

4. Drogbűnözés

Kováts Daniella

A világ egyik legnagyobb problémája a kábítószer-kereskedelemmel összefüggésben megjelenő bűncselekmények sora. Erről a kérdésről a szervezett bűnözés kapcsán írunk majd. Itt a droggal elsősorban mint szenvedélybetegséget előidéző anyaggal foglalkozunk, amivel mintegy előkészítjük az imént említett későbbi fejezetet, és érthetővé tesszük azt, hogy miért válhat a drog ilyen hatalmas problémává. Az egész problémakör megértése érdekében először a kábítószer-fogyasztás és -kereskedelem jogi oldalát kell nagyon röviden bemutatnunk.

4.1. A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények jogi szabályozásáról

A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények sora felöleli a kábítószer-kereskedelmet, -birtoklást, kóros szenvedélykeltést, a kábítószer készítésének elősegítését és az új pszichoaktív anyagokkal történő visszaélést.

A kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények köre és a kapcsolódó elkövetői magatartások, valamint azok pszichológiai háttere rendkívül sokoldalú. Másképp elemezhető az elkövetői magatartás az egyes tényállásoknak megfelelően. A kábítószer-kereskedelem a kábítószer kínálását, átadását, forgalomba hozatalát, a kereskedését és a szükséges anyagi háttér megteremtését foglalja magában. A kábítószer-birtoklás a termesztést, előállítását, megszerzést, tartást, az ország területére történő behozatalt, kivitelt és átszállítást öleli fel. A kábítószer-fogyasztás a csekély mennyiség megszerzésére vonatkozó büntetési tétellel megegyezően fogalmazódik meg. Itt a szakértői véleményeknek különösen fontos szerep jut, hiszen a büntetőeljárású útról való elterelés eseteit és feltételeit kell mérlegelni, mint a büntethetőséget megszüntető okot. A kóros szenvedélykeltés, ha egy nagykorú személy egy kiskorút kábítószer vagy annak ugyan nem minősülő, de kábító hatású szer bevételére, élvezetére rábír.

A büntetési tétel kiszabását nagymértékben meghatározza a kábítószer mennyisége, a bünszövegség megléte, ha közfeladatot ellátó személy az érintett elkövető, vagy ha felnőttkorú személy bír rá kábítószer használatára kiskorút. A kábítószer mennyiségét a Btk. részletesen szabályozza. A kábítószer-kereskedelem esetében az elkövetői magatartások megítélésében szigorúbb fellépés alakult ki. A bíróságnak lehetősége van a büntetés kiszabása során, hogy értékelje a terhelt esetleges szenvedélybetegségét (Nemzeti Drog Fókuszcsoport 2016).

A kábítószer-használat közvetetten kapcsolódik a közúti balesetekhez is. A rendőrség 2015-ös adatai szerint Magyarországon 155 közúti baleset során mért vér- és vizeletminta alapján került sor igazságügyi toxikológiai vizsgálatra. E mintából 96 esetben volt pozitív a vezetési képességre hátrányosan ható kábítószer-használat (Nemzeti Drog Fókuszcsoport 2016).

A kábítószerrel összefüggő halálesetek száma Magyarországon az új pszichoaktív anyagok megjelenése előtt (2010) leginkább az opiáthasználattal, a heroin fogyasztásával függött össze. Ennek oka leginkább a heroin tisztaságának változékonyságával volt magyarázható. Egy tisztább (töményebb) drog halált okozhat annál, aki kevésbé tisztához szokott hozzá, így akaratlanul túladagolja magát.

2010 után megnövekedett a metadonnal kapcsolatos halálesetek száma, valamint az új pszichoaktív szerek megjelenésével az elhunytak mintái is igazolják, hogy e szerek is halált okozhatnak. A legismertebb anyagok között a mefedront, az MDPV-t, a pentedront és a 4-MEC-et említhetjük. Érdekes, hogy egy-egy használati trend lekövethető a leggyakoribb halálokok alakulásában is, így például 2015-ben a pentedron, az alpha-PVP és az alpha-PPH jelent meg a mintákban (Nemzeti Drog Fókuszcsoport 2016).

4.2. Szenvedélybetegségek, drogfogyasztás és a drogbűnözés pszichológiai tényezői

A szenvedélybetegségek közé sorolt drogfüggőség alapja, hogy a pszichoaktív, szenvedélykeltő anyagok *túlzó vagy tartós bevitele* alakul ki. A szenvedély kialakulása egy állandó, ellenállhatatlan sóvárgáshoz, késztetéshez vezet, amely mindenáron a szer fogyasztására motiválja a személyt, és ez a késztetés minden más gondolatot, törekvést és szándékot maga alá gyűr (TRINGER 1999).

A drogfüggőség mentális zavar, amely pszichikai és testi tünetekkel jár. A betegek jellegzetes énvédő (pszichés elhárító) mechanizmusa a tagadás, nem ismerik el, hogy segítségre szorulnak, úgy gondolják, bármikor abba tudják hagyni a szerhasználatot, ez csak az akaratuk kérdése. A szenvedélybetegek életvitele megváltozik, nem képesek többet hosszú távú terveket készíteni és ezek szerint cselekedni. Rövid távú szükségleti igényük, amely a szer beszerzésére fókuszál és a sóvárgás kielégítésére szűkül be, minden más célt másodlagossá tesz. A szenvedélyhez kapcsolódó dolgok és értékek lesznek meghatározók, korábbi kötődéseik és kapcsolataik átalakulnak, kommunikációjuk rugalmatlanná válik, sematikusan, az elvárásoknak megfelelő mondatokkal kommunikálnak. A szenvedélybetegségükkel kapcsolatos gondolatok, érzelmek és énrészek megszólíthatatlanok. E jelenség alapja a már fent említett tagadás mint énvédő mechanizmus. Ezt a komplex jelenséget szenvedélytabunak is hívjuk.

A drogfüggőség gyakran együtt jár más mentális megbetegedésekkel, ami legtöbbször a hangulatzavarokat és a személyiségzavarokat érinti (TRINGER 1999).

A „kábitószeres” három fő típusa

A drogokat legcélszerűbb fő hatásuk alapján osztályozni. Vannak drogok, amelyek nyugtatnak vagy kábítanak; ilyenek a szorongásoldók, altatók, szerves oldószeres, ópium, heroin stb. Ezek nyugtató hatása eltérő. Egy szorongásoldó a nyugtalanságot oldja ki az emberből, a herointól mély, bódult álomba merül. Más drogok élénkítenek. Az utóbbiak közé tartozik a dohány (nikotin), a kávé (koffein), a marihuána és az úgynevezett pszichostimulánsok (amfetamin, kokain, ritalin stb.). Az élénkítés a koncentrációképesség mérsékelt fokozásától (nikotin, koffein) a testi és lelki energiák

szélsőséges felszabadításáig terjedhet (például kokain). Vannak végül drogok, amelyek látomásokat (hallucinációkat) idéznek elő. Ezek tipikus példái a hallucinogének (például az LSD). Minden drog besorolható e három fő típus valamelyikébe. A fő hatások mellett megjelennek „második” hatások is (például nagy dózisban a marihuána hallucinációkat idéz elő), ugyanakkor a drogélmény még rokon vegyületeknél sem teljesen egyforma. A pszichostimuláns ecstasy például empatikussá és szociálissá tesz, ami az ugyancsak pszichostimuláns amfetaminnak nem sajátja. A részleges átfedések és egyedi sajátosságok ellenére a három fő osztály – a nyugtatók, élénkítők és hallucinogének – jól megkülönböztethetők egymástól.

A vegyi szerkezeten alapuló osztályozási rendszerek bonyolultak, egyrészt mert vegyszeti háttérismeretek szükségesek a megértésükhöz, másrészt mert ugyanazt a fő hatást vegyileg nagyon különböző anyagok is előidézhetik. Ennek részleteibe itt nem érdemes belemennünk. A hatásmechanizmus szerinti osztályozás sem jobb ennél; a hasonló hatásokat előidéző drogok hatásmechanizmusa nem teljesen azonos, míg a hasonló hatású kábítószer mechanizmusa eltérő lehet. A marihuána például – nagyobb dózisban – ugyanúgy hallucinációkat idéz elő, mint az LSD, bár az előbbi egy nem túl régóta felfedezett idegrendszeri jelenségen, a GABA- és glutamát-jelátvitelt befolyásoló retrográd (visszafelé irányuló) szignálokra keresztül hat, míg az LSD az anterográd (előre irányuló) szerotonin-jelátvitelt befolyásolja.

A legegyszerűbb osztályozási rendszerek – mint például a DSM-5 – a leggyakrabban használt drogokat írja le, és ezeken belül hoz létre csoportokat, kombinálva a fő hatás és a hatásmechanizmus elemeit. Így az élénkítő koffein önmaga alkot egy osztályt, míg az ugyancsak élénkítő pszichostimulánsok közösen alkotnak egy másikat.

4.2.1. Kábítószer típusai és hatásmechanizmusaik

A kábítószereket csoportosíthatjuk a legalitásuk alapján és farmakológiai szempontból.

A függő személy magatartását leginkább a szer farmakológiai jellemzői, hatásmechanizmusuk fogja meghatározni. Hatásmechanizmus alapján a kábítószer 5 nagy csoportba sorolható, bár egyes szereknek vannak átfedések (COMER 2000):

- szerves oldószerek (orvosi és kereskedelmi célra használt illóanyagok);
- pszichostimulánsok (amfetamin és származékai, kokain);
- hallucinogének (LSD, PCP);
- thc-származékok (marihuána);
- nyugtató szerek (altatók és nyugtatók, benzodiazepinek és barbiturátok, valamint a fájdalomcsillapítók: ópium, morfium, heroin és az alkohol).

A DSM-5 a drogokat 10 különböző csoportba sorolja:

- alkohol;
- koffein;
- kannabisz;
- hallucinogének;
- szerves oldószerek, inhalálók;
- opioidok;
- nyugtatók, szorongásoldó szerek;
- stimulánsok;

- dohány/nikotin;
- egyéb vagy ismeretlen anyagok.

A kábítószereket e szerint a csoportosítás szerint mutatjuk be alább részletesen.

A Misuse of Drugs Act 1971-es törvény a drogokat az okozott tünetek súlyossága szerint három csoportba sorolja, ezt az osztályozást a Police Foundation 2000-ben megreformálta a következő módon (NEWBURN 2017).

5. táblázat

A kábítószeres hatáserősség szerinti osztályozása

Osztály	Osztályhoz tartozó kábítószeres
A	kokain, heroin, metadon, opiátok tiszta formája, amfetamin injektálható formája, alkohol
B	amfetaminok (nem injektált), barbiturátok, buprenorfin, ecstasy és ecstasytípusú drogok, LSD, dohány
C	kannabinol és kannabinolszármazékok, benzodiazepinek és kannabisz

Forrás: NEWBURN 2017 alapján a szerző szerkesztése

4.2.2. Új szintetikus drogok a drogpiacon

A kannabisz mellett elsődlegesen feltűntek a rekreációs szerhasználók körében a szintetikus kannabinoidok, a stimulánsok között pedig a designerstimulánsok: a katinonok, illetve újfajta amfetaminszármazékok. A kannabinoidok között a JWH, a Fubinaca, a Pinaca és a Chimnaca, míg a stimulánsok között a mefedron mellett az MDPV, a pentedron, az alpha-PVP és a alpha-PHP (Nemzeti Drog Fókuszcsoport 2016). A kábítószeresek közül csak az illegális drogokkal foglalkozunk részletesen, így a dohány- és kávéfogyasztás részletesebb ismertetésére nem kerül sor.

4.3. Kik fogyasztanak, és milyen drogot Magyarországon?

Magyarországon Paksi és szerzőtársai kutatása (PAKSI et al. 2018) alapján a 18–65 éves népességben minden tizedik (9,9%), a 18–34 éves fiatal felnőtt populációban minden ötödik (17,7%) személy használt, fogyasztott már valamilyen tiltott szert. A felnőtt korosztályban a marihuánát és a hasist próbálták a legtöbben (7,4%), és emellett kimagasló arányban (4%) az ecstasy került még előtérbe. E szereket jelentősen lemaradva követik az amfetamin- (1,7%) és a designerstimulánsok (1,3%); ez a sorrend hasonlóan alakult a fiatal korosztályban is.

A szerhasználat alakulásában különböző tendenciákra figyelhetünk fel, hangsúlyozza Paksi (PAKSI et al. 2018).

2011-től 2015-ig növekedett minden drog használatának életprevalenciája (azoknak aránya, akik életük során valamikor használtak drogot), ugyanakkor ez 2015-ben megfordult; a marihuána fogyasztása például 32,5%-os csökkenést mutatott. Emellett megjelentek

a szintetikus kannabinoidok, de szerváltás nem történt, mert mindegyik drog prevalenciája a 2011-es eredményekhez képest csökkent.

Az intravénás szerhasználatban 2010 előtt a tűcsereprogram tagjai heroint vagy amfetamint injektáltak, 2015-ben 80%-a a használóknak valamilyen új pszichoaktív szert alkalmazott, amelynek hatása gyengébbnek mutatkozott, így a gyakoribb injektálás volt jellemző.

A kannabiszhasználat kiemelkedése miatt Paksi és munkatársai vizsgálatuk során (PAKSI et al. 2018) a társadalmi mutatók mentén szignifikáns különbségeket találtak. A fiatal felnőttek (18–34 éves) körében a kannabiszhasználat életprevalencia-értéke több mint háromszorosa az idősebb korosztályban (18–64 éves) mért értéknek. Az 50 ezer fős vagy nagyobb településen élők körében több mint kétszeres az életprevalencia-érték, mint a kisebb településeken, és hasonló különbség mutatkozik főváros-vidék viszonylatban is. A nemek kapcsán a férfiak életprevalencia-értéke szignifikánsan meghaladja a nőkéét, és az iskolai végzettség, valamint a háztartás jövedelme alapján a magasabb státuszúak mutatnak nagyobb kitétséget (Nemzeti Drog Fókuszcsoport 2016).

Az első kannabiszhasználat a felnőtt vizsgálati csoport alapján átlagosan 20 évesen történt, 15 és 20 év között intenzív, 27 éves kor után pedig a vizsgálat eredményei alapján nem tapasztalható. A szintetikus kannabinoidok használata hasonlóan alakul a kannabiszhasználókhoz, de a legfiatalabb korosztály (18–24 éves) érintettsége itt szignifikánsan magasabb. A férfiak életprevalencia-értéke négyszeresen haladja meg a nőkéét, de az urbanizációs mintázódás nem jellemző. A szintetikus kannabinoidok első fogyasztása átlagosan 18, leggyakrabban 17 évesen történt (Nemzeti Drog Fókuszcsoport 2016).

A másik leggyakrabban használt kábítószer az ecstasy, amely a stimulánsok, azaz a serkentő hatásmechanizmusú drogok csoportjába tartozik. A stimulánsok használata alakulása Magyarországon úgy néz ki, hogy a legelterjedtebb drog e csoportból az ecstasy (4%), amelyet az amfetamin (1,7%), a kokain (1,1%), a mefedron (0,6%) és végül a crack (0,4%) követ. A fiatal felnőttek körében a sorrend hasonlóan alakult, de az életprevalencia-értékek aránya kétszeres volt (Nemzeti Drog Fókuszcsoport 2016).

„Míg 2010-ben a tűcsérébe járó intravénás szerhasználóknak kevesebb mint 8%-a használt designerstimulánsokat, addig 2015-ben már 80%-uknak volt ez az elsődlegesen injektált szere.

A domináns, intravénásan használt designerstimuláns 2010-ben a mefedron, 2011-ben az MDPV volt, 2012 óta pedig a »pentakristály« utcai elnevezésű szer áll az első helyen. A designerstimulánsok között 2014-ben és 2015-ben valamelyest csökkent a pentakristály részesedése az előző évhez képest, ennek ellenére még mindig ez a legelterjedtebb ilyen típusú szer. A 2013-ban még épp csak megjelenő utcai elnevezésű »zene« 2014-ben és 2015-ben a második leggyakrabban injektált új pszichoaktív szerré lépett elő” (Nemzeti Drog Fókuszcsoport 2016, 38–39.).

Végül a heroin- és opiáthasználatot kiemelve e kutatási eredmények alapján elmondhatjuk, hogy a normál népességben az opiátok használata nagyon ritka. „Az összesített életprevalencia-érték 0,7%, a heroiné 0,5%, az egyéb opiátoké 0,6%” (Nemzeti Drog Fókuszcsoport 2016, 46). Az opiátok használata a korábbi évek összehasonlító kutatásainak eredményei alapján nem változott. A heroin vonatkozásában Magyarország korábbi célország szerepe folyamatosan megváltozott, az ORFK 2015-ben mint tranzitországot emlegeti hazánkat az európai piacon.

4.4. Szenvedélybetegségek kialakulásának okai

4.4.1. *Biokémiai okok*

Alapvetően az idegrendszer ingerületfelfogó sejtrendszerére, az úgynevezett receptorrendszerre hatnak a drogok, ami kialakítja a biológiai függőséget. Az adott növényben található anyagok hasonlítanak az idegsejtek közötti jelátvivő anyagokhoz, így nagy koncentrációban az idegrendszert különböző válaszokra készíthetik. Vannak olyan szerek, amelyek az idegrendszer éberségét befolyásolják, mások a gátló hatásokat erősítik, vagy éppen valamilyen hallucinációt vagy víziót okoznak.

A tartós szerhasználat felfogható az agyat ért toxikus, mérgező állapotként, amely nem teszi lehetővé az egyensúly helyreállítását, így a tartós droghasználat az agyban szerkezeti változásokat indít el. Az agy úgy kezd el működni, hogy a drog jelenlétét bekalkulálja a működésébe.

Az agy jutalomközpontjának stimulálása a pszichés függőség alapját jelenti. E kettő következménye a szervezet toleranciájának kialakulása, ami azt jelenti, hogy a szervezetbe egyre nagyobb dózis bejuttatása szükséges ugyanazon állapot eléréséhez. Vagyis a drog megvonása esetén, már a drog hatására átalakult agyi szerkezet nem lesz képes az alkalmazkodásra, és az agyműködés felborul. A hiánytünetek erősödnek, és megjelenik a sóvárgás a szer után. A megvonási tünetek erőssége, a függőség ereje függ az alkalmazott drogtól (KOVÁTS 2004).

4.4.2. *Pszichológiai okok*

Az eufória állapota és a hiánytünetek csökkenése szerhasználat esetén pozitív megerősítésként jelentkezik, ami a további szerhasználat gyakoriságát növeli. A szer fogyasztása során a konfliktusok okozta negatív, kellemetlen állapot javul. Az énképpel kapcsolatos zavarokban létező feszültségek, kételyek eltompulnak (KOVÁTS 2004).

A pszichológiai okok között kiemelhető:

- korai érzelmi sérülés (túlóvás, depriváció);
- kapcsolatzavar;
- szélsőséges önértékelés;
- önképzavar;
- fejletlen énvédő és megküzdő mechanizmusok;
- válsághelyzetben menekülés vagy düh.

4.4.3. *Szociális okok*

A rossz szociális helyzetű személyek körében gyakoribb a szerhasználat (SES státusz). Ezenkívül férfiaknál és orvosoknál magasabb arány volt megfigyelhető a kutatásokban. A szerhasználó fiatalok és személyek egy csoportként kialakítják saját érték- és normarendjüket, saját szubkultúrájukat, amelyhez kapcsolódnak, szeretnek odatartozni. A terápiák sikeressége attól is függ, mennyire sikerül a beteg elszakítása korábbi környezetétől (KOVÁTS 2004).

A szociológiai okok között említhetjük még (ÜRMÖSNÉ SIMON 2018):

- addikciós (drogfüggéssel kapcsolatos) családi minták;
- addikciós szubkultúra;
- ambivalens társadalmi beállítódás;
- a szabályozó intézmények (iskola, család, egészségügy, szociális háló) fejletlensége;
- hagyományozódó kulturális-történeti minták.

Érdekes megvizsgálni általánosságban a szerhasználati mintázatokat, amelyek nemcsak a szerek függvényében, hanem azok intenzitásától és a használat módjától is függnének. Demetrovics a kutatásában a következő szerhasználati mintázatokat különböztette meg (DEMETROVICS 2009):

- kísérletező: 10-nél kevesebb alkalommal történik droghasználat, leginkább kíváncsiságból;
- szociális-rekreációs használat: szórakozáshoz, társakkal történő kikapcsolódáshoz köthető;
- szituációs használat: stresszkezelés végett, feszültségcsökkentés céljából, „öngyógyító” jelleggel;
- intenzifikált használat: hosszú időn át történő szerhasználat elhúzódó problémák megoldása végett, a fogyasztó a helyét és szerepét a társadalomban megtartja;
- kényszeres használat: testi és lelki függőség jellemzi, szociális szerepei nem megtartottak.

A szerhasználat során tapasztalható jelenségek a DSM-5 szerint:

- kontrollvesztés;
- társas alkalmazkodás képtelensége;
- rizikós szerhasználat;
- farmakológiai kritériumok.

A kontrollt veszített szerhasználatot jellemzi, hogy tartósabb és nagyobb mennyiségű szerbevitelre kerül sor, mint az eredetileg történt. A szerhasználó sikertelen a szerhasználat kontrollálásában. A szerhasználat és a megszerzésével kapcsolatos idő megnő, és a legsúlyosabb esetben a beteg egész napját kitölti a drogok beszerzése. Erős sóvárgás jelenik meg a drog jelenlétében vagy abban a környezetben, ahol a droghasználat történt. Ez utóbbi mechanizmus kialakulásában a klasszikus kondicionálásnak mint tanulási folyamatnak jelentős szerepe van, valamint az agy jutalmazó központjainak. A sürgető vágy mértéke jelzésértékű a kezelések során, hiszen mutatja a visszaesés lehetőségének mértékét.

A társas alkalmazkodás képtelensége a szerhasználat során leginkább a szociális kötelezettségek elhanyagolásában, elmulasztásában érhető tetten; ez rengeteg társas konfliktust és problémát von maga után. A személy társas viszonyulásai megváltoznak: elsődlegesen a szerhasználat köré csoportosuló barátokat preferálja, családi viszonyait elhanyagolja.

A rizikós szerhasználat kialakulása arról szól, hogy a drogok káros következményei ellenére a személy tartós bevitelre kész, ismeri a fizikális és pszichológiai problémákat, ennek ellenére folytatja a szerhasználatot. Ez utóbbi jellemző kulcsfontosságú a kezelési tervek alakításában.

A szerfüggőség kialakulásának *farmakológiai kritériumai*:

- *tolerancia kialakulása*: jelentős mennyiségű dózisznövelésre van szükség ugyanazon hatás eléréséhez, vagy ugyanannyi mennyiség bevétele csak kis hatással bír. A tolerancia milyensége egyénileg és a bevitt szer hatására változhat (először lerészegedő ember több mérgezéses tünetet mutathat);
- *megvonási tünetek*: a szer tartós bevétele esetén, a drog megvonásakor tünetek jelentkeznek, amelyek csökkentésére a szerhasználó az újabb adag bevitelével próbálkozik. A megvonás élettani jelei nagyjából hasonlóak az alkohol, az opioidok, a nyugtatók, a dohányzás és a szorongásoldó szerek esetében, kevésbé erősek a kanabisz, a hipnotikumok és az amfetaminok esetében.

A függőség tévesen diagnosztizált, ha a tolerancia és a megvonási tünetek kialakulása kontrollált orvosi kezeléshez kötött, ugyanis az opioid fájdalomcsillapítók, a nyugtatók és a stimulánsok esetén is kialakulhatnak ezek a tünetek. Ugyanakkor, ha a vényköteles gyógyszereket nem megfelelően használják fel, és ez egy kényszeres, drogkereső magatartással jellemezhető, akkor függőségről beszélhetünk.

A DSM-5 a szerfüggőséget enyhe, közepes és súlyos szintekre bontja: enyhe mértékű függőség esetén 2–3 tünet jelenlétéről, közepes erősség esetén 4–5 tünetről, és a legsúlyosabb esetben 6–7 tünetről beszélhetünk. A szerfüggőség súlyossága idővel változhat, amit leginkább az alkalmazás gyakorisága és a dózis mértéke határoz meg.

A függőségek kialakulásában jellemző viselkedés a ciklikusság. A viselkedés megjelenését megelőzően a feszültség növekszik, majd a végrehajtás után egyfajta kielégülés áll be (DEMETROVICS 2009).

Az anyag által kiváltott rendellenességek spektruma széles, tartalmazza az intoxikáció állapotát, a megvonási tüneteket és az anyag indukálta mentális rendellenességeket is (kábitószer által kiváltott pszichózisok).

Az anyagmérgezés kritériumai: az elsődleges pszichológiai és viselkedési tünetek (az agresszió, a hangulati labilitás és a megítélés gyengesége) alapvetően a beszedett anyag központi idegrendszerre történő hatásából ered közvetlenül a szer bevétele után; ezek nem magyarázhatók más mentális rendellenességgel. Az intoxikáció állapota olyan személyeknél is kialakulhat, akik nem droghasználók, hanem egyszeri bevételi helyzetben fogyasztottak valamilyen kábitószert.

A mérgezéses állapot DSM-5 szerinti legjellemzőbb tünetei:

- percepció és az éberség zavarai;
- figyelem- és gondolati zavarok, az ítélkezés zavara;
- a pszichomotoros viselkedés megváltozása;
- az interperszonális viselkedés átalakulása;

A rövid vagy krónikus mérgezés különböző tüneteket mutathat, például egy közepes szintű kokainfüggő esetében az akut intoxikáció erősíti a csoport felé fordulást, míg a krónikus használat során kialakul a szociális visszahúzóds.

A mérgezéses tünetektől el kell különíteni a megvonási tüneteket, amelyek tartós szerhasználat esetén alakulnak ki, és összefüggésben állnak a szer következtében kialakuló

szöveti és szervezeti változásokkal. A megvonási tünetek a szer megvonásakor vagy csökkentésekor előálló fiziológiai, kognitív és viselkedéses változások. A megvonási tünetek sürgető ereje újbóli bevitelre kényszeríti a személyt (DSM-5).

A megvonási tünetek lehetnek fiziológiai (testi) megvonási tünetek és pszichés (lelki) megvonási tünetek is. Nem minden drog használatakor alakulnak ki testi megvonási tünetek. A lelki megvonási tüneteket pedig jellemzi a leszokási kísérletek sorozatos kudarca, valamint különböző lelki problémák megjelenése (DEMETROVICS 2009).

Az anyag vagy gyógyszer okozta mentális rendellenességek kialakulását valamilyen szerhasználat idézi elő, vagy akár gyógyszerek bizonyos kombinációi. A zavar kialakulása egy hónapon belül köthető intoxikációhoz, megvonási tünehez vagy valamilyen új szer beviteléhez. Az érintett anyag képes akár mentális zavar kialakítására is, és nem magyarázza valamilyen más független mentális zavar megléte. Valamint a zavar kialakulása jelentős megbetegedést okoz a szociális és foglalkozási funkcionálás területén is.

Minél *nyugtatóbb hatású* egy anyag (alkohol, nyugtató- és altatószerek), annál erősebben jelenik meg a depresszió az intoxikáció alatt, míg a szorongás megjelenése ezeknél az anyagoknál a megvonáshoz lesz köthető. A *stimulánsok* (az amfetaminok és a kokain) esetében szorongásos zavarok és a pszichotikus zavarok jelennek meg intoxikált személyeknél, míg az anyag megvonásakor találkozhatunk inkább a depresszív állapotokkal. Mind a két csoport esetében előfordulnak alvási és szexuális zavarok, valamint pszichotikus zavarok is előfordulhatnak, főleg kardiovaszkuláris és szteroidalapú gyógyszerhasználat esetén (DSM-5).

A drogélmény

A DSM-5 drogleírásai bizonyos értelemben félrevezetők, mert orvosi szempontból közelítik meg a problémát. Nem kétséges, hogy a drog jelentős orvosi és hatalmas társadalmi probléma. Hiba lenne azonban azt képzelni, hogy a drogfogyasztó azokkal a negatív tünetekkel szembesül, amelyek a DSM-5-ben szerepelnek.

A lakonikus *eufória* kifejezés ugyanis egy igen erőteljes és pozitív élményt takar. Egy közelmúltbeli európai tanulmány – amely 600 ezer fiatalot vizsgált – arra a következtetésre jutott, hogy a fiatalokat éppen ez az élmény vonzza. Bár előfordul, hogy az elsöprő többség *nem* „búfelejtőnek” használja a drogot, hanem kalandot és szórakozást keres, vagy csak egyszerűen kíváncsi az élményre. A pszichostimulánsoktól a használója vidám, erős, magabiztos lesz, és hajnalig bírja a táncot; a marihuánától minden megszépül körülötte, a hallucinogénektől kaleidoszkópszerű látomásai támadnak, tudata kitágul, és úgy érzi, transzcendens tudás birtokába jut, az ópiumtól földöntúli nyugodt és boldog álomba merül stb.

Előfordul, hogy a drogos rosszul választja meg a dózist, és az élvezet rémálomba fordul, ha pedig drogfüggővé válik, tönkreteszi életét és szervezetét. A drog azonban hatalmas élményt nyújt. Ha ezt nem ismerjük el, a preventív előadások a fiatalok szemében hiteltelenné válnak, és elmulasztjuk azt a lehetőséget, hogy megértsük a drogfogyasztót.

4.5. A drogfogyasztás specifikumai a használt szerek függvényében

4.5.1. Szerves oldószerek

Ezek szénhidrogén-származékokat különböző töménységben tartalmazó, orvosi (érzéstenítők, gázok, ér- és hörgőtágító gyógyszerek, denaturált szesz) vagy kereskedelmi célra (benzin, ragasztók, lakkok, oldószerek, folttisztítók, hajtóanyagok) készített illóanyagok. A szipózó fiatalok (12–17 éves korosztály) legtöbbször ragasztót, cipőfényezőt, benzint, szórófestékeket használnak. A legveszélyeztetettebb korosztály a serdülőké, ritkábban fordul elő 12 éves kor alatt, felnőtt- és időskorban. Az anyagok belélegzésével az alkoholéhoz hasonló hatás váltódik ki (PÉTER 2003).

Az inhalálás következtében kialakuló mérgezéses tünetek: álmoság, szédülés, járásbizonytalanság, elkent beszéd, letargia, pszichomotoros retardáció (meglassult reflexek), remegés, izomgyengeség, homályos látás, eufória vagy esetenként ingerlékenység és nyugtalanság. Súlyosabb idegrendszeri érintettség esetén illúziók, hallucinációk és téveszmék is felléphetnek, valamint kialakulhat stupor vagy kómas állapot (DSM-5). Légzésdepressziót, szív-, máj-, csontvelő- és vesekárosodást, delíriumot, demenciát okozhatnak.

A hosszabb ideje tartó szipózás esetén az antiszociális személyiségjegyek, a depressziós hangulatváltozások és az emlékezőképesség zavarai felerősödhetnek. A szerfüggő személyek gyakran öngyilkossági kísérleteket hajtanak végre (PÉTER 2003). A krónikus használat során szerfüggővé válik a szipózó, néhányan pedig meghalnak a szipózás okozta balesetekben vagy az úgynevezett hirtelen megjelenő szipózás okozta fulladásos halál (*sudden sniffing death*) beállásával. Az első használat során is bekövetkezhet a hirtelen halál, ez nem dózisfüggő, és legtöbbször szívritmuszavar következtében áll be. Emellett a halálesetek bekövetkezése a légzés leállása, fulladás (hányás miatt) vagy baleset, sérülés következtében történik.

A szénhidrogének használatát elősegíti, hogy könnyen és legálisan szerezhetők be. Környezeti rizikótényezőként említhető a rossz családi miliő, az elszenvedett pszichés traumák, az esetleges szerhasználat a családtagok részéről. Emellett a fiataloknál megjelenő viselkedészavarok rizikótényezőként szolgálnak a korai szerhasználat irányába, és a többféle anyag egyszeri használata felé. A rossz szociális helyzetű hajléktalan gyerekek körében is fokozott a „legolcsóbb” drogok alkalmazása.

Az inhalánsok használóinak szeme véreres, kezükön, szájukon, ruházatukon egyértelműen fellelhetők a szer használatának nyomai. Érdemes a környezetet is feltérképezni, hiszen a segítségnyújtásnál fontos lehet a szer pontos megnevezése, amelynek meghatározásában a használt anyagra utaló címkék, palackok és tubusok segíthetnek. Heveny mérgezés esetén legfontosabb a légutak szabaddá tétele, a hánytatás elkerülése aspiráció veszélye miatt! Érdemes stabil oldalfekvő helyzetbe tenni az illetőt. Ugyanakkor a direkt kontaktust kerülni kell, kesztyűhasználat szükséges, és a szájból orrba történő lélegeztetés tilos! A mentő kihívása az esetek zömében szükséges (KOVÁTS 2004).

4.5.2. Opiátok

Az opiátok a testi fájdalmak csillapítása mellett *nyugtató, szorongásoldó és euforizáló* hatást is kifejtenek. Az opiátok az érzelmek kontrollálásában, az agresszió, az indulati élet és a szexuális vágyak csillapításában is szerepet játszhatnak. Az opiátok használata a nárcisztikus és a borderline személyiségzavarban szenvedőknél a leggyakoribb. Borderline személyeknél az interperszonális viszonyok alakulására jellemző a szélsőségeség, az idealizálás és a devalválás, valamint a kapcsolaton belüli határproblémák, vagyis nehezen találják meg a közelség és távolság mentén a megfelelő viszonyulást. Gondolkodásukat a szélsőséges megközelítések jellemzik, valaki vagy teljesen jó, vagy rossz, attól függően, hogy a borderline személy hogyan értelmezi a társ viselkedési reakcióit. Ez a diszharmónia, instabilitás és bizonytalanság a borderline embereknél önvád, depresszív gondolatokba fordulhat, ami egyenesen vezethet a droghasználat és leginkább az opiáthasználat irányába.

Az opiáthasználat mögött a genetikai tényezőket leginkább az impulzivitás és az újdonságkeresés temperamentumtényezőiben kell keresni. A környezeti rizikófaktorok között a rossz szociális státusz, a szer elérhetősége meghatározó. Az ópium elnevezései az utcai használatban: caps, horse, hop, teve, junk és satellite. A morfium elnevezései: morphy, morfina, morf, cube. A heroin utcai elnevezései pedig: boy, smoke, brown sugar, thing, smack és caballo (ÜRMÖSNÉ SIMON 2018).

Az opioid használatából kialakuló toxikus tünetek a DSM-5 szerint a következők:

- klinikailag jelentős problémás viselkedés vagy pszichológiai állapotváltozás (eufória, apátia, hangulatváltozások, pszichomotoros izgatottság vagy gátlás, döntésképtelenség);
- pupilláris összehúzódás;
- álmoság vagy kóma;
- elmosódott beszéd;
- a figyelem vagy a memória romlása;
- a környezeti tényezők figyelmen kívül hagyása.

A vizelettoxikológiai vizsgálatok a beadást követő 12–36 órában képesek jelezni az opioidok (a heroin, a morfin, a kodein és oxikodon) jelenlétét. De specifikusabb tesztek szükségesek a metadon, buprenorfin/naloxon esetében.

Az injekált opioid használata miatt fontos a hepatitis A-, B- és C-vírus tesztelése, a tüdőgyulladás, valamint a HIV-fertőzések ellenőrzése. Az opioidot használóknál ezért jelentősek a tűcsereprogramok, amelyek ellenőrzött körülményeket teremtenek a droghasználóknak.

Az opioidhasználóknál emellett hangsúlyozott az öngyilkossági késztetések kialakulása, a közös rizikótényezők átfedettsége. Az opioidhasználatnál véletlen és szándékos túladagolás is bekövetkezhet.

A *funkcionális károsodások* között megemlíthető a nyálkahártya-váladék hiánya, szárazságot okozva a szájban és az orrban is. A gyomor- és bélrendszer működésének lelassulása miatt székrekedés alakulhat ki, a látásélesség romlik. Az injekciók miatt az ereket a használók váltogatják, így a szétlőtt karon található vénák helyett a lábakon, a nyakon és az ágyékon belüli erekbe történik a szer bejuttatása. A szexuális működésben férfiaknál

potenciaproblémák, nőknél szabálytalan menstruációs ciklusok léphetnek fel. Az opiáthasználóknál bekövetkező halálesetek oka legtöbbször: túladagolás, balesetek, sérülések, AIDS vagy más egészségügyi szövődmények. De gyakori a kábítószer megszerzése következtében kialakuló fizikai, agresszív cselekmények sora is, amelynek egészségügyi következményei is vannak. Az opiáthasználó terhes anyák esetében pedig magzati károsodás következhet be, amely az újszülött csecsemőknél is drogfüggést indukál, és orvosi kezelést igényel (DSM-5).

Az opioidok megvonásakor a következő tünetek megjelenése jellemző:

- diszfórikus hangulat;
- hányinger, hányás;
- izomfájdalom;
- könnyezés vagy orrfolyás;
- pupilláris tágulás;
- hasmenés;
- ásítás;
- láz;
- álmatlanság.

E tünetek megjelenése egészségügyileg jelentős állapotváltozást jelent, amely kihat a beteg szociális életére, társadalmi működésére. A megvonási tünetek az utolsó adag bevétele után 6–12 órával jelennek meg. Az akut megvonási tünetek az első három napban a legerősebbek, majd 5–7 nap elteltével csökkennek. A kevésbé akut tünetek hetekig és hónapokig is eltarthatnak.

Az opioidhasználók között *társuló betegségként* megjelenik más anyagoktól való szerfüggés (alkoholizmus, dohányzás és más kábítószer használata), valamint a hangulat-zavarok. Az alvászavar leginkább elvonási tünetként jelenik meg. Gyakoribb az *antiszociális személyiségzavar és a poszttraumatikus stresszavar* előfordulása, valamint gyerekkorban a magatartási zavarok jelenléte.

4.5.3. Stimulánsok

A stimulánsok egy részét alkalmazták a gyógyászatban (Benzedrin, Aktedron), és voltak olyan stimulánsok is, amelyek alkalmazására soha nem került sor ilyen területen (MDA, MDMA). Stimulánsok alkalmazása során fellépő mérgezéses tünetek a DSM-5 szerint:

- klinikailag jelentős problémás viselkedés vagy pszichológiai változás (eufória, a szociabilitás változása, hiperéberség, interperszonális érzékenység, szorongás, feszültség vagy harag, sztereotip viselkedések, az ítélőképeség megváltozása);
- szívdobogás, magasabb vagy alacsonyabb vérnyomás;
- pupilláris tágulás;
- izzadás vagy hidegrázás;
- hányinger, hányás;
- fogyás;
- pszichomotoros izgatottság vagy gátlás;
- izomgyengeség, légzési depresszió, mellkasi fájdalom, szívritmuszavarok;
- zavartság, rohamok, disztónia, kóma.

Stimuláns használatának megvonásakor keletkező tünetek a DSM-5 alapján:

- diszfórikus hangulat;
- fáradtság;
- élénk, kellemetlen álmok;
- álmatlanság vagy hiperszomnia;
- megnövekedett étvágy;
- pszichomotoros retardáció vagy agitáció.

E tünetek klinikailag jelentős állapotváltozásokat okoznak, amelyek károsodást váltanak ki a szociális és foglalkozási területeken (DSM-5).

Amfetamin és származékai

Az amfetamin vagy az amfetamintípusú stimulánsok szerkezetileg különböznek, de hasonló hatásmechanizmusú szerek. Általában orálisan vagy intravénásan juttatják a szervezetbe, a metamfetamint esetenként az orrjáraton keresztül. Az egyik legismertebb és leginkább elterjedt stimuláns az amfetamin és származékai, amelyeket kezdetben olyan emberek használtak, akik valamilyen extrém fizikai igénybevételnek voltak kitéve. Az amfetamin-származékok elnevezései az utcai használatban a következők: designer drogok, Adam, Eve, Bennies, Black Beauties, Black Mollies, crossroad, double cross, speed, pep pills, uppers, wake-ups (ÜRMÖSNÉ SIMON 2018).

Pszichostimulánsok akut központi idegrendszeri hatásai a DSM-5 szerint a következők:

- izgatottság, ingerlékenység;
- remegés – görcsök – halál (légzésbénulás) – keringési elégtelenség;
- szédülés;
- zavartság – konfúzió;
- hallucináció;
- pupilláris tágulás;
- láz;
- izzadás;
- szájszárazság;
- hasmenés;
- szapora szívverés (szívdobogás) – szívritmuszavarok – szívhalál;
- magas vérnyomás – agyvérzés;
- érszűkület – magzatkárosodás – koraszülés.

Az akut hatás lejártakor:

- sóvárgás, diszfória, anhedónia;
- szorongás;
- étvágytalanság;
- álmatlanság;
- kimerültség, a szellemi teljesítmény romlása;
- depresszió – öngyilkosság;
- hallucináció – téveszmék.

Krónikus használatnál a pánikrohamok és az ismétlődő „begyulladások” az érzelmi labilitást teljessé teszik, a depresszió, az agresszív megnyilvánulások, az alvászavarok állandósulnak. Az étvágytalanság következtében a személy testsúlya is jelentősen változhat.

A krónikus használat során fellépő ismétlődő szorongások és pánikrohamok miatt a személyek gyakran egyéb szorongásoldó gyógyszerekhez nyúlnak, ami újabb gyógyszer-függőség kialakulásához vezethet (PÉTER 2003).

Elvonáskor a beteg hangulatában a depresszió állandóvá válik, ingerlékeny, fáradékony lesz, ugyanakkor alvászavarai miatt képtelen pihenni. Az amfetaminhoz történő hozzászokás gyorsan kialakul, és drámai viselkedésváltozás jön létre, amely szociális elszigeteltséggel, agresszív viselkedéssel és szexuális zavarokkal jár. Az elvonás tünetei általában egy hét alatt feloldódnak. A rövid felezési idejű, amfetamintípusú serkentők 1–3 napig kimutathatók a vizeletből, legfeljebb 4 napig az adagolás és a lebontás függvényében. A hajminták viszont akár 90 napig használhatók. Emellett az egyéb mérhető egészségügyi és fizikai paraméterek is árulkodók lehetnek: így a fogyás, a rossz táplálkozás, a rossz higiénia.

Kokain

Az amfetaminokhoz hasonló hatásmechanizmusú szer a kokain. Ennek fogyasztása sokféle formában történhet (kokalevelek, kokain-hidroklorid, kokainalkaloidok vagy szabad bázisú formája a crack révén). E különböző formák különböző tisztaságú anyagokat jelentenek, amelyek potenciálja is különböző. A kokain alternatív elnevezése igen változatos az utcai használatban: blow, flake, girl, lady, nose candy, heaven dust, paradise, rock, angel dust, snow, white (ÜRMÖSNÉ SIMON 2018).

A kokaint az orrjáraton keresztül vagy intravénásan adagolják. A függőség kokain esetében gyorsan, ismételt használattal alakul ki. Az amfetamin hosszabb hatásmechanizmusú, mint a kokain, így azt naponta kevesebbszer elegendő fogyasztani. Agresszív vagy erőszakos viselkedés a nagy dózisú szerhasználat esetén bekövetkezik: pánik és szorongásos tünetek, paranoid téveszmék és pszichotikus epizódok állhatnak az agresszív kitörések hátterében (TRINGER 1999).

A kokainhasználó felismerése, az egyszeri, akut hatások három szakaszra bonthatók tünettaniilag:

- *Izgalmi fázis (kick):* euforikus állapot, fokozott aktivitás, beszédkésztetés, a gát-lások csökkenése és kitágult éntudat jellemzi. Kokainhasználat esetén a pupillák jól láthatóan kitágulnak. Csökkent vegetatív működés jellemző, vagyis csökkent éhségérzet és alvási-gyén.
- *Érzéksalódások megjelenése (rausch):* hallucinációk és víziók megjelenése, pszichotikus állapot kialakulása.
- *Depressziós fázis:* a kokain hatásának múlásával fokozott lehangoltság, szorongás jelenik meg, amely elviselhetetlen, így újbóli anyaghasználat-hoz vezet.

A gyakori használók körében hallucinációk, érzéksalódások és paranoid pszichózis kialakulásával kell számolni. Szippantóknál az orrnyálkahártya sorvadása, az orrsövény átfürödése következhet be. A kokainhasználók orra állandóan eldugult a szer okozta nyálkahártya-duzzanatoktól. A kokainhasználat mellett gyakori az epilepsziás rohamok

megjelenése is. A fogyasztó halálát többnyire légzési, vérkeringési szövődmények okozák (TRINGER 1999).

A kokain megvonása esetén jelentkező tünetek:

- hangulatzavar;
- fáradtság;
- rossz közérzet;
- mozgásos meglassultság;
- fokozott étvágy.

Kisebb adagok használata mellett a megvonási tünetek 18–24 óra alatt megszűnnek. Függőség esetén egy hétig is eltarthatnak. *Az amfetamin és a kokain a neurotranszmitterek közül dopaminfelszabadulást okoz.* Intravénásan adva hatásának kifejlődése különösen gyors: „rush” másodperceken belül. Ezért a kokain megerősítő, eufóriát és addikciót okozó hatása a legerősebb. A kokain egyszeri használat esetén is 1–3 napig kimutatható a vizeletből, és 7–12 napig lehet jelen nagy dózisok alkalmazásával.

Ecstasy

A szintetikus drogok közé tartozó ecstasy összetételében nagyon változatos, hallucinációkat is okozó szer. Az ecstasy akut hatásai:

- eufória;
- hiperaktivitás, fokozott testi és szellemi teljesítőképesség (érzése);
- jobb koncentrációs készség;
- az érzékek „élesebbek”;
- megváltozott időélmény;
- fokozott emocionalitás;
- fokozott empátia érzése;
- szociabilitás, az „ego” beolvad a szociális környezetbe;
- fokozott introspekció érzete.

Ecstasy vagy egyéb stimuláns szedésére kell gondolni, ha valakinél a következő, DSM-5 szerinti tünetek észlelhetők:

- szokatlanul tágak a pupillák;
- izomzata, arckifejezése, tekintete „merev”;
- izgatott, felhangolt (nyilvánvaló ok nélkül);
- réveteg, nehéz vele kommunikálni;
- izzadt, arca kipirult;
- lehelete aromás szagú;
- ajkai szárazak, sokat iszik, gyakran megy wc-re;
- pulzusa szapora;
- vérnyomása magas;
- nyilvánvaló ok nélkül lázas;
- kezei nyirkosak, remegnek;
- ok nélkül görcsöl, összeesik (előtte esetleg órákig fáradhatatlanul táncol).

Összefoglalva elmondható, hogy a stimulánsok használata mögött gyakran találunk *társuló zavarokat*, így bipoláris zavart, skizofréniát, antiszociális személyiségzavart, poszttraumatisztikus stresszbetegséget, gyermekek esetében magatartászavart, hiperaktivitást vagy fokozott impulzivitást. A környezeti rizikótényezők közül a prenatális és posztnatális szülői kokainhasználatot, az erőszakos családi mintákat, fiatal nők esetében pedig a bizonytalan családi környezet, az otthontalanság és a dílerekkel való kapcsolat emelhető ki.

A stimulánsokat használóknál *különböző egészségügyi állapotok* léphetnek fel: nyálkahártya-irritációk, vérzések, légzési problémák (tüdőgyulladás, köhögés). A befecskendezések miatt az alkaron a vénáknál szúrásnyomok vannak. A fecskendőhasználat és a felelőtlen szexuális élet a szexuális fertőzések kialakulásához vezet (HIV, hepatitis). Testsúlycsökkenés és alultápláltság jellemző. Stimulánsmérgezéses tünetek esetén mellkasi fájdalom, szívritmuszavar, erős szívdobogás és esetenként szívinfarktus is megjelenhet. Az idegrendszerben fokozódik a görcskészség, így rohamok alakulhatnak ki, de a hirtelen halál oka akár agyvérzés is lehet. A szerhasználat következtében gyakoribbak az erőszakos, agresszív cselekmények, a lopás, a prostitúció és maga a drogkereskedelem, amely szükséges a szerhasználó számára, hogy a következő adagot biztosítsa. A közúti balesetek és az egyéb traumatikus történések előfordulása is gyakori.

A metamfetamint használók körében gyakori a neurokognitív károsodás, valamint specifikusan a „meth mouth” jelenség, amely arra utal, hogy gyakoribb a fogszuvasodás, a szájsebek kialakulása az intoxikáció miatt. A sürgősségi osztályokat legtöbbször a mentális tünetek, a sérülések, a bőrfertőzések és a fogászati problémák miatt keresik fel. A stimulánshasználat gyakran előfordul más szerhasználati zavarokkal együtt. A kokainhasználók gyakran fogyasztanak alkoholt, míg az amfetaminhasználatot sokszor a kannabisz kíséri.

4.5.4. Hallucinogének

A hallucinogének a *dopamin* mellett a *serotonin* felszabadulását is módosítják. A hallucinációk kialakulása mögött nemcsak kábítószer-használat állhat, hanem más betegségek és okok is. Ezek a DSM-5 alapján a következők lehetnek:

- magas láz (például tifusz, malária);
- mérgezések (például gombamérgezés);
- bizonyos gyógyszerek (például bromidok);
- kábítószeres (hallucinogének, pszichostimulánsok);
- kábítószer-megvonás (alkohol: delirium tremens);
- skizofrénia (főleg akut fázis);
- epilepszia (a rohamot megelőző aura során);
- organikus agyi sérülések (főleg a temporális lebeny sérülésekor).

Hallucinogén hatású szerek:

- pszichomimetikumok = pszichodelikumok = pszichotogének: LSD, meszkalin, psilocibin stb.;
- disszociatív altatók: ketamin és PCP;
- marihuána/hasis/THC;
- szerves oldószerek.

A hallucinogének használatának akut tünetei:

- illúziók, illetve hallucinációk;
- a figyelem erősen romlik;
- a tudat elhomályosodik;
- a tér- és időbeli tájékozódás romlik;
- a pszichomotoros reakciók (például vezetés) lassulnak (ez és a fenti hatások gyakran vezetnek balesetekhez);
- „flashback” (a legtöbbször félelmet okozó hallucinációk jó idővel a szedés után visszatérnek);
- félelem, szorongás, pánik;
- aszociális magatartás, hasznos tevékenység elhanyagolása;
- gyakori balesetek (autóbalesetek, „repülés a mélybe”);
- zavart, helyzethez nem illő viselkedés;
- depresszió, öngyilkosság.

A DSM-5 szerint akkor gondolhatunk arra, hogy valaki hallucinogén hatása alatt áll, ha

- nyugtalan, izgatott, de mintha mégis kábult lenne;
- társaira nem figyel, de mintha valami másra nagyon is figyelne;
- a hozzá intézet szavakat mintha nem értené, nem hallaná;
- helyzethez nem illő, inadekvát viselkedés;
- pupillája gyakran tág, arca kipirult;
- szeme kivörösödött;
- mozdulatai tétovák, remeg;
- láthatóan szorong (de nem alkoholszagú és nem tántorog.)

LSD (lizergsav-dietilamid)

Prototipikus hallucinogén, amelynek hozzászokást okozó, addiktív hatása gyenge, de egy időben (az 1960-as években, a vietnámi háború éveiben) sokan szedték. *Kapudrogként* egy meghatározó állomása lehet a szerhasználónak a kemény drogok irányába. Az LSD használata sokszor a balesetek háttértényezői között van. Az LSD alternatív elnevezései az utcai használatban: acid, paper acid, California, lila köd, window panes (ÜRMÖSNÉ SIMON 2018).

Hoffman az LSD-vel kísérletezve, 250 mg elfogyasztása után a következőt írta naplójába (HOFFMANN 2006): „Körülöttem az arcok groteszk maszkoknak látszottak, [...] a fejem és a végtagjaim elnehezedtek, mintha ólom lett volna bennük... úgy tűnt, mintha önmagamot külső szemlélőként figyelném... üvöltöztem, mint egy félőrült...”

Az LSD hatásmechanizmusában indirekt úton dopaminfelszabadulást (is) okoz. Az LSD akut pszichés hatásai a DSM-5 szerint:

- eufória;
- illúzió: színes, bizarr, néha ijesztő hallucinációk;
- a propriocepció és kineztezia is zavart: a beteg térben egyre rosszabbul tájékozódik, a mélységet nem észleli, testsúlyát nem érzékeli, ezért úgy érzi, mintha lebegne, saját testét elhagyja, önmagát kívülről figyel (spectator ego);
- az illúziók és hallucinációk a fokozott alkotóképesség érzetét keltik.

Akut hatások:

- az érzékelésczavarok (a mélyérzékelés elvész) balesetekhez vezetnek (az illető kilép a 10. emeleti erkélyről, mert a mélységet nem érzékeli);
- a memória romlik, a gondolkodás lassul, az ítélőképesség romlik;
- a hallucinációk szorongást, félelmet, pánikot keltenek;
- ennek folytán a fogyasztó ellenséges, esetleg agresszív;
- a vivid, bizarr, ijesztő hallucinációk téves eszmékhez, skizofréniaszerű állapothoz vezetnek;
- szimpatikus izgalom: tachikardia, vérnyomás-emelkedés, láz, tremor.

Elhúzódo hatások:

- „flashback”: a hallucinációk hosszú idővel a fogyasztás után visszatérnek, és rémületet keltenek a betegben;
- szorongás;
- anergia, depresszió, öngyilkossági készlettség;
- ritkán skizofréniaszerű pszichózis (a hallucináció keltette téves eszmék folytán);
- kromoszómakárosodás.

A PCP (phencyclidin) és ketamin

A PCP használata alapvetően az 1970-es években kezdődött a hippis szubkultúra megjelenésével, leginkább az Amerikai Egyesült Államokban. A PCP eufóriát okoz, mániászerű felhangolt állapotot, de a sóvárgás enyhe, a pszichés függés nem túl erős. A hallucinációk alapvetően az LSD okozta vizuális hallucinációkhoz hasonlók. A PCP alternatív utcai elnevezései változatosak: peace pill, kristály, super grass, angel powder (ÜRMÖSNÉ SIMON 2018).

Orvosilag hasznosítható tulajdonsága, hogy a fájdalomigerekre a fogyasztó – főleg ketamin- – használat esetén nem reagál. A PCP használata során kialakuló akut mérgezéses tünetek:

- dezorientáció;
- zavart hallucinációk;
- téveszmék;
- katatónszerű szindrómák;
- kóma.

A mérgezéses tünetek órákig tarthatnak, attól függően, hogy más szerhasználat előfordult-e.

4.5.5. Kannabisz

A Cannabis növénynemzetség néhány fájának leveleit úgy „fogyasztják”, mint a dohányt: pipában vagy cigarettában. Ritkábban ételízeserbe keverve vagy melegítve és párologtatva inhalálható. A THC-tartalom fajtafüggő: 1%-tól 15%-ig terjed a növényekben, és körülbelül 10–20% van a hasisban. A kannabisz hagyományosan az első olyan anyag a serdülők körében, amelyet a dohányzás és az alkoholfogyasztás mellett kipróbálnak. A kannabiszhaszná-

lat kevésbé okoz viselkedési és kognitív problémákat, mint az alkohol, ezért fogyasztására nehezebb figyelni. 15 éves kor előtt megjelenő kannabiszhasználat előjele a későbbi szenvedélybetegségeknek, valamint a társuló mentális zavaroknak, leggyakrabban a hangulat- (11%) és a szorongásos zavaroknak (24%), a személyiségzavarok közül pedig az antiszociális személyiségzavarnak (30%), a rögeszmés-kényszeres (19%), a paranoid zavarnak (18%). A rizikótényezők közül a gyermekkorban megjelenő magatartászavarok és antiszociális személyiségzavar előre jelzi a szerhasználat kialakulásának kockázatát. A környezeti tényezők közül az iskolai sikertelenségek, a korai dohányzás, az instabil családi élet, az abuzáló családi környezet, a rossz SES-státusz és a családtagok szerhasználat, valamint a kannabisz beszerezhetősége említhető. Az utcai szlengben a marihuána elnevezései a következők: fű, zöld, Queen Mary, Joint, Joe, bomber, Lady Mary Jane.

A marihuána „kellemes” hatásai:

- eufória;
- szorongás oldódása;
- bódulat;
- „érdekes”, szokatlan szenzoros élmények, hallucinációk, „fantasztikus” színek és hangok „észlelése”;
- marihuánafogyasztás után az érzékek színesebbek;
- a marihuána hallucinációt okoz, de nem mindig összefüggő „értelmes” képeket.

A marihuána és származékainak lehetséges gyógyászati alkalmazásai a hányáscsillapítás, fájdalomcsillapítás, illetve a belső szemnyomás csökkentése.

A marihuána akut mentális mellékhatásai (DEMETROVICS 2009):

- a figyelem és a koncentrációs készség romlik;
- a memória romlik;
- a reflexidő megnyúlik;
- a pszichomotoros funkciók (például járművezetés) jelentősen romlanak;
- mindenfajta szellemimunka-teljesítmény romlik;
- a szer okozta hallucinációk a fokozott alkotókészség hamis illúzióját keltik;
- a proszociális, célirányos tevékenység csökken, kapcsolati problémák alakulhatnak ki, és motiválatlanság, érdektelenség bizonyos tevékenységek iránt.

A tartós marihuánafogyasztás pszichés és testi szövődményei:

- megvonási tünetek, sóvárgás;
- függőség kialakulása – út a keményebb drogokhoz;
- szorongás, pánikrohamok;
- a memória tartós romlása;
- depresszió, öngyilkosság;
- a pszichózisok gyakoribbak;
- paranoia, üldöztetési téveszmék;
- a szellemi teljesítmény általános romlása;
- magzatkárosodás (kisebb születési súly, kisebb fejkörfogat, szellemi retardáció) és gyakoribb torzszülés;
- gyakoribb légúti megbetegedések (idült hörghurut, légúti daganatok);
- gyakoribbak a balesetek;

- az immunfunkciók romlása, gyakoribb fertőző betegségek;
- a hímivarsejtek érését befolyásolja.

A marihuána megvonásának tünetei:

- izgatottság, harag vagy agresszió;
- idegesség vagy szorongás;
- alvási nehézségek;
- csökkent étvágy vagy fogyás;
- nyugtalanság;
- depressziós hangulat;
- egyéb tünetek: hasi fájdalom, remegés, izzadás, láz, hidegrázás vagy fejfájás.

A marihuánát sokan „kevésbé ártó” szernek tartják. A kábítószeres akut letális és „hatékony” dózisainak összehasonlítása során az aránylag alacsony letális dózis a marihuána esetében nem jelenti azt, hogy tartósan szedve ártalmatlan szerről lenne szó. Kannabiszelvonás esetén is jelentkeznek a fenti tünetek. Emellett más mentális zavarok felerősödhetnek. A marihuánafogyasztók közül kezelést igénylők 74%-a másodlagos vagy harmadlagos anyagfüggőségben is szenved: 40% alkohol, 12% kokain, 6% metamfetamin, 2% heroin vagy más opioidfüggőségről számol be.

Az akut és krónikus alkalmazás felismerhető jelei a következők: vörös szemek (a kötőhártya gyulladt), kannabisz illata a ruházaton, ujjak sárgulása, köhögés, bizonyos ételek utáni túlzott vágyakozás különböző napszakokban. A serdülőknél első körben az érzelmi stabilitás, az energiaszint változása és az étkezési mintázatok megváltozása jellemző. E közvetlen jelek mellett a fiatal megpróbálja a szerhasználatot titkolni, valamint az iskolai teljesítménye és érdeklődése is csökkenni fog. Vizelettoxikológiai vizsgálat szükséges a diagnózis felállításához.

4.5.6. Nyugtatók, altatók és feszültségoldók

A nyugtatók, altatók és szorongásoldó gyógyszerek közé tartoznak a benzodiazepinek (zolpidem, zaleplon), a karbamátok, a barbiturátok. Ez a csoport magában foglalja az *altatószereket* és a *szorongásoldó* gyógyszerek egy részét. Az agy működését az alkoholhoz hasonlóan nyugtatják, vénkötelesek és meghatározott dózisban és módon legálisan használhatók. Más anyagokkal együtt használva is előfordulnak a szerhasználók között, például az amfetaminról és a kokainról „leszállók” nagy dózisú benzodiazepineket használnak metadonnal kombinálva. Sokszor az egészségügyi rendszerben a nem megfelelő információáramlás miatt kialakulhat, hogy a szerhasználó több orvosnál íratta fel gyógyszereit.

A szabályos gyógyszeradagolás után, ha a személy hirtelen abbahagyja a gyógyszereszedését, akkor is kialakulhatnak elvonási tünetek. De az intenzív és ismétlődő gyógyszerhasználat következtében kialakuló toxikus állapotok depresszióhoz és öngyilkossági kísérletekhez is vezethetnek.

A genetikailag determinált temperamentumtényezők közül leginkább az *impulzivitás* és az *újdonságkeresés* meghatározó a szerfüggőség mögött. A környezeti tényezők közül pedig rizikótényező a gyógyszerek és a nyugtatószerek elérhetősége, az egyéni,

szociális és környezeti faktorok milyensége. Életkorilag a serdülők és a fiatal felnőttek a legveszélyeztetettebbek, a nemek tekintetében pedig a nőknél nagyobb az előfordulási kockázata.

A funkcionális károsodások körében a nyugtatóktól és altatóktól függő személyek az alkoholhoz hasonló gátlástalan viselkedést mutathatnak. Interperszonális nehézségeik akadályozhatják társadalmi funkcionálásukat, teljesítőképességüket. Előfordulhatnak balesetek is, amelyek felnőtteknél inkább az autóvezetésből, időseknél pedig a kognitív problémák miatt bekövetkező esésekből adódnak. A betegek fizikális állapotában idegrendszeri tüneteket találhatunk: lassabb pulzust, csökkent légzést, alacsonyabb vérnyomást. Halálos dózis csak nagyobb mennyiség bevitelével vagy alkohollal társítva lehet. A túladagolás a létfontosságú jelzésekből olvasható, például a barbiturátok túladagolása légzésleálláshoz vezet.

E szerek használata a viselkedést gátlástalanabbá teszi, ami agresszív társas viszonyulásokhoz vezethet, amelyek jogsértő magatartásokban csúcsosodhatnak ki. Nagyon gyakori az esetek hátterében a barbiturátok és az alkohol kevert használata.

A társuló mentális zavarok közül más szerekkel összefüggésben a szerfüggőség, az alkohol- és cigarettafüggőség nagyon gyakori, valamint az *antiszociális személyiségzavar és a hangulatzavarok köre* (depresszió és szorongásos zavarok).

A nyugtató- és altatószerek, valamint feszültségoldók szedése következtében kialakuló mérgezéses tünetek a következők:

- klinikailag jelentős maladaptív viselkedésváltozás vagy pszichológiai változás (nem megfelelő szexuális vagy agresszív viselkedés, nem megfelelő ítélőképesség, érzelmi labilitás);
- elmosódott beszéd;
- koordinálatlan mozgás;
- instabil járás;
- nystagmus,
- kognitív károsodás (figyelem, memória hanyatlása);
- stupor vagy kóma.

A nyugtatók, altatószerek és feszültségoldók megvonásának következtében kialakuló tünetek:

- vegetatív hiperaktivitás (verejtékezés, magas pulzus);
- kézremegés;
- álmatlanság;
- hányinger vagy hányás;
- átmeneti hallucinációk és illúziók;
- pszichomotoros izgatottság;
- szorongás;
- nagy epilepsziás rohamok (főleg orvosi kontroll nélküli megvonások esetén).

A megvonási tünetek pár órával vagy nappal az utolsó bevételt követően megkezdődhetnek. A megvonást követően kialakulhat a delírium állapota, amely életveszélyes is lehet. Delírium kialakulása esetén a személy tudatának kognitív működése zavart, hallucinációk léphetnek fel. A megvonási tünetek – a beszedett anyag specifikumaitól függően – rövidebb lebomlású anyagok esetén 4–5 nap, míg hosszabb lebomlású anyagok esetén hetekig fennállhatnak. A megvonási tünetek elhúzódása és erőssége a beszedett dózis arányában is változhat.

4.6. Alkoholizmus

A DSM-5 diagnosztikai kritériumai alapján alkoholizmusról beszélünk, ha egy hónapon belül legalább kettő előfordul a következő tünetek közül:

- Az alkoholfogyasztás hosszabb ideig és nagyobb mennyiségben történő fogyasztása jellemző.
- Sikertelen próbálkozások kísérletek az alkoholfogyasztás kontrollálására.
- A szabad idő nagy része az alkohol beszerzésére, az alkohol használatára vagy hatásainak kiküszöbölésre fordítódik.
- Vágy és készletelés kialakulása az alkoholfogyasztásra.
- A tartós alkoholizálás interperszonális, foglalkozási és munkahelyi konfliktusokkal jár.
- Ismétlődő alkoholfogyasztás olyan helyzetekben, amikor az fizikálisan veszélyes.
- Az alkoholfogyasztás folytatódik annak ellenére, hogy az okozott fizikális és pszichológiai károkkal a személy tisztában van.
- Kialakult tolerancia van a következők szerint: ugyanazon hatás eléréséhez jelentősen több mennyiségű alkohol bevitele szükséges, a megszokott alkoholmennyiség jelentősen csökkent hatást vált ki.
- Az alkohol megvonása esetén kialakulnak a megvonási tünetek, és ezek elkerülésére alkohol vagy benzodiazepin bevitelére kerül sor.

Az *alkoholfüggőséget* viselkedéses és fiziológiai tünetek sorával írhatjuk le, ami tartalmazza az intoxikációt, a megvonási tünetek sorát és a sóvárgást is. Az elvonási tünetek 4–12 órával alakulnak ki az alkohol megvonását követően. A megvonási tünetek rendkívül kellemetlenek, ami arra ösztökéli a személyt, hogy újra alkoholt fogyasszon, emellett bizonyos tünetek a megvonást követően tartósabban is fennmaradhatnak. A megvonási tünetek mellett kezdetben a munkahelyi, szociális kötelezettségek mulasztásával találkozhatunk, valamint a fogyasztás olyan helyzetekben is megjelenik, amelyek ön- és közveszélyesek lehetnek (autóvezetés, úszás, gépek használata). A fizikális és a pszichológiai tünetek megjelenése ellenére is folytatódik az alkohol fogyasztása (KÖRNYEY – KASSAI-FARKAS 2002). Az interperszonális viszonyokban megjelenő agresszió táptalaja lehet néhány bűncselekménynek (így a családon belüli erőszaknak, a gyermekekkel szembeni visszaéléseknek). Az alkoholfogyasztás akkor válik betegséggé, ha az alkohollal összefüggésben testi, lelki és szociális tünetek is kialakulnak. A magas véralkoholszint előrelélője lehet a tolerancia kialakulásának is. Például, ha valakinek 150 mg etanol/dl alkoholszintet mutatnak ki a vérében, és nem produkál intoxikációs tüneteket, már azt mutathatja, hogy valamilyen mértékben hozzászokott az alkoholhoz. Egy első alkalommal fogyasztó személy ilyen alkoholmennyiségnél már mérgezéses tüneteket mutatna.

Hosszú távon a krónikus alkoholfogyasztás megváltoztatja a sejtek áteresztőképességét, ami bizonyos ioncsatornák megnyílását, másikkal gátlását okozza. Ezenkívül a központi idegrendszert depresszióval, az alvást pedig dezorganizálja, aminek eredményeképpen a mélyalvás ideje és gyakorisága csökken (TRINGER 1999).

Az alkoholizmus legjellemzőbb lelki tünetei (TRINGER 1999):

- A személy érdeklődése beszűkül, korábbi örömforrásaitól elfordul.
- A feltétlen kötelezettségek ellátására törekszik, de egyre nagyobb súlyban az ivás tölti ki mindennapjait.

- A távolabbi jövő nem foglalkoztatja.
- Érzelmi kapcsolataiban hűvös, közönyös és negatívan viszonyul másokhoz.
- Az indulati kontroll és önkontroll csökken, aminek következtében a beteg egyre agresszívabbá válik.
- A személy gondolkodása rugalmatlanná válik, gyakoriak az általánosítások és az előítéletek.
- A beteg viselkedésében megjelenik egy szellemtelen, viccelődő modor, amelyet ludizmusnak hívnak.
- A társuló pszichés betegségek közül a szorongásokat, a depressziót, az alvászavarokat és a személyiségzavarokat említhetjük.
- Öngyilkossági késztetések megjelenése.

Az alkoholista szociális életével kapcsolatos tünetei:

- Kapcsolatai általánosságban tönkremennek.
- Munkáját egyre kevésbé látja el, így szociálisan alacsonyabb státuszba kerül.
- A kulturált viselkedési szabályokat nem tartja be, trágár beszéd kezd jellemezni, társasága kellemetlen a többi ember számára.
- Öltözködése elhanyagolttá válik (TRINGER 1999).

A testi tünetek megjelenése (TRINGER 1999):

- bőrtünetek: az egész arc borvirágos, lilászöröses; hajszálértágulatok jelennek meg, a tenyér vörösesen elszíneződik, az arc eldurvul, idősebbnek néz ki, esésnyomok gyakoriak az egész testen;
- belgyógyászati tünetek: a fogazat elhanyagolt. hányinger, gyomorfájdalom és étvágytalanság jellemző; hiányos táplálkozás következtében súlyvesztés következik be, a máj megnagyobbodik, és belső vérzések jelenhetnek meg;
- szív- és érrendszeri tünetek: a szívizomzat sorvadni kezd, magas vérnyomás alakul ki;
- idegrendszeri tünetek: az alsóvégtagi reflexek renyhék, az izomzat elsorvad (pipaszár láb és előredomborodó has), érzészavarok az alsó végtagokon, a tér érzékelése károsodik: a beteg földhöz csapja a lábát a lépéseknél, durva hullámú statikus kézremegés jön létre;
- kognitív deficit, memóriazavarok;
- kisagyi változások: a finom mozgások koordinációjának megváltozása;
- Wernicke–Korsakoff-szindróma: súlyos kódolási problémákon alapuló memóriazavar;
- krónikus alkoholfogyasztás esetén a tesztoszteron termelődése csökkenhet, ismétlődő súlyos ivás a nőknél menstruációs rendellenességekkel jár, és terhesség alatt spontán abortusz és magzati alkoholszindróma alakulhat ki;
- epilepsziával vagy súlyos fejsérüléssel élő betegeknél az alkohol rohamot válthat ki.

A megvonási tünetek az utolsó ivást követő 7–10. órában jelennek meg. Az ötödik és nyolcadik nap között jelenik meg a delirium tremensnek nevezett tünetcsoport; ez egy tudatzavaros állapot érzékszalódásokkal és erőteljes remegéssel az egész testen. A delirium tremens állapotában lévő beteget kórházban kell kezelni, ugyanis ebben a stádiumban más

betegségek társulhatnak, valamint a keringési rendszer összeomolhat, ami halálhoz vezet (TRINGER 1999; KÖRNYEY – KASSAI-FARKAS 2002).

Az alkoholbetegekkel való kommunikációt nagyban meghatározzák az alkoholos hallucinációk. Az alkoholisták gondolkodását pedig józan állapotukban is befolyásolja személyiségük kritikátlansága, valamint féltékenységi, ritkábban üldözésszerű téveszmék jöhetnek létre. Ezek agresszív viselkedést válthatnak ki a betegből. E pszichés tünetek és mechanizmusok gyakran állnak bűncselekmények hátterében.

