

## A szerdependencia és az illegális pszichoaktív szerfogyasztás jeleinek felismerése

RAFFAI GELLÉRT

**Absztrakt:** A problémás szerfogyasztás, a függőség jeleinek felismerése roppant komplex feladat és nagy kihívás elé állítja az aggódo családtagokat, ismerősöket, szakembereket. A felismerés kulcsfontosságú, hiszen ez az első lépés a megfelelő intervenció irányába. Tekintettel arra, hogy a legális pszichoaktív szerek által okozott hatások és azok felismerése közismertebb, ezért a tanulmány célja elsősorban a különböző illegális pszichoaktív szerek érzelmi, gondolkodásbeli, viselkedéses és testi jeleinek áttekintése, amelyet néhány olyan szerspecifikus tárgy felsorolásával egészítünk ki, amelyek megerősítik a szerfogyasztás lehetőségét. Fontos konklúzió, hogy a szerfüggőség felismerését követően a fenyegetettség helyett a bizalmas, támogató légkör tud hatékonyan segíteni az érintettnek.

**Kulcsszavak:** pszichoaktív szer, dependencia, függőség

### A problémás drogfogyasztás, vagyis a dependencia meghatározása

A fogalom tisztázása során megkerülhetetlen a hazánkban jelenleg is használatos klasszifikációs (diagnosztikai, nozológiai) rendszerek áttekintése. Tekintve, hogy a szerdependencia a mentális- és viselkedészavarok közé tartozik, ezért ebben két fő forrásra támaszkodunk – a BNO-10-re és a DSM-5-re. A Betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása kézikönyv 10. revíziója (röviden BNO-10) az a WHO által 1992-ben kiadott kötet, amiben valamennyi betegség, köztük a mentális- és viselkedészavarok leírása is megtalálható. A pszichoaktív szer által okozott mentális- és viselkedészavarok kódjai F10-F19 közöttiek. A BNO-10 felhívja figyelmünket arra, hogy a zavarok széles köre kódolható általa, melyek azonban különböznek súlyosságukban vagy a klinikai képből, melyek pszichoaktív szer használatából erednek. A BNO-10 rendszere az alábbi pszichoaktív szereket sorolja fel: alkohol, opiátok, cannabis és származékai, nyugtatók és altatók, kokain, egyéb stimulánsok beleértve a koffeint, hallucinogéneket, dohány, illékony oldószerek, valamint a többféle vagy ismeretlen szerek által okozott hatás. Mindezekhez az alábbi aktuális klinikai állapotok rendelhetők: akut intoxikáció, káros használat, dependencia, megvonási szindróma delírium nélkül vagy delíriummal, pszichotikus zavar, amnesztikus szindróma, reziduális és késői (kezdetű) pszichotikus zavar, valamint az egyéb meghatározott mentális és viselkedészavarok és a nem meghatározott mentális vagy viselkedészavarok. A problémás szerfogyasztás – függőség – szempontjából az alábbiak kiemelten relevánsak:

- Akut intoxikáció: A pszichoaktív szerfogyasztást követően kialakuló tudat- és észlelészavar, kognitív, érzelmi vagy viselkedési tünetekkel. A zavar közvetlenül kapcsolatba hozható a fogyasztott szer akut farmakológiai hatásával, és idővel oldódik, teljes tünetmentességgel, kivéve, ha komplikáció nem lép fel. Ez akár egyszeri használat következménye is lehet, ami szertől függően járhat súlyos (akár letális) következményekkel is (pl. heroin).
- Káros használat (abúzus): A pszichoaktív szer használatának olyan módja, mely egészségkárosodást okoz fizikai (mint pl. hepatitis a pszichoaktív szerek injekciós önadagolásától) vagy mentális (mint pl. gyakori MDMA fogyasztását követő depressziós időszakok) szinten. A klinikai gyakorlat szerint akkor indokolt ez a kódolás, ha a személy az utóbbi minimum 12 hónapban szerhasználatot folytat, annak ellenére, hogy ennek kedvezőtlen következményei vannak. Ez az alábbi négy terület bármelyikében lehet: a munkavégző képességére gyakorolt kedvezőtlen hatás (pl. elbocsátás), a családi és emberi kapcsolataira gyakorolt kedvezőtlen hatás (pl. válás), a fizikai állapotára (pl. légzőrendszeri betegség) gyakorolt kedvezőtlen hatás vagy jogi következmény (pl. vezetés cannabis hatása alatt).
- *Dependencia*: Viselkedési, kognitív és élettani jelenségek meghatározott együttese, amely ismételt használatot követően alakulhat ki. Jellemző az erős vágy a szer fogyasztására, a használatának a kontrollálási nehézsége, a káros következmények ellenére a fogyasztás folytatása, a szerfogyasztás előnyben részesítése más aktivitásokkal szemben, és hiányérzet, megnövekedett tolerancia, valamint néha fizikai megvonási tünetek. A klinikai gyakorlat szerint, ha az előző káros használat tüneteit súlyosbítja a visszatérő és erős szer iránti sóvárgás, a szer dózisének fokozása azonos élmény eléréséhez és annak hiányában a megvonás szerspecifikus tünetei, akkor kialakult a dependencia, vagyis a szerfüggőség (BNO-10, 2004).

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kiadott A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének 5. revíziója (röviden DSM-5) szintén mindennapos eszköz a mentális- és viselkedészavarokkal foglalkozó kutató és klinikus szakemberek kezében egyaránt. A DSM-5 Szerrel kapcsolatos és addiktív zavarok fejezetben tárgyalja a releváns mentális zavarokat, amiket az alábbi szercsoportokba sorol: alkohol, koffein, cannabis, hallucinogének (külön a fenciklidin); inhalánsok és opioidok; szedatívumok, hipnotikumok és anxiolitikumok; stimulánsok (köztük az amfetamin és a kokain); nikotin és az egyéb csoport. A szerrel kapcsolatos zavarokat két csoportra osztja: szerhasználat zavarok és szer kiváltotta zavarok – ezek a BNO-10-hez hasonlóan az akut intoxikáció, megvonás vagy a szer által kiváltott egyéb mentális- és viselkedészavarok. Ez utóbbiak valamelyest sokrétűbbek, mint a BNO-10-ben láttuk, ezért érdemes felsorolni: pszichotikus zavarok, bipoláris zavarok, depresszív zavarok, szorongásos zavarok, kényszeres zavarok, alvászavarok, szexuális diszfunkciók, delírium, neurokognitív zavarok. A DSM-5 a BNO-10-hez képest nem törekszik minden szernél valamennyi potenciális klinikai állapot leírására, így a szer által kiváltott egyéb mentális- és viselkedészavarokat a releváns zavarhoz kapcsolódó fejezetben tárgyalja. Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy a DSM-5 rendszere nem emeli ki, hogy mit tart klasszikus értelemben függőségnek, inkább a specifikus következményekre, pl. megvonás illetve a következményes mentális- és viselkedészavarokra (pl. depresszió) fókuszál (DSM-5, 2013). Roppant izgalmas a

pszichoaktív szerek morbiditási és mortalitási mutatóinak áttekintése, amelyek elérhetőek a „Nutt-riportokban” (Nutt et al. 2007, 2010), de ezek az elemzések jelen tanulmány célkitűzésein túlmutatnak.

## A szerdependencia érzelmi és gondolkodásbeli jelei

A pszichoaktív szerek – drogok – roppant gazdag diverzitása miatt a hatásmechanizmusuk és preferált használati formáik is sokrétűek (Demetrovics, 2007). Nem lehetséges tehát olyan általános érzelmi és gondolkodási jeleket azonosítani, amelyek valamennyi illegális pszichoaktív szerre igazak lesznek. A klinikai területen dolgozó szakemberek által használt dependencia fogalom kapcsán gyakran felismerhető jel az adott szer megszerzésére irányuló erős vágy, a *sóvárgás* (Takách, 1998).

