

A herointúladagolások üzenete

Pap Ágota ■ Hegedűs Katalin dr.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

A droghasználatot önmagában is öndestrukciónak tekinthetjük, így közvetve kötődik a halállal kapcsolatos attitűdhöz, és jelentős számban fordul elő különböző, a narkotikumok által okozott suicidium a droghasználók körében. A tanulmány célja, hogy feltárja a drog-halál kapcsolat eredetét, hátterét, és azon belül a heroin okozta túladagolások okait a témával foglalkozó tanulmányok elemzésével, eredményeik összefoglalásával. A tiszta heroinos túladagolók életkora az évek folyamán fokozatosan nő. A rendőrségtől való félelem a túladagolás megelőzését és a mentők értesítését gátló tényező. Az öngyilkosság szándékosságára utaló jel lehet a saját otthon mint választott hely, vagy a társak jelenléte, ami a halál pillanatában biztosított társat jelentheti. (Az, hogy nincsenek egyedül a túladagolás pillanatában.) Ezért a segítségnyújtás egyszerűbb technikáit kell bevezetni: elsősegélynyújtás, naloxonbeadás, újraélesztés, a börtönviselték visszaesésének megelőzése, a szociális háló kiterjesztése, a fenntartó programokba való bevonás. *Orv. Hetil.*, 2015, 156(9), 352–357.

Kulcsszavak: opioidok, drog, halál, túladagolás

The message of the heroin overdoses

Drug use can be defined as a kind of self destruction, and it is directly linked to attitudes toward death and suicide occurring in a significant number of users of different narcotics. The aim of the authors was to look for the background of this relationship between drug and death and examine the origin, development, and motives behind heroin overdose based on an analysis of previous studies. It seems clear that pure heroin overdose increased gradually over the years. The fear of the police is the inhibitory factor of the overdose prevention and notification of emergency health care service. Signs of suicide could be the own home as the chosen location for heroin overdose and the presence of partners („moment of death companion”). Interventions should include simple techniques such as first aid, naloxone administration, resuscitation, prevention of relapse of prisoners and social network extension involving maintenance programs

Keywords: opiates, drug, death, heroin overdose

Pap, Á., Hegedűs, K. [The message of the heroin overdoses]. *Orv. Hetil.*, 2015, 156(9), 352–357.

(Beérkezett: 2014. november 25.; elfogadva: 2014. december 28.)

Pszichológus-addiktológus konzultánként gyakran beszélgetünk fiatalokkal (13–15 évesek) a pszichológiai műhelyek keretében. Arra a kérdésre, hogy mi az a három dolog, amire vágnak, többször elhangzik a halhatatlanság/örök élet fogalma. Valamiért mégis a fiatalok egy másik csoportja ugyanebben az életkorban egy akár halálos kimenetelű magatartásformát választ: a kábítószer-használatot. A pszichológia az önpusztításnak számos előzményét taglalja. A droghasználatot önmagában is öndestrukciónak tekinthetjük, így közvetve kötődik a halállal kapcsolatos attitűdhöz, s jelentős számban fordul elő különböző narkotikumok általi suicidium esete. En-

nek a furcsa kapcsolatnak – drog és halál – eredetét, kialakulásának hátterét kutatjuk.

Miféle halál a túladagolás? Vajon miért dönt valaki emellett? Vajon a droghasználót miért nem tartja vissza a használatától az esetleges túladagolás ténye? Honnan bennünk az omnipotentia érzése? E kérdések egy részére próbájuk megtalálni a választ tanulmányunkban, s azon belül is a heroin okozta túladagolások dilemmájára fókuszálunk.

Kevés tanulmány foglalkozik a heroinhasználat megszüntetésével, illetve azokkal a tényezővel, amelyek ösztönzik és megkönnyítik a megszüntetését. Egy friss kuta-

tásban a kvalitatív interjúk tükrében (20 fő már nem használ, 11 fő jelenleg is használ) azt látjuk, hogy a résztvevők a leszokáshoz szükséges motivációt a jobb életminőségben, a kapcsolatokban és a betegségtől, a bebörtönzéstől és/vagy a haláltól való félelemben találták meg. Noha az ultimátum – azaz az otthonból való kizárás, illetve a kapcsolatok teljes szüneteltetése – kulcsfontosságú visszatartó tényező a résztvevők számára, az eredmények mégis arra utalnak, hogy a heroinhasználat megszüntetését leginkább a személyre szabott stratégiák, a személyes és átfogó terápiás megközelítések segítik leginkább elő [1].

