendőrség, 78% és 74%-ban az általános, illetve középiskolák, 30%-ban az EFI-k, 57%-ban a kormányhivatalok, 34%-ban ifjúsági klubok, 76% és 58%-ban az egészségügyi alap, illetve szakellátás intézményei. Azaz elmondható, hogy helyi szinten a kábítószerügyben meghatározó szakterületek intézményei, szervezetei megfelelő számban vannak jelen a KEF-ekben. Tapasztalataink szerint a KEF ott működik jól, ahol a helyi vezetés aktívan támogatja a kezdeményezést. 78%-uk rendelkezik helyi stratégiával, amelyből az önkormányzati képviselő testület/közgyűlés által is elfogadásra került 73%. Ez jó arány.

Eltérő erőforrások jellemzik a KEF-eket. Létezik regionális, megyei, városi kistérségi KEF. Van, amelyiknek ad-hoc támogatása van és olyan is, amelyiknek önkormányzat által tervezett külön támogatási sora van. A KEF-ekkel kapcsolatban az elmúlt években az a tapasztalatunk, hogy

azokon a főként kis településeken merült fel a KEF megalakításának gondolata, ahol az új típusú pszichoaktív szerek megjelentek és jelentős károkat okoztak. Több helyre elmentünk és segítettünk a megalakítás folyamatában. Ebből van, ahol ténylegesen megalakult és van, ahol informálisan dolgoznak közösen a probléma megoldásán. A nagyvárosokban jellemzően már legalább 10-15 éve működnek a KEF-ek. Leginkább kutatásokat folytatnak le, konferenciákat szerveznek és rendszeresen működtetik a munkacsoportokat. Az elmúlt 2 éveben a Megyei Közgyűlésekkel indult el egy közös munka a további koordinatív funkciók kialakítása céljából. Van, ahol máris vannak eredményei a folyamatnak, van, ahol ez még várat magára.

Milyennek találják a magyarországi droghelyzetet jelenleg?

A kábítószerek összetett társadalmi és egészségügyi problémákat hordoznak, amelyek jelentős hatással vannak az emberek életére. A kábítószerek használatának rendkívül súlyosak a következményei nemcsak azokra, akik fogyasztják, hanem családjuk és közösségeik számára is. A kábítószerek használata tetemes költségekkel és károkkal jár a népegészségügyre, a közbiztonságra, a környezetre és a munka termelékenységére nézve. A jog is ennek megfelelően szankcionálja az ezzel kapcsolatos magatartásformákat. Magyarországot néha az a vád éri, hogy túlságosan szigorú a drogjogi szabályozása. Ezt a képet érdemes árnyalni egy kicsit. A törvény nemcsak büntetést irányoz elő, hanem a legfontosabb feladatunkat is rögzíti, vagyis az elterelés intézményrendszerét. Évente csak megelőző-felvilágosító szolgáltatások keretében közel 3000 fiatal, 2003 óta pedig közel 50 000 fiatal vett részt és ennek köszönhetően nem a börtönbüntetését töltötte le. Az elterelés célja, hogy egy olyan másodlagos szocializációt nyújtson, ahol elősegítik a személyiségfejlődést és olyan készségek és kompetenciák fejlesztését, amelyek támogatják a döntéshozást. A kliensek segítő szakemberrel először az elterelés során találkoznak. A folyamat féléves, amelynek keretében elsajátítják, hogyan kell a segítő-segített kapcsolatot használni.

A statisztikai adatok alapján az látható, hogy világszerte 275 millióan használtak kábítószert az elmúlt évben. Ebből 36 milliónak problémája is volt ezzel. Szenvedett tőle. Itt jegyzem meg, hogy ennek inverzét, azaz olyan statisztikát még nem láttam, hogy hány ember lett boldog a kábítószer-fogyasztástól. (…) Szerintem ez beszédes. Az Európai Unióban a 15-34 évesek körében 17,4 millióan használtak kábítószert az előző évben. Élete során a becslések szerint körülbelül 83 millió ember, avagy az Európai Unió felnőtt (15–64 éves) népességének 28,9%-a próbált már ki legalább egy alkalommal tiltott kábítószereket. A három leggyakrabban kipróbált kábítószer a kannabisz (78,5 millió fő), a kokain (13,9 millió fő) és az MDMA (10,3 millió fő). A Kábítószer és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) szerint 2019-ben pedig 400 új pszichoaktív anyagot találtak.

Visszatérve arra, hogy milyen a droghelyzet Magyarországon. A hivatalos statisztikák alapján azt tudjuk, hogy minden 13. személy fogyasztott élete során valamilyen tiltott drogot, és közülük 2021-ben az egynegyede szintén fogyasztott tiltott szert. Ha csak a fiatal felnőtteket (18-34 évesek) vizsgáljuk, akkor azt mondhatjuk, hogy minden 7. fiatal felnőtt fogyasztott már valamilyen tiltott drogot. A legtöbben marihuánát vagy hasist használtak eddig életük során, ezt követi az ecstasy, a szintetikus kannabinoidok, az amfetamin, majd a kokain és a dizájner

stimulánsok. Igaz, hogy a kutatás anonim, de önbevallásos módszerre épít és nehéz egy olyan tevékenység nagyságát kutatni, amely törvénybe ütköző magatartást vizsgál. Minden tiszteletem a kutatóknak.

Nagyon fontos, hogy beszéljünk a legális szerekről is, hiszen legalább olyan veszélyesek tudnak lenni, ha nem veszélyesebbek, mint az illegális szerek. Ne felejtse el senki, hogy egy kemikália nem attól lesz veszélyes, mert egy jogszabály megtiltja a használatát! Gondoljunk csak például az alkoholra, amely szintén nagyon addiktív. Ugyan nehéz az összehasonlítás, hiszen míg az alkohol romboló hatását akár több évtized alatt fejti ki, addig egy új pszichoaktív szer gyorsabban, akár pár hónap alatt éri el azt a hatást. Ez sokkal látványosabb. Magyarországon 800 000 alkoholista van. Sajnos ez egy családi betegség. Némi túlzással élve azt is mondhatnánk, hogy alig találunk olyan családot, ahol így vagy úgy ne lenne probléma az alkohol. Sajnos egy gyerek, ha ilyen modellt látva nő fel nagyobb eséllyel lesz kábítószer-fogasztó vagy okoz az életében neki is problémát az alkohol. Vannak olyan szerek, amin még könnyebben túllépnek az emberek és a társadalom is jobban tolerálja fogyasztásukat. Ilyen a cigaretta, a kávé stb. De léteznek viselkedési addikciók is. Ezen esetekben az érintettek nem valamilyen kemikáliától függenek, hanem a viselkedési mintázattól, legyen az játék, munka, táplálkozás, közösségi média, vásárlás stb. A fiatalokra leselkedő veszélyek közül a közösségi média vagy az okostelefon függőséget emelném ki, mert ez megágyazhat további függőségeknek. Sok szülővel beszélgetek és szinte mindenki erről panaszkodik.

Kiemelném továbbá a kokain-fogyasztás erősödését is, amelyről egyre több szakember számol be és a divatnak tudható be. Ez egy negatív médiahatás. Azt látni sok filmben is, hogy sztárok, a „menők” kokainoznak. Ne csodálkozzunk akkor azon, hogy ezzel divatot is teremt a média.

Hogy látja személy szerint a droghelyzet kezelését? Mi az, ami jól működik, mit kellene rajta változtatni?

Magyarországon vannak olyan kérdések, amihez „mindenki” ért. Ilyen a foci, a gyereknevelés, a politika és a kábítószerügy. Tapasztalatom az, hogy sokszor markáns véleményt fogalmaznak meg egyesek és komoly társadalmi álvitákat folytatnak le pro-kontra érvelve a legalizáció mellett-ellen, nem is ismerve a konkrét tényeket. Vannak, akik szinte már dogmatikusan képviselnek egy-egy álláspontot, de amikor szembesülnek a valódi problémával akkor kétségbeesnek.

A kezelőrendszerrel kapcsolatban a legfontosabb, hogy erősíteni kell az emberekben, ha problémájuk van, akkor időben forduljanak szakemberhez és ne szégyenkezzenek miatta. Én azok közé tartozom, akik pont ezért örültek, amikor a médiában feltűnt Dr. Csernus Imre. Pont az volt a nagyszerű ebben, hogy az „átlagember” azt látta, hogy itt a szakember és lehet hozzá fordulni.

De akkor milyen is a droghelyzet kezelése? Milyen az ellátórendszer? Személy szerint 1997-ben képződtem egy drogtelefonszolgálatnál. Itt kaptam először egy átfogó képet az ellátórendszerről, a droghelyzet kezeléséről. Csak érdekességképpen jegyzem meg, hogy ez a szervezet még 1992-ben azért alakult, hogy felmérje mekkora a kábítószer-probléma

Budapesten, van-e egyáltalán ilyen probléma. Hiszen a ’80-as évek hivatalos álláspontja az volt, hogy nincs. Még ismertem olyan szakembert, akit behívtak a pártbizottságra és kérdőre vonták, miért tart ilyen témában előadásokat, amikor ez a probléma hivatalosan nem is létezik. Pedig már akkor is volt. Az ellátórendszer „0”-dik állomása a telefonszolgálat. Ezért nagyon fontos, hogy legyenek ingyenesen, anonim hívható telefonszolgálatok, mert ahol az ellátórendszer nincs jelen pl. egy kis faluban, telefonálni onnan is lehet. Másik fontos funkciója eligazítja a telefonálót, ha információra van szüksége arról, hogy hová forduljon, itt megkaphatja azt.

Van egy modell, amit „ellátási piramisnak” hívnak. Ez lenne az ellátási lánc ideális intézményi modellje. Az alján a célzott és indikált prevenció azon eszközei, illetve azok a szolgáltatások helyezkednek el, akik megszólítják és segítik a szerhasználókat a probléma felismerésében. Rávilágítanak arra, hogy az ő kábítószer-használatuk milyen következményekkel jár saját maguk és környezetük számára és mi történik, ha ezzel nem hagynak fel. Kell, hogy legyen egy szalmaszál számukra, ahol segítséget kérhetnek, ha elérkezett az idő, a mélypont az életükben. Mert aki függő és aktív szerhasználó, annak akkor lehet segíteni, ha kéri. Addig nem. Ilyen segítség lehet a gyermekvédelmi jelzőrendszer, egészségügy- és szociális alapellátás, utcai szociális munka, utcai elérő programok, biztonságos szerhasználat segítése (informáló kiadványok), biztonságos szexuális magatartásra nevelő programok, közösségi addiktológia és pszichiátria, speciális programok (hatékony kommunikáció, konfliktuskezelés, agresszió-prevenció), amelyekből sok kell. A következő szintet az egészségügyi és szociális alapellátást biztosító intézmények képezik. Háziorvosi hálózat, védőnői hálózat, iskolaorvosok, iskola-pszichológusok, iskolai szociális munkások, gyermek pszichiátriai és gyermek addiktológiai rendelők, gondozó-intézetek, szociális nappali intézmények, szociális közösségi ellátás intézményei, családsegítők, gyermekjóléti intézmények. Majd ezt követik a szakellátást biztosító intézmények: az addiktológiai ambulanciák, drog- és alkohol ambulanciák, gondozó intézetek, szenvedélybetegek nappali intézete, pszichiátriai betegek nappali intézete. A piramis következő szintjén helyezkednek el az egészségügyi osztályos kezelést biztosító intézetek, klinikák, kórházak addiktológiai- és pszichiátriai osztályai, sürgősségi osztályok (detoxikálás céljából), egészségügyi addiktológiai- és pszichiátriai rehabilitációs és krónikus osztályok, a tartós bentlakást biztosító drog-és addiktológiai rehabilitációs intézmények. A piramis csúcsán végül a reszocializációs szolgáltatások állnak. Ilyenek a védett szállások, félutas házak, védett munkahelyek. Ez az a modell, ami leírja azt az intézményrendszert, amely stabilan és hatékonyan képes mederben tartani a kábítószer-problémát.

Szeretném felhívni a figyelmet a prevenció fontosságára. Többen úgy vélik, hogy nincs értelme a prevenciónak, mert inkább ártalomcsökkentésre lenne szüksége a fiataloknak. Azonban ezzel nem értek egyet, mert nagyon fontosnak tartom a prevenciót. Szükség van rá minden színtéren, iskolában, munkahelyen, családban. A fiatalokat az egészséges életmódra kell nevelni és arra kell megtanítani őket, hogy az egészség érték. Ez legyen a trend. Ebben a prevenciónak fontos szerepe van.

De jól működnek az önsegítő közösségek, anonim csoportok is, ezek is fontos részt képeznek. Ma már számtalan problémához kapcsolódóan elérhetőek a napszak szinte bármely szakában, és nem csak magyar nyelven. Azt gondolom az a jó, ha a függő személy a csoportnak köszönhetően rendszert kap és egy józanodó közösség addig segíti a mindennapokban, amíg ezt igényli. Az intézményrendszer tekintetében a háziorvosok szerepét erősíteném, mert kulcsszereplők lehetnének a korai kezelésbe vételben is.

Összefoglalva az elmondottakat azt gondolom sok elhivatott szakember dolgozik az intézményrendszerben és nem lehet eléggé hangsúlyozni a megbecsülés fontosságát. Ha előadást tartok, igyekszem köszönetemet és nagyrabecsülésemet kifejezni irántuk.

Beszéltünk egy új Netflix-es sorozatról, ami a kábítószer-fogyasztást népszerűsíti elég szubjektív módon. Mit gondol, hogyan lehetne az ilyen hatásokat a fiatalok életében a helyén kezelni?

Természetesen láttam a sorozatot. Ambivalens érzéseket keltett bennem. Azt el tudom fogadni, hogy a tudományos munkát el kell végezni, és a megfelelő hivatalos engedélyek birtokában lehet kísérleteket folytatni pszichedelikus szerekkel. Ezt be is mutatja a film, vannak pozitív eredmények. Hozzáteszem nem a hadsereg kísérleteire gondolok, mert ezeket nem mutatja be. Azt azonban nem tudom elfogadni, sőt a film hibájának tartom, hogy azt üzeni dekriminalizálni kell ezeket a szereket és „szinte" bárki számára hozzáférhetővé tenni, hogy akár otthoni használat során elősegítse az agyunk, személyiségünk jobb megismerését. Ez nem játék! Nem beszélve a jogi következményekről. Ki kell hangsúlyozni, hogy a problémákkal szakemberhez kell fordulni és ő az, aki el tudja dönti milyen terápia szükséges. Nem kábítószert kell használni, mert az nem oldja meg a problémákat csak elfedi, tetézi azokat. Eszébe se jusson pl. egy Ayahuasca teaszeánszra elmenni valakinek pszichológus helyet, mert a kettő nem helyettesítheti egymást. Ugyancsak a film hibájának tartom, hogy nem beszél a szerfogyasztás káros következményeiről csak érintőlegesen. Nem mutatja be, hogy az LSD használat során az elme károsodhat az utazás során vagy, hogy az LSD használat után rendszertelenül a legváratlanabb helyzetekben pár hónap múlva is hallucinációk jelentkezhetnek. Nem beszél arról se, hány fiatal lesz pánikbeteg akár egy-egy utazást követően, vagy hogyan hoz elő olyan traumákat, amiket hosszú évekbe telik kikezelni. Sajnos tudok olyan esetről is, ami rosszabbul végződött. Visszatérve a fiatalokra, azt üzenem nekik: Messzire kerüljék el ezeket a szereket!

20 éve a pályán van, véleménye szerint miben változtak ezidő alatt a fiatalok? Mit látható az iskoláskorúak vonatkozásában?

Fontos, hogy tisztázzuk kik is a fiatalok. Mark McCrindle ausztrál demográfus és csapata által 2005-ben végzett országos felmérést követően létezik a kifejezés: Generation Alpha, azaz Alfa generáció. Így hívjuk a 2010 után születetteket. Ők most 10-12 évesek. Nyilván az egyes generációk között nem lehet naptári években meghúzni a pontos határt, de kb. 2010-re datálható a „generációváltás", amikor megjelent az iPad, az Instagram és az év szava is az „App" volt. Mark McCrindle szerint az internetkapcsolat, az okostelefonok és érintőképernyők

világában felnövő fiatalok számára a „screen”, vagyis a kijelző a legfontosabb médium. Saját véleményem, hogy ez egyben a legnagyobb veszélyforrást is jelenti. A Vodafone Magyarország és az NRC Kft. közös kutatásából az derül ki, hogy már az „Y” (1980-1999 között születettek) és a „Z” (2000-2009 között születettek) generációk 30%-a közösségi média függő. Úgy vélem, hogy az okostelefon és a közösségi média együtt a „legaddiktívabb szer” és ott van a fiatalok kezében. 20 éve ez a jelenség még nem létezett, mert csak 2001-2002-ben jelentek meg az okostelefonok. Mindez mégis odáig jutott, hogy 2018-ban az Apple két nagy részvénytulajdonosa, Jana Partners és a California State Teachers' Retirement System azt kérték, hogy a cég fordítson nagyobb figyelmet a gyerekekre, akik közt egyre több az okostelefon függő. A közösségi médiahasználat az Alfa generációnak komoly szorongást okoz. Tari Annamária úgy fogalmaz ennek kapcsán: „A gyerekek nem a valódi életet tanulják meg, hanem egy nagyon gyors tempójú, látszólagos érzelmekkel tarkított, pörgős, színes interaktív világban működnek, amihez képest apa és anya, ülve a kanapén, nyomkodva a tévé távirányítóját, hát kicsit szürke, kicsit unalmas és kicsit lassú.” Így ez az egyik, ami alapvető változás a 20 évvel ezelőtthöz képest.

Köszönjük szépen Majzik Balázsnak az interjút!

2022 2022

drog kutató intézet

2022

2022

A drogszabályozás hatása a dizájner drogok forgalmazására

A drogszabályozás hatása a dizájner drogok forgalmazására – avagy az új pszichoaktív szerek piaci dinamikája hazánkban

Humli Viktória[1,4], Rompos Éva[2], Szabó Írisz[1,5], Bozsó Dorottya[1], Christián László[1,3,6], Haller József[1,3,7]

[1]Drogkutató Intézet; [2]Nemzeti Szakértői és Kutató Központ; [3]Nemzeti Közszolgálati Egyetem,

[4]ORCID ID: 0000-0003-1363-1939, [5]ORCID ID: 0000-0002-9148-8261, [6]ORCID ID: 0000-0001-9809-4890, [7]ORCID ID: 0000-0003-4315-3026

Absztrakt

Az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) kereskedelmi és szabályozási dinamikája kevéssé ismert. E hiánynak a pótlására megvizsgáltuk a szintetikus kannabinoidokra és katinonokra vonatkozó magyarországi szabályozási intézkedések és ezen szerek forgalomba hozatala közötti kapcsolatot 10 évre visszamenőleg. A tanulmány a Nemzeti Szakértői és Kutató Központ Kábítószer-vizsgálati Osztályának kábítószer-lefoglalási adatain és kémiai elemzésén alapul. Tíz év alatt 18 új szintetikus kannabinoidot és 11 új katinont azonosítottak Magyarországon. Mindkét vegyületcsoport folyamatosan jelen van a drogpiacon, ám az egyes vegyületek más-más dinamika szerint változnak. A szintetikus kannabinoidok forgalma nagyon érzékenyen reagált a helyi szabályozásokra, míg a szintetikus katinonok adatai nem mutattak összefüggést a hazai szabályozással. Eredményeink arra utalnak, hogy a vegyületek tervezése, gyártása és marketingje két különböző stratégiát követ. A helyi jogszabályok szisztematikus nyomon követése lehetővé tette a szintetikus kannabinoidok viszonylag rövid időn belüli nagy mennyiségű értékesítését. Ugyanakkor a katinonok esetében a helyi szabályozási intézkedésekhez való igazodás hiánya folyamatos, de kis mennyiségek kereskedelméhez vezetett.

Kulcsszavak: kábítószer, új pszichoaktív szerek, kábítószer-szabályozás, kábítószer-kereskedelem, kannabinoid, katinon

Abstract

The trade and regulatory dynamics of new psychoactive substances (NPS) are poorly understood. To fill this gap, we examined the relationship between regulatory measures for synthetic cannabinoids and cathinones in Hungary and the marketing of these substances over 10 years. The study is based on drug seizure data and chemical analysis from Drug

Investigation Department, Hungarian Institute for Forensic Sciences (Budapest). In ten years, 18 new synthetic cannabinoids and 11 new cathinones have been identified in Hungary. Both groups of compounds are continuously present on the drug market, but the dynamics of each compound are different. The turnover of synthetic cannabinoids has been very sensitive to local regulation, while data on synthetic cathinones have shown no correlation with national regulation. Our results suggest that the design, production, and marketing of compounds follow two different strategies. Systematic monitoring of local legislation has allowed for the sale of large quantities of synthetic cannabinoids in a relatively short period. However, in the case of cathinones, the lack of compliance with local regulatory measures has led to continuous and small amount trafficing.

Keywords: illicit drugs, new psychoactive substances, drug regulation, drug trafficking, cannabinoids, cathinones

2022 kutató intézet 2022

Bevezetés

Az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) csoportjába nagyon sokféle anyag tartozik, a legtöbb úgynevezett dizájner drog, amit pontos tervező munka során alkotnak meg. Általában a meglévő gyógyszerek analógjai, vagy újonnan szintetizált vegyi anyagok, amelyeket a már ismert hatóanyagok működésének és pszichoaktív hatásainak utánzása céljából hoztak létre. A köznyelvben ezeket „legális drogoknak" („legal high") is hívják, mert a legtöbb vegyület megjelenése pillanatában még nem áll törvényi szabályozás alatt, így szinte szabadon lehet kereskedni velük. Leggyakoribb szerek a szintetikus katinonok (stimulánsok) és a szintetikus kannabinoidok, melyek jelentős addikciós potenciállal rendelkeznek (Shafi, Berry, Sumnall, Wood, & Tracy, 2020).

A szintetikus kannabinoidok a 2000-es évek közepén jelentek meg, de hivatalosan 2008-ban azonosította az első szintetikus kannabinoidot a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: EMCDDA). „Spice" (Fűszer) terméknéven megjelenve ez a szintetikus kannabinoid a JWH-018 volt, amit Németországban és Ausztriában dobtak a piacra. Megalkotásának célja a kannabiszban található pszichoaktív anyag, a delta-9-tetrahidrokannabinol (THC) hatásának lemásolása volt, ahogy aztán az összes további szintetikus kannabinoidé is (EMCDDA, 2017a; Szabó, 2021a). A fogyasztói piacon több formában megtalálhatók, de leggyakrabban inert növényi részekre (pl. kakukkfű, menta) vagy papírra permetezve fordulnak elő önmagukban vagy más szintetikus kannabinoidokkal keverten (EMCDDA, 2017b; Rompos, Baráth, Bellavics, Lohner, & Haller, 2021).

A szintetikus stimulánsok létrehozásának a célja a kokain, az amfetamin (speed), az MDMA (ecstasy) és az egyéb amfetamin-származékok hatásának a replikálása. Leggyakrabban tabletta formájában jut hozzá a fogyasztó, de felhasználási módja nagyon változatos lehet: porként orron át felszívva, belélegezve, cigarettában fogyasztva, intravénásan vagy rektálisan alkalmazva is megtörténhet (Shafi et al., 2020). Legnagyobb csoportját a szintetikus katinonok képezik, amelynek kiindulási alapja a khat (Catha edulis) levélben található fő pszichoaktív összetevő, a természetesen előforduló katinon. Az EU korai előrejelző rendszere által megfigyelt anyagok számát illetően a szintetikus katinonok szerepelnek a második helyen a szintetikus kannabinoidok után (Drugs & Addiction, 2021; Szabó, 2021b).

Az újabb és újabb szerek sokfélesége és megjelenésének gyakorisága megnehezíti a törvényhozók dolgát és a megfelelő válaszlépések kidolgozását (EMCDDA, 2017a). Az ÚPSZ-ek definíciói azonban országonként eltérőek lehetnek, ami inkább a nemzeti jogszabályok eltéréseit tükrözi, nem pedig a farmakológiai vagy szerkezeti besorolást (Peacock A, 2019).

A kétezres évek első 20 évében több, mint 900 új ÚPSZ-t azonosítottak (2018-ban már 891 új vegyület volt ismert) (United Nations Office on Drug and Crime, 2019). 2015-ben figyelték meg a csúcsot, amikor hetente egy új dizájner szer jelent meg a drogpiacon (United Nations Office on Drugs and Crime, 2018).

Az ÚPSZ piacon egyidőben jelenlévő vegyületek száma ugyanakkor jóval kevesebb, és az egymást helyettesítő szerek villámgyorsan jelennek meg, ám a piacnak ez a dinamikája még kevéssé ismert. Ugyanez mondható el az ÚPSZ-ek epidemiológiájáról is, mivel a definíciók és a vizsgálómódszerek különbségei miatt nehéz pontos adatokat szerezni ezen szerek felhasználásáról. Stansfield és mtsai tanulmányukban bemutatták, hogy 2017-2020 között Új-Zéland drogpiacán egy-egy új dizájner anyag általában 1-2 évig van jelen, és ebben az időszakban is folyamatosan változik a mennyisége. Cikkükben kimondottan az egymást helyettesítő szintetikus kannabinoidokra fókuszáltak és adataikat határon történő lefoglalásokból nyerték (Stansfield et al., 2020). Az Egyesült Államok Kábítószer-ellenes Hivatala által szolgáltatott adatokból hasonló tendenciák rajzolódnak ki (DEA, 2018, 2019, 2020, 2021).

Az Európai Unió drogpiacát az Europol és az EMCDDA felügyeli, ám a fókusz a szerek azonosításán és az emberi egészségre gyakorolt hatásán van, így kevesebb figyelem jut az anyagok piaci sorsára (úgymint piaci élettartam és forgalom) (EMCDDA, 2020b, 2021; Europol, 2014, 2015, 2016, 2017a, 2017b, 2017c, 2017d).

A drogmarketing egy másik kevéssé ismert aspektusa a szabályozások hatása a piacra. Kapitány-Fövény és Demetrovics 2017-ben arról számoltak be, hogy a törvényi szabályozás csökkentette a drogkereskedelmet (Kapitány-Fövény & Demetrovics, 2017). Más tanulmányok szerzői ugyanakkor arról számoltak be, hogy a betiltásnak nincs hatása az illegális szerkereskedelemre (Chung, Choi, Heo, Kim, & Lee, 2013; Dargan, Hudson, Ramsey, & Wood, 2011). Árok és mtsai 2017-ben publikált adatai pedig azt mutatják, hogy az enyhébb szabályozási intézkedések, mint például új pszichoaktív szerként való megjelölése nem befolyásolta a kereskedelmet, míg a tiltott kábítószerek közé sorolása jelentősen csökkentette az adott vegyület drogpiaci jelenlétét (Árok et al., 2017). Egy Új-Dél-Wales-ben végzett kutatás a kapcsolatok bonyolultságát mutatta ki, miszerint maguknak a vegyületeknek a betiltása nem igazán volt hatással a kereskedelemre, de a nevek betiltása már tartós csökkenést hozott (Cairns, Brown, Gunja, & Buckley, 2017).

A piac és a törvényi szabályozás kapcsolatát tovább bonyolítja, hogy az EU-n belül az egyes országok helyi szabályozásai nincsenek összhangban. Erre példa a 4F-MDMB-BICA, amit 2020 végéig 7 uniós országban tiltották be, 16 ország nem szabályozta, míg 5 ország enyhébb intézkedést vezetett be, köztük hazánk is (EMCDDA, 2020a). A stimuláns hatású 3-MMC már 2014-ben ellenőrzés alatt állt Olaszországban, míg más EU-s országban nem került szabályozás alá (Odoardi, Romolo, & Strano-Rossi, 2016). Ebből azt láthatjuk, hogy ugyanaz a szintetikus vegyület egyes országokban kockázatok nélkül forgalmazható, míg más országokban jogi szankciókat von maga után. Felmerül a kérdés, hogy az ÚPSZ-ek gyártói és forgalmazói hogyan követik és kezelik az EU-s országok szabályozási mozaikját, tehát pontosan mi szabályozza a forgalmazást?

Ennek a kérdésnek a megválaszolásához megvizsgáltuk a szintetikus kannabinoidok és katinonok hazai piaci jelenlétét 2011-2020 között. A rendőrség általi drog lefoglalások a

kábítószer-piac közvetett mutatói, míg a biológiai mintákból érkező adatok a felhasználásra adnak rálátást. Ezeknek a kriminalisztikai adatoknak az elemzése gyakran használt módszer a kábítószer-kereskedelem értékelésére (Árok et al., 2017; Makangara & Mulima, 2021; Stansfield et al., 2020; Verri et al., 2019). Tanulmányunkban a szabályozások hatását vizsgáltuk a drogkereskedelemre, azáltal, hogy a jogi eseményeket vetettük össze a rendőri lefoglalási adatokkal. Hipotézisünk szerint az ÚPSZ-ek forgalmazói nyomon követik és alkalmazkodnak a legnagyobb drogpiacokat érintő szabályozásokhoz, ám így azokban az országokban, ahol valamilyen szabályozás életbe lépett kockázatot kell vállalniuk. Alternatív lehetőségként felmerül, hogy a forgalmazók minden országban a helyi szabályozásokhoz igazodnak, elkerülve így a jogi következményeket.

Az e tanulmány alapjául szolgáló közlemény megjelenése folyamatban van angol nyelven a Forensic Science International-ben.

Módszerek

Tanulmányunkhoz az adatokat a Nemzeti Szakértői és Kutató Központ Kábítószervizsgáló Szakértői Intézet (a továbbiakban: NSZKK) bocsátotta rendelkezésünkre. A Nemzeti Szakértői és Kutató Központról szóló 350/2016. (XI. 18.) Korm. rendelet és az egyes szervek kijelöléséről szóló 282/2007. (X. 26.) számú kormányrendelet alapján ez az egyetlen olyan hazai intézet, amely a rendőrség által lefoglalt kábítószergyanús anyagok vizsgálatára jogosult. Az NSZKK regionális kábítószer vizsgáló hálózata (Budapest, Debrecen, Győr, Pécs, Szeged és Veszprém) az NSZKK Kábítószervizsgáló Szakértői Intézet irányításával működik.

Az adatok egész Magyarország területéről gyűjtött mintákból származnak. Az adatokból kiválasztottuk azokat a lefoglalási adatokat, amelyek szintetikus kannabinoidot vagy katinont tartalmazó mintából származnak 2011 és 2020 között.

A minták azonosításához az Intézet az ellenőrzött kábítószer-elemzés legjobb gyakorlati kézikönyvét követi, amit az Igazságügyi Szakértői Intézetek Európai Hálózata (ENFSI) adott ki (ENFSI, 2020). Röviden, a vizsgálat során először a növényi részeket elemezzük gázkromatográfiás-tömegspektrometriával (GC-MS). Amennyiben az elemzés eredménye pozitív, a Δ9-THC-t, pszilocibint és opiátokat vékonyréteg-kromatográfiával újraanalizáljuk. A GC-MS vizsgálathoz 1-5 mg pormintát vagy 10 mg növényi részt kivontunk 1 ml metanolban. Az így kapott mintát az Agilent 6890NGC rendszerrel elemeztük, melynek része egy Agilent 5973N tömegdetektor is (Agilent Technologies, Santa Clara, Kalifornia, USA). A vivőgáz a hélium volt. A detektálás során kapott adatokat GC/MSD ChemStation szoftverrel végeztük (Agilent Technologies, Santa Clara, Kalifornia, USA). Egyéb esetekben a második elemzés a Fourier-transzformációs infravörös spektroszkópia (FT-IR). Ebben az esetben a mintát acetonban extraháltuk és az infravörös spektrumot egy Bruker Tensor 27 IR spektrométerrel (Bruker, Rheinstetten, Németország) detektáltuk. Az adatokat Opus 6.5 szoftvercsomaggal (Bruker, Rheinstetten, Németország) elemeztük. További alkalmazott technikák még a nagyhatékonyságú folyadékkromatográfia diódasoros detektálással (HPLC-DAD), a gázkromatográfia infravörös spektroszkópiával (GC-IS), HPLC tömegspektrometria analízissel

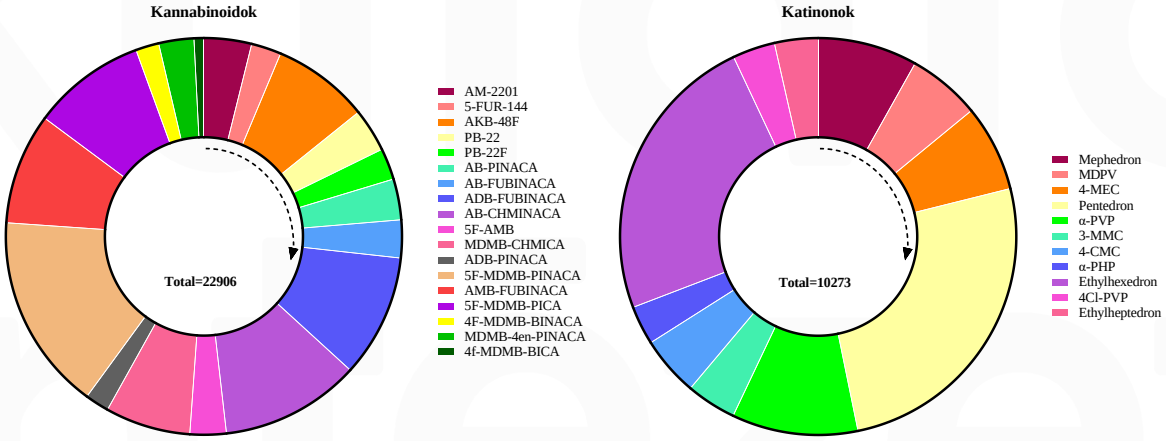
(HPLC-MS) és a mágneses magrezonancia spektroszkópia (NMR). A vizsgált anyagokat csak akkor jelöltük meg azonosított anyagként, ha legalább két különböző vizsgálat ugyanazt az eredményt adta.

