

A kábítószer-használat okai

Rácz József

Bevezetés – alapfogalmak

Gén-környezet kölcsönhatás: az egyéni élet folyamán a gének bekapcsolását a környezet ingerei befolyásolják.

Drog-személyiség-környezet összefüggés: a drogok hatása a személyiségtől (személyiség-típus, korai traumák, a drogokkal kapcsolatos várakozások) és a környezettől (a közvetlen társas környezettől a társadalmi, például jogi szabályozási hatásokig) függ.

Diszfunkcionális hiedelmek: az egyénnek az önmaga és a világ iránt kialakított negatív attitűdjei, amelyek kognitív sémákba rendeződve a tapasztalatok értelmezésére szolgálnak.

Kortárs hatás („nyomás”) és kortárs szelekció: a kortársaknak tulajdonított szerep; az első a kortársakat teszi felelőssé a droghasználat kialakulásában, az utóbbi szerint a fiatal dönt a drogos barátok megválasztásában.

Drogos karrier és szubkultúra: egymást követő, egyre súlyosbodó szerhasználat, aminek a vége egy drogos szubkultúrába kerülés. Napjainkban a szcénafelfogás váltotta fel.

Kodependencia: társfüggőség. Szerhasználó személy családtagjai körében fordulhat elő.

Kapudrogelemélet: egyes, kisebb kockázatú szerek fogyasztása átvezet a nagyobb kockázatú szerek használatához. Ma ezt leegyszerűsítő nézetnek tartják.

1. Egyéni tényezők

1.1. Gén × Környezet kölcsönhatás

A pszichoaktív szerhasználat esetében ma már nem egyszerűen genetikai hátteret keresünk (például a függőségben szenvedő szülők gyerekei közül hány lesz függő). A gyermekkori traumák és stresszek idegrendszeri hatásokon keresztül fokozott sérülékenységet (vulnerabilitás) okoznak. A gyermekkori traumák később, a fiatal korban nagyobb valószínűséggel kialakuló és súlyosabb mértékű pszichoaktív szerhasználatot eredményeznek. A négy vagy annál több káros gyermekkori esemény 2-4-szeres mértékben fokozza a felnőttkori

dohányzás és 5-8-szoros mértékben az alkoholizmus kialakulását (a kábítószerekkel kapcsolatban kevesebb kutatás készült, de a helyzet itt is hasonló). Ráadásul még nemi különbségek is megfigyelhetők: férfiaknál a gyermekkori trauma és a genetikai állomány interakciója kifejezettebb, mint nőknél. Arról vita folyik, hogy vajon a kedvezőtlen gyermekkori hatásokat a társas támasz képes-e ellensúlyozni, vagy sem. A speciális genetikai háttérrel rendelkező személyek hosszabb távon felvetik azt a lehetőséget is, hogy ezeket az egyéneket speciális módon kezeljük, illetve tekintsük őket kockázati személyeknek. A tartós gyermekkori trauma állandó készenléti állapotot okoz, valamint disszociatív személyiség-szerveződést hoz létre: egymástól elkülönült, saját pszichológiai funkciókkal rendelkező személyiség-törödékekkel, „kettős énnel”. A gyermekkorban kialakuló disszociatív védekező mechanizmus gyakran csak az élet harmadik vagy negyedik évtizedében omlik össze, és vezet súlyos függőséghez.

1.2. Pszichológiai elméletek

A pszichodinamikus elméletek – amelyek a Freud-féle pszichoanalízis kortárs megfogalmazásai – a függőségi állapotokat másodlagosnak, valamilyen zavar vagy hiányosság tüneteiként tartják számon. A korai elméletek (1970-es évek) a regresszív örömszerzést vagy az öndestruktivitást („a szerhasználat lassú öngyilkosság”) hangsúlyozták. A későbbi elméleteknél a hangsúly áttevődött a belső érzelmi szabályozás és a külső valósághoz történő alkalmazkodás, illetve a szerhasználat viszonyának elemzésére. A függők vagy a kényszeres szerhasználók érzelmi szabályozása olyan, hogy extrém módon (vagy túl erősnek, vagy túl gyengének) észlelik érzéseiket, ezeket rosszul határozzák meg, és akciókon keresztül vezetik le. Az érzéseiket képtelenek szavakba önteni, így azok testi érzetekben jelentkeznek: ezek befolyásolását szolgálja a droghasználat. Más esetekben az érzelmek belső szabályozását, a személyiség védekezési mechanizmusait segíti a szerhasználat: a szerhasználók így tudnak megküzdeni az extrémnek észlelt érzésekkel. Sokszor a drog kiváltotta kellemetlen élmény is kíváncsiabb a reménytelenség és bizonytalanság érzésénél. A pszichodinamikus elméletek legnagyobb hozzájárulása a droghasználat megértéséhez az öngyógyítás, öngyógyszerelés fogalmával írható le. Így a szerhasználat az érzelmi szabályozást, a megküzdést, a védekező mechanizmusokat, az öngondoskodást szolgálja. Az érzelemmenteli, jelentős kapcsolatok hiányát a drogokkal kialakuló álközösséggel próbálják leküzdeni, ami a valóságorientált kapcsolatok helyett a farmakológiaiilag orientáltaknak adja át a helyet. Az öngyógyítási, öngyógyszerelési feltevés értelmében például az opiáthasználók agressziójukat és a belső széteséshez vezető érzelmeiket „gyógyítják” a droggal, kialakítva az önmagukkal érzett egység érzését, az önkontroll és az önértékelés észlelt növekedése mellett. A kokainhasználóknál a depresszió, az önértékelési zavarok „öngyógyítását” láthatjuk, a győzelem, a sebezhetetlenség érzésén keresztül, a világ és a személyiség feletti „mágikus kontroll” érzésével.

Zinberg összekapcsolta a személyiségfejlődési zavarokat a társas környezettel, valamint a pszichoaktív anyagok típusával.¹ Így egy hármas összefüggő rendszert alakított ki: drog-személyiség-környezet. A kényszeres használóknál az énrendszer zavara addiktív vonásokat mutató személyiséghez vezet, ez azonban csak megfelelő társas környezeti helyzetben

¹ ZINBERG 2005.

(elszegényedett társas kapcsolatok, a „drogos” társadalmi sztereotípiával történő azonosulás) és a „megfelelő” hatású pszichoaktív anyag esetén jelenik meg. A kontrollált használoknál a fejlődési zavarok hiányoznak, társas környezetük is kedvező, így egy adott hatású pszichoaktív szer használata esetén az egyén kontrollált használó tud maradni: a pozitív társas kapcsolatok mintegy megakadályozzák a fejletlen érzelmi szabályozás kialakulását.

1.3. Kognitív elméletek

A hangulati, érzelmi vagy önértékelési zavarokkal küzdő személyek pszichoaktív szerhasználatukkal igyekeznek ezeket a zavarokat helyreállítani, miközben a szerhasználatuk egyre növekvő problémákhoz vezet. A növekvő problémák ellenére sem tudják abbahagyni a szerhasználatot, mert olyan diszfunkcionális hiedelmek alakulnak ki (mint például „nem lehetek boldog, ha nem ihatok”, „sokkal inkább kézből tudom tartani az életem, ha drogozom”), amelyek a szerhasználat abbahagyását lehetetlenné teszik. A diszfunkcionális hiedelmek (például „ha iszom, akkor szórakoztató vagyok”) olyan „téves” elvárásokhoz vezetnek, amelyek azt mutatják, hogy ő tényleg szórakoztató az alkohol hatása alatt. A pszichoaktív szernek nem pusztán a pozitív hatásához kapcsolódik a hiedelem, hanem a pozitív kimenetekkel kapcsolatos elvárásokhoz is. Alkohollal kapcsolatban például a következő – elképzelt – elvárások alakulhatnak ki: az élményeket pozitívvá alakítja; növeli a társas és a testi örömeit; növeli a szexuális tevékenységet és elégedettséget; növeli a személyes hatalmat és az agressziót; növeli a társas asszertivitást; csökkenti a feszültséget. Fontos hangsúlyozni, hogy itt az észlelt és nem a valószínű hatásokról van szó! Egy idő után azonban az észlelt és a „valóságos” viselkedés között összeütközés alakul ki. A szerhasználat folytatódásával, a kényszeres használat, illetve a függőség kialakulásával a diszfunkcionális hiedelmek is átalakulnak: a sóvárgás és a vissza-visszatérő kellemetlen állapotok miatt a diszfunkcionális hiedelmek egyre inkább ezeknek az állapotoknak a tolerálhatatlanságáról és elviselhetetlenségéről szólnak.

Az addiktív hiedelmek két csoportját lehet megkülönböztetni: a bejósoló hiedelmeket (amelyek a szerhatást jóslják előre), először – a megfelelő ingerekre – ezek aktiválódnak. Az így kialakuló automatikus gondolatok, illetve a sóvárgás hatására belépnek az „engedélyező” hiedelmek, amelyek pszichoaktív anyag használatához vezetnek. Ezek mellett még más diszfunkcionális hiedelmekkel is találkozhatunk függőknél: például romantizált („Vidám leszek!”) és szükségletorientált hiedelmekkel („Ívás nélkül mindenre képtelen vagyok”). A kora gyermekkorban kialakuló személyiség szerveződés egyes összetevői bizonyos körülmények között aktiválódnak. Ekkor a környezeti hatások által is befolyásolt módon, a diszfunkcionális attitűdökön keresztül vezetnek pszichoaktív szerhasználatához, illetve függőséghez.

2. Pszichoszociális rendszerek

2.1. Családi rendszerek

A szerhasználó a család életében egyensúlyozó (homeosztatikus) szerepet tölt be: a szülőknél összefonódó kapcsolatok maradhatnak fenn a „segítségre szoruló” gyermekkel, aki

nem képes leválni, viszont egy pszeudoindividualizáció révén hangsúlyozni tudja a – lát-szólagos – különállását (korábban „álközösségekről” írtunk). A homeosztázis megközelítés azért fontos, mert megmagyarázhatja, hogy a szerhasználó gyógyulásával hogyan bomlik fel ez a helyzet, hogyan válnak láthatóvá a korábban elfedett családi problémák, amelyek a korábbi egyensúlyi helyzet visszaállításához, azaz a szerhasználó visszaeséséhez vezethetnek. A rendszerszemléletű felfogás szerint nem a szerhasználó személy, hanem a családi rendszer a „beteg”, így az intervenciónak is a rendszer egészével kell foglalkoznia. A függő-ségeknél megfigyelhető a szerhasználói minta – azaz például a problémák szerhasználattal történő elfedése – generációkon átívelő jelenléte.

A fenti megközelítés alapján a szerhasználó családok négy típusát különböztethetjük meg:

- *funkcionális családi rendszer*: a szerhasználat egyéni szükségletek vagy problémák következménye, és nem a családi rendszer zavarái;
- *neurotikus, elmosódott határú családi rendszer*, ahol a szerhasználat megakadályozza a családi feladatok teljesítését, konfliktusokat okoz, átalakítja, gyakran megfordítja a családi szerepeket; összességében a család nem tud alkalmazkodni az elvárásokhoz;
- *dezintegrált család*: a családi rendszer összeomlott annak következtében, hogy a család nem volt képes megküzdeni a szerhasználattal;
- *hiányzó családi rendszer*: már az összes kapcsolat megszakadt a családtagok és a függő egyén között.