Az alkohol nyugtatószerként oldja a gátlósságot, a mentális kontrollfunkciók csökkent működéséhez vezet. Ezenkívül a következmények helyes mérlegelése, az anticipáció és a belátási képesség egyaránt romlik. Az alkohollal összefüggésbe hozható bűncselekmények közül az erőszakos bűncselekmények, az ittas vezetés és a nyilvános helyen való lerészegedés emelhető ki leginkább. De alkohol elfogyasztása kísérő jelenség lehet más bűncselekmények elkövetésénél (az áldozat leitatása), így a szexuális bűncselekmények elkövetőinél mint alkalmazott elkövetési módszert is megtalálhatjuk (TRINGER 1999).

Férfiaknál gyakoribb az ivás és az alkoholizmussal kapcsolatos rendellenességek aránya, mint a nőknél. A nők általában kisebb súlyúak, mint a férfiak, és a nyelőcsőben és a gyomorban kevésbé metabolizálják az alkoholt, ezért magasabb véralkoholszintet mérhetünk italonként, mint a férfiaknál. A nők kitettsége az alkohol okozta megbetegedéseknek is nagyobb (például májcirrózis). Az Egészségügyi Világszervezet szerint az ajánlott biztonsági korlát férfiak esetében 21 egység fogyasztása hetente, míg nőknél ez 14 egység, ahol 1 egység = 10 ml alkoholnak felel meg. Két kiemelt életkori periódus van, amikor az alkoholizmus előfordulása gyakoribb: a serdülőkorban és a 30-as évek vége felé. Az alkoholista életútjának kimenetelei: 15% öngyilkossági halálozás, 30% élethosszig tartó probléma, 10% javul, 25% meggyógyul, 20% elvész a követés elől. Érdekes adat, hogy bizonyos foglalkozást végzők körében az alkoholizmus előfordulása gyakoribb: így a hadseregénél, a rendőrségnél, az orvosok és az újságírók körében, valamint veszélyeztetett terület a vendéglátóiparban dolgozók köre (TRINGER 1999).

4.6.1. Az alkoholizmus kialakulásának okai

Genetikai okok • sokgénés öröklődés, kóros acetaldehid-metabolizmus; a genetikai hatások 40–60%-ban magyarázzák az alkoholizmus kialakulását, körülbelül 3-4-szeres valószínűséggel gyakrabban fordul elő alkoholbeteg családi hozzátartozói körében ez a szenvedélybetegség. Ezt olyan ikervizsgálatok eredményei is igazolják, amelyek résztvevői adoptált gyerekeként nem alkoholbeteg nevelt szülők körében nőttek fel. A magas szintű kockázat együtt jár a mentális zavarok közül a bipoláris hangulatzavarokkal, az impulzivitással és a dopaminregulációval.

Tanult viselkedés • modellkövetés, megerősítés, klasszikus kondicionálás (élvezethez kapcsolódó), az alkohol okozta stresszszintekkel kapcsolatos tapasztalatok, a stresszkezelés milyensége.

Szociokulturális faktorok • a kulturális attitűdök az ivással és a lerészegedéssel szemben, az csökkenése, kortárs csoport nyomása, urbanizáció, szociális izoláció.

4.7. Drogfogyasztók kihallgatása

Drogfogyasztó kihallgatásakor tisztázandó kérdés, hogy a személy pszichiátriai kezelés alatt áll-e, cselekvőképessége korlátozva van-e, és a kihallgatás időpontjában valamilyen szer befolyásoltsága alatt áll-e. A kihallgatás elején cél a kontaktus megteremtése, a bizalom kiépítése, valamint ennek megerősítéseképpen a nyitott kérdések feltétele, amelyek lehetővé teszik a személy számára, hogy saját szavaival fogalmazza meg válaszait. Kerülni kell a morális ítélezést és az esetleg erre utaló gesztusokat, hiszen a szer használata végett e jelenséggel a drogfogyasztó már találkozhatott. A drogfüggők esetén tisztázni kell, hogy az illető valamilyen kezelés alatt áll-e, ugyanis a kábítószer megvonását követően a személy érzelmei megváltozhatnak. A *drogpreferencia meghatározza az interperszonális viszonyulások* alakulását is (MARTINEK 2017).

A droghasználó esetében is specifikus információs csatornát jelenthet a nonverbális kommunikáció megléte. Elsődlegesen az első benyomás során az egyén ruházata, hajviselete, ápoltsága, illetve azok a jelzések, amelyek ideológiai viszonyulása, szubkulturális hovatartozása szempontjából válnak jelentőssé (például tetoválások).

A nonverbális jelzések meghatározók lesznek a verbális tartalmakkal összefüggésben, hiszen a mimika és a vokalizáció sok mindenről jelzéseket ad. Ez esetben fontos az egyes drogok tüneteinek ismerete, különféle szerek esetenként fokozottabb mértékben befolyásolják a gondolatok és a beszéd alakulását (beszéd sebessége, tisztasága, összefüggések) (MARTINEK 2017).

Opiátfüggők kihallgatása

Elvonási tünetek megjelenésekor nehezített a személy kihallgatása, mert feszültsége, vágya az azonnali kielégülésre lehetetlenné teszi, hogy a személy a szükségleteitől eltekintsen, így nehezíti a kihallgatásra való koncentrációt. Szerhatás alatt álló személyeknél *az asszociációs és gondolati integráltság szétesik*, az aktuális asszociáció laza kapcsolódásai határozzák meg a kihallgatott személy gondolkodásának menetét. *Gyakori a mondatok befejezetlensége, a beszéd elkentsége, a gondolatok lelassulása*. Az opiátfüggő szerhatás alatt motiválatlan minden olyan külső helyzetre adekvátn reagálni, amely nem függ össze saját fizikális állapotával. Ha állapota érzelmileg stabil, akkor elfogadó lesz, képes kapcsolatban lenni beszélgetőpartnerével (MARTINEK 2017).

Stimuláns használók kihallgatása

A stimulánsok használata ciklikus, így ennek tükrében változhat a droghasználó viselkedése, hogy éppen egy drogmentes periódusban van-e, vagy nem. Intoxikált állapotban *gondolatszaladások, felgyorsult beszéd, gondolati ugrások* jellemzik az egyén asszociációit és beszédét. Gyakran a mondatok befejezetlenek és követhetetlenek. A koncentráltág széteső, az illető a szer hatása alatt csak rövidebb ideig képes fókuszálni. Megvonás esetén ennek az állapotnak az ellentéte, egyfajta fásultság, érdektelenség, megközelíthetlenség jellemző.

Hallucinogént használók kihallgatása

A hallucinogének módosult tudatállapotok megélését teszik lehetővé, amely az egyén *realitáskontrollját akadályozza*. Az előidézett állapot a pszichózisokhoz hasonlatos. E módosult tudatállapotok miatt a valóságtól elrugaszkodott, bizarr megfogalmazások fordulhatnak elő. *A tudat integráltsága szétesik*. Intoxikált állapotban túlzott magabiztosság alakulhat ki, míg megvonás esetén az elszántság erősödhet fel (MARTINEK 2017).

A droghasználók szubkultúrájának összetartozását szorosan kifejezi a drogosok nyelvhasználat. Ahhoz, hogy „Éberék” ne észleljék, hogy mi is a lényegi mondanó, ahhoz egyszerűbb, ha „egy spurit nyomnak”, vagy ha az nincs, akkor „racsiznak” egyet, ha persze leadták a „drót” egymás között. A szavak e belső körbe tartozók védelmét és egységét biztosítják. E szavak gyorsan változnak, alakulnak, részben az alkalmazkodás, részben a megszokott trendek végett.

A következő példák mutatják az utcai elnevezések sokszínűségét, a toxikológiai komponensek szerinti bontásban. Metadon: cukor, kapszula, kati koktél, kristály, zene.

Szintetikus katinon: kristály, zene, barna kristály, penta, 4-MEC, barna zene, nagyszemes kristály, superman, versace (PÉTERFI 2016).

4.8. Drog és kultúra kölcsönhatása

Minél régebben létezik egy drog az adott kultúrában, annál jobban *beépül a szociális interakciókba, rituálékba és konfliktusfeldolgozási mechanizmusokba*. Korábban az egyes növényekben található hatóanyagok alapján tudatállapotot befolyásoló hatásuk miatt gyógyszerként és rituálékhoz szertartási szerként is alkalmazták ezen anyagokat. Talán a legismertebb a gyógyászatból az ópium és a marihuána alkalmazása volt.

Minden kultúrában kiépültek a droghasználattal kapcsolatos szociális szabályozó-rendszerek. Az első droghasználattal szemben megfogalmazott törvények az Amerikai Egyesült Államokban a századelőn íródtak, azóta számos szabályozás korlátozza e szerek fogyasztását, használatát.

A kultúránkban leginkább előforduló drog a szintetikus stimulánsok köre. A kínálati oldalhoz kapcsolódik a kábítószer termelése, szállítása és eladása, míg a keresleti oldal a fogyasztók tábora. *A kriminalitás gyakorisága és súlyossága a függőséggel egyenes arányban nő*. A kábítószer-fogyasztás és a függőség kialakulása mindenképpen erősíti a bűnözői magatartást a szer beszerzése miatt. A drogbeteg bűnelkövető által generált problémákat vizsgálhatjuk medikális, kriminológiai, kriminálpszichológiai és büntető-jogi oldalról egyaránt.

A drogbűnözés kezelésének legfontosabb kérdései a megelőzés, a bűnüldözés, a tilalmak és a nemzetközi ellenőrzések köre. E kérdéseket nagyban meghatározzák, hogy az illegális droghasználat az elmúlt évszázadban megemelkedett, jelentős hatalommal rendelkező érdekcsoportok működnek világszerte, amelyek fenntartják, éltetik a kábítószerpiacot, nem kis mértékben azért, hogy hatalmas pénzügyi forgalmat bonyolítsanak le. *A droghasználók rákényszerülnek a bűncselekmények elkövetésére, így a rablások fele, a betörések háromnegyede és leginkább az utcai prostitúció kapcsolódik valamilyen módon a droghoz*.

Egyes országok politikájában a drogok legalizálásának lehetősége is felszínre bukkant, amely elmélet szerint a drogok legalizálása csökkentené a droghasználat súlyosabb irányba történő elmozdulását, és feltételezéseik szerint a kereskedelemhez kapcsolódó korrupciós és konfliktusos helyzetek száma is csökkenthető lenne (LÉVAY–RITTER 2016). A drogprobléma állampolgári kezelésében egy újabb tendenciaként jelenik meg a legalizáció lehetősége, amely a kemény drogok használatának szabályozását hasonlóan képzelel el az alkohol- és a cigarettahasználatéhoz. Az elmúlt időkben nem sikerült eme elképzelés bevezetése.

A pszichológiának az *egyének kezelési programjaiban* van jelentős szerepe, így léteznek önszervező csoportok (névtelen kábítószeresek, névtelen kokainisták), pszichoterápiák, detoxikálás, csoportterápiák, különböző közösségi akciókkal egybekötött tevékenységek, bentlakásos terápiás közösségek és metadonprogramok.

Fontos hangsúlyozni, hogy a detoxifikáció önmagában nem jelenti a függőségi probléma megoldását (DEMETROVICS 2009).

A metadonprogramok lényege, hogy szintetikus narkotikumot adnak a betegeknek kontrollált körülmények között, ami meggátolja az elvonási tünetek megjelenését, és lehetővé teszi a droghasználat csökkenését. A legtöbbször ezt összekapcsolják a 24 órás terápiás közösségek munkájával, ahol rendszeres tanácsadón vesz részt a beteg, hogy a visszaesését segítsék. A drogfogyasztásról való leszokásnak alapfeltétele a beteg drogos szubkultúrához való kötődésének felszámolása. Amerikában lehetősége van a függő személynek, hogy szabadságvesztés helyett tanácsadó programokon vehessen részt. Ebben a kérdésben nagyon fontos mutató a visszaesők száma.

