ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar (Budapest)
Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet,
Illyés Sándor Kutatólaboratórium (1)
Pszichopedagógiai Tanszék (2)
Addiktológiai Kutató Intézet (Budapest) (3)
PPKE (Budapest) Pszichológiai Intézet (4)

Vallásosság és droghasználat

FARKAS LAJOS (1) – GEREVICH JÓZSEF Ph.D. (1,3,4)
– TAKÁCS ISTVÁN (2) – DONÁTH ATTILA (2)

(Közlésre érkezett: 2005. január 24.)

A droghasználat és addikció világszerte, így hazánkban is kiemelt jelentőségű egészségügyi és társadalomtudományi probléma. Mivel az addikció sok esetben nehezen gyógyítható és gyakori visszaesésekkel jellemezhető, ezért pozitív befolyásolásának minden lehetősége nagy jelentőségű. A vallásos közösségek, vallásos megtérés sikeressége az addikció gyógyításában, a klinikai szakmában olyan régről ismert, ám kevéssé feltárt tapasztalat, ami mára egyre nagyobb súllyal szereplő kutatási területté vált. Jelen munkában rövid összefoglalót adunk az addikció és vallásosság kapcsolatára vonatkozó adatokat szolgáltató, empírikus vizsgálatok szakirodalmából.

A szerhasználattal, annak megelőzésével és gyógyítási lehetőségeivel kapcsolatos információknak sajátos gyógypedagógiai relevanciája is van, különösen akkor, ha figyelembe vesszük, hogy a szerhasználaton belül tárgyaltak az alkohol és nikotinfüggési problémák is. Nemzetközi vizsgálatok adatai szerint a különböző fizikai és mentális fogyatékossággal élő személyeknél (mozgássérültek, vakok, siketek, oligofrének stb.) nagyobb hajlam mutatkozik alkohol- és drogprobléma kialakulására, mint a fogyatékossággal nem rendelkező személyek esetében (Hubbard és mtsai, 1996, Hogan és mtsai, 2000, Neal és mtsai, 2004). Több vizsgálat foglalkozott az egyes fogyatékosságokban szenvedők alkohol- és drogfogyasztásával (Kessler, Klein, 1995, Lipton, Goldstein, 1997, Guthman,

Sandberg, 1998). A vallás által kifinomultan és kidolgozottan organizált mediátortényezőkre, illetve a vallásosság és a szerhasználattal kapcsolatos kimeneti változók alakulására vonatkozó információk vélhetően ezen specifikus probléma tekintetében is hordozhatnak információt.

Bevezetésként hasznos lehet azon támadáspontokat felmutatni, ahol a vallásosság, és a vallásossággal összefüggő mediátor hatások érvényre juthatnak a szerhasználattal kapcsolatban. Lehetőség van erre egyrészt a szerfüggőség kialakulásáért felelősnek gondolt folyamat áttekintése révén, másrészt az úgynevezett protektor és prediktor tényezőkre alapulóan.

A szerhasználat megelőzésének organizálására, illetve tervezésére legalkalmasabbnak tekintett modell és terminológia a szociális fejlődés elméleté (összefoglaló: Bácskai és Gerevich 2000). A modell azokat a támadáspontokat foglalja össze, ahol a szerhasználat kritikus tényezői befolyásolhatók. Az elmélet szerint az anómia (konvencionális sikercélok és a megvalósítás realitása közti szakadék), az inadekvát szocializáció, a szociális dezorganizáció (pl. család), a gyenge kötődés a konvencionális normákhoz és a deviáns normákhoz való erős kötődés vezethet többféle úton szerhasználathoz. A vallásosság nem csak alternatív normarendszert nyújt a konvencionális értelmezési tartományon belül, hanem eszközöket és szociális támogatást is a normáknak való megfelelés, a normarendszer működtetésének segítésére. Érzelmileg telített célok biztosítása és az életesemények jelentésteli interpretációjának lehetősége a konvencionális normákhoz és értékekhez való kötődés valószínűségét erősíti. A szocializációs, életvitelbeli és családműködtetési szabályok és következmények szintén az erősebb szociális kontroll érdekében, a dezorganizáció ellenében hatnak. A vallásos életvitel számos olyan szociális kapcsolatot termel ki az egyén számára, amiket a deviáns, így a szerfogyasztó viselkedés is veszélyeztet. Következésképp a normaszegés lehetősége az egyénben diszkomfort érzést okoz, ezáltal az adott deviáns viselkedés megvalósításának „ára” jelentősen nő.

Következő szempont a vallásosság pozitív befolyásoló hatásához kapcsolódó lehetőségek relevanciájának megítélésére a szerhasználat prediktorainak és protektív tényezőinek alapul vétele. A prediktív és protektív tényezők bemutatása Bácskai és Gerevich (2000) összefoglalójára támaszkodik, a teljesség igénye nélkül. A prediktorok az egyéni sérülékenység lehetőségeit jelenítik meg. Első csoportjuk az intraperszonális prediktorok.

1. Biogenetikai prediktorok. Elsősorban a közeli vérrokonok addikciója és az intra/perinatális droghatások, táplálkozási hiányosságok tartoznak ide, az aspecifikus neurológiai vulnerábilitás mellett. A vallásossággal együttjáró egészségesebb életvitel a korai embrionális és magzati károsodások esélyét csökkentheti.

2. Pszichológiai, pszichopatológiai prediktorok. Önértékelési problémák, extrinzik motiváltság, hiperaktivitás, impulzivitás, alacsony önkontroll, stb. a kategória elsődleges tartalma. A vallásosság pszichopatológiára gyakorolt hatása

révén az egyéni pszichológiai sérülékenység csökkenése várható a bemutatott adatok alapján. A járulékos hatások révén a jobb hangulat, nagyobb optimizmus is igazolt. A világ és életesemények rendezett interpretációja vélhetően szintén ezen prediktorok ellenében fejt ki hatást. A stressz negatív hatásának kimutatott csökkentési képessége is itt említhető.

3. Demográfiai prediktorok. A kisebbségi lét, a korai deviancia az elsődlegesen hangsúlyozhatók. A kisebbségek kimutatott, jellemzően nagyobb érzékenysége a vallásosságra, hasznos lehet az adott negatív demográfiai jellemzők csökkentése irányában.

A prediktorok második csoportja a környezeti hatásoké.

1. Családi prediktorok. A családi strukturális és dinamikai negatív jellemzők sorolhatók itt fel, fizikai, szexuális és szer abúzusok megléte mellett. Számos adat került ismertetésre, ami asszociálható ebben a dimenzióban, kiemelten a különböző szocializációs stílusok mentális egészségre gyakorolt hatása említhető meg, a vallásosság segítő befolyásának érvényrejutási módjai tekintetében.

2. Iskolai (beilleszkedési és kognitív zavarok) és *3. Kortárs prediktorok* (deviáns normacsoportok, korai szex és terhesség, stb.). A vallásos közösség normacsoportként való működése a fokozott szociális részvétel és kontroll bemutatott módjai révén a konvencionális értékekhez való kötődést erősíti. A deviáns cselekményekhez kötődő személyes veszélyérzet a már említett módon megnő tehát, az előfordulási valószínűségük csökkenését feltételezve ezáltal.

A prediktorokat elemezve Gerevich (1992-1993) két fejlődési utat azonosított, amelyek közül a rosszabb gyógyulási prognózisú addikciót kialakító, multiplex családi szenvedélyproblémákkal jellemezhető szocializációs mód megvalósulási esélyét, az itt ismertetett adatok alapján, a vallásos szabály- és attitűdrendszer érvényrejutása csökkentheti.

A protektorok, a szerhasználat kialakulását gyengítő hatások, lényegesen kevésbé ismertek a prediktoroknál. Egyik legjelentősebb védő hatásként a támogató családi és családon kívüli érzelmi kapcsolatokat találták (áttekintés: Bácskai és Gerevich 2000). A vallásos közösség által, több forrásból is igazolt módon nyújtott szociális háló és kapcsolatrendszer, pozitív értékrenddel és a stressz leküzdését segítő eszközkészlettel valamint példákkal, a leghatékonyabb protektorhatásokhoz kapcsolható tehát.

A vallásosság szerhasználatra gyakorolt hatását természetesen konkrét kérdésfelvetésként, konkrét vizsgálatokban is sokan megfogalmazták. A szerhasználat szempontjából kiemelten kritikus életszakasz az adolescens kor. Az adolescens korban bekövetkező szerhasználat gyakran előjelzője a felnőttkori abúzusnak (Nurco és munkatársai 1997), emiatt is fontos a kamaszkori megelőzés (Bácskai és Gerevich 2000). Miller és munkatársai (2000) reprezentatív mintán igyekeztek igazolni a vallásosság és szerhasználat negatív összefüggését adolescenseknél. A

vizsgálati személyek vallásosságát két tapasztalati faktorral jellemezték, a „személyes elkötelezettség” és „személyes konzervativizmus” faktorokkal. Mért vallásos változó volt a “felekezeti fundamentalizmus”. A „személyes elkötelezettség” és a „felekezeti fundamentalizmus” negatív kapcsolatban állt számos droggal és az alkohollal. A „személyes konzervativizmus” csak az alkoholfogyasztással volt negatívan kapcsolt. A negatív korrelatív kapcsolat nem csak a vallás segítő hatásának lehetőségét fejezi ki, hanem az alacsony szintű vallásosság kapcsolódási lehetőségét is, kamaszkori szerhasználathoz. A szerzők szerint az ok az lehet, hogy a gyenge vallásosság kizárja a normatív vallásos fejlődést, így a vallás protektív hatása sem érvényesülhet megfelelő mértékben. Vizsgálatukban tapasztalt negatív összefüggések adolescenseknél fokozottabban érvényesültek, mint felnőtteknél. Magyarázatként egyrészt az szolgálhat, hogy a vallásos kortárscsoport elsődleges szocializációs színtérként funkcionálva csökkenti a deviancia esélyét. Másrészt a kamaszkorú fiatalok a felnőtteknél intenzívebben keresik az élet értelmét, célokat, identitásukat. A vallás mindezekre rendezett válaszokkal szolgál. Figyelmeztetnek a szerzők arra, hogy amennyiben a „keresés” kielégítésére a vallás nem szolgál válaszul, akkor a “keresés” akár szerhasználat kiváltója is lehet.

Az adolescens kor egyik tipikus problémája a szexualitás. A szexuális élet korai elkezdése a szerhasználat és abúzus egyik ismert prediktora. Az erős vallásos hit más kockázati viselkedések mellett (alkohol, drog, agresszió) a szexualis aktivitás elkezdése terén is protektív faktornak tekinthető (Donahue 1995). Erős vallásosság a szexualitás későbbi kezdésével jár együtt (Zaleski és Schiaffino 2000). McCree és munkatársai (2003) áttekintésében a fokozottabb vallásosság kevesebb szexuális partnerrel és ritkábban történő szexualitással kapcsolódik, tehát a vallásos fiatalok kisebb eséllyel tapasztalják meg a korai szexualitás negatív következményeit is. McCree és munkatársai (2003) vizsgálatukban afroamerikai kamasz lányok szexuális szokásait vetették össze vallásosságuk mértékével. Adatokat gyűjtöttek továbbá a résztvevők szociodemográfiai és családi jellemzőiről, óvszerrel kapcsolatos attitűdjeikről, a kockázatos szexuális aktusban mutatott ön-hatékonyság és önérvényesítés jellemzőiről. Eredményeik szerint magasabb vallásosság pontszám kisebb kockázatú szexuális viselkedéssel járt együtt. A vallásosabb lányokat nagyobb ön-hatékonyság és az óvszerhasználattal kapcsolatos pozitívabb attitűdök is jellemezték egyúttal. A vallásossággal együttjárt még vizsgálati mintájukon az intenzívebb szülői monitoring, a két szülős család, az anya mint elsődleges bizalmi személy megvalósulásának nagyobb valószínűsége.

