MAGYAR DROGFIGYELŐ

drogkutató intézet

2021 SZEPTEMBER
I. ÉVFOLYAM 5. SZÁM

MAGYAR DROGFIGYELŐ

Magyar Drogfigyelő
A Drogkutató Intézet szakmai, tudományos folyóirata

Szerkesztőség

Szerkesztőbizottság:	Dr. Bellavics Mária Zsóka
	Dr. Christián László
	Dési Ádám
	Dr. Farkas Johanna
	Dr. Fórizs Éva
	Gubucz-Pálfalvi Sejla
	Dr. Kovács István
	Dr. Mátyás Szabolcs
	Dr. Németh Zsolt
	Raffai Gellért
	Dr. Sivadó Máté
Főszerkesztő:	Erdős Ákos
Olvasószerkesztő:	Pogácsás Nóra
Szerkesztőségi munkatársak:	Baráth Noémi Emőke

Kiadó:	Drogkutató Intézet
	1137 Budapest, Radnóti utca 25. II. emelet 2/A.
Felelős kiadó:	Pongrácz Bálint László ügyvezető
ISSN	ISSN 2786-0906

A szerkesztőség elsősorban olyan kéziratokat vár közlésre, amelyek a pszichoaktív anyagok - elsősorban kábítószerek - kémiai, biológiai tulajdonságainak vizsgálatával, a szerhasználat orvos- és egészségtudományi, rendészeti, kriminológiai, szociológiai, jogi természetű elemzésével, értékelésével foglalkoznak. A szerkesztőség tudományos szakértő bevonásával a beérkezett kéziratot szakmai szempontból lektoráltatja, és fenntartja a jogot a kéziratok stilizálására, korrigálására, tipografizálására. A folyóiratban megjelenő publikációk nem a kiadó, illetve nem a szerkesztőség, hanem a szerzők saját, tudományos szabadságán alapuló álláspontját képviselik. Az el nem fogadott kéziratokat a szerkesztőség nem tárolja, azok mindegyike törlésre kerül. A szerkesztőség a folyóiratban másodközlést nem vállal.

MAGYAR DROGFIGYELŐ

Tartalom

Tanulmányok

ERDŐS ÁKOS

A szerhasználati zavarok (függőség) multifaktoriális etiológiája

Recenziók, cikkek

HUMLI VIKTÓRIA

Az új szintetikus kábítószerek világméretű járványa 2. rész– Új szintetikus hallucinogének

BARÁTH NOÉMI EMŐKE

A mexikói kábítószer-bűnözés sajátos világa 1. rész

Dupla szerepkör: kutató és szerhasználó egyszerre – avagy a droghasználó aktivisták kutatói tapasztalatai

MAGYAR DROGFIGYELŐ

A szerhasználati zavarok (függőség) multifaktoriális etiológiája

Multifactorial etiology of substances disorders (addiction)

Erdős Ákos[1]

Absztrakt

Klinikai értelemben valamilyen szerhasználati (droghasználati) zavarról akkor beszélünk, ha az egyén az adott pszichoaktív anyagot folyamatosan használja, annak ellenére, hogy ezzel összefüggésben különféle kognitív, viselkedési és fiziológiai tünetek jelentkeznek nála.

A szerhasználati zavarok kialakulásának hátterében komplex, az egyén sajátosságait, a családi- és szélesebb társadalmi környezet hatásait is felölelő körülmények összjátéka húzódik meg. A tanulmányban esetismertetésen keresztül kívánjuk bemutatni a szerhasználati zavarok kialakulásában szerepet játszó kóroki tényezők gyakorlati megjelenését – az alkalmazott módszertan okán – különös tekintettel a szociokulturális faktorokra.

A problémás szerhasználat kialakulásában szerepet játszó komplex folyamatok megértésével elfogadhatóvá válik az a tudományosan egyébként megalapozott tézis, hogy a szerhasználati zavar többet jelent a szerhasználó rossz döntéseinek puszta léténél. Az effajta téves vélekedésen alapuló előítéletesség mértékének csökkentése ugyanis meghatározó szerepe lehet a világszinten növekvő addikciós krízis megoldásában.

Kulcsszavak: szerhasználati zavar, kulturális környezet, pszichológiai tulajdonságok, esetismertetés

Rövidítés:
BNO-10 = Betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása.
DSM-5 = Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders).

Bevezetés

Klinikai értelemben valamilyen szerhasználati (droghasználati) zavarról akkor beszélünk, ha az egyén az adott pszichoaktív anyagot folyamatosan használja, annak ellenére, hogy ezzel összefüggésben különféle kognitív, viselkedési és fiziológiai tünetek

[1] egyetemi tanársegéd, Nemzeti Közszolgálati Egyetem (NKE); PhD. hallgató, NKE Rendészettudományi Doktori Iskola, addiktológiai konzultáns
e-mail: erdos.akos@uni-nke.hu

jelentkeznek nála (APA, 2013). A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének most hivatkozott részéből is jól látható, hogy a klinikai terminológia ma már kizárólag a szerhasználati, illetve a viselkedési zavar kifejezéseket alkalmazza a függőségek azonosítására (Smith et al., 2017). A betegség természetének megismerése szempontjából ugyanakkor csaknem lényegtelen, hogy milyen megnevezést használunk, ezért az elkövetkezőkben a függőség és a szerhasználati zavar kifejezéseket egyaránt alkalmazzuk.

Az első és leglényegesebb körülmény – amelyet az előzőekben már érintettünk is – az az, hogy a függőség egy jól körülhatárolható, standard kritériumok mentén diagnosztizálható betegség, amelynek ma már etiológiáját is jól ismerjük. Az elmúlt évtizedekben végzett számos kutatás eredményein alapuló szakirodalmi források és a legújabb egészségügyi szakmai protokollok meghatározás szerint a különböző pszichoaktív szerek használati zavara (függőség), olyan multifaktoriális eredetű betegség, amelynek kialakulásában genetikai, biológiai (neuroanatómiai és neurokémiai), pszichológiai, valamint szociokulturális tényezők egyaránt szerepet játszanak (Daley & Douaihy, 2019; OAI, 2008a; 2008b; 2008c; Tarter et al., 2014; WHO, 2006).

A szerhasználati zavar kialakulásának multifaktoriális jellegét összefoglaló Kielholz-féle klasszikus addikciós háromszög elmélet szerint a szerhasználati zavarok kialakulásában három tényezőnek van kiemelt jelentősége: a személy biológiai és pszichológiai sajátosságainak, a szociokulturális környezetnek és magának a pszichoaktív szernek (Möße & Rehbein, 2013).

Régóta ismert, hogy az olyan gyakori krónikus betegségek, mint például a magasvérnyomás kialakulásában az egyén érzelmi, pszichológiai és szociokulturális természetű adottságainak alapvető jelentősége van (Menninger, 1938; Norman & Geiger, 1963; Norman, 1963). Azt mondhatjuk, hogy a függőségek etiológiája e tekintetben rendkívül közel áll ezekhez a betegségekhez, hiszen ez előbbiek kialakulásában is a már ismertetett biológiai, pszichológiai és szociokulturális tényezők egymást erősítő hatásai játszák a főszerepet.

Komáromi Éva (2000a) szerint a droghasználat kialakulásának hátterében álló oki tényezők négy csoportját különíthetjük el: (1) a drogok sajátosságait, (2) a drogfogyasztó jellemzőit, (3) a családi hátteret, (4) a társadalmi környezeti hatásokat.

drogok sajátosságai	drogfogyasztó jellemzői
– vonzerő, pozitív hatás; – addikciós potenciál; – megnövekedett kínálat; – ár	– genetikai és biológiai meghatározottság; – a drogokkal és szerhasználattal kapcsolatos ismeretek; – pszichológiai tényezők
családi háttér	**társadalmi környezeti hatás**
– szülői iskolázottság; – egzisztenciális háttér; – család összetétele; – érzelmi kapcsolatok minősége; – devianciák; – trauma; – generációkon átívelő minták	– társadalmi változások; – a fogyasztás kultusza; – a társadalomban tapasztalt drogfogyasztási minták, szokások; – kortárscsoport hatása; – reklám, média; – törvényi szabályozás

A pszichoaktív szerek kipróbálása persze nem vezet szükségszerűen rendszeres vagy kényszeres használathoz. Az egyén által idejében, helyében és intenzitásában tudatosan befolyásolt droghasználatot kontrollált fogyasztásnak nevezzük (Komáromi, 2000b). A korábban említett egyéni – biológiai és pszichológiai – tényezők, a mikro- és makro környezeti hatások, illetve a kémiai szer kedvezőtlen összjátékaként azonban a szerhasználat felett gyakorolt kontroll könnyen elveszhet, s ezáltal a droghasználat problémássá, kényszeressé válhat.

A szerhasználót befolyásoló makrokörnyezet direkt hatásai körében mindenképp kiemelendő az ún. társadalmi traumatizáció. Társadalmi traumatizáción olyan tartós, az emberek életét veszélyeztető, vagy őket súlyosan diszkrimináló életkörülményeket értünk, amely súlyos egzisztenciális és presztízsveszteséggel, a lakhatás ellehetetlenítésével jár együtt. Az analitikus elmélet szerint a társadalmi traumatizáció generációról-generációra egyénileg közvetítődik, ami a gyermekeknél – a bűntudat kialakulásával, miszerint számára az élet könnyebb, mint szüleié vagy mert ő csak terhet jelent – pszichés problémák kialakulását, így például droghasználatot alapozhat meg (Hoyer, 1997; Hoyer, 2010). A magyar lakosság tekintetében ennek azért van kiemelt jelentősége, mert hazánkban – és a közép-, kelet-európai régió számos országában – a kontinens más nemzeteihez képest (például a skandináv országok) a nemzeti emlékezetnek sokkal több jelentős súlyú traumát, generációk életét felzaklató, kényszerű fordulatoknak az emlékeit kellett feldolgoznia. Ezeknek egyike volt az 1956-os forradalmat követő hatalom megtorlása is (Pataki, 2010). A megtorlás időszaka sokhelyütt családi traumaként manifesztálódott.

Magyarországon az 1960-as évektől a ’90-es évek elejéig ezzel együtt egy zsákutcás modernizáció, illetve a rendszerváltozás sokkhullámai következtében ún. krónikus epidemiológiai válság is kialakult, amelyben a férfiak – elsősorban középkorúak – életkilátásai romlottak, a nőké pedig stagnáltak. Ennek az időszaknak két tipikus addikciós leképeződése: a dohányzás általánossá válása és a mértéktelen alkoholfogyasztás volt a munkaképes korú férfiak körében. Az epidemiológiai válság kritikus éveiben a 35-64 év közötti férfiak halálozásának 63%-a (dohányzás: 35%, alkohol: 28%) e két szenvedélybetegséggel volt okozati kapcsolatban (Józan, 2009). A dohány- és alkoholtermékek relatív alacsony ára szintén erősítette ezeket a kedvezőtlen folyamatokat. Wagenaar és munkatársainak (2009) 1003 tanulmányt feldolgozó metaanalízise egyértelműen megerősíti ugyanis, hogy az alkoholfogyasztás és az alkoholtermékek ára, illetve adója között negatív kapcsolat húzódik.

