

Elekes Zsuzsanna

RIZIKÓ-MAGATARTÁSOK EPIDEMIOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉSben



Elekes Zsuzsanna

**Rizikó-magatartások
epidemiológiai megközelítésben**



SZOCIOLÓGIAI TUDÁSTÁR

4.

A Debreceni Egyetem BTK
Szociológia és Szociálpolitika Tanszékének sorozata

Sorozatszerkesztő:
CZIBERE IBOLYA

Elekes Zsuzsanna

Rizikó-magatartások epidemiológiai megközelítésben



Debreceni Egyetemi Kiadó
Debrecen University Press
2022

Szakmai lektor:

DR. VITRAI JÓZSEF BÉLA



© Elekes Zsuzsanna 2022

© Debreceni Egyetemi Kiadó, 2022

ISSN 2786-2194

ISBN 978-963-615-012-9

Kiadta: Debreceni Egyetemi Kiadó

Felelős kiadó: Karácsony Gyöngyi főigazgató

Tipográfia, tördelés, borítóterv: Juhászné Marosi Edit

Nyelvi lektor: Feketéné Balogh Marianna

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés <i>(Elekes Zsuzsanna)</i>	7
2. Fogalmak <i>(Elekes Zsuzsanna)</i>	9
Hivatkozások	14
3. Történeti áttekintés <i>(Elekes Zsuzsanna)</i>	17
A szerhasználat megítélésének változásai	17
A változó megítélés mögött meghúzódó magyarázatok	22
Hivatkozások	26
4. Mérési módszerek és korlátok <i>(Elekes Zsuzsanna)</i>	31
Az operacionalizálás problémái	31
Makrostatisztikai adatok	34
Önbevallásos vizsgálatok	37
A határhúzás következményei	39
Hivatkozások	40
5. Alkoholfogyasztás <i>(Elekes Zsuzsanna)</i>	43
Módszertani kérdések	43
Elterjedtség és trendek	50
Érintett társadalmi csoportok	59
Összefoglalás	64
Hivatkozások	65
Ajánlott irodalom	70
6. Egyéb drogok fogyasztása <i>(Elekes Zsuzsanna)</i>	75
Módszertani kérdések	75
Elterjedtség és trendek	81
Érintett társadalmi csoportok	90
Összefoglalás	92
Hivatkozások	92
Ajánlott irodalom	95

7. Dizájnernedro-fogyasztás (<i>Arnold Petra – Bencsik Nóra</i>)	99
Történet	99
Fogalmak	99
Módszertani korlátok	101
Elterjedtség	103
Társadalmi háttér	111
Hivatkozások	113
Ajánlott irodalom	116
8. Dohányzás (<i>Elekes Zsuzsanna – Bencsik Nóra</i>)	117
Módszertani kérdések	117
Elterjedtség	120
Érintett társadalmi csoportok	125
Összefoglalás	129
Hivatkozások	130
Ajánlott irodalom	133
9. Viselkedési addikciók (<i>Kutrovátz Kitti</i>)	137
Fogalmak	137
Diagnosztikai csoportosítás	139
Mérési módszerek	140
Néhány fontos viselkedési addikció és a kapcsolódó empirikus eredmények	142
Háttértényezők	148
Hivatkozások	151
Ajánlott irodalom	153

1. Bevezetés

■ ■ ■ ELEKES ZSUZSANNA

A kötet célja, hogy áttekintést adjon a fontosabb rizikó-magatartások elterjedtségéről, a kapcsolódó egészségügyi és szociális problémák méreteiről, a problémák által leginkább érintett társadalmi csoportokról.

Természetesen e magatartásformák köre sokkal bővebb annál, mint amikről szó lesz. Ráadásul folyamatosan bővülnek és változnak azon viselkedési formák, amelyeket egészségre károsnak, vagy más szempontból veszélyesnek tartanak.

A válogatás szempontjai a következők voltak:

- Az alkoholfogyasztást és a dohányzást az egyénre és a környezetre való veszélyessége miatt a WHO a tíz legsúlyosabb rizikótényező közé sorolja, és ezek a legelterjedtebb rizikó-magatartások közé tartoznak.
- Az egyéb drogok okozta társadalmi károk összességében valószínűleg kisebbek, a szabályozási szándék és a társadalmi reakciók viszont sokkal hevesebbek, mint az előző két szer esetében tapasztalható.
- A dizájnernedrogok használata viszonylag rövid múltra tekint vissza. Veszélyességük, hirtelen terjedésük és használatuknak a hátrányosabb helyzetű társadalmi csoportokban való koncentrálódása tette indokolttá, hogy ezekről külön fejezetben írjunk.
- A viselkedési addikciók egyre több fajtája válik ismertté, és számos formája egyre szélesebb körben terjed el. Ezért fontosnak tartottuk, hogy ezekről is adjunk egy rövid áttekintést.

A kötetben társadalomepidemiológiai megközelítést alkalmazunk, az egyes magatartásformák elterjedtségét és használatuk főbb társadalmi-demográfiai különbségeit mutatjuk be.

A kötet második fejezetében a fontosabb fogalmakat ismertetjük, esetenként kitérve azokra az elméleti megközelítésekre, történeti és kulturális okokra, amelyek a különböző fogalmak használata mögött meghúzódhatnak.

A harmadik fejezetben történelmi áttekintést adunk arról, hogyan változott koronként és kultúránként a ma problémásnak tartott viselkedési formák megítélése, és ezek a változások milyen történelmi és társadalmi okokkal magyarázhatók.

Külön fejezetet szántunk a módszertani kérdéseknek. A kötetben tárgyalt viselkedési formák többségének bizonyos szintje ma elfogadott, normális viselkedésnek számít. Az, hogy hol húzzuk meg a határokat a normális és normasértő, a káros és nem káros között, és hogy milyen módszereket, mutatókat használunk a szétválasztásra, nemcsak a probléma méretéről alkotott képünket, hanem a jellegére, az érintettek körére vonatkozó ismereteinket is befolyásolja.

A további fejezetek külön-külön mutatják be az alkoholt, az egyéb drogokat, a dizájnerdrog-fogyasztást, a dohányzást és a viselkedési addikciókat. Mindegyik fejezetben kitérünk az adott problémához kapcsolódó speciális fogalmi és módszertani kérdésekre, áttekintést adunk a nemzetközi és hazai tendenciákról, és bemutatjuk a rizikó-magatartás által leginkább érintett társadalmi-demográfiai csoportokat.

2. Fogalmak

■ ■ ■ ELEKES ZSUZSANNA

A következőkben néhány olyan fontosabb fogalommal ismertetjük meg az olvasót, amelyek megpróbálják körülírni és leírni azt a problémakört, amivel a továbbiakban foglalkozni fogunk. A téma körülhatárolása nem egyszerű, hiszen olyan társadalmi jelenségekről, viselkedési formákról lesz szó, amelyek megítélése kultúránként és a történelem során eltérő, a megítélés és az elnevezés mögött gyakran húzódnak meg különböző ideológiák, értékek és koncepciók. A különböző fogalmak használata pedig gyakran fejez ki valamely koncepció melletti elköteleződést is.

Az egyes fejezetekben *társadalomepidemiológiai* megközelítést alkalmazunk.

Az *epidemiológia célja* a népesség egészségi állapotát befolyásoló tényezők feltárása, az oki összefüggések vizsgálata, a betegségek elterjedtségének elemzése. Vizsgálja a betegségek térbeli és társadalmi eloszlását, a betegséget kiváltó vagy a betegség kialakulására veszélyt jelentő tényezőket. Az epidemiológia fontos sajátossága, hogy *nem egyéneket*, hanem *népességcsoportokat* vizsgál. Egy betegség *klinikai* leírása speciális tüneteket, *egyéni kórisméket* tartalmaz. Ugyanakkor az *epidemiológiai leírás* azt mutatja be, *mely korcsoportra, mely régióra* stb. jellemző az adott betegség (Friis et al. 2009).

A *társadalomepidemiológia* kiindulópontja az, hogy a betegségek nem véletlenszerűen oszlanak el, hanem a társadalmi-gazdasági-demográfiai tényezők, a kultúra és az intézmények hatással vannak a betegségek kialakulására és az egészségre. Arra keresi a választ, hogyan terjed egy betegség, miért gyakoribb a társadalom bizonyos csoportjaiban, mint másokban. Milyen társadalmi-demográfiai különbségek figyelhetők meg a betegségek kialakulásában, az egészség-magatartásban, attitűdökben (Weiss – Lonnquist 2017, Pikó 2009, Elekes 2011).

Azok a témák, amelyekkel foglalkozunk, különböző összefoglaló név alatt jelennek meg a szakirodalomban (Elekes 2009).

A legrégebben használt és a szociológia egy önálló részterületét jelentő fogalom a *deviancia*. A deviancia legelterjedtebb értelmezésében olyan viselkedéseket jelent, amelyek a társadalom nagy többsége által elfogadott normákat sértik,

és amelyek az egyénre vagy a társadalomra nézve károsak (Andorka 1997: 599). Ez a megfogalmazás a *viselkedésre* helyezi a hangsúlyt, adott társadalmi normákat feltételezve, és az ezekről az adott normáktól való *eltérés okait*, az eltérés mérséklésének, kontrollálásának *lehetőségeit* vizsgálja. Ebbe az értelmezésbe tartoznak a klasszikus anómiaelméletek is (ld. például Merton vagy Durkheim munkáit).

Rácz (2001) szerint a devianciáról szóló irodalomban elkülöníthető egy másik fajta értelmezés is, amely a deviánssá válás *folyamatára* helyezi a hangsúlyt. Ebben az értelmezésben a társadalmon belüli különböző csoportok közötti kommunikáción és elsősorban a címkézési mechanizmusokon van a hangsúly, a lényeg pedig nem az eltérő viselkedést kiváltó okok, hanem a címkézés, a „deviánst előállítás” *folyamatának és következményeinek* a vizsgálata (lásd pl. Becker vagy Goffman munkáit).

Meg kell jegyeznünk, hogy a deviancia fogalmát ma egyre kevésbé használják a kutatók. Bíró (2018) szakirodalmi elemzése során arra a következtetésre jut, hogy a deviancia tudománya – csakúgy, mint maga a deviáns ember – marginalizálódott a nemzetközi tudományos életben és Magyarországon egyaránt.

A *szenvedélybetegség*-fogalom szintén hosszú időn át használatos volt. Bizonyos értelemben a devianciánál szűkebb meghatározás, és szorosan kapcsolódik ahhoz a koncepcióhoz mely szerint különböző szerek fogyasztása, túlzott fogyasztása, vagy bizonyos viselkedések betegségként értelmezendők (Elekes 2010). A *betegség*koncepció megjelenik több szer vagy viselkedési forma történetében is, és bizonyos időszakokban hozzájárult egy korábban elítélt viselkedési forma dekriminalizációjához. Így például a betegségként való elfogadás hozzájárult a homoszexualitás megítélésének változásához a XIX. században (Takács 2004), vagy az alkoholisták morális elítélésének mérséklődéséhez a XX. század közepétől kezdődően (Fillmore 1988, Kelemen 1994).

A *betegség* a drogokkal kapcsolatos problémát egyértelműen a *betegségre/függésre korlátozza*, és a megoldást a *medikalizációban* keresi. A betegségkoncepció korlátai talán leghatározottabban az alkoholprobléma kapcsán vetődtek fel a múlt század ötvenes-hatvanas éveiben. Jellinek betegségkoncepciójának kritikájaként ekkor jelennek meg az első tanulmányok arról, hogy az alkohol nemcsak az alkoholbeteg számára jelent problémát (mely probléma nemcsak a betegségben fejeződik ki), hanem az egyén szűkebb-tágabb környezete számára is (Bruun et al. 1975).

Számos olyan definíció/fogalom van, ami elsősorban a betegségkoncepcióhoz kapcsolódik. Ezeket részletesen ismerteti Demetrovics (2007):

Az *addikció* fogalmát ma a szenvedélybetegséggel szinonim fogalomként szokás használni. Addikciónak „*azokat a viselkedési formákat nevezzük, amelyek fölött a személy képtelen kontrollt gyakorolni, s ezért ezeket kényszeresen*

újra és újra végrehajtja, illetve amelyek a személyre – és többnyire környezetére – káros következményekkel járnak” (Detrovics 2007a: 30).

Az addikció a hozzászokás *tárgya* szerint lehet

- kémiai (valamilyen szerhez kapcsolódó) és
- viselkedési addikció.

Kémiai addikciónak nevezzük a különböző *pszichoaktív szerek* használatából adódó viselkedési zavarokat (Detrovics 2007).

- *Drog*nak nevezünk minden olyan kémiai anyagot, amely a szervezetbe kerülve megváltoztatja annak valamilyen működését. A *pszichoaktív szer* fogalma nagyjából megegyezik a drog fogalmával. Ilyen szereknek tekintjük az alkoholt, a nikotint, a nyugtatókat, az altatókat, a szorongásoldó szereket (vagyis a legálisan hozzáférhető szereket) és idetartoznak a hozzáférés és fogyasztás alapján tiltottnak tekintett szerek is: az amfetaminok, a hasis, a kokain, a különböző hallucinogének (pl. marihuána, LSD), opiátok (Detrovics 2007).
- *Kábítószer*ek azokat a szereket nevezzük, amelyek előállítását, forgalmazását, fogyasztását jogszabályok tiltják. Fontos tehát megjegyezni, hogy a kábítószer fogalma alatt nem a hatóanyag, összetétel, hatás alapján valamiféle hasonlóságot mutató szereket nevezzük, hanem a kábítószer^{ek} egyetlen közös tulajdonsága a *jogi megítélés*. Azaz a kábítószer olyan jogi kategória, amely azon anyagok összességét jelenti, amelyek rajta vannak az illegális szerek listáján (Bayer 2000).

A *viselkedési addikció* fogalma napjainkban egyre több viselkedésre alkalmazott, egyre bővülő kategóriát jelent. Viselkedési addikcióról akkor beszélünk, ha egy viselkedési forma uralni kezdi a személy viselkedését, károsítja korábbi életvitelét, testi/lelki egészségét, környezetét.

Főbb fajtái:

– Játékszenvedély, kleptománia, pirománia, kóros hajtépegetés, szexuális viselkedés addiktív zavarai, táplálkozási zavarok, munkamánia, vásárlási kényszer, kóros testedzés, internetfüggés (Detrovics 2007).

A *függést/dependenciát* némileg leegyszerűsített meghatározással a *leszokásra irányuló többszöri sikertelen próbálkozással* szokás definiálni, valamint azal, hogy a *függő személy* életének, érdeklődésének a középpontjába a szer megszerzése kerül. A függést a WHO és az Amerikai Pszichiátriai Társaság fiziológiai, viselkedési és kognitív tünetcsoportként definiálja, amely a használat feltéti kontroll elvesztéséhez vezet (Rehm et al. 2013).

A függés *jellege* szerint megkülönböztetünk

- pszichikai és
- fizikai függést.

A *pszichikai* (pszichológiai, lelki, emocionális) függés a drokkereső magatartásban, a szer megszerzésére irányuló kényszerítő vágyban, sóvárgásban nyilvánul meg.

A *fizikai* függés legfőbb ismérve a *megvonási tünet*, amely a szerek *hosszú idejű* alkalmazása után a szerek megvonásakor lép fel (Füst – Wenger 2000).

A függés diagnózisának felállításához számos kritériumnak kell megfelelni, amelyek minden szer esetében azonosak. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság diagnosztikai rendszerének revíziója (DSM-5) a függés helyett a *szerhasználati rendellenesség* (substance use disorder) fogalomra tért át, amit szintén fiziológiai, viselkedési és kognitív kritériumokkal határoz meg (Rehm et al. 2013).

Vezető szakértők egy csoportja a „substance use disorder” meghatározás helyett a *hosszabb távú mértéktelen fogyasztás* (heavy use over a period of time) elnevezést javasolta. A felvetés mögött az húzódott meg, hogy egyrészt a szerfogyasztási problémák leírására alkalmazott fogalmak és definíciók meglehetősen gyakran változnak, és valamennyi fogalom számos problémát rejt magában. Ezek a problémák a betegségfogalom és a betegségkategóriák definiálásának erőteljes társadalmi, kulturális és politikai meghatározottságából adódnak. Ugyanakkor vitathatatlan a szakpolitika és a társadalom igénye arra, hogy a normálist és a beteget valamennyire objektív módon megkülönböztethesse. A szakértők véleménye szerint a „heavy use over a period of time” fogalom bevezetése alkalmas lenne arra, hogy a korábbi fogalmakhoz kapcsolódó problémákat kiküszöbölje, és körülhatárolja a tiltott és legális szerek fogyasztásának problémás/beteges formáit (Rehm et al. 2013, Room 2015).

A pszichoaktív szerek használatával kapcsolatban gyakran használt fogalmak közé tartozik az *abúzus vagy visszaélősszerű használat*.

Visszaélősszerű használatnak az alábbi főbb fogyasztási formákat nevezzük (Bayer 2000):

- különböző, nem orvosi célú szerek használata (például: ragasztó, lufi)
- orvosi célú szerek használata nem orvosi javaslatra (gyógyszer alkohollal, köhögéscsillapító)
- orvosi célú szerek használata nem orvosi mértékben (túl sok nyugtató)
- tiltott szerek használata.

A szociológiai gondolkodás számára a hetvenes években jelenik meg a *problémás fogyasztó* és a problémás fogyasztás fogalma (Bruun et al. 1975, Andorka 1984, Room 1983, 2015). A „problémás” elnevezés az alkoholhoz kapcsolódóan fogalmazódott meg először, de hamar megjelent a tiltott szerekkel foglalkozó irodalomban is. A problémás fogyasztó/fogyasztás fogalmában nem csak a probléma betegségnél tágabb értelmezése fejeződik ki, hanem a *normálisnak tartott viselkedéstől való elhatárolás igénye* is.

A legtöbb pszichoaktív szer esetében évezredek óta ismert egy – koronként és kultúránként eltérő módon –, de *elfogadottnak tekintett, normális fogyasztási forma*. Ilyen az alkalmi, társasági alkoholfogyasztás, a rekreációs vagy orvosi célú kábítószer-fogyasztás, az orvosi célú nyugtató/altató fogyasztása, de a dohányzás fokozódó negatív megítélése mellett is ilyennek tekinthető az egyre divatosabbá váló méregdrága szivarok fogyasztása. Ugyanakkor e szereknek van egy egyértelműen *problémásnak* tekinthető formája is, amely megjelenik a súlyos heroin- vagy alkoholfüggésben, a dohányzás okozta légzőszervi megbetegedésekben vagy a májcirrózisban. A normális és a kóros fogyasztás között létezik egy meglehetősen tág és megint csak történelmileg és kulturálisan változó köztes fogyasztási forma (Elekes 2010). Room szerint a pszichoaktív szerek használatának három hagyományos társadalmi mintázata különböztethető meg: az orvosi használat, a szokásos „normális” használat és az időszakos fogyasztás. Tanulmányában kifejti, hogy a modern társadalmak jellemzője a negyedik forma: az addiktív vagy dependens fogyasztás elkülönítése, amit általában rendszeres és nagy mennyiségű fogyasztás jellemez. Azokban a társadalmakban, ahol valamely szer addiktív használata nem minősül mindennapinak, a függést inkább tekintik egyéni hibának, mint társadalmi szokásnak, a hangsúly az egyén kontrollált használatra való képtelenségére helyeződik. Azaz amíg a mértéktelen ivás gyakran társadalmilag elfogadott normák következtében alakul ki, a függést ugyanaz a társadalom gyakran egyéni gyengeségként, hibaként értelmezi (Room 2015).

A pszichoaktív anyagok fogyasztásának tehát van egy olyan *kóros formája*, ahol egyértelműen kimutatható az egyénre vagy a környezetre gyakorolt káros hatás, és ahol helye van azoknak a hagyományos értelmezéseknek, amelyek a probléma/betegség/deviancia kialakulásának az okait keresik. Ugyanakkor van e fogyasztási formáknak egy – a normális és a kóros közötti – olyan köztes formája, ahol meglehetősen nagy teret kapnak azok a kérdések, hogy kik, kiket, miért, milyen módon *minősítenek* függőnek, betegnek, normasértőnek (Elekes 2010).

Az ebben a kötetben bemutatásra kerülő viselkedési formákat, társadalmi jelenségeket *rizikó-magatartások* összefoglaló névvel illetjük. A „rizikó” fogalma régóta jelen van a szociológiai gondolkodásban, és egyre több jelenség kapcsán alkalmazzuk azt. Az utóbbi időkből a rizikó fogalma szorosan kapcsolódik az egészség–betegség problémaköréhez és a rá adott politikai válaszokhoz. A WHO a rizikót egy kedvezőtlen következmény bekövetkezésének valószínűségként vagy a valószínűséget növelő tényezőként definiálja. 10 általános rizikót határoz meg, amelyek a legnagyobb mértékben felelősek a világ népességének egészségtérheitért, ezek között szerepel az alkoholfogyasztás és a dohányzás is. Kapcsolódó fogalmakként terjedt el a szerhasználat területén a rizikó-magatartás, rizikóészlelés és a rizikós környezet (WHO 2002: 9).

Taylor-Goody és Zinn (2006) a rizikó három szociológiai megközelítését különbözteti el: a kockázattól való félelem és a kockázat elkerülésére való törekvés kulturális különbségeinek a vizsgálatát, a kockázattársadalom-megközelítést (első-sorban Ulrich Beck nevéhez kötődően), amely a társadalmi változások okozta bizonytalansághoz kapcsolódó veszélyeket elemzi. A harmadik megközelítés Michel Foucault nevéhez kapcsolódik, és azt vizsgálja, hogyan használják a kockázatot és az attól való félelmet az ellenőrzésre és a hatalom gyakorlására. Foucault megközelítése számos, a szerhasználatról foglalkozó szociológiai tanulmányban feltűnik. Eszerint gyakran egyébként is sérülékeny társadalmi csoportok minősítettnek „veszélyben lévőeknek”, akiket a társadalom ellenőrzésre, szabályozásra szorulóknak tekint. A rizikótényezők definiálása segíthet körülhatárolni, kontrollálni sérülékeny társadalmi csoportokat, és legitimálni a beavatkozásokat. A rizikókonceptiót különösen erős kritikák érték az ifjúságkutatók részéről, akik szerint ez a megközelítés a rizikót és a felelősséget is az egyén szintjére helyezi (Torbenfeldt Bengtsson – Ravn 2019, Thom – MacGregor 2020).

Összességében tehát a témához kapcsolódó fogalmak sokrétűek, gyakran változnak, és gyakran elmosódottak azok a határok, amelyek az elfogadott és a normasértőt, a veszélyest/kórost/betegest és a nem veszélyest/biztonságost elválasztják egymástól. A határhúzást gyakran befolyásolják társadalmi normák, eltérő kultúrák, történelmi események és különböző politikai szándékok.

Hivatkozások

- Andorka R. (1984): *Az alkoholizmus elleni küzdelem külföldön*. AEÁB 1984. Budapest.
- Andorka R. (1997): *Bevezetés a szociológiába*. Osiris, Budapest.
- Bayer István (2000): *A drogok történelme. A kábítószeresek története az ókortól napjainkig*. Aranyhal Kiadó, Budapest, 400.
- Bíró J. (2018): *A deviancia szociológiája: a társadalomtudományos normák megsértése? Esély* 2018.
- Bruun, K. – Edwards G. – Lumio, M. – Mäkelä, K. – Pan, L. – Popham, R. – Room, R. – Schmidt, W. – Skog, O.-J. – Sulkunen, P. – Österberg, E. (1975): *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*. The Finnish Foundation for Alcohol Studies 25.
- Demetrovics Zs. (2007): Az addiktológia alapfogalmai. In Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai I*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 27–72.
- Elekes Zs. (2009): Az alkohol- és drogprobléma változó megjelenése a politikai és közgondolkodásban. In: Bagdy E. – Demetrovics Zs. – Pilling J. (szerk.):

- PoliHISTÓRIA. Buda Béla 70. születésnapjára.* Akadémiai Kiadó, Budapest, 315–334.
- Elekes Zs. (2010): Átmenetek a deviáns és a normális között a tiltott és legális drogok fogyasztásának példáján. In: Mészáros J. – Harcsa I. (szerk.): *A krízis mint esély.* Gondolat Kiadó, Budapest, 58–78.
- Elekes Zs. (2011): *Egészségkárosító magatartások és mérési módszerek.* Jegyzet. BCE Budapest. <http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/4335/>
- Fillmore, K. M. (1988): *Alcohol Problems from a Sociological Perspective Alcoholism: Origins and Outcome.* Ed. Robert M., Rose – James Barrett. Raven Press Ltd New York 1988.
- Friis R. H. – Sellers T. A. (2009): *Epidemiology for Public Health Practice.* Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts.
- Fürtös Zs. – Wenger T. (szerk.) (2000): *A kábítószerkérdés orvosi, jogi és társadalmi vonatkozásai.* Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Farmakológiai és Fejlesztéstudományi Intézet, Budapest, 375.
- Kelemen G. (1994): Az alkoholprobléma kezeléstörténetének rövid vázlata. In: Kelemen G.: *Az addikciók széles spektruma.* OAI 1994, 114–157.
- Pikó B. (2009): Az orvosi szociológia múltja és jövőbeli kihívásai: az elmélettől a gyakorlatig. In: Bagdy E. – Demetrovics Zs. – Pilling J. (szerk.): *PoliHISTÓRIA Buda Béla 70. születésnapjára.* Akadémiai Kiadó, Budapest, 163–178.
- Rácz J. (szerk.) (2001): *Devianciák. Bevezetés a devianciák szociológiájába.* Új Mandátum Kiadó, Budapest.
- Rehm, J. – Marmet, S. – Anderson, P. – Gual, A. – Kraus, L. – Nutt, D. J. – Room, R. – Samokhvalov, A. V. – Scafato, E. – Trapencieris, M. – Wiers, R. W. – Gmel, G. (2013): FOR DEBATE. Defining Substance Use Disorders: Do We Really Need More Than Heavy Use? *Alcohol and Alcoholism.* 48(6): 633–640. doi: 10.1093/alcalc/agt127.
- Room, R. (2015): Cultural aspects of and responses to addiction. In: El-Guebaly, N. – Carrà, G. – Galanter, M. (eds.): *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives,* 107–114. Milan, Heidelberg, New York, Dordrecht – London: Springer.
- Takács J. (2004): *Homoszexualitás és társadalom.* Új Mandátum, Budapest.
- Taylor-Goody, P. – Zinn, J. O. (2006): Current directions in risk research: New developments in psychology and sociology. *Risk Analysis,* 26(2): 397–411.
- Thom, B. – MacGregor, S. (2020): Introduction. Risk and substance use. In: MacGregor, S. – Thom, B. (eds.): *Risk and Substance Use. Framing Dangerous People and Dangerous Places.* Routledge Taylor and Francis Group, London – New York, 1–13.

- Torbenfeldt Bengtsson, T. – Ravn, S. (2019): *Youth, Risk, Routine. A new perspective on risk-taking in young lives*. Routledge. Taylor and Francis Group, London – New York.
- Weiss G. L. – Lonquist L. E. (2017): *The Sociology of Health, Healing, and Illness*. 9th edition Routledge, New York – London.
- WHO (2002): *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. WHO Geneva.

3. Történeti áttekintés

■ ■ ■ ELEKES ZSUZSANNA

A szerhasználat megítélésének változásai

A pszichoaktív szerek különböző célokra történő használata egyidős az emberiséggel.

Alkoholtartalmú italt a történelem során bármilyen növényből megpróbáltak készíteni, ami éppen elérhető volt. Az első italok feltehetően a mai sörhöz hasonlóak, vagy mézből készült italok voltak. A bor előállítása valamivel később válik ismertté, de szintén legalább 5-6000 éves múltra tekint vissza. A Biblia a bor felfedezését Noénak tulajdonítja, és a borfogyasztás számos pozitív tulajdonságát említi. A Tóra pedig a borról mint Isten ajándékáról ír (Anderson – Baumberg 2006).

A mai kábítószereket szintén több ezer éve ismeri az emberiség. Az ópiumot például már az időszámítás előtt 4000-ben használták a sumérok, és nem sokkal később az egyiptomiak is, majd időszámítás előtt 2000-re pedig Görögországban is elterjedt. Az indiai kenderet is ismerték már az időszámítás előtti 3000-ben (Bayer 2000).

A dohányt is meglehetősen régóta használja az emberiség. Mexikóban és Brazíliában már az időszámítás előtti 500-ban termesztették. Tudunk arról, hogy a maják és az aztékok nádszálból szívták a füstjét (Marék 1970).

Koronként *eltérő mértékben és eltérő funkciókkal alkalmazták* a különféle pszichoaktív szereket. Az alkoholt és a kábítószereket is használták szakrális célokra (törzsi szertartásoktól kezdve a mai világegyházak szertartásáig), energiapótlásra (ld. ópiumot Indiában, a kokalevelet Dél-Amerikában, vagy a pálinkát Magyarországon), gyógyítási célokra (az alkoholt és szinte valamennyi ma ismert kábítószer), rekreációs célokra és ünneplésre. A különböző funkcióknak köszönhetően az alkohol és az egyéb pszichoaktív szerek használata is társadalmanként eltérő módon ugyan, de rendkívül elterjedt volt a világ jelentős részén (Mäkela, 1983, Bayer 2000, Anderson – Baumberg 2006).

A sokfajta funkció, amire a szereket használták, hozzájárult a fogyasztásuk terjedéséhez. A XVI. századtól kezdődően, köszönhetően a termelés és a nem-

zetközi kereskedelem fejlődésének és annak, hogy a pszichoaktív szerek jelentős kereskedelmi értéket képviseltek, a tömény italok fogyasztása gyakorlatilag mindennapossá vált, és az iparosodás korai szakaszában elindul a sör és a desztillált alkoholos italok ipari méretű előállítása (Room 2015a).

Az alkoholfogyasztás a középkori Európában például rendkívül elterjedt és nagy mennyiségű volt. Warner szerint „a legszegényebbeken kívül a középkori Európában az emberek egész nap ittak, kezdve a reggelitől egészen az éjszaka közepéig” (Warner 1991: 95). Bayer a különböző kábítószeres elterjedt használatáról hoz rendkívül bőséges dokumentációt könyvében. Csak egy kiragadott példát említek: a XVI. századi Indiában az „egyszerű” nép körében is elterjedt az a szokás, hogy napjában egyszer-kétszer ópiumos vizet igyanak, vagy egy-két ópiumpilulát nyeljenek le (Bayer 2000).

Az ipari méretű előállítás hozzáférhetővé tette a szereket a szegényebbek számára is, ami újabb és újabb szerfogyasztási hullámokat eredményezett Európa különböző régióiban és az Európához tartozó gyarmatokon is. Ennek egyik legismertebb példája a XVIII. századi brit „ginepidémia”, amikor 1700 és 1750 között az egy főre jutó éves ginfogyasztás nyolcszorosra nőtt Angliában és Walesben annak köszönhetően, hogy a kormány megszüntette a desztillálás monopóliumát, és bárki, aki megfizette az illetéket, előállíthatott és forgalmazhatott gint (Abel 2001). A XIX. században vállalkozói haszonszerzés generálta a kokain- és opiáttartalmú gyógyszerek fogyasztásának a hullámát Nagy-Britanniában és az USA-ban. A cigarettagép feltalálása pedig a cigarettát tette olcsón és könnyen hozzáférhetővé, és járult hozzá a XX. század cigarettaepidémiájához (Room 2015b).

A fogyasztás korlátozására irányuló törekvések majdnem olyan régiek, mint maga a fogyasztás. Különösen igaz ez az alkoholra, amely meglehetősen korán kiváltotta a befolyásolási szándékot. Az időszámítás előtti 2500-ból származó írások már a túlzott borfogyasztásból eredő problémákról számolnak be, sőt, ugyanebből az időszakból származnak az első borfogyasztás korlátozására irányuló törekvésekről szóló ismereteink is. Hammurápi törvénykönyve i. e. 1700-ban az alkohol *hamisítását* tiltotta. A Tóra, bár mint korábban volt szó róla, Isten ajándékának tekintette az alkoholt, arra is felhívja a figyelmet, hogy a *túlzott* alkoholfogyasztás tudatvesztéshez és erőszakos cselekedetekhez vezethet (Blum et al. 1970).

A paraszti és törzsi társadalmakban a szokásjog vagy a vallás korlátozta a fogyasztást valamilyen formában. Kötődhetett a használat bizonyos időszakokhoz, ünnepekhez, vagy lehetett csak a kiváltságosok joga (Room 2015b). Az ókori Görögországban vagy a Római Birodalomban a rabszolgák és a fiatal férfiak számára határozottan tiltott volt az alkoholfogyasztás (Anderson – Baumberg 2006, Gately 2008).

Az alkoholfogyasztás jelentősebb korlátozására irányuló törekvések azonban csak a XVIII–XIX. században jelennek meg, elsősorban protestáns országokban, Észak-Amerikában és Észak-Európában. Az alkoholfogyasztás *problémaként* történő megjelenése a XVIII. században nemcsak a fogyasztás igen magas szintjével magyarázható, hanem elsősorban a *kapitalizálódással, az ipari társadalmak kialakulásával*, amely megkövetelte a munkaerő hatékonyságának megőrzését (részegen nem lehet dolgozni) a munkáltató és a munkavállaló oldalán egyaránt.

Az *alkoholprobléma* megfogalmazódása az 1830-as évektől kezdődően a *józanágai mozgalmakhoz*¹ kötődik, mely mozgalmak elsősorban *erkölcsi, morális kérdésnek* tekintették az alkoholfogyasztást, és a *teljes absztinenciát* hirdették.

Bár a józanágai mozgalmak először a társadalmak elit csoportjaiból indultak el, időnként saját alkoholfogyasztásuk korlátozását tűzve ki célul. Tevékenységük gyakran irányult a kevésbé privilegizált társadalmi csoportok felé, az alkoholt mint minden társadalmi probléma legfőbb okát megjelenítve. A józanágai mozgalmak elsősorban Észak-Amerikában és a skandináv országokban játszottak különösen erős szerepet, ahol a munkásmozgalmakkal is szorosan összekapcsolódtak. Az angol nyelvű országokban a józanágai mozgalmak a nőmozgalmak szerveződéséhez, öntudatosulásához is hozzájárultak. A XIX. század végén jelentős józanágai mozgalmak jelentek meg Németországban, Hollandiában, Svájcban és néhány kelet-európai országban is. Ugyanakkor Olaszországban, Franciaországban és általában a dél-európai országokban a józanágai eszmék csak igen szűk körben terjedtek. A józanágai mozgalmak tehát inkább jellemzőek a protestáns országokra, mint a katolikusokra, és erősebbek a töményt fogyasztó országokban, mint a bort fogyasztókban (Barrows – Room 1991: 28).

A józanágai mozgalmak a XX. század elejére már kiterjedtek más pszichoaktív szerekre is, ami elsősorban az ópium és a kokain hozzáférését korlátozó intézkedésekben fejeződött ki. Míg azonban az alkohol és a dohány esetében a prohibíció lassan tért veszített a XX. században, és átvette a helyét az ellenőrzés és az ártalomcsökkentés, addig a többi pszichoaktív szer esetében a tiltás az egész évszázadban fennmaradt (Room 2015b).

Az alkohol megváltozott megítélését jelzi az *alkoholizmus betegségkonceptiójának* a megjelenése az 1930-as években, E. M. Jellinek nevéhez kötődően (Fillmore 1988). A betegségkonceptió egyik jelentősége az volt, hogy szembefordult a józanágai mozgalmak morális megítélésével és az alkoholprobléma kriminalizálásával. Jellinek azt hangsúlyozta, hogy *az alkoholizmus betegség, amit gyógyítani kell, nem pedig elítélni és büntetni* (Room 1983, Kelemen 1994).

¹ Az eredeti angol elnevezés szerint „Temperance Movement”, amely a magyar irodalomban különböző fordításokban szerepel.

Új korszakot jelent az 1970-es években az úgynevezett „teljes fogyasztási modell” és a „problémás ivás” fogalmának a megjelenése. Bruun és munkatársai (1975) egyrészt arra hívják fel a figyelmet, hogy a betegségkonceptió *leszűkíti* az alkohol okozta problémát az alkoholt fogyasztóra, holott az egyén alkoholfogyasztása a szűkebb-tágabb környezet számára is okozhat problémát (garázdaság, ittas vezetés stb.). Azzal, hogy csak a betegségre korlátozza a problémát, kizárólag az orvoslás hatáskörébe utalja azt, holott az alkoholprobléma kezelése jogi, szociális, nevelési stb. szakemberek közreműködését igényli. A teljes fogyasztási modell talán legnagyobb hatású megállapítása azonban az, hogy egy társadalomban a *problémás fogyasztás és a társadalom összes fogyasztása egymással kapcsolatban van*. Ezért, ha a problémás fogyasztást mérsékelni akarjuk, akkor az egész társadalom fogyasztását mérsékelnünk kell (Bruun et al. 1975). Ez a tétel pedig a mai napig meghatározó alapját adja a legtöbb, fogyasztás korlátozására irányuló intézkedésnek, bármilyen szerről legyen is szó.

A kilencvenes évektől kezdődően egyre többen kérdőjelezik meg a teljes fogyasztás és a problémás fogyasztás közötti egyetemes kapcsolatot. E kételyek azokon a kutatásokon alapulnak, amelyek a fogyasztás mennyisége és gyakorisága mellett a fogyasztás módja, körülménye, kulturális beágyazottsága, a fogyasztó társadalmi-demográfiai és mentális jellemzői szerepét bizonyítják a probléma kialakulásában. E megközelítés szerint nem általában a fogyasztásra kell helyezni a hangsúlyt, hanem a *veszélyes fogyasztási módokra és helyzetekre* kell a kutatóknak és a szakpolitikusoknak koncentrálni (Mäkela et al. 2002, Kraus et al. 2003, Ramstedt 1999, Allamani et al. 2011).

A *dohányzás* visszaszorítására irányuló törekvések történetét Bíró Judit (2008) mutatja be igen szemléletesen. Leírása szerint az első korlátozó intézkedések I. Jakab nevéhez kötődően a XVII. századi Angliában tűnnek fel. Bár I. Jakab dohányzás elleni heves fellépésének motívumai nem teljesen egyértelműek, a király a szifiliszhez hasonlóan a „barbár indiánok ajándékának” tekinti a dohányzást, amely használata során a férjek „elsatnyulnak”. A dohányzásnak korábban tulajdonított gyógyhatására alapozva kijelenti, hogy egészséges ember gyógyszer nem szed. Azonban már Jakab idejében is összeütközésbe kerül a dohányzás elutasítása a dohányzásból befolyó jövedelmek nagyságával, és így csak az angol gyarmatbirodalmon kívüli dohányokra vonatkoztak a tiltó rendelkezések. A XIX. században ismét Anglia a dohányzás elleni „küzdelem” központja. A 30-as években megjelennek az első dohányzásellenes mozgalmak, 1868-ban pedig a világon először Angliában kezdenek el *nemdohányzó vasúti kocsik* közlekedni (Bíró 2008).

A *kábítószer-fogyasztás* szabályozására vonatkozó első büntetőjogi törvények a XVI. században születnek meg Angliában, ezek a korlátozások azonban még csak a *nyilvános helyen történő intoxikáció korlátozására* irányultak. Történ-

tek kísérletek a XIX. században is bizonyos drogok használatának korlátozására, ezt azonban az egyéni szabadságjogokra hivatkozva újra és újra visszautasították (Bonnie 1975). A kábítószerre való viszony igazán a XX. század elején változott meg az USA-ban, amikor megszülettek az első ópiumellenes törvények. E kezdeti törvényeket a *kínai bevándorlás elleni kampány* fontos részeként szokták emlegetni (Morgan 1978). Az USA-ba nagy számmal beáramló, olcsó kínai munkaerő erőteljesen veszélyeztette az őslakosok egyébként is romló munkaerőpiaci helyzetét, ami különösen a nyugati partvidéken erős kínaiellenességet eredményezett (Saper 1974). A XX. század első nemzetközi kábítószerellenes intézkedése az ópiumkereskedést és -forgalmazást korlátozó 1912-es Hágai Ópium Konvenció. A XX. század közepétől további nemzetközi egyezmények szabályozzák a kábítószer előállítását, kereskedését és fogyasztását. Itt csak a két legjelentősebbet említjük, az *1961. évi Egységes Kábítószer-egyezményt* és a szerek körét kiterjesztő *1971. évi Pszichotrop anyagokra vonatkozó egyezményt*. Ezek alapján csak gyógyászati és tudományos célra szolgáló kábítószer használatát indokolt és megengedett. Az egyéb célra történő felhasználás, mivel mind az egyén, mind a társadalom számára rendkívül veszélyes, ezért tilos, és mint ilyen, minden állam közös érdeke, hogy a visszaszorítás érdekében a lehetséges és szükséges intézkedéseket tegye (Bayer 2000).

Összességében az alkohol, a kábítószer és a dohányzás története azt mutatja, hogy igazán átfogó, jogszabályokban is megfogalmazódó szabályozási szándékkal igazán csak a XX. században találkozunk, részben az első alkoholtilalmak, részben pedig az első kábítószer-ellenes törvények formájában. Míg azonban az alkohol esetében a II. világháborút követően inkább egy ártalomcsökkentő, a kínálatot szabályozó szemlélet honosodott meg, addig a kábítószerekkel kapcsolatban a prohibíciós politika az egész évszázadban fennmaradt. A dohányzás megítélése szintén a II. világháborút követően változott meg, amikor a népegészségügyi problémák egyik központi okozójának kezdték tekinteni (Berridge 2013).

A XX. század végén egy újabb jelenségnek lehetünk tanúi, ez pedig a pszichoaktív szerek használatának a robbanásszerű növekedése, a fogyasztás és annak szélsőségebb formáinak az elfogadottsága a fiatalok körében (Measham 2004, Plant – Plant 2006, Järvinen – Room 2007). Az elfogadottság növekedése nemcsak a fiatalokat, hanem a társadalom szélesebb rétegeit is jellemezte. A rekreációs droghasználathoz fűződő megváltozott viszonyt Parker és munkatársai *normalizációként* írják le, amikor a rekreációs droghasználat stigmatizált, deviáns viselkedésből egyre elfogadottabb viselkedéssé, a mainstream ifjúsági kultúra részévé válik. A normalizáció folyamatát az egyre könnyebb hozzáférésben, a drogokat kipróbálók és rendszeresen használók arányának növekedésében, a drogokat használók és nem használók egyre elfogadóbb attitűd-

jében, illetve a tiltott szereknek a média és a felnőtt társadalom általi kulturális elfogadottságában vélük felfedezni (Parker – Aldridge – Measham 1998, Parker – Williams – Aldridge 2002, Parker 2005). A dohányzás megítélésében azonban egy ellentétes folyamat zajlik le. A dohányzás a XX. század első felében elfogadott normális viselkedés volt. A dohányzókat tolerálták a nem dohányzók, a dohányzás jelen volt minden társadalmi-gazdasági csoportban, és mindkét nemre egyaránt jellemző volt. A XX. század vége és a XXI. század változást hoz a dohányzás megítélésében, a dohányzókat egyre kevésbé tolerálják, a szociális terük egyre inkább leszűkül, és a dohányzás egyre stigmatizáltabb, antiszociálisabb viselkedésnek minősül (Parker – Aldridge – Measham 1998, Bíró 2008, Berridge 2013, Room 2015b).

A változó megítélés mögött meghúzódó magyarázatok

A különböző szerek használatának megítélését számos kutató köti ahhoz, hogy mikor, kik voltak a *tipikus szerhasználók*, kik azok, akiket egy adott társadalom *szabályozni, korlátozni akart* (Berridge 2013, McGregor – Thom 2020). Hiszen a szerek megítélése, jogi szabályozása és korlátozása ritkán mutat összefüggést azok tényleges ártalmasságával. Különösen igaz ez a kannabiszra és az alkoholra. Míg a kannabisz veszélyességét a szakemberek sokkal kisebbre értékelik, mint ahogy azt a használatának és a forgalmazásának a nemzeti és nemzetközi szabályozása teszi, az alkohol esetében éppen ellentétes a helyzet: míg a szakemberek az egyik legtöbb veszélyt hordozó szernek tekintik, addig a jogi korlátozása a legenyhébb megítélést mutatja (Nutt et al. 2007, 2010; Room et al. 2010; Melberg et al. 2011; Borch 2012, Room 2015b).

A megítélést befolyásolhatja a *fogyasztás helyszíne* (hol fogyasztják a szert – hogy itéli meg a helyszínt az adott társadalom), és hogy kik esetében elfogadott és elutasított a fogyasztás. Például a *nők* számára számos országban sokáig tabu volt a nyilvános helyeken való alkoholfogyasztás. Nagy-Britanniában (és sok más országban is) a nők esetében az elfogadott alkoholfajta a bor volt, míg a férfiak hagyományosan inkább sört ittak. Az sem mindegy, milyen társadalmi rétegből származik a fogyasztó. Nicholls és Berridge (2020) leírják, hogy az első antialkoholista kampányt a ginepidémia idején a *társadalmi és politikai elit* tagjai vezették, és a városi szegények miatti aggodalom „vezette” őket. További tömény italok ellen irányuló kampányokat szintén az elit képviselői szerveztek, és többnyire szintén az alacsonyabb társadalmi osztályok ellen irányultak. Az alkoholfogyasztókat a munkában hatékonytalannak, közterületeken erőszakosnak és bűnözőnek, otthon pedig felelőtleneknek tekintették (McGregor – Thom 2020).

A múlt század közepének kábítószer-fogyasztásra adott heves társadalmi reakcióit gyakran magyarázzák azzal, hogy a kábítószer-fogyasztás szorosan kapcsolódott *ifjúsági szubkultúrákhoz*: a hatvanas évek diákmozgalmaihoz és a beatnemzedékhez, valamint a hetvenes évek hippimozgalmaihoz. J. H. Weakland szerint (idézi Blum et al. 1970) ezen mozgalmak egyik lényeges eleme a középosztályos értékekkel való szembefordulás volt, amely kifejeződött a zenében, öltözködésben, kultúrában stb. A kábítószer különös, szimbolikus jelentőséget kapott ezen szubkultúrák tagjai számára, és abban a világban is, amelyből a fiatalok kilépni szándékoztak. A drogfogyasztás ugyanolyan nélkülözhetetlen részévé vált a mozgalomnak, mint a ruha vagy a színek. A pszichedelikus drogok fogyasztása a legfőbb módjává vált a mozgalomba való belépésnek és a „helyes” világból való kilépésnek egyaránt. Engel (1974) – sok más kutatóhoz hasonlóan – úgy véli, hogy az idősebbek világával elégedetlen fiatalok tiltakozásának egy módjává válik a kábítószer-fogyasztás. Ebben az értelmezésben a kábítószer ellen irányuló társadalmi korlátozások *a középosztályos értékekkel szembeforduló, azokat elutasítani szándékozó fiatalok ellen irányultak*.

Room és Sato (2002) a fiatalkori szerfogyasztás *szimbolikus jelentését* hangsúlyozzák. Szerintük az alkohol és más drogok fogyasztása vagy nem fogyasztása lényeges szerepet tölthet be a fiatalok különböző kulturális és társas községeinek definiálásában. Az alkohollal és más drogokról megszerzett ismeretek a fiatalok kulturális tőkájének részét képezik. E kulturális tőke értékét növeli, hogy olyan ismeretek birtoklását jelenti, amit a felnőttvilág elutasít, vagy tilt (legális kor alatti alkoholfogyasztás vagy tiltott szerfogyasztás). Room (2001) szerint a pszichoaktív szerhasználat a tinédzserek és a fiatal felnőttek számára az autonómia és az érettség elfogadtatása iránti igény megnyilvánulása mellett a különböző társadalmi csoportokhoz való tartozást és elsősorban a felnőttvilágtól való elkülönülést is kifejezi. Azaz a fiatalok szerfogyasztásában egyaránt megnyilvánul a felnőttvilágba tartozás vágya és *a felnőttvilág normáival való szembefordulás*, kiváltva ezzel a társadalom szabályozási szándékát.

A valamilyen speciális fogyasztói csoport és a fogyasztás megítélése közötti kapcsolat egy magyarországi megjelenését írja le Sárosi (2017). A múlt század 20-as éveiben a kokainfogyasztás miatt Magyarországon kialakult morális pánik kapcsán bizonyítja, milyen heves reakciókat váltott ki a kokainfogyasztás a korabeli médiából – valószínűleg csak annak köszönhetően, hogy egy sajátos, a többségitől eltérő, modernista, hedonista, kozmopolita életmódot folytató társadalmi csoportra volt jellemző. A XX. század hatvanas-hetvenes éveiben pedig akkor jelenik meg a kábítószer-fogyasztás problémaként Magyarországon, amikor már nemcsak az egészségügyben dolgozók, a művészek, a fiatal értelmiségiek között fordul elő, hanem amikor az aluljárókban és néhány együttes koncertjén is nyilvánosan jelennek meg a nagy többséget irritáló öltözködésű és vi-

selkedésű csövesek. A közvélemény a hazai kábítószer-fogyasztásról szóló első információkat is a csövesekről és együtteseikről szóló cikkek, riportok kapcsán kapja. Akárcsak a hippiknél, a csöveseknél is a csoportnorma részévé válik a kábítószer-fogyasztás. Csakhogy a csövesek a hippiktől eltérően agresszívabb jelképeket használtak, ideológiájukkal pedig nemcsak szembe fordultak a társadalom többségével, hanem a jelen sivárságát, a jövő reménytelenségét is hirdették (Rácz et al. 1984, Kőbányai 1986). Valószínűsíthető, hogy a hazai kábítószer-fogyasztásra adott heves reakciók a hetvenes és nyolcvanas években összefüggésbe hozhatók azzal, hogy a tipikus drogfogyasztók különböző okokból a társadalom periferiájára sodródott csövesek voltak (Elekes 1993).

A szerfogyasztás etnikumhoz való kapcsolása szintén gyakori volt már a XIX. század során is. Amint korábban már említettük, az USA-ban az első ópiumellenes törvények kifejezetten a kínai bevándorlók ellen irányultak. Hasonló jelenségről számol be az Egyesült Királyságban McGregor és Thom (2020).

A szerfogyasztás megítélésének tipikus fogyasztóhoz való kapcsolása a dohányzás esetében is megfigyelhető. McGregor és Thom (2000) leírja, hogy bár a II. világháborút követő években az Egyesült Királyságban a dohányzás minden társadalmi csoportban elterjedt volt, a dohányzás elleni kampányok elsősorban a munkássztály tagjait és azok gyermekeit jelenítették meg mint a legveszélyeztetettebb csoportokat.

A szerhasználat XXI. századi normalizálódását többen magyarázzák azzal, hogy a rekreációs fogyasztás ma már nem köthető hátrányos helyzetű, marginalizálódott csoportokhoz, hanem *a fiatalok minden társadalmi rétegében fellelhető* (Room 2007, Ahlström et al., 2008, Parker – Williams 2003, Measham 2002). Measham (2002) szerint *a nemek közötti különbségek csökkenésében is egyfajta normalizációs folyamat ragadható meg*. Míg korábban a nők/lányok drogfogyasztása inkább kötődött szubkultúrákhoz, marginalizálódott csoportokhoz, a „rossz”, „szánalomra méltó”, „kontrollálatlan”, „drogfüggő” minősítésből a kilencvenes évek Angliájába elterjedt viselkedéssé vált, sőt, az ivás és a tiltott szer használata a nők számára nőiesséjük erősítésének és kiemelésének is eszköze lett.

A drogpolitikát gyakran értelmezik valamely más, a drogtól független társadalmi problémára adott válaszként (lásd erről Elekes 1993). Christi és Bruun a svéd drogpolitikákat vizsgálva arra a megállapításra jut, hogy a drog elleni küzdelem olyan súlyosabb problémákról (munkanélküliség, szegénység) tereli el a figyelmet, amelyek kezelésére sokkal nehezebb társadalmi konszenzust kialakítani. Ezzel ellentétben az alkohol, a dohány vagy a kávé nem lehet megfelelő „közlelenség”, mert a fogyasztásuk a társadalom nagy többségét érinti, és a fogyasztásukat támogató nemzeti és nemzetközi érdekek nagyon erősek (idézi: Room 2004).

A nyolcvanas évek Magyarországon a túlzott alkoholfogyasztás és a kábítószer-fogyasztás egy olyan időszakban jelenik meg társadalmi problémaként, amikor egyre súlyosabbak a társadalmi feszültségek, egyre több probléma kerül felszínre, növekszik a szegénység, megjelenik a munkanélküliség stb. A társadalmi beilleszkedési zavarok megnövekedett nyilvánossága egy speciális szelepet töltött be. Néhány éven át ez volt az a terület, amely kapcsán legkönnyebben lehetett az egyre súlyosbodó társadalmi problémákról és ezek okairól nyilvánosan beszélni. A kábítószer-fogyasztás egy olyan időszakban válik központi kérdéssé, amikor a szűk szakmai körökön túl is nyilvánvalóvá válik egy sor társadalmi probléma egyre súlyosabbá válása és megoldatlansága (mint például a várható életkor csökkenése, az alkoholizmus és az öngyilkosság rohamos terjedése, a romló életszínvonal és a szegénység növekedése). Ugyanakkor az is nyilvánvalóvá válik, hogy a romló gazdasági feltételek között és a meglévő intézményi struktúra radikális változtatása nélkül ezek a problémák gyakorlatilag megoldhatatlanok. Ilyen körülmények között egy relatíve kisebb súlyosságú és kisebb anyagi ráfordítást igénylő problémával való látványos foglalkozásnak bizonyos figyelemelterelő szerepe is volt (Elekes 2003).

A rendszerváltást követő évtized alkoholprobléma iránti érdektelenségét Andorka (1994) az újonnan megjelenő társadalmi problémákkal, a liberális ideológiák terjedésével magyarázza, valamint azzal, hogy a kábítószer-probléma iránti érdeklődés háttérbe szorította az alkoholprobléma iránti érdeklődést. Moskalewicz és Simpura (2000) a rendszerváltó országok alkoholpolitikáját, illetve annak hiányát az alkoholpolitika gazdasági érdekeknek való alárendeltségével indokolja. Szerintük az alkoholipar könnyű privatizálhatósága eredményezte, hogy ezekben az országokban éppen az alkoholos italok előállítása és kereskedelme került ki elsősk között az állami ellenőrzés alól. „Az alkoholmonopóliumok eltörlése a gazdaság demonopolizálását, a szabadpiaci elvek bevezetését és a magántulajdon respektálását szimbolizálta.” (Moskalewicz – Simpura 2000: 34).

Hogy a kábítószer-fogyasztás társadalmi problémaként való észlelése másfél évtizeddel túlélte a rendszerváltást Magyarországon, feltehetően azoknak a nemzetközi tendenciáknak is köszönhető, amelyek a szakemberek minden erőfeszítése ellenére a kábítószer-fogyasztást sokkal súlyosabb problémaként kezelték/kezelik, mint például a túlzott alkoholfogyasztást. Ez a rendszerváltást közvetlenül követő években azt a képzetet is keltette itthon, hogy a drogproblémával való foglalkozás az Európához való kapcsolódás egyfajta jelképe, útja lehet. De jelentette azt is, hogy az nagyobb befolyással, több pénzzel rendelkező nemzetközi szervezetek erőteljesebb hatást tudtak gyakorolni a hazai intézményekre, mint azok az alkoholproblémával foglalkozó intézmények, melyek nemzetközi szinten is kevesebb befolyással bírtak, illetve kevésbé voltak szervezetek (Elekes 2009).

Összességében tehát olyan viselkedési formákat tárgyalunk, amelyek megítélését az adott kultúra, normarendszer és történelmi időszak erőteljesen befolyásol. Az, hogy egy adott társadalom, annak jogrendszere, ellátórendszere mely szerekre és azok fogyasztásának mely formáira, módjaira terjeszti ki befolyásolási szándékát, hol húzza meg a „normális” és a „problémás” határait, nem feltétlenül van összefüggésben a szerek elterjedtségével, a fogyasztásukból eredő egyéni és társadalmi károkkal. A társadalom reakcióit, problémamegítélését gyakran befolyásolja, hogy kik a tipikus fogyasztók, kit és miért ítélnék „kontrollálandónak”, illetve milyen mögöttes szándékok húzódnak meg a befolyásolási törekvések mögött.

Hivatkozások

- Abel, E. L. (2001): The gin epidemic: much ado about what? *Alcohol and Alcoholism*, 36(5): 401–405. <https://doi.org/10.1093/alcalc/36.5.401>
- Ahlström, S. – Metso, L. – Huhtanen, P. – Ollikainen, M. (2008): *In which sub-groups of Finnish students has the use of legal and illegal drugs decreased? Results of the 2007 ESPAD data in Finland*. Paper presented at the 34rd Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, June 02–06, 2008, Victoria, Canada.
- Allamani, A. – Voller, F. – Decarli, A. – Casotto, V. – Pantzer, K. – Anderson, P. – Gual, A. – Matrai, S. – Elekes, Zs. – Eisenbach-Stangl, I. – Schmied, G. – Knibbe, R. A. – Nordlund, S. – Skjælaaen, O. – Olsson, B. – Cisneros, J. – Österberg, E. – Karlsson, T. – Plant, M. – Miller, P. – Coghill, N. – Świątkiewicz, G. – Wieczorek, L. – Annaheim, B. – Gmel, G. (2011): Contextual Determinants of Alcohol Consumption Changes and Preventive Alcohol Policies: A 12-Country European Study in Progress. *Substance Use and Misuse*. 2011. June 21.
- Anderson, P. – Baumberg, B. (2006): *Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. A Report for the European Commission*. Institute of Alcohol Studies UK. June.
- Andorka R. (1994): Alkoholizmus és alkoholpolitika. In: Münnich I. – Moksony F. (szerk.): *Devianciák Magyarországon*. Közélet, 266–297.
- Barrows, S. – Room, R. (1991): Introduction. In: Barrows, S. – Room, R. (eds.): *Drinking. Behavior and Belief in Modern History*. University of California Press. Berkeley, Los Angeles, Oxford 1991. 1–25.
- Bayer I. (2000): *A drogok történelme. A kábítószeresek története az ókortól napjainkig*. Aranyhal Kiadó, Budapest, 400.

- Berridge, V. (2013): *DEMONS. Our changing attitudes to alcohol, tobacco, & drugs*. Oxford University Press, UK.
- Bíró J. (2008): Dohányzáspolitikai. A dohányzás diskurzusa és kontrollja. *Addiktológia* VI.1. 5–23.
- Blum, R. H. et al. (1970): *Society and Drugs I–II*. Jossey-Bass Inc. Publishers, San Francisco.
- Bonnie, R. J. (1975): Reaching out: Origins of the intervention Strategy. In: Bonnie, R. J. – Sonnenreich, M. R. (eds.): *Legal Aspects of Drug Dependence*. Cleveland Ohio: CRC Press 25–63.
- Borch, A. (2012): The Real of problem gambling households. *Journal of Gambling Issues*, issue 27. Available at: <http://jgi.camh.net/doi/pdf/10.4309/jgi.2012.27.6>
- Bruun, K. – Edwards, G. – Lumio, M. – Mäkela, K. – Pan, L. – Popham, R. – Room, R. – Schmidt, W. – Skog, O.-J. – Sulkunen, P. – Österberg, E. (1975): *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*. The Finnish Foundation for Alcohol Studies 25.
- Elekes Zs. (1993): *Magyarországi droghelyzet a kutatások tükrében*. Alkoholológiai Füzetek 24. Országos Alkoholológiai Intézet, Budapest.
- Elekes Zs. (2003): The Hungarian Drug Scene: An Overview of the drug Scene in Hungary from the Appearance of the problem to the present. *Dialog: Enquete Beyond Borders. Perspectives for Regional Cooperation in Treating Addiction*. International Conference 2003 Vienna, 31–44.
- Elekes Zs. (2009): Az alkohol- és drogprobléma változó megjelenése a politikai és közgondolkodásban. In: Bagdy E. – Demetrovics Zs. – Pilling J. (szerk.): *PoliHISTÓRIA. Buda Béla 70. születésnapjára*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 315–334.
- Engel, M. H. (1974): *The Drug Scene. A Sociological Perspective*. Hayden Book Company, Inc. Rochelle Park, New Jersey.
- Fillmore, K. M. (1988): *Alcohol Problems from a Sociological Perspective Alcoholism: Origins and Outcome*. Ed. Robert M., R. – Barrett, J. Raven Press Ltd., New York 1988.
- Gately, I. (2008): *Drink. A cultural history of alcohol*. Penguin Group Inc. USA.
- Järvinen, M. – Room, R. (eds.) (2007): *Youth Drinking*. Ashgate Publishing Limited, Gower House, Hampshire.
- Kelemen G. (1994): Az alkoholprobléma kezeléstörténetének rövid vázlata. In: Kelemen G.: *Az addikciók széles spektruma*. OAI, 114–157.
- Kőbányai J. (1986): *A margón*. Szépirodalmi Kiadó, Budapest.
- Kraus, L. – Orth, B. – Kramer, S. (2003). *Association between characteristics of drinkers, drinking occasions and self-reported negative experiences during and after drinking occasions*. Paper presented at the 29th Annual alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society June 2003. Krakow.

- MacGregor, S. – Thom, B. (eds.) (2020): *Risk and Substance Use. Framing Dangerous People and Dangerous Places*. Routledge Taylor and Francis Group, London – New York.
- Mäkela, K. (1983): The Use of Alcohol and Their Cultural Regulation. *Acta Sociologica* 26(1): 21–31.
- Mäkela, P. – Rossow, I. – Tryggvesson, K. (2002): Who drinks more and less, when policies change? The evidence from 50 years of Nordic studies. In: *The effect on nordic alcohol policies. What happens to drinking, and harm when alcohol control changes*. NAD publications 42. ed. R. Room 17–7.
- Marék A. (1970): *Dohányosok könyve*. Medicina, Budapest.
- Measham, F. (2002): “Doing gender” – “doing drugs”: conceptualizing the gendering of drugs cultures. *Contemporary Drug Problems*, 29/Summer: 335–373.
- Measham, F. (2004): The decline of Ecstasy, the Rise of Binge drinking and the Persistence of Pleasure, *Journal of Community and Criminal Justice*, 51(4): 309–326.
- Melberg, H. O. – Hakkarainen, P. – Houborg, E. et al. (2011): Measuring the harm of illicit drug use on friends and family. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28: 105–121.
- Morgan, P. (1978): The legislation of drug law: Economic crisis and social control. *Journal of Drug Issues*, 8(1): 53–62.
- Moskalewicz, J. – Simpura, J. (2000): Alcohol and alcohol policy in eastern European transitions. *Journal of Substance Use* 5: 30–38.
- Nicholls, J. – Berridge, V. (2020): Substance use, dangerous classes and spaces: a historical perspective. In: MacGregor, S. – Thom, B. (eds.) (2020): *Risk and Substance Use. Framing Dangerous People and Dangerous Places*. Routledge Taylor and Francis Group, London – New York, 14–29.
- 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. J. – King, L. A. – Phillips, L. D., for the Independent Scientific Committee on Drugs (2010): Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376: 1558–1565.
- Parker, H. (2005): Normalization as a barometer: Recreational drug use and the consumption of leisure by younger Britons. *Addiction Research and Theory*. 13(3): 205–215.
- Parker, H. – Aldridge, J. – Measham F. (1998): *Illegal leisure. The normalization of adolescent drug use*. Routledge, Taylor and Francis Group, London – New York, 177.

- Parker, H. – Williams, L. (2003): Intoxicated Weekends: young adults' work hard-play hard lifestyles, public health and public disorder. *Drugs: education, prevention and policy*. November, 10(4): 345–367.
- Parker, H. – Williams, L. – Aldridge, J. (2002): The Normalization of 'Sensible' Recreational Drug Use: Further Evidence from the North West England Longitudinal Study. *Sociology*. November, 36(4): 941–964.
- Plant, M. – Plant, M. (2006): *Binge Britain. Alcohol and the national response*. Oxford University Press.
- Rácz J. – Göncz D. – Kéthelyi J. (1984): Z. téri csövesek. Egy szociológiai vizsgálat tapasztalataiból. *Világosság*, 11.
- Ramstedt, M. (1999): Liver cirrhosis mortality in 15 European countries. Differences and trends during the post-war period. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 16: 55–73.
- Room, R. (1983): Sociological Aspect of the Disease Concept of Alcoholism. *Research Advance in Alcohol and Drug Problem*. 7. Plenum Press, New York – London, 47–9.
- Room, R. (2001): *Thinking about how social inequalities related to alcohol and drug use problems*. <http://www.robinroom.net/> (Letöltés ideje: 2008. 07. 18.)
- Room, R. (2004): Symbolism and rationality in the politics of psychoactive substances. In: Lindgen, B. – Grossman, M. (eds.): *Substance use: Individual Behavior, Social Interactions, Markets and Politics*. Advances in Health Economic and health Services Research, 16.
- Room, R. (2007): Az alkohol- és droghasználathoz kapcsolódó stigma és szociális egyenlőtlenségek. *Addiktológia* (3): 232–254.
- Room, R. (2015): Cultural aspects of and responses to addiction. In: El-Guebaly, N. – Carrà, G. – Galanter, M. (eds.): *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*, 107–114. Milan – Heidelberg – New York, Dordrecht – London: Springer.
- Room, R. (2015b): The history of psychoactive substance use and problems of social response to them. In: Haber, P. – Day, C. – Farrell, M. (eds.): *Addiction Medicine: Principles and Practice*, 3–8. Melbourne: IP Communications.
- Room, R. – Ferris, J. – Laslett, A.-M. – Livingston, M. – Mugavin, J. – Wilkinson, C. (2010): The drinker's effect on the social environment: a conceptual framework for studying alcohol's harm to others. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7: 1855–1871.
- Room, R. – Sato, H. (2002): Drinking and drug use in youth cultures: Building identity and community. *Contemporary Drug Problems* 29/Spring: 5–11.
- Saper, A. (1974): The making of policy through myth, fantasy and historical accident: The making of America's narcotic laws. *British Journal of Addiction*, 69: 183–193.

- Sárosi P. (2017): Kokain és morális pánik Budapesten az 1920-as évek médiabe-
számolói alapján. socio.hu.2017.4.43.
- Warner, J. (1991): *Before there was „Alcoholism”: Lessons from the Medieval
Experience with Alcohol*. Alcohol research Group University of California at
Berkeley. Kézirat.

4. Mérési módszerek és korlátok

■ ■ ■ ELEKES ZSUZSANNA

A rizikó-magatartások epidemiológiai vizsgálatánál az összegyűjthető információk és azok értelmezésének egyik legfőbb problémája, amivel mindig számolnunk kell, hogy olyan viselkedésekről próbálunk információkat gyűjteni, amelyek törvény által tiltottak vagy korlátozottak (például kábítószer, alkohol és dohány bizonyos életkor alatt), és/vagy társadalmi elítélés alá esnek (kábitószer). Ezek a tényezők pedig gyakran a viselkedés rejtését, titkolását eredményezik az érintettek, a környezetük vagy akár a velük foglalkozó intézmények részéről is. Más rizikó-magatartások pedig egyszerűen nem jelennek meg problémaként (pl. a viselkedési addikciók egyes formái, gyógyszerfogyasztás).

A kötetben tárgyalt viselkedések konkrét módszertani problémáival majd az adott fejezetben foglalkozunk, itt néhány általánosabb megfontolást tekintünk át a következő szempontok alapján:

- Az operacionalizálás problémái: Mit, minek az elterjedtségét tudjuk mérni?
- Milyen problémákkal, torzító tényezőkkel szembesülünk a mérések során?
- Milyen következtetéseket vonhatunk le az adatokból?

Az operacionalizálás problémái

Rizikó-magatartások kapcsán többnyire olyan viselkedésekről beszélünk, amelyek bizonyos mértéke társadalmilag elfogadott, „normális” viselkedésnek számít.

Az *alkoholfogyasztás* valamilyen szintje elfogadott napjainkban a fejlett világ jelentős részén. Meghúzható-e egyértelműen az a határ, amely a normális alkoholfogyasztást a problémás vagy deviáns alkoholfogyasztástól elválasztja? Ha kialakult az alkoholfüggés, akkor egyértelmű lehet a döntésünk: betegségről, problémás fogyasztásról kell beszélnünk. Kérdés azonban, hogy a függés hiányában milyen eszközökkel, módszerekkel választhatjuk szét a problémás és nem problémás fogyasztást. A kérdés megoldásával meglehetősen kiterjedt szakirodalom foglalkozik, részben a fogyasztott *mennyiség és gyakoriság* mind

pontosabb mérésével, részben pedig a fogyasztásból eredő *problémák* mérésére szolgáló kérdéssorok kidolgozásával próbálva megoldani az elhatárolást (lásd erről Elekes 2004, 2009a, 2011). A szétválasztásra alkalmazott módszerekben azonban gyakran kifejeződik egy adott társadalom *ivási kultúrája, normarendszere* is. Míg például számos mediterrán országban az étkezésen kívüli alkoholfogyasztás a problémás ivás jelzője volt sokáig, addig az északi országokban a közelmúltat leszámítva szinte csak az étkezésen kívüli alkoholfogyasztás volt szokásos (Room 1989, 1999, Ahlström – Österberg 2007, Prina – Allamani 2007). Míg Magyarországon a reggeli alkoholfogyasztás még ma sem feltétlenül jelzi a problémás alkoholfogyasztást (minden negyedik férfi legalább alkalmanként iszik reggel alkoholt), addig például Izraelben a reggeli alkoholfogyasztás a leg súlyosabb alkoholprobléma jelzője (Elekes 2004).

A *tiltott drogok* kapcsán egyértelműbbnek látszik a normasértő és a normakövető magatartás szétválasztása, hiszen itt nagy többségében olyan szerek használatáról beszélünk, amelyek előállítását, forgalmazását és fogyasztását is nemzetközi egyezmények korlátozzák, és a kábítószer fogyasztó közvetve (a tiltott szer tartásán keresztül) vagy közvetlenül (a fogyasztáson keresztül) a jogi normákat sérti. Ugyanakkor a legtöbb tiltott szernek van legális, orvosi célú felhasználása. Az pedig, hogy a marihuánát alkalmilag, rekreációs céllal használó személy – annak ellenére, hogy sérti a jogi normákat – tekinthető-e úgy, mint aki a társadalom többsége által elfogadott normákat is sérti, egyre vitatottabb ma már nem csak a szakirodalomban, hanem a közgondolkodásban is (Elekes 2009b). Hol húzzuk meg a társadalom nagy többsége által elfogadott normákat sértő marihuánafogyasztás határait: az alkalmanként 1-2 marihuánás cigit elszívóknál? Ekkor a mai fiatalok jelentős része normasértő lenne, hiszen például a 16 éves cseh fiatalok 28%-a, az olasz fiatalok 27%-a, a francia fiatalok 23%-a kipróbálta már a marihuánát (The ESPAD Group 2020). A kipróbálók aránya a magyar 16 évesek körében sem elhanyagolható: 13% (Arnold 2020). Vagy tekintsük inkább problémás fogyasztónak a heti 1-2 marihuánás cigarettát elszívókat, vagy az ennél is rendszeresebben fűvezőket? Vagy fogadjuk el az EMCDDA állásfoglalását, amely csak az opiát-, a kokain- és az amfetamintípusú szerek fogyasztóit, valamint az intravénás használókat tekinti problémás drogfogyasztónak? (EMCDDA 1999, Elekes 2009b).

A drogprobléma kapcsán azonban nemcsak az alkoholról és a tiltott szerekről beszélünk. *Számos más, legálisan is hozzáférhető drog van*, amelynek fogyasztása problémát okozhat, de nem biztos, hogy sérti a társadalmi normákat. Magyarországon nemzetközi összehasonlításban is az egyik legelterjedtebb drogfogyasztási forma az orvosi recept nélküli nyugtatók/altatók önmagukban vagy alkohollal együtt történő fogyasztása, amely a jogi normákat nem sérti. Az altatók/nyugtatók fogyasztása a hazai közgondolkodásban is elsősorban öngyó-

gyításként, nem pedig problémaként vagy normasértő viselkedésként jelenik meg. A kutatások ugyanakkor azt mutatják, hogy a fiatalok ma inkább *a tiltott szerek pótlására*, mint öngyógyításra használják az orvosi javaslat nélküli gyógyszereket (Elekes 2009b).

Magyarországon nem csak a gyógyszerek kábítószerként való használatának van hagyománya a fiatalok körében, hanem ma is elterjedt a *legálisan* beszerezhető szerves oldószer belélegzése, a dizájnernedrogok pedig közel egy évtizede – ha csak átmenetileg is – további legális forrásai a droghasználatnak.

A *dohányzás* különbözik az alkoholtól abban, hogy míg az alkoholfogyasztás bizonyos – csak bizonytalanul meghatározott – szintjét egyáltalán nem tartják károsnak, addig napjaink megítélése szerint a dohányzás minden formája károsítja az egyén és a környezete egészségét. Ugyanakkor a dohányzást a tiltott szerekkel ellentétben sem közvetve, sem pedig közvetlenül nem tiltják jogszabályok, legfeljebb a dohányzás lehetőségeit, helyszíneit, hozzáférését korlátozzák. Így a dohányzás esetében nehezen tudunk olyan szintet meghatározni, ami a normális és a normasértő dohányzást elválasztaná egymástól.

Talán a fentieknél is nehezebb meghúzni a határokat azon viselkedések esetében, amelyek természetes részét képezik a mindennapi életünknek (munka, evés, internethasználat, sport stb.) és amelyek mégis – bizonyos túlzott mérték után – károsak, veszélyesek lehetnek, és kialakulhat a függés is.

Meg tudjuk-e határozni az objektív határokat az elfogadott/normális és a problémás/deviáns viselkedés között? Valóban meg tudjuk-e mondani, hogy

- mennyi ital elfogyasztása káros az egyénre és a környezetére,
- mennyi munka az, ami még szükséges és elfogadható, és mikortól tekinthetjük veszélyesnek, vagy kell betegségről beszélnünk,
- mennyi internethasználat tekinthető az életünk természetes részének, és mikortól kell problémás internethasználatról beszélnünk,
- mennyi sport az, ami az egészségünk megőrzését, javítását szolgálja, és mikortól beszélhetünk kóros testedzés-függőségéről?

A mérések során alkalmazott indikátorok egyik csoportja a *fogyasztás mennyiségét, a viselkedés gyakoriságát* próbálja közvetett vagy közvetlen módon becsülni, azt feltételezve, hogy a probléma mértéke vagy a problémás fogyasztás az egyén szintjén és makroszinten is valamilyen összefüggésben áll a fogyasztott mennyiséggel és a gyakorisággal. Az indikátorok másik nagy csoportja a *fogyasztásból eredő problémákat, a fogyasztás jogi, egészségügyi, szociális következményeit* veszi számba, feltételezve, hogy bizonyos mértékű fogyasztás már feltétlenül felszínre kerül valamilyen probléma formájában. Egyrészt tehát feltételezzük, hogy a fogyasztás és a problémás fogyasztás között mérhető kapcsolat van, másrészt feltételezzük, hogy a problémás fogyasztás előbb-utóbb

statisztikailag mérhető módon felszínre kerül. Mindkét összefüggés a szakirodalom sokat elemzett, sokat vizsgált kérdése. Mindkét összefüggés mérésére léteznek *makrostatisztikai módszerek és surveymódszerek* (Elekes 2011).

Makrostatisztikai adatok

Főbb indikátorok, adatforrások

A legtöbb rizikó-magatartás vizsgálatakor az egyik legfontosabb adatforrás a halálozási adatbázis. A mortalitáshoz kapcsolódó főbb mutatók a következők (Andorka 1997):

- A *nyers halálozási arányszámot* úgy kapjuk meg, hogy az adott évi halálozások számát elosztjuk az évközépi népesség számával. Ez a mutató függ a népesség korösszetételétől (idősebb népesség esetén nagyobb a nyers halálozási arány).
 - *Példa:* Magyarországon a nyers halálozási arányszám 2019-ben 13,3 volt 1000 főre számítva.
- A *korspecifikus halálozási arányszám* az adott korcsoportban meghaltak számát viszonyítja az adott korcsoport létszámához. A nemek eltérő halálozási aránya miatt nemenként számolunk korspecifikus halálozási arányokat.
 - *Példa:* Magyarországon 2019-ben a 60–64 éves korcsoportban az 1000 megfelelő korú férfira jutó korspecifikus halálozás 24,6, a nőkre vonatkozó megfelelő adat pedig 10,7 volt.
- A *születéskor várható átlagos élettartam* azt mutatja meg, hogy születéskor vagy valamely életkorban hány további év megélése valószínűsíthető. A mutató kiszámítása a halandósági táblán alapul.
 - *Példa:* A születéskor várható átlagos életkor 2019-ben a férfiaknál 72,86 év, a nőknél pedig 79,33 év volt.
- Az *okspecifikus halandóság* halálok szerint mutatja az egy adott halálokban az adott évben meghaltak számát az évközépi népességhez viszonyítva. Az okspecifikus halálozásnál szintén gyakran használnak standardizált értékeket.
 - *Példa:* 2019-ben az öngyilkosság és önsértés miatt meghaltak százezer lakosra jutó száma 16,9 volt.
- A *csecsemőhalandóság* mutatóját úgy kapjuk meg, hogy az adott évben összes 1 éven alul meghaltak számát osztjuk az adott év összes újszülöttjének számával.
 - *Példa:* 2019-ben az ezer élve születésre jutó egy éven aluli meghaltak száma 3,5 volt.

- *DALY* (Disability adjusted life years): az elvesztett egészséges életek számát fejezi ki, amelyek valamely betegség miatti idő előtti halálozás, rokkantság vagy betegség miatt *nem* következnek be. A mutató az ideális és a tényleges egészségi állapot közötti különbséget fejezi ki.
- *Példa*: Magyarországon 2019-ben a férfiak elveszített egészséges éveinek 62%-a kockázati tényezőkre vezethető vissza (Vitrai – Bakacs 2021).

További fontos makrostatisztikai adatforrásokat jelentenek a fogyasztás mennyiségét jelző kereskedelmi adatok, amelyek elsősorban az alkohol, a cigaretta és a gyógyszer fogyasztásának méreteit mutatják.

Elsősorban a felszínre kerülő problémákról adnak információt a szociális és egészségügyi ellátás különböző formáit nyújtó intézmények adatai, valamint a rendőrségi, igazságügyi adatbázisok.

Például egy adott rizikó-magatartáshoz kapcsolódó:

- kezelt betegek száma,
- újonnan/először kezelésbe vettek száma,
- balesetek száma,
- bűncselekmények, bűnelkövetők száma, bírósági ítéletek száma, és jellege,
- Nemzeti Adó és Vámhivatal adatai stb. (Elekes 2011).

Az adatok korlátai

Mennyire megbízhatóak az adatok, hogyan történik az adatok regisztrálása?

A rendelkezésre álló statisztikai adatok elemzésekor, értelmezésekor tisztában kell legyünk azzal, mennyire megbízhatóan regisztrálják az adatokat, milyen változások történtek a regisztrálásban.

Például:

- A BNO-t (Betegségek Nemzetközi Osztályozása), ami alapján a betegségeket és a halálozási adatokat regisztrálják, időről időre felülvizsgálja és módosítja a WHO. Ez a módosítás változásokat okozhat a halálozási okok statisztikájában regisztrált alakulásában anélkül, hogy a tényleges halálokok valóban változtak volna.
- Az első kezelésbe vételre (új betegre) vonatkozó adatok vajon valóban csak azok számát mutatják, akik először kerültek kezelésbe az adott évben, vagy halmazódásokat is tartalmaz azért, mert például ugyanaz a beteg több intézményben is megjelenik új betegként?

- A kábítószer-hálózásra vonatkozó adatok vajon csak a közvetlenül kábítószer-fogyasztás miatti halálzási adatokat tartalmazzák, vagy tartalmaznak esetleg öngyilkossági szándékból bekövetkezett, vagy véletlen túladozás miatti haláleseteket is?
- A túlsúlyra és az elhízásra vonatkozó adatok vajon valós mérésen vagy önbevalláson alapulnak-e?
- Az alkoholfogyasztásra vonatkozó makroadatok tartalmazzák-e és milyen mértékben a nem regisztrált fogyasztásra vonatkozó becsléseket (Elekes 2011)?

A számbavétel kritériuma

A problémát mérő makrostatistikai adatokra hatással van, hogy hol, milyen környezetben, milyen jogi vagy erkölcsi normák alapján, kit tekintenek drogosnak, alkoholistának, ki az, akiről a környezet vagy az adott intézmény úgy ítéli meg, hogy kezelésre, gondozásra, vagy éppen büntetésre szorul. Azaz mi a nyilván tartásba vétel kritériuma.

- A jogi környezet/jogszabályok változásának hatását könnyű belátni:
 - Ha egy jogszabállyal legalizálják a marihuána fogyasztását, akkor csökkenni fog a regisztrált, kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények száma.
 - Ha legalizálják a házi pálinkafőzést, akkor csökkenni fog az illegális pálinkafőzéssel kapcsolatos bűncselekmények száma.
 - Magyarországon a kezelő helyeken megjelenő kábítószer-fogyasztók többsége a büntetőeljárás elkerülése miatt kezdi meg a kezelést, sokan közülük tényleges kezelést nem igényelnek (Éves jelentés 2020). Az elterelést lehetővé tévő jogszabály módosítása nyilvánvalóan hatással lenne a kábítószer-használat miatt kezelésbe kerülők számára.
- Erkölcsi normák, értékek, a probléma megítélése, minősítése szintén hatással lehet az adatokra.
 - Room (2007) szerint a kezelésbe kerülés elsősorban *a marginalizáció egyik következménye, és kevéssé a problémás fogyasztásé*.
 - Egy 2013-ban végzett nemzetközi kutatás szerint a háziorvosok nagyobb arányban diagnosztizálják az alkoholprobléma valamilyen formáját idősebb, alacsonyabb iskolai végzettségű, munkanélküli betegeiknél, mint ahogy azt az ugyanazon betegcsoportban végzett CIDI² diagnózis alapján feltételezhetnénk (Rehm et al. 2015, Elekes 2015).

² Composite International Diagnostic Interview

Az ellátóhálózat kapacitásának a változása

Az ellátóhálózat kapacitása, illetve az abban bekövetkezett változások szintén hatással lehetnek a gyűjtött adatokra.

Példák:

- Magyarországon 2014-től jelentősen csökken a túcsereprogramokban kiosztott fecskendők száma. Jelentheti-e ez azt, hogy csökkent az intravénás szer használata? A mélyebb elemzések azt valószínűsítik, hogy a csökkenés oka az, hogy a túcsereprogramok száma és kapacitása jelentősen beszűkült, és így a szerhasználók nagyobb aránya maradt rejtőzködő a statisztikák számára (Éves Jelentés 2020).
- 2016-tól kezdődően csökkent a NAV által lefoglalt magán szeszfőző berendezések száma. Jelentheti-e azt, hogy csökkent az illegálisnak tekinthető magán szeszfőzés? Ha volt is tényleges csökkenés, ebben valószínűleg szerepet játszott az is, hogy az elmúlt években csökkent a NAV által végzett ellenőrzések száma (Erdős 2021).
- Az addiktológiai gondozókban megjelent új betegek száma a 2006. évi 53 ezer főről 2017-re 9 ezer főre csökkent (Egészségügyi statisztikai évkönyv 2017) Levonhatjuk-e ebből azt a következtetést, hogy az addiktológiai betegek száma egy évtized alatt az egyötödére csökkent, vagy inkább az ellátóhálózat kapacitásának drasztikus csökkentése áll az adatok mögött?

Önbevallásos vizsgálatok

A szakirodalom már az 1900-as évek kezdetétől beszámol survey típusú epidemiológiai vizsgálatokról (Billings 1903, Swiecicki 1972). A kutatások jelentős terjedéséről és a módszerek fejlődéséről azonban elsősorban a század második felétől beszélhetünk. Az 1970-es évekre az Amerikai Egyesült Államokon kívül már néhány európai, elsősorban skandináv országban is készült a felnőtt népesség alkoholfogyasztását vizsgáló kutatás (Mäkela 1971, Jonsson – Nilsson 1969). A XX. század végétől kezdődően pedig egyre nagyobb hangsúly tevődik e vizsgálatok összehangolására, az eredmények nemzetközileg és időben történő összehasonlíthatóságára.

A survey típusú vizsgálatok jelentős része vagy az általános (átlagos fogyasztású) népesség körében, vagy a teljes népességre reprezentatív mintán, vagy valamilyen speciális – különösen érintett – demográfiai-társadalmi csoportokat érintve készülnek. A kutatás irányulhat csak szerfogyasztásra, más rizikótényezőkre, de valamilyen más témával (általános egészségi állapot, életmód stb.) foglalkozó adatfelvételek is tartalmazhatnak rizikó-magatartásokra vonatkozó

kérdéseket. Bár a kutatások jelentős része az átlag népesség átlagos rizikó-magatartását próbálja leírni, egyre erősebb igény mutatkozik arra, hogy az önbevallásos vizsgálatok a problémás viselkedés/fogyasztás különböző szintjeit vagy akár a függést is mérni tudják (Elekes 2011).

Az általános népesség körében végzett vizsgálatok mögött az a feltételezés húzódik meg, mely szerint a normál fogyasztás és a problémás fogyasztás között kapcsolat áll fenn (Bruun et al. 1975). Az *általános népességre* vonatkozó önbevallásos vizsgálatok fontos sajátossága, hogy az átlag, nem problémás népességről adnak információt. Tehát az átlagot érik el, és az átlag népességre jellemző fogyasztási szokásokat tárják fel. Az általános népesség körében végzett kutatások alkalmasak annak vizsgálatára, hogy a különböző rizikó-magatartások milyen mértékben terjedtek el, mely társadalmi csoportokra, milyen fogyasztás/magatartás a jellemző, illetve az időbeni változások tendenciájának megállapítására, a következmények, a kapcsolódó problémák vagy a fogyasztást befolyásoló tényezők elemzésére.

A survey típusú vizsgálatokban a hangsúly az önbevalláson van, és ebből adódik a módszerrel kapcsolatos egyik legfőbb kétely is: mennyire tekinthetők valósnak az önbevalláson alapuló válaszok. Különösen gyakori a kétely az alkoholfogyasztás önbevalláson alapuló adataival szemben, hiszen itt a kapott mennyiségek összehasonlíthatóak a hivatalos eladási statisztikákkal, amelyek mindig magasabb értékeket mutatnak, mint az önbevalláson alapuló értékek. Ennek köszönhető, hogy viszonylag sok kutatás, elemzés foglalkozik e vizsgálatok megbízhatóságával, illetve a megbízhatóság növelésének lehetőségeivel (Bloomfield et al. 2005, Elekes 2009).

A bevallás mértéke, az úgynevezett „coverage rate” erősen függ a fogyasztással és a fogyasztókkal szembeni attitűdtől, gyakran előítéletektől és stigmáktól, az adott országban érvényesülő alkohol- és drogpolitikától. Ráadásul az adatfelvétel során alkalmazott módszerek, kérdezési formák is befolyással lehetnek rá. Az önbevallás megbízhatóságával szemben megfogalmazott kételyek ellenére a különböző módszertani, ellenőrző vizsgálatok, elemzések (pl. a kérdőív belső inkonzisztenciájának mérése, direkt és indirekt válaszmegtagadások, a kérdőív egy-két héten belüli újbóli megkérdezése ugyanabban a körben, fókuszcsoportok készítése stb.) azt bizonyítják, hogy az önbevallásos módszer jól alkalmazható az alkoholfogyasztás elterjedtségének, gyakoriságának, illetve időbeni változásának mérésére is (Bloomfield et al. 2005, Sieroslowski et al. 2013, Bloomfield et al. 2013).

Az általános népességre irányuló vizsgálatok terjedésében egyrészt kifejeződik az a már korábban is megfogalmazott feltételezés, mely szerint az általános népesség fogyasztási szokásaiból következtethetünk a problémás fogyasztásra. Az alkalmazott vizsgálati módszerekben, a kutatások irányultságában bekövet-

kezett változásokban ugyanakkor bizonyos mértékig tükröződik a probléma észlelésében bekövetkezett változás is. Parker és társai (1998) szerint a nyolcvanas évek Angliájában a drogprobléma megjelenési formája a heroin és a heroint használó fiatal volt. A kilencvenes évek „drogsztorija” az ecstasyhasználat és a hozzá kapcsolódó partikultúra volt. Ezekre a szubkultúrákhoz tartozó drogfogyasztás megismerésére a normál népességen végzett vizsgálatok nem voltak alkalmasak. Ugyanakkor a fiatalokról szóló szociológiai irodalom egyre inkább a sajátos ifjúsági szubkultúrák/alternatív kultúrák háttérbe szorulásáról és egy egyékes fogyasztói kultúra előtérbe kerüléséről számolt be (Somlai 2007, Parker et al. 1998, Gábor 2000). Ez pedig előtérbe helyezte egy generáció vagy egy társadalom egészének drogokhoz való megváltozott viszonyának vizsgálatát.

Az általános népességre vonatkozó információk iránti megnövekedett igényt szinte egy időben fogalmazódik meg a törekvés az alkalmazott módszerek és eszközök nemzetközi összehangolására és az eredmények összehasonlíthatóságára. Ez a megnövekedett igény mára szinte minden témához kapcsolódóan standardizált mérési eszközök, kutatási módszerek kidolgozását, alkalmazását eredményezte, és hozzájárult számos nemzetközi kutatási program megszűléséhez is. Ezekről az egyes problémák kapcsán majd szó lesz.

A határhúzás következményei

Az, hogy a normális és a problémás között hol húzzuk meg a határokat, nemcsak a probléma méretéről alkotott képünket, hanem a jellegére, az érintettek körére vonatkozó ismereteinket is befolyásolja. Room szerint az általános népesség körében végzett kutatások és a klinikai kutatások kapcsán „az alkoholproblémák két világáról” beszélhetünk (Room 2007:249). Míg az általános népesség körében végzett vizsgálatok kevésbé alkalmasak a marginalizált és a társadalomból kirekesztett népesség vizsgálatára, így az itt jellemzett problémás fogyasztó is inkább tartozik a jobb társadalmi-gazdasági státusúak közé, addig a klinikumban végzett kutatások szerint az alkohol- és drogprobléma miatt kezelt legjellemzőbb tulajdonsága az erős marginalizáció. Hasonló gondolkodással találkozunk egy Peter Cohennel készült interjúban is. Cohen szerint a politika és az információgyűjtés számára a drogfogyasztóknak csupán az az 5%-a létezik, amely klinikai vagy problémás eset, „kultúránk csak a »problémás droghasználók« kis csoportjáról fogad el és teremti új mitológiát” (Takács 2006: 82). Azaz a drogfogyasztókról alkotott képünket elsősorban a politika és az intézményrendszer által *problémásnak* nyilvánított fogyasztó alakítja, nem pedig a nagy többséget jelentő „rejtett” drogfogyasztó népesség.

A hazai adatok alátámasztják a fenti állítást, mely szerint *a kezelésben lévő szerhasználók és az általános népesség szerhasználói* mások (Elekes 2015).

Hivatkozások

- Ahlström, S. – Österberg, E. (2007): *Alcoholic beverages at meals in Finland*. Paper presented at the 33rd Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettli Bruun Society, Budapest, June 4–8.
- Andorka R. (1997): *Bevezetés a szociológiába*. Osiris, Budapest.
- Arnold P. (2020): Egyéb drogok, új pszichoaktív szerek. In: Elekes Zs. – Arnold P. – Bencsik N. (szerk.): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest, 28–43.
- Billings, J. (1903): Data relating to the use of alcoholic drinks among brain workers in the United States. In: Billings, J. S. (szerk.): *Physiological Aspects of the Liquor Problem*, 1. Houghton Mifflin, Boston.
- Bloomfield, K. – Allamani, A. – Beck, F. – Bergmark, K. – Csemy, L. – Eisenbach-Stangl, I. – Elekes, Zs. – Gmel, G. – Kerr-Correa, F. – Knibbe, R. – Makela, P. – Monteiro, M. – Medina Mora, M. – Nordlund, S. – Obot, I. – Plant, M. – Rahav, G. – Romero Mendoza, M. (2005): *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study. An EU – Concerted Action. Project Final Report* January 2005. Charité Campus Benjamin Franklin, Berlin.
- Bloomfield, K. – Hope, A. – Kraus, L. (2013): Alcohol survey measures for Europe: A literature review. *Drugs: education, prevention and policy*. October 2013: 20(5): 348–360.
- Bruun, K. – Edwards, G. – Lumio, M. – Mäkelä, K. – Pan, L. – Popham, R. – Room, R. – Schmidt, W. – Skog, O.-J. – Sulkunen, P. – Österberg, E. (1975): *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*. The Finnish Foundation for Alcohol Studies 25.
- Egészségügyi statisztikai évkönyv (2017): *Egészségügyi statisztikai évkönyv*. KSH 2019. Budapest.
- Elekes Zs. (2004): *Alkohol és társadalom*. Országos Addiktológiai Intézet, Budapest, 215.
- Elekes Zs. (2009a): *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon – ESPAD 2007*. NDI – L'Harmattan, Budapest.
- Elekes Zs. (2009): Az alkohol- és drogprobléma változó megjelenése a politikai és közgondolkodásban. In: Bagdy E. – Demetrovics Zs. – Pilling J. (szerk.): *PoliHISTÓRIA. Buda Béla 70. születésnapjára*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 315–334.

- Elekes Zs. (2011): *Egészségkárosító magatartások és mérési módszerek*. Jegyzet. BCE Budapest. <http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/4335/>
- Elekes Zs. (2015): Alkoholprobléma a háziorvosi rendelők betegei között. *Demográfia* 58(2–3): 145–170.
- EMCDDA (1999): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level*. Lisbon EMCDDA, December 1999.
- Erdős Á. (2021): *Alkoholtermékek előállítása és ellenőrzése*. Összefoglaló a Nemzeti Adó- és Vámhivatal bérfőzéssel, magánfőzéssel és jövedéki ellenőrzésekkel kapcsolatos adatai alapján. In: Elekes Zs. (szerk.): *Jelentés a magyarországi alkoholhelyzetről*. ELKH-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport, 2021. Előkészületben.
- Éves jelentés (2020): *2020-as ÉVES JELENTÉS (2019-es adatok) az EMCDDA számára*. Nemzeti Drog Fókuszpont. Budapest. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2020_HU.pdf (Letöltés ideje: 2021. 05. 19.)
- Gábor K. (2000): *A középosztály szigete*. Belvedere, Szeged.
- Jonsson, E. – Nilsson, T. (1967): A joint Nordic study of the drinking habits of adults males. Stockholm. Kézirat.
- Mäkelä, K. (1971): Measuring the Consumption of Alcohol in the 1968–1969. *Alcohol Consumption Study, 2*. Helsinki.
- Parker, H., Aldridge, J., Measham F. (1998): *Illegal leisure. The normalization of adolescent drug use*. Routledge, Taylor and Francis Group, London – New York, 177.
- Prina, F. – Allamani, A. (2007): Why the decrease in consumption of alcoholic beverages in Italy between the 1970s and the 2000s? Shedding light on an Italian mystery. *Contemporary Drug Problems*. July 1. 5–28.
- Rehm, J. – Allamani, A. – Della Vedova, R. – Elekes, Zs. – Jakubczyk, A. – Landsmane, I. – Manthey, J. – Moreno-España, J. – Pieper, L. – Probst, Ch. – Snikere, S. – Struzzo, P. – Voller, F. – Wittchen, H.-U. – Gual, A. – Wojnar, M. (2015): General practitioners recognizing alcohol dependence: a large cross-sectional study in 6 European countries. *Ann Fam Med*. 13(1): 28–32. <http://www.annfammed.org/content/13/1/28.long>
- Room, R. (1988): Cross-Cultural Research in Alcohol Studies: Research Traditions and Analytical Issues. In: Harford, T. – Towle, L. (eds.): *Cultural Influences and drinking Patterns: A focus on Hispanic and Japanese Populations*. NIAAA Monograph, 9–40.
- Room, R. (1999): *Measuring drinking patterns and problems: the experience of the last half century*. For presentation at the 25th Annual Alcohol Epidemiology

- Symposium, Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Montréal.
- Room, R. (2007): Az alkohol- és droghasználathoz kapcsolódó stigma és szociális egyenlőtlenségek. *Addiktológia* 3: 232–254.
- Sieroslawski, J. – Foster, J. – Moskalewicz, J. (2013): Survey of European drinking surveys. Alcohol survey experiences of 22 European countries. *Drugs: education, prevention and policy*. 20(5): 383–398.
- Somlai P. (2007): A posztadoleszcensek kora. In: Somlai P. (szerk.): *Új ifjúság*. Napvilág Kiadó, Budapest, 9–44.
- Swiecicki, A. (1972): Teenagers and drinking in Poland. *Drinking and Drug Practices Surveyor* 6: 4–6.
- Takács I. G. (2006): Tudományos drogmítoszok. Interjú Peter Cohennel. *Esély* 1: 82–88.
- The ESPAD Group (2020): *ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. EMCDDA Joint Publications, Publication Office of the European Union, Luxembourg.
- Vitrai J. – Bakacs M. (2021): Hazai Egészségpillanatkép 2020. Gyorsjelentés a Global Burden of Disease Study 2019 adatai alapján. *Egészségfejlesztés* 62. <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=654>

5. Alkoholfogyasztás

■ ■ ■ ELEKES ZSUZSANNA

Módszertani kérdések

A határhúzás problémái

Az alkoholfogyasztás bizonyos mértéke Magyarországon és Európában, de a világ számos más részén is elfogadott, normális viselkedés, része a társasági életnek, az étkezési szokásoknak. Ugyanakkor az alkohol veszélyes formájú fogyasztása a betegségeknek, a rokkantság kialakulásának, illetve a halálozásnak az egyik legfőbb rizikótényezője. Közel 200 betegség és egészségkárosodás kialakulásához járul hozzá. A Global Burden of Disease (GBD) 2019. évi adatai szerint a világ évi teljes halálozásának 4,32%-a vezethető vissza valamilyen módon alkoholfogyasztásra. Ez magasabb arány, mint amennyit a HIV/AIDS, az erőszak, illetve a TBC miatti halálozás képvisel az összes halálozásból. Az átlagosnál magasabb –5,97% – az alkoholos halálozás összes halálozáson belüli aránya az Európai régióban. Hasonló arányokat találunk akkor, ha az alkohol okozta halálozások és megbetegedések által okozott egészséges életévek elvesztésének arányát viszonyítjuk az összes elvesztett egészséges életévekhez (DAILY). 2019-ben a WHO tagországaiban az összes elvesztett egészséges életévek 3,6%-a volt visszavezethető túlzott alkoholfogyasztásra. Az Európai régióra vetítve ez az arány 6,19% volt (GBD 2019). Sehol máshol nem olyan magas az alkohol okozta egészségügyi károk mértéke, mint Európában (Room 2015).

Az alkohol azonban nem csak az egyén egészségére van káros hatással, hanem számos más társadalmi és gazdasági kiadásokat okoz. A költségek egy része *közvetlen gazdasági költség*, mint például az alkoholbetegek és családjuk egészségügyi és szociális ellátása, vagy az alkoholizmusra visszavezethető bűncselekmények (garázdaság, ittas vezetés stb.) miatt a rendőrségre, igazságszolgáltatásra háruló költségterhek. Ezek az összegek országonként változó mértékben, de *eléri a GDP 1,3–3,3%-át* (Anderson – Baumberg 2006, Rehm et al. 2009, Bálint – Elekes 2016).

Makrostatisztikák

Az egy főre jutó fogyasztás

Az alkoholprobléma egyik legrégebben használt és legelterjedtebb indikátora az *egy főre jutó alkoholfogyasztás* és az ezen alapuló becslés. Ennek alapján két kérdést szokás vizsgálni:

1. Mennyire fejezi ki az egy főre jutó alkoholfogyasztás önmagában is becsült adata a tényleges fogyasztást?
2. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás adata mennyire alkalmas arra, hogy megbízhatóan következtethessünk a mértéktelen vagy problémás alkoholfogyasztás elterjedtségére, alakulására?

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás mutatójával kapcsolatos legfőbb probléma, hogy ez az adat önmagában is becsült, elsősorban termelési és eladási statisztikákon alapul. Azt az alkoholmennyiséget tudjuk számba venni, amelyről hivatalos információnk van. Az úgynevezett „*nem regisztrált alkoholfogyasztásról*” ezek az adatok nem tudnak információt adni. Azaz a hivatalos eladási statisztikák nem tartalmazzák az alábbiakat:

- a más országban elfogyasztott alkohol mennyisége,
- a más országban megvásárolt és hazavitt, saját országban elfogyasztott alkohol,
- a határátlépéskor, vámmentes üzletekben vásárolt alkohol,
- az otthon készített, illetve illegálisan szerzett alkohol (Trolldal 2000, Manthey et al. 2020).

A nem regisztrált fogyasztás országonként eltérő mértékben, de igen jelentős arányú lehet. A WHO becslése szerint a világ teljes alkoholfogyasztásának 25,5%-a nem regisztrált forrásból származik. Különösen magas ez az arány a szegényebb országokban, ahol akár a 70,5%-ot is elérheti (elsősorban néhány Kelet-Mediterrán régióhoz tartozó országban). A WHO Európai régiójához tartozó országokban átlagosan 18,4%-ra becsülik a nem regisztrált fogyasztás arányát az összfogyasztáson belül (Global Status Report 2018).

A nem regisztrált alkoholfogyasztás mértéke hosszú ideig nem tűnt problémának Magyarországon, feltételezhető volt, hogy ennek egy része jól becsülhető, más része pedig nem befolyásolja jelentősen az egy főre jutó fogyasztás mennyiségét. A kilencvenes évektől azonban már valószínűsíthető volt, hogy a nem regisztrált alkoholfogyasztás mennyisége jelentősen megnőtt. Köszönhető ez részben a határok átjárhatóságának, a megnövekedett idegenforgalomnak, illetve a házi szeszfőzés megnövekedett jelentőségének.

A WHO 1995-ben Magyarországra vonatkozó becslése eszerint az egy főre jutó, nem regisztrált fogyasztás 2,5 liter volt hazánkban. Egy 2006-ban készült tanulmány szerint pedig már 4 literre becsülték az egy főre jutó, nem regisztrált fogyasztást (Anderson – Baumberg 2006). A 2014. évi WHO kiadvány 2 literre, a 2018. évi kiadvány pedig 1,5 literre becsüli a hazai nem regisztrált fogyasztást (Global Status Report 2014, 2018).

A fenti arányok a becslések bizonytalansága mellett is jelzik, hogy a nem regisztrált alkoholfogyasztás jelentősége igen nagy az összes alkoholfogyasztáson belül.

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás mint az alkoholprobléma indikátoraként való alkalmazás egyik fő problémája, hogy egy adott társadalomra jellemző összefogyasztás alakulásából valóban *következtethetünk-e a problémás alkoholfogyasztás méreteire*. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás és a problémás alkoholfogyasztók száma közötti összefüggés becslése Ledermann névéhez fűződik (Ledermann 1956), majd Bruun és munkatársai (1975) munkája alapján vált meghatározó alapelvvé. E megközelítés lényege az a feltevés, hogy egy ország összes alkoholfogyasztása és a problémás alkoholfogyasztás egymással összefügg. Azaz ha nő az összes alkoholfogyasztás mennyisége, akkor nő a problémás fogyasztók aránya és fordítva (Bruun et al. 1975). Az ezzel az összefüggéssel kapcsolatban felvetett leggyakoribb kifogás, hogy egy adott népességen belül az összes alkoholfogyasztás növekedhet oly módon is, hogy új, eddig alkoholt nem, vagy csak kismértékben fogyasztó csoportok kezdenek el *mérsékelten* inni (ilyen lehet például a nők vagy egyre fiatalabb korcsoportok bekapcsolódása az alkoholfogyasztásba). Ilyenkor nőhet az alkoholfogyasztás anélkül is, hogy a mértéktelenül alkoholt fogyasztók aránya nőne (Skog 1980). Az elmúlt évek kutatásai pedig egyre gyakrabban hívják fel a figyelmet arra, hogy a probléma mértéke nemcsak a fogyasztott mennyiséggel, hanem a fogyasztás módjával, körülményeivel, a fogyasztott ital fajtájával is összefügg (Rehm et al. 2009, Allamani et al. 2011).

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás azonban minden kritika és fenntartás ellenére az alkoholprobléma mérésének *egyik legelfogadottabb közvetett indikátora*, amely jellegéből adódóan nemzetközi összehasonlításokra és időbeli trendek mérésére is alkalmas.

A fogyasztásból eredő problémák

Az alkoholfogyasztásból eredő problémák közül legrégebben és legelterjedtebben az alkohol okozta halálozási adatokat használják. A WHO által használt definíció szerint az alkoholos halálozás (alcohol attributable death) magában foglalja

mindazokat a halálokokat, amelyek az alkoholfogyasztásnak tulajdoníthatóak, azaz amik nem következtek volna be alkohol jelenléte nélkül (Global Status Report 2018). Bár összesen mintegy 200 haláleset hozható kapcsolatba a túlzott alkoholfogyasztással, az egyik legelterjedtebben használt halálok a májbetegség. A májbetegség/májzsugorodás halálok alkalmazása az alkoholprobléma méretének becslésére Jellinek nevéhez kötődik. Eszerint a májzsugorodásos halálesetek meghatározott részét a túlzott alkoholfogyasztás okozza, és egy adott évben a súlyos alkoholfogyasztók meghatározott része hal meg májzsugorodásban (Andorka 1997).

További, az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható főbb halálokok az ajak, szájuég és garat területére kiterjedő daganatok, a gyomor rosszindulatú daganatai, alkohollal összefüggésbe hozható mérgezési esetek, kardiovaszkuláris halálozások stb.

A halálozási adatokkal kapcsolatos legfőbb *belső érvényességi probléma*, hogy *miként* történik a halálokok regisztrálása, azaz mennyire megbízható a halálók diagnózisa és annak regisztrálása.

A halálozási adatok alkalmazásával kapcsolatban leggyakrabban felmerülő másik probléma, hogy vajon valóban egyértelmű kapcsolat mutatható-e ki a fogyasztás mennyisége és az alkohol okozta halálozás között. Számos ország példája mutatja, hogy a fogyasztás és a halálozás nem feltétlenül jár együtt: a halálozás magasabb szintű az alacsonyabb jövedelmű országokban és az iskolázatlanabb társadalmi csoportokban. Ráadásul a fogyasztott alkohol minősége és a fogyasztás módja szintén növeli az egészségügyi károk valószínűségét (Mackenbach et al. 2015).

További alkalmazott problémamutatók között megemlíthetjük az erőszakos halálozásokat, a baleseteket, az erőszakos cselekményeket, a közúti baleseteket, a munkahelyi baleseteket (Skog 2000, Global Status 2018). Hazai vonatkozás miatt érdemes megemlíteni az öngyilkosság és az alkoholfogyasztás kapcsolatát is. Egyes számítások szerint alkoholfogyasztás után 7-szeresre nő az öngyilkosság elkövetésének a veszélye. Az alkoholfogyasztással kapcsolatba hozható öngyilkosságok arányát pedig 18%-ra becsülik az összes öngyilkosságon belül (Global Status Report 2018). Az alkoholfogyasztás és az öngyilkosság szoros kapcsolatát Magyarországon is több kutatás kimutatta (ld. Skog – Elekes 1993, Zonda – Bozsónyi – Elekes 2010, Bálint – Elekes 2016).

Összességében az *alkoholprobléma közvetett indikátorai között meghatározó szerepet kap az egy főre jutó alkoholfogyasztás és az alkoholfogyasztással kapcsolatos halálesetek, elsősorban a májzsugorodásban, illetve a májbetegségben meghaltak számának alakulása*. Számos egyéb, az alkoholfogyasztás következményeire utaló mutató használata is szokásos a nemzetközi szakirodalomban. Ezek kapcsolatának szorossága az alkoholfogyasztással országonként és kultú-

ránként eltérő lehet, alkalmazásuk azonban mindenképpen hasznos, elsősorban az alapindikátorok által mutatott trendek korrigálására, ellenőrzésére. Valamennyi indikátor esetében fontos a közvettség hangsúlyozása, azaz csak közvetetten utalnak az alkoholprobléma alakulására.

Survey típusú vizsgálatok

A survey-n alapuló adatok a makrostatistikákhoz hasonlóan egyrészt a fogyasztás tényét, jellegét (mennyiség és gyakoriság), másrészt a fogyasztásból eredő, az egyénre és a környezetre származó problémákat próbálják leírni.

A fogyasztás mennyisége és gyakorisága

A szakirodalomban megjelenő módszerek többsége a Straus–Bacon-féle mennyiséggyakoriság (QF – quantity-frequency) indexen, majd annak Cahalan által továbbfejlesztett és kibővített változatán alapulnak (Elekes 2004, 2011). Azaz *a fogyasztást a mennyiséggel, a gyakorisággal és az ebből számított összefogyasztással jellemzik*. Az eltérő megközelítések részben a megkérdezendő *intervallumok* nagyságában fejeződnek ki, amelyre a kérdés kiterjed (egész élet, előző év, előző hónap, előző hét). Különösen lényeges a vizsgálandó időszak olyan nemzetközi kutatásokban, amelyben eltérő ivási kultúrájú országok vesznek részt, azaz egyaránt megtalálható az északi vagy száraz (ritkán, de akkor sokat fogyasztó) és a déli vagy nedves (gyakran, de keveset fogyasztó) ivási szokás (Room 1999). Míg a ritka alkoholfogyasztással jellemezhető országokban nagyobb intervallumokra vonatkozó kérdéseket szokás használni, addig a rendszeresebb fogyasztással jellemezhető országokban a rövid időintervallumokra vonatkozó kérdéseknek van inkább értelme (Bloomfield et al. 2013).

Az elfogyasztott alkohol *mennyiségének* mérésére vonatkozóan szintén többféle megközelítés ismert. Legelterjedtebb a *tipikus fogyasztási alkalomra*, illetve az *utolsó fogyasztási alkalomra* vonatkozó mennyiség megkérdezése. Míg a tipikus fogyasztási alkalom mennyisége inkább az észak-amerikai kutatásokban volt jellemző, addig az utolsó fogyasztási alkalom mennyiségét inkább a korai európai kutatások alkalmazták (Alanko 1984, Room 1990). Fontos azt is megjegyezni, hogy ivási kultúrák szerint változó, hogy melyik kérdezési mód alkalmazható a fogyasztás mérésére (Sieroslowski – Foster – Moskalewicz 2013).

Elsősorban észak-amerikai kutatásokban elterjedt még a különböző *mennyiségfokozatok gyakoriságának* (GF – graduated frequency) skálán történő kérdezése (Greenfield – Kerr 2008, Bloomfield et al. 2013).

A mennyiségre vonatkozó kérdésekkel kapcsolatos viták arról is szólnak, érdemes-e külön kérdezni a mennyiségeket *italfajtánként* (bor, sör, tömény). Emellett érvelnek azok, akik az eltérő italfajták eltérő veszélyességét hangsúlyozzák. Az italfajták szerinti kérdezés mellett szól a *különféle ivási kultúrák* (tipikusan bor- vagy sör- vagy töményfogyasztó országok) változásának vizsgálata, valamint az a módszertani megfontolás, mely szerint *a kérdezettek italfajtákban és nem általában alkoholban gondolkodnak* (Elekes 2002, Sieroslowski – Foster – Moskalewicz 2013).

A problémás fogyasztás mérése

Az alkoholepidemiológiai kutatások a kezdetektől fogva próbálják mérni a *fogyasztás szélsőségesebb, problémásabb vagy veszélyeztetőbb formáinak elterjedtségét*. A fogyasztás problémás jellegének mérésére legelterjedtebben a *lerészegedés és a nagyívás* gyakoriságát alkalmazzák (Elekes 2004, Bloomfield et al. 2013). A lerészegedés és a nagyívás vizsgálata különösen fontos a fiatalok körében végzett kutatásokban, hiszen erre a korosztályra – gyakorlatilag kultúráktól függetlenül – inkább jellemző a nagyívással és lerészegedéssel jellemezhető alkoholfogyasztás, mint az idősebb korosztályokra (Järvinen – Room 2007, Martinic – Measham 2008). Ugyanakkor a lerészegedés igen eltérő jelentéssel bír különböző kultúrákban az enyhe becsípettségtől a teljes kontrollvesztésig terjedően (Thickett et al. 2013).

A *nagyívás* nemcsak az egyik legvitatottabb fogalma az alkohollal foglalkozó szakirodalomnak, hanem különböző értelmezése és elnevezése is létezik. Plant és Plant (2006) szerint annak az ivási formának, amit az angol nyelv „*binge*” (nagy) vagy „*excessive*” (túlzott), vagy „*immoderate*” (mértéktelen) vagy „*heavy*” (súlyos) elnevezésekkel illet, eleve két különböző értelmezése létezik. Az egyik értelmezés szerint a nagyívás 2-3 napos olyan *flyamatos, szünet nélküli ivást* jelent, amikor az egyén minden más tevékenységét felfüggeszti. A másik, elterjedtebb értelmezés szerint a nagyívás *egy ivási alkalomhoz kötődik*, és gyakran szándékosan vagy véletlenszerűen lerészegedéshez vezet. A nagyívást általában 5/6, nőknél esetenként 4 standard ital egymás után (in a row) történő elfogyasztásával szokás mérni. A viták nemcsak arról folynak, hogy miért pont 4 vagy 5 vagy 6 ital elfogyasztását tartjuk nagyívásnak. Az ezzel kapcsolatos érvelések elsősorban a *vér károsnak tartott alkoholszintjéről* szólnak. Nem egyértelmű a fogalom használatában az sem, hogy az „egymás után” kifejezés *milyen időtartamra* (1-2-3 óra) vonatkozik (Lambrecht 2008). Végül nem egyértelmű a „*standard ital*” mennyisége sem. A problémát nemcsak az jelenti, hogy országonként eltérő lehet ugyanannak az italfajtának az alkoholtartalma, hanem országonként eltérő lehet az a *tipikus mennyiség*, amit egy italból fogyasztanak/

felszolgálnak. Míg az USA-ban például egy standard ital 12 gramm etanolt tartalmaz, addig Európában a standard ital lehet 10, 12 vagy 20 gramm etanoltartalmú is (Bloomfield et al. 2005). Országonként, kultúránként igen nagy eltérések találhatók abban is, hogy a megkérdezettek mit értenek egy ital alatt (Thickett et al. 2013).

A fenti viták miatt egyesek az „*extreme*” (túlzott vagy szélsőséges) alkoholfogyasztás fogalmának alkalmazását javasolják, amely az ivás jellegéből, motivációiból, következményeiből képzett komplex mutató (Martinic – Measham 2008), vagy a „*heavy episodic drinking*” (súlyos, alkalmoszerű ivás) fogalmát tartják leginkább megfelelőnek (Plant – Plant 2006).

A fenti kételyek és viták ellenére a binge drinking/nagyivás ma is az egyik legjobban operacionalizált és legelterjedtebben alkalmazott mutató a szélsőséges alkoholfogyasztási formák mérésére.

Az alkoholfogyasztásból eredő *további problémák* mérését szolgáló kérdések köre kiterjed a legenyhébb következményektől az elvonási tünetek kérdéséig.

Az alkoholprobléma mérésével foglalkozó szakirodalomban három főbb irányvonal látszik kirajzolódni. Az egyik irányzat a pszichiátriai epidemiológia fejlődéséből adódóan arra törekszik, hogy az alkalmazott kérdésekkel a lehető legjobban leírhatóak legyenek a *függés és visszaélés diagnosztikai kritériumai*. A másik irányzat igyekszik elkerülni a pszichometriai elemzéseket, és az alkoholfogyasztás, valamint az ebből adódó problémák részletes elemzését tartja elsődlegesnek. Ebben a megközelítésben kitüntetett szerepet kaphat a *szociális következmények, valamint az ivás kifejezetten másokra gyakorolt káros hatásainak* (third-party harm) számbavétele. Végül a harmadik irányzat, amely az alkoholprobléma *viszonylag kevés kérdéssel történő mérhetőségét* tűzi ki célul, elsősorban abból az igényből nőtt ki, hogy a kutatások jelentős része ma többcélú, azaz az alkoholprobléma a vizsgálandó kérdéskörnek csak egy részét képezi (Room 1999, Bloomfield et al. 2013).

A szakirodalom számos olyan tesztet említ, amely a *fogyasztás problémás jellegének* mérésére, illetve a függés diagnosztizálására alkalmas. Talán a legelterjedtebben használt tesztek az általános népesség körében végzett vizsgálatok során a CIDI-SAM (Composite International Diagnostic Interview Substance Abuse Module), az AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) (Babor et al. 1989), az AUDADIS (Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule), a rövidebb kérdéssort tartalmazó CAGE vagy az AUDIT rövidített változata a RAPS (Bloomfield et al. 2013).

A különböző módszertani elemzések az eltérő kérdezési módszerekkel kapcsolatosan arra a következtetésre jutnak általában, hogy a fogyasztás több kérdéssel történő mérése pontosabb becslésekre ad lehetőséget. A lerészegedés mutatója – bár fontos indikátornak tekintik – az eltérő értelmezés miatt nemzetközi összehasonlításokra kevésbé alkalmas. Míg az AUDIT és a RAPS a viszonylag

könnyebb kérdezhetősége és rövidegsége miatt tűnik előnyösnek, addig a CIDI pontosabb diagnózisra ad lehetőséget. A kérdezési módokról részletes áttekintést ad Bloomfield et al. (2013). A különböző kérdezési formák összehasonlító elemzését végezte el a SMART (Sandarized Measurement of Alcohol Related Troubles) program, amely tíz európai országra kiterjedően vizsgálta a különböző kérdezési módszerek érvényességét és megbízhatóságát (Sieroslawski – Foster – Moskalewicz 2013, Thickett et al. 2013).

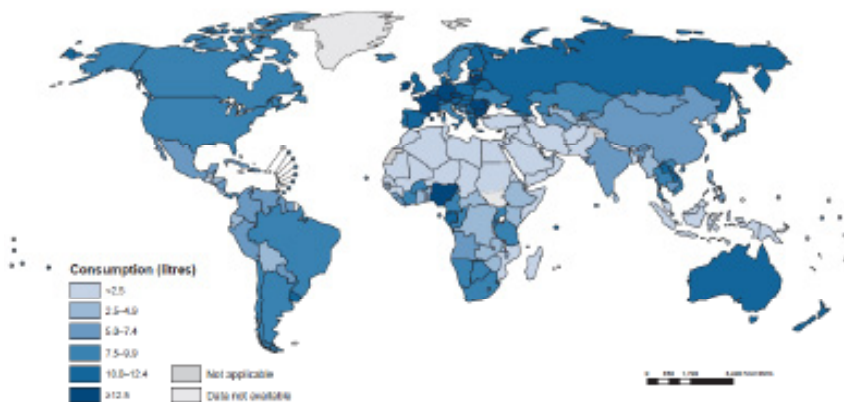
Elterjedtség és trendek

Nemzetközi tendenciák

Makrostatisztikák

A WHO 2016. évi adatai szerint a világ népessége átlagosan egy főre jutóan (15+ éves népességre számolva) 6,4 liter tiszta szeszt tartalmazó alkoholt fogyaszt el. Ennek 73%-a statisztikákban megjelenő hivatalos fogyasztás, 27% pedig a nem regisztrált forrásokból származó becsült érték.

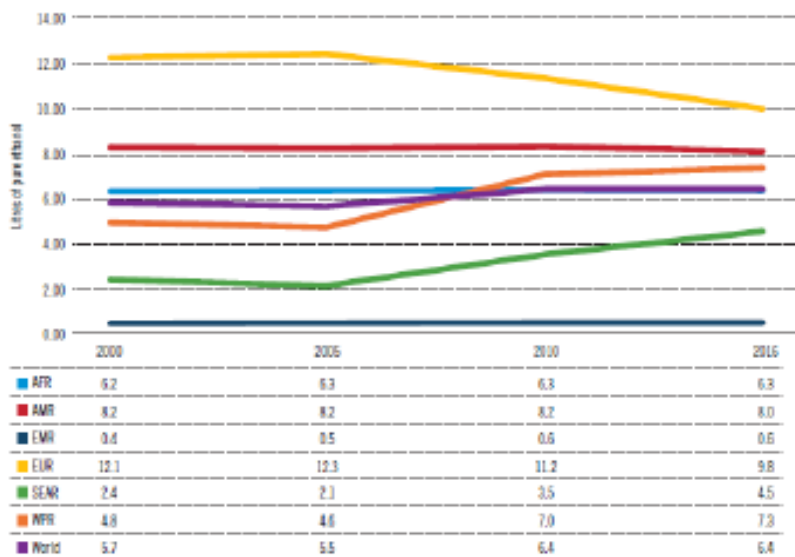
Az egy főre jutó alkoholfogyasztás hagyományosan a *legmagasabb Európa országaiban*, ahol a regisztrált fogyasztás 70%-kal, a nem regisztrált fogyasztás pedig 12%-kal haladja meg a világtátlagot. Magas a fogyasztás a WHO Amerikai és Nyugat-Csendes-óceáni régiójának néhány nagy jövedelmű országában. Afrika jelentős részén és a Kelet-Mediterrán régióban kifejezetten alacsony a fogyasztás (Global Status Report 2018).



5.1. ábra

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás a világ országaiban, 15+ éves népességre, tiszta szeszben számolva (Global Status Report 2018: 42)

A régiók közötti különbségek évtizedeken keresztül állandóak voltak. Jelentősebb változások a 2000-es években figyelhetők meg, amikor az *Európai régióban elkezdett csökkenni* az egy főre jutó fogyasztás, a Nyugat-Csendes-óceáni és a Délkelet-Ázsiai régióban pedig jelentős növekedés következett be. Az e két régióban végbement változás elsősorban *Kína és India egy főre jutó alkoholfogyasztásának jelentős növekedésének* köszönhető (Kínában 2005 és 2016 között 4,1 literről 7,2 literre, Indiában pedig ugyanebben időszakban 2,4 literről 5,7 literre nőtt az egy főre jutó alkoholfogyasztás) (Global Status Report 2018).



5.2. ábra

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás trendje 2000–2016 között, WHO-régiók szerint (15+ éves népességre, tiszta szeszen számolva).³ (Global Status Report 2018: 45)

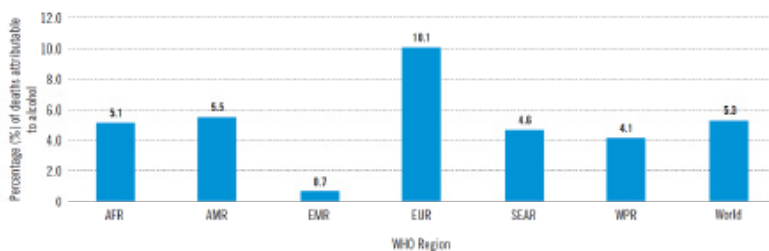
A WHO Európai régiójában 2005 és 2016 között az egy főre jutó fogyasztás 12,3 literről 9,8 literre csökkent. A csökkenés a legnagyobb mértékű a korábbi nagyfogyasztó országokban volt (Oroszország, Moldovai Köztársaság, Belorusszia), de az európai országok háromnegyed részében szintén csökkentek az adatok. A fogyasztás mérséklődése számos európai országban már korábban

³ AFR: Afrikai Régió
AMR: Amerikai Régió
EMR: Kelet-Mediterrán Régió
EUR: Európai Régió
SEAR: Délkelet-Ázsiai Régió
WPR: Nyugat-Csendes-óceáni Régió

elkezdődött. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás Európa egészét tekintve a hetvenes évek második felében tetőzött, és azóta jelentős csökkenés ment végbe (Anderson – Baumberg 2006). Ez azonban különböző mértékben érintette Európa országait. A fogyasztás mérséklődése főleg a hagyományosan borfogyasztó országokban (elsősorban Olaszország, Franciaország) volt jelentős, és főleg a hagyományos borfogyasztás visszaesésének volt köszönhető (Leifman 2001). A „sörfogyasztók”-ként definiált országokban az összes fogyasztás növekedése szintén a hetvenes évek elejéig tartott, ám a csökkenés nem volt olyan radikális, mint a borfogyasztó országokban (Allamani et al. 2011).

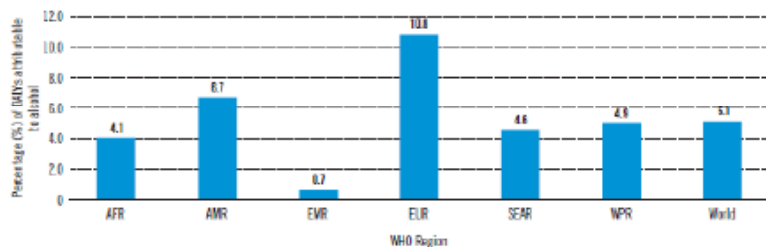
A WHO 2016-ra vonatkozó részletesebb adatai szerint a világ éves halálozásának 5,3%-a és az elveszített egészséges életévek 5,1%-a túlzott alkoholfogyasztásra vezethető vissza (Global Status Report 2018).

Az alkoholfogyasztás egészségügyi következményei a fogyasztáshoz hasonló megoszlást mutatnak a világ térképén. Akár az alkoholfogyasztásra visszavezethető halálozásokat, akár pedig az elveszített egészséges életéveket (DALY) tekintjük, az egy főre jutó alkoholfogyasztáshoz hasonlóan az egészségkárokból is Európa foglalja el a vezető helyet, az összes többi régió egészségkárosodása ettől elmarad.



5.3. ábra

Az alkoholfogyasztásra visszavezethető halálozások aránya az összes halálozáson belül WHO-régiók szerint 2016-ban (Global Status Report 2018: 65)



5.4. ábra

Az alkoholfogyasztásra visszavezethető elveszített egészséges életévek aránya az összes halálozáson belül WHO-régiók szerint 2016-ban (Global Status Report 2018: 65)

Amennyiben a kor szerint standardizált halálozási adatokat tekintjük, valamelyest eltérő képet kapunk. Az Afrikai régióban az alkoholfogyasztásra visszavezethető halálozások száma százezer lakosra vetítve közel kétszerese a világ-átlagnak (70,6, illetve 38,8). Afrika után azonban ennél a mutatónál is az Európai régió foglalja el a második helyet: 62,8 alkoholfogyasztásra visszavezethető haláleset jut 100 000 lakosra. Afrikában az alkoholfogyasztással kapcsolatba hozható fertőző betegségek (alkoholfogyasztás hatása alatt védekezés nélküli szexuális kapcsolatok miatti HIV/AIDS fertőzés magas aránya) okozza jelentősebb mértékben a magas halálozási arányokat. A túlzott alkoholfogyasztással kapcsolatba hozható rosszindulatú daganatok miatti halálozás Közép-Kelet-Európában és a volt szovjet tagállamokban, a kardiovaszkuláris halálozások a volt szovjet tagállamokban, az emésztőszervi megbetegedések néhány afrikai országban, a Nyugat-Csendes-óceáni régióban és néhány kelet-európai országban járulnak hozzá nagyobb mértékben az alkoholfogyasztásra visszavezethető halálozásokhoz. A balesetek több afrikai országban, a volt szovjet tagállamokban játszanak jelentősebb szerepet az összes halálzásban.

Az egészségkárok trendjét tekintve a WHO egyértelmű javulásról számol be az elmúlt időszakban. Az alkohollal összefüggésbe hozható halálozások összes halálozáson belüli arányának csökkenése azonban csak az Európai és a Nyugat-Csendes-óceáni régió javuló tendenciáinak köszönhető. Az Afrikai régióban jelentősebb mértékben, az Amerikai régióban pedig mérsékeltebben nőtt az alkoholos halálozás aránya a teljes halálozáson belül (Global Status 2014 és 2018).

Az európai halálozási trendeket többen és többször vizsgálták (lásd többek között Rehm et al. 2009, 2012, Allamani et al. 2011, Mackenbach et al. 2015). Ennek alapján megállapítható, hogy a százezer lakosra jutó, kor szerint standardizált májzsugorodásos halálesetek száma számos európai országban az ötvenes évek elejétől a hetvenes évek közepéig folyamatosan emelkedett, majd utána csökkent. Az adatok *a fogyasztási adatokhoz hasonlóan egyfajta homogenizálódási tendenciát* jeleznek, azaz a legnagyobb javulás a májzsugorodásos halálozási gyakoriság alapján elsősorban a mediterrán országokban volt megfigyelhető, tehát ott, ahol a fogyasztás is a legjelentősebb mértékben csökkent. Ugyanakkor több észak-európai országban a javulás kisebb mértékű volt, vagy elmaradt, aminek következménye a hagyományos Észak- és Dél-Európa közötti különbségek mérséklődése (Allamani et al. 2011). Több elemzés rámutat, hogy egyes közép-kelet-európai országokban (elsősorban Délkelet- és Északkelet-Európában – a volt szovjet tagállamokban) a XX. század második felében az alkoholos halálozás egészen kiemelkedő értékeket ért el, néhány országban 10-20-szor magasabb volt, mint Európa nyugati részén (Zatonski et al. 2010, Mackenbach et al. 2015).

Önbevallásos vizsgálatok

Számos törekvés van arra, hogy nemzetközileg összehasonlítható, hosszabb távon is értelmezhető vizsgálatok készüljenek, mégis ezek elsősorban Európára és a fiatalokra koncentrálnak. A felnőtt népességre vonatkozó nemzetközi összehasonlítható vizsgálatok közül érdemes megemlíteni a GENACIS (Gender, Alcohol and Culture: An International Study) programot (Bloomfield et al. 2005), a RARHA-SEAS programot (Reducing Alcohol Related Harm – Standardised European Alcohol Survey) (Moskalewicz et al. 2016). Az EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) által kidolgozott európai modell kérdőív szintén tartalmaz alkoholra vonatkozó kérdéseket (EMCDDA 2002). Az EHIS (European Health Interview Survey) szintén kitér az alkoholfogyasztásra.

A WHO a nemzeti önbevallásos vizsgálatok eredményei modellezésével készíti becslést az alkoholfogyasztás, a nagyívás és az absztinencia arányaira a felnőtt népességen belül, és ennek az adatbázisnak az alapján készíti elemzéseket a veszélyeztető tényezőkre vonatkozóan is (Paksi – Arnold 2021). Az így kapott eredmények alapján a világ 15 évnél idősebb népességének 57%-a tekinthető jelenleg alkoholfogyasztónak. Legmagasabb az arány Európában: 59,9%. A surveyadatok alapján végzett számítások a makrostatisztikai adatokhoz hasonló trendeket mutatnak: Európában csökken, a Délkelet-Ázsiai és a Nyugat-Csendes-óceáni régióban pedig nő az egy főre jutó alkoholfogyasztás. Érdekes eredménye a vizsgálatnak, hogy csak alkoholfogyasztókra vetítve az elfogyasztott mennyiséget azt látjuk, hogy Európában az egy alkoholfogyasztóra jutó mennyiség is csökken, viszont az összes többi régióban növekszik az alkoholfogyasztók által elfogyasztott mennyiség (Global Status Report 2018).

Az Európai Iskolavizsgálat az Alkoholról és egyéb Drogokról (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD) 1995 óta készíti négyévente ismétlődően adatfelvételeket a 16 éves, iskolában tanuló diákok körében a szerfogyasztási szokásaikról. A kutatásban 30-35 európai ország vesz részt. A 2019. évi beszámoló szerint az alkoholfogyasztás elterjedt a 16 éves európai diákok körében. Több mint háromnegyed részük (79%) fogyasztott már alkoholt, és a megkérdezettek közel fele (43%) ivott a kérdezést megelőző hónapban is. A trendek azonban folyamatosan csökkennek: az előző hónapban alkoholt fogyasztók aránya a 2003. évi legmagasabb értékről (91%) 63%-ra csökkent. A nagyívás vagy rohamívás európai átlagban a legalacsonyabb értéket (35%) érte el 2019-ben. A lányok és a fiúk közötti különbség csökken: 2019-ben közel ugyanannyi lány (34%) számolt be előző havi nagyívásról, mint fiú (36%) (The ESPAD Group 2020).

Az *iskolás gyermekek egészség-magatartása* (Health Behaviour of School Aged Children – HBSC) kutatás az 1985/86-os tanév óta készíti négyévente is-

métlődő adatfelvételt a 11, 13 és 15 éves, iskolában tanuló korosztályok egészség-magatartásáról, így a különböző rizikótényezőkről is. A kutatásban 48 ország vesz részt az Egészségügyi Világszervezet európai régiójából, valamint Kanada. A nemzetközi HBSC-adatok szintén a *fiatalok alkoholfogyasztásának a csökkenését* jelzik a 2000-es évek elejétől kezdődően úgy a havi gyakorisági adatok, mint a lerészegedési adatok alapján (Inchley et al. 2020).

Magyarországi helyzet

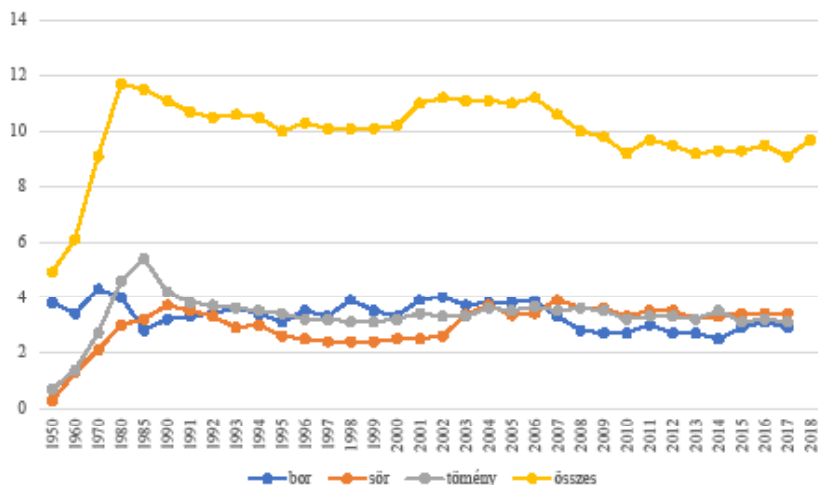
Egy főre jutó fogyasztás makroadatok alapján

Alkoholfogyasztásra vonatkozó rendszeres statisztikai adatközlés 1950-től van Magyarországon, de szórványos és becsült adataink már a XVIII. századtól léteznek. A legelső ismert becslés Pásztor Mihálytól származik, aki szerint egy budai lakosra 177 liter borfogyasztás jutott. Keleti Károly becslései szerint 1881-ben az egy főre jutó fogyasztás 18,6 liter bor, 3,4 liter sör és 16,4 liter égetett szesz ital volt. Ennek alapján feltehető, hogy az egy főre jutó alkoholfogyasztás tiszta szeszre átszámítva nagyobb volt, mint napjainkban (Ritter 2020).

A XIX–XX. század fordulóján erősen lecsökkent a borfogyasztás, ami valószínűleg a filoxérajárvánnyal volt összefüggésben. A fogyasztás a század elején ismét emelkedett, és 1930-ra elérte az egy főre jutó 39 litert. Ugyanakkor ebben az időben jelentősen visszaesett az égetett szesz fogyasztása: a 30-as évek elején már csak 2 liter/fő körül mozgott. A sörfogyasztás alacsony volt, és így 1934–35-ben a tiszta szeszben számított fogyasztás egy főre 3,3 liter volt (Андорка 1988).

A KSH által 1950-ben közzétett első hivatalos adatok alapján az akkori egy főre jutó fogyasztás alacsonyabb volt, mint a 30-as években. 1950-től azonban a 80-as évek elejéig a fogyasztás folyamatosan növekedett. Az eddigi legmagasabb értéket először 1980-ban éri el az ország, amikor az egy főre jutó fogyasztás tiszta szeszre számítva 11,7 liter volt. Ez pedig 2,4-szerese az 1950-es adatnak. 1980-tól némi csökkenés következett be (a fogyasztás 11,3 literre csökkent). 1984-ben újra 11,7 liter volt az érték, majd 1988-ig folyamatos csökkenés volt megfigyelhető. Az 1989. évi átmeneti növekedés után az 1990-es évekre a fogyasztás csökkenése, majd stabilizálódása következett be. A kilencvenes években, bár néhány tizedes ingadozás volt megfigyelhető a fogyasztás alakulásában, az évtized egészét mégis inkább a stabilitás jellemzi. Az 1985–1991 között bekövetkezett csökkenésnek, majd az azt követő évtizedes stabilizálódásnak az eredményeként 2000-ben az egy főre jutó fogyasztás másfél literrel volt kevesebb, mint 1984-ben. A 2000-es évek elején újabb hirtelen növekedés követke-

zik be: 2006-ban 11,2 liter a fogyasztás, ami már megközelíti a nyolcvanas években mért magas adatokat. 2006 és 2007 között újabb hirtelen változás történik: először 0,5 literrel, majd 2007 és 2010 között további 1,6 literrel csökken a mutató. Bár további ingadozások figyelhetők meg a 2010-es években, mégis azt mondhatjuk, hogy a hivatalos KSH-statisztikák szerint a fogyasztás 9,2-9,5 liter körül stabilizálódni látszik. Ez pedig mindenképpen jelentős, közel két literes csökkenést jelent a nyolcvanas évekhez képest, de jelentős a mérséklődés az évezred első évtizedéhez képest is (Elekes – Bencsik 2021).



5.5. ábra

Egy főre jutó alkoholfogyasztás tiszta szeszben számolva teljes népességre (liter/fő főbb italajtánként) (Elekes – Bencsik 2021)

Az elmúlt fél évszázadban az alkoholfogyasztás szerkezete is sokat változott. Míg a XIX. század végére vonatkozó becslés szerint a *tőmény szesz* fogyasztása dominálta az összes alkoholfogyasztást, addig a múlt század harmincas éveiben és az 1950-re vonatkozó első hivatalos statisztika szerint is az alkohol fogyasztása legnagyobb arányban (79%) *bor* formájában történt, és elenyésző volt a tőmény szesz és a sör fogyasztás aránya. A bor aránya az összes fogyasztáson belül 1965-től kezdődően a 80-as évek közepéig folyamatosan csökkent, majd a 2000-es évek elején ismét enyhe növekedést mutat. 2007-ben egy év alatt közel 5 literrel csökken a fogyasztás. Ez a csökkenés 2014-ig tart, amikor az egy főre jutó elfogyasztott bor mennyisége 1988 óta a legalacsonyabb, 21,8 liter volt.

A sörfogyasztás 1950 és 1990 között több mint 12-szeresre nőtt Magyarországon. A kilencvenes évek elejétől az évezred végéig a sörfogyasztás abszolút

értékben csökken, majd a 2000-es évek elején ismét enyhe növekedést mutatnak az adatok. 2010-ben újabb csökkenés következik be: 70 liter alá csökken az egy főre jutó fogyasztás, és az elmúlt években nagyjából ezen a szinten stabilizálódott. Az összfogyasztáson belül azonban egyértelműen megnőtt a sör mennyisége. A regisztrált tömény fogyasztása 1950 és 1985 között 7,2-szeresére nőtt, és így az összes alkoholfogyasztáson belüli aránya is 14,3%-ról 47%-ra emelkedett a nyolcvanas évek közepére. A nyolcvanas évek második felében ennél az italfajtánál következett be a legnagyobb mértékű csökkenés is. A kilencvenes évek közepétől a 2000-es évek elejéig a töményfogyasztás adatai meglehetősen stabilitást mutatnak, amelyet a 2000-es évek elején újabb enyhe növekedés követ. 2008-tól kezdődően inkább a töményfogyasztás csökkenése, stabilitása a jellemző. Az elmúlt évtizedet tekintve a tömény szesz részesedése az összfogyasztáson belül stabil, egyharmadot meghaladó arányú (Elekes – Bencsik 2021).

Halálzási adatok

Magyarországon a 100 ezer lakosra jutó májbetegségek száma hosszú időn át nem mutatta azt az enyhe javulást vagy stagnálást, amelyet a fogyasztási adatoknál tapasztaltunk. A májbetegségben (korábban májsugorodásban) meghaltak száma a kilencvenes évek közepéig jelentősen nőtt. 1995–1996 között nagyarányú csökkenést figyelhetünk meg. Ez a csökkenés azonban a BNO X-re történt áttéréssel magyarázható (aminek következtében az adatok a korábbi évekkal nem összehasonlíthatóak), ugyanakkor valószínűsíthető az is, hogy az egészségügy megváltozott finanszírozása is hatással volt a halálzási adatokra. Természetesen nem zárható ki az sem, hogy az alkoholfogyasztás csökkenése érezteti hatását a halálzási adatokban, ennek azonban ellentmond, hogy a csökkenés csupán egyetlen évben figyelhető meg, akkor pedig sokkal nagyobb arányú, mint azt a fogyasztás csökkenése indokolná. 1996–1999 között újabb növekedés következik be a halálzási adatokban. Újabb csökkenést 2000-ben tapasztalunk először, amely azóta is megfigyelhető. A javulás ellenére az alkohol okozta halandóság közel 90%-kal volt magasabb az EU-s átlagnál (Elekes 2011, Bálint – Elekes 2016), a krónikus májbetegségben meghaltak százezer lakosra jutó száma pedig ötszöröse volt az EU-15 átlagának (Nagy et al. 2013). A GBD legutolsó – 2019. évi – adatai szerint az alkoholos halálzások aránya az összhálózáson belül 6,9% volt Magyarországon (GBD 2019).

Survey adatok

Magyarországon három olyan kutatás folyik, amelyek hosszabb távon, rendszeresen ismétlődően ad információt a különböző rizikó-magatartásokról. Bár a módszerek, a célcsoport és a vizsgált problémák különbözőek, mindegyik kutatás kiterjed az alkoholfogyasztás főbb sajátosságaira, és mindegyik kutatásnál kitüntetett szempont az adatok hosszabb távú összehasonlíthatósága.

Az *Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP)* 2007-től vizsgálja a 18–64 éves népesség addiktológiai problémáit, adatai összehasonlíthatók a 2001. évi és a 2003. évi Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat eredményeivel. A kutatás az alkoholkérdésekre vonatkozóan az European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) modellkérdőívét veszi alapul (EMCDDA 2002). Az OLAAP 2019. évi eredményei szerint a felnőtt népesség 70,4%-a fogyasztott alkoholt a kérdezést megelőző évben. Az előző havi fogyasztók aránya 52%, napi rendszerességgel fogyaszt alkoholt a megkérdezettek 5,0%-a (Paksi – Arnold 2021).

A HBSC 2017/2018-ra vonatkozó adatai szerint a megvizsgált iskolás népesség 60,7%-a fogyasztott már az életében alkoholt, az előző hónapban fogyasztók aránya 39,5%. Minél magasabb évfolyamra jár egy diák, annál magasabbak a prevalencia-értékek. Míg az 5. évfolyamosok 23,7%-a ivott már életében, és csak 10% fogyasztott alkoholt a kérdezést megelőző hónapban, addig a 11. évfolyamosoknál a megfelelő arányok: 92,2% és 70% (Horváth 2019).

Az ESPAD 16 évesekre vonatkozó eredményei szerint az életben már legalább egyszer fogyasztók aránya 92%, az előző évben fogyasztók aránya 83,4%, az előző hónapban fogyasztók aránya pedig 65%, azaz a HBSC 11. évfolyamosaira vonatkozó adatokhoz hasonló eredményeket mutat a kutatás (Elekes 2020).

Az OLAAP adatai szerint a felnőttek 19,5%-a volt már legalább egyszer részeg a kérdezést megelőző évben. és 7,4% a kérdezést megelőző hónapban. 3,2% számolt be legalább egyszeri nagyivásról az előző hónapban. A HBSC a teljes mintára vonatkozóan a lerészegedés 36,9%-os életprevalencia-értékét mérte. Az előző hónapban legalább egyszeri lerészegedés inkább csak a felsőbb évfolyamosokra volt jellemző (11. évfolyamos fiúk: 41,7%, lányok: 34,3%) a HBSC mintában (Paksi – Arnold 2021, Horváth 2019).

A 16 évesekre vonatkozó ESPAD-adatok szerint az előző havi nagyivásról a megkérdezettek 47,1%-a, lerészegedésről pedig 20,9%-a számolt be, azaz kevesebben, mint a HBSC hasonló (11. évfolyamos) korosztályában (Elekes 2020).

A két, iskolások körében végzett kutatás szerint a 16 évesek/11. évfolyamosok körében az előző hónapban és az ESPAD-adatok szerint az előző évben alkoholt fogyasztók aránya is magasabb, mint a teljes felnőtt népességben. A problémás

fogyasztásra utaló nagyívás és lerészegedés is elterjedtebbnek látszik az iskolások között, mint a 18–64 éves népességnél.

A fogyasztott italok fajtájára vonatkozóan az OLAAP a mennyiségi és a gyakorisági adatok alapján is a sör dominanciáját jelzi a férfiaknál. A felnőtt nők gyakoriság és mennyiség alapján is elsősorban bort fogyasztanak. A HBSC szerint a fiatalabb fiúknál még a bor a leginkább fogyasztott italfajta, idősebb korban azonban – az ESPAD-eredményekhez és a felnőttekhez hasonlóan – már a sört fogyasztják a legnagyobb arányban. A lányoknál, eltérően az OLAAP-tól, mindkét iskolai kutatás a tömény italok dominanciáját jelzi (Horváth 2019, Elekes 2020, Paksi – Arnold 2021).

A hosszabb távú trendeket tekintve szintén hasonló tendenciákat jelez mind a három kutatás. Az OLAAP szerint a felnőtteknél 2001 és 2003 között csökkent a fogyasztás és a nagyívás, de nőtt a lerészegedés. 2007 és 2015 között már minden mutató javult. A 2019. évi adatfelvétel a rendszeresebb ivás és nagyívás esetében növekedést, a többi mutatónál csökkenést jelez. A leghosszabb időtávot átfogó HBSC-kutatás a 90-es évek közepéig növekedést, majd utána csökkenést jelez az alkoholfogyasztásban. A lerészegedés sok éven keresztül nem változott jelentősen, de 2009/2010 után elsősorban a fiúknál csökkent. A kedvező változás jelentősebb mértékű volt a HBSC-kutatásban részt vevő fiatalabb diákok között, mint a 15 éveseknél (Paksi – Arnold 2021, Németh 2021).

Az ESPAD adatai 2011-ig az alkoholfogyasztás kisebb mértékű, a nagyívás nagyobb mértékű növekedését mutatják. 2011 és 2015 között minden alkohollal kapcsolatos mutató javult, kivéve az egy alkalommal egyszerre elfogyasztott mennyiséget, ami folyamatosan nőtt. 2015 és 2019 között az alkoholfogyasztás mutatói kismértékben növekedtek a 16 évesek között (Elekes – Arnold 2021).

A különböző időintervallumokat átfogó adatfelvételek azt mutatják tehát, hogy kezdetben a fogyasztás főbb mutatói jeleztek javulást, a 2000-es évek első évtizede második felében, végén pedig már a lerészegedés és nagyívás is javuló tendenciát mutatott. Az utolsó adatfelvételek mindhárom kutatásnál a javuló tendencia megtorpanását, egyes mutatók esetében újabb romló tendenciát jeleznek.

Érintett társadalmi csoportok

Nem

Minden társadalomban, ahol eddig alkoholfogyasztást vizsgáltak, életkortól függetlenül a férfiak többet ittak, mint a nők, és a férfiak alkoholfogyasztása gyakrabban eredményezett problémát, mint a nők ivása. Bár a legtöbb ilyen jellegű

kutatás Észak-Amerikából származik, hasonló eredményeket mutatnak a Latin-Amerikában, Afrika egyes részein vagy Ázsiában végzett kutatások is (Wilsnack, R. et al. 2000). Hasonlóképpen a klinikai adatok is arra utalnak, hogy a férfiaknál az alkoholfüggés vagy -abúzus sokkal gyakoribb, mint a nőknél. Ezzel is magyarázható, hogy gyakorlatilag a hetvenes évek elejéig az alkoholproblémát elsősorban férfi problémának tekintették, és az alkoholfogyasztással kapcsolatos kutatások is férfiakra koncentráltak (Wilsnack, S. et al. 1994). A nők szerhasználata az 1990-es évektől került igazán a társadalomkutatások előterébe, aminek egyik oka az, hogy a férfiak és a nők szerfogyasztása közötti különbség egyre csökken, mégpedig többnyire úgy, hogy a nők körében nagyobb arányban terjed a szerfogyasztás. Másik ok a női szerhasználat sajátosságaiban keresendő: hamarabb válnak függővé, rejtőzködőbbek, így később fordulnak segítségért, és a kiváltó okok is gyakran eltérnek a férfiakétól (Kaló 2019).

A WHO 2016. évi adatai alapján a 15 éves vagy idősebb nők egyharmada tekinthető aktuális alkoholfogyasztónak, régióként jelentős eltérésekkel: Európában a nők több mint fele, ugyanakkor Afrikában vagy a Nyugat-Csendes-óceáni régióban csupán 21%-a tekinthető aktuális fogyasztónak. A férfi–nő arány Európában mutatja a legkisebb különbséget, azaz a nők között az alkoholfogyasztók aránya alig marad el a férfiaktól. Ha az egy főre jutó mennyiséget, illetve a nagyívás előfordulását tekintjük, akkor a férfi–nő arány már nagyobb különbségeket mutat az egész világon: akár az elfogyasztott mennyiség, akár pedig a nagyívás előfordulásának aránya jóval kisebb a nők, mint a férfiak között (Global Status Report 2018).

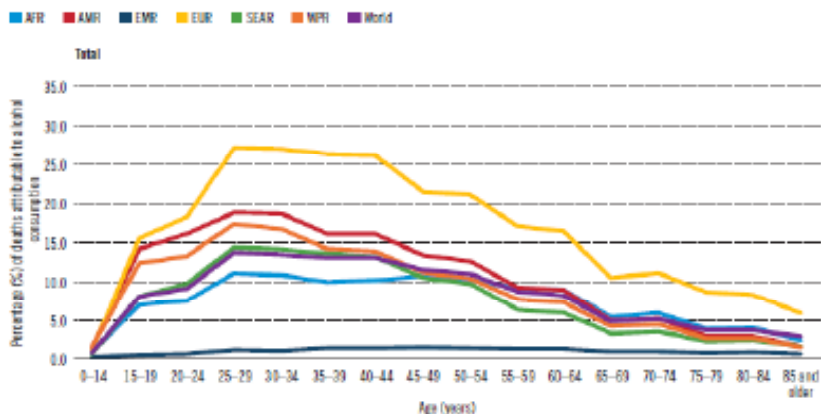
Az európai 16 éves iskolások között végzett ESPAD-vizsgálat adatai szerint az életprevalencia-értékek (a valaha legalább egyszer alkoholt fogyasztók aránya) számos országban a lányoknál nagyobbak, mint a fiúknál. Az aktuális (előző 30 napban) fogyasztók, sőt az előző 30 napban lerészegedők aránya sem mutatott különbséget a legtöbb országban a két nem között. A trendadatok egyértelműen azt jelzik, hogy a fiúk és a lányok alkoholfogyasztásának a hasonlósága az elmúlt 20 év változásainak a következménye, azaz *a korábban meglévő nemi különbségek eltűnőben vannak* (The ESPAD Group 2020).

A magyarországi kutatások is arra utalnak, hogy a nemek közötti különbségek fiatal korban sokkal kisebbek, mint a felnőtteknél (Elekes 2018, Paksi – Arnold 2021, Németh 2021, Elekes 2020).

Életkor

Az alkoholfogyasztás életkor szerinti alakulása egyaránt jelezheti az egyes kohorszok ivási szokásaiban bekövetkezett változásokat, de jelezheti az egyes em-

berek ivási szokásaiban bekövetkezett változásokat is az életpályájuk során. Részben abból kiindulva, hogy a problémás alkoholfogyasztás kialakulásához sok évi rendszeres alkoholfogyasztás szükséges, részben pedig elsősorban az alkoholprobléma miatt kezelésbe kerültek adatai alapján a problémás ivás kialakulását a felnőtt kor derekára (30–50 év) szokás tenni. Ugyanakkor Room (2015) szerint az alkoholfogyasztásban, de általában a pszichoaktív szerek fogyasztásában egyfajta ciklikusság figyelhető meg. Ennek egyik magyarázata az egymást követő generációk reagálása az előtűk járó generációk fogyasztási szokásaira. Az elmúlt évek javuló tendenciáit is többen értelmezik a fiatal generációk reagálásaként a korábbi nagyfogyasztású generációk fogyasztási szokásaira (Freyssinet-Dominjon – Wagner 2004, Room 2010). A fiatalok a szerfogyasztásra irányuló kutatásokban kitüntetett szerepet kapnak. Ennek egyik magyarázata lehet a pszichoaktív szereknek a XX. század végén bekövetkezett robbanásszerű terjedése a fiatalok körében, amelyről számos kutatás beszámol (Measham 2004, Plant – Plant 2006, Järvinen, Room 2007, Hibell et al. 2004), és amely a fiatalkori szerfogyasztásra irányította a figyelmet. De a kitüntetett érdeklődést az is magyarázza, hogy *a fiatalok másképp isznak, mint a felnőttek*: gyakran problémásabban, gyakoribb a nagyívás, lerészegedés és gyakran isznak köztereken (Elekes 2009). Ha korcsoportonként nézzük az alkoholra visszavezethető halálozás összhálózásán belüli arányát, a fiatal korcsoportokban (20–34 évesek) a legmagasabb az érték, ami elsősorban az alkohol hatása alatt bekövetkezett baleseteknek köszönhető.



5.6. ábra

Alkoholra visszavezethető halálozások aránya az összes halálozáson belül korcsoportonként WHO-régiók szerint 2016-ban (Global Status Report 2018: 79)

A fiatalok alkoholfogyasztása országoként és régióként hasonló kulturális különbségeket mutat, mint a felnőtt népesség alkoholfogyasztása. Európában isznak legnagyobb arányban a fiatalok, Afrikában és a Kelet-Mediterrán régióban a legkevesebbet (Global Status Report 2018). Európán belül az északi országokban ritkán, de akkor nagy mennyiségben, a déli országokban gyakrabban, de alkalmanként kevesebb alkoholt fogyasztanak (The ESPAD Group 2019).

Míg a WHO adatai szerint az Európai régióban nincs különbség a 20–24 éves és a teljes (15+) éves népesség éves prevalencia-értékeit tekintve, addig Magyarországon a fiatal felnőttek között valamelyest nagyobb az alkoholt fogyasztók aránya. Az OLAAP eredményei kimutatják, hogy a felnőtt mintán belül az alkoholfogyasztók átlagosan két évvel fiatalabbak, mint a nem fogyasztók. Ugyanakkor *a problémás fogyasztás 35 év felett kezd növekedni, és a legnagyobb arányú a 45–54 éves korcsoportban* (Paksi – Arnold 2021).

Az ELEF (Európai Lakossági Egészségfelmérés) 2014. évi magyar adatai alapján azt tapasztaltuk, hogy a 60 év feletti két korcsoportban a legnagyobb arányú a heti többszöri alkoholfogyasztás, és a 60–74 éves korosztály alkoholfogyasztói isszák meg a legnagyobb mennyiséget is egy-egy alkalommal. A 2009. évi ELEF eredményeivel összehasonlítva ez azt jelentette, hogy a legtöbb alkoholt fogyasztók korcsoportja feljebb tolódott: 2009-ben a 45–59 évesek között találtuk a legtöbb alkoholt fogyasztót (Elekes 2018). Elképzelhető, hogy a problémásabb ivás életkorbeli felfele tolódásában a nagy alkoholfogyasztó kohorsz öregedése fejeződik ki: az a korosztály, amelyik a korábbi, magas hazai fogyasztási mutatókat produkálta, egyre idősebbé válik. Egy részük absztinens lett, részben a korábbi ivás egészségügyi következményei miatt, más részük pedig megőrizte korábbi fogyasztási szokásait. Ez a kutatás tehát az alkoholfogyasztás változásában megnyilvánuló *kohorszathatást* támasztotta alá.

Társadalmi-gazdasági státus

Az alkoholfogyasztás és a társadalmi-gazdasági státus kapcsolata nem egyértelmű.

Az általános népesség körében készült kutatások alapján azt mondhatjuk, hogy *minél nagyobb az anyagi jólét, annál nagyobb az alkoholfogyasztás.* Room és munkatársai (2015) egyértelmű kapcsolatot találtak a GDP alakulása és az adott országon belüli absztinenciaarány között: minél kisebb a GDP, annál nagyobb az országon belül az absztinensek aránya. Hasonló eredményeket mutat a RARHA-kutatás (Moskalewicz et al. 2016). A HBSC-kutatások a fiatalok körében találtak egyértelmű kapcsolatot: minél magasabb a szülők társadalmi státusa, annál magasabb arányú a legalább heti rendszerességű alkoholfogyasztás,

a lerészegedés és a fogyasztás korai életkorban történő elkezdése (Currie – Bray 2019). Az anyagi helyzet a nem regisztrált fogyasztás arányára is hatással van: *a magasabb jövedelműek ritkábban fogyasztanak bizonytalan minőségű, nem regisztrált alkoholt* (Global Status Report 2018). Ugyanakkor a károk gyakran mutatnak jelentős társadalmi különbségeket: *a szegényebb, hátrányosabb helyzetű csoportok körében gyakoribbak a problémák, magasabb az alkohollal kapcsolatos halálázási arány, mint az iskolázottabb, jobb jövedelműek között*. Köszönhető ez az egyébként is rosszabb körülményeknek, a marginalizációnak és a stigmának (Room et al. 2015, Room 2015). Egy 17 európai ország halálázási adatai alapján végzett elemzés során kutatók arra a következtetésre jutottak, hogy a halálázási adatokban megmutatkozó egyre növekvő társadalmi egyenlőtlenség jelentős mértékben a hátrányosabb társadalmi rétegek alkoholos halálázásának a gyors növekedésére vezethető vissza. Számításaik szerint a 35–79 éves népesség halálázási egyenlőtlenségének akár 10%-a vezethető vissza alkoholos halálázásra. A kutatók ezt elsősorban a hátrányosabb helyzetű társadalmi csoportok egyébként is rosszabb életkörülményeire, az általuk fogyasztott rosszabb minőségű alkoholra és a veszélyesebb formájú fogyasztásra vezetik vissza (Mackenbach et al. 2015).

A hazai kutatások eredményei nem térnek el jelentősen a nemzetközi tapasztalatoktól.

Az OLAAP felnőttekre vonatkozó adatai arra utalnak, hogy a rosszabb anyagi helyzetű, alacsonyabb iskolai végzettségűek között az előző évben alkoholt fogyasztók aránya kisebb, mint a teljes népességben. A problémás alkoholfogyasztás viszont gyakrabban fordul elő az alacsonyabb képzettségű, alacsonyabb jövedelmű társadalmi csoportokban (Paksi – Arnold 2021).

Az ESPAD-kutatások eredményei szerint a magasabb iskolai végzettségű szülők gyermekei körében elterjedtebb általában az alkoholfogyasztás, viszont az alacsonyabb iskolai végzettségű szülők gyermekeinél gyakoribb a problémásabb, nagyobb mennyiségű ivás. A család vélt rosszabb anyagi helyzete szintén növeli a problémásabb alkoholfogyasztás kialakulásának a valószínűségét. Az iskola típusa szempontjából *a szakközépiskolába járók a legvesélyeztetettebbek*, bár az általában alkoholt fogyasztók aránya a gimnazisták között a legnagyobb. Az iskola székhelye alapján *vidéken gyakoribb a nagyívás* (Arnold – Elekes – Bencsik 2020).

A HBSC-kutatás szintén azt mutatja, hogy az alkoholt valaha próbáló diákok aránya magasabb, ha a szülők magasabb iskolai végzettségűek és jobb módúak. Ugyanakkor a részegség előfordulása gyakoribb az alacsony iskolai végzettségű szülők gyermekeinél (Németh 2021).

Mindhárom kutatás tehát arra a következtetésre jut, hogy *a jobb társadalmi státus rendszeresebb alkoholfogyasztással jár együtt*. Az OLAAP a magasabb

jövedelem, a jobb munkaerőpiaci pozíció és általában a kedvezőbb társadalmi státushoz kapcsolódóan, a HBSC és az ESPAD a magasabb presztízsű gimnáziumokba járók, a jobb anyagi helyzetűek és a magasabb iskolai végzettségű szülők gyerekei esetében mutattak ki gyakoribb/rendszeresebb alkoholfogyasztást. Abban is megegyezik a három kutatás, hogy *a hátrányosabb társadalmi helyzet a problémásabb jellegű alkoholfogyasztás esélyét növeli*.

A család szerepe minden kutatásban egyértelműen igazolódik: azok a fiatalok, akik családjában jelen vannak az édesszülők, sokkal kisebb valószínűséggel válnak problémás fogyasztókká, mint a többi családtípusban nevelkedők. A családi kapcsolat jellege szintén összefüggést mutat a problémás fogyasztással: a szülői kontroll hiánya, a szülőkhöz fűződő kapcsolatokkal való elégedetlenség, a családi devianciák növelik a problémás fogyasztás kialakulásának az esélyét. A fiatalok esetében a szorosabb baráti kapcsolatok, az elmenős szabadidő-eltöltési formák szintén hozzájárulnak a problémásabb alkoholfogyasztás kialakulásához.

Egyértelműen szoros összefüggés mutatható ki az általános lelkiállapot, jóllét, anómia, elégedettség, valamint a problémás ivás között: minél rosszabbak ezek a mutatók, annál nagyobb a valószínűsége a problémás fogyasztás megjelenésének.

Végül mind a HBSC-, mind pedig az ESPAD-kutatások határozott kapcsolatot mutatnak az online töltött idő és az alkoholfogyasztás között: minél inkább online történik a fiatalok közötti kommunikáció és a szabadidő minél nagyobb részét töltik online tevékenységgel, annál mérsékeltebbé válik az alkoholfogyasztás (Arnold – Paksi 2021, Németh 2021, Arnold – Elekes – Bencsik 2020).

Összefoglalás

A túlzott alkoholfogyasztás a legfontosabb rizikótényezők közé tartozik. Különösen igaz ez Európára, ahol az egy főre jutó alkoholfogyasztás, az alkoholos halálozás és az egyéb alkoholra visszavezethető problémák is hagyományosan a legmagasabbak a világon. A 2000-es években a legtöbb alkoholra vonatkozó adat csökkenő tendenciát jelez nemcsak Európában, hanem a világ számos más részén is. Ellenkező (növekvő) tendencia elsősorban Indiában és Kínában tapasztalható.

Az alkoholprobléma trendjeit illetően Magyarország illeszkedik a nemzetközi tendenciákhoz. A makrostatisztikai és a surveyadatok is egyértelmű javulást jeleznek. Míg a fogyasztás mennyiségi mutatói nem kiugróan magasak európai összehasonlításban, addig az alkoholra visszavezethető halálozás jelentősen meghaladja az európai átlagot.

A túlzott alkoholfogyasztás sokkal inkább jellemző a férfiakra, mint a nőkre, de a nemek közötti különbségek a fiataloknál már eltűnni látszanak. Az utóbbi évek kutatásai arra hívják fel a figyelmet, hogy nem csak csökken a férfi–nő különbség, hanem a nők rejtőzködőbbek és problémáik másabb jellegűek, mint a férfiaké.

A fiatalok között elterjedtebb a fogyasztás, és gyakran problémásabban isznak, mint az idősebbek. Ugyanakkor egyre több kutatás hívja fel a figyelmet az idősebb kori alkoholfogyasztás problémáira.

Az alkoholfogyasztásban megmutatkozó társadalmi különbségekkel kapcsolatosan számos kutatás azt támasztja alá, hogy az iskolázottabb, jobb módú társadalmi csoportok között elterjedtebb az alkoholfogyasztás, gyakrabban és többet isznak, viszont a hátrányosabb társadalmi rétegek fogyasztása – bár ritkábban isznak – több káros következménnyel jár.

Hivatkozások

- Ahlström, S. – Österberg, E. (2007): *Alcoholic beverages at meals in Finland*. Paper presented at the 33rd Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettli Bruun Society, Budapest June 4–8.
- Alanko, T. (1984): An overview of techniques and problems in the measurement of alcohol consumption. *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, 8: 209–226.
- Allamani, A. – Voller, F. – Decarli, A. – Casotto, V. – Pantzer, K. – Anderson, P. – Gual, A. – Matrai, S. – Elekes, Zs. – Eisenbach-Stangl, I. – Schmied, G. – Knibbe, R. A. – Nordlund, S. – Skjælaaen, O. – Olsson, B. – Cisneros, J. – Österberg, E. – Karlsson, T. – Plant, M. – Miller P. – Coghill, N. – Świątkiewicz, G. – Wieczorek, L. – Annaheim, B. – Gmel, G. (2011): Contextual Determinants of Alcohol Consumption Changes and Preventive Alcohol Policies: A 12-Country European Study in Progress. *Substance Use and Misuse*. 2011. June 21.
- Anderson, P. – Baumberg, B. (2006): *Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. A Report for the European Commission*. Institute of Alcohol Studies UK. June.
- Andorka R. (1988): Az alkoholizmus magyarországi kutatása. In: Münnich I. (szerk.): *Tanulmányok a társadalmi beilleszkedési zavarokról*. Kossuth 1988.
- Andorka R. (1997): *Bevezetés a szociológiába*. Osiris, Budapest.
- Arnold P. – Elekes Zs. – Bencsik N. (2020): Család és iskola. In: Elekes Zs. – Arnold P. – Bencsik N. (szerk.): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest, 168–194.

- Babor, Thomas F. – de la Fuente, J. R. – Saunders, J. – Grant, M. (1989): AUDIT. *The Alcohol Use Disorder Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. WHO, Division of Mental Health Geneva.
- Bálint L. – Elekes Zs. (2016): Magyarország deviancia-térképe területi előrejelzésekkel. In: Tózsá I. (szerk.): *Humán tér-kép A humán és fejlesztéspolitikai ténnyezők földrajza Magyarországon*. E-Government Alapítvány a Közigazgatás Modernizációjáért. Budapest, 89–144.
- Bloomfield K. – Allamani, A. – Beck, F. – Bergmark, K. – Csemy, L. – Eisenbach-Stangl, I. – Elekes, Zs. – Gmel, G. – Kerr-Correa, F. – Knibbe, R. – Makela, P. – Monteiro, M. – Medina Mora, M. – Nordlund, S. – Obot, I. – Plant, M. – Rahav, G. – Romero Mendoza, M. (2005): *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study. An EU – Concerted Action. Project Final Report* January 2005. Charité Campus Benjamin Franklin, Berlin.
- Bloomfield, K. – Hope, A. – Kraus, L. (2013): Alcohol survey measures for Europe: A literature review. *Drugs: education, prevention and policy*. 20(5): 348–360
- Bruun, K. – Edwards, G. – Lumio, M. – Mäkelä, K. – Pan, L. – Popham, R. – Room, R. – Schmidt, W. – Skog, O.-J. – Sulkunen, P. – Österberg, E. (1975): *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*. The Finnish Foundation for Alcohol Studies 25.
- Currie, K. – Bray, I. (2019): Health inequalities, risky behaviours and protective factors in adolescents: an analysis of secondary survey data from the UK. *Public Health* 170: 133–139.
- Elekes Zs. (2002): Egyes deviáns viselkedési formák fontosabb indikátorai. *Társadalmi jelzőszám-füzetek*. Budapest, KSH (I. fejezet 5–29., III. fejezet 40–49).
- Elekes Zs. (2004): *Alkohol és társadalom*. Országos Addiktológiai Intézet, Budapest, 215.
- Elekes Zs. (2009a): *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon – ESPAD 2007*. NDI – L'Harmattan, Budapest, 220.
- Elekes Zs. (2011): *Egészségkárosító magatartások és mérési módszerek*. Jegyzet. BCE, Budapest. <http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/4335/>
- Elekes Zs. (2018): Az alkoholfogyasztás és az alkoholt fogyasztók jellemzői. *ELEF Műhelytanulmányok 2*. KSH, Budapest. 63–84.
- Elekes Zs. (2020): Az alkoholfogyasztás elterjedtsége. In: Elekes Zs. – Arnold P. – Bencsik N. (szerk.): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest, 21–27.
- Elekes Zs. – Bencsik N. (2021): Egy főre jutó alkoholfogyasztás. Elekes Zs. (szerk.): *Jelentés a magyarországi alkoholhelyzetről*. ELKH-BCE Társadalom-epidemiológiai Kutatócsoport, 2021. Előkészületben.

- EMCDDA (2002): *Handbook for Surveys on Drug Use Among the General Population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, EMCDDA, Lisbon.
- Freyssinet-Dominjon, J. – Wagner, A.-C. (2004): *L'alcool en fête: manières de boire de la nouvelle jeunesse étudiante* (Alcohol in celebration: patterns of drinking of the new student youth). L'Harmattan, Paris.
- GBD (2019): <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Global Status Report on Alcohol (2018): WHO. 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1&ua=1>
- Global status report on alcohol and health (2014): *Global Status Report on Alcohol and Health*. WHO, Geneva.
- Greenfield, T. K. – Kerr, W.C. (2008): Alcohol measurement methodology in epidemiology: recent advances and opportunities. *Addiction*, 103: 1082–1099.
- Hibell, B. – Andersson, B. – Bjarnasson, T. – Ahlström, S. – Balakireva, O. – Kokkevi, A. – Morgan, M (2004): *The ESPAD Report 2003*. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries Stockholm. CAN, Council of Europe, 436.
- Horváth Zs. (2019): Alkoholfogyasztási szokások. In: Németh Á. – Várnai D. (szerk.): *Kamaszélelmód Magyarországon*. L'Harmattan, Budapest, 77–87.
- Inchley, J. – Currie, D. – Budisavljevic, S. – Torsheim, T. – Jåstad, A. – Cosma, A. et al. (eds.) (2020): *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Vol. 1. Key findings*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Järvinen, M. – Room, R. (eds.) (2007): *Youth Drinking*. Ashgate Publishing Limited, Gower House, Hampshire.
- Kaló Zs. (2019): *Bevezetés a szerhasználó nők világába*. L'Harmattan, Budapest.
- Lambrecht, P. (2008): *Binge drinking – Towards a more gender specific approach for measuring binge drinking*. Paper presented at the Annual ESPAD Project Meeting, Riga, October 19–21.
- Ledermann, S. (1956): *Alcool, alcoolisme, alcoolisation*. PUF, Paris.
- Leifman, H. (2000): *Trends in Alcohol Consumption in the European Union*. Paper presented at the 26th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society. Oslo, 2000.
- Mackenbach, J. P. – Kulhánová, I. – Bopp, M. – Borell, C. – Deboosere, P. – Kovács, K. – Looman, C. W. – Leinsalu, M. – Makela, P. – Martikainen, P. – Menivelle, G. – Rodriguez-Sanz, M. – Rychtariková, J. – de Geider, R. (2015): Inequalities in Alcohol-Related Mortality in 17 European Countries: A Retrospective Analysis of Mortality Registers. *PLoS Med.* 12(12): e1001909

- Manthey, J. – Probst, Ch. – Kilina, C. – Moskalewicz, J. – Sieroslawsky, J. – Karlsson, T. – Rehm, J. (2020): Unrecorded Alcohol Consumption in Seven European Union Countries. *European Addiction Research* 26: 316–325.
- Martinic, M. – Measham, F. (2008) (eds.): *Swimming with Crocodiles. The Culture of Extreme Drinking*. ICAP Series on Alcohol in Society. Routledge, Taylor & Francis Group, New York – London.
- Measham, F. (2004): The decline of Ecstasy, the Rise of Binge drinking and the Persistence of Pleasure, *Journal of Community and Criminal Justice*, 51(4): 309–326.
- Moskalewicz, J. – Room, R. – Thom, B. (2016): *Comparative Monitoring of Alcohol Epidemiology Across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report*.
- Nagy, Cs. – Juhász, A. – Papp, Z. – Beale, L. (2013): Hierarchical spatio-temporal mapping of premature mortality due to alcoholic liver disease in Hungary. *European Journal of Public Health* 24(5): 827–833.
- Németh Á. (2021): A serdülőkorú lakosság alkoholfogyasztásának jellemzői az Iskoláskorú gyermekek egészség-magatartása (HBSC) kutatás adatai alapján. In: Elekes Zs. (szerk.): *Jelentés a magyarországi alkoholfelhelyeztről*. ELKH-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport, 2021. Előkészületben.
- Paksi B. – Arnold P. (2021): Alkoholfogyasztás. In: Paksi B. – Demetrovics Zs. (szerk.): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Szenvedélyeink a lakossági kutatások tükrében*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Plant, Martin – Plant, Moira (2006): *Binge Britain. Alcohol and the national response*. Oxford University Press.
- Prina, F. – Allamani, A. (2007): Why the decrease in consumption of alcoholic beverages in Italy between the 1970s and the 2000s? Shedding light on an Italian mystery. *Contemporary Drug Problems*. July 1. 5–28.
- Ramstedt, M. (1999): Liver cirrhosis mortality in 15 European countries. Differences and trends during the post-war period. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 16: 55–73.
- Rehm, J. – Mathers, C. – Popova, S. – Thavorncharoensap, M. – Teerawattananon, Y. – Patra, J. (2009): Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *Lancet*. 373: 2223–33.
- Rehm, J. – Shield, K. – Rehm, M. – Gmel, G. – Frick, U. (2012): *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. Potential gains from effective interventions for alcohol dependence*. Centre for Addiction and Mental Health, Canada.
- Ritter I. (2020): Alkoholfogyasztás és közlekedés – számokban. Kriminológiai tanulmányok 57. OKRI, Budapest, 161–178.

- Room, R. (1988): Cross-Cultural Research in Alcohol Studies: Research Traditions and Analytical Issues. In: Tom Harford – Lee Towle (eds.): *Cultural Influences and drinking Patterns: A focus on Hispanic and Japanese Populations*. NIAAA Monograph, 9–40.
- Room, R. (1990): Measuring alcohol consumption in the United States: methods and rationales, *Research Advances in Alcohol and Drug problems*, 10: 39–80.
- Room, R. (1999): *Measuring drinking patterns and problems: the experience of the last half century*. For presentation at the 25th Annual Alcohol Epidemiology Symposium, Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Montréal.
- Room, R. (2015): Cultural aspects of and responses to addiction. In: El-Guebaly, N. – Carrà, G. – Galanter, M. (eds.): *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*, 107–114. Milan–Heidelberg–New York–Dordrecht–London: Springer.
- Room, R. – Sankaran, S. – Schmidt, L. A. – Mäkelä, P. – Rehm, J. (2015): Addictive substances and socioeconomic development. In: Anderson, P. – Rehm, J. – Room, R. (eds.): *Impact of Addictive Substances and Behaviours on Individual and Societal Well-Being*, 189–213. Oxford, etc.: Oxford University Press.
- Sieroslawski, J. – Foster, J. – Moskalewicz, J. (2013): Survey of European drinking surveys. Alcohol survey experiences of 22 European countries. *Drugs: education, prevention and policy*. 20(5): 383–398.
- Skog, O.-J. (1980): Social Interaction and the Distribution of Alcohol Consumption. *Journal of Drug Issues*, Winter 1980: 71–92.
- Skog, O.-J. – Elekes Zs. (1993): Alcohol and the 1950–90 Hungarian suicide trend: is there a causal connection? *Acta Sociologica* 36: 33–46.
- The ESPAD Group (2020): *ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. EMCDDA Joint Publications, Publication Office of the European Union, Luxembourg.
- Thickett, A. – Elekes, Zs. – Allaste, A. – Kaha, K. – Moskalewicz, M. – Kobin, M. – Thom, B. (2013): The meaning and use of drinking terms: Contrasts and commonalities across four European countries. Smart: Standardized Measurement of Alcohol-Related Troubles. *Drugs: education, prevention and policy*, 20(5): 375–382.
- Trollid, B. (2000): *Sales of Alcoholic Beverages and the Inhabitants' Consumption in 15 European Countries. A correction based on consumption during journeys abroad and tax-free purchases*. Paper presented at the 26th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society. Oslo, 2000.
- Wilsnack, R. C. – Wilsnack, S. C. – Kristjanson, A. F. (1998): Ten-Year Prediction of Women's Drinking Behaviour in a Nationally Representative Sample.

- Women'S Health: Research on Gender, *Behaviour and Policy*, 4(3): 199–230. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Wilsnack, S. C. – Wilsnack, R. W. – Hiller-Sturmhöfel, S. (1994): How Women Drink. Epidemiology of Women's Drinking and Problem Drinking Alcohol. *Health and Research World*, 18(3).
- Zatonski, W. A. – Sulkowska, U. – Manczuk, M. – Rehm, J. – Boffetta, P., et al. (2010): Liver cirrhosis mortality in Europe, with special attention to Central and Eastern Europe. *Eur Addict Res* 16: 193–201. doi: 10.1159/000317248 [PubMed]
- Zonda T. – Bozsónyi K. – Elekes Zs. (2010): Az öngyilkosság és az alkoholfogyasztás összefüggése a hosszútávú, populáció szintű vizsgálatok alapján: irodalmi áttekintés és egy hazai vizsgálat ismertetése. *Addiktológia* 9(1): 5–15.

Ajánlott irodalom

- Brunborg, G. S. – Bye, E. K. – Rossow, I. (2017): Collectivity of drinking behavior among adolescents: An analysis of the Norwegian ESPAD data 1995–2011. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. <https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0030>
- Caluzzi, G. – MacLean, S. – Pennay, A. (2020): Re-configured pleasures: How young people feel good through abstaining or moderating their drinking. *International Journal of Drug Policy*, 77: 102709. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102709>
- Caluzzi, G. – Pennay, A. – MacLean, S. (2020): Reflexive habitus and the new obligation of choice: understanding young people's light drinking and alcohol abstinence. *Journal of Youth Studies* 0:0, 1–15. <https://doi.org/10.1080/13676261.2020.1778658>
- Chomynová, P. – Kázmér, L. (2019): Leisure-time socializing with peers as a mediator of recent decline in alcohol use in Czech adolescents. *Journal of substance use*, 24(6). <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1640304>
- de Looze, M. – Raaijmakers, Q. – ter Bogt, T. – Bendtsen, P. – Farhat, T. – Ferreira, M. – Godeau, E. – Kuntsche, E. – Molcho, M. – Pfortner, T.-K. – Simons-Morton, B. – Vieno, A. – Vollebergh, W. – Pickett, W. (2015): Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010 *European Journal of Public Health*, 25(2): 69–72. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv031>

- Gual, A. – Colom, J. (2006): Why has alcohol consumption declined in countries of southern Europe? *Addiction*, 92(s1): S21–S31. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1997.tb03392.x>
- Halkjelsvik, T. – Brunborg, G. S. – Bye, E. K. (2020): Are changes in binge drinking among European adolescents driven by changes in computer gaming? *Drug and Alcohol Review* 28. <https://doi.org/10.1111/dar.13226>
- Kraus, L. – Room, R. – Livingston, M. – Pennay, A. – Holmes, J. – Törrönen, J. (2019): Long waves of consumption or a unique social generation? Exploring recent declines in youth drinking. *Addiction Research & Theory* 28(3): 183–193. <https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1629426>
- Larm, P. – Livingston, M. – Svensson, J. – Leifman, H. – Raninen, J. (2018): The increased trend of non-drinking in adolescence: The role of parental monitoring and attitudes toward offspring drinking. *Drug and Alcohol Review*, 37(S1): S34–S41. <https://doi.org/10.1111/dar.12682>
- Larm, P. – Raninen, J. – Åslund, C. – Svensson, J. – Nilsson, K. W. (2018): The increased trend of non-drinking alcohol among adolescents: what role do internet activities have? *European Journal of Public Health*, 29(1): 27–32. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky168>
- Lintonen, T. – Ahlström, S. – Metso, L. (2004): The reliability of self-reported drinking in adolescence. *Alcohol and Alcoholism*, 39(4): 362–368. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh071>
- Månsson, J. – Samuelsson, E. – Törrönen, J. (2020): Doing adulthood – doing alcohol: what happens when the ‘sober generation’ grows up? *Journal of Youth Studies*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/13676261.2020.1844173>
- Marques-Vidal, P. (2009): Trends of Beer Drinking in Europe. In: Preedy, V. R. (ed.): *Beer in Health and Disease Prevention*, 129–139. <https://www.science-direct.com/science/article/pii/B9780123738912000110?via%3Dihub>
- Müller, S. – Piontek, D. – Pabst, A. – Baumeister, S. E. – Kraus, L. (2010): Changes in alcohol consumption and beverage preference among adolescents after the introduction of the alcopops tax in Germany. *Addiction*, 105(7): 1205–1213. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02956.x>
- Mynttinen, M. A. – Mishina, K. E. – Kangasniemi, M. K. (2021): Adolescents’ Perceptions and Experiences of Their Responsibilities for Their Alcohol Use – A Group Interview Study. *Children*, 8(3): 214. <https://doi.org/10.3390/children8030214>
- Nicholls, E. – Conroy, D. (2021): Possibilities and pitfalls? Moderate drinking and alcohol abstinence at home since the COVID–19 lockdown. *International Journal of Drug Policy*, 88: 103025 <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103025>

- Oldham, M. – Callinan, S. – Whitaker, V. – Fairbrother, H. – Curtis, P. – Meier, P. – Livingston, M. – Holmes, J. (2019): The decline in youth drinking in England – is everyone drinking less? A quantile regression analysis. *Addiction*, 115(2): 230–238. <https://doi.org/10.1111/add.14824>
- Pape, H. – Rossow, I. – Brunborg, G. S. (2018): Adolescents drink less: How, who and why? A review of the recent research literature. *Drug and Alcohol Review*, 37(S1): S98–S114. <https://doi.org/10.1111/dar.12695>
- Pape, H. – Rossow, I. (2020): Less adolescent alcohol and cannabis use: More deviant user groups? *Drug and Alcohol Review*, 40(1): 118–125. <https://doi.org/10.1111/dar.13146>
- Pennay, A. – Holmes, J. – Törrönen, J. – Livingston, M. – Kraus, L. – Room, R. (2018): Researching the decline in adolescent drinking: The need for a global and generational approach. *Drug and Alcohol Review*, 37(S1): S115–S119. <https://doi.org/10.1111/dar.12664>
- Perasso, G. – Carone, N. – Health Behaviour in School Aged Children Lombardy Group 2014 – Barone, L. (2019): Alcohol consumption in adolescence: the role of adolescents' gender, parental control, and family dinners attendance in an Italian HBSC sample. *Journal of family studies*. <https://doi.org/10.1080/13229400.2019.1676818>
- Radaev, V. – Roshchina, Y. (2021): Decline in alcohol consumption in Russia: Collectivity or polarisation? *Drug and Alcohol Review*, 40(3): 481–488. <https://doi.org/10.1111/dar.13253>
- Raitasalo, K. – Kraus, L. – Bye, E. K. – Karlsson, P. – Tigerstedt, Ch. – Törrönen, J. – Raninen, J. (2020): Similar countries, similar factors? Studying the decline of heavy episodic drinking in adolescents in Finland, Norway and Sweden. *Addiction*, 116(1): 62–71. <https://doi.org/10.1111/add.15089>
- Raninen, J. – Livingston, M. (2018): Exploring the changing landscape of youth drinking – we are still drawing the map. *Drug and Alcohol Review*, 37(S1): S6–S8. <https://doi.org/10.1111/dar.12808>
- Room, R. – Greenfield, T. K. – Holmes, J. – Kraus, L. – Livingston, M. – Pennay, A. – Törrönen, J. (2019): Supranational changes in drinking patterns: factors in explanatory models of substantial and parallel social change. *Addiction Research & Theory* 28(6): 467–473. <https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1689963>
- Rossow, I. – Pape, H. – Torgersen, L. (2020): Decline in adolescent drinking: Some possible explanations. *Drug and Alcohol Review*, 39(6): 721–728. <https://doi.org/10.1111/dar.13132>
- Scheffels, J. – Buvik, K. – Tökle, R. – Rossow, I. (2020): Normalisation of non-drinking? 15–16-year-olds' accounts of refraining from alcohol. *Drug and Alcohol Review* 39(6): 729–736. <https://doi.org/10.1111/dar.13084>

- Simpura, J. (1998): Mediterranean mysteries: Mechanisms of declining alcohol consumption. *Addiction*, 93(9): 1301–1304. <https://search.proquest.com/openview/c73adb49483ef9da547ed6edf76d7875/1?pq-origsite=gscholar&cbl=37458>
- Smart, R. G. (1989): Is the Postwar Drinking Binge Ending? Cross-National Trends in Per Capita Alcohol Consumption. *Addiction*, 84(7): 743–748. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb03053.x>
- Svensson, R. – Johnson, B. (2020): Internet use and adolescent drinking: Does it matter what young people do online? *Drug and Alcohol Dependence*, 213: 08138. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108138>
- Törrönen, J. – Roumeliotis, F. – Samuelsson, E. – Kraus, L. – Room, R. (2018): Why are young people drinking less than earlier? Identifying and specifying social mechanisms with a pragmatist approach. *International Journal of Drug Policy*, 64: 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.12.001>
- Trias-Llimós, S. – Bardoutsos, A. – Janssen, F. (2020): Future Alcohol-Attributable Mortality in France Using a Novel Generalizable Age-Period-Cohort Projection Methodology. *Alcohol and Alcoholism*, 107. <https://doi.org/10.1093/alcalc/aa107>
- Trollidal, B. – Landberg, J. – Ramstedt, M. (2020): Changes in the Price of Alcohol and Effect on Youth Drinking and in Different Socio-Economic Groups. *Alcohol and Alcoholism*, 114. <https://doi.org/10.1093/alcalc/aa114>
- Vashishtha, R. – Livingston, M. – Pennay, A. – Dietze, P. – MacLean, S. – Holmes, J. – Herring, R. – Caluzzi, G. – Lubman, D. I. (2019): Why is adolescent drinking declining? A systematic review and narrative synthesis. *Addiction Research & Theory* 28(4): 275–288. <https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1663831>
- Vashishtha, R. – Pennay, A. – Dietze, P. – Marzan, M. B. – Room, R. – Livingston, M. (2020): Trends in adolescent drinking across 39 high-income countries: exploring the timing and magnitude of decline. *European Journal of Public Health*, 193. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa193>
- Vashishtha, R. – Pennay, A. – Dietze, P. M. – Livingston, M. (2021): Trends in adolescent alcohol and other risky health- and school-related behaviours and outcomes in Australia. *Drug and Alcohol Review*. <https://doi.org/10.1111/dar.13269>
- Vashishtha, R. – Livingston, M. – Commentary on Raitasalo et al. (2020): Looking beyond the borders – what else is driving the decline in adolescent alcohol consumption? *Addiction*, 116(1): 72–73. <https://doi.org/10.1111/add.15230>
- Whitaker, V. – Oldham, M. – Angus, C. – Fairbrother, H. – Holmes, J. (2020): The problem with good news: how should public health actors respond when alcohol consumption declines? *Addiction*, 115(11): 1987–1988. <https://doi.org/10.1111/add.15018>

6. Egyéb drogok fogyasztása

■ ■ ■ ELEKES ZSUZSANNA

Módszertani kérdések

Az „egyéb drogok” gyakran használatos elnevezés a szakirodalomban, és általában az alkoholon és a dohányon kívüli egyéb, visszaélésre alkalmas szerek megnevezéseként használjuk. Ebből az is következik, hogy a szerek meglehetősen bizonytalan körét próbálja lefedni. Egyértelműen magában foglalja a tiltott szereket, azaz a kábítószereket, a visszaélésszerűen használható egyéb szereket (például a szerves oldószereket) és a visszaélésszerűen használt gyógyszereket (többnyire nyugtatókat, altatókat, fájdalomcsillapítókat). A meghatározással kapcsolatos bizonytalanságokkal több szerző is foglalkozik, például Demetrovics (2007a), Bayer (2000), WHO (1994). A vizsgálandó probléma körülhatárolása tehát önmagában sem egyszerű, és kellő körültekintést igényel az adatok gyűjtésekor és értelmezésekor.

Makrostatisztikai adatok

A drogprobléma mérésére alkalmazott makrostatisztikai adatok alkalmazhatósága sokkal problematikusabb, mint azt az alkohol esetében tapasztaltuk. A két probléma közötti alapkülönbség, amely a mérhetőséget is befolyásolja, hogy míg az alkoholfogyasztás a legtöbb kultúrában megengedett és nyilvános, addig a kábítószer-fogyasztás rejtett, közvetve vagy közvetlenül büntethető.

A makrostatisztikai adatok többsége vagy a fogyasztás okozta problémákra irányul, vagy pedig a kínálati oldal adatain keresztül próbál a fogyasztás alakulására következtetni. Azaz a különféle intézményekbe került, a *nyilvántartásba vétel kritériuma szerinti drogfogyasztókról* van információnk. Ez jelenti egyrészt azt, hogy a drogproblémára irányuló kezelő, ellátó, büntető intézményrendszer fejlettsége jelentős mértékben befolyásolja az adatok változását, másrészt ezek az adatok csak bizonyos drogok fogyasztóiról, a fogyasztás bizonyos stádiumában adnak információt. Vagyis fokozottan érvényesül az a korlát, hogy csak azokról

van adatunk, akiknek a szerhasználat problémát okoz, és a probléma felszínre kerül. A használók és a problémás szerhasználók egy jelentős része *rejtve marad*.

Az alábbiakban a *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) által ajánlott mutatókat és azok korlátait ismertetjük*. (EMCDDA 2010, Nyírády 2011, Elekes 2011).

A keresleti oldal indikátorai közül jelentős a *kezelési igény*, és ezen belül is az *első kezelésbe vétel*. A kezelték száma közvetlenül az ellátóhálózat mutatója, közvetetten azonban utalhat a súlyosabb vagy problémásabb drogfogyasztókra is. Különös jelentőséget tulajdonítanak az *első kezelésbe vétel* mutatójának, amely kifejezetten a kezelésben először megjelentekre koncentrált, érzékenyebben mérve így módon a drogvisszaélésben bekövetkezett változásokat.

A kezelési adatokkal kapcsolatban fontos tudni, hogy többnyire csak a súlyos drogfogyasztókról adnak információt. Ezek az adatok a legtöbb országban jól jelzik a szenvedélybetegségek elterjedtségének változását, de a szolgáltatások elérhetősége és típusa erősen befolyásolhatja a trendeket. A mutató alkalmazásakor figyelembe kell venni, hogy az első fogyasztás és az első kezelésbe vétel között gyakran évek telnek el. A mutató információt adhat arról, hogy a fogyasztó a szenvedélybetegség mely szakaszában folyamodik segítségért, de használhatók a kezelési adatok arra is, hogy a betegek milyen hosszú ideig maradnak a kezelésben, vagy folyamodnak egyéb szervezetekhez. Az EMCDDA kifejezetten felhívja a figyelmet arra, hogy a kezelték számából levonható következtetéseknél különös figyelemmel kell lenni a *drogkezelői hálózat és az adatszolgáltatási rendszer változására*.

A *kórházi ápolásra* vonatkozó adatokat elsősorban az egészségügyi rendszer és az a politika befolyásolja, amely meghatározza a kórházba való utalást vagy a kórházba történő felvételt. Kérdéses a rutin kórházi statisztikák megbízhatósága is. A korlátokat figyelembe véve, megbízhatóbb adatgyűjtés mellett alkalmas lehet arra, hogy a fekvőbeteg-ellátás igénybevételét összehasonlítsák más ellátási formák igénybevételével, használható a szenvedélybetegekre fordított egészségügyi kiadások becslésére, valamint a fekvőbeteg-ellátás országok közötti összehasonlítására.

A *hepatitis* adatok hasznos jelzői lehetnek az injekcióval történő drogfogyasztásnak, de főleg abban az esetben, ha megkülönböztetik a droggal összefüggő hepatitist az egyéb veszélyeztető tényezőkkel kapcsolatba hozható hepatitistól. Csökkenti a mutató értékét, hogy számos helyen nincs információ a fertőzés forrásáról, illetve nem ismert az alábecslés mértéke.

A *HIV/AIDS-megbetegedések száma* az intravénás drogfogyasztásnak lehet közvetett mutatója.

A *droggal kapcsolatos halálozás* esetében a legfőbb probléma a fogalom definiálása, azaz mit tekintünk droggal kapcsolatos halálesetnek. Ennek értelmezése országonként változó lehet: például csak a túladagolás miatt bekövetkezett haláleseteket sorolják ide, vagy más, a drogfogyasztás hatása alatt bekövetkezett baleseti vagy egyéb halálozást is. A droggal kapcsolatos halálesetek alakulásában fontos szerepet játszik, hogy mennyire veszélyeztető drogfogyasztás az, amely egy adott kultúrát jellemez. Például mennyire szennyezett a feketepiacon beszerezhető kábítószer, vagy akár az, hogy mennyire változó vagy állandó a drogok tisztasági foka.

A *rendőrségi letartóztatások, illetve nyilvántartások* jól használhatók, de minden esetben figyelembe kell venni a rendőrségi gyakorlatot, és azt, hogy a rendőrség mikor, mit részesít előnyben. Ezen túl a rendőrségi adatok tükrözik, hogy a különböző társadalmi osztályokból származók különbözőképpen „veszélyeztetettek” a rendőrségi letartóztatások szempontjából. Mégis jobb jelzők, mint az igazságügyön belüli pályafutás későbbi szakaszainak mutatói, mert itt a büntetőügyi politika még nem érezteti hatását. Általában az mondható, hogy a letartóztatottak számában bekövetkező jelentősebb változások nagy valószínűséggel jelzik a valós tendenciákat, feltéve, hogy nincsenek jelentős változások a drogpolitikában.

A *bírósági adatok* a prevalencia vizsgálatára igen korlátozottan használhatók, de a büntetéspolitikát jól jelzik, különösen összehasonlító vizsgálatokban.

A kínálati oldalról adnak információt az alábbi indikátorok:

A *kábítószer-lefoglalások* számában bekövetkezett változások elsősorban a kábítószer elérhetőségét mutatják. A lefoglalt mennyiség jelentősége meglehetősen kérdéses, de más piaci jelzőkkel és drogpolitikai erőfeszítésekre vonatkozó információkkal együtt használható mutatók.

A *tiltott drogok tisztaságára és árára* vonatkozó adatok a feketepiaci állapotokról adnak információt.

A fenti korlátok figyelembevételével dolgozta ki az EMCDDA azokat a kulcsindikátorokat, amelyeket valamennyi EU-tagország számára kötelezően gyűjtenő és jelentendő indikátorokként ír elő.⁴

⁴ Az indikátorok részletes bemutatása megtalálható: Nyírády A.: Nemzetközi indikátorok és adatbázisok. Szöveggyűjtemény 2011. (www.tankonyvtar.hu)

A kulcsindikátorok magyar vonatkozású elemzései megtalálhatóak a Nemzeti Drogfókuszpont által közreadott „Éves Jelentésekben” (www.drogfokuszpont.hu)

A kulcsindikátorokra vonatkozó nemzetközi elemzések szintén megtalálhatóak a Nemzeti Drogfókuszpont, vagy az EMCDDA honlapján (www.emcdda.europa.eu)

- *a népesség általános érintettsége*
célja:
 - ▷ fogyasztás elterjedtségének, mintázatainak vizsgálata a felnőtt, a fiatal felnőtt és a középiskolás átlagnépességben,
 - ▷ a drogfogyasztók jellemzőinek és
 - ▷ a drogokkal kapcsolatos attitűdöknek a mérése
- *a problémás használat elterjedtsége*
célja:
 - ▷ normálpopulációs vizsgálatokkal nem mérhető *problémás* használat prevalenciájának és incidenciájának a vizsgálata helyi és országos szinten
- *kezelési igény*
célja:
 - ▷ a kezelés igénybevétele mintázatának, az ellátórendszer kapacitásának, teljesítményének a vizsgálata
 - ▷ fogyasztók szociodemográfiai jellemzőinek, a fogyasztás mintázatainak a vizsgálata
 - ▷ a problémás fogyasztás trendjeinek mérése
 - ▷ más módszerek alkalmazásának kiindulási pontja is lehet
- *fertőző betegségek elterjedtsége*
célja:
 - ▷ HIV, HCV, HBV és szexuális úton terjedő betegségek elterjedtségének mérése főként az intravénás fogyasztók körében
 - ▷ változások követése
 - ▷ veszélyeztetett szubkultúrák azonosítása
- *halálozás*
célja:
 - ▷ közvetett és közvetlen kábítószeres halálesetek számának vizsgálata
 - ▷ magas kockázatú magatartásformák azonosítása

Az utóbbi időben egyre elterjedtebbé válik a szennyvizekből vett minták elemzéséből következtetni a kábítószer-használat elterjedtségében bekövetkezett változásokra (EMCDDA 2021a).

Survey adatok

Az egyéb drogok fogyasztásának mérése rövidebb múltra tekint vissza, és tulajdonképpen napjainkban is – az alkoholtól eltérően – csak *a fogyasztás tényére és gyakoriságára* terjed ki. Európában elsősorban a kilencvenes években terjednek el a normál, felnőtt népesség körében végzett drogepidemiológiai vizsgálata-

6. Egyéb drogok fogyasztása

tok. E kutatások legfőbb célja az általános népességre vonatkozó prevalencia-értékek becslése, valamint a drogfogyasztáshoz kapcsolódó egyéb jelenségek vizsgálata, mint például a droggal és a drogfogyasztással kapcsolatos attitűdök mérése, a droggal kapcsolatos ismeretek és a fogyasztásból adódó problémák mérése. Ugyanakkor ezek a vizsgálatok nem térnek ki, és nem is térhetnek ki mennyiségi adatokra, hiszen nem tudjuk, hogy a feketepiacon vásárolt szer milyen tisztaságú, vagy milyen hatóanyagokat tartalmaz (Elekes 2011).

A tiltott szerek önbevalláson alapuló vizsgálatára fokozottan érvényesek azok a korlátok, amelyeket az önbevallásos vizsgálatokról általában elmondtunk. Ezek a kutatások az átlagnépességről adnak információt, azaz a kifejezetten problémás fogyasztók és bizonyos drogot fogyasztók (pl. heroin- vagy kokainfogyasztók) csak ritkán és alulreprezentáltan kerülnek be az adatfelvételekbe. Az általános népességre irányuló vizsgálatok természetéből adódóan kifejezetten veszélyeztetett csoportok (pl. nevelőotthonban élők, börtönben élők, hajléktalanok) eleve kimaradnak ezekből a vizsgálatokból. Ezért a normál (felnőtt) népességre irányuló vizsgálatok gyakran egészülnek ki bizonyos (elsősorban fiatal) korosztályokra vagy speciális csoportokra (pl. börtönben élők) irányuló vizsgálatokkal. Ez utóbbiak kevésbé a kérdőív jellegében, vagy a kérdéses módjában, mint inkább a mintavételben különböznek az általános népességen végzett vizsgálatoktól.

Az EMCDDA 1999. évi tanulmánya áttekintést ad a kilencvenes években Európában és az USA-ban általános népességen végzett adatfelvételek sajátosságairól. Eszerint: a legelterjedtebben használt indikátorok az élet-prevalencia, az előző évi prevalencia és az előző havi prevalencia értéke. A legtöbb kutatás mind a három mutatót közli, ám megjegyzendő, hogy bizonyos kevésbé elterjedt drogok esetében az előző havi, sőt esetenként az előző évi prevalencia-értéke igen alacsony, és gyakran nem ad szignifikáns értéket. Az elemzett kutatások nem mindig adnak információt a fogyasztás gyakoriságáról. Találunk olyan vizsgálatokat, amelyek vagy csak az egész életre, vagy az előző évre, vagy az előző hónapra, vagy mindegyikre közölnek gyakorisági adatokat (EMCDDA 1999a).

A tiltott szerekre vonatkozóan *mennyiségi adatot egyetlen kutatás sem közöl*.

A megkérdezett tiltott drogok száma változó, 2 és 15 között volt az elemzett vizsgálatokban, de valamennyi adatfelvétel megkülönböztette a *marihuánát és az egyéb tiltott drogokat*. A kutatások többsége kiterjed a legális drogokra is (nyugtatók, altatók orvosi receptre, vagy anélkül történő fogyasztására). A módszertani vizsgálatok azt mutatják, hogy minél részletesebben sorolják fel egy kutatásban a szóba jöhető szereket (lehetőleg az utcán használatos elnevezésekkel), annál nagyobb megbízhatóságúak lesznek a válaszok.

Az alapindikátorokon kívül az önbevallásos vizsgálatok gyakran kitérnek a drogkarrierre és a fogyasztás módjára is. Az előbbire ad információt az *első fogyasztás ideje, a fogyasztás gyakorisága, a folyamatos fogyasztók aránya* (akik

egyaránt fogyasztottak az eddigi életükben és az előző évben), vagy a megszakított fogyasztók aránya (fogyasztottak az életükben, de nem fogyasztottak az előző évben), őket szokták „*kilépőknek*” nevezni. A jelenlegi folyamatos fogyasztást jelezheti az előző hónapban fogyasztók aránya, illetve a jelenlegi megszakítás arányát fejezi ki az előző hónapban nem fogyasztók, de az életükben fogyasztók aránya. Számos kutatás beszámol több drog párhuzamos fogyasztásáról egy adott időszakban (tiltott és legális szerek együttes fogyasztása, vagy gyógyszer és alkohol együttes fogyasztása). A fogyasztás módja ritkábban szerepel az alkalmazott kérdések között.

A kifejezetten elterjedtségre vonatkozó kérdések gyakran kiegészülnek a *hozzáférhetőségre*, a droggal és drogfogyasztókkal kapcsolatos *véleményekre*, valamint a *környezet, kortárs csoportok fogyasztási szokásaira* (EMCDDA 2009, Nyírády 2011, Elekes 2009, Elekes 2011).

A fogyasztás egyszerű leírásán túl ma már egyre határozottabb törekvés irányul arra, hogy az alkoholhoz hasonlóan a kábítószerek esetében is mérhető legyen önbevallásos módszerrel a problémás használat. Ilyen problémás fogyasztást mérő eszköz például Cannabis Abuse Screening Test (CAST-skála), amit a Francia Drog Fókuszpont dolgozott ki, és az ESPAD-kutatások 2011 óta alkalmazzák az iskolás népesség körében (Legleye et al. 2007, Hibell et al. 2012). A skála hat itemből áll, és az alábbi kérdéseket tartalmazza (Arnold 2020):

1. Szívtál kannabiszt *délelőtt*?
2. Szívtál kannabiszt, amikor *egyedül voltál*?
3. Voltak *memóriaproblémáid* a kannabiszhasználatod miatt?
4. *Mondták* barátaid vagy családtagjaid, hogy *csökkentened vagy abbahagynod* kellene a kannabiszhasználatodat?
5. Próbáltad *csökkenteni* vagy teljes mértékben *abbahagyni* a kannabiszhasználatodat *sikertelenül*?
6. *Voltak problémáid* a kannabiszhasználatod miatt (pl. vita, verekedés, baleset, rossz iskolai teljesítmény)?

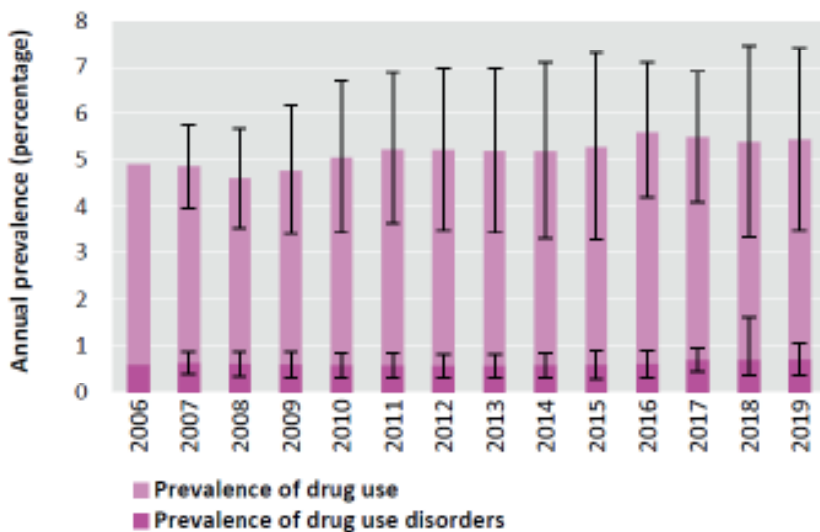
A kérdésekre adott válaszokkal összességében 0–6 pontot lehet szerezni. A 2 vagy annál több pont esetében beszélhetünk magas kockázatú kannabiszhasználatról (csak azok az esetek érvényesek, amikor a kérdezett mind a hat itemre válaszolt).

Elterjedtség és trendek

Nemzetközi helyzet

A nemzetközi helyzetet két szervezet adatai és jelentései alapján mutatjuk be, amelyek rendszeresen közölnek információt a kábítószerhelyzetről. A United Nations Office of Drugs and Crime (UNODC) a világ egészéről gyűjt droggal kapcsolatos adatokat. Az UNODC a beszámolóiban *drognak nevez minden olyan anyagot, amely szerek és fogyasztásuk a nemzetközi konvenciók ellenőrzése alá esnek*. Az UNODC legutolsó jelentése szerint *a drogokat fogyasztók száma jelentősen nőtt 2010 és 2019 között*. A problémás drogfogyasztók aránya (drug use disorder) a világ népességének egészét tekintve 0,7% volt 2019-ben (World Drug Report 2021).

A drogokat előző évben fogyasztók arányára vonatkozó becslések *az elmúlt években enyhe csökkenést vagy változatlanságot mutatnak*. A prevalencia-arányok viszonylagos stabilitása mellett az UNODC a drogot fogyasztó népesség jelentős növekedésével számol elsősorban a globális népességnövekedésnek, a nemek közötti különbségek csökkenésének és a drogfogyasztásnak jobban kitett városi népesség növekedésének köszönhetően.



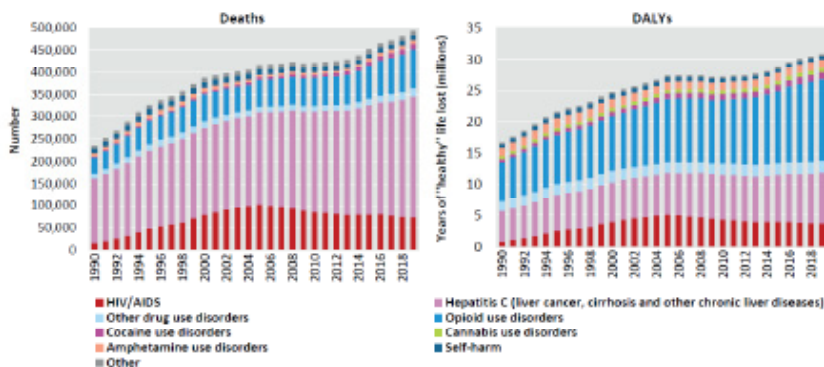
6.1. ábra

A drogfogyasztás és a problémás drogfogyasztás globális éves prevalencia-értékének a változása 2006–2019 között
(World Drug Report 2021: 21)

Változatlanul a *kannabisz a legelterjedtebben fogyasztott drog*, viszont a legtöbb egészségügyi kárt az opiátok okozzák. Az UNODC által készített regionális becslések alapján a kannabisz előző évi prevalencia-értéke Észak-Amerikában a legmagasabb és Ázsiában a legalacsonyabb. Európában az előző évben fogyasztók aránya a globális átlagot valamelyest meghaladja, elsősorban a nyugat- és közép-európai magas értékeknek köszönhetően. Az opiátok előző évi becsült prevalencia-értéke szintén Észak-Amerikában a legmagasabb, de ettől alig marad el Ázsia közel-keleti és délnyugati régiója. Európában az opiátok éves prevalencia-értéke a globális átlag alatt van.

Figyelemre méltó ugyanakkor, hogy bár a kokaint előző évben fogyasztók aránya a világ egészét tekintve kifejezetten alacsony – a 15–64 éves népesség 0,4%-a használta az előző évben –, a fogyasztók elsősorban Óceániában, Észak-Amerikában és Európában koncentrálódnak. A szennyvízelemzések a koinhasználat egyértelmű növekedését mutatják Nyugat- és Közép-Európában (World Drug Report 2021).

A drogfogyasztásra visszavezethető egészségügyi terhek növekvő tendenciát mutatnak. A növekedést elsősorban az intravénás használat és az opiáthasználat terjedésének tulajdonítják.



6.2. ábra

A drogfogyasztás miatt bekövetkezett halálesetek és az elveszített egészséges életévek száma (World Drug Report 2021: 33)

Az EMCDDA az általa vizsgált kulcsindikátorok alakulásáról az Éves jelentéseiben részletesen beszámol. A következőkben csupán néhány megállapítást emelünk ki a 2021. évi jelentésből (EMCDDA 2020):

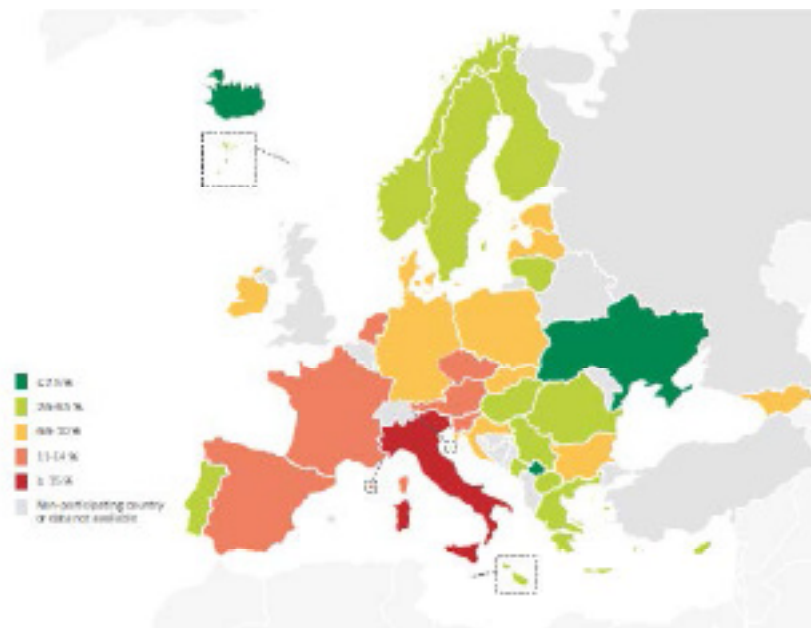
Az Európai Unió *felnőtt népességének legalább 28,9%-a próbált már ki élete során valamilyen kábítószer*, legnagyobb arányban kannabiszt. A kannabiszt kipróbálók aránya országonként igen eltérő: legalacsonyabb Máltán (4%) és a

legmagasabb Franciaországban (45%). A problémás (napi rendszerességgel) kannabiszt használók arányát a felnőtt népességen belül 1%-ra becsülik. Jóval alacsonyabb az MDMA-t, a kokaint, az amfetaminokat kipróbálók aránya. A halálózások elsősorban az opioidhasználattal voltak kapcsolatosak. Az opioidhasználat előfordulási gyakoriságát 0,35%-ra becsülik a felnőtt népességen belül (EMCDDA 2020: 12). Az EMCDDA növekvő kokainlefoglalásra vonatkozó adatai összhangban vannak a World Drug Report azon megállapításával, mely szerint a kokainfogyasztás Európában növekvő tendenciát mutat.

A fiatalok egyéb drogfogyasztására vonatkozóan az ESPAD-kutatás nyújt részletes és időben is összehasonlítható adatokat (The ESPAD Group 2020). A 2019. évi adatfelvétel szerint az európai fiatalok 17%-a használt már életében valamilyen tiltott szert. Európa egészét tekintve 1995 és 2011 között a tiltott drogok élet-prevalencia-értéke nőtt, azóta enyhén csökken. Bár a részt vevő országok meglehetősen különböző trendeket mutatnak, hosszabb távon nagyobb volt a növekedés Európa középső és keleti régióiban, ahol a kezdeti időszakban a fogyasztás sokkal alacsonyabb szintű volt, mint sok nyugat-európai országban, de a nagyobb ütemű növekedés ellenére ezen országok többségében a prevalencia-értékek ma is elmaradnak több nyugat-európai országban mért adatoktól (Hibell et al. 2012, The ESPAD Group 2020).

A legelterjedtebben használt szer minden európai országban a felnőttekhez hasonlóan a fiatalok között is a kannabisz. A kannabiszt kipróbálók átlagos aránya 16%, országonként igen jelentős eltérésekkel. A problémás kannabiszhasználók arányát a kutatás átlagosan 4%-ra becsülte, országonként jelentős szórással. A kannabisz után a legelterjedtebben használt tiltott szer az ecstasy, valamint az LSD és egyéb hallucinogének voltak. A kannabiszt használók aránya 2015 és 2019 között nem változott ugyan, a részt vevő országokat azonban eltérő trendek jellemzik. Néhány nagyfogyasztó országban (Csehország, Franciaország) jelentős csökkenés következett be 2019-ben.

Elterjedt a fiatalok körében az inhalánsok használata is, európai átlagban 7,2% próbálta már. Néhány országban kiemelkedően magas az inhalánsokat használók aránya. Ilyen ország Lettország (16%), Horvátország és Németország (15–15%). Sok országban kifejezetten elterjedt – és a jövő egyik növekvő veszélyének tartják a kutatók – a nyugtatók, altatók és fájdalomcsillapítók orvosi recept nélküli használata. 2019-ben a 16 éves, európai fiatalok 9,2%-a használt visszaélésre alkalmas gyógyszert nem orvosi javaslatra. Néhány ország kifejezetten magas arányról számolt be: Szlovákiában 23%, Lettorszában 22%, Litvániában 21% volt a kipróbálók aránya (The ESPAD Group 2020).



6.3. ábra

Az eddigi életben kannabiszt használók aránya 16 éves, iskolában tanuló fiatalok körében (2019, %) (The ESPAD Group 2020: 68)

Az ESPAD-hoz hasonló trendekről számol be a HBSC-kutatás is. A 2017/18. évi adatfelvétel szerint a 15 éves iskolások 13%-a használt már kannabiszt az élete során, és 7% használta az előző hónapban. A kutatásban részt vevő országok egészét tekintve a kannabiszhasználat nem változott a fiatalok körében. 10 ország (többek között Franciaország és Lengyelország) csökkenésről, mások (például Örményország és Bulgária) növekedésről számolt be (Inchley et al. 2020).

Magyarországi elterjedtség

Magyarországon a kábítószer-fogyasztásnak messze nincsenek olyan régre visszanyúló hagyományai, mint az alkoholfogyasztásnak. Bár tudunk kábítószerrel használó művészekről a XX. század első feléből is (ld. többek között Gulácsi Lajos, Csáth Géza, Kosztolányi Dezső stb.), Sárosi (2017) beszámol a húszas évek magyarországi kokainfogyasztásáról, és tudunk egészségügyben dolgozók droghasználatáról is. Szélesebb körű társadalmi reakciókat kiváltó problé-

maként azonban csak a nyolcvanas években jelenik meg a hazai drogfogyasztás, amikor politikai szinten is elismertté válik a kábítószerprobléma létezése (Elekes 1993). Az első hivatalos információk kábítószer fogyasztó fiatalokról a hatvanas évek végéről származnak, és az úgynevezett „Nagyfa galeri” letartóztatásához kapcsolódnak (Horváth, 2009, Bajzáth – Tóth – Rácz 2014). Az elterjedtség méreteiről azonban nincsenek információk. Mivel a kábítószerproblémát ebben az időszakban a titkolás és a teljes elhallgatás jellemzi Magyarországon, sem a problémával foglalkozó intézményrendszer nem létezik, sem pedig hivatalos adatgyűjtés nincsen. Szórványos kutatások készülnek ugyan a hetvenes és nyolcvanas években, amelyekből tudjuk, hogy azokban az években létezett szerhasználat a magyar fiatalok körében. Ez a szerhasználat jellemzően szervesoldószer-belélegzés volt, valamint visszaélésre alkalmas gyógyszerek használata nagy mennyiségben önmagukban vagy egymással vagy pedig alkohollal keverve. Később megjelentek a házilagosan előállított mákkészítmények és a házi természetű vadkender használata is (Elekes, 1993, Rácz 1988, Bayer – Erdélyi 1988).

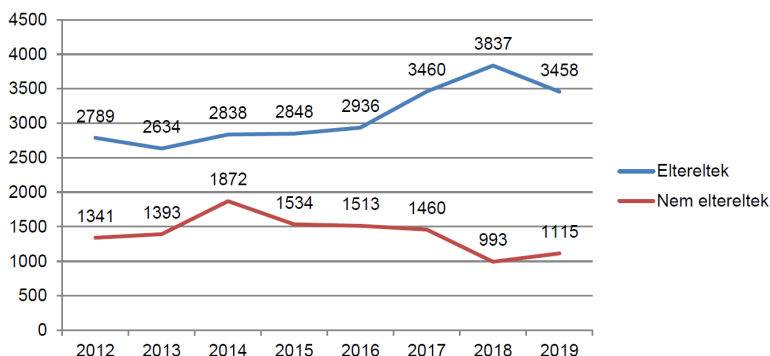
Rendszeresebben végzett összehasonlítható statisztikai adatgyűjtés inkább csak a kilencvenes évek közepétől van Magyarországon. Köszönhető ez a kábítószerprobléma felszínre kerülésének és azoknak a nemzetközi törekvéseknek is, amelyek – legalábbis Európán belül – a kábítószerre vonatkozó adatgyűjtések szisztematikus összehangolását tűzték ki célul, és amelyek az EMCDDA-t is létrehozták 1993-ban. A kilencvenes évekből rendelkezésre álló makrostatisztikai adatok egyértelműen a szerfogyasztás növekedését mutatják Magyarországon. Ugyanakkor ez az az időszak, amikor a hazai ellátóhálózat kialakul, a szakemberek egyáltalán megismerik és felismerik a problémát, így a korabeli statisztikákban megmutatózó jelentős mértékű növekedés valószínűsíthetően a bővülő ellátóhálózattal is magyarázható (Elekes 1993, 2003).

Makrostatisztikák

A kábítószerproblémával kapcsolatos rendszeres és szisztematikus adatgyűjtés Magyarországon 2004-ben kezdődött, és a Nemzeti Drog Fókuszpont, a drogmonitorozás európai uniós intézményrendszerének hazai központja megalakulásához kötődik (ld. bővebben: <http://drogfokuszpont.hu>). A Drog Fókuszpont évente megjelenő jelentésekben mutatja be az EMCDDA kulcsindikátorai mentén a hazai kábítószerhelyzet alakulását. Az alábbiakban a 2020. évi jelentésből emelünk ki néhány fontosabb információt (Éves jelentés 2020).

2019-ben Magyarországon kábítószer-fogyasztás miatt kezelést kezdett összesen 4573 fő. Az utolsó jelentésben bemutatott 2012–2019 közötti időszakban

enyhe ingadozást mutat a kezelésbe lépők száma, de a 2019-re vonatkozó adat valamelyest magasabb, mint az előző két évre vonatkozó. A kezelési igényt jelző úgynevezett TDI-adatok⁵ egyik fontos sajátossága, hogy *a kezelést kérők jelentős része (2019-ben 75%-a) „eltereltként”, azaz a büntetőeljárás elkerülése érdekében kezdi meg a kezelést.*



Forrás: Péterfi 2020a – TDI adatok 2020

6.4. ábra

A kezelésbe lépők számának alakulása a beutalás eredete függvényében 2012 és 2019 között (fő) (Éves jelentés 2020: 116)

Míg a nem elterelés miatt kezelésbe lépők száma 2014 és 2018 között jelentősen csökkent, addig az elterelték száma 2013 és 2018 között 45,7%-kal nőtt. A 2019. évi adatok mindkét esetben a tendenciák változását jelzik. Mivel az elterelték jelentős része kannabiszhasználó, így *a kezelésbe lépők is legnagyobb arányban kannabiszt használnak elsődleges szerként.* 2014-ig nőtt, utána csökkent az egyéb szerek (elsősorban új pszichoaktív szerek) használata miatt kezelésbe lépők száma, 2015-ig nőtt az amfetaminok és metamfetaminok miatt kezelésbe lépők száma. A 2016-ban regisztrált csökkenés után újabb enyhe növekedés következett be. A kokain, az opioidok és az ecstasy használata miatt kezelést kérők száma a teljes bemutatott időszakban nagyon alacsony volt, bár a kokaint használók száma enyhén nő a kezelést kérők között (Éves jelentés 2020).

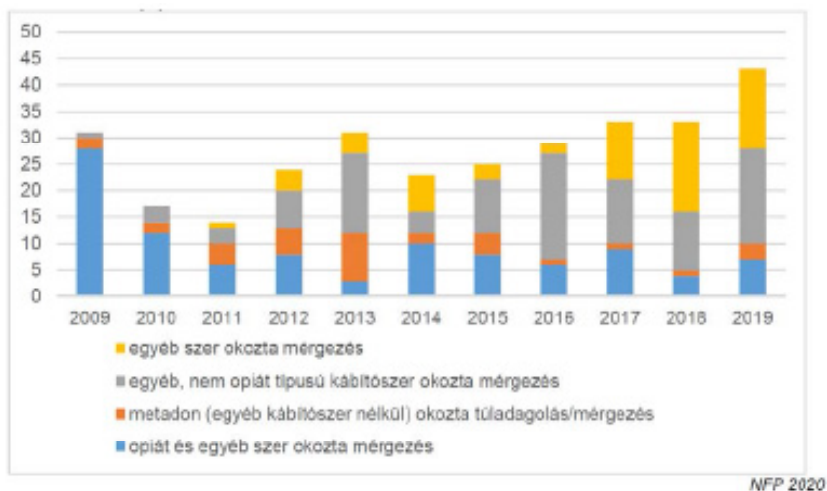
A problémás szerhasználat egyik fontos mutatója az *intravénás használat* alakulása. Az intravénás használat mérésének egy lehetséges módszere a tűcse-reprogramokban megjelenő kliensek és a cserélt tűk számbavétele.

A kiosztott fecskendők száma 2011 és 2019 között 650 000-ről 44 602 darabra, a kliensek száma 2013 és 2019 között 4624 főről 819-re esett vissza. A drasztikus csökkenésben jelentős szerepet játszik, hogy 2015-ben Budapesten zárták

⁵ Treatment Demand Indicator.

be a két legnagyobb forgalmat bonyolító tűcsereprogramot, majd további tűcserehelyszínek is megszűntek (Éves jelentés 2020: 145). Így ezek az adatok Magyarországon elsősorban a *tűcsereprogramok kapacitásának a jelentős mértékű beszűkülését mutatják*, és jelenleg nem alkalmasak a problémás szerhasználat mérésének az alakulására.

A problémás droghasználat egyik legfontosabb mutatója a kábítószer-túladagolás miatt bekövetkezett *halálozások* száma. Magyarországon ezek az adatok meglehetősen stabilitást mutatnak: az elmúlt tíz évben évente 25–35 halálesetet regisztráltak. 2019-ben – a korábbiaknál nagyobb számban – 43 fő halt meg túladagolásban. A halálozásokban bekövetkezett változásokat a szakemberek a szerstruktúra változásával hozzák összefüggésbe: a 2010–2011-ben bekövetkezett csökkenést a heroinfogyasztás visszaszorulásával, majd a növekedést az új pszichoaktív szerek terjedésével magyarázzák (Éves jelentés 2020).



6.5. ábra

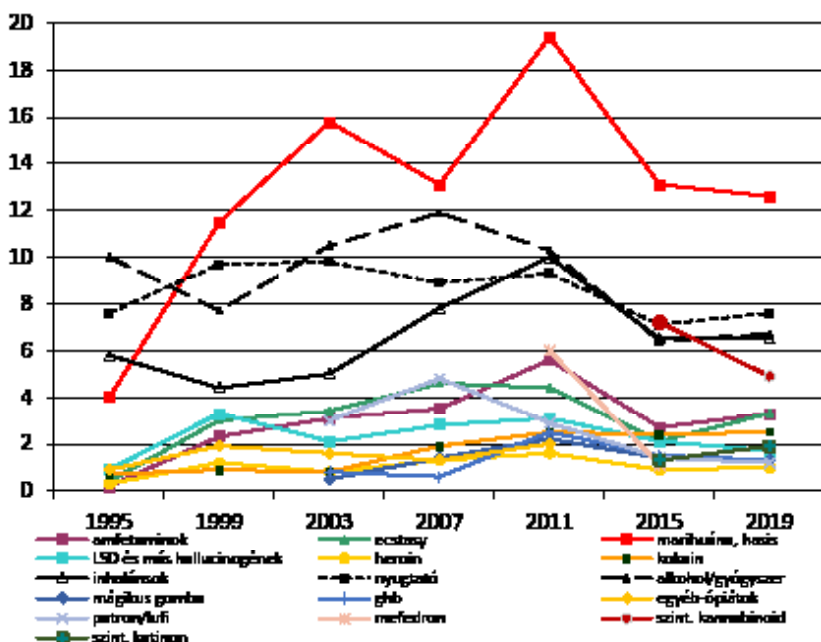
A kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek alakulása szer típusok szerint (2009–2019, fő) (Éves jelentés 2020: 158)

Survey adatok

A 18–64 éves felnőtt népesség körében végzett OLAAP-vizsgálat eredményei szerint a 18–64 éves magyar lakosság 7,9%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert. A fiatal – 18–34 éves – népességben a kipróbálók aránya jóval magasabb: 14%. A kérdezést megelőző évben a felnőttek 2%-a és a fiatal felnőttek 4,1%-a használt tiltott szert, a megelőző hónapra vonatkozó arányok: 1,2% és 2,9%. *A teljes felnőtt népesség és a fiatal felnőtt népesség körében is a legelterjedtebben fogyasztott tiltott szer a kannabisz, ezt követi az ecstasy és a szintetikus kannabinoidok.* Az OLAAP-program a 2007–2019 közötti három kutatása során nem talált szignifikáns változást a fiatal felnőtt népesség előző évre vonatkozó prevalencia-értékeiben (Paksi – Demetrovics 2021).

A fiatalok egyéb drogfogyasztási szokásaiban bekövetkezett változásokról legrészletesebben és hosszú távon az ESPAD-kutatások adnak információt. Ezek alapján megállapíthatjuk, hogy a tiltott szerek fogyasztása a valaha fogyasztók aránya alapján 1995 és 2003 között mintegy háromszorosára nőtt: míg 1995-ben a 16 éves diákok 5%-a próbált ki tiltott szert, addig ez az arány 2003-ban elérte a több mint 15%-ot. 2003 és 2007 között stagnálás tapasztalható, majd 2011-ben megint egy nagyobb ugrás figyelhető meg, amikor a kipróbálók aránya a legmagasabb értéket mutatja az eddigi adatfelvételi hullámok során. A fogyasztók aránya valamelyest visszaesett 2015-ben, és 2019-ben is hasonló élet-prevalencia-értéket mértünk a 16 évesek körében (Elekes – Arnold 2020).

Minden adathullámban egyértelműen a kannabisz volt a legelterjedtebben kipróbált drog, kivéve az 1995-ös évet, amikor az alkohol gyógyszerrel való együttes használata szerepelt az első helyen. A kannabisz után a három legelterjedtebben használt drog legális szer: gyógyszer alkohollal, nyugtatók, valamint a szervesoldószer-belélegzés. A visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás 1995 és 2003 között enyhén nőtt, majd 2015-ig folyamatosan csökkent, és 2019-ben egy újabb enyhe növekedés tapasztalható. A többi egyéb drog élet-prevalencia-értéke jelentősen elmarad az előzőektől. A legtöbb szer esetében az élet-prevalencia-értékek 2011-ig nőnek, a 2015. évi adatok pedig csökkennek. *2015 és 2019 között az egyéb drogok fogyasztásának mutatói jellemzően nem változtak, a tiltott és legális szerek együttes rátái azonban némi növekedést jeleznek* (Elekes – Arnold 2020).



6.6. ábra

A tiltott és legális szerek élet-prevalencia-értékének változása 1995–2019 között – 16 éves diákok (Elekes – Arnold 2020: 187)

A 2019. évi ESPAD-kutatás vizsgálta a problémás kannabiszhasználat elterjedtségét is a CAST-skála segítségével. Ennek alapján a kérdezést megelőző évben kannabiszt használó 9–10. évfolyamos magyar fiatalok 24,1%-a, a teljes megkérdezett populáció 3,3%-a tekinthető magas kockázatos kannabiszhasználónak (Arnold 2020).

Az ESPAD-hoz hasonló tendenciákat mutatnak a HBSC-kutatások eredményei is a 9–11. évfolyamos diákokra vonatkozóan. A tiltott drogok és/vagy visszaélés-szerűen fogyasztott legális szerek összesített élet-prevalencia-értéke 2005/2006 és 2009/2010 között 20,3%-ról 30,7%-ra nőtt. A 2013/14. évi eredmények jelentős csökkenést jeleztek (összesített élet-prevalencia-érték 23,1%), a legutolsó, 2017/2018. évi adatok pedig 1,5 százalékpontos növekedést mutattak, ami hibahatáron belül megegyezik a 2001/2002-ben mért adatokkal. A HBSC-kutatás sem mutatott ki jelentős szerkezeti változást a droghasználati szokásokban. Stabílan *legelterjedtebb a kannabiszhasználat, ezt pedig a visszaélésszerű gyógyszerhasználat követi*. Az utolsó két HBSC-kutatás az új pszichoaktív szerek erő-

teljes megjelenését mutatják a fogyasztott szerek struktúrájában, és a drogfogyasztás intenzifikálódását jelzik (Paksi 2019).

Érintett társadalmi csoportok

Nem és életkor

Minden létező adat egyértelmű nemek közötti különbségeket mutat az egyéb drogok fogyasztásában. *A tiltott szerek fogyasztása sokkal elterjedtebb a férfiak körében, a visszaélésszerű gyógyszerhasználat pedig inkább a nőkre jellemző.* A nők általában későbbi életkorban kezdenek el drogokat használni, viszont náluk, bizonyos szerek esetében (kannabisz, opioidok, kokain) gyorsabban nő a fogyasztás intenzitása. A nők és a férfiak közötti különbség csökkenőben van, különösen a fiatalabb korcsoportokban (World Drug Report 2021).

A fiatalok és a fiatal felnőttek veszélyeztetettsége sokkal nagyobb a drogfogyasztás szempontjából, mint az idősebb korosztályoké (World Drug Report 2021). Ugyanakkor európai adatok arra hívják fel a figyelmet, hogy *az idősebb korosztályokban növekszik a drog túladagolásából adódó halálozások száma.* Míg 2012-ben a drogtúladagolás miatt meghaltak átlagos életkora 37 év volt, addig 2018-ra az átlagéletkor 40 évre nőtt. A legérintettebb a 35–44 éves férfi korosztály, akiknél a halálozási arány több mint kétszerese volt az összes férfi droghalálozásnak. A 25 év alatti életkorban az összes droggal kapcsolatos halálozás csupán 8,5%-a következett be 2018-ban Európában (EMCDDA 2021b).

A magyarországi felnőtt népességre vonatkozó OLAAP-adatok szintén a nemek közötti szignifikáns különbséget bizonyítják: a férfiak körében minden mutató alapján elterjedtebb a tiltott droghasználat, mint a nők között. A kutatás szerint a kannabiszfogyasztás szempontjából legérintettebb csoport a 25–34 éves fiatal felnőttek csoportja, ahol az élet-prevalencia-érték közel háromszorosa az idősebb korosztályokban mért értékeknek (Paksi – Pillók 2021). A fiatalok között végzett vizsgálatok hasonló nemek szerinti mintázatot írnak le: a fiúk között a tiltott szerek, a lányok között pedig a gyógyszerek használata elterjedtebb. Ugyanakkor a tiltott szerek fogyasztásában korábban eltűnni látszó nemi különbségek a 2019. évi eredmények szerint ismét szétnyílnak (Arnold 2020).

Társadalmi státus

A kutatások eltérő eredményeket mutatnak a társadalmi státus és a drogfogyasztás kapcsolata között. A 70-es és 80-as években például az Egyesült Királyság-

ban a tiltott szerfogyasztás egyértelműen elterjedtebb volt a fehér, városban élő, munkásosztálybeli fiatal férfiak körében. A kilencvenes évek kutatásai pedig már semmilyen társadalmi-gazdasági osztály-, faj- vagy nembeli különbséget nem találtak a tiltott szerekkel próbálkozó fiatalok között (Measham 2002). Parker az angol kutatási eredmények alapján arra a következtetésre jut, hogy a fiatal, pszichoaktív szert használók jelentős része jól képzett, jó munkahellyel rendelkező alkalmazott (Parker 2003). Room (2007) kínai, svéd és angol példák alapján megállapítja, hogy a társadalmi-gazdasági háttér a szerek árán keresztül hat. Ha valamely pszichoaktív szer ára nő, akkor a káros következmények inkább a jobb módú társadalmi csoportokban jelennek meg, míg a szerek árának csökkenése a hátrányos helyzetűek problémás használatának növekedését eredményezi.

Számos kutatás mutatott ki pozitív kapcsolatot az urbanizáció és a drogfogyasztás között. A kutatások azonban azt valószínűsítik, hogy nem önmagában az urbanizáció, hanem az ahhoz kapcsolódó nagyobb mértékű szegénység, munkanélküliség és kriminalitás eredményezi a nagyobb arányú drogfogyasztást városi környezetben. Ugyanakkor kétségtelen, hogy a különböző tiltott szerek hozzáférhetősége nagyobb a városokban (World Drug Report 2021).

Paksi és Pillók (2021) az OLAAP eredményei alapján megállapítja, hogy a magasabb iskolai végzettség, a lakóhely településének nagyobb mérete növelik a kábítószeres kipróbálásának az esélyét.

Az OLAAP-hoz hasonló tendenciákat mutatnak az ESPAD eredményei is. A tiltott szereket a magasabb státusú családból származó fiatalok nagyobb valószínűséggel próbálják ki, mint hátrányosabb helyzetű társaik. A család anyagi helyzete a drog típusára van hatással: *a jobb anyagi körülmények között élő gyerekek inkább tiltott drogot használnak, a rosszabb anyagi helyzetűek között pedig a visszaélészerű gyógyszerhasználat az elterjedtebb*. Az ESPAD adatai a városokban és Budapesten is nagyobb mértékű drogfogyasztást mutatnak, mint a községekben.

A HBSC-kutatások nemzetközi eredményei nem mutatnak szignifikáns kapcsolatot a család anyagi helyzete és a kannabiszfogyasztás között (Inchley et al. 2016).

A család különböző jellemzőinek a hatását minden kutatás kimutatja.

Az OLAAP a családi devianciák halmozódásának a szerepét bizonyítja a kábítószer-fogyasztás kialakulásában (Paksi – Pillók 2021). Az ESPAD a család-szerkezet meghatározó szerepét hangsúlyozza: a mindkét édeszüllő jelenléte a gyermek nevelésében megóvó, míg az egy vagy különösen a mindkét édeszüllő hiánya kifejezetten veszélyeztető tényező (Arnold – Elekes – Bencsik 2020).

A szülők és a fiatalok kapcsolatának a hatását a kábítószer-fogyasztásra szintén sok kutatás bizonyítja: a gyenge szülői kontroll mellett nevelkedők, vagy akik elégedetlenek szüleikhez fűződő viszonyukkal, egyértelműen a legvesz-

lyezettettebbek közé tartoznak (Curran 2007, Nation – Heflinger 2006, Arnold – Elekes – Bencsik 2020).

Összefoglalás

A nemzetközi adatok azt mutatják, hogy világviszonylatban csökken az előző évben drogot fogyasztók aránya. Legelterjedtebben használt szer a kannabisz, leginkább érintett a fogyasztásában az USA és Európa nyugati része. A fiatalok körében végzett nemzetközi kutatások szerint a tiltott szerek korábban tapasztalt növekedése megállt.

Hasonló tendenciákat mutatnak a hazai fiatalok és felnőttek körében végzett önbevallásos vizsgálatok is: a kilencvenes években és a 2000-es évek elején az egyéb drogok fogyasztásában jelentősebb növekedés következett be, ez a növekedés azonban az utóbbi években lelassult vagy megállt. Nemzetközi összehasonlításban Magyarország a kevésbé érintett országok közé tartozik.

Valamennyi kutatás a kannabisz fogyasztásának a dominanciáját és a visszaélősszerű gyógyszerfogyasztás erőteljes jelenlétét jelzi.

Az egyéb drogok fogyasztása szempontjából leginkább érintettek a fiatalok és a fiatal felnőttek. A férfiakra inkább jellemző a tiltott szerek fogyasztása, a nők között pedig elterjedtebb a gyógyszerek visszaélősszerű használata. A hazai kutatások egyértelműen arra utalnak, hogy inkább az iskolázottabb, kedvezőbb anyagi helyzetben élők között elterjedtebb a tiltott szerek fogyasztása.

Hivatkozások

- Arnold P. (2020): Egyéb drogok, új pszichoaktív szerek. In: Elekes Zs. – Arnold P. – Bencsik N. (szerk.): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest, 28–43.
- Arnold P. – Elekes Zs. – Bencsik N. (2020): Család és iskola. In: Elekes Zs. – Arnold P. – Bencsik N. (szerk.): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest. 44–67.
- Bajzáth S. – Tóth E. – Rác J. (2014): *Repülök a gyógyszerrel – A kábítószeresztörténete a szocialista időszakban Magyarországon*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Bayer I. – Erdélyi I. (1988): A toxikománia alakulása hazánkban a nemzetközi tapasztalatok tükrében. In: *Tanulmányok a társadalmi beilleszkedési zavarokról*. Kossuth Kiadó, Budapest, 119–142.

- Bayer I. (2000): *A drogok történelme. A kábítószeresek története az ókortól napjainkig*. Aranyhal Kiadó, Budapest, 400.
- Curran, E. M. (2007): The Relationship between Social Capital and Substance Use by High School Students. *Journal of Alcohol and drug Education*, 51(2): 59–73.
- Demetrovics Zs. (2007a): Az addiktológia alapfogalmai. In: Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai I*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 27–72: Addiktológia alapjai I.
- Elekes Zs. (1993): *Magyarországi droghelyzet a kutatások tükrében*. Alkoholológiai füzetek 24. Országos Alkoholológiai Intézet, Budapest.
- Elekes Zs. (2009): *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon – ESPAD 2007*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Elekes Zs. (2011): *Egészségkárosító magatartások és mérési módszerek*. Jegyzet. BCE Budapest. <http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/4335/>
- Elekes Zs. – Arnold P. (2020): Trendek. In: Elekes Zs. – Arnold P. – Bencsik N. (szerk.): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest, 168–194.
- EMCDDA (1999): *Comparability of general Population Survey*. European expert group on drug use surveys. CT.97.EP.09.
- EMCDDA (2009): *An overview of the general populations survey key indicator*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview_da. (Letöltés ideje: 2021. 07. 12.)
- EMCDDA (2010): *Building a national drugs observatory: a joint handbook*. EMCDDA. Lisbon.
- EMCDDA (2020): *European Drug Report 2020: Trends and Developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2021a): *Wastewater analysis and drugs – a European multi-city study*. Series type: Perspectives on Drugs. https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/waste-water-analysis_en. (Letöltés ideje: 2021. 08. 02.)
- EMCDDA (2021b): *Drug Related Deaths and Mortality in Europe*. Update from the EMCDDA expert network. Technical Report. Technical report, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Éves jelentés (2020): *2020-as éves jelentés (2019-es adatok) az EMCDDA számára*. Nemzeti Drog Fókuszpont. Budapest. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2020_HU.pdf (Letöltés ideje: 2021. 05. 19.)
- Hibell, B. – Guttormsson, U. – Ahlström, S. – Balakireva, O. – Bjarnason, T. – Kokkevi, A. – Kraus, L. (2012): *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm. CAN, EMCDDA, Council of Europe, 390.

- Horváth S. (2009): *Kádár gyermekei*. Nyitott Könyvműhely, Budapest.
- Inchley, J. – Currie, D. – Budisavljevic, S. – Torsheim, T. – Jåstad, A. – Cosma, A. et al. (eds.) (2020): *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Vol. 1. Key findings*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Inchley, J. – Currie, D. – Young, T. – Samdal, O. – Torsheim, T. – Auguston, L. – Mathison, F. – Aleman-Diaz, A. – Molcho, M. – Weber, M. – Barnekow, V. (2016): *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. Health Policy for Children and Adolescents, No. 7. WHO Regional office for Europe. Copenhagen.
- Legleye, S. – Karila, L. – Beck, F. – Reynaud, M. (2007): Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test, *Journal of Substance Use*, 12(4): 233–242. DOI: 10.1080/14659890701476532
- Measham, F. (2002): "Doing gender" – "doing drugs": conceptualizing the gendering of drugs cultures. *Contemporary Drug Problems*, 29/Summer: 335–373
- Nation, M. – Heflinger C. A. (2006): Risk Factors for Serious Alcohol and Drug Use: The Role of Psychosocial Variables in predicting the Frequency of Substance Use Among Adolescents. *The American Journal of drugs and Alcohol Abuse* 32: 415–433.
- Nyírády A. (szerk.) (2011): *A drogfogyasztás nemzetközi indikátorai. Szöveggyűjtemény*. Budapest 2011: 89–95. <http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/4666/1/660885.pdf>
- Paksi B. (2019): Drogfogyasztási szokások. In: Németh Á. – Várnai D. (szerk.): *Kamaszélelmód Magyarországon*. L'Harmattan, Budapest, 88–108.
- Paksi B. – Demetrovics Zs. (szerk.) (2021): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Szenvedélyeink a lakossági kutatások tükrében*. L'Harmattan Kiadó. Budapest.
- Paksi B. – Pillók P. (2021): Drogfogyasztás. In: Paksi B. – Demetrovics Zs. (szerk.): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Szenvedélyeink a lakossági kutatások tükrében*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Parker H. (2003): Pathology or modernity? Rethinking risk factor analyses of young drug users. *Addiction Research and Theory*. 11(3): 141–144.
- Rác J. (1988): *A drogfogyasztó magatartás*. Medicina, Budapest.
- Room, R. (2007): Az alkohol- és droghasználathoz kapcsolódó stigma és szociális egyenlőtlenségek. *Addiktológia* 3: 232–254.
- Sárosi P. (2017): Kokain és morális pánik Budapesten az 1920-as évek médiabeszámolóí alapján. socio.hu.2017.4.43.

- The ESPAD Group (2020): *ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. EMCDDA Joint Publications, Publication Office of the European Union, Luxembourg.
- WHO (1994): *Lexicon on alcohol and drug terms*. Genf <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544686.pdf> (Letöltés ideje: 2012. 02. 24.)
- World Drug Report (2021): *World Drug Report 2021*. United Nations publication, Sales No. E.21XI.8. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>

Ajánlott irodalom

- Arias-De la Torre, J. – Fernandez-Villa, T. – Molina, A. J. – Amezcua-Prieto, C. – Mateos, R. – Cancela, J. M. – Delgado-Rodriguez, M. – Ortiz-Moncada, R. – Alguacil, J. – Almaraz, A. – Gomez-Acebo, I. – Suarez-Varela, M. M. (2019): Drug use, family support and related factors in university students. A cross-sectional study based on the uniHcos Project data | [Consumo de drogas ilegales, apoyo familiar y factores relacionados en estudiantes universitarios. Un estudio transversal basado en datos del Proyecto uniHcos]. *Gaceta Sanitaria*, 33(2): 141–147. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.10.019
- Blackman, S. (2010): Youth subcultures, normalisation and drug prohibition: The politics of contemporary crisis and change? *British Politics*, 5(3): 337–366. <https://doi.org/10.1057/bp.2010.12>
- Cheng, T. – Wood, E. – Nguyen, P. – Kerr, T. – DeBeck, K. (2014): Increases and decreases in drug use attributed to housing status among street-involved youth in a Canadian setting. *Harm Reduction Journal* 11: 12. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-12>
- Coomber, R. – Moyle, L. – South, N. (2016): The normalisation of drug supply: The social **supply** of drugs as the “other side” of the history of normalisation. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23(3): 255–263. <https://doi.org/10.3109/09687637.2015.1110565>
- Demant, J. – Ravn, S. – Thorsen, S. K. (2010): Club studies: methodological perspectives for researching drug use in a central youth social space. *Leisure Studies*, 29(3): 241–252. <https://doi.org/10.1080/0261436.0903071712>
- Duff, C. (2003): Drugs and Youth Cultures: Is Australia Experiencing the ‘Normalization’ of Adolescent Drug Use? *Journal of Youth Studies*, 6(4): 433–447. <https://doi.org/10.1080/1367626032000162131>
- Duff, C. (2005): Party drugs and party people: examining the ‘normalization’ of recreational drug use in Melbourne, Australia. *International Journal of Drug Policy*, 16(3): 161–170. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.02.001>

- Fitzgerald, R. – Mazerolle, L. – Mazerolle, P. (2013): Drug normalisation and Australian youth: group differences in the social accommodation of drug use. *Journal of Youth Studies*, 16(7): 901–915. <https://doi.org/10.1080/13676261.2013.763920>
- Fletcher, A. – Bonell, C. – Sorhaindo, A. – Rhodes, T. (2009): Cannabis use and 'safe' identities in an inner-city school risk environment. *International Journal of Drug Policy*, 20(3): 244–250. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.08.006>
- Fraila, I. – Berdychevsky, L. (2020): Understanding drugs as leisure through the (de)differentiation lens and the dialectic of Logos- and Eros-modernity. *Leisure Studies*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/02614367.2020.1843694>
- Gerra, G. – Benedetti, E. – Resce, G. – Potente, R. – Cutilli, A. – Molinaro, S. (2020): Socioeconomic Status, Parental Education, School Connectedness and Individual Socio-Cultural Resources in Vulnerability for Drug Use among Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4): 1306. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041306>
- Gould, J. – Donnelly, R. – Innacchione, B. (2019): Turning over a new leaf in Colorado: an exploration of legalized recreational marijuana preferences, leisure interests, and leisure motivations in a sample of young adults. *World Leisure Journal*, 61(2): 113–130. <https://doi.org/10.1080/16078055.2018.1521866>
- Haines, R. J. – Johnson, J. L. – Carter, C. I. – Kamal A. (2009): "I couldn't say, I'm not a girl" – Adolescents talk about gender and marijuana use. *Social Science & Medicine*, 68(11): 2029–2036. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.003>
- Hathaway, A. D. – Mostaghim, A. – Erickson, P. G. – Kolar, K. – Osborne, G. (2018): "It's Really No Big Deal": The Role of Social Supply Networks in Normalizing Use of Cannabis by Students at Canadian Universities. *Deviant Behavior*, 39(12): 1672–1680. <https://doi.org/10.1080/01639625.2017.1411047>
- Karlsson, P. – Ekendahl, M. – Månsson, J. – Raninen, J. (2019): Has illicit drug use become normalised in groups of Swedish youth? A latent class analysis of school survey data from 2012 to 2015. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36(1): 21–35. <https://doi.org/10.1177/1455072518814306>
- Kokkevi, A. – Richardson, C. – Florescu, S. – Kuzman, M. – Stergar, E. (2007): Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1): 67–74. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.018>
- Lee, C. G. – Seo, D.-C. – Torabi, M. R. – Lohrmann, D. K. – Song, T. M. (2018): Longitudinal Trajectory of the Relationship Between Self-Esteem and Substance Use From Adolescence to Young Adulthood. *Journal of School Health*, 88(1): 9–14. doi: 10.1111/josh.12574

- Liebrechts, N. – van der Pol, P. – van Laar, M. – de Graaf, R. – van den Brink, W. – Korf, D. J. (2015): The role of leisure and delinquency in frequent cannabis use and dependence trajectories among young adults. *International Journal of Drug Policy*, 26(2): 143–152. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.07.014>
- Mayet, A. – Legleye, S. – Chau, N. – Falissard, B. (2010): The mediation role of licit drugs in the influence of socializing on cannabis use among adolescents: A quantitative approach. *Addictive Behaviors*, 35(10): 890–895. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.06.001>
- Measham, F. – Shiner, M. (2009): The legacy of 'normalisation': The role of classical and contemporary criminological theory in understanding young people's drug use. *International Journal of Drug Policy*, 20(6): 502–508. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.02.001>
- Melchior, M. – Chastang, J.-F. – Goldberg, P. – Fombonne, E. (2008): High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: Results from the GAZEL Youth study. *Addictive Behaviors*, 33(1): 122–133. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.09.009>
- Patton, D. (2018): Navigating drugs at university: normalisation, differentiation and drift? *Safer Communities*, 17(4): 224–237. <https://doi.org/10.1108/SC-01-2018-0002>
- Pennay, A. E. – Measham, F. C. (2016): The normalisation thesis – 20 years later. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23(3): 187–189. <https://doi.org/10.3109/09687637.2016.1173649>
- Pilkington, H. (2007): Beyond 'peer pressure': Rethinking drug use and 'youth culture'. *International Journal of Drug Policy*, 18(3): 213–224. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.08.003>
- Salas-Wright, C. P. – Vaughn, M. G. (2016): The Changing Landscape of Adolescent Marijuana Use Risk. *Journal of Adolescent Health*, 59(3): 246–247. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.18> (Utolsó letöltés: 2016. 06. 18.)
- Sanders, B. (2012): Gang youth, substance use patterns, and drug normalization. *Journal of Youth Studies*, 15(8): 978–994. <https://doi.org/10.1080/13676261.2012.685707>
- Shildrick, T. (2002): Young People, Illicit Drug Use and the Question of Normalization. *Journal of Youth Studies*, 5(1): 35–48. <https://doi.org/10.1080/13676260120111751>
- Smith, A. – Thurston, M. – Green, K. (2011): Proximity, sociability and excitement: exploring the normalisation of sensible drug use among 15–16-year-olds in north-west England and north-east Wales. *Journal of Youth Studies*, 14(3): 359–379. <https://doi.org/10.1080/13676261.2010.522559>

7. Dizájnerdrog-fogyasztás

■ ■ ■ ARNOLD PETRA – BENCSIK NÓRA

Történet

Az elmúlt években az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) térnyerésének lehetünk tanúi: a dizájnerdrogok 2009–2010-es hazai megjelenése jelentős változást okozott a hazai kábítószerpiacon. A fogyasztók körében hamar népszerűvé váltak a dizájnerek: ezek az új típusú szerek olcsók, könnyen hozzáférhetőek, (részben) legálisak, valamint – pont az újszerűségből következő alulinformáltság miatt – alacsony kockázatot vélelmeztek a használók. 2010 nyarán főképp a mefedron jelenléte növekedett a piacon, majd egyéb, legális dizájnerek, elsőként a stimuláló szintetikus katinonok. Majd 2010 őszén a szintetikus kannabinoidok is megjelentek. A mefedron 2010-ben történő tiltott szerré nyilvánítása generálta a helyettesítő, illegális szerek megjelenését. 2019-ben a Kábítószer és Kábítószér-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) 790 pszichoaktív anyagot tartott számon, melyből 53 anyag 2019-ben jelent meg először az európai piacon (NDF 2011, EMCDDA 2020).

Fogalmak

Angol szinonimák: legal high, new psychoactive substances, NPS, designer drugs

Dizájnerdrogok: A dizájnerdrogok mesterségesen előállított pszichoaktív anyagok, amelyeket tudatmódosítás céljából állítanak elő. A dizájnerdrogokon belül megkülönböztetünk szintetikus katinonokat, szintetikus kannabinoidokat és szintetikus opioidokat, amelyek a leggyakrabban előforduló új pszichoaktív anyagok (EMCDDA 2021).⁶ A szintetikus katinonok serkentő hatással, a szintetikus kannabinoidok és opioidok nyugtató hatással bírnak.

⁶ Ezeken kívül még vannak más típusai is a dizájnerszereknek, de ezek ritkábban fordulnak elő, lásd: EMCDDA 2021: 27.

Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ): A dizájnerdrogokat nemcsak a köznyelv, hanem a hazai szakirodalom is szinonimaként használja az ÚPSZ kifejezéssel. Az ÚPSZ ma már egy jogilag szabályozott fogalom, ami a tiltólistán lévő anyagokat jelenti, ezzel szemben a dizájnernek egy tágabb fogalom, ami mind a tiltólistán lévő új szereket, mind a tiltólistán még nem szereplő, de fogyasztók között már megjelent anyagokat is tartalmazza (Rácz – Csák – Márványkövi 2017).

Dizájnerdrogok jogi státusza: A dizájnerdrogok összetétele nagyon gyorsan változik, így a tiltólista⁷ nem tud lépést tartani a szerekkel: mire a tiltólistára kerül egy dizájnerdrog, addig már egy más összetétellel, új névvel megjelenik a piacon egy új szer, amely értelemszerűen nem szerepel még a tiltólistán, így nem illegális. Összegezve tehát: a dizájnerdrogok egy része legális, másik része pedig illegális.

Korai jelzőrendszer⁸ (Early Warning System – EWS): Az ÚPSZ komoly problémát okoz hazai és nemzetközi szinten is, emiatt alakult meg az Európai Unió kezdeményezésére a Korai Jelzőrendszer, amelynek célja az újonnan felbukkanó anyagokkal és használati módokkal kapcsolatos információk áramoltatása európai szinten. Az európai hálózatot az EMCDDA (Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja) működteti, hazai szinten a Nemzeti Drog Fókuszpont látja el a koordinációt, amely a releváns állami intézmények, hatóságok, szakmai szervezetek és szolgáltatók, NGO-k együttműködésével valósul meg.

A dizájnerdrogok legismertebb fajtái és megjelenési formái:⁹

Műfüvek, biofüvek (*Aroma, Spice, K2, Dream, Chill Zone, Sensation, Chaos*): Szintetikus kannabinoidokkal dúsított anyagok, amelyek megtévesztő elnevezésük ellenére nem természetes, nem növényi eredetű szerek. Legtöbbször füstölőként kerülnek forgalomba, és elsősorban cigarettában, vízipipában szívják.

Füрдőśók, növényi tápsók (*Kati, Kata, Zsuzsi (mefedron), emdē, empē, dodó (MDPV: metiléndioxi-pirovaleron), formek (4-MEC), Emma (etilketatinon), penta, kristály*): Olyan amfetamin- és katinon-félék, amiket „egzotikus füstölőkeverékek” vagy más, „nem emberi fogyasztásra” szánt terméknek „álcáznak”, és így reklámozzák őket. Leggyakoribb aktív hatóanyaguk az MDPV és a mefedron. Szájon vagy orron át szippantva fogyasztják.

⁷ Az 1961-ben New Yorkban aláírt Egységes Kábítószer-egyezmény, illetve az 1971-ben Bécsben elfogadott Pszichotrop Anyagokra vonatkozó Egyezmény (Bayer 2000: 16.) A jelenleg Magyarországon hatályos tiltólistán szereplő pszichotrop anyagokról, a kábítószerekkel és a pszichotrop anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról részletes leírás itt tekinthető meg: <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/MK12037.pdf>. Az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületcsoportokról pedig itt olvasható tájékoztató: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1400055.EMM.

⁸ Forrás: <http://drogfokuszpont.hu/szakteruleteink/korai-jelzorendszer/>, https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system_en

⁹ Forrás: http://norveg.vedonoi.antsz.hu/Tartalmak/Vedonoi_oktatoanyag_kiadvanyok/Dizajner_drog

Porok és tabletták (*Piperazinok: BZP, mCPP, TFMPP, MDBP*): A drogok megkülönböztetése kívülről lehetetlen, a tasakokon található elnevezések gyakran félrevezetőek. Egyrészt lehetnek piperazin-származékok, amelyek korábban „legális ecstasy” néven is futottak amfetamin- vagy stimulánsszerű hatásuk miatt. Másrészt lehetnek fenetilaminok, amelyek az amfetaminokhoz hasonló szerkezetű anyagok, serkentők, és hallucinációt okozó szerek.

Módszertani korlátok¹⁰

Az új típusú pszichoaktív szerek rendkívül gyors térhódítása jelentős kihívást jelent napjainkban a drogszakma minden szegmensének, így az adatgyűjtés (makroadatokat vagy önbevallásos adatokat) szempontjából is. Az új jelenség mérését nehezíti, hogy a megjelenésükkor legális, tehát kábítószernek nem minősülő vegyületek esetében a klasszikus szereknél megszokott lefoglalási és bevizsgálási eljárások nem nyújtottak megfelelő protokollt. Azonban pont ez a kihívás világított rá az új jelenség térhódítására: a lefoglalásokkor kábítószernek tűnő, azonban annak nem minősülő tablettákkal találkozott a rendőrség, a legtöbb új anyagot bűnüldöző szervek lefoglalásainak kémiai elemzése során azonosították elsőként. A visszaélések realizálása nagyobb mennyiség esetében eredményesebb, ami szintén hátráltató tényező: az új típusú pszichoaktív szerek alapanyagait gyakran internetről rendelik, több elosztó kezel kisebb mennyiséget. A C-lista létrehozása – korábban legális vegyületek felvezetése erre az illegális anyagokat tartalmazó listára – valamelyest támogatja a lefoglalási folyamatokat, ez az eljárás csak követni tudja a piac aktualitását: amint egy szer illegálissá válik, minimális módosítással megjelenik a piacon a legális helyettesítő terméke (NDF 2011, Jámbor 2015, EMCDDA 2019)

A lefoglalást nehezítő, előbbieken taglalt körülmények a tudományos kutatásokat is akadályoztatják. A teljes populációt érintő, kábítószerre vonatkozó vizsgálatok (illetve egyéb vizsgálatok kibővítése új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos kérdésekkel) nem gyakoriak. Ezen típusú kutatások előnye a más országokkal történő, valamint az eltérő időpontú adatfelvételek közötti összehasonlíthatóság. Azonban gyakran az alkalmazott módszerek nagy heterogenitást mutatnak, ami gátolja az összevethetőséget. Hátránya, hogy a magasabb rizikófaktorú csoportok, például a kötelező tankötelezettségi korhatár csökkentése miatti lemorzsolódó diákok értelemszerűen nem jelennek meg ezekben a kutatásokban. Bár megkérdőjelezhetetlen a normál populációs vizsgálatok szerepe, a

¹⁰ A fejezet nagyban támaszkodik a következő megjelenés alatt lévő cikkekre: Arnold et al. 2021.

dizájnerek sajátosságai miatt kiemelt fontosságú a magas rizikófaktorú, speciális csoportok vizsgálata (Paksi 2017, Kapitány-Fövény – Rácz 2018).

Veszélyeztetett csoportként jelennek meg többek között a nők, a kamaszok vagy fiatalabb gyerekek, injektláló szerhasználók és – ami szinte általánosan mindegyik csoport jellemzője – az anyagilag rossz körülmények között élők. Természetesen nem csak a normál populációs, kvantitatív vizsgálatokban jelent nehézséget a dizájnerek jelenléte egyik fő ismérve, az új szerek – és így új nevek – folyamatos megjelenése. Nincs egy átfogó kifejezés, a „dizájner” és főképp az „ÚPSZ” szakkifejezéseket maguk a használók nem feltétlenül ismerik (esetleg tapasztalt, informált, kezelésben megjelent szerhasználók). Mind az alacsonyán iskolázottak, mind a szerek által okozott szellemi funkciók csökkenése miatt indokolt a célcsoport számára közérthető szókészletet, megfogalmazási formákat figyelembe venni, a szerek utcai nevét, szleng kifejezést használni¹¹ (Kaló et al. 2018, Drapalova – Belackova – Cadet-Taïrou 2020).

Az általános populációban készült vizsgálatok szerint (részletesen lásd következő fejezetet) továbbra is egy klasszikus szer, a kannabisz szerepel az első helyen, és a dizájnerek a szerek rangsorában hátrébb helyezkednek el. Mindazonáltal azt vélelmezzük a kezelés, ellátás adatai (NDF 2020) alapján – amelyek azt mutatják, hogy 2014–2016 között a nem elterelték elsődlegesen ÚPSZ miatt kerültek kezelésbe, ezzel második helyre szorítva a kannabiszt, majd ezt követően az ÚPSZ második helyre került a kannabisz után, és csökkenő tendenciát mutat –, hogy az általános populáció körében is magasabb prevalencia-értékek vannak. Azt feltételezzük ugyanis, hogy a normális fogyasztás és a problémás fogyasztás között kapcsolat van, tehát ha a kezelésben nagyobb problémaként jelentkezik az ÚPSZ, akkor ez a populációs adatokban is meg kellene, hogy mutatkozzon.

Az alulbecslés oka lehet a dizájnerszerekkel kapcsolatos módszertani nehézségek (Drapalova et al. 2020), mint pl. az ÚPSZ mérése (pl. a gyorsan változó szlengnevek miatt) vagy azok a korlátok, amelyek általában egy illegális viselkedés mérése során előjönnek: fontos figyelembe venni a szerhasználatra vonatkozó kérdések esetében az önbevallás mértékét a kérdés érzékenysége, a büntethetőség, a szégyenérzet, a társadalom kábítószerrel kapcsolatos attitűdje miatt. A fent említett módszertani korlátok miatt (a dizájnerszer mérési problémái) feltehetően a dizájnerszerek esetében nagyobb az alulbecslés a klasszikus szerekhez képest az általános populációs körében készült vizsgálatok esetében.

¹¹ Mivel az ellátásban dolgozóknál viszonylag gyorsan jelenhet meg az információ a szerhasználókon keresztül, előremutató tapasztalataikat, percepcióikat szükséges lenne összegyűjteni. Főként igaz lehet ez az alacsonyküszöbű ellátásokra, melyek azonban jelenleg Magyarországon kevésbé támogatott és így kevésbé elérhető kategória. Az intézményi adatszolgáltatás lassabb folyamatot eredményez a szabályozottság és az ellátó rendszerbe való bekapcsolódás miatt. A pontosabb szerhasználati mintázatok feltérképezésének érdekében így indokolt a kevert módszerek alkalmazása (Kaló et al. 2018; Mounteney 2009, idézi Kaló et al. 2018).

Elterjedtség

Iskoláskorú populáció

A fiatalok szerhasználati szokásait vizsgáló hazai kutatások az ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) mellett a HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) és az Ifjúságkutatás. A HBSC-kutatás legutóbbi két adatfelvétele (2014 és 2018) szerint is – életprevalencia-értékek alapján – első helyen a marihuána áll, második helyen az alkohol és gyógyszer együttes visszaélésszerű használata, harmadik helyen pedig az új pszichoaktív szerek (Arnold 2014, Paksi 2019). 2014-ben a dizájnerdrogok 4,5%-os életprevalencia-értéket mutatnak (Arnold 2014), 2018-ban pedig 6,9%-os prevalencia-értéket mértek a 9. és 11. évfolyamos tanulók körében (Paksi 2019). A 2012-es Ifjúságkutatás¹² eredményei szerint (Székely – Susánszky – Ádám 2013) a 15–29 évesek között legnépszerűbb a kannabisz 6%-os életprevalencia-értékkel. A dizájnerdrogok kipróbálása 0,5% körüli értéket mutat hasonlóan az LSD-hez és a klasszikus drogokhoz (heroin, kokain, amfetamin).

Az alábbiakban az ESPAD legutóbbi adatfelvételének eredményeit (Arnold 2020) mutatjuk be részletesebben: a dizájnerdrog-fogyasztás elterjedtségét kontextusba helyezzük a többi vizsgált szercsoporttal.¹³

A vizsgált szercsoportok közül a dizájnerdrog-fogyasztás a legkevésbé elterjedt a 9–10. évfolyamosok körében: az új pszichoaktív szer (ÚPSZ) használata a

¹² A 2016-os Ifjúságkutatás csak a barátok szerhasználatára kérdezett rá, a kérdezettek szerhasználati szokásait nem vizsgálta.

¹³ Az ESPAD-kutatásban több adatfelvételi hullámra visszamenőleg az alábbi képzett változókkal szoktuk mérni a szerfogyasztás elterjedtségét (Arnold 2020).

Tiltott szerek alatt azokat a szereket értjük, amelyek az ESPAD-kutatásban kezdetektől lekérdésre kerültek: marihuána/hasis, ecstasy, amfetaminok, LSD vagy más hallucinogének, crack, kokain, heroin.

Droghasználati célú szerfogyasztás: az „ESPAD tiltott szereken” kívül a mágikus gomba, GHB, metamfetaminok, szerves oldószerek, patron/lufi és a mefedron használatát soroljuk ebbe a kategóriába. Korábban az egyéb opiátok is ide tartoztak, de a 2019-es vizsgálatban ezt nem kérdeztük. Az egyéb drogok kategória is szerepelt a kérdőívben, azonban tekintve, hogy nagyon nagy volt a válaszhianyok száma, ami az adatok megbízhatóságát csökkenti, így az egyéb drogokat nem soroltuk a droghasználati célú szerfogyasztáshoz.

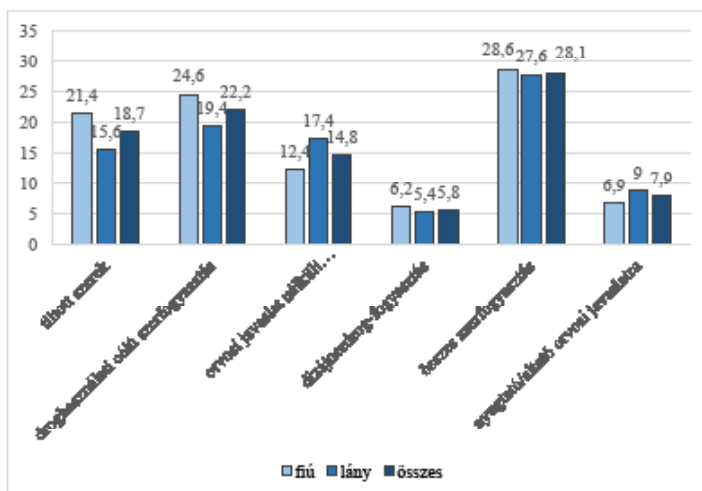
Orvosi javaslat nélküli gyógyszerek: a nyugtatók/altatók, fájdalomcsillapítók és az alkohol gyógyszerrel történő együttes fogyasztását jelenti.

Dizájnerdrog-fogyasztás: Az ESPAD-kutatás 2015 óta vizsgálja a dizájnerdrog-fogyasztás elterjedtségét, amely a szintetikus kannabinoidok és a szintetikus katinonok használatát foglalja magában. Kétféle módon kérdeztük a dizájnerdrog-fogyasztást: egyrészt az ESPAD-országokban kötelezően lekérdendő kérdést alkalmaztuk (ezt használjuk a trendelemzésnél), másrészt egy hazai kérdéssel is mértük a dizájnerdrog-fogyasztás elterjedtségét (ezt alkalmazzuk a legfrissebb eredmények bemutatásánál).

Összes szerfogyasztás: a fenti összes szert magában foglalja (droghasználati célú szer, orvosi javaslat nélküli szerfogyasztás, dizájnerdrog-fogyasztás).

9–10. évfolyamosok 5,8%-ra jellemző. Ennél több mint háromszor akkora arányban, a 9–10. évfolyamosok közel ötöde (18,7%) fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert, és 2,5-szer nagyobb arányban fogyasztottak a diákok visszaélészerűen gyógyszert (altatót, nyugtatót, fájdalomcsillapítót, hogy feldobjon, illetve gyógyszert alkohollal).

A nemi különbségeket vizsgálva a dizájnerfogyasztás és az összes szerfogyasztás tekintetében nem mutatható ki szignifikáns eltérés a fiúk és lányok között. Jelentősebb eltérés a tiltott szerek, a droghasználati célú szerfogyasztás, az orvosi javaslat nélküli gyógyszerfogyasztás, valamint a receptre felírt nyugtató, altató használatában mutatkozik meg. Míg a tiltott szerhasználat és a droghasználati célú szerfogyasztás inkább a fiúkra jellemző, addig a gyógyszerek használata akár receptre vagy anélkül a lányok fogyasztásában figyelhető meg jelentősebb mértékben.



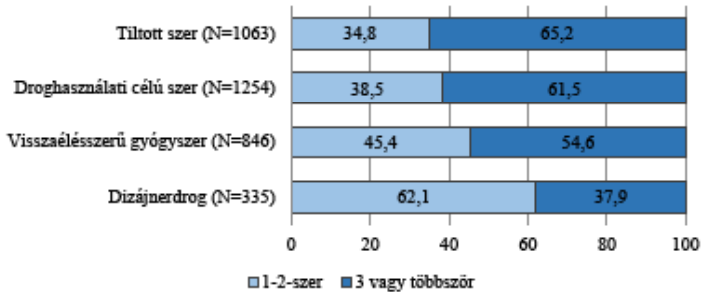
7.1. ábra

A különböző típusú szerfogyasztás életprevalencia-értéke a 9–10. évfolyamon tanuló diákok körében 2019-ben, nemenként (%) (Arnold 2020)

A dizájnerdrog-fogyasztók körében az egy-két alkalommal fogyasztók vannak többségben: a dizájnerdrogokat már fogyasztók 62,1%-a egy-két, 37,9%-a három vagy több alkalommal használt ÚPSZ-ot. Ezzel szemben a tiltott és a droghasználati szer esetében a fogyasztók jelentős többsége többszöri fogyasztónak és nem csupán kísérletezőnek tekinthető: a fogyasztók 34,8%-a 1-2-szer fogyasztotta a tiltott szerek valamelyikét, és 65,2%-uk 3 vagy több alkalommal használt már ilyen szert. A visszaélészerű gyógyszerfogyasztók körében is még mindig azon diákok vannak többségben, akik 3 vagy több alkalommal fo-

7. Dizájnertdrog-fogyasztás

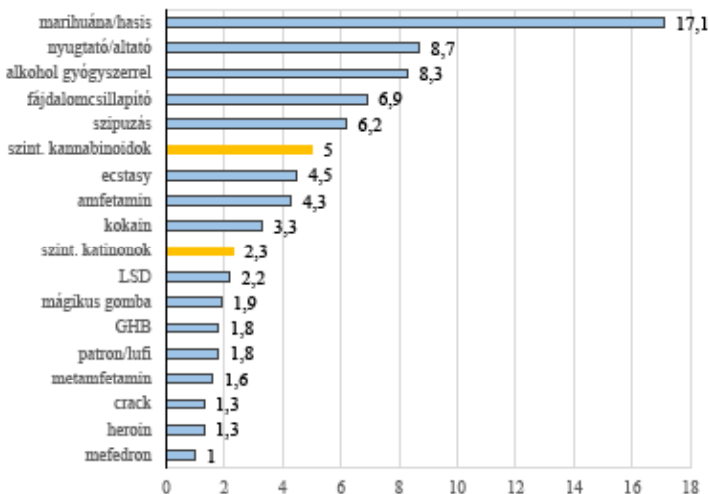
gyasztottak szert recept nélkül. A szerhasználat gyakorisága nem mutat szignifikáns eltérést a fiúk és a lányok között.



7.2. ábra

A szerhasználat gyakorisága a fogyasztók körében, 9–10. évfolyam, 2019-ben (%) (Arnold 2020)

A szerfogyasztás-piramisban a korábbi évekhez hasonlóan első helyen a kannabisz szerepel, amelyet a legális visszaélésszerű szerek követnek. A dizájnertdrogok közül a szintetikus kannabinoidok a rangsorban a 6. helyen, a szintetikus katinonok a 10. helyen szerepelnek. A rangsorban utolsó helyen található a mefedron, a heroin, a crack.

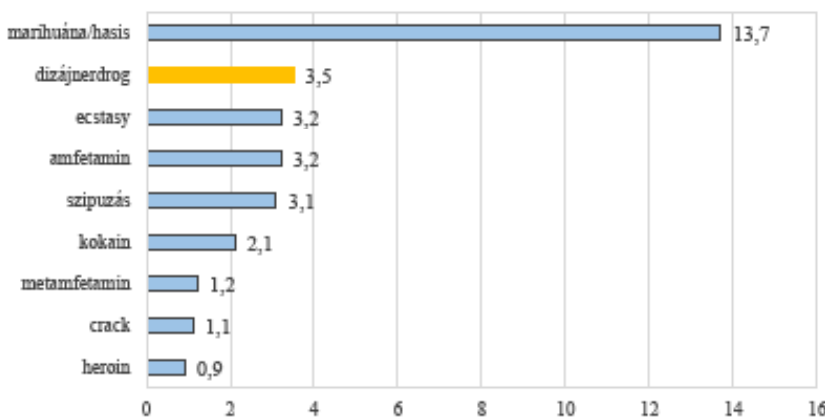


7.2. ábra

Szerenkénti életprevalencia-értékek a 9–10. évfolyamon tanulók körében 2019-ben (%) (Arnold 2020)

Ha a szerenkénti éves prevalencia-értékeket vizsgáljuk, akkor azt látjuk, hogy ez esetben is a kannabisz szerepel az első helyen: a 9–10. évfolyamos diákok 13,7%-a fogyasztott a kérdezést megelőző évben marihuánát vagy hasist. Második helyen közel holtversenyben a dizájnertdrog, az amfetamin, az ecstasy és a szipuzás szerepel 3% körüli prevalencia-értékekkel. A többi vizsgált szer éves prevalencia-értéke 1-2% körül van.

A diákok 7,3%-a kérdezést megelőző 30 napban is fogyasztott kannabiszt. Dizájnertdrogot a fiatalok 1,9%-a, inhalánst pedig 1,7%-uk használt a kérdezést megelőző hónapban.



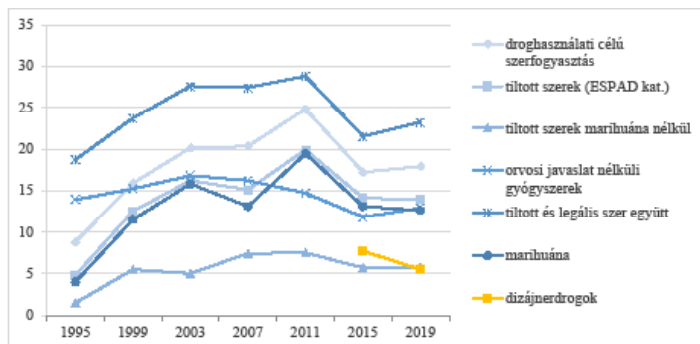
7.3. ábra

Szerenkénti éves prevalencia-értékek a 9–10. évfolyamon tanuló diákok körében 2019-ben (%) (Arnold 2020)

A drogfogyasztás mutatói jellemzően nem változtak 2015 és 2019¹⁴ között, egyedül az ÚPSZ értéke csökkent, a visszaélésszerű gyógyszer, valamint a tiltott és a legális szer együttes rátájában tapasztalható némi emelkedés.

¹⁴ A korábbi adatok elemzésétől eltekintünk, tekintettel arra, hogy jelen fejezet a dizájnertdrog-fogyasztás elterjedtségének a bemutatására fókuszál, amelyről 2015 óta áll rendelkezésre adat.

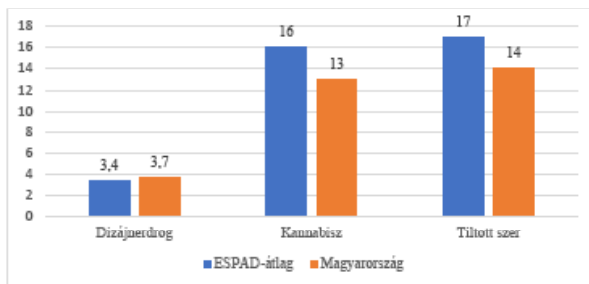
7. Dizájn drog-fogyasztás



7.4. ábra

A drogfogyasztás főbb mutatói (életprevalencia-érték) változása¹⁵
a 16 éves diákok körében 1995 és 2019 között (Elekes – Arnold 2020)

Hazánkban valamelyest magasabb a dizájn drogokat kipróbálók aránya az ESPAD-átlaghoz viszonyítva, ezzel szemben a kannabiszfogyasztás és tiltott szerhasználat esetében átlag alatt helyezkedünk el. Hazánkhoz hasonlóan ESPAD-átlagban is a kannabiszfogyasztás markánsabban jellemző a diákokra, mint a dizájn drog-fogyasztás, és ez előbbi szer teszi ki a tiltott szerhasználat jelentős részét.

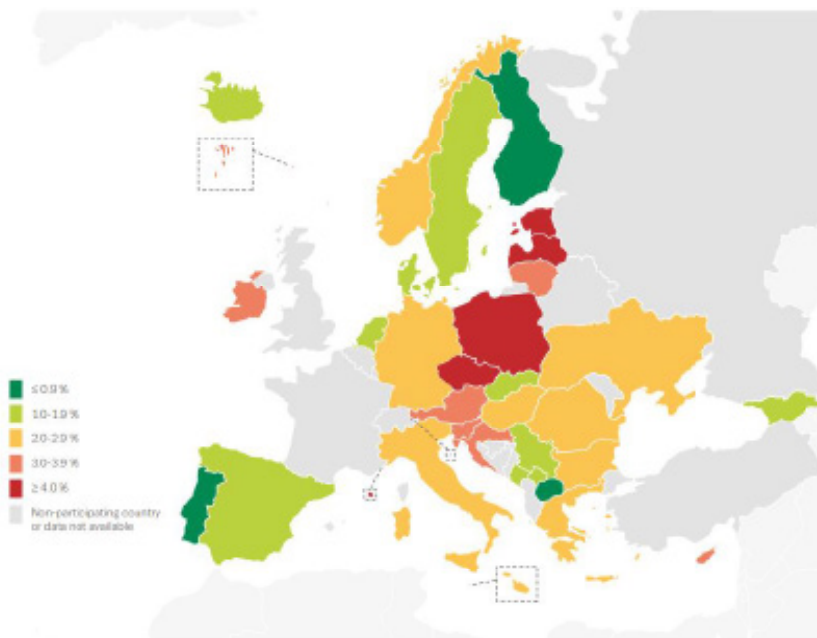


7.6. ábra

Dizájn drog-fogyasztás, kannabisz és tiltott szerhasználat életprevalencia-értéke
a 16 évesek körében Magyarországon és ESPAD-átlagban, 2019-ben, (%)
(Saját szerkesztésű ábra, adatok forrása: ESPAD Group 2020)

¹⁵ Az 1995-ös, 1999-es és 2003-as adatfelvételben külön kérdésben szerepelt az altató, ezt követően 2007-től minden adatfelvételi hullámban a nyugtató az altatóval együtt került lekérdézésre. 2015-ben és 2019-ben kérdeztük: „fájdalomcsillapító, hogy feldobjon” – a korábbi adatfelvételi hullámokban a visszaélésszerű gyógyszer nem tartalmazza ezt a legális szert. A droghasználati célú szerfogyasztás és a legális, illegális szer együttes életprevalencia-értéke azokat a szereket tartalmazza, amiket az adott adatfelvételi hullámban kérdeztünk. Ennek fényében ezen képzett változók értelmezésével körültekintően kell eljárni.

Ha nemzetközi kontextusban vizsgáljuk, hol helyezkedik el a hazai tanulók ÚPSZ-használata az európai térségben, akkor azt láthatjuk, hogy Magyarország a közepesen érintett országok közé tartozik. A legmagasabb éves prevalencia-értéket Lengyelországban, Csehországban, Észtországban és Lettországból mérték, a legalacsonyabb Finnországban, Koszovóban és Portugáliában tapasztalható.

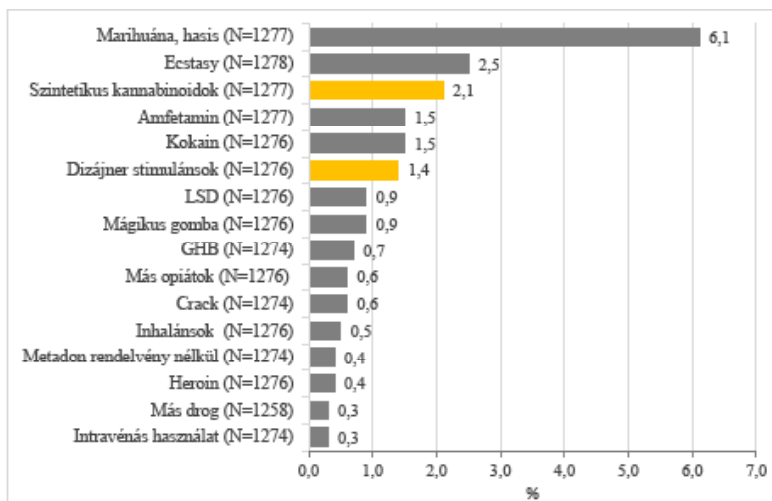


7.7. ábra

Dizájnerdrog-fogyasztás éves prevalencia-értéke az ESPAD-országokban
(The ESPAD Group 2020: 74)

Felnőtt populáció

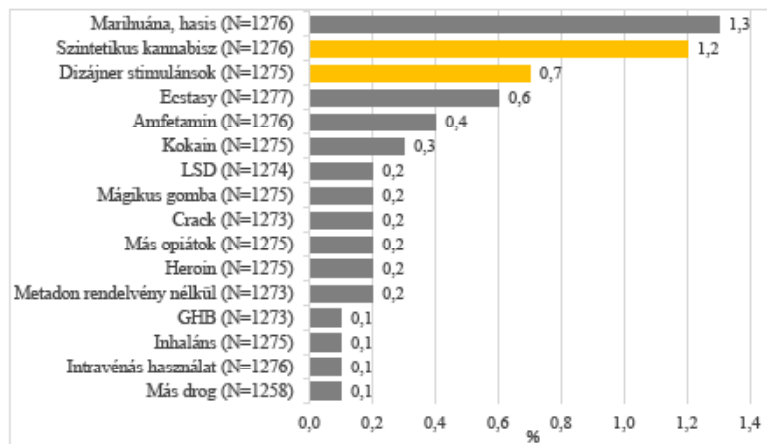
A felnőtt népességben készült országos vizsgálat (Paksi et al. 2021) eredményei szerint a fiatalokhoz hasonlóan a legnépszerűbb szer a kannabisz (Paksi – Pillók 2021), amelyet a hagyományos stimulánsok és az új pszichoaktív szerek követnek, a szintetikus kannabinoidok a 3., a dizájner stimulánsok az 5. helyen szerepelnek.

**7.8. ábra**

Szerenkénti életprevalencia-értékek a 18–64 éves populációban

(az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók %-ában) (Paksi – Pillók 2021)

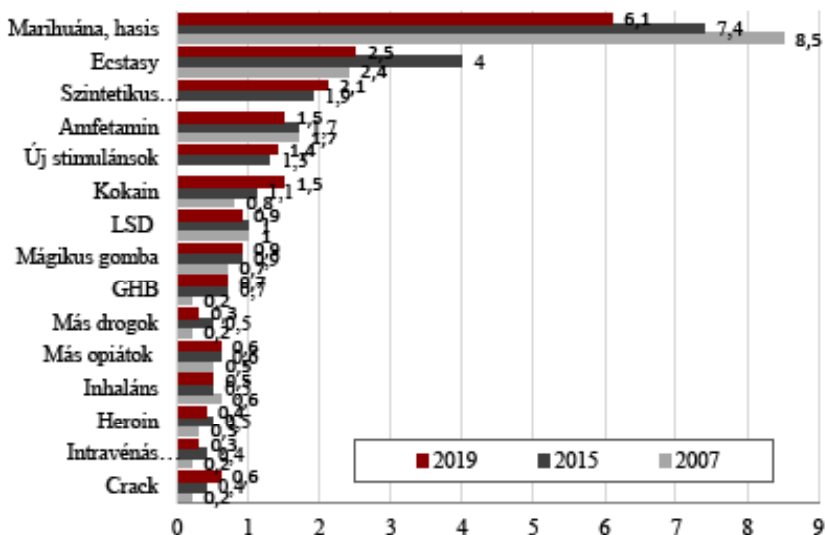
Az új pszichoaktív szerek fontossága az éves prevalencia-értékek alapján még inkább megmutatkozik: a marihuána/hasis, a szintetikus kannabinoidok és a dizájner stimulánsok „dobogós” helyen szerepelnek.

**7.9. ábra**

Szerenkénti éves prevalencia-értékek a 18–64 éves populációban

(az OLAAP 2019 vizsgálat adatai alapján, a válaszolók %-ában) (Paksi – Pillók 2021)

A felnőtt lakossági kutatások adatai (Paksi 2021) azt mutatják, hogy a hagyományos tiltott szerek népszerűségi sorrendje lényegében nem változott. Az elmúlt 12 évben a marihuána/hasis életprevalencia-értéke szignifikánsan csökkent, a kokainé pedig tendencia jelleggel növekedett, az ecstasy életprevalencia-értéke 2015-ben átmenetileg szignifikánsan növekedett, majd 2019-re visszaesett a 2007-es szintre. Az új pszichoaktív szereket kipróbálók aránya nem változott 2015 és 2019 között.



7.10. ábra

A különböző tiltott drogok életprevalencia-értékének alakulása 2007–2019 között a 18–64 éves népességben (a válaszolók %-ában)
(Paksi – Pillók 2021, Paksi, 2009, Paksi et al. 2018)

Országok szerinti nemzetközi összehasonlító adatok nem állnak rendelkezésre a felnőtt populációra vonatkozóan. Minden európai ország az EMCDDA felé jelenti az alkohol-, drogfogyasztással és dohányzással kapcsolatos adatokat is, azonban az EMCDDA az ÚPSZ-szal kapcsolatos országok szerinti adatokat nem teszi közzé,¹⁶ csupán egy minimum, maximum értéket és egy átlagot ír arra a 15 országra, akik jelentettek ilyen adatot 2015 és 2018 közötti időszakra vonatkozó-

¹⁶ A Nemzeti Drog Fókuszpont szakértője szerint a visszaélészerű gyógyszer- és dizájnerszer-fogyasztás esetében elég heterogén a lekérdezés módja az egyes országokban, ami megnehezíti az adatok összehasonlítását – ez az oka annak, hogy az EMCDDA nem közöl országok szerinti adatokat erre a két szercsoportra, csupán a klasszikus szerekre.

an (EMCDDA 2021): a 15–64 éves populációban a legalacsonyabb életprevalencia-érték 0,1%, a legmagasabb 1,4%, az átlag pedig 0,6%. Hazánkban a 18–64 évesek 1,3%-a fogyasztott a kérdezést megelőző évben dizájnerdrogot, ami az európai átlagnak feleltethető meg (Paksi – Pillók 2021).

Társadalmi háttér

Ebben a fejezetben bemutatjuk, melyek azok a tényezők az iskoláskorúak és a felnőtt népesség körében, amelyek hozzájárulhatnak a gyakoribb szerfogyasztáshoz.

A dizájnerszer-használókat a klasszikus tiltott szerhasználókkal összehasonlító elemzés (Arnold et al. 2021) részben alátámasztja a korábbi elemzések megállapítását (Elekes 2017, Csák et al. 2017, Champion et al. 2016), mely szerint a dizájnerszer-használók jellemzően nem mutatnak más mintázatot a többi szerhasználathoz képest. Azonban számos változó mentén némi eltérés figyelhető meg az ÚPSZ és a klasszikus használók mintázódásában.

A család szubjektív mutatói (szülői kontroll, szülőkkal való kapcsolat, családi támogatás), az iskolai integráltság, valamint a mentális egészség (pl. depresszió, önbecsülés), egészség-magatartás (pl. értékek, egészséges életmód) és a szabadidő eltöltésének mutatói hasonló tendenciát mutatnak a dizájnerszer-, valamint a tiltott szerfogyasztással (Arnold et al. 2020, Elekes – Arnold 2020, Elekes 2020).

Minél kisebb a szülői kontroll – tehát minél kevésbé tudnak arról, hol tölti a gyerek a szombat estét –, minél elégedetlenebb a diák az anyával, apával való kapcsolattal, minél kisebb érzelmi támaszt jelent a család a gyerek számára, illetve minél többet lóg az iskolából, annál nagyobb valószínűséggel fogyaszt gyakrabban dizájner-/tiltott drogot.

Az ÚPSZ-használat és tiltott szerfogyasztás szignifikáns negatív kapcsolatot mutat a szubjektív egészségi állapottal, az egészségérték és az egészség-magatartás indexeivel: minél rosszabbul ítéli meg az egészséget a diák, minél kevésbé fontos az egészség számára, és minél kevesebbet tesz azért, hogy egészségesen éljen, annál nagyobb valószínűséggel fogyaszt gyakrabban drogot. A depresszió, az önbecsülés hiánya, a normátlanság, az elidegenedés jelenléte kockázati tényezőként mutatkozik.

Minél inkább jellemző a fiatalokra a máshol eltöltött (aktív, elmenős) szabadidő, annál nagyobb gyakorisággal fogyasztanak valamilyen szert. A családdal eltöltött szabadidő egyértelműen kevésbé visszatartó hatású a szerfogyasztás szempontjából, mint az interneten vagy közösségi médián töltött szabadidő.

Az alábbi jellemzők mentén figyelhetők meg eltérések az ÚPSZ-használók és a klasszikus szerhasználók között (Arnold et al. 2020, Elekes – Arnold 2020, Elekes 2020, Arnold et al. 2021):

Családszerkezet: A teljes család mind a tiltott szer, mind a dizájnerdrog esetében megóvó erővel bír, az édesszülő nélküli család pedig egyértelműen rizikótényezőt jelent, azonban a dizájner esetében nagyobb kockázati tényezőnek mutatkozik az édesszülő nem léte.

Iskolai végzettség és szubjektív anyagi helyzet: A dizájnerszer-használat inkább az alacsonyabb iskolai végzettségű szülővel rendelkező diákokra jellemző, ezzel szemben a tiltott szerhasználat az iskolázottabb családok körében fordul elő markánsabban. Míg a tiltott szerfogyasztás inkább jellemző a jómódú családokra, addig a dizájnerdrog-fogyasztás az átlag alatti anyagi helyzetű családok gyermekei körében figyelhető meg nagyobb arányban. E két mutató azt jelzi, hogy a dizájnerdrog-fogyasztás a társadalom alsóbb rétegeire jellemző, ami összhangban van egy nemrégiben készült megfigyeléses vizsgálat eredményeivel (Dávid – Strausz 2021), mely szerint a társadalmi jólét és a szintetikus kannabinoid használata között fordított kapcsolat figyelhető meg: minél nagyobb a jólét, annál kisebb arányban fordul elő dizájnerszer-használat.

Iskola típusa: Mind a tiltott szer, mind az ÚPSZ esetében leginkább a szakközépiskolában tanuló diákok érintettek a szagimnáziumhoz, gimnáziumhoz képest, bár e különbség csak a dizájnerdrog-fogyasztás esetében mutatkozik jelentősnek.

Baráti támogatás, baráti kapcsolatokkal való elégedettség: A tiltott szerhasználatban – korábbi elemzésekkel összhangban (Arnold – Zsiros – Költő – Simon – Németh 2013) jellemzően a társas hatás nyilvánul meg, és a kortársaknak, a nagyobb társas aktivitásnak – ami a serdülőkori normatív fejlődés része – meghatározó szerepe van a szerhasználatban, ezzel szemben a dizájnerdrog-fogyasztás esetében épp ellenkező eredményt kaptunk: inkább a magányosabb, visszahúzódozó diákokra jellemző, azokra a tanulóokra, akiknél kisebb társas aktivitás figyelhető meg, és a kortársak kevésbé töltenek be meghatározó szerepet az életükben.

A felnőtt populációban sem jelentenek önálló és új fogyasztói csoportot a dizájnerdrogokat kipróbálók (Paksi 2017). Az általános populációs adatok alapján az ÚPSZ-eket (is) használók demográfiai sajátosságai a hagyományos szereket használókhoz hasonlóak, urbanizációs, gazdasági és kulturális státusuk tekintetében pedig az általános népesség jellemzőit hordozzák (Paksi 2017: 65). A felnőtt népesség ÚPSZ társadalmi mintázatára szintetikus kannabinoid és szintetikus katinon bontásban vannak adatok (Paksi 2020, NDF 2020).

A szintetikus kannabinoid használata esetében az életkor, a nem, a lakhely urbanizációs foka, a családban előforduló deviáns minták, a vallásossággal kap-

csalatos nézetek, valamint a relatív anyagi helyzettel kapcsolatos percepciók mentén tapasztalható szignifikáns különbség. A férfiak körében a szintetikus kannabinoidokat kipróbálók aránya mintegy ötször akkora, mint a nők körében, a fiatal felnőttek érintettsége pedig közel négyszerese az idősebbeknek. A deviáns családi minták, a vallással kapcsolatos identitás bizonytalansága, az átlagosnál jobb anyagi helyzet (a kérdezettek megítélése szerint) kockázati tényezőknek mutatkozik, illetve az 50 ezer fő feletti városokban élők fokozottan érintettek a kisebb településekhez, illetve a fővároshoz képest (Paksi 2020, NDF 2020).

A dizájn stimulánsokat kipróbálók aránya szignifikánsan magasabb a férfiak, az 50 ezer lakosnál nagyobb településen (de nem a fővárosban) élők, a saját percepcióik szerint szélső (az átlagosnál jobb vagy rosszabb) anyagi helyzetben élők, a vallásosságuk tekintetében bizonytalanok, a családi környezetükben több deviáns mintát látók, a társas kapcsolataikkal és egészségi állapotukkal kevésbé elégedettek körében (Paksi 2020, NDF 2020).

Hivatkozások

- Arnold P. (2014): Rizikó-magatartás. Drogfogyasztási szokások. In: Németh Á. – Költő A. (szerk.): *Egészség és egészség-magatartás iskoláskorban*. <https://mek.oszk.hu/16100/16119/16119.pdf>. (Letöltés ideje: 2021. 04. 19.)
- Arnold P. (2020): Egyéb drogok, új pszichoaktív szerek. In: Elekes Zs. – Arnold P. – Bencsik N. (szerk.): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest, 28–35.
- Arnold P. – Bencsik N. – Elekes Zs. (2021): Új szerek – új mintázatok? Dizájn drogok társadalmi mintázata a 2019-es hazai ESPAD adatok tükrében. *Egészségfejlesztés*. Megjelenés alatt.
- Arnold P. – Elekes Zs. – Bencsik N. (2020): Család és iskola. In: Elekes Zs. – Arnold P. – Bencsik N. (szerk.): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest, 44–67.
- Arnold P. – Zsiros E. – Költő A. – Simon D. – Németh Á. (2013): Fokozott társas aktivitás mint a droghasználat és a lerészegedés rizikófaktor a serdülőkorú fiatalok körében. In: Vargha A. (szerk.): *Kapcsolataink világa: Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlés: Kivonatkiötet*. Magyar Pszichológiai Társaság, Budapest, 116–117. <https://m2.mtmt.hu/gui2/?mode=browse¶ms=publication;2329952> (Letöltés ideje: 2021. 07. 21.)
- Champion, K. E. – Teesson, M. – Newton, N. C. (2016): Patterns and correlates of new psychoactive substance use in a sample of Australian high school students. *Drug and Alcohol Review* 35(3): 338–344. DOI: 10.1111/dar.12312

- Csák R. – Arnold P. – Németh Á. (2017): Dizájnernedro-fogyasztás a serdülőkorú fiatalok körében – HBSC-kutatás 2013/2014. In: Felvinczi K. (szerk.): *Változó képletek – új(abb) szerek: kihívások, mintázatok*. L'Harmattan, Budapest, 11–24.
- Dávid F. – Strausz R. (2021): A Józanság Háza projekt – beszámoló terepmunkáról. Kék Pont Alapítvány, Budapest. Kézirat.
- Drapalova E. – Belackova V. – Cadet-Tairou A. (2020): How to ask about the use of new psychoactive substances to increase the validity of results in self-report prevalence surveys. *Drug and Alcohol Review*, 39(3): 278–286. DOI: 10.1111/dar.13036
- Elekes Zs. (2017): Új pszichoaktív szerek a 2015. évi ESPAD-kutatásban. In: Felvinczi K. (szerk.): *Változó képletek – új(abb) szerek: kihívások, mintázatok*. L'Harmattan, Budapest, 25–44.
- Elekes Zs. (2020): Egészségtudatosság és mentális egészség. In: Elekes Zs. – Arnold P. – Bencsik N. (szerk.): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest, 68–78.
- Elekes Zs. – Arnold P. (2020): Barátok és szabadidő. In: Elekes Zs. – Arnold P. – Bencsik N. (szerk.): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest, 79–88.
- EMCDDA (2019). EMCDDA operating guidelines for the European Union Early Warning System on new psychoactive substances. DOI: 10.2810/027404
- EMCDDA (2020): *European Drug Report 2020: Trends and Developments*. DOI: 10.2810/420678
- EMCDDA (2021): *European Drug Report 2021: Trends and Developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- ESPAD Group (2020): *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Jámbor G. (2015): Az új pszichoaktív anyagok és az Internet. https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/34576/Themis_2015_dec_Jambor_Gellert_104-141.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Letöltés ideje: 2021. 04. 23.)
- Kaló Zs. – Szabó R. – Bálint R. – Péterfi A. – Port Á. – Szatmári D. – Tarján A. – Horváth G. (2018): *Az új pszichoaktív szerek monitorozása kulcsszakértők bevonásával Magyarországon 2017–2018-ban*. Nemzeti Drog Fókuszpont. Kutatási beszámoló, Kézirat.
- Kapitány-Fövény M. – Rácz, J. (2018): Synthetic cannabinoid and synthetic cathinone use in Hungary: A literature review. *Developments in Health Sciences*, 1(3): 63–69. <https://doi.org/10.1556/2066.2.2018.18>

- NDF – Nemzeti Drog Fókuszpont (2011): *2011-es ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára. „MAGYARORSZÁG”. Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról.* http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2020_HU.pdf (Letöltés ideje: 2021. 04. 23.)
- NDF – Nemzeti Drog Fókuszpont (2020): *2020-as ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára.* http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2020_HU.pdf (Letöltés ideje: 2021. 06. 09.)
- Éves jelentés (2020): *2020-as éves jelentés (2019-es adatok) az EMCDDA számára.* Nemzeti Drog Fókuszpont. Budapest. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/EMCDDA_jelentes_2020_HU.pdf. (Letöltés ideje: 2021. 06. 09.)
- Paksi B. (2009): Populációs adatok alakulása. In: Felvinczi K. – Nyírády A. (szerk.): *Drogpolitika számokban.* Budapest, L'Harmattan, 81–141.
- Paksi B. (2017): ÚPSZ-használattal kapcsolatos epidemiológiai tapasztalatok az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP 2015) című kutatás alapján. In: Felvinczi, K. (szerk.): *Változó képletek – új(abb) szerek: kihívások, mintázatok.* L'Harmattan, Budapest, 45–68.
- Paksi B. (2019): Drogfogyasztási szokások. In: Németh Á. – Várnai D. (szerk.): *Kamaszélelmód Magyarországon.* L'Harmattan, ELTE PPK, Budapest, 88–109.
- Paksi, B. (2020): OLAAP 2019 – GPS adatok elemzése. Kézirat.
- Paksi B. – Demetrovics Zs. – Magi A. – Felvinczi K. (2018). A magyarországi felnőtt népesség droghasználata – az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73.4/2: 541–565. <https://akademai.com/doi/pdf/10.1556/0016.2018.73.4.2>
- Paksi B. – Pillók P. – Magi A. – Demetrovics Zs. – Felvinczi K. (2021): Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2019 reprezentatív lakossági felmérés módszertana. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 23(1): 184–207.
- Paksi B. – Pillók P. (2021): Drogfogyasztás. In: Paksi B. – Demetrovics Zs. (szerk.): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Szenvedélyeink a lakossági kutatások tükrében.* L'Harmattan, Budapest.
- Rácz J. – Csák R. – Márványkövi F. (2017): Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használoinak vizsgálata vidéki szegregátumokban. Magyar Addiktológiai Társaság, Emberi Erőforrások Minisztériuma, Budapest.
- Székely A. – Susánszky É. – Ádám Sz. (2013): Fiatalok kockázati magatartása. In: Székely L. (szerk.) (2013): *Magyar ifjúság 2012.* Kutatópont, Budapest, 179–210.

Ajánlott irodalom

- Felvinczi, K. – Benschop, A. – Urbán, R. – Van Hout, M. C. – Dąbrowska, K. – Hearne, E. – Henriues, S. – Kaló, Zs. – Kamphausen, G. – Silva, J. P. – Wiczorek, Ł. – Werse, B. – Bujalski, M. – Demetrovics, Zs. – Korf, D. (2020): Discriminative characteristics of marginalised novel psychoactive users: A transnational study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(4): 1128–1147.
- Hajdu M. (2018): Kockázati magatartások és szexualitás a magyar fiatalok körében. In: Nagy Á. (szerk.): *Margón kívül magyar ifjúságkutatás 2016*. 154–177.
- Hüse L. – Huszti É. – Takács P. (2016): A gyermekvédelem peremén – Negatív életesemények hatása a kamaszok és fiatalok egészségkárosító magatartására. *Metszetek*, 5(4): 80–108. DOI: 10.18392/metsz/2016/4/5.
- Szécsi J. (2017): Újfajta pszichoaktív szerek használata a mélyszegénységben élők körében – kutatási tapasztalatok. In: Felvinczi K. (szerk.): *Változó képletek – új(abb) szerek: kihívások, mintázatok*. Budapest, L'Harmattan, 69–86.
- Székely A. – Susánszky É. – Ádám Sz. (2013): Fiatalok kockázati magatartása. In: Székely L. (szerk.) (2013): *Magyar ifjúság 2012*. Kutatópont, Budapest, 179–210.
- Székely L. (2018): *Magyar fiatalok a Kárpát-medencében. Magyar Ifjúságkutatás 2016*. Kutatópont Kft.; Enigma 2001 Kiadó és Médiaszolgáltató Kft., Budapest.

8. Dohányzás

■ ■ ■ ELEKES ZSUZSANNA – BENCSIK NÓRA

Módszertani kérdések

A dohányzásra vonatkozóan is számos makrostatisztikai adat áll rendelkezésre. Ezek közül a legfontosabbak a dohányzásra visszavezethető haláloki és megbetegedési statisztikák. A dohányzás összesen 15 diagnóziscsoportban okoz megbetegedéseket (Vitrai 2012). A dohányzással legszorosabb összefüggést mutató megbetegedések a kardiovaszkuláris, a daganatos és a légzőszervi megbetegedések (WHO 2018). A kutatások többsége a dohányzás okozta több-lethalalozás becslésére a Centers for Disease Control and Prevention (CDC) által ajánlott módszert használja, amely a surveyadatokon alapuló prevalencia-értékek és a dohányzásra visszavezethető halálokok alapján becsüli a dohányzás okozta egészségterheket (a CDC-ről részletesen ír Wéber 2016). A CDC módszertani ajánlásain végzett számításokat Magyarországon Józán és Radnóti (2002), Vitrai (2012), Wéber (2016).

Az önbevallásos, survey alapú vizsgálatok, más szerekhez hasonlóan, a dohányzás esetében is elsősorban a mennyiséget és a gyakoriságot mérik. Elődöntendő kérdés ezen kutatások kapcsán, mely nikotin tartalmú termékekre terjedjen ki a vizsgálat. Míg korábban egyértelmű volt a cigaretta, a pipa és a szivar használatának a kutatása, az utóbbi években terjedő alternatív termékek (e-cigaretta, hevített cigaretta, vízipipa, rágódohány) vizsgálata is egyre inkább előérbe kerül.

Alternatív dohányzási formák:

Az **e-cigaretta** (eletronic nicotine delivery systems – ENDS) olyan elektronikus eszközök gyújtóneve, aminek a segítségével nikotintartalmú (de dohányt nem tartalmazó), vagy nikotinmentes pára fogyasztható szipkán keresztül. Első megjelenése a 60-as évekre tehető, azonban nagyobb népszerűsége a 2000-es években tett szert: bár Herbert Gilbert 1963-ban benyújtotta a füstmentes cigaretta („smokeless”) szabadalmát, az általa akkor megkeresett cégek nem találtak benne üzleti potenciált. A jelenleg használt e-cigaretta-típus Hon Lik kínai gyógy-

szerész nevéhez fűződik. Mindkét feltaláló csökkenteni kívánta a dohányzással járó egészségügyi következményeket a füstmentes gőzzel (Farkas et al. 2021).

A hevített/hevítéses dohánytermékek az elektromos eszközöktől eltérően – mint a neve is mutatja – dohányt is tartalmaznak. Ezeket a dohánytartalmú rudakat, kapszulákat az eszköz hevíti fel – de nem történik égés, mint a hagyományos dohánytermékeknél. Ilyen eszköz például az IQOS termékei (Eurobarometer 2021).

A vízipipa (egyéb elnevezései: hookah, shisha) használata kb. 400 éve jelenhetett meg Perzsia és India területén. Az arab világban mindig is nagy népszerűségnek örvendett, az utóbbi évtizedekben pedig Európában és Észak-Amerikában is népszerűvé vált, főként a fiatalok körében (Farkas et al. 2021).

A hagyományos dohánytermékek káros hatásainak szélesebb körű megismerése, köztudatba épülése hozzájárulhatott az elektromos változat terjedéséhez, ugyanis az elektromos eszközöknek kevesebb káros következményt tulajdonítottak/tulajdonítanak, sőt, a dohányzási leszokást elősegítő eszközként is tekintenek rá (Farkas et al. 2021). Mindezek és a reklámokra, megjelenésekre vonatkozó szabályozottság hiánya tovább erősíthette az alternatív dohányzási formák terjedését (McKelvey et al. 2018). Hasonlóan az e-cigarettához, a vízipipa népszerűségét növeli az az elterjedt nézet, miszerint a vízen történő áthaladással csökken a dohányzás okozta problémás következmények hatása, mert a víz kiszűri a leginkább káros anyagokat. Míg ezeknek a kártékony anyagoknak egy része valóban kiszűrődhet, a szervezetbe jutó füst mennyisége 100–200 hagyományos cigarettának felel meg egy vízipipa szeánsz (20–80 perc) alkalmával (WHO 2005).

Az alacsonyabb kockázati faktor képét erősítheti, hogy ezen eszközök beltéri használata jellemzően megengedett, ami tehát növelheti a használati hajlandóságot.¹⁷ További vizsgálándó kockázati tényező a belső közösségi terekben való használattal járó növekvő passzív dohányzás (McKelvey et al. 2018).

A fentebb említett alternatív eszközökhöz társított alacsony ártalmasság meg-növekedett használathoz vezethet, valamint a nikotintartalmú folyadékok miatt magas a függőség kialakulásának kockázata. Az egészségügyi következmények tekintetében még szintén további vizsgálatok szükségesek a káros és a leszokást segítő hatások tekintetében egyaránt. A használói magatartás és a prevalencia vizsgálata összetett, gyakori az elektromos cigarettá és a hagyományos dohánytermékek párhuzamos használata (Nagy 2019, Farsalinos et al. 2016).

¹⁷ Az Eurobarométer 2020-as adatfelvételében a megkérdezettek egyharmada nyilatkozott úgy, hogy legutóbbi tapasztalatai szerint megjelenik az e-cigaretta beltéri használata a vendéglátóhelyeken. Magyarország e tekintetben kedvező helyet foglal el, a válaszadók 12% állította ezt (Eurobarometer 2021).

Az eszközök technológiai működése nagy heterogenitást mutat, emellett a szabályozottsága kevésbé precíz és körülhatárolt a hagyományos dohánytermékekhez képest. Utóbbival összefüggésben a piaci viszonyok is bonyolultak, ami teret ad a legális és nem legális terjesztési csatornáknak egyaránt (Farkas et al. 2020). A WHO (2020) felhívja a figyelmet, hogy a szabályozottság hiánya forgalmi növekedéshez vezethet. Az Eurobarométer 2020-as adatai szerint a válaszadók 33–43%-a (elektromos eszközök, tartozékok, hevített eszközök közötti eltérés) találkozott ezeknek a termékeknek a hirdetéseivel. Ezt mutatja, hogy míg például a hagyományos dohánytermékek esetében az ízesített verziók kivonásra kerültek a forgalomból, ez esetben pont a sokféle, különleges ízesítés az egyik legnagyobb vonzerő (Eurobarometer 2021). Ezek a fogalmi átfedések több ponton teszik komplikáltabbá a kérdőíves vizsgálatokat.

A WHO (2019) adatai szerint szisztematikus adatgyűjtés 2013 óta valósul meg 42 ország részvételével, a részvételi országok száma azonban még nem teszi lehetővé a globális adatok értékelését.

A kutatások értelmezését, összehasonlíthatóságát nehezíti az országok közötti – már többször említett – heterogén fogalmi, jogi és szabályozottsági keretek. Ezek a fogalmi átfedések több ponton teszik komplikáltabbá a kérdőíves vizsgálatokat. Ilyen nehezítő körülmény lehet továbbá a kérdőíves vizsgálatok során az elektromos eszközök (e-cigaretta, e-pipa) szerinti, valamint a nikotintartalom szerinti vizsgálat (dohányzást csupán imitáló, tehát nikotinmentes, de elektronikus termékek) vizsgálata. Gyakori, hogy a használók sem tudatosak és informáltak (McKelvey et al. 2018). Szintén a nem pontos fogalomhasználattal függ össze, hogy a hevített és elektromos eszközök egy kategóriát jelentenek többek között az ESPAD, a The Global Youth Tobacco Survey (GYTS) kérdőívében, ugyanakkor az Eurobarometer megkülönbözteti azokat a két kategória teljes szétválasztásával.

A normálpopulációs vizsgálatok rávilágítanak a serdülőkori és a fiatal felnőttkori fokozott használatra, azonban pont emiatt további kutatások lennének szükségesek a használati motívumok vizsgálatára a különböző korcsoportokban, valamint az életkori sajátosságok további kutatási irányt jelölnek ki a más típusú szerhasználatra vonatkozóan (Chapman – Wu 2014).

Az e-cigaretta használata vizsgálatának egy másik fontos aspektusát jelöli ki Amato, Boyle és Levy (2015). A hagyományos dohánytermékeket fogyasztók esetében indokolt lehet vizsgálni az alacsonyabb kockázati és addikciót okozó faktorokat, melyek elősegíthetik az áttérést vagy akár a leszokást.¹⁸ Ugyanakkor

¹⁸ Az Eurobarometer 2020-as adatfelvételének eredményei szerint az e-cigarettázók 57%-a (4 százalékponttal alacsonyabb érték a 2017-es adatokhoz képest) a hagyományos dohánytermékek csökkentése, leszokása miatt kezdte el ezeket az eszközöket használni; további 37% pedig az alacsonyabb kockázati tényezők miatt, 2017-ben ez a motiváció a válaszadók 31%-át jellemezte.

fontos figyelembe venni a növekvő népszerűséggel és az alacsony szabályozottsági háttérrel összefüggésben, hogy ezek a termékek belépési termékként jelenhetnek meg a korábban egyáltalán nem dohányzók számára, valamint viszsztatérési eszközt jelenthetnek-e ezek az alternatív dohányzási formák a hagyományos dohánytermékekről leszokó egyén esetében.

A dohányzással kapcsolatos kutatások gyakran mérik a passzív dohányzás méreteit (passzív dohányzásban érintettek aránya otthon, munkahelyen, kormányzati-egészségügyi, oktatási intézményben, vendéglátóipari egységben, tömegközlekedési eszközön, illetve kiemelt korcsoportok szerint: óvodások, iskolások, felnőttek) (Demjén et al. 2011).

Elterjedtség

Nemzetközi tendenciák

A WHO becslése szerint évi 7 millió ember halála vezethető vissza dohányzásra, ebből 1,2 millió passzív dohányzásra. A dohányzás az egyik legnagyobb elkerülhető egészségügyi kockázat az Európai Unióban is, átlagosan 300 000 idő előtti halálozás okozója évente. A dohányosok fele átlagosan 14 évvel korábban hal meg, mint az átlag (OECD 2019).

2016-ban mintegy 1,6 milliárd ember dohányzott a földön, a férfiak 34%-a és a nők 6%-a (WHO 2018). Az OECD-országokban a felnőtt népesség 18%-a napi rendszerességgel dohányzik, országonként igen nagy különbséggel: Görögországban, Törökországban és Magyarországon a napi dohányzók aránya meghaladja a 25%-t, Izlandon vagy Mexikóban pedig 10% alatt marad (OECD 2019).

A dohányzók aránya a legtöbb országban csökkent az elmúlt években.



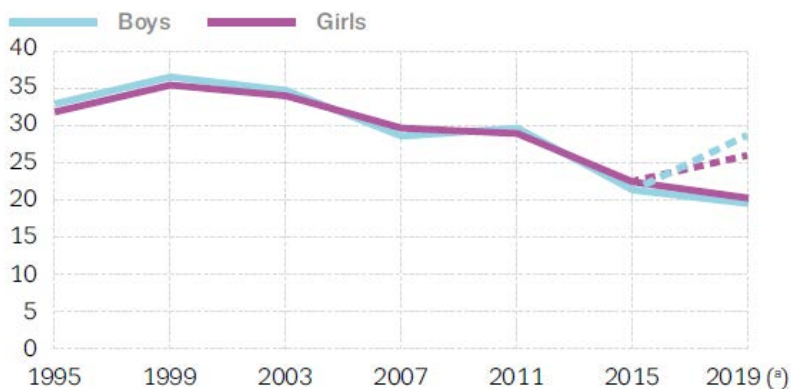
8.1. ábra

A napi dohányzók aránya 2007-ben és 2017-ben (vagy a legközelebbi évben)
(OECD 2019: 89)

A fiatalok körében is elterjedt a dohányzás. A HBSC-kutatás nemzetközi eredményei a 13 és 15 éves diákok esetében szintén a dohányzás csökkenését jelzik a legtöbb országban. Ugyanakkor a 11 évesek körében nem változott a dohányzás elterjedtsége a korábbi évekhez képest (Inchley et al. 2020).

Az ESPAD 2019. évi felmérése szerint az európai 16 éves diákok 41%-a dohányzott már az élete során, az előző hónapban legalább egyszer dohányzók aránya 20%, a napi dohányzók aránya 10% (The ESPAD Group 2020).

A 2019. évi ESPAD vizsgálta az e-cigaretta használatát is. Az adatok arra utalnak, hogy az e-cigaretta gyorsan elterjedt a fiatalok körében, ráadásul gyakran az egyébként hagyományos dohányterméket nem fogyasztók kezdtek el e-cigaretttal használni. 2019-ben az európai 16 éves diákok 40%-a használt már az életében e-cigaretttal, és 14% tekinthető aktuális használónak. Az ESPAD-adatok a felnőttekhez hasonló trendeket mutatnak: a kutatási program 25 éve alatt a dohányzás minden mutatója csökkent a fiatalok körében. A dohányzás élet-prevalencia-értéke az 1995. évi 68%-ról 2019-ben 42%-ra csökkent, az aktuális dohányzók aránya pedig 33%-ról 20%-ra. Az adatok kevésbé mutatnak egyértelműen pozitív tendenciát, ha az e-cigaretttal használókat is számításba vesszük. Ha ugyanis a hagyományos dohányterméket és az e-cigaretttal használókat együttesen tekintjük, akkor a 2019. évi adatok (akár a valaha fogyasztók aránya, akár pedig az aktuális fogyasztók aránya) egyértelmű növekedést mutatnak 2015-höz képest.¹⁹



8.2. ábra

Az előző hónapban dohányzók aránya nemenként a 16 éves diákok között 1995–2019 (európai átlag) (A szaggatott vonal a hagyományos cigaretta és az e-cigaretta együttes arányát jelzi.) (The ESPAD Group 2020: 93)

¹⁹ Az adatok értelmezésekor figyelembe kell venni, hogy a 2015. évi kutatás még nem vizsgálta az e-cigaretta használatát.

Más kutatások is arra utalnak, hogy míg a felnőttek körében az e-cigaretta használata elsősorban a jelenlegi vagy korábbi hagyományos dohánytermékeket használók körében terjed, addig sok olyan fiatal kezd el e-cigaretta használni, aki korábban semmilyen dohányterméket nem használt (Fadus et al. 2019).

Az európai használatra vonatkozóan az Eurobarometer felmérései alapján elmondható, hogy növekedés figyelhető meg: a 2012-es adatfelvétel során az európai lakosság 7%-a, 2014-ben 12%, 2020-ben pedig 14% az életük során valaha kipróbálók aránya. A fiatalabb válaszadók nagyobb valószínűséggel próbáltak már ki e-cigaretta vagy hevített dohánytermékeket: a 2020-as adatfelvétel eredményei alapján a 15–24 év közötti korosztályban ez az arány 25%, míg az 55+ korosztályban 8%. 2017-ben a fiatalabb korosztály kipróbálási hajlandósága hasonló volt, az idősebb korosztályban azonban ekkor még 6%-uk próbálta ki (Eurobarometer 2014, 2017, 2021).

A 2020-as adatok szerint az e-cigaretta valaha kipróbálók 55%-a napi rendszerességgel használja – míg 2017-ben a válaszadók 67%-a nyilatkozott így –, közülük pedig csaknem minden második válaszadó, 48% nikotintartalmút (ez az érték 12 százalékpontos csökkenést mutat az előző adatfelvételhez képest, azonban az eltérő kérdésfeltevés miatt az adatok nem hasonlíthatók össze közvetlenül) (Eurobarometer 2017, 2021).

Magyarországi tendenciák

Vitrai 2012-ben végzett számításai szerint 2010-ben Magyarországon 20 470 ember – az összes halálozás 16%-a – halt meg dohányzásra visszavezethető halálokokban. A férfiaknál az arány sokkal magasabb: a férfiak halálozásának közel egynegyede a dohányzás következménye. A dohányzó férfiak 16 évvel, a dohányzó nők pedig 19 évvel haltak meg korábban a várhatónál. Vitrai a dohányzás miatti közvetett és közvetlen kiadások méretére is végzett számításokat. Ennek alapján 2010-ben több mint 441 milliárd forint volt a dohányzás miatti kiadások nagysága, ami jelentősen meghaladta az ebben az évben a dohányzásból származó 360 milliárd forintos állami bevételt (Vitrai 2012).

Wéber (2016) a 2000–2014 közötti időszakra vonatkozóan elemezte a dohányzás halandóságra gyakorolt hatását. Számításai szerint a vizsgált időszakban évi átlag 25 ezer fő halt meg dohányzás következtében. Bár a dohányzás miatt meghaltak száma meglehetősen stabil volt, az összhálalozáson belüli arányuk (az összhálalozás csökkenése miatt) nőtt, és 2014-ben elérte a 19,2%-ot (Wéber 2016).

A felnőtt népesség dohányzási szokásairól az ELEF (Európai Lakossági Egészségfelmérés) és az OLAAP (Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktoló-

giai Problémákról) 2019. évi adatai adnak információt. Az ELEF adatai szerint a 15 évesnél idősebb magyar népesség 27%-a dohányzott a felmérés idején. A felnőtt népesség egynegyede napi rendszerességgel dohányzik, és 6%-uk napi 20 vagy több cigarettát szív el. A 2014. évi ELEF-adatokhoz képest 2019-ben nem változott a dohányzás elterjedtsége (KSH 2021). Az OLAAP adatai szerint a 18–64 éves népesség 32,1%-a dohányzik rendszeresen. Az e-cigaretták elterjedtsége sokkal kisebb a felnőttek körében: 3,3% számolt be aktuális használatáról. Ez az adat a 2014-es adatfelvétel során 0,6%-os értéket mutatott, a napi rendszerességű használat azonban elenyésző. A hasonló módszerekkel végzett vizsgálatok 20 évre rendelkezésre álló adatai alapján Urbán és Pénzes arra a megállapításra jut, hogy a 18–60 éves férfiak aktuális dohányzása nem változott jelentősen az elmúlt 20 évben, a nők esetében azonban csökkenő gyakoriság figyelhető meg. Ugyanakkor az életprevalencia-értékek mindkét nemnél határozottan csökkennek (Urbán – Pénzes 2021).

A 13–15 éves korosztály dohányzási szokásait vizsgálja 2003 óta a Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés (Global Youth Tobacco Survey – GYTS), amelynek 2020-ban került sor a hatodik adatfelvételére. Az eredmények szerint a megkérdezett diákok 33%-a próbált már ki erre az életkorra legalább egyszer valamilyen dohányterméket. Alkalmanként 12,2%, napi rendszerességgel 3,2% dohányzik. Valamennyi mutató egyértelműen javuló tendenciát jelez a korábbi évekhez képest. A GYTS az ESPAD-hoz hasonlóan az elektronikus cigaretta használatának a terjedését mutatja. A diákok 32%-a használt már e-cigarettát az életben, a korábbi adatfelvétel során a kipróbálók aránya 23% volt. Az előző hónapban használók aránya a legutóbbi adatfelvételtől 12%, míg 2016-ban a megkérdezettek egytizedét érintette. Mindkét mutató egyértelmű növekedést jelez a korábbi évekhez képest. Továbbá a hagyományos dohányterméket még nem próbálók között is növekszik az e-cigarettázók aránya. A napi rendszerességgel e-cigarettát használók aránya 1% alatt marad (GYTS 2020).

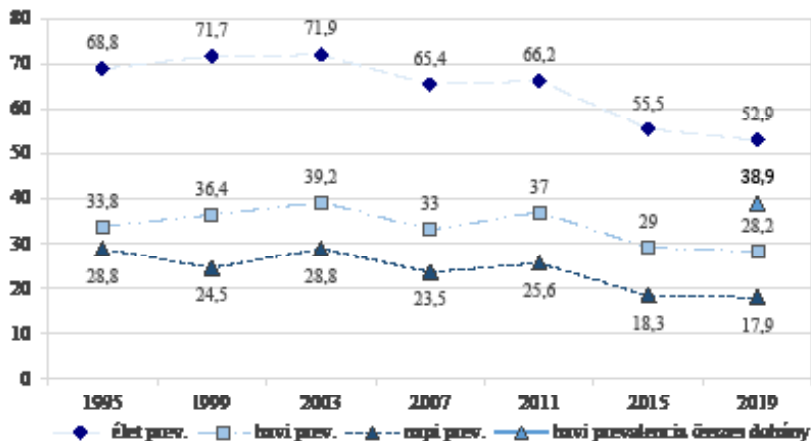
A HBSC-kutatás hazai eredményei arra hívják fel a figyelmet, hogy az életkor előrehaladtával (az iskola 5. és 11. osztálya között) jelentősen nő a dohányzók aránya és a dohányzás gyakorisága. Míg az 5. osztályban a diákok csak 1,2%-a, a 11. osztályban már 34,5% számol be valamilyen szintű dohányzásról. A dohányzás különböző mutatói közül legjelentősebben a napi dohányzás aránya nő: 2017/2018-ban a 11. osztályos fiúk 23,7%-a és a lányok 22,0%-a dohányzik napi rendszerességgel. *A korábbi évekhez képest elsősorban a 11. osztályban tanuló körében csökkent jelentősebb mértékben a dohányzók aránya, a fiatalabbaknál a csökkenés kevésbé volt jelentős* (Urbán 2019).

A 2019. évi ESPAD-kutatás eredményei szerint a 9–10. évfolyamos középiskolások 59%-a dohányzott már legalább egyszer az életben, 33,1% dohányzott az előző hónapban, a napi dohányzók aránya pedig 22,2%. A lányok körében vala-

melyest elterjedtebb a hagyományos dohánytermékek fogyasztása. A hagyományos dohánytermékek mellett elterjedtek a fiatalok körében az új típusú dohányzási formák is. *A megkérdezettek 55,5%-a használt már e-cigarettát, viszont alacsony a napi rendszerességgel e-cigarettát használók aránya.* A vízipipa elterjedtsége kisebb mértékű a fiatalok körében. Az e-cigaretta és a vízipipa használata 9,4 százalékponttal növeli meg az előző hónapban valamilyen dohányterméket használók arányát. *Azaz az alternatív dohányzási formák használata csak részben váltja ki a hagyományos – és talán károsabb – dohányzási formát, részben azonban a fiatalok más csoportjai körében járul hozzá a dohányzás terjedéséhez* (Elekes – Bencsik 2020).

A hazai ESPAD-adatok azt mutatják, hogy *a dohányzás élet, havi és napi prevalencia-értékei* jelentősen csökkentek 2011-et követően. A csökkenés nagyobb mértékű volt 2011 és 2015 között. A 2019. évi adatok a valaha dohányzók arányának további, kisebb mértékű csökkenését jelzik, a havi és napi prevalencia-értékek pedig inkább stagnálnak. Ha azonban az előző hónapban csak hagyományos dohányterméket használók arányához hozzáadjuk azok arányát is, akik vízipipát vagy e-cigarettát szívtak, azt tapasztaljuk, hogy a trendek korántsem olyan kedvezőek: az előző hónapban valamilyen dohányterméket használók aránya a 2015. évi 29%-ról 2019-ben 38,9%-ra nőtt.²⁰ 2019-ben a hagyományos dohányterméket nem szívó 16 évesek 11,7%-a használt e-cigarettát, és 4,8%-uk vízipipát a kérdezést megelőző egy hónapban. *Azaz a vízipipa és az e-cigaretta nemcsak a hagyományos dohánytermékek helyettesítőjeként jelent meg a fiatalok dohányzásában, hanem azt kiegészítve, újakat is bevont a dohányzók közé. A dohányzásban tartósan megmutatkozó kedvező tendencia valószínűleg annak is köszönhető, hogy a fiatalok egy nem elhanyagolható része átszokott az e-cigarettára és a vízipipára* (Elekes – Arnold 2020).

²⁰ 2015-ben és az azt megelőző években azonban csak a hagyományos dohánytermékek használatára terjedt ki a kutatás.



8.3. ábra

A dohányzás főbb prevalencia-értékeinek változása a 16 éveseknél (%)
(Elekes – Arnold 2020: 168)

Érintett társadalmi csoportok

Nem és életkor

A legtöbb országban a férfiak között elterjedtebb a dohányzás, mint a nők között (WHO 2018).

Magyarországi halálzási adatok alapján Weber (2016) arra a megállapításra jut, hogy bár a férfiak körében sokkal magasabb a dohányzás miatti többlethálózás, mint a nők között, a különbség jelentősen csökkent az általa vizsgált 14 év alatt. Míg 2000-ben három és félszer annyi férfi halt meg dohányzás miatt, mint nő, ez az arány 2014-re 2,23-ra csökkent. Különösen jelentős volt a növekedés az idősebb, 55–65 éves korcsoportba tartozók nők esetében (Weber 2016).

2019. évi Global Burden of Disease Study adatai alapján ugyanakkor Vitrai és Bakacs (2021) a 20–54 éves női korosztály magas veszélyeztetettségét állapítja meg. Míg a teljes népességet tekintve az egészségvesztést okozó kockázati tényezők között a nők esetében a dohányzás a negyedik legelterjedtebb, addig a 20–54 éves korosztályban a dohányzás az első helyen szereplő kockázati tényező. Ugyanebben a férfi korosztályban az alkohol után a második helyen szerepel a dohányzás (Vitrai – Bakacs 2021).

Az ELEF hazai eredményei a férfi–nő különbség csökkenését, eltűnését mutatják a dohányzók arányát tekintve. Az adatok szerint a hagyományos férfi több-

letdohányzás ma már csak a 35–44 éves korosztályban mutatható ki. Ugyanakkor a nagyobb mennyiségű (napi 20 vagy több szál elszívása) dohányzás változatlanul a férfiakra jellemző inkább. A dohányzók aránya az idősebb korosztályokban – elsősorban 65 év felett – jelentősen csökken (KSH 2021).

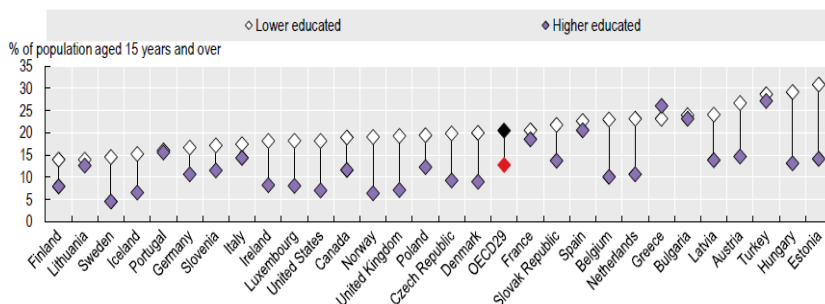
Az OLAAP 18–64 éves népességre vonatkozó adatai szerint a férfiak között kétszer akkora a napi rendszerességgel dohányzók aránya, mint a nők között. Az e-cigaretta használatában nem találtak szignifikáns nemi különbséget a kutatók (Urbán – Pénzes 2021).

A fiatalok körében a nemek közötti különbségek nem ilyen egyértelműek. Az ESPAD-adatok szerint az országok többségében sem az életprevalencia-értékek, sem pedig a jelenleg dohányzók aránya nem mutat eltérést a fiúk és a lányok között, bár egyes országokban (Koszovó, Grúzia, Feröer szigetek, Ukrajna) a dohányzás valamivel elterjedtebb a fiúk között, míg más országokban (Bulgária, Szlovákia, Spanyolország) a lányok dohányoznak többen (The ESPAD Report 2020). A magyarországi ESPAD-adatok a nemzetközi eredményekhez hasonlóan a dohányzás nemek közötti különbségének a csökkenését mutatják (Elekes – Arnold 2020). Nem találtak lényeges különbséget a fiúk és a lányok dohányzási szokásaiban a 2017/18. évi HBSC-kutatásban sem (Urbán 2019).

Az ESPAD-adatok alapján az e-cigaretta használata elterjedtebb a fiúk, mint a lányok között.

Társadalmi státus

Számos kutatás bizonyítja, hogy a dohányzás erős társadalmi különbségeket mutat: jellemzően az alacsonyabb iskolai végzettségűek között elterjedtebb a dohányzás (Currie – Bray 2019, Gagné et al. 2019).



8.4. ábra

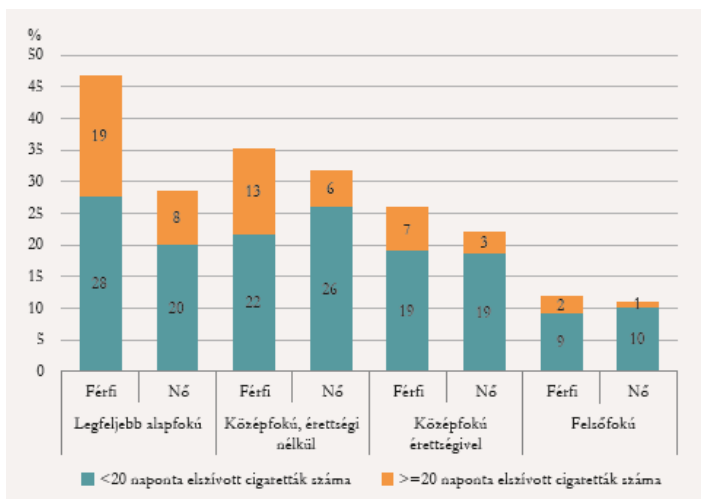
A napi dohányzók aránya a legalacsonyabb és a legmagasabb iskolai végzettségű felnőtt népesség körében (2016) (OECD 2019: 89)

Egyre több kutatás foglalkozik a különböző dohánytermékek és alternatív dohánytermékek használatában megmutatkozó társadalmi különbségekkel, az eredmények azonban meglehetősen ellentmondásosak. Egyes feltevések szerint a nikotint tartalmazó egyéb termékek csökkenthetik a dohányzás egészségterheiben megjelenő társadalmi különbségeket, feltételezve, hogy a hátrányosabb helyzetű, nagyobb arányban dohányzó társadalmi csoportok térnek át elsősorban az e-cigaretta használatára. Lucherini et al. (2019) – mintegy 54 kutatás eredményeit feldolgozva – azonban arra a következtetésre jut, hogy alig van bizonyíték arra, hogy az e-cigaretta valóban a hagyományos dohánytermékek használatát helyettesíti a hátrányosabb helyzetű társadalmi csoportokban. Carnazza et al. (2020) 2014-ben és 2018-ban olasz felnőtt mintán készült kutatásában megállapítja, hogy az összes dohányterméket együttesen tekintve a férfiak, a fiatalok, a szegényebbek, az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében elterjedtebb a dohányzás, de bizonyos formái – elsősorban a pipázás és a szivarozás – inkább a jobb anyagi helyzetben lévők között népszerű. Az e-cigaretta a hagyományos cigarettához hasonlóan a szegényebb társadalmi csoportokban gyakoribb. Ezzel ellentétes eredményre jut egy 12 európai országra kiterjedő vizsgálat, amely szerint az iskolázottabbak között elterjedtebb az e-cigaretta használata (Gallus et al. 2020).

A dohányzás és a dohányzás okozta egészségügyi terhek Magyarországon is erőteljesebben érintik a hátrányosabb helyzetű társadalmi rétegeket. Vitrai számításai szerint a dohányzás miatt meghaltak 61%-a legfeljebb 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezett, és gazdaságilag inaktív volt. A dohányzás miatt elveszített életévek 80%-a az érettségivel nem rendelkező népességet érintette (Vitrai 2012).

A 2019. évi ELEF szintén egyértelmű kapcsolatot mutat az iskolai végzettség és a dohányzás között. Minél magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik valaki – akár férfi, akár nő –, annál kisebb valószínűséggel dohányzik rendszeresen, és szív el nagyobb mennyiségű cigarettát naponta. A különbség igen nagy: a legalacsonyabb iskolai végzettségűek férfiak között több mint négyszeres, a nők között közel háromszoros a rendszeresen dohányzók aránya, mint a felsőfokú végzettségűek között (KSH 2021).

Bár a jövedelem is egyértelmű kapcsolatot mutat a dohányzás előfordulásával, az ELEF-adatok arra is rámutatnak, hogy nemcsak a legalacsonyabb jövedelmi helyzet, hanem a legmagasabb jövedelmi helyzet (felső jövedelmi kvintilisbe tartozók) is növeli a rendszeres dohányzás kialakulásának a valószínűségét (KSH 2021).

**8.5. ábra**

A rendszeresen dohányzók aránya a naponta elszívott cigaretták száma és az iskolai végzettség szerint nemenként, 2019 (KSH 2021: 21)

Az OLAAP az alacsony iskolai végzettség mellett a családi diszfunkciókat és az anómiát találta a dohányzás szempontjából lényeges kockázati tényezőnek. A kutatás kimutatta a vallásosság protektív szerepét is (Urbán – Pénzes 2021).

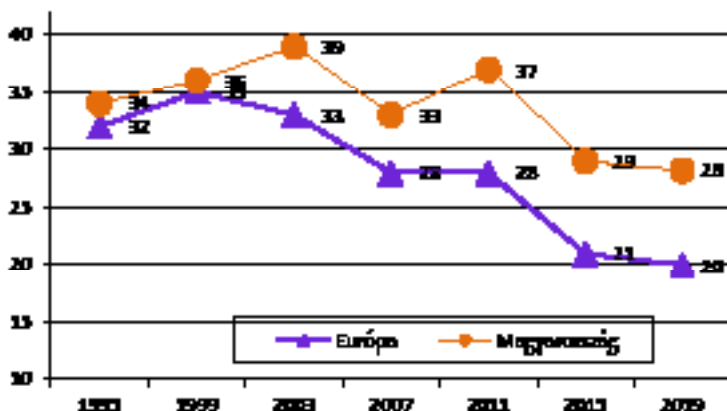
A HBSC egyértelmű kapcsolatot talált a település típusa és a dohányzás előfordulása között: minél kisebb településen él a fiatal, annál nagyobb valószínűséggel dohányzik. A tanyákon élők körében a heti dohányzás valószínűsége ötször akkora, a nem megyeszékhelyű városokban kétszerese a Budapesten élők dohányzási rátájának. Az iskolatípusok szerinti különbségek szintén egyértelműek: a szakközépiskolában és szakiskolában tanulók között a dohányzás sokkal elterjedtebb, mint a gimnáziumokban és szakgimnáziumokban. A kutatás nem talált szignifikáns kapcsolatot a család anyagi helyzete és a dohányzás előfordulása között (Urbán 2019).

Az ESPAD szintén határozott társadalmi különbségeket talált a dohányzók és nem dohányzók között. A községekben és kisebb településen élők, az alacsonyabb iskolai végzettségű szülők gyerekei, a szakközépiskolában tanulók egyértelműen nagyobb valószínűséggel próbálják ki a dohányzást, és válnak rendszeres dohányzóvá, mint társaik. A kutatás hasonló különbségeket talált az e-cigaretta használatában is: az alacsonyabb iskolai végzettségű szülők községekben lakó, szakközépiskolában tanuló gyerekei nagyobb valószínűséggel használnak e-cigaretta is. Ugyanakkor az e-cigaretta használata – eltérően a többi dohány-

terméktől – elterjedtebb a jobb anyagi helyzetben lévő diákok között. Eltérő tendenciát csak a vízipipa esetében talált a kutatás: vízipipa használata egyértelműen Budapesten a legnépszerűbb (Arnold – Elekes – Bencsik 2020).

Összefoglalás

Összességében nemzetközi összehasonlításban a halálozási adatok Magyarországon kisebb mértékben javultak, mint a környező országokban (Weber 2016). Az ELEF 2014. évi eredményei szerint az EU-ban Magyarországon kívül csak Cipruson, Görögországban és Bulgáriában mértek hasonlóan magas arányú, napi rendszerességgű dohányzást. A 2019. évi OLAAP-adatok nemzetközi összehasonlítása azt valószínűsíti, hogy a dohányzás hazai elterjedtsége lényegesen nagyobb, mint Nyugat-Európában vagy az Egyesült Államokban, a prevalencia-értékek inkább a dél-, közép- és kelet-európai értékekhez közelítenek (Urbán 2021). Az ESPAD adatai szintén a dohányzás nagyobb mértékű elterjedtségét mutatják a magyar fiatalok között nemzetközi összehasonlításban. Bár az európai trendekhez hasonlóan nálunk is csökken a dohányzók aránya, ez a csökkenés nálunk később kezdődött el, mint számos más európai országban, és elsősorban annak köszönhető, hogy a fiúk körében csökkent a dohányzás (The ESPAD Group 2020).



8.6. ábra

A kérdézet megelőző hónapban dohányzók aránya a 16 éves iskolások között Európában és Magyarországon (%) (The ESPAD Group 2020, saját szerkesztés)

A dohányzásban megmutatkozó javuló tendenciákat mérsékli az új alternatív dohányzási formák – elsősorban az e-cigaretta és a hevített cigaretta – terjedése.

A dohányzás elterjedtsége egyértelmű nemi különbségeket mutat – a férfiak nagyobb arányban dohányoznak, mint a nők, ez a különbség azonban csökkenően van, a fiatalok között pedig eltűnni látszik.

A dohányzás a többi rizikó-magatartáshoz képest sokkal határozottabb társadalmi különbségeket mutat. Egyértelműen a hátrányosabb helyzetű, alacsonyabb iskolai végzettségű rétegeket érinti nagyobb mértékben. Igaz ez a használatra és a dohányzás okozta egészségügyi terhekre egyaránt.

Hivatkozások

- Amato, M. S. – Boyle, R. G. – Levy, D. (2016). How to define e-cigarette prevalence? Finding clues in the use frequency distribution. *Tobacco control*, 25: 24–29. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052236.
- Arnold P. – Elekes Zs. – Bencsik N. (2020): Család és iskola. In: Elekes Zs. – Arnold P. – Bencsik N. (szerk.): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest, 168–194.
- Carnazza, G. – Liberati, P. – Resce, G. – Molinaro, S. (2021): Smoking and income distribution: Inequalities in new and old products. *Health Policy* 125: 261–268.
- Chapman, S. L. C. – Wu, L. T. (2014): E-cigarette prevalence and correlates of use among adolescents versus adults: a review and comparison. *Journal of psychiatric research*, 54: 43–54. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2014.03.005
- Currie, K. – Bray, I. (2019): Health inequalities, risky behaviours and protective factors in adolescents: an analysis of secondary survey data from the UK. *Public Health* 170: 133–139.
- Demjén T. – Bóti E. – Koncz B. (2011): Nemzetközi indikátorok a dohányzás-kutatás területén. In: Nyírádi A. (szerk.): *A drogfogyasztás nemzetközi indikátorai. Szöveggyűjtemény*. Budapest, 89–95. <http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/4666/1/660885.pdf>
- Elekes Zs. – Arnold P. (2020): Trendek. In: Elekes Zs. – Arnold P. – Bencsik N. (szerk.): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest, 168–194.
- Elekes Zs. – Bencsik N. (2020): A dohányzás elterjedtsége. In: Elekes Zs. – Arnold P. – Bencsik N. (szerk.): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában*. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest, 18–20.

- Eurobarometer (2015): Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. doi: 10.2875/670456
- Eurobarometer (2017): Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. doi: 10.2875/804491
- Eurobarometer (2021): Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. doi: 10.2875/490366
- Fadus, M. C. – Smith, T. T. – Squeglia, L. M. (2019): The rise of e-cigarettes, pod mod devices, and JUUL among youth: Factors influencing use, health implications, and downstream effects. *Drug Alcohol Depend.* 2019 August 01, 201: 85–93.
- Farkas Á. – Tomisa G. – Kis E. – Horváth A. (2021): A cigaretta, az elektromos cigaretta és a vízipipa egészségre gyakorolt hatása. *Orvosi Hetilap*, 162(3): 83–90. DOI:10.1556/650.2021.32079
- Farsalinos, K. E. – Poulas, K. – Voudris, V. – Le Houezec, J. (2016): Electronic cigarette use in the European Union: analysis of a representative sample of 27 460 Europeans from 28 countries. *Addiction*, 111(11): 2032–2040. DOI: 10.1111/add.13506
- Gagné, T. – Quesnel-Vallée, A. – Frohlich, K. I. (2019): Considering the age-graded nature of associations between socioeconomic characteristics and smoking the transition towards adulthood. *Preventive Medicine*. 123: 262–269.
- Gallus, S. – Lugo, A. – Liu, X. (2020): Who smokes in Europe? Data from 12 European Countries in the TackSHS Survey (2017–2018). *Journal of Epidemiology* 31(2). DOI: 10.2188/jea.JE20190344
- GYTS (2020): A Magyarországi Ifjúsági Dohányzás felmérés 2019–2020. évi hazai megvalósításáról. Zárótanulmány. Budapest. Kézirat.
- Inchley, J. – Currie, D. – Budisavljevic, S. – Torsheim, T. – Jåstad, A. – Cosma, A. et al. (eds.) (2020): *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Vol. 1. Key findings.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Józsan P. – Radnóti L. (2002): A dohányzás hatása a halandóságra Magyarországon 1970–1990. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- KSH (2021): Egészségügyi helyzetkép 2019. Budapest. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/egeszsegugyi_helyzetkep_2019.pdf
- Lucherini, M. – Hill, S. – Smith, K. (2019): Potential for non-combustible nicotine products to reduce socioeconomic inequalities in smoking: a systematic review and synthesis of best available evidence. *BMC Public Health* 19, 1469. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7836-4>

- McKelvey, K. – Popova, L. – Kim, M. – Chaffee, B. W. – Vijayaraghavan, M. – Ling, P. – Halpern-Felsher, B. (2018): Heated tobacco products likely appeal to adolescents and young adults. *Tobacco Control*, 27(1): 41–47. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2018-054596
- Nagy, L. B. (2019): Mit tudunk az e-cigaretta káros hatásairól? = What we know from the harmful effects of e-cigarettes? *Orvosi Hetilap*, 160(45): 1767–1773. doi.org/10.1556/650.2019.31567
- OECD (2019): *Health at a Glance 2019. OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- The ESPAD Group (2020): *ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. EMCDDA Joint Publications, Publication Office of the European Union, Luxembourg.
- Urbán R. (2019): Dohányzási szokások. In: Németh Á. – Várnai D. (szerk.): *Kamaszéletmód Magyarországon*. L'Harmattan, Budapest, 67–76.
- Urbán R. – Péntes M. (2021): Dohányzás és e-cigaretta használata. In: Paksi B. – Demetrovics Zs. (szerk.): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Szenvedélyeink a lakossági kutatások tükrében*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Vitrai J. (szerk.) (2012): *A dohányzás társadalmi terhei Magyarországon*. OEFI, Budapest. https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzas_tarsadalmi_terhe_OEFI_2012_.pdf
- Vitrai J. – Bakacs M. (2021): Hazai Egészségpillanatkép 2020. Gyorsjelentés a Global Burden of Disease Study 2019 adatai alapján. *Egészségfejlesztés* 2021. 62. <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegefjeltes&page=article&op=view&path%5B%5D=654>
- Wéber A. (2016): A dohányzás halandóságra gyakorolt hatása Magyarországon 2000 és 2014 között. *Statisztikai Szemle* 94(6).
- WHO (2018): *World Health Statistics 2018 Monitoring Health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization, 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272596>
- WHO (2019): *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025*. third edition. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330221/9789240000032-eng.pdf>
- WHO (2020): New WHO report reveals that while smoking continues to decline among European adolescents, the use of electronic cigarettes by young people is on the rise. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2020/12/new-who-report-reveals-that-while-smoking-continues-to-decline-among-european-adolescents,-the-use-of-electronic-cigarettes-by-young-people-is-on-the-rise>

Ajánlott irodalom

- Alpár, Á. – Balku, E. – Berki, J. – Demjén, T. – Kimmel, Zs. – Kiss, J. – Kovács, G. – Taller, Á. – Varsány, P. (2016): *Dohányzás visszaszorítása*. Dohányzás Fókuszpont, Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzas_visszaszoritasa_2016_dohanyzas_fokuszpont.pdf. (Letöltés ideje: 2021. 09. 09.)
- Arnet, J. J. (2007): The Myth of Peer Influence in Adolescent Smoking Initiation. *Health Education & Behavior*, 34(4): 594–607. DOI:10.1177/1090198105285330
- Audrain-McGovern, J. – Rodriguez, D. – Rodgers, K. – Cuevas, J. (2011): Reward Expectations Lead to Smoking Uptake among Depressed Adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 120(1–3): 181–9. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2011.07.020
- Balku E. – Berki J. – Joó T. – Demjén T. – Kimmel Zs. – Varsányi P. – Vitrai J. (2014): *Dohányfüstmentes Magyarország Esettanulmány*. Dohányzás Fókuszpont, Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/case_study_HU_20150429.pdf. (Letöltés ideje: 2021. 09. 09.)
- Balku E. – Demjén T. – Kimmel Zs. – Varsány P. – Vitrai J. (2014): *Felnőtt dohányzás felmérés, 2013*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/17_evnel_idosebb_lakossag_dohanyzas_felmeres_II_honlapra_20140128_v2.pdf. (Letöltés ideje: 2021. 09. 07.)
- Balku E. – Demjén T. – Kimmel Zs. – Vitrai J. (2013): *Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés*, Egészségügyi Világszervezet. Dohányzás Fókuszpont, Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/01_GYTS_2013_osszefoglalo_tanulmany.pdf. (Letöltés ideje: 2021. 09. 08.)
- Branstetter, S. A. – Blosnich, J. – Dino, G. – Nolan, J. – Horn, K. (2012): Gender differences in cigarette smoking, social correlates and cessation among adolescents. *Addictive Behaviors*, 37(6): 739–42. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.02.007
- Brener, N. D. – Billy, J. O. G. – Grady, W. R. (2003): Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behaviour among adolescents: Evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health*, 33(6): 436–57. DOI:10.1016/S1054-139X(03)00052-1
- Demjén T. (2018): *Gyorsjelentés a Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés (Global Youth Tobacco Survey-GYTS). 2016. évi hazai megvalósításának eredményeiről*. https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/GYTS2016_tenylap_20180320.pdf. (Letöltés ideje: 2021. 09. 07.)

- Demjén T. – Kiss J. – Fomanek-Balku E. (2016): Az Egészségügyi Világszervezet Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérésének 2016. évi hazai megvalósításáról. https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/01_GYTS_2016_osszefoglalo_tanulmany.pdf. (Letöltés ideje: 2021. 09. 09.)
- Dohányzás Fókuszpont (2019): Az elektronikus cigaretta használatának gyakoriságáról. https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/e-cigaretta_hasznalat_20190925.pdf
- Dohányzás Fókuszpont adatbázis: Hazai és külföldi adatok és tanulmányok. <https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/hazai-es-kulfoldi-adatok-tanulmanyok>
- Elekes Zs. (2009): *Egy változó kor ifjúsága*. L'Harmattan, Budapest. <https://www.szaktars.hu/harmattan/view/egy-valtozo-kor-valtozo-ifjusaga-fiatalok-alkohol-es-egyeb-drogfogyaszta-magyarorszagon-kutatasok-xii/>. (Letöltés ideje: 2021. 09. 09.) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273459/WHO-NMH-PND-18.7-eng.pdf?ua=1>
- European Union (2017): Special Eurobarometer 458 "Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes". https://www.politico.eu/wp-content/uploads/2019/04/ebs_458_sum_en.pdf. (Letöltés ideje: 2021. 09. 09.)
- Fry, G. – Grogan, S. – Gough, B. – Conner, M. (2008): Smoking in the lived world: How young people make sense of the social role cigarettes play in their lives. *British Journal of Social Psychology*, 47(Pt 4): 763–80. DOI: 10.1348/014466608X288818
- Goniewicz, M. L. – Zielinska-Danch, W. (2012): Electronic cigarette use among teenagers and young adults in Poland. *Pediatrics*, 130(4): 879–885. doi: 10.1542/peds.2011-3448
- Halmi R. – Németh Á. (2011): Dohányzási szokások. In: Németh Á. – Költő A. (szerk.): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Az Iskoláskorú gyermekek egészség-magatartása (HBSC) című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. 35–40. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/hbhc_2010.pdf. (Letöltés ideje: 2021. 09. 09.)
- Hedman, L. – Backman, H. – Stridsman, C. – Bosson, J. A. – Lundbäck, M. – Lindberg, A. – Ekerljung, L. (2018): Association of electronic cigarette use with smoking habits, demographic factors, and respiratory symptoms. *JAMA network open*, 1(3): e180789. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.0789
- Hublet, A. – Schmid, H. – Clays, E. – Godeau, E. – Gabhainn, S. N. – Joossens, L. – Maes, L. (2009): Association between tobacco control policies and smoking behaviour among adolescents in 29 European countries. *Addiction*, 104(11): 1918–1926. DOI:10.1111/j.1360-0443.2009.02686.x

- Hwang, J. H. – Ryu, D. H. – Park, S. W. (2019): Heated tobacco products: Cigarette complements, not substitutes. *Drug and alcohol dependence*, 204. 107576. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107576
- Jarvis, M. J. (2004): Why people smoke?. *BMJ (online)*, 328(7434): 277–279. DOI: 10.1136/bmj.328.7434.277
- Jun, J. – Kim, J. K. (2021): Do state regulations on e-cigarettes have impacts on the e-cigarette prevalence? *Tobacco control*, 30(2): 221–226. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2019-055287
- Kimmel Zs. – Vitrai J. (2015): Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészség-magatartás? Elegendőek a szabályozások az egészség-magatartás megváltoztatásához I. rész. *Egészségtudomány*, (3): 57–70. https://www.researchgate.net/publication/282329033_Mennyire_valtoztathato_jogszabalyokkal_az_egeszsegmagatartas_Mitol_fugg_es_hogyan_valtoztathato_az_egeszsegmagatartas_I_resz_What_is_the_impact_of_the_legislation_on_health_behaviour_What_are_the_dete. (Letöltés ideje: 2021. 09. 08.)
- Kimmel Zs. – Vitrai J. (2015): Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészség-magatartás? Elegendőek a szabályozások az egészség-magatartás megváltoztatásához II. rész. *Egészségtudomány*, (3): 71–78. https://www.researchgate.net/publication/282329145_Mennyire_valtoztathato_jogszabalyokkal_az_egeszsegmagatartas_Elegendoek-e_a_szabalyozasok_az_egeszsegmagatartas_megvaltoztatashoz_II_resz_What_is_the_impact_of_the_legislation_on_health_behaviour_Are. (Letöltés ideje: 2021. 09. 09.)
- KSH (2014): *A halálloki struktúra változása Magyarországon 2000–2012*. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/halalokistruk.pdf>. (Letöltés ideje: 2021. 09. 06.)
- KSH (2015): Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. *Statistikai Tükör*, 29. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>. (Letöltés ideje: 2021. 09. 09.)
- KSH (2018): *A 2014-ben végrehajtott Európai lakossági egészségfelmérés eredményei*. Összefoglaló adatok. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014_osszefoglalo.pdf. (Letöltés ideje: 2021. 09. 08.)
- Lakom, M. C. – Valente, T. W. (2012): Social integration in friendship networks: The synergy of network structure and peer influence in relation to cigarette smoking among high risk adolescents. *Social Science and Medicine*, 74(9): 1407–17. DOI:10.1016/j.socscimed.2012.01.011
- Laverty, A. A. – Filippidis, F. T. – Vardavas, C. I. (2018): Patterns, trends and determinants of e-cigarette use in 28 European Union Member States 2014–2017. *Preventive medicine*, 116: 13–18. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.08.028
- Laverty, A. A. – Filippidis, F. T. – Fernandez, E. – Vardavas, C. I. (2017): E-cigarette use and support for banning e-cigarette use in public places in the

- European Union. *Preventive medicine*, 105: 10–14. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.08.007
- Mathers, C. D. – Loncar, D. (2006): Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS ONE*, 3(11). <https://journals.plos.org/plos-medicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0030442>. (Letöltés ideje: 2021. 09. 09.)
- Nunez-Smith, M. – Wolf, E. – Huang, H. M. – Chen, P. G. – Lee, L. – Emanuel, E. J. – Cary, P. G. (2010): Media exposure and tobacco, illicit drugs, and alcohol use among children and adolescents: a systematic review. *Substance Abuse*, 31(3): 174–92. DOI: 10.1080/08897077.2010.495648
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019): *Magyarország: Egészségügyi országprofil 2019*. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_hu_hungary.pdf. (Letöltés ideje: 2021. 09. 09.)
- Paksi B. – Rózsa S. – Kun B. – Arnold P. – Demetrovics Zs. (2009): A magyar népesség addiktológiai problémái: Az országos lakossági adatfelvétel az addiktológiai problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(4): 273–300. DOI: 10.1556/Mentál.10.2009.4.1
- Ratajczak, A. – Jankowski, P. – Strus, P. – Feleszko, W. (2020): Heat not burn tobacco product – a new global trend: impact of heat-not-burn tobacco products on public health, a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(2): 409. doi: 10.3390/ijerph17020409
- Roberts, W. – Verplaetse, T. – Peltier, M. K. R. – Moore, K. E. – Gueorguieva, R. – McKee, S. A. (2020): Prospective association of e-cigarette and cigarette use with alcohol use in two waves of the Population Assessment of Tobacco and Health. *Addiction*, 115(8): 1571–1579. DOI: 10.1111/add.14980
- WHO adatbázis: Tobacco Free initiative. Tobacco data and trends. http://www.emro.who.int/tfi/statistics/index.html?fbclid=IwAR1cQl-mxdtAybF1MzZeX88o3r0NWHo5XgVRMjU_NNOZO3hPE8up5En644
- World Health Organization (2019): WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use. <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/who-report-on-the-global-tobacco-epidemic-2019&publication=9789241516204>
- World Health Organization 2018: Heated tobacco products (HTPs) market monitoring information sheet.

9. Viselkedési addikciók

■ ■ ■ KUTROVÁTZ KITTI

Ebben a fejezetben a viselkedési addikciók állnak a fókuszban. Elsőként a témához kapcsolódó fogalmakat és mérési módszereket tekintjük át. Majd három fő területre fókuszálva – szerencsejáték-, videójáték-használat és problémás internethasználat – bemutatjuk röviden a hazai és nemzetközi empirikus trendeket és a kapcsolódó háttértényezőket.

Fogalmak

Viselkedési addikciók: azokat a zavarokat jelentik, amelyeknél a függőséget nem valamilyen pszichoaktív vagy kémiai szer, hanem egyéb viselkedés váltja ki. Többségében olyan viselkedések, amelyek az emberi élet normális, mindennapi tevékenységének részét képezik (táplálkozás, szexualitás, munka, játék stb.), akár túlzottá, vagy kórossá is válhatnak, ezzel addikciót eredményeznek. Függőségről vagy problémáról akkor beszélünk, amikor a viselkedés uralni kezdi az egyén életét, és károsítja a saját vagy környezete testi-lelki állapotát (Demetrovics 2010: 38). A viselkedési addikciók többségénél a betegség egyik legfontosabb jellemzője, hogy a függő személy számára az élet egyéb dolgai elveszítik jelentőségüket, örömszerző jellegüket, és kiszorulnak a beteg életéből. A függőség kielégítése érdekében a szenvedélybeteg elhanyagolja életének korábban fontosnak számító dolgait, nem tud időt fordítani családjára, barátaira, párkapcsolatára (Demetrovics 2010). A viselkedési függőségre jellemző még az ismétlődő mintázat. Ezeket a szokásokat pedig a kontroll elvesztésének megélése és általában az azonnali kielégülés (rövid távú jutalom) jellemzi, amely gyakran kísértetett káros hatásokkal (hosszú távú költségek) párosul. A viselkedési addikciók továbbá növelik a betegségek, a személyes és társas problémák kockázatát (Marlatt et al. 1988: 224).

A viselkedési addikciók mindegyikét a túlzás jellemzi. A betegség lényege pontosan abban áll, hogy a normál mérték nem okoz örömet, nem nyújt kielégülést a személy számára. A viselkedési függőségek kényszerítő ereje sokszor éppoly erős tud lenni, mint a drogfüggőség (Demetrovics – Kun 2020). Éppen

ezért a tünetek, a diagnosztikai jellemzőik, működésük háttérmechanizmusai és akár a kezelésük is a kémiai függőséghez hasonlóan írhatóak le (Hollander 1993). Ennek az integratív szemléletnek az előzményeit jelenti az alábbi két modell – melyet röviden bemutatunk –, melyek még az addikciós megközelítést nem alkalmazzák közvetlenül (Demetrovics – Kun 2010).

Obszesszív-kompulzív hipotézis (1): segítségével írja le Hollander (1993) a viselkedési zavarok különböző formáinak közös jellemzőit. Eszerint a viselkedési zavarok kompulzív, illetve impulzív jellemzőik alapján eltérnek, mely eltérések főként a tüneti képből mutatkoznak meg. Hollander szerint a viselkedési zavarok egy olyan „obszesszív-kompulzív” spektrumon helyezhetők el, amely egyik végén a jellemzően kompulzív, a másik végén a jellemzően impulzív zavarok találhatóak. Közös jellemző a kényszer és az impulzus legyőzésének képtelensége, de az egyik véglet a diszkomfortérzés elkerülése, a másikon az élvezet maximalizálása a cél (Hollander – Wong 1995). Ennek megfelelően a kompulzivitást inkább a kockázatkerüléshez köthetjük, és a spektrumnak ezen a végén találhatóak azok a viselkedési zavarok, amelyek során az egyén a biztonságra, a kockázatok kerülésére törekszik (ilyen például a kényszerbetegség vagy az anorexia nervosa). A spektrum másik végén azok a viselkedési zavarok találhatóak, amelyekben a kockázatkeresés a domináló (ilyenek például a kóros játékszenvedély vagy az önsértő magatartások). Az obszesszív-kompulzív spektrumon elhelyezkedő betegségek közös jellemzője, hogy ismétlődőek, gyakran ritualizáltak, és a beteg képtelen a viselkedés gátlására vagy akár csak késleltetésére (Demetrovics – Kun 2010). Ezek a zavarok ma az addikciós spektrum részét képezik.

Jutalomhiányos tünetegyüttes (2): Blum és munkatársai (2000) a dopamint vizsgálták az általuk impulzív-addiktív-kompulzív zavaroknak nevezett rendellenességek esetében – mint a fentiek is. A dopamin a közepagyi jutalmazó központ működésében játszik szerepet. A vizsgálatok azt mutatták, hogy a közepagyi dopaminerg rendszer genetikailag meghatározott diszfunkciója lehet a felelős ezeknek a zavaroknak a kialakulásáért. Az eredmények szerint amennyiben ez a dopamin által vezérelt közepagyi jutalmazó központ alulműködik, a személy számára a szokásos ingerek nem nyújtanak jutalomérzést, kielégülést. Ez az állandósult jutalomhiányos állapot egy öröklött rendellenesség, ami magas rizikójú viselkedések keresését eredményezi, melyek a fokozott ingerlést kiváltják, és kompenzáló hatást érnek el. Nem csak impulzív, kockázatkereső viselkedések, de egyéb jutalmazó magatartásformák – pl. evés – is képesek ezt a funkciót betölteni (Demetrovics – Kun 2010).

Az addikciós komponens modellje Griffiths (1996) nevéhez köthető, aki elsőként beszélt a viselkedési addikciókról. Hat általános tünetet azonosított a különböző viselkedési függőségek – mint a testedzésfüggőség, a szexuális ad-

dikciók, a szerencsejáték-függőség, a videójáték-függőség, és az internetfüggőség – vizsgálatok (Demetrovics 2013):

1. *Szaliencia*: Az adott viselkedés a legfontosabb tényezővé válik az egyén életében, uralja a gondolatait, érzelmeit és viselkedését.
2. *Tolerancia*: Az elvonási tünetek elkerüléséhez egyre gyakoribb, intenzívebb vagy nagyobb kockázatot jelentő viselkedésre van szüksége a személynek.
3. *Megvonás*: Megvonásos tünetegyüttes jelentkezik a viselkedés hiányában vagy annak akadályozásakor.
4. *Konfliktus*: Jellemzően szociális konfliktus jelentkezik az egyén és környezete között, vagy az egyén életének egyéb területeit (munka, szociális kapcsolatok) jellemzik elakadások, problémák az addiktív zavar miatt, kialakulhat intrapszichés konfliktus saját magával kapcsolatban.
5. *Hangulatmódosítás*: Szubjektív élmény, amely az adott viselkedéshez kötődik, kezdetekben pozitív hangulati változást jelent, majd a negatív hangulat javítására szolgál.
6. *Visszaesés*: Egy kihagyott időszak utáni visszatérés a megszokott, rendszeresen művelt problémás cselekvéshez, viselkedéshez.

Diagnosztikai csoportosítás

A viselkedési függőségek sokkal kisebb figyelmet kapnak, mint a kémiai addikciók, melyeknek egyik oka lehet, hogy a függőségekkel kapcsolatos kézikönyvek a diagnosztikus rendszerek szemléletét követik, melyek a viselkedési addikciókat alapvetően nem addiktológiai zavarokként tárgyalják (Demetrovics – Kun 2010). Az alábbi két diagnosztikus rendszerre szoktak hivatkozni, melyek egyes betegségek diagnosztikai kritériumait és csoportosítását tartalmazzák: (1) **BNO** (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) kézikönyve, és jelenleg a 10. változata van hatályban. A (2) **DSM** – A Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders), amelyet az Amerikai Pszichiátriai Társaság ad ki, és jelenleg az 5. változata van használatban.

Ezekben a kézikönyvekben az addiktív viselkedések legnagyobb részét nem az addikciós címszavak alatt tárgyalják, hanem más kulcsszavakhoz tartoznak, pl. mint impulzuskontroll-zavarok. Az impulzuskontroll-zavarok közös sajátossága, hogy a személy képtelen ellenállni olyan impulzusnak, késztetésnek, amelynek a végrehajtása önmagára vagy másokra nézve ártalmas (Demetrovics – Kun 2010). Az impulzuskontroll-zavarok további közös jellemzője, hogy a cselekmény végrehajtását fokozódó feszültség előzi meg, és átmeneti öröm, feszültségcsök-

kenés, kielégültség követi. A feszültségcsökkenés társulhat büntudattal vagy megbánással is. Az impulzuskontroll-zavarok esetén betegségről csak akkor beszélünk, ha a viselkedés jelentősen zavarja az egyén vagy a környezet mindennapi életvitelét.

Az impulzuskontroll-zavarok főbb fajtái: hajtépés, körömrágás, kleptománia, pirománia.

Az impulzuskontroll-zavarokként definiált betegségeken kívül vannak olyan viselkedési zavarok is, amelyek jelenleg a DSM diagnosztikai rendszerében nem szerepelnek az impulzuskontroll-zavarok között. Ezek közül a legismertebbek: munkafüggőség, internetfüggőség, testedzésfüggőség, evési zavarok (anorexia, bulimia), vallásfüggőség, kényszeres gyűjtögetés, kodependencia.

Az elmúlt években néhány viselkedési addikció tekintetében érdemi változás történt. A legújabb DSM-kiadásban a szerencsejáték-használati zavar – egyetlen viselkedési addikcióként – az impulzuskontroll-zavarok közül az addiktológiai zavarok közé került, amivel elismerték, hogy a szerencsejáték-használati zavar hasonló jellegzetességeket mutat, mint a szerhasználati addikciók (Andó et al. 2016). Továbbá az online szerencsejátékkal kapcsolatos függőség is bekerült a pszichiátriai zavarok egyik kategóriájába. Az ebben a kategóriában szereplő zavarok további kutatást igényelnek annak megfontolására, hogy formálisan is addikciós zavarokként ismerjék el őket (Prievara – Píkó 2016).

A BNO rendszere szintén a szerencsejáték-használati zavart és a videójáték-használati zavart fogadta el diagnosztikai kategóriákként. Ugyanakkor az elmúlt évtizedekben az internethasználat és a közösségi oldalak használata is egyre nagyobb figyelmet kap a kutatók és a klinikusok körében. Számosan úgy tartják, hogy az internet és a közösségi oldalak túlzott használata is eredményezhet a hagyományos függőségek tüneteivel hasonló tüneteket. Ilyen lehet, amikor a személy elveszíti a kontrollt a tevékenység felett, és a negatív hatások ellenére – mindennapi teendők ellátásának nehézségei, romló iskolai vagy munkahelyi teljesítmény – se tudja abbahagyni az adott tevékenységet (Király – Demetrovics 2020).

Mérési módszerek

A viselkedési addikciókat jellemzően a pszichológiában használt standardizált mérőszámokkal mérik. Egy adott jelenség mérésére is gyakorta többféle mérőeszköz áll rendelkezésre, ezeket folyamatosan fejlesztik, vagy a kutatók eltérő küszöbértékeket határoznak meg a problémás használat definíciójára. Főként azért, mert a viselkedési addikciók nagy részénél nincsen pontosan meghatározott diagnosztikai kritériumrendszer. Ezek megnehezítik a nemzetközi összeha-

sonlító elemzések készítését. Magyarországon az ESPAD (The European School Survey Project), az OLAAP (Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról) és a BLS (Budapesti Longitudinális Kutatás) longitudinális vizsgálatok szolgáltatnak adatokat a viselkedési addikciókra vonatkozóan a középiskolás korosztályról, budapesti fiatal felnőtt és az országos felnőtt lakosságról.

Az ebben a fejezetben tárgyalt viselkedési addikciókhoz kapcsolódó magyar vizsgálatokban is alkalmazott mérőszámokat mutatjuk be részletesebben.²¹

Az alábbi skálák mérésére gyakran alkalmaznak szűrőkérdéseket, és csak azokat kérdezik, akik pl. az elmúlt 30 napban vagy az elmúlt évben végezték az adott tevékenységet (pl. interneteztek vagy szerencsejátékot használtak stb.). Továbbá fontos megjegyezni azt is, hogy a különböző mérőeszközökkel azonosított csoportok esetében a különböző mértékű problémás használat kockázatát lehet megbecsülni, így az empirikus eredmények mindig a problémás használat kockázatát mutatják, míg a klinikai diagnózishoz egyéni vizsgálatok szükségese-
sek (Paksi – Demetrovics 2021).

- A szerencsejáték-használat, illetve a problémás szerencsejáték mérésére pl. a PGSI – Problem Gambling Severity Index skála alkalmas. A PGSI-skála a tünetekhez kapcsolódó kilenc itemmel (Pl. *Kért-e kölcsön pénzt, vagy adott-e el valamit azért, hogy játszani tudjon? Okozott-e Önnek a szerencsejáték-használat bármilyen egészségügyi problémát, stresszt vagy szorongást? stb.*), négyfokú Likert-skálán (0 – soha, 1 – néha, 2 – gyakran, 3 – majdnem mindig) vizsgálja a problémás szerencsejáték-használatot. A mérőeszközzel a szerencsejáték-használat problémásságának négy szintje határozható meg: a problémamentes használat, az alacsony mértékben problémás (1–2 pontot elérték), a közepesen problémás (3–7 pontot elérték) és a kifejezetten problémás (8 pont és felett) szerencsejáték-használók csoportját különbözteti meg.
- A játékhasználati zavar rizikójának mérésére az internetes játékok zavarát mérő tíztételes teszt (Ten-Item Internet Gaming Disorder Test; IGDT-10; Király, Slecza et al. 2017, Király et al. 2019) alkalmas. A kérdőív a videójáték-használattal kapcsolatos függőségi tüneteket és problémákat (pl. kontrollvesztés, teljesítményromlás, megvonási tünetek, fontos kapcsolatok elvesztése) méri – pl. *Próbálta valaha sikertelenül csökkenteni a videójáték-használattal töltött időt?, Veszélyeztette vagy akár veszített-e el fontos kapcsolatot a videójáték miatt?* stb. kérdésekkel. A kutatók meghatároznak egy küszöbértéket: egy bizonyos pontszám felett – az OLAAP-vizsgálat-

²¹ További mérőszámokat (pl. testedzésfüggőség, munkafüggőség, evészavar, kényszeres vásárlás stb.) lásd Paksi – Demetrovics 2021.

ban öt felett határozták meg a küszöbértéket – tekintik a játékhazsnálatot problémásnak.

- A problémás internethazsnálat mértékének vizsgálatára szolgál a Problémás Internethazsnálat Kérdőív (Problematic Internet Use Questionnaire; PIUQ; Demetrovics et al. 2004, 2008). A skála a problémás internethazsnálattal kapcsolatos függőségi tüneteket, problémákat (pl. megvonási tünetek, feladatok elhanyagolása, konfliktusok a családtagokkal az internethazsnálat miatt) méri a fentiekhez hasonlóan ötfokú Likert-skálán.
- A problémás közösségioldal-hazsnálat mérésére szolgál a Bergen Közösségi Média Függőség Skála (Bergen Social Media Addiction Scale; BSMAS; Bányai et al. 2017). A skála a közösségioldal-hazsnálattal kapcsolatos esetleges függőségi tüneteket, problémákat (pl. kontrollvesztés, teljesítményromlás, megvonási tünetek) méri. A skála összpontszámaiból lástens profilelemzéssel (latent profile analysis; LPA) számoltuk ki a problémás hazsnálat előfordulását.
- A problémás pornóhazsnálat mérésére szolgál a Problémás Pornófogyasztási Skála (The Problematic Pornography Consumption Scale). Bóthe és munkatársai (2020) ennek rövid hat itemet (pl. *Úgy éreztem, a pornó az életem fontos része.; A pornó miatt elhanyagoltam más szabadidős tevékenységeket.; Amikor megfogadtam, hogy nem nézek több pornót, akkor csak rövid ideig tudtam ezt betartani.*) tartalmazó verzióját készítették el, mely hétfokú skálán méri a pornófogyasztáshoz kapcsolódó függőségi tüneteket. A válaszok alapján a skála pontszámait összeadva 20 pont vagy afeletti érték jelzi a problémás pornográfiáhozhasználat kockázatát.

A továbbiakban a viselkedési addikciók közül hármat fogunk részletesebben bemutatni: a problémás internethazsnálatot – ezen belül röviden érintve a közösségi média-hazsnálatot és pornófogyasztást –, a szerencsejáték-hazsnálatot és a videójáték-hazsnálati zavart.

Néhány fontos viselkedési addikció és a kapcsolódó empirikus eredmények

Problémás szerencsejáték-hazsnálat

A **szerencsejáték-hazsnálat** a játékszenvedélyek közé tartozik. Számos formája lehet, mint a nyerőgépeken folytatott játékok, kártyajátékok, kaszinóban folytatott szerencsejátékok, sportfogadások, interneten játszott szerencsejátékok, de ide tartozik a totón való szenvedélyes játék is. A játékszenvedélynek két típusát szokták elkülöníteni:

- *problémás játékhasználat*: a szerencsejáték azon mintázataira utal, amelyek megzavarják, károsítják a személyes, interperszonális vagy foglalkozásbeli működést;
- *patológiás/kóros játékszenvedély (PG)* a problémás játéknál súlyosabb, melyet a DSM addiktológia zavarként ismer el.

A kóros játékszenvedély lényege a kockázatmegítélés zavara. A beteg feltétlenül hisz a saját biztos szisztémájában. A beteg, ha nyer, képtelen abbahagyni a játékot, ha pedig veszít, mindenképpen vissza akarja szerezni a veszteségét. A beteg gyakran hazudik családjának és másoknak, hogy eltitkolja a játékszenvedélybe való bevonódás mértékét. A betegség gyakran társul különböző illegális cselekményekkel (lopás, csalás, hamisítás) azért, hogy a beteg tovább tudja finanszírozni szenvedélyét. A beteg szenvedélye miatt gyakran veszélyezteteti vagy elveszíti kapcsolatait, állását, továbbtanulási lehetőségét vagy karrierjét.

A betegség lefolyásában négy szakaszt lehet elkülöníteni (Demetrovics – Kun 2010):

1. Nyerő szakasz: a betegek egy részénél az első időszakot a nagyobb nyerelemények jellemzik, ami az erő, a hatalom, az omnipotencia érzését adja a játékosnak.
2. Veszteség időszaka: a játékos elveszíti az omnipotencia érzését, kialakul a kényszer a veszteségek visszaszerzésére. Ebben az időszakban kezdődnek el a kölcsönkérések, hazudozások, és jellemzővé válik a játékszenvedély eltitkolása.
3. Kétségbeesés időszaka: ekkor válik teljessé az anyagi csőd, megjelennek az illegális cselekedetek.
4. A feladás vagy reménytelenség időszaka: a játékos már feladja a reményt, hogy mindent visszanyer, már csak az „akcióban lét” a fontos.

2019-es magyar eredmények szerint a 18–64 éves népesség 9,2%-át érinti a problémás szerencsejáték-használat valamilyen mértékű kockázata, ezek közül a közepesen és a kifejezetten problémás használat érdemel klinikailag is fontos figyelmet. A magyar felnőtt népesség 2,5%-a közepesen és 2,3%-a kifejezetten problémás szerencsejáték-használat kockázatával jellemezhető. Az előző évben szerencsejátékot játszóknak 12,7%-a közepesen vagy kifejezetten problémás játékos (Magi et al. 2021).

A magyar népesség problémás szerencsejáték-használatban való érintettségé-
ge nemzetközi szinten a középmezőnyben helyezhető el (Magi et al. 2021). Calado és Griffiths (idézi Magi et al. 2021) országos reprezentatív mintákon végzett szisztematikus áttekintésük során azt találták, hogy a kifejezetten problémás szerencsejáték-használat előfordulása 0,2 és 5,8% közötti. Egy másik szisztematikus áttekintés a problémás szerencsejáték-használat élet-prevalenciáját nem-

zetközi összehasonlításban 0,01 és 10,6% közé becsülte (Subramaniam et al. 2015).

2015 és 2019 között Magyarországon növekvő tendenciát mutat a problémás szerencsejáték-használat, és férfiak szignifikánsan nagyobb arányban érintettek a problémával. Ezzel szemben az Egyesült Királyságban 2016 és 2019 között csökkenő tendenciáról számolnak be a kutatók, míg egy finn és egy ausztrál kutatás nem talált érdemi változást (Magi et al. 2021).

A 9–10. évfolyamos kamaszok körében a szerencsejáték nem népszerű szabadidős tevékenység: a megkérdezettek kevesebb mint ötöde játszott szerencsejátékot az előző évben, és kevesebb mint 3%-uk játszik heti rendszerességgel. A szerencsejáték problémásságát tekintve a serdülők 1,4%-a egy átlagos napon 2 vagy több órát tölt szerencsejátékkal, és 1,7%-uk számolt be arról, hogy úgy érezte, egyre több pénzben kell fogadnia, illetve hogy számára fontos embereknek hazudnia kellett arról, mennyi időt tölt szerencsejátékkal. A sportfogadás a legnépszerűbb, és a nyerőautomata használata a legkevésbé gyakori a kamaszok körében. Az internetes szerencsejáték ritka még ebben a korosztályban (Király – Demetrovics 2020).

Videójáték-használat

A BNO meghatározása szerint akkor beszélhetünk játékhaználási zavarról, amennyiben a játéktevékenység tartós vagy rendszeresen visszatérő, és a játékos elveszíti a kontrollt a tevékenység felett. A játék átveszi az uralmat az egyén életének más területeivel szemben, és a negatív következmények ellenére is folytatja a játékot (kapcsolati és/vagy munkahelyi, tanulmányi problémák, egészségre gyakorolt negatív hatás). Amennyiben a problémás viselkedés 12 hónapon belül tartósan fennáll vagy időszakosan visszatér, komoly distresszt – szorongást, ártalmas stresszt – okozva a játékos számára, és gátolja az élet meghatározó területein való egészséges működést (Bányai et al. 2018).

A DSM-5 alábbi kilenc kritérium közül öt megléte esetén definiálja az internetesjáték-zavart (Bányai et al. 2018: 95):

- Gondolati és viselkedéses elfoglaltság: a játék az egyén domináns tevékenységévé válik, uralja a gondolatait és a cselekedeteit is. Ha csak teheti, játszik, amikor pedig nem játszhat, a játékra gondol.
- Megvonási tünetek jelentkeznek, ha a személy nem játszhat: feszültség, ingerlékenység, szorongás, szomorúság és a kémiai függőséghez hasonló fizikai jelek is megjelenhetnek (például remegés, izzadás).
- Tolerancia: az egyénnek egyre többet kell játszania ahhoz, hogy ugyanazt az élményt érje el, mint korábban.
- A kontroll elvesztése afelett, hogy mennyit játszik.

- A korábbi hobbikkal, tevékenységekkel kapcsolatban elveszíti az érdeklődését, csak a játék érdekli.
- Annak ellenére is folytatja a játékot, hogy tudatában van a pszichoszociális problémáknak, amelyeket okoz a számára.
- Hazudik a családtagjainak, a terapeutájának vagy más hozzátartozóinak arról, hogy mennyit játszik.
- Arra használja a játékot, hogy csökkentse a negatív érzéseit/hangulatát (bűntudatát, szorongását, a tehetetlenség érzetét) – a játékvilágba menekül.
- Veszélybe kerülnek vagy megszakadnak a kapcsolatai, elveszíti vagy veszélyezteti a munkáját, tanulmányi vagy munkahelyi karrierlehetőségeit a túlzott mértékű játék miatt.

2019-es magyar eredmények azt mutatták, hogy a 18–64 éves lakosság 1,0%-a, a kérdezést megelőző 30 napban játszóknak pedig 10,7%-a mutatta a játékhasználati zavar tüneteinek megjelenését.²² Ehhez képest a játékhasználati zavar előfordulása nagyon alacsony volt, mindössze 0,18%, a játékosok körében pedig 1,54%²³ (Király et al. 2021c).

Általánosságban is elmondható, hogy a videójáték-használat elterjedtsége jóval alacsonyabb a magyar felnőtt lakosság körében, mint az Egyesült Államokban (Pew Research Center, 2015 idézi Király et al. 2021c). Ebből következik, hogy az online-játék-használati zavar előfordulása nemzetközi összehasonlításban is alacsony. Przybylski és munkatársai (2017) négy országos mintát vizsgálva (amerikai, angol és kanadai, német) 1,2 és 2,8% közötti arányról számoltak be (idézi Király et al. 2021c).

Az ESPAD legújabb eredményei szerint a magyar kilencedikes és tizedikes játékosok 1,5%-a problémás használó a DSM diagnosztikai rendszere szerint, míg egy korábbi skála (Problémás Online Játék Kérdőív (POGQ) skála) alkalmazásával a 16 évesek 6,2%-ára jellemző a videójáték-használati zavar. Ugyanakkor a videójáték-használat nagyon elterjedt a kamaszok körében, átlagosan kétharmaduk játszik videójátékokat, és a fiúk esetében az átlagos heti játékidő 17 óra. A játék azonban önmagában nem feltétlenül jár együtt problémákkal, tehát nem jelzi a játékidő hossza a függőség kialakulását (Király – Demetrovics 2020).

²² A fentiekben bemutatott skálán legalább 1 pontszámot elért válaszolók.

²³ A fentiekben bemutatott skálán legalább 5 pontszámot elért válaszolók.

Problémás internethasználat

A problémás internethasználat vagy internetfüggőség nem szerepel a mentális zavarok nemzetközi osztályozási rendszereiben. Ebből következik, hogy még kidolgozatlan a diagnosztikus koncepciója – számos kritériumrendszer létezik a meghatározására és mérésére –, ami megnehezíti a vizsgálatát.

Elősként Young definiálta az internetfüggőséget mint addikciós problémát. Meghatározása szerint „a problémás használók elveszítik a kontrollt internethasználatuk felett, fokozottan belemerülnek az internetezésbe, képtelenné válnak arra, hogy csökkentsék internetezésüket annak ellenére, hogy az számukra problémát okoz” (Young 1998, idézi Koronczi – Demetrovics – Kun 2010: 253).

Egy másik megközelítés (Davis 2001, idézi Demetrovics 2013) az internetfüggőséget egy meghatározott, internethez kapcsolódó kognitív és viselkedési mintázatként definiálja, amely negatív következményekkel jár az egyén életében. Davis (2001) a problémás internethasználat két típusát különböztette meg:

- a **specifikus** problémás használat egy bizonyos funkció, pl. online játék, chat, közösségi média, pornográfia túlzott használata.
(A specifikus típus mentén ebben a fejezetben mutatjuk be röviden a közösségi média és a pornográfia problémás használatát.)
- a **generalizált** problémás használat az internet általános használatára vonatkozik, az internet multidimenzionális túlhasználatát jelenti. Az alábbi eredmények a problémás internethasználat ezen fajtájához kapcsolódnak.

A 18–64 éves magyar lakosság körében a problémás internethasználat rizikójának előfordulása 5,9%, a kérdezést megelőző 30 napon internetezők körében pedig 7,4%. A fent említett eltérő mérőeszközök miatt nehéz a nemzetközi összehasonlítás. Ezt igazolta Pan, Chiu és Lin (2020) metaelemzése (idézi Király et al. 2021a), amely az 1996 és 2018 között megjelent kutatások prevalencia-eredményeit vizsgálta, és mérőeszközöktől függően eltérő eredményeket találtak. A csak reprezentatív mintákon talált előfordulási gyakoriság 6,1% volt (Király et al. 2021a).

A legújabb, 2019-es eredmények azt mutatják, hogy a magyar kilencedikes és tizedikes évfolyamok tanulójának valamivel több mint ötöde számolt be problémás internethasználatról, mely növekvő tendenciát jelent a 2015-ös adatokhoz képest. Azonban a problémás internethasználat valódi mértéke ennél valószínűleg jóval alacsonyabb, ha magasabb küszöbértéket és szigorúbb kritériumokat – pl. a mindennapi életminőség jelentős csökkenése – határoznak meg a kutatók a problémás internethasználat mérésére (Király – Demetrovics 2020).

Közösségi oldalak problémás használata

Mivel a problémás internethasználatot és annak formáit nagyon eltérő módokon konceptualizálják, így a közösségi média problémás használatának meghatározásában sincsen egyetértés a kutatók körében. Ebből következik, hogy számos szinonimát alkalmaznak az empirikus írásokban a közösségi oldalak problémás használatának vizsgálatakor, mint pl. Facebook-függőség, Twitter-függőség, közösségimédia-függőség vagy közösségimédia-zavar.

Korábbi vizsgálatok igazolják, hogy a nagymértékű közösségimédia-használat is negatív hatással lehet az egyén személyes, szociális és professzionális életére. A különböző elméleti megközelítések a közösségi oldalak problémás használatának más-más tüneteit azonosítják (Bányai et al. 2017). Bányai és munkatársai (2017) a fentiekben már említett Griffiths (1996) által azonosított hat jellegzetes tünetet emelik ki. Ilyenek például: a túlzott használat hangulatmódosuláshoz vezet, a közösségi médiával töltött idő növekszik, a közösségi média használata prioritást élvez más tevékenységekkel szemben, a közösségi média használatából származó konfliktusok, problémák stb.

2019-ben a magyar felnőtt népesség 6,1%-ára volt jellemző közösségi oldalak problémás használatának rizikója, a kérdezést megelőző 30 napon közösségi oldalt használók körében pedig ez az arány 8,8%. Hasonló mintázatot mutat egy svéd kutatás, melyben a 16–80 év közötti lakosságot vizsgálták ugyanezzel a skálával, és úgy találták, hogy 5% az előfordulása a teljes népesség körében a közösségi média problémás használatának (Henzel – Håkansson 2021, idézi Király et al. 2021b).

Az ESPAD-adatok (Király – Demetrovics 2020) a mérési módszerek függvényében eltérő eredményeket mutatnak arról, hogy kamaszok körében milyen gyakori a közösségi oldalak problémás használata. A megengedőbb módszerrel a serdülők 10,9%-a esetén merül fel a problémás használat kockázata, míg a szigorú számítási mód esetén mindössze 0,6%-uknál.

Pornográfia problémás használata

Az előzőekhez hasonlóan a pornográfia problémás használata sem szerepel a diagnosztikus rendszerekben, így sincsen egységes meghatározása vagy mérési módszere. A kényszeres szexuális viselkedési zavar ugyanakkor a WHO által elismert zavarok közé került (Böthe et al. 2020).

A pornográfia problémás használatakor a pornográf tartalmak fogyasztása az egyén életének központi része, nem tud kontrollt gyakorolni a tevékenység

felett, a negatív hatások ellenére folytatja a tartalmak fogyasztását (World Health Organization 2019, idézi Bőthe et al. 2020).

A pornográf tartalmak fogyasztása a fiatal felnőttek és még a kora serdülők körében is szignifikáns növekedést mutat az elmúlt évtizedekben, így egyre nagyobb a tudományos érdeklődés a pornófogyasztással kapcsolatban. A pornográfia problémás használatával kapcsolatban egyelőre nem állnak rendelkezésre magyar reprezentatív adatok.

Háttértényezők

Ebben a fejezetben röviden kitérünk azokra a háttértényezőkre, amelyek jellemzően összefüggésben állnak a különböző túlzott viselkedésekkel. Kandel és Malloff (1983, idézi Griffiths 1996) az alábbi szociológiai sajátosságokat határozták meg, melyek jellemzőek a viselkedési függőségekre (fontos megjegyezni, hogy ezek nagy része a kémiai addikciókkal kapcsolatos tényezőkkel is hasonlóak):

- Jellemzőbb a fiatal korosztály (18–25 év) körében, majd az életkorral csökