

Erdős Ákos

Tényszerűen az addikciók háttéréről: Kritikai tanulmány

Factually about the causes of addiction: A critical study

Absztrakt

Sajnálatos, de napjainkban mind a mai napig él az emberek jelentős részében az a téves meggyőződés, miszerint az addikciók oka az akaratgyengeség és az erkölcsi értékek hiánya. Még nagyobb gond, hogy az effajta moralizáló és hiányos információkon alapuló kijelentések nem csak a köznapi beszélgetések szintjén jelennek meg. Egyes szerzők és szerkesztők olykor a tudományos igényű munkáikban is képviselik ezt a téves álláspontot. E tanulmány célja, hogy bemutassa az addikciók kialakulásának komplex hátterét azon olvasók és szakemberek számára is, akik elsősorban nem a pszichológia vagy az egészségtudomány, hanem a rendészettudomány eredményei iránt érdeklődnek. Az addikciók kialakulása mögött ugyanis nem az akaratgyengeség vagy a morális értékek hiánya áll. Az addikciók oksági tényezői mögött meghúzódnak: biológiai tényezők, környezeti hatások, pszichológiai tényezők és egyéb hatások.

Kulcsszavak: addikciók, biológiai tényezők, környezeti hatások, pszichológiai tényezők, rendészet

Abstract

Unfortunately, most of people are convinced today, that the main causes of addiction are weakness of will and moral deficit. Even more serious problem is statements based on such moralizing and false information occur not just in commonplace conversations. Some scientific authors and editors represent this exploded notion in their academic works as well. This study demonstrates the very complex background of causes of addiction for people that are primarily interested in law enforcement before psychology or health sciences. Causes of addictions are definitely not the weakness of will or moral deficit. The main causes of addiction are biological factors, social influences, psychological factors and other factors.

Keywords: addiction, biological factors, social influences, psychological factors, law enforcement

Bevezetés, problémafelvetés

Napjainkban, talán sokkal inkább, mint bármikor korábban elengedhetetlen, hogy környezetünkről, valamint a bennünket elérő információk tömegéről véleményünket, gondolatainkat kritikusan fogalmazzuk meg. Nagy szerint a kritikus gondolkodás nélkül ugyanis képtelenné válnánk arra, hogy a bennünket körülvevő adatok halmazában megkülönböztessük az igényest az értéktelentől. (Nagy, 2001, 95.) A kritikus és kételkedő gondolkodás képessége nélkül az emberiség aligha jutott volna a természeti fejlődés e magas fokára. Az emberi tudat működésének e sajátossága még nagyobb jelentőséggel bír azokban az esetekben, amikor az egyén önmagával szemben válik kritikussá. Az önmagukra történő értékelő rátekintés ugyanis, mindamellett, hogy vezérli az egyén magatartását a társadalmi csoporthoz, mint egészhez, illetve a többi egyéni taghoz való viszonyában (Mead, 1973, 318-343.); az énműködés azon formája, amely a fejlődésének elengedhetetlen feltétele. (Nagy, 1994, 7.)

Az önreflexió szinte kivétel nélkül hatékonyabb eszköznek bizonyul mind az egyén, mind pedig az adott közösség fejlődése szempontjából, mint egy harmadik féltől származó dicsérő vagy vitriolosan megfogalmazott kritika. Önmagunk vizsgálata ugyanakkor igencsak keveset ér, amennyiben azt nem követi a fejlődés irányába ható aktív reakció. (Erdős, 2012, 48-49.) Ezért a következőkben egy olyan korábbi tanulmány bizonyos tartalmi elemeivel, egyszersmind szellemiségével szemben kívánok kritikát megfogalmazni, melynek szerzője megegyezik e tanulmány írójával. Ebben a tekintetben tehát mindenképp önkritikáról kell beszélni, mindezt ugyanakkor árnyalja az a tény, hogy a jelzett tanulmány kritizált gondolatai, csupán a megjelentetést biztosító kötet szerkesztőinek módosítását követően kerültek a tanulmányba, a szerző kontrollja nélkül. Habár a tudományos periodika szerkesztői a kötetükben megjegyzik, hogy „*a szerkesztőség és a szerzők közötti esetleges véleménykülönbséget a szerkesztőség a jegyzetben juttatja kifejezésre, amennyiben elkerülhetetlennek tartjuk a szerzőtől eltérő szerkesztőségi álláspont megjelentetését*”¹ – ebben az esetben álláspontjukat a kézirat szövegének módosításával juttatták kifejezésre. A 2017-ben publikált történeti tanulmány azt vizsgálja, hogy az ezredfordulót megelőző hazai politikai rendszerváltás

¹ Rendvédelem-történeti Füzetek (2017) 27 (54): 1.

utáni első évtizedben hogyan igyekezett megbirkózni a Vám- és Pénzügyőrség azokkal a többletfeladatokkal, amelyek a kábítószeres csempészetének révén hárultak rá. (Erdős, 2017, 15-24.)

A szerkesztői módosítást követően kapott helyet a tanulmány bevezető részében a továbbiakban kritikai értékelés alá kerülő gondolat, amely szerint: „*a gyengeakarátú, befolyásolható egyéniségek könnyen rákaphatnak a kábító anyagok fogyasztására, annak rabjává válhatnak, többé már nem lesznek urai akaratuknak.*” (Erdős, 2017, 15.) Ezen egyszerű, s talán a legtöbbször számára evidenciaként ható gondolat mögött sokkal több probléma húzódik meg, mintsem azt először gondolnánk. Az idézett mondat, és az ahhoz hasonló állítások ugyanis nem pusztán azért gerjesztenek kritikai hozzászólásra, mert tudományos szempontból hibás következtetésekre építenek, hanem mert az általuk sugallt szellemiség egyértelműen erősíti a közösség tagjainak elutasító, negatív attitűdjeit, esetleg előítéletességét a különböző függőségekkel és az abban szenvedőkkel szemben. E probléma jelentősége pedig még inkább homloktérbe kerül, ha az idézett mondat által képviselt gondolatiság olyan meghatározó társadalmi alrendszerekben lel táptalajra, mint amilyen a rendészet. Minthogy e tudományos folyóirat elsősorban a rendészettudomány képviselőinek, illetve a rendészeti szakembereknek készül, jelen tanulmány célja, hogy kitekintve más diszciplínák eddigi eredményeire, azok áttekintésével tudományos igénytelenséggel bizonyítani és a rendészet képviselői számára bemutatni azt, hogy az idézett gondolatot miért kell megalapozatlannak és kritikára érdemesnek tartani.

Akaratgyengeség vagy szenvedélybetegség?

Az ókori görögök erkölcsfilozófiájában a mértékletesség a lélek erénye, s az értelemhez kapcsolt emberi méltóság megjelenési formája volt. Ezért hát minden olyan emberi magatartást, amelyben a mértékletesség – ezen keresztül pedig az emberi méltóság – csorbát szenvedett, erkölcsi fogyatékosságnak tekintették, amelyért a rossz nevelést, a helytelen életmódot és a vallásosság hiányát okolták. (Rezi, 1989, 209.) Ezzel együtt ugyanakkor tudjuk, hogy a mértékletelenné váló alkoholizálás, illetve az alkoholizmus kezelésének kezdetleges módszerei már az ősi egyiptomi kultúrában, majd Hérodotosznál és Arisztotelésznál is megjelent. Az ő felfogásukban a kényszeres iszákosság, mint testet és lelket egyaránt leigázó betegség szerepelt. (White, 2009, 327.)

A XVIII-XIX. században feltörő különböző mértékletességi-, vallási mozgalmak – visszatérve az radikális erkölcsfilozófia tanaihoz – szintén a morál jelen-

tőségét hangsúlyozva folytatták tevékenységüket.² E mozgalmak egyik legmeghatározóbb formája – az Amerika Keresztény Asszonyai elnevezésű mozgalom – 1883-ra Ohio államban (USA) még a proibíciós alkotmánymódosítást is kiharcolta. (Benedek, 1924, 10.) A mértékletességet, illetve absztinenciát követelő szervezetek tevékenységének kétes eredményességével kapcsolatban azonban Stein már 1910-ben megjegyezte, hogy: „*a mértékletességi mozgalomnak két, tagadhatatlanul nagy érdeme van. Az első a kezdeményezés érdeme, mely teljes joggal megilleti, a másik pedig az, hogy tisztán és világosan bebizonyította, hogy a mértékletesség hangoztatása nem alkalmas eszköz az alkoholizmus leküzdésére és megelőzésére*”. (Stein, 1910, 4.) A XIX. században azonban nemhogy a laikus, de még szakértői közösségek körében, így az orvos- és egészség tudomány területén is alapvetően ez a morálon alapuló megközelítés volt elfogadott (Erdős, 2018a, 446.). 1804-ben, Thomas Trotter, egyike azoknak az orvosoknak, akik már felismerték, hogy a túlzott alkoholfogyasztás önmagában is egy körülírható lefolyással bíró betegség. (Trotter, 1804, 8.) Az e területen apránként megjelenő, újító gondolatok ellenére, még a XX. században is markánsan jelen voltak, a következőkben idézett svájci kantonális törvénykezéshez hasonló, megbélyegzésen alapuló elméletek: „*az alkoholizmus a kicsapongó, feslett élet jele, jellemgyengesség, az egész személyiség megtagadása*.” (Levendel, 1987, 12.) Olybá tűnik, hogy e hibás meggyőződés öröksége mind a mai napig élénken jelen van a köztudatban. Matthew B. Stanbrook véleménye szerint: „*Társadalmunkban rendkívül elterjedtek a különböző tévhitek, sűgimák és hiányos ismereteken alapuló vélemények a szenvedélybetegekkel szemben [...] a legáltalánosabb felfogás szerint a függőség az egyén erkölcsi hanyatlásának, s tulajdonképp saját választásának eredménye. [...] Ezek az előítéletek vezetnek oda, hogy a dohányosok, alkoholisták vagy drogfüggők viselkedését inkább tekintjük egyfajta erkölcsstelen és függő által választott életstílusnak, mintsem betegségnek*.” (Stanbrook, 2012, 155.) A tudomány képviselői, illetve a gyakorlati szakemberek ez idáig számos hazai és nemzetközi tanulmányban, illetve fórumon felhívták a figyelmet arra, hogy az a meggyőződés, miszerint a szenvedélybetegségek kialakulásának oka az egyén akaraterejének vagy moralitásának deficitje, szembe megy minden tudományos eredménnyel és szakmai tapasztalással.

A következőkben ezek nyomán kívánom bemutatni a szenvedélybetegségek kialakulásában szerepet játszó tényezők sokszínűségét, egyszersmind rámutatva a kritikai megvilágítás alá helyezett gondolat hiányosságaira, tévedéseire.

2 A rendszeressé, illetve kényszeressé váló pszichoaktív szerfogyasztás ekkoriban általánosan az alkohol kapcsán merült fel, tekintve, hogy az olyan pszichoaktív anyagok, mint például a morfium, a kokain vagy a heroin (diacetil-morfin) csupán a XIX. század tudományos felfedezéseinek eredménye.