Mikrokörnyezeti szinten a pszichoaktív szerek használatát illetően viszont az egyén közvetlen környezetében lévőknek van kiemelt szerepe. Fiatalkorban a pszichoaktív szerek kipróbálása leggyakrabban a kortársak hatására, ebből is következően pedig praktikusan társas formában történik (Kröger et al., 1998; Grezsa et al., 2015). A társas környezet befolyásoló ereje ugyanakkor később is meghatározó lehet, amikor a szerhasználat egy nagyobb kulturális közösség, vagy szubkultúra tagjai által közvetített jellemző csoportviselkedés mintaként jelenik meg (Erdős, 2021). A fiatalkori szerhasználatban közel sem elhanyagolható a mikrokörnyezet felnőtt mintáinak, különösen a szülőknek és idősebb hozzátartozóknak a szerepe. A fiatalok dohányzása, alkoholfogyasztása és kábítószer használata gyakran abból a célból történik, hogy ezek révén demonstrálják felnőtti létüket (McGuire, 1991; Sussman et. al., 1995). A szülők szerepe a genetikai öröklődés mellett a szociális minták biztosításában érhető tetten. Már a múlt század közepén végzett reprezentatív kutatások is igazolták, hogy az alkoholbetegek családjában sokszoros – a férfiaknál 6-8, a nőknél 9-20-szoros – a problémás alkoholhasználat előfordulásának gyakorisága (Amärk, 1951). A kognitív elmélet képviselői szerint a családi környezet kulcsszereplőinek magatartásmintáit követve, a modelltanulás révén a gyermek később gyakran maga is szenvedélybeteggé válik. Azokban a családokban, ahol a szülők rendszeresen alkoholizálnak és/vagy altató-, nyugtatószereket használnak, a gyermek nagyobb valószínűséggel válik alkoholistává, illetve gyógyszer- vagy kábítószerfüggővé, mint a szenvedélybetegségektől mentes családokban (Bodrogi, 2011).

A kutatási eredmények és klinikai tapasztalatok egyaránt igazolják, hogy a szerhasználat hátterében álló meghatározók közül kiemelt szerepe van

az egyén pszichés sajátosságainak is, így például, hogy miként képes megküzdeni a nehéz, stresszkeltő élethelyzetekkel. Azoknál a személyeknél, akiknél túlnyomóan az érzelemközpontú megküzdési stratégiák dominálnak, gyakran jelenik meg a droghasználat (Grezsa & Surányi, 2016; Pikó, 2012). A pszichodinamikus elméletek egyik legjelentősebb hozzájárulása a droghasználat okainak, hátterének a megértéséhez az öngyógyítás elméletének megalkotásával történt. Khantzian (1985) drogfüggőkkel kapcsolatos kutatásai során megalkotott önmedikalizáló modellje szerint a szerhasználat legtöbbször egy eszköz arra, hogy a személy a számára megoldhatatlannak tűnő konfliktusait, pszichopatológiás problémáit (pl. depresszió, szorongás) gyógyítsa. A különböző pszichoaktív szerek fogyasztása gyakran jelenik meg önkezelési próbálkozásként például a szorongásos tünetekkel (Mirin & Weiss, 1991), a skizofréniával (Nance, 2005), vagy a depresszióval (Reynolds et al., 2018) küzdő személyek körében is.

Az egyéni és társadalmi körülmények önmagukban persze nem vezetnek szükségszerűen szerhasználati zavar kialakulásához. Miként az egyszeri vagy visszatérő droghasználat sem értékelhető azonnal klinikai értelemben véve problémásnak. Különféle pszichoaktív szerek használatának zavaráról tehát többek között akkor beszélhetünk, ha droghasználattal összefüggésben, illetve amellett megjelennek a fogyasztó testi épségét, egzisztenciáját fenyegető vagy sértő viselkedésformák, kapcsolatrendszere, időtöltése túlnyomórészt a droghasználathoz kötődik, kötelezettségeinek ellátása háttérbe szorul, a szerhasználat abbahagyására nem képes, vagy azzal megvonási tünetei jelentkeznek (APA, 2013).

Célkitűzések

A hazai és nemzetközi szakirodalom, az egészségügyi szakmai protokollok egyértelműen rámutatnak a szerhasználati zavarok multifaktoriális etiológiájára. Kutatásunkban arra igyekszünk rávilágítani, hogy a felhívott elméletekben szereplő tényezőknek: az egyén, a szociokulturális környezet és a pszichoaktív szer egyes tulajdonságai miként befolyásolják a szerhasználati zavar kialakulását a gyakorlatban. Célunk, hogy egy konkrét példán keresztül kézzelfoghatóvá tegyük ezen faktorok megjelenését és befolyásoló hatását a szerhasználati zavar kialakulásában.

Módszertan

A tanulmányban esetismertetésen keresztül kívánjuk bemutatni a szerhasználati zavarok kialakulásában szerepet játszó kóroki tényezők gyakorlati megjelenését – az alkalmazott módszertan okán – különös tekintettel a szociokulturális faktorokra. A tanulmányba emelt esetet a Kemény-féle definíciónak megfelelő mélyinterjús technika alkalmazásával rögzítettük. Kemény István a „mélyinterjút” úgy

definiálta, mint egy előre megtervezett, bizonyos adott kérdésekre kötelezően választ váró beszélgetést, amely a személyiség mélyrétegéig hatol, és olyasmit is felszínre hoz, amit még talán maga az interjúalany sem tud magáról. A módszertan alkalmazása során alkalmazott interjúterv a kutatói kérdések megválaszolását segítik, a kérdések egy része azonban direkt módon nem kerülnek az interjúalany elé (Solt, 1998).

Kutatásetikai megfontolások

A kutatás előkészítése, lebonyolítása és az eredmények publikálása a Magyar Tudományos Akadémia által deklarált és általános érvénnyel alkalmazni javasolt tudományetikai előírások (Fésüs, 2010) figyelembevételével zajlott. A kutatásban résztvevő személy részére aláírt, részletes titoktartási nyilatkozat került átadásra, amely szavatolja az érintett, valamint a közlésében szereplő más személyek anonimitását. Ezzel együtt az érintett írásos tájékoztatást kapott az adatfelvétel menetéről, az adatok rögzítéséről, kezeléséről és felhasználásáról. Eszerint az eredeti felvételek átadására harmadik személy részére nem kerülhet sor, a leiratok tárolása kódolással történhet és az interjú anyaga tudományos célokból feldolgozható, publikálható. Az érintett – anonimitását megőrzendő – szóbeli beleegyezését adta nyilatkozatának feldolgozásához és közléséhez. A kutatásban résztvevő személy hozzájárult továbbá ahhoz, hogy a feldolgozott adatok publikálásakor keresztneve megismerhetővé váljon.

Esetismertetés

Gyula 64 éves, nős, a vizsgálat időpontjában középső fiával és annak feleségével él együtt. Házassága régóta megromlott, feleségével évek óta külön élnek egymástól, azonban az elválás jogi természetű procedúrájára mindeddig nem került sor. Jelenleg nyugdíjas. Szocioökonómiai státuszát kevésbé jó anyagi körülmények, alacsony nyugdíj, alkalmi munkák és aktív közösségi élet határozza meg. Legmagasabb iskolai végzettsége vegyipari technikum, valamint fényképész szakmunkás vizsga. Gyula esetében – az adatfelvétel idején – a BNO-10 (WHO, 1993) szerinti diagnózis alapján többféle drog és egyéb pszichoaktív anyagok használata által okozott mentális- és viselkedési zavar áll fenn. Rendszeresen részt vesz a közegészségügyi ellátás kereteiben biztosított csoportos addiktológiai terápiás üléseken, valamint olyan közösségi rendezvényeken, amelyek kifejezetten szerhasználati zavarokkal küzdő személyek támogatására szolgálnak. A felépülési folyamatát még most is rendszeresen előforduló relapszusok jellemzik.

Gyula Budapesten született egyedüli gyermekként. Aránylag jó anyagi körülmények között élő családban nevelkedett, apja tisztviselő, anyja háztartásbeli volt, majd irodai alkalmazottként dolgozott. Saját megfogalmazása szerint: „Édesapám az

vasúti tiszt volt. Vasutas. Főtiszt, ilyen magas rangú. Édesanyám adminisztrátor." Szüleihez fűződő kapcsolatában szélsőséges szülő-gyermek viszony – szülői elhanyagolás vagy túlzott kötődés – nem mutatkozik. Az elbeszélés szerint erőszak sem fordult elő a családi közösségben. Mindazonáltal az édesapához fűződő viszony ábrázolásában sokkal kevésbé jelenik meg intenzív emocionalitás, mint az anyánál (pl. „nagy tisztelet övezte őt [édesapát]"; „korrekt volt"). Az anya-gyermek viszony leképzésekor viszont többször hangsúlyt kap az érzelmi kötődés: „anyám visszasírt engem"; „ápoltam is anyámat hét évig".

Jól érzékelhető módon a korszak egyes politikai, történelmi eseményei nagyban befolyásolták a család életét. Az 1956-os forradalom és az azt követő elszámoltatás – az édesapának a forradalomban vállalt szerepe miatt – családi krízisként manifesztálódott az interjúalany családjában. Saját narratívája szerint: „Édesapám az vasúti tiszt volt. […] Csak miután ötvenhat ugye akkor még ellenforradalomnak számított, kitoltak vele. […] A rangját nem vehették el, áthelyezték a Keleti-pályaudvarról – ahol volt ez a munkástanács elnökség – Kelenföldre. Szentmihályról Kelenföldre kellett járnia. Iszonyú hosszú út volt Szentmihályról Kelenföld akkor még. […] Kitoltak vele, és ilyen csalódott lett, hogy ötvenhat az ellenforradalom lett, és…anyám addig háztartásbeli volt, […] Háztartásbeli volt nagyon sokáig, csak aztán mikor jöttek a szűkös idők, akkor elment adminisztrátornak."

A család mindennapi működését ezenkívül nagyban meghatározta a szülői szerhasználat is, az édesapa rendszeres dohányzása és alkoholfogyasztása. Az édesapa dohányzásának jelentőségére utal, hogy még hosszú évtizedek elmúltával sem kopott meg a dohányzó szülő emlékképe: „Ő ezüst Kossuth-ot szívott, amikor már megjelent. De nyilván Kossuth-ot szívott előtte is." Az édesapa alkoholfogyasztási szokásainak ábrázolása alapján kétséget kizáró módon megállapíthatónak tűnik az alkoholfüggőség jelenléte is. Gyula narratívájában a szülői alkoholfogyasztás visszatérően megjelenik: „Apám naponta ivott. Apám naponta, persze. Egy üveg kövidinkát vagy fröccsöket, ilyesmit"; „[…] leváltam tőlük huszonegy évesen. Onnantól kezdve ő már keményen piált, az öreg. És anyám mindig csak panaszkodott rá, hogy megint becsinált, meg bepisilt, meg elesett, meg úgy kellett hazahozni innen-onnan-amonnan."; „Mindig adott haza kosztpénzt, és akkor a pénznek egy részét megtartotta magának, amit eldohányzott, meg elkövidinkázott." A szerhasználat patológiás jellegét igazolják a szülői exitálás körülményei is: „Alkoholt, cigarettát használt apám. Az is vitte el. Májcirrózisban és szívinfarktusban halt meg. Ilyen sárga színe volt, amikor meghalt. Az ivás." – számol be róla az interjúalany. Az édesanya szerhasználatára viszont egyszer sem történik közvetlen utalás. Az elbeszélések ezzel együtt a családi

szerepkörök átrendeződésére utalnak. Az édesanya kezelte a hazaadott kosztpénzt, szükség esetén gondoskodott a lerészegedett apa hazaszállításáról, tisztába tételéről.

Az interjúalany első szerhasználata is szorosan kapcsolódik a szülők fogyasztói magatartásához. Gyula legelső szerhasználatára 12-13 éves korban kerül sor. A legelőször kipróbált szerek között a cigaretta és az alkohol szerepel. A kipróbálásra a szülői szerhasználat nyomán nyílik lehetőség, amelyet az interjúalany a következőképp ábrázol: „apámtól lopkodtuk a cigarettát, egy-két szálat […] Meg anyámnak a főzött pálinkáit csapoltuk meg." Az elbeszélések arról árulkodnak, hogy a kipróbálásra társas környezetben (kortársakkal) került sor, amikor az interjúalany narratívája szerint: „már nem volt felügyelet, komoly felügyelet fölöttem".
Az első dohányzás szubjektív élménye csak a szerhasználathoz kapcsolódó, újszerű szociális szerepfoglalással kapott pozitív megerősítést: „Hát, úgy éreztük, mintha olyanok lennénk, mint az apáink. Ilyen komoly felelősségteljes". A dohányzás szervezetre gyakorolt fizikai hatásai ellenben negatív élményként maradtak meg az alanyban („kótyagosan mászkáltunk tőle le-föl"). A dohányzással azonos életkorban történik az alkohol kipróbálása is.

A dohányzás és az alkoholfogyasztás kamaszkorban, illetve fiatal felnőtt korban betöltött szerepére közvetlen utalás nem történik. Az elhangzottak közvetve ugyanakkor egyértelműen arra mutatnak, hogy a dohányzás és az alkoholfogyasztás fontos tényezői voltak az interjúalany ezen életszakaszának. Az alkohol és a dohányzás jelentőségéről árulkodik, hogy még a család megélhetési körülményeiről szóló elbeszélésekben is a szerhasználathoz kapcsolódó narratív elemek kapnak hangsúlyt: „száz forintot kaptam zsebpénzt hétvégén, és abból megtudtam hívni a barátaimat sörre, meg még a csajomat is. Más volt a pénz értéke. Hát 3,60 volt egy kiló kenyér, 1,10 egy kiló só, 4,50 egy doboz Symphonia, 3,90 egy fél kevert…azt ittuk." A pénz értéke, a család és az interjúalany gazdasági státusza, vásárlóereje egyaránt a pszichoaktív anyagokon keresztül nyer ábrázolást.

A kamaszkort meghatározó szerhasználatra utal továbbá, hogy a drogfogyasztás intezifikálódása az iskolai teljesítmény csökkenésével esik egybe: „[akkor] kezdtem romlani tanulásból is". Az interjúalany hanyatló tanulmányi teljesítménye végül családi konfliktus kialakulásához vezetett. Az alany saját narratívája szerint: „Kémiából, matekból meg mindenből megbuktam. Apám el is küldött dolgozni, hogy: »Keresd meg a kenyered magadnak!« Anyám visszasírt…aztán valahogy elvégeztem a Petrik Lajos Vegyipari Technikumot."

A szülőkről történő leválásra 21 évesen került sor, az első házasságkötés eredményeként. Az interjúalany narratívájában az új család alapítása egyfajta „kényszerházasságként" jelenik

meg. A kényszerítő körülmény ebben az esetben a tervezetlen gyermek érkezése volt. Az interjúalany elbeszélése szerint: „[…] hát ilyen nagy szerelem volt és jött a kis Gyula, az első fiam, és akkor összeházasodtunk […]". Az első házasságból született további két gyermek, majd tizennyolc év után a felek elváltak.

A droghasználat azonba meghatározó marad a fiatal felnőtt életében is. A házasság első éveiben a napi alkoholfogyasztás mellett („este fogyasztottam alkoholt") megjelennek egyes stimuláns szerek. Az interjúalany tudatában a stimuláns hatású pszichoaktív szerek kipróbálása a házasság megpróbáltatásaival, konfliktusaival kapcsolódik össze. A mélyinterjú kereteiben a stimulánsok használatához vezető folyamat a következők szerint fogalmazódik meg: „Ez úgy alakult ki, hogy az első feleségem az ilyen aranytojást tojó tyúknak nézett. Meg is kattantam. És panaszkodtam a barátomnak: »Péter olyan kúrva fáradt vagyok. Nincs lelkem nekem úszni menni reggel.« […] És akkor azt mondta: »Itt van egy kis... Aktedron. Benzedrin, Centedrin, amfetamin féleségek.«" Az amfetamin-típusú stimulánsokat tartalmazó gyógyszerek – Centedrin és Benzedrin – beszerzésére az elbeszélő egyikori kollégáján keresztül nyílt lehetőség, akinek az édesapja Angliából küldte Magyarországra ezeket a készítményeket.

Az interjúalany elbeszélése szerint az illegitim szerhasználatra – amely az amfetamin („spuri") volt –, annak kipróbálására a házasságkötést követő években került sor 1974-1976 közötti időszakban. Később, az 1970-es évek végén egy avantgárd művészcsoport tagjai nyomán került sor a marihuána kipróbálására.

Az ország akkori társadalmi, politikai berendezkedése, a nyugati országokkal szembeni zárkózottsága nagyban nehezítette a kábítószerek beszerzését. Az interjúalany kábítószer-használata kapcsán így megjelenik a későbbiekben (1987-1988) az amfetamin illegális előállítása. Gyula narratívájában a történések ekképp rajzolódnak ki: „úgy döntöttünk az egyik, szintén úszni járó barátommal – nem nevezném meg –, hogy kitalálja az amfetamint. S ahol dolgozott, a gyógyszergyárban, ott ennek a kutatásával kellett foglalkoznia. […] akkor mondta, hogy pénzre van szüksége, és akkor ő legyártaná, és én meg terjesszem. És akkor ez történt. És teli lett az egész város. Szóval olyan, Európa hírű volt a spurink, amit csináltunk. Tiszta volt, be lehetett nyomni egy grammot és nem lett tőle semmi baja az embernek, nem halt bele senki, nem lehetett túladagolni, csak inni kellett rá és akkor elmúlt a hatása. […] És akkor csináltuk három évig. De ilyen nagyon lazán, szóval: »Nesze itt van egy pakk«. Ilyen gengsztereknek, gengsztergyerekeknek."

Az interjú során tett közlésekből kiderül, hogy az interjúalany lassanként társas kapcsolatait is a pszichoaktív szerek használatára kezdte el felépíteni. Az

adatfelvétel idejéből visszatekintve jól látható módon, amint az interjúalany fókusza elmozdult droghasználatról – vagyis ahogy elindult a felépülés irányába –, úgy szűkült szociális kapcsolati hálója. Gyula elbeszélése szerint: „Igazából egy kicsit beszűkültem. Szóval több barátom volt, főleg amikor dílerkedtem. Akkor én voltam az aranypofa. Ugye mert: »Ülj le! Itt a pipa, megvan tömve, szívjad! Mennyit kérsz? Egyet, kettőt, hármat satöbbi«. Amíg kimértem, szívtuk a pipát, beszélgettünk…nagyobb volt a baráti kör. Így lekoptak [a barátok], mert már nem árulok, nem akarok." Ebből az időszakból nem maradtak meg tartós kapcsolatok. Ez részben annak is köszönhető, hogy az interjúalany a legtöbb, droghasználat nyomán vele kapcsolatba kerülő személynek a nevét már akkor sem tudta. Az illegális szerek használatával olyan kockázatvállaló magatartásformák is megjelentek, mint a kábítószer előállítása, átadása, értékesítése vagy cserekereskedelme. A társadalmi normák megsértése következetes és visszatérő áthágásának eredményeként az interjúalany 1992-1994 között jogerős börtönbüntetést töltött, amelynek ideje alatt a dohányzás és egyes tudatmódosító anyagok („dobi") használata folyamatos volt. A szerhasználó életút kockázatos magatartásai körében továbbá megjelenik az intravénás droghasználat kísérlete is, illetve a túladagolásos tünetek, rosszullétek, amelyeket az interjúalany a következők szerint részletez: „Egyszer túladagoltam, és amikor reggel felébredtem, akkor állandóan a wc-ig, ötször, hatszor elájultam és aztán elestem. Ilyen egyszer volt, de a kattanások…"

Az interjúalany több esetben rendkívül kedvezőtlen képet fest korábbi pszichés állapotáról: „mániás depressziós, meg szuicid, meg skizofrén, meg bipoláris zavar, depresszió, meg ilyen tulajdonságokkal bírok"; „Lipót volt állandóan. Pszichés probléma. Vagy a hiánya [szernek] vagy a túladagolása". Az életének korábbi szakaszában többször megjelenik a sikertelen öngyilkossági kísérlet is („Négyszer voltam öngyilkos. Egyszer a börtönben, háromszor meg otthon. Egyszer egy erdőben falcoltam nyakra.").

Az interjú felvételekor az interjúalany addiktológiai ellátásban részesül, mindazonáltal életében továbbra is jelen van a legális – alkohol és dohány – napi, illetve az illegitim pszichoaktív szerek (marihuána) heti/havi rendszerességű használata. A szerhasználatra gyakran saját gyermeke társaságában kerül sor. Gyula gyermekei szintén rendszeres szerhasználók. Az interjúalany elbeszélése szerint: „a fiamnak az az útvonala, mint apámnak volt, hogy bemegy a kocsmába és akkor ott alapoz. Vesz egy két literes viceházmestert, két deci borhoz arányosan három deci szóda. Ilyen két literes palackban vesz négyet, négy viceházmestert. Azt haza hozza, ha megkínál, megkínál."

Megbeszélés

A tanulmányban konkrét esetismertetésen és annak értelmezési keretein keresztül kívántuk bemutatni, hogy a droghasználati zavarok kialakulásának hátterében milyen komplex, az egyén sajátosságait, a családi- és szélesebb társadalmi környezet hatásait is felölelő körülmények összjátéka húzódik meg. Az interjúalany családi hátterének bemutatása alkalmával félreismerhetetlenül megjelennek a szerhasználatot befolyásoló mikro- és makrokörnyezeti hatások. Ez előbbi kapcsán kiemelkedő szerep hárul az édesapa kényszeres szerhasználatára, valamint a fiatal kortársak hatására.

Az interjúalany elbeszélései nyomán kirajzolódnak a családi működés szerhasználatot erősítő, illetve fenntartó jellegzetességei, mint az ún. transzgenerációs droghasználat, amely azt jelenti, hogy a soron következő generáció tagja a családi szocializáció során tanulja meg a konfliktuskerülés és az örömszerzés szerhasználat általi módját, ami révén különböző típusú szerek használata, függő viselkedésmódok alakulhatnak ki (Szécsi & Zsák, 2020). A szerhasználat generációkon való átívelését mutatja, hogy a problémás alkohol- és illegális droghasználat az interjúalany fiainál szintén megjelenik. Fontos kiemelni, hogy az elmúlt évtizedek tudományos eredményei ma már egyértelműen igazolják, miszerint az egyéni tulajdonságok körében rendkívüli szerepe van a kényszeres szerhasználó genetikai meghatározottságának is (Bienvenu et al., 2011; Pettersson et al., 2019). A szerhasználati zavar tehát nem pusztán szociális minták révén, hanem genetikai markereken keresztül is öröklődik. Ez utóbbi körülmény konkrét vizsgálatára azonban az alkalmazott módszertan nem adott lehetőséget.

Canning és munkatársai (2004) meta-analízisen nyugvó kutatása szerint a fiatalkori szerhasználat kialakulásának környezeti kockázati tényezői körében elsőként a szerhasználó kortársak jelenléte emelendő ki. Ahogy az interjúalany példája is mutatja, a szerhasználó karrier elején a kortársak támogató, megerősítő hatása kiemelt fontosságú. A pszichoaktív szerek kipróbálására is szinte kivétel nélkül társas környezetben kerül sor. A problémássá váló szerhasználat kialakulásában a fiatalkori drogfogyasztás másik problémáját épp a fiatal kor adja. Az interjúalany első szerhasználatára a tízes évek legelején került sor, amely a drogkarrier kifejlődésében azért lehet kiemelt fontosságú, mert „minél fiatalabb korban jelenik meg szerhasználat, általában annál nagyobb a valószínűsége, hogy egy következő életkori szakaszban a szerhasználat már pszichés és interperszonális problémákat okozzon, illetve függőség alakuljon ki” (Rácz, 2014, 429).

A drogkarrier eleje, vagyis a pszichoaktív szerek kipróbálása, visszatérő használata jellemzően nem igényel

sajátos, diszfunkcionális működésű kapcsolatrendszert. A szerhasználat problémássá válásával azonban az egyén mikrokörnyezeti kapcsolatrendszere is a droghasználat köré szerveződik, amely tovább segítette a fogyasztás fenntartását. A különféle pszichoaktív szerek használata kapcsán gyakran találkozunk a drogok effajta társas leválasztó hatásával, amikor a fogyasztó régi baráti és családi kapcsolatai elvesznek, az új kapcsolatok pedig a droghasználatra épülnek fel. A társasághoz tartozás ugyanakkor ezekben az esetekben többnyire a szerhasználathoz kapcsolódó érdekből történik (Kassai et al., 2016). A droghasználat társas leválasztó hatását megfigyelhetjük az esetismertetésben szereplő interjúalanynál is, akinek élete egy időszakában legtöbb emberi kapcsolata a stimuláns szerek és a marihuána értékesítésére, illetve használatára épült.

Az interjúalanyt érintő makrokörnyezeti hatások közül elsősorban a szocialista Magyarország drogepidemiológiai helyzetére, valamint a családi traumatizáció jelenségére szükséges rámutatnunk. Az 1956-os eseményeket követő megtorlás okozta családi krízis, a dohány- és alkoholtermékek relatív alacsony ára, társadalmi elfogadottsága és nagyarányú használata együttesen bizonyosan kedvezőtlenül hatott az interjúalany fiatalkori szerhasználatára. A társadalmi változások családot érintő hatásai az apa „csalódottságában", intenzifikált szerhasználatában öltöttek testet, s ez – a korábban írtak szerint – visszahatott az interjúalanyra is.

Az interjúban többször történik utalás az egyén pszichiátriai problémáira is. Az interjúalany által említett depresszió, szorongás, skizofrénia azért is figyelemre méltó, mert a vizsgálatok szerint az ilyen pszichés diszfunkciókkal küzdő személyek esetében gyakran jelenik meg a droghasználat (Mirin & Weiss, 1991; Nance, 2005; Reynolds et al., 2018; Torzsa et al., 2009). A szerhasználat és az egyéb pszichiátriai zavarok kapcsolatát az elsődleges, illetve a másodlagos szerhasználat/pszichiátriai zavar kifejezésekkel szoktuk leírni. Például elsődleges szerhasználati zavar, másodlagosan kialakuló (egyéb) pszichiátriai kórkép (pl. depresszió), vagy elsődleges hangulatzavar talaján kialakuló másodlagos szerhasználati zavar (Rácz, 1999). A szerhasználati zavar mindamellett, hogy egyéb pszichiátriai kórképek kialakulásához vezethet, sok esetben tünetjelzője is lehet egy kezeletlen pszichés zavarnak.

A másik – közel sem elhanyagolható – kapcsolat a szerfüggőség és az öngyilkosságok, öngyilkossági kísérletek között húzódik meg. A különböző hangulatzavarok (elsősorban depresszió) prevalenciája után ugyanis a szerhasználati zavarok (elsősorban alkoholizmus) állnak a második helyen (19-60 %) az öngyilkosságot elkövetők körében (Almási et al., 2009; Zonda, 2006). Az interjúalany életében több alkalommal előforduló öngyilkossági kísérletek is azt látszanak alátámasztani,

hogy az elsődleges és a másodlagos szerhasználati zavar időben történő kezelése az önkárosító magatartások megelőzésében is fontos szerepet játszik.

Befejezés

Sokan még ma is kizárólag az egyén gyengeségeit vagy az adott pszichoaktív anyag lebilincselő hatásait okolják a szerhasználati zavar kialakulásáért. A témában laikus ember számára sokszor talán nehezen érthető és elfogadható, hogy egy, az egyén és a közösség szintjén hátrányt okozó jelenkori probléma (a függőség) és az adott személy biológiai, pszichológiai és szociális fejlődésének múltbéli folyamata miként állítható ok-okozati kapcsolatba. Tanulmányunkban a szerhasználati zavarok kialakulásában szerepet játszó tényezőket egy konkrét eset bemutatásán és értékelésén keresztül kívántuk kézzelfoghatóvá tenni, segítve ezzel a tudományos kutatások általánosító megállapításai egyénre vonatkoztatott jelentőségének megértését.

Joggal merülhet fel a kérdés: miért van jelentősége annak, hogy tisztában legyünk a szerhasználati zavarok természetével? Elsősorban azért, mert a problémás szerhasználat kialakulásában szerepet játszó komplex folyamatok megértésével elfogadhatóvá válik az a tudományosan egyébként megalapozott tézis, hogy a szerhasználati zavar többet jelent a szerhasználó rossz döntéseinek puszta léténél. McGinty és Barry (2020) szerint pedig az effajta téves vélekedésen alapuló előítéletesség mértékének csökkentése meghatározó lépése lehet a világszinten növekvő addikciós krízis megoldásában. A szerhasználati zavarral küzdő emberekhez való viszonyulás kérdése még inkább hangsúlyossá válik, amikor a társadalom olyan aldimenzióit vizsgáljuk, mind például az egészségügyi, vagy a rendészeti szakemberek közössége (Erdős, 2019).

Hivatkozott irodalom

Almási K, Belső N, Kapur N, Webb R, Cooper J, Hadley S, Kerfoot M, Dunn G, Sótonyi P, Rihmer Z Appleby L. (2009) Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. BMC Psychiatry, 9(1), 45.

Ämark, C (1951) A study in alcoholism: clinical socialpsychiatric and genetic investigations. Acta Psychiatria et Neurologica Scandinavica: Supplementum 70.

APA, American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-5. American Psychiatric Publishing, Washington D.C. – London

Bienvenu, O.J., Davydow, D.S., Kendler, K.S. (2011). Psychiatric 'diseases' versus behavioral disorders and degree of genetic influence. Psychological Medicine, 41(1), 33-40.

Bodrogi A. (2011). Az alkoholizmus kognitív viselkedésterápiás megközelítése. Magyar Pszichológiai Szemle, 66(1), 141-156.

Canning, U., Millward, L., Raj, T., Warm, D. (2004) Drug use prevention among young people: a review of reviews. Evidence briefing. Health Development Agency, London

Daley, D. C., Douaihy A. (2019). Managing Your Substance Use Disorder. Third edition. Oxford University Press, New York, NY

Erdős Á. (2019). A drogfüggőkkel kapcsolatos rendőri attitűdök relevanciája a társadalmi dimenzióban. Magyar Rendészet, 19(1), 77-100.

Erdős Á. (2021). A pszichoaktív szerek fogyasztásának multikauzalitása – első rész. Magyar Drogfigyelő, 1(1), 3-18.

Fésüs L., szerk. (2010). Tudományetikai kódex. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest

Grezsa F., Mirnics Zs., Vargha A., Kövi Zs., Rózsa S., Vass Z., Koós T. (2015). Iskolás- és serdülőkorúak droghasználata: kockázati és védőfaktorok egy reprezentatív vizsgálat tükrében. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 16(4), 297-330.

Grezsa F., Surányi, Zs. (2016). Fiatalok szerhasználata. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest

Hoyer M. (1997). Az elég jó család. Mindent megbeszélni, vagy mindent eltitkolni? In: Virág T. (szerk.): Elhúzódó társadalmi traumák hatásának felismerése és gyógyítása. Animula, Budapest

Hoyer M. (2010) Sóvárgás és szenvedés. Az addiktív keresés mélylélektani megközelítése. L'Harmattan Kiadó, Budapest

Józan P. (2009). Halálozási viszonyok és életkilátások a 21. század kezdetén a világ, Európa és Magyarország népességében. Magyar Tudomány, 170 (10), 1231-1244.

Kassai Sz., Pintér J. N., Rácz J. (2016) A szintetikus kannabinoid termék használat élménye: interpretatív fenomenológiai analízisen alapuló kutatás. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 17(4), 297-322.

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

Komáromi É. (2000a). A droghasználat kialakulásának okai. In. Rácz J. (szerk.) A drogkérdésről őszintén. B+V Lap- és Könyvkiadó Kft., pp. 50-65.

Komáromi É. (2000b). A droghasználat előrehaladása. In. Rácz J. (szerk.) A drogkérdésről őszintén. B+V Lap- és Könyvkiadó Kft., pp. 66-91.

Kröger, C., Winter, H., Shaw, R. (1998). Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme-

planners and evaluators. EMCDDA, Lisbon

McGinty, E. E., Barry, C. L. (2020). Stigma Reduction to Combat the Addiction Crisis - Developing an Evidence Base. New England Journal of Medicine, 382(14), 1291-1292.

McGuire, W. J. (1991). Using guiding-idea theories of the person to develop educational campaigns against drug abuse and other health-threatening behavior. Health Education Research, 6, 173— 184.

Menninger, K. A. (1938). Emotional factors in hypertension. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 14(4), 198-211.

Mirin, S. M., Weiss, R. D. (1991). Substance abuse and mental illness. In: Frances, R. J. – Miller, S. I. (Eds.): The Guilford substance abuse series. Clinical textbook of addictive disorders (p. 271–298). The Guilford Press, New York, NY

Mößle, T., Rehbein, F. (2013). Predictors of problematic video game usage in childhood and adolescence. Sucht, 59(3), 153-164.

Nance, E. P. (2005). Alcohol. In: Frances, R. J. – Miller, S. I. – Mack, A. H. (eds.) Clinical Textbook of Addictive Disorders. Third edition (pp. 75-104.). The Guilford Press, New York – London

Norman, A. S. (1963). Sociocultural factors in the epidemiology of Zulu hypertension. American Journal of Public Health and the Nation's Health, 53(8), 1205-1213.

Norman A. S., Geiger, H. J. (1963). The epidemiology of essential hypertension: A review with special attention to psychologic and sociocultural factors II: Psychologic and sociocultural factors in etiology. Journal of Chronic Diseases, 16(11), 1183-1213.

OAI, Országos Addiktológiai Intézet (2008a) Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az amfetamin használattal összefüggő kórképek kezeléséről. Egészségügyi Közlöny, 3, 502.

OAI, Országos Addiktológiai Intézet (2008b) Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a kannabisz használattal kapcsolatos zavarokról. Egészségügyi Közlöny, 3, 518.

OAI, Országos Addiktológiai Intézet (2008c): Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az opiát használattal kapcsolatos betegségek kezeléséről. Egészségügyi Közlöny, 3, 536.

Pataki F. (2010) Kollektív emlékezet és emlékezetpolitika. Magyar Tudomány, 171(7), 778-798.

Pettersson, E., Lichtenstein, P., Larsson, H., Song, J., Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Working Group of the iPSYCH-Broad-PGC Consortium, Autism Spectrum Disorder

Working Group of the iPSYCH-Broad-PGC Consortium, Bipolar Disorder Working Group of the PGC, Eating Disorder Working Group of the PGC, Major Depressive Disorder Working Group of the PGC, Obsessive Compulsive Disorders and Tourette Syndrome Working Group of the PGC, Schizophrenia CLOZUK, Substance Use Disorder Working Group of the PGC, Agrawal, A., Børglum, A. D., Bulik, C. M., Daly, M. J., Davis, L. K., Demontis, D., Edenberg, H. J., Grove, J., Gelernter, J., Neale, B. M., Pardiñas, A. F., Stahl, E., Walters, J., Walters, R., Sullivan, P. F., … Polderman, T. (2019). Genetic influences on eight psychiatric disorders based on family data of 4 408 646 full and half-siblings, and genetic data of 333 748 cases and controls. Psychological Medicine, 49(7), 1166–1173.

Pikó, B. (2012). Fiatalok lelki egészsége és problémaviselkedése a rizikó- és protektív elmélet, a pozitív pszichológia és a társadalomlélektan tükrében. Akadémiai értekezés, Szeged

Rácz J. (1999) Addiktológia: tünettan és intervenció. HIETE, Budapest

Rácz J. (2014). Pszichoaktív anyagok használatához társuló kórképek. In: Vikár A., Vikár Gy., Székács, E. (szerk.) Dinamikus gyermekpszichiátria. 3. átdolgozott kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest, pp. 429-491.

Reynolds, I. R., Fixen, D. R., Parnes, B. L., Lum, H. D., Shanbhag, P., Church, S., Linnebur, S. A., Orosz, G. (2018) Characteristics and Patterns of Marijuana Use in Community-Dwelling Older Adults. Journal of American Geriatrics Society, 66(11), 2167-2171.

Smith, D. C., Bennett, K. M., Dennis, M. L., Funk, R. (2017). Screening, Assessment and Diagnosis of Substance Use Disorders among Emerging Adults. In: Smith, Douglas C. (ed.) Emerging Adults and Substance Use Disorder Treatment. Developmental Considerations and Innovative Approaches. Oxford University Press, New York, NY, pp. 38-70.

Solt O. (1998). Interjúzni muszáj. In: Eörsi János – F. Havas Gábor – Kemény István (szerk.) Méltóságot mindenkinek. Összegyűjtött írások I. Elbeszélő, Budapest, pp. 29-48.

Sussman, S., Stacy, A. W., Dent, C. W., Simon, T. R., Galaif, E. R., Moss, M. A., Craig, S., Johnson, C. A. (1995). Continuation high schools: Youth at risk for drug abuse. Journal of Drug Education, 25(3), 191-209.

Szécsi J., Zsák Zs. (2020) Szenvedélybetegség a családban. In. Kucsera Cs., Rácz A. (szerk.). Szociálpedagógia 15. Életfordulók – gyermekkortól időskorig (pp. 138-157). Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác

Tarter, R., Kirisci, L., Reynolds, M. (2014). A New Approach to Researching the Etiology of Cannabis Use Disorder: Integrating Transmissible and Non-Transmissible Risk within a

Developmental Framework. Substance Abuse, 35(4), 336-343.

Torzsa P., Szeifert L., Dunai K., Kalabay L., Novák M. (2009) A depresszió diagnosztikája és kezelése a családorvosi gyakorlatban. Orvosi Hetilap, 150(36), 1684-1693.

Wagenaar, A. C., Salois, M. J., Komro, K. A. (2009). Effects of Beverage Alcohol Price and Tax Levels on Drinking: a meta-analysis of 1003 Estimates from 112 Studies. Addiction, 104(2), 179–190.

WHO, World Health Organization (1993) The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. World Health Organization, Geneva

WHO, World Health Organization (2006) Disease Control Priorities related to Mental, Neurological, Developmental and Substance Abuse Disorders. WHO Press, Geneva

Zonda T. (2006) One-hundred cases of suicide in Budapest: a case-controlled psychological autopsy study. Crisis, 27(3): 125-129.

drogkutató intézet

MAGYAR DROGFIGYELŐ

Az új szintetikus kábítószerek világméretű járványa 2. rész – Új szintetikus hallucinogének

Humli Viktória

Veszélyes emberkísérlet lenne? A designer drogok folyamatosan változó hatóanyagainak kiszámíthatatlan hatását az emberi szervezetre akár így is nevezhetjük. Az új szintetikus kábítószerek gyártására mára egy teljes piac épült ki, és rendkívüli gyorsasággal jelennek meg az új vegyületek. Cikkünkben most a szintetikus hallucinogén szereket és hatásaikat mutatjuk be.

Cikksorozatunk első részében a szintetikus stimulánsok hatásairól és mellékhatásairól írtunk. Ebben a cikkben a szintetikus hallucinogénekkel folytatjuk a sort.

A 2000-es éveket megelőzően az ismert, úgynevezett klasszikus kábítószerek – mint a heroin, kokain, marihuána, amfetamin, metamfetamin, LSD, hallucinogén gombák – használata volt elterjedt, melyek rendkívül károsak lehetnek, de nagyjából jól kiszámítható hatásokkal és mellékhatásokkal bírnak. A 2010-es évekre azonban újfajta pszichoaktív hatású szerek fogyasztása terjedt el és szorította háttérbe a fenti drogokat. Az új szereknek általában nem ismert a pontos összetétele és hatásmechanizmusa, valamint nincsenek róluk ismereteink a biztonságos emberi fogyasztásra vonatkozóan sem. A 2000-es éveket követően megjelenő új típusú szerek különböző hatásmechanizmussal bírnak. Stimuláns, depresszáns és hallucinogén hatással rendelkező anyagokat egyaránt találunk köztük. Az új hallucinogén szerek két fő osztályba sorolhatók: hallucinogén és disszociatív vegyületek (Hallucinogens DrugFacts | National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2021). Ami a terminológiát illeti, inkább nevezhetjük őket összefoglaló névként pszichedelikumoknak, vagy még egzaktabban pszichoto-mimetikumoknak, ugyanis a hallucinogén hatás (vizuális, auditorikus, taktilis, olfaktórikus) inkább csak az egyik alcsoport főtulajdonsága, vagy épp csak egy kis része a hatásspektrumnak. Szokták úgy is kategorizálni őket, hogy vagy hasonlítanak a természetes neurotranszmitterekre, például az LSD (ergot alkaloid) és a pszilocibin a szerotoninhoz (5-HT), vagy nem hasonlítanak, mint például a fenciklidin (PCP). A szerotoninhoz hasonló szerkezetű vegyületek nem a dopaminerg rendszeren, hanem a szerotonin 5-HT2A receptorán keresztül hatnak (Gyires K. & Fürst Zs., 2011). Ezeken kívül még számos más felosztás létezik a csoportosítási szemponttól

függően, egy újabb toxikológiai tanulmány például teljesen külön választja a disszociatív szereket a pszichedelikumoktól (Luethi & Liechti, 2020). A továbbiakban a NIDA felosztását követjük. A jelenleg használt osztályozási rendszer csak egy példa, a heterogén kémiai struktúra és az átfedő hatások miatt más kategorizálás is elfogadott.

Hallucinogének

A hallucinogén szereket további alcsoportokra oszthatjuk kémiai szerkezetük alapján: triptaminokra, lizergaminokra és fenetilaminokra (Baumeister et al., 2014). Ugyanakkor hatásuk hasonló mechanizmussal történik a szerotonerg rendszer modulálásán keresztül. A legnépesebb csoportot a feniletilamin származékok teszik ki.

A feniletilaminok leginkább az agykérgi szerotonin (5-HT2A) receptorokkal lépnek interakcióba. A benzometoxi derivátumok (N-bomba, Smiles, 25I-NBOMe) nagyobb affinitást mutatnak az 5-HT2A és 5-HT2C receptorhoz és kisebbet az 5-HT1A receptorhoz (Halberstadt, 2015). Az NBOMe vegyületek affinitást mutatnak a D2 dopamin receptorhoz is, aminek következtében rendelkeznek abúzus potenciállal is (Custodio et al., 2020). A benzilfenetilaminok (2C-Bfly, Br-fly, Br-dragonfly) is képesek eufóriát és percepciós érzésváltozást kiváltani, de enyhe stimuláns hatással is rendelkeznek (González et al., 2015).

A triptaminok a triptofán nevű aminosavból keletkeznek, ide tartozik a természetes eredetű NN-dimetiltriptamin (DMT- a pszichoaktív ayahuasca ital egyik összetevője), a szintetikus alfa-metiltriptamin (AMT), és a metoxi-triptaminok (5-MeoO-DALT és az 5-MeO-DIPT) (Shafi et al., 2020). A DMT és az AMT kémiai szerkezete is nagyon hasonlít a szerotoninéhoz. A triptamin származékoknak mindhárom fentebb említett szerotonin receptorhoz van kötési képessége, valamint képesek gátolni a szerotonin visszavételét a szinaptikus résből és elősegíteni a szerotonin felszabadulást, így növelve a szerotonin szintet a receptorok közelében (Luethi et al., 2019).

Talán már elfeledett tény, hogy az LSD-t korábban adjuvánsként alkalmazták a gyógyászatban (pszichoterápia), ám napjainkban az egyik legpotensebb hallucinogénként tartják számon (Baumeister et al., 2014). A „klasszikusok” közé tartozik, mely hatásának mímelésére szintetizálnak újabb és újabb vegyületeket. Szintetikus lizergaminok (LSD származékok) például az 1-acetil-LSD (ALD-52), 1-propionil-LSD (1P-LSD) és az 1-butiril-LSD (1B-LSD) (Wagmann et al., 2019). Az LSD analógok az 5-HT2A és 5-HT1A receptort képesek aktiválni (Luethi et al., 2019).

A sokféle kémiai szerkezet sokféle hatást és hatáserősséget eredményezhet. Használati módjaikat tekintve is igen változatos csoport: inhalálják, szippantják, tabletta vagy átitatott papír

(bélyeg) formában szájon át fogyasztják, de helyezhetik nyelv alá, valamint ismertek intravénásan alkalmazott szerek is. A felszívódást követően szétáramlik a testben, bejut az agyba és a gerincvelőbe, ahol a szerotonerg rendszer működését befolyásolja. Általánosságban a 5-HT2A receptor aktiválása glutamát (serkentő neurotranszmitter) felszabadulást vált ki, és aktiválja az AMPA receptorokat, ami agykérgi aktivitásnövekedéshez és információfeldolgozáshoz vezet. A szerotonin rendszerünk nagyon sok folyamat működésében vesz részt, köztük a viselkedés, az érzések, az étvágy, a testhőmérséklet, izomműködés, a szexualitás szabályozásában és az érzékelésben. Ezekhez kapcsolódnak a szerhasználat során vágyott hatások is, úgy, mint az eufória és öröm érzet, az időérzékelés megváltozása, kreativitás, a gondolkodás megváltozása, valamint a misztikus, spirituális élmények (Gyires K. & Fürst Zs., 2011). De nem csak a pozitívnak hitt hatások kapcsolódnak ezekhez a neurokémiai folyamatokhoz, hanem a mellékhatások is. Legáltalánosabban toxicitás jelentkezik, ami különféle mentális betegségek megjelenéséhez vezet. Gyakori az agitáció, agresszió, paranoia, dysphoria, súlyos zavartság, delírium, és az önsértések. Egyéb megjelenő tünetek még a tachycardia, hypertenzió, mydriasis, hyperthermia, hyperreflexia, és izomklónusok. Feniletilamin származékok súlyosabb estben okozhatnak többszervi elégtelenséget, pszichózist és szerotonin-szindrómát is. A triptaminok súlyos téveszméket, rhabdomiolízist és veseelégtelenséget válthatnak ki, és halálesetek is előfordulnak (Shafi et al., 2020).

Az idetartozó új hallucinogén szerek közös tulajdonsága, hogy medicinálisan nem alkalmazzák őket, így a DEA (Drug Enforcement Administration) kontroll szerint az I. jegyzékbe sorolják őket (Controlled Substance Schedules, 2021), illetve a hazai szabályozás a 66/2012. (IV. 2.) Kormányrendeletében, a Pszichotróp anyagokra vonatkozó jegyzék tartalmazza.

Disszociatív szerek

Ebben a csoportban a „klasszikus" szerek általánosan elterjedtek voltak az orvosi gyakorlatban. A ketamin napjainkban is orvosi alkalmazás alatt áll, mind az állat, mind a humán gyógyászatban. Jelentős fájdalomcsillapító hatással bír, úgynevezett disszociatív anesztéziát hoz létre. Továbbá vizsgálják, mint gyorsan ható antidepresszánst, és a palliatív ellátásban is szerepet kaphat (Li & Vlisides, 2016).

A disszociatív szereket is alcsoportokra bonthatjuk, úgymint arilciklohexilaminok (ketamin, PCP, metoxetamin (MXE)) és diariletilaminok (difenidin, metoxfenidin, efenidin). Mindkét csoport az NMDA receptorokon hat, melyen nem kompetitív gátló hatást fejtenek ki. Az első generációs disszociatív szerek a PCP-ből származnak, viszont annál nagyobb affinitással kötnek az NMDA receptorokhoz. A legutóbbi szerek, mint

a 2-MeO-difenidin, 3-MeO-PCP, és 4-MeO-PCP szintén a PCP-hez hasonló szerkezettel bírnak (Katselou et al., 2018). A ketaminból származik az MXE és a metoxmetamine, ezek az új szintetikus disszociatív szerek dopamin transzporter -gátlónak és muszkarinos kolinerg és 5-HT2 receptor agonistának bizonyultak, valamint fájdalomcsillapító hatással is rendelkeznek (Zanda et al., 2016). Az efenidin szintén új szintetikus szer, ám a ketaminnál nagyobb hatékonysággal blokkolja az NMDA receptorokat, és a noradrenalin transzporterrel és a dopamin transzporterrel is kölcsönhatásba léphet (Kang et al., 2017).