Az európai fiatalok körében a kábítószer-használat a halálozás egyik fő oka, egyrészt közvetlen formában, túladagolás révén (kábítószer okozta halálozások), másrészt közvetve, a kábítószerekkel összefüggő megbetegedések, balesetek, erőszakos cselekmények és öngyilkosságok formájában. A 2012-es adatok szerint az opioidokat, főként a heroint, elsődleges kábítószerként használó kliensek Európában a speciális kezelésre jelentkező összes drogfogyasztó közül 46%-ot tesznek ki (180000 fő), az első kezelésüket megkezdők közül pedig nagyjából 26%-ot. Európában az új heroinhasználók száma összességében csökken (a 2007-es 59000 fős csúcstról 2012-ben 31000-re).

A halálos kimenetelű túladagolások többségében a heroin vagy metabolitjai vannak jelen, gyakran más anyagokkal, például alkohollal vagy benzodiazepinekkel együtt. A toxikológiai jelentésekben viszont a heroin mellett más opioidok is előfordulnak (metadon, buprenorfin, fentanilok, tramadol) [2].

A hazai halálozási adatok szerint a korábbi csökkenő tendencia megfordult. Az opiátok hozzáférhetőségének drasztikus csökkenésével jelentősen csökkent a túladagolások száma is 2011-ig. Az új pszichoaktív szerekhez köthető halálozások száma azonban emelkedést mutatott: 2012-ben az 5-IT¹ [3], a 4-MEC² (dizájn drog³ [4]) volt kimutatható több haláleset alanyában, de GHB/GBL⁴ [5] is okozott végzetes túladagolást (Nemzeti Drogfókuszpont). Ezzel a jelenséggel más országokban már korábban is találkozhattunk, így a Tajvanon (2006. január–2007. december, 2008 decemberéig utánkövették) történt halálozási eseteket vizsgálva arra a megállapításra jutottak, hogy az öngyilkosság és más kábítószerhez köthető halálos kimenetelű esetek magasabb rizikófaktorral vannak jelen a metadon fenntartó kezelésben résztvevők között [6].

Az utóbbi évek kutatásai azt állítják, hogy olyan stratégiával, mint például a naloxon szélesebb körű elérése vagy a kezeléshez való hozzáférés növelése, valamint egyéb új beavatkozások is szükségesek ahhoz, hogy megfelezzék a gyógyszerként használatos opioidszármazékok okozta túladagolási „járványt” [7]. Gyakran más heroinhasználók vannak jelen egy túladagolás folyamán, ami azt is jelentheti: az áldozat életét meg lehetne menteni! A kutatások nagy hiányossága, hogy nem vizsgálják a heroinhasználók saját történeteit, a véleményüket, a

túladagolásokkal kapcsolatos válaszait. Ezért egy svéd kutatócsoport 35 heroinhasználó túladagolás-tanúval készített kvalitatív interjújából arra következtethetünk, hogy a heroinhasználók általában pozitív, segítőkész hozzáállást mutatnak túladagoló társaik irányában. Ám a tanú a helyzet megítélésekor nem akar beavatkozni – azaz a szándékos öngyilkosság tervét nem kívánja megakadályozni –, mint ahogy abba sem avatkozik be, hogy az áldozat igényli-e vagy sem a segítségnyújtást, sőt jelen van a félelem a rendőrség bevonásával kapcsolatosan is [8].

Amerika a lehetőségek országa?