Az adolescensek szerhasználatában a vizsgálatok szerint további tényező a mentális egészséggel kapcsolatosan már említésre került stressz-hatások negatív következménye. A stressz kockázati tényezőnek bizonyult az adolescensek alkohol és drogfogyasztásában (Chassin és munkatársai 1993). A családi támogatás és meglévő problémamegoldó készségek csökkentették a stressz negatív hatását az iskolai karrierre és beilleszkedésre, mint további prediktor összetevőkre

(Dubow és Tisak 1989). A szülői támogatás mérsékli továbbá a negatív életesemények szerhasználatot indukáló hatását (Wills és munkatársai 1992). A vallás stressz elleni puffer hatását igazolták több munkában (pl. Williams és munkatársai 1991, Strawbridge és munkatársai 1998). Itt csak a szerhasználattal kapcsolatos adatok közül kerül említésre néhány releváns. Adolescenseknél a vallásosság alacsonyabb alkohol használathoz és problémás viselkedési arányhoz társult (Brody és munkatársai 1994). Wills és munkatársai (2003) a vallásosság szerhasználattal és stresszel szembeni puffer hatását vizsgálták adolescenseknél. Eredményeik szerint a stressz események előfordulása pozitív kapcsolatban volt a szerhasználat mértékével. A vallásosság viszont fordított korrelációt mutatott a szerhasználattal. A stressz események szerhasználatot fokozó hatása fele akkora volt erősen vallásososoknál, ami a vallás puffer hatás jellegét igazolja adolescens mintán. A puffer hatás továbbá erősebb volt fiatalabbaknál, a vizsgált életkori range-en belül (12-16 év). A demográfiai csoportok közt nem találtak különbséget a puffer hatásban. Lányok esetén valamivel erősebb hatás volt tapasztalható, azonban ez nem érvényesült következetesen az egész életkori intervallumon. A puffer hatás mind a résztevők családjára, mind magukra a résztvevő egyénekre vonatkozó stressz események ellenében érvényesült ezen a vizsgálati mintán.

Felnőtt mintán hasonlóképp kimutatható a vallásosság negatív kapcsolata a szerhasználat és abúzus előfordulásával (pl. Gorsuch 1995). Jessor és munkatársai (1980) a vallás percipiált fontossága és a „probléma-ivás" (feszültségoldó alkoholfogyasztás) között negatív kapcsolatot talált főiskolásoknál. Kendler és munkatársai (1997) a „vallásos személyes elkötelezettség", „személyes vallásos konzervativizmus" és „intézményi konzervativizmus" fordított kapcsolatát igazolta mind a kurrens dohányzással és alkoholfogyasztással, mind pedig ugyanezek életútváltozó formáival, vagyis az addikcióval. A szerzők megfogalmazták, hogy a vizsgálati mintájuk alapján nem csak a szerhasználat elkerülésében segít a vallásosság, hanem fogyasztás esetén az fogyasztott mennyiség alacsonyabban tartásában is. Ugyanis nem az absztinenciával járt együtt a vallásosság, hanem az alkoholfogyasztással volt fordított kapcsolatban. Dohányzás esetén is hasonló eredményeket kaptak. Aktuálisan ivóknál, illetve reguláris dohányzók esetén a fogyasztott szer mennyisége a személyes vallásos elkötelezettséggel volt összefüggésben. Kendler és munkatársai (2003) ismételten igazolta a vallásosság és szer abúzus negatív kapcsolatát. Vizsgálatukban az általuk externalizáló mentális problémáknak nevezett csoportban a nikotin, alkohol és drog dependenciát és abúzust, valamint a felnőtt antiszociális viselkedést vetették össze a vallásosság általuk definiált dimenzióival, ahogy már több szempont kapcsán említve volt. Az „általános vallásosság", „involvált isten", „megbocsátás" és „isten mint bíró" faktorok kizárólag ezen externalizáló problémákkal voltak fordított kapcsolatban. A szociális vallásosság és a hálateltség faktorai pedig minden vizsgált mentális probléma gyakoriságával negatív összefüggést mutattak, így az externalizálókkal is.