Maga az NMDA receptor az agyban számos helyen előfordul, szerepe van többek között a memória funkciókban, a szinaptikus plaszticitásban, a tanulási folyamatokban, és a neuronhálózatok kialakításában a fejlődés során (Newcomer et al., 2000). Több új szintetikus szer képes hatni a szerotonerg, hisztaminerg, kolinerg, adrenerg, opioiderg rendszerre is, ezzel magyarázható a hatásváltozás a generációk során (Luethi et al., 2018; Roth et al., 2013; Wallach et al., 2016).
Az illegális szerek használati módjait tekintve előfordul inhalálás, orrba történő szippantás, szájon át való bevitel és intravénás alkalmazás is. Az alkalmazás során megszakad a kapcsolat a gondolatok, az érzések, a memória és a szenzoros érzékelés között. Eufória és deperszonalizáció is létrejön. Ugyanakkor általában súlyos neurológiai és vesekárosodás jelenik meg mellékhatásként. Általánosan előforduló enyhébb mellékhatások a hányás, izzadás, magasvérnyomás, magas pulzusszám, veseelégtelenség, zavartság, nyugtalanság, homályos beszéd, hallucinációk, amnézia és izom merevség. Súlyos mérgezés esetén előfordul rhabdomiolízis és akár halál is (Luethi & Liechti, 2020).

Összefoglalás

Ebben a cikkben az új szintetikus szerek egy újabb csoportját és alcsoportjait ismerhettük meg. A legújabb szerekről még sok mindent nem tudunk, miközben viszonylag könnyen és olcsón hozzáférhetővé válnak a fogyasztók számára, ezáltal még ártalmasabbak lehetnek. Szükséges lehet kiemelt jelentőséget tulajdonítani ezeknek a szereknek. Az oktatásban és egészségügyi ellátásban dolgozókat érdemes lehet széles körben tájékoztatni az új szerek valós veszélyeiről.

A cikksorozat következő részében a szintetikus kannabinoidokról olvashatnak.

Felhasznált irodalom

66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról

Baumeister, D., Barnes, G., Giaroli, G., & Tracy, D. (2014). Classical hallucinogens

as antidepressants? A review of pharmacodynamics and putative clinical roles. Therapeutic Advances in Psychopharmacology, 4(4), 156. https://doi.org/10.1177/2045125314527985

Controlled Substance Schedules. (2021). https://www.deadiversion.usdoj.gov/schedules/

Custodio, R. J. P., Sayson, L. V., Botanas, C. J., Abiero, A., You, K. Y., Kim, M., Lee, H. J., Yoo, S. Y., Lee, K. W., Lee, Y. S., Seo, J.-W., Ryu, I. S., Kim, H. J., & Cheong, J. H. (2020). 25B-NBOMe, a novel N-2-methoxybenzyl-phenethylamine (NBOMe) derivative, may induce rewarding and reinforcing effects via a dopaminergic mechanism: Evidence of abuse potential. Addiction Biology, 25(6), e12850. https://doi.org/10.1111/ADB.12850

González, D., Torrens, M., & Farré, M. (2015). Acute Effects of the Novel Psychoactive Drug 2C-B on Emotions. BioMed Research International, 2015. https://doi.org/10.1155/2015/643878
Gyires K., & Fürst Zs. (2011). A farmakológia alapjai (2. kiadás). Medicina Könyvkiadó Zrt.

Halberstadt, A. L. (2015). Recent Advances in the Neuropsychopharmacology of Serotonergic Hallucinogens. Behavioural Brain Research, 277, 99. https://doi.org/10.1016/J.BBR.2014.07.016

Hallucinogens DrugFacts | National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2021). https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/hallucinogens?fbclid=IwAR1pi4nuBeMyNaqFirDw9ICEhS0Nt9ueiM1RbgyFUsqDUJowO0503FNfBd8

Kang, H., Park, P., Bortolotto, Z. A., Brandt, S. D., Colestock, T., Wallach, J., Collingridge, G. L., & Lodge, D. (2017). Ephenidine: A new psychoactive agent with ketamine-like NMDA receptor antagonist properties. Neuropharmacology, 112(Pt A), 144. https://doi.org/10.1016/J.NEUROPHARM.2016.08.004

Katselou, M., Papoutsis, I., Nikolaou, P., Misailidi, N., Spiliopoulou, C., & Athanaselis, S. (2018). Diphenidine: a dissociative NPS makes an entrance on the drug scene. Forensic Toxicology 2018 36:2, 36(2), 233–242. https://doi.org/10.1007/S11419-018-0421-1

Li, L., & Vlisides, P. E. (2016). Ketamine: 50 Years of Modulating the Mind. Frontiers in Human Neuroscience, 10(NOV2016). https://doi.org/10.3389/FNHUM.2016.00612

Luethi, D., Hoener, M. C., & Liechti, M. E. (2018). Effects of the new psychoactive substances diclofensine, diphenidine, and methoxphenidine on monoaminergic systems. European Journal of Pharmacology, 819, 242–247. https://doi.org/10.1016/J.EJPHAR.2017.12.012

Luethi, D., & Liechti, M. E. (2020). Designer drugs: mechanism of action and adverse effects. Archives of Toxicology, 94(4), 1085. https://doi.org/10.1007/S00204-020-02693-7

Luethi, D., Widmer, R., Trachsel, D., Hoener, M. C., & Liechti, M. E. (2019). Monoamine receptor interaction profiles of 4-aryl-substituted 2,5-dimethoxyphenethylamines (2C-BI derivatives). European Journal of Pharmacology, 855, 103–111. https://doi.org/10.1016/J.EJPHAR.2019.05.014

Newcomer, J. W., Farber, N. B., & Olney, J. W. (2000). NMDA receptor function, memory, and brain aging. Dialogues in Clinical Neuroscience, 2(3), 219. https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.3/JNEWCOMER

Roth, B. L., Gibbons, S., Arunotayanun, W., Huang, X.-P., Setola, V., Treble, R., & Iversen, L. (2013). The Ketamine Analogue Methoxetamine and 3- and 4-Methoxy Analogues of Phencyclidine Are High Affinity and Selective Ligands for the Glutamate NMDA Receptor. PLOS ONE, 8(3), e59334. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0059334

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

Wagmann, L., Richter, L. H. J., Kehl, T., Wack, F., Bergstrand, M. P., Brandt, S. D., Stratford, A., Maurer, H. H., & Meyer, M. R. (2019). In vitro metabolic fate of nine LSD-based new psychoactive substances and their analytical detectability in different urinary screening procedures. Analytical and Bioanalytical Chemistry 2019 411:19, 411(19), 4751–4763. https://doi.org/10.1007/S00216-018-1558-9

Wallach, J., Kang, H., Colestock, T., Morris, H., Bortolotto, Z. A., Collingridge, G. L., Lodge, D., Halberstadt, A. L., Brandt, S. D., & Adejare, A. (2016). Pharmacological Investigations of the Dissociative 'Legal Highs' Diphenidine, Methoxphenidine and Analogues. PLoS ONE, 11(6). https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0157021

Zanda, M. T., Fadda, P., Chiamulera, C., Fratta, W., & Fattore, L. (2016). Methoxetamine, a novel psychoactive substance with serious adverse pharmacological effects: A review of case reports and preclinical findings. Behavioural Pharmacology, 27(6), 489–496. https://doi.org/10.1097/FBP.0000000000000241

drogkutató intézet

MAGYAR DROGFIGYELŐ

A mexikói kábítószer-bűnözés sajátos világa 1. rész
- Összegzés –

Baráth Noémi Emőke

Bevezetés

A mexikói kábítószer-kereskedelem rendkívül jövedelmező, változatos üzletág. Három fő termék -a marihuána, a kokain és a heroin -előállítására és forgalmazására összpontosítva ez az iparág az illegális kábítószerek fő exportőre az Egyesült Államokba. Az USA-ban elfogyasztott drogok körülbelül kétharmada Mexikón keresztül érkezik. Korábban ezt tette ki az összes elfogyasztott kokain 70%-át, a heroin 20-30%-át, és az importált marihuána 80%-át (Andreas, 1998). Az összegzésünk azt tekinti át, hogy mi történt az elmúlt évtizedekben Mexikóban a kábítószerhez kapcsolódó kartellek világában.

Felipe Calderón Mexikó elnöke volt 2006 és 2012 közötti időszakban. Zászlójára tűzte a mexikói drogkartellek felszámolását, vagy legalábbis szerepüknek csökkentését. Ennek megvalósítását abban látták az ország vezetői, hogy a bűnszervezet első embereit a katonaság semlegesítette valamilyen módon. Ez a lépés nem várt hatással volt a drogkartellek világára. Pozícióüresedés miatt elindultak a hatalmi játszmák, hogy kik legyenek az új vezetők a drogkartellek élén, és széttöredezett az eddig ismert alvilági struktúra. Kialakult egy felaprózódott és „ismeretlen" világ. A drogkartellek tanulva az elődeik hibájából, nem finomkodtak és állandó készültségi állapotban voltak, még erőszakosabbá váltak, mint eddig voltak. A bandák az erejüket fitogtatták és nem kímélték a civileket sem. Horrorfilmbe illő kínzásokat alkalmaztak és áldozataik számos esetben egész családok voltak, ezzel is egyfajta példastatuálást mutatva, hogy velük nem érdemes ujjat húzni. Ciudad de Juárez például az egyik leveszélyesebb várossá vált a kartellek közötti háborúk miatt, ahol senki sem volt biztonságban.

Juárez-kartell

Az egyik legjelentősebb mexikói kartell volt a kilencvenes években. Érdekeltsége és tevékenysége Észak-Mexikó területén (Chihuahua, Coahuila állam és Durango és Sinaloa) érhető tetten. Kiemelkedő vezetője, Amado Carrillo Fuentes (az „egek ura"), aki 1990-1997 közötti időszakban helyezte el a térképre a szervezetet. A csúcs-időszakban több tízmilliós forgalmat bonyolítottak le heti szinten, és ebből az összegből 20-30 millió dollárt kellett visszacsorgatni a kolumbiai „partnereknek". Legfontosabb üzlettársuk Pablo Escobar Gaviria. Ők voltak az elsők, akik nagy teherszállító-gépeken hozták Kolumbiából Mexikóba a kokaint (origo) és kiterjesztették üzletüket Argentínába és Chilébe is. Nagy repülőflottája, 27 darab Boeing 727-es

repülőgépe volt, ezért is volt az „egek ura" a beceneve. A pénzmosást ingatlan-befektetésekben hajtották végre. A hatóságok figyelme elől a legújabb technológiák használatával tudtak sokáig háttérben maradni. A Juárez-kartell profiljába az emberrablások, emberkereskedelem, a kábítószer-kereskedelem, fegyverkereskedelem, embercsempészet és pénzmosás is megtalálható.

Múltja az 70-es 80-as évekig nyúlik vissza, amikor Rafael Aguilar Guajardo és Pablo Acosta Villarreal, az Ojinagai Róka (el Zorro de Ojinaga) megalapította a szervezetét Ciudad de Juárez városában. Tizenhét évvel később, 1987 áprilisában a drogbárót lelőtték. Az új vezető Aguilar Guajardo lett. A Guadalajara-kartell felbomlását által jött létre a Juárez-kartell, A Juárez a Guadalajara-kartell három ágra szakadása közül ez egyiket jelenti. A másik kettő a Sinaloa és a Tijuana, melyekről a cikksorozatunk további részeiben fogunk részletesen beszámolni.

A Juárez- kartell aranykora

Escobar halála után Fuentes lett az elsőszámú dél-amerikai drogbáró. Mi lehetett Fuentes titka? Escobarral ellentétben, kerülte a nyilvánosságot. Nem sajnálta a pénzt a hamis iratokra, és a híradásokba való bekerüléshez szükséges anyagokat megvásárolta.
További kulcs a sikeres drogbirodalom vezetéséhez, ha egy tábornok támogatását is élvezi a szervezet. Ebben az esetben José de Jesús Gutiérrez Rebollo tábornok biztosította a hátszelet a drogkartellnek. A tipikus katona jellemű tábornokot a külvilág úgy ismerte, mint egy nagyon kábítószer-ellenes személyt, akit még az Egyesült Államok is támogatott a drog ellen vívott „harcában". A drogbáró és a tábornok kapcsolatára egy vagyonosodási vizsgálat világított rá. A Juárez-kartell akkor lett a szervezett bűnözés vezető szervezete, amikor a mexikói korrupció jelensége mind politikai, mind társadalmi szinten egyre jobban elterjedt.

