

A szerhasználati zavarok (függőség) multifaktoriális etiológiája

Multifactorial etiology of substances disorders (addiction)

Erdős Ákos¹

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 pusztá 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 Közszoigálati Egyetem (NKE); PhD. hallgató, NKE

Rendészettudományi Doktori Iskola,
addiktológiai konzultáns
e-mail: erdos.akos@uni-nke.hu

MAGYAR DROGFIGYELŐ

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 (Möse & 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 előbbieik kialakulásában is a már ismertetett biológiai, pszichológiai és szociokulturális tényezők egymást erősítő hatásai játszik 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.

MAGYAR DROGFIGYELŐ

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; – kortárs csoport 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 presztízsvesztéssel, 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.

MAGYAR DROGFIGYELŐ

Magyarországon az 1960-as évektől a '90-es évek elejéig ezzel együtt egy zsákutcs modernizáció, illetve a rendszerváltozás sokkhullámai következtében ún. krónikus epidemiológiai válság is kialakult, amelyben a férfiak – elsősorban középkorúak – életkilátásai romlottak, a nők 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 praktikusán 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 szenvedélybetegségtől mentes családokban (Bodrogi, 2011).

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

MAGYAR DROGFIGYELŐ

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 (Greza & 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, pszichopatológias 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. Különböző pszichoaktív szerek használatának zavaráról tehát többek között akkor beszélhetünk, ha droghasználattal összefüggésben, illetve amellet 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 esetismertetéssel 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 mélyinterjú technikával alkalmazásával rögzítettük. Kemény István a „mélyinterjút” úgy

MAGYAR DROGFIGYELŐ

definiálta, mint egy előre megtervezett, bizonyos adott kérdésekre kötelezően választ váró beszélgetést, amely a személyiség mélyrétegéig hatol, és olyasmint 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 keresztnéve megismerhetővé váljon.

Esetismertetés

Gyula 64 éves, nő, 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

MAGYAR DROGFIGYELŐ

vasúti tiszt volt. Vasutas. Főtiszt, ilyen magas rangú. Édesanyám adminisztrátor.” Szüleikhez 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 anyagyermek 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 koszt pénzt, 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 szívinfarktuszban 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

MAGYAR DROGFIGYELŐ

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 intenzifikálódása 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

MAGYAR DROGFIGYELŐ

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 azonban 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 aranytojáshoz tojót 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 egykori 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 művészcsoporthoz tagjai nyomán került sor a marihuána kipróbálására.

Az ország akkori társadalmi, politikai berendezkedése, a nyugati országokkal szembeni zárkózottsága nagyban nehezítette a kábítószer 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 híré 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 túlادagolni, 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

MAGYAR DROGFIGYELŐ

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 túladagolások tünetek, rosszulletek, 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 rendszerességgű 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.”

MAGYAR DROGFIGYELŐ

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

MAGYAR DROGFIGYELŐ

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 szerhasználatához kapcsolódó érdekből történik (Kassai et al., 2016). A droghasználat társas leválasztó hatását megfigyelhetjük az esetismertetésben szereplő interjúalanyánál 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,

MAGYAR DROGFIGYELŐ

hogyan 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 pusztán 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, Sótónyi P, Rihmer Z Appleby L. (2009) Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. BMC Psychiatry, 9(1), 45.

Åmark, C (1951) A study in alcoholism: clinical socialpsychiatric and genetic investigations. Acta Psychiatrica 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.

MAGYAR DROGFIGYELŐ

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

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

Greza 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.): Elhúzódo 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-

MAGYAR DROGFIGYELŐ

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 használatával összefüggő kórképek kezeléséről. *Egészségügyi Közlöny*, 3, 502.

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

OAI, Országos Addiktológiai Intézet (2008c): Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az opiát használatával 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

MAGYAR DROGFIGYELŐ

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., Børghlum, 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 idős korig* (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



MAGYAR DROGFIGYELŐ

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.