



INTERDISZCIPLINÁRIS DROGSZEMLE

Drogkutató Intézet

I. évfolyam 2. szám
2020. december

Impresszum:

Kiadja a Drogkutató Intézet Nonprofit Kft.

Cím: 1137 Budapest, Radnóti utca 25.

II. emelet 2/A.

Felelős kiadó: Pongrácz Bálint László ügyvezető

Főszerkesztő: Dr. Deák Csilla

Vezető kutató: Dr. Deák Csilla

Kutató munkatársak:

Balikó Fanni

Pogácsás Nóra

Baráth Noémi

Raffai Gellért

Csigi Ádám

Szabó Jennifer



Tartalomjegyzék:

Raffai Gellért: <i>A szerdependencia és az illegális pszichoaktív szerfogyasztás jeleinek felismerése</i>	4
Pogácsás Nóra: <i>A szerhasználat prevalenciája és motivációs háttere intellektuális képességzavarral élő személyek körében</i>	16
Baráth Noémi Emőke: <i>Kábítószer-kereskedelem és droghasználat alakulása a COVID-19 pandémiás időszakban</i>	25
Csigi Ádám: <i>Kábítószer szabályozási modellek a szomszédos EU tagállamokban</i>	33
Szabó Jennifer: <i>Nők és szerhasználat II. A trauma-fókuszú megközelítés</i>	44
Raffai Gellért: <i>Pszichoaktív szerek hatása az immunrendszerre I.</i>	53
Balikó Fanni: <i>Az addikció kialakulásának komplex szemlélete</i>	66

A szerdependencia és az illegális pszichoaktív szerfogyasztás jeleinek felismerése

RAFFAI GELLÉRT

Absztrakt: A problémás szerfogyasztás, a függőség jeleinek felismerése roppant komplex feladat és nagy kihívás elé állítja az aggódó családtagokat, ismerősöket, szakembereket. A felismerés kulcsfontosságú, hiszen ez az első lépés a megfelelő intervenció irányába. Tekintettel arra, hogy a legális pszichoaktív szerek által okozott hatások és azok felismerése közismertebb, ezért a tanulmány célja elsősorban a különböző illegális pszichoaktív szerek érzelmi, gondolkodásbeli, viselkedéses és testi jeleinek áttekintése, amelyet néhány olyan szerspecifikus tárgy felsorolásával egészítünk ki, amelyek megerősítik a szerfogyasztás lehetőségét. Fontos konklúzió, hogy a szerfüggőség felismerését követően a fenyegetettség helyett a bizalmas, támogató légkör tud hatékonyan segíteni az érintettnek.

Kulcsszavak: pszichoaktív szer, dependencia, függőség

A problémás drogfogyasztás, vagyis a dependencia meghatározása

A fogalom tisztázása során megkerülhetetlen a hazánkban jelenleg is használatos klasszifikációs (diagnosztikai, nozológiai) rendszerek áttekintése. Tekintve, hogy a szerdependencia a mentális- és viselkedészavarok közé tartozik, ezért ebben két fő forrásra támaszkodunk – a BNO-10-re és a DSM-5-re. A Betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása kézikönyv 10. revíziója (röviden BNO-10) az a WHO által 1992-ben kiadott kötet, amiben valamennyi betegség, köztük a mentális- és viselkedészavarok leírása is megtalálható. A pszichoaktív szer által okozott mentális- és viselkedészavarok kódjai F10-F19 közöttiek. A BNO-10 felhívja figyelmünket arra, hogy a zavarok széles köre kódolható általa, melyek azonban különböznek súlyosságukban vagy a klinikai képből, melyek pszichoaktív szer használatából erednek. A BNO-10 rendszere az alábbi pszichoaktív szereket sorolja fel: alkohol, opiátok, cannabis és származékai, nyugtatók és altatók, kokain, egyéb stimulánsok beleértve a koffeint, hallucinogének, dohány, illékony oldószerek, valamint a többféle vagy ismeretlen szerek által okozott hatás. Mindezekhez az alábbi aktuális klinikai állapotok rendelhetők: akut intoxikáció, káros használat, dependencia, megvonási szindróma delírium nélkül vagy delíriummal, pszichotikus zavar, amnesztikus szindróma, reziduális és késői (kezdetű) pszichotikus zavar, valamint az egyéb meghatározott mentális és viselkedészavarok és a nem meghatározott mentális vagy viselkedészavarok. A problémás szerfogyasztás – függőség – szempontjából az alábbiak kiemelten relevánsak:

- Akut intoxikáció: A pszichoaktív szerfogyasztást követően kialakuló tudat- és észlelészavar, kognitív, érzelmi vagy viselkedési tünetekkel. A zavar közvetlenül kapcsolatba hozható a fogyasztott szer akut farmakológiai hatásával, és idővel oldódik, teljes tünetmentességgel, kivéve, ha komplikáció nem lép fel. Ez akár egyszeri használat következménye is lehet, ami szertől függően járhat súlyos (akár letális) következményekkel is (pl. heroin).
- Káros használat (abúzus): A pszichoaktív szer használatának olyan módja, mely egészségkárosodást okoz fizikai (mint pl. hepatitis a pszichoaktív szerek injekciós önadagolásától) vagy mentális (mint pl. gyakori MDMA fogyasztását követő depressziós időszakok) szinten. A klinikai gyakorlat szerint akkor indokolt ez a kódolás, ha a személy az utóbbi minimum 12 hónapban szerhasználatot folytat, annak ellenére, hogy ennek kedvezőtlen következményei vannak. Ez az alábbi négy terület bármelyikében lehet: a munkavégző képességére gyakorolt kedvezőtlen hatás (pl. elbocsátás), a családi és emberi kapcsolataira gyakorolt kedvezőtlen hatás (pl. válás), a fizikai állapotára (pl. légzőrendszeri betegség) gyakorolt kedvezőtlen hatás vagy jogi következmény (pl. vezetés cannabis hatása alatt).
- *Dependencia*: Viselkedési, kognitív és élettani jelenségek meghatározott együttese, amely ismételt használatot követően alakulhat ki. Jellemző az erős vágy a szer fogyasztására, a használatának a kontrollálási nehézsége, a káros következmények ellenére a fogyasztás folytatása, a szerfogyasztás előnyben részesítése más aktivitásokkal szemben, és hiányérzet, megnövekedett tolerancia, valamint néha fizikai megvonási tünetek. A klinikai gyakorlat szerint, ha az előző káros használat tüneteit súlyosbítja a visszatérő és erős szer iránti sóvárgás, a szer dózisének fokozása azonos élmény eléréséhez és annak hiányában a megvonás szerspecifikus tünetei, akkor kialakult a dependencia, vagyis a szerfüggőség (BNO-10, 2004).

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kiadott A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének 5. revíziója (röviden DSM-5) szintén mindennapos eszköz a mentális- és viselkedészavarokkal foglalkozó kutató és klinikus szakemberek kezében egyaránt. A DSM-5 Szerrel kapcsolatos és addiktív zavarok fejezetben tárgyalja a releváns mentális zavarokat, amiket az alábbi szercsoportokba sorol: alkohol, koffein, cannabis, hallucinogének (külön a fenciklidin); inhalánsok és opioidok; szedatívumok, hipnotikumok és anxiolitikumok; stimulánsok (köztük az amfetamin és a kokain); nikotin és az egyéb csoport. A szerrel kapcsolatos zavarokat két csoportra osztja: szerhasználat zavarok és szer kiváltotta zavarok – ezek a BNO-10-hez hasonlóan az akut intoxikáció, megvonás vagy a szer által kiváltott egyéb mentális- és viselkedészavarok. Ez utóbbiak valamelyest sokrétűbbek, mint a BNO-10-ben láttuk, ezért érdemes felsorolni: pszichotikus zavarok, bipoláris zavarok, depresszív zavarok, szorongásos zavarok, kényszeres zavarok, alvászavarok, szexuális diszfunkciók, delírium, neurokognitív zavarok. A DSM-5 a BNO-10-hez képest nem törekszik minden szernél valamennyi potenciális klinikai állapot leírására, így a szer által kiváltott egyéb mentális- és viselkedészavarokat a releváns zavarhoz kapcsolódó fejezetben tárgyalja. Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy a DSM-5 rendszere nem emeli ki, hogy mit tart klasszikus értelemben függőségnek, inkább a specifikus következményekre, pl. megvonás illetve a következményes mentális- és viselkedészavarokra (pl. depresszió) fókuszál (DSM-5, 2013). Roppant izgalmas a

pszichoaktív szerek morbiditási és mortalitási mutatóinak áttekintése, amelyek elérhetőek a „Nutt-riportokban” (Nutt et al. 2007, 2010), de ezek az elemzések jelen tanulmány célkitűzésein túlmutatnak.

A szerdependencia érzelmi és gondolkodásbeli jelei

A pszichoaktív szerek – drogok – roppant gazdag diverzitása miatt a hatásmechanizmusuk és preferált használati formáik is sokrétűek (Demetrovics, 2007). Nem lehetséges tehát olyan általános érzelmi és gondolkodási jeleket azonosítani, amelyek valamennyi illegális pszichoaktív szerre igazak lesznek. A klinikai területen dolgozó szakemberek által használt dependencia fogalom kapcsán gyakran felismerhető jel az adott szer megszerzésére irányuló erős vágy, a *sóvárgás* (Takách, 1998).

Erre jó példa a Heroin Sóvárgás Kérdőív (HCQ), amely rámutat, hogy az opiátfüggő személy érzelmi és gondolati világát jelentősen áthatja a heroin iránti vágy, a heroinhasználati szándék, a heroinnal kapcsolatos pozitív következmény elővételezése, a megkönnyebbülés iránti vágy és a kontrollvesztés (Demetrovics, 2009).

Az emberek addikciókra való fogékonysága mögött szintén viszonylag gyakran előkerül a *kontroll* kérdése, vagyis a szélsőségesen alulkontrollált és túlkontrollált jelenségek is spektrumba helyezhetők, ezt pedig számos kutatás és klinikai gyakorlat bizonyítja Hollander 1993-as addiktív spektrum hipotézise óta, amely a viselkedéses és szerrel összefüggő problémákat is egymással összefüggő módon értelmezi. Ebből a szempontból a szerdependencia olyan véglet, ahol a szerhez társuló szükségletek alulkontrolláltak, a fogyasztás pedig kontrollvesztetté válhat (Hollander, 1993).

Erre jó példa a Szerhasználattal kapcsolatos problémák feltárására irányuló szűrőteszt, a CAGE. Ez a mindössze négy kérdésből álló, dichotóm módon megválaszolható (igen/nem) kérdéssor egy percen belül kitölthető. A CAGE betűi elsősorban az alkoholfogyasztást vizsgálják, azonban más pszichoaktív szer esetén is használhatók. A betűk az alábbi négy kérdést fedik:

C (cut: 'abbahagyás'): Érezte-e valaha, hogy abba kell hagynia az ivást (/adott drogfogyasztást)?

A (annoyed: 'zavarja valami'): Zavarták-e valaha, ha azzal kritizálták, hogy abba kell hagynia az ivást (/adott drogfogyasztást)?

G (guilty: 'vétkes'): Érezte-e bűnösnek, rossznak magát az ivás (/adott drogfogyasztás) miatt?

E (eye-opener: arra utal, hogy az alkoholista (szerfüggő) így kezdi a napját): Előfordult-e, hogy ivással (szerfogyasztással) kezdte a napját, hogy megerősítse az idegeit, vagy hogy szabaduljon a másnaposságtól (megvonási tünetektől)?

Már egyetlen „igen” válasz is problémás szerfogyasztást jelez, kettőnél több „igen” válasz esetén pedig indokolt a további kivizsgálás (Gerevich, Bácskai, Rózsa, 2006).

A sóvárgás és a kontrollvesztés élménye pedig egyre inkább eluralkodik a szerhasználón és ennek következményei lesznek a környezete számára felismerhetők. A gondolkodás egyre inkább a szer megszerzésére és elfogyasztására szűkülhet be, így a személy korábban fontos társadalmi, foglalkozásbeli vagy szabadidős tevékenységeit elkezdi feladni, életstílusa egyre jelentősebb változásokon megy keresztül.

Ennek szertől függő módon az alábbi jelei a környezet számára is szembetűnők:

- agresszivitás,
- álmatlanság,
- csökkenő iskolai vagy munkahelyi teljesítmény,
- feledékenység,
- figyelem és koncentrációs képesség nehézségei,
- gyors hangulatváltozások,
- hallucinációk és/vagy téveszmék (a drog indukálta pszichózis jele lehet),
- idegesség,
- időbeli és térbeli tájékozódási zavar,
- indokolatlan fáradtság vagy gyors kimerülés
- indokolatlan félelem,
- kedvtelenség, levertség, közöny vagy ellenkezőleg: ok nélküli örömkítőrések,
- szokatlan ingerlékenység,
- pánikrohamok,
- túlérzékenység, stb.

A tünetek jól láthatóan sokrétűek, valamint a szerdependencia mellett sok egyéb mentális- és viselkedészavar tünetei is lehetnek, így az ezek alapján történő túlzott gyanakvás akár téves következtetésekhez is vezethet. A helyzet rossz azonosítása pedig bizalomvesztéshez, kiközösítéshez vezethet, ami különösen nehezen érinti a serdülő korosztályt (Takách, 1998).

Ezúton fontos leszögezni, hogy a droghasználat és egyéb mentális- és viselkedészavarok gyakran egyszerre vannak jelen, a komorbiditás kapcsán pedig előfordulhat az is, hogy az egyéb mentális- és viselkedészavar (pl. depresszió) egyik következménye a fokozott szorongásból eredő szerdependencia (pl. opiátok), de fordított eset is előfordulhat, amikor a dependens szerhasználónál (pl. amfetamin-származékok) alakul ki következményesen egyéb mentális- és viselkedészavar (pl. depresszió) (Volkow, 2004).

A szerdependencia a gondolkodás szintjén abban is megnyilvánulhat, hogy a használó a szerfogyasztó szubkultúrákra jellemző szociolektikus csoportnyelvet (szleng), annak kifejezéseit kezdi el használni. Ennek egyik nyilvánvaló motivációja, hogy a társadalom által megbélyegzett illegális pszichoaktív szerhasználatát („drogos”) el tudja rejteni vagy titokban tarthassa, másrészt a szubkultúra többi tagjával ilyen módon kommunikál. Az illegális pszichoaktív szerfogyasztás terén sajátélménnyel rendelkezők a sajátélménnyel nem

rendelkezőket norminak szokták nevezni. A szerfogyasztás által a személyiségfejlődés vélt vagy valós motivációját hangsúlyozó, spirituális élményeket kereső fogyasztók hajlamosak önmagukat pszichonautának hívni. A szerfogyasztásban kontrollvesztett, klinikai értelemben is jelentős életvezetési diszfunkciókat megélő, „lecsúszó” fogyasztókra (akik leggyakrabban heroinfogyasztók) a szubkultúrában a junkie kifejezés az elterjedt. Ezzel együtt a szerek elnevezései (pl. laszti - MDMA, trinyó - LSD), a használati típusok (pl. csúzli), hatást leíró kifejezések (pl. flash) – összefüggésben az illegális jelleg miatti rejtőzködéssel – roppant gazdag és változatos szókincsét szinte szlengszótárrá lehetne összeállítani, amit Demetrovics 90'-es évekbeli kutatásai meg is alapoztak (Demetrovics, 1997).

A szerdependencia viselkedéses jelei

A sóvárgás és a kontrollvesztés természetesen a viselkedésben is manifesztálódhat, azonban ezúttal is fontos hangsúlyozni, hogy ahány illegális pszichoaktív szer, annyiféle módon okozhat viselkedésbeli változásokat. A szerhasználó pedig tartva a jogi felelősségre vonástól és a társadalmi megbélyegzéstől arra kényszerül, hogy szerfogyasztását ne juttassa kifejezésre viselkedésében. Ezzel együtt az alábbi magatartásbeli változások utalhatnak szerdependenciára:

- a családon belüli kapcsolatok romlani kezdenek, eltávolodás,
- a korábbi érdeklődés csökken,
- a korábbi, megszokott napirend megváltozása,
- a korábbi, megszokott életmód megváltozása,
- a tanulmányi, munkahelyi eredmény hirtelen romlik,
- beilleszkedési nehézségek,
- elhanyagolt testi higiéne, öltözködés,
- hazudozás,
- kiégettség, üresség érzése,
- kimaradozás, iskolakerülés, munkakerülés,
- kritikátlan tervek, "szabadságra törekvés",
- új ismeretlen barátok titkolása, a régiéek hanyagolása,
- pénz és egyéb értékek eltűnése,
- saját maga és környezete elhanyagolása,
- titkolózás, zárkózottság,
- túlzott költekezés, kölcsönkérés,
- új barátok eltitkolása, elmagányosodás, stb.

Ismét elmondható, hogy a fentebbi tényezők egészen sokrétűek, így számos egyéb életeseleményvel összefüggésbe hozhatók (pl. gyász) vagy számos egyéb körülmény, vagy mentális- és viselkedészavar tünetei lehetnek. Jó példa erre, hogy néhányan hirtelen jött módon spirituális nyitottságot kezdenek hangoztatni, amely egyrészt lehet egy valódi személyiségfejlődési szakasz a Wilber-i modellben (Wilber, 2008), néhány problémás

szerfogyasztó azonban ezzel „ideologizálja meg” saját egészen patológiás szerfogyasztási szokásait (pl. „az univerzum békéje érdekében tépek be”). Tulajdonképpen tehát csak a nyilvánvaló és nyíltan történő szerfogyasztás az egyetlen megkérdőjelezhetetlen bizonyíték (pl. rajtakapott cannabis fogyasztás) amelynek gyakran jogi következményei is vannak (Takách, 1998).

A szerdependencia testi jelei

A szerdependenciának, ahogy fentebb is szerepel, gyakori kísérőjelensége a megvonásos tünetek kialakulása. Megvonási tünetről akkor beszélünk, ha a szer állandó használatát követően, relatív vagy teljes megvonás után alakulnak ki különböző, változatos csoportjai a tüneteknek. A kezdete és a lefolyása időben behatárolt, és a pszichoaktív szer típusától valamint az abbahagyás vagy a jelentős mérséklés előtti, legutoljára használt dózis nagyságától függ. A megvonási tünetek tipikus klinikai megnyilvánulása az izzadás, émelygés, remegés, reszketés, de akár súlyos komplikáció is kialakulhat, pl. az alkalmi konvulzió (BNO-10, 2004).

A korábban is hangsúlyozott diverzitás a pszichoaktív szerek által okozott testi tünetekben is megnyilvánul. Az illegális pszichoaktív szerfogyasztásnak számos olyan jele lehet, amelyek bőrtünetek formájában jelentkeznek. Ezek nyilván összefüggést mutatnak a szer típusával, a használati móddal és az alkalmazás hosszával. Ebből fakadóan a tünetek igen változatosak lehetnek, de általánosságban elmondható, hogy a rendszeres fogyasztók többségére előbb-utóbb jellegzetesek lehetnek az alábbiak:

- beesett, hamuszürke arc, beesett szemek, amelyek a krónikus kialvatlanságra utalhatnak;
- sápadt, esetleg sárgás bőrszín;
- étvágytalanságból eredő jelentős fogyás;
- ismeretlen eredetű tüsszürások, véraláfutások;
- szájszárazság, orrfolyás;
- túlzott érzékenység külső ingerekre, stb.

Természetesen vannak olyan testi tünetek is, amit számos egyéb tényező (pl. a szerfogyasztás hatásán túl a fény jelentős csökkenése vagy erősödése is kihat a pupilla méretére) vagy mentális- és viselkedészavar tünetei lehetnek, így önmagukban ezekre sem lehet alapozni (Takách, 1998). A testi tünetek szempontjából azonban a szerek specifikus hatásából fakadóan már könnyebben felismerhetők a szer akut intoxikált állapotai, vagyis az azonnali vagy rövidtávon kialakuló tünetek. Érdemes tehát szerenként áttekinteni, hogy melyik milyen tipikus testi tüneteket okozhat. Fontos hangsúlyozni, hogy ezek a tünetek egy szerhatás alatt lévő és/vagy túladagolt fogyasztó esetén roppant informatívak lehetnek egy aggódó hozzátartozó vagy egészségügyi szakember szempontjából, azonban az akut jelek szertől függő módon néhány órán belül – a szerfogyasztással egyidőben észlelhetők csak.

Cannabis-származékok fogyasztása esetén az alábbi tünetek tipikusak:

- bőbeszédűség vagy túlzott csendesség,
- felgyorsult szívverés,
- kitágult pupilla,
- kivörösödő szem,
- megnövekedett étvágy,
- zavart, indokolatlan nevetés,
- zavaros beszéd, stb.

Kokain fogyasztása esetén az alábbi tünetek tipikusak:

- csökkenő étvágy és szomjúságérzet
- fájdalomküszöb emelkedése,
- fáradtságérzés csökkenése, elmúlása,
- légzésszám növekedése,
- testhőmérséklet emelkedése, stb.

Amfetaminszármazékok („speed”) és metamfetamin származékok (MDA, MDMA, stb.) fogyasztása esetén az alábbi tünetek tipikusak:

- csökkent étvágy,
- felgyorsult szívverés és légzés,
- fokozott izzadás, a kezdeti szakaszban székletürítés,
- fokozott mozgáskényszer
- homályos látás,
- kitágult pupilla,
- megemelkedett testhőmérséklet, láz,
- megemelkedett vérnyomás, pulzusszám növekedése,
- szájszárazság,
- szédülés, stb.

LSD vagy varázsgomba (pl. Psilocybe cubensis) fogyasztása esetén az alábbi tünetek tipikusak:

- csökkent étvágy,
- emelkedő testhőmérséklet,
- émelygés,
- felgyorsult szívverés,
- fokozódó székletürítés,
- hőhullámok,
- kitágult pupillák,
- megemelkedett vérnyomás, stb.

Opiátok (heroin, máktea, methadon, morfin, stb.) fogyasztása esetén az alábbi tünetek tipikusak:

- beszűkült pupillák,
- csökkenő vérnyomás,
- lassuló bélműködés,
- lassuló légzés,
- szívritmuszavar
- szélsőséges esetben akár a légzőközpont bénulását is okozhatja, stb. (Tringer, 2010).

Az új típusú (designer) pszichoaktív szerek fokozott veszélyessége ismeretlenségükből fakad, vagyis a fogyasztásuk gyakorlatilag kiszámíthatatlan következményekkel járhat. Az utóbbi időben közismertebb fantázianevű szerek („JVH”, „herbál”, „biofű”, „bika”) hatásukban a cannabis származékokhoz hasonlóak lehetnek, azonban sokkal súlyosabb kognitív tüneteket, akár visszafordíthatatlan károsodást is okozhatnak. Tipikus tünetek:

- fókuszvesztett „bamba” tekintet,
- bizonytalan lépkedés,
- túladagolásnál összecsupló, utcán/padon furcsa pozitúrában ülés vagy fekvés.

A szerdependencia szerspecifikus eszközei

A szerdependencia azonosításához, felismeréséhez legkönnyebben a kézzelfogható és egyértelmű bizonyítékok vezetnek, amelyek a szerhasználat „ceremóniáját” eszközként segítik. A pszichoaktív szerek diverzitása itt a fogyasztás sokféleségében képződik le, így a fogyasztási módon ismeretében viszonylag egyszerűen azonosíthatók a hozzájuk társuló eszközök is.

Cannabis-származékok fogyasztása leggyakrabban növényi törmelékként cigarettába sodorva és elszívva történik (viszonylag ritkán pedig a növényi törmeléket vajban hevítik és abból süteményt sütnek), ezek alapján az alábbi „eszközök” tipikusak:

- agyagpipa,
- grinder, azaz apró, kézi morzsoló,
- jointhoz használatos cigarettapapír,
- mérleg (amely grammot képes számolni),
- szelence,
- szipka,
- vízpipa, stb.

A kokain, mint fehér por fogyasztása orron át vagy injekcióban történik. Crack-kokainnak nevezzük a szer szabadbázisú formáját, amit felhevítenek és belélegeznek (a nevét a hevítés közben roppanó, pattogó hangról kapta). Ezek alapján az alábbi „eszközök” tipikusak:

- alufólia,

- kistükör,
- mérleg (amely milligrammot képes számolni),
- műanyag kártya,
- papírpénz,
- pipa,
- szívószál, stb.

Amfetaminszármazékok („speed”) és metamfetamin származékok (MDA, MDMA, stb.) fogyasztása szintén por, kristály vagy tablettá formájában történik az alábbiak szerint: az amfetaminszármazékokat inkább orrba szippantják, az MDMA-t (tablettá vagy kristály) viszont szájon át használják. Ezek alapján az alábbi „eszközök” tipikusak:

- alufólia,
- különböző méretű, színű és mintájú tabletták (extasy),
- kistükör,
- mérleg (amely milligrammot képes számolni),
- műanyag kártya,
- papírpénz,
- pipa,
- üres kapszulák,
- szívószál, stb.

LSD fogyasztása kisméretű, impregnált papírból kivágott, színes képpel díszített négyzetek, bélyegek („blotter”) formájában történik. Ritkán előfordulhat még a folyékony tárolás, amely adagolása cseppenként történhet. Ezek alapján az alábbi „eszközök” tipikusak:

- alufólia,
- bélyeg,
- kockacukor, stb.

Varázsgomba (pl. *Psilocybe cubensis*) fogyasztása gyakorlatilag a szárított növény megevését jelenti. Ezek alapján az alábbi „eszközök” tipikusak:

- alufólia,
- mérleg (amely grammot képes számolni),
- szárított növényi részek, stb.

Opiátok (heroin, máktea, methadon, morfin, stb.) fogyasztása leggyakrabban intravénásan történik, elvéve szippantva. Ezek alapján az alábbi „eszközök” tipikusak:

- alufólia (pakett),
- égetett alumíniumdoboz vagy égetett, kormos, hajlított kanál,
- fecskendő,
- gumicső, öv (véna elszorításához),
- mérleg (amely milligrammot képes számolni),

- öngyújtó, mécses,
- vatta, stb. (Tringer, 2010).

Az új típusú (designer) pszichoaktív szerek megjelenésükben viszonylag sablonosak: a „kristály” fehér por (vagy tényleg kristály-törmelék), a „herbál” vagy növényi törmelék (legtöbbször fehérmályván), aminek a hatóanyaga finom vegytiszta nagyon potens por (ujjról felszívódva is mérgező lehet). Ezek legtöbbször emberi fogyasztásra alkalmatlan anyagok, pl. fürdőszó, növényvédőszer, stb. néven vannak árusítva, mintha legális termékek lennének. A szlengben „biofűként” vagy herbálként ismert szer például tipikusan „füstölőként” vagy „szobaiillatosítóként” van hirdelve. Ezek hatóanyagát növényi törmelékre permetezik és cigarettába csavarva szívják el. Kisebb csoportjuk a kristályos porként felszívható illegális pszichoaktív szerek: a mefedron 2010-ben volt gyakran előforduló, míg az MDPV 2012-ben. Azóta inkább pentedron, alfa-PVP, HEX-EN voltak az elterjedtebb hatóanyagok, amik a szlengnevek által szinte könnyebben azonosíthatók: régebben a "kristály" kategóriában (szintetikus stimulánsok) a Mefi, Kati, Formek, MP3, Zene, aztán később Kréta, Hópehely, stb. voltak.