A szenvedélybetegségek kialakulásában szerepet játszó oksági tényezők

A különböző függőségek kezelésével kapcsolatban kiadott szakmai protokolljai alapján, az Egészségügyi Minisztérium álláspontja a következőképp foglалható össze: a függőség multifaktoriális eredetű betegség, amelynek kialakulásában genetikai, biológiai (neuroanatómiai + neurokémiai), pszichológiai (személyiségi) és szociokulturális tényezők egyaránt szerepet játszanak. (OAI, 2008a, 502; 2008b, 518; 2008c 536.) George Engels 1977-es publikációjában rámutatott arra, hogy a különböző betegségek kialakulásában szerepet játszó tényezők feltáráshoz, valamint a hatékony kezelési módszerek kialakításához kevésnek bizonyul az ún. biomedikális szemlélet alkalmazása. Engels szerint szükségszerűen figyelembe kell vennünk az egyén, illetve az őt körülvevő szűkebb-, és tágabb társadalmi környezet sajátos jellemzőit is. Azaz a betegségek okai hatékonyan csak a rendszerszemléletű, biopszichoszociális modell révén kutathatók fel. (Engels, 1977, 132.) E betegségértelmezési modell, az egészségügyi problémával küzdő fizikai teremtmény biológiai, illetve pszichés adottságai mellett tehát épp úgy számol a környezet befolyásoló hatásaival is (Erdős, 2018b, 19.). E koncepcióban a biológiai szempont az egyén anatómiai, genetikai, strukturális és molekuláris jellemzőire helyezi a hangsúlyt, amelyek a betegség kialakulásának hátterében állnak. A betegségmodell második eleme, azoknak a pszichológiai rendszersajátosságoknak a jelentőségét emeli ki, amelyek a betegségek kialakulását, illetve az azokkal történő megküzdést befolyásolják. A szociális tényezők között pedig, azok a kulturális, családi, környezeti és spirituális faktorok szerepelnek, amelyek szerepet játszanak a betegségek progressziójában. (Samenow, 2010, 69.) A szenvedélybetegségek kapcsán, más értelmezések szerint a spirituális befolyásoló eszközöket önálló részeként kell tekinteni e betegségkoncepciónak. Pikó – Lázár Imre eredményeire hivatkozva – úgy véli, hogy a legtöbb addikció egyfajta módosult tudatállapotot képez, amely sok esetben spirituális funkciókat helyettesít, így helytálló az ún. BPSS-paradigma, amiben a biológiai, pszichológiai és szociális tényezőkön túl a spirituális nézőpont külön szerepel a szenvedélybetegségek koncepcionális magyarázatában (Pikó, 2016, 5.). Megint más megközelítések esetében pedig azt látjuk, hogy a szenvedélybetegség kialakulását meghatározó személyiségi, biológiai faktorok, az egyént körülvevő fizikális, szociális és spirituális környezet hatásai mellett a kémiai anyag tulajdonságai is fontos szerephez jutnak. (Demetrovics és Balázs, 2004, 124.) Ennek a Kielholz-féle klasszikus addikciós háromszög elméletnek (Möbe & Rehbein, 2013, 154.), vagy más néven 3-SZ modellnek (szer, személy, szociokul-

túrális környezet) egyértelmű korlátja, hogy kizárólag a kémiai addikciókra vonatkozatható, minthogy az minden esetben számol valamilyen pszichoaktív anyag jelenlétével. Griffiths és Larkin szerint a megfelelően kidolgozott addikciós elméletnek négy fontos eleme van. Összefoglalja a farmakológiai, kulturális, szituációs és személyi faktorokat (1), számba veszi a függőségek természetének kultúránkként, egyénenként és az idő múlásával bekövetkező változásait (2), számol a minden szenvedélybetegséget egységesen jellemző tulajdonságokkal (3), végezetül pedig hű a meglévő emberi tapasztalásokhoz. (4) (Griffiths & Larkin, 2004, 99-102.) Az ilyen komplex és rendszerszemléletű betegségkoncepciónak előnye, hogy bizonyított módon megállja a helyét függetlenül attól, hogy kémiai-, vagy esetleg viselkedési addikciókról beszélünk. (Griffiths, 2005, 196.)

Ez eddig leírtak már önmagukban alkalmasak arra, hogy felszínre emeljék annak a meggyőződésnek a hiányosságait, miszerint a szenvedélybetegségek kialakulásáért kizárólag az egyént, illetve annak akaraterejét lehet kizárólag okolni. A továbbiakban a teljes bizonyosság érdekében – a fentiek nyomán – bemutatom az addikciók kialakulásában szerepet játszó biológiai, pszichológiai, szociális és egyéb tényezők jelentőségét bizonyító fontosabb tudományos eredményeket.

Biológiai tényezők

Rácz József úgy véli, hogy: „*a hagyományos elképzelés szerint az addikció veszélyei felől tájékozatlan, boldogtalan vagy moštoha körülmények között élő emberek válnak függővé. Ha pedig egyszer rászoktak valamire, többé nincs visszaút, mert cselekedeteiket immár a kifejlődött fizikai függőség, és nem akaratuk irányítja. Az addikcióról kialakított új paradigma viszont az élményre, arra az elsöprő, szerelemhez fogható érzésre helyezi a hangsúlyt, amelyben a megváltozott tudatállapot alanya részesül. [...] Az addikció kulcsa tehát az agyi jutalmazás ereje.*” (Rácz, 2002, 77.) Következésképpen a függőségek kialakulásának biológiai hátterében elsősorban a központi idegrendszer sajátosságait kell vizsgálnunk.

A tudományos kutatások bizonyították már korábban is, hogy a szerfüggő szülők gyermekei különösen veszélyeztetettek az addikciók kialakulása szempontjából. (Verdejo-Gracia et al., 2008, 777-810.) Mindezekből ugyanakkor nem következik egyértelműen a biológiai tényezők jelenléte. Hiszen ezekben az esetekben a szenvedélybetegségek kialakulásáért joggal tehetnénk felelőssé a szülői mintát, valamint a gyermeket körülvevő környezet hatásait is.

Ensafi és Heydari-Bafrooei 2016-os tanulmányukban számos kutatási eredmény bemutatásával igazolták, hogy a függőség kialakulásában, már a genetikai információk tárolására szolgáló DNS egyes elváltozásai – hiszton módosulás³, illetve DNS metiláció⁴ – is fontos szerepet játszanak. (Ensafi & Heydari-Bafrooei, 2016, 132-134.) A Rácz József által említett agyi jutalmazó rendszerhez kapcsolódó dopaminerg gének különböző variánsainak szerepét is számos vizsgálattal sikerült már bizonyítani a szenvedélybetegeknél. „Az eredmények szerint a leggyakrabban vizsgált dopamin D2-es receptor gén egyes polimorfizmusai erős asszociációt mutatnak a heroinfüggőséggel” - jegyzik meg Vereczkeiek. (Vereczkei et al., 2009, 99.) Verweij és munkatársai 2010-ben, a cannabis kipróbálásával, illetve annak problémás használatával foglalkozó ikerkísérletek eredményeit vonták metaanalízis alá. Ebben megállapították, hogy a cannabis kipróbálása kapcsán a genetikai és környezeti faktorok jelentősége közötti különbség egyáltalán nem meghatározó. A szerzők szerint a kipróbálásra vezető tényezők esetében a különbség mindössze abban áll, hogy az addiktív genetikai hatások inkább a férfiaknál érvényesülnek, míg a nőknél a környezeti tényezők bírnak nagyobb jelentőséggel. A problémás szerhasználat kapcsán ugyanakkor azt találták, hogy az ilyen típusú cannabis használat egyéni különbségeinek több mint felét a genetikai variancia okozza. Ezekben az esetekben a környezeti hatások lényegesen alacsonyabb hozzájárulást mutatnak. (Verweij et al., 2010, 421.) Női ikerpárok között végzett vizsgálatok során szintén azt igazolták, hogy egyes genetikai faktorok (pl. a pszichoaktív anyag metabolizáló képességével, a végszervi receptorokkal kapcsolatos genetikai variációk) a nikotinfüggők esetében különösen fontos szerepet játszanak az addikció kialakulásában. (Kendler et al., 1999, 306.) Ezt erősítette meg egy öt évvel később végzett hasonló kutatás is, amiben már férfi ikerpárok is szerepeltek, s amely szerint mind a nikotinfüggők, mind pedig a rendszeres dohányosok esetén komoly jelentősége van egyes genetikai faktoroknak. (Maes et al., 2004, 1258-1260)

Az addikciók kialakulása mögött húzódó biológiai tényezők jelentőségének kutatása során természetesen felmerült az öröklődés kérdése is. Bierut és munkatársai kutatásuk alkalmával például arra a következtetésre jutottak, hogy az alkohol-, a marihuána-, a kokainfüggőség, valamint a rendszeres dohányzás esetében is megfigyelhető olyan speciális addiktív faktorok, amelyeket a családi öröklődés jellemez. (Bierut et al., 1998, 982.) Más pszichiátriai rendellenességekkel együtt vizsgálva – úgy, mint fóbia, generalizált szorongás, pánik zavar, bulimia, súlyos (major) depresszió – a kutatók úgy találták, hogy a genetikai

3 Hiszton módosulás: a kromoszómafehérjék egyik csoportjának a hisztonoknak módosulása.

4 Metiláció: a DNS kémiai módosulása.

hatások, a többi betegséghez viszonyítva az alkoholizmus esetében tekinthetők leginkább rendellenesség-specifikusnak (disorder specific). (Kendler et al., 1995, 374.) Az öröklött tényezők jelenlétére talán azon vizsgálatok eredményei utalnak a legszemléletesebben, amelyeket alkoholbeteg szülőktől származó, de mások által örökbefogadott gyermekek között végeztek. Amíg a nem alkoholbeteg szülő fiai alkoholiista nevelőapa mellett is csak 8 %-ban váltak alkoholbetegg, az alkoholiista szülő vér szerinti gyermekeinél ez az arány 16-20 % volt. Shields eredményei szintén azt mutatták, hogy a kutatásban résztvevő öt olyan egypetéjű ikerpárból, akik születésüktől fogva külön nevelkedtek, négy ikerpár feltűnően hasonló ivási szokásokat mutatott (Levendel, 1987, 31-32.). Mi több, még a koffein fogyasztása kapcsán végzett kis számú ikervizsgálatok eredményei is utalnak az örökletes faktorok jelenlétére. (Gurling et al., 1985, 274.) Zuckerman szerint a szenzoros élménykeresők, akik részét képezik az alkoholizmus és ópiátfüggőség rizikócsoportjának, sajátos biológiai jellemzőkkel is rendelkeznek. Esetükben ugyanis alacsony endorfin szint figyelhető meg, s a neurotranszmitterek vagy a megerősítést közvetítő peptidek alacsony szintje miatt olyan szerek vagy viselkedésformák keresésére kényszerülnek, amelyek stimulálják ezeket a rendszereket. (Zuckerman, 1991, 423.)

Az egyén általános biológiai jellemzőinek jelentősége a kémiai addikciók mellett természetesen épp úgy jelentőséggel bír a viselkedési függőségek kialakulásában is. A kodependencia (társfüggőség) kialakulását befolyásoló tényezők feltárása során Knapekék, a kémiai addikciókhoz hasonlóan szintén kiemelik egyes biológiai sajátosságok jelentőségét. A szerzők – utalva McGrath és Oakley kutatására – úgy vélik, hogy a társfüggőket jellemző hiperszociabilitás és túlzott empátia mögött feltehetően – a Williams-szindrómához hasonló – gén deléción⁵ (7q11.23 gén deléciónja) húzódhat meg. A kodependens személyek túlzott altruista⁶ viselkedéséért pedig a prefrontális kéreg empátias választ gátló funkciójának rendellenes csökkenése okolható (Knapek és Kuriárné, 2014, 60.). A testdedzésfüggőség kialakulásának biológiai hátterében elsősorban a testdedzés következtében megemelkedő, kellemes hatást keltő β -endorfin szint jelentőségét hangsúlyozzák a kutatók. (Detrovics és Kurimay, 2008, 137) A szerencsejáték-függőség esetén pedig, a pszichoaktív anyagok fogyasztásához hasonló neurológiai háttér bír szignifikáns befolyással az addikció kialakulására. A szerencsejáték következtében az agy jutalmazó rendszerében dopamin szabadul fel, amely a receptorok aktivizálódása révén kellemes érzést

⁵ A kromoszómákban bekövetkező szerkezeti mutáció, amelyet a kromoszómák törlődése okoz.

⁶ Olyan túlzó önzetlenséget kifejező viselkedés, amely során az egyén akár a saját kárára is segíti társát. Ebben az esetben a szenvedélybeteg társat.

kelt. (Potenza, 2006, 145.) A dopaminerg rendszer meghatározó szerepet játszik az agy jutalmazó mechanizmusában, következésképpen a dopaminfunkciók deficitje szenvedélybetegségek kialakulásához vezethetnek. (Blum et al., 1996, 396) Hasonló eredményekre jutottak a kutatók az internetfüggőség (internet addiction disorder) kapcsán is. A képalkotó vizsgálatok alapján arra következtethetünk, hogy a kényszeres internethasználók esetében a dopaminerg központ diszfunkciói felelőssé tehetőek az addikciók kialakulásában. (Hon et al., 2012, 4.) Hasonlóképp az evési addikciók genetikai rizikófaktoraihoz, ahol a DRD2 gén A1 alléja bírhat jelentőséggel. (Gearhardt et al., 2011, 140.) Az említett gén A1 alléja nem optimális kapacitással működő receptorokat produkál, amely alacsony potenciálú dopaminkötődésben nyilvánul meg, s ez szoros kapcsolatot mutat számos addikció kialakulásával. A különböző család-, iker-, illetve adoptációs vizsgálatokon alapuló genetikai tanulmányok eredményei összességében arra utalnak, hogy az addikciók kialakulásában az öröklött faktorok szerepe 40-60 % közé esik. (Uhl et al., 2002, 420-425)

Környezeti hatások

Merikangas 1990-es publikációjában kiemeli, hogy a szenvedélybetegségek kialakulásában a genetikai tényezők mellett, az olyan demográfiai és környezeti faktorok is kulcsfontosságú szerepet játszanak, mint a nem, a kor, a vallási hovatartozás, a társas környezet hatásai, a jövedelem, vagy a pszichoaktív szerhez elérhetősége az adott társadalomban. (Merikangas, 1990, 19.) Rendkívül fontos tehát, hogy önmagában a biológiai faktorokra irányuló kutatások, valamint az *in vitro* végzett kísérletek eredményei önmagukban – a szociokulturális környezet és az egyén pszichológiai változóinak vizsgálata nélkül – nem adnak választ az addikciók kialakulására, s nem is képesek egyértelműen előre jelezni azt. A továbbiakban, a teljesség igénye nélkül kívánom bemutatni a szenvedélybetegségek kialakulásában szerepet játszó fontosabb környezeti hatások megjelenési formáit, s a jelentőségüket bizonyító tudományos eredményeket.

A XX. század második felében, a problémás viselkedésben, illetve az addikciókban szerepet játszó környezeti hatások különös jelentőségére a vietnámi háborúban szolgálatot teljesítő katonák vizsgálati eredményei hívták fel a figyelmet. Lee N. Robins átfogó kutatásai egyértelműen rámutattak arra, hogy amint a drogfogyasztó-, illetve szenvedélybeteg egyént kiemelték az őt körülvevő megterhelő (háborús) környezetből, a problémás viselkedés szinte teljesen megszűnt. Az 1971 szeptemberében hazatérő katonák körében végzett vizsgálat szerint, a megkérdezett katonáknak közel a fele (43%) próbált

ki vagy használt valamilyen rendszerességgel pszichoaktív szert (pl. heroinot, ópiumot, morfiint, kodeint) a vietnámi szolgálata alatt. A szerhasználók 20 %-a vallotta magát függőnek. További 20 % legalább fél éven keresztül hetente több alkalommal élt valamilyen kábítószerrel. (Robins et al., 1974, 240.) Az után követéses vizsgálat ugyanakkor megállapította, hogy a hazatérő katonák többsége azonnal felhagyott a szerhasználattal, amint elhagyta Vietnámot, és nem is esett vissza az elkövetkezendő 8-12 hónapban. (Robins et al., 1974, 248.) Azok a katonák, akik a vietnámi szolgálat alatt függőségben szenvedtek, a hazatérést követő első évben, 5 % kivételével egyáltalán nem produkálták a szenvedélybetegség tüneteit. Három évet követően is mindössze 12 % esett vissza. (Robins, 1993, 1045.) Hazai példák szintén azt mutatja, hogy önmagában a háborús környezet érzékelhetően képes befolyásolni a szenvedélybetegségek megjelenését. A korabeli adatok és beszámolók szerint, Magyarországon az első világháborút követően megnőtt a kábítószer-élvezők száma, azonban korán sem olyan radikálisan, mint arról a korabeli sajtó beszámolt. Az indokok szerint a háborús körülmények felemésztették az emberek fizikai és pszichés tartalékjait, amelynek következtében sokan a könnyen megszerezhető kémiai örömek felé fordultak. Szabó Sándor 1930-as országgyűlési felszólalásában meg is jegyzi, miszerint „a nagy szenvedések és nélkülözések után, az emberek különböző élvezetekben kerestek levezetést azokra a hibbant állapotokra, amelyek az idegrendszer jellemezték”. (Erdős, 2018c, 80.) A szenvedélybetegségek szociokulturális környezet által történő befolyásolásához ugyanakkor nem szükséges a fentiekhez hasonló, extrém – háborús – környezet. A szenvedélybetegségek kialakulásában ettől sokkal alacsonyabb szintű, intimebb társadalmi alrendszerek is kulcsfontosságú szereppel bírnak: úgymint a család vagy a hozzátartozói közösség. Számos kutatás rávilágított már a szülők és a gyermek szenvedélybetegsége közötti szoros kapcsolatra. (Demetrovics és Balázs, 2004, 132.) Ashery, Robertson és Kumpfer szerkesztése alatt, 1998-ban jelent meg az a tudományos kötet, amely rendkívül alapos áttekintést ad azokról a kutatásokról, amelyek a szerhasználat, valamint az addikciók családi prediktoraival, illetve a megelőzés lehetőségeivel foglalkoznak. (Ashery et al., 1998) Merikangas és munkatársai részletesen bemutatják azokat a családi mechanizmusokat és eseményeket, amelyek hatással bírnak a függőség kialakulására. A szerzők szerint e folyamatban specifikus és nem-specifikus családi faktorok egyaránt szerepet játszanak. (Meikangas et al., 1998, 20.)

Specifikus faktorok:

- drogoknak való kitettség,

- a droghasználat modellezésének lehetősége (a hozzátartozói szerhasználók révén),
- a szülők együttműködése a drogfogyasztásban.

Nem-specifikus faktorok:

- bomlott családi rendszer,
- családon belüli viszálykodás,
- káros szülői nevelés/viselkedés,
- stressznek való kitettség,
- családi pszichopatológia,
- elhanyagolás,
- abúzus.

Az eddig felvázolt tudományos eredményekből arra következtethetünk, hogy családi közösség alapját biztosító szülői egység magatartása, már a magzati kortól kezdve hatást gyakorolhat a gyermek későbbiekben kialakuló szenvedélybetegségére. Számos kutatás bizonyítja az anyák terhesség alatti vagy azt követő droghasználatának negatív hatásait. Függetlenül attól, hogy legális (pl. nikotin, alkohol, SSRI antidepresszáns gyógyszer) vagy illegális (pl. marihuána, kokain, amfetamin) pszichoaktív anyagról beszélünk, egyre több bizonyíték van arra, hogy a parentális szerhasználat hatást gyakorolhat a magzat növekedésére, idegrendszeri fejlődésére (Jaques et al., 2014, 421-422.), későbbi viselkedésére (Oei et al., 2012, 745.), az agy információfeldolgozó képességére és a memóriakapacitására. (Freund, 2006, 253.) Továbbá kapcsolatba hozható különböző szintű értelmi fogyatékoság, tanulási nehézség, figyelemzavar és a figyelemhiányos hiperaktivitás-betegség (attention-deficit hyperactivity disorder – ADHD) kialakulásával is. (Thompson et al., 2009, 303-312.) Mindezek a tényezők a szenvedélybetegségek kialakulása kapcsán meghatározó jelentőségűek lehetnek. Bizonyított tény, hogy a szellemi fejlődésben enyhén visszamaradott, figyelem-, memória-, tanulási zavarral küzdő, hiperkinetikus⁷ gyermekek pszichiátriai szempontból veszélyeztetetteknek minősülnek az addikciók kialakulásában. (Baraczka, 2010, 186.) Az ADHD-val összefüggésben szintén megjegyzendő, hogy az ilyen problémával érintett serdülőknél több mint kétszer nagyobb a valószínűsége a rendszeres dohányzás kialakulásának, mint az ADHD-ban nem szenvedő társaik esetében. (Erdős, 2018d, 92.) Gudjonssonék

⁷ Amennyiben a súlyos és átható hiperaktivitás, valamint a magatartászavar tünetei egyaránt észlelhetővé válnak, hiperkinetikus viselkedészavar diagnosztizálásáról beszélünk.

szerint az ADHD tüneteivel küzdő fiatalok önmedikalizáló próbálkozásainak reprezentációjaként értékelhető a dohányzás mellett az alkohol és egyes illegális drogok fogyasztása is. (Gudjonsson et al., 2012, 304.)

A gyermek életének későbbi időszakában megjelenő más jellegű pszichiátriai problémák – amelyek esetenként szintén ok-okozati viszonyban állhatnak az anya terhesség alatti életmódjával – épp úgy kapcsolatba hozhatók a függőség kialakulásával. A klinikai vizsgálatok többnyire azt jelzik, hogy a pszichiátriai rendellenesség megelőzi a pszichoaktív szerek használatát, így a szenvedélybetegség kialakulását. Meg kell jegyezni, hogy az ok-okozati kapcsolatok megállapítása nem egyértelmű. Sok esetben nehezen bizonyítható, hogy a szenvedélybetegség és más pszichiátriai zavar komorbiditása esetén melyik tekinthető a kiváltó faktornak, melyik a következménynek, vagy azok esetleg egy párhuzamos folyamat eredményeként jöttek-e létre. Demetrovics szerint ugyanakkor fontos azt hangsúlyozni, hogy az okozati viszonyok korántsem zárják ki egymást. *„Ily módon, adott esetben, a közös neurobiológiai vagy családi kockázati tényezők megléte mellett bármelyik zavar megjelenhet elsőként, majd az eredeti rizikótényezőt akár felerősítve, hozzájárulhat a másik zavar megjelenéséhez”.* (Demetrovics, 2005, 329.)

A családi egység a felnövekvő gyermek számára az elsődleges szocializációs teret jelenti. Következésképpen az ebben a térben főszerephez jutó személyek (szülők, közeli hozzátartozók), viselkedése a későbbiekben is meghatározó lesz a szenvedélybetegségek kialakulásában. A kognitív elmélet képviselői szerint a családi környezet kulcsszereplőinek magatartásmintáit követve, a modelltanulás révén az egyén maga is szenvedélybeteggé válhat. Jól ismert és bizonyított, miszerint azokban a családokban, ahol a szülők rendszeresen alkoholizálnak és/vagy nyugtatószereket használnak, a gyermek nagyobb valószínűséggel válik alkoholistává, illetve gyógyszer- vagy kábítószerfüggővé, mint a szenvedélybetegségtől mentes családokban. (Bodrogi, 2011, 142.) A biológiai rizikófaktorok mellett, a szülői szerep által közvetített negatív minta jelentőségét mutatják azok a dániai vizsgálatok is, amelyekben alkoholos családból származó gyermekeket hasonlítottak össze homológ kontrollcsoporttal. Az eredmények azt jelzik, hogy az alkoholiستا felmenővel rendelkező fiúknál szignifikánsan nagyobb volt az alkoholos diszpozíció (18%), amely 25 %-osra növekedett azokban az esetekben, mikor a gyermek nevelőapja is alkoholiستا volt. (Levendel, 1987, 31.)

Az egészséges családszerkezet megbomlása, a konfliktusos társas kapcsolat, vagy a diszfunkcionális családi rendszer működtetése szintén szerepet játszhat a szenvedélybetegség kialakulásában. Számos kutatási eredmény bizonyította már, hogy a hiányos (egyszülős)-, vagy felbontott (nevelőszülős) családszerkezetek kockázati tényezőnek minősülnek a szenvedélybetegségek kialakulá-

sában. (Márványkövi et al., 2013, 503.) Fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy a család szerkezetének megbomlása természetesen nem képez szükségszerű oksági kapcsolatot az addikciók kialakulásával. Az ilyen családoknál azonban a stabilitás hiánya, a szerepek tisztázatlansága rendkívül jelentős alkalmazkodási és megküzdési tevékenységet követelhet meg a gyerektől, amelyek az egyén személyes és társas készségei híján kudarccal zárulhatnak. (Felvinczi, 2006, 166.) Ez pedig már megteremtheti valamilyen addikció kialakulásának lehetőségét. Ugyanakkor e folyamat önmagában nem, csak az egyén pszichés készségeinek és erőforrásainak szem előtt tartásával értelmezhető. A szerencsejáték-szenvedély háttérében rejlő szocio-demográfiai tényezők feltárása szintén azt mutatja, hogy a felbomlott család, az anya elvesztése, a korai halálozás, valamint az olyan szülői magatartások, mint a fizikai és szexuális bántalmazás, pszichoaktív szerhasználat nagy szerepet játszik az szerencsejátékkal kapcsolatos addikció kialakulásában. (Forrai, 2011, 185.) A családon belül megjelenő konfliktusok, fizikai erőszak, a családi kapcsolatokat jellemző érzelmi sivárság vagy hiány szintén kockázati tényezőként jelennek meg. (Rácz, 1999, 61.) Másfelől viszont a családtagok között kialakuló hiányos, szétesett érzelmi viszonyulás mellett, a túlzottan erős, ún. patológiás kapcsolat épp úgy lehet a probléma forrása. A pszichoanalitikus elméletek egyik meghatározó személyisége Margaret S. Mahler, több munkájában is részletesen foglalkozik a szülő és a kisgyermek kapcsolatának szimbiotikus rendszerével. (Mahler, 1975) Mahler elmélete szerint a gyermek születésekor nem képes különbséget tenni az „én” és a nem-én között. Ez a fúzió a gyermek fejlődése során felbomlik, amelyet Mahler szeparációs-individualizációs folyamatnak nevez. A gyermek későbbi alkalmazkodóképességét nagy mértékben meghatározza az, ahogyan az anya ebben a periódusban viselkedik. Amennyiben ez a folyamat nem megfelelően zajlik, az traumatizálhatja a gyermeket, amit a későbbiekben az egyén a saját gyerekével kapcsolatban újra élhet. A saját gyermek serdülőkori leválási kísérlete mozgósítja a szülő traumáit, ezáltal a szimbiotikus kapcsolat fenntartására fog törekedni. Ez a szoros kapcsolat ugyanakkor akadályozza a serdülő szeparációját, ami feszültséget, szorongást kelt benne, s amelyet esetenként szerhasználattal igyekszik elfogadhatóvá tenni.

Flores átfogó munkájában a függőséget egyenesen kapcsolati zavarként értelmezi, amely szerint a különböző addikciók sok esetben az egyén kötődési problémájának kifejeződésai, s ami mögött minden esetben a kapcsolati-, érzelemszabályozási-, illetve önbecsülési deficit van jelen. (Flores, 2004, 3-8.) E tekintetben egyértelmű összefüggés áll fenn a függőség kialakulása, valamint a sérült vagy ki sem alakított gyermekkori kötődés, illetve a patológiásan szoros szülő-gyermek kapcsolatok között egyaránt. Az addikciók kialakulása szempont-

jából tehát nincs szükség arra, hogy a családi rendszer széteszen. Elegendő, ha abban a különböző rendszerjellemzők – mint például a határok, családi szerkezet, családi hierarchia, családi szabályrendszer, kommunikáció, érzelmek/indulatok kezelése, bizalom, intimitás, felelősség, fejlődés – diszfunkcionálisan működnek. Az egészséges és diszfunkcionális családok eltérő jellemzőit – Komáromi nyomán – az alábbi táblázat foglalja össze. (Komáromi, 2009, 107.)

Családi jellemzők	Egészséges család esetén	Diszfunkcionális család esetén
<i>Határok</i>	Egyértelmű, átjárható, rugalmas.	Kaotikus, merev, sérült.
<i>Családi szerkezet</i>	Világos, ép.	Instabil, sérült, átláthatatlan.
<i>Családi hierarchia</i>	Szülői tekintély jelen van.	A szülőnek nincs tekintélye.
<i>Családi szabályrendszer</i>	Követhető, számonkérhető, világos.	Kiismerhetetlen, ellentmondásos, nem kérhető számon.
<i>Kommunikáció</i>	Kölcsönös, nyílt.	Nincs, vagy tabukkal, veszélyes zónákkal telített a kommunikáció.
<i>Érzelmek/indulatok kezelése</i>	Természetes, mindenki által kívánt és megfelelően kontrolált.	Tiltott, túl- vagy alulkontrolált.
<i>Bizalom</i>	Őszinte.	Nincs bizalom.
<i>Intimitás</i>	Egészséges, elmélyülő	Gátolt, sérült.
<i>Felelősség</i>	Megosztott, mindenki a szerepének megfelelő felelősséget viseli.	A család egyes tagjai túlzott felelősséget vállalnak, míg másokra semmi felelősség nem hárul.
<i>Fejlődés</i>	A család minden tagja lehetőséget kap egészséges fejlődésre.	Az egyik tag fejlődése veszélyt jelent a család többi tagjára.

A diszfunkcionálisan működő családokban a gyermek sok esetben olyan szerepeket, viselkedésformákat vállal magára, amelyek elterelik a figyelmet a szülők feszült, konfliktusos viszonyáról. Egyes megközelítések szerint így a szenvedélybeteg önmagában csak a tünetek kifejezője, azonban valójában a családi működés egésze beteg. (Demetrovics és Balázs, 2004, 132.) Ilyenkor a gyerek mintegy szelepként csökkenti a családi rendszert feszítő konfliktusokat azzal, hogy önmagára – mint problémaforrásra – irányítja a figyelmet a valódi problémákról. A szenvedélybeteg gyerek tehát elősegíti a rendszer időleges, patológiás homeosztázisát. Más esetben a gyermek parentifikálódik, vagyis az elégtelen (pl. szenvedélybeteg) szülői magatartás következtében kilép a gyermeki szerepből és olyan szerepet vállal, amely egyébként a szülő felelőssége volna. Ilyenkor a házastárs egyik tagja sokszor magányos marad és gyakran saját gyermekét használja az intimitás megélésére, ezzel óriási terhet róva a parentifikált gyermekekre. Az ilyen szimbiotikusan kötött gyermek felnőve hasonló családszerkezetben szintén hasonló módon viselkedik – a kodependencia tüneteit jelezheti –, így a folyamat transzgenerációssá válik. (Knapek és Kuritárné, 2014, 62.) Ezzel összefüggésben a kora gyermekkorban tapasztalható szülői

viselkedés hatásait hozzák összefüggésbe egyes táplálkozási zavarokkal (évesi addikciókkal) is. Eszerint, ha a korai években durva, türelmetlen, nem megfelelő bánásmódban részesül a csecsemő, illetve nem jön létre a ráhangolódás a szülő részéről, a későbbiekben a saját test elfogadása is zavart szenvedhet a gyermek részéről. Gyakori jelenség – különösen azonos nemű szülő-gyerek párosnál –, hogy amikor a szülő elégedetlen saját alakjával, a gyerek azonosulva vele, önmagára is átveszi ezt az elégedetlenséget. (Varga és Babusa, 2012, 442.)

Kurimay szerint az addiktológiai problémák keletkezésében és kezelésében egyaránt, a családi rendszernek, a családtagoknak kiemelt szerepe van, ugyanis (Kurimay, 2009, 374.):

- leginkább ők gondoskodnak a szenvedélybetegéről,
- ők szállítják a drogot,
- leginkább nekik van előnyük a segítségnyújtásból,
- ők találkoznak és ők vannak együtt leggyakrabban az addikt személlyel.