Az aranykor végét az 1997-es év jelentette. Ekkor tartóztatták le Rebollo tábornokot. Az amerikaiak, a DEA hajtóvadászatot indított Carilló ellen, aki Chillébe menekült és felvette a Jorge Torres nevet. Mivel egy dologhoz nagyon értett, így nem váltott. Chiléből Buenos Airesbe tette át székhelyét, végül Montevideóban kezdett régi-új életet. Tudását a drogbizniszben kamatoztatta, és az Európát kiszolgáló szintetikus drogok kereskedelmébe vetette bele magát. A drogbáró halálát végül 1997-ben egy plasztikai műtét utáni fájdalomcsillapító túladagolása okozta. A halála körül elindultak a találgatások, mivel volt, aki szerint a Chapo vezetéshez tartozó rivális kartell szervezte meg. Olyan hír is szárnyra kapott, hogy ez egy megrendezett halál volt és a valóságban nem is hunyt el Carillo, de ezt végül sikerült DNS-mintás vizsgálattal megcáfolni. A Juárez-kartell a vezetőjük elvesztését a műtétet végző orvos meggyilkolásával nyugtázták.

Élet Carillo után

Amado Carillo halálával a Juárez-kartell elveszítette vezető pozícióját a kábítószer-világban. A hatalmi harc megindult a Gulf és a Sinaloa-kartellek között, hogy ki veszi át a Ciudad de Juárezen keresztül folyó drogkereskedelem fölötti irányítást.

A Juárez-kartell vezetését Vicente és Rodolfo vették át, akik Amado testvérei voltak. A bandaháború a Sinaloa-kartell ellen azért indult, mert a Sinaloa-kartell nem volt hajlandó fizetni a Juárez-folyósó, a Ciudad de Juárezből - El Pasóba vezető csempészút használatáért és Rodolfo megölte a riválisbanda pár emberét. Ez a vámszedés rossz döntésnek bizonyult, mivel Guzmán Loera nem volt hajlandó fizeni. 2004 szeptemberében kivégezték Rodolfo Carillót és a feleségét. Válaszul a Juárez-kartell meggyilkoltatta Guzmán egyik testvérét.

A Juárez vezetője Vicente Carillo Fuentes lett, aki kiterjesztette teljesen a „biztonsági hálót" és minden meghatározó személyt lefizetett. A korrupció „áldozatai", a hivatalnokok, akik közül néhányan a kartell tagjai is lettek.

A szervezett bűnözés irányítása Guzmán Loera kezébe került, akinek Zambada Gracia (El MZ) támogatásával sikerült a Juárez-kartellt a drogszíntér szélére söpörni. 2009 áprilisában elfogták Amado Carrillo fiát, Vicente Carrillo Leyvát, a szervezet egyik vezetőjét, aki kényszerpihenőre kényszerült. A vezető Alberto Carrillo Fuentes, becenevén: „Betty a csúnya lány" vette át. Ő 2013-ig tevékenykedett, majd letartóztatták. A Juárez-kartell régi ereje és fénye meggyengült ugyan, de még ma is meghatározó szereplő mexikói drogháborúban.

Új időszámítás a Juárez-kartellben

A Juárez -kartell vezetője után Vicente Carrillo Fuentes Organization (VCFO) néven is ismert. Csak 2018-ban több mint 1200 emberölést követtek, ez volt az első alkalom, hogy több, mint 1000 gyilkosságot regisztrált 2011 óta, amikor a Juárez és a Sinaloa kartell zsákutcába került egy véres háborúban a stratégiai határváros (Ciudad Juárez környék) ellenőrzéséért. A kartell egy része La Línea néven ismert banda, amely az utcai szintű terítést és biztosítást végzi. Továbbá a Linces nevű csoportot is a kartell része, amelyet a hadsereg különleges haderőjének 80 dezertálója alkotja, akik a kartelltagok védelméért és a kábítószerek szállításáért felelősek.

2019 novemberében a Juárez-kartell La Línea-frakciójához kötik a határokon átnyúló mormon közösség, kilenc amerikai-mexikói kettős állampolgárának brutális mészárlását. A kivégzések rávilágítottak arra, hogy ezek az úgynevezett „mini hadseregek", vagy az olyan csoportok, mint a La Línea, amelyek Mexikó legjelentősebb kartelljeinek biztonsági kiszervezése keretében jöttek létre, kritikus szerepet játszottak a nagyobb csoportok

területének ellenőrzésében, és így a szervezett bűnözői hatalmuk is meghatározó.

A szövetséges és ellenséges kartellek
A Juárez-kartell szövetségesei között volt a Los Beltrán Leyva-kartell, a Laguna-kartell és a Los Boricuas.
Riválisnak számított a Sinaloa-kartell, és a Gulf-kartell. Leszámolásaihoz a Juárez-kartell partnerül hívta az Azteca Asesinos csapatát, és az előzőleg kábítószer elleni harcra kiképzett, később a drogkereskedelembe bekapcsolódó tagokból álló, la Linea-ra is számíthattak.

A pandémia hatása a drogháborúra
A nagy bandaháborúk évtizedek óta dúlnak Mexikó-szerte. Azt gondolhatnánk, hogy akár a fent ismertetett szervezetekre és annak konfliktusaira is hatással volt a COVID-19 járvány. A mexikói hatóságok kijárási tilalmat rendeltek el, ám ezzel nem érték el, hogy a szervezett bűnözői bandák is visszavegyenek az erőszak alkalmazásából.

Felhasznált források

Andreas, Peter (1998). The political economy of narco-corruption in Mexico" Current History. Apr. 1998.

Bowden, Charles Murder City: Ciudad Juarez and the Global Economy's New Killing Fields (New York: Nation Books, 2010) p. 27.

Phil Gunson (July 17, 1997). "This is the face of Amado Carrillo Fuentes". The Guardian. Archived from the original on June 2, 2010. Retrieved 2010-12-22.

https://en.wikipedia.org/wiki/Amado_Carrillo_Fuentes
https://insightcrime.org/mexico-organized-crime-news/juarez-cartel-profile/
https://index.hu/kulfold/2020/08/07/mexiko_kartellek_bandahaboru_bunozes/

MAGYAR DROGFIGYELŐ

Dupla szerepkör: kutató és szerhasználó egyszerre - avagy a droghasználó aktivisták kutatói tapasztalatai - Recenzió –

Baráth Noémi Emőke

Bevezetés

Az „International Journal of Drug Policy" tudományos folyóirat 2021 júliusi számában egy írás jelent meg „Mi vagyunk a kutatottak, a kutatók és a diszkontáltak: A droghasználó aktivisták kutatói tapasztalatai" (We are the researched, the researchers, and the discounted: The experiences of drug user activists as researchers) címmel.

Az International Journal of Drug Policy tudományos folyóirat kábítószer-fogyasztással és a drogpolitikával kapcsolatos globális kontextusban folyó aktuális kutatások, összegzések, viták és kritikai elemzések terjesztését feldolgozó tanulmányokat hivatott megjelentetni. Olyan írásokat kíván közzétenni, amelyek a pszichoaktív szerhasználat társadalmi, politikai, jogi és egészségügyi összefüggéseiről értekeznek, annak mind a törvényes, mind a tiltott oldaláról vizsgálva a jelenséget. A folyóirat szerkesztői olyan írásokat jelentetnek meg, amelyek a kábítószer-politika és a gyakorlat hatásait a kábítószer-fogyasztási magatartásra, valamint annak egészségügyi és társadalmi következményeit megvilágító témaköröket járnak köbe. A folyóirat teret kíván teremteni a világ minden táján kutató személy számára, hogy a kábítószerrel kapcsolatos kérdésekről tudományos igényességgel kifejtse nézetit, tapasztatait. A lap 4.444 impakt faktorral rendelkezik.

A szerzők között aktivisták szerepelnek. Valamennyien a „Metadon érdekképviseleti munkacsoport, városi túlélők szakszervezete" munkatársai. Caty Simon ezen kívül „Whose Corner is it Anyway" szerveződés vezetője. Ez a szervezet úgy definiálja magát, hogy ők kvázi hisznek a kölcsönös segítségnyújtásban, foglalkoznak ártalomcsökkentéssel és oktatási feladatokat is ellátnak. A szervezet minden tagja jelenlegi vagy volt alacsony jövedelmű szexmunkás. Minden tag stimulánsokat és/vagy opioidokat használ/használt, hajléktalan volt, vagy dolgozott/kint dolgozott. Sarah Brothers a Yale Egyetemen is dolgozik, a Szociológia Tanszéken. Knina Strichartz és Louise Vincent is a „North Carolina Survivors Unio" szervezethez is kötődik. Abby Coulter pedig „Medication Assisted Treatment Support & Awareness" munkatársa is.

A tanulmány, inkább „kommentár". Az Egyesült Államok nemzeti kábítószer-használók szakszervezete, a Urban Survivors Union aktivistái készítettek egy „kutatást". Azt vizsgálták, hogy a

COVID-19 járvány idején a laza SAMHSA irányelvek metadonklinikán történő elfogadásával kapcsolatban milyen eredmények születtek. Különösen az akadémiai kutatókkal folytatott interakcióikra összpontosítanak. Leírják azokat a kihívásokat, amelyekkel szembesültek. Ismertetik, hogy mit tettek annak érdekében, hogy megtartsák a döntési jogkört a kutatási kérdés, az adatok elemzése és értelmezése, valamint a terjesztés felett. Azt tapasztalták, hogy tudományos kutatókkal való együttműködésüket gyakran bonyolítják a hatalmi egyensúlyhiányok és a strukturális problémák. Tapasztalataik szerint, mint közvetlenül érintett emberek, még a közösségi alapú részvételi kutatási módszer (CBPR) is gyakran mellőzi őket. A kutatási megközelítésük azt mutatja be, hogy a folyamatuk hogyan haladja meg a CBPR módszerét azáltal, hogy közösségközpontú kutatássá (CDR) alakult át. Végül ennek a modellnek a népszerűsítése érdekében számos változtatást javasolnak a kutatási folyamattal kapcsolatban.

A hat oldalas tanulmány egy megjegyzéssel indul, mely szerint a drogokat használó személyek mozgalmainak aktivistái tartalomszakértőknek számítanak, és felkérik őket, hogy számos módon vegyenek részt a jelen írás alapjául szolgáló kutatásban. Úgy érzik, hogy ***a negatív sztereotípiák torzítják az akadémiai kutatók aktivistákkal való interakcióját.*** Hozzászoktak ahhoz, hogy kutatásaik alanypopulációjának tekintik őket, nem pedig együttműködőnek vagy saját jogú kutatónak. Bár az válaszadók életét olyan témák és események alakítják, amelyek sok kutatót érdekelnek, mint például a megbélyegzés, a fertőzésveszély, a bebörtönzés és a túladagolás. Igyekeznek megosztani szerhasználói tapasztalataikat ezekről a témákról a kutatókkal, akadémikusokkal. Bár sokan az aktivisták közül keményen dolgoznak azért, hogy egyetemre járjanak, nonprofit szervezeteket alapítsanak. Részt vesznek a helyi és nemzeti szinten szervező közösségekben, a drogokat használó és kábítószer-függő emberek helyzete elhomályosít minden más identitást. Ebben a cikkben a szerzők megosztják az olvasóval a kihívásaikat, mint olyan emberek, akik kábítószereket használnak, és olyan kutatásokat végeznek, amelyek segítik közösségeiket. Ilyen munkafolyamat volt a COVID-19-járvány idején a metadon-betegek kezelésével kapcsolatos tapasztalataik összegzése. Azokra a kérdésekre összpontosítottak, amelyek az akadémikusokkal, kutatókkal való együttműködésük során felmerültek, mint például a döntési jogkör megtartása a kutatási kérdések felett, az adatok elemzése, értelmezése és terjesztése kapcsán. Megvitatják a Közösség által irányított kutatás (CDR) elfogadását az említett problémáknak a kezelésére.

Az USU

A Városi Túlélők Szövetsége (USU) az Egyesült Államokban drogokat használó embereket képviselő nemzeti szakszervezet. Sokan közülük aktívan

intravénás szerhasználók, vagy van tapasztalatuk ezzel kapcsolatban. A tagságuk számos jelenlegi és volt szexmunkást is magában foglal. Heterogén csoportként definiálják magukat, akik a nemet, fajt, fogyatékosságot, valamint a társadalmi, gazdasági és oktatási tőkét tekintve a drogokat használó emberek körét képviselik. „Elkötelezettek vagyunk amellett, hogy alacsony küszöbű aktivitásunkba bevonjuk azokat a tagokat, akik lakhatási bizonytalanságot, mentális egészségi problémákat vagy „túlzott" kábítószer-használatot tapasztalnak. Mi vagyunk a szakértők - tudjuk, mi történik az utcáinkon és a drogunkkal"- olvasható a cikkben.

Veszélyek és veszteségek a pandémia időszaka alatt

A droghasználókra, mint immunhiányos emberekre már nagy egészségügyi veszélye van a HIV-nek, a hepatitis C-nek, a túladagolásnak is, amire a COVID 19 okozta pandémia tovább növelte a betegségek kockázatát. A COVID-19 válság idején a túladagolási válság folyamatosan súlyosbodott, és számos emberi életet követelt. „Figyeltük, ahogy barátaink, családtagjaink és szerelmeseink meghalnak körülöttünk"- foglalják össze tapasztalataikat az aktivisták. Évtizedek adatai azt mutatják, hogy a metadon-kezelés drasztikusan csökkenti a halálos kimenetelű túladagolási arányt az opioidfogyasztási zavarban szenvedőknél. Az Egyesült Államokban azonban nagy akadályok állnak a kezelés előtt az állami és szövetségi előírások, valamint az egyes klinikák szabályai miatt (Jaffe & O'Keeffe, 2003).

A járvány idején az „opioid agonista kezelés" (OAT) enyhített szövetségi iránymutatásai lehetőséget kínáltak az USU tagjainak, hogy éljenek a jogaikkal. 2020 márciusában a Szubsztancia-visszaélési és Mentális Egészségügyi Szolgáltatások Hivatala (SAMHSA) azt javasolta, hogy a metadonklinikák 28 napra vigyék a palackokat az adagjaikkal stabilizált betegeknek és 14 napra az otthoni palackokat a kevésbé stabilizált betegeknek (SAMHSA, 2020). A cikk további része részletesen taglalja a metadon kezelés részleteit. Így a sok metadon-beteg számára kínált választás között volt a COVID-19 okozta halál kockázata a zsúfolt létesítményekben történő adagolás vagy a túladagolás okozta halál kockázata miatt a kezelés abbahagyásával.

SAMHSA irányelvek

Az USU nyílt levelet írt az érdekelt feleknek a SAMSHA irányelvei köré szerveződve, amelyek lehetővé teszik a klinika részvételének csökkentését (Urban Survivors Union, 2020). Az volt a motivációjuk, hogy tudták, hogy sok klinika figyelmen kívül hagyta a lehetőséget, hogy növelje az otthoni adagokat és megvédje ezáltal a betegeket. A COVID-19 során további OAT-politikai reformot javasoltak a cikk szerzői. Szorgos munkába kezdtek és aláírásgyűjtést szerveztek, médiakampányokat indítottak. Bemutatták az OAT reformját a

Kaliforniai Népegészségügyi Minisztériumnak, és 250 néző regisztrált, hogy megnézze a metadonbetegeknek szóló első országos webináriumot, a „Takes a Pandemic to Get a home"-ot.

Kutatási kihívások

Számos akadémiai kutatót kerestek fel az aktivisták, hogy a fent vázolt jelenség vizsgálatára felhívják a figyelmüket, ám nem kaptak visszajelzéseket. Akik válaszoltak, azok nem igazán azt szerették volna kutatni, amit az USU aktivistái felkínáltak. Például, bár megkerestük őket a COVID-19 alatti metadon-betegek tapasztalatairól, a kutatók egy csoportja olyan projektet javasolt, amelynek egyáltalán semmi köze a metadonhoz, és nem is mutattak érdeklődést a kutatási kérdések kombinálása iránt. „Úgy tűnt, nem érdekli őket, hogy kutatásokat végezzenek a minket veszélyeztető kérdésekben. Ehelyett kitartóan arra kértek bennünket, hogy csatlakozzunk a meglévő kutatási projektjükhöz, még akkor is, ha azt mondtuk, hogy ez nem felel meg jelenlegi prioritásainknak." Az egyik USU tag arról számolt be, hogy számos esetben az egyetemek és hallgatóik, vagy akár a média egy tanulmány vagy cikk elkészítésében kértek segítséget, de cserébe nem ajánlottak fel semmilyen támogatást a szervezetnek. Az USU-hoz kapcsolódó szervezet úgy védi a tagjait, hogy külső kutató vagy újságíró nem vezethet projektet, így védve magukat az akadémikusokkal vagy újságírókkal kapcsolatos negatív tapasztalatoktól. Arra jöttek rá az aktivisták, hogy a bevont külsős kutatók által kiszorulnának az adatelemzésből, az eredmények értelmezéséből.

A szerzők így fogalmaznak: „Aggódtunk amiatt, hogy ha akadémiai kutatókkal partnerségben állunk, közösségeink soha nem részesülhetnek a munkánkból a járvány idején - tapasztalataink szerint a kutatók évekig eltarthatnak az eredmények közzétételével." Fontosnak tartották, hogy adatokat gyűjtsenek arról, hogy a klinikák nem tudják megvédeni a metadon betegeket a COVID-19 vírustól. A klinikákat próbálták sürgetni, hogy változtassanak a kezeléseken. Azonban kudarcot vallottak egy tudományos kutatási partnerség megszerzésében, és nem rendelkeztek pénzzel vagy tudással ahhoz, hogy tudományos kötődés nélkül folytathassák. Ezenkívül nem találtak egyértelmű útmutatást arra vonatkozóan, hogyan végezzék el magunk a kutatást.

Kutatás körülményei

A kutatást egy közösségépítésként fogták fel a cikk írói. Felmérést végeztek az USU tagok és társszervezetek bevonásával, hogy megértsék a metadon-kezelés változásait a COVID-19 alatt. A felmérési intézkedéseket közösen fejlesztették ki a metadon érdekképviseleti csoportjukban, közvetlenül a COVID-19 idején a klinikákon szerzett saját tapasztalataikra alapozva. Egy akadémiai kutató USU tag sok kérdést megfogalmazott, majd egy másik tag

átfogalmazta azokat az egyszerű nyelvre, amelyet általában a klinikai betegek körében beszélnek, így minden metadon-beteg számára értelmezhető volt a felmérés. A kérdőív kitöltése átlagosan 7 percet vett igénybe és pénzbeli fizetség nem járt a részvételért. A közösségi médián keresztül érték el a 450 anonim válaszadót. Terveik szerint csak az USU-tagok ismerték volna meg a kutatás eredményeit, ám később ezt az elhatározásukat megváltoztatták. A kutatás módszertana itt hagy némi kívánnivalót maga után. Etikai engedélyt szereztek az adatok másodelemzésére és tudományos cikkben való adatközlésre. A jövőben tervezik, hogy szerződést kötnek független bírálóbizottságokkal, hogy etikai jóváhagyást szerezhessenek kutatásaikhoz, és szeretnének saját kutatási projekteket vezetni. Továbbá a szerzők sérelmezik, hogy „amikor professzionális körökben haladunk, úgy érezzük, nem vagyunk képesek megőrizni identitásunk sokféleségét. Kizárólag kábítószert használó emberekként tüntetnek fel minket, nem pedig karrierünk és szakterületünk szempontjából." Meglátásuk szerint a szerhasználók és az akadémiai kutatók együttes kutatási terve alapján lehetne legjobban a vizsgálatokat megvalósítani. Kifejtik, hogy az akadémiai kutatóknak számos esetben nincs meg a megfelelő rálátásuk azokra a problémákra, amelyek kutatása által valóban változások érhetőek el egy szerhasználói közösség életében.

A közösségalapú részvételi kutatási módszer (CBPR)

A közösségi alapú részvételi kutatás (CBPR) más néven közösségközpontú kutatást, cselekvési kutatást, részvételi cselekvési kutatást, közösségi alapú cselekvési kutatást, betegközpontú részvételi kutatást jelent. A CBPR során részvételi módszereket alkalmaznak számos esetben betegek, nonprofit szervezetek, jogfosztott közösségek kutatásba bevonása során. A módszer kiindulópontja, hogy elismeri azokat az egyedülálló hozzáadott értékeket, amelyeket ezek az érintettek a problémák/kérdések azonosításához, a kutatás tervezéséhez, a kutatás lefolytatásához, az adatok elemzéséhez, értelmezéséhez és terjesztéséhez nyújtanak. Park (1993) szerint a CBPR feje tetejére állítja a hagyományos kutatási paradigmát. Hagyományosan az egyetemi intézmény fő kutatója határozza meg a kutatási kérdéseket, eszközöket, módszereket és beavatkozásokat, valamint az értékelt, dokumentált és terjesztett eredményeket; a CBPR azonban megosztja ezeknek a folyamatoknak a hatalmát és felelősségét a közösségi érdekeltekkel. A teljes körű közösségi elkötelezettséggel rendelkező CBPR közösségközpontú, és bevonja a közösségi érdekelt feleket a kutatási folyamat minden aspektusába, a kutatási menetrend meghatározásától és a kutatási kérdések meghatározásától az eredmények értelmezéséig és terjesztéséig, valamint szakpolitikai ajánlások megfogalmazásáig.

Közösségi vezérelt kutatás (CDR)

A közösségvezérelt kutatás (CDR) alatt a közösben élők és a kutatók közös kutatási módszerét kell érteni. Ez a módszer kiterjed a közösség által kezdeményezett kutatási kérdésekre, a vezetői kapacitás fejlesztésére, hogy a közösségi tagok hozzáférhessenek az anonimizált adatokhoz. Fontos, hogy döntéshozatali hatáskörrel rendelkezzenek a közösség számára releváns eredmények terjesztésének gyorsasága és módja felett. Az akadémiai kutatóknak proaktív módon kell fellépniük, hogy közvetítsék a hatalmi egyensúlytalanságot közöttük és a szervezeteket közvetlenül érintő emberek között.

A közösség által vezérelt kutatásokra vonatkozó ajánlásaik összefoglalása

Közösségi vezérelt kutatást (CDR) folytattak, túlhaladva a CBPR-n.

-A kutatásnak ki kell terjednie a közösség által kezdeményezett kutatási kérdésekre.

-Az alulról szerveződő szervezeteknek teljes körű partnerként kell részt venniük a közösségek tudományos kutatásában.

-A sérülékeny csoportokkal dolgozó tudományos kutatókat ki kell képezni a CDR alkalmazására.

-A kutatási támogatási javaslatoknak megfelelő készpénzfizetéseket kell tartalmazniuk a közvetlenül érintett résztvevőknek.

-A közvetlenül érintett személyeknek elsőbbséget kell biztosítani az alacsony küszöbű munkakörökben.

-Alacsony akadályokkal rendelkező akkreditációt és képzést kell biztosítani a közvetlenül érintett személyeknek.

-A közzétett kutatási eredményeknek szabadon hozzáférhetőnek kell lenniük a közösségi kutatás résztvevői számára.

- A kutatási projektek azonnali előnyökkel járnak a közösség számára.

- Az intézményi felülvizsgálati testületeknek fel kell hatalmazniuk és védeniük kell az alanyokat.

- A közösségi felülvizsgálati testületeket etikai jóváhagyási döntési jogkörrel kell felruházni.

Az ismertetett kutatási módszer során a kutató elfogulatlansága a kutatott témával kapcsolatban komoly aggályokba ütközik, annak ellenére, hogy olyan információkat lehet megismerni azáltal, ha a kutató is érintett a vizsgálat témájában!

Felhasznált források

Minkler M, Blackwell AG, Thompson M, Tamir H. Community-based participatory research: implications for public health funding. *Am J Pub Health*. 2003; **93**(8): 1210–1213.

C. Simon, S. Brothers, K. Strichartz et al., We are the researched, the researchers, and the discounted: The experiences of drug user activists as researchers, International Journal of Drug Policy, https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103364

Park P. *Voices of Change: Participatory Research in the United States and Canada*. Bergin & Garvey; 1993.