A korábban heroint injektáló szerhasználók is áttértek a "kristályokra" - de ők ezeket a szereket is intravénásan használták, míg a korábban ettől a fogyasztási formától idegenkedő használók orrba szippantották ezeket. A két alpopuláció megkülönböztetése a klinikai kép súlyossága szempontjából lényeges. Fogyasztásuk kiemelten kockázatos pszichopatológiai és szomatikus szempontból egyaránt (Rácz és Csák, 2014).

Pszichológiai szempontok

A segítő szakmák klinikai gyakorlata bizonyítja, hogy az illegális szerek eredendően stigmatizáló megítélése miatt fokozott jelentősége van a bizalmi légkör kialakításának. Nyilvánvaló, hogy az illegális szerekkel való kereskedés kriminálisnak tekinthető, míg a „kiszívóasztók” sokkal inkább áldozatok, így esetükben kontraindikált lehet a fenyegető, kényszerítő (pl. vizelettesztre kötelező) fellépés. A szerfogyasztó érdekében a megfelelő drogpreevenációs tevékenység (ártalomcsökkentés, informálás, segítő beszélgetés, szakemberhez irányítás) lehet célravezető az aggódó családtagok, segítők oldaláról. Viszonylag ritka és szélsőséges eset, hogy egy hozzátartozó vagy ismerős a szerfüggőt rendőrrel fenyegeti, mégis fontos leszögezni, hogy ilyen probléma esetén feljelentési kötelezettsége nincs a hatósági személyen kívül gyakorlatilag senkinek, az egészségügyben és szociális ágazatban dolgozókat pedig titoktartás köti.

Összefoglaló

A tanulmányban áttekintettük a problémás pszichoaktív szerfogyasztás, vagyis a szerdependencia meghatározását. A szerdependencia azonosítása komoly kihívást jelent, hiszen a felsorolt érzelmi, gondolkodásbeli, viselkedéses és testi jelek szinte szerenként változnak, a szerspecifikus testi tünetek és kellékeik felsorolása azonban megkönnyítheti a felismerést. A „klasszikus” szerekről a tudásunk már jelentős, viszont az új típusú szerek kapcsán roppant csekély, így ártalmasságuk, veszélyük gyakorlatilag kiszámíthatatlan. Az illegális pszichoaktív szerfogyasztás kapcsán az egyetlen biztos jel, ha a szerfogyasztó maga ismeri el azt („kipróbáltam már, néha használom”), ebben az esetben az őszinte légkör és a segítő szándék a leginkább célravezető.

Irodalomjegyzék

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

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

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

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

Demetrovics, Zs. (2009): Early experiences with Suboxone maintenance therapy in Hungary. Neuropsychopharmacology Hungary, 11, 249-257.

Gerevich, J., Bácskai, E., Rózsa, S. (2006): Az alkohollal kapcsolatos zavarok szűrése: a CAGE hazai adaptációja. Psychiatria Hungarica, 21, 77-83.

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

Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., Blakemore, C. (2007): Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. Lancet, 369, 1047-1053.

Nutt, D., King, L. A., Phillips, D. L. (2010): Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet, 376, 1558-1565.

Rác, J., Csák, R. (2014): Új pszichoaktív anyagok megjelenése egy budapesti tűcsereprogram kliensei körében. Orvosi Hetilap, 155, 35, 1383-1394.

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

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

Volkow, N. D. (2004): The reality of comorbidity: depression and drug abuse. *Biological Psychiatry*, 56, 10, 714-717.

Wilber, K. (2008): Integrál szemlélet. Ursus Libris, Budapest.

A szerhasználat prevalenciája és motivációs háttere intellektuális képességzavarral élő személyek körében

POGÁCSÁS NÓRA

Absztrakt: Jelen tanulmány a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az illegális pszichoaktív szerhasználat megjelenésével foglalkozó kutatások eredményeit hivatott áttekinteni az intellektuális képességzavarral élő személyek körében. Szerb kutatók szerint serdülőkorban a dohányzás előfordulása gyakoribb az érintett személyek körében a többségi populációhoz viszonyítva, ám kisebb arányú alkohol- és illegális tudatmódosító szerhasználatról számoltak be. Írországi szerzők interjúk alapján a szerhasználat okait a pszichés traumák és a társadalmi elszigeteltség csoportjaiba sorolták, mely hatások számos fogyatékossgal élő személynek nehezítik meg az életét. Holland bentlakásos intézményekben intellektuális képességzavarral élők felméréséből kiderült, hogy a vizsgálati minta csaknem fele problémás szerhasználónak minősíthető. A kutatók több motivációs faktort összefüggésbe hoztak a szerhasználattal, főként a problémákkal való megküzdés érdekében fogyasztanak tudatmódosító szereket az érintettek. Ausztrál szerzők a törvénytörő magatartás és a szerfogyasztás összefüggését vizsgálták intellektuális képességzavar körében. Eredményeik szerint a problémás viselkedés korrelál a magasabb alkohol- és marihuánafogyasztással a vizsgálati minta esetében. Jelen tanulmány konklúziója, hogy a problémás szerhasználat témaköre érinti az intellektuális képességzavarral élő személyeket, akik több szempontból veszélyeztetettek. Az ismertetett kutatási eredményeket azonban a minta heterogenitása miatt kezeljük körültekintően.

Kulcsszavak: intellektuális képességzavar, drogfogyasztás, alkoholfogyasztás, dohányzás, illegális tudatmódosító szerek

Az intellektuális képességzavar fogalma és osztályozása

Az intellektuális képességzavar definiálása számos változáson ment keresztül az elmúlt évtizedek során. Jelen tanulmányban a DSM-V. referencia-kézikönyvben szereplő klasszifikációs rendszer kerül bemutatásra. Az idegrendszer fejlődési zavarai között definiált intellektuális képességzavar, vagy értelmi fejlődés zavara „olyan zavar, mely a fejlődési időszakban jelenik meg mind az intellektuális, mind az adaptív működés elvont gondolkodást igénylő, társas és gyakorlati területein.” (DSM-V., 77. old.) A diagnózis kritériuma, hogy az értelmi képességek egyes területeinek zavarait klinikai vizsgálat és standardizált intelligenciateszt erősítse meg, az alkalmazkodási funkciók hiányossága egy vagy több napi

tevékenységben akadályozza a működést, illetve, hogy a kórkép fejlődési időszakban jelenjen meg.

Mind a DSM-V., mind a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) súlyosság szerint négy csoportba sorolja az intellektuális képességzavarral, vagy másnéven értelmi fogyatékossgal élő személyeket. Ezek a kategóriák a következők: enyhe, mérsékelt, súlyos, igen súlyos. Enyhe intellektuális képességzavarral élő az a személy, akinél károsodik az elvont gondolkodás, a végrehajtó funkciók, a rövidtávú emlékezet, valamint az iskolai készségek elsajátítása és alkalmazása. További kritérium, hogy a személy a szociális interakciók területén elmaradott, kommunikációja kortársaihoz képest éretlenebb. Az önellátás területén a személy sikeres lehet, azonban az összetettebb feladatok elvégzéséhez több segítséget igényel. A mérsékelt intellektuális képességzavar jellemzője, hogy a személy elvont gondolkodásának elmaradása valamennyi területen érintett, nyelvi készségei óvodáskorban lassan fejlődnek. Az egyén folyamatos napi segítséget igényel, társas viselkedése jelentősen eltér kortársaitól. Önellátása tanulási folyamat után a legegyszerűbb feladatok esetében (például étkezés, öltözködés, ürítés) sikeres lehet. Súlyos intellektuális képességzavar esetén az elvont gondolkodás képessége korlátozott mértékben fejlődik ki, a személy általában egész élete során folyamatos támogatást igényel a problémamegoldásban. A beszéd egyszerű szavakból áll. A mindennapi tevékenységek elvégzéséhez segítség szükséges, így az érintett személy minden életkorban folyamatos felügyeletet igényel. Az igen súlyos intellektuális képességzavarral élő személy fogalmi készségei a fizikai világra korlátozódnak, a beszéd és a gesztusok megértése csekély mértékű. A személy az önellátás minden területén másoktól függ, gyakran érzékszervi, szomatikus problémák társulhatnak a kórképhez (DSM-V., 79-82. old.). Habár a DSM legújabb verziója nem használja diagnosztikus célra az intelligenciateszteken mért IQ pontszámokat, a hazai gyakorlatban differenciáldiagnosztikai kritériumot jelentenek. Az „American Psychological Association” (APA) osztályozását napjainkban is használják, mely a következő:

- Enyhe (IQ: 75-50, az értelmi fogyatékos populáció kb. 85%-a)
- Mérsékelt (IQ: 55-35, az értelmi fogyatékos populáció kb. 10%-a)
- Súlyos (IQ:40-20, az értelmi fogyatékos populáció kb. 3-4%-a)
- Igen súlyos (IQ:25 alatt, az értelmi fogyatékos populáció kb. 1-2%-a).

A felosztásban az intellektuális képességzavar helyett az értelmi fogyatékossgot használja a szerző, mely terminológia elterjedt a hazai gyakorlatban (Csákvári, 2013).

Fontos megjegyezni, hogy a diagnózisalkotáshoz komplex gyógypedagógiai-pszichológiai-orvosi vizsgálat szükséges az arra kijelölt szakértői bizottság által speciális útmutató szerint. Hazánkban jelenleg protokoll írja elő a vizsgálat minden lépését, melynek „célja az átfogó mentális képességek részletes, a profilanálízisre is kiterjedő felmérése, a teljesítményekben megmutató eltérések (gyengeségek és erősségek) és azok hátterének feltárása, továbbá a differenciáldiagnosztikai döntéshozatal. Mindezen információkat a személy élettörténetének

és szociális kapcsolatainak kontextusába helyezve lehetővé válik az egyéni, sajátos nevelési, oktatási, fejlesztési szükségletek meghatározása.” (Csákvári, Mészáros, 2012., 30. old.)

Serdülőkori szerfogyasztás az intellektuális képességzavarral élő személyek körében

Számos fiatal életében a változásokkal teli tinédzserkor problémás időszakot jelent, mely során a serdülők gyakran próbálkoznak szerhasználattal. Sok kutatást találunk, mely a serdülőkori kábítószer-használatra összpontosított, azonban kevés tanulmány fordított szisztematikus figyelmet az intellektuális képességzavarral élő fiatalokra. Egy szerb kutatás (Žunić-Pavlović, Pavlović & Glumbić, 2013) során 100 érintett személyt kérdeztek meg szerhasználati szokásaikról. A vizsgálati minta a 13-20 éves korcsoportot hivatott reprezentálni négy belgrádi szegregált, azaz csak fogyatékossgal élők számára fenntartott intézményből. A felvételi kritériumok a következők voltak: a személy 13 évnél idősebb; intellektuális működés az enyhe intellektuális képességzavar tartományába esik; megfelelő kommunikációs készséggel rendelkezik; és válaszai alkalmasak a Likert-skála méréseihez. A további mentális egészségi problémákkal küzdő személyeket, azaz az esetleges társuló kórképekkel élőket kizárták a vizsgálatból. Lakhatás szempontjából két csoportot alkottak, 50 fő a szüleivel együtt, 50 diák pedig bentlakásos iskolákban, fogyatékossgal élők számára fenntartott szegregált intézményben él. A két csoport között nem volt szignifikáns nemi vagy életkori különbség. A szerzők egy ifjúsági kockázati magatartás felmérést, az YRBS 2011-es verzióját alkalmazták, mely epidemiológiai mérési eszköz a serdülőkori egészségügyi kockázati magatartások prevalenciájának értékelésére. A kérdéssor kitér a cigaretta, az alkohol, a marihuána, a kokain, az inhalálószer, a heroin, a metamfetaminok, az ecstasy, a szteroidok és a vényköteles gyógyszerek orvosi vény nélküli használatára. A 100 résztvevőből 49% próbálta ki a cigarettát élete során. A válaszadók 34%-a dohányzott legalább egyszer a vizsgálatot megelőző egy hónapban, 8% jelentette, hogy az elmúlt 30 napban napi 10 vagy annál több cigarettát szívott el. Az érintettek 25%-a számolt be dohányzásról az iskola területén az elmúlt hónapban. A problémát felismerve a válaszadók 24%-a már megpróbált leszokni a cigaretta használatáról. A kutatók jelentős különbségeket figyeltek meg a dohányzási szokásokban az iskolatípusok között. A nem bentlakásos iskolák tanulóihoz képest az internátusok diákjai nagyobb valószínűséggel dohányoztak az elmúlt 30 napban. A szerzők összehasonlították kutatásuk eredményét a többségi populáció szerhasználati szokásaival. A Szerbiában közölt központi adatok szerint az intellektuális képességzavarral élő serdülők cigarettahasználatának prevalenciája magasabb többségi társaikénál. A vizsgált serdülők 63%-a számolt be arról, hogy élete során legalább egy italt elfogyasztott. A válaszadók 14%-a fogyasztott alkoholt az elmúlt hónapban, 9% számolt be arról, hogy alkoholt ivott az iskolában az elmúlt 30 nap során. Az alkoholfogyasztásban nem mutattak ki jelentős nemi különbséget.

Marihuána használatáról a résztvevők 4% -a számolt be, az egyik érintett még a 15. életévének betöltése előtt. A mintában szereplő serdülők nem jelentették kokain, heroin, metamfetaminok, extasy, szteroidok, vagy vényköteles gyógyszerek orvosi vény nélküli

használatát. A szerb központi adatok szerint az intellektuális képességzavarral élő serdülők kevesebb marihuánát fogyasztottak hasonló életkorú többségi társaikhoz viszonyítva. Általában a nem bentlakásos és bentlakásos iskolák tanulói nem különböztek szignifikánsan alkohol- és marihuánafogyasztásukat tekintve. A szerzők az egészségkárosító magatartás területén egy kivételt találtak, ez pedig a dohányzás. Ezen felül a bentlakásos diákok többször fogyasztottak alkoholt az iskola területén, mint otthon élő társaik (Žunić-Pavlović, Pavlović & Glumbić, 2013).

A szerfogyasztás prevalenciája, háttértényezői és motivációs faktori intellektuális képességzavarral élők körében

Kevés olyan kutatás van, amely az intellektuális képességzavarral élő személyek alkohol- és kábítószer-fogyasztását térképezte fel. Ennek számos oka van. A szerhasználatot és az azzal való visszaélést elemző vizsgálatok sok esetben szisztematikusan kizárják a fogyatékossgal élő személyeket a mintavételből. A válaszadás esetleges korlátozottsága, az akadálymentesített eszközök nehezebb elérhetősége, valamint a populáció heterogenitása jelentősen megnehezíti a szakemberek dolgát. Ezen felül az alanyok felkeresése általában egy-egy intézményhez köthető, mely tovább torzíthatja a mintavétel objektivitásának szempontjait. A felmerülő nehézségek ellenére több szerző szerint a fogyatékossg jelenléte fokozhatja az egyén pszichoaktív szerhasználatát (Moore és Li, 1998).

Jelen tanulmány folytatásaként egy 2007-es kutatás eredményeit szeretném bemutatni, melyet Írorszában készítettek. A szakemberek olyan intellektuális képességzavarral élő egyéneket kérdeztek meg, akik valamilyen módon visszaéltek alkohollal és/vagy illegális pszichoaktív szerrel. A kutatás megvizsgálja e populáció kábítószer-használatának okait és hatásait, ezen felül feltérképezi az érintettek ezzel kapcsolatos attitűdjét. Tíz személy vett részt a félig strukturált interjúkban (hét nő és három férfi), akiknek életkora 28 és 52 év között volt. Az előzetes adatok szerint kilenc személyről jelentették, hogy enyhe értelmi fogyatékossgal él, és egy személy pedig közepesen értelmi fogyatékos. Ami az egyének életkörülményeit illeti, a válaszadók közül öt önállóan él saját lakásában vagy házában, kettő családtagjával él együtt. Négy résztvevőnél pszichiátriai diagnózist állapítottak meg affektív rendellenességről, három személy esetében pedig mentális egészségi probléma gyanúja merült fel, de még nem diagnosztizálták őket. Ennek okai között szerepel szexuális bántalmazás, önkárosítás, öngyilkossági kísérlet, alkohol és kábítószer túladagolása, apátia, rögeszmés viselkedés, evészavar. Az a tény, hogy ezek a problémák hozzájárulnak-e a szerekekkel való visszaélésekhez, jelenleg még nem világos, az összefüggés kimutatása további vizsgálatot igényel. A vizsgálati mintában hét személy jelentette, hogy csak alkoholt fogyaszt. Három nő számolt be az alkohol mellett illegális pszichoaktív szerekről (kannabisz, ecstasy) és felírt gyógyszerekről (pl. paracetamol, kodein, diazepam) kombinációjának használatáról. Valamennyi személy hosszú ideig, azaz több mint öt éven át fogyasztott rendszeresen alkoholt. Ezt a tényt a családtagok, valamint az intézményben dolgozó személyzet megerősítették. Két személy beszámolt róla, hogy az elmúlt 12 hónapban sajátos életkörülményei (például vetélés

és fizikai egészségi állapotromlás) miatt abbahagyta a szerekkel való visszaélést, további hatan pedig csökkentették a veszélyes anyagok használatát. Az interjúkból kiderült, hogy két másik résztvevő folytatja a mértéktelen alkoholfogyasztást és az illegális pszichoaktív szerekkel való visszaéléseket (Taggart, McLaughlin, Quinn & McFarlane, 2007).

Az említett író kutatásban résztvevő interjúalanyok beszámolója alapján a szerhasználattal összefüggő okokat két nagy csoportba sorolták a szakemberek. Az első olyan pszichés traumákat foglal magába, melyek jelentősen megnehezítik a mindennapi életvitelt. Négy vizsgálati személy közeli családtag halálát és egy gyilkosságot élt át, egy nő pedig párját találta meg holtan az ágyban. Ezeket a gyászfolyamatokat nem könnyű feldolgozni, az érintett személyek pedig sok esetben semmilyen segítséget nem kaptak ehhez. Több női résztvevő számolt be partnere részéről fizikai, szexuális, verbális bántalmazásról és pénzügyi függőségről, egy érintett nőt pedig apja többször megerőszakolt. Visszatérő pszichés trauma volt az interjúalanyok esetében az alkoholfogyasztáskor bekövetkezett mentális egészség romlása is. A nők közül hárman számoltak be alkohol befolyása alatt történő öngyilkossági kísérletről, az egyik résztvevő megrendítően beszélt arról, hogy megpróbálta túladagolni, majd felakasztani magát. A második csoportba azokat a tényezőket sorolták a szakemberek, amelyek a társadalmi közösségtől való távolságot indukálják. Az vizsgálati személyek arról számoltak be, hogy nincsen társaságuk, nincsenek barátaik (legyenek azok fogyatékossgal élők vagy nem élők). Sok érintettnek jelent problémát az, hogy egyedül él, ezáltal magányosan telnek mindennapjaik. Az interjúk között számos példa akad arra is, hogy a fogyatékossgal élő személyeket valamilyen módon kihasználták a hozzájuk közel álló emberek. Ezek az úgynevezett barátok visszaéltek az érintettek jóakarásával, felhasználták lakásukat, felérték pénzüket és személyes vagyonukat is. Csak azért mentek el velük közösségi programokra, hogy abból anyagi hasznot húzzanak. Az interjúkban arra is találunk példát, hogy az érintett személy teljesen tisztában volt ezekkel a visszaélésekkel. Ennek ellenére mégis találkozott „barátaival”, hogy enyhítse társadalmi elszigeteltségét és esetleg új ismerősökre tegyen szert (Taggart, McLaughlin, Quinn & McFarlane, 2007).

Schijven, Didden, Otten, és Poelen tanulmánya nyolc holland bentlakásos intézmény 163 lakójával készített interjúk tapasztalatait foglalja össze. A résztvevők, akiket többnyire enyhe fokú intellektuális képességzavarral diagnosztizáltak, mindannyian fogyasztottak már alkoholt és/vagy illegális pszichoaktív szert. Az adatokat interaktív kérdőívekkel gyűjtötték be, szükség esetén vizuális jelzéssel, illetve internetes alkalmazás segítségével. A vizsgálati személyek átlagos életkora 18,9 év volt. Azon résztvevők közül, akiknek volt elérhető szakvéleménye az IQ-pontszámokról, 37%-nak volt enyhe értelmi fogyatékossga (IQ:50-70), és 63%-nak intellektuális működése az átlagos és az enyhe fokú értelmi fogyatékossga közötti tartományban (IQ:70–85) volt. A szerzők ezen tartományok alapján osztották két csoportba a megkérdezett személyeket. A vizsgált minta 55%-ának egy vagy több DSM diagnózis volt, ezek közül a pervazív fejlődési rendellenesség (23%), a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD; 23%), a kötődési rendellenességek (14%) és a magatartási rendellenességek (14%) voltak a leggyakoribbak. A szerzők a súlyos pszichiátriai problémákkal küzdő egyéneket kizárták a vizsgálatból. A kérdőívek a szerhasználat gyakorisága mellett felderítették annak motivációs faktorait is. A kérdések négy rizikófaktor köré csoportosultak: szociális motiváció

(pl. társasági események, ünneplések, bulizás), konformitás (pl. elfogadás, könnyebb beilleszkedés), megküzdés (pl. problémák elfelejtése, rossz hangulat javítása), élményfokozás (izgalomkeresés, szórakozás). Az eredmények szerint a résztvevők 62%-a fogyasztott alkoholt, 34%-a kannabiszt és 20%-a úgynevezett kemény drogot is használt már. A vizsgálati személyek 23%-a fogyasztott alkoholt és drogot is az elmúlt hónapban. Összességében a résztvevők 41%-a meghaladta az problematikus használatra vonatkozó kritériumot, és további 45% érte el az úgynevezett „cut-off” pontszámot, ami egy határértéket jelöl. A szerzők nem találtak szignifikáns különbséget a motiváció, a jelenlegi használat, a fogyasztás gyakorisága és rendszeressége között a résztvevők két csoportja között. Nem volt szignifikáns különbség az életkor és a nem tekintetében sem. A kábítószer-fogyasztás súlyosságát illetően a kutatók azt tapasztalták, hogy a megküzdési motívumok jelentős összefüggésben vannak a rendszeres használattal. Az eredmények azt mutatják, hogy a szociális motiváció pozitív kapcsolatban állt az alkoholfogyasztás gyakoriságával, illetve a konformitás, a megküzdés és az élményfokozás motivációi szintén pozitív kapcsolatban voltak az alkoholfogyasztás mértékével. A társadalmi motiváció pozitív kapcsolatban volt a kannabisz és a kemény drogok használatának gyakoriságával, továbbá a konformitás növelése és a kannabiszfogyasztás rendszeressége között negatív kapcsolatot állapítottak meg. A megküzdés motivációja pozitív kapcsolatban állt a kábítószer-használat súlyosságának mértékével (Schijven, Didden, Otten és Poele, 2019).

Összefoglalva az ismertetett holland kutatás eredményeit megállapítható, hogy a megküzdés és az élményfokozás motivációja egyaránt kockázatot jelentenek az alkohol problémás használatára az intellektuális képességzavarral élő személyeknél. A kábítószer-fogyasztás szempontjából a problémákkal való megküzdés domináns. A tanulmány konklúziója hozzájárulhat a prevenció programok növeléséhez, a problémás szerhasználat csökkentéséhez az intellektuális képességzavarral élő személyek esetében. A szerhasználat motivációjának megismerése kiindulópontot nyújthat a személyre szabott és hatékony megelőzéshez, majd a rehabilitációhoz is. Indokolt lehet a bentlakásos gondozási intézményekben prevenció programok, ellátási rendszerek kidolgozása, illetve a személyzet képzése. A szisztematikus szűrés, a diagnosztika, a megelőzés és a kezelés megoldás lehet a szerhasználat csökkentésére az érintett populációban (Schijven, Didden, Otten és Poele, 2019).

Szerfogyasztás és törvénybe ütköző cselekmények intellektuális képességzavarral élő személyeknél

Általános tény, hogy a tudatmódosító szerek fogyasztása gyakran összefügg szabálysértő viselkedéssel vagy bűncselekmény végrehajtásával a többségi populációban. Jane A. McGillivraya és Megan R. Moore 2001-ben publikált kutatása 60 ausztrál enyhe értelmi fogyatékossgal élő személyt kérdezett meg az illegális pszichoaktív szerhasználat és az alkoholfogyasztás témakörében. A vizsgálati személyek közül 30 fő követett el valamilyen törvénybe ütköző cselekményt problémás viselkedése miatt, 30 fő pedig nem tapasztalt hasonlókat, ők képezték a kontroll csoportot. Az egyéni interjúkat magánterületen készítették

a szerzők, akik nagy tapasztalattal rendelkeznek az intellektuális képességzavarral élőkkel kapcsolatban. A hitelesség maximalizálása érdekében az interjúkészítő megerősítette a kulcsfontosságú kifejezések megértését, valamint a kiválasztott elemek megisméltésével és megfordításával a válasz konzisztenciáját figyelte. Az eredmények szerint a vizsgálati minta 60%-a számolt be arról, hogy alkohol vagy illegális pszichoaktív szer befolyása alatt álltak, miközben szabálysértő magatartást és/vagy bűncselekményt követtek volna el. Ezek közül a személyek közül 33.3% fogyasztott alkoholt, 6.6% kábítószer, 20% pedig mindkettőt. Noha az értelmezést korlátozza a kis vizsgálati minta és a problémás viselkedés csekély esete, ennek ellenére több összefüggést is kimutattak a szerzők. Szignifikáns összefüggés van a szabálysértés/bűncselekmény elkövetése, a gyakoribb alkoholfogyasztás, valamint a nagyobb mennyiségű az elfogyasztott alkohol között. A vizsgálati csoport a napi alkoholhasználat magasabb arányáról számolt be, összehasonlítva a kontroll csoporttal, ahol csak egy személy jelentett napi szintű fogyasztást. Jelentős összefüggés mutatkozott a törvénybe ütköző cselekmény elkövetése és a marihuána nagyobb mértékű használata között, mindennapos fogyasztásról a vizsgálati csoport 23,3% -a számolt be. Ennek ellenére a minta csupán 6,7%-a vett részt drogrehabilitációs programban, illetve 16,7%-a csatlakozott az Anonim Alkoholisták csoportjához (Mcgillivraya és Moore, 2001).

A szerzők fontosnak tartották az intellektuális képességzavarral élő személyek szerfogyasztással kapcsolatos általános tájékozottságának felmérését is, mely hiánypótló eredményeket közöl ezen a területen. A jogi következmények ismeretéről a válaszok szerint a szabálysértés/bűncselekményt elkövetők csoportja jobban informált volt. A vizsgálati csoportban lévő személyek 90%-a válaszolta azt, hogy törvénysértő a marihuánás cigaretta elszívása, míg a kontroll csoport csupán 47%-a nyilatkozott így. Hasonló eredmények születtek a szerhasználat egészségügyi következményeinek ismereteiről is. A büntetvégrehajtásban érintett személyek 57%-a volt tisztában a kokain egészségromboló hatásaival, míg a kontroll csoport csupán 9%-a ismerte ezeket a tényeket. A vizsgálati csoport általában jobban tudatában volt az alkohol és az illegális pszichoaktív szerek gondolkodásra és viselkedésre gyakorolt hatásának is. Például a szabálysértést/bűncselekményt elkövetők 83.3%-a válaszolta azt, hogy a marihuána befolyásolja az emlékezetet, míg a nem elkövetők csupán 30%-a nyilatkozta ezt. A heroin addiktív jellegét a vizsgálati csoport 73,3%-a ismerte, szemben a másik csoportban ez az arány csak 36,7%. Egyértelmű kivétel az alkohol viselkedésre gyakorolt hatásának ismerete volt, melyben nem volt szignifikáns különbség a két csoport között (Mcgillivraya és Moore, 2001).

Összefoglaló

Jelen tanulmány célja az intellektuális képességzavarral élő személyek szerhasználatának feltárása a nemzetközi szakirodalmi adatok ismertetésének segítségével. Számos kutatás eredménye bizonyítja, hogy a dohányzás, az alkohol- és az illegális pszichoaktív szerhasználat problémáját lényeges tárgyalni a fogyatékossgal élők körében, akik helyzete társadalmi elszigeteltségük és egyéb nehezítő tényezők miatt speciális. Az elemzések ismertetésével nem

céлом fokozni az intellektuális képességzavarral élő személyek stigmatizációját, sokkal inkább a téma relevanciájára szeretném felhívni a figyelmet. Az eredmények értelmezése során figyelembe kell venni a populáció nagyfokú heterogenitását, a minta esetleges kis elemszámát, ezáltal pedig a konklúziók általánosításának veszélyeit. Jelen tanulmány elsőként a serdülőkori problémás szerhasználatra tér ki intellektuális képességzavarral élő fiatalok körében, akik egy része bentlakásos intézményben tölti mindennapjait. Az érintett serdülők szignifikánsabban több dohányzásról számoltak be a többségi populáció adataihoz képest, ám az alkohol- és az illegális pszichoaktív szerek esetében kevesebb használatot jelentettek. A bentlakásos intézményben élő diákok többször fogyasztottak alkoholt az iskola területén szüleikkel élő társaiknál (Žunić-Pavlović, Pavlović & Glumbić, 2013). A szerhasználat prevalenciáját és okait vizsgáló ír kutatás a visszatérő pszichés traumát és a társadalmi elszigeteltséget konkretizálta rizikófaktorként (Taggart, McLaughlin, Quinn & McFarlane, 2007). Ezen eredmények felhívják a figyelmet az intellektuális képességzavarral élő személyek szegregálódásának veszélyeire, valamint pszichés gondozásuk fontosságára. Schijven, Didden, Otten és Poele leírja, hogy a problémákkal való megküzdés és az élményfokozás motivációja egyaránt megnövekedett szerhasználatához vezethetnek az érintettek körében. A szerzők felhívják a figyelmet a problémás szerfogyasztás motivációinak megismerésére, mely segítséget nyújthat a gyakorlati szakembereknek ahhoz, hogy a prevenció programokat és a rehabilitációs folyamatot eredményesebbé tegyék (Schijven, Didden, Otten és Poele, 2019). A tanulmány utolsó részeként leírt kutatás szerint szignifikáns összefüggés van a szabálysértés/bűncselekmény elkövetése és a gyakoribb/nagyobb mennyiségű alkohol- és/vagy marihuánafogyasztás között az intellektuális képességzavarral élők körében. Azok az érintett személyek, akik problémás viselkedésük miatt jogsértő cselekményt követtek el, több ismerettel rendelkeztek a tudatmódosító szerek általános hatásairól szabálykövető társaiknál (McGillivraya és Moore, 2001). A nemzetközi kutatások alapján összegzett információk rávilágítanak arra, hogy az intellektuális képességzavarral élő személyek szerhasználatára több szempontból problémás. Szélsőséges helyzetben elszigeteltségük, negatív énképük, másokra utaltságuk rizikófaktort jelenthet.

Irodalomjegyzék

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5 referenciamű a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Oriold és Társai Kft., Budapest.

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

Csákvári J. (2013). Intellektuális képességzavar és szociális kogníció. Doktori (PhD) értekezés. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.

Csákvári J., Mészáros A. (2012). Értelmi fogyatékos (intellektuális képességzavarral élő) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.

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

McGillivray, J. A., & Moore, M. R. (2001). Substance use by offenders with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 26(4), 297-310.

Schijven, E. P., Didden, R., Otten, R., & Poelen, E. A. (2019). Substance use among individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning in residential care: Examining the relationship between drinking motives and substance use. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(4), 871-878.

Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & McFarlane, C. (2007). Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health & social Care in the Community*, 15(4), 360-368.

Žunić-Pavlović, V., Pavlović, M., & Glumbić, N. (2013). Drug use in adolescents with mild intellectual disability in different living arrangements. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20(5), 399-407.

Kábítószer-kereskedelem és droghasználat alakulása a COVID-19 pandémiás időszakban

BARÁTH NOÉMI EMŐKE

Absztrakt: Mindenki számára megterhelő időszak a 2020-as év a világszinten elterjedt COVID-19 járvány miatt. Alaposan igénybe veszi az egyén mentális és egészségügyi állapotát és szocióökonómiai hatása sem elhanyagolható. A tanulmány megvizsgálja, hogy miként alakult a kábítószer-használat ebben a kritikus időszakban és milyen módon alakították és biztosították a kábítószer-kereskedők a piac ellátását. Kirajzolódik egy növekvő szerfogyasztás a vizsgált személyek körében. A kábítószer-kereskedelem nem torpant meg, alkalmazkodott a kialakult helyzethez, ezt bizonyítják a rendőrségi rajtaütések, melyek során jelentős csempész szállítmányokat foglaltak le a nyomozók.

Kulcsszavak: koronavírus-járvány, pandémia, pszichoaktív szerhasználat, kábítószer-fogyasztás, kábítószer-kereskedelem

Világjárvány hatása

Megjelent az EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) 2020. évi jelentése, mely során a szervezet igazgatója, Alexis Goosdeel kifejtette: „A COVID-19 világjárvány közvetlenül zavart okozott a kábítószer-használat, a kiskereskedelmi kínálat és a szolgáltatások területén, és rávilágított a kábítószer-használók speciális szükségleteire. A világjárvány hosszú távú hatását a későbbiekben kell értékelni, ugyanakkor rövid távon már érzékelhetőek változások, ideértve a digitális technológiák használata iránti érdeklődés fokozódását a kábítószerpiacon, valamint a kábítószerfüggők kezelése terén egészségügyi megoldások tekintetében tapasztalható innovációt. Ugyanakkor oda kell figyelni arra, hogy amint a válság gazdasági kihatásai érvényesülni fognak, közösségeink egyes tagjai kiszolgáltatottabbá válhatnak a kábítószer-problémákkal és a kábítószerpiaci részvétellel szemben, ami nagyobb nyomás alá helyezheti a már eleve megfeszítetten dolgozó szolgáltatókat. Ezért elengedhetetlen, hogy gyorsan cselekedjünk a gyorsan változó helyzetből adódóan esetlegesen felmerülő új fenyegetések azonosítása és kezelése érdekében” (EU Drug Markets: Impact of COVID-19, 2020).

A jelenleg is tartó egészségügyi járvány váratlan megjelenése miatt nem csak egészségügyi, hanem mentális következményekkel is járnak. Az egyénben megjelenő szorongás (Taylor 2004, Taylor 2019), félelem és aggodalom fokozódhat (Asmundson, Taylor 2020, Roy et al.

2020). Ennek hatására a kábítószer használók is fokozottan veszélyeztetve vannak. Ráadásul a karantén pszichológiai hatása számos mentális egészségi problémát súlyosbíthat (Zaami et al., 2020). A függőségi hajlam és az említett feszültségi körülmények negatívan befolyásolják a pszichofizikai jólétet. A mentális egészségi állapot szempontjából a fő pszichológiai kockázat a magas stressz és szorongás (Sin et al., 2020). A drogpiacon a kannabisz kereslet nőtt az első negyedév felében, amely valószínűleg annak köszönhető, hogy ez is egy stresszoldási és megküzdési eszköz volt az egyének számára (Groshkova et. al 2020).

Hazánkban az új pszichoaktív anyagokat fogyasztók jellemzően hátrányos helyzetűek. Ők kiemelten veszélyeztetve vannak, akik között ez a típusú kábítószerfogyasztás nagyon elterjedt (Szécsi és Sik, 2016). Erre enged következtetni a jelenleg is emberéleteket követelő „bika” drog fogyasztás is. A kutatások még folyamatban vannak, ám a már elérhető eredmények közül látható, hogy a pandémiás időszak alatt növekedett a kábítószerhasználat. LeNave (2020) ismertetése szerint - egy amerikai kutatás eredménye alapján - kirajzolódik, hogy a megkérdezettek 55%-nál növekedett az elmúlt hónapokban az alkoholfogyasztás, ami 18%-os növekedést jelent a korábbi időszakhoz képest, valamint 36%-kal nőtt a tiltott kábítószeresek fogyasztása. A felmérés eredményei azt mutatják, hogy sok ember fordulhat kábítószerhez és alkoholhoz, hogy megbirkózzon a koronavírus okozta nyomással. A válaszadók 88%-a nyúlt alkoholhoz, 37%-a marihuánához, vényköteles opioidokhoz 15%-uk, „benzókhoz” 11%-uk, kokainhoz 9%-uk. A szenvedélybetegségek támogatására és a segítő szolgáltatások által nyújtott segítség megerősítésére minden eddiginél nagyobb szükség van, annak ellenére, hogy személyes részvétellel nem tudnak megvalósulni az egyéni és csoportos tanácsadások, ülések. Számos gyógyulástámogató csoport költöztette az üléseket online platformokra. A COVID-19 után az Egyesült Nemzetek Szövetségének valószínűleg fel kell hívnia a figyelmét azokra az amerikaiak millióira, akiknél fokozódó vagy kialakuló kábítószerfüggőség lett a meghatározó megküzdési stratégiája a járvány során (LeNave, im.).

A járvány és a szerhasználat együttes hatásai

A járványügyi helyzet kezelése során számos országban kijárási tilalmat rendeltek el. A Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja olyan félelmet is megfogalmazott, amely szerint a kijárási korlátozások rákényszerítik a kábítószerterjesztőket, hogy új, innovatív kábítószer-terjesztési modelleket és útvonalakat dolgozzanak ki, ennek következtében a nyomozóhatásnak további kihívásokat fog jelenteni a jövőben ezek felderítése.

A kábítószerfogyasztók körében igen magas a krónikus betegségek előfordulása, különösképpen a légúti betegségek jelentenek komoly veszélyt rájuk. Palmer és munkatársai (2012) vizsgálatai alapján ismerté vált, hogy a krónikus osbstruktív légúti betegségek (COPD) és az asztma megbetegedések magas arányban érinti a szerhasználókat, amelyek közül magas kockázati tényezőnek minősül a heroin és a crack elszívása. Az intravénás szerhasználók és kokain- használók körében magas az ún. kardiovaszkuláris betegségek, mint például: magas

vérnyomás, különböző típusú szívbetegségek, érbetegségek (Thylstrup et al., 2015, Schwartz et al., 2010). A COVID-19 vírus okozta tüdőgyulladás veszélyt jelent továbbá a mentanfetamin használókra is, mivel ez a kábítószer hatásmechanizmusát tekintve összehúzza az ereket és ez tüdő károsodáshoz vezethet (Sacerdote, 2006). Továbbá, a szerhasználóknak járulékos függőségeik vannak, amelyek között meg kell említeni a dohányzást, alkoholfogyasztást is, amelyek szintén immunrendszeri gyengeséghez járulhatnak hozzá. Az Amerikai Egyesült Államokban az Amerikai Orvosi Szövetség (AMA) növekvő opioid-túladagolásokról számol be.

A kábítószer kereskedők szem előtt tartva és kihasználva a különböző jogszabályokat hamis tanúsítványokat, gépjárműveket és munkaruhákat használtak fel, hogy élelmiszer-szállítóknak vagy más a törvény által meghatározott munkavállalónak tűnjenek és így szállították a kábítószereket (Pattison és O'Brien, 2020). A csempészútvonalak is újra rajzolódnak, mivel a légi forgalom minimálisra csökkent, maradtak a vízi úton szállított kábítószerek (UNODC (2020) a korábban említett szárazföldi szállítmányozáson kívül.

A szenvedélybetegekkel foglalkozó szervezeteknek is alkalmazkodniuk kellett a pandémiás helyzet okozta kihívásokhoz. Erre vonatkozóan kevés adat áll még rendelkezésünkre, amelyre hivatkozhatunk. Ismeretes, hogy a szolgáltatók az online térbe helyezték át működésüket, amely a kliensekkel való munkát diverzifikálta. Sok esetben digitális szakadék keletkezett és nehezítette az „ellátást” (Madácsy, 2020), mivel számos szerhasználó hátrányos helyzetű és nem rendelkezik megfelelő digitális infrastruktúrával.

Kábítószerek és a kereslet-kínálat alakulása

Általában véve a korlátozások és lezárások a bűnözés csökkenését hozták magukkal Európában, a kábítószer-kereskedelemre vonatkoztatva azonban ez korlátozottan igaz. A dán, a finn, a francia és a svéd hatóságok növekedésről számoltak be. Ausztriában és Portugáliában azonban inkább csökkenés vagy stagnálás figyelhető meg (europeandatajournalism.eu).

A járványügyi időszak alatt az online és a dark webes kereskedelem megélénkült a kábítószerfogyasztók és terjesztők körében. A fizetőeszközök között megjelent a kripto-valuta. 2020 első három hónapjában a kannabisz online értékesítése 27 százalékkal nőtt. A kisebb mennyiségű eladások száma növekedett, a nagyobbaké pedig csökkent, olvasható az EMCDDA összesítésében. Az Europol megállapította, hogy „a COVID-19-világjárvány rávilágított arra a lehetőségre, hogy az EU ügynökségei, a nemzeti hatóságok és a tudományos körök ezen a területen több közös kutatási tevékenységet kellene folytassanak”.

A holland piacon az árak csökkenése figyelhető meg. Magyarországon és Ausztriában, továbbá Csehországban nem érzékelhető a COVID-19 hatása az árak tekintetében, míg a szomszédos Romániában és Horvátországban az árak növekedése figyelhető meg, az EMCDDA felmérése szerint, az alábbi ábra alapján.

	Nincs változás	Kevesebb mint 20 százalék	Több mint 20 százalék
Kannabisz (növény)	Ausztria, Csehország, Magyarország, Svédország	Belgium, Horvátország, Ciprus, Finnország, Lengyelország, Románia, Spanyolország	Franciaország, Norvégia
Kannabisz (gyanta)	Ausztria, Csehország, Magyarország, Svédország	Horvátország, Ciprus, Finnország, Spanyolország	Belgium, Dánia, Franciaország, Norvégia
Heroin	Ausztria, Csehország, Magyarország, Svédország	Horvátország, Ciprus, Dánia, Luxemburg, Románia, Spanyolország	Franciaország, Norvégia
Kokain	Ausztria, Belgium, Csehország, Magyarország, Hollandia, Svédország	Horvátország, Ciprus, Dánia, Luxemburg, Lengyelország, Románia, Spanyolország	Franciaország
Amfetamin	Ausztria, Csehország, Magyarország, Hollandia, Románia, Svédország	Horvátország, Ciprus, Dánia, Finnország, Lengyelország	
MDMA	Ausztria, Csehország, Magyarország, Hollandia, Románia, Svédország	Horvátország, Ciprus, Finnország, Lengyelország	
Metamfetamin	Ausztria, Csehország, Magyarország, Svédország	Horvátország, Ciprus, Finnország, Lengyelország	

1. ábra Felhasználói vélemény a kábítószer árakról a COVID-19 pandémiás időszakban. Forrás: EMCDDA kérdőív, 2020. április 7-27. közötti időszakban

Egyes országokban átmenetileg hiány volt bizonyos kábítószerekből, ami ár növekedést eredményezett, illetve a felhasználók egy része inkább áttért más, elérhető kábítószerre. Az MDMA (ecstasy) iránti keresletre enyhe csökkenés tapasztalható, a szórakozó- és partihelyszínek bezárása és a fesztiválok lemondása miatt. Az amfetamin és az MDMA anyagok ára növekedett bizonyos országokban. A járvány alatt a szintetikus kábítószerek előállítását nem szünetelt, ezek között továbbra is élen jár Belgium és Hollandia.

Rajtaütések a COVID-19 időszak alatt

Egyes kábítószerek drágábbak lettek, ám összességében a csempészútvonalak zavartalanul működtek (index.hu). Jelentősebb nyomozhatósági rajtaütések ezen időszak alatt számos országban sikerrel zárultak. Ezek közül -a teljesség igénye nélkül említünk néhány – jelentős esetet. A spanyolországi Vigo kikötőben lefoglaltak 4 tonna kokain szállítmányt az MV Karar hajón, 2020 április 28-án. További rajtaütés során 1 tonna kokaint foglaltak le a Majic hajón, és letartóztatták a horvátországi csempészeket (guardiacivil.es). Augusztus 22-én a Kolumbiából Törökországba érkezett Frontier Falcon hajón 25 kiló kokaint foglaltak le a hatóságok (fleetmon.com).

Az Europol legfrissebb beszámolója szerint egy lengyel-spanyol kábítószerkereskedelmet működtető hálózatot derítettek fel 2020 novemberében. Három évig tartó nyomozás eredményeként, amelyben az Europol és az Eurojust támogatásával a Lengyel Rendőrség Központi Nyomozó Irodája (Centralne Biuro Śledcze Policji), a lengyel határőrség (Straż Graniczna), a spanyol nemzeti rendőrség (Policía Nacional) és a brit regionális szervezett bűnözés elleni egységek összefogásával egy összehangolt akció során elfogtak tizenhárom elkövetőt. A lengyel bűnözői csoport Krakó egyik sportklubjának footballhuligánjaiból szerveződött. A bűnözői hálózat nagy mennyiségű kábítószert, elsősorban hasist, marihuánát

és kokaint vásárolt, csempészett és értékesített. A banda együttműködött egy albán bűnözői csoporttal is. A csempészett kábítószer árukban vagy a járművekbe rejtették. Spanyolországból több országba, köztük Belgiumba, Németországba, Hollandiába, Lengyelországba és az Egyesült Királyságba szállították a csempészárut. A COVID-19 járványt is kihasználták: a nyomozók azt észlelték, hogy a bűnszervezet nagy mennyiségű egészségügyi eszközt szerzett be. A szervezet egyik vezetője egy raktárt bérelt, ahol nagy mennyiségű Kínából csempészett műtéti maszkokat, gyors tesztek elvégzésére alkalmas tesztek és tamponokat találtak, amelyeket PCR-vizsgálatokhoz használhattak. A rajtaütés során nagy mennyiségű kábítószer, köztük 4 kannabisz-ültetvényt (kb. 3000 tő növényt), 3,4 tonna kannabiszt, 1,4 tonna hasist, 280 kg marihuánát; különféle fegyvereket, beleértve a macsétákat, késeket, 6 lőfegyvert és 11 ellopott járművet; elektronikai eszközöket; több mint 3 millió euró értékű eszközöket, bankszámlákat és ingatlanokat foglaltak le.

Gyümölcsök közé rejtett 37 kg kokaint találtak májusban a rotterdami kikötőben, amit Limából Németországba szállítottak volna. Június 4-én a ugyanitt, 374 kilogrammnyi Ecuadorból csempészett kokaint foglaltak le. Magyarországra is küldtek volna 2000 kilogramm kokaint. Ezt a rakományt egy konténerben rejtve, banánok között találták meg a nyomozók az ecuadori Guayaquil városából Rotterdamba érkezett hajón. A rajtaütés 2020. június 7-én történt (nltimes.nl).

Növekszik a kereslet a heroin iránt, amelyet a lefoglalási számok alakulásán is nyomon lehet követni. „Az Unióban lefoglalt heroin mennyisége 2017 és 2018 között közel kétszeresére (5,2 tonnáról 9,7 tonnára) nőtt, és folyamatosan érkeznek bejelentések az Európai Unión belüli heroin-előállításról. Ez azt jelzi, éberebben kell figyelni annak jeleire, hogy nő a fogyasztók érdeklődése e kábítószer iránt. Az opioidhelyettesítő kezeléshez való hozzáférés egyes országokban továbbra is korlátozott” – olvasható az EMCDDA által kiadott 2020. évi európai Kábítószer-jelentéséből, a lisszaboni Kábítószerügyi Központ híreinek összegzéseként.

A hatóanyag tekintetében a hasis és a marihuána dupla annyi THC-t tartalmaz, mint egy évtizeddel ezelőtt. Ez hosszú távon azt eredményezheti, hogy a kannabisznak különböző típusai és formái fognak megjelenni a fogyasztói piacon, amelyek közül már most is ismeretes az ehető kannabisz-származékot tartalmazó termékek. Ezzel párhuzamosan a kontinensen belüli kábítószer-termelés növekszik és diverzifikálódik, helyi és globális szinten egyaránt. A nyomozhatóságok hagyományos és új típusú kábítószerek előállítására specializálódott laboratóriumokat derítenek fel és bővítik a tiltott vegyi anyagok listáját. Az MDMA- termékek és a szintetikus kábítószerek termelésében szintlépés történik és még mindig magas hatóanyag tartalmú szerekhez lehet hozzájutni, ami fokozott odafigyelést igényel a hatóság részéről, a fogyasztókra nézve pedig magas egészségügyi kockázatot jelent. Az EMCDDA összefoglalója szerint „fellépésekre van szükség a szabadidős környezetben a kábítószer-használatból eredő ártalmak kezelésére irányulóan.”

Összefoglaló

Az elemzés során arra kerestük a választ, hogy a 2020-as évet meghatározó COVID-19-cel összefüggő pandémiás helyzet milyen hatással volt a kábítószerhasználókra és a kábítószer kereskedelmi hálózatokra. Fókuszba helyeztük európai droghelyzet alakulását, a kereslet-kínálat árszabályozását. Szemléltettük az egészségügyi kockázatokat is, amelyek a fogyasztókra leselkednek. Megállapítható, hogy a mentális megterhelést is jelentő járványügyi helyzet világszerte növelte a kábítószer használata iránti keresletet. Ez tetten érhető a nyomozhatóságok látványos rajtaütésein is. A drogpiacon megjelenő szerek növekvő tisztaságúak és ez komoly egészségügyi kockázatot rejt magában. A szenvedélybetegekkel foglalkozó szervezetek munkáját is korlátozta a személyes kontaktus szabályozása, így az online térbe helyezték át szolgáltatásaikat. Ez perifériára szorította a hátrányos helyzetű szerhasználókat, akik ezáltal kiszorultak az online, digitális ellátásból. Hosszútávon nem tudni milyen hatásai lesznek a járványnak, de az kirajzolódni látszik, hogy a szerhasználók jelentősen érintve vannak a járvány okozta kockázatok tekintetében.

Irodalomjegyzék

Asmundson, G.J.G., S. Taylor (2020) Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. J. Anxiety Disord., 70

EMCDDA összeállítás a koronavírus járvány droghasználókat és kábítószerügyi szolgáltatókat érintő hatásairól

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol (2020), EU Drug Markets: Impact of COVID-19, Publications Office of the European Union, Luxembourg. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13097/EU-Drug-Markets_Covid19-impact_final.pdf Letöltés dátuma: 2020.10.28.

EU Drug Markets: Impact of COVID-19 (2020), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

<https://www.europol.europa.eu/newsroom/news/poland-and-spain-take-down-international-drug-trafficking-network-associated-krakow-football-hooligans>

Groshkova T, Stoian T, Cunningham A, Griffiths P, Singleton N, Sedefov R. (2020) Will the current COVID-19 pandemic impact on long-term cannabis buying practices? J Addict Med

Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja, 2020. ÉVI EURÓPAI KÁBÍTÓSZER-JELENTÉS: FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSOK

Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja (2020), Európai kábítószer-jelentés, 2020: Kiemelt kérdések, az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg. ISBN 978-92-9497-507-2, doi:10.2810/452221

LeNave N. (2020) Drug and Alcohol Use Increase During COVID-19. Survey Shows Drug and Alcohol Use on the Rise During COVID-19 Pandemic. <https://www.therecoveryvillage.com/drug-addiction/news/drug-alcohol-use-rising-during-covid/>

Madácsy J. (2020) Szenvedélybeteg-ellátás a Covid–19-járvány időszakában: Interjúk a pécsi Addiktológiai Ambulancia, az Alternatíva Ifjúsági Iroda és a Tér Közösségi Szolgálat munkatársaival. Szociális Szemle, 13. évfolyam, 1. szám, 49-59.

Palmer, F., Jaffray, M., Moffat, M. A., Matheson, C., McLernon, D. J., Coutts, A. and Haughney, J. (2012), 'Prevalence of common chronic respiratory diseases in drug misusers: a cohort study', Primary Care Respiratory Journal 21(4), pp. 377–83.

Sacerdote, P. (2006), 'Opioids and the immune system', Palliative Medicine 20 Suppl 1, pp. s9-15.

Szécsi J., Sik, D. (2016). Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban. Esély, 29(2), 115-131.

Schwartz, B. G., Rezkalla, S. and Kloner, R. A. (2010), 'Cardiovascular Effects of Cocaine', Circulation 122(24), pp. 2558–69.

Pattison, B., O'Brien, M. (2020), 'Coronavirus Ireland: dealers using food delivery services to transport drugs during COVID-19 lockdown', DublinLive, 30 April (<https://www.dublinlive.ie/news/dublin-news/coronavirus-ireland-dealers-using-food-18178405>).

Taylor S. (2019.) The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. Cambridge Scholars Publishing; Newcastle

Taylor S., Asmundson G.J.G. Guilford (2004) Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach, New York

Thylstrup, B., Clausen, T. and Hesse, M. (2015), 'Cardiovascular disease among people with drug use disorders', International Journal of Public Health 60(6), pp. 659–68.

Sun Y., Li Y, Bao Y, Meng S, Sun Y, Schumann G, et al.(2020) Brief Report: Increased Addictive Internet and Substance Use Behavior During the COVID-19 Pandemic in China. Am J Addict, 29(4):268–70

Roy, S. Tripathy, S.K. Kar, N. Sharma, S.K. Verma, V. Kaushal (2020) Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J. Psychiatr.*, 51, Article 102083

UNODC (2020) United Nations Office on Drugs and Crime. COVID-19 and the drug supply chain: from production and trafficking to use. Vienna, Austria: UNODC Research and Trend Analysis Branch, Vienna International Centre p. 1–37.

Zaami S, Marinelli E, Vari MR (2020) New Trends of Substance Abuse During COVID-19 Pandemic: An International Perspective. *Front. Psychiatry* 11:700. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00700

Internetes hivatkozások

index.hu/kulfold/eurologus/2020/06/14/kabitoszer_europol_szervezett_bunozes_heroin_kokain_kannabisz/

<https://nltimes.nl/2020/06/07/eu151-million-cocaine-found-banana-shipment-destined-hungary>

<https://www.europeandatajournalism.eu/hun/Hirek/Adat-hirek/Megmozgatta-a-jarvany-a-kabitoszerpiacot>

<https://www.ama-assn.org/system/files/2020-10/issue-brief-increases-in-opioid-related-overdose.pdf>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic>

<https://www.fleetmon.com/maritime-news/2020/30681/japanese-capesize-bulk-carrier-cocaine-bust-master/>

Kábítószer szabályozási modellek a szomszédos EU tagállamokban

CSIGI ÁDÁM

Absztrakt: Jelen tanulmány célja összefoglaló áttekintést nyújtani a környező országok drogkontrolljában használt jogi modellekről, illetve a büntetőjogi szankcionálás megoldásairól, nem fókuszálva az alternatív büntetési módokra. A téma relevanciáját a némiképp eltérő megkülönböztetés adja a kábítószerek osztályozásában, illetve a velük való visszaéléshez fűződő szankciók tekintetében. Elsősorban a Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja által készített éves jelentések, illetve a vizsgált országok büntető törvénykönyveinek, és más releváns jogszabályainak vizsgálata alapján láthatóvá válnak bizonyos trendek a kábítószerhasználat dekriminalizációját, a kannabisz származékok orvosi felhasználását, valamint az új típusú pszichoaktív anyagok kontrollját illetően.