Az adatok statisztikai elemzését a STATISTICA szoftverrel (Tulsa, USA) végeztük. A lefoglalási adatokat kétfaktoros ANOVA-val értékeltük, ahol az egyik szempont a vegyület volt, a másik szempont pedig a piaci jelenlét ideje (hónap). Az adatok teljesítették az ANOVA követelményeit. Post-hoc összehasonlításként Duncan tesztet végeztünk. A Bonferroni korrekciót mindvégig alkalmaztuk. Szignifikáns eltérésként a $P< 0.05$ adatokat jelöltük, míg a $0.05<P<0.1$ adatokat tendenciaként értelmeztük.

Eredmények

Piaci kereskedelem

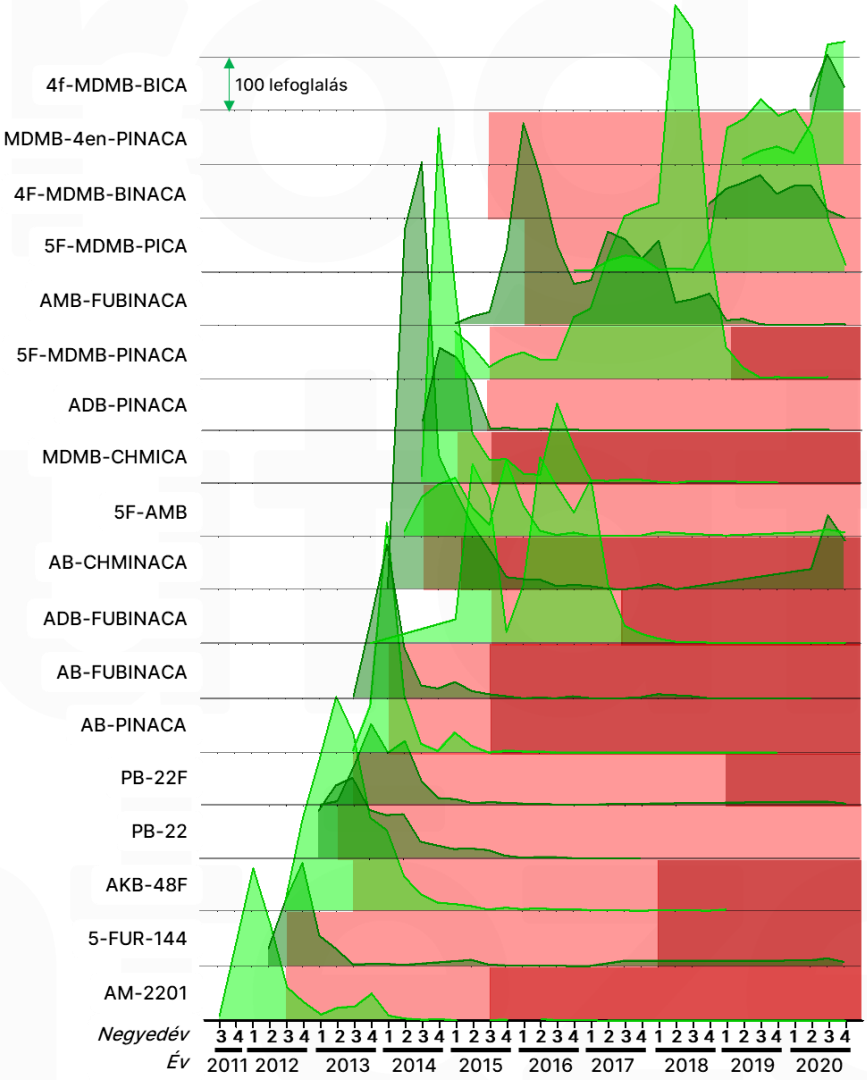
A vizsgált időszakban 18 szintetikus kannabinoidot és 11 katinont azonosítottunk a rendőrség által lefoglalt mintákban, a szintetikus kannabinoidok lefoglalásainak száma mintegy duplája volt a szintetikus katinon lefoglalásoknak (1. ábra).



1. ábra. A szintetikus kannabinoidok és katinonok követési sorrendje és a lefoglalásuk arányai. Az azonosított vegyületek lefoglalási sorrendjét az óramutató járásával megegyezően ábrázoltuk, mely az első felbukkanásra vonatkozik 2009 és 2020 között. Egy-egy vegyület összes lefoglalását a sávok szélessége mutatja a vizsgált időszakban, míg egy vegyületcsoport összes lefoglalását (Total) a diagram közepén tüntettük fel. (A szerzők saját szerkesztése)

A szintetikus kannabinoidok lefoglalása első ízben 2011 3. negyedévében kezdődött és utolsó adatként 2020 második negyedévében történtek lefoglalások. Ugyanakkor a katinonokat már megtaláltuk 2010 első negyedévében történt lefoglalások között is, egészen 2019 második negyedévéig bezárólag. Ezalatt a 10 év alatt számos vegyület váltotta egymást mindkét nagy csoportban. A katinonokat megvizsgálva arra jutottunk, hogy évente egy új vegyület jelent meg a piacon. A kannabinoidok egymást helyettesítése sokkal gyorsabb ütemben zajlott, ugyanis ebben a vegyületcsoportban kb. fél évente jelent meg új szer a piacon. Általánosságban elmondhatjuk, hogy minden azonosított vegyület megközelítőleg 2,5 évig

(29.5 ±3.1 hónap) volt jelen a drogpiacon. Meg kell jegyeznünk, hogy az említett időszak után is történhettek lefoglalások, ám ezek száma elenyésző volt. Egy időben és egy vegyületcsoportban legfeljebb 5 különböző anyag volt elérhető a piacon számottevő mennyiségben (2. ábra).

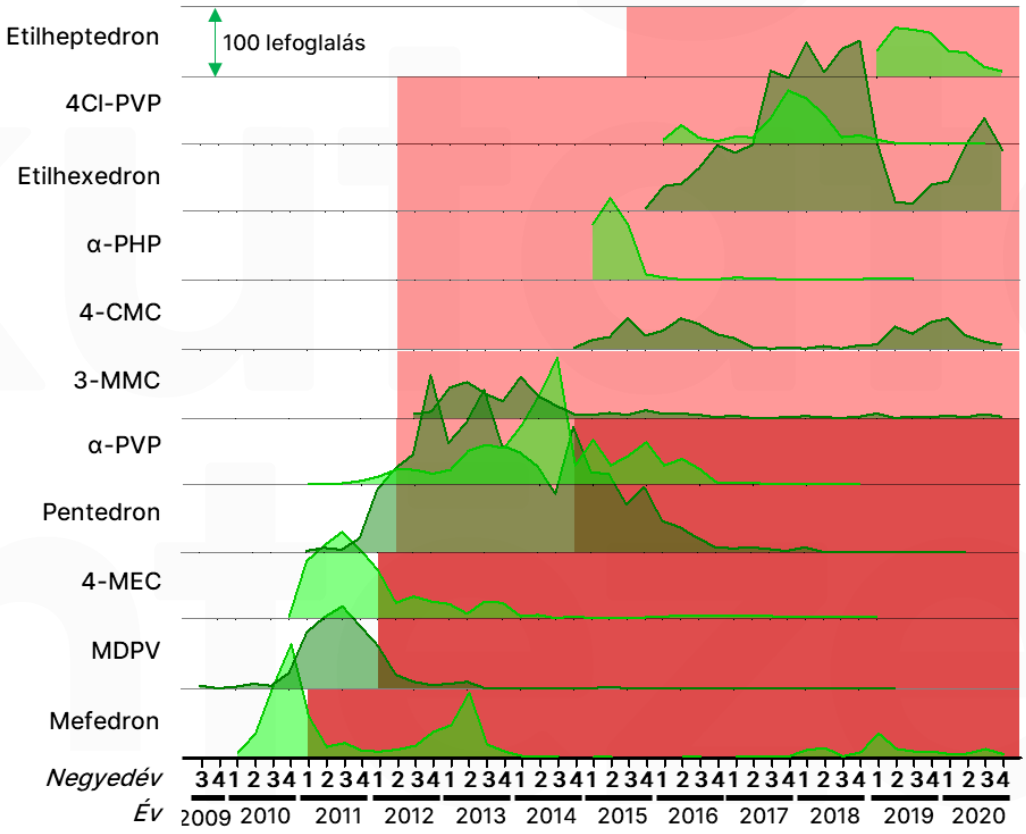


2. ábra. Szintetikus kannabinoid lefoglalások hazánkban 2011 és 2020 között. A beazonosított vegyületek lefoglalását időrendi sorrendben ábrázoltuk (X-tengely), ahol a lefoglalási adatokat (zöld görbe) negyedéves bontásban mutatjuk be. Az Y-tengelyen a vizsgált anyagok találhatóak, egy sáv 100 lefoglalásnak felel meg (pl. az AM-2201 lefoglalások száma közel 300 volt 2012 első negyedévében, míg a másodikban 150). A sávokban feltüntettük az adott vegyület jogi státuszát is, ahol a fehér háttér a nem ellenőrzött anyagot jelöli, a rózsaszín sávrészben már új pszichoaktív anyagként van listázva, míg a piros sávban már tiltott kábítószerként szerepel. (A szerzők saját szerkesztése)

Egy-egy vegyület mintaszáma nem mutatott korrelációt a bevezetésének utódlási sorrendjével (1. ábra; Kannabinoidok: R= -0.135; p> 0.5; katinonok: R= 0.509; p> 0.1). Ebből úgy tűnik, hogy az utódlás nem függ össze a nagyobb vonzerővel, ami magyarázható lenne a vegyészek, vagy

a kereskedők általi optimalizációs folyamattal. Tehát a vegyületek utódlási sorrendje nem kapcsolódik sorosan a vegyületek fejlesztési folyamatához.

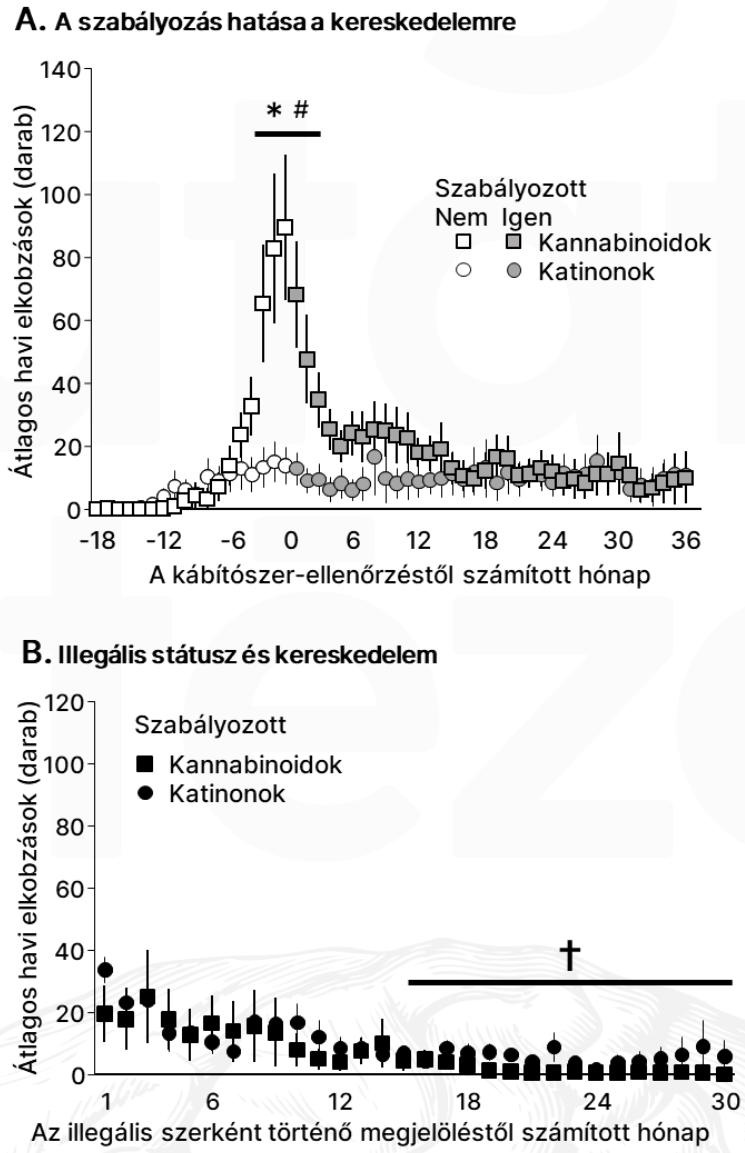
A szintetikus kannabinoidok még nem álltak szabályozás alatt, mikor először azonosították őket a rendőrség által elkobzott mintákban. Ezt követően a lefoglalások száma rohamosan nőtt, míg kb. fél év (6.0±0.7 hónap) piaci jelenlét után pszichoaktív anyagnak nem nyilvánították őket (2. ábra). A szabályozás bevezetése után a rendőrségi elkobzások száma látványosan lecsökkent, de pár vegyület alacsonyabb szinten ugyan, de ezután is forgalomban maradt. Ezzel szemben a katinonoknál mást tapasztaltunk, annak ellenére, hogy ezek a vegyületek is egymás után jelentek meg, és az árusításukat hullámokban végezték. A szabályozási intézkedések és a forgalmazás között nem volt egyértelmű kapcsolat (3. ábra).



3. ábra. Szintetikus katinonok lefoglalási adatai és jogi státusza. A beazonosított vegyületek lefoglalását időrendi sorrendben ábrázoltuk (X-tengely), ahol a lefoglalási adatokat (zöld görbe) negyedéves bontásban mutatjuk be. Az Y-tengelyen a vizsgált anyagok találhatóak, egy sáv 100 lefoglalásnak felel meg (pl. az Mefedron lefoglalások száma közel 280 volt 2010 utolsó negyedévében). A sávokban feltüntettük az adott vegyület jogi státuszát is, ahol a fehér háttér a nem ellenőrzött anyagot jelöli, a rózsaszín sávrészben már új pszichoaktív anyagként van listázva, míg a piros sávban már tiltott kábítószerként szerepel. (A szerzők saját szerkesztése)

A szabályozás és a kereskedelem kapcsolata

A szabályozások drogkereskedelemre gyakorolt hatásának vizsgálatához kiemeltük az összes kémiai anyagra vonatkozó első szabályozási lépés időpontját (4. ábra/A). A szintetikus kannabinoidok átlagos lefoglalási száma exponenciálisan nőtt, amíg új pszichoaktív anyagoknak nem nyilvánították őket, amit viszont gyors csökkenés követett, és az elkobzások száma tartósan alacsony maradt. A katinon lefoglalások száma is emelkedett a piacra kerülésük után, ám meg sem közelítette a kannabinoidokét. Itt a lefoglalások száma alacsony és stabil maradt a szabályozási intézkedés ellenére is. Miután a vegyületeket mindkét nagy csoportban kábítószerré nyilvánították, ami sokkal súlyosabb jogi következményekkel jár a forgalmazóra nézve, azok fokozatosan eltűntek a lefoglalásokból, és feltételezhetően így a piacról is (4. ábra/B).



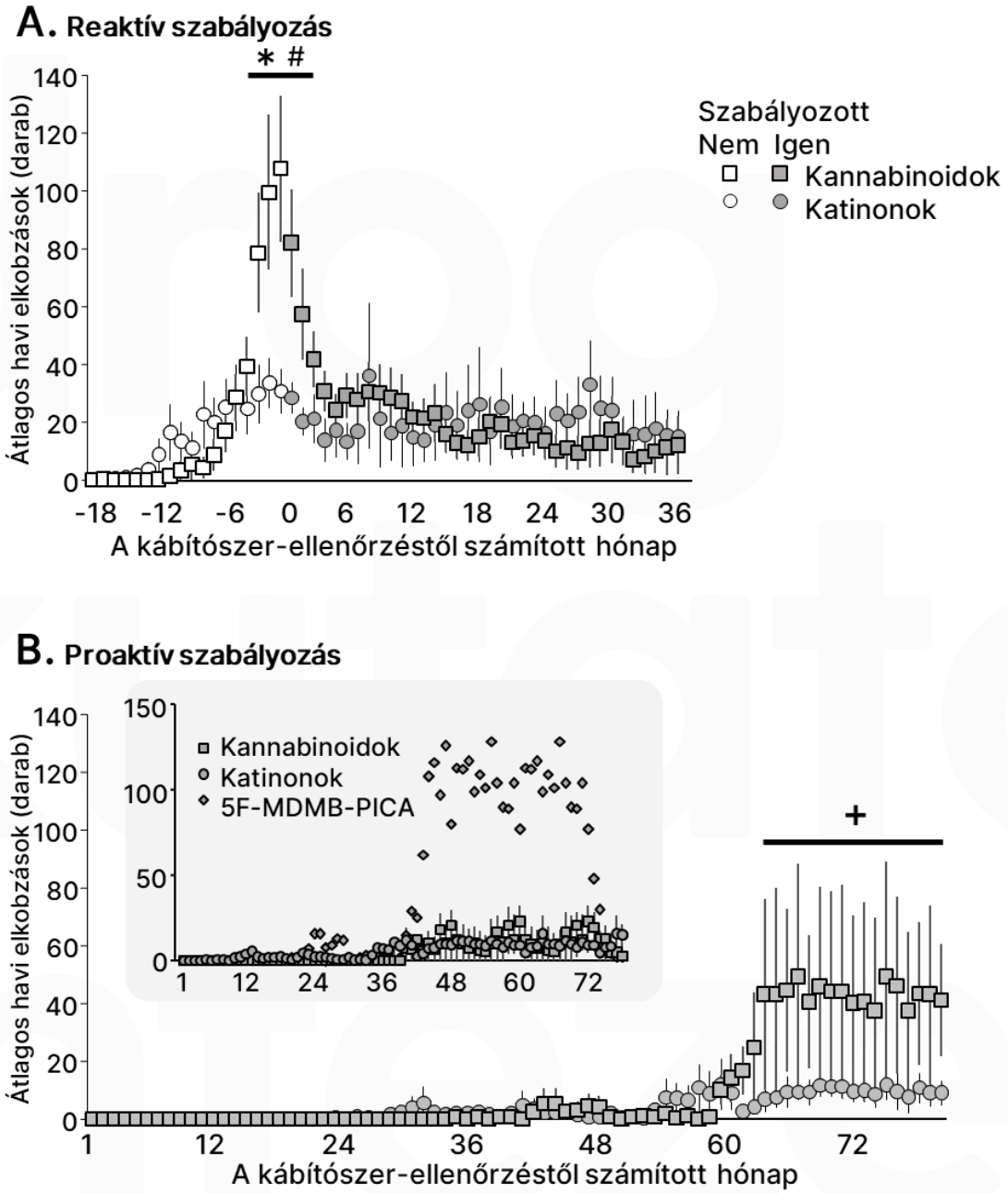
4. ábra. A kereskedelem és a szabályozás összefüggései. A) A nem ellenőrzött anyagok új pszichoaktív szerként való megjelölése, ahol a két vegyületcsoportba tartozó anyagok listázási időpontjait normalizáltuk. Így az X-tengelyen a 0 időpillanat a szabályozás kezdete az adott vegyületcsoportra vonatkozóan, az X-tengelyen pedig az átlagos havi lefoglalások száma

*látható. B) A kábítószerként való listára kerülés hatása a kereskedelemre. Az X-tengelyen a kábítószerként való listázástól eltelt idő látható hónapokban ábrázolva, az Y-tengelyen pedig az átlagos havi lefoglalási számok egy-egy vegyületcsoportra összesítve. Statisztika: Bonferroni-korrekció és ANOVA. * p<0.05 a szintetikus kannabinoidok kereskedelmének egyéb időpontjához képest, katinonok esetében ilyet nem láthatunk; # jelöli a katinonok és a kannabinoidok különbségét; † szignifikáns csökkenés az első időponthoz képest mindkét csoportban. (A szerzők saját szerkesztése)*

A különböző szabályozási formák hatása

A kannabinoidok 83 %-át és a katinonok 45 %-át a piacon való megjelenésükre adott válaszként nyilvánították új pszichoaktív anyagnak, azaz reaktívan szabályozták. A proaktív vagyis megelőző szabályozást a kannabinoidok kevesebb, mint negyedénél (17 %) és a katinonok több, mint felénél (55%) alkalmazták. E két szabályozási stratégia hatásának vizsgálata érdekében újraértékeltük a meglévő adatokat.

Reaktív szabályozás: jelentős kölcsönhatást találtunk a forgalmazott anyag típusa és a forgalmazás ideje között. A kannabinoidok forgalmazását jelentősen befolyásolta, míg a katinonokéra nem volt hatással az anyagok új pszichoaktív szerek közé sorolása (5. ábra/A). A proaktívan szabályozott vegyületek a szabályozási lépést követően kb. 2 évvel jelentek meg a piacon. Ezt követően a rendőrségi lefoglalások száma viszonylag alacsony, de stabil volt (5. ábra/B). Kannabinoidok esetében a lefoglalások száma nagyobbnak tűnt, de ezt nem igazolta a poszt hoc összehasonlítás, valószínűleg azért, mert a két vegyülettípus közti különbség az 5F-MDMB-PICA kannabinoid meglepően magas számú lefoglalásának köszönhető. Bár jóval a magyar piacra kerülése előtt új pszichoaktív anyaggá nyilvánították, a kereskedelemben a többi szintetikus kannabinoidhoz hasonló szintet ért el, amikor azok még nem voltak szabályozva.



*5. ábra. A kétféle szabályozási forma eltérő hatásai. A) Válasz szabályozás a drogpiacon megjelenő kannabinoidokra (N=15) és katinonokra (N=5). B) Megelőző szabályozás a piaci forgalomba kerülés előtt a kannabinoidok (N=3) és a katinonok (N=6) esetében. Kiemelt ábra: Az 5F-MDMB-PICA kereskedelme a többi kannabinoiddal, illetve katinonnal összevetve. Statisztika: Bonferroni-korrekció és ANOVA. * p<0.05 a szintetikus kannabinoidok kereskedelmének egyéb időpontjához képest, katinonok esetében ilyet nem láthatunk; # jelöli a katinonok és a kannabinoidok különbségét; + látszólagos különbség a kannabinoidok és a katinonok között az 5F-MDMB-PICA kiugró értékei miatt (Bonferroni-korrekció után eltűnt). (A szerzők saját szerkesztése)*

Diszkusszió és következtetések

A vizsgált periódusban (2009-2020) rendszeresen jelentek meg új dizájner szerek - szintetikus kannabinoidok és szintetikus katinonok - a magyar piacon. Az elkobzási adatok alapján mindkét vizsgált csoportot periodikusan forgalmazták, ahol azt figyeltük meg, hogy az új vegyület piaci felbukkanása utána gyorsan növekedett a lefoglalások száma, majd a csúcs elérése után gyorsan le is csökkent, ezzel egy hullám képét rajzolva elénk. A csökkenéssel párhuzamosan már egy újabb vegyület periódusa kezdődött meg a piacon való megjelenésével, és rajzolta ki ismét a hullám alakzatot a lefoglalási számokból. Mind a kannabinoid-, mind a katinon-hullámok gyorsan váltották egymást a drogpiac tengerében.

Ha a szabályozási intézkedések tükrében vizsgáljuk meg e két nagy vegyületcsoportot, jelentős különbséget tapasztalunk. A szintetikus kannabinoidok esetében a drog-marketing nagyon gyorsan reagál az olyan enyhébb szabályozási intézkedésekre is, mint a pszichoaktív szerként való jegyzése. Ugyanakkor a katinonok forgalmazása nem mutatott változást az enyhe szabályozás után. A szigorúbb szabályozás, a vegyületek kábítószerként való listázása mindkét anyagcsoport fokozatos lassú visszaszorulásához vezetett a drogpiacon.

Eredményeinkből arra következtethetünk, hogy a hazánkban szintetikus kannabinoidokat forgalmazó szervezetek figyelemmel kísérték a Magyarországon életbe lépő szabályozásokat, kihasználva így a szabályozási kiskapukat, azaz azokat az időszakokat, amikor még az éppen aktuális vegyület nem szerepelt egyik listán sem. Így viszonylag jogilag biztonságos körülmények között terjeszthették itthon az adott szereket. A katinonok esetében ilyen összefüggést nem találtunk, ebben az esetben feltételezhetően más piacok dinamikáját követték a kereskedők.

Noha a vizsgált anyagok kereskedelmi útvonala ugyanúgy Kínából indul, majd Belgiumon és Hollandián át vezet a többi európai országba, ám piacuk mégis eltérő (EMCDDA, 2017a, 2021). Az EMCDDA-Europol jelentése szerint 2015-ben hazánkban jelent meg először az 5F-MDMB-PINACA, melynek lefoglalási adatai kiugróan magasak voltak 2017 végéig, majd Magyarországot Törökország és Svédország követte (Europol, 2017a). A hasonlóan magas hazai lefoglalási adatokkal bíró AB-CHMINACA először Lettországban jelent meg 2014-ben, majd 2016-ban és 2017-ben lefoglalási csúcsot döntött Törökországban és Lengyelországban is (Europol, 2017b). Hasonló különbségek a katinonok esetében is megfigyelhetők, 2017-ben Európában a leggyakrabban lefoglalt szintetikus katinon az etil-hexedron volt, ami itthon is kimagasló elkobzási számot ért el ebben az időben és összességében a második leggyakrabban lefoglalt katinon volt Magyarországon. A lefoglalási adatok tekintetében az első helyen itthon a vizsgált időszakban majd négy éven át a pentedron állt, ugyanakkor más uniós országban alig találkoztak vele a rendőrök. Más katinonok, pl. 4-CEC, 3-CMC és 3-CEC, Európában sok helyen kitűntek a többi katinon közül, míg itthon ezek a vegyületek még nem voltak megtalálhatóak (EMCDDA, 2021). Az országok és az egyes piacok különbségére példa Olaszország, ahol Magyarországgal szemben a katinonok sokkal népszerűbbek voltak, mint a kannabinoidok (Odoardi et al., 2016).

Eredményeink arra utalnak, hogy a drogmarketing eltérő dinamikáinak hátterében több ok is állhat. Ezek közül ki kell emelni, hogy a helyi szabályozási intézkedések közti különbségek jelentős szereppel bírnak. Ez azt jelenti, hogy egy és ugyanaz a vegyület terjesztése egyes országokban jogilag kockázatos, míg más országokban akár kockázat nélkül teríthető. Ezek az országok közti különbségek hatással vannak a globális és helyi drogmarketingre.

Megállapítottuk azt is, hogy a szabályozás enyhébb formája, az ÚPSZ státusz, elegendő ahhoz, hogy a szintetikus kannabinoidok forgalmazása lecsökkenjen, de a katinonok kereskedelmét ez kevésbé befolyásolja. A szigorúbb szabályozás, a kábítószer listára kerülés, viszont mindkét vegyületcsoport értékesítését visszaszorította, de a piacról való eltűnés akár 2-3 évet is igénybe vehetett. Az adatokból jól látható, hogy a megelőző szabályozást követően jóval kisebb volt a kereskedelem és a marketing, mint a reaktív szabályozást megelőző periódusban.

Eredményeinkből arra következtethetünk, hogy a különböző vegyületek, gyógyszeranalógok, és kábítószerek forgalmazását végző személyek differenciáltan követik a helyi és az EU-s szabályozási intézkedéseket. Ez pedig két különböző marketingstratégia kialakulásához vezetett: 1) helyi szabályozási intézkedések pontos ismerete és az azokhoz való alkalmazkodás (kannabinoidok esete); 2) nagyobb célterületek szabályozási stratégiáinak követése, ami nem országspecifikus. Az első esetben jóval nagyobb mennyiségű vegyület kerül értékesítésre a szabályozást megelőző rövid időszakban, míg a második esetben a nagyobb jogi kockázat miatt jelentősen kisebb a kereskedelem.

Meg kell jegyezni, hogy a tanulmányunk egyik limitáló tényezője, hogy csak lefoglalási adatokkal rendelkezünk, ami a drogpiaci kereskedelem közvetett mérésére alkalmas csak. Ugyanakkor ezt a megközelítést korábban már számos más tanulmány sikerrel alkalmazta, valamint egy korábbi magyar tanulmány magas korrelációt talált a vérmintákból kimutatható anyagmaradványok és a lefoglalási adatok alapján történt piaci értékelések között (Árok, 2017). A lefoglalási adatok elemzése így abszolút alkalmas arra, hogy a drogpiac tendenciáit és dinamikáját nyomon kövessük. További limitáló tényező lehet, hogy e tanulmány csak hazánk lefoglalási adatait használja. A hazánkban felismert jelenlegi két piaci stratégia jó kiindulási alap további tanulmányok elkészítéséhez, amelyekben tanácsos felderíteni a környező országok, az EU és a távolabbi országok szabályozásainak bonyolultabb kölcsönhatásait. A különböző anyagokat használó szerhasználók nem tudatosan választanak a piacról, ami hatalmas kockázattal jár mind az egyénre, mind az őt ellátó egészségügyre nézve. A piac dinamikájának megértése elősegítheti a helyi egészségügy felkészülését egy-egy „drog járványra” (pl. Kanada és USA-beli fentanil járvány).

Irodalomjegyzék

Árok, Z., Csesztregi, T., Sija, É., Varga, T., Kereszty, É. M., Tóth, R. A., & Institóris, L. (2017). Changes in illicit, licit and stimulant designer drug use patterns in South-East Hungary between 2008 and 2015. Legal Medicine, 28, 37-44. doi:https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2017.07.001

Cairns, R., Brown, J. A., Gunja, N., & Buckley, N. A. (2017). The impact of Australian legislative changes on synthetic cannabinoid exposures reported to the New South Wales Poisons Information Centre. International Journal of Drug Policy, 43, 74-82. doi:https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.02.008

Chung, H., Choi, H., Heo, S., Kim, E., & Lee, J. (2013). Synthetic cannabinoids abused in South Korea: drug identifications by the National Forensic Service from 2009 to June 2013. Forensic Toxicology, 32, 82-88.

Crime, U. N. O. o. D. a. (2018). Understanding the synthetic drug market: the NPS factor. 19. Retrieved from https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_Smart_Update_2018_Vol.19.pdf

Crime, U. N. O. o. D. a. (2019). Current NPS Threats. I. Retrieved from https://www.unodc.org/documents/scientific/Current_NPS_Threats_Volume_I.pdf

Dargan, P. I., Hudson, S., Ramsey, J., & Wood, D. M. (2011). The impact of changes in UK classification of the synthetic cannabinoid receptor agonists in 'Spice'. International Journal of Drug Policy, 22(4), 274-277. doi:https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.02.006

DEA, U. S. (2018). Emerging Threat Reports. Retrieved from https://cesar.umd.edu/sites/cesar.umd.edu/files/pubs/DEA-Emerging-Threat-Report-2018-Annual.pdf

DEA, U. S. (2019). Emerging Threat Reports. Retrieved from https://cesar.umd.edu/sites/cesar.umd.edu/files/pubs/DEA-Emerging-Threat-Report-2019-Annual.pdf

DEA, U. S. (2020). Emerging Threat Reports. Retrieved from https://cesar.umd.edu/sites/cesar.umd.edu/files/pubs/DEA-Emerging-Threat-Report-2020-Annual.pdf

DEA, U. S. (2021). Emerging Threat Reports. Retrieved from https://cesar.umd.edu/sites/cesar.umd.edu/files/pubs/DEA-Emerging-Threat-Report-2021-Mid-Year.pdf

Drugs, E. M. C. f., & Addiction, D. (2021). European drug report 2021 : trends and developments: Publications Office of the European Union.

