

Szenvedélybetegségek és devianciák

A szenvedélybetegségek elnevezése széleskörű fogalmat takar. Általában az agy állapotát befolyásoló, hozzászokást eredményező anyagok túlzó, vagy tartós használatával kapcsolatosak.

Mi a szenvedély? Röviden szólva aktuális, rövidtávú késztetések vezérlik, tehát a kontrollált, specifikusan emberi magatartás fokozatos elvesztésével jár. A szenvedéllyel kapcsolatos értékek kerülnek előtérbe, a korábban jellemző magatartás rovására. Lélektani értelemben valamilyen szer fogyasztására irányuló ellenállhatatlan késztetés. A bevételre késztető belső hiány szinte állandó sóvárgást okoz. Tágabb értelemben a nem kémiai, szerekkel kapcsolatos késztetések is a szenvedélyek körébe sorolhatók, ilyen, pl.: a játékszenvedély. Pl. A család elhanyagolása, lelkiismeretes anyából szenvedélybeteg lesz. Ennek során a viselkedés veszít az egyéni sokszínűségéből. Az emberközi kapcsolatokat ún. interakciós sablonok uralják. („*emberi játézmák*”) Különösen az alkoholistákra jellemző, a kommunikáció során, hogy játék zajlik a beszélgető felek között (orvos és beteg).

A szenvedély általános pszichiátriai értelemben több sebezhetőségi tényezőt tartalmaz. Ez azt jelenti, hogy minden más mentális betegség iránt is fogékonyabbá válik a beteg. Érdekes, hogy a szenvedéllyel kapcsolatos magatartásokat az egyén a saját „*önző énjé*” mintájára választja. A szenvedélytől uralt személyiség bizonyos része nem hozzáférhető. Ezt a jelenséget „*szenvedély kapunak*” is nevezik. Az orvos számára az ilyen személy azt a gyanút kelti, hogy mellé beszél. Megnehezíti a munkánkat is, mert a kommunikáció során hamarosan rájövünk, hogy a szolgálta-

tott adatok egy része megbízhatatlan. Szenvedélybetegségek esetében meghatározhatók a személyiség zavarok egy köre. Ez a kör azonban, nem jellegzetes, tehát a személyiséjegyek alapján nem állapítható meg bizonyos szenvedélybetegségekre való hajlam, vagy az, hogy a szenvedélybetegség kialakulása, a személyiség jegyek egyikénél-másikánál releváns szerepet játszik. Mindenesetre a szenvedélyek szempontjából minden, a személyiség harmonikus fejlődését akadályozó tényező, kockázatnak számít. Ezek lehetnek az agy strukturális károsodásával kapcsolatosak, lehetnek szocializációs ártalmak, nagyon gyakran élet események által kiváltott reakciók. Lehetnek genetikusak, legalább is a hajlamokat tekintve. A szenvedélyek kialakulásában a közvetlen társas környezet is jelentős szerepet játszik. Jellemző, hogy a beteg nincs teljes belátással állapotára vonatkozóan. Nehezen működik együtt az orvossal és a kezelő személyzettel. A társadalmi beilleszkedési zavarok egy formája lehet, amely egyúttal, más jelentős zavaroknak is alapja lehet. Pl.: öngyilkosság, bűnözés. Nehéz meggyőzni a szenvedélybetegét arról, hogy veszélyben van. Ő ugyanis a pillanatnyi örömekre cseréli fel a hosszú távú céljait és törekvéseit. Az emberi értékeket hordozó anticipációs képessége „*leépül*”.

Nézzük először az ún. pszichoaktív zavarokat, amelyek lehetnek olyan szerek, amelyek serkentők, de lehetnek más agyi működéseket befolyásolók is (pl.: javul az alkotókedv, a művészeti aktivitás). Erre használják az addikció kifejezést, mely lekötélést, ragaszkodást jelent. Helyesebb és az általános orvosi gyakorlatban is ajánlható azonban a szerfüggőség okozta zavarok kifejezés.

Melyek a betegség kialakulásának mechanizmusai?