Erre jó példa a Heroin Sóvárgás Kérdőív (HCQ), amely rámutat, hogy az opiátfüggő személy érzelmi és gondolati világát jelentősen áthatja a heroin iránti vágy, a heroinhasználati szándék, a heroinnal kapcsolatos pozitív következmény elővételezése, a megkönnyebbülés iránti vágy és a kontrollvesztés (Demetrovics, 2009).

Az emberek addikciókra való fogékonysága mögött szintén viszonylag gyakran előkerül a *kontroll* kérdése, vagyis a szélsőségesen alulkontrollált és túlkontrollált jelenségek is spektrumba helyezhetők, ezt pedig számos kutatás és klinikai gyakorlat bizonyítja Hollander 1993-as addiktív spektrum hipotézise óta, amely a viselkedéses és szerrel összefüggő problémákat is egymással összefüggő módon értelmezi. Ebből a szempontból a szerdependencia olyan véglet, ahol a szerhez társuló szükségletek alulkontrolláltak, a fogyasztás pedig kontrollvesztetté válhat (Hollander, 1993).

Erre jó példa a Szerhasználattal kapcsolatos problémák feltárására irányuló szűrőteszt, a CAGE. Ez a mindössze négy kérdésből álló, dichotóm módon megválaszolható (igen/nem) kérdéssor egy percen belül kitölthető. A CAGE betűi elsősorban az alkoholfogyasztást vizsgálják, azonban más pszichoaktív szer esetén is használhatók. A betűk az alábbi négy kérdést fedik:

C (cut: 'abbahagyás'): Érezte-e valaha, hogy abba kell hagynia az ivást (/adott drogfogyasztást)?

A (annoyed: 'zavarja valami'): Zavarták-e valaha, ha azzal kritizálták, hogy abba kell hagynia az ivást (/adott drogfogyasztást)?

G (guilty: 'vétkes'): Érezte-e bűnösnek, rossznak magát az ivás (/adott drogfogyasztás) miatt?

E (eye-opener: arra utal, hogy az alkoholista (szerfüggő) így kezdi a napját): Előfordult-e, hogy ivással (szerfogyasztással) kezdte a napját, hogy megerősítse az idegeit, vagy hogy szabaduljon a másnaposságtól (megvonási tünetektől)?

Már egyetlen „igen” válasz is problémás szerfogyasztást jelez, kettőnél több „igen” válasz esetén pedig indokolt a további kivizsgálás (Gerevich, Bácskai, Rózsa, 2006).

A sóvárgás és a kontrollvesztés élménye pedig egyre inkább eluralkodik a szerhasználón és ennek következményei lesznek a környezete számára felimerhetők. A gondolkodás egyre inkább a szer megszerzésére és elfogyasztására szűkülhet be, így a személy korábban fontos társadalmi, foglalkozásbeli vagy szabadidős tevékenységeit elkezdi feladni, életstílusa egyre jelentősebb változásokon megy keresztül.

Ennek szertől függő módon az alábbi jelei a környezet számára is szembetűnők:

- agresszivitás,
- álmatlanság,
- csökkenő iskolai vagy munkahelyi teljesítmény,
- feledékenység,
- figyelem és koncentrációs képesség nehézségei,
- gyors hangulatváltozások,
- hallucinációk és/vagy téveszmék (a drog indukálta pszichózis jele lehet),
- idegesség,
- időbeli és térbeli tájékozódási zavar,
- indokolatlan fáradtság vagy gyors kimerülés
- indokolatlan félelem,
- kedvtelenség, levertség, közöny vagy ellenkezőleg: ok nélküli örömkítőrések,
- szokatlan ingerlékenység,
- pánikrohamok,
- túlérzékenység, stb.

A tünetek jól láthatóan sokrétűek, valamint a szerdependencia mellett sok egyéb mentális- és viselkedészavar tünetei is lehetnek, így az ezek alapján történő túlzott gyanakvás akár téves következtetésekhez is vezethet. A helyzet rossz azonosítása pedig bizalomvesztéshez, kiközösítéshez vezethet, ami különösen nehezen érinti a serdülő korosztályt (Takách, 1998).

Ezúton fontos leszögezni, hogy a droghasználat és egyéb mentális- és viselkedészavarok gyakran egyszerre vannak jelen, a komorbiditás kapcsán pedig előfordulhat az is, hogy az egyéb mentális- és viselkedészavar (pl. depresszió) egyik következménye a fokozott szorongásból eredő szerdependencia (pl. opiátok), de fordított eset is előfordulhat, amikor a dependens szerhasználónál (pl. amfetamin-származékok) alakul ki következményesen egyéb mentális- és viselkedészavar (pl. depresszió) (Volkow, 2004).

A szerdependencia a gondolkodás szintjén abban is megnyilvánulhat, hogy a használó a szerfogyasztó szubkultúrára jellemző szociolektikus csoportnyelvet (szleng), annak kifejezéseit kezdi el használni. Ennek egyik nyilvánvaló motivációja, hogy a társadalom által megbélyegzett illegális pszichoaktív szerhasználatát („drogos”) el tudja rejteni vagy titokban tarthassa, másrészt a szubkultúra többi tagjával ilyen módon kommunikál. Az illegális pszichoaktív szerfogyasztás terén sajátélménnyel rendelkezők a sajátélménnyel nem

rendelkezőket norminak szokták nevezni. A szerfogyasztás által a személyiségfejlődés vélt vagy valós motivációját hangsúlyozó, spirituális élményeket kereső fogyasztók hajlamosak önmagukat pszichonautának hívni. A szerfogyasztásban kontrollvesztett, klinikai értelemben is jelentős életvezetési diszfunkciókat megélő, „lecsúszó” fogyasztókra (akik leggyakrabban heroinfogyasztók) a szubkultúrában a junkie kifejezés az elterjedt. Ezzel együtt a szerek elnevezései (pl. laszti - MDMA, trinyó - LSD), a használati típusok (pl. csúzli), hatást leíró kifejezések (pl. flash) – összefüggésben az illegális jelleg miatti rejtőzködéssel – roppant gazdag és változatos szókincsét szinte szlengszótárrá lehetne összeállítani, amit Demetrovics 90'-es évekbeli kutatásai meg is alapoztak (Demetrovics, 1997).

## A szerdependencia viselkedéses jelei

A sóvárgás és a kontrollvesztés természetesen a viselkedésben is manifesztálódhat, azonban ezúttal is fontos hangsúlyozni, hogy ahány illegális pszichoaktív szer, annyiféle módon okozhat viselkedésbeli változásokat. A szerhasználó pedig tartva a jogi felelősségre vonástól és a társadalmi megbélyegzéstől arra kényszerül, hogy szerfogyasztását ne juttassa kifejezésre viselkedésében. Ezzel együtt az alábbi magatartásbeli változások utalhatnak szerdependenciára:

- a családon belüli kapcsolatok romlani kezdenek, eltávolodás,
- a korábbi érdeklődés csökken,
- a korábbi, megszokott napirend megváltozása,
- a korábbi, megszokott életmód megváltozása,
- a tanulmányi, munkahelyi eredmény hirtelen romlik,
- beilleszkedési nehézségek,
- elhanyagolt testi higiéne, öltözködés,
- hazudozás,
- kiégettség, üresség érzése,
- kimaradozás, iskolakerülés, munkakerülés,
- kritikátlan tervek, "szabadságra törekvés",
- új ismeretlen barátok titkolása, a régiéket hanyagolása,
- pénz és egyéb értékek eltűnése,
- saját maga és környezete elhanyagolása,
- titkolózás, zárkózottság,
- túlzott költekezés, kölcsönkérés,
- új barátok eltitkolása, elmagányosodás, stb.

Ismét elmondható, hogy a fentebbi tényezők egészen sokrétűek, így számos egyéb életeselemmel összefüggésbe hozhatók (pl. gyász) vagy számos egyéb körülmény, vagy mentális- és viselkedészavar tünetei lehetnek. Jó példa erre, hogy néhányan hirtelen jött módon spirituális nyitottságot kezdenek hangoztatni, amely egyrészt lehet egy valódi személyiségfejlődési szakasz a Wilber-i modellben (Wilber, 2008), néhány problémás

szerfogyasztó azonban ezzel „ideologizálja meg” saját egészen patológiás szerfogyasztási szokásait (pl. „az univerzum békéje érdekében tépek be”). Tulajdonképpen tehát csak a nyilvánvaló és nyíltan történő szerfogyasztás az egyetlen megkérdőjelezhetetlen bizonyíték (pl. rajtakapott cannabis fogyasztás) amelynek gyakran jogi következményei is vannak (Takách, 1998).

## A szerdependencia testi jelei

A szerdependenciának, ahogy fentebb is szerepel, gyakori kísérőjelensége a megvonásos tünetek kialakulása. Megvonási tünetről akkor beszélünk, ha a szer állandó használatát követően, relatív vagy teljes megvonás után alakulnak ki különböző, változatos csoportjai a tüneteknek. A kezdete és a lefolyása időben behatárolt, és a pszichoaktív szer típusától valamint az abbahagyás vagy a jelentős mérséklés előtti, legutoljára használt dózis nagyságától függ. A megvonási tünetek tipikus klinikai megnyilvánulása az izzadás, émelygés, remegés, reszketés, de akár súlyos komplikáció is kialakulhat, pl. az alkalmi konvulzió (BNO-10, 2004).

A korábban is hangsúlyozott diverzitás a pszichoaktív szerek által okozott testi tünetekben is megnyilvánul. Az illegális pszichoaktív szerfogyasztásnak számos olyan jele lehet, amelyek bőrtünetek formájában jelentkeznek. Ezek nyilván összefüggést mutatnak a szer típusával, a használati móddal és az alkalmazás hosszával. Ebből fakadóan a tünetek igen változatosak lehetnek, de általánosságban elmondható, hogy a rendszeres fogyasztók többségére előbb-utóbb jellegzetesek lehetnek az alábbiak:

- beesett, hamuszürke arc, beesett szemek, amelyek a krónikus kialvatlanságra utalhatnak;
- sápadt, esetleg sárgás bőrszín;
- étvágytalanságból eredő jelentős fogyás;
- ismeretlen eredetű túszúrások, véraláfutások;
- szájszárazság, orrfolyás;
- túlzott érzékenység külső ingerekre, stb.

Természetesen vannak olyan testi tünetek is, amit számos egyéb tényező (pl. a szerfogyasztás hatásán túl a fény jelentős csökkenése vagy erősödése is kihat a pupilla méretére) vagy mentális- és viselkedészavar tünetei lehetnek, így önmagukban ezekre sem lehet alapozni (Takách, 1998). A testi tünetek szempontjából azonban a szerek specifikus hatásából fakadóan már könnyebben felismerhetők a szer akut intoxikált állapotai, vagyis az azonnali vagy rövidtávon kialakuló tünetek. Érdemes tehát szerenként áttekinteni, hogy melyik milyen tipikus testi tüneteket okozhat. Fontos hangsúlyozni, hogy ezek a tünetek egy szerhatás alatt lévő és/vagy túladagolt fogyasztó esetén roppant informatívak lehetnek egy aggódó hozzátartozó vagy egészségügyi szakember szempontjából, azonban az akut jelek szertől függő módon néhány órán belül – a szerfogyasztással egyidőben észlelhetők csak.

Cannabis-származékok fogyasztása esetén az alábbi tünetek tipikusak:

- bőbeszédűség vagy túlzott csendesség,
- felgyorsult szívverés,
- kitágult pupilla,
- kivörösödő szem,
- megnövekedett étvágy,
- zavart, indokolatlan nevetés,
- zavaros beszéd, stb.

Kokain fogyasztása esetén az alábbi tünetek tipikusak:

- csökkenő étvágy és szomjúságérzet
- fájdalomküszöb emelkedése,
- fáradtságérzés csökkenése, elmúlása,
- légzésszám növekedése,
- testhőmérséklet emelkedése, stb.

Amfetaminszármazékok („speed”) és metamfetamin származékok (MDA, MDMA, stb.) fogyasztása esetén az alábbi tünetek tipikusak:

- csökkent étvágy,
- felgyorsult szívverés és légzés,
- fokozott izzadás, a kezdeti szakaszban székletürítés,
- fokozott mozgáskényszer
- homályos látás,
- kitágult pupilla,
- megemelkedett testhőmérséklet, láz,
- megemelkedett vérnyomás, pulzusszám növekedése,
- szájszárazság,
- szédülés, stb.

LSD vagy varázsgomba (pl. Psilocybe cubensis) fogyasztása esetén az alábbi tünetek tipikusak:

- csökkent étvágy,
- emelkedő testhőmérséklet,
- émelygés,
- felgyorsult szívverés,
- fokozódó székletürítés,
- hőhullámok,
- kitágult pupillák,
- megemelkedett vérnyomás, stb.

Opiátok (heroin, máktea, methadon, morfin, stb.) fogyasztása esetén az alábbi tünetek tipikusak:



- beszűkült pupillák,
- csökkenő vérnyomás,
- lassuló bélműködés,
- lassuló légzés,
- szívritmuszavar
- szélsőséges esetben akár a légzőközpont bénulását is okozhatja, stb. (Tringer, 2010).

Az új típusú (designer) pszichoaktív szerek fokozott veszélyessége ismeretlenségükből fakad, vagyis a fogyasztásuk gyakorlatilag kiszámíthatatlan következményekkel járhat. Az utóbbi időben közismertebb fantázianevű szerek („JVH”, „herbál”, „biofű”, „bika”) hatásukban a cannabis származékokhoz hasonlóak lehetnek, azonban sokkal súlyosabb kognitív tüneteket, akár visszafordíthatatlan károsodást is okozhatnak. Tipikus tüneteik:

- fókuszvesztett „bamba” tekintet,
- bizonytalan lépkedés,
- túladagolásnál összecsukló, utcán/padon furcsa pozitúrában ülés vagy fekvés.

## A szerdependencia szerspecifikus eszközei

A szerdependencia azonosításához, felismeréséhez legkönnyebben a kézzelfogható és egyértelmű bizonyítékok vezetnek, amelyek a szerhasználat „ceremóniáját” eszközként segítik. A pszichoaktív szerek diverzitása itt a fogyasztás sokféleségében képződik le, így a fogyasztási módon ismeretében viszonylag egyszerűen azonosíthatók a hozzájuk társuló eszközök is.

Cannabis-származékok fogyasztása leggyakrabban növényi törmelékként cigarettába sodorva és elszívva történik (viszonylag ritkán pedig a növényi törmeléket vajban hevítik és abból süteményt sütnek), ezek alapján az alábbi „eszközök” tipikusak:

- agyagpipa,
- grinder, azaz apró, kézi morzsoló,
- jointhoz használatos cigarettapapír,
- mérleg (amely grammot képes számolni),
- szelence,
- szipka,
- vízpipa, stb.