Kulcsszavak: Kábítószer, büntetőjog, összehasonlító jog, dekriminalizáció

Ausztria

Ausztriában a hazai szabályozástól eltérően a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményeket külön törvény szabályozza, noha az osztrák büntető törvénykönyvvel összhangban. Az 1997-es Kábítószerekről, pszichotróp anyagokról, és kábítószer-prekursorokról szóló osztrák szövetségi törvény, vagyis a Suchtmittelgesetz (SMG) 1998. január 1. óta hatályos, alapvetően Ausztria EU csatlakozását követően lépett a korábbi szabályrendszert tartalmazó 1951-es Suchtgiftgesetz (SGG) helyébe, és mint számos más ország drogtörvénye, ez is az ENSZ kábítószeregyezményeinek szellemében készült el. Ennek értelmében hatálya alá első sorban az 1961. évi az Egységes Kábítószer Egyezmény módosításáról és kiegészítéséről szóló, Genfben, 1972. március 25-én kelt Jegyzőkönyvvel módosított és kiegészített, New Yorkban 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezményben meghatározott anyagok, valamint a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben, az 1971. évi február hó 21. napján aláírt egyezményben megnevezett veszélyes pszichotróp anyagok tartoznak, melyeket az egészségügyért felelős miniszter az SMG alapján kibocsátott rendeletben (Suchtgiftverordnung – SV illetve Psychotropenverordnung – PV) meghatároz. Ezek a rendeletek tartalmazzák a különféle listázott pszichoaktív szerek legális felhasználásának, forgalomba hozatalának szabályait, melyek meghatározzák a szubsztitúciós terápia jogi

kereteit, az egyes anyagok kutatáshoz, oktatáshoz történő felhasználásához szükséges miniszteri engedélykiadás menetét, valamint az egyes szerek (pl. a kannabisz származékok) orvosi felhasználásának részletszabályait.

Az osztrák terminológiában a kábítószerekre (Suchtgift) és a pszichotróp anyagokra (psychotrope Stoffe) együttesen a „kábitó anyag” (Suchtmittel) kifejezést is használják, a törvény adminisztratív, illetőleg egészségügyi rendelkezései vonatkozásában nincs különbség a két anyagcsoport tekintetében, viszont egymástól különböző büntető normákat találhatunk a kábítószerek, illetőleg a pszichotróp anyagok esetén. A törvény általánosságban rendelkezik a hatálya alá tartozó pszichoaktív szerek tudományos, és orvosi felhasználásáról, így többek között – a korábbi szabályozáshoz képest újításnak számító „terápia a büntetés helyett” elv keretében (EMCDDA, 2019. 2.) – szubsztitúciós terápiák szabályairól is, valamint tartalmazza az adminisztratív és az egészségügyi ellenőrző rendszer működésére vonatkozó előírásokat tehát a kábítószerrel való érintkezés legális és illegális formáival kapcsolatos szabályozást együttesen. Ez a szabályozási forma a német nyelvű jogterületre, illetve egyes német jogi befolyási övezetre (pl. Lengyelország) különösen jellemző. A fő- és mellékbüntetőjog megkülönböztetése nem csupán a kábítószerrel való érintkezés vonatkozásában érvényesülhet, hanem számos más területen, amelyet a jogalkotó ezzel a technikával lényegében „téma” szerint, összefoglalva szabályoz. (Karsai. 2001. 4.)

A büntetőjogi rendelkezéseket a törvény 5. fejezete (Hauptstück) tartalmazza, és külön kezeli a kábítószerekkel (Suchtgift) valamint a pszichotróp anyagokkal (psychotrope Stoffe) kapcsolatos bűncselekményeket, így külön határozza meg mindegyikre a visszaélés (Unerlaubter Umgang), illetve a kereskedés tényállását, valamint ez utóbbinak külön az előkészületét és a mennyiségi limiteket. Ezen kívül itt rendelkezik a törvény a prekurozorokkal kapcsolatos visszaélésekről, más kapcsolódó büntetőjogi következményekről, továbbá az alternatív szankciókról is. Magát a kábítószerfogyasztást a törvény nem sorolja fel az elkövetési magatartások között. Így a kábítószerrel való visszaélés, tehát a megszerzés, tartás, előállítás, szállítás, az ország területére behozatal, onnan való kivitel, illetve a kínálás, átadás alapesetét a törvény egy évig tartó szabadságvesztéssel, vagy maximum 360 napi tételnek megfelelő pénzbüntetéssel rendeli büntetni, viszont kizárólag személyes használatra való elkövetés esetén a szabadságvesztés mértéke hat hónapban maximalizálódik. Minősítő körülményként határozza meg a törvény tömegközlekedési eszközön, nyilvános helyen történő, az üzletszerű, illetve a bünszervezetben történő elkövetést, valamint, ha az elkövető nála két évvel fiatalabb kiskorút is bevon az elkövetésbe. A büntetés az előbbinél kettő, míg az utóbbi két esetben három évig terjedő szabadságvesztés. Ugyanakkor minősítő körülmények ellenére privilegizált esetként jelenik meg a hozzászokott fogyasztó által elkövetett cselekmény, amennyiben saját fogyasztás motiválja az elkövetést, legfeljebb egy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

Aki kereskedelmi célzattal szerez meg, vagy tart kábítószer az SMG 28b§ alapján meghatározott határmennyiségnél (Grenzemenge) nagyobb mennyiségben, az SMG 28§ szerint kábítószerkereskedelem előkészületéért (Vorbereitung von Suchtgifthandel) felel, és alapesetben három évig terjedő szabadságvesztéssel, míg minősített esetben, ha az ott meghatározott mennyiség tizenötszörösénél nagyobb mennyiségre (große Menge) követi el, öt évig, ha bünszervezet tagjaként, akkor pedig egytől tíz évig terjedő szabadságvesztéssel

büntetendő. Az SMG 28§ alapján az egyes kábítószerekre vonatkozóan egészségügyi miniszteri rendelet, a Suchtgift-Grenzmengenverordnung – SGV jelöli meg ezt a határértéket, amelyen az adott szer tiszta hatóanyagát kell érteni. Ez voltaképpen a nagy mennyiség (große Menge) alsó határa. Ez a határérték többek között a kokain esetében például 15 gramm, THC esetében 20 gramm, Heroin esetében 3 gramm, MDMA esetében pedig 30 gramm. A hazai jogi szabályozásból ismert csekély mennyiség nem kerül törvényi meghatározásra az osztrák jogban, ugyanakkor eseti jelleggel a jogalkalmazó tekintettel lehet erre.

Aki pedig az említett határérték feletti mennyiségben kábítószerrel előállít, szállít, az ország területére behoz, onnan kivisz, másnak kínál vagy átad, az kábítószerkereskedelem miatt felel, és alapesetben öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Minősítő körülménynek számít a bűnisméltés, az üzletszerűség, illetve a határérték tizenötszörösénél (große Menge) nagyobb mennyiségre történő elkövetés, melyek miatt egytől tíz évig terjedő szabadságvesztés szabható ki büntetésül. A bűnszervezetben történő, illetve a határérték huszonötszörösét meghaladó mennyiségre elkövetés egytől tizenöt évig terjedő szabadságvesztéssel, aki pedig ilyen bűnszervezetet vezet, tíztől húszig évig terjedő, vagy életfogytig tartó szabadságvesztéssel büntetendő. A hozzászokott fogyasztó elkövetéséhez fűződő privilegizáció ezeknél a tényállásoknál is megjelenik.

A pszichotróp anyagok esetén a szabályozás, noha kevésbé részletes, de hasonló struktúrában történik, azonban alapesetben a kereskedelem előkészülete csak két évig, a kereskedelem pedig csak három évig terjedő szabadságvesztést von maga után. Ezen kívül nem büntethető, aki a pszichotróp anyagot tartalmazó készítményt saját használatra vagy állat számára szerzi meg, birtokolja, illetve az országba behozza vagy onnan kiviszi, illetőleg másnak átadja, ha az átadásból nem származik előnye. Ennek a büntethetőséget kizáró oknak a törvénybe iktatásával a jogalkotó egyébként a legális — pszichotróp anyag tartalmú — gyógyszerekkel visszaélőket kívánta a kriminalizálás köréből kivonni. (Karsai 2001. 12.) A pszichotróp anyagokra vonatkozó határértékeket egy másik miniszteri rendelet, a Psychotropen-Grenzmengenverordnung (PGV) tartalmazza.

Továbbá az SMG 32§ alapján egy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő az, aki kábítószer előállításának érdekében prekurzorral visszaél. Aki prekurzort nagymennyiségű kábítószer előállításának célzatával megszerez vagy birtokol, két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő és öt évig terjedhet a szabadságvesztés, előállítás, az országba behozatal, onnan való kivitel vagy forgalomba hozatal esetén.

A 2012. január 1-jétől hatályba lépett Neue Psychoaktive Substanzen Gesetz (NPSG) pedig azokat az új pszichoaktív anyagokat szabályozza, melyek nem tartoznak a fenti ENSZ egyezmények, avagy az SMG által meghatározott kábítószerek, illetve pszichotróp anyagok körébe, valamint a gyógyszerekre vonatkozó jogi rendelkezések hatálya alá, ugyanakkor pszichoaktív hatást fejtenek ki az emberi testben, vagyis stimulálják a központi idegrendszert, ami hallucinációkhoz, vagy a motoros funkciókban, gondolkodásban, viselkedésben, érzékelésben, illetve a hangulatban bekövetkezett zavarokhoz vezet. A törvény szerint, aki hasznoszerzés céljából előállít, az ország területére behoz, onnan kivisz, másnak átad, vagy forgalomba hoz, a fentiek szerint meghatározott kémiai szert, annak érdekében, hogy az pszichoaktív hatást váltson ki az emberi szervezetben, két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Ugyanakkor, ha a cselekmény más halálát, illetve másoknak súlyos testisértését

vagy egészségromlását okozza, az elkövető egytől tíz évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

Horvátország

A horvát büntetőjog rendszere, jelentős osztrák és német hatásokat mutat. (Horvatic – Derenčinović. 2002. 7.) A drogszabályozást alapvetően két jogszabály, a 2001-es kábítószerrel való visszaélés megelőzéséről szóló törvény (Zakon o suzbijanju zlouporabe droga), valamint a 2011-es büntető törvénykönyv (Kazneni zakon) tartalmazza. Előbbi törvény határozza meg a legális droghasználat kereteit (különösen az ipari kender, mák és gyógyszerek tekintetében), illetve mondhatni szabálysértési szankciókat (amik elsősorban pénzbírságban és 90 napig tartó elzárásban jelentkeznek), míg utóbbi a büntetőjogi szankciókat. A kábítószerrel való visszaélés megelőzéséről szóló törvény definiálja mit ért a törvény kábítószer (Droga) alatt, utalva itt is a két fő nemzetközi ENSZ egyezményben, az 1965-ös Egységes Kábítószer egyezményben, illetve az 1971-es Pszichotróp Egyezményben szereplő anyagokra, valamint olyan természetes vagy mesterséges anyagokra, melyek szerepelnek az e törvény alapján kibocsátott egészségügyi-miniszteri rendelet (Popis droga, psihotropnih tvari i biljaka iz kojih se može dobiti droga te tvari koje se mogu uporabiti za izradu droga - Narode Novine 13/2019, 259) listáján. Ezen kívül, egy 2019-es módosítás törvénybe iktatta az Európai Unió 2004/757/IB tanácsi kerethatározatnak a kábítószer fogalommeghatározása új pszichoaktív anyagokkal való kiegészítése céljából történő módosításáról és a 2005/387/IB tanácsi határozat hatályon kívül helyezéséről szóló (EU) 2017/2103 európai parlamenti és tanácsi irányelvét, melynek következtében az új pszichoaktív szerek is e törvény hatálya alá tartozó olyan anyagok, melyek nem tartoznak az említett két ENSZ egyezmény hatálya alá, viszont az ott felsoroltakhoz hasonló hatással bírnak, így kockázatot jelentenek az egészségre, és a társadalomra nézve. A horvát jog tiltja a kábítószer birtoklását, ugyanakkor, ha az személyes használatra történik, nem terjed ki rá a büntető törvénykönyv hatálya, így szabálysértés miatt elsősorban pénzbírsággal szankcionálandó. A törvény külön tiltja a kábítószeres és új pszichoaktív anyagok bármilyen promócióját vagy reklámozását, viszont miniszteri jóváhagyás esetén engedélyezi, a kábítószer-birtoklást oktatási, kutatási célból, illetve drogkereső állatok képzése során. Ezen kívül engedélyezett az egyébként illegális anyagok személyes használatra, orvosi receptre felírt gyógyszerként való birtoklása, amit azért is fontos kiemelni, mert 2015 áprilisa óta engedélyezett a THC tartalmú készítmények orvosi alkalmazása. Az országhatárt átlépők legfeljebb öt napi, szubsztitúciós terápiában részesülők esetén tizenöt napi adagot tarthatnak maguknál, noha a Schengeni övezeten belül ez kivételesen harminc napi adag is lehet. A törvény rendelkezik továbbá a drogfüggőséget kezelő, illetve megelőző szociális segítségnyújtás szabályairól is. A drogok legális felhasználásának szabályait megszegő jogi személyekkel szemben 700.000 kunáig terjedő bírság szabható ki, míg ez természetes személyek esetén 50.000 kunáig terjedő bírság lehet vagy legfeljebb 90 napig tartó elzárás. A függőségben szenvedőkkel szemben lehetőség van kötelező egészségügyi kezelés előírására.

A horvát büntetőtörvénykönyv a magyarhoz hasonlóan általános és különös részből áll, a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények a különös rész Emberi egészséget veszélyeztető bűncselekményekről szóló XIX. fejezetében kerülnek meghatározásra. Érdekes

megemlíteni, hogy a korábbi 1997-es büntető törvénykönyv még „A nemzetközi jog által védett értékek elleni bűncselekmények” között rendelkezett a kábítószerrel kapcsolatos tényállásokról, és büntetni rendelte a pusztá birtoklást is, ami viszont a ne bis in idem elvét sértette, hiszen az így egyszerre volt bűncselekmény és szabálysértés, ennek következtében döntöttek úgy a 2011-es kodifikáláskor, hogy dekriminalizálják a pusztá birtoklást. (Ritossa 2013. 118.) A hatályos törvény 190. szakasza alapján alapesetben hat hónaptól öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő, aki engedély nélkül feldolgoz, vagy előállít olyan anyagot, amit jogszabály kábítószernek nyilvánít. Ugyanakkor, aki a megszerzést, birtoklást, előállítás, illetve szállítást forgalomba hozatal céljából követi el, vagy kábítószernek minősülő anyagot másnak kínál, átad, az átadásról, beszerzésről megállapodást köt, vagy a szert más módon forgalomba hozza, már egy évtől tizenkét évig tartó szabadságvesztéssel büntetendő. További minősítő körülményeket határoz meg a törvény az elkövetés helyére, illetve alanyi körére nézve, és háromtól tizenöt évig terjedő szabadságvesztéssel rendeli büntetni azt, aki hivatalos vagy közfeladatot ellátó személyként e minőségét felhasználva, vagy oktatási, köznevelési, gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézményben, továbbá büntetésvégrehajtási intézetben követi el a cselekményt, illetve aki kábítószerrel mentálisan sérült személynek, vagy gyermekkorúnak kínál vagy átad. A büntetés nem lehet kevesebb öt évnél, ha a kábítószerrel való visszaélés súlyos egészségkárosodást, vagy halált okoz. Külön büntetni rendeli a törvény azokat, akik a kereskedelmi hálózat létrejöttét segítik, illetve hat hónaptól öt évig terjedő szabadságvesztéssel azokat, akik célzatosan visszaélnak kábítószer készítéshez szükséges anyagokkal. A büntetés mellőzhető abban az esetben, ha az elkövető önként érdemi segítséget nyújt a hatóságoknak a bűncselekmény felderítésében.

Külön tényállásban hat hónaptól öt évig terjedő szabadságvesztéssel rendeli büntetni a törvény a kábítószerhasználat elősegítését (Omogućavanje trošenja droga), tehát azt, aki más kábítószer fogyasztására rábír, a fogyasztáshoz helyet biztosít, vagy ahhoz más módon segítséget nyújt. A fentiekben meghatározott minősítő körülmények itt is megjelennek és egytől tíz évig, amennyiben a cselekmény súlyos egészségromláshoz vagy halálhoz vezet akkor háromtól tizenöt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendők, viszont lehetőség van itt is a büntetés mellőzésére a fentiek szerint.

A mennyiségi kritériumok csak a személyes használatra felírt gyógyszerek esetén jelennek meg kimondottan, a személyes használathoz szükséges maximális napi adagok meghatározásakor. A kábítószerrel való visszaélések szankcionálásakor a törvény nem differenciál azok fajtája, vagy mennyisége alapján. (Ritossa 2013. 121.) A mennyiség esetleges „csekély” voltát egyébiránt esetleg vizsgálja a bíróság. (EMCDDA. 2019. 5.)

Szlovénia

A horvát szabályozáshoz hasonlóan itt is alapvetően két törvény szabályozza a tiltott pszichoaktív szerek felhasználását. Egyrésről az illegális drogok előállításáról és kereskedelméről szóló törvény (Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (ZPPPD) - Uradni list RS, št. 108/99), amely a legális felhasználás kereteit szabja meg, valamint szabálysértési szankciókat ír elő, illetve a szlovén büntető törvénykönyv (Kazenski zakonik (ZK1) - Uradni list RS, št. 55/08). Előbbi törvény tartalmazza a releváns fogalmak

legáldefinícióit. Szlovéniában fajtájuk szerint az angolszász modellhez hasonlóan klasszifikálják az illegális pszichoaktív szereket. Ez alapján a törvény három csoportba sorolja ezeket, aszerint, hogy milyen mértékű veszélyt jelentenek az emberi szervezetre, és hogy orvosi felhasználásuk mennyi potenciált rejt: az I. csoportba azok a szerek tartoznak, melyek nagyon veszélyesek az emberi szervezetre nézve, és orvosi alkalmazásuk sem lehetséges, a II. csoportba azok melyek ugyan komoly veszélyt jelenthetnek személyes használat során, de orvosi alkalmazásuk mégis lehetséges, míg a III. csoportba azok az illegális pszichoaktív szerek, melyek mérsékelt veszélyt jelentenek az emberi szervezetre, és orvosi alkalmazásuk is lehetséges. Az I. csoportba tartozó szerek birtoklása, előállítása, vagy forgalomba hozatala csak tudományos kutatás, vagy oktatási tevékenység céljából, míg a II. és III. csoportba tartozó anyagok esetében a kutatási, oktatási célok mellett orvosi és állatorvosi felhasználásra is történhet, miniszteri engedély ellenében. Az egyes csoportokba tartozó konkrét anyagokat az új pszichoaktív anyagokkal együtt, egy egészségügyi miniszteri rendelet melléklete tartalmazza (Uredba o razvrstitvi prepovedanih drog – Uradni list RS, št. 69/19 in 157/20). Az I. csoport elemei között van pl. a heroin, a mefedron, a meszkalin, a II. csoportban többek között a fentanil, a kokain, a metadon, a morfin, illetve egy 2014-es módosítás óta a Cannabis sativa L., a III. csoportban pedig mások mellett főként barbiturátok és benzodiazepinek. Ugyanakkor fontos megemlíteni, hogy jelen besorolások a büntetőjogi szankciók szempontjából nem bírnak relevanciával. (Dobovšek – Hribar 2013. 326). A törvény hatálya alá tartozó anyagok mindennemű olyan előállítása vagy forgalmazása, amely nem felel meg a törvény kereteinek, bűncselekménynek minősül. Ellenben a személyes használatra szolgáló csekély mennyiség birtoklása, vagy a törvénynek nem megfelelő módon történő birtoklás csak szabálysértésnek számít és alapvetően pénzbírság szabható ki miatta, noha a törvény nem határozza meg a csekély mennyiség mértékét, arról a szlovén szabályozásban is az igazságszolgáltatási szervek döntenek eseti jelleggel. (Dobovšek – Hribar 2013. 330).

A 2008-as szlovén büntető törvénykönyv szintén az Emberi egészséget veszélyeztető bűncselekmények között, a XX. fejezetben rendelkezik a kábítószeres tiltott előállításáról és forgalomba hozataláról, illetve külön szakaszban a tiltott szubsztanciák használatának elősegítéséről, ugyanakkor e szakaszokat kiterjeszti a sportteljesítmény fokozására használt tiltott készítményekre, valamint a kábítószer-prekurzorokra is, tehát az azokkal való visszaélésre nem határoz meg külön tényállást, mint ahogy az egyébként jellemző.

A 186. szakasz (1) szerint, alapesetben egy évtől tíz évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő az, aki jogtalanul előállít, feldolgoz, eladásra kínál, elad, vagy értékesítés, illetve forgalomba hozatal céljából beszerez, szállít, vagy megállapodást köt kábítószeresre, tiltott sportteljesítményt fokozó szerekre, vagy kábítószer prekurzorra, illetve ezeket más módon forgalomba hozza.

Minősítő körülmények esetén a büntetési tétel három évtől tizenöt évig terjedő szabadságvesztés, amennyiben az előbbi elkövetési magatartásokat, illetve az ellenérték nélküli terjesztést kiskorúval, mentálisan sérült, kábítószerfüggő, vagy rehabilitációban részesülő személy irányában követik el, illetve ha az elkövetés oktatási, katonai, vagy büntetésvégrehajtási intézményben, más nyilvános helyen, rendezvényen vagy ezek közvetlen közelében történik, továbbá amennyiben a bűncselekmény alanya orvos, pap, tanár, vagy oktató, illetve szociális munkás. Bűnszervezetben történt elkövetés esetén a

büntetés nem lehet kevesebb öt évig terjedő szabadságvesztésnél. A prekursorokkal kapcsolatos visszaélés hat hónaptól öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. A törvény 187. szakasza alapján hat hónaptól nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő az, aki kábítószer vagy tiltott sportteljesítményt fokozó készítmény használatára mást rábír, vagy ilyen anyagokat másnak használatra átad, vagy helyet biztosít másnak ezek fogyasztására. A minősítő körülmények az előző szakaszban kifejtettek szerint alakulnak, illetve ide tartozik még a több ember irányába történő elkövetés, mely esetekben a büntetés egy évtől tizenkét évig terjedő szabadságvesztés. A tényállás megvalósulása ugyanakkor nem minősül jogellenesnek amennyiben az elkövető jogszabályi keretek között megvalósuló kábítószer-függőséget gyógyító, vagy kábítószer használatot kezelő programban vesz részt. Ez a rendelkezés lehetővé teheti ún. drogfogyasztói szobák létrehozását. (EMCDDA. 2019. 4.)

Szlovákia

Szlovákiában is külön drogtörvény (Zákon o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch 139/1998 Z.z.) rendelkezik a kábítószeres legális használatának kereteiről. Legáldefiníciók tekintetében különbséget tesz az ún. narkotikumok, illetve a pszichotróp anyagok között, utóbbit kevésbé veszélyesként meghatározva az egészségügyi és pszichoszociális következmények tekintetében. Forrásként a törvény nem hivatkozik konkrétan az ENSZ kábítószer-egyezményeinek mellékleteiben megjelölt anyagokra, hanem csak általánosságban azokra az anyagokra melyeket a Szlovákiára nézve is kötelezettséget előíró nemzetközi egyezmények lefednek. A konkrét szabályozott anyagok megnevezésére e törvény mellékleteiben kerül sor csoportokba osztva, azok egészségre gyakorolt hatása alapján, lényegében a szlovén szabályozással megegyező módon. A törvény egy teljes fejezetben szabályozza a különféle anyagok felhasználásához szükséges miniszteri engedély igénylésének, illetve megadásának feltételeit, valamint az engedélyhez fűződő jogokat és kötelezettségeket. A szabályok be nem tartása 33,193 euro összegig terjedő pénzbírságot vonhat maga után. A törvény 16a§-a 2013 óta rendelkezik az ún. veszélyes anyagokról (rizikových látok), mely alapvetően az új pszichoaktív szerekkel szembeni fellépés jogi háttérét adja. Ennek keretében azon anyagokat melyekkel kapcsolatban visszaélésszerű, a mentális és fizikai egészségre káros használat gyanúja merül fel, egy egészségügyi-miniszteri rendeletben (Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky ktorou sa vydáva zoznam rizikových látok – 121/2013 Z. z.) kihirdetett listára kell felvenni, és amennyiben beigazolódik a gyanú, hogy az anyag hatásmechanizmusa hasonlóan veszélyes mint a kábítószeres és pszichotróp anyagok, akkor az azokat az anyagokat tartalmazó listára kell átültetni.

Értelemszerűen a szlovák büntető törvénykönyv (Trestný zákon – 300/2005 Z.z.) rendelkezik a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményekről. A szlovák Btk. bűncselekményként értékeli a személyes felhasználásra történő birtoklást is, és egy tényálláson belül, három szakaszban tárgyalja a kábítószeres, pszichotróp anyagok, prekursorok és mérgek jogosulatlan tartását, előállítását, illetve az ezekkel történő kereskedelmet. A személyes használatra történő birtoklást a törvény három évig terjedő szabadságvesztéssel bünteti, amennyiben az nem haladja meg az ún. csekély mennyiséget, ami a törvény értelmező rendelkezései alapján,

kevesebb mint a szokásos napi adag háromszorosa. Amennyiben annál nagyobb, de a szokásos napi adag tízszeresénél nem több, úgy a birtoklás öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. A kereskedelmi típusú magatartásokat alapesetben háromtól tíz évig terjedő szabadságvesztéssel rendeli büntetni a törvény, de minősítő körülmények esetében ez tíztől tizenöt (például bűnisméltés, védett személlyel szembeni, vagy jelentős mennyiségre történő elkövetés esetén), tizenötötől húsz (például ha halált vagy súlyos egészségromlást okoz), illetve húsztól huszonöt, vagy életfogytig tartó szabadságvesztés is lehet (például bűnszervezetben történő elkövetés esetén, vagy több ember halálát okozva). Külön büntetni rendeli a törvény 174.§-a az ún. kóros szenvedélykeltés, alapesetben egytől öt évig terjedő szabadságvesztéssel, amennyiben valaki más kábítószer, vagy az alkoholon kívül más pszichoaktív szer használatára rábír, vagy rábírti törekszik. Súlyosabban minősül, és háromtól nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő, ha az elkövető a bűncselekményt védett személlyel szemben, vagy nyilvánosan valósítja meg.

Románia

Romániában a narkotikumok és pszichotróp szerek legális alkalmazását a 2005. évi 339-es törvény, a *Lege privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope* szabályozza. A törvény az eddig bemutatott szabályozásokhoz hasonlóan az értelmező rendelkezések ismertetését követően rendelkezik a különféle pszichoaktív anyagok emberi szervezetre gyakorolt hatása, illetve gyógyászati potenciálja szerinti csoportosításról, ezek felhasználásáról, valamint a mák, és kendertermesztésről. A szabályok be nem tartása esetére a törvény 20.000 lej összegig terjedő bírság kiszabását teszi lehetővé.