Tudnunk kell, hogy a szenvedély kialakulásának pszichológiai, biokémia és szociális összefüggései vannak. Beszélhetünk összetett a biokémiai befolyásolásról: ha egy adott anyag több receptor rendszerre, vagyis fogadó molekula rendszerre is hatással van. Pl.: az ópiátok, esetében a biológiai függőség kialakulásával szinte törvényszerűen számolnunk kell. Ha a szer stimulálja az agyat, vagyis az ún. jutalmazó struktúrákat érinti, akkor pszichológiai függőség jön létre. Ilyen, pl.: a kokainfüggőség. A fogyasztók először csak elsődleges következményeket szenvednek el. Ez a türés, vagy tolerancia szakasza. A baj az, hogy egyre intenzívebb a kompenzációs reakció, amely a negatív érzelmi állapot periódusában hamarosan sóvárgással társul. A sóvárgás pedig azzal a következménnyel jár, hogy a szer mindenáron való megszerzése elsődleges céllá válik. Ha az elsődleges hatás eufóriát okoz, az ismétlések során egyre nagyobb adagra van szükség, a hiánytünetek egyre kínzóbbá válnak. Ilyenkor már nem az eufória, az örömszerzés hajtja, hanem a még kínzóbb sóvárgás, a szer után. Alkohol vagy gyógyszer hatására a személyiségen belüli belső feszültségek oldódnak, a konfliktusok látszólag elviselhetőbbé válnak.

A beteg önképi itéletében az állandó szenvedést okozó torzulások elmosódnak. Az önképzavarral járó állapotok, mint a neurózisok, személyiség zavarok gyakran szövődnek szellemi betegségekkel. Gyakran észleljük az ún. éretlen pszichológiai elhárító mechanizmusokat, mint pl.: „*meg nem történtté hinni a valóságot*”. Az ún. megismerési sebezhetőség, vagyis kognitív volnerabilitás, ugyancsak hajlamosít a kóros szenvedélyek kialakulására. A közvélemény tájékoztatása szempontjából nagyon fontos tudni, hogy a betegség a

szocializáció harmonikus menetét, a személyiség zavartalan fejlődését gátolja. A különböző szociális hatások szintén befolyásolják, (siettetik vagy lassítják) a szenvedély betegségek kialakulását. Gyakrabban alakulnak ki ezek a betegségek a munkanélküli férfiaknál, ugyancsak gyakori a kisebbségi etnikumok között, sőt még az átlagnál gyakoribb az orvosok körében. Ezek a szociális külső tényezők önmagukban nem vezetnek szenvedély kialakulásához, de növelik ezek kockázatát. A szociális következmények szempontjából az a sajnálatos, hogy a szenvedélybetegségek előrehaladó jellege miatt átalakul a szociális kapcsolat rendszer. A kábítószer rabjai gyakran a szélsőséges szubkulturákhoz sodródnak. A magatartásuk sajátos, többnyire a deviáns magatartási formák veszik át az uralmat. Azért fontos, mert a „*normaszerű*” magatartás eltérésekben, gyakran súlyosabb lehet a probléma, mint a drog által előidézett közvetlen ártalom. (pl.: a cannabis származékok esetében.)

Az alkoholbetegek szociális kommunikációja beszűkül, a beteg leépül, egyénisége a kocsmai ivócimborák között teljesedik ki. Ez képezi számára a társas környezetet.

Ez egyik oka annak, hogy a szenvedélybetegek kezelésére a hagyományos orvosi intézményrendszer alig alkalmas, kivéve az akut sürgős állapotok ellátását.

Lássunk néhány népességi, előfordulási arányt (epidemiológia).