Számos kutatás bizonyítja azt is, hogy megfelelő helyzetben a családi mechanizmusok épp úgy működhetnek védőfaktorként is az addikciók kialakulásával szemben, mint rizikó tényezőként. 2013-as publikációjukban Márványköviék több olyan vizsgálat eredményeiről is szólnak, amelyek a szülői monitoring, a kiegyensúlyozott szülő-gyermek viszony protektív hatásairól számolnak be. (Márványkövi et al., 2013, 503-504.) A szenvedélybetegségek kialakulásában szerepet játszó szociokulturális tér másik sarokkövének az egyént körülvevő kortárs csoportot tekinthetjük. A kortársak megközelítőleg három éves kortól alakítják a személy fejlődését, azonban a kamaszkor időszakáig ezeknek a szerepe nem tekinthető dominánsnak. Később a társas hatások mind felnőttkorban, mind pedig serdülőkorban kiemelt szerepet játszanak az egyén működésében és a függőségek kialakításában is. Tudjuk, hogy a dohányzás vagy az illegális szerek fogyasztása legtöbbször baráti társaságban, társas környezetben zajlik. A beavatást követően a kortárs csoport szerepe továbbra is fennmarad, s az a magatartás megerősítésében folytatódik. (Pikó, 2006, 85.) Tulajdonképpen e megerősítő folyamat következtében maradnak fenn az olyan magatartásformák is, amelyek első alkalommal sok esetben egyáltalán nem okoznak kellemes érzést, vagy egyenesen rossz élményekkel járnak (pl. dohányzás). Vizsgálatok bizonyítják, hogy a szerhasználat az esetek csaknem mindegyikében a serdülőkorban kezdődik. Az elmúlt évek hazai eredményei azt mutatják, hogy serdülőkorban a fiatalok túlnyomó többsége – több, mint 90 % – már túl van valamilyen pszichoaktív szer (elsősorban alkohol) kipróbálásán. (Erdős, 2018d, 88.) Ebben az időszakban ugyanis a szocializációs

színterek vonatkozásában is jelentős változások következnek be, s a serdülő számára a kortárs csoport által közvetített értékek válnak meghatározóvá, s a kortárs tagokkal együtt töltött idő is jelentősen növekszik. (Csíkszentmihályi & Larson, 1984, 79.) Ebben a szocializációs térben a fiatal szinte szükségszerűen megismerkedik a különböző kockázatos magatartási formákkal. Az eredmények szerint, a kortárs hatás különösen felerősödik, ha rossz a szülő és a gyermek viszonya. (Márványkövi et al., 2013, 504.) A kortárs csoport hatással kapcsolatban ki kell emelni, hogy önmagában a csoport hatás – a biológiai-, személyiségi- és családi faktorok figyelembe vétele nélkül – nem állítható oksági kapcsolatba a szenvedélybetegségek kialakulásával. Kétségtelen, hogy számos vizsgálat rámutat a deviáns kortárs csoportok szerepére a problémaviselkedés egyes fajtáinak kialakulásában (pl. káros szenvedélyek, agresszív, normasértő viselkedés). (Pikó, 2006, 90.) Ez ugyanakkor továbbra is csak rizikófaktorként jelenik meg az addikciók kialakulásában, s az ún. rossz társaságba keveredés a legtöbbször inkább tekinthető a problémát és felelősséget hárító családtagok kétes magyarázatnak, illetve az egyén által működtetett védekező mechanizmus produktumának.

Személyiségi tényezők

Az előzőekben láthattuk, hogy a csoport hatások – különösen serdülőkorban – rendkívül meghatározónak számítanak a szenvedélybetegségek kialakulásában. Felmerülhet ugyanakkor az az ésszerű kérdés, hogy vajon egyesek miért tudnak ellenállni a csoport hatásának, miért nem keverednek rossz társaságba, míg mások azonnal felveszik a közösség által közvetített mintákat és szinte kizárólag csak rossz társaságokban találják meg a helyüket. Pikó szerint az ún. konformizmus mértékét az attitűdök, normák és az egyén személyiségjegyeinek kölcsönhatása alakítja. Ez utóbbiak kapcsán ismerünk ún. magas rizikójú fiatalokat, akik fokozottan érzékenyek a szociális befolyásokra. Így például az alacsony önbizalommal vagy az én-hatékony viselkedés képességének hiányával jellemezhető fiatalok sokkal érzékenyebbek a kortárs hatásra, mint más társaik. (Pikó, 2006, 88.)

Az addikciók kialakulásának pszichodinamikai megközelítése szerint, az egyén egyes személyiségjellemzői kapcsolatban állnak a függőség különböző formáival. Ilyen személyiségi jellemző például:

- a sérült identitás,
- az érzelmi-indulati szabályozás zavara,

- az önértékelési probléma,
- a problémás/patológias kötődési jellemzők (szegényes vagy szimbiotikus kötődés), vagy
- a másokhoz való kapcsolódási nehézségei.

A pszichoanalízis legkorábbi elméletei a szerfogyasztás kapcsán például a pszichoaktív anyagok orális vagy öndestrukturív funkcióját hangsúlyozták. Később azonban a pszichoanalitikusok a belső érzelmi élet szabályozásának, illetve a külső realitáshoz történő alkalmazkodásnak zavaraira helyezték a figyelem fókuszát. A belső érzelmi élet szabályozásának zavara az érzések, érzelmi állapotok felismerésének, megélésének, kifejezésének, illetve elfogadásának problémáját jelentik. Míg az utóbbi esetében az impulzusok, a tevékenység szabályozásának, az önmagáról történő gondoskodás és az identitás megőrzéssel kapcsolatos értékelés nehézségeiről beszélhetünk. (Rácz, 1988, 42-43.) Az eddigi tudományos eredmények azt mutatják, hogy a különböző kémiai és viselkedési addikciók esetében egyaránt megfigyelhetők olyan személyiségi jellemzők, amelyek szerepet játszhatnak az adott függőség kialakulásában. Rácz szerint a korai gyermekkorra jellemző agresszivitás szintje, a magatartási zavar különböző megjelenési formái, illetve a hiperaktivitás egyaránt rizikófaktoroként jelennek meg. A késői gyermekkorban és a prepubertáskorban megjelenő alkalmazkodás elégtelensége, a társas és a megküzdési (*coping*) készségek fejletlensége előre jelezhetik az addikciók kialakulásának lehetőségét. (Rácz, 1999, 59-60.)

A megküzdési készségek nem megfelelő működtetése kapcsán gyakran említésre kerül Edward J. Khantzian – drogfüggőkkel kapcsolatos – kutatása, amelyben megalkotta az úgynevezett önmedikalizáló modell hipotézisét (*self-medication hypothesis*). (Khantzian, 1985, 1259-1264.) Ezen megközelítés szerint a szerhasználat egy eszköz arra, hogy a személy, a számára megoldhatatlannak tűnő konfliktusait, pszichopatológias problémáit (pl. depresszió, szorongás) kezelje, medikalizálja. E szemlélet szerint a drogfogyasztás felfogható tehát egy maladaptív megküzdési mechanizmusként is. Az olyan személyeknél, akik (1) képtelenek az érzelmek megélésére, a szorongás anticipálására, a hatékony védekező működés beindítására, (2) alacsony önbecsülés, nárcisztikus védelemi működés, valamint (3) éretlen, rigid és szegényes adaptív megküzdés a jellemző (Trecee & Khantzian, 1986, 399-412.), amely a hiányos vagy nem megfelelően funkcionáló mechanizmusok javítására, támogatására, kompenzálására szolgál a rendszeres szerhasználat.

A kutatások szerint a fentiek szoros összefüggésben állnak az önmagáról történő gondoskodás (*self-care*) hiányosságaival. Ennek az önvédő attitűdnek

és viselkedésformának a deficitje vezet oda, hogy az egyén a veszélyben (pl. az egészségügyi kockázatok esetén) nem érez félelmet, s nem képes viselkedését kontroll alá vonni, amikor az fontos volna. A fentiekkel való összefüggés abban áll, hogy ha az egyén nem képes érzelmeit megfelelően kezelni, s mindeközben megfelelő megküzdési repertoár sem áll a rendelkezésére, akkor az érzelmek extrém nyomása alatt primitív védekező mechanizmusokat (pl. tagadás) aktivál. A szerhasználat megóvjá őt attól, hogy az érzelmekkel, és a válaszadás kényszerével szembe kelljen néznie. Az önmagáról való gondoskodás attitűdje ekkor már háttérbe szorul. (Rácz, 1988, 44.) Csorba és munkatársai, az öngyilkossági kísérletet elkövető személyek vizsgálata során rámutattak arra, hogy a kísérlet előtti hat hónapban megjelenő életeseményekkel szemben olyan rizikós konfliktusmegoldási módszerekhez nyúltak, mint az addikciók. (Csorba et al., 2007, 200-211.) Vitathatatlan tény, hogy a különböző addikciós magatartások a nem megfelelő megküzdési eszköztárral rendelkező személyek egyik gyakorta alkalmazott válasza a problémák kezelésére.

A személyiségi faktorok természetesen a viselkedési addikciók esetében is megjelennek. A problémás internethasználat kialakulásában például szerepet játszik az alacsony önkontroll, az impulzivitás és az élménykeresés. (Gervasi et al., 2017, 25.) A problémás online játék személyiségi prediktorainak feltérképezésére szintén több kutatás témája volt már ez idáig. Ezekből az derült ki, hogy a problémákat okozó játékmagatartás mögött az alacsony érzelmi stabilitás, az alacsony barátságosság, vagy az extravertió (amelynek értéke csökkent az addikciós skálán elért pontszám növekedésével) húzódik meg. Ezek oksági magyarázata az lehet, hogy a játék közben a játékosnak nem kell szembeülnie hiányos szociális készségeivel, illetve amikor szociális helyzetekben visszautasítást kapnak, akkor az ezekből származó distresszt – alacsony érzelmi stabilitásuk miatt – a játékok révén tudják csak feldolgozni. (Demetrovics, 2013, 54.) A tesztelésfüggőség esetében pedig az egészséges önértékelés hiányosságai látszanak az egyik legmeghatározóbb kulcstényezőnek. Ezeknél a személyeknél a tesztelés során megszerzett eredmények (pl. egyre nagyobb súlyok használata, egyre nagyobb távolságok lefutása) a hiányos önértékelés kompenzáló eszközei lehetnek. Ezen addikció háttérében ugyanakkor olyan faktorok is kulcsszerephez jutnak, mint a perfekcionizmus, az obszesszív-kompulzív működés vagy a vonásszorongás emelkedett mértéke. (Demetrovics és Kurimay, 2008, 137.)

A korábban említett önmagáról történő gondoskodás hiánya, mint az addikciók egyik meghatározó személyiségi tényezője a viselkedési addikciók esetében úgyszintén megjelenik. A patológiás szerencsejáték kapcsán például Veér András és Erőss László a következőképp utal erre: „*A játékszenvedély beteg*

ség. Ebben az esetben a személy nem ura cselekedeteinek, belső kényszer hatására cselekszik, a realitást és a várható negatív következményeket figyelmen kívül hagyja, megszűnik a racionális gondolkodás ezért magatartása bővelkedik önsorsrontó mozzanatokban”. (Veér és Eröss, 2000, 7.)

Egyéb tényezők szerepe

Delamothe szerint a kémiai szerhasználat kialakulásában meghatározó szerepet játszó tényezők között találunk olyanokat is, mint az egészségi állapot, az önértékelés, a pszichikai közérzet, és a szocioökonómiai státusz, vagy akár az adott személy neme. (Delamothe, 1991, 1046-1050.) Ez utóbbi jellemző – korszakonként és kultúránként – szintén okot adott a moralizálásra, ezzel pedig a téves következtetések és meggyőződések elterjedésére a társadalomban. Egy 1838-ban kiadott tudástár például, mintegy másodlagos nemi jellegként definiálja az akarategyengeséget. A Magyar Tudós Társaságának kiadványa szerint, a nőket sokkal inkább jellemzi az érzések jelenléte, mint az akarat, míg a férfiaknál mindent az erő és önállóság dönt el, következésképpen a szenvedélyes viselkedés – az akarat hiányában – sokkal inkább jellemzi a nőket, mint a férfiakat. (Luczenbacher és Almási, 1838, 210.) Ezek ismeretében talán nem meglepő, hogy kezdetekben már az ókori rómaiak is csak a nők körében tartották szükségesnek a bor fogyasztásának szabályozását, minthogy kizárólag róluk tartották, hogy alkohol hatására házasságtörővé, erkölcsstelenné válnak. (Fleming, 2001, 70.)

Mindazonáltal a tudományos eredmények azt támasztják alá, hogy a szenvedélybetegségek területén a nemi különbözőségek szerepe – bár jelentőséggel bír – egyáltalán nem ilyen egyértelmű. Semmiképp az addikciók általános nőspecifikus jellegét illetően. Kutatások bizonyítják, hogy a 15 és 35 év közötti férfiakat sokkal inkább jellemzi a szenzoros élménykeresés és a kockázatvállalás magas szintje, így ők gyakrabban keverednek veszélyes helyzetekbe, gyakrabban vesznek részt veszélyes sportokban és jellemzőbb rájuk a kábítószerek fogyasztása is. (Iván, 2008, 24.) A nemi érintettség az addikciók esetében meglehetősen komplex, de semmi esetre sem korlátozható kizárólag a nőkre. Egyes addikciók vagy problémás viselkedésformák kapcsán azt látjuk, hogy egyazon patológiás magatartást vizsgáló, különböző kutatások egymástól teljesen eltérő módon jelzik a jelenség nemek közötti előfordulási arányát. A testdedzésfüggőség esetében például Kóthayék túlnyomóan a nők érintettségét figyelték meg (Kóthay et al., 2017, 88.), ezzel szemben a Demetrovicsék által bemutatott kutatások jelentős része elsősorban a férfiak körében mutatta ki az

addikciók ezen formáját. (Demetrovics és Kurimay, 2008, 136.) Megint más addikciók kapcsán a kutatások egyértelműen azt jelzik, hogy a férfiak érintettségé meghatározóbb a női populációhoz viszonyítva: így például a patológias szerencsejáték (Gyollai et al., 2011, 234-235.; Demetrovics, 2008, 345.), az alkoholizmus (Rácz, 1999, 59.), a problémás szintetikus kannabinoid-fogyasztás (Hu et al., 2011, 2.), vagy internethasználat (Lukács et al., 2017, 25.) esetén. S amíg a gyógyszerfüggők között inkább a női kliensek látszanak meghatározóbbnak (Felvinczi et al., 2006, 45.), addig a nikotinfüggők, illetve a kodependens egyének nemi megoszlása között sok esetben egyáltalán nincs szignifikáns eltérés, vagy még nem sikerült tisztázni a nemi különbségek szerepét. (Tombor et al., 2014, 59.; Knapék és Kuritárné, 2014, 59.)

Amennyiben figyelembe vesszük a különböző kutatások által alkalmazott kutatási módszerek vagy a vizsgált populációk esetleges eltéréseit, akkor is jól látható, hogy a nemek meghatározó szereppel bírnak, de semmiképp sem olyan módon, hogy kizárnák egyik vagy másik nem képviselőit az addikciókkal érintettek köréből.

A különböző szenvedélybetegségek kialakulásában az eddig említetteken túl más faktorok is jelentőséghez jutnak. Így például a korábban részletezett környezeti tényezőkön kívül meghatározó szerep hárul az egyént körülvevő társadalom kultúrájának sajátosságaira, normarendszerére, a közösség fogyasztási és viselkedési mintázataira, a jogszabályi környezetre, a közösség számára meghatározónak számító személyek viselkedési mintáira, valamint az ezeket közvetítő mediakultúrára, összességében pedig a társadalom egészének függőségekkel kapcsolatos attitűdjeire is. Aaron Beck és munkatársai például 1979-es tanulmányukban hívják fel a figyelmet az ún. kognitív triád jelentőségére. Bár e tudományos anyag alapvetően a depressziós állapotokra vonatkozóan született, úgy vélem, hogy a fentiek tükrében, a droghasználók kapcsán is jelentőséggel bírhat. Beck és mtsai. szerint: „*A kognitív triád a negatív világtépből, önképből és jövőképből tevődik össze*”. (Beck et al., 1979, 188.) Az idézetek alkalmazhatóságát a droghasználat és a társadalom viszonyában a következőkben látom: a társadalom negatív ítélezése kialakít a droghasználó egyénben egy olyan képet, amelyben rossz embernek látja önmagát. Gyakorta megesik a különböző egészségügyi intézményekbe, kezelésre érkező függőkkel, hogy önmagukat elesett, akaratgyenge és javíthatatlan személynek, rossz embernek látják. A negatív világtépből kialakításával a szerhasználó megállapítja, hogy az egész világ ellene játszik és nem bízhat az emberekben. Ez mind a további problémák megelőzését, mind pedig a szakszerű segítségnyújtást nagyban nehezíti.

A negatív jövőkép azt sugallja, hogy javíthatatlan és rajta már csak az segít, ha a társadalom kitesztja magából, tulajdonképpen fenntartja az állapotot, az-

által, hogy a psziché megóvása, illetve a torz egyensúlyi helyzet kialakításának érdekében újra szert használ. Norman E. Zinberg ezzel kapcsolatban a következőképp összegez: „*mindaddig, amíg a függőket továbbra is deviánsokként bélyegzik meg, rendkívül nehéz lesz számukra más fényben látni önmagukat*”. (Zinberg, 2005, 246.) Többek között a társadalom rendkívül moralizáló és stigmatizáló attitűdjei vezettek oda, hogy mára a klinikai szóhasználatból tulajdonképpen száműzni kellett a függőség kifejezést. A mentális zavarok diagnosztikai kézikönyve, a DSM-V ugyanis már nem a függőség, hanem az adott szer használatának zavara (Substance Use Disorder) kifejezést alkalmazza a diagnosztikai terminológiában. A DSM-V összeállítói szerint ugyanis az függőséghez képest e megnevezés tartalmát tekintve kevésbé bizonytalan és nem kapcsolódik hozzá megannyi negatív konnotáció. (APA, 2013, 485.)

Az kémiai addikció kialakulásának háttérében álló oksági tényezők között természetesen számolni lehet az adott szer farmakológiai tulajdonságaival is. Merikangas szerint az alkoholfüggőség kialakulásában fontos szerepet játszik a szer által kiváltott biológiai hatás is, amely mintegy normailizálja az olyan abnormális központi idegrendszeri jelenségeket, mint az ingerlékenység, hipérérzékenység, diszfória, impulzivitás, illetve a stressz/feszültség szintjét. (Merikangas, 1990, 19.) A pszichostimulánsok közé tartozó kokain tartós használatával kapcsolatban pedig azt tapasztalták a kísérleti kutatások, hogy számos fehérje és gén reagál arra, amely által pedig az egyes szürke magvak és neuronok működése átállítódik. (Sora et al., 2010, 218-246.) Az addikciók kialakulásának lehetőségét jelző ún. addikciós potenciál jelentőségével ugyanakkor nem csak a drogok, kábítószeresek kapcsán találkozhatunk. Gearhardt és munkatársai 2011-es munkájukban a fokozott ételek (hyperpalatable foods) és az evési addikciók összefüggéseiben szólnak az ilyen ételek addikciós potenciáljáról. (Gearhardt et al., 2011, 140-145.) Míg Demetrovics a különböző viselkedési addikciók kapcsán teszi ugyanezt. (Demetrovics, 2013, 275.) Napjainkban itthon – és sok helyen külföldön is – a drogpolitika fő csapásvonal mélyen prohibíciós, s mindemellett sok esetben meglehetősen kirekesztő és stigmatizáló. (Erdős, 2015, 23.) Nem meglepő tehát, hogy ezek az attitűdök a legtöbb esetben a különböző szerek jogi és társadalmi megítélésben manifesztálódnak. Ugyanakkor fontosnak tartom felhívni a figyelmet Bruce K. Alexander és munkatársai 1978-ban publikált állatkísérleteinek az eredményeire, amely során szabványos laboratóriumi ketrecekben, izolált, stressz hatású környezetben tartott patkányok morfin fogyasztási szokásait vetették össze olyan patkányokéval, amelyeket szociális környezetben, tágas, nyitott dobozban tartottak. A kísérlet során a kutatók azt tapasztalták, hogy a morfin, avagy a víz választási lehetősége mellett, szinte kizárólag az izolált, intenzív stressz hatású környezetben élő állatok fordul-

tak a droghasználathoz, míg a megfelelő, kiegyensúlyozott környezetben élők között azonnal csökkent a morfin fogyasztása. Az eredmények rávilágítottak arra, hogy önmagában a drog nem tesz senkit függővé. (Alexander et al., 1978, 175.) A társadalom droghasználattal kapcsolatos attitűdjeinek mélyen elutasító jellegét jól szemlélteti, hogy Alexander a kutatási eredményeit nagyon nehezen tudta csak publikálni. Az elismert szaklapok rendre elutasították. (Petke, 2018, 20.) Ugyanakkor az is régóta ismeretes, hogy a pszichoaktív anyagok fogyasztási mintázata sem jelöli önmagában az addikció meglétét. Az alkoholfüggőséggel kapcsolatban például, többek között Marconi 1959-es munkájából az is kiderült, hogy az alkoholizmus jelenlétét nem lehet pusztán az elfogyasztott alkohol mennyiségével, illetve minőségével leírni. (Marconi, 1959, 216-235.) Ténykérdés tehát, hogy önmagában sem az adott kémiai anyag sem pedig annak fogyasztási mintázata nem alkalmas arra, hogy az addikciók kialakulását előrevetítsék vagy meghatározzák.

Befejezés

Úgy vélem, hogy a fentiek kellő bizonyossággal képesek cáfolni azt a téves és könnyelműen leegyszerűsített következtetést, miszerint az addikciók kialakulásának oka az egyén akaraterejének és erkölcsi értékeinek a hiányossága. Bizonyítékok támasztják alá, hogy a rendészet célja és funkciója már az ősi egyiptomi kultúra kialakulása óta az állam rendjének fenntartása és biztosítása. (Christián, 2009, 156.) Kétségtelen, hogy a rendészeti igazgatásnak, s a rendészeti szervek tagjainak legmélyebb lényegük szerint nem az a funkciója, hogy a társadalom egyes tagjainak szociális, mentális vagy egészségügyi problémáját direkt mód kezeljék. Ugyanakkor hivatásuk gyakorlása során, szinte elkerülhetetlenül kapcsolatba kerülnek az addikciók különböző formáival. Már csak a különféle addikciók epidemiológiája okán is, a rendészeti szakemberek, szervezeti kereteken belül (pl. kollégák, beosztottak között), vagy az intézkedések, eljárások alkalmával (pl. elkövetők, áldozatok) egyaránt találkozhatnak a patológiás működések effajta formájával. S bár a probléma tényleges megoldása nem a rendészet terrénumába tartozik, a rendészeti szakemberek pártatlan, előítéletektől mentes viszonyulása ezekkel az emberekkel szemben is elvárás egy jogállamban. Weitzer szerint a rendőrség pártatlan viszonyulása a társadalom különböző alrendszeréhez, a professzionalizmus egyik fokmérője. (Weitzer, 1995, 104.) S minthogy a rendészetet jellemző egyik legfontosabb kritérium a professzionalista működés (Finszter, 2018, 39.; Christián, 2016, 705.), elengedhetetlennek tartom, hogy a rendészeti szervek dolgozóinak tu-

dása valós tények ismeretén alapuljon, az olyan a társadalmunkban megjelenő problémákkal kapcsolatban, mint a különféle addikciók. Ezzel párhuzamosan pedig a rendészettudomány kiemelt figyelmet fordítson a rendészet tagjainak attitűdjeinek vizsgálatára is. Számos tanulmány beszámol ugyanis arról, hogy a megfelelő képzés és oktatás, a tényeken alapuló ismeretek átadása pozitív hatást gyakorol a függőkkel kapcsolatba kerülő szakemberek, szenvedélybetegekkel kapcsolatos attitűdjeire, ezáltal csökkentve az előítéletességet. (Happel & Taylor, 2001, 87-96.; May et al., 2002, 284-289.) Megítélésem szerint nem kifejezetten hatékony, a rendvédelmi szemléletnek az a fajta megközelítése, miszerint az ország belső rendjének fenntartásáért felelős szervek, a közösségi szabályok létének, az általuk kitűzött célok feltételeinek a biztosítása érdekében harcot folytatnak tevékenységük során. (Ernyes, 2015, 25.) A rendészetnek inkább az a feladata, hogy magányos harc helyett, kooperatív módon részt vegyen a társadalom biztonságos működtetésében. Ennek fundamentuma pedig, hogy a rendészet képviselői ismerjék azoknak a társadalomban jelentkező problémáknak a valós hátterét, komplexitását, amellyel hivatásuk során (nagy valószínűséggel) találkozhatnak.

Felhasznált irodalom

- Alexander, B. K. – Coombs, R. B. – Hadaway, P. F. (1978): *The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats*. *Psychopharmacology*, 58, 175-179.
- APA, American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*. Washington, DC – London: American Psychiatric Association.
- Ashery, R. S. – Robertson, E. B. – Kumpfer, K. L. (eds.) (1998): *Drug abuse prevention through family interventions. NIDA Research Monograph, no. 177. U.S.*, Rockville: National Institutes of Health – Department of Health and Human Services
- Baraczka K. (2010): *Személyiség – Függőség*. *Magyar Onkológia*, 2, 181-194.
- Beck, A. T. – Rush, J. A. – Shaw, B. F. et al. (1979): *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guildford Press
- Benedek L. (1924): *Az alkoholkérdés mai állásáról. Főképp az amerikai alkoholelles küzdelem fejlődése kapcsán*. Debreczen: Méliusz Könyvkereskedés Könyvkiadóvállalata
- Bierut, L. J. – Dinwiddie, S. H. – Begleiter, H. et al. (1998): *Familial transmission of substance dependence: Alcohol, marijuana, cocaine, and habitual smoking. A report from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism*. *Archives of General Psychiatry*, 55, 153
- Blum, K. – Sheridan, P. J. – Wood, R. C. et al. (1996): *The D2 dopamine receptor gene as a determinant of reward deficiency syndrome*. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89, 396-400.

- Bodrogi A. (2011): *Az alkoholizmus kognitív viselkedésterápiás megközelítése*. Magyar Pszichológiai Szemle, 1, 141-156.
- Christián L. (2009): *Epizódok a rendészet történetéből*. Iustum Aequum Salutare, 3, 155-170.
- Christián L. (2016): *Rendőrség és rendészet*. In: Jakab A. – Gajduscek Gy. (szerk.): *A magyar jogrendszer állapota*. Budapest: MTA TK JTI, 681-707.
- Csikszentmihályi, M. – Larson, R. W. (1984): *Being adolescent: conflict and growth in the teenage years*. New York: Basic Books
- Csorba J. – Sörfőző Zs. – Steiner P. et al. (2007): *Maladaptív stratégiák, diszfunkcionális attitűdök, megküzdés és negatív életesemények „öngyilkos magatartás” diagnózissal kezelt serdülő betegeknél*. *Psychiatria Hungarica*, 3, 200-211.
- Delamothe, T. (1991): *Social inequalities in health*. *British Medical Journal*, 303, 1064-1050.
- Demetrovics Zs. (2005): *A droghasználat és pszichiátriai komorbiditása*. *Addiktológia*, 3, 319-340.
- Demetrovics Zs. (2008): *Szerencsejáték és kóros játékszenvedély Magyarországon*. *Psychiatria Hungarica*, 5, 336-348.
- Demetrovics Zs. (2013): *Viselkedési addikciók: spektrumszemléletű kutatások*. Akadémiai doktori értekezés, kézirat, Budapest: MTA
- Demetrovics Zs. – Balázs H. (2004): *Drogosok*. In: Gelsei G. – Gergely V. – Horváth V. – Rácz M. (szerk.): *A láthatatlanság vége – társadalomismereti olvasókönyv*. Budapest: Társadalomelméleti Kollégiumért, 121-141.
- Demetrovics Zs. – Kurimay T. (2008): *Testedzésfüggőség: a sportolás, mint addikció*. *Psychiatria Hungarica*, 2, 129-141.
- Engels, G. (1977): *The need for a new medical model: A challenge for Biomedicine*. *Science*, 196, 129-136.
- Ensafi, A. A. – Heydari-Bafrooei, E. (2016): *Interaction of Drugs of Addiction with DNA*. In: Preedy, V. R. (ed.): *Neuropathology of drug addictions and substance misuse. General processes and mechanisms, prescription, medications, caffeine, areca, polydrug misuse, emerging addiction and non-drug addiction*. London: Elsevier Inc., 129-136.
- Erdős Á. (2012): *Felelősség a rendvédelemben múltban és jelenben*. *Rendvédelmi Füzetek*, 1, 40-76.
- Erdős Á. (2015): *Droghelyzet: tiltás kontra legalizáció*. *Magyar Rendészet*, 3, 11-26.
- Erdős Á. (2017): *A Vám- és Pénzügyőrség kábítószer-ellenes tevékenysége a rendszerváltást követő első évtizedben*. *Rendvédelem-történeti Füzetek*, 54, 15-24.
- Erdős Á. (2018a): *Erkölcstelenség vagy patológiás működés? Problémás és kényszeres viselkedések megjelenése és megítélése a magyar rendészeti szervek állományának körében a XX. század első felében*. In: Keresztes G. – Szabó Cs. (szerk.): *Tavaszi Szél 2018 = Spring Wind 2018*. Budapest: Doktoranduszok Országos Szövetsége, 443-459.
- Erdős Á. (2018b): *Elhárító mechanizmusok a rendészeti szervek működésében*. *Belügyi Szemle*, 6, pp. 17-35.
- Erdős Á. (2018c): *Kábítószer-élvezet és függőség Magyarországon a XIX. század végétől a második világháború kirobbanásáig*. *Magyar Rendészet*, 3, 75-92.

- Erdős Á. (2018d): *A gyermekek drogfogyasztásának változásai – a Gyermekek jogi Egyezmény végrehajtásáról szóló civil jelentés tükrében*. Fundamentum, 1, 87-98.
- Ernyes M. (2015): *Rendvédelem, rendvédelem-történet (fogalmi és tartalmi megközelítés)*. Rendvédelem-történeti Füzetek, 43-46, 15-38.
- Felvinczi K. (2006): *A család szerepe a drogprevencióban*. In: Bíró J. (szerk.): Biopolitika – Drogprevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről. Budapest: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet – L'Harmattan Kiadó, 165-188.
- Felvinczi K. – Nyirády A. – Portörő P. (szerk.) (2006): *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2006*. Budapest: Szociális és Munkaügyi Minisztérium
- Finszter G. (2018): *Rendészettan*. Budapest: Dialóg Campus
- Fleming, S. J. (2001): *Vinum: The story of Roman wine*. Glan Mills: Art Flair
- Flores, P. J. (2004): *Addiction as an Attachment Disorder*. Maryland: Jason Aronson, Inc.
- Forrai J. (2011): *A szórakoztatóipar és a prostituáltak szereplőinek káros szenvedélyei*. Magyar Pszichológiai Szemle, 1, 137-142.
- Freund T. (2006): *Hullámtörés: A kannabisz (marihuána) hatása az agyhullámokra – memóriazavar és szorongás*. In: Mindentudás Egyeteme, V., Budapest: Kossuth Kiadó, 239-254.
- Gearhardt, A. N. – Davis, C. – Kuschner, R. et al. (2011): *The addiction potential of hyperpalatable foods*. Current Drug Abuse Reviews, 4, 140-145.
- Gervasi, A. M – La Marca, L. – Lombardo, E. M. C. et al. (2017): *Maladaptive personality traits and internet addiction symptoms among young adults: A study based on the alternative DSM-5 model for personality disorders*. Clinical Neuropsychiatry, 4, 20-28.
- Griffiths, M. D. (2005): *A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework*. Journal of Substance Use, 10, 191-197.
- Griffiths, M. D. – Larkin, M. (2004): *Editorial Conceptualizing addiction: The case for a „complex systems” account*. Addiction Research and Theory, 12, 99-102.
- Gudjonsson, G. H. – Sigurdsson, J. F. – Sigfusdottir, I. D. et al. (2012): *An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use*. Journal of Child Psychology, 3, 304-312.
- Gurling, H. M. D. – Grant, S. – Dangl, J. (1985): *The genetic and cultural transmission of alcohol use, alcoholism, cigarette smoking and coffee drinking: A review and an example using a log linear cultural transmission model*. British Journal of Addiction, 80, 269-279.
- Gyollai Á. – Urbán R. – Kun B. et al. (2011): *Problémás és patológiás szerencsejáték Magyarországon: A South Oaks Szerencsejáték Kérdőív magyar verziójának (SOGS-HU) hazai alkalmazása*. Psychiatria Hungarica, 4, 230-240.
- Happel, B. – Taylor, C. (2001): *Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: finding the elusive solution*. The Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 10, 87-96.
- Hou, H. – Jia, S. – Hu, S. et al. (2012): *Reduced striatal dopamine transporters in people with internet addiction disorder*. Journal of Biomedicine and Biotechnology, 3, 1-5.

- Hu, X. – Primack, B. A. – Barnett, T. E. et al. (2011): *College students and use of K2: an emerging drug of abuse in young persons*. Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 6, 1-4.
- Iván Zs. (2008): *Versengés, kockázatvállalás, szocializáció: kedvező és kedvezőtlen szülői környezet hatása kamaszok viselkedésére – egy evolúciós elemzés*. Disszertáció, kézirat, Pécs: Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológiai Doktori Iskola
- Jaques, S. C. – Kingsbury, A. – Henschcke, P. et al. (2014): *Cannabis, the pregnant woman and her child: weeding out the myths*. Journal of Perianatology, 34, 417-424.
- Kendler, K. S. – Neale, M. C. – Sullivan, P. (1999): *A population-based twin study in women of smoking initiation and nicotine dependence*. Psychological Medicine, 29, 299-308.
- Kendler, K. S. – Walters, E. E. – Neale, M. C. et al. (1995): *The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism*. Archive of General Psychiatry, 52, 374-383.
- Khantjian, E. J. (1985): *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence*. American Journal of Psychiatry, 142, 1259-1264.
- Knapék É. – Kuritárné Sz. I. (2014): *A kodependencia fogalma, tünetei és a kialakulásában szerepet játszó tényezők*. Psychiatria Hungarica, 1, 56-64.
- Komáromi É. (2009): *Szülői traumatizáció – gyermeki addikció*. In: Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai III*. Budapest: Eötvös Kiadó, Budapest, 105-130.
- Kóthay N. – Mayer K. – Sasvári P. et al. (2017): *Teštedzésfüggőség és meghatározó tényezőknek vizsgálata futóknál*. Egészségtudományi Közlemények, 1, 85-90.
- Kurimay T. (2009): *A hálózatterápia alkalmazásának lehetőségei az addiktológiai gyakorlatban*. In: Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai III*. Budapest: Eötvös Kiadó, 365-382.
- Levendel L. (1987): *Alkoholbetegek gyógykezelése és gondozása*. Budapest: Akadémia Kiadó
- Luczenbacher J. – Almási B. P. (szerk) (1838): *Tudománytár. Harmadik kötet*. Buda: Magyar Tudós Társaság
- Lukács A. – Gál B. – Sasvári P. (2017): *Problémás internethasználat vizsgálata 10-15 éves általános iskolás tanulóknál*. Egészségtudományi Közlemények, 2, 21-27.
- Maes, H. H. – Sullivan, P. F. – Bulik, C. M. (2004): *A twin study of genetic and environmental influences on tobacco initiation, regular tobacco use and nicotine dependence*. Psychological Medicine, 34, 1251-1261.
- Mahler, M. S. – Pine, F. – Bergman, A. (1975): *The psychological birth of the human infant. Symbiosis and individuation*. London: Hutchinson & Co. Ltd.
- Marconi, J. T. (1959): *The concept of Alcoholism*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 20, 216-235.
- Márványkövi F. – Rác J. – Németh Á. (2013): *Szülők szerepe a problémaviselkedésben: A szülők még számítanak? Pszichoszociális rizikótényezők hatása 11. évfolyamos serdülők alkoholfogyasztására Magyarországon*. Magyar Pszichológiai Szemle, 3, 499-513.
- May, J. A. – Wartier, D. C. – Pagel, P. S. (2002): *Attitudes of Anesthesiologists About Addiction and Its Treatment: A Survey of Illinois and Wisconsin Members of the American Society of Anesthesiologists*. Journal of Clinical Anesthesia, 14, 284-289.

- Mead, G. H. (1973): *A pszichikum, az én és a társadalom szociálbehaviorista szempontból*. Budapest: Gondolat Kiadó
- Merikangas, K. R. (1998): *Genetic epidemiology of alcoholism*. Psychological Medicine, 20, 11-22.
- Merikangas, K. R. –Dierker, L. – Fenton, B. (1998): *Familial factors and substance abuse: Implications for prevention*. In: Ashery, R. S. – Robertson, E. B. – Kumpfer, K. L., (eds.): Drug abuse prevention through family interventions. NIDA Research Monograph, no. 177. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services – National Institutes of Health, 12-41.
- Möbke, T. – Rehbein, F. (2013): *Predictors of problematic video game usage in childhood and adolescence*. Sucht, 59, 153-164.
- Nagy A. (2001): *Olvasásfejlesztés, könyvtárhasználat – kritikus gondolkodás. Szócikkmásolásától a paródiáirásig*. Budapest: Országos Széchenyi Könyvtár – Osiris Kiadó
- Nagy J. (1994): *Én(tudat) és pedagógia*. Magyar Pedagógia, 1-2, 3-26.
- Oei J. L. – Kingsbury, A. – Dhawan, A. et al. (2012): *Amphetamines, the pregnant woman and her children. a review*. Journal of Perinatology, 32, 737-747.
- OAI, Országos Addiktológiai Intézet (2008a): *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az amfetamin használatlal összefüggő kórképek kezeléséről*. Egészségügyi Közlöny, 3, 502.
- OAI, Országos Addiktológiai Intézet (2008b): *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a kannabisz használatlal kapcsolatos zavarokról*. Egészségügyi Közlöny, 3, 518.
- OAI, Országos Addiktológiai Intézet (2008c): *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az opiát használatlal kapcsolatos betegségek kezeléséről*. Egészségügyi Közlöny, 3, 536.
- Petke Zs. (2018): *A függőség felépülés-központú megközelítése*. In: Petke Zs. – Tremkó M. (szerk.): *Felépülés a függőségből: szerencsejáték és szerhasználat*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 17-40.
- Pikó B. (2006): *A serdülő- és ifjúkori függőség biológiai, pszichológiai és szociológiai összefüggései*. In: Bíró J. (szerk.): *Biopolitika – Drogprevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről*. Budapest: Nemzeti Drogmegelőzési Intézet – L'Harmattan Kiadó, pp. 81-102.
- Pikó B (2016): *Veszélyes függőségek és védekezési lehetőségek*. Korunk, 11, 4-10.
- Potenza, M. N. (2006): *Should addictive disorders include non-substance related conditions?* Addiction, 101, pp. 142-151.
- Rácz J. (1988): *A drogfogyasztó magatartás*. Budapest: Medicina
- Rácz J. (1999): *Addiktológia. Tünettan és intervenció*. Budapest: HIETE
- Rácz J. (szerk.) (2002): *Drog és társadalom – az addikciók mintázatai*. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó
- Rezi E. (1989): *Az alkoholizmus*. Keresztény Magvető, 4, 208-214.
- Robins, L. N. (1993): *Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation?* Addiction, 88, 1041-1054.
- Robins, L. N. – Davis, Da. H. – Goodwin, D. W. (1974): *Drug use by U.S. Army enlisted men in Vietnam: A follow-up on their return home*. American Journal of Epidemiology, 99, 235-249.
- Samenow, C. (2010): *A Biopsychosocial Model of hypersexual disorder/sexual addiction*. Sexual Addiction & Compulsivity, 17, 69-81.

- Sora, I. – Li, B. – Igari, M. et al. (2010): *Transgenic mice in the study of drug addiction and the effects of psychostimulant drugs*. Annals of the New York Academy of Sciences, 1187, 218-246.
- Stanbrook, M. B. (2012): *Addiction is a disease: We must change our attitudes toward addicts*. Canadian Medical Association Journal, 184, 155.
- Stein F. (1910): *Az alkoholkérdés mai állásáról*. Budapest: Posner Károly Lajos és Fia
- Thompson, B. L. – Levitt, P. – Stanwood, G. D.: Prenatal exposure to drugs: effects on brain development and implications for policy and education. Nature Review Neuroscience, 10, 303-312.
- Tombor I. – Paksi B. – Urbán R. et al. (2010): *A dohányzás epidemiológiája a magyar népesség körében országos reprezentatív adatok alapján*. Orvosi Hetilap, 151, 330-337.
- Treese, C. - Khantzman, E. J. (1986): *Psychodynamic factors in the development of drug dependence*. The Psychiatric Clinics of North America, 9, 399-412.
- Trotter, T. (1804): *An Essay, Medical, Philosophical, and Chemical on Drunkenness and Its Effects on the Human Body*. London: Longman – Hurst – Rees – Orme
- Uhl, G. R. – Liu, Q-R. – Naiman, D. (2002): *Substance abuse vulnerability loci: convergent genome scanning data*. Trends in Genetics, 18, 420-425.
- Varga M. – Babusa B. (2012): *Az új keletű évszavak néhány pszichológiai és rendszerelméleti vonatkozása*. Lege Artis Medicinae, 6-7, 440-444.
- Veér A. – Eröss L. (2000): *Fortuna szekerén. Szerencsejáték kultúra a magyar társadalomban és a játékszenvedély-betegség*. Budapest: Animula Kiadó
- Verdejo-García, A. – Lawrence, A. J. – Clark, L. (2008): *Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 32, 777-810.
- Vereczkei A. – Sasvári-Székely M. – Barta Cs. (2009): *A dopaminerg rendszer genetikai polimorfizmusainak szerepe a heroinfüggőségben*. Neuropsychopharmacologia Hungarica, 2, 95-101.
- Verweij, K. J. H. – Zietsch, B. P. – Lynskey, M. T. et al. (2010): *Genetic and environmental influences on cannabis use initiation and problematic use: a meta-analysis of twins studies*. Addiction, 105, 417-430.
- Weitzer, R. (1995): *Policing Under Fire: Ethnic Conflict and Police-Community Relations in Northern Ireland*, New York: Suny Press
- White, W. L. (2009): *Addiction medicine in America: It's birth and early history (1750-1935) with a modern postscript*. In: Ries, R. – Fiellin, D. A. – Miller, S. C. – Saitz, R. (eds.): Principles of Addiction Medicine. 4th Ed., Baltimore: American Society of Addiction Medicine, 327-334.
- Zinberg, N. E. (2005): *Függőség és kontroll. Drog, egyén, társadalom*. Budapest: Nyitott Könyvműhely Kiadó
- Zuckerman, M. (1991): *Psychobiology of Personality*. Cambridge: Cambridge University Press