EMCDDA. (2017a). European drug report 2017 : trends and developments: Publications Office.

EMCDDA. (2017b). Perspectives on drugs - Synthetic cannabinoids in Europe. Retrieved from https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2753/POD_Synthetic%20cannabinoids_0.pdf

EMCDDA. (2020a). 4F-MDMB-BICA: EMCDDA initial report on the new psychoactive substance methyl 2-({1-(4-fluorobutyl)-1H-indol-3-ylcarbonyl}amino)-3,3-dimethylbutanoate (4F-MDMB-BICA) : in accordance with Article 5b of Regulation (EC) No 1920/2006 (as amended): Publications Office.

EMCDDA. (2020b). European drug report 2020: trends and developments: Publications Office of the European Union.

EMCDDA. (2021). European drug report 2021: trends and developments: Publications Office of the European Union.

ENFSI, E. N. o. F. S. I.-. (2020). Forensic Guidelines. Retrieved from https://enfsi.eu/about-enfsi/structure/working-groups/documents-page/documents/forensic-guidelines/

Europol, E. (2014). EMCDDA-Europol joint report on a new psychoactive substance: MDPV (3,4-methylenedioxypyrovalerone) : in accordordance with Article 5 of Council Decision 2005/387/JHA on the information exchange, risk assessment and control of new psychoactive substances: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Europol, E. (2015). EMCDDA-Europol joint report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (α-PVP) : in accordordance with Article 5 of Council Decision 2005/387/JHA on the information exchange, risk assessment and control of new psychoactive substances: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Europol, E. (2016). MDMB-CHMICA: EMCDDA-Europol joint report on a new psychoactive substance: methyl 2-1-(cyclohexylmethyl)indole-3-carbonylamino-3,3-dimethylbutanoate (MDMB-CHMICA) : in accordordance with Article 5 of Council Decision 2005/387/JHA on the information exchange, risk assessment and control of new psychoactive substances: Publications Office.

Europol, E. (2017a). 5F-MDMB-PINACA: EMCDDA–Europol joint report on a new psychoactive substance: methyl 2-{1-(5-fluoropentyl)-1H-indazole-3-carbonylamino}-3,3-dimethylbutanoate (5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB) : in accordance with Article 5 of Council Decision 2005/387/JHA on the information exchange, risk assessment and control of new psychoactive substances: Publications Office.

Europol, E. (2017b). AB-CHMINACA: EMCDDA–Europol joint report on a new psychoactive substance: N-(1-amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide (AB-CHMINACA) : in accordance with Article 5 of Council Decision 2005/387/JHA on the information exchange, risk assessment and control of new psychoactive substances: Publications Office.

Europol, E. (2017c). ADB-CHMINACA: EMCDDA–Europol joint report on a new psychoactive substance: N-(1-amino-3,3-dimethyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide (ADB-CHMINACA) : in accordance with Article 5 of Council Decision 2005/387/JHA on the information exchange, risk assessment and control of new psychoactive substances: Publications Office.

Europol, E. (2017d). CUMYL-4CN-BINACA: EMCDDA–Europol joint report on a new psychoactive substance: 1-(4-cyanobutyl)-N-(2-phenylpropan-2-yl)indazole-3-carboxamide (CUMYL-4CN-BINACA) : in accordance with Article 5 of Council Decision 2005/387/JHA on the information exchange, risk assessment and control of new psychoactive substances: Publications Office.

Kapitány-Fövény, M., & Demetrovics, Z. (2017). Utility of Web search query data in testing theoretical assumptions about mephedrone. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 32(3), e2620. doi:10.1002/hup.2620

Makangara, J. J., & Mulima, E. Z. (2021). Trends in illicit drugs based on the analysis of seizures from the Tanzania mainland drugs market. Forensic Science International: Synergy, 3, 100209. doi:https://doi.org/10.1016/j.fsisyn.2021.100209

Odoardi, S., Romolo, F. S., & Strano-Rossi, S. (2016). A snapshot on NPS in Italy: Distribution of drugs in seized materials analysed in an Italian forensic laboratory in the period 2013–2015. Forensic Science International, 265, 116-120. doi:https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2016.01.037

Peacock A, B. R., Gisev N, Degenhardt L, Hall W, Sedefov R, White J, Thomas KV, Farrell M, Griffiths P. (2019). New psychoactive substances: challenges for drug surveillance, control, and public health responses. Lancet, 394(10209), 1668-1684. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32231-7

Rompos, É., Baráth, N. E., Bellavics, Z. M., Lohner, K., & Haller, J. (2021). A „bika drog" rendészeti neurobiológiája. Belügyi Szemle (4). doi:10.38146/BSZ.2021.4.1

Shafi, A., Berry, A. J., Sumnall, H., Wood, D. M., & Tracy, D. K. (2020). New psychoactive substances: a review and updates. Therapeutic Advances in Psychopharmacology, 10, 204512532096719. doi:10.1177/2045125320967197

Stansfield, C. R., Somerville, R. F., Hassan, V. R., Kolbe, E., Partington, H. K., Walsh, K. A. J., & Johnson, C. S. (2020). Effects of external influences on synthetic cannabinoid trends in New Zealand, 2014 to 2020. Forensic Science International, 316, 110485. doi:https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110485

Szabó, Í. (2021a). Az új szintetikus kábítószerek világméretű járványa 3. rész– Szintetikus kannabinoidok. Magyar Drogfigyelő, I. évfolyam (6). Retrieved from https://drogkutato.hu/drogfigyelo/az-uj-szintetikus-kabitoszerek-vilagmeretu-jarvanya-3-resz-szintetikus-kannabinoidok/

Szabó, Í. (2021b). Az új szintetikus kábítószerek világméretű járványa – Új szintetikus stimulánsok. Magyar Drogfigyelő, I. évfolyam (4). Retrieved from https://drogkutato.hu/wp-content/uploads/2021/08/Magyar-Drogfigyelo%CC%8B_augusztus-37-42.pdf

Verri, P., Rustichelli, C., Ferrari, A., Marchesi, F., Baraldi, C., Licata, M., . . . Silingardi, E. (2019). Seizures of illicit substances for personal use in two Italian provinces: analysis of trends by type and purity from 2008 to 2017. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 14. doi:10.1186/s13011-019-0229-y

drog kutató intézet

2022

2022

A pofonoktól a tűig – a negatív gyermekkori élmények és a szerhasználat

A pofonoktól a tűig – a negatív gyermekkori élmények és a szerhasználat

Fekete-Gál Martina[1], Matuszka Balázs[2], Makara Mihály[3]

[1]Európai Prevenciós és Terápiás Medicina Alapítvány, [2]PPKE-BTK Pszichológiai Intézet, [3]Dél-Pesti Centrumkórház, Szent László Kórház telephely, Központi Felnőtt Szakrendelő

Absztrakt

A negatív gyermekkori élmények (Adverse Childhood Experiences, ACE) és az elszenvedésüket követő, későbbi életszakaszokban kimutatható egészségkárosító hatásukat számos kutatás igazolta. Az ACE-ek – egyéb egészségkárosító hatásuk mellett – képesek hatást gyakorolni a drogfogyasztás-, a depresszió-, valamint az öngyilkosság megjelenésére. Kutatásunk hazai mintán is igazolta a nemzetközi irodalomban feltárt összefüggéseket. A szerhasználók szignifikánsan több negatív élményt éltek át gyermekkorukban, mint a nem szerfogyasztó társaik. A 6 vagy annál több súlyos ACE-t átélők csoportjában 10-szer nagyobb volt annak az esélye, hogy valaki drogfogyasztóvá váljon, mint az egyetlen ACE-t sem elszenvedők csoportjában. Ugyanezen két csoport esetén depresszió tekintetében 15-szörös, míg a visszatérő öngyilkossági kísérletek tekintetében 27-szeres esély-növekedést találtunk.

Kulcsszavak: negatív gyermekkori élmények, kábítószer-fogyasztás, függőség, depresszió, öngyilkosság

Abstract

The subsequent health-damaging effects of adverse childhood experiences (ACEs) have been demonstrated by numerous studies. ACEs – next to many other adversities – can effect the emergence of drug use, depression, and suicide. Our research has found results that are in line with the prior international findings. Drug users experienced significantly more adverse experiences in their childhood than their non-drug-using peers. The group experiencing 6 or more serious ACEs was 10 times more likely to become a drug user than the group experiencing 0 ACEs. For the same two groups, we found a 15-fold increase of odds of depression and a 27-fold of multiple suicide attempts.

Keywords: adverse childhood experiences, drug use, addiction, depression, suicide

Bevezetés

Agyunk korai fejlődése – illetve annak zavartalansága – nagyban meghatározza későbbi képességeinket. Életünk első néhány éve minden szempontból szenzitív, sebezhető időszak, s az ebben a korban elszenvedett negatív behatások, traumák akár egész életen át hatással lehetnek nemcsak teljesítményünkre, kognitív funkcióinkra, hanem az egész személyiségünkre, testi és lelki egészségünkre is. A gyermekkorban elszenvedett traumák, negatív gyermekkori élmények (Adverse Childhood Experiences – ACE-ek) az élet minden területére képesek kifejteni hatásukat: szociális, kognitív és érzelmi károsodásokon keresztül egészségkárosító magatartásformákhoz vezethetnek, amelyek következményeként betegségek és szociális problémák alakulnak ki. A problémák egymásra rakódása pedig korai halált eredményezhet (1. ábra).

1. ábra. A negatív gyermekkori élmények lehetséges hatásai életünk során (Forrás: Felitti et al., 1998).

Az olyan egészségkárosító magatartásformák, mint a függőségek kialakulása csupán a piramis harmadik szintjén helyezkedik el, vagyis a gyermekkorban elszenvedett negatív élmények és az ezek okozta károsodások vezethetnek el oda, hogy valaki szerhasználóvá váljon. Fontos lenne, hogy megértsük*: a szenvedélybetegek számára az alkohol és a kábítószer sok esetben nem élvezeti cikkek, csupán eszközök, hogy elnyomjanak magukban valamit, hogy megszüntessék a kínzó tüneteket, a belső fájdalmat, a negatív gondolatokat, hogy elterelje a figyelmüket a saját, belső világukról és kiszakadhassanak a valóságból*. A gyermekkorban elszenvedett káros élmények nyomot hagynak a gyermekekben, a fizikai károk mellett súlyos érzelmi problémákhoz, az önértékelés zavarához vezethetnek, valamint szociális, beilleszkedési, tanulási problémákat válthatnak ki akár már kisgyermekkorban is. Ha a gyermekek nem kapnak megfelelő segítséget, és nem látnak más kiutat, később a

szerhasználatba menekülnek, ezáltal próbálva „gyógyítani” magukat, és ezzel még súlyosabb károkat okozva az éltük során.

Számos kutatás igazolta, hogy a gyermekkorban elszenvedett negatív élmények összefüggésbe hozhatók olyan pszichés tényezőkkel, mint az önértékelés (Holovits et al., 2009), a szorongás (van der Feltz-Cornelis et al., 2019), a reménytelenség érzése (Baxter et al., 2017), a depresszió, vagy az öngyilkossági kísérletek elkövetésének valószínűsége (Felitti et al., 1998; Merrick et al., 2017). Vagyis a traumának való kitettség nem csak gyermekkorban képes problémákat okozni, a negatív gyermekkori élmények egész életen át tartó károsodásokat okozhatnak.

Negatív gyermekkori élmények

Az első átfogó tanulmány, amely a negatív gyermekkori élmények és bizonyos egészségügyi kockázati tényezők összefüggéseit vizsgálta, 1998-ban jelent meg Amerikában Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, vagyis Negatív Gyermekkori Élmények Tanulmány címmel. A tanulmány alapjául szolgáló kutatás első hulláma során Vincent J. Felitti, Robert F. Anda és munkatársaik 8708 felnőttek vizsgáltak, míg a kutatás második szakaszában 8629 személy töltötte ki a kérdőívet, így összesen 17337 középosztálybeli, egészségügyi biztosítással rendelkező vizsgálati személy adataival dolgozhattak (Dube et al., 2001; Felitti & Anda, 2009). A kérdőíveket postán juttatták el a kitöltőkhöz, akik kórtörténetét már ezt megelőzően felvették a Kaiser Permanente betegellátó és biztosító klinikán, San Diegoban (Felitti et al., 1998).

Az általuk használt kérdőívben a negatív gyermekkori élmények 10 kategóriájára kérdeztek rá: 1) gyakori vagy súlyos érzelmi-, 2) fizikai- és 3) akár egyszeri szexuális bántalmazás, 4) gyakori érzelmi- és 5) fizikai elhanyagolás, 6) anya ellen elkövetett erőszak, 7) szülők válása, 8) a gyermek olyan személlyel él egy háztartásban, aki szenvedélybeteg, 9) aki pszichiátriai betegségben szenved, vagy követett el öngyilkosságot, illetve 10) aki volt börtönben. Minden kategóriára 1-1 kérdés vonatkozott, amelyre igennel vagy nemmel felelhettek a kitöltők, annak függvényében, hogy megtörtént-e velük gyermekkorukban az adott élmény, vagy sem. A kérdőívek elemzése során minden ACE kategóriában adott „igen” válasz 1 ACE pontot ért, így maximum 10 pontot érhettek el a kitöltők, s a kapott pontszám alapján 5 kategóriába sorolták őket: 0 ACE, 1 ACE, 2 ACE, 3 ACE, 4 vagy több ACE (Felitti & Anda, 2009).

A kutatás eredményeiből nyilvánvalóvá vált, hogy a negatív gyermekkori élmények sokkal gyakoribbak, mint azt elsőre gondolnánk, szoros összefüggést mutatnak egymással és akár évtizedekkel később is hatással lehetnek egészségi állapotunkra. A vizsgálati személyek egyharmada nem számolt be egyetlen gyermekkorban átélt negatív élményről sem, azonban, ha egy kitöltő már megnevezett egy átélt negatív élményt, akkor 87% volt a valószínűsége, hogy legalább egy további kategóriába tartozó negatív élményt még elszenvedett gyermekkorában. Minden hatodik vizsgálati személy a legsúlyosabb kategóriába tartozott, vagyis 4 vagy annál több volt az ACE pontszáma, minden kilencedik személy pedig 5 vagy több negatív gyermekkori élményt is átélt (Felitti & Anda, 2009).

A függőségek lelki eredete

Bár a szenvedélybetegségek kialakulása mögött okkal feltételezhetünk felnőttkori, a függőség kialakuláshoz időben közelebbi eseményeket, sok kutatás és elmélet fókuszában mégis a gyermekkor áll a kiváltó okok tekintetében. Az addikció pszichológiai modellje a személyiségfejlődés valamilyen hiányosságának vagy torzulásnak tulajdonítja a szerfüggőség kialakulását. E modell szerint az alkohol vagy drog mintegy eszközként van jelen a fogyasztó életében, amely segítségével elfedheti tüneteit, vagy megszabadulhat azoktól. Az olyan tényezők, mint a szülők halála vagy válása, vagy egy alkoholista szülő a gyermek életében, károkat okozhatnak a korai személyiségfejlődés során, ezzel olyan kognitív és érzelmi folyamatokat elindítva, amelyek elősegítik a függőség kialakulását. A szociális tanulási modell ezzel szemben a szociális működés hibás elsajátítását nevezi meg kiváltó okként az addikciók kialakulásában. A sikeres szocializációt gátló tényező lehet például az erőszak a családon belül, a szülői szerhasználat, a szülő hiánya, vagy a szexuális zaklatás is (Kalapos, 2016).

A fent leírt elméletek alap álláspontját, vagyis, hogy a függőségek eredete a gyermekkorban keresendő, több kutatás is alátámasztotta. A negatív gyermekkori élmények egészségkárosító magatartásformákkal való összefüggéseit már az eredeti ACE tanulmány is hangsúlyozta. Felitti és munkatársai kimutatták, hogy a negatív élmények elszenvedése gyermekkorban növeli a kóros elhízás, a fizikai inaktivitás, a szexuális úton terjedő betegségek, és a dohányzás kockázatát is, hasonlóan a két legsúlyosabb egészségkárosító magatartásforma; az alkohol- és drogfogyasztás rizikójához (Felitti et al., 1998). Egy 2017-es vizsgálatban azt találták, hogy azok a személyek, akik 3 ACE-el rendelkeztek, nagyobb valószínűséggel számoltak be alkoholizmusra utaló alkoholfogyasztási szokásokról, mint azok, akik nem éltek át egyetlen negatív élményt sem gyermekkorban (Kim, 2017). Stein és munkatársai pedig összefüggést találtak a negatív gyermekkori élmények és az intravénás droghasználat között, valamint azt találták, hogy az ACE-ek számával fordítottan arányos az, hogy hány éves korban válik valaki ópiát-fogyasztóvá (Stein et al., 2017). Egy 2014-es kutatás eredményei szerint minden ACE kategóriával egyre nő annak a valószínűsége, hogy valaki drogfogyasztóvá válik serdülő- vagy felnőttkorban, valamint nő annak a valószínűsége, hogy valakinek az élete során drogproblémái legyenek vagy kábítószerfüggővé váljon (Dube et al., 2003).

Thege és munkatársai egy szisztematikus szakirodalmi áttekintés során 181 olyan tanulmányt elemeztek, amelyek a traumák és az addiktív viselkedés kapcsolatát vizsgálták. A tanulmányok 39,7%-ában szignifikáns összefüggést találtak a gyermekkori traumák és az addiktív viselkedés között, 64,6%-ban pedig olyan traumákkal találtak összefüggést, amely esetén az elszenvedés életkora nem volt specifikálva, de ebbe beletartozhattak a gyermekkorban átélt élmények is. A tanulmányok 43,6%-a egyértelműen alátámasztotta, hogy a súlyosabb traumának való kitettség korrelált a súlyosabb addiktív viselkedési problémákkal (Thege et al., 2017).

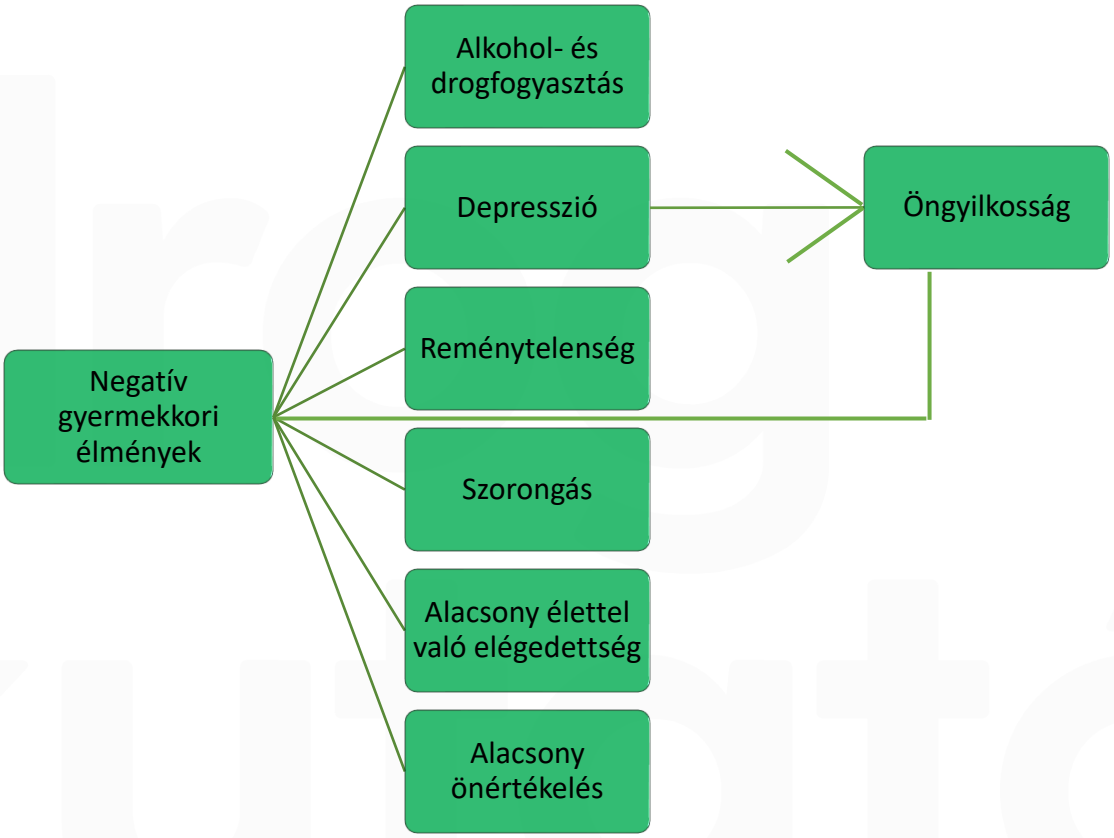
Az említett, szenvedélybetegségek eredetét kutató elméletekben közös, hogy lehetséges kiváltó okként nevezték meg a szülői szerhasználatot. Stein és munkatársai is kitértek erre tanulmányukban, amely szerint a szülők szerhasználata hatással van a gyermekek kábítószer

használatának kockázatára, akár genetikai öröklődés, akár a szülők viselkedésének modellezése következtében (például a drog használata a negatív élményekkel való megküzdésben), akár azáltal, hogy fokozza a gyermek életében a környezeti stresszorokat (például elhanyagolás, bántalmazás vagy szegénység) (Stein et al., 2017). Dube és munkatársai tanulmányukban azt találták, hogy az, ha egy gyermek 18 éves korát megelőzően alkoholista vagy drogfogyasztó felnőttel élt egy háztartásban, az 2,1-szeresére növelte annak az esélyét, hogy élete során kábítószer fogyasztóvá váljon, valamint 5,2-szeresére növelte annak az esélyét, hogy már 14 éves kora előtt elkezdjen drogokat fogyasztani (Dube et al., 2003).

A függőségen túl

A negatív gyermekkori élmények egészségre, és a rizikómagatartásokra kifejtett hatásain túl számos pszichés jellemzővel is szoros összefüggést mutatnak. Ezen tényezők pedig egymással is kapcsolatban állhatnak, így a negatív gyermekkori élmények hatásainak pontos feltérképezéséhez elengedhetetlen a pszichés egészség aspektusaira kifejtett hatások közötti kapcsolatrendszer feltárása.

Kutatások támasztják alá, hogy a negatív gyermekkori élmények csökkentik az élettel való elégedettség szintjét (Hughes et al., 2016; Mosley-Johnson et al., 2019), növelik a reménytelenség szintjét (Baxter et al., 2017), valamint bizonyos negatív gyermekkori élmények szorongást idéznek elő (van der Feltz-Cornelis et al., 2019), vagy alacsonyabb önértékeléshez vezetnek (Holovits et al., 2009). Több vizsgálatban összefüggést találtak a negatív gyermekkori élmények és a depresszió (Kim, 2017; Merrick et al., 2017; Nelson et al., 2017), valamint az öngyilkosság között (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2016; Merrick et al., 2017; Mosley-Johnson et al., 2019). Az ACE-ek tehát igen szerteágazóan képesek kifejteni hatásukat a mentális egészségre (2. ábra), jelen tanulmányban azonban csak két fontos tényezőt, a depresszió és az öngyilkosság kérdését, valamint ezek összefüggéseit szeretnénk kiemelni.



2. ábra. A negatív gyermekkori élmények hatása a függőségre és bizonyos pszichológiai tényezőkre (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

Az eredeti ACE tanulmány feltárta, hogy az ACE-ek számának növekedésével nő a deprimált hangulat megjelenésének kockázata, valamint az öngyilkossági kísérletek elkövetésének valószínűsége is. Összehasonlítva azokat a vizsgálati személyeket, akik egyetlen negatív élményt sem éltek át azokkal, akik 4 vagy több ACE-t is megtapasztaltak, 12,2-szer nagyobb volt az öngyilkosság elkövetésének kockázata a legtöbb ACE-t elszenvedők csoportjában, míg a depressziós epizód előfordulásának esélye 4,6-szer nagyobbnak bizonyult azok körében, akik 4 vagy több negatív gyermekkori élményt is átéltek gyermekkorukban (Felitti et al., 1998).

A depresszió komorbiditásának aránya az alkohol- és drogabúzussal 32-54% közé tehető (Gerevich et al., 2009). Már több évtizeddel ezelőtt világossá vált, hogy a depressziót átélő betegek gyakran a szerhasználatba menekülnek, a kábítószertől várva negatív tüneteik csökkenését és állapotuk javulását (Khantzian, 1985), azonban fordított összefüggés is megfigyelhető, a függőség is vezethet depresszió kialakulásához (Dackis & Gold, 1983). Vagyis a szerhasználat kétirányú összefüggésben állhat a depresszió kialakulásával.

A WHO adatai alapján a szerfogyasztás minden formája növeli az öngyilkosság kockázatát, az összes elkövetett öngyilkosság 25-50%-ában alkohol- és egyéb szerhasználati problémákat azonosítottak (WHO, 2014). A már előrehaladott alkohol- és drogbetegség esetében magasabb az öngyilkossági kísérletek elkövetésének kockázata (Buda, 2001). Egy amerikai vizsgálat eredményei szerint az öngyilkosságok 40-70%-ánál szerfogyasztó volt az áldozat, a

leggyakoribb az alkohol- és a cannabis-fogyasztás volt, de nagy százalékban megjelentek egyéb kábítószerek is (Kalapos, 2016). Az öngyilkosság rizikófaktorai közé tartozik a reménytelenség, az alkohol- és drogfogyasztás (WHO, 2014), valamint a depresszió is (Buda, 2001; Rihmer et al., 2015), amely tényezők a negatív gyermekkori élményekkel is összefüggést mutatnak. Ezen eredmények alapján feltételezhetjük, hogy azokban az esetekben, amikor a negatív gyermekkori élmények nem közvetlenül vezetnek az öngyilkossági kísérletek elkövetéséhez vagy a depressziós állapot kialakulásához, akkor az alkohol és drogfogyasztási szokásokon keresztül is hatással lehetnek az öngyilkossági motiváció és depresszió megjelenésére (2 ábra).

Jól látható tehát, hogy a negatív gyermekkori élmények számos tényezőre, pszichológiai jellemzőre képesek negatív hatást kifejteni, amely tényezők egymással is szoros összefüggésben állhatnak. Ezáltal az ACE-ek nem csupán közvetlenül, hanem közvetetten is képesek hatást gyakorolni a felnőtt élet bizonyos aspektusaira, s olyan dominó-hatást indíthatnak el, amely útján egyik negatív hatás váltja ki a másikat, ezzel az élet több területén okozva negatív következményeket vagy akár maradandó károsodásokat.

Minta és módszer

A Felitti, Anda és munkatársaik által megalkotott 10 kérdéses ACE kérdőívet számos kutatásban alkalmazták és alkalmazzák mind a mai napig, van azonban a kérdőívnek egy részletesebb, kibővített változata, az Egészségügyi Világszervezet által kidolgozott WHO ACE-IQ, vagyis a Negatív Gyermekkori Élmények Nemzetközi Kérdőíve (WHO, 2018). A 31 kérdéses kérdőív segítségével pontosabb képet kaphatunk a negatív gyermekkori élményekről, ugyanis már nem csak igen-nem válaszokra van lehetőség, hanem megjelölhető az adott gyermekkori élmény elszenvedésének gyakorisága is. Valamint a kérdőív kibővíti az ACE kategóriák számát 3 további negatív élmény kategóriával, így már nem 10, hanem 13 negatív gyermekkori élmény kategória mérhető a segítségével. A válaszok árnyaltságából (Sokszor/Néhányszor/Egyszer/Soha) adódóan az ACE IQ kétféleképpen is kiértékelhető. Létezik egy „megengedőbb” kiértékelés, amely alapján akkor is kap pontot a kitöltő, ha az adott kategóriába tartozó negatív élményt csak egyszer élte át, valamint létezik a „szigorúbb” kiértékelés, amely esetén csak akkor adunk pontot az adott ACE kategóriára, ha a negatív élmény többször is megesett a kitöltővel. Statisztikai elemzéseink során a szigorúbb kiértékelési módot alkalmaztuk, azaz a súlyos negatív élmény-kategóriák számát vizsgáltuk (0-13 ACE).

Kutatásunk során a Dél-pesti Centrumkórház - Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet Szent László Kórház Központi Felnőtt Szakrendelőjében alkoholfogyasztás következtében szerzett májkárosodás, és intravénás droghasználat következtében szerzett hepatitisz fertőzés kezelése okán megjelenő, valamint kóros elhízás miatt kialakult zsírmájas betegeket, valamint az Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet - Nyírő Gyula Kórház (OPAI) Addiktológiai Osztályán fekvő betegeket vizsgáltuk. Kontrollcsoportként felnőttkorban transzfúzión átesett, és betegségüket így szerzett hepatitisz fertőzöttek, valamint háziorvosukhoz jogosítványmegújítás (vagyis nem betegség) kapcsán érkező páciensek adatait

elemeztük. A kórházi és háziorvosi minta mellett külsős csoportokban is történt adatfelvétel, így összesen 15 csoportunk volt, amelyekben összehasonlítottuk az ACE-ek átlagát (1. táblázat).

Csoportok	Fő	ACE-ek átlaga
Intravénás drogfogyasztók hepatitisszel	69	4,94
OPAI betegei	85	4,18
Alkohol okozta májbetegség	11	2,36
Vérátömlesztés miatti hepatitisz	21	1,19
Háziorvos (jogosítvány)	57	1,95
Egyetemisták	114	2,49
Álláskeresők	50	2,41
Borsodi lakosok	50	2,38
Emberbarát Alapítvány	47	4,38
Fogvatartottak (börtön)	44	3,23
Anonim HIV/HCV szűrés	6	2,17
Kórosan elhízott betegek	8	2,63
HIV betegek	51	1,90
Hajléktalanok	29	4,79
Számítástechnikai cég dolgozói	2	0,5
Összesen	644	3,10

1. táblázat. A minta felosztása (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

A teljes minta átlag ACE-pontszáma 3,1 volt. A legmagasabb átlagpontszám az intravénás droghasználók (4,94) csoportjában, valamint a hajléktalanok (4,79) és az Emberbarát Alapítvány addiktológiai kórképekben szenvedő betegei (4,38) körében volt megfigyelhető. Mivel az Emberbarát Alapítvány Alkohol- és Drogrehabilitációs Intézetként működik, így ez a csoport – bár nem került be a vizsgálati mintába – valójában szenvedélybetegekből tevődik össze. A hajléktalan csoportban pedig minden valószínűség szerint szintén felülreprezentált a szenvedélybetegek aránya, így már a csoporton belüli átlagok vizsgálatából is jól látható, hogy a szenvedélybetegek körében magasabb a negatív gyermekkori élmények aránya.

Jól látható azonban, hogy a mintavétel során igen szélsőséges csoportba tartozó személyek kerültek a mintánkba. A kutatás jelenlegi szakaszában nem volt célunk a reprezentatív mintavétel, helyette szerettünk volna olyan csoportokat bevonni a kutatásba, ahol feltételezhetően magasabb az átélt negatív gyermekkori élmények száma, hogy őket a kontrollcsoporthoz (ahol feltételeztük az ACE-ek alacsonyabb arányát) viszonyítva vizsgálhassuk, ezzel képet kapva a negatív gyermekkori élmények hatásairól.

A 644 fős minta 56,5%-a férfiakból, 42,7%-a pedig nőkből tevődött össze, az átlag életkor pedig 39,9 év volt. Végzettség tekintetében a vizsgálati személyek kevesebb, mint 1%-a vallotta azt, hogy nem végezte el a 8 általános iskolai osztályt, 18,2%-uk 8 osztályt végzett, 61,6%-uk pedig szakmunkásképző bizonyítványt vagy gimnáziumi érettségit szerzett. A minta 18,3%-a főiskolai vagy egyetemi diplomát szerzett, 0,9%-uk pedig PHD-vel vagy ennek megfelelő tudományos minősítéssel rendelkezik.