A büntetőjogi szankciókat a 2014-ben újra kiadott 2000. évi 143-as drogtörvény határozza meg a 2014. február 1-je óta hatályos – a Ceaușescu rendszer sok módosításon átesett büntetőtörvénykönyvét felváltó 286/2009-es – új Codul penal összhangban. A törvény mellékletében találhatóak a szabályozott anyagok, a korábban ismertetettekhez hasonlóan, kockázati besorolás alapján, ami viszont Romániában kihat a büntetőjogi következményekre is. Az első három csoportba tartoznak a narkotikumok és pszichotróp szerek, melyek közül az I. és II. csoport a magas kockázatú, a III. az alacsonyabb kockázatú szereket tartalmazza, míg a IV. csoport tartalmazza a kábítószer-prekursorokat. Példának okáért, Romániában a kannabisz alacsonyabb kockázatú kábítószernek számít, míg a heroin, az ópium, vagy a kokain magas kockázatúnak.

Romániában bűncselekménynek minősül a kábítószer fogyasztása, illetve a személyes használatra történő birtoklása, valamint előállítás, ami 2 hónaptól két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő, noha alapeseti tényállás esetén lehetőség van pénzbüntetés kiszabására is. Minősítő körülményként tekint viszont a törvény a magas kockázatú kábítószerekre történő elkövetésre, így emiatt már hat hónaptól három évig terjedő szabadságvesztés szabható ki.

A kereskedői típusú magatartásokat a törvény alapesetben kettőtől hét évig terjedő, magas kockázatú kábítószerek esetén pedig öttől tizenkét évig terjedő szabadságvesztéssel bünteti,

kivéve a kábítószernek az országba való behozatalát, vagy onnan való kivitelét, amit háromtól tíz, illetve héttől tizenöt évig terjedő szabadságvesztéssel büntet a jogszabály.

Ezen kívül kettőtől hét évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő a kábítószerhasználat elősegítése, illetve jelen törvény rendelkezik arról is, ha egy orvos anélkül ír fel magas kockázatú kábítószernek minősülő anyagot tartalmazó orvosi készítményt, hogy arra a betegnek szüksége volna, amire egytől öt évig terjedő szabadságvesztés kibaszását írja elő. Legsúlyosabban tíztől húsz évig terjedő szabadságvesztéssel bünteti a törvény, ha a bűncselekmény halált okoz.

Összefoglaló

A Magyarország szomszédságában lévő EU tagállamok eddig ismertett kábítószer szabályozásából látható, hogy drasztikus különbség – legalábbis világviszonylatban – nincsen ezen országok szankciórendszerében, ugyanakkor mégis megfigyelhetőek fontos eltérések. A nemzetközi és Európai Unió elvárásoknak megfelelően a kábítószerkereskedelem mindenhol büntetendő, és többnyire a legszigorúbban szankcionált cselekmények között helyezkedik el. Hazánk szabályozásához hasonlóan, a bemutatott öt országban, Horvátország kivételével mindenhol létezik életfogytig tartó szabadságvesztés, és Romániát leszámítva ez adott körülmények esetén ki is szabható kábítószerkereskedelem bűncselekménye miatt. Elsődleges különbségek egyrészt a kábítószerbirtoklás, illetve kábítószerfogyasztás szankcionálásában, másrészt az egyes anyagok, különösen a kannabisz származékok gyógyászati felhasználásában láthatóak. A rekreációs szerhasználat tekintetében, noha a fogyasztást nem mindenhol szabályozzák, a kábítószerbirtoklás sehol nem legális, jogszabályi tekintetben Horvátország és Szlovénia tekinthető leginkább megengedőnek, ahol a személyes használatra történő „csekélyebb mennyiségű” birtoklás kikerült a büntetőjog hatálya alól, tehát csak szabálysértésnek minősül. Ezzel együtt, bár a többi országban – Magyarországgal egyetemben – bűncselekménynek minősül a személyes használatra történő kábítószerbirtoklás, elmondható, hogy lehetőség van alternatív büntetési módok, elterelés, illetve kötelező terápiás megoldások alkalmazására, továbbá kisebb-nagyobb jelleggel számításba kerül az elkövető kábítószerfüggősége, mint enyhítő körülmény. Hazánkhoz hasonlóan a bemutatott országok mindegyikében külön jogszabály rendelkezik a kábítószernek minősülő anyagok orvosi, vagy kutatási felhasználásáról, illetve a kábítószer előállítására alkalmas növények termesztésére vonatkozó szabályokról. A visszaéléssel szembeni büntetőjogi szankciókat egyes országok (Ausztria, Románia) külön törvényben, a nemzeti büntető törvénykönyvvel összhangban, míg más országok (Horvátország, Szlovákia, Szlovénia, illetve Magyarország is) kifejezetten a büntetőtörvénykönyvükben tárgyalják. Jellemzően az egyes szabályozott pszichoaktív szereket elsősorban az ide vonatkozó ENSZ egyezményekre hivatkozva különböző – többnyire miniszteri rendelet, vagy törvény mellékleteként szereplő – listákon tüntetik fel, illetve általában az emberi szervezetre gyakorolt hatás veszélyfoka és gyógyászati potenciálja alapján csoportokba osztják. Ezek a részben kockázat alapú csoportosítások ugyanakkor törvényileg csak Romániában befolyásolják a büntetőjogi szankciókat is, illetve Ausztriában általánosságban enyhébben büntetendő a pszichotróp anyagokkal történő visszaélés.

További eltérést mutatnak a mennyiségi elhatárolások. Érdekes megemlíteni, hogy az ún. „csekély mennyiség” csak Magyarország területén kerül konkrét törvényi meghatározásra, illetve hasonló szabályozás jelenik meg Ausztriában a Grenzemenge meghatározásával. A többi ország területén, noha a szabályozás utal mennyiségi kategóriákra melyek akár a szankció mértékét is befolyásolhatják, a mennyiségi határértékek nem kerülnek konkrét meghatározásra, az igazságszolgáltatás egyedileg értékeli azokat csekélynek, vagy szokásos napi adagnak. Végezetül elmondható, hogy ahogy az ún. új pszichoaktív anyagokkal szembeni szankcionálás egyre szigorúbbá és szofisztikáltabbá válik, úgy lazulnak egyes klasszikus anyagok orvosi felhasználásával szembeni korlátok, különösen a kannabisz származékok tekintetében, melyek gyógyászati alkalmazása terén az elmúlt 5-10 év alatt a felsorolt országok mindegyikében történt előrelépés.

Irodalomjegyzék

Bojan Dobovšek, Gašper Hribar: Country Report Slovenia. In: Thanasis Apostolou (Editor): Drug Policy and Drug Legislation in South East Europe. Nomiki Bibliothiki Group, 2013

Bundesgesetz über den Schutz vor Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Neuen Psychoaktiven Substanzen (NeuePsychoaktive-Substanzen-Gesetz, NPSG) StF: BGBl. I Nr. 146/2011

Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG) StF: BGBl. I Nr. 112/1997

Codul penal din 17 iulie 2009 (Legea nr. 286/2009). MO nr. 510 din 24 iulie 2009

Dalida Ritossa: Drug Policy and Drug Legislation in Croatia. In: Thanasis Apostolou (Editor): Drug Policy and Drug Legislation in South East Europe. Nomiki Bibliothiki Group, 2013

EMCDDA: Austria Country Drug Report 2019

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11357/austria-cdr-2019_0.pdf

EMCDDA: Croatia Country Drug Report 2019

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11343/croatia-cdr-2019_0.pdf

EMCDDA: Slovakia Country Drug Report 2019

<https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11351/slovakia-cdr-2019.pdf>

EMCDDA: Slovenia Country Drug Report 2019

<https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11352/slovenia-cdr-2019.pdf>

Karsai Krsztina: Drogjog Ausztriában. Acta Universitatis Szegediensis – Acta Juridica et Politica. Tomus LIX. Fasciculus 8. Szeged, 2001.

Kazenski zakonik (ZK1) - Uradni list RS, št. 55/08

Kazneni zakon – NN 125/2011

Lege nr. 143 din 26 iulie 2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri. MO nr. 163 din 6 martie 2014

Lege nr. 339 din 29 noiembrie 2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope. MO nr. 1.095 din 5 decembrie 2005

Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky ktorou sa vydáva zoznam rizikových látok – 121/2013 Z. z.

Popis droga, psihotropnih tvari i biljaka iz kojih se može dobiti droga te tvari koje se mogu uporabiti za izradu droga - NN 13/2019, 259

Trestný zákon – 300/2005 Z.z.

Uredba o razvrstitvi prepovedanih drog – Uradni list RS, št. 69/19 in 157/20

Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Untergrenzen einer großen Menge (Grenzmengen) bezüglich der psychotropen Stoffe (Psychotropen-Grenzmengenverordnung – PGV) StF: BGBl. II Nr. 378/1997

Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr und die Gebarung mit psychotropen Stoffen (Psychotropenverordnung – PV) StF: BGBl. II Nr. 375/1997

Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr und die Gebarung mit Suchtgiften (Suchtgiftverordnung – SV) StF: BGBl. II Nr. 374/1997

Verordnung des Bundesministers für Gesundheit über die Grenzmengen der Suchtgifte (Suchtgift-Grenzmengenverordnung – SGV) StF: BGBl. II Nr. 377/1997

Zákon o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch 139/1998 Z.z.

Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (ZPPPD) - Uradni list RS, št. 108/99

Zakon o suzbijanju zlouporabe opojnih droga – NN 107/2001

Željko Horvatić and Davor Derenčinović: Criminal Justice Systems in Europe and North America – Croatia. Yliopistopaino, Helsinki, Finland 2002.

Nők és szerhasználat II. A trauma-fókuszú megközelítés

SZABÓ JENNIFER

Absztrakt: Az utóbbi három évtized kutatásai a felismerés után elkezdtek azonosítani a nők számára is sikeres ellátás és kezelés komponenseit, jellemzőit. Mindezek segítségével olyan ismeretanyaghoz juthatunk, amely a nők szükségleteit is figyelembe veszik a kezelésük során. A partnerkapcsolati abúzus 95%-ban a férfi a bántalmazó és minden ötödik nőt érint Magyarországon. Ezek alapján ellátásukban kritikus tényező lehet a nők a traumatikus élményekkel, főleg az erőszakkal és abúzussal való találkozása. Kutatási eredmények alapján a traumatikus élmények hatására bekövetkező szerhasználat kifejezetten jellemzi a női szerhasználat kialakulásának dinamikáját. A szerhasználó nők nagy része élt át traumatikus eseményt élete során, de a hétköznapjaikat is átíthatja az abúzus. Emellett a szerhasználatuk a trauma hatásainak enyhítésére is szolgálhat. Ezért is elengedhetetlen, hogy a női szerhasználat kezelésében a gender-érzékeny megközelítésmód mellett előtérbe kerüljön egy trauma-fókuszú szemléletmód is.

Kulcsszavak: szerhasználat, nők, nem, trauma, abúzus, erőszak, függőség

A traumaszemlélet fejlődése

Az 1980-as évek egészségügyi ellátásának sarokköve volt az a felfedezés, hogy a súlyos traumatikus események gyakran észrevehetetlen szerepet játszanak a nők fizikai és mentális egészségügyi problémáiban (Messina és Grella, 2006 in Covington, 2008). Az azóta készült tanulmányok további sora alátámasztja, hogy a nőket leggyakrabban érintő komorbid rendellenességek valamilyen traumához, traumatikus esemény átéléséhez köthetőek (Covington, 2008). A traumatikus események hatásainak vizsgálata a XX. század második felének fordulópontja volt.

Freud volt az, aki először fogalmazott meg álláspontot a gyermekkori szexuális traumák hatásairól, híres páciense Anna O. analízise során. A hisztéria etiológiájában, az akkor nőkre jellemző, hisztériának nevezett mentális állapotot a gyermekkori szexuális visszaélés megtestesülésének, tehát a gyermekkori szexuális abúzus hatásainak tulajdonította. Művét ekkor teljes alutasítással vagy hallgatással fogadta a tudományos szcéna, ami arra készítette magát Freud-ot is, hogy elutasítsa tanait és végül elhatárolódott attól, hogy a nők által átélt erőszakos élményeket analizálja (Herman, 2019).

A pszichés trauma „létjogosultságát” az első világháború katasztrofális következményei hívták újból életre. A katonákkal dolgozó pszichiátereknek tömegével kellett szembenézniük az úgynevezett „gránátsokk” jelenségével, amelyet ma már a poszttraumás stressz zavar (következőkben: PTSD) nevezünk, amely tünetei egybeestek és nagyon hasonlítottak a korábban hisztériásnak diagnosztizált nők viselkedéséhez. Ekkor ismerték el először, hogy a „gránátsokk” tüneteit valószínűsíthetően, a harcmezőn elszenvedett pszichés trauma okozza. Az állandó erőszak olyan érzelmi stressz volt számukra, amely a zavar kialakulásához vezetett. Azonban mégsem kapott akkora figyelmet, amelyet megérdemelt volna. A trauma utáni „érdeklődés” a második világháború és a vietnámi háború idején nyert ismét teret magának mind a tudományban és mind a köztudatban. Mindennek hatására 1980-ban a tudományos pszichológiában a pszichés trauma okozta tünetegyüttes valós diagnózissá vált, ami bekerült az Amerikai Pszichiátriai Társaság mentális rendellenességeket felsoroló hivatalos kézikönyvébe, a DSM-be, melynek a ma olvasható legfrissebb verziójában, a DSM-V-ben is helyet kap a poszttraumás stressz zavar (Herman, 2019).

Az 1800-as évek végén nem véletlenül ütköztek falakba a szexuális trauma kérdéseit feszegető, főképp nőkkel foglalkozó hisztériakutatások. Ekkor még nem volt központi kérdés, hogy a nők akár családon belüli, akár szexuális életének részét képezheti az erőszak. A XX. század végéig főképp a háborús veteránok pszichés állapotának vizsgálata adott háttéranyagot a traumához köthető zavarok vizsgálatához. A hetvenes években egyre erősödő feminista mozgalmakig senki nem foglalkozott azzal, hogy nem a katonák azok, akik nagyobb arányban szenvednek PTSD-ben, hanem a mindennapi életüket élő, hétköznapi nők. A magánélet szentsége, a megszegyenüléstől és a stigmatizációtól való félelem legitimizálta az otthoni erőszak mindenféle formáját. Tabunak számított arról beszélni, mi történik a négy fal között. Ezt tovább erősítette a bántalmazás okozta szégyen is, hiszen a társadalmi elvárásokba csak a boldog és kiegyensúlyozott családkép fért bele. A feminista fordulat hatására, 1975-ben létrejövő Országos Mentálhigiénés Intézet első kutatásaiban 900 nő vett részt. Mindannyiukkal mély interjúkat készítettek az erőszakkal kapcsolatos tapasztalatokat vizsgálva. Eredményeik szerint minden negyedik nőt ért már szexuális erőszak és minden harmadik nő élt át valamilyen szexuális visszaéléssel kapcsolatos cselekedetet gyermekkorában (Herman, 2019).

Ekkor elindult az erőszak fogalmi átalakulása, amely innentől kezdve a nemi erőszakot nem szimpla cselekedetnek, hanem erőszaknak, abúzusnak bélyegezte. A női mozgalmak tovább gyűrűzésével a korábban tabunak számító jelenség átalakult a köztudatban is. Az áldozatok egyre több figyelmet kaptak. A nemi erőszak szoros vizsgálata lassan kiterjedt a nőket érintő erőszak más formáira is. 1980 után azonosították, hogy a háborús veteránok és az erőszakot átélő nők tünetei megegyeznek (Herman, 2019).

A trauma

A trauma egy olyan eseménnyel vagy élménnyel kezdődik, ami meghaladja a személy, jelen esetben egy nő, normális megküzdési mechanizmusainak képességét. Az esemény hatására, olyan fizikai és pszichológiai válaszokat generálva, amik tulajdonképpen normális reakciónak tekinthetőek egy abnormális vagy extrém szituációra. Mindez egy fájdalmas érzelmi állapotot eredményez, amelyet a viselkedés is lekövet. Ezek a viselkedések általánosan három kategóriába sorolhatóak: visszahúzódás, öndestruktív és destruktív viselkedés. A nők hajlamosabbak a visszahúzódást, az izolációt vagy az öndestruktív viselkedések irányába hajlani, míg a férfiakra inkább a destruktív viselkedés jellemző (Covington, 2003).

A trauma nem csak az erőszak elszენvedését jelenti, hanem magába foglalja azt is, ha erőszak szemtanúi vagyunk, de a stigmatizációt is, nemünk, rasszunk, szexuális orientációnk, szegénységünk stb. miatt. A közbeszédben az erőszak, a trauma, az abúzus és poszttraumás stressz zavar kifejezéseket sokszor felcserélve használjuk. Az abúzus röviden visszaélést jelent, az azt elkövető személy visszaél fölényével, ami lehet pl. fizikai, hatalmi, de akár mentális is. Talán az a legegyszerűbb, ha úgy gondolunk a traumára, mint az erőszakra vagy más, szörnyen negatív élményre adott reakcióra. A trauma egyszerre egy esemény és egy reakció az adott történésre. A PTSD a traumára adott olyan reakció, ami zavarrá alakul (Covington, 2008).

A traumatikus események fő jellemzője, hogy az élet vagy a testi integritás fenyegetetté válik, emellett a traumát átélt személynek közvetlenül kell szembenéznie az erőszakkal vagy a halállal. A traumára adott reakciók akkor alakulnak ki főként, ha az egyén tehetetlennek, hatástalannak éli meg a cselekvést. A traumatikus események hosszú távú következményei lehetnek a fiziológiás arousalt, az érzelmeket, a gondolkodást és az emlékezetet érintő változások, sőt akár ezek a folyamatok el is válhatnak egymástól. A traumára adott tünetek sokszor leválnak forrásukról. Az önvédelem integráltan működő rendszerét a traumás esemény megbontja. Így a trauma hatására könnyen kialakulhat a PTSD, melynek tünetei három fő csoportba sorolhatóak. A hiperarousal hatására a személy állandó veszélyérzetet él át, így folyamatos készenléti állapotban van. Az emléketörések oda vezetnek, hogy a traumatikus eseményt bármikor újból átélheti az áldozat és a beszűkülés az énvédelmi rendszer tehetetlenségének érzésével jár együtt (Herman, 2019).

A traumatikus események súlyos hatással vannak az énstruktúrára, megkérdőjelezzik a biztonságos világba vetett hitet és az énjének pozitív értékeit. A személy biztonságérzete felborul, az elidegenedés érzése, a magány és az izoláció veszi át a helyét. A traumatikus események a testi integritás szintjén a személy autonómiáját sértik. A pszichés sérülés trauma esetén nem személyiség függvénye, hanem annak meghatározója a traumatikus esemény természete. A nagyfokú rugalmassággal rendelkező személyek esetében lehetséges az, hogy viszonylag sértetlenek maradjanak trauma hatására, azonban nincs olyan személyiségjegy, amely önmagában „védelmet” jelentene (Herman, 2019).

Az ismételt és akár hosszantartó trauma a PTSD olyan formáját alakíthatja ki, amely a teljes személyiséget elnyomja. Jellemzője, hogy ezek a személyek hiperérberek, állandó szorongás és

izgatottság jellemzi őket. Ezen kívül erős pszichoszomatikus tünetek gyötörhetik őket, fennmaradnak az emlékbetörések. Ezen felül az izoláció, a beszűkülés még erőteljesebbé válik, ami nemcsak a kapcsolatokra, hanem a hétköznapi tevékenységekre, a gondolatokra, érzelmekre, emlékekre és a percepcióra is kiterjed (Herman, 2019).

Trauma és szerhasználat

A traumákkal foglalkozó kutatások alapján különbség van a nemek között a fizikai és szexuális abúzus veszélyeztetettségében. Mind a nők és mind a férfiak hasonlóan veszélyeztetettek gyermekkorukban, ekkor főképp a családtagoktól vagy ismerősöktől. Azonban ahogy idősödnek, a férfiakat inkább ellenségeik, haragosaik vagy idegenek bántalmazzák, míg a nőket főként hozzájuk közel álló személyek, ezek közül is leginkább a szeretőjük, párjuk vagy férjük (Covington, 2003). A bántalmazás, a nők esetében legtöbbször a szerető kapcsolatból ered, amely klinikai szempontból erőteljesen hozzájárulhat a nők mentális problémáinak kialakulásához és fokozódásához. A szeretetkapcsolatból fakadó trauma nagyobb stresszt és zavartságot okoz. Traumatizálóbbr lehet attól a személytől elszenvedett abúzus, akinek szeretnie és törődnie kéne a párjával, de helyette bántalmazza, mint az, ha valaki nézeteltérések miatt vagy idegenként bántalmazza embertársát (Covington, 2008).

Az 1990-es évektől egyre több figyelmet kapott a női szerhasználat és annak specifikumai. Mindez nagyban hozzájárult ahhoz, hogy a nők is a megkaphassák a számukra legmegfelelőbb kezelést és segítséget. A traumatikus élmények hatására kialakuló szerhasználat a nőkre különösen jellemző (Kendler 2000, in Kaló, 2020). Covington és Kohen (1984) trauma és függőség témájában íródott első tanulmányaik között azt találták, hogy a függő nők 74%-a számolt be átélt szexuális erőszakról, 52% fizikai bántalmazásról és 72% érzelmi bántalmazásról. Ezenfelül, a szerfüggő nők a szexuális, fizikai és érzelmi bántalmazás esetében több elkövetőt jelöltek meg, gyakrabban és hosszabb periódusokat jelöltek ki a bántalmazásra, mint a nem függő társaik. Emellett nagyobb arányban szenvednek el incesztust.

Erős korreláció található a gyermekkori trauma és a felnőttkori mentális problémák között. A gyermekkori traumák osztályozásában, az érzelmi abúzus és elhanyagolás, a fizikai elhanyagolás, a fizikai abúzus, a szexuális abúzus, a családon belüli erőszak, a szülők válása, családtag börtönbe kerülése és a családból való kihelyezés mutatták a legerősebb együttjárást. (Messina és Grella, 2006 in Covington, 2008). A gyermekkorban elszenvedett trauma esetében később nagyobb eséllyel fordulnak mindkét nem tagjai az alkoholhoz és drogokhoz annak érdekében, hogy képesek legyenek megküzdeni az abúzus traumájával. Rich és munkatársai (2016) fiatalok börtönébe került lányokat vizsgált, ahol a szerhasználat leginkább együttjáró faktor az abuzív traumatikus esemény volt. A szexuális abúzusnak kitett lányok gyakrabban számolnak be szerhasználatról, mint a kontrollcsoport tagjai. A kutatásuk fontos eleme volt az időperspektíva vizsgálata is, mely szerint az utóbbi egy évben elszenvedett trauma növelte és intenzívebbé tette a szerhasználatot a következő időszakban.

A már szerhasználó nőkre jellemzőbb a bántalmazás és az abúzus (Caetano et al., 2001, in Kaló, 2020), ami annak is köszönhető, hogy általánosan a párjuk is szerhasználó, illetve maga a szerfüggőség patológiás működésmódhoz vezet. Ez a patológiás működésmód igen sokszínű lehet. Például a szerhasználat hatással lehet a nők ítélőképességére is azzal kapcsolatban, hogy eldöntsék az adott szituáció mennyire veszélyes, emellett maga a szer egy olyan fizikai és pszichés függőséget okoz, aminek hatására bármit megtesznek, hogy ahhoz hozzájussanak, így könnyebben kerülnek veszélyes helyzetbe. Akár szexuális cselekményeket is kínálhatnak annak cserébe, hogy pénzhez és droghoz juthassanak. A szerfüggőség hatással lehet a döntési képességükre is azzal kapcsolatban, hogy elköteleződnek vagy fenntartanak egy erőszakos partnerkapcsolatot (Stevens et al., 2009). Ennek hátterében állhat az is, hogy a nők számára kifejezetten fontosak a kapcsolatok. Így gyakran azért kezdenek szerhasználatba, hogy kapcsolatot létesítsenek vagy fenntartsák azt. Elkezdhettek alkoholistáknak vagy más drogokat használni, hogy „beilleszkedjenek” az adott kapcsolatba, főként annak érdekében, hogy a férfi partner megerősítését elnyerjék. Ezen felül a nők gyakran használnak szereket annak érdekében, hogy tompítsák a nem viszonzott, nem támogató, erőszakos kapcsolatok okozta fájdalmat. A szer megadja nekik azt, amit az aktuális kapcsolatuk nem képes, energiát, erőt, emocionális és fizikai komfortot és felszabadultságérzést nyújt számukra. A kialakult mechanizmus hatására a függő nők gyakran választanak később is olyan férfit, akiben csalódhatnak, aki nem képes megadni azt az érzelmi és pénzügyi támogatást, amire szükségük van. Ezek a nők a szerhasználat segítségével csillapítják a csalódottságukat (Covington, 2008). Amikor egy nő izolálódik másoktól, miközben egy abuzív vagy más módon traumatizáló kapcsolatba involválódik, gyakran egy depresszív spirált él át, ami csökkent vitalitást, kontrollvesztettséget, zavartságot, csökkent önértékelést és beszűkültséget eredményezhet (Covington, 2008). Mindez megfelelő táptalaj az addikció és a relapszus kialakulásához, ezért is szükséges a trauma kezelésével és a nők sajátos élettörténetével és szükségleteivel foglalkozni a szerhasználat kezelésének esetében (Covington, 2008).

A függő nők esetében jellemzően nagyobb eséllyel alakulnak ki komorbid zavarok: depresszió, disszociáció, PTSD, egyéb szorongásos zavarok, étkezési zavarok és személyiség zavarok. Ezek közül a hangulat és szorongásos zavarok a leggyakrabban előforduló, komorbid zavarok a szerhasználó nők esetében (Herman, 2019). Emellett PTSD prevalenciája akár ötször több a szerhasználók esetében, mint normál populációban. (Covington, 2008). Najavits és munkatársai (1997) eredményei alapján, a PTSD és a szerhasználat kombinált hatásaként több komorbid mentális zavart, orvosi problémát, pszichológiai tünetet, kórházi beutalást, interperszonális problémákat, alacsonyabb működésmódot, az utógondozásra gyenge motivációt és más szignifikáns életből fakadó problémát (pl. hajléktalanság, családon belüli erőszak, HIV fertőzés, gyermekfelügyelet elvesztése) találtak a mindkét zavarban szenvedő nők esetében, mint a csak PTSD-ben vagy csak szerhasználattal küzdő nőknél. Az önmedikalizációs elmélet (Cappell & Greeley, 1987) alátámasztja azt a felvetést, hogy az áldozatok, akik PTSD-vel küzdenek azért használnak különböző szereket, hogy csökkentsék a pszichés tüneteket. Habár ez a fajta megküzdés segíthet a tünetek enyhítésében rövid távon, hosszútávon krónikus PTSD-hez is vezethet. Fontos tényező, hogy a nők jellemzően másképp élik át a traumát, és a PTSD tüneteiben is különbséget mutatnak. A nőkre jellemzőbb, hogy a

PTSD kialakulását, amely trauma hatására történik, gyakran, az esetek majdnem felében követ szerhasználat is (APA,2018).

A különböző személyek különböző módon reagálhatnak az erőszakra és abúzusra, ez a nők esetében sincs másképp. Valakiben jellemzően nem alakul ki trauma, mert rendelkeznek azokkal a megküzdési mechanizmusokkal, amelyek effektívek ezekben a specifikus esetekben is. Azonban, akik nem rendelkeznek ilyen megküzdési képességgel sokszor az öndestrukció mentén a szerhasználatához fordulnak. Sok esetben a trauma kialakul, azonban nem tudatosul azonnal és ez a szerhasználók esetében megnehezíti kezelésüket. Ez főleg abban az esetben történik meg, ha az erőszakos cselekmény az adott személy számára normálisnak minősül, mint a fentebb említett párkapcsolati abúzus esetében is. A legtöbb függő nőt, akik kezelése a 2000-es évek előtt kudarcot vallott és végül visszaestek, a 2000-es években már trauma túlélőként kezelték, akik visszatértek az alkohol vagy más drogok használatához, hogy ezzel enyhítsék a trauma okozta fájdalmat. Mindez fontos mérföldkő volt annak megértésében, hogy a traumát átélt szerhasználó nők esetében, nem csupán a függőség kezelése a cél. A trauma fókuszú segítség az addikció kezelésében csökkentheti a trauma alapú visszaesés és így a hatékony kezelés valószínűségét (Covington, 2008).

Trauma-fókuszú ellátás és kezelés a szerhasználó nők esetében

Harris és Fallot (2001 in Covington, 2008) szerint a trauma fókuszú ellátás legfőbb jellemzői közé tartozik, hogy mindenekelőtt számításba és figyelembe veszi a lehetséges trauma jelenlétét, elkerüli a traumareakciók és a retraumatizáció kialakulását, a segítőknek támogatni kell a megküzdési képességek fejlesztését és azt, hogy képesek legyenek a trauma okozta tüneteket észlelni és kezelni. Covington (2008) vizsgálatában csökkentek a trauma és a depresszió tünetei is a trauma fókuszú két lépcsős programban, ami alátámasztja mindennek a fontosságát.

A nők vagy lányok számára felépített kezelés során, a kutatási eredmények azt támasztják alá, hogy az ellátásnak holisztikusnak kell lennie és „nőközpontú megközelítést” kell alkalmaznia. Az ilyen ellátást olyan környezet létrehozását jelenti – elhelyezkedést, személyzetet, programot illetően -, amely reflektál és megérti a nők és lányok életének realitását és a rájuk jellemző kihívásokra és erősségekre fókuszálnak. A holisztikus megközelítés azon dolgozik, hogy megértse a női lét minden aspektusát, mind bio-pszicho-szocio-spirituális vonalon, annak érdekében, hogy teljeskörűen megérthessék függőségük okát. A függő nők számára is tipikusan kulcstényezők kapcsolataik, ezért nagyon fontos mérlegelni a szeretteikkel, családjukkal való kapcsolatukat, a helyi közösséget és a társadalmat, amiben élnek. A kapcsolat a függő nők megértése és az effektív kezelési program létrehozása között a nőkre jellemző pszichológiai fejlődés és szükségletek egyedi jellemzőiben rejlik (Covington, 2008).

A szerhasználó nőkkel való közös munka során nagyon fontos, hogy milyen kezelési tervet használunk. Covington (2008) munkáiban különös figyelmet szentel az ilyen kezelési

terveknek. Az első ilyen a Helping Women Recover: A Program for Treating Addiction, amely egyesíti az addikció, a trauma és a női pszichológiai sajátosságokat és egy 17 üléses programot kínál, amelyben négy modult érintenek: Énkép, Kapcsolatok, Szexualitás és Spiritualitás. A Voices: A Program of Self-Discovery and Empowerment for Girls az előző kezeléssorozat fiatal lányokra átültetett verziója, 18 üléssel. A négy modul az Énkép, Kapcsolódás másokhoz, Egészséges életmód és az Előttem álló út. A Beyond Trauma: A Healing Journey for Women modellje 11 ülésből áll, amely során megtanítják a nőknek, mi az a trauma és abúzus, segítenek megérteni az erre adott reakciókat és abban is, hogy megfelelő megküzdési készségeket tanulhassanak.

Judith Herman (2019) a traumára, mint kapcsolódási zavarra tekint. A trauma központi élménye a kiszolgáltatottság és az izoláció, így az csakis a kapcsolatok kontextusában történhet meg. Az újraalakított kapcsolatokban a sérült pszichés készségeket szükséges helyreállítani. Herman szerint a gyógyulás kulcstényezője az áldozat felépülése iránti saját igénye, a túlélő belső megerősítése. A gyógyuláshoz egy három lépcsős modellt ír le, amelyek egymástól kölcsönösen függő, de nem feltétlenül lineáris sorban követik egymást. Az első ilyen lépcső a biztonság. A függőség kezelése esetében a nők főként ezen a szinten állnak és a legfontosabb szükségletük a biztonság. Egy túlélő nem érzi magát biztonságban a saját testében. Kontrollvesztettnek érzi magát az érzelmei és gondolatai felett és a kapcsolataiban szintén nem talál biztonságot. Ezért is kiemelten fontos a bizalmi légkör megteremtése a segítő és a szerhasználó között. A belső biztonságot segíthetik az adekvát önnyugtató módszerek megtanítása, hogy a szerhasználat helyett, olvasással, sétával, zenével, meditációval stb. orvosolják a szorongás vagy a depresszió okozta szenvedésnyomást. Herman azt is kiemelte, hogy fontos tényező, hogy mind a csoport és mind a facilitátor nő legyen, mert a nők kevésbé szeretnek szenzitív témákat érinteni férfi jelenlétében, főként, ha férfi által szenvedték el a traumatikus eseményt. Mindez a harmadik lépcsőfokig mindenképp fontos tényező.

A következő szint, az emlékezés és a gyászolás folyamatát érinti. Ha függő nő stabilizálódott a kezelésben, akkor azt a trauma munka követi. Gyakran ez a fázis az, amiben a nők rádöbbennek, milyen élmény érte őket, mennyi veszteség és negatív érzelmek, ezért is ez az időszak érzékeny a relapszusokra. Ennek a veszélye a kiszámíthatósága miatt tervezéssel és a megküzdési mechanizmusok fejlesztésével csökkenthető (Herman, 2019).

A harmadik fázis a visszakapcsolódás, amely során az új énkép és egy új jövő perspektíva felépítése a cél. Ez a heterogén és általánosan strukturálatlan fázis, vannak olyan nők, akiknek évek is kellenek mire eljut ebbe a fázisba. Ezen a lépcsőfokon ismét az első szakasz kérdései felé fordulnak, azonban azzal a céllal, hogy visszakapcsolódjanak a környező világ dolgaihoz és működésébe (Herman, 2019).

Covington (2008) nyomán megfogalmazható néhány javaslat a nőkkel való munka során. A gender-érzékeny ellátás figyelembevétele határozottan szükséges, mert segítenek a nők életén és szükségletein keresztül felépíteni a megfelelő és leghatékonyabb kezelési lehetőségeket. Gazdasági szempontból is szükséges mindebbe investálni, hiszen a fejlődő országokat figyelve a legjobb módja a családok támogatásának a nők támogatása. Szükséges

a traumáról való informálódás, a gyermekekre és nőkre ható erőszak hatásainak megismerése, hogy mindezek alapján egy megértésre alapuló trauma-fókuszú ellátás alakulhasson ki.

Irodalomjegyzék

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

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

Cappell, H., & Greeley, J. (1987). Alcohol and tension reduction: An update on research and theory. In H. T. Blane, & K. E. Leonard (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 15–54). New York: Guilford.

Covington, S. (2003). *Beyond Trauma: A Healing Journey for Women*. Center City, MN: Hazelden.

Covington, S., S., (2008) *Women and Addiction: A Trauma-Informed Approach*, *Journal of Psychoactive Drugs*, 40:sup5, 377-385, DOI: 10.1080/02791072.2008.10400665

Covington, S. & Kohen, J. 1 (1984). Women, alcohol, and sexuality. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 4 (1): 41-56.

Harris, M. & Falot, R. 2001. Using Trauma Theory to Design Service Systems. San Francisco: Jossey-Bass. In Covington, S., S., (2008) *Women and Addiction: A Trauma-Informed Approach*, *Journal of Psychoactive Drugs*, 40:sup5, 377-385, DOI: 10.1080/02791072.2008.10400665

Herman, J. (2019). *Trauma és gyógyulás - Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*. Háttér Kiadó, Budapest

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

Messina, N. & Grella, C. 2006. Childhood trauma and women's health outcomes: A California prison population. *American Journal of Public Health*, 96 (10): 1 842-48. In Covington, S., S.,

(2008) Women and Addiction: A Trauma-Informed Approach, *Journal of Psychoactive Drugs*, 40:sup5, 377-385, DOI: 10.1080/02791072.2008.10400665

Najavits, L., Weiss, R., & Shaw, S. (1997) The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *American Journal on Addictions*, 6(4), 273-283.

Rich. S. L., Wilson. J. K. & Robertson A.A. (2016). The Impact of Abuse Trauma on Alcohol and Drug Use: A Study of High-Risk Incarcerated Girls. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2016; 25(3): 194–205.

Stevens, S. J., Andrade R. A. C. & Ruiz, B. S., (2009) Women and Substance Abuse: Gender, Age, and Cultural Considerations, *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8:3, 341-358, DOI: 10.1080/15332640903110542



Pszichoaktív szerek hatása az immunrendszerre I.

RAFFAI GELLÉRT

Absztrakt: Tanulmány sorozatomban a pszichoaktív szerek és az immunrendszer kapcsolatát szeretném bemutatni. Az immunrendszer rövid áttekintése után sorra veszem a legális és illegális pszichoaktív szerek immunrendszerre gyakorolt hatását. Jelen tanulmányban a binge drinking, a mérsékelt és a krónikus alkoholfogyasztás hatásairól van szó. Fontos konklúzió, hogy az alkohol rohamszerű és krónikus fogyasztása súlyos hatással van az immunrendszerre és a mikrobiómra, valamint csökkenti az immunrendszer védekezőképességét bakteriális és virális fertőzések esetén. Ezzel együtt a mérsékelt alkoholfogyasztásnak lehetnek bizonyítottan pozitív hatásai.

Kulcsszavak: immunrendszer, pszichoaktív szer, etanol

Az immunrendszerrel dióhéjban

Hogy megértsük a pszichoaktív szerek immunrendszerre gyakorolt hatását, először érdemes röviden megismerkednünk az immunrendszerünk felépítésével, működésével és pár fontosabb alapfogalommal. A biológiában a szervezet kórokozók (baktériumok, vírusok, gombák, férgek), káros hatásokkal, mérgekkel szembeni védetségét jelöli az immunitás kifejezés. Immunrendszerünk éjjel-nappal védi szervezetünket a kórokozóktól és távolítja el a daganatos sejteket. Működése fel sem tűnik az átlagembernek, azonban ha valaki immunrendszer nélkül születik vagy károsodik az immunrendszerének működése, megnő az olyan fertőzések és daganatok kialakulásának az esélye, melyektől a szervezet normális esetben meg tudja védeni magát. Immunrendszerünknek azonban megvan a „sötét oldala” is. „Túlműködése” esetén a szervezet saját sejtjeit, szöveteit ismeri fel idegenként és támadja meg, ilyenkor beszélünk autoimmun betegségekről. Allergia esetén pedig az ártalmatlan allergéneket (pl. macskaszőr, pollen) téveszti össze az immunrendszerünk egy parazita „támadásával”.

Az immunrendszerünk a testünkben mindenhol jelen van. Immunszerveket és immunsejteket különböztetünk meg. A vérkép kapcsán is ismerős fehérvérsejtek vagy leukociták az elsődleges nyirokszervekben, a csontvelőben és a csecsemőmirigyben fejlődnek és érnek. A másodlagos nyirokszervekből – ilyen például a nyirokcsomó vagy a lép - indul harcba az immunrendszer fertőzés esetén. Jó példa erre a tapintható, megnagyobbodott nyirokcsomó fertőzés esetén. A legtöbb fehérvérsejt azonban ott található meg, ahol a testünk a külvilággal érintkezik, tehát

ahol lehetőség van a kórokozók bejutására a levegővel vagy a táplálékkal, azaz a bőrben, a bélrendszerben, a légzőrendszerben. A fehérvérsejtek a nyirokerek és a véráram útján közlekednek a fertőzés helyszínére és a nyirokszervek között.

Az immunrendszerünknek két „ágát” különböztetjük meg. A veleszületett vagy természetes immunitás sejtjei, elemei már embrionális korban megjelennek és utána folyamatosan jelen vannak a szervezetben. A veleszületett immunitás evolúciósan konzervált mintázatfelismerő receptorokat használ a kórokozókra jellemző struktúrák felismerésére és azonnali reakciót tesz lehetővé velük szemben. Azonban a válasz kimeríthető, mivel a veleszületett immunitás sejtjeinek száma csak kis mértékben nő meg fertőzés során, továbbá memória sem alakul ki. A veleszületett immunitás sejtjeihez soroljuk a granulocitákat, a dendritikus sejteket, a monocitákat, a makrofágokat, az NK (természetes ölő) sejteket. Nem sejtjes elemei közé pedig az antimikrobiális fehérjék, enzimek, vagy peptidok és a komplement rendszer tartozik. A neutrofilek és a makrofágok a kórokozók bekebelezésére képesek, a természetes ölő sejtek a vírussal fertőzött vagy daganatosan átalakult sejteket pusztítják el, a dendritikus sejtek pedig az immunrendszer „őrszemei”, a veleszületett és az adaptív immunválasz összekötői.

A veleszületett immunitással szemben az adaptív vagy szerzett immunitás sokkal specifikusabb választ tesz lehetővé antigén (minden olyan anyag, melyet az adaptív immunrendszer felismer) felismerő receptorai révén. Lassabb, mint a veleszületett immunitás, mivel sejtjeinek (a T- és B-limfociták) idő kell az osztódáshoz. A B-limfociták úgynevezett antitesteket termelnek, melyek a kórokozókat megjelölve elősegítik, hogy az immunrendszer elpusztíthassa őket. A segítő T-sejtek segítik a B-sejtek antitest termelését, ezenkívül hatásukra a makrofágok hatékonyabban pusztítják el a patogéneket. Az ölő T-sejtek az NK sejtek mellett az immunrendszer „terminátorai”. Megölnek minden vírussal fertőzött vagy daganatosan transzformált sejtet. Az adaptív immunválasz során memória sejtek is kialakulhatnak, így amikor a szervezet legközelebb találkozik ugyanazzal a kórokozóval már sokkal hatékonyabban és gyorsabban reagál rá. A veleszületett és az adaptív immunitás szoros együttműködésben, egymás mechanizmusait támogatva működik.

Érdekes még áttekintenünk a citokinek fogalmát. A citokinek olyan hírvivő anyagok, melyet az immunsejtek termelnek működésük során és lehetővé teszik a sejtek közötti hatékony kommunikációt. Az interleukinek (IL) onnan kapták nevüket, hogy leukociták között hatnak, az I-es típusú interferonok (IFN) a vírusok elleni immunválaszban játszanak fontos szerepet, szó szerint „közbelépnek” (interfere), a kemokinek az immunsejtek vándorlását irányítják. Hatásuk szerint beszélhetünk gyulladási (pro-inflammatórikus) és gyulladás gátló (anti-inflammatórikus) citokinekről. Rendkívül fontos, hogy egyensúlyuk megtartott legyen, ha ez felborul, betegségek kialakulásának nyújthat táptalajt. Az immunválasz elején a gyulladási citokinek vannak túlsúlyban, melyek lehetővé teszik a hatékony immunválaszt és a kórokozó eltávolítását. Az immunválasz vége felé azonban a gyulladás gátló citokineknek nő meg a szintje, melyek az immunreakciót leállítják és így megakadályozzák a saját szövetek sérülését.

Végül a gyulladás fogalmát szükséges még áttekinteni. A gyulladás az immunrendszer lokális, nem specifikus válasza egy fertőzésre vagy szöveti sérülésre /irritációra, melynek feladata a fertőzés kontroll alatt tartása. Klasszikus tünetei a duzzanat (tumor), vöröses szín (rubor),

fájdalom (dolor), melegség (calor) és az adott szerv funkciójának kiesése (functio laesa). A gyulladás során aktivált sejtek olyan gyulladási citokineket termelnek, melyek nem csak lokálisan hatnak, hanem eljuthatnak az agyba, májba és a csontvelőbe is. Így felelősek a láz és a betegség viselkedés kialakításáért, továbbá megnövelik a máj antimikrobiális fehérje termelését és a csontvelőből mozgósítják a leukocita raktárakat (Nicholson, 2016).

Az etanol dóziszfüggő hatásai

Jelen tanulmányban a köznyelvben alkoholként ismert etanol immunmoduláló hatását mutatom be. Az alkohol fogyasztását szorongásoldó hatása miatt élvezzük; azonban addiktív tulajdonságai krónikus, túlzott alkoholfogyasztáshoz végül alkoholbetegséghez vezethetnek. Az alkohol nem csak az idegrendszerre és így a viselkedésre hat, számos más szervrendszert is érint, például az immunrendszert. Rendkívül sok tanulmány bizonyítja, hogy az alkoholfogyasztás mind a veleszületett, mind az adaptív immunitást befolyásolja embereken, és állatmodellekben egyaránt. Amikor az alkohol immunrendszerre gyakorolt hatását tárgyaljuk, érdemes megkülönböztetni a behatás időtartamát, azaz a fogyasztás gyakoriságát. A tanulmányban a mérsékelt, a krónikus és az akut, egyszeri nagy dózisú alkoholfogyasztás (binge drinking) hatásait fogjuk részletezni. Az italokat sokféleségük miatt "egységekként" szokás meghatározni: 1 egység egyenlő 8-12 gramm alkohollal. Ez az a mennyiség, amennyit egy átlagos ember mája egy óra alatt képes lebontani. Egy egységnyi alkohol van átlagosan 2 cl égetett szeszesitalban, 1dl borban vagy 2 dl sörben.

Mérsékelt alkoholfogyasztás alatt az amerikaiakra vonatkozó étrendi irányelvek alapján nőknél legfeljebb napi 1 egység italt, férfiaknál pedig legfeljebb napi 2 egység italt értünk. A mértéktelen (binge drinking) alkoholfogyasztás nők számára 4 egység ital, a férfiak számára pedig 5 egység ital 2 órán belüli elfogyasztását jelenti. Nagyivásról, vagyis nagymértékű alkoholfogyasztásról beszélünk, ha mértéktelen alkoholfogyasztás történt az elmúlt 30 nap legalább öt napján (Barr és mtsai, 2016). Érdekes módon, egy J alakú görbe írja le jól az alkohol emberi egészségre gyakorolt hatását. A könnyű és mérsékelt alkohol fogyasztóknál a legalacsonyabb a halálozás kockázata, míg az absztinenseknél és a nagyivóknál a legnagyobb kockázat (Di Castelnuovo és mtsai, 2006). A mérsékelt alkoholfogyasztás a szív- és érrendszeri betegségek kockázatának csökkenésével jár, továbbá úgy tűnik, hogy immunstimuláló hatást is kifejt in vitro és in vivo vizsgálatokban (Romeo és mtsai, 2007), míg a mértéktelen alkoholfogyasztás a májcirrózis, magas vérnyomás, stroke, 2-es típusú cukorbetegség, rák és károsodott immunfunkciók fokozott kockázatával jár. Bizonyított, hogy a krónikus alkoholfogyasztás (vagyis a kialakult alkoholfüggőség, amikor az alkohol iránti vágy sóvárgást, hiánya pedig megvonási tüneteket okoz) legyengíti az immunrendszert, ez pedig virális és bakteriális fertőzésekre, valamint daganatos megbetegedések kialakulására hajlamosíthatja a fogyasztót. Így általában a súlyos, krónikus alkoholistákat legyengült immunrendszerű egyéneknek tekintjük (Barr és mtsai, 2016). Nem csak a krónikus alkoholfogyasztás, hanem még az egyszeri alkohol mámoros, rohamivós epizód is befolyásolhatja az immunválaszt (Afshar és mtsai, 2014).

Az etanol metabolizmusa, biológiai hatásai

Az etanol zsírokban és vízben egyaránt jól oldódó, kisméretű molekula, könnyen átjut a sejtmembránon. Az etanol elsősorban a májban metabolizálódik az alkohol-dehidrogenáz (ADH) enzim segítségével. Az ADH a sejtben található NAD (nikotinamid-adenin-dinukleotid molekula) segítségével acetaldehiddé oxidálja az etanolt, miközben NADPH keletkezik a reakció során. Fontos megjegyezni, hogy az ADH enzim alig indukálható és hamar telíthető, bár ez végzi az etanol átalakításának nagy részét. A citokróm P450 2E1 (CYP2E1) enzim túlnyomórészt a mikroszómákban van jelen. Ez az enzim is acetaldehiddé alakítja az alkoholt, miközben oxigént és NADPH-t használ fel. Normál esetben ez az enzim végzi az átalakítás 1/3-át, míg krónikus alkoholistákban megnő az expressziója és az alkohol 2/3-át bontja el. Az acetaldehidet ezután a mitokondriumokban található acetaldehid-dehidrogenáz (ALDH) enzim tovább alakítja acetáttá (ecetsavvá) NAD és víz felhasználásával. Ezután acetil-Koenzim A keletkezik belőle, mely reakciót az acetil-KoA-szintetáz enzim katalizálja. Az acetil-KoA a véráramba kerül és az agyba, szívbe, vázizomba szállítódik el. Miután a sejtek felvették, belép a citrátkörbe, vagy lipidek (zsírsavak, koleszterin), illetve ketontestek szintetizálódnak belőle.

Az acetaldehid az alkohol metabolizmus toxikus átmeneti terméke, mely hozzájárul a szövetkárosodás és az alkoholfüggőség kialakulásához. Az acetaldehid és lipid peroxidációs származéka a malondialdehid (MDA) rendkívül reakcióképes vegyületek. Képesek fehérjékhez kötődni és így úgynevezett fehérje adduktumokat létrehozni, melyeket malondialdehid-acetaldehid adduktumoknak (MAA) nevezünk. Az MMA-k rendkívül mérgező és immunválaszt kiváltó anyagok, melyek kulcsfontosságú szerepet játszanak az érelmeszesedés és a májkárosodás indukciójában, továbbá az immunrendszert is aktiválják és így olyan antitestek képződnek, amelyek tovább fokozzák a májgyulladást és hegesedést. Ezenkívül az etanol CYP2E1 általi oxidációja reaktív oxigén gyökök (ROS) képződéséhez is vezet. A reaktív oxigén gyökök rendkívül agresszív molekulák, emelkedett szintjük jelentős oxidatív stresszt jelent a sejtek számára és így elősegítik a rák, az érelmeszesedés, a cukorbetegség és gyulladások kialakulását. Az agyban a CYP2E1 és a kataláz enzim is képes metabolizálni az alkoholt. A kataláz a peroxisómákban található meg, és hidrogén-peroxid segítségével az alkoholt vízzé és acetaldehiddé oxidálja. Az alkohol katabolizmusa a hasnyálmirigyben is végbe mehet az acináris és csillagsejtekben, ezért is vezethet a krónikus alkohol fogyasztás alkoholos hasnyálmirigy-gyulladás kialakulásához (Barr és mtsai, 2016).

Az idült alkoholfogyasztás számos betegséggel kapcsolatba hozható. Hatására a máj elsősorban zsírosan degenerálódik, úgynevezett zsírmáj alakul ki, majd májzsugor lép fel. Karcinogén anyagként a gégerák és a nyelőcsőrák első számú oka, de a májrák és a gyomorrák kiváltója is. Károsítja az idegsejteket is, melynek eredményeképpen Korsakov-szindróma alakulhat ki. Szívelegtelenséget, szívritmuszavart, magas vérnyomás betegséget is okozhat (Shield és mtsai, 2013).

A krónikus alkoholfogyasztás hatása az immunrendszerre

Az alkohol az alkoholt metabolizáló szervekben olyan krónikus gyulladásos állapotot hoz létre, mely az érintett szervek hegesedéshez, működésképtelenségéhez vezet. Ugyanakkor a szervezet kórokozókkal szembeni védekező képességét csökkenti. A krónikus alkohol fogyasztás módosíthatja közvetlenül az immunsejtek számát, funkcióját, azonban hathat indirekt módon is. Befolyásolhatja a velünk élő baktériumok összetételét, a hiányos táplálkozáson keresztül és a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely aktiválásával immunsuppressziót idézhet elő, és végül az etanol metabolitjain keresztül is fejthet ki biológiai hatást (Szabo & Saha, 2015).

Direkt hatás az immunsejteken

A krónikus alkoholfogyasztás hathat közvetlenül az immunsejteken is. Krónikus alkoholfogyasztás hatására a monociták és a makrofágok gyulladásos irányba tolódnak el (tehát aktiváció hatására több gyulladásokeltető citokint termelnek). Ezt a jelenséget nevezzük szenzitizációnak, mely klinikai jelentőséggel is bír. A szenzitizációt a bélbaktériumok sejtfalából alkohol betegeknél növekvő mértékben felszabaduló lipopoliszacharid (LPS) okozza. Az LPS-szenzitizáció többek között hozzájárul az alkoholos májbetegség és az alkoholos pancreatitis patogeneziséhez. Akut alkoholos hepatitis esetében például a mortalitás korrelál a gyulladásokeltető citokinek, különösen a TNF- α szintjével. A krónikus alkoholfogyasztás továbbá elősegíti a vékonybél, az agy, a tüdő és más szervek gyulladását is, mely arra utal, hogy az alkohol gyulladásokeltető hatása közös mechanizmusokon alapul. Az alkohol okozta gyulladás pontos kiváltó tényezői az eltérő szövetekben még meghatározásra várnak. Azonban fontos, hogy a TLR4 hiánya, mely az LPS fő szenzora, mérsékli a krónikus alkoholfogyasztás által kiváltott gyulladást a májban, az agyban és a bélrendszerben egér modellekben.

Alkohol abúzus hatására a veleszületett immunrendszer sejtjeiben az inflammaszóma is aktiválódik, mely egy olyan multiprotein komplex, ami az egyik legpotensebb gyulladásokeltető citokin, az IL-1 β termeléséért felel. Klinikai jelentősége, hogy rekombináns IL-1 receptor antagonistá adásával, mely blokkolja az IL-1 receptoron keresztüli jelátvitelt, csökkenti az alkoholos májbetegség és az agyi gyulladás tüneteit egér modellben.

Az alkohol megzavarja a szervezet azon mechanizmusait is, melyek fékként hatva, a veleszületett immunválasz kontrolljában játszanak szerepet és gátolják a túlzott gyulladásos reakciókat. Például a gyulladás gátló citokinek, úgymint az IL-10 és a transzformáló növekedési faktor béta (TGF- β) termelése csökken alkohol abúzus hatására.

Bizonyított, hogy az alkohol növeli a neutrofilek reaktív oxigén gyök termelését; mely szövetkárosodásokhoz vezethet, míg csökken az antibakteriális védekezésben fontos fagocitáló képességük.

Ezenkívül mind az akut, mind a krónikus alkohol fogyasztás gátolja az I-es típusú interferonok indukcióját a mintázatfelismerő TLR3/7/8/9 vagy helikáz receptorokon keresztül, melyek a vírusok elleni immunválaszban játszanak fontos szerepet.

A krónikus alkoholistáknál károsodott T-sejt válasz figyelhető meg; ráadásul Th2 túlsúly felé tolódik el az immunválasz iránya. Ennek megfelelően krónikus alkoholistáknál az IgA ellenanyag szint növekedését és az IgG antitestek relatív csökkenését mutatják, melyek szerepet játszanak az antitestfüggő sejt-közvetített immunválaszokban. Más tanulmányok Th17 túlsúlyt figyeltek meg alkoholos májbetegségben szenvedőknél.

Az alkoholfogyasztás káros hatással van a vérképzésre is: alacsony fehérvérsejt számot, alacsony granulocita számot és alacsony thrombocyta számot okozhat. Az alkohol gátolhatja a granulociták differenciálódását vagy érését fertőzések során (Szabo & Saha, 2015).

A mikrobióm modulációja

A legújabb bizonyítékok arra utalnak, hogy az alkohol befolyásolhatja az immunfunkciókat azáltal is, hogy megváltoztatja az immunrendszer és a velünk élő mikroorganizmusok (azaz a mikrobióm) egyensúlyát és kölcsönhatásait. A mikrobióm a bőrünkön és a nyálkahártya felszíneinken található kommenzalista, szimbionta és patogén mikroorganizmusok alkotta ökológiai rendszer, mely testünk normális működéséhez szükséges. A velünk élő baktériumok megakadályozzák a betegségeket okozó kórokozók megtelepedését, továbbá esszenciális tápanyagokkal látnak el minket. Egyre több bizonyíték utal arra, hogy az alkohol módosítja a bél, a szájüreg, a bőr és más nyálkahártya felületek mikrobiális összetételét, tehát a kórokozó és kommenzális organizmusok arányát. Ezeknek az alkohol által kiváltott változásoknak klinikai jelentőségük lehet, mivel a mikrobióm összetétele fontos jelként szolgál az immunrendszer számára. Ha megfelelő az arány, akkor homeosztázis áll fenn, ha elszaporodnak a patogén fajok, akkor pedig immunválasz következik be. A krónikus alkoholfogyasztásról tudjuk, hogy megváltoztatja a bél mikrobiómját. Egyrészt a vastagbélben megnő a mikroba tartalom, másrészt a bélben eltolódik a különböző mikroba fajok aránya. Ez megváltoztathatja a bizonyos baktérium fajokból felszabadított LPS (lipopoliszacharid, baktériumok sejtfal komponense) szintjét a bélben, mely hozzájárulhat az alkoholos májbetegségben fennálló gyulladás, valamint a májrák kialakulásához (Chen & Schnabl, 2014).

Tápanyaghiány által kiváltott immunszupresszió

Az alkoholisták étvágytalanság, táplálkozási zavarok vagy gyomorpanaszok miatt gyakran nem képesek rendes étkezésre. Továbbá, az alkoholtartalmú italok rendkívül energia gazdagok. Egy gramm alkohol például majdnem kétszer annyi kalóriát (7 kcal) tartalmaz, mint egy gramm cukor (4 kcal). Az alkohol energiatartalma a fehérjéknél és a szénhidrátoknál magasabb, hozzávetőleg a zsírokkal egyenértékű. Az alkoholbetegségben szenvedőknél az alkohol tehát gyakran elsődleges energiaforrássá válik, ami idővel alultápláltság kialakulásához vezethet. Az alkoholbetegekben gyakran hiányzik egy vagy több esszenciális vitamin, mint például a zsírban oldódó A-vitamin, D-vitamin, E-vitamin, vagy a vízoldékony C-vitamin, folsav és B1-vitamin. Egy vizsgálat egy olyan 30 fős betegcsoport vitamin szintjét vizsgálta, melynek tagjai minimum 5 évig fogyasztottak napi rendszerességgel legalább 100 gramm etanolt (ez átlagosan a teljes kalória bevitel 51%-a). Minden vizsgált egyénben csökkent az E-vitamin és a folsav szint, 83%-uknál alacsony C-vitamin, 80%-uknál csökkent A-vitamin, és 73%-uknál csökkent a B1-vitamin szintje (Manari és mtsai, 2003). Ismert, hogy ezek a mikroelemek fontos szerepet játszanak az immunhomeosztázis fenntartásában és az immunrendszer fertőzésre adott válaszában hatékonyságában (Mora és mtsai, 2008). Az A-vitamin hiánya csökkenti a nyálkahártyában kialakuló immunválaszok hatékonyságát, a D-vitamin szükséges a normál monocita, makrofág, T- és B-limfocita funkciókhoz, a hámsejtek antibakteriális aktivitásához. Az E- és C-vitamin fontos antioxidáns. Szükségesek a T-sejt válaszhoz, a neutrofilok és a monociták fagocita aktivitásának növeléséhez. A B1 vitamin szükséges a T-sejt aktivációhoz, másrészt gyulladáscsökkentő hatású a stressz indukált makrofág funkciók gátlásán keresztül. A folsav az adaptív immunrendszer működéséhez elengedhetetlen (Barr és mtsai, 2016).

Ezek a megfigyelések arra engednek következtetni, hogy az alkoholbetegségben szenvedő egyéneknél megfigyelt immunhiányos állapot gyakran a táplálkozási hiányosságok következménye is lehet. Azonban, hogy ezek a változások, hogyan járulnak hozzá az alkoholbetegek fertőzésre való hajlamának megnövekedéséhez még feltáratlan.

Etanol metabolitok

Fontos figyelembe venni azt is, hogy az etanol immunfunkciókra gyakorolt hatása in vivo magában foglalhatja elsődleges metabolitjának, az acetaldehidnek a hatásait is. Ezért további kutatásokra van szükség, melyek az etanol metabolitok in vivo hatásait vizsgálják. Kimutatták például, hogy az acetaldehid befolyásolja az NF- κ B transzkripciós faktor által kiváltott citokin termelést májsejtekben. A máj speciális makrofágjai kevésbé aktiválódnak, míg a csillag sejtek túlaktiválódnak és fokozott kollagén termelésükkel hozzájárulnak a májcirrózis kialakulásához. Ezen kívül az acetaldehid a bélhámsejtek barrier funkcióját is súlyosan károsítja és fokozza átteresztőképességük, ami szintén hozzájárul az alkoholos májbetegség kialakulásához (Barr és mtsai, 2016).

Hipotalamusz-hipofízis-mellékvese (HPA) tengely

Amint azt génexpressziós tanulmányok is feltárták, az etanol dóziszfüggő hatásainak az immunrendszerre gyakorolt mechanizmusai magukban foglalhatják a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely modulációját is, mely a stresszválasz szoros kontrollján keresztül az immunválaszt is befolyásolhatja. A különböző stresszorokra adott választ számos neuronális hálózat közvetíti, melyek a hipotalamusz paraventriculáris magján (PVN) konvergálnak. A PVN szabályozza az agyalapi mirigy (hipofízis) hormontermelését, beleértve az adrenokortikotróp hormon (ACTH) termelődését is, mely a mellékvesekéregben található 2-es típusú melanokortin receptorokhoz kötődve szteroid szintézist indukál. A főemlősök mellékveséjének kérgi része három különböző rétegből áll. A kortizol az elsődleges glükokortikoid hormon, amely stressz hatására szabadul fel.

A HPA tengely és az immunrendszer kölcsönhatásáról jelenleg általánosságban azt gondoljuk, hogy a veleszületett immunrendszert segíti, míg az adaptív immunrendszert gátolja. Valamennyi immunsejtünk kifejezi a kortizol receptorát, a glükokortikoid receptort aktivációs állapotától függően, ami lehetővé teszi, hogy a glükokortikoidok szelektív, dóziszfüggő hatást fejtsenek ki különböző immunfunkciókon. Befolyásolhatják például a T-sejtek, a makrofágok számát, a sebgyógyulást, a vérben keringő gyulladáskeltő citokinek szintjét.

Az alkohol fiziológiai stresszor. Az akut alkoholfogyasztás dóziszfüggő módon aktiválja a HPA tengelyt és glükokortikoid felszabadulást indukál. A szociális alkoholfogyasztók akut alkoholfogyasztása növeli a kortizol szintjét, bár a social drinkingről az alkoholfüggőségre való áttéréssel a HPA tengely alkoholra adott válasza gyengül és a kortizol válasz is csökken. Az egyik mechanizmus, amellyel az alkohol megváltoztathatja a HPA tengely aktivitást, az a glutamáterg és a GABAerg bemenetek modulálása a hipotalamusz parvocelluláris neuronjain. Ezek a sejtek kortikotróp releasing hormont (CRH) és arginin vazopresszint (AVP) termelnek, melyek a stresszválaszhoz nélkülözhetetlenek, mivel felszabadítják az ACTH-t az agyalapi mirigyből.

Nem csak a pszichés állapotunk és az idegrendszer képes az immunrendszer szabályozására, hanem az immunrendszer is képes modulálni a HPA tengely aktivitását. A citokinek a vér-agy gáton átjutnak és így betegség viselkedést alakítanak ki, mely komorbid állapota az alkoholbetegségnek. A citokinek úgy tűnik a hipotalamusz CRH neuronjainak szintjén befolyásolják a stressz választ. Például az IL-1 citokin a HPA tengely aktiválását és így glükokortikoid felszabadulást indukál, amely gátolja az immunrendszert. A citokinek neuroplaszticitásban betöltött szerepük miatt fontos kognitív funkciókat is modulálhatnak, például a tanulást és a memóriát (Barr és mtsai, 2016).

Vírusfertőzések

Az alkohol okozta fertőzések iránti érzékenység növekedésének legtöbb bizonyítéka az emberi vírusfertőzések, például a hepatitis C vírus (HCV), a hepatitis B vírus (HBV), a HIV és a tüdő vírusos fertőzéseinek vizsgálatából származik. A HCV-fertőzés prevalenciája krónikus alkoholistákban magasabb, mint az általános populációban. Az alkohol expozíció és a HCV kölcsönhatása többszintű. Például az alkohol-expozíció növeli a HCV vírus replikációját azáltal, hogy befolyásolja egy olyan molekula (mikroRNS-122) szintjét a májsejtekben, amely támogatja a HCV replikációját. Ezenkívül az alkohol és a HCV szinergikusan csökkenti az antivirális immunitást azáltal, hogy zavarja az antigént bemutató sejtek működését, megváltoztatja a regulátor T-sejtek aktivitását és számát, valamint módosítja az I. típusú interferonok termelését. Krónikus HCV-fertőzés okozta májbetegségben szenvedő betegeknél a krónikus alkoholfogyasztás az előrehaladott májbetegség és a cirrózis kialakulásának független kockázati tényezője.

A krónikus HBV-fertőzés világszerte körülbelül 240 millió embert érint. Kutatások kimutatták, hogy az alkoholfogyasztás felgyorsítja a krónikus HBV-fertőzés által okozott májbetegség progresszióját, elősegíti a májfibrózis és a hepatocelluláris karcinóma kialakulását. Azonban az alkohol és a HBV kölcsönhatásának sejtes és molekuláris mechanizmusairól még keveset tudunk.

Az alkohol HIV fertőzőképességre gyakorolt hatásának vizsgálata ellentmondásos eredményeket hozott. Az alkoholfogyasztás és az előrehaladott HIV-fertőzés (AIDS) együttes immunszuppresszív hatása azonban jól megalapozott. Továbbá ismert, hogy az alkohol felgyorsítja a HIV progresszióját.

Pulmonális vírusfertőzések állatmodelljeiben az alkohol beadása kedvezőtlen klinikai paraméterekkel és fokozott tüdőkárosodással jár. Alkoholistákban csökkent az influenza vírussal fertőzött sejtek elpusztításáért felelős élő T-sejtek száma. Továbbá alkohol hatására az alveoláris epithél sejtek barrier funkciója is károsodást szenved, így csökken az alveoláris folyadék tisztulási képessége, másrészt a kórokozók átlépése is megkönnyítődik (Szabo & Saha, 2015).

Bakteriális fertőzések

A bakteriális tüdőgyulladás érzékenységének és súlyosságának 3-7-szeres növekedése figyelhető meg alkoholistákban a kontroll csoporthoz képest. A bakteriális fertőzések lehetnek szisztémásak vagy lokalizálódhatnak egy adott szervre, például a tüdőre. Az alkoholfogyasztás negatív hatással van a tüdő bakteriális fertőzéseinek minden típusára. Például a Mycobacterium tuberculosis fertőzés krónikus alkoholistáknál súlyosabb, az alkoholfogyasztás pedig a tuberkulózis szisztémás terjesztésével jár együtt. Ezenkívül a Klebsiella pneumoniae és a Streptococcus pneumoniae fertőzések, amelyek a humán tüdőgyulladás általános okai, az

alkoholistákban gyakoribbak az absztinens populációhoz képest. A specifikus immunsejtek alkohol okozta diszfunkciója hozzájárul a súlyos tüdőgyulladás kialakulásához ebben a populációban. Például az alveoláris makrofágok funkciója károsodik az alkohol által kiváltott citokin profil-változások, valamint a reaktív oxigén gyökök és antioxidánsok szintjének felborulása miatt, melyek oxidatív stresszt eredményeznek. Az alkoholista egyéneknél a neutrofilek toborzása és működése is fokozott, mely megnövekedett szövetkárosodást eredményez a tüdő légútyagocskáiban (Szabo & Saha, 2015).

A binge drinking hatása az immunrendszerre

A nagyívás egy nap alatt több mint 5 egységnyi elfogyasztott alkoholt jelent: egy egység 15 gramm alkohol, azaz nagyjából egy korsó sör, két deci bor vagy egy "feles". Ennek két órán belüli elfogyasztása a "binge drinking", azaz a rohamívás. A binge drinking inkább a fiatal populáció körében elterjedt szokás és megnöveli számos olyan sérülés kockázatát, melynek eredményeképpen a fiatalok az ügyeleten kötnek ki. Az orvosok számára hasznos lehet, ha tudják, hogy a beteg immunrendszere milyen állapotban van a bekerülést követően. Kimutatták, hogy a binge drinking akár egyetlen epizódja is mérhető hatást gyakorolhat a veleszületett immunrendszerre. A vizsgálat elvégzéséhez a kutatók nyolc nőt és hét férfit toboroztak, akik átlagéletkora 27 év volt. Mindegyikük annyi vodka shot-ot ivott, hogy az megfeleljen a binge drinking definíciójának. A vizsgálatban résztvevők vérért összegyűjtötték és megvizsgálták ivás előtt, 20 perccel, valamint két és öt órával az intoxikáció csúcsa után. A rohamívás először átmeneti gyulladáshoz vezet, majd immunszupprimált állapot jelenik meg 2–5 órával az alkoholfogyasztás után (Afshar és mtsai, 2014).

Nemcsak a krónikus alkoholfogyasztás, hanem az akut alkohol-expozíció is károsíthatja a légúti fertőzésekre adott immunválaszt. Például embereknél az akut alkohol intoxikáció (a vér alkoholtartalma legalább 0,2 százalék) súlyosan megzavarhatja a neutrofilek működését és így baktériumölő képességüket. Laboratóriumi állatokon végzett vizsgálatok is megerősítették az akut alkohol-expozíció káros hatásait a tüdőfertőzésekre. Például az *S. pneumoniae*-val fertőzött állatok akut alkohol-expozíciója károsítja a tüdő kemokin aktivitását, mely csökkenti az immunsejtek toborzását a tüdőbe, így a baktériumok kiürülése is csökken a tüdőből és nő az állatok mortalitása (Szabo & Saha, 2015).

A mérsékelt alkohol fogyasztás jótékony hatása az immunrendszerre

Ismert, hogy a mérsékelt alkoholfogyasztás a szív- és érrendszeri betegségek kockázatának csökkenésével jár. Az alkoholizmussal ellentétben a mérsékelt alkoholfogyasztás fokozza a fertőzésekre és az oltásokra adott immunválasz hatékonyságát (Romeo és mtsai, 2007). Egy vizsgálatban öt különféle légzőszervi megbetegedést okozó vírussal fertőztek meg 391 nőt és

férfit. Érdekes módon a mérsékelt alkoholfogyasztóknál (1-2 egységnyi ital/nap, ahol 1 egység lehet egy korsó sör vagy egy pohár bor) szignifikánsan csökkent a megfázás előfordulása (Cohen és mtsai, 1993). Egy másik tanulmányban, egy 4272 férfiból és nőből álló kohorsz eredménye szerint is a borfogyasztás fordítottan függ össze a megfázás kockázatával (Takkouche és mtsai, 2002). Egy harmadik, 899 férfit követő retrospektív tanulmány szerint az absztinensek jelentősen nagyobb valószínűséggel tapasztaltak 2 vagy több náthás epizódot azokhoz az egyénekhez képest, akik napi 11,5–35,8 g alkoholt fogyasztottak (Ouchi és mtsai, 2012). A mérsékelt sörfogyasztásról szintén leírták, hogy fokozza a T-sejtek IL-2, IL-4, IL-10 és IFN- γ citokin termelését, csökkentve az IFN- γ /IL-10 arányt, így gyulladáscsökkentő hatású (Romeo és mtsai, 2008).

Az alkohol immunválaszt fokozó hatása függ az ital típusától, valamint az etanol bevitel mennyiségétől és időtartamától. Fontos kiemelni az alkoholos italok más összetevőit is, például a sörben vagy a borban megtalálható polifenolokat, antioxidánsokat és vitaminokat, amikor az alkoholos italok immunrendszerre gyakorolt hatásait vizsgáljuk. Egyrészt az etanol káros lehet az immunsejtekre a szabad gyökök képződése miatt; másrészt azonban az antioxidánsokban gazdag italok megvédhetik az immunsejteket az oxidatív stressz ellen (Romeo és mtsai, 2007).

A MONICA tanulmányban a bor vagy a sör mérsékelt fogyasztásának hatását három különböző országban (Németország, Skócia és Franciaország) vizsgálták. A mérsékelt alkoholfogyasztás alacsonyabb szintű szisztémás gyulladási markerekkel társult (Imhof és mtsai, 2004). Bár a szerzők szerint az etanol is nagyban felelős lehet ezeknek az italoknak a lehetséges gyulladáscsökkentő hatásáért, ez továbbra is ellentmondásos az ilyen típusú erjesztett alkoholos italok magas polifenol, antioxidáns és vitamin tartalma miatt. Ezenkívül leírták, hogy 28 napnyi vörösbor bevitel után csökkent a fő gyulladási marker, a C-reaktív fehérje (CRP) koncentrációja (Estruch és mtsai, 2004), valamint a monocita és endothél sejtek adhéziós molekula szintje, összehasonlítva az azonos mennyiségű etanolt tartalmazó gin fogyasztásával (30 gramm/nap).

Összefoglalva tehát, a fermentált alkoholtartalmú italokban (pl. sör) - a vörösborban lévő alkoholon és polifenolokon (kvercetin, rutin, katechin, epikatechin és resveratrol) kívül - az immunrendszer szintén befolyásoló egyéb releváns komponensek is megtalálhatóak. Többek között az összes szénhidrát- és oldható rosttartalom, ásványi anyagok, nyomelemek (foszfor, szilícium, magnézium, kálium), vitaminok (niacin, riboflavin, piridoxin, folsav és B12-vitamin) (González-Gross, Lebrón & Marcos, 2000).

Összefoglalás

Az alkohol fogyasztás során is érdemes betartani az „arany középút” életelvet: míg a mértéktelen alkoholfogyasztás egyrészt csökkenti az immunrendszer védekezőképességét és szisztémás krónikus gyulladással jár, addig a mérsékelt alkoholfogyasztás számos kedvező biológiai hatással bír, például fokozza a fertőzések elleni immunválaszt és az oltások hatékonyságát.

A tanulmány elkészítésében hatalmas segítséget nyújtott dr. Bencze Dóra, immunológus.

Irodalomjegyzék

Afshar, M., Richards, S., Mann, D., Cross, A., Smith, G. B., Netzer, G., Kovacs, E., Hasday, J. (2014): Acute Immunomodulatory Effects of Binge Alcohol Ingestion. *Alcohol*, 49, 1, 57-64.

Barr, T., Helms, C., Grant, K., & Messaoudi, I. (2016): Opposing effects of alcohol on the immune system. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 65, 242–251.

Chen, P., & Schnabl, B. (2014): Host-microbiome interactions in alcoholic liver disease. *Gut and liver*, 8, 3, 237–241.

Cohen, S., Tyrrell, D. A., Russell, M. A., Jarvis, M. J., Smith, A. P. (1993): Smoking, alcohol consumption, and susceptibility to the common cold. *American Journal of Public Health*, 83, 9, 1277–1283.

Di Castelnuovo, A., Costanzo, S., Bagnardi, V., Donati, M. B., Iacoviello, L., de Gaetano, G. (2006): Alcohol Dosing and Total Mortality in Men and Women: An Updated Meta-analysis of 34 Prospective Studies. *Archives Internal Medicine*, 166, 22, 2437–2445.

Estruch, R., Sacanella, E., Badia, E., Antúnez, E., Nicolás, J. M., Fernández-Solá, J., Rotilio, D., de Gaetano, G., Rubin, E. & Urbano-Márquez, A. (2004): Different effects of red wine and gin consumption on inflammatory biomarkers of atherosclerosis: a prospective randomized crossover trial: effects of wine on inflammatory markers. *Atherosclerosis* 175, 117–1123.

González-Gross, M., Lebrón, M. & Marcos, A. (2000): Literature review about the effects of moderate beer consumption on health. *Centro de Información Cerveza y Salud* eds. Madrid.

Imhof, A., Woodward, M., Doering, A., Helbecque, N., Loewel, H., Amouyel, P., Lowe, G. D. & Koenig, W. (2004): Overall alcohol intake, beer, wine, and systemic markers of inflammation in western Europe: results from three MONICA samples. *European Heart Journal*, 25, 2092–2100.

Manari, A. P., Preedy, V. R., Peters, T. J. (2008): Nutritional intake of hazardous drinkers and dependent alcoholics in the UK. *Addiction Biology*, 8, 2, 201–210.

Mora, J. R., Iwata, M., von Andrian, U. H. (2008): Vitamin effects on the immune system: vitamins A and D take centre stage. *National Review of Immunology*, 8, 9, 685–698.

Nicholson, L. B. (2016): The immune system. *Essays in biochemistry*, 60, 3, 275–301.

Ouchi, E., Niu, K., Kobayashi, Y., Guan, L., Momma, H., Guo, H., Chujo, M., Otomo, A., Cui, Y., Nagatomi, R. (2012): Frequent alcohol drinking is associated with lower prevalence of self-reported common cold: a retrospective study. *BMC Public Health*, 12, 987.

Romeo, J., Warnberg, J., Nova, E., Diaz, L. E., Gonzalez-Gross, M., Marcos, A. (2008): Changes in the immune system after moderate beer consumption. *Annual Nutrition Metabolism*, 51, 4, 359–366.

Romeo, J., Wörnberg, J., Nova, E., Díaz, L. E., Gómez-Martínez, S., & Marcos, A. (2007): Moderate alcohol consumption and the immune system: a review. *The British journal of nutrition*, 98, 1, 111–115.

Shield, K. D., Parry, C., & Rehm, J. (2013): Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol research: current reviews*, 35, 2, 155–173.

Szabo, G., & Saha, B. (2015): Alcohol's Effect on Host Defense. *Alcohol research: current reviews*, 37, 2, 159–170.

Takkouche, B., Regueira-Méndez, C., García-Closas, R., Figueiras, A., Gestal-Otero, J. J., Hernán, M. A. (2002): Intake of Wine, Beer, and Spirits and the Risk of Clinical Common Cold. *American Journal of Epidemiology*, 155, 9, 853–858.



Az addikció kialakulásának komplex szemlélete

BALIKÓ FANNI

Absztrakt: A függőség –akár kémiai szerrel kapcsolatos, akár viselkedéses formával– olyan komplex magatartásmód, amelynek kialakulásában biokémiai folyamatok mellett az egyéni mentális beállítódás, személyiségjellemzők, mikro- és makro szintű társadalmi, valamint kulturális hatások is érvényesülnek. Összetettségéből kifolyólag az egészségpszichológia bio-pszicho-szociális modellje megfelelő értelmezési keretet nyújthat a mögöttes tényezők összefüggéseinek, interakcióinak vizsgálatára. Számos kutatás mutat rá bizonyos mentális tényezők testi leképződésére, így fontos a pszichológiai és neurobiológiai tényezők közelítése. Mindemellett a protektív faktorokhoz kapcsolódva a spirituális tényezők is fontos szerepet játszanak a függőségek kialakulása terén, ezért jelen áttekintés a spiritualitás szerepére is kitér az addiktív magatartás kialakulásának megértése során.

Kulcsszavak: addikció, bio-pszicho-szociális modell, rendszerszemlélet, személyiség, protektív faktorok

Paradigmaváltás az egészségpszichológiában

A modern kutatások multifaktoriális természete többek között abból a felismerésből ered, hogy az emberi viselkedés komplexitása nem vezethető vissza csupán egyetlen tényezőre, így egy adott jelenséget biológiai, pszichológiai és társas szinten is meg kell vizsgálni (Pikó, 2017). A szemléletváltás integrációt, illetve átalakulást hozott az ok-okozati gondolkodás terén. Az egyirányú, determinisztikus okság helyett a valószínűségi okság és a jelenségek többszörös szinten történő elemzése került a fókuszba. A deviancia bekövetkezési esélyét növelő és csökkentő faktorok, vagyis a rizikófaktorok és protektív tényezők fontos kiindulási pont a komplex szemléletmód megvalósításában, ahogy arra fejlődéslélektani kutatások is rámutatnak (Cicchetti, 2006; Rutter, 1996).

Az egészségpszichológia területén a biomedikális modell sokáig egyeduralkodó magyarázóelvként volt jelen. A modell értelmében az egészségeséget a betegség hiányának vélték, dichotom módon különböztették meg a két állapotot, a testi elváltozások hátterében pedig nem tételeztek fel pszichológiai tényezőket. A kutatások fejlődésével és a krónikus betegségek számának növekedésével azonban ez a gondolkodásmód egyre inkább meghaladottá vált és a betegségek megközelítésében sokkal inkább a folyamat jelleg került előtérbe. A holisztikus szemléletmód immáron magába foglalt olyan pszichológiai jegyeket,

mint a személyiség, a megküzdési képesség, stressz vagy énhatékonyság, biológiai faktorokat, mint a genetika, fiziológia és vulnerabilitás, valamint szociológiai tényezőket, mint az etnikai hovatartozás, kulturális hiedelmek vagy a szocioökonómiai státusz (Engel, 1977).

Modern korunkban többnyire az addikciókat is a krónikus betegség között tartjuk számon, mivel jellegükben, lefutásukban és az állapotra illeszthető sémák tekintetében leginkább a krónikus betegségekkel rokoníthatók. Az ok-okozati összefüggések helyett pedig ebben az esetben is a cirkuláris okság elve és a rendszerszintű gondolkodás a célravezető.

Modern kihívások, modern megoldások

A bio-pszicho-szociális modell elterjedése összefügg az orvostudomány fejlődésével és a várható élettartam növekedésével. A modernizációnak azonban nem csak pozitív hozadékai vannak, felgyorsult életritmusunk hatására megnőtt a civilizációs betegségek és az adaptációs elcsúszásokból eredő deviáns magatartások aránya is (Pikó, 2017.) A modernizáció egyik legfontosabb kísérőjelensége a korábbi egységes világkép, norma- és eszmerendszer felbomlása. A különösen nyugaton jellemző individualista beállítódás a közösség helyett az egyénre helyezi a fókuszot, mindez merőben más alkalmazkodást és megküzdési stratégiákat igényel. Ehhez kapcsolódóan az önmegvalósítás eszközeként egyre gyakrabban jelennek meg nárcisztikus tendenciák. Mindez a társadalmi működést uraló globális folyamat következménye, amelynek során az egyén internalizálja az új társadalmi értékeket, amik aztán áthatják személyiségét is (Lasch, 1984). A modern kor emberének folyamatosan változó trendekhez való alkalmazkodás egyre nagyobb kihívást jelent, ha adaptációs kapacitása kimerül, az egyensúlyi állapot megbillenése számos súlyos következményt vonhat maga után.

A felgyorsult világ, a teljesítménynyomás és a folyton változó körülmények komoly kihívást jelentenek, a folyamatosan készenlétben álló feszült idegrendszert egyre nehezebb ellazítani. A feszültségi állapot enyhítésére számos, egyén- és szituációfüggő stratégia létezik. A rövidtávú stratégiák átmenetleg enyhítik a szituációval járó stresszt, hosszútávon azonban nem a megoldás felé visznek. Sokan a módosult tudatállapotban keresik a vigaszt, különböző szerekkel próbálnak ellazulni (Pikó, 2017). Az izgalmi állapottal járó függőségek, mint például dohányzás, alkoholfogyasztás, drogok, vagy evési rohamok olyan maladaptív konfliktuskezelési módok, amelyek az önszabályozás zavaraira vezethetők vissza. Az impulzuskontroll defektusa olyan sztereotip viselkedésekhez vezethet, amelyek önmegerősítő körként funkcionálva tovább fokozhatják a szer iránti sóvárgást (Németh, Gerevich, 2000). A kognitív elméletekre utalva a gyakori társítások, mint például a feszült helyzet és a pótszer kapcsolódása csak még inkább megerősítik a maladaptív agyi kapcsolatokat. A kémiai szerek hatására módosuló agyi jutalmazóközpont olyan adaptációs folyamatokat indít be, amelyek hosszútávon képesek fenntartani a viselkedést (Rácz, 2014). A kondicionálás hatását az addiktív szerek biológiai függőségre hajlamosító hatóanyagai tovább képesek fokozni, így a pszichés/viselkedéses függőség összekapcsolódik az idegrendszeri folyamatokkal, a kettős

hatásmechanizmus eredményeként rendkívül erős, berögzült, nehezen változtatható szokások alakulhatnak ki. (Pikó, 2017).

Korai életesemények, kötődés

Az első néhány életév tapasztalata döntő jelentőségű a későbbi élet számos aspektusa tekintetében, mint például az érzelmi-romantikus kapcsolatok minősége vagy az érzelemszabályozás képessége (Fonagy, Target, 2005). Az anyai gondoskodás hiánya, elégtelen mivolta, esetleg szeparáció következtében kialakuló szorongó- ambivalens kötődési stílus szintén élethosszig tartó negatív irányú változásokat indukálhat. A traumatizálódó anyagyerek kapcsolatot Bálint Mihály „őstörésnek” nevezi, amelynek következtében megszakadhat az én folytonossága, struktúrája töredezett, széteső lehet. Ebben az esetben a felmerülő érzelmek potenciális veszélyforrásként jelenhetnek meg, amelyek felbomlással fenyegetik a labilis szelfet (Csányi, 1999). A fragmentálódó szelf homeosztázisának megőrzése érdekében kompenzációs mechanizmusokhoz folyamodik, amelybe olyan patológiás megoldások, mint kémiai szerek alkalmazása is beletartozik.

A kábítószer használat lehet a kezdetben külső ágens által irányított érzelemszabályozás mechanizmusának deficitje (Péley, 1994), a hiányzó jelentős, érzelmi tárgykapcsolatok pótlékeként is értelmezhető (Hartmann, 1969 in Rácz, 2014), illetve az öngyógyítás eszközeként is funkcionálhat (Khantzian, 1985 in Rácz, 2014).

Ehhez kapcsolódik a szerhasználat hátterét magyarázó önmedikalizációs modell. Az elmélet nagy hangsúlyt fektet az anya közelségére, érintése, látványa ugyanis endogén ópiátokat szabadít fel a baba szervezetében, amely belső, természetes fájdalomcsillapítónak funkcionál. Akit elhanyagoltak, nem kapta meg szenzitív periódusában a kellő törődést, érintést, ringatást, egész életében fennmaradó hiánnyal kell együtt élnie. Az érzelmi elhanyagolás olyan agyban is kimutatható változásokat hoz létre, amely hajlamosító tényezőként már a függőség kialakulása előtt is jelen lehetnek. Emellett a koherens szelf-érettség hiányában az ösztönkésztetések kontrollja is nehezített, így a kötődés minősége szorosan összefügg a későbbi problémás szerhasználattal (Fonagy, Target, 2005).

Genetika és családi halmozódás

Bizonyos gén polimorfizmusok, mint a szerotonin transzporter gén „rövid” változata szorongással kapcsolatos személyiségvonásokkal, hangulatzavarokkal, különösen depresszióra való hajlammal hozható összefüggésbe (Caspi, Hariri, Holmes, Uher és Moffitt, 2010), amely közvetett változó lehet az addikció létrejöttében. A függőségekre való hajlam esetében a családi halmozódás sem elhanyagolható szempont, ahogy arra örökbefogadás vizsgálatok és iker-kutatások is rámutatnak (Demetrovics, 2017). A biológiai szempontok

azonban nem determinisztikus tények, egy örökölt jelleg kifejeződéséhez gén-környezet kölcsönhatás szükséges, vagyis olyan stresszes élethelyzet, veszteség, trauma, ami életre hívja a pótszerek utáni vágyat. A hajlam öröklődése terén az is kérdéses, hogy mennyiben genetikusan kódolt és mennyiben tanult, megfigyelt az adott deviáns magatartás. A szociális tanuláselmélet (Bandura, 1977) rámutat a látott minták fontosságára. Amennyiben egy gyerek azt látja, hogy a családban az alkohol vagy a dohányzás a jellemző feszültségcsökkentő és érzelemszabályozó eszköz, nagyobb eséllyel fog ő is ehhez folyamodni.

A modern multikauzális elképzelés a család rendszerszemléletű megközelítésében is megjelenik. Az elmélet a családra, mint önszabályozó rendszerre tekint, amelynek két feladata a homeosztázis fenntartása és a fejlődés, adaptáció. A szerhasználó család esetében azért fontos a homeosztatis megközelítés, mert reprezentálja, hogy a szerfüggő gyógyulásával megszűnik a patológiás egyensúlyi állapot, felszínre kerülnek más elfedett problémák (Rácz, 2014). A család olyan részben elkülönülő, de átjárható alrendszerekből áll, mint férj-feleség, apa-anya, vagy testvérek. Bármelyik alrendszer működésében diszharmónia jön létre, az a teljes család-rendszer egyensúlytalanságához vezethet (Onnis, 1993). A rendszerszemlélet értelmében a függőség kialakulásához a genetikai tényezők mellett szükség van a családrendszer torzulására és a feszültség levezetésének hibás szülői mintázataira, transzgenerációs hatásokra is. Ebből kifolyólag pedig a függő csupán az index személy, az intervenciónak a teljes családi rendszer kezelésére kell irányulnia.

Az elsődleges szocializációs közeg mellett a kortárs csoportoknak is rendkívül nagy szerepe van az addikció kialakulásában. A serdülőkor többek között azért is kitüntetett időszak az emberi életciklusban, mert a korábbi szokások megszilárdulnak, a tapasztalatok és élmények pedig metareprezentációkká íródnak át (Erikson, 1956). Ez az időszak azért is fontos korrekciós állomás, mert a külvilág visszajelzései tartósan formálhatják az énképet. A szülői elutasítás, kortárs bántalmazás és kiközösítés akár az értéktelenség globális érzésévé is válhat, ezért felértékelődnek az őszinte, kölcsönös bizalomra épülő kapcsolatok.

Személyiség

Kutatások bizonyítják, hogy bizonyos személyiség szerkezetek, személyiség- beli tényezők hajlamosítanak az addiktív viselkedés kialakulására. Ilyen lehet például az újdonságkeresésre való hajlam. A korai kezdetű, problémás szerhasználat egyik legfontosabb indikátora a szenzoros élménykeresés. Akiknek fokozottan szükségük van az adrenalinra, nagyobb valószínűséggel keresni fogják az olyan kockázatos viselkedésformákat, mint az extrém sportok vagy az addikciók (Pikó, 2017). A Zuckerman (2000) által felvázolt szenzoros élmény- és kockázatkereső, ingeréhes magatartás kapcsolatba hozható az agy jutalmazóközpontjának működésével, pontosabban a dopamint szabályozó génekkel.

Az impulzivitás, vagyis a saját viselkedés negatív következményeire való csökkent érzékenység, gyors, mérlegelés nélküli döntéshozatal és a hosszú távú következmények

figyelman kívül hagyása szintén összefüggésbe hozható a függőségek kialakulásával. Pikó Bettina és munkatársai (2011) a Rotter-féle kontrollhely függvényében vizsgálták a serdülők szerfogyasztásának alakulását. A kontroll helye meghatározza, a személy adott szituációban mennyiben ítéli a történeteket saját döntései, tettei eredményének és mennyiben érzi magát tehetetlenül sordódónak. Egy külső kontrollal személy hajlamosabb a vele történt rossz dolgokat a sors akaratának vagy a véletlennek ítélni, így ez a fajta beállítódás összefüggésbe hozható a tanult tehetetlenséggel is. Ezzel szemben a belső kontroll az ágensia és a saját felelősség felé irányítja a figyelmet. A két típus közti alapvető különbség a megoldás keresése irányába tett erőfeszítésekben és az aktív cselekvésre való hajlandóságban ragadható meg leginkább. Pikó és munkatársai (2011) kutatásuk eredményeként rámutatnak, hogy a serdülők szerfogyasztása terén a külső kontrollal személyiség rizikófaktorként, míg a belső kontroll protektív tényezőként van jelen. Aki kiszolgáltatottnak érzi magát a külső körülményektől, nagyobb eséllyel fog külső szerekekhez folyamodni, például a már említett érzelemszabályozás céljából, mint aki bízik saját képességeiben és képes impulzusait, viselkedését kontroll alatt tartani. (Pikó, Kovács, Kriston, 2011).

A Ryan és Deci nevéhez fűződő szelf-determináció elmélete azt feltételezi, hogy az emberek veleszületetten hajlamosak a növekedésre, a jólétre és az egészségre. Egy adott cél elérésére kétféle motiváció létezik: belső és külső motiváció. A belső vagy intrinzik motiváció, amikor egy személy saját érdekében vesz részt egy adott viselkedésben, mert az számára jutalmazó visszacsatolással bír. Ezzel szemben a külső vagy extrinzik motiváció a külső eredmények (anyagi jutalmak, díjak) miatt készlet bizonyos viselkedésben való részvételre. A szerzők az belső motiváció kialakulásában három pszichológiai szükséglet kielégítettségének befolyását hangsúlyozzák, mégpedig az autonómia, a kompetencia és a kapcsolódás (Ryan, Deci, 2000). Egy 2019-es kutatásban a szelf-determináció elméletét hozták összefüggésbe különböző addiktív magatartásformákkal. Az eredmények azt mutatják, hogy az elfogadás, valahova tartozás pszichológiai igénye kiemelten fontos meghatározója annak, hogy valaki drogokhoz folyamodik-e. A kutatás rámutat arra is, hogy a támogató szociális háló és intimitás igényének megélése hatékonyan képes növelni a leszokás esélyét és csökkenteni a visszaesés kockázatát (Chan, Loo, Tam, Lee, 2019).

Kulturális különbségek

Az egyes kultúrák szokásrendszerében, rítusaiban számos különbözőség figyelhető meg. A kulturális és biológiai hatások összefonódása megmutatkozik a keleti és nyugati kultúrák alkoholfogyasztási szokásaiban. Az alkohol lebontó enzim, amely a keleti társadalmakban, mint például Japán alapvetően hiányzik az emberek szervezetéből, így a patológiás részegség kialakulásának rizikója miatt az alkoholfogyasztás gyakorisága, ebből kifolyólag pedig a függőség kialakulása is sokkal ritkább. További kultúrspecifikus különbségeket eredményez az is, hogy Japánban különösen szigorúan szankcionálják a kannabisz termesztést és birtoklást, ezért a kábítószeresek nagy részét metamfetamin származékok teszik ki. (Yamamoto, 2004).

Visszautalva a devianciák kultúrspecifikus megkülönböztetésére, a rítusok, szokások, bizonyos viselkedés negatív címkézése nagyban függ az adott társadalmi berendezkedéstől, történelmi korszaktól a jelenséggel kapcsolatos szociális reprezentációktól és metaforáktól. A kulturális kódok beleépülve a szocializáció folyamatába már kisgyerekkortól kezdve vezethetik az egyéni viszonyulást egy adott magatartásmóddal szemben. Durkheim (1978) rámutatott, hogy egy adott deviancia nagyban függ a közösség ítéletétől és a konszenzuálisan elfogadott normáktól. A durkheimi elmélet szerint a bűnözés társadalmilag hasznos funkciója, hogy alkalmat ad a fejlődésre. Vagyis a szankcionálás során a közösség számára lehetőség kínálkozik normáinak módosítása, megszilárdítása és az összetartozás erősítésére.

A pszichoaktív szerek közül az ayahuasca rituális használata például őshonos a sámáni kultúrákban, de ma már világszerte elterjedt, mint olyan „drog”, amelyet a többi illegális szerrel összehasonlítva kevésbé tartanak veszélyesnek. Hatása kétségtelenül hallucinogén, klinikai alkalmazhatóságát jelenleg is vizsgálják (Frecska, 2016).

További protektív tényezők

A korábbi bekezdésekben már említésre kerültek olyan faktorok -mint például a biztonságos kötődési stílus vagy a belső kontrollal rendelkező attitűd-, amelyek csökkenteni képesek a függőség kialakulásának esélyét. Az egészségmagatartással és a prevencióval összefüggésben egyre nagyobb teret kap a protektív faktorok vizsgálata is, ezért ezen tényezők elméleti keretbe ágyazva is bemutatásra kerülnek. A függőség esetében a protektív tényezők olyan személyen belüli, vagy környezeti feltételek, amelyek csökkentik a szerhasználat előfordulásának valószínűségét és képesek megváltoztatni, átfordítani az ártó hatásokat, ezzel képessé téve az egyéneket az adaptív megküzdésre (Brassai, Pikó, 2007). A rizikótényezőkhöz hasonlóan a protektív tényezőket is célszerű rendszerszinten értelmezni. Erre kínál elméleti keretet Bronfenbrenner (1979) ökológiai megközelítése, amely koncentrikus köröket alkotva mutatja be a környezeti és örökletes hatások összefonódó, egymásra épülő szintjeit. A modell több szinten elemzi az egyént érő hatásokat, magja az individuális szint, amelyet a társas faktorok bővülő körei követnek:

- individuális szint: személyes tényezők
- mikro szint: a közvetlen társas környezet (család, lakókörnyezet, kortársak)
- ezo szint: tágabb társas közeg (iskola, munkahely)
- exo szint: közvetett társas elemek (egészségügy, oktatási rendszer, média)
- makro szint: társadalom, kultúra, normarendszer

A szakirodalom a személyes protektív tényezők közé sorolja többek között a szociális kompetenciát, a problémamegoldó készséget, az önállóságot, az én-hatékonyságot, a belső kontroll attitűdöt, a céltudatosságot és a tervek megvalósításának képességét. Ezen kívül fontos lehet a megfelelő egészséggedukáció, vagyis a kábítószerhasználat kockázatainak ismerete és az erről alkotott laikus értelmezések is (Pikó, 2017).

A reziliencia, mint reaktív lelki ellenállóképesség fogalma az utóbbi időben számos területen megjelent (Békés, 2002). A reziliencia erőteljes külső behatások ellenére is sikeres adaptációt biztosít, amely nemcsak társas kompetenciákat vagy pozitív mentális egészséget foglal magában, hanem magas rizikójú környezet ellenére is sikeres ellenállást, a csapásokon és nyomorúságon való túljutás képességét (Masten, 2001). Ilyen veszélyeztető helyzet lehet például a diszharmonikus családi háttér, a szexuális vagy más abúzus, természeti katasztrófák, háborúk. A reziliens vonások már csecsemőkorban is megjelennek. Ahogy egy hosszmetzeti kutatásból kiderül, a biztonságos kötődéssel rendelkező csecsemők serdülőként pozitív jövővel kapcsolatos elvárásokkal, realiztikus elképzelésekkel és nagyobb felelősségtudattal rendelkeznek. Ezek a tényezők pedig mind hozzájárulnak az addiktív magatartás, mint rövidtávú problémamegoldó stratégia elkerüléséhez (Werner, Smith, 1992, 2001). A társas védőfaktorok közé soroljuk az elfogadás érzését nyújtó szeretetkapcsolatokat, amelyekkel összefüggésben a gondoskodás és támogatás aktusa kiemelten fontos. Ezen kívül a határok kijelölése és az iskolai/munkahelyi sikerek, értelmes munkavégzés és perspektívák szintén pozitív hatással lehetnek. A csoporthoz tartozás fokozott igénye humánspecifikus vonás, serdülőkorban pedig fokozottan fontossá válik a kortársak elfogadására való törekvés. Ezzel összefüggésben a szerfogyasztás sok esetben a szociális elfogadottság eszköze is lehet, a valódi kötődésre épülő, kielégítő kapcsolatok azonban védőfaktort jelenthetnek a függőség kialakulása ellen (Pikó, 2017; Chan, Loo, Tam, Lee, 2019). A megfelelő szociális kompetenciákkal, valamint mennyiségében és minőségében is kielégítő társas kapcsolattal rendelkező egyénnek nincs szüksége pótszerekre.

A közösségi mentálhigiénés háló részeként a családi környezet mellett fontos a „kapuőrök” szerepe, akik kikerülhetnek a tanárok, szabadidős tevékenységért felelős pedagógusok, pasztorális tanácsadók, iskola- és házi orvosok, szociális munkások közül. Közös feladataik közé tartozik többek között az egészségmegőrzés alternatíváinak ismertetése, az egészségnevelés és adott esetben a krízisintervenció.

Spiritualitás és szenvedélybetegség

Az utóbbi időben a protektív tényezők vizsgálata terén egyre nagyobb hangsúlyt kapnak az olyan, pozitív pszichológia által humán erőforrásnak nevezett tényezők, mint a spiritualitás és a vallás. Egy felső hatalomban való hit a pszichológiában fontos protektív tényező. Különösen olyan nehéz élethelyzetekben válik fontossá, mint magyarázóelv, amikor kontrollálhatatlan eseményekkel, veszteségekkel szembesülünk. Ezen kívül a Yalom nevéhez fűződő egzisztenciális pszichológiai irányzata rámutat, hogy az olyan létkérdések tisztázása, mint az egyéni élet értelmessége szintén fontos megtartóerő lehet. Ezekre a kérdésekre azonban mindenkinek saját magának kell megnyugtató és általa elfogadható válaszokat találnia (Yalom, 2018).

Egy szenvedélybeteg számára a vallás felé fordulás egyéni és társas szinten is meghatározó élményt jelenthet. A közösséghez való tartozás egyidejűleg nyújt elfogadó, szeretetteljes

légkört, a személyes hit támogató hatása pedig erőt adhat a leszokás folyamatában. Ezen kívül a hitnek a megelőzésben is nagy szerepe lehet, a vallásos nevelés preventív szerepe több iskoláskorú gyerekekkel végzett kutatásban is megerősítést nyert: a tiltott és legalizált szerek kipróbálása egyaránt kisebb arányban jelent meg az önmagukat vallásosként jellemző fiatalok körében, emellett a vallás a serdülőkor idején jellemző spirituális útkeresésben is fontos szerepet tölt be (Kovács, 2007; Pikó, Kovács, Kriston, 2011 in Nagyné Molnár, 2014).

Összefoglaló

Ahogy láthattuk, a kábítószerfüggőség olyan kevésbé sikeres alkalmazkodókészségre utal, amelyhez egyéni és társadalmi/környezeti tényezők egyaránt hozzájárulnak. A kialakulásával összefüggésbe hozható személyiségen belüli és társas jellemzők egy része fejlődéslélektani beágyazottságú, a kezdeti tapasztalatok ugyanis olyan mentális reprezentációkat alkotnak, amelyek az élet későbbi szakaszaiban is referenciapontként szolgálnak a társas világban való eligazodáshoz. Fejlődéslélektani kutatások azonban rámutatnak, hogy azonos élettörténeti előzmény is eredményezhet más-más patológiát, illetve eltérő élettörténeti előzmények is vezethetnek azonos problémához. A rezilienciával kapcsolatos kutatások is megerősítik, hogy a korai tényezők (mint diszharmonikus családi háttér vagy gyerekkori traumák) felnőttkori devianciába fordulása semmiképp sem tekinthető lineárisnak és determinisztikusnak (Láng, Nagy, 2017). Bowlby fejlődéslélektani modellje vasúti sínek szimbólumát alkalmazva mutat rá a patológiák valószínűségi természetére (Bowlby, 1973 in Láng, Nagy, 2013). A vasútmodell által kínált magyarázatot figyelembe véve a drogfüggőségre, mint deviáns magatartásra tekinthetünk úgy is, mint elágazásra, vagy olyan fordulópontra, amely egyben lehetőséget ad a reparációra és új kiindulási pontot jelenthet a normalitáshoz való visszatérésre.

Ahogy az áttekintés is rámutat, a kábítószerfüggőség létrejöttében felsorolt tényezők egymással összhangban, cirkulárisan fejtik ki hatásukat, így mindenképp célszerű a rendszerszintű gondolkodás. A család, mint mikroközeg rendszerszemléletű megközelítése arra sarkall, hogy kontextusában értelmezzük az adott jelenséget –jelen esetben a függő családtagot. Az ökológiai modell segítségével pedig megérthetjük, miként képesek olyan globális tényezők, mint a kulturális háttér vagy a társadalmi berendezkedés közvetetten hatást gyakorolni a személyes beállítódásra. Fókuszunkat még inkább kitérítve, a spirituális tényezők, a személyes hit vagy annak hiánya felé fordulva szembe találjuk magunkat a lét végső kérdéseivel, amelyek az ember, mint értelemkereső lény dinamikájából természetesen fakadnak.

Irodalomjegyzék

- Bandura A. (1977): Social learning theory. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J., 1977.
- Békés, V. (2002). A rezilienciajelenség, avagy az ökológizálódó tudományok tanulságai egy ökológizált episztemológia számára. In Forrai Gábor & Margitay Tihamér (szerk.), Tudomány és történet: Fehér Mártának tisztelői és tanítványai. Budapest: Typotex.
- Brassai, L., Pikó, B. (2007) Protektív pszichológiai jellemzők szerepe a serdülők egészséggel kapcsolatos magatartásában = The role of protective psychological variables in adolescents' health-related behaviors. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 8 (3). pp. 211–227.
- Bronfenbrenner, U. (1979): The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Caspi, A., Hariri, A. R., Holmes, A., Uher, R., & Moffitt, T. E. (2010). Genetic sensitivity to the environment: The case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. American Journal of Psychiatry, 167, 509–527.
- Chan, G., Lo, T. W., Tam, C., & Lee, G. (2019). Intrinsic Motivation and Psychological Connectedness to Drug Abuse and Rehabilitation: The Perspective of Self-Determination. International journal of environmental research and public health, 16(1 1), 1934. <https://doi.org/10.3390/ijerph16111934>
- Cicchetti, D. (2006): Development and Psychopathology. In Cicchetti, D. & Cohen, D.J. (Eds.): Developmental Psychopathology. Vol. 1. Theory and Method. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, pp. 1–23.
- Csányi V. (1999): Az emberi természet. Humánétológia. Vince Kiadó, Budapest. Demetrovics Zsolt: Az addiktológia alapjai. ELTE Eötvös Kiadó Kft., 2007.
- Durkheim É. (1978): A szociológia módszertani szabályai. In: É. Durkheim, A társadalmi tények magyarázatához. Bp. Közgazdasági és jogi kiadó, 21-160.
- Engel G. L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460. PMID: 847460.
- Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. Journal of the American Psychoanalytic Association, 4, 56-121. <https://doi.org/10.1177/000306515600400104>
- Fonagy, P., Target, M. (2005): Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében. Budapest: Gondolat Kiadó, 10. fejezet, pp. 287-315 & 334-348.
- Frecska E. (2016): Az ayahuasca pszichiátriai felhasználásának lehetőségei. Neuropsychopharmacologia Hungarica. – 2016. 18. évf. 2. sz., p. 79–86.

Kovács L.: A vallásosság hatása a serdülők kábítószer-fogyasztására, Szociológiai Szemle, 2007/1–2., 71–98.

Láng, A., Nagy, L. (2013): Kötődéelmélet és fejlődési pszichopatológia - szemlélet, modellek, közvetítő mechanizmusok = Attachment theory and developmental psychopathology: Perspectives, models, mediating mechanisms. Magyar Pszichológiai Szemle, 68 (1). pp. 23–37. ISSN 0025-0279

Lasch, C. (1984): Az önimádat társadalma, Európai Kiadó

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. American Psychologist, 56(3), 227–238

Nagyné Molnár I. (2014): Drog és vallás. A Magyar Katolikus Egyház a szenvedélybetegségben. EMBERTÁRS 269 2014 / 3.

Németh, Gerevich (2000): Addikciók. Budapest, Medicina Könyvkiadó

Onnis, L. (1993): A pszichoszomatikus zavarok rendszerszemlélete, Animula

Péley B. (1994): A serdülőkori beavatási rítusok hiánya az identitásalakulásban, Pszichológia 14.4. 429-471.

Pikó, B. (2017): Függőségek és a mértéktelenség kultúrája. VALÓSÁG: TÁRSADALOMTUDOMÁNYI KÖZLÖNY, 60 (3). pp. 16-23.

Pikó B., Kovács E., Kriston P. (2011): A belső/külső kontroll és a serdülőkori szerfogyasztás összefüggésének jelentősége a magatartás-orvoslásban. Orvosi Hetilap, 152 (9). pp. 331-337.

Rácz J (2014): Pszichoaktív anyagok használatához társuló kórképek. In: Vikár András, Vikár György és Székács Eszter (szerk.): Dinamikus gyermekpszichiátria. 3. átdolgozott kiadás. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 429-491.

Rutter, M.L. (1996): Developmental Psychopathology: Concepts and Prospects. In Lenzenweger, M.F. & Haugaard, J.J. (Eds.): Frontiers of Developmental Psychopathology. Oxford: Oxford University Press, pp. 209 – 230.

Ryan R.M., Deci E.L. (2000): Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. Am. Psychol. 2000;55:68–78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68. [PubMed]

Werner, E. E., Smith, R. S. (1992). Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. Ithaca: Cornell University Press.

Yalom I.D. (2018): Egzisztenciális Pszichoterápia. Park Kiadó

Yamamoto J. (2004): Recent trends of drug abuse in Japan. PubMed Ann N Y Acad Sci. 2004 Oct;1025:430-8. doi: 10.1196/annals.1316.053. PMID: 15542746.
DOI: 10.1196/annals.1316.053