A kodependencia fogalma társfüggőséget jelent. Leggyakrabban olyan családokban fordul elő, ahol az egyik családtag függő (például szülő, gyerek, házastárs vagy pár tagja). A többi családtag mutatja a kodependencia tüneteit: a megmentő szerepet (a függő mindenáron való „megmentése”, akár a család többi tagjának rovására), az áldozatszerepet alacsony önértékeléssel: „én semmi másra nem vagyok jó, csak hogy áldozat legyek”, „én megérdemlem, hogy a függő családtag áldozata legyek”. A droghasználó és más, nem egészségesen működő családokban a gyerekek különböző szerepeket képesek felvenni azért, hogy a családi egyensúlyt a maguk gyermeki módján fenntarthassák. Ezek a szerepminták és a családi egyensúly fenntartásában betöltött szerepek a következők lehetnek:

- „főnök” vagy „családi hős”: stabilizálják a rendszert, a szülők státuszát és (általában a legidősebb gyerek) megbecsültségét igyekeznek fenntartani;
- „bűnbak”: a család igyekszik rátenni a terheket, így minden baj oka lesz;
- „elveszett gyerek”: megkönnyebbülést hoz a családnak, legalább vele nem kell foglalkozni (a legkisebb gyerek szokott ilyen lenni);
- „bohóc”: a szülők közti feszültséget oldja fel játékaival.

Az ilyen családokban megfigyelhető a gyerekek parentifikálódása: a gyerekek felnőtt és szülői szerepet töltenek be. Például a nagyobb gyerek viseli gondját a szülőknek, elvégzi a szülők helyett azok feladatait (a kisebb gyerek szülői értekezleteire jár, ő osztja be a család pénzét, ő intézi a hivatalos ügyeket, későbbi életkorokban ő válik a család eltartójává stb.). Ezek a szerepek a gyerekek számára nemcsak megterhelők pszichésen (illetve akár szomatikus betegségekhez is vezetnek), hanem éppen a pszichés megterhelés oldására drog-fogyasztáshoz vezethetnek.

2.2. Kortárs környezet

A kortársak szerepe a szerhasználat kialakulása és fennmaradása, az új szerek és szerhasználati mintázatok terjedése tekintetében régóta ismert jelenség. A kortársak hatása („kortárs nyomás”), a kortársaknak történő megfelelés vágya, a kortárs modellek főleg mint kockázati faktorok jelennek meg a szakirodalomban. Az utóbbi évtizedben azonban a kortárs hatások pozitív, protektív faktorai is megjelentek: egy-egy kortárs csoport vagy baráti kiscsoport hogyan képes ellenállni például a dohányzás terjedésének. A kortárs hatás mellett a kortárs szelekció elve is megjelenik: azaz a szerhasználat iránt érdeklődő fiatalok szerhasználó társakat választanak. Nem a szerhasználó társak hatásáról van szó, hanem az adott fiatalnak a szerhasználatát megelőző döntéséről.

2.3. Drogos karrier és drogos szubkultúra

A droghasználat okainak vizsgálatában széles körben használt drogkarrier-elmélet a függő személy „pályafutását” időben egymást követő fázisokon keresztül határozza meg. Itt a fázisoknak egymástól jól megkülönböztethető jellemzői vannak. Nem minden személy lép tovább egyikből a másikba, egyes fázisok ki is maradhatnak, tehát nem feltételezi a linearitást. Különböző szerzők eltérő számú fázissal számolnak. A függő személy karrierje a következő állomások köré épül:

1. a fogyasztás kezdete;
2. a fogyasztó élete fokozatosan a drog élvezete köré szerveződik;
3. a függőség kialakulása;
4. kezelés;
5. gyógyulás és reintegráció, vagy visszaesés.

A hagyományos drogkarrier-elmélet értelmében a drogfüggőség kialakulása egyirányú ok-okozati folyamat: az egymást követő fázisokon átmegy minden droghasználó. Így a szubkultúrába bekerülve életét egyre inkább kizárólagosan a drog megszerzése és fogyasztása köré szervezi, miközben egyre nagyobb kockázati magatartásformát tanúsít (egészségügyi, legalitási dimenziók). Később elér egy függő, beteg, elmagányosodott állapotot. A drogfogyasztás növekedésével párhuzamosan kialakul a drogos identitás és a drogos szerep; a droghasználók egy drogos szubkultúrába kerülnek. A drogos szereppel történő azonosulás sikerének feltétele, hogy a használók a drogfogyasztó szubkultúrában keresik és kapják meg azon jutalmakat, amelyeket a szubkulturális közegen kívül nem érhetnek el. A drogos karrier végállomása például az „utcai dzsanki” állapot (injekciós heroinhasználóknál). A drogkarriert egy lefelé tartó spirálhoz hasonlíthatjuk. A fogyasztó konvencionális szerepei, a „normális” mindennapi életben történő mozgási lehetőségei leszűkülnek az egyre intenzívebbé váló használat következtében. A karrier végállapota egy függő fogyasztó, aki beszűkült élet- és társadalmi lehetőségekkel rendelkezik, és aki majd csatlakozik egy drogos szubkultúrához.

A kapudrogelmélet szerint a szerhasználat lépcsőzetesen alakul ki, és egyes, kevésbé kockázatos szerek átmenetet – kaput – képeznek a kockázatosabb szerekhez. Ilyen lépcsőzetes használati minta a 10–12 éves korban kialakuló alkoholkipróbálás (sör, bor), majd

13–14 éves korban a cigarettázás és a tömény ital kipróbálása, 15–17 éves korban pedig a marihuána kipróbálása. A marihuánát tekintették kapudrognak, ami kockázatosabb szerek, így a heroin (20-as életevek eleje) vagy a kokain fogyasztásához vezetnek. Mára ezt az elméletet cáfolták: serdülő- és fiatalkorban számos olyan fejlődési útvonal alakul ki, amely nem mutatja a szerhasználat ilyen lépcsőzetes kialakulását. A marihuánafogyasztást sem követi mindig a kockázatosabb szerhasználat. A „fejlődési útvonalak” inkább függenek a családi és kortárs hatásoktól, a kiinduló szociodemográfiai helyzettől. Mint láttuk, a „fejlődési útvonalak” függenek a genetika-környezet kölcsönkapcsolatától is, például a gyermekkori traumák hatására kialakuló génbekapcsolásoktól is. A kapudrogeelméletet cáfoló kutatások megkérdőjelezik azoknak a nézeteknek az érvényességét, amelyek szerint az egyik drogról a másikra történő átállás mintázatai tipizálhatók. Több kutató a drogfogyasztó társas környezetét tekinti „kapunak” az egyik drogról egy másik fogyasztására történő átállásban.

Az utóbbi évtizedben a drogos karrier és a szubkultúra hagyományos fogalma tehát megkérdőjeleződött. A szubkultúra-fogalom használata egységes normákon, értékeken, szokásokon és hiedelemrendszeren nyugvó, egymással érintkezésbe nem lépő, statikus drogos szubkultúrákat feltételez. A tapasztalatok szerint a heterogén drogfogyasztó csoportok tagjai rendkívül eltérő társadalmi háttérrel bírnak, akik egyszerre több fogyasztói csoport tagjai is lehetnek egyben, és akik fogyasztását nem a függőség jellemzi (például alkalmi fogyasztók). Így a drogfogyasztói csoportok jellemzésére a *szcénák* kifejezés jelent meg. Egy szcéná egyszerre több, alaktalan, folyékony átmenetekkel rendelkező társas mezőt jelent. Magában foglalja eltérő „szubkultúrák” tagjait, de létrejöhet olyan tagokból is, akik társadalmi háttére jóval nehezebben definiálható. A szcénákat maguk a használók konstruálják, építik fel kölcsönös kapcsolataik és a szcénákban történő létezés, a drog és az ahhoz tartozó életforma és mindennapos tevékenységek megélése által. Ezek az eltérő életformák és gyakorlatok a „fejlődési útvonalakon” keresztül válnak láthatóvá. Egy adott útvonalon történő haladás, vagy éppen egy másikra való áttérés – ami jellemző a szcénák között mozgó fogyasztókra – pedig egy újabb, más droghasználói útvonal (karrier) kezdetét jelenti. Az új pszichoaktív szerek használóinál különösen feltűnő a hagyományos drogos karrier, a drogos identitás és a szubkultúra hiánya.² Ezeknél a szereknél az élmények olyan gyorsan változnak – és olyan gyorsan fordulnak negatívba, hogy az előbbi hagyományos fogalmak nem tudják ezt a változást leírni. A hagyományos fogalmak egyfajta lépcsőzetességet, egy-egy úton történő lassabb, és az út végéig történő haladást feltételeznek. Ezek a vonások a mai társadalmakra, illetve az új pszichoaktív szerek használóira nem érvényesek.