Sajnos a felmérések megbízhatósága az alkoholizmus határvonalai miatt (beismerés, önmegítélés, névvel vagy névtelenül) nagyon is kétséges. Az ilyen felmérések költségesek, ezért csak kisebb arányú felméréseket végeznek és ez nehezen vonatkoztatható egy betegpopulációra, egy ország népességére. Közvetett módon mégis két megközelítés lehetséges. Elsőként, pl. a májzsugorban elhaltak

számából következtethetünk az alkoholizmus mértékére. Második lehetőség a megközelítő arányokat mutató, az országos alkohol össz-fogyasztásának mennyiségi felmérése. Magyarországon jelenleg 12 liter/fő az abszolút alkoholfogyasztás mértéke. Az orvosilag minősített alkoholbetegek száma kb. fél millió, az ún. nagyivók száma további fél millióra tehető. Felmérések szerint vannak különösen veszélyeztetett régiók az országban. Ezek olyan területek, ahol a lakosságnak mintegy 20%-át teszik ki az alkoholisták. Egy kelet-magyarországi felmérés szerint, a fiatalkorúak alkohol fogyasztása is növekvő és jelentős. Sajnálatos, hogy a lakosságnak csak mintegy 10-15%-a tekinthető absztinensnek.

1996-ban 289 személy halt meg kábítószer túladagolás, vagy közvetlen drog hatása alatt elszenvedett baleset következtében (mára ez is emelkedett). Az elmúlt években az évi 20-30 személy halálózása is regisztrálható havi bontásban. Óvatos becslések szerint ötven ezer drog beteggel számolhatunk. Valószínű, hogy ennek háromszorosa is helytálló. Mindenesetre a növekvő tendencia megfigyelhető. Másik felmérés szerint a 18-30 év közötti korosztályban, a mintegy 12%-ban legalább egyszer kipróbáltak valamilyen kábítószer. A „*már próbált*” fiatalok 8%-a rendszeres fogyasztó lett.

Sajnos ezen túlmenően megállapítható, hogy 40%-uk dohányzik és ezen belül 80%-uk alkoholt is fogyaszt. Ha az egész országra kivetítjük az arányokat, akkor megállapítható, hogy a kábítószer legalább egyszer kipróbáló fiatalok száma legalább harmincezer.

Veszélyeztetettnek tartjuk azokat, akik drogfogyasztó társaságban már megfordultak. Ezek aránya kb. 28%. Feltűnő, hogy a kábítószer fogyasztók között milyen sokan dohányzanak. Ugyanakkor a nem dohányzók többsége soha nem fogyasztott kábítószer. Az

Egyesült Államokban a felnőtt lakosság 15%-át érinti a szenvedélybetegséggel kapcsolatos valamilyen probléma. Ebből 2/3-a alkoholt, 1/3-a kábítószer fogyaszt. Az alkohollal visszaélők az ún. abúzusok, valamint a függőség élethossz előfordulása (prevalenciája) 13,8%. A gyakoriság sorrendje: alkohol, cannabiszarmazékok, gyógyszerfüggőség, kokain, heroin. A sorrend a felmérés jellegétől is függ. Az utóbbi évek tendenciája a heroin kedvezményezett jellegét bizonyítja. Az alkoholizmus a várható élettartamot legalább 10 évvel rövidíti meg. Az öngyilkosság alkoholisták körében háromszor gyakoribb, mint az átlag népességben. Az alkoholizmus az esetek 60-70%-ban más elmeegógyászati betegséggel együtt fordul elő.

Leggyakoribb együttes előfordulás a szenvedélybetegség különböző személyiségzavarokkal. A személyiségi összetevők eltérő mintái alapján, elsősorban az önkép és a reális én közötti eltérésekre kell utalnunk. Ezt ún. kognitív disszonancia elnevezéssel illetik. Arról van szó, hogy minél nagyobb a várt és kapott információ eltérése, annál nagyobb a disszonancia, annál nagyobb mértékű az idegrendszeri feszültség, aminek feloldása csak lazítással lehetséges. A reális én és önkép, vagyis önismeret nagymértékű hiánya, következményes, aktivációnövekedéssel jár, ezek a kóros tünetek alapját képezik. A személyiség zavarok nagy része már elmeorvosi probléma, pszichiátriai kezelés a következménye.

Szóljunk inkább azokról a személyiségzavarokról, amelyek a társadalom személyiség görbéjén a deviancia vagy normálistól eltérő tartományba esnek. A személyiségzavar meghatározása feltételezi egy norma fogalmának ismeretét. A diagnózis nem csupán a nemcsak statisztikai, az átlagtól való eltérést veszi figyelembe.