A statisztikai vizsgálatok során két megközelítést alkalmaztuk a csoportbontás és az ACE-ek számának vizsgálatára. Az egyik megközelítés az volt, hogy összehasonlítottuk a vizsgálati és a kontroll minta negatív gyermekkori élményeinek számát. Jelen statisztikai elemzésben a vizsgálati mintába csupán a László kórházban vizsgált intravénás drogfogyasztók kerültek, és az OPAI betegei közül azok, akik szintén kábítószer-fogyasztás miatt kerültek az intézménybe, vagyis a továbbiakban az alkoholfogyasztó betegek nem képezik a vizsgálati minta részét. A másik megközelítés szerint pedig az ACE-ek számára koncentráltunk, így eltöröltük a vizsgálati és kontroll mintát, és a negatív gyermekkori élményeket használtuk csoportosító változóként. Összesen 4 csoportot alakítottunk ki, a nemzetközi szakirodalomnak megfelelően: 0 ACE, 1-3 ACE, 4-5 ACE, ≥6 ACE.

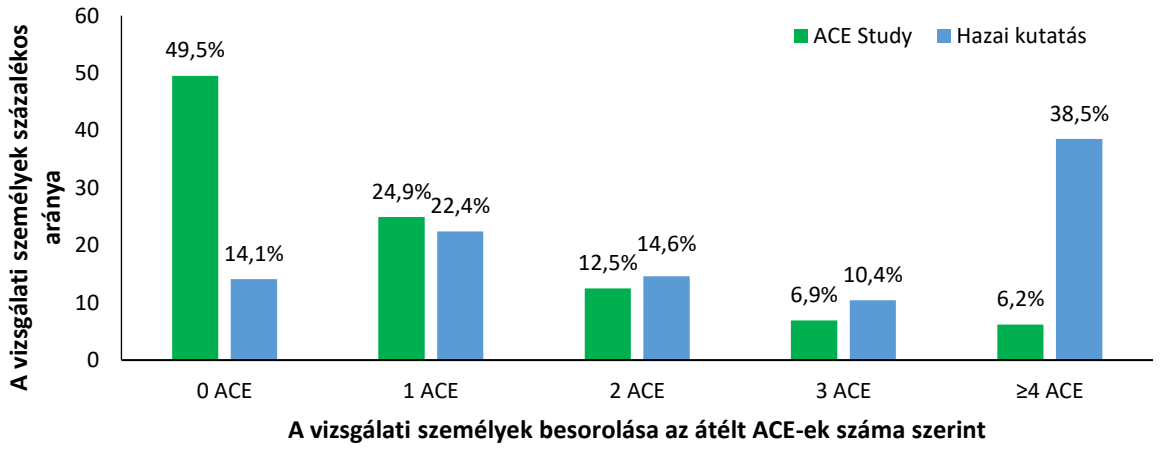
A kutatás során vizsgált drogfogyasztó személyek előzetes orvosi anamnézisük alapján kerültek a megfelelő mintába, azonban a kérdőívek kiértékelése során felfedeztük, hogy a valós fogyasztásra irányuló kérdésekre adott válaszok néhány vizsgálati személynél ellent mondtak annak, amely csoportba soroltuk őket. Így például voltak olyan vizsgálati személyek, akik habár a drogfogyasztó csoportba tartoztak, válaszaik alapján egyáltalán nem fogyasztottak drogot életük során (vagy csupán alkalmi, kismértékű fogyasztásról számoltak be). Illetve előfordult, hogy valaki a kontroll mintába került, de a válaszai alapján valójában drogfogyasztónak számított. Így az eredmények elemzése során két csoportosítást is alkalmaztunk a szerhasználat vizsgálatára. Megvizsgáltuk a kitöltőket csoport-hovatartozás alapján, vagyis az alapján, hogy a csoportjuk szerint drogfogyasztónak tekintettük-e őket, vagy sem, illetve a valós drogfogyasztás alapján is elemeztük az adatokat.

A szülői szerhasználat kérdését is szerettük volna megvizsgálni, ezért ezen kérdés elemzésekor két csoportra osztottuk a mintát. Az egyik csoportba azok a vizsgálati személyek kerültek, akik azt nyilatkozták, hogy 18 éves koruk előtt éltek együtt olyan személlyel, aki gyakran ivott vagy alkoholista volt, esetleg kábítószerrel vagy gyógyszerekkel való visszaélést követett el, a másik csoportba pedig azok, akik nem számoltak be ilyen negatív gyermekkori élményről.

A depresszió vizsgálatára a Beck Depresszió kérdőív rövidített változatát alkalmaztuk, valamint megkérdeztük a vizsgálati személyeket, hogy diagnosztizáltak-e náluk valaha depressziót. Az öngyilkosság kérdésének feltérképezésére pedig két kérdést alkalmaztunk. Elkülönítettük azt, ha valaki öngyilkosságra késztető gondolatoktól szenvedett, és azt, ha valóban öngyilkosságot kísérelt meg. Ezen túlmenően az öngyilkosságra késztető gondolatokon belül elkülönítettünk felületes és határozott gondolatokat, az öngyilkossági kísérletek vizsgálata során pedig különbséget tettünk az egyszeri és a többszöri kísérletek között.

Eredmények

Az általunk vizsgált 644 fős minta csupán 14,1%-a nem élt át egyetlen negatív gyermekkori élményt sem, 47,4%-uk az 1-3 ACE-t átélők csoportjába, míg 19,7%-uk a 4-5 negatív élményt átélők csoportjába tartozott. A legsúlyosabb, 6 vagy több ACE-t átélt vizsgálati személyek a minta 18,8%-át tették ki. Ha azonban az ACE Study csoportfelosztását alkalmazzuk, azt láthatjuk, hogy a legsúlyosabb, 4 vagy több ACE-t átélő csoportba több mint hatszor annyi vizsgálati személy került a hazai mintában, mint az eredeti tanulmányban, igaz, hogy az eredeti tanulmányban elemzett minta szociodemográfiai összetétele jelentősen eltért jelen kutatás vizsgálati mintájának jellemzőitől (3. ábra).



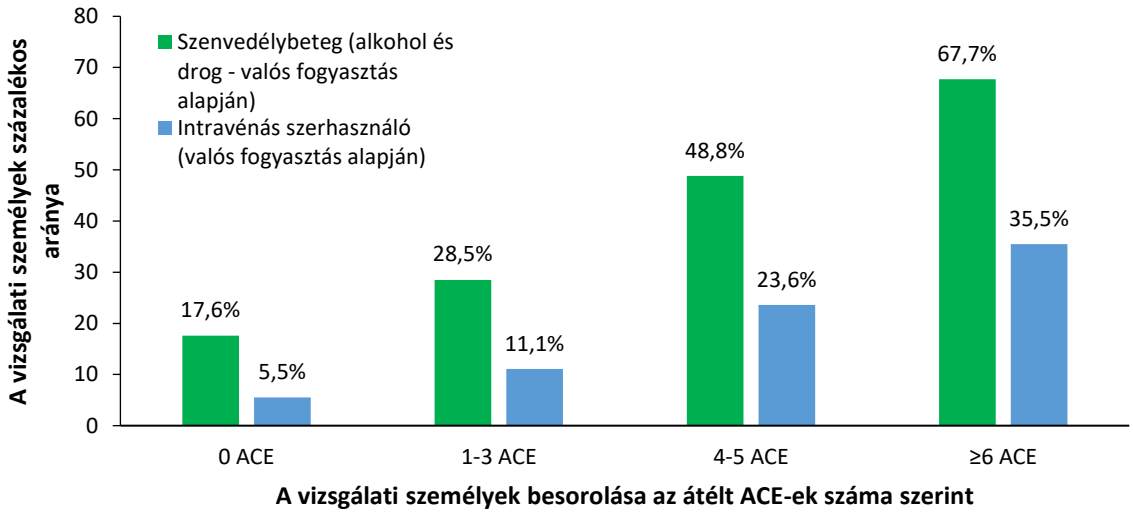
3. ábra. A hazai minta és az eredeti ACE Study csoportjainak összehasonlítása (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

A negatív gyermekkori élmények és a drogfogyasztás kapcsolatát több szemszögből is megvizsgáltuk. Először megnéztük, hogy a csoport-hovatartozás alapján kábítószer-fogyasztónak és nem fogyasztónak minősített személyek között, vagyis a vizsgálati és kontrollminta között van-e különbség az ACE-ek tekintetében. A minta nem parametrikus voltából eredően Mann-Whitney próbát ($U = 18665{,}0$ $Z = -7{,}454$ $p < 0{,}001$) alkalmaztunk, és szignifikáns különbséget találtunk a kábítószer-fogyasztó és a kontroll minta között, valamint a rangátlagokból (nem drogfogyasztók: 295,96; drogfogyasztók: 432,68) leolvasható, hogy a drogfogyasztók rendelkeznek több negatív élménnyel. Vagyis a felnőtt korban kábítószer-

fogyasztóvá vált személyek szignifikánsan több negatív élményt éltek át gyermekkorukban, mint azok, akik nem váltak fogyasztókká.

Ezt követően kialakítottunk két csoportot, amelyben elkülönítettük a valós drogfogyasztókat, ezen belül is az intravénás drogfogyasztókat, valamint azokat a vizsgálati személyeket, akik nem, vagy csak elhanyagolható mértékben (és akkor sem intravénás formában) fogyasztottak drogot életük során. A Mann-Whitney próba ($U = 16187{,}5$ $Z = -7{,}412$ $p < 0{,}001$) elvégzése során ismét szignifikáns eredményt kaptunk, valamint a rangátlagok (nem kábítószer-használók: 288,12; intravénás kábítószer-használók: 425,72) is hasonlóan alakultak. Tehát a felnőtt korban intravénás kábítószer-használóvá vált személyek szignifikánsan több negatív gyermekkori élményt szenvedtek el, mint a nem szerhasználó társaik.

Ezen eredmények alapján összefüggés mutatható ki a negatív gyermekkori élmények és az intravénás szerhasználóvá válás között. Hogy még pontosabb képet kapjunk a vizsgált összefüggésről, megvizsgáltuk, hogy mekkora az esélye annak, hogy valaki szerhasználóvá válik az átélt negatív gyermekkori élmények számának függvényében. Ennek vizsgálatához a korábban említett ACE csoportbontást alkalmaztuk (4. ábra).

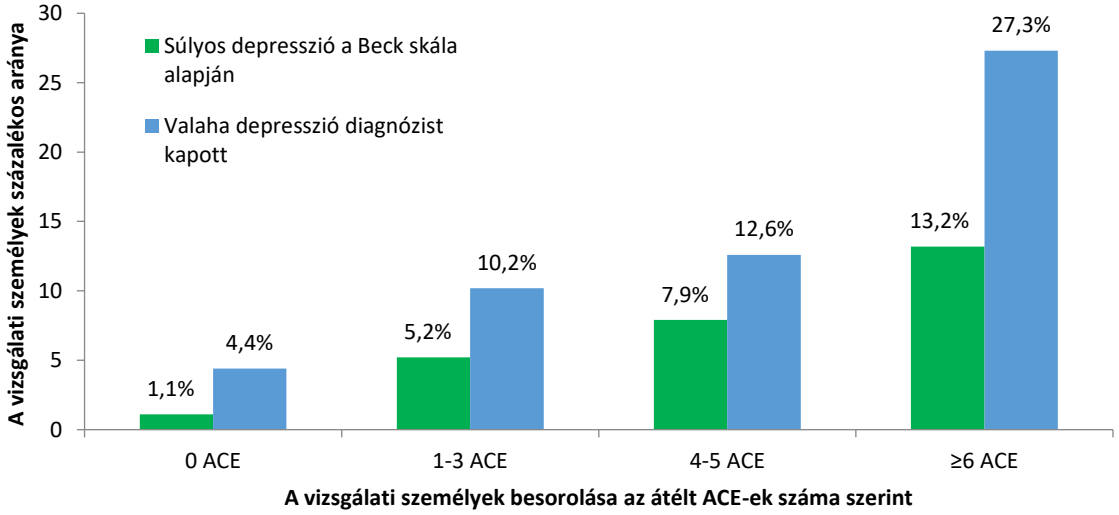


4. ábra. Szenvedélybetegség és intravénás droghasználat a különböző ACE csoportokban (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

A szenvedélybetegeket együttesen vizsgálva azt találtuk, hogy annak az esélye (odds), hogy valaki szenvedélybeteggé váljon a 0 ACE-t átélők csoportjában, 0,21 volt, míg annak az esélye, hogy valaki szenvedélybeteggé váljon a legsúlyosabb csoportban, 2,1 volt. Vagyis pontosan tízszer akkora az esélye annak, hogy valaki a 6 vagy több negatív gyermekkori élményt átélők csoportjából szenvedélybeteggé váljon, mint abból a csoportból, ahol egyetlen ilyen élményt sem tapasztaltak meg. Csak az intravénás droghasználókat tekintve az odds-ok 0,06-os és 0,55-ös értéket vettek fel a 0 ACE-es és a 6 vagy több ACE-es csoportban, tehát annak az esélye, hogy valaki intravénás szerhasználóvá váljon a legsúlyosabb csoportban 9,2-szer nagyobb, mint azok között, akik egyetlen negatív gyermekkori élményt sem éltek át.

A minta 36,8%-a számolt be arról, hogy szerhasználó családtaggal élt együtt 18 éves kora előtt. Ezen vizsgálati személyek majdnem fele, pontosabban 48,9%-a volt szenvedélybeteg, beleértve az alkoholfogyasztást is, 17,7%-uk pedig drogproblémákkal küzdött. Azon vizsgálati személyeknek, akik nem éltek együtt szerhasználóval gyermekkorukban, 23,1%-a volt szenvedélybetegnek tekinthető, 10,1%-uk pedig drogproblémákról számolt be. Az esélyhányadosokat vizsgálva azt találtuk, hogy annak az esélye, hogy valaki szenvedélybeteg legyen úgy, hogy szenvedélybeteg családtag mellett nőt fel, 0,96, míg azok között, akiknek nem volt szenvedélybeteg családtagja, 0,3. Vagyis az, ha egy gyermek szenvedélybeteg családtaggal él együtt, 3,2-szeresére növeli a szenvedélybetegség kialakulásának esélyét. Csak a drogfogyasztást vizsgálva pedig az odds 0,11-ről 0,22-re nőtt, vagyis pontosan kétszer akkora az esélye, hogy valaki drogfogyasztóvá válik, ha szenvedélybeteg családtaggal élt együtt 18 éves kora előtt.

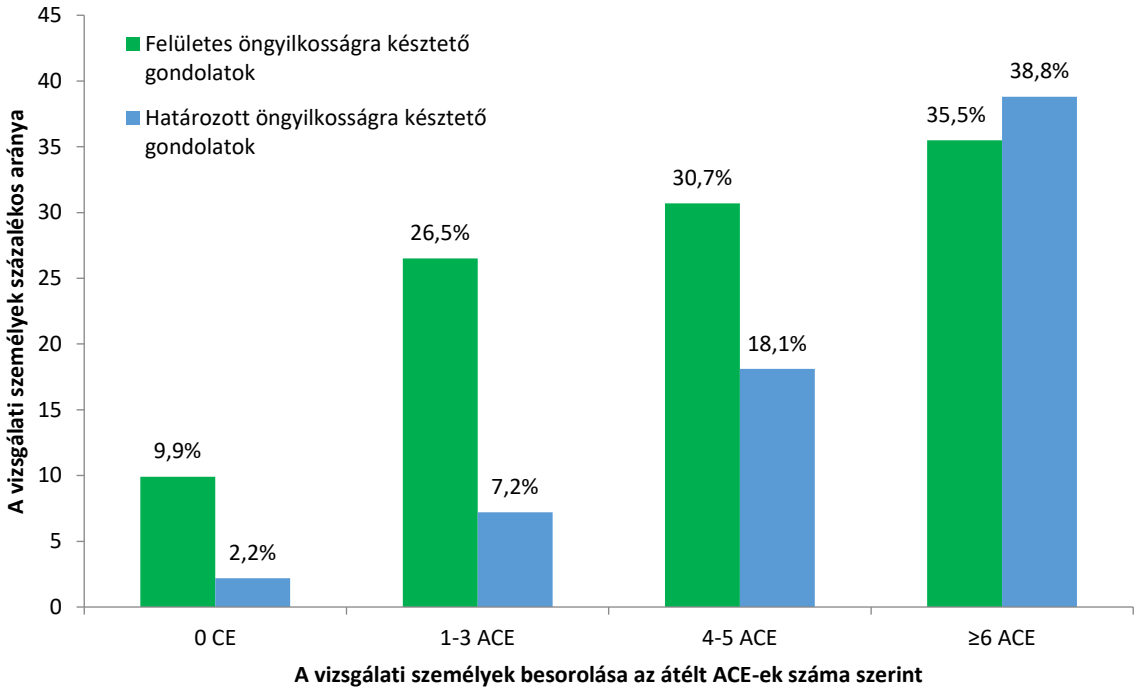
Az enyhe depresszió előfordulása a mintában 13,5%, a középsúlyos depresszióé 6,8%, míg a súlyos depresszió előfordulása 6,7% volt. A súlyos depressziót jobban megvizsgálva az került kimutatásra, hogy a 0 ACE-es kategóriában a kitöltés pillanatában a súlyos depresszió aránya 1,1%, míg a legsúlyosabb kategóriában már 13,2% volt. Arra a kérdésre, hogy kapott-e valaha depresszió diagnózist, a 0 ACE-t átélő csoportban a kitöltők 4,4%-a, a 6 vagy több ACE-t elszenvedő csoportban pedig már 27,3%-a válaszolt igennel, vagyis több mint négyszer annyi depresszió diagnózis fordult elő a legsúlyosabb csoportban (5. ábra).



5. ábra. A súlyos depresszió és a depresszió diagnózis előfordulása az egyes ACE csoportokban (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

Az esélyhányadosokat vizsgálva azt találtuk, hogy a legkedvezőbb kategóriában még 0,01 az OR a súlyos depresszió esetén, míg a 6 vagy több ACE-t átélt csoportban már 0,15, vagyis 15-ször nagyobb annak az esélye, hogy a legsúlyosabb kategóriából súlyos depressziótól szenvedjen valaki, mint annak, hogy az egyetlen negatív gyermekkori élménnyel sem rendelkező csoportból valakinek súlyos depressziója alakuljon ki felnőtt korában.

Hasonló összefüggést figyelhetünk meg az ACE-ek és az öngyilkosságra késztető gondolatok megjelenése között is: az átélt negatív gyermekkori élmények számának növekedésével nő a felületes és a határozott öngyilkosságra késztető gondolatok megjelenésének esélye is. A felületes gondolatok megjelenésének valószínűsége minden kategóriában magasabb, mint a határozott gondolatoké, azonban a legsúlyosabb, 6 vagy több ACE-t átélt vizsgálati személyek csoportjában a határozott gondolatok aránya felülmúlja a felületes gondolatok megjelenési arányát (6. ábra).

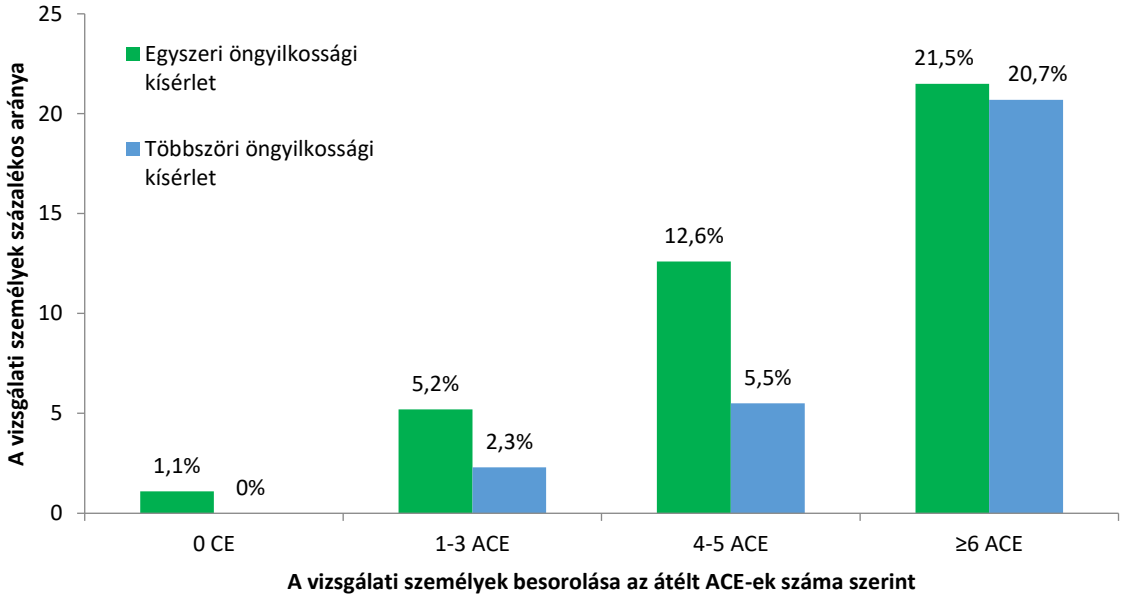


6. ábra. A felületes és a határozott öngyilkosságra késztető gondolatok előfordulása az egyes ACE csoportokban (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

Az esélyhányadosokat vizsgálva azt találtuk, hogy a 6 vagy annál több ACE-t átélők csoportjában a 0 ACE-es csoporthoz képest a felületes gondolatok megjelenését tekintve az odds 0,11-ről 0,55-re, a határozott gondolatok megjelenését tekintve pedig 0,02-ről 0,64-re emelkedett. Vagyis elmondhatjuk, hogy a legsúlyosabb kategóriában 5-ször nagyobb a felületes öngyilkossági gondolatok, valamint 32-szer nagyobb a határozott öngyilkossági gondolatok megjelenésének az esélye, ahhoz a csoporthoz képest, ahol egyetlen negatív élményt sem éltek át a kitöltők.

Az öngyilkossági kísérletek elemzése során azt találtuk, hogy azok közül a vizsgálati személyek közül, akik egyetlen negatív gyermekkori élményt sem éltek át csupán 1,1% követett el egyszeri öngyilkossági kísérletet, míg a többszöri kísérletre ebben a csoportban egyáltalán nem volt példa. A további csoportokban – az öngyilkossági gondolatokhoz hasonlóan – megfigyelhető volt, hogy az ACE-ek számának növekedésével nő az egyszeri és a többszöri öngyilkossági kísérlet elkövetésének valószínűsége is, a 6 vagy több ACE-t átélők csoportjában

már 21,5% volt az egyszeri öngyilkossági kísérletek, valamint 20,7% a többszöri öngyilkossági kísérletek elkövetésének aránya (7. ábra).



7. ábra. Egyszeri és többszöri öngyilkossági kísérletek aránya az egyes ACE csoportokban (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

Az öngyilkossági kísérletek esetében is megvizsgáltuk az esélyhányadosok alakulását, és azt tapasztaltuk, hogy az egyszeri öngyilkossági kísérlet elkövetésének esélye 0,27-re nő a legsúlyosabb csoportban, a 0 ACE-es csoportban megfigyelhető 0,01-hez képest, vagyis 27-szer nagyobb annak az esélye, hogy a 6 vagy több negatív gyermekkori élményt átélők között valaki egyszer öngyilkosságot kíséreljen meg, mint azok között, akik egyetlen ilyen élményt sem éltek át. Azok között, akik egyetlen negatív gyermekkori élményt sem éltek át, egyetlen személy sem kísérelt meg többször öngyilkosságot, az 1-3 ACE-t átélők csoportjában pedig 0,02 volt az esélye a többszöri öngyilkosságnak, így az összehasonlítást ezzel a csoporttal végeztük el. A 6 vagy több ACE-t átélők csoportjában 0,26 volt a többszöri öngyilkossági kísérlet esélye, tehát 13-szor nagyobb annak az esélye, hogy egy gyermekkorában hat vagy több negatív élményt átélő felnőtt többször is öngyilkosságot kíséreljen meg, mint annak, hogy egy 1-3 negatív élményt átélő személy próbáljon meg többször is véget vetni az életének. Annak, hogy valaki a jó gyermekkora ellenére, vagyis 0 átélt ACE mellett többször is öngyilkosságot kíséreljen meg felnőtt korában statisztikailag nulla az esélye jelen mintában.

Diszkusszió

Bár jelen tanulmányban csupán a negatív gyermekkori élmények által okozott problémák egy szűkebb csoportját vizsgáltuk, így is jól látható, hogy az ACE-ek milyen súlyos negatív hatással lehetnek a későbbi élet alakulására, a felnőttkori testi és lelki egészségre, valamint a jóllétre. Felitti és munkatársai már több mint 20 évvel ezelőtt kimutatták az ACE-ek élethosszig tartó negatív hatásait, ennek ellenére hazánkban mindezidáig nem született átfogó kutatás a negatív gyermekkori élmények témakörében, valamint az ACE-ek nem kapnak kellő hangsúlyt az egészségügyben, a gyógyításban sem. A tanulmány eredményeiből láthatjuk, hogy a negatív gyermekkori élmények hazánkban is igen jelentős mértékű előfordulást mutatnak, és számos felnőttkorban jelentkező probléma mögött húzódhatnak meg kiváltó okként. Nemcsak az alkohol- és drogproblémák kialakulására lehetnek hatással, hanem növelhetik a depresszió kialakulásának és az öngyilkosságra késztető gondolatok megjelenésének, valamint az öngyilkossági kísérletek elkövetésének valószínűségét is.

Itt fontos megemlítenünk a kutatás limitációit. Bár kellően nagy elemszámmal dolgoztunk, a mintavétel mégsem volt reprezentatív. A mintánkba több kóros, szélsőséges csoport is került, ennek köszönhetően az ACE-ek nagyobb arányban fordulnak elő a mintában a populációhoz képest. Ennek ellenére elgondolkodtató eredmények születtek, hiszen már az átlagokból is jól látható, hogy a kontrollminta bizonyos csoportjaiban is (pl. egyetemisták, borsodi lakosok) átlagosan kettőnél több ACE volt jelen. Tehát, habár a minta nem reprezentatív, mégis következtetni enged arra, hogy a hazai lakosság körében jóval gyakoribb az ACE-ek előfordulása, mint gondolnánk.

Az adatok alapján elmondhatjuk, hogy összefüggés mutatható ki a gyermekkorban átélt negatív élmények és a drogfogyasztóvá válás, valamint azon belül az intravénás kábítószer-használóvá válás között is. Azok a személyek, akik halmozottan tapasztaltak meg negatív gyermekkori élményeket, nagyobb eséllyel válnak drogfogyasztókká. Az, ha valaki gyermekkorában 6 vagy több negatív élményt élt át, – összehasonlítva azokkal, akik egyet sem – több mint kilencszeresére emelte annak az esélyét, hogy intravénás kábítószer-használóvá váljon. Így jutnak el tehát a gyerekek a „pofonoktól a tűig”.

El kellene érnünk azt a szemléletváltást, hogy a drogfogyasztókat ne pusztán élvezeteket hajhászó felnőtteknek tekintsük, hanem meglássuk bennük a segítségért kiáltó sérült gyermeket. Hogy ne csak a jelen problémára, a függőség gyógyítására koncentráljunk, hanem olyan komplex segítséget nyújtsunk a szerfogyasztóknak, amelyben visszanyúlunk a probléma gyökeréig, ezzel megakadályozva a további problémák kialakulását, és csökkentve a szerhasználók körében elkövetett öngyilkosságok esélyét. A szenvedélybetegekkel dolgozó szakembereknek, addiktológusoknak, pszichológusoknak, pszichiátereknek a negatív gyermekkori élmények szemüvegén keresztül is érdemes lenne tekintenie a betegekre, ezáltal segítve őket a valódi gyógyulás útjára lépni.

Irodalomjegyzék

Baxter, M. A., Hemming, E. J., McIntosh, H. C., Hellman, C. M. (2017). Exploring the Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Hope. Journal of Child Sexual Abuse, 26(8), 948-956.

Buda B. (2001). Az öngyilkosság. Orvosi és társadalomtudományi tanulmányok. Animula Kiadó, Budapest.

Dackis, C. A., Gold, M. S. (1983). Opiate addiction and depression – cause or effect? Drug and Alcohol Dependence, 11(1), 105-109.

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span - Findings from the adverse childhood experiences study, Journal of the American Medical Association, 286(24), 3089-3096.

Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W.H., Anda, R.F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. Pediatrics, 111(3), 564-572.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine, 14(4), 245-258.

Felitti, V. J., Anda, R. F. (2009). The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Medical Disease, Psychiatric Disorders, and Sexual Behavior: Implications for Healthcare. In Lanius, R., Vermetten, E. (Eds.), The Hidden Epidemic: The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease (pp. 77-87). Cambridge University Press, Cambridge, UK.

Gerevich J., Matuszka B., Molnár O. (2009). A drogfüggőség pszichiátriai komorbiditása. In Demetrovics Zs. (Ed.), Az addiktológia alapjai II. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Holovits Zs., Gerevich J., Pálinkás B. A. (2009). A családon belüli gyerekkori abúzusok és elhanyagolás hatása a későbbi szerhasználatra. Psychiatria Hungarica, 24(3), 185-192.

Hughes, K., Lowey, H., Quigg, Z., Bellis, M. A. (2016) Relationships between adverse childhood experiences and adult mental well-being: results from an English national household survey. BMC Public Health, 16(article no. 222).

Kalapos M. P. (2016). Bevezetés az addiktológiába. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.

Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. American Journal of Psychiatry, 142(11), 1259-1264.

Kim, J. H. (2017). Associations of adverse childhood experiences with depression and alcohol abuse among Korean college students. Child Abuse & Neglect, 67,338-348.

Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T., Grogan-Kaylor A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. Child Abuse & Neglect, 69, 10-19.

Mosley-Johnson, E., Garacci, E., Wagner, N., Mendez, C., Williams, J. S., Egede, L. E. (2019). Assessing the relationship between adverse childhood experiencesand life satisfaction, psychological well-being, and social well-being: United States Longitudinal Cohort 1995–2014. Quality of Life Research, 28, 907-914.

Nelson, J., Klumparendt, A., Doebler, P. and Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. The British Journal of Psychiatry, 210(2), 96-104.

Rihmer Z., Döme P., Gonda X.(2015). 30 év az öngyilkosság ellen: Munkacsoportunk depresszió- és szuicidprevenciós kutatásainak összefoglalása – 1985–2015. Neuropsychopharmacologia Hungarica, 17(3), 113-119.

Stein, M. D., Conti, M. T., Kenney, S., Anderson, B. J., Flori, J. N., Risi, M. M., Bailey, G. L. (2017). Adverse childhood experience effects on opioid use initiation, injection drug use, and overdose among persons with opioid use disorder. Drug and Alcohol Dependence, 179, 325-329.

Thege, B. K., Horwood, L., Slater, L., Tan, M. C., Hodgins, D. C., Wild, T. C. (2017). Relationship between interpersonal trauma exposure and addictive behaviors: a systematic review. BMC Psychiatry, 17(164).

van der Feltz-Cornelis C. M., Potters E. C., van Dam A., Koorndijk R. P. M., Elfeddali I., van Eck van der Sluijs J. F. (2019). Adverse Childhood Experiences (ACE) in outpatients with anxiety and depressive disorders and their association with psychiatric and somatic comorbidity and revictimization. Cross-sectional observational study. Journal of Affective Disorders, 246, 458-464.

drog kutató intézet

2022

2022

A kompetenciafejlesztés alapú drogrehabilitáció

A kompetenciafejlesztés alapú drogrehabilitáció

Pogácsás Nóra[1], Baráth Noémi Emőke[1,2]

[1]Drogkutató Intézet

[2]ORCID ID: 0000-0002-7491-8063

Absztrakt

Jelen tanulmány kábítószer-függők bentlakásos, közösségi terápiájának egyes hatóényezőit vizsgálja. A kutatás célja a terápiás közösség és a hit szerepének, valamint a közösségi terápiás modell szociális kompetenciaterületeinek felderítése a sikeres terápiazárásban. A kutatási kérdések megválaszolásához a Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon rehabilitációt végzett 40 kliensének terápiazáró önértékelését elemeztük, továbbá szakértői interjút készítettünk az intézmény pszichológusával és vezetőjével. A dokumentumelemzés eredménye szerint a terápiazáró önértékelések jelentős részében megjelenik a terápiás közösség és a mentor segítő szerepe, ám a vallás és a hit csak az esetek egyharmadában manifesztálódik. A kompetenciaterületek tekintetében nincsen számottevő különbség a szociális interakciókra és az egyéni személyiségfejlődésre fókuszáló kompetenciák között, a terápiazáró önértékelések a megfelelő önkifejezés és az önértékelés fontosságát hangsúlyozzák.