2.4. Kockázati környezet

A kockázati környezet fogalmával írják le különösen az injekciós droghasználók esetében a droghasználatot, illetve az azzal járó, további kockázati magatartásokat (a fertőző betegségek továbbadásával jellemezhető injekciós magatartásokat, a szerhasználattal összefüggő vagy éppen független bűncselekményeket) lehetővé tevő környezetet.³ A kockázati környezet olyan társas vagy fizikai tér, ahol a különböző tényezők kölcsönhatása növeli az injekciós

² KASSAI–PINTÉR–RÁCZ 2016a; 2016b.

³ RHODES 2002.

droghasználat előfordulását, valamint a szerhasználatból eredő ártalmak előfordulásának esélyét. A fogalom négy alapvető környezettípust határoz meg: a fizikai, társas/társadalmi, gazdasági és politikai/szabályozási környezetet, továbbá két szintjét a környezeti befolyásnak, a mikro- és a makroszintet. A kockázati környezet az ebben a három dimenzióban megfigyelhető hatások együttes és komplex összefüggéseiben alakul ki, illetve változik.

Példaként megemlíjtük, hogy a mikrokörnyezet (azaz közeli, közvetlen, helyi) szintje magában foglalja a csoport normáit, szabályait és értékeit; a társas kapcsolatokat és hálózatokat; a sorstárs, kortárs csoportokat és ezek befolyását; a szerhasználat közvetlen társas környezetét; és a városi-fizikai környéket. A makrotársadalmi (azaz távoli, indirekt, strukturális) szint magában foglalja a közpolitikákat, jogi környezetet; a gazdasági, nemi és etnikai egyenlőtlenségeket; a kockázatok és ártalmak kulturális meghatározottságait és az egészségügy szakpolitikai vonatkozásait, helyzetét. A fogalom jó kiindulópontul szolgál az injekciós szerhasználat kialakulásának és fennmaradásának magyarázataként; egyesíti a pszichológiai, szociológiai, közgazdasági szempontokat és a büntető igazságszolgáltatás egyes összetevőit.

Felhasznált irodalom

- KASSAI Szilvia – PINTÉR Judit Nóra – RÁ CZ József (2016a): A szintetikus kannabinoid termék használata élménye: interpretatív fenomenológiai analízisen alapuló kutatás. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 17. évf. 4. sz. 297–327. DOI: <https://doi.org/10.1556/0406.17.2016.002>
- KASSAI Szilvia – PINTÉR Judit Nóra – RÁ CZ József (2016b): Szintetikus kannabinoid terméket használók identitás szerveződésének vizsgálata interpretatív fenomenológiai analízissel. *Psychiatria Hungarica*, 31. évf. 4. sz. 313–326.
- RHODES, Tim (2002): The ‘Risk Environment’: A Framework for Understanding and Reducing Drug-Related Harm. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 13, No. 2. 85–94. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(02\)00007-5](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00007-5)
- ZINBERG, Norman (2005): *Függőség és kontroll. Drog, egyén, társadalom*. Budapest, Nyitott Könyvműhely.

Ajánlott irodalom

- DEMETROVICS Zsolt szerk. (2007): *Az addiktológia alapjai I.* Budapest, Eötvös.
- DEMETROVICS Zsolt szerk. (2009): *Az addiktológia alapjai III.* Budapest, Eötvös.
- PIKÓ Bettina szerk. (2005): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. Budapest, L'Harmattan.
- RÁ CZ József (2006): *Kvalitatív droggutatások. Kvalitatív kutatások budapesti droghasználók között*. Budapest, L'Harmattan.