Tekintettel van a társadalmi konvenció szempontjaira, és figyelembe veszi a személy saját norma rendszerét. Ha az elfogadott normákat megszegik, magatartásukat észleli. Ennek leggyakoribb megjelenési formája a társadalmi beilleszkedés zavarai. Egyes esetekben ezek elmebetegségek körébe sorolhatók (pszichózisok, szervi alapozottságú magatartászavarok). Másik része azonban, amely szintén külön tárgyalást igényelne, jogi természetű, tehát a bűnözéssel kapcsolatos. További csoportok pedagógia, pszichológiai forma körébe sorolhatók (pl.: az iskolai beilleszkedési zavarok). A magatartásmódok különböző formái feltételezik, hogy ritkán lehet egy-egy szakterület kizárólagos illetékességi körét megállapítani. Az sokrétűség jellegeből az következik, hogy egyszerre kell megítélni az orvosi, pszichológiai, jogi, pedagógiai kérdéseket. Az normaszegő magatartások ösztársadalmi kezelése ezért szakmai területen felülálló. Szociológiai elemzések szerint politikai és gazdasági szférát is érintő megjelenítésről van szó. Ebben a vonatkozásban fontosak a mentálhigiénés szempontok. (EÜ program)

Egyes magatartás zavarok nem tartoznak a deviancia körébe. Pl. neurózisok, gyermekek és a fiatalok beilleszkedési zavarai. Lehetnek azonban kedvezőtlen kimenetelek esetén deviancia következményei. Pl.: a neurózisok alkoholizmusba torkollnak, vagy gyógyszerfüggőség a következménye. Fiatalkori zavarok esetén esetleg kábítószer függőség alakul ki. Mindkét csoport öngyilkossági rátája magas. Ezeket korán föl kellene ismerni, mert a személyiségben megjelenő normáltól való eltéréseket predevianciának is nevezhetjük.

Ha személyiségzavarról beszélünk, általában negatív értelemben ítéljük el („*mímuszvariánsok*”). Tudnunk kell azonban, hogy egyes zavarok ellenére a személy értékes tag-

ja is lehet kisebb vagy nagyobb emberi közösségnek. Nemegyszer kiemelkedő személyiségek, akik a tudomány, a művészet, a vallási élet, a politika terén jelentőset alkottak. A történelmi nagyságok között is nyilvántartunk a személyiségzavar kategóriába sorolható egyéneket. A személyiségzavar egy részénél a genetikai tényezők is szerepet játszanak. Ismerőbb pathológia genetikai rendellenesség, a szex kromoszóma aberráció. Más esetben a személyiség zavar egy pszichiátriai probléma családon belüli halmozódására utal. Ilyenkor genetikai hajlam feltételezhető és felmerül a család elemzése a beteg megismerése során. Közismert, pl.: hogy a skizofrén betegek vérrokonai között, a skizofrénia mellett megjelennek a személyiségzavarok is. Az okok többsége mégis szocializációs folyamatban keresendő. Nagy biztonsággal állíthatjuk, hogy a szocializáció kisebb súlyú anomáliái inkább neurotikus jellegű személyiségzavarhoz vezetnek, de a súlyosabb ártalmak a magatartás összetett zavarát eredményezik. A genetikai okok, vagy a szocializáció során észlelt komplex magatartászavarokat (korai) elsődleges személyiségzavaroknak nevezzük. Ha valamilyen behatás következtében személyiségváltozás áll be, akkor a másodlagos személyiség zavar jelenségéről beszélünk. Másodlagos személyiség zavaroknak sokféle oka lehet. A fő csoportokat csak megemlítjük. Ilyenek az agykárosodásait követő személyiség tartós megváltozása, pl.: agyvelőgyulladás után, balesetet követően, keringési zavarral kapcsolatos személyiség változások. Az emberre jellemző ún. homloklebeny működése károsodása a frontál psziché torzulásához vezet. Ilyenkor, az érdeklődés beszűkül, és személy morális etikai szintje mindenki számára észrevehetően süllyed.

Az idegrendszert károsító szerek, amelyekről már szólottunk, az alkohol, a szerves

oldószeres mellett lehetnek nehéz fémek és a kábítószeres, valamint a különböző gyógy-szerek túlzott adagolása szintén károsodást okoznak, amelyek érintik az alkalmazkodási folyamatokat és ezért feltűnő személyiség-változásokhoz vezethetnek. Az idült alkoholizmus esetében például a személyiség jellegzetes változásait észlelhetjük. Igaz, ezek nemritkán évtizedek alatt bontakoznak ki. A ma már említett eltérésekre az alkohol miatt kialakult deviáns viselkedésre elég korán jellemző a magasabb szintű etikai normák elsekélyesedése. Az értékpreferenciák alacsonyabb szintre csúsznak. A már említett szociális kapcsolatok beszűkülése, egy lecsúszott szubkultúrájú betegcsoportot alakít ki. Előfordulhat, hogy izolálódnak a betegek, ilyenek a magányos nagyivók. A kábítószeresek közül elsősorban a kemény drogok okoznak lassú, de nemegyszer rohamos személyiségtorzulást. A könnyű vagy lágy drogok ilyen súlyos személyiség-változást közvetlenül nem okoznak, de évenként keresztül a tartós rendszeres fogyasztás már károsodást okoznak. Ün. amotivációs szindróma jelenik meg, ez több okból is vesélyforrás. A lágy drogok fogyasztása ugyanis törvényszerűen az életstratégiák megváltozásával, a drogfogyasztó csoportokhoz, egy szubkultúrához való csatlakozással jár együtt, és a drogfogyasztás az életforma részévé válik. Vagyis, deviáns magatartás drogfogyasztó magatartással definiálható.

Az elmegyógyászatban a hosszan tartó kezelések is lassan, lappangva okozhatnak személyiség változásokat. Felismerésük nem könnyű, mert maga a betegség is személyiség változást okoz, az alapbetegség következtében, a terápia során pedig további mellékhatás, krónikus károsodás következtében személyiség torzulások jelentkeznek másodlagosan. A személyiség rugalmatlanabbá válik. Súlyosabb esetben a személy rugalmassága

oly mértékben beszűkül, hogy joggal beszélhetünk a személyiség sklerotizálódásáról, a személyiség megmerevedéséről, „*megkeményedéséről*”. A hagyományos szerek ismeretebb következményei mellett sajátos hatásokkal is számolhatunk, amelyek a személyiséget globálisan érintik. Ennek a biokémiai magyarázata az, hogy az élettani pályák tartós gátlása révén az érzelmi reakciók intenzitása beszűkül. A gyakran használt nyugtatók csoportja, túlzott használata, elhúzódó szedése esetén a memória, a mozgás készség, a motivációk gátlása révén hatnak a személyiségre. Csökken a jutalom és a büntetés élettani hatékonysága. Végül soron a tanulás képessége károsodik. Az időzóna összezsugorodik, a hosszú távú célok és tervek hatékonyságának kivételése késik, gátolt vagy elmarad.

A devianciák nagy csoportját alkotják a droghasználók, a visszaélők és drogfüggők csoportja. Hogyan kezdődik a drogokhoz való hozzácsapás, az addikciók jelensége? Megfigyelhetők, hogy rendszerint egy erős belső kényszer irányítja a viselkedést. Állatkísérletekben megállapítható volt, hogy a hozzájutás lehetőség biztosításával különböző drogok közül megkülönböztető hatásokat észlelnek és kiválasztják a nekik megfelelő szert, amely mellett a közérzetük jobb, amely legjobban megfelel igényeiknek. Pl.: ha kokain van a választékban, addig nyomogatja a kokainos gombot az állat, míg ki nem szárad és el nem pusztul. Emberi vonatkozásban többféle párhuzam megállapítható. Fontos fogalom a viselkedési toleranciának a feltárása, szubjektív belső ingerrel ellentétes hatás kifejlődése. Meghatározó fogalom az itt az ún. kondicionált elvonás és a kondicionált tolerancia. Ha elvonási tünetek jelentkeznek az a függőség bizonyítéka. Későbbi, a tartós szerhasználat felfüggesztése esetén megjelenik a kondicionált helyzet. A régen átélt, elfelejtett elvonási

tüneteket felidéznek, ez lehet negatív motiváció és tartósítja a drogelkerülő magatartást.

Lássunk néhány fontos fogalmat a deviánsok alkohol és drogfogyasztás következtében megfigyelt pszichológiai jelenségekről.

A sóvárgás: a drogélmény vágya, abnormális vagy kóros vágy. Az egészséges ember nem érez sóvárgást, egyszerűen vágyik a drogokra, a sóvárgás már az addikció megjelenését feltételezi. Legalább kétféle sóvárgás indítja meg a drog keresését és a fogyasztás utáni késztetést. Az egyik pozitív megerősítéshez, a másik a negatív megerősítéshez vezet. Ha drogmentes időszak következik, akkor ezek a kedvező körülmények a környezettől függően hol az egyik, hol a másik típusú sóvárgást ismétlik, és ezért visszaeséshez vezet.

Következő fogalom a **kielégülés**. A sóvárgás nagyfokú izgalomba hozza a fogyasztót, ezért a serkentés állapotába kerül egészen a droghatás kezdetéig. Súlyos esetben teljesen beszűkül a beteg a drog beszerzésével és elfogyasztásával összefüggő életre. Más ingereket kirekeszt a tudatból. Amikor az elfogyasztott önadagolt droghatás izgalmi hatása bizonyos idő múlva megszűnik, kitágul a tudat horizontja, és nyugalmi állapotban úgy érzi a fogyasztó, hogy magatartása biztonságosabbá.

A kockázatkeresés

A drog betegek egy része tetézi drámai helyzetét, azzal, hogy keresik a veszélyt, kockáztatnak a szer megszerzéséért, a veszélyesebb szereket is megszerzik. A „kereső” kockázat és a szer fogyasztása együttesen vezérli a szenvedélybeteg életstílusát. Egy meggyógyult sziklamászó a rossz idő miatt abba hagyta a sportolást és ezután visszatért a drogra. A betegeknek sajnos csak egy kisebb része a félnék típus, noha kerülül az ártalmakat, mégis a drog áldozatává válik.

A helyettesítés

Az egyes drogok egymást helyettesítik: az egyik miatt előállt megvonási tüneteket egy másik drog csökkenti. A betegek jóformán ezt jobban ismerik, mint az orvos, mert cserélgetik portékáikat, kikapasztalják az egyedi hatás előnyöket. Az orvos ezen még ronthat is, mert a különböző, főleg nyugtatók egész sorával igyekszik gyógyítani a súlyosan károsító drogot. Sok helyen alkalmazott kezelési módszer a metadon kúra, amely a heroin, a kokain és morfin „helyettesítésére” ajánlott módszer az elvonásos kezelés céljára.

Kiegészítő és komplex hatások

Az összetett drog és gyógyszer használat elterjedt „gyógyító kísérlet” – valójában változatossá teszi a drog beteg menekülési törekvéseit. Sajnos a károsodás mértéke fokozódik és ehhez az orvos is hozzájárul. Pl. a kokain, az alkohollal sejtmérgező jellegű terméket képez, vagy a heroinizmus kórjósolata rosszabbodik, ha a heroint a Noxironnal kombinálják.

Multigenerációs jelleg

Családi halmozódást jelent. Az addikciós szokásokat az egymás mellett élés fokozza. Pl.: a fiatal lány heroinista anyjával él, a nagyanyja alkoholista, az újszülött gyermek heroin elvonási tünetekkel születik. A beteget kísérő barátnő lesbikus heroinista – orvosi ellenőrzés alatt állnak, de a helyzet megoldatlan (megoldhatatlan?).

Jelenleg nem lehet célunk a gyógyító lehetőségek taglalása, de a megelőzés fontosságára fel kell hívni a figyelmet.

Az általános iskolások 2-6%-a, a középiskolások több mint egytizede potenciális fogyasztónak tekinthető (ez a szám napjainkban emelkedő). A kipróbálás leggyakoribb motivációja a kíváncsiság: „...*hogymegtudjam milyen*”, „...*hogyténylegkívánom-e majd a következőt*”, „...*kíváncsivátesz a tiltás*”.

Az okok természetesen összetettek: egyik vizsgálat szerint elsődleges törekvés a lelki problémák kezelése, napi nehézségek levezetése, és harmadik indító ok a kíváncsiság. A változatos okok között ilyenek is voltak: unalom, bátorságot ad, megszokás, többet akar tudni a sokat kárhozott anyagokról, stb.

A megelőző tapasztalatokból már kiderült, hogy a drámai hatású, teljes tiltás nem válik be (a drokkereskedők ellen igen).

Felmérések szerint az érettebb fiatalok felé haladva elfogadják a széleskörű információ áramlást (előadások, különböző szervezésű csoportos foglalkozások.). A betegség kialakulásnak megértését kell szorgalmazni. Sajnos, a felvilágosításokat rendszerint előzi a drogagitátorok aktivitása. Természetesen számos terápiás formával kísérleteznek, még felsorolásuk is igen terjedelmes lenne. A megelőző és gyógyító hálózat részben kiépült (drog ambulanciák, kórházi részlegek – kapacitásuk sajnos szűkös). A rehabilitációs lehetőségek még inkább elmaradtak a rohamosan szorító igények mellett. Igen sürgető lenne a szakemberek képzése és munkába állítása.

Az egyéb szenvedélyek tömegesebb megjelenésével is számolnunk kell.

Rövid, felsorolásban érzékeltetjük a problémakör növekvő jelentőségét. A gyakorisági és súlyossági sorrend megközelítőleg a következő:

1. az alkoholizmus a legelterjedtebb népbetegség a legsúlyosabb demográfiai következményekkel.

2. szenvedélynek tekintjük a dohányzást. Nehéz felvenni a küzdelmet az emberiség kialakulásával egyidős szenvedélyek ellen. Nem lehet véletlen, hogy „*az értelmes ember*” az egészséget féltő ösztönei ellenére ragaszkodik a „*nikotinfogyasztás*” szokásaihoz. Úgy látszik erős biológiai hatások tartják fenn ezt a szenvedélyt. A nikotin stimulálja a fi-

gyelmet, javítja a hangulatot, fokozza a memóriát, csökkenti a szorongás és az étvágyat. Az elvonási tünetek miatt, minden nikotín-vezőnek „*szervenés rendeltett*”, szintén biológiai okok miatt.

A súlyos nikotin abúzusok miatt sokan szorulnak orvosi segítségre. Az okozott ártalmak, jól ismertek. A kórházak felét be lehetne zárni, ha az alkohol és nikotin ártalmakat száműzhetnénk rövid emberi létünk során.

3. Viselkedési addikciók (magtartás szenvedélyek)

Kisebb az orvosi jelentőségük, de az egyének szempontjából súlyos tehertertelek. Ma egyre gyakrabban fordulnak orvoshoz, igen gyakran eredménytelenül. Leggyakoribb megjelenési formáik: kényszeresség, étvágytalanságra hivatkozással kóros koplalás, a koplalás ellentétéként evési szenvedélyek, hajtépés, körömrágás, kényszeres vásárlás, kleptománia, kóros játékszenvedély, munkamánia.

Ezek részletezésére nem térhetünk ki, külön orvosi kötetek foglalkoznak a témakörrel.

Ezek biológiai alapjainak megismerését több sikeresen kezelt beteg tanúsíthatja az egyes kezelési technikák eredményét

Végül az ösztön zavarokhoz sorolt szexuális devianciákat említjük.

Ma, a különböző társadalmi és lélektani szempontból előtérben álló „*pszichoszociális*” másság a **homoszexualitás**.

Jelenleg már az orvosi betegség kategóriák felsorolásában nem szerepel. Az ötvenes évek fordulóján számos országban a férfi homoszexuálisokat a rendőrség még nyilvántartásba vette és zaklatta. Érdekes, hogy a női lesbikus szerelem akkor sem volt üldözött. Az elmúlt évtized elfogadott felfogása, hogy az egynemű szerelem nem csupán szexuális orientáció és kialakult viselkedési gyakorlat, hanem sajátos identitás is. Demokratikus jogrendszerben olyan kisebbségnek tekintik,

amelyet a kisebbségeknek kijáró jogokkal ruháznak fel. (Jogilag a házasságot is elismerik a homoszexuálisok között)

A szexuális „személyiség és viselkedés zavarok” egyes csoportjait nem is tekintik az orvos hatáskörébe tartozó devianciának, ezt elnevezésük is tükrözi: a szexuális orientációk zavarai, vagy parafilák megnevezést kapnak. A parafilák egy része ma is bűncselekmény: ilyen a **pedofília**. A szabálysértések között tartják nyilván az **exhibicionizmust**. Szerencsére ritka, orvosi szempontból kisebb jelentőségű a horror filmekben kedvelt **mazochizmus** és **szadizmus**. A szadomazochizmust a pszichiátriai kórisme rendszer nyilvántartja, gyógyításukra szükség lehet. Szintén inkább a film és regény téma, a **voyeurizmus** (mások szexuális élete, intim pillanatai váltják ki a kielégülést). Szintén ritka a **frotteurizmus** (a szexuális kielégülést zsúfolt járműveken, nőkhöz való dörgölődés jelenti). Többnyire gyengeelméjük kielégülési módja a **zoofília** (állatokkal való közösülés). Egyes személyek az időséssel szembeni szexuális kapcsolata a **gerontofília**. Valószínűleg inkább csak film téma a **nekrofilia** (halottal való egyesülés).

A pszicho-szexuális identitászavarok közül megemlíthető még a **transz-szexualizmus**: a biológiai nemmel ellentétes pszichoszexuális azonosságtudat jellemzi. A férfi nőnek érzi magát és fordítva. Az utóbbi idő-

ben a média nyilvánosság aktivitása miatt, egyre több transzszexuális személy átalakító műtéteket követel. Oka ismeretlen: neveltetés, szocializáció, biológiai jellegű szexuális torzulás összetett szerepet játszanak. „*Ártatlannabb*” deviáns forma, a **transzvesztitizmus**: a transzvesztiták a másik nem szerepét veszik fel. Öltözködésben, foglalkozásban, a sportokat is tendenciózusan választják, anélkül, hogy valódi nemét meg akarná változtatni.

Összefoglalva a fent ismertetett devianciák ma már kevésbé tartoznak a pszichiáterek kötelező profiljába. Az iskola, a pszichoszociális beilleszkedést segítő szervezetek is foglalkozhatnak a krízishelyzetbe jutott devianssokkal. A beilleszkedési zavarok pedig elsősorban a társadalmi és közösségi következmények miatt aktuálisak. A legkülönbözőbb orvosi terápiák közül kiemelhetők, a magatartásterápiák (behavior terápia). Párkapcsolati zavarok esetén csoport vagy pár terápiás módszereket dolgoztak ki. Különböző személyiség zavarokat sem érdemes gyógyszeresen kezelni, ehelyett felvilágosító programok, nevelő fejlesztő csoportfoglalkozások, önkéntes szerveződések, sportok, klub-terápiák ajánlhatók.

Dr. Molnár Gyula

Felhasznált irodalom

Federspiel Krista und mts.: *A lélek egészségkönyve*. Kossuth Kiadó, 1998.

Hárdi István (szerk.): *A depresszió világa. Az erőszak pszichiátriai és pszichológiai vonatkozásai*. V. Nemzeti Kongresszus, 2002

Molnár Gyula: *A konzultációs-kapcsolati pszichiátria* (Határterületek c. fejezet) In: A

Pszichiátria Magyar Kézikönyve, Szerk.: Füredi J., Medicina, 2001.

Németh Attila és Gerevich József: *Addikciók*. Medicina Könyvkiadó, 2000.