Kulcsszavak: rehabilitáció, Portage-modell, közösségi terápia, drogfüggőség

Abstract

This study examines some of the influencing factors of residential, community therapy for drug addicts. The aim is to explore the role of the therapeutic community and faith, as well as the social competence areas of the community therapy model, in the successful completion of therapy. We analyzed the end-of-therapy self-evaluations of 40 clients of the Ráckeresztúr Drug Therapy Home, who completed rehabilitation, and conducted an expert interview with the institution's psychologist and the head of rehabilitation institution. According to the results of the document analysis, the supportive role of the therapeutic community and the role of mentor appear in a significant part of self-evaluations at the end of therapy, but religion and faith are only manifested in a third of the cases. Regarding the areas of competence, there is no significant difference between the competences focusing on social interactions and individual personality development, the self-evaluations at the end of therapy emphasize the importance of appropriate self-expression and self-evaluation.

Keywords: rehabilitation, Portage-model, therapy, addiction

Bevezetés

A 2022. június 21-én Budapesten megrendezett "A szerhasználó útja" című szakmai konferencián számos szakember ismertette a kábítószer-függőség kezelésében betöltött szerepét, tevékenységének legújabb eredményeit. A Magyarországi Református Egyház Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió (KIMM) Ráckeresztúri Drogterápiás Otthonának vezetője, Erdős Eszter lelkész előadásában saját rehabilitációs programjukat ismertette, melynek során elhangzott, hogy a Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon lakóinak 83%-a sikeres terápiát végez (Erdős, 2022).

A rehabilitációs program eredményes zárása számos tényező függvénye lehet. A sikeres felépüléshez egyéni szinten a szermentes életvitel mellett szükség van a személyiségszerkezet pozitív irányú változására, közösségi szinten pedig az interperszonális kapcsolatokban történő sikeres működésre, megfelelő interakciók kialakítására. A Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon valamennyi szinten fejlődést kínál a kliensek számára. Erdős Eszter konferencia-előadásában elhangzanak a terápia alappillérei és hatótényezői, melyek közül a terápiás közösséget, a szeretetteljes, elfogadó társas kapcsolatokat emeli ki, mint a program leghatásosabb elemeit (Erdős, 2022). A Ráckeresztúri Drogterápiás Otthonban tett intézménylátogatásaink során többször sikerült megtapasztalni a közösség erejét, mint terápiás eszközt, ám szubjektív megélésünket, impresszióinkat szükségesnek tartjuk objektív módon megvizsgálni. A terápiás közösség protektív faktora mellett kíváncsiak vagyunk a felépülést támogató mentor szerepére, valamint a hit összekovácsoló erejére is.

Jelen vizsgálat során a Ráckeresztúri Drogterápiás Otthonnal együttműködésben, a kliensek önbeszámolóinak elemzése nyomán arra a kérdésre keressük a választ, hogy a terápiás közösség hatása lehet-e egy magyarázó faktor a sikeres terápiát zárók 83%-os arányában. Az intézménylátogatás és a rehabilitációs intézményben dolgozó szakemberekkel készített szakértői interjú után a kliensek önbeszámolóit vizsgáljuk meg, dokumentumelemzéssel keresve a választ a sikeres terápia feltételezett hatótényezőinek kérdésére. A terápiás közösség mellett vizsgálatunk célját képezi a mentor szerepe, a hit összetartó ereje, illetve a terápiás folyamat során előtérbe helyezett szociális kompetenciaterületek.

Elméleti háttér

A Magyarországi Református Egyház Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Ráckeresztúri Drogterápiás Otthonának bemutatása

A tanulmány kérdéskörének vizsgálatához fontos a Drogterápiás Otthon szellemiségének és működésének összefoglaló ismertetése. A Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió (KIMM) 1983-ban alakult meg a Magyarországi Református Egyház kezdeményezésére, célja pedig a budapesti - főleg illegális pszichoaktív szereket használó - fiatalok megsegítése volt. Pár évvel később a Misszió kibővítette tanácsadó és lelkigondozó fókuszú munkáját és 1986-ban létrehozta a Ráckeresztúri Drogterápiás Otthont. A rehabilitációs intézményt a kezdetektől fogva Erdős Eszter lelkész vezeti, aki egyházi szolgálata mellett addiktológiai konzultáns, coach,

pszichodráma asszisztens és mediátor végzettségekkel rendelkezik. A Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon bentlakásos intézményként hosszútávú terápiás kezelést kínál a függőséggel küzdő, változást akaró személyek számára (Erdős és Nerada, 2006). A rehabilitációs intézmény nem koedukált, kizárólag férfiakat segít a felépülésben, jelenleg két épületben működik Ráckeresztúron. Az úgynevezett „nagy ház" a felnőtteknek, míg a hétköznapi nevén „tinirehab" vagy „kis ház" a tinédzsereknek ad otthont.

A terápiás munka keresztény, komplex, személyközpontú szemléletben zajlik, melynek értelmében minden ember képes a pozitív irányú változásra és önmaga meghaladására. A Drogterápiás Otthonban dolgozó szakemberek a függőséget összetett problémának tekintik, a terápia fókuszában pedig az egész személyiség, nem pedig csak a szerhasználat áll. Erdős Eszter és Nerada Mátyás így nyilatkozik a Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon szellemiségéről és a függőségről: "A drogfüggőséget olyan betegségnek és rabsági helyzetnek tartjuk, mely az ember egész egzisztenciáját érinti, s messze túlmutat a drog biokémiai hatásmechanizmusain. A drogprobléma nem egyetlen meghatározója a drogos személyiségének, hanem jelzést ad arról, hogy a személyiség beteg. Ha csupán leszoktatjuk, méregtelenítjük, de nem tanul teljesen új életvitelt, akkor csak időlegesen segítettünk. Egy ember élete több, mint hogy drogokat használ, a test és lélek gyógyulása s így gyógyítása is elválaszthatatlan egymástól." (Erdős és Nerada, 2006, p. 60).

A Portage-modell, mint közösségi terápia Ráckeresztúron

A Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon programja a kanadai gyökerű Portage-modellt követi, melyet az 1970-es években a magyar származású Dr. Vámos Péter és munkatársai alkottak meg a súlyos szenvedélybetegséggel élő személyek közösségi terápiájaként (Fazakas és Jócsák, 2003). A Portage-modell hét fontos alkotóeleme a környezet, az eszközök, a kompetenciák, a kezelési terv, a fázisok, a lépések és a keretrendszer. A pozitív pszichológia szemléletében kialakított terápiás modell szerint a sorstárs-közösség ereje kiemelten fontos, mely a bentlakásos terápia során többek között a társas támogatásban és a kölcsönös segítségnyújtásban bontakozik ki (Molnár, 2012). A Portage-modell segítségével a terápiás közösségen keresztül a személy azonosíthatja a szerhasználat kialakulásának okait, majd a sorstársak segítségével kialakíthatja új, szermentes életmódját (Sivadó, 2021).

A Portage programja akkreditált kezelési technikákon keresztül kompetencia alapú terápiát nyújt, ahol a terápiás csoportok nemek szerint vannak szelektálva. A napi csoportterápiás foglalkozások és a rendszeres szociokulturális és rekreációs foglalkozások részei a 8 hónapos rehabilitációs időszaknak.

A kezelési program hat lépcsős:

1. Köszöntés és beilleszkedés a terápiás közösségbe
2. Kompetenciák elsajátítása
3. Önvizsgálat

4. Felelősségvállalás

5. A megszerzett terápiás készségek, kompetenciák érvényesítése és a társadalmi visszailleszkedési terv (család, iskola, munka, tevékenységek)

6. Társadalmi reintegráció

A nevezett módszert több ország drogrehabilitációs kezeléseiben is alkalmazzák, hazánkon kívül az Egyesült Államokban, Olaszországban, Portugáliában, Belgiumban, Romániában, Hondurasban, a Fülöp-szigeteken, Bermudán és Kínában (URL2).

A Portage program három fázisra osztható, (1) az értékelési-állapotfelmérési fázisra, (2) a bentlakásos kezelés fázisára, valamint (3) a társadalmi reintegráció és az utógondozás fázisára (Molnár, 2012). Ennek alapján a Ráckeresztúri Drogterápiás Otthonban történő ellátás az úgynevezett előgondozás fázisával kezdődik, melynek során megtörténik a személy felkészítése a bentlakásos terápiára az adott előgondozó irodában. Ezt követően a felépülni vágyó személy beköltözik a Ráckeresztúron található intézménybe, ahol elkezdődik az egy hónapos próbaidő. A próbaidő során egy orientációs héttel kezdődik az intézménybe és annak szellemiségébe történő beilleszkedés. Ebben a hét napban az újonnan érkezett személy számára a terápiás programokon történő részvétel opcionális, még nem muszáj csatlakoznia a csoportos ülésekhez. Az új lakóra egy „idősebb", a terápia szakaszában előrébb járó lakó figyel, aki segíti a beilleszkedést. Az Otthonba önkéntes alapon költöznek be az érintettek, viszont az orientációs hét után a terápiás tevékenységekben való részvétel kötelező minden lakó számára. Az egy hónapos próbaidő célja a házirend megtanulása és az Otthonba történő beilleszkedés, valamint az elkötelezettség felmérése. Ezt követően a terápia három fázisból áll, melyek időtartama egyénileg eltérő lehet, a terápiás szerződést általában tizennégy hónapra kötik meg a kliensekkel. Minden egyes kliens terápiás munkáját a rehabilitációs intézmény szakemberi közül egy kinevezett mentor segíti, aki személyes segítő beszélgetésekkel támogatja a felépülés folyamatát. A Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon programjának fontos eszköze a munkaterápia, a lakók strukturált módon, szigorú időbeosztás szerint végzik el a mindennapi teendőiket. Minél régebb óta végzi egy lakó a terápiáját, annál fontosabb felelősségterületért kell felelnie. Az intézmény önellátó, minden házkörüli munkát a lakók végeznek el, mely a praktikum mellett terápiás jelentőséggel is bír (URL1).

A kanadai Portage-modelltől eltérően a ráckeresztúri intézmény fenntartója és szakemberei keresztény szellemiségben dolgoznak, így a terápia szempontjából fontos eszköz lehet a hit. A lakók rendszeresen vesznek részt áhítaton és istentiszteleten, a vallásgyakorlás azonban nem feltétele a rehabilitációnak (Erdős és Nerada, 2006). A hit alapú rehabilitációs program azonban egy olyan plusz támogatást nyújthat a felépülőknek, mely segíti az önelfogadás, a megbocsátás folyamatát. Számos szakember tapasztalta az addiktológiai ellátásban, hogy a hit segíthet a személyeknek végleg megszabadulni a függőségtől (Sivadó, 2021). Egy török kutatás résztvevői szerint a hitalapú rehabilitációs programok jelentettek a legnagyobb segítségek a felépülésben, szemben a medikális szemléletű orvosi kezeléssel (Gürsu, 2018). Brazíliában a kutatók a hit és vallás további tényezőit vizsgálták meg 85 felépülő függő személy segítségével.

A megkérdezettek szerint, ami segített nekik az absztinens életmód fenntartásában, az nem csupán a vallásos hit volt, hanem a csoport által nyújtott támogatás és befogadás, valamint az az ajánlat, hogy a vallási vezetők feltétel nélküli támogatásával újjáépíthetik az életüket (Sanchez & Nappo, 2008).

Kutatásunk szempontjából kiemelten fontos a terápia lezárásának folyamata, mely a terápia 3. fázisából és egy negyvenöt napos kiléptetési szakaszból áll. Ebben az időszakban a lakó már ismeri a terápia befejezésének kitűzött időpontját, mely egy csoportos lezáró alkalomban manifesztálódik. Ekkor a terápiát záró lakónak és társainak lehetősége van reflektálni az Otthonban eltöltött időre és a felépülés folyamatára. A folyamat zárásának fontos eleme a terápiazáró önértékelés, melyet a kliens egyénileg ír meg, majd a csoport előtt olvas fel. A negyvenöt napos kiléptetési szakaszban a személynek lehetősége van a rehabilitációs intézményben lakni, mindeközben pedig reintegrálódni a társadalomba, akár korábbi lakóhelyén. Az Otthon tényleges elhagyása után a klienseknek lehetőségük van Budapesten támogatott lakhatást igényelni a KIMM által, illetve az utógondozó csoportokon történő részvétel is adott (URL1, URL3).

A kompetenciaterületek

A terápiás fázisok során a lakók fontos célja a különböző szociális kompetenciák elsajátítása, melyek segítik őket egyrészt a sorstársaikkal való személyes kapcsolódásban, másrészt majd a társadalomba történő visszailleszkedésbe is. A terápia során a következő kompetenciák elsajátítására van szükség:

- kezdeményezőkészség,
- empátiás készség,
- megfelelő önkifejezés,
- programokon való aktív részvétel,
- mások bátorítása,
- tervezőképesség,
- következetesség,
- objektivitás,
- megbízhatóság, szavahihetőség,
- energikusság, lelkesedés,
- problémamegoldó (döntéshozó) képesség,
- társas érintkezés,
- csapatmunka,
- napi tevékenység strukturálása,
- strukturált tevékenység végrehajtása,
- konfliktuskezelés képessége,
- segítségkérés,
- pontos énkép,
- tanultak átadásának képessége,
- visszajelzés elfogadása (az érzelmek kezelésének képessége),
- hatékony kommunikációs képesség,
- az utókezeléshez reális célok kitűzése,
- pozitív, tiszteletet tükröző kommunikáció (Erdős és Nerada, 2006).

A terápiás folyamat három fázisában az egyes kompetenciák más-más hangsúlyt kapnak. A szakértői interjú és Erdős Eszter (2022) konferenciabeszámolója alapján a kompetenciák idői síkon a következőképpen csoportosíthatóak.

Első fázis	Második fázis	Harmadik fázis
segítségkérés	megfontoltság, önfegyelem	következetesség
felügyelet elfogadása	csapatmunka	problémamegoldás, döntéshozatal
aktív részvétel	konfliktusoldás	empátia
tetterősség, lelkesedés	objektivitás	tevékenység előkészítése
megfelelő önkifejezés	kommunikációs készség	tevékenység végrehajtása
	kezdeményezőkészség	tanultak alkalmazása
	önismeret	
	megbízhatóság, hitelesség	
	bátorítás képessége	

1. táblázat: A Portage-modell kompetenciaterületeinek felosztása a terápiás fázisok szerint (forrás: KIMM).

2022
2022

A terápiás közösség hatása

A csoportos pszichoterápiák szemlélete szerint a pszichés problémák elsősorban kapcsolati zavarokként manifesztálódnak. Ezek újraértelmezésére és az interperszonális kapcsolatok rendezésére remek lehetőséget nyújt egy védett közeg, ahol a csoporttagok a megfelelő szakember irányítása alatt dolgozhatnak szociális készségeiken. A zárt terápiás közösségben a személyek biztonságban érezhetik magukat, mely alapvető feltétele az eredményes munkának (Mikolay és mtsai., 2010).

A Terápiás Közösség modell ellátási formája elterjedt az addiktológiai problémával élő személyek kezelésében, jelenleg Magyarországon is több rehabilitációs intézményben alkalmazzák a módszereit (Mándi, 2014). A modell szerint alapvetően az egyén a felelős a függőség ördögi köréből történő kilépésért és a változás eléréséért, ám a sorstársak segítségével a közösségen keresztül tanulható meg az új absztinens életmód. A közösségi terápia az “itt és most”-ra helyezi a hangsúlyt, azaz a csoportos üléseken egy-egy érzelem vagy problémakör kifejezésének, illetve a viselkedésváltozásnak az adott pillanatban kell létrejönnie. A csoport tagjai a több hónapos együttélés során folyamatosan tanulnak egymástól, a terápiában előrébb járók úgynevezett szerepmodellként szolgálhatnak újonnan bekerült sorstársaik számára (Arany, 2008).

A Portage-modell és a Terápiás Közösség modell értelmében a Ráckeresztúri Drogterápiás Otthonban is kiemelten fontos szerepe van a terápiás közösségnek. Az erősen strukturált közösségi élet a program egyik alappillére, a lakóknak naponta több csoportfoglalkozáson kell aktívan részt venniük. A terápiás csoportok alkalmával a klienseknek lehetőségük van szociális kompetenciáik, valamint önismeretük fejlesztésére, melyeket a csoporttagoktól és a vezetőtől kapott visszajelzések alapján integrálhatnak a személyiségükbe (Erdős és Nerada, 2006). A csoportfoglalkozásokon túl a terápiás közösségi hatást erősítik a nyáron megszervezett egy hetes túrák és csendes elvonulások is (URL1).

A mentor szerepe

A rehabilitáció folyamatában kiemelt jelentősége van a segítő szakembereknek, azon belül is a mentornak. Az addiktológiai ellátás területén a mentorálást gyakran függőségükből felépülő tapasztalati szakértők végzik. A felépülő segítők munkája egyes kutatások szerint a terápia bizonyos fázisaiban kiemelten hatékony lehet, hiszen ún. szerep-modellként szolgálnak az addiktológiai problémával küzdő kliensek számára. Ezen felül motivációjuk többrétű, szakmai elhivatottságukat fokozhatja saját felépülésük támogatása és megerősítése, valamint az általuk igénybevett segítség viszonzásának motívuma is (Kassai, Pintér és Rácz, 2015). A Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon programja szerint az első hónapot követően minden kliens kap az intézmény munkatársai közül egy kinevezett mentort, aki a legszemélyesebb segítője lesz a terápiás folyamat során. A mentor feladata, hogy segítse a kliens felépülését, támaszt nyújtson neki elakadásai során és képviselje az érdekeit az Otthonban. A mentorral folytatott rendszeres segítő beszélgetések kétszemélyes helyzetben történnek, kiegészítve a csoportos közösségi terápia jótékony személyiségformáló hatását (Erdős és Nerada, 2006). A mentor személye ugyanúgy lehet tapasztalati, és nem tapasztalati szakember is (Erdős, 2022).

A terápiazáró önértékelés

Az írás, mint terápiás eszköz számos irányzatban megjelenik mind a függőséggel élők, mind egyéb pszichiátriai kórképek kezelésében. A kreatív írás, a naplóírás, vagy a levélírás fontos szerepet játszhatnak a terápiás folyamatban, valamennyi szakember sikerrel alkalmazható metódusként tartja számon őket (Plasse, 1995; Szabó & Tóth & Karamánné Pakai, 2014). Ezen gondolatok, tapasztalatok mentén bontakozott ki a narratív pszichológia, melynek alapvetése, hogy az élettörténet elbeszélésén keresztül saját identitásunk bontakozik ki különböző nyelvi elemek segítségével. A narratív pszichológia szerint a szövegben azonosíthatóak azok a konstruktumok, melyek a társas világhoz való viszonyt, az átélt élményeket és az annak történő jelentésadást értelmezik. A kábítószer-függők életrajzi elbeszélései, írásai ezen tényezők mentén hatással lehetnek a felépülés folyamatára. Ezen narratívákban az érintett személyeknek lehetőségük adódik az átélt traumák feldolgozására, az egymástól eltávolodott "énrészek" összekapcsolására és az élettörténet koherens egésszé alakítására (Balikó, 2020).

A függőségek esetében rendkívül fontos szerepe van a felépüléstörténeteknek, mely számos szakembert inspirálva népszerű kutatási területté vált (Mezőfi, 2015). Felépülő függőkkel végzett kutatások kimutatták, hogy a narratívákon keresztül a droghasználó életmód

újraértelmezése, a szelf-érzet újjáépítése és a függőség kialakulásának magyarázata rajzolódik ki (McIntosh & McKeganey, 2000). Rácz József (2005) tanulmányában több felépüléstörténetet elemez, melyeket az ún. konverzációs narratívák közé sorol. Az önéletrajzi jellegű írások során fellelhető a személyiség viszonyulása a kábítószer-használathoz, a narratíva megalkotása pedig utat nyit az egyes "én-részek" egymással történő elbeszéléséhez. A kábítószer-függők által írt gyógyulástörténetek így az ún. "dialogikus én"-t hozzák működésbe, melynek segítségével képet kaphatunk a függőséggel folytatott küzdelem egyes aspektusairól és a felépülés folyamatáról (Rácz, 2005).

A Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon szakemberei szintén fontos terápiás technikának tartják a gondolatok összegzését, illetve írásba foglalását (Szűcs, 2012). Szakértői interjúnkból kiderült, hogy a Ráckeresztúron töltött időszak során a kliensek számos írást készítenek életük különböző szakaszairól, mely segítheti a terápiás folyamatot. Minden terápiát végzett személy a harmadik fázis lezárásaként önértékelő terápiazáró levelet ír, melyet felolvas társainak. Ennek célja a több hónapos, gyakran egy éves terápiás folyamat tanulságainak, fordulópontjainak összegzése, az ezzel kapcsolatos érzések tudatosítása, illetve az önreflexió. Ezen felül a terápiát lezáró önértékelés megírása segíthet a „józan identitás" kialakulásának tudatosításában, példát mutatva és motiválva a többi lakót is. A terápiazáró levél megírása a rengeteg tapasztalat és élmény összefoglalásával segítheti a Ráckeresztúron töltött időszak lezárását, az Otthontól és a társaktól történő búcsúzást is.

Módszertanát tekintve a levelek megírása viszonylag kötetlen, nincs pontos szakember által kiadott instrukció. Mivel a kliensek többször végig hallgatják a terápiában előrébb járó társaik levelét, így nem ismeretlen számukra a feladat, már a kezdeti szakasztól tudatosan készülhetnek rá. A Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon épületeiben számos kliens terápiazáró önértékelése függ a falon, melyet a kliensek bármikor elolvashatnak, így tulajdonképpen több példa-levél áll rendelkezésükre.

Kutatási kérdések

Az elméleti összefoglalóból kiderül, hogy a Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon által adaptált Portage-modell szerint a terápiás közösségnek fontos szerepe van a felépülés folyamatában. A közösség erejének hatékonyságát megerősíti Erdős Eszter (2022) gyakorlati tapasztalata, aki konferenciaelőadásában 83%-os sikerről számolt be az eredményes terápiazárás tekintetében. A Drogterápiás Otthon programja a Portage-modellben alkalmazott eszközök mellett vallásos elemekkel egészül ki, melynek további közösségösszetartó hatása lehet. Hogyan nyilvánul meg ezen faktorok szerepe a kliensek által készített szubjektív önbeszámolók alapján? Kutatási hipotéziseinket ezen kérdések, feltevések mentén a következőképpen fogalmaztuk meg.:

1. A terápiás közösség hatása fontos szerepet játszik a rehabilitációs folyamatban, így az valószínűsíthetően valamennyi beszámolónak szerves részét fogja képezni.

2. A vallás és a hit fontos szerepet játszik a rehabilitációs folyamatban, így az valószínűsíthetően szintén valamennyi beszámolónak szerves részét fogja képezni.

További vizsgálódásunk tárgyát a Portage-modellben alkalmazott szociális kompetenciák képezik. A program egyik alappillérét képező kompetenciaterületek elsajátítása a szakirodalom és a gyakorlati tapasztalat szerint egyaránt fontos kritériuma lehet a sikeres terápiazárásnak, így érdekes lehet annak vizsgálata, hogy ezek hogyan manifesztálódnak a terápiát záró kliensek önértékelésében. Fentiekre tekintettel a terápiazáró levelek tartalomelemzése során külön szempontként figyeltünk a Portage-modell 20 kompetenciájának szövegekben történő megjelenésére, feltételezve, hogy:

3. a közösséghez szorosan kapcsolható kompetenciák nagyobb arányban fordulnak majd elő a kliensek beszámolóiban.

Módszer

A vizsgálatunk során két módszert alkalmaztunk. Először félig strukturált interjúval a Ráckeresztúri Drogterápiás Otthonban dolgozó pszichológust és a vezetőt kérdeztük meg az intézményben alkalmazott Portage modell gyakorlati megvalósulásáról, a folyamat sajátosságairól. A szakértői interjú elkészítése online zajlott, ahol két kutató és a válaszadó, intézményben dolgozó szakember volt jelen. Az interjú hossza 45 perc volt. A tartalmi egységei között szerepelt a Drogterápiás Otthonban alkalmazott módszer részletes megismerése az egyes fázisok, valamint az azokban hangsúlyos kompetenciák mentén, a terápiazáró levelek koncepciójának értelemzése és a kliensek visszajelzéseinek megismerése. A szakértői interjút rögzítettük és írásos kivonatot készítettünk belőle. A kapott válaszok segítették a dokumentumelemzéssel végzett terápiazáró levelek elemzését, értelmezését, illetve a szempontrendszer összeállítását. Szakértői interjúnkból kiderült, hogy a terápiazáró levelek sokszor tartalmaznak köszönetnyilvánítást a Drogterápiás Otthon valamennyi lakója és szakembere számára, kiemelt jelentőséget tulajdonítva a mentor szerepének. Ezen felül gyakran szerepelnek bennük az elsajátított kompetencia-területek, a közösen átélt élmények, és az újonnan megtanult készségek is.

A kutatás második részét a terápiazáró levelek előre megadott szempontok szerinti elemzése jelentette. Ennek megvalósításához a Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon vezetősége adta meg a kutatási engedélyt, ők bocsájtották rendelkezésünkre a vizsgálatba bevont dokumentumokat. A kutatók szem előtt tartották, hogy a vizsgálatba bevont személyek nem sérülhetnek, nem járt számukra kockázattal a dokumentumok feldolgozása, így valamennyi rendelkezésünkre álló elemet bevontunk a kutatásba. Személyiségi és módszertani okok miatt anonimizáltuk az elemzett írásokat.

A kvalitatív kutatási módszer alkalmazása egy önkényesen választott mintán történt, hiszen célzottan a nevezett intézményben alkalmazott rehabilitációs módszerének sikerét szerettük volna megvizsgálni. A kiválasztott terápiazáró levelek az intézményben fellelhető dokumentációból álltak rendelkezésünkre. Ezeknek a leveleknek a megőrzése nem az

intézmény feladata, lehetőség van a levél felolvasására, majd saját célra való megtartásra, vagy az intézménynek ajándékozásra. A terápiazáró leveleket anonimizálást követően elemeztük, minden személy egy kóddal volt jelölve (A1-A40). A mintában negyven személy írását vizsgáltuk, amelyből három nem volt értékelhető, így azokat kizártuk az elemzésből, mivel nem tartalmazott releváns információt a kutatási kérdéseknek megfelelően.

A terápiazáró levelek elemzése kutatási kérdéseinknek megfelelően három fő szempont szerint zajlott. A dokumentumelemzés első szempontja a Drogterápiás Otthonban lakók terápiás közösségének említése, a sorstársaktól kapott támogatás és segítség erejének írásban történő megjelenése volt. Második elemzési szempontunk szerint a vallásosság, hit, kereszténység, vagy Isten említését próbáltuk feltérképezni a terápiazáró levelekben, mint lehetséges megtartó erőt a rehabilitációs folyamatban. A harmadik fő faktorként a Portage-modellben alkalmazott egyes kompetenciák megjelenését vizsgáltuk a terápiazáró levelekben, elsősorban külön-külön, majd pedig a terápia különböző fázisai szerint. Az egyes kompetenciaterületek további vizsgálata során két csoportot képeztünk (2. táblázat). A csoportosítás nem a Portage-modell program része, jelen kutatás során alkottuk meg a két kategóriába való besorolást. Az első csoportba azok a készségek kerültek, melyek szorosan kapcsolhatóak a terápiás közösséghez, a szociális interakciókhoz, míg a második csoportot inkább az egyéni szempontból meghatározó kompetenciák alkotják, melyek a felépülő függők személyes fejlődésére fókuszálnak. Természetesen a két csoport nem kizárólagos, a kategorizálást az elemzési szempontok kialakítása miatt végeztük el. Az adatgyűjtés során a vizsgálati szempontokat aszerint kódoltuk, hogy volt, vagy nem volt említve az adott változó a terápiazáró levélben (0=nem említette,1=említette).

A közösségi interakciókat támogató kompetenciák	Az egyéni készségekre fókuszáló kompetenciák
segítségkérés	tetterősség, lelkesedés
felügyelet elfogadása	megfelelő önkifejezés
aktív részvétel	megfontoltság, önfegyelem
csapatmunka	objektivitás
konfliktusoldás	önismeret
kezdeményezőkészség	megbízhatóság, hitelesség
empátia	következetesség
bátorítás képessége	problémamegoldás, döntéshozatal
kommunikációs készség	tevékenység előkészítése
	tevékenység végrehajtása
	tanultak alkalmazása

2. táblázat: A Portage-modell kompetenciáinak csoportosítása a közösség és az egyén szempontjából (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

Eredmények

A terápiazáró levelek leíró statisztikai elemzése során kiemelendő, hogy a nemet tekintve a Rehabilitációs Otthon sajátossága miatt csak férfiak szerepelnek a vizsgálati mintában (N=37), akiknek az átlag-életkora 29 év (SD: 3,5 év) volt. A terjedelmet tekintve egy-egy terápiazáró levél átlagosan 250 szóból állt.

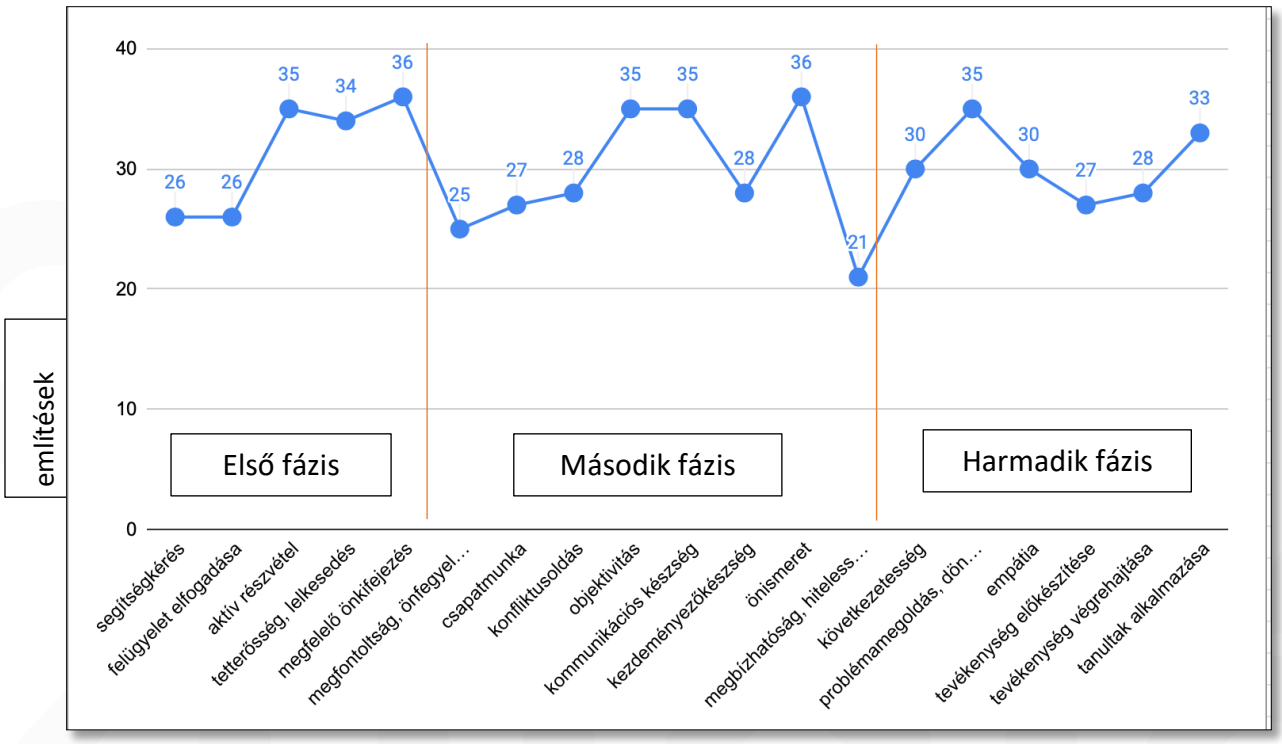
A dokumentumelemzés során az egyes szempontokban meghatározott kulcsszavakat kerestük a terápiazáró írásokban. Eredményeink szerint közel a teljes mintára jellemző volt, hogy a terápiás közösségnek az ereje meghatározó volt az Otthonban töltött idő és a felépülés folyamán, a 37 főből 35 személy tett erre vonatkozó kijelentéseket terápiazáró önértékelésében. A mentor személyének az említése szinte valamennyi vizsgált személynél jelen volt, összesen 35 fő említette mentorát.