Az amerikai kutatások különösen nagy hangsúlyt fektetnek a börtönpopulációra. A droggartellek folyamatos felszámolása mellett is jelentős a heroinhasználat. Az **észak-amerikai** régióban a legmagasabb a kábítószerrel összefüggő halálozások száma, és ez – a receptre kapható gyógyszerekkel való visszaéléssel együtt – súlyos és növekvő veszélyt jelent a közegészségügyre [9]. *Andrews és mtsai* tanulmányának (2000–2007) célja, hogy feltárja és összehasonlítsa a halál körülményeit a kábítószer-fogyasztás következtében véletlenül meghalt személyek és azok között, akiknél a halál oka más módon történt. A 388 elhunyt büntetett előéletűek csaknem felénél azonosítottak be kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetet (45%). A legtöbb kábítószer-fogyasztással összefüggő haláleset otthoni környezetben, és többszörös szerhasználat (poliszerhasználat) által történt. Bizonyított elmebetegség vagy önkárosító attitűd kevésbé volt gyakori a véletlen kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetknél, ezzel szemben a korábbi kábítószer-túladagolások, az intravénás kábítószer-használat, a droggartellekben heroinhasználat, és a megelőző hat hónapban a kábítószertől való megvonás annál gyakoribb volt [10].

Több kutatás foglalkozik az ártalomcsökkentés olyan formájával, amelyben a droghasználókat a naloxon használatára képezik ki. A naloxon (N-allil-nor-oximorfon) egy tiszta opioidantagonista, amely nem rendelkezik sem agonista, sem morfinszerű hatásokkal. Szintetikusán állítják elő, és mivel gyakorlatilag „lecsereéli” a heroin hatóanyagát (amelyet ebben az esetben agonistának nevezünk) ezeken a receptorokon, így gyorsan blokkolja a heroin hatásait, vagyis túladagolások esetén alkalmazzák. Egy 2007-ben publikált új-mexikói tanulmány bemutatja a túladagolással kapcsolatos tapasztalatokat heroinhasználók körében (akár ők maguk tapasztalták vagy tanúi voltak annak). Mentőautót a 95 regisztrált esetben csak 42 alkalommal hívtak túladagolások tanúi. A válaszadók 75%-a aggodalmát fejezte ki a rendőrség bevonásával kapcsolatosan, ezért a hívások elmaradtak vagy késtek. Százan – a 101 válaszadóból – hajlandóságot mutattak arra, hogy részt vegyenek egy továbbképzésen, ahol megtanulhatják a mesterséges lélegeztetést, és azt is, hogyan adjanak naloxont a túladagolás áldozatait segítve. A kutatók ilyen és ehhez hasonló új módszerek

bevezetésében látják a megoldást a herointúladagolásokkal szemben [11].

Connecticutban a felnőttek körében a véletlenszerű/meghatározatlan drogmérgezés okozta halálesetek számát figyelték. A 2900 halálesetből 2231-szer (77%) okozták ezt opioidok. A heroin okozta halálesetek száma az idő múlásával állandó maradt, míg a más opioidok általi halálesetek száma nőtt. Ezek között említhetjük a metadont, oxikodont és a fentanilt, a vényköteles opioidok közül más gyógyszereket, például a benzodiazepineket. Tiszta heroin okozta halálesetek inkább a nem fehérrek körében fordul elő, gyakrabban járt együtt alkohollal vagy a kokainhasználattal, a nyilvános helyeken és a nagyvárosokban [12].

Egy 1999-ben készült San Franciscó-i kutatásban szintén a túladagolások tanúival készítették interjút. A sürgősségi szolgáltatásra itt is csak az esetek felében került sor. Amikor a sürgősségi ellátást nem értesítették, a tanúk azt állították, ez azért volt, mert az áldozat magához tért. Emellett jelentős részük ugyancsak a rendőrség miatti félelemből nem hívta a mentőket. Azaz, a válaszadók hajlandóak cselekedni túladagolás esetén, de gyakran ezt nem a leghatékonyabb módon teszik meg, amelynek legfőbb oka a rendőrségtől való félelem [13]. Így az is igaz lehet, hogy az Amerikai Egyesült Államokban – noha az említett kutatások között közel egy évtized telt el – a rendőrségtől való félelem állandó maradt.

Európában más a helyzet?

Európában a balkáni út megmaradt a szubrégióban leggyakrabban használt kábítószer-csempészeti útnak, ugyanakkor a csempésztett heroin mennyisége csökkent 2013-ban [9].

Szlovéniában 2002 és 2007 között vizsgálták a kábítószer-fogyasztással összefüggő öngyilkosságokat (amelyekben az alkoholfogyasztás nem játszott szerepet), és összehasonlították az öngyilkosság módszereit férfiak és nők között. A 356 ilyen esetből 106 (64 férfi és 42 nő) volt kábítószer-fogyasztással összefüggő öngyilkosság. Ezek közül 69 (65,1%) esetben beszélhetünk szándékos önmérgezésről, 30 (28,3%) esetben más módszerekkel követték azt el, és 7 (6,6%) esetben használták a szándékos mérgezést együtt egy másik módszerrel. A nők idősebbek voltak, mint a férfiak, az önmérgezés benzodiazepinekkal gyakoribb volt a nők körében. A nők között a koruk fontosabb kockázati tényezőként szerepelt, mint az öngyilkosság módszere, de a benzodiazepinek használata illegális droghasználó nőknél az életkorral együtt nőtt [14].

Oslóban felmérték a demográfiai jellemzőket, a kezeléseik felhasználását és a halál körülményeit azok között, akiknek a halálát kábítószer okozta. A 231 esetből (2006–2008 között) 78%-ban 37 éves átlagéletkorú férfiak voltak az áldozatok. Majdnem minden esetben (90%) polidroghasználat okozta mérgezésről beszélhetünk, ebből 67%-ban jelent meg a heroin. A halál beáll-

tának leggyakoribb helye az adott személy otthona volt (67%). A legtöbb esetben (82%) a halál előtti évben valamilyen egészségügyi és szociális szolgáltatásban részesültek. A nők közötti eredmények 4 évvel idősebb átlagéletkort mutattak, és kevesebben haltak meg heroinmérgezés által. A börtönből szabaduló és a gyógyszeres kezeléssel elbocsátott egyének alkották az azonosítható szubpopulációt. Az eredmények azt sugallják, hogy megelőző intézkedések révén a legtöbb esetben elérhető lett volna a kapcsolattartás az egészségügyi és szociális szolgáltatókkal [15].

Az Európában bejelentett túladagolások haláleseteknek csak 10%-a történik a 25 év alattiak között. A túladagolás következtében elhunytak jellemzően a harmincas éveik közepén járnak vagy idősebbek, és átlagéletkoruk folyamatosan emelkedik, ami a problémás opioidhasználók csoportjának öregedésére utal. A túladagolások halálesetek áldozatainak többsége (78%) férfi [2].

A kutatások nagy része Európában is az egyidejű droghasználat általi túladagolást regisztrálta. Egy londoni felmérésben 148 kábítószer-túladagolások halálesetét (heroin, metadon, dihidrokodin, kokain, amfetamin vagy MDMA) vizsgáltak a halottképek. A legtöbb halálesetben poli- vagy többszörös drogfogyasztás volt kimutatható, legalább 69 különböző kombinációt találtak. Az Egyesült Királyságban talán először volt a kokain kimutatható több kábítószer-túladagolások halálesetben, mint a metadon. Azonban a heroin használatának csökkentése központi feladata a kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek megelőzésének [16]. Dél-Angliában, Glasgow-ban és Edinburghban 135 opiáthasználót kérdeztek meg az opiáttúladagolásokról, s 56%-uknál fordult elő túladagolás. A többségnél, mintegy 66%-uknál legalább egy másik pszichoaktív anyag (főleg az alkohol és/vagy a benzodiazepinek) is előfordult. A megkérdezettek a túladagolásaik okát mulasztásuknak (az anyag tisztasága, annak keverése) és a tolerancia növekedésének tulajdonították [17].

Egy észak-olaszországi kutatásban a résztvevők olyan intravénás kábítószer-használók voltak, akik igénybe vettek orvosi segítséget, legalább egyszer a vizsgálati időszak alatt (1985–1998). A 2708 haláleset 37%-át okozta a túladagolás, ezt követte az AIDS (32,5%) és a közúti balesetek (9,4%). A halálesetek száma túladagolások miatt szinte állandó volt. Az átlagéletkor a halál bekövetkezésénél évente nőtt: 26 a nyolcvanas évek közepén, majd 1998-ra ez 34 év lett. A nők és a kezeléssel kiesettek esete fontos kockázati tényezőnek bizonyult. Az AIDS-fertőzés pedig ugyancsak növelte a problémát [18].

A Bécsben lefoglalt heroin mennyisége (1987–1995 között), annak minősége és a kábítószerrel összefüggő halálesetek aránya közti kapcsolat vizsgálata azt mutatta, hogy a heroin és más drog együttes használata esetén bekövetkezett halálesetek áldozatainak kora nem változott az idők során, míg a csak heroint használók kora jelentősen csökkent. Az eredmények nem bizonyították

azt a széles körben elterjedt nézetet, amely szerint a heroinnal kapcsolatos halálesetek számát növeli a minőségi (tisztább) heroin [19].

Egy 1999-ben végzett kutatás is azt mutatta ki, hogy a legtöbb heroinos túladagolás a saját otthonban, a társak jelenlétében történik, és gyakoribbak a más (gyógy) szerekkel való együttes használat esetén. Túladagolás fennállásakor légúti kezelésre, valamint intravénásan naloxon adására van szükség, amelyet többórás kórházi ellátásnak kell követnie az újbóli hipoventiláció vagy más szövődmények elkerülése érdekében. Körülbelül a túladagolók 3-7%-a szorul kórházi ellátásra az esetleges tüdőgyulladás, tüdőödéma vagy más szövődmények miatt. Ekkor még a metadon hatékony megelőző intézkedésnek bizonyult [20].

Mire következtethetünk mindebből?

Mindezek tükrében elmondhatjuk, hogy a tiszta heroinnal való túladagolás esete csökkenő tendenciát mutat, míg a más opioidok, illetve azok együttes használata a jelenleg virágkorukat élő dizájn drogokkal jelentősen növekedni látszik. Más a helyzet Észak- és Dél-Amerikában, ahol még mindig a tiszta heroinos túladagolás is gyakori. Ez a különbség a túladagolók korában is megjelenik, azaz a tiszta heroinos túladagolók életkora az évek folyamán fokozatosan nő, míg az együttes használat esetében – ami halálos kimenetelű – a 26 éves átlagnak felel meg. Úgy tűnik, hogy a gyógyszeres mérgezés (legális és illegális) a nők esetében a kor növekedésével egyre gyakoribb, ezért az adolescens korosztálytól a fiatal felnőttkorig és felnőtt nőklisnek számára kellene kiterjedtebb, célzottabb megelőzést alkalmazni. A tanulmányok a legnagyobb figyelmet éppen ezért a másodlagos megelőzésre, azon belül pedig az ártalomcsökkentésre helyezik – miközben azt is tudjuk, hogy épp a közelmúltban szüntették meg az egyik jelentős drogambulancia tícse-reprogramját Budapesten. A halálos kimenetelű droghasználat elkerülése érdekében az ártalomcsökkentés elérése és továbbgondolása „életmentő” lehet.

Az eredmények kihívást jelentenek a szakemberek számára a foglyok szabadulását követő időszak jobb megszervezésére vonatkozóan is, és azt jelzik, hogy meg kell vizsgálni a kábítószer-túladagolás tágabb keretein belül a „volfogoly-tapasztalatokat”, hogy a megelőző programok megfelelően strukturáltak és célzottak lehessenek. Saját tapasztalataink alapján is azt jelzik vissza – az interjúk során – a börtönviseltek, hogy annak ellenére, hogy most tiszták, kinn folytatni kívánják a droghasználatot, mert nem látják más értelmét az életüknek.

Az a tény, hogy droghatás alatt álló embereken nehéz a hagyományos módszerekkel segíteni, azt üzeni nekünk, hogy a segítségnyújtás egyszerűbb technikáit kell bevezetni. Ezek között kiemelt helyet kapott az elsősegélynyújtásra irányuló kompetencia elsajátítása – mint a naloxonbeadás és az újraélesztés. Az Utcafront (Baptista Szeretetszolgálat) a túladagolásokról kérdezte 2008-ban

(2008. március és 2008. november között) az intravénásan heroint fogyasztókat. *A válaszadók szerint sokan gondolják úgy, hogy a „hideg víz”, a „fürdetés”, a „zuhany” és a „Jocsolgtás” is hasznos lehet csakúgy, mint a „cibálás”, a „verés” és a „pofozás” – mások szerint túladagolás esetén egyértelműen a mentők kihívása a megoldás. A többség tudja, hogy gondoskodni kell a szabad légutakról és valamiféle oldalra fektetés, újraélesztés is szükséges. Több esetben említik „a sétáltatást”, „az alvás megakadályozását”, a „tüdő- és szívmasszázszt”, a „nyelv kihúzását”, az „ítatást”, a „sok kávét”, a „hánytatást” és a „dörzsölést”. A megkérdezettek majdnem 20%-a nem tudja, hogy ilyenkor mit kellene tenni, és mindössze 2% adott megnyugtató választ: „Biztosítom a légutakat, oldalfekvésbe helyezem, és értesítem a mentőket” [21].*

Felmerül még a rendőrségtől való félelem, mint a túladagolás megelőzését és a mentők értesítését gátló tényező. *A mentők kihívásával kapcsolatban néhányan leírták, hogy hívhattak volna mentőt, de azért nem tették, mert „a helyzet valahogy megoldódott” és „a túladagolt magához tért”. Mások azért nem, „mert nem mertem”, „mert féltem, hogy belekevernek”, „mert megjelenik a rendőrség”, „mert megvernek”, „mert meglopják”, és azért sem, mert „utálják a drogosokat, azt mondják, ügyis megdögöltök” [21].*

Magyarországon 2014 októberétől az Országos Rendőr-főkapitányság által támogatott új drogprevenációs program keretében a 12–18 éves gyermeket nevelő szülők részére nyújtanának segítséget. A program célja, hogy a fiatalok családtagjai közvetlen tájékoztatást kapjanak a kábítószer-fogyasztás kockázatairól, büntetőjogi következményeiről. Az országos programhoz igazítottan a feladatot ellátó rendőrök a széles körű tájékoztatás érdekében előadásokon, szülői értekezleteken, fórumokon, fogadóórákon, telefonos ügyelet útján, továbbá elektronikus üzenetekben tanácsokkal, információkkal segítik az őket felkereső szülőket, fiatalokat, pedagógusokat. A kutatásokból kapott eredmények visszajelzései alapján a rendőrségtől való félelem is hátráltató tényező túladagolás esetén, ezért kételkedve fogadhatjuk a rendőrségi drogprevenációs tanácsadók/összekötők létjogosultságát. Illetve mindez előirányozhat egy – a rendőrség számára is hasznos – képzést, amelyben a droghasználókkal való kommunikáció, az előítéletek legyőzése és a bajbajutottak – még ha azok törvényt is sértenek – megsegítése.

Mi lehet mégis az üzenet?

Gondolhatunk arra, hogy a szerhasználat egy pontján már nem kívánt a veszteségekkel való szembenézés – és akkor ez valóban suicid szándék. Ha azt gondoljuk a droghasználatról, hogy az önpusztítás egyik formája, akár a halálkeresés, akkor annak teljes beteljesülése maga a túladagolás. Aranylövésnek nevezzük az öngyilkossági szándékkal végzett túllövést [22]. Az öngyilkosság szándékosságára utaló jel lehet a saját otthon mint

választott hely vagy a társak jelenléte, ami a halál pillanatában a „biztosított társat” jelentheti. (Az, hogy nincsenek egyedül a túladagolás pillanatában.) De az is elképzelhető, hogy a „cry for help” egy nem hétköznapi formája ez, amiben a legnagyobb szerep a tanúknak jut – ezért a megelőzést az ő oldalukról is lehet kezdeményezni. A tanúnak nagyobb tapasztalatot, érzékenységet kell szereznie a túladagolóval való kommunikációban, érvelésben, amelyben világossá válhat a segítő szándék, s amelynek segítségével csökkenthető lenne az öngyilkosságok esete. Ehhez hasonló tematikákkal is foglalkozni kellene a túladagolásnál szükséges beavatkozások oktatásában, mivel sok esetben a kábítószer-használat kialakulása mögött is a gyermekkort végigkísért kommunikációs nehézségek állnak, illetve a gyermek viszonya az anyával/apával, ami egy bizalmi kapcsolat. Ezek sérülése, traumatikus megélése a túladagolásnál való segítségnyújtást is hátráltathatja. Az Utcafront felmérésben a megkérdezett heroinhasználók 70%-a részt venne olyan képzésen, ahol tudását, ismeretét bővíthetné a túladagolásról és elkerülésének lehetőségeiről [21]. Sajnos a célpopuláció ismeretében nemcsak a képzési anyag összeállítása és a humán, valamint anyagi források biztosítása, hanem a droghasználók elérése, a képzésen való jelenléte is kihívás. A megoldás ezért a szociális háló kiterjesztése, a fenntartó programokba való bevonás, és maga az ártalomcsökkentés, ami hosszú távon a teljes leállást irányozza elő.

A kábítószer-használó állandó kockázatot vállal: az anyag kétes tisztaságával, a leállást követő újbóli használatlaltal, a felmerülő vírusfertőzésekkel és a bakteriális betegségekkel, a törvényen kívüli léttel, a saját agresszivitása kontrollálásával – ezt a típusú személyiségzavart az öngyilkossági hajlam, az erőszakos viselkedés és a túladagolás veszélye jellemzi a droghasználók körében [23]. Ahhoz, hogy mindezen ellentmondásokkal szembenéz-hessünk, feltétlenül szükséges ennek a sokat támadott „társadalmi szintérnek” a további kutatása.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: P. Á.: Problémafelvetés, irodalomlelemzés, az eredmények értelmezése, a tanulmány szerkezetének kialakítása. H. K.: Szakértői részvétel az eredmények értelmezésében és a tanulmány végleges formájának kialakításában. A cikk végleges változatát a szerzők elolvasták és jóváhagyták.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Jegyzetek

1. Stimuláns szer, amelynek hatásait Alexander Shulgin írta le először, aki szerint már viszonylag alacsony dózisban (20 mg) is hosszan tartó élénkítő hatásokkal bír, étvágytalanságot, magasabb szívverést és a testhőmérséklet növekedését eredményezheti [3].
2. 4-metil-etkatinon, dizájner drog 2011 májusában jelent meg a piacon. (Dr. Lakatos Ágnes – Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományok Kara – tudományos előadásának kivonata, habitációs eljárás, 2013. (<http://www.hungariantoxicologists.hu/Dok/2013/Eloadasok/S2-4.pdf>))
3. A *dizájner drog* kifejezés többnyire azon szerekre utal, amelyeket valamely tiltólistán szereplő szer kémiai szerkezetének módosításával hoznak létre úgy, hogy az újonnan keletkezett anyag hatásában az eredetihez hasonló maradjon, de a módosítás következtében már ne szerepeljen az illegális szerek listáján [4].
4. GHB/gamma-hidroxibutirát, disszociatív hatású nyugtató [5].

Irodalom

- [1] Weiss, L., Gass, J., Egan, J. E., et al.: Understanding prolonged cessation from heroin use: findings from a community-based sample. *J. Psychoactive Drugs*, 2014, 46(2), 123–132.
- [2] *European Drug Report – Trends and Developments*. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2014>
- [3] Sárosi, P.: Fókuszpont's alarm about 5-IT-2012. [Az 5-IT miatt riaszt a Fókuszpont – 2012] <http://drogriporter.hu/5-it> [Hungarian]
- [4] Faluszy, L., Balla, P., Frecska, E.: Designer drugs. [Dizájner drogok.] *Medical Tribune*, 2013. http://www.pharmaonline.hu/hir/cikk/dizajner_drogok [Hungarian]
- [5] Demetrovics, Zs.: GHB (Gina), 2013 [GHB (Gina), 2013] http://www.hazipatika.com/psziche/drog_abc/cikkek/partidrogok/ghb_gina/20130610150423 [Hungarian]
- [6] Lee, C. T., Chen, V. C., Tan, H. K., et al.: Suicide and other-cause mortality among heroin users in Taiwan: a prospective study. *Addict*, 2013, 38(10), 2619–2623.
- [7] Calcaeterra, S., Glanz, J., Binswanger, I. A.: National trends in pharmaceutical opioid related overdose deaths compared to other substance related overdose deaths: 1999–2009. *Drug Alcohol Depend.*, 2013, 131(3), 263–270.
- [8] Richert, T.: Wasted, overdosed, or beyond saving – To act or not to act? Heroin users' views, assessments, and responses to witnessed overdoses in Malmö, Sweden. *Int. J. Drug Policy*, 2015, 26(1), 92–99.
- [9] *Press release: UNIS/NAR/1197, 2014* [Sajtóközlemény: UNIS/NAR/1197, 2014] http://www.unis.univie.ac.at/unis/hu/press_releases.html?y=2014 [Hungarian]
- [10] Andrews, J. Y., Kinner, S. A.: Understanding drug-related mortality in released prisoners: a review of national coronial records. *BMC Public Health*, 2012, 12, 270.
- [11] Baca, C. T., Grant, K. J.: What heroin users tell us about overdose. *J. Addict. Dis.*, 2007, 26(4), 63–68.
- [12] Green, T. C., Grau, L. E., Carver, H. W., et al.: Epidemiologic trends and geographic patterns of fatal opioid intoxications in Connecticut, USA: 1997–2007. *Drug Alcohol Depend.*, 2011, 115(3), 221–228.
- [13] Davidson, P. J., Ochoa, K. C., Halm, J. A., et al.: Witnessing heroin-related overdoses: the experiences of young injectors in San Francisco. *Addiction*, 2002, 97(12), 1511–1516.
- [14] Lovrecic, M., Lovrecic, B., Semerl, J. S., et al.: Intentional self-poisoning versus other methods of suicide in illicit drug users, according to gender. *Heroin Addict. Relat. Clin. Probl.*, 2013, 15(2), 57–62.
- [15] Gjersing, L., Jonassen, K. V., Biong, S., et al.: Diversity in causes and characteristics of drug-induced deaths in an urban setting. *Scand J. Public Health*, 2013, 41(2), 119–125.
- [16] Hickman, M., Carrivick, S., Paterson, S., et al.: London audit of drug-related overdose deaths: characteristics and typology, and implications for prevention and monitoring. *Addiction*, 2007, 102(2), 317–323.
- [17] Man, L. H., Best, D., Gossop, M., et al.: Relationship between prescribing and risk of opiate overdose among drug users in and out

- of maintenance treatment. *Eur. Addict. Res.*, 2004, 10(1), 35–40.
- [18] *Quaglio, G., Talamini, G., Lechi, A., et al.*: Study of 2708 heroin-related deaths in north-eastern Italy 1985-98 to establish the main causes of death. *Addiction*, 2001, 96(8), 1127–1137.
- [19] *Risser, D., Uhl, A., Stichenwirth, M., et al.*: Quality of heroin and heroin-related deaths from 1987 to 1995 in Vienna, Austria. *Addiction*, 2000, 95(3), 375–382.
- [20] *Sporer, K. A.*: Acute heroin overdose. *Ann. Intern. Med.*, 1999, 130(7), 584–590.
- [21] *Hungarian Baptist Charity*: Research report about circumstances of the overdose 2009. [Utcafront Baptista Szeretetszolgálat, 2009. Kutatási beszámoló a túladagolás körülményeiről.] <http://drogriporter.hu/en/node/1250> [Hungarian]
- [22] *Rácz, J.*: Honestly about drugs. [A drogkérdésről őszintén.] B+V Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest, 2005. [Hungarian]
- [23] *Pap, Á., Hegedűs, K.*: Drug use and death-seeking behavior. Attitudes toward death among opiate users. [Droghasználat és halálkeresés – A halállal kapcsolatos attitűdök ópiáhasználók körében.] *Lege Artis Med.*, 2013, 23(9), 451–456. [Hungarian]

(Pap Ágota,
Budapest, Nagyváradi tér 4., 1089
e-mail: pap.agota@gmail.com)