A vallásosság pozitív befolyása a szer abúzusból való kilábalásban is tettenérhetőnek látszik. Avants és munkatársai (2001) a spirituális és vallásos hitekből, illetve élményekből származó, a személyek által észlelt meghittség és támogatás pozitív hatását mutatták ki az addikcióból való felépülésre. Felnőtteknél segíti a felépülést és leszokást a merev szabályok (pl. vallásos) alkalmazása, ahogy a névtelen addiktív betegek különféle önsegítő csoportjainak tanulságaiból látható. Kamaszoknál azonban inkább a kísértésnek való ellenállásban segítenek. Ha már elkezdték fogyasztani az adott szert, akkor nem igazán befolyásolják a szabályok a szerhasználat mértékét (Kus 1995).

A hit a HIV-kockázati viselkedést is csökkentette intravénás drog-használók közt (Des Jarlais és munkatársai 1997). Avants és munkatársai (2003) aktív kokain használók között végezték vizsgálatukat. A résztvevők mindegyike szexuálisan aktív volt, valamint napi életükhöz tartozóan bírtak vallásos/spirituális hittel. Eredményeikben fordított összefüggés mutatkozott a vallásos hit erőssége, az „emberek alapvetően jók" hite, a világ értelmes, kiszámítható, kontrollálható helyként való felfogása mint vallásosság faktorok, és a szexuális alapú HIV kockázati viselkedés között.

Összességében elmondható tehát, hogy a szerhasználattal kapcsolatosan számos ponton képzelhető el a vallásosság pozitív befolyásoló hatása. Azonban az is kitűnik a vizsgálati adatokból, hogy miként a vallásosság maga, a szerhasználattal való egymásrahatásuk is kifejezetten multidimenzionális jelenség, rengeteg tényező befolyásolja. Így minden lelkesítő és pozitív eredmény ellenére tartózkodni érdemes a leegyszerűsítő értelmezésektől a téma kapcsán, továbbá a kellően meg nem alapozott beavatkozási metodikák sürgetésétől. Kétségtelen azonban, hogy a szükséges további vizsgálatok megtörténtével ilyen szempontokból is hasznosítható információk rendelkezésre állása lesz remélhető.

Irodalom

AVANTS, S.K.; MARCOTTE, D.; ARNOLD, R.; MARGOLIN, A. (2003): *Spiritual beliefs, world assumptions, and HIV risk behavior among heroin and cocaine users.* Psychology of addictive behaviors, volume 17(2)., 159-162.

AVANTS, S.K.; WARBURTON, L.A.; MARGOLIN, A. (2001): *Spiritual and religious support in recovery from addiction among HIV-positive injection drug users.* Journal of Psychoactive Drugs, 33., 39-46.

BÁCSKAI, E.; GEREVICH, J. (2000): *A kortárssegítés tanári kézikönyve.* Vác, Egészséges Ifjúságért Alapítvány, 66-85.

BRODY G.H.; STONEMAN, Z.; FLOR, D. (1994): *Parental religiosity, family processes, and youth competence in rural, two-parent African-American families.* Developmental Psychology, 32., 696-706.

CHASSIN, L.; PILLOW, D.R.; CURRAN, P.J.; MOLINA, B.S.G.; BARRERA, M. (1993): *Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use.* Journal of Abnormal Psychology, 102., 3-19.

DES JARLAIS, D.C.; VANICHSENI, S.; MARMOR, M.; BUAVIRAT, A.; TITUS, S.; RAKTHAM, S. (1997): *"Why I am not infected with HIV?": Implications for long-term HIV risk reduction and HIV vaccine trials.* Journal of Acquired Immun Deficiency Syndrome, 16., 393-399.

DONAHUE, M.J. (1995): *Religion and the well-being of adolescents.* Journal of Social Issues, 51., 145-160.