„Rengeteg segítséget kaptam a háztól, külön-külön a mentoroktól, a közösségtől és a munkatársaktól is és persze a patronálómtól, aki terápiám végéig elkísért és segített nekem mindenben és természetesen hálás vagyok a mentoromnak, akire mindig számíthattam, amikor nehézségeim támadtak." (A16)

A terápiás közeg hatása, a segítő szakemberek támogatása egyértelmű és értékes támpontként értelmezhető, így az eredmények alapján első hipotézisünk beigazolódott.

Elemzésünk eredményeit tekintve a vallásosság, a hit említése nem volt olyan jelentős, mint a terápiás közösség hatása vagy a mentor személyének kiemelése. A 37 vizsgálati személyből a hitet csupán 14 fő szőtte bele a terápiazáró levelébe, melynek alapján második kutatási kérdésünk csak részben igazolódott be. Ennek egyik lehetséges oka, hogy a Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon vallásos programja ellenére nem csak a hit határozhatja meg a felépüléshez vezető sikeres utat. Fontos kiegészítő szempont a vallásosság és a hit kérdésének vizsgálata során, hogy a szakértői interjúban a szakemberek kiemelték, hogy a megtérés és a vallásgyakorlás az Otthonban egy lehetőség, nem pedig feltétele a sikeres terápiának.

Az elemzett 37 fő terápiazáró levelében a Portage-modell alkalmazása során elsajátítandó 20 kompetenciát külön vizsgáltuk. Azt kerestük, hogy milyen módon és gyakorisággal jelennek meg a leírt szövegben az egyes kompetenciák. A terápiazáró levelekben átlagosan 16 kompetencia volt jelen (medián=17), volt olyan személy is, akinél valamennyi felfedezhető volt (N=9), de olyan is előfordult, hogy 9 kompetenciaterület volt azonosítható. Az 1. ábrán 19 kompetenciaterületet ábrázoltunk, mivel az egyik, a második fázisban szereplő bátorítás képessége, csak áttételesen jelenik meg az elemzett szövegekben, mint például *„Hálás vagyok a háznak, a mentoroknak, munkatársaknak és azoknak a lakóknak is, akik segítettek, megöleltek mikor szükségem volt rá, vagy „csak" tükröt tartottak elém."* (A24)



1. ábra: A Portage-modell szociális kompetenciák értékelése a terápiazáró levelek elemzése szerint (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

A megfelelő önkifejezés és az önismeret a legtöbbet említett kompetencia terület, amely 36 személynél jelent meg a 37 főből. Az egyes kompetenciaterületeket idézetekkel is szeretnénk szemléltetni, melyek a terápiazáró levelekből származnak.

„Gyerekként jöttem be, felnőttként távozom." (A26)

„Ha az önértékelést nézem, abban is fejlődhettem, megismerhettem önmagam." (A19)

„Elkezdtem jobban megismerni saját magamat. Megéreztem a közösség gyógyító erejét." (A20)

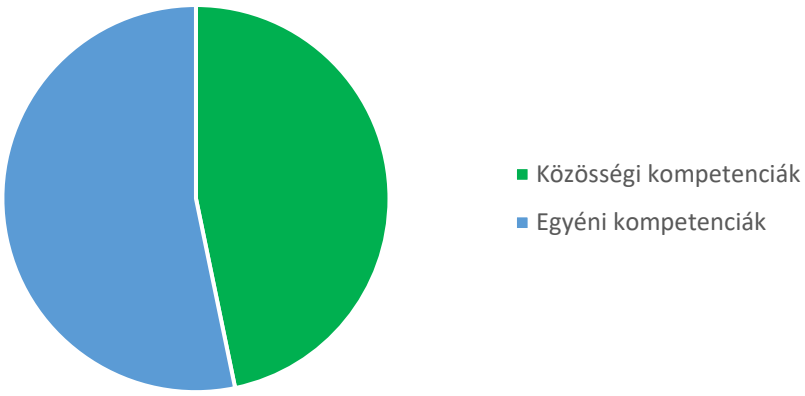
A második legtöbbet említett (N=35 fő) terület az aktív részvétel, az objektivitás, a kommunikációs készségek és a problémamegoldás, döntéshozatal voltak.

„Rengeteg mélypont és fájdalom árán döntöttem úgy, hogy segítséget kérek, mert egyedül nem fog menni." (A5)

„Elkezdtem megérteni, hogy minden dolog, ami itt történik velem, azaz én felépülésemet szolgálja. Pozitív és negatív visszajelzések által elkezdtem keményen dolgozni magamon." (A37)

A megbízhatóság és a hitelesség említése az elemzett szövegek közel felénél jelent csak meg, amely egybecsenghet azzal, hogy a terápia végén íródott összegzés egy olyan önismerettel felvértezett felépülésben lévő kábítószerhasználó írta, aki objektíven igyekszik megítélni a múltját.

A harmadik kutatási kérdésünknek megfelelően külön vizsgáltuk az egyén, majd a közösség szempontjából jelentősebb kompetenciákat. A szociális interakciókat erősítő kompetenciák közül csupán az aktív részvétel (N=35) és a kommunikációs készségek (N=35) szerepeltek kiemelkedően magas arányban a terápiazáró levelekben, míg több egyéni szempontból jelentősebb kompetencia (pl.: megfelelő önkifejezés, önismeret, problémamegoldás stb.) szinte valamennyi írásban szerepelt. A két csoportot összehasonlítva az 1. csoportba tartozó, tehát a terápiás közösség szempontjából fontosnak tartott kompetenciák összesen 235 alkalommal szerepeltek a levelekben, míg az egyénre fókuszáló, 2. csoportba sorolt kompetenciák összesen 368 alkalommal olvashatóak. Mivel nem azonos számú kompetencia tartozik az adott csoportokba, az előfordulást átlagoltuk, melynek eredményét az alábbi kördiagram szemlélteti.



2. ábra: A kompetenciák 2 csoportjának megjelenése a terápiazáró levelekben (Forrás: a szerzők saját szerkesztése).

Eredményeink alapján tehát úgy tűnik, hogy a terápiazáró levelekben a kompetenciaterületek említése során inkább az egyéni szempontok kerülnek előtérbe, így harmadik hipotézisünknek ezen része nem igazolódott be.

Elemzésünkben a Portage-modellben szereplő kompetenciákat a terápia folyamatának időbeli síkján, azaz az egyes fázisok szerint is elemeztük. Ha az egyes fázisok során hangsúlyt kapó kompetenciákat külön-külön nézzük, akkor az látható, hogy nincs egy lineáris görbe, vagyis nem jelenik meg az a várakozás, hogy a terápia végén elsajátított készségek jelentősebben jelennének meg, mint az első fázisba tartozók. Úgy tűnik, hogy a második – stabilizálódási - fázisban lévő kompetenciák, mint például az objektivitás, az önismeret és a kommunikációs készség van jelen közel az összes esetben. Hasonló a helyzet az első fázisban is, ahol ugyan csak kettő kompetencia kiemelkedő (megfelelő önkifejezés, N=36 és aktív részvétel, N=35), de nyomában van egy harmadik is, a tetterősség és a lelkesedés (N=34). A harmadik fázisban a problémamegoldás van jelen szinte valamennyi személynél (N=36). A kevésbé említett kompetenciák között szerepel az első fázisban a segítségkérés és a felügyelet elfogadása, amely egy életszerű helyzet leképeződése. A rehabilitáció számos esetben egy nehéz élethelyzetből való kilépés mentsvára, ahova a függők megtörten, kilátástalanul, paranoid

gondolatokkal érkeznek és itt tanulják meg, hogy miként kérjenek segítséget és hogyan alkalmazkodjanak a „felügyelethez”, amely egy bentlakásos rehabilitációs intézmény szabály- és keretrendszerének ismeretét és betartását is feltételezi. A második fázisban fókuszba kerülő megbízhatóság elsajátítását, megélését csupán 21 fő említette. Ez értelmezhető úgy is, mint hogy a vizsgált személyek közel fele már tudta, hogy mit jelent a megbízhatóság, nem csak elméletben, hanem gyakorlatban is. A megfontoltság is kevésbé volt jelen (N=25). A csapatmunka megélése vagy annak a fontosságának az említése a közösséghez tartozás érzésével ajándékozta meg a felépülő függőket. A harmadik fázisban a tevékenység előkészítése és végrehajtása állíthatja kihívások elé a terápiás közösséget elhagyókat, de ez egy meghatározó kilépéshez hozzásegítő kompetencia.

Az eredményeket tekintve fontos limitáció, hogy mindezek a válaszok leíró jellegűek. Nem zárható ki, hogy a válaszadó 37 fő ne lenne érintett több vizsgált változó esetén, ám amikor ők a terápiazáró levelüket megírták, a számukra fontos információkat és érzéseket rögzítették, majd olvasták fel a csoport előtt. Ennek eredményeképp egy pillanatnyi állapot elemzésére volt csak lehetőségünk. A vizsgálati minta elemszáma (N=37 fő) alacsonynak tekinthető, ezért az ebből következő eredményeket fenntartásokkal kell kezelni, melyek akár „pilot” kutatásként alapot adhatnak egy nagyobb elemszámú vizsgálathoz is. További limitációs tényező lehet a terápiazáró önértékelések közzététele a rehabilitációs intézményen belül. A falon kifüggesztett, illetve a társaktól hallott levelek mintát adnak a később végző lakók számára, mely az esetleges ismétlődésekkel torzíthatja az eredményeket. Összességében elmondható, hogy a három fázis során mindig található olyan kompetencia, amely hosszútávon is beépülhet az egyén megküzdési eszköztárába, ha a kábítószer-használattal szeretné ismét felvenni a harcot.

Összegzés

Jelen tanulmány fő célja a drogrehabilitációs intézményekben sikerrel alkalmazott közösségi terápiák hatótényezőinek elemzése volt, melyet a Magyarországi Református Egyház Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Ráckeresztúri Drogterápiás Otthonának közreműködésével hajtottunk végre. Kutatási kérdéseink közé tartozott a terápiás közösség és a vallás szerepének, valamint a Drogterápiás Otthonban alkalmazott Portage-modell szociális kompetenciaterületeinek megjelenési aránya a sikeres terápiát végzett kliensek terápiazáró önértékelésében. A szakértői interjúk felvétele után dokumentumelemzést végeztünk, 40 felépülő kliens terápiazáró levelét elemeztük különböző szempontok alapján.

Eredményeink szerint a terápiás közösség jelentős szerepet játszik a felépülés folyamatának támogatásában, mely megerősíti a közösségi terápiák, azon belül pedig a Portage-modell egyik alappillérének hatékonyságát. A hit, vallás kérdéskörének vizsgálata során nem jutottunk hasonló eredményre. A sikeres terápiát záró kliensek csupán egyharmada említette meg Istennel való kapcsolatát és annak pozitív hatását a terápiazáró önértékelésében. Ennek ellenére feltételezhetjük, hogy az elméleti összefoglalóban ismertetett kutatási eredményekhez hasonlóan a hit a közösség hatását tovább erősítheti, hiszen a mindennapos

vallási szertartások által a kliensek további közösségi programokon vesznek részt. Érdemes lenne a jövőben további kutatásokat végezni ennek a kapcsolatnak a vizsgálatára. Továbbá fontos lenne nők körében is megismételni a kutatást, mivel a nemek között szignifikánsan eltérő különbségek lehetnek. A Portage-modellben szereplő szociális kompetenciák kivétel nélkül minden egyes terápiazáró önértékelésben megjelentek. A kompetenciák említésének fázisok szerinti eloszlásában nem látszott számottevő különbség, a terápia valamennyi szakaszában lényeges készségfejlődések történnek. A kompetenciaterületek közül a megfelelő önkifejezés és az önismeret olvasható legtöbbször, a sikeres terápiát záró kliensek saját elmondásuk szerint ezen készségek mentén fejlődtek a legtöbbet. A terápiazáró levelekben több egyéni szempontból fontos kompetencia szerepelt, mint a közösségi interakciókra fókuszálók, ám a két csoportot nem lehet élesen elkülöníteni egymástól.

Tanulmányunkban sikerült rávilágítani a kábítószer-függőket kezelő bentlakásos, közösségi rehabilitációs programok számos fontos aspektusára. Habár jelen vizsgálat az alacsony elemszám miatt „pilot”-kutatásnak tekinthető, több értékes eredményt is megállapít. Hangsúlyozza a közösségi terápiák sikerességében szerepet játszó szociális interakciókat, valamint a megtartó, elfogadó terápiás közeget. Rávilágít az egyéni és közösségi fókuszú szociális kompetenciák jelentőségére, melyek kliensek önbeszámolói alapján valamennyien fontos szerepet játszanak a felépülés folyamatában.

Köszönetnyilvánítás

Jelen tanulmány nem jöhetett volna létre a Magyarországi Református Egyház Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Ráckeresztúri Drogterápiás Otthonának vezetője és szakmai stábja nélkül. Külön köszönjük a lehetőséget Erdős Eszternek, aki engedélyezte a kutatást, rendelkezésünkre bocsátotta a terápiazáró leveleket, illetve betekintést nyújtott számunkra a rehabilitációs otthon szakmai munkájába és életébe. Köszönjük a szoros együttműködést az intézmény pszichológusának, Clark Glóriának, és minden további munkatársnak, aki segítette a munkánkat. Végül, de nem utolsó sorban köszönjük szépen a felépülő klienseknek az elkészített terápiazáró önértékeléseket!

Felhasznált irodalom

Arany, Z. (2008). Közösség szerepe a függőségek kezelésében. Háló: A szociális munka szakmai közéleti lapja, 14(12), 4-6.

Balikó, F. (2020). Narratív szemléletmód a szerfüggő önéletírások és felépüléstörténetek mögött. Interdiszciplináris Drogszemle, 1(1), 50-61.

Erdős, E., & Nerada, M. (2006). Magyarországi Református Egyház Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Ráckeresztúri Drogterápiás Otthona. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 7(1), 59-63.

Erdős, E. (2022.06.21.). Felépülést támogató módszerek egy „drogrehabon" [konferenciaelőadás]. A szerhasználó útja, Budapest.

Fazakas, I. A., Jócsák, K. A. (2003). "Legjobb pia a terápia" - avagy az alkoholizmus kezeléséről gyakorlatozó szemmel. Szakdolgozat. Babes Bolyai Tudományegyetem.

Gürsu, O. (2018). Drug addiction and religion: HİGED example. ADDICTA-THE TURKISH JOURNAL ON ADDICTIONS, 5(1), 50-54.

Kassai, Sz., Pintér, J. N., Rácz, J. (2015). Addiktológiai területen dolgozó tapasztalati szakértők: interpretatív fenomenológiai analízisen alapuló kutatás. Psychiatria Hungarica, 30(4), 372-388.

Mándi, N. (2014). Az addiktológiai rehabilitáció, mint átmeneti tér. Kapocs, 13(2), 14-27.

McIntosh, J., McKeganey, N. (2000). Addicts' narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. Social Science & Medicine, 50(10), 1501-1510.

Mezőfi, V. (2015). Felépüléstörténetek narratív elemzése. Szakdolgozat. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem.

Mikolay, S., Szeidl, T., Bársony, E. & Mihócza, Cs. (2010). Terápiás közösség kialakítására tett kísérlet a Közép-dunántúli Országos Bv. Intézet drogprevenciós csoportjában. Börtönügyi Szemle, 29(4), 59-72.

Molnár, D. (2012). A Portage-modell: egy integrált módszer a szenvedélybetegek gyógyításában. Szociális Szemle, 5(1), 88-97.

Plasse, B. R. (1995). Poetry therapy in a parenting group for recovering addicts. Journal of Poetry Therapy, 8(3), 135-142.

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

Sanchez, Z. V. D. M., & Nappo, S. A. (2008). Religious intervention and recovery from drug addiction. Revista de saude publica, 42, 265-272.

Sivadó, M. (2021). Női alkohol-és drogrehabilitáció a Hajnalcsillagban COVID-19 idején. Belügyi Szemle, 69(3. ksz.), 74-95.

Szabó, J., Tóth, S., & Karamánné Pakai, A. (2014). Narrative group therapy for alcohol dependent patients. International Journal of Mental Health and Addiction, 12(4), 470-476.

Szűcs, T. (2012.), (Szerk.), Történeteink - 25 éves a KIMM ráckeresztúri drogterápiás otthona. Kálvin kiadó.

Internetes források

URL1: https://drogterapia.hu

URL2: https://portage.ca/

URL3: http://valaszutiroda.hu

2022 drog kutató intézet 2022

drog kutató intézet

2022

2022

Szexuális droghasználat és jóllét egészségpszichológiai vizsgálata magyar szexuális kisebbségi mintán

Szexuális droghasználat és jóllét egészségpszichológiai vizsgálata magyar szexuális kisebbségi mintán

Fodor Róbert[1], Flach Richárd[2]

[1]ORCID ID: 0000-0001-8470-335X

[2]Pécsi Tudományegyetem

Absztrakt

Háttér: A szexuális droghasználat egyre erősödő népegészségügyi kockázatot jelent. A mögöttes tényezőket egészségpszichológiai megközelítésben vizsgáltuk magyar mintán, különös tekintettel az öngyilkossági kockázat, pszichés jóllét, a kényszeres szexuális viselkedés, homonegativitás, comingout és a szexuális droghasználat összefüggéseire vonatkozóan.

Módszer: Az egyes tényezőket magyar nyelven standardizált kérdőívekre adott válaszok segítségével mértük. A comingoutra és szexuális droghasználatra vonatkozóan gyakorisági adatfelvételt alkalmaztunk. Online kérdőívünket 2021 decemberében terjesztettük.

Eredmények és következtetések: A chemsex és homoszexualitás között gyenge, pozitív kapcsolatot találtunk. A jelenség kapcsolatba hozható a kényszeres szexuális viselkedéssel (megküzdés), azonban más vizsgált konstruktumokkal nem találtunk kapcsolatot. Homonegativitást mind a többség, mind a kisebbség esetén mértünk, ami a kisebbségek esetén az internalizált homofóbia konstruktumát jelezheti. Emelkedett mértékű reménytelenséget (és így közvetetten emelt öngyilkossági kockázatot) igazoltunk a bi- és pánszexuális kisebbségeknél, de nem igazoltuk a többi szexuális kisebbségnél vagy a heteroszexuálisoknál. A pszichológiai jóllét tekintetében nem találtuk szignifikáns hatását a szexuális orientációnak. A teljes outság alacsony (különösen a bi- és pánszexuálisok esetén), a rejtőzködés pedig prolongálhatja a kisebbségi stressz hatást.

Kulcsszavak: chemsex, öngyilkosság, szexuális droghasználat, homonegativitás

Abstract

Background: Sex under intoxication poses an increasing public health risk. From a health psychology perspective, our research focuses on the link between suicide risk, psychological wellbeing, compulsive sexual behaviour, homonegativity, coming out, and sex under intoxication in sexual minorities in a Hungarian sample.

Method: For measuring the constructs, we used self-assessment scales and inventories standardised for use in Hungarian. Regarding coming out and sexual drug use, we used surveying. The online data collection took place in December 2021.

Results: We found a weak but positive correlation between chemsex and homosexuality. Sex under intoxication can be linked to compulsive sexual behaviour (Coping). However, no other constuct has proven to be statistically predictive of chemsex behaviour. Homonegativity measured within the sexual minority groups suggests the presence of internalised homophobia. Our results indicate increased measures of hopelessness (as suicide risk factor) in bi- and pansexual groups versus other minority groups. We found no evidence of psychological wellbeing disparity between the sexual minorities and the sexual majority. Living completely out is uncommon, and being in the closet for a long time may prolong the undesired effects of minority stress.

Keywords: chemsex, suicide, sex under intoxication, homonegativity

2022 kutató intézet 2022

Fogalommagyarázat

LMBTQIA – betűszó: leszbikus, meleg, bi- és pánszexuális, transznemű, queer, interszex, aszexuális és további nem részletezett (+) szexuális és genderkisebbségek gyűjtőneve

nemi identitás – a nem mély, személyes megélésének egésze, amelybe beletartoznak az egyéni nemi önkifejezés eszközei (viselkedés, öltözködés, hang, gesztikuláció stb.), valamint az egyéni testérzet

cisznemű – olyan személy, akinek a születéskor kijelölt nemével (születési nemével) megegyező a nemi identitása

transznemű – olyan személy, akinek a születési nemétől eltérő a nemi identitása

szexuális orientáció – 1. tág értelemben: azonos, ellentétes vagy bármely nemhez köthető szexuális jellegű, mély érzelmi és romantikus intim vonzalomra szóló egyéni irányultság. 2. szűk értelemben: kizárólag a szexuális vonzalom tartozik ide azonos, ellentétes vagy bármely nemhez köthetően

romantikus orientáció – azonos, ellentétes vagy bármely nemhez köthető mély érzelmi és romantikus intim vonzalomra szóló egyéni irányultság (v.ö. szexuális orientáció2)

comingout (fn.), coming outol (ige) – angolul: „coming out” (főnév és ige). Szűk értelemben a nemi identitás vagy szexuális (és romantikus) orientáció megosztásának, mások előtti felvállalásának az aktusa. A comingoutot követő nyíltság, felvállaltság röviden az outság.

MSM – „men who have sex with men”: Ide tartozik minden olyan férfi nemi identitású személy, aki azonos neművel folytat szexuális viszonyt függetlenül a szexuális orientációjától.

chemsex – szexuális élményhez szorosan kapcsolt, élményt fokozó, tompító, vagy más formában módosító droghasználat, jellemzően metamfetamin (MDMA), gamma-hidroxi-vajsav (GHB, Gina), mefedron vagy ketamin segítségével az MSM körében.

Bevezető

A szexuális orientáció önmagában egészségdeterminánsfaktor (Logie, 2012). A mentális egészséggel kapcsolatos jelentős különbségeket tekintve több szerző az öngyilkosság prevalenciáját emeli ki (Plöderl és mtsai., 2013), kimondottan a fiatal LMBTQIA személyeknél (Fulginiti és mtsai., 2021; Gnan és mtsai., 2019). Az öngyilkosság ideációjában nem beszélhetünk szignifikáns különbségről a szexuális többség és kisebbség között, azonban az öngyilkossági kísérletek mennyiségét tekintve már igen (Harris, 2013). Az öngyilkossági kitettség mellé sorolhatjuk ezen felül a depressziót, szorongást, krónikus stresszt, valamint az alkohol- és drogfüggőséget mint kockázatokat (Logie, 2012).

A mögöttes okok vizsgálata során egyes szerzők arra a megállapításra jutnak, hogy a szexuális kisebbségi stressz (minority stress) játszik fontos szerepet (American Psychological Association, 2012; Fulginiti és mtsai., 2021; Hatzenbuehler és mtsai., 2008; Magyar Pszichológiai Társaság, 2016; Meyer és Frost, 2013). A kisebbségi stressz modell szerint a heteroszexuálisokkal összehasonlítva a szexuális kisebbségekre jellemző rosszabb pszichés állapot, társas és viselkedéses problémák, valamint jelentősebb számú öngyilkossági kísérletek ún. disztális (diszkrimináció, elutasítás, agresszió, strukturális elnyomás stb.) és proximális stresszoroknak (rejtőzködés, internalizált stigma, szégyen) való krónikus kitettséggel magyarázhatók (Lakos és Németh, 2022; Meyer és Frost, 2013).

Egyes szerzők szerint az orientációhoz kapcsolódó vélt stigma az inkább meghatározó (Kaniuka és mtsai., 2019), mások szerint a valós diszkrimináció és az ideáció állnak erős kapcsolatban (Salentine és mtsai., 2020). Trujillo (2015) szerint a heteronormatív világképben gyökerező heteroszexista élmények (zaklatások, diszkrimináció stb.) összessége áll kapcsolatban a depresszióval, ami közvetítő tényezője az öngyilkossági ideációnak. Szerinte az ezen élmények által generált depresszió kezelésével megelőzhető válhatnak az öngyilkossági ideációk és a tényleges kísérletek.

Tűnhet úgy, hogy egy személy a szexualitásával megbékélt, de negatív kognitív minták továbbra is fennállhatnak a gondolkodási folyamataiban és érzelmi jelenségeiben, amelyek akár impulzív, veszélyes, önpusztító vagy szélsőségesen abúzustűrő viselkedésben nyilvánulhatnak meg (Gonsiorek, 1988). A jelenség az internalizált homofóbia, illetve tágabb értelemben az internalizált homonegativitás. A homonegativitás terminusa negatív emóciókon kívül széleskörű kognitív hiedelmeket is magába foglaló homoszexualitásellenes attitűdök gyűjtőfogalma, amely nem a homoszexualitással szembeni tradicionális morális ellenérzéseket tartalmazza (Hudson és Ricketts, 1980; Morrison és Morrison, 2003; Török és mtsai., 2018).

Az internalizált homonegativitás mértéke azonban nem prediktora a comingoutnak a szűk családi körben (ECDC, 2013), de prediktora tágabb családi körben (Weber-Gilmore és mtsai., 2012). Egyes metaanalízisek szerint pozitív kapcsolat áll fent a homonegativitás és a pszichológiai distressz mértéke között (Berg és mtsai., 2016), és ez a krónikus distressz nem adaptív, egészségkárosító megküzdési módszerek kereséséhez vezethet. Egyes szerzők szerint

a krónikus pszichológiai distressz önvádként, szégyenérzetként, internalizált homofóbiaként és csökkent önértékelésként manifesztálódhat, és kapcsolatban állhat a kockázatos szexuális viselkedéssel, valamint a HIV-prevenció elhanyagolásával (Adebajo és mtsai., 2012; Ross, Berg, és mtsai., 2013; Ross, Kajubi, és mtsai., 2013). Az internalizált homonegativitás mindemellett az elutasításra való érzékenységre vonatkozó közvetítő tényező (Feinstein és mtsai., 2012).

A szexuális kisebbségeket vizsgáló egészségügyi témájú kutatások leginkább a HIV-re és egyéb nemi úton terjedő betegségekre fókuszálnak, azonban egyes tanulmányok kimondottan a droghasználati és egyéb addikciós kockázatokra hívják fel a figyelmet (Barrett és mtsai., 2019; Glass és mtsai., 2017; Halkitis és Singer, 2018; McCabe és mtsai., 2010; Sewell és mtsai., 2019). A homoszexuális férfiak (de nem minden MSM) körében gyakori az amil-nitrát oldószerek (poppers, rush) használata annak euforizáló és simaizom-tágító hatása miatt (Bakos és Bátyi, 2021), amely megkönnyítheti a receptív anális szexet. Emellett szerzők beszámolnak az alkohol, dohány és vényköteles gyógyszerek (szexuális teljesítménynövelők, nyugtatók) szexuális célú használatáról és annak prevalenciájáról is, mégpedig szexuális orientációtól függően (Lawn és mtsai., 2019).

Egyesek szerint önmagában a droghasználat pusztán egy nem adaptív distressz-kerülés, egy káros megküzdési mód, aminek a viselkedésszabályozás diszfunkciója áll a háttérében (Sinha, 2008). Mások szerint a droghasználat inkább szülői elhanyagolás és egyes személyiségtényezők összhatásának eredménye (Rogers és mtsai., 2018), míg vannak olyan szerzők, akik a környezeti faktorokat (a szerek könnyű elérhetőségét és az expozíciót) tartják felelősnek (Mennis és mtsai., 2016). Tanulmányunk a droghasználat egy speciális típusát, a chemsexet kívánja vizsgálni közelebbről.

A chemsex metamfetamin, gamma-hidroxi-vajsav, mefedron vagy ketamin által facilitált szexuális élmény. A mögöttes pszichológiai jelenségekről megoszlanak a szakirodalmi vélemények. A chemsexelés célja lehet kimondottan a szexuális teljesítménynövelés (kivéve olyan szerek használata esetén, amelyek a merevedés ellen hatnak), gátlás- és szorongásoldás, önbizalomnövelés (Koós és mtsai., 2022).

A chemsexet, valamint a szexuális kisebbségek egészségpszichológiáját közelebbről vizsgálók szerint azonban a kisebbségi modell szociálpszichológiai kulturális kontextusként szolgálhat a chemsex jelenségének megértéséhez is (Lakos és Németh, 2022). Az internalizált homonegativitás és krónikus distressz ugyan járhat kockázatos szexuális viselkedéssel, de egyes szerzők mégsem hozzák kapcsolatba a homonegativitást és a chemsexet (Barrett és mtsai., 2019; Bourne és mtsai., 2014; Halkitis és Singer, 2018; Hurley és Prestage, 2009; Kirby és Thornber-Dunwell, 2013; Sewell és mtsai., 2019). Ezen felül egyes szerzők elutasítják a kapcsolatot a jelenség és a konstruktum között (Ross és mtsai., 2001). Együttjárás lehetséges azonban a hiperszexualitással, vagy pontosabban a 2022-től alkalmazandó BNO-11 besorolás szerinti kényszeres szexuális viselkedéssel egyes klinikai mintákon végzett kutatások és adatfelvételek alapján (Demetrovics és mtsai., 2022).

Kutatásunk célja a fentiekben megismert tényezők mentén megvizsgálni a magyarországi szexuális kisebbségeket az öngyilkossági kockázat, pszichés jóllét erőforrásait, a kényszeres szexuális viselkedés, homonegativitás, comingout és a szexuális droghasználat összefüggéseire vonatkozóan. A jóllétet a kisebbségi stresszel való lehetséges megküzdési erőforrás szempontjából vizsgáljuk, és exploratív jelleggel keressük egyes tényezők lehetséges összefüggését a chemsex jelenségével. Tudjuk azonban, hogy a szexuális kisebbségek és szexuális többség között nincs különbség sem kognitív képességek, sem lelki jóllét, sem önbecsülés, sem általános pszichológiai működések tekintetében (American Psychological Association, 2012; Gonsiorek, 1991; Magyar Pszichológiai Társaság, 2016), és jelen kutatásban nem célunk cáfolni ezeket.

Az öngyilkossági kockázat mérésére a reménytelenség és depresszió konstruktumát együttesen mérő rövid kérdőívet választottuk, amely a klinikai gyakorlatban is elterjedt, és a Beck-féle Depresszió Kérdőív és Reménytelenség Skála tételeiből épül fel (Perczel-Forintos és mtsai., 2018).

A pszichológiai jóllétet három konstruktumon keresztül vizsgáltuk:

- az önértékelés klasszikus rosenbergi konstruktumán,
- az önegyüttérzés pozitív pszichológiai konstruktumán,
- valamint az öndeterminációs kielégítettség, pszichológiai szükségletek kielégítettségének percepcióján keresztül.

Ezen kívül vizsgáltuk az életvitel nyíltságát (outság, comingout), a homonegativitást, a szexuális droghasználatot és annak összefüggéseit a kényszeres szexuális viselkedéssel (hiperszexualitással).

Az alábbi specifikus hipotéziseket állítottuk fel:

Öngyilkossági kockázat:

H1. A szexuális orientációnak szignifikáns hatása van a Reménytelenség Skálán elért pontszámra.

Pszichológiai jóllét:

H2. A szexuális orientációnak szignifikáns hatása van a Rosenberg Önértékelés összpontszámára.

H3. A szexuális orientációnak szignifikáns hatása van az Önegyüttérzés skála faktorainak pontszámaira.

H4. A szexuális orientációnak szignifikáns hatása van az pszichológiai szükségletek kielégítettségének és frusztrációjának mértékében.

H5. A szexuális orientációnak szignifikáns hatása van a homonegativitás mértékében.

Életvitel nyíltsága:

H6. A comingout mértéke a kapcsolat jellegétől és bizalmasság mértékétől függ.

H7. A nyíltan vállalt szexualitás vagy nemi identitás szignifikáns pozitív kapcsolatot mutat az önértékelés, önegyüttérzés mértékével és a pszichológiai szükségletek kielégítettségének mértékével, és negatív kapcsolatot mutat a pszichológiai szükségletek frusztrációjával és a hiperszexualitással.

Szexuális droghasználat, kényszeres szexuális viselkedés (hiperszexualitás):

H8. A chemsex típusú szexuális droghasználat a homoszexuális populációban szignifikánsan magasabb, mint más nemi identitású vagy szexualitású csoportban.

H9. A nem chemsex típusú szexuális droghasználatban nincs szignifikáns különbség a szexuális kisebbségek és többség között.

H10. A szex megküzdési eszközként való használata pozitív és szignifikáns kapcsolatban van a szexuális droghasználattal.

Vizsgálat

Eljárás és résztvevők

A vizsgálathoz a Microsoft Forms eszközzel előállított online kérdőívcsomagot használtunk, melyet kényelmi (hozzáférés alapú) és hólabda módszerrel vegyesen terjesztettünk 2021. december 11. és 16. között. A kérdőívcsomag születési nemre, nemi identitásra, szexuális orientációra, comingoutra, és szexuális droghasználati gyakoriságra vonatkozó demográfiai kérdéseket, valamint a 2.2. Mérőeszközök fejezetben tárgyalt sztenderd kérdőíveket tartalmazta. A teljes kérdőív az 1. számú mellékletben olvasható. A statisztikai adatelemzéshez a jamovi 2.2.4 változatát használtuk.

A kérdőív kitöltését 125 fő kezdte meg, 1 fő nem egyezett bele a kérdőív kitöltésébe és a kutatásban való részvételbe, végül összesen 124 fő fejezte be a kitöltést (N = 124). A mintából 36 fő (29,0%) a szexuális többséghez, 88 fő (71,0%) a szexuális kisebbséghez tartozik, így ez utóbbi kategória felülreprezentált. A szexuális kisebbségek közül a homoszexuálisok 50 fővel (56,8%), a bi- és pánszexuálisok 31 fővel (35,2%), az aszexuálisok 2 fővel (2,3%), az egyéb szexualitásúak 5 fővel (5,7%) reprezentáltak. A válaszadók közül 58 fő születési neme szerint férfi (46,8%), ebből 0 fő transznemű, 2 fő nembináris identitású; míg 66 fő születési neme nő (53,2%), ebből 5 fő transznemű, 5 fő nembináris identitású, 1 fő nem adott választ. A minta átlagéletkora 34,7 év (SD = 7,61 év; min. 18, max. 66): a szexuális többség átlagéletkora 37,8 év (SD = 6,92; min. 23, max. 55), a szexuális kisebbségek átlagéletkora 33,5 év (SD = 7,56; min. 18, max. 66 év).

Mérőeszközök

Modern Homonegativitás Skála (MHS)

Az internalizált homonegativitás mérésére rendelkezésre áll az Internalized Homonegativity Scale (IHS) és annak rövid változata (SIHS) (Currie és mtsai., 2004). Ez utóbbit használják az Európai Unió ECDC ügynöksége az MSM mintán végzett statisztikai adatfelvételei során (ECDC, 2013; European Centre for Disease Prevention and Control és mtsai., 2019). A magyar nyelvű adatfelvétel során magyar nyelv fordított, de nem sztenderdizált változatot használtak, és tudomásunk szerint magyar nyelvre sztenderdizált változata a kérdőívnek jelenleg nem érhető el. Heteroszexuális mintán is végzett adatfelvételünkhöz azonban a nem kívántunk internalizált homofóbia konstruktumát mérni, hanem általánosságban az LMBTQIA személyekkel szembeni homonegativitást kívántuk vizsgálni a válaszadótól függetlenül. Ezért a Modern Homonegativitás Skálát (Morrison és Morrison, 2003) választottuk jelen kutatáshoz, illetve annak a magyar nyelvű adaptációját (Török és mtsai., 2018) használtuk. Az egyfaktoros skála 12 állítást fogalmaz meg, melyre ötfokú Likert-skálán (1: egyáltalán nem értek egyet, 5: teljes mértékben egyetértek) kell választ adni. A 3, 6 és 9 fordított tételekre adott pontszám megfordítását követően az összes pont összeadásával egy mutatószámot képzünk.

Rosenberg Önértékelés Skála

Az önértékelés stabilabb, életkorral változó, mégis vonásjellegű konstruktumának mérésére leggyakrabban a Rosenberg Önértékelés Skálát alkalmazzák (Horváth és mtsai., 2021; Sallay és mtsai., 2014). Vizsgálatunkhoz ennek a skálának magyar nyelven elérhető új, Sallay és munkatársai-féle (2014) fordítását használtuk, amelyet később Horváth és munkatársai (2021) is használnak gyűjteményükben. A skála által mért önértékelés független nemtől, kortól és iskolai végzettségtől. A kérdőív 10 állítást fogalmaz meg, melyet négyfokú Likert-skálán kell értékelni önbevallásos módon. Egy pontszámot képzünk a tételekre adott pontok összeadásával a 3, 5, 8, 9 és 10 tételek megfordítása után.

Alapvető Pszichológiai Szükségletek Kielégítettsége és Frusztrációja Skála

A személyiségpszichológia öndeterminációs elméleteiben gyökerező, és a három univerzálisnak tartott alapszükséglet – autonómia-, kompetencia- és kapcsolódásszükséglet – kielégítettségét és frusztrációját külön mérő skála az Alapvető Pszichológiai Szükségletek Kielégítettsége és Frusztrációja Skála (Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale, BPNSFS) (Chen és mtsai., 2015; Tóth-Király és mtsai., 2021).

A skála 24 tételt tartalmaz, amelyre önbevallásos módon ötfokú Likert-skálán kell választ adni. A skála a három alapszükséglet kielégítettségét és frusztrációját méri, összesen tehát 6 faktort képez, ezekhez négy-négy állítás tartozik. Fordított tételek nincsenek, és a magasabb frusztrációs faktoron elért pontszám magasabb frusztrációt jelez, míg a kielégítettség faktorok magasabb pontszáma magasabb elégedettséget jelez, tehát összpontszám nem képezhető a faktorokból egyszerű összeadással.

Az általunk használt magyar sztenderd Likert fejlécei hibásak (a kiadványban eredetileg: 3: inkább nem értek egyet, 4: egyet is értek, meg nem is, 5: inkább egyetértek, magasabb pontszám nincs), a tanulmány törzsszövege értelmében (Tóth-Király és mtsai., 2021) és az eredeti angol nyelvű változat alapján (Chen és mtsai., 2015) a fejléceket korrigáltuk (javítva: 3: egyet is értek, meg nem is, 4: inkább egyetértek, 5: teljesen egyetértek).

Önegyüttérzés Skála

Az önegyüttérzés konstruktuma közel áll a Rosenberg-féle önértékelés konstruktumhoz, azonban túl is mutat azon, mert tartalmazza annak a lehetőségét, hogy kiegyensúlyozottan válaszoljunk a distresszre az érzelmek elfojtása, rumináció vagy elkerülés nélkül (Neff, 2003; Sági és Tóth-Király, 2021). Az önegyüttérzés három fő komponenst tartalmaz ellentétpárokban:

1) önmagunkkal való kedvesség (self-kindness) – önbírálat (self-judgment);
2) közös emberi alapvetések normalizálása (pl. mások is tökéletlenek): közös emberi természet (common humanity) – izoláció (isolation);
3) saját érzelmeinktől való távolság: jelentudatosság (mindfulness) – túlzott azonosulás (over-identification).

A skála magyar nyelven két változatban került sztenderdizálásra teljes hosszában, azonban a publikálatlan kéziratban megjelent Kulcsár Zsuzsanna és V. Komlósi Annamária-féle első változat (2009) egyes elemei a faktorelemzés során nem bizonyultak megfelelőnek (Sági és Tóth-Király, 2021), míg a második változatban (Tóth-Király és mtsai., 2017) ez a probléma nem állt fent, így kutatásunkban is az Önegyüttérzés skála II. változatát használtuk.

Hiperszexuális Viselkedés Leltár

A kényszeres szexuális viselkedés (hiperszexualitás) – ti. túlzott mértékű szexuális fantáziák, viselkedések és késztetések összessége, melyek jelentős negatív következményt okoznak az egyén részére – a negatív érzelmekkel és distresszel való egy lehetséges megküzdési módként jelenhet meg (Bőthe és mtsai., 2021). A Hiperszexuális Viselkedés Leltár (Hypersexual Behavior Inventory, HBI) (Bőthe és mtsai., 2018; Reid és mtsai., 2011) a viselkedést három faktoron keresztül méri: kontroll (késztetések és viselkedések szabályozási képességének észlelt csökkenése), megküzdés (szex használata hangulati és érzelmi szabályozásra, stresszcsökkentésre) és következmények (az életvezetésben tetten érhető negatív következmények) (Bőthe és mtsai., 2021). A kérdőívből a három faktorhoz tartozó három pontszám képezhető a tételekre adott pontszámok összeadásával, fordított tételeket a kérdőív nem tartalmaz. Összpontszám szintén képezhető a három faktor pontszámainak összeadásával, azonban hazai mintán cut-off szám megbízhatóan nem áll rendelkezésre (Bőthe és mtsai., 2021). A kérdőív rövid, nyolctételes változatának magyar sztenderdizálása folyamatban van kutatásunk készítésekor, így a teljes, 19 tételes változatot használtuk. A kérdőív megfelelően használható a szexuális orientációk széles spektrumán (Bőthe és mtsai., 2018, 2021).

Reménytelenség Skála – rövid változat

A Reménytelenség Skálának rövid változatát (RS-R) a rövid- és középtávú öngyilkossági kockázat mérésére is alkalmazzák a klinikai gyakorlatban (Perczel-Forintos és mtsai., 2018). Az egyhetes állapotra vonatkozóan 4 itemet kell értékelni négyfokú Likert-skálán. Fordított tétel nincs. Az „egyáltalán nem igaz rám" 0 pontot ér, a „részben igaz" választás már 1 pontot, válaszonként a legmagasabb pontszám 9, így az legmagasabb összpontszám 12. Az öngyilkossági kockázathoz tartozó cut-off pontszám 6 (Perczel-Forintos és mtsai., 2018).

Eredmények

Kérdőívek eredményei

Modern Homonegativitás Skála

A magyar sztenderd belső konzisztenciája magas (Cronbach-α: 0,90, illetve 0,91) (Török és mtsai., 2018). Jelen kutatásunkban szintén magas reliabilitást találtunk (Cronbach-α: 0,898, McDonald's-ω: 0,906).

A magyar sztenderd átlagai a teljes mintán 36,9 (férfi változat) - 37,0 (női változat) (Török és mtsai., 2018). Jelen kutatásunk eredményeiben a pontszámok átlaga 23,36. A kapott válaszokat csoportok szerint szegmentálva is megvizsgáltuk. A szexuális többség és szexuális kisebbség szerint illesztett adatsor követi a normál eloszlást (Shapiro-Wilk $p > 0,05$), így függetlenmintás t-próba során a Student-féle t értéket számítottuk ki. A szexuális többség és kisebbség között szignifikáns eltérést találtunk az MHS-en elért pontszámok között közepes hatásnagysággal: $t = 2,117$, $p < 0,05$, Cohen-d: 0,419. A szexuális többség átlaga 26,1 pont, a kisebbségé 22,2 pont. Bayesiánus próbát alkalmazva azonban BF10 = 1,508 ± 0,000% értéket kaptunk, ami azonban közepesnél gyengébb, anekdotális evidenciát jelent, vagyis nem támasztja alá eléggé azt a várakozást, miszerint különbség van a szexuális többség és kisebbség között az MHS kérdőíven elért pontszámokban. A kísérlet nem elég érzékeny (Dienes, 2016).

Tovább bontottuk a szexuális kisebbségi orientációkat, azonban ezek eloszlása nem követi a normál eloszlást (Shapiro-Wilk $p < 0,05$), és az adatsor ferdesége is nagyobb, mint 1 (skewness: 1,23), így nemparametrikus függetlenmintás próbákat végeztünk. Az átlagok szexuális orientáció tekintetében enyhén különböztek: legalacsonyabb a bi- és pánszexuálisként azonosulók átlaga (20,45 pont), legmagasabb a heteroszexuálisként azonosulóké (26,14 pont), azonban a csoportok közti különbséghatás nem szignifikáns sem összességében (Kruskal-Wallis: $\chi2$ (3) = 6,438, $p > 0,05$, $\varepsilon2 = 0,052$), sem Dwass-Steel-Critchlow-Fligner-féle módon páronként összehasonlítva. A próbát parametrikus módon is elvégeztük összehasonlítási célból, azonban nem találtunk szignifikáns különbséget ezen a módon sem. Továbbá születési nem és nemi identitás szerint sem találtunk statisztikailag szignifikáns különbséget a csoportok között (mindkét vizsgálatban $p > 0,05$).

Az MHS összpontszám gyenge, de szignifikáns kapcsolatot mutat az Alapvető Pszichológiai Szükségletek kapcsolati kielégítettség faktorral ($r = -0,182$, $p < 0,05$), és a Hiperszexuális Viselkedés leltár következmény faktorral ($r = 0,211$, $p < 0,05$).

Rosenberg Önértékelés Skála

Az új magyar fordítási sztenderd belső konzisztenciája jó (Cronbach-α: 0,857) (Sallay és mtsai., 2014). Jelen kutatásunkban szintén magas a kérdőív reliabilitása (Cronbach-α: 0,914, McDonald's-ω: 0,921).

A teljes mintánk átlagos pontszáma 28,11 pont (szórás: 6,34). A kapott válaszok szegmentálását elvégeztük, melyhez az eloszlás normalitását vizsgáltuk meg először. A szexuális többség és szexuális kisebbség szerinti illesztésben a mintánk követi a normál eloszlást (Shapiro-Wilk $p > 0,05$), így parametrikus függetlenmintás próbát végeztünk. A skálán elért pontszámokban szignifikáns különbség nem volt a csoportok között sem frekventista, sem bayesiánus próba esetén.

A szexuális kisebbségek csoportját tovább bontottuk: a válaszok gyakorisági eloszlása itt sérti a normalitást (Shapiro-Wilk $p < 0,05$), így nemparametrikus próbákat végeztünk. Szexuális orientáció szerint a legkisebb átlagpontszám a bi- és pánszexuálisok esetében fordult elő (26,33 pont, medián: 27,5), míg a legmagasabbat a heteroszexuálisok esetében találtuk (29,08 pont, medián: 28). A legmagasabb mediánnal azonban az aszexuálisok rendelkeztek (28,14 pont, medián: 30). A csoportok között azonban statisztikailag szignifikáns különbség nem volt (Kruskal-Wallis: $\chi2$ (3) = 2,248, $p > 0,05$, $\varepsilon2 = 0,019$). Nem találtunk továbbá szignifikáns különbséget születési nem és nemi identitás szerint sem ($p > 0,05$).

A Rosenberg Önértékelés Skála összpontszáma szignifikánsan korrelál az MHS skálán kívül minden skálával:

- Reménytelenség Skálával mérsékelten erős negatív kapcsolat: $r = -0,646$, $p < 0,001$;
- Alapvető Pszichológiai Szükségletek Kielégítettsége és Frusztrációja Skála kielégítettség skáláival pozitívan mérsékelten erős kapcsolattal (autonómia: $r = 0,614$, kapcsolati: $r = 0,482$, kompetencia: $r = 0,742$), frusztráció skáláival negatívan gyenge (autonómia: $r = -0,400$), mérsékelt (kapcsolati: $r = -0,523$), valamint erős kapcsolattal (kompetencia: $r = -0,824$), minden esetben: $p < 0,001$;
- Önegyüttérzés Skála faktoraival páronként a pozitív elemekkel mérsékelten erős kapcsolattal pozitívan (kedvesség: $r = 0,625$, közös emberi: $r = 0,522$, jelentudatosság: $r = 0,618$), az ellentétes elemekkel mérsékelten erős kapcsolattal negatívan (elítélés: $r = -0,621$, izoláció: $r = -0,711$, túlzott azonosulás: $r = -0,645$), minden esetben szignifikánsan: $p < 0,001$;
- Hiperszexuális Viselkedés Leltár faktoraival gyenge kapcsolattal, negatívan (kontroll: $r = -0,250$, megküzdés: $r = -0,269$, következmény: $r = -0,265$), $p < 0,05$.

Alapvető Pszichológiai Szükségletek Kielégítettsége és Frusztrációja Skála

A magyar adaptáció és a multidimenzionalitás vizsgálatakor elvetették a Cronbach-α mutatót az itemek és látensfaktorok közti erősséget is figyelembe vevő McDonald's-féle ómega kedvéért, így a sztenderd kérdőív egészének reliabilitása tehát McDonald's ω: 0,939 (Tóth-Király és mtsai., 2021). Kutatásunkban hasonlóan magas reliabilitást találtunk mintánkon: Cronbach-α: 0,940, McDonald's-ω: 0,942. A kutatásunk adatai alapján az eredeti faktorszerkezet is jól illeszkedik: $\chi2 = 375,827$, RMSEA = 0,069, CFI = 0,921, SRMR = 0,065.

A szexuális többség és szexuális kisebbség szerinti bontásban az adatok követik a normál eloszlást (Shapiro-Wilk $p > 0,05$), így az egyes faktorokat páronként illesztve vizsgáltuk parametrikus függetlenmintás próbával. Frekventista statisztikával úgy találtuk, hogy szignifikáns különbség van közepes hatásnagysággal a csoportok között autonómia igény kielégítettség faktor esetén: $t = 2,073$, $p < 0,05$, Cohen-d: 0,410. A bayesiánus próbát elvégezve azonban BF10 = 1,393 ± 0,000% értéket kaptunk, amely gyenge különbségi valószínűséget jelent. Más faktor esetében vagy az összpontszámot tekintve különbséget nem találtunk egyik módszerrel sem.

Szexuális kisebbségek orientációi szerint tovább szegmentálva nincs szignifikáns különbség a csoportok között, kivéve a kapcsolati frusztráció faktor esetében: $F = 3,264$, $p < 0,05$. A post-hoc teszt a páronkénti vizsgálatban a bi- és pánszexuálisok és a homoszexuálisok között mutatott szignifikáns különbséget: $t = 3,207$, $p_{Tukey} < 0,05$. A homoszexuálisok és nemhomoszexuálisok közti függetlenmintás összehasonlításban szintén igazoltunk szignifikáns különbséget: Mann-Whitney U = 1334.50, $p < 0,05$, hatásnagyság: 0,279. Ez utóbbi nem a szexuális többség és szexuális kisebbség szerinti szegmentálás.

Az Alapvető Pszichológiai Szükségletek Kielégítettsége és Frusztrációja Skála alfaktorai szignifikáns kapcsolatot mutatnak – az MHS és Rosenberg Önértékelési Skálánál tárgyalt kapcsolaton túl – az Önegyüttérzés Skála faktoraival pozitív páronként pozitívan és negatív páronként negatívan. A páronkénti értékeket nem részletezzük.

Önegyüttérzés Skála

A kutatásunkban használt 2. fordítás reliabilitása a teljes skálára Cronbach-α: 0,93 volt (Sallay és mtsai., 2014), míg kutatásunkban szintén magas pontszámot ért el: Cronbach-α: 0,953, McDonald's ω: 0,954. A kutatásunk adatai alapján az eredeti faktorszerkezethez az adatsorunk megfelelően illeszkedik: $\chi2 = 553,809$, RMSEA = 0,088, CFI = 0,872, SRMR = 0,072.

A szexuális többség és szexuális kisebbség szerinti illesztésben a mintánk követi a normál eloszlást (Shapiro-Wilk $p > 0,05$), így parametrikus függetlenmintás próbát végeztünk az egyes faktorokon páronként. Az elért pontszámokban szignifikáns különbség nem volt a csoportok között sem frekventista ($p > 0,05$), sem bayesiánus módszerrel (BF10 < 3). A bayesiánus próbák eredményei a kedvesség, elítélés, izoláció, jelentudatosság, túlzott azonosulás faktorok esetében a próba nullhipotézisét közepes erősséggel igazolják szemben a hipotézissel (0,1 <

BF10 < 0,33; BF10 = [0,212-0,230], err. ± 0,026-0,032%), vagyis nem valószínű, hogy ezen faktorok esetén különbség van a csoportok között.

Születési nemek szerint szignifikáns különbség van a csoportok között közepes hatásnagysággal az izoláció (t = -2,578, p < 0,05, Cohen-d: -0,466) és túlzott azonosulás (t = -3,024, p < 0,05, Cohen-d: -0,548) faktorok esetében: mindkét esetben a nők érték el szignifikánsan magasabb pontszámot. Szexuális orientáció szerint azonban nincs különbség a skálának vagy egyes faktorainak pontszámaiban.

A skála faktorai nem korrelálnak a Modern Homonegativitás Skálával. A korábban tárgyalt módon korrelálnak a Rosenberg Önértékelés Skálával és a BPNSFS skálával. A Reménytelenség Skálával azonban szignifikánsan korrelálnak az egyes faktorok: az Önegyüttérzés Skála pozitív faktorai (önmagunkkal való kedvesség, közös emberi, jelentudatosság) közepes erősséggel negatívan, szignifikánsan korrelálnak az RS-R összpontszámával (r = -0,479 – -0,494, p < 0,001), míg a negatív faktorok (elítélés, izoláció, túlzott azonosulás) mérsékelten erősen, pozitívan, szignifikánsan korrelálnak vele (r = 0,525 – 0,624, p < 0,001).

Az Önegyüttérzés Skála faktorai a Hiperszexuális Viselkedés Leltár faktoraival részben, gyengén korrelálnak: az izoláció (r = 0,249 – 0.286, p < 0,05) és túlzott azonosulás (r = 0,205 – 0.223, p < 0,05) faktorok esetén áll fent pozitívan mindhárom hiperszexuális faktorral (kontroll, megküzdés, következmények).

Szignifikáns különbség van az Önegyüttérzés Skála elítélés faktora és a szűk barátok előtti outság szerint a csoportok között: Mann-Whitney U = 62,000, p < 0,05, hatásnagyság: 0,617.

Hiperszexuális Viselkedés Leltár

Kutatásunkban a Hiperszexuális Viselkedés Leltár tételeire adott válaszok alapján a skála egésze magasan reliábilis: Cronbach-α: 0,895, McDonald's ω: 0,900, mely meghaladja a hazai sztenderd reliabilitását (α = 0,75-0,86) (Bőthe és mtsai., 2021). A kutatásunk adatai alapján rekonstruált faktorszerkezet az eredeti faktorszerkezethez közepesen illeszkedik: χ2 = 258,910, RMSEA = 0,088, CFI = 0,872, SRMR = 0,071. Az 5 („A szexualitás érdekében feláldozok olyan dolgokat, amik tényleg fontosak az életemben.") és 15 („Nem tudok uralkodni a szexuális sóvárgásomon, vágyaimon") itemek nem felelnek meg az eredeti faktorszerkezetnek rotációval.

Szexuális orientáció szerint nem volt különbség az egyes csoportok között a leltár összpontszámában vagy az egyes faktorok pontszámaiban sem frekventista, sem bayesiánus próba esetében sem. Születési nem szerint azonban a következmény faktorban szignifikáns különbség volt a férfiak és nők között, ugyanis a férfiak magasabb pontot értek el jellemzően: t = 2,014, p < 0,05, Cohen-d: 0,363.

A Hiperszexuális Viselkedés Leltár megküzdés és következmények faktorai szignifikánsan és gyengén, pozitívan korrelálnak a Reménytelenség Skálán elért összpontszámmal: megküzdés r = 0,233, következmények r = 0,262, p < 0,05 mindkét esetben. A kontroll faktor gyengén, de

szignifikánsan negatívan korrelál a BPNSFS skála kapcsolati igény kielégítettséggel (r = -0.236, p < 0,05) és kompetencia-kielégítettséggel (r = -0.187, p < 0,05), és pozitívan gyengén korrelál a kapcsolati frusztrációval (r = 0,247, p < 0,05). A megküzdés faktor gyengén, negatívan korrelál a BPNSFS skála autonómia kielégítettséggel, kapcsolati kielégítettséggel, kompetencia kielégítettséggel (r = -0,225 – -0,264, p < 0,05), valamint gyengén pozitívan korrelál a kapcsolati frusztrációval (r = 0,247, p < 0,05) és kompetenciafrusztrációval (r = 0,285, p < 0,05). A következmények faktor gyengén pozitívan korrelál minden BPNSFS frusztráció (r = 0,232–0,297, p < 0,05) és gyengén negatívan minden BPNSFS kielégítettség (r = -0,198 – -0,252, p < 0,05) jellegű faktorral.

Reménytelenség Skála rövid változat

Kutatásunkban a kapott válaszok alapján a skála reliabilitása magas: Cronbach-α: 0,890, McDonald's ω: 0,893, hasonlóan a magyar sztenderdéhez (α = 0,85) (Perczel-Forintos és mtsai., 2018). Az átlagpontszám 2,431 volt (szórás: 2,637). A kapott válaszok alapján 15 fő (12,2%) érte el a klinikailag releváns, öngyilkosságot predikáló 6 vagy több pontos határértéket: ebből 1 fő aszexuális, 3 fő homoszexuális, 4 fő heteroszexuális, 7 fő bi- vagy pánszexuális orientációjú; a legmagasabb elért pontszám 12 volt.

A szexuális többség és szexuális kisebbség összehasonlításában a pontszámok nem követik a normál eloszlást, így nemparametrikus próbákat használunk. A frekventista próba esetében a Mann-Whitney-féle U = 1334,00, p > 0,05 érték lett, míg a bayesiánus próba esetén BF10 = 0,395, W = 1334 értéket kaptunk, ami elveti a hipotézisünket, vagyis az RS-R összpontszám esetében nincs különbség a szexuális többség és szexuális kisebbség között.

A szexuális kisebbségek orientációit tovább bontva is megvizsgáltuk az adatokat. A legmagasabb átlagpontszámot a bi- és pánszexuálisok érték el 3,613 ponttal (szórás 3,232, N=31), a legalacsonyabbat a homoszexuálisok 1,939 ponttal (szórás: 2,015, N=49). A kapott válaszok eloszlása nem követi a normál eloszlást (Shapiro-Wilk p < 0,05), és az adatsor ferdesége is nagyobb, mint 1 (skewness: 1,40), így nemparametrikus függetlenmintás próbákat végeztünk, hogy megállapítsuk, hogy a csoportközi különbségek szignifikánsak-e. Az egydimenziós szexuális orientáció szerint képzett csoportok között statisztikailag szignifikáns különbség nem volt: Kruskal-Wallis: χ2 (3) = 7,053, p > 0,05, ε2 = 0,058. Azonban összehasonlításként elvégzett parametrikus analízis szignifikáns különbséget mutat: F(3,119) = 3,041, p < 0,05, η2p=0,071. Bayesiánus hipotézisvizsgálatot is elvégeztük a szexuális kisebbségek orientációnak kibontásával, ez esetben pedig a specifikus szexuális orientáció hatás erősebb, mint az hatás elvetése (nullhipotézis) (BF10 = 1,941 ± 0,000%), azonban ennek mértéke továbbra is alacsony: anekdotális evidencia szintjén van. Páronkénti összehasonlításban azonban találtunk közepes erősségű különbség-valószínűséget a bi- és pánszexuálisok, valamint homoszexuálisok között (BF10 = 7,364 ± 0,001).

Comingout

Megállapítottuk, hogy az egyes kisebbségi orientációknak szignifikáns hatása van a comingout gyakoriságára: $F(2,83) = 10,041$, $p < 0,001$, $\eta 2p = 0,195$. Post-hoc tesztek elvégzését követően azt találtuk, hogy a biszexuálisok szignifikánsan kisebb gyakorisággal coming outolnak, mint a homoszexuálisok ($t = -3,759$, $pTukey < 0,001$).

A comingout szempontjából szignifikáns különbségek vannak az egyes kapcsolati csoportok között is: $F(2,166) = 8,246$, $p < 0,001$, $\eta 2p = 0,090$). Ezen belül pedig a baráti kör és család előtti coming out gyakoriságában nincs szignifikáns különbség, azonban a baráti kör és munkahely körében történő coming out gyakoriságában van a legnagyobb fokú, szignifikáns különbség: $t = 3,793$, $pTukey < 0,001$. A család előtti coming out és munkahelyi coming out gyakorisága között kisebb, de szintén szignifikáns a különbség: $t = 2,721$ $pTukey < 0,05$.

A comingout jellege, vagyis hogy saját elhatározásból vagy kényszer hatására történt, szintén szignifikáns hatással bír a csoportok közti különbségre: $F(1,83) = 89,279$, $p < 0,001$, $\eta 2p = 0,518$). Baráti körben inkább saját elhatározásból coming outolnak a válaszadók: $t = 8,779$, $p < 0,001$); ezzel szemben a munkahelyen kiegyenlítettebb a különbség a csoportok között, de így is jelentősebb a saját elhatározású comingout: $t = 3,189$, $p < 0,05$). A hatáskülönbség 2,75-szörös. A kapcsolati távolságot tovább bontva láthatjuk, hogy ugyanazon a csoporton belül (pl. barátok) a bizalmi jelleg (pl. közeli barát vagy távoli barát) szintén szignifikáns különbséggel bír: $F(2,166)=15.396$ $p<0.001$ $n2p=0.156$; $t= 6.228$, $ptukey <0.001$, vagyis kapcsolati csoporton belül is a bizalmasabb (szűk) kapcsolatban szignifikánsan magasabb a comingout.

A mintánkban – a cisznemű heteroszexuálisokat kizárva, akiknél comingout nem értelmezhető – a válaszadók 95,3%-a nyíltan vállalja orientációját vagy identitását a szűk baráti körben, tágabb baráti körben már csak 65,1%-uk teszi ugyanezt. A szűk család körében nyíltság (66,3%) és a munkahelyi szűk körbeni nyíltság (65,1%) mértéke szinte megegyezik a tág baráti kör gyakoriságával. Legkevesebben (36,0%) nyíltak a munkahelyükön kevésbé bizalmas kapcsolati távolságban, vagyis a teljes, publikus nyíltság 36,0%-nál nem magasabb.

A bi- és pánszexuálisok szignifikánsan alacsonyabb outságot mutatnak a homoszexuális csoporthoz képest: $t = -3,506$, $pTukey < 0,05$.

A szexuális droghasználatban nem volt különbség az outság jellege és mértékeinek szempontja szerint egyik csoport esetében sem.

Szexuális droghasználat

A droghasználati kérdések az elmúlt 12 hónap szerhasználati gyakoriságát vizsgálták, mégpedig kimondottan „szexuális együttlét során vagy azt közvetlenül megelőzően az elmúlt 1 évben (pl. együttlét elősegítésére, vagy annak keretében az élmény módosításának – javítás, tompítás stb. – szándékával)”. A kérdések a legális serkentők (nikotin, koffein) és depresszánsok (alkohol, vénykötelés altatók) mellett a kimondottan MSM férfiak körében

gyakran használt (ECDC, 2013), nem chemsex drogként azonosított oldószerekre (pl. poppers nevű alkil-nitritek), ópiátokra (morfin, heroin, metadon, kodein), kokainra, illetve a chemsex drogok körébe szűken tartozó további szerekre (amfetaminok: mefedron; metamfetaminok: MDA, MDMA [ecstasy]; TMA, GHB (Gina); valamint ketamin) vonatkoztak.

A

1. *táblázat* szemlélteti a tipikus chemsex drogok használati gyakoriságát, és első ránézésre az adatok között legalább gyakori használattal a homoszexuálisok adatsora ugrik ki.

Típus	Gyakoriság	Egydimenziós szexuális orientáció			
		aszex.	heterosz.	bi-, pánsz.	homosz.
Mefedron	soha:	7	35	30	46
	alkalmanként:	0	1	1	3
	gyakran:	0	0	0	0
	(majdnem) mindig:	0	0	0	1
MDMA	soha:	7	34	29	44
	alkalmanként:	0	2	2	5
	gyakran:	0	0	0	1
GHB	soha:	7	36	30	46
	alkalmanként:	0	0	1	3
	gyakran:	0	0	0	0
	(majdnem) mindig:	0	0	0	1
Ketamin	soha:	7	36	31	48
	alkalmanként:	0	0	0	2

1. táblázat: Chemsex drogként azonosított szerek használati gyakorisága egydimenziós szexuális orientációs címkék szerint 1 éven belül. Szerzők saját szerkesztése.

Függetlenmintás varianciaanalízist végezve az orientációnak nem volt szignifikáns hatása sem a parametrikus, sem a nemparametrikus próbákon. Azonban az elemzést két csoportra bontva (homoszexuális igen – nem) független mintás t-próbát végezve szignifikáns különbséget találtunk. Az adatsor nem normál eloszlású (Levene-teszt $p < 0,05$), erősen balra torzít, így a nemparametrikus próba eredménye értelmezhető A Ha: $\mu_{homoszexuális} > \mu_{nemhomoszexuális}$ hipotézissel futtatott Mann-Whitney-féle próba szignifikáns különbséget mutatott: $U = 1676,500$, $p < 0,05$, hatásnagyság: 0,094. A homoszexuális csoport

átlaga 0,420 (szórás: 1,372, N=50), míg a nemhomoszexuális csoport átlaga 0,095 (szórás: 0,376, N=74).

Az együttjárás ellenőrzésére parciáliskorreláció-elemzést végeztünk, melynek eredménye igen gyenge, de szignifikáns korrelációt tárt fel: Spearman-féle $\rho = 0{,}150$, $p < 0{,}05$. Lineáris regresszió vizsgálat nem tárt fel determinisztikus kapcsolatot: $r = 0{,}173$. Ennek oka a kis elemszámban is keresendő.

A tipikus chemsex szereket nem használók (N=111) kihagyásával megvizsgáltuk, hogy a chemsex drogokat az elmúlt egy évben legalább alkalmanként használók (N=13) milyen pontszámokat értek el a kérdőíves vizsgálatokon. Az így szűrt adatsor a normalitásvizsgálatnak megfelelt a Shapiro-Wilk és Levene próbán is, így a parametrikus vizsgálatokat végeztük el. Azt találtuk, hogy a chemsex használat mérsékelten erős pozitív korrelációt mutatott a Hiperszexuális Viselkedés Leltár megküzdés alskálájával (szex használata hangulati és érzelmi szabályozásra, stresszcsökkentésre): Pearson-féle $r = 0{,}604$, $p < 0{,}05$. Nem mutatott azonban szignifikáns kapcsolatot a Rosenberg-féle önértékeléssel, az Önegyüttérzés skála faktoraival, a Reménytelenség Skálával, az öndeterminisztikus elméleti skálákkal (BPNSFS), sem a homonegativitással. A vizsgálatot újra elvégezve a szűrés nélküli, teljes mintán nem hozott mutatott korrelációt az egyes skálák és a chemsex droghasználat között.

A chemsex használati gyakoriságra a megélt nemi identitás és a születési nem volt hatással, a csoportok között szignifikáns különbséget nem találtunk.

A szexuális együttléti célból használt egyéb, kutatásunkban releváns szerek gyakoriságát a

2. *táblázat* tartalmazza. Csoportonkénti vizsgálatokban azt találtuk, hogy az alkoholhasználatban a csoportok között szignifikáns különbség nincs ($F(3,120) = 1{,}526$, $p > 0{,}05$), azonban a homoszexuálisok a nemhomoszexuálisokhoz képest szignifikánsan nagyobb mértékben fogyasztottak alkoholt a szexuális együttlétekhez: Student-féle $t = 1{,}794$, $p < 0{,}05$, Cohen-d = 0,328. Az alkoholhasználat emellett gyenge, de szignifikáns kapcsolatot mutatott az Önegyüttérzés Skála közös emberi alskálájával ($r = 0{,}203$, $p < 0{,}05$), a homonegativitással ($r = 0{,}210$, $p < 0{,}05$), a Hiperszexuális Viselkedés Leltár kontroll ($r = 0{,}258$, $p < 0{,}05$) és következmény ($r = 0{,}211$, $p < 0{,}05$) faktorokkal.

A kannabiszhasználat nem mutatott különbséget a csoportok között, és nem korrelált a kérdőívek által mért konstruktumokkal. A kokainhasználat szintén nem mutatott különbséget a csoportok között, azonban enyhén negatívan korrelált a Hiperszexuális Viselkedés Leltár megküzdés faktorral ($r = -0{,}179$, $p < 0{,}05$).

Az oldószerhasználat (ahová az MSM poppershasználat is tartozik) szignifikáns különbséget mutatott a homoszexuális és nemhomoszexuális csoportok között: Mann-Whitney $U = 1674{,}000$, $p < 0{,}05$, hatásnagyság: 0,095.

Típus	Gyakoriság	Egydimenziós szexuális orientáció			
		aszex.	heterosz.	bi-, pánsz.	homosz.
Alkohol	soha:	2	15	16	14
	alkalmanként:	5	18	14	32
	gyakran:	0	3	1	4
Kannabisz	soha:	7	32	26	41
	alkalmanként:	0	3	4	8
	gyakran:	0	1	1	1
Oldószerek	soha:	7	35	30	44
	alkalmanként:	0	1	1	2
	gyakran:	0	0	0	3
	(majdnem) mindig:	0	0	0	1
Kokain	soha:	7	34	29	44
	alkalmanként:	0	2	2	6

2. táblázat: Egyéb szerek használati gyakorisága egydimenziós szexuális orientációs címkék szerint 1 éven belül. Szerzők saját szerkesztése.

Megvitatás

Szakirodalmi források alapján különbség van a szexuális többség és kisebbség között fizikai és mentális egészség terén, mely depresszió, szorongás, krónikus stressz, valamint az alkohol- és drogfüggőség formájában jelentkezik (Logie, 2012). Új jelenségként megfigyelhető elsősorban az MSM körében a chemsex, mely egyre erősödő népegészségügyi kockázatot jelent már Magyarországon is (Bourne és mtsai., 2014; Tamási, 2022).

Kutatásunkban a szexuális kisebbségek mentális egészségbeli diszparitását vizsgáltuk magyar mintán a szexuális többséghez képest. Vizsgálati szempontként a következő tényezőket választottuk: i) öngyilkossági kockázat a reménytelenség konstruktumán keresztül; ii) egészségpszichológiai jóllét az önértékelés, önegyüttérzés és öndetermináción keresztül; iii) kényszeres szexuális viselkedés (hiperszexualitás) és homonegativitás, valamint ezek kölcsönhatása a chemsex jelenségével; iv) comingout mértéke.

Szexuális droghasználat

A szakirodalmi források alapján az MSM csoport körében jelentős a chemsex (MDMA, GHB, mefedron, ketamin szexuális aktushoz kötött használatának) prevalenciája (Barrett és mtsai.,

2019; Halkitis és Singer, 2018; Sewell és mtsai., 2019). Kutatásunk kis számú (N=13) almintát azonosított, akik chemsexben vettek részt az elmúlt 12 hónapban legalább alkalmanként. Statisztikai próbánk gyenge, de szignifikáns különbséget talált a homoszexuális csoport javára (ezért a H8 hipotézist igazoltnak fogadjuk el). Nem találtunk determinisztikus kapcsolatot a homoszexualitás és a chemsex használat között lineáris regressziós vizsgálattal, tehát ezek nem egymás prediktorai. Nem találtunk nemi identitás vagy születési nem szerint sem szignifikáns különbségeket vagy összefüggéseket.

A chemsex használat azonban mérsékelten erősen és szignifikánsan együtt járt a kényszeres szexuális viselkedés mérésére használt Hiperszexuális Viselkedés Leltár megküzdési komponensével, vagyis a szexet megküzdési stratégiaként és stresszcsökkentőként alkalmazók és a chemsexben részt vevők között. A H10 hipotézist így elfogadottnak tekintjük.

A chemsex jelenségéhez azonban homonegativitás és önbecsülés jellegű pszichológiai jóllét konstruktumok nem kapcsolódnak.

Az egyéb szexuális droghasználat tekintetében a poppers (oldószerek) használatának prevalenciáját igazoltuk a homoszexuális populáción, a többi szer használatában a szexuális orientációnak nem volt szerepe, és a nem tradicionálisan chemsex típusú szerek használati gyakoriságát összegezve sem mértünk szignifikáns különbséget, ezért a H9 hipotézist igazoltnak tekintjük.

2022
2022

Öngyilkosság

Az LMBTQIA személyek öngyilkossági kísérleti prevalenciája a szakirodalmi adatok alapján magas (Haas és mtsai., 2010; Plöderl és mtsai., 2013). Kutatásunkban az öngyilkossági szándék felmérésére a Reménytelenség Skála rövid változatát alkalmaztuk. Eredményeink alapján önmagában a szexuális többséghez vagy kisebbséghez tartozásnak nincs szignifikáns hatása a reménytelenség mértékére. Azonban úgy találtuk, hogy egyes szexuális orientációk között szignifikáns különbség van. A skálán elért 6 pontérték prediktora az öngyilkossági ideációnak és jövőbeli kísérletnek a klinikumi tapasztalatok alapján (Perczel-Forintos és mtsai., 2018). Várakozásainkkal ellentétben a bi- és pánszexuálisok kombinált pontszámai lettek a legmagasabbak, míg a homoszexuálisok pontszámai a legalacsonyabbak. Megállapíthatjuk tehát, hogy mintánkon igazoltuk a specifikus szexuális orientáció szerinti különbséget a reménytelenség konstruktumában, de nem igazoltuk a szexuális többség – szexuális kisebbség felosztásban. A H1 hipotézisünket mintánkon elvetjük.

Nem találtunk összefüggést a reménytelenségen keresztül mért öngyilkossági kockázat és chemsexben való részvétel között.

Jövőbeli kutatások során célszerű lehet a depresszió konstruktumán keresztül vagy közvetlenül vizsgálni az öngyilkossági kockázatot célzott kérdőívvel. További vizsgálatra van azonban szükség annak feltárására, hogy miért a bi- és pánszexuális (tehát nem kizárólag egy nemhez vonzódó) csoport esetén lett a legmagasabb a reménytelenség mértéke. Lehetséges

kiindulópont a vizsgálathoz az bi- és pánszexuálisok esetén – a többi csoporthoz képest – mért nagyobb rejtőzködési szint.

Pszichológiai jóllét

A pszichológiai jóllét tekintetében nem találtuk szignifikáns hatását a szexuális orientációnak, kivéve a kapcsolati frusztráció skálát az Alapvető Pszichológiai Szükségletek Kielégítettsége és Frusztrációja Skála elemei közül. Születési nemek közötti különbséget találtunk az izoláció és túlzott azonosulás tekintetében az Önegyüttérzés Skálán. Eredményünk szerint az önértékelésre sem klasszikus, sem pozitív pszichológiai, sem öndeterminációs elméletek szerinti konstruktumokban vizsgálva nincs diszparitás a szexuális orientáció szerint képzett csoportok között, így a H2, H3 és H4 hipotéziseinket elvetjük. Megállapításunk szerint a személyiség struktúrájában az önmagához való viszony intakt a szexuális orientáció szempontjából. Véleményünk szerint ez azt igazolja, hogy önmagában személyiségpszichológiai különbséget ezen konstruktumokon keresztül nem találunk, tehát az egészségügyi diszparitás okát más konstruktumokban kell keresnünk. Eredményeink egybeesnek az Amerikai Pszichológiai Társaság szexuális kisebbséghez tartozó kliensekkel dolgozó szakembereknek kiadott irányelvek (2012) indoklásaiban felsorolt kutatások megállapításaival.

Úgy gondoljuk tehát, hogy a stigma és diszkrimináció alapú elméleti megközelítések, valamint a kisebbségi stressz modell szerinti vizsgálatok eredményei inkább segítenek az egészségdeterminánsok tényezők feltárásában. Kutatásunkban ilyen például az outság mértékének (rejtőzködés mint proximális stresszor), vagy a homonegativitás mértékének vizsgálata (internalizált szégyen mint proximális stresszor).

Homonegativitás, internalizált homonegativitás

A Modern Homonegativitás Skálán képzett pontszámok vizsgálata alapján a homonegativitás mértékében szignifikáns különbség volt a szexuális többség és szexuális kisebbség között frekventista vizsgálattal, azonban a bayesiánus vizsgálat alapján a többségi-kisebbségi hatás gyengén igazolható. A H5 hipotézist elvetjük.

Fontos megjegyeznünk, hogy a homonegativitás fogalma nem a tradicionális morális ellenvetéseket tartalmazza, így a Modern Homonegativitás Skála sem ezeket méri, hanem a homoszexualitással kapcsolatos elutasító kognitív attitűdöket és gondolati mintákat. Az MHS skálán magas pontszámot elérő, de szexuális kisebbséghez tartozók körében ez sejteti az internalizált homonegativitás konstruktumát. Felveti továbbá az internalizált homonegativitás jelenségének célzott, magyar nyelvű mérésének szükségességét. A jelenséget jelenleg angol nyelven standardizált kérdőívvel, az Internalised Homonegativity Scale segítségével lehet mérni (Currie és mtsai., 2004), és a jelenkori szakirodalmak magyar mintán nem állnak rendelkezésre a konstruktum vizsgálatára.

A chemsex jelenség prediktív komponenseinek azonban a homonegativitás konstruktuma sem volt megfelelő, kapcsolatot nem találtunk. Eredményünk azon szerzőket igazolja, akik nem

hozzák kapcsolatba ezen tényezőket (Barrett és mtsai., 2019; Bourne és mtsai., 2014; Halkitis és Singer, 2018; Hurley és Prestage, 2009; Kirby és Thornber-Dunwell, 2013; Sewell és mtsai., 2019).

Az életvitel nyíltsága, comingout

Eredményeink alapján a kapcsolati körnek (barát, család, munkatárs) mint tényezőnek szignifikáns szerepe van abban, hogy az egyén a coming out mellett dönt-e vagy sem. Ezen felül szignifikánsan különbözik a comingout gyakoriság a kapcsolat bizalmi jellege szerint is (szűk kör v. tágabb kör). A H6 hipotézisünket igazoltuk. Megállapítjuk eredményeink alapján, hogy aki a baráti társaságban coming outol, nagy valószínűséggel megteszi a családi körben is, de sokkal kisebb valószínűséggel vállalja fel az identitását a munkahelyén. Az egyes kapcsolati körökön belül a kapcsolat bizalmassága a döntő az identitás felvállalását illetően. Megállapítottuk, hogy a szűk támogató környezetében a mintánk jelentős többsége felvállalja identitását vagy orientációját (65% szűk család előtt, 95% közeli barát előtt). Az outságnak azonban nem láttuk szignifikáns hatását a pszichológiai jóllét tényezőkre (ezért a H7 hipotézist elvetjük). Kivétel ez alól az Önegyüttérzés Skála elítélés faktora, ahol szignifikáns különbséget találtunk a szűk baráti körben lévő nyílt életvitel és az elítélés között. Megállapíthatjuk tehát, hogy egyes pszichológiai jóllét konstruktumokra valós hatása lehet a nyílt életvitelnek, így ez tovább vizsgálatokat igényelhet. A rejtőzködés véleményünk szerint prolongálhatja a kisebbségi stressz hatást. Az outság hosszú távú hatását a pszichológiai jóllét fenntartására egy longitudinális vizsgálat tudja igazolni hazai mintán. Mindenesetre megállapítjuk eredményeink alapján, hogy a coming out és chemsex mértékei között sincs igazolható különbség, így elvethető a két tényező prediktív kapcsolatának feltételezése.

Limitációk és kitekintés

Az eredmények értékeléséhez az alábbi szempontok figyelembevételére van szükség:

A dolgozat témafelvetése specifikus, hazai mintán újszerű, jellegét tekintve témafeltáró munka. A szexuális kisebbségek célzott egészségpszichológiai vizsgálata szükséges a fizikai és mentális egészségbeli diszparitások miatt (Logie, 2012), azonban a magyarországi kutatási gyakorlatban ritka, ráadásul a chemsex vizsgálata ennél is korlátozottabb, de népegészségügyi vonatkozásai miatt fontos és időszerű (Demetrovics és mtsai., 2022; Koós és mtsai., 2022; Lakos és Németh, 2022; Tamási, 2022). A chemsex vizsgálatához a minta nehezen elérhető, kvantitatív módon jelenleg kizárólag online kérdőívvel vagy STD-klinikákon végzett adatfelvétellel közelíthető meg, amely torzító tényezőket vetít előre a minta reprezentativitását tekintve (Demetrovics és mtsai., 2022; Koós és mtsai., 2022).

Az eredményeink nem terjeszthetők ki a magyar populációra, az összetétel nem reprezentatív a hozzáférés alapú (kényelmi) mintavétel és hólabda típusú terjesztés miatt. Ezen terjesztési módokat a minta nehéz elérhetősége miatt és kutatás kereteinek kötöttsége okán mégis indokoltnak láttuk. Mintánkban internettel rendelkező, nemi és szexuális kisebbségeket célzottan megszólító csoportok tagjai, valamint véletlenszerűen elért személyek találhatók. A

szexuális többség és kisebbség arányai a kisebbség javára eltolódtak számosságban, ezen belül pedig a nemi és életkori arányok között is különbség van. Ezekre a demográfiai tényezőkre a kutatás során nem támaszkodtunk jelentősen.

Az alkalmazott statisztikai módszerek a minta jellegét figyelembe veszik, néhol a frekventista valószínűségi statisztika mellett a bayesiánus módszert alkalmazva. A bayesiánus hipotézisvizsgálat az alternatív hipotézis és nullhipotézis predikciós képességét veti össze, szemben a frekventista módszerrel, ami kizárólag a nullhipotézist vizsgálja és veti el $p < 0,05$ bizonyossággal a pszichológiai gyakorlatban (Dienes, 2016; Wagenmakers és mtsai., 2018). A bayesiánus módszer belső konzisztenciája magas, és kevésbé érzékeny a minta nagyságára, mégis képes nyomon követni a további adatgyűjtés során a prior adatokban történő változásokat (Wagenmakers és mtsai., 2018).

Eredményeink alapján a pozitív pszichológiai és egyes személyiségpszichológiai konstruktumok esetén nem találtunk eltérést a kisebbség és többség között, ami az előzetes várakozásainknak megfelelő, az egyes konstruktumok viszont a chemsex jelenséggel sem mutattak megfelelő kapcsolatot a kényszeres szexuális viselkedés egyes komponensein kívül. A kisebbségi stressz modell felveti egyéb szociálpszichológiai tényezők vizsgálatának szükségességét. Ezen vizsgálatok előnye a célzott prevenciós és egészségmegőrző programok jövőbeli kidolgozása lehet, amely hatással lehet közvetetten – az addikciós viselkedések elkerülésének céljával – a chemsex jelenség rizikócsökkentésére is.

A szexuális kisebbségek kulturális kontextusára érzékeny vizsgálatok – a mentális egészségre gyakorolt kockázati tényezők felismerésén túl – véleményünk szerint képesek lehetnek a tudományos diskurzus és gyakorlat érzékenyítésére, inkluzív kérdőívek standardizálására. Jelen kutatásunkkal ezekhez a változásokhoz is szeretnénk hozzájárulni.

Irodalomjegyzék

Adebajo, S. B., Eluwa, G. I., Allman, D., Myers, T., és Babatunde, A. (2012). Women's Health and Action Research Centre (WHARC) Prevalence of Internalized Homophobia and HIV Associated Risks among Men who have Sex with Men in Nigeria Source: African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Published by : African Journal of Reproductive Health, 16(4), 21–28.

American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. American Psychologist, 67(1), 10–42. https://doi.org/10.1037/a0024659

Bakos, Á., és Bátyi, A. (2021). Illékony nitritszármazékok („popperek") által okozott methaemoglobinaemia. Orvosi Hetilap, 162(8), 306–313. https://doi.org/10/gnxpt4

Barrett, P., O'Donnell, K., Fitzgerald, M., Schmidt, A. J., Hickson, F., Quinlan, M., Keogh, P., O'Connor, L., McCartney, D., és Igoe, D. (2019). Drug use among men who have sex with men in Ireland: Prevalence and associated factors from a national online survey. International Journal of Drug Policy, 64, 5–12. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.011

Berg, R. C., Munthe-Kaas, H. M., és Ross, M. W. (2016). Internalized Homonegativity: A Systematic Mapping Review of Empirical Research. Journal of Homosexuality, 63(4), 541–558. https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1083788

Bourne, A., Reid, D. S., Hickson, F., Torres, S., és Weatherburn, P. (2014). The Chemsex Study. https://researchonline.lshtm.ac.uk/2197245/1/report2014a.pdf%0Awww.sigmaresearch.org.uk/chemsex

Bőthe, B., Bartók, R., Tóth-Király, I., Reid, R. C., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., és Orosz, G. (2018). Hypersexuality, Gender, and Sexual Orientation: A Large-Scale Psychometric Survey Study. Archives of Sexual Behavior, 47(8), 2265–2276. https://doi.org/10/gfp2ct

Bőthe B., Tóth-Király I., Reid R. C., Orosz G., és Demetrovics Z. (2021). Hiperszexuális viselkedés leltár. In Horváth Z., Urbán R., Kökönyei G., és Demetrovics Z. (Szerk.), Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban (o. 363–367). Medicina Kiadó.

Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E. L., Van der Kaap-Deeder, J., Duriez, B., Lens, W., Matos, L., Mouratidis, A., Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Soenens, B., Van Petegem, S., és Verstuyf, J. (2015). Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. Motivation and Emotion, 39(2), 216–236. https://doi.org/10/997

Currie, M. R., Cunningham, E. G., és Findlay, B. M. (2004). The short internalized homonegativity scale: Examination of the factorial structure of a new measure of internalized homophobia. Educational and Psychological Measurement, 64(6), 1053–1067. https://doi.org/10.1177/0013164404264845

Demetrovics Z., Nagy L., Koós M., és Bőthe B. (2022, január 24). A szexualitással kapcsolatos viselkedési függőségek: Mit tudunk a legújabb kutatásokból? Chemsex online szakmai fórum. https://drogriporter.hu/chemsex-konferencia/

Dienes, Z. (2016). Mitől tudomány a pszichológia? A tudományos és statisztikai következtetés alapjai. Akadémiai Kiadó.

ECDC. (2013). EMIS 2010: The European Men-Who-Have- Sex-With-Men Internet Survey. www.ecdc.europa.eu

European Centre for Disease Prevention and Control, Hickson, F., Schmidt, A., Reid, D., Weatherburn, P., Marcus, U., és Schink, S. (2019). EMIS-2017: The European men-who-have-sex-with-men Internet survey: Key findings from 50 countries. European Centre for Disease Prevention and Control. https://doi.org/10.2900/690387

Feinstein, B. A., Goldfried, M. R., és Davila, J. (2012). The relationship between experiences of discrimination and mental health among lesbians and gay men: An examination of internalized homonegativity and rejection sensitivity as potential mechanisms. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80(5), 917–927. https://doi.org/10.1037/a0029425

Fulginiti, A., Rhoades, H., Mamey, M. R., Klemmer, C., Srivastava, A., Weskamp, G., és Goldbach, J. T. (2021). Sexual Minority Stress, Mental Health Symptoms, and Suicidality among LGBTQ Youth Accessing Crisis Services. Journal of Youth and Adolescence, 50(5), 893–905. https://doi.org/10/gnxktq

Glass, R., Hope, V. D., Tanner, C., és Desai, M. (2017). „Slamming" among men who have sex with men accessing general drug services, in response to Schmidt, AJ et al., 2016, Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). International Journal of Drug Policy, 49, 24–25. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.07.028

Gnan, G. H., Rahman, Q., Ussher, G., Baker, D., West, E., és Rimes, K. A. (2019). General and LGBTQ-specific factors associated with mental health and suicide risk among LGBTQ students. Journal of Youth Studies, 22(10), 1393–1408. https://doi.org/10.1080/13676261.2019.1581361

Gonsiorek, J. C. (1988). Health Issues of Gay and Adolescents. Journal of Adolescent Health Care, 9, 114–122.

Gonsiorek, J. C. (1991). The empirical basis for the demise of the illness model of homosexuality. In Homosexuality: Research implications for public policy. (o. 115–136). Sage Publications, Inc. https://doi.org/10.4135/9781483325422.n8

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., … Clayton, P. J. (2010). Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. Journal of Homosexuality, 58(1), 10–51. https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038

Halkitis, P. N., és Singer, S. N. (2018). Chemsex and mental health as part of syndemic in gay and bisexual men. International Journal of Drug Policy, 55(April), 180–182. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.04.002

Harris, K. M. (2013). Sexuality and Suicidality: Matched-Pairs Analyses Reveal Unique Characteristics in Non-Heterosexual Suicidal Behaviors. Archives of Sexual Behavior, 42(5), 729–737. https://doi.org/10/f5bq4n

Hatzenbuehler, M. L., Nolen-Hoeksema, S., és Erickson, S. J. (2008). Minority stress predictors of HIV risk behavior, substance use, and depressive symptoms: Results from a prospective study of bereaved gay men. Health Psychology, 27(4), 455–462. https://doi.org/10/crg6n6

Horváth Z., Urbán R., Kökönyei G., és Demetrovics Z. (2021). Rosenberg Önértékelés Skála. In Horváth Z., Urbán R., Kökönyei G., és Demetrovics Z. (Szerk.), Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban (o. 34–37). Medicina Kiadó.

Hudson, W. W., és Ricketts, W. A. (1980). A Strategy for the Measurement of Homophobia. Journal of Homosexuality, 5(4), 357–372. https://doi.org/10.1300/J082v05n04_02

Hurley, M., és Prestage, G. (2009). Intensive sex partying amongst gay men in Sydney. Culture, Health and Sexuality, 11(6), 597–610. https://doi.org/10.1080/13691050902721853

Kaniuka, A., Pugh, K. C., Jordan, M., Brooks, B., Dodd, J., Mann, A. K., Williams, S. L., és Hirsch, J. K. (2019). Stigma and suicide risk among the LGBTQ population: Are anxiety and depression to blame and can connectedness to the LGBTQ community help? Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 23(2), 205–220. https://doi.org/10.1080/19359705.2018.1560385

Kirby, T., és Thornber-Dunwell, M. (2013). High-risk drug practices tighten grip on London gay scene. The Lancet, 381(9861), 101–102. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60032-X

Koós M., Bőthe B., Nagy L., és Demetrovics Z. (2022, január 24). A tudatmódosító szerek szexuális élményfokozás céljából történő használata Magyarországon: Egy nagymintás kutatás eredményei. Chemsex online szakmai fórum. https://drogriporter.hu/chemsex-konferencia/

Kulcsár Z., és V. Komlósi A. (2009). Önegyüttérzés skála magyar változata [Publikálatlan kézirat].

Lakos E., és Németh Á. (2022, január 24). A kisebbségi stressz szerepe a problémás szerhasználatban. Affirmatív(abb) segítő szolgáltatások kiépítésének lehetőségei. Chemsex online szakmai fórum. https://drogriporter.hu/chemsex-konferencia/

Lawn, W., Aldridge, A., Xia, R., és Winstock, A. R. (2019). Substance-Linked Sex in Heterosexual, Homosexual, and Bisexual Men and Women: An Online, Cross-Sectional “Global Drug Survey” Report. Journal of Sexual Medicine, 16(5), 721–732. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.02.018

Logie, C. (2012). The Case for the World Health Organization’s Commission on the Social Determinants of Health to Address Sexual Orientation. American Journal of Public Health, 102(7), 1243–1246. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300599

Magyar Pszichológiai Társaság. (2016). Útmutató a meleg, leszbikus, biszexuális, transznemű és gender-nonkonform kliensekkel folytatott pszichológiai munkához. Magyar Pszichológiai Társaság.

McCabe, S. E., Bostwick, W. B., Hughes, T. L., West, B. T., és Boyd, C. J. (2010). The Relationship Between Discrimination and Substance Use Disorders Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. American Journal of Public Health, 100(10), 1946–1952. https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.163147

Mennis, J., Stahler, G. J., és Mason, M. J. (2016). Risky substance use environments and addiction: A new frontier for environmental justice research. International Journal of Environmental Research and Public Health, 13(6). https://doi.org/10.3390/ijerph13060607

Meyer, I. H., és Frost, D. M. (2013). Minority stress and the health of sexual minorities. In Handbook of psychology and sexual orientation. (o. 252–266). Oxford University Press.

Morrison, M. A., és Morrison, T. G. (2003). Development and Validation of a Scale Measuring Modern Prejudice Toward Gay Men and Lesbian Women. Journal of Homosexuality, 43(2), 15–37. https://doi.org/10/dt2dph

Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. Self and Identity, 2(3), 223–250. https://doi.org/10/d7z3xt

Perczel-Forintos, D., Ajtay, G., Barna, C., Kiss, Z., és Komlósi, S. (Szerk.). (2018). Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában (4. kiad.). Semmelweis.

Plöderl, M., Wagenmakers, E.-J., Tremblay, P., Ramsay, R., Kralovec, K., Fartacek, C., és Fartacek, R. (2013). Suicide Risk and Sexual Orientation: A Critical Review. Archives of Sexual Behavior, 42(5), 715–727. https://doi.org/10/f45tpd

Reid, R. C., Garos, S., és Carpenter, B. N. (2011). Reliability, Validity, and Psychometric Development of the Hypersexual Behavior Inventory in an Outpatient Sample of Men. Sexual Addiction & Compulsivity, 18(1), 30–51. https://doi.org/10/fczm75

Rogers, M. M., McKinney, C., és Asberg, K. (2018). Substance use predicted by parental maltreatment, gender, and five-factor personality. Personality and Individual Differences, 128(February), 39–43. https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.02.030

Ross, M. W., Berg, R. C., Schmidt, A. J., Hospers, H. J., Breveglieri, M., Furegato, M., és Weatherburn, P. (2013). Internalised homonegativity predicts HIV-associated risk behavior in European men who have sex with men in a 38-country cross-sectional study: Some public health implications of homophobia. BMJ Open, 3(2), 1–11. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001928

Ross, M. W., Kajubi, P., Mandel, J. S., McFarland, W., és Raymond, H. F. (2013). Internalized homonegativity/homophobia is associated with HIV-risk behaviours among Ugandan gay and bisexual men. International Journal of STD and AIDS, 24(5), 409–413. https://doi.org/10.1177/0956462412472793

Ross, M. W., Rosser, B. R. S., Bauer, G. R., Bockting, W. O., Robinson, B. "Bean" E., Rugg, D. L., és Coleman, E. (2001). Drug use, unsafe sexual behavior, and internalized homonegativity in men who have sex with men. AIDS and Behavior, 5(1), 97–103. https://doi.org/10.1023/A:1009567707294

Sági A., és Tóth-Király I. (2021). Önegyüttérzés skála. In Horváth Z., Urbán R., Kökönyei G., és Demetrovics Z. (Szerk.), Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban (o. 218–224). Medicina Kiadó.

Salentine, C. M., Hilt, L. M., Muehlenkamp, J. J., és Ehlinger, P. P. (2020). The Link between Discrimination and Worst Point Suicidal Ideation among Sexual and Gender Minority Adults. Suicide and Life-Threatening Behavior, 50(1), 19–28. https://doi.org/10.1111/sltb.12571

Sallay V., Martos T., Földvári M., Szabó T., és Ittzés A. (2014). A Rosenberg Önértékelés Skála (RSES-H): Alternatív fordítás, strukturális invariancia és validitás. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 15(3), 259–275. https://doi.org/10/gnw6sm

Sewell, J., Cambiano, V., Speakman, A., Lampe, F. C., Phillips, A., Stuart, D., Gilson, R., Asboe, D., Nwokolo, N., Clarke, A., és Rodger, A. J. (2019). Changes in chemsex and sexual behaviour over time,

among a cohort of MSM in London and Brighton: Findings from the AURAH2 study. International Journal of Drug Policy, 68, 54–61. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.03.021

Sinha, R. (2008). Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction. Bone, 23(1), 1–7. https://doi.org/10.1038/jid.2014.371

Tamási B. (2022, január 24). Chemsex és a nemi úton terjedő fertőzések. Chemsex online szakmai fórum. https://drogriporter.hu/chemsex-konferencia/

Tóth-Király, I., Bőthe, B., és Orosz, G. (2017). Exploratory Structural Equation Modeling Analysis of the Self-Compassion Scale. Mindfulness, 8(4), 881–892. https://doi.org/10/gbpmth

Tóth-Király I., Bőthe B., Orosz G., és Rigó A. (2021). Alapvető pszichológiai szükségletek kielégítettsége és frusztrációja skála. In Horváth Z., Urbán R., Kökönyei G., és Demetrovics Z. (Szerk.), Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban (o. 56–60). Medicina Kiadó.

Török Z., Rakovics M., Pénzes M., Terebessy A., Pongor V., és Csépe P. (2018). A Modern Homonegativitás Skála magyarországi adaptációja. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 19(4), 357–383. https://doi.org/10.1556/0406.19.2018.4.009

Trujillo, M. (2015). Heterosexism, mental health, and suicide: Investigating the moderating role of coping in sexual minority men. VCU Theses and Dissertations. https://doi.org/10.25772/TQH7-EB90

Wagenmakers, E.-J., Marsman, M., Jamil, T., Ly, A., Verhagen, J., Love, J., Selker, R., Gronau, Q. F., Šmíra, M., Epskamp, S., Matzke, D., Rouder, J. N., és Morey, R. D. (2018). Bayesian inference for psychology. Part I: Theoretical advantages and practical ramifications. Psychonomic Bulletin & Review, 25(1), 35–57. https://doi.org/10/gfgt6p

Weber-Gilmore, G., Rose, S., és Rubenstein, R. (2012). The Impact of Internalized Homophobia on Outness for Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. The Professional Counselor, 1(3), 163–175. https://doi.org/10.15241/gwv.1.3.163