A kokain, mint fehér por fogyasztása orron át vagy injekcióban történik. Crack-kokainnak nevezzük a szer szabadbázisú formáját, amit felhevítenek és belélegeznek (a nevét a hevítés közben roppanó, pattogó hangról kapták). Ezek alapján az alábbi „eszközök” tipikusak:

- alufólia,



- kistükör,
- mérleg (amely milligrammot képes számolni),
- műanyag kártya,
- papírpénz,
- pipa,
- szívószál, stb.

Amfetaminszármazékok („speed”) és metamfetamin származékok (MDA, MDMA, stb.) fogyasztása szintén por, kristály vagy tablettá formájában történik az alábbiak szerint: az amfetaminszármazékokat inkább orrba szippantják, az MDMA-t (tablettá vagy kristály) viszont szájon át használják. Ezek alapján az alábbi „eszközök” tipikusak:

- alufólia,
- különböző méretű, színű és mintájú tabletták (extasy),
- kistükör,
- mérleg (amely milligrammot képes számolni),
- műanyag kártya,
- papírpénz,
- pipa,
- üres kapszulák,
- szívószál, stb.

LSD fogyasztása kisméretű, impregnált papírból kivágott, színes képpel díszített négyzetek, bélyegek („blotter”) formájában történik. Ritkán előfordulhat még a folyékony tárolás, amely adagolása cseppenként történhet. Ezek alapján az alábbi „eszközök” tipikusak:

- alufólia,
- bélyeg,
- kockacukor, stb.

Varázsgomba (pl. *Psilocybe cubensis*) fogyasztása gyakorlatilag a szárított növény megevezését jelenti. Ezek alapján az alábbi „eszközök” tipikusak:

- alufólia,
- mérleg (amely grammot képes számolni),
- szárított növényi részek, stb.

Opiátok (heroin, máktea, methadon, morfin, stb.) fogyasztása leggyakrabban intravénásan történik, elvéve szippantva. Ezek alapján az alábbi „eszközök” tipikusak:

- alufólia (pakett),
- égetett alumíniumdoboz vagy égetett, kormos, hajlított kanál,
- fecskendő,
- gumicső, öv (véna elszorításához),
- mérleg (amely milligrammot képes számolni),

- öngyújtó, mécses,
- vatta, stb. (Tringer, 2010).

Az új típusú (designer) pszichoaktív szerek megjelenésükben viszonylag sablonosak: a „kristály” fehér por (vagy tényleg kristály-törmelék), a „herbál” vagy növényi törmelék (legtöbbször fehérmályván), aminek a hatóanyaga finom vegytiszta nagyon potens por (ujjról felszívódva is mérgező lehet). Ezek legtöbbször emberi fogyasztásra alkalmatlan anyagok, pl. fürdőszó, növényvédőszer, stb. néven vannak árusítva, mintha legális termékek lennének. A szlengben „biofűként” vagy herbálként ismert szer például tipikusan „füstölőként” vagy „szobailatosítóként” van hirdetve. Ezek hatóanyagát növényi törmelékre permetezik és cigarettába csavarva szívják el. Kisebb csoportjuk a kristályos porként felszívható illegális pszichoaktív szerek: a mefedron 2010-ben volt gyakran előforduló, míg az MDPV 2012-ben. Azóta inkább pentedron, alfa-PVP, HEX-EN voltak az elterjedtebb hatóanyagok, amik a szlengnevek által szinte könnyebben azonosíthatók: régebben a "kristály" kategóriában (szintetikus stimulánsok) a Mefi, Kati, Formek, MP3, Zene, aztán később Kréta, Hópehely, stb. voltak.

A korábban heroint injektáló szerhasználók is áttértek a "kristályokra" - de ők ezeket a szereket is intravénásan használták, míg a korábban ettől a fogyasztási formától idegenkedő használók orrba szippantották ezeket. A két alpopuláció megkülönböztetése a klinikai kép súlyossága szempontjából lényeges. Fogyasztásuk kiemelten kockázatos pszichopatológiai és szomatikus szempontból egyaránt (Rácz és Csák, 2014).

## Pszichológiai szempontok

A segítő szakmák klinikai gyakorlata bizonyítja, hogy az illegális szerek eredendően stigmatizáló megítélése miatt fokozott jelentősége van a bizalmi légkör kialakításának. Nyilvánvaló, hogy az illegális szerekkel való kereskedés kriminálisnak tekinthető, míg a „kisfogyasztók” sokkal inkább áldozatok, így esetükben kontraindikált lehet a fenyegető, kényszerítő (pl. vizelettesztre kötelező) fellépés. A szerfogyasztó érdekében a megfelelő drogprevenációs tevékenység (ártalomcsökkentés, informálás, segítő beszélgetés, szakemberhez irányítás) lehet célravezető az aggódó családtagok, segítők oldaláról. Viszonylag ritka és szélsőséges eset, hogy egy hozzátartozó vagy ismerős a szerfüggőt rendőrrel fenyegeti, mégis fontos leszögezni, hogy ilyen probléma esetén feljelentési kötelezettsége nincs a hatósági személyen kívül gyakorlatilag senkinek, az egészségügyben és szociális ágazatban dolgozókat pedig titoktartás köti.

## Összefoglaló

A tanulmányban áttekintettük a problémás pszichoaktív szerfogyasztás, vagyis a szerdependencia meghatározását. A szerdependencia azonosítása komoly kihívást jelent, hiszen a felsorolt érzelmi, gondolkodásbeli, viselkedéses és testi jelek szinte szerenként változnak, a szerspecifikus testi tünetek és kellékek felsorolása azonban megkönnyítheti a felismerést. A „klasszikus” szerekről a tudásunk már jelentős, viszont az új típusú szerek kapcsán roppant csekély, így ártalmasságuk, veszélyük gyakorlatilag kiszámíthatatlan. Az illegális pszichoaktív szerfogyasztás kapcsán az egyetlen biztos jel, ha a szerfogyasztó maga ismeri el azt („kipróbáltam már, néha használom”), ebben az esetben az őszinte légkör és a segítő szándék a leginkább célravezető.

## Irodalomjegyzék

American Psychiatric Association – APA. 2013. DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.

BNO-10 zsebkönyv. 2004. Budapest: Animula Kiadó.

Demetrovics, Zs. (1997): Drogkultúra, drogfüggés, társkapcsolatok. MTA PTI Etnoregionális Kutatóközpont Munkafüzetek, 27, 12-25.

Demetrovics, Zs. (2007): A droghasználat funkciói. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Demetrovics, Zs. (2009): Early experiences with Suboxone maintenance therapy in Hungary. Neuropsychopharmacology Hungary, 11, 249-257.

Gerevich, J., Bácskai, E., Rózsa, S. (2006): Az alkohollal kapcsolatos zavarok szűrése: a CAGE hazai adaptációja. Psychiatria Hungarica, 21, 77-83.

Hollander, E. (1993): Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: An Overview. Psychiatric Annals, 23, 7, 355-358.

Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., Blakemore, C. (2007): Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. Lancet, 369, 1047-1053.

Nutt, D., King, L. A., Phillips, D. L. (2010): Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet, 376, 1558-1565.

Rác, J., Csák, R. (2014): Új pszichoaktív anyagok megjelenése egy budapesti túcsereprogram kliensei körében. Orvosi Hetilap, 155, 35, 1383-1394.

Takách, G. (1998): A drog: megelőzés, felismerés, rehabilitálás. SubRosa Kiadó, Budapest.

Tringer, L. (2010): A pszichiátia tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest.

Volkow, N. D. (2004): The reality of comorbidity: depression and drug abuse. *Biological Psychiatry*, 56, 10, 714-717.

Wilber, K. (2008): Integrál szemlélet. Ursus Libris, Budapest.