DUBOW, E.F.; TISAK, J. (1989): *The relation between stressful life events and adjustment in elementary school children: The role of social support and problem-solving skills.* Child Development, 60., 1412-1423.

GEREVICH, J. (1992-1993): *Az addiktív drogfogyasztás kialakulásának strukturális modellje.* Kandidátusi értekezés. Budapest.

GORSUCH, R.L. (1995): *Religious aspects of substance abuse and recovery.* Journal of Social Issues, 5., 65-83.

GUTHMAN D, SANDBERG, K. *Assessing substance abuse problems in deaf and hard of hearing individuals.* American Annals Deaf 1998;143(1):14-19.

HOGAN, A., MCLELLAN, L., BAUMAN, A.: *Health promotion needs of young people with disabilities – a population study.* Disability Rehabilitation 22, 8, 2000, 352-357.

HUBBARDS, J. R., EVERETT, A. S., KHAN, M. A.: *Alcohol and drug abuse in patients with physical disabilities.* American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 22, 2, 1996, 215-231.

JESSOR, R.; CHASE, J.A.; DONOVAN, J.E. (1980): *Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents.* American Journal of Public Health, 70., 604-613.

KENDLER, K.S.; GARDNER, C.O.; PRESCOTT, C.A. (1997): *Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A multimeasure, genetic-epidemiologic study.* American Journal of Psychiatry, 154(3), 322-329.

KENDLER, K.S.; LIU, X.Q.; GARDNER, C.; MCCULLOUGH, M.E.; LARSON, D.; PRESCOTT, C. (2003): *Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders.* American Journal of Psychiatry, Volume 160(3). 496-503.

KESSLER, D., T., KLEIN, M., A.: *Drug use patterns and risk factors of adolescents with physical disabilities.* Int J Addict 1995 Aug;30(10):1243-70.

KUS, R.J. (1995): *Prayer and meditation in addiction recovery.* In: Spirituality and chemical recovery, Kus, R.J. ed. New York, Harworth Press.

LIPTON DS ; GOLDSTEIN MF. *Measuring substance abuse among the deaf.* J Drug Issues 1997;27(4):733-754.

MCCREE, D.H.; WINGOOD, G.M.; DICLEMENTE, R.; DAVIES, S.; HARRINGTON, K.F. (2003): *Religiosity and risky sexual behavior in african-american adolescent females.* Journal oF Adolescent Health, 33., 2-8.

MILLER, L.; DAVIES, M.; GREENWALD, S. (2000): *Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39(9)., 1190-1197.

NEAL, L. A., GREEN, G., TURNER, M. A. (2004): *Post-traumatic stress and disability.* The British Journal of Psychiatry, 184, 3, 247-250.

NURCO, D.N.; HANLON, T.E.; O'GRADY, K.E.; KINLOCK, T.W. (1997): *The early emergence of narcotic addict types.* American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 23., 523-542.

STRAWBRIDGE, W.J.; SHEMA, S.J.; COHEN, R.D.; ROBERT, R.E.; KAPLAN, G.A. (1998): *Religiosity buffer effects of some stressors on depression but exacerbates others.* Journal of Gerontology: Social Sciences, 53B, S118-S126.

WILLIAMS, D.R.; LARSON, D.B.; BUCKLER, R.E.; HECKMAN, R.C.; PYLE, C.M. (1991): *Religion and psychological distress in a community sample.* Social Science and Medicine, 32., 1257-1262.

WILLS, T.A.; VACCARO, D.; MCNAMARA, G. (1992): *The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use.* American Journal of Community Psychology, 20., 349-374.

WILLS, T.A.; YAEGER, A.M.; SANDY, J.M. (2003): *Buffering effect of religiosity for adolescent substance use.* Psychology of Addictive Behaviors, 17(1)., 24-31.

ZALESKI, E.H.; SCHIAFFINO K.M. (2000): *Religiosity and sexual risk-taking behavior during the transito to college.* Journal of Adolescence, 23., 223-227.