A drogokhoz fordulás egyik legfontosabb megelőzési módszere a felvilágosítás. Hatékonyságát a gyakorlatban dolgozók sokszor megkérdőjelezik, hiszen sokszor találkoznak a drogfogyasztó részéről olyan attitűddel, amely szerint a drogfogyasztás egy olyan játék, amelynek a függőségi tünetek, a potenciális halál lehetősége a velejárója. A függőség kognitív megértése és felfogása nem egyszerű, sokan úgy gondolják, hogy bármikor le tudnak majd jönni a szerről (CSESZTREGI et al. 2016).

A drogfüggők egy részénél az absztinencia elérése sajnos nem reális cél. Ezekben az esetekben a szerhasználatból fakadó ártalmak csökkentése az elsődleges feladat. Ilyen feladatok a túladagolás veszélyének elkerülése, az állapotromlás és a lokális fertőzések megelőzése, a jelentkező pszichés problémák kezelése, a munkahely és a társas kapcsolatok elvesztésének megelőzése, valamint a kriminalitás kialakulásának megakadályozása (DEMETROVICS 2009).

A drogfogyasztás mint rendészeti probléma

Néhány éve a holland parlament úgy döntött, sajátos formában penalizálja a drogfogyasztást: *súlyosabban* ítéli meg az erőszakos bűncselekményeket, ha az elkövető drog hatása alatt állt. A törvény megszavazása után azonban a szakemberek szembesültek egy problémával. A rendelkezésre álló adatok alapján ugyanis nehéz megítélni, melyik drog milyen dózisban fokozza az erőszakos bűncselekményekre való hajlamot. Más szóval: melyik drog *veszélyes* a bűnelkövetés szempontjából, és mennyit kell bevenni belőle, hogy veszélyt jelentsen? Azt ugyanis nem szerették volna, hogy olyan drogért is súlyosabb büntetést szenvedjen el az elkövető, amelynek az elkövetéshez semmi köze nincs.

Az alkohol „bűnös volta” önmagától adódott, hiszen közismert, hogy a részek egy része ellenséges és agresszív válik. Az alkoholt leszámítva azonban csak a pszichostimulánsokról állítható, hogy kockázatot jelentenek az erőszakosság szempontjából, és ez a kockázat sem túlságosan nagy. A nyugtató hatású drogok nemhogy agresszív, hanem éppenséggel békéssé teszik élvezőjüket, a hallucinogének pedig annyira kiszakítják a drogot a való világból, hogy képtelenné válik bármilyen célirányos cselekmény végrehajtására.

A drogos nem akkor veszélyes, amikor a drog hatása alatt áll, hanem akkor, amikor *nincs* drog hatása alatt. Ekkor ugyanis kialakul a drog utáni vágy, amely, ha valaki már függővé vált, olyan erős lehet, hogy az illető bármit elkövetne a csillapítására. Egyéniségének és lehetőségeinek függvényében lop, áruba bocsátja testét, rabol vagy akár gyilkolhat is. Ez alól persze kivételt képeznek azok, akik megengedhetik maguknak a drogok magas árának kifizetését. A súlyos drogfüggőség azonban szétzilálja a magánéletet, ellehetetleníti a rendszeres munkát, így előbb-utóbb az is bajba kerül, akinek eredetileg nem voltak anyagi gondjai.

A súlyos drogfüggő élete két szakaszból áll: a drog élvezetének fázisából és abból az időszakból, amikor az újabb adagot beszerzi. Rendészeti és bűnüldözési szempontból ez a második szakasz okozza a legnagyobb problémát.

4.9. Drogfogyasztók kezelése

Az egészségügyi kezelések adatai szerint a leggyakrabban megnevezett szer a kannabisz (67,4%), míg második helyen a stimulánsfogyasztás található. Egyéb források megerősítik még a szintetikus kannabinoidok, valamint a szintetikus katinonok használatát is.

Az elsődlegesen új pszichoaktív szereket injektálók körében magas az injektáló eszközök megosztásának előfordulási gyakorisága, és az ebből fakadó probléma a HCV megjelenése.

Drogprevenció

Az egészségügyi, pszichológiai és szociális programok témáinak alakításában a következő célkitűzések fogalmazódnak meg: életvezetési készségek, egészségfejlesztés, személyiségfejlesztés, drogfogyasztással kapcsolatos ismeretek, önismeret, szociális készségek, érzelmi nevelés, visszautasítási technikák, drogok alternatívái.

A prevenció programok között ma már a 10 óránál hosszabb programok jelenléte meghatározó (60%), a legtöbb programot 1–4 hónap alatt bonyolítják le, de 40% ennél hosszabb időszak, 21% egy tanév alatt valósul meg.

Elterelés

Bizonyos kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények esetében az elkövetőnek lehetősége van kezelési/megelőző beavatkozásokban való részvétellel a büntetőeljárást elkerülni, amennyiben megfelel az alábbi feltételeknek:

- csekély mennyiségű kábítószer saját használatra természet, előállít, megszerez, tart vagy fogyaszt;

- a bűncselekmény elkövetését beismeri;
- nem állapították meg büntetőjogi felelősségét kábítószer-birtoklás vagy -kereskedelem kapcsán a megelőző két évben;
- nem vett részt elterelésben a megelőző két évben.

Az elterelést választókat egy pszichiáter szakorvos vagy klinikai szakpszichológus által végzett előzetes állapotfelmérés alapján utalják megelőző-felvilágosító szolgáltatásba (amely inkább javallott prevenciós beavatkozásnak tekinthető) vagy kezelésbe. A kezelési beavatkozások tartalma nem meghatározott, azokat a klasszikus járó- vagy fekvőbeteg kábítószer-kezelő programok keretében biztosítják az egészségügyi szolgáltatók. A megelőző vagy kezelési programban 6 hónapon át legalább kéthetente 1,5 órában szükséges részt vennie az elkövetőnek a teljesítési igazolás kiállításához.

Az egészségügyi profilú ellátóhelyek

Az egészségügyi profilú ellátóhelyek elsősorban a pszichiátriai osztályok és a kórházak addiktológiai osztályai. Ezek az ellátóhelyek hagyományosan az alkohol- és a pszichiátriai betegek ellátására rendezkedtek be. A kórházi ellátásában vegyes profilú ellátóhelyek is működnek, amelyeket a civil szervezetek, az egyházak és az önkormányzatok tartanak fenn. E szervezetek céljai között megfogalmazódik, a közösségi-együttéléses, hosszú távú megoldások kialakítása a drogbeteggel.

Az ellátásba vehetők körét illetően vannak eltérések az egyes ellátóhelyek között. A legtöbb helyen nem szerepel kizáró okként a pártfogói felügyelet, a hepatitisz C, a HIV-fertőzöttség megléte vagy akár a hajléktalanság. De probléma lehet, hogy az ellátóhelyek nagy része nem fogad 16 éven aluli gyermekeket, és kevésbé gyakran, de a 16–18 év közöttiek ellátása is helyenként akadályba ütközik. Nők és férfiak ellátása is különböző az egyes ellátóhelyek függvényében, valamint tényező lehet, hogy a szerhasználó nő esetenként várandós-e vagy kisgyermekes-e.

Paksi és kutatótársai munkája (PAKSI et al. 2018) azt mutatja, hogy 4308 fő lépett kezelésbe Magyarországon a vizsgálat évében, az elsődleges szer, amely használata miatt segítségkérés történt, a kannabisz (56,2%) volt. Ezt követte az amfetamintípusú stimulánsok (16,6%), az egyéb szerek (12,1%) és a hallucinogének (5,2%), az altatók és nyugtatók (3,6%) azonos arányban az opiátokkal (3,6%) és végül a kokain (2,3%), valamint az inhalánsok (0,3%).

Az opiáthelyettesítő kezelés

A súlyos opiátfüggők esetében rendkívül fontos szerep jut az opiáthelyettesítő kezelésnek. A legtöbbször az opiáthelyettesítő kezelést járóbeteg-ellátással oldják meg a kórházak pszichiátriai és addiktológiai rendelői, valamint a vegyes profilú specializált járóbeteg-ellátók. A büntetés-végrehajtási intézeteknek jogszabályi kötelezettségük van az opiátfüggő beteg fogvatartottak felé, ami alapján kötelesek a betegeket a területileg illetékes szolgáltatóhoz

eljuttatni. Az opiáthelyettesítő szer legtöbbször a metadon, amelyet a betegek (kb. 700 fő) 80%-a használ, a másik pedig a buprenorfin és a naloxon kombinációja. A kezelések legnagyobb részben fenntartó kezelésnek minősülnek, csak 5% detoxikációs célzatú. A metadonkezelések legtöbbször 1–6 hónapig tartanak (DEMETROVICS 2009).

Felhasznált irodalom

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013): *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition. Washington, D. C. – London, American Psychiatric Publishing.
- COMER, R. J. (2000): *A lélek betegségei. Pszichopatológia*. Budapest, Osiris.
- CSESZTREGI, T. – HORVÁTH G. Cs. – NYÍRÁDY A. – PORT Á. – TARJÁN A. – VARGA O. (2016): *2016-os éves jelentés (2015-ös adatok) az EMCDDA számára*. Budapest, Nemzeti Drog Fókuszcsoport.
- DEMETROVICS Zs. (2009): Addiktológiai fogalomtár. In RÁCZ J. szerk.: *Rendészeti ismeretek a kábító-szer-problémával kapcsolatban*. Budapest, ETO-Print.
- EMCDDA (2018): *Európai Kábítószer-jelentés. Tendenciák és Fejlemények*. Luxembourg, Az Európai Unió Kiadóhivatala. Elérhető: www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001HUN_PDF.pdf (A letöltés dátuma: 2018. 07. 21.)
- HOFFMANN A. (2006): *LSD. Bajkeverő csodagyerekem: Egy „varázsszer” felfedezése*. Budapest, Edge 2000.
- JOHNSON, B. D. – WILLIAMS, T. – DEI, K. A. – SANABRIA, H. (1990): Drug Abuse in the Inner city: Impact on Hard-Drug Users and Community. *Crime and Justice*, Vol. 13. 9–67. DOI: <https://doi.org/10.1086/449172>
- KOVÁTS D. (2004): Szenvedélybetegségek és a háttérben álló pszichológiai folyamatok. *Rendvédelmi Füzetek*, 6. évf. 21. sz. 3–23.
- KÖRNYEY E. – KASSAI-FARKAS Á. (2002): *Az alkoholbetegség és neuropszichiátriai szövődményei*. Budapest, Medicina.
- LÉVAY M. – RITTER I. (2016) Az alkoholfogyasztás, a kábítószer-probléma és a bűnözés összefüggései. In BORBÍRÓ A. – GÖNCZÖL K. – KEREZSI K. – LÉVAY M. szerk.: *Kriminológia*. Budapest, Wolters Kluwer.
- MARTINEK L. (2017): *Mentális zavarban szenvedő személyek a kihallgatás során*. Szakdolgozat. Budapest, Nemzeti Közszerológiai Egyetem.
- NEWBURN, T. (2017): *Criminology*. London – New York (US-NY), Routledge. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781315629513>
- PAKSI B. – DEMETROVICS Zs. – MAGI A. – FELVINCZI K. (2018): A magyarországi felnőtt népesség droghasználata – az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés alapján = Drug Use of the Hungarian Adult Population based on the National (Representative) Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH 2015). *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73. évf. 4. sz. 541–565. DOI: <https://doi.org/10.1556/0016.2018.73.4.2>
- PÉTER Á. (2003): Kábítószer Vademecum. *Kábítószerrel orvosoknak. A Magyar Orvos melléklete*, 2003/09.

- PÉTERFI, A. (2016): *Tisztább kép. Időközi beszámoló az első 10 hónap eredményeiből.* Budapest, Magyar Ökumenikus Szervezet. Kézirat.
- TRINGER L. (1999): *A pszichiátria tankönyve.* Budapest, Semmelweis.
- ÜRMÖSNÉ SIMON G. (2018): *Technical English for Officers.* Budapest, Dialóg Campus.

Ajánlott irodalom

- RÁCZ J. (2006): *Kvalitatív drogkutatások.* Budapest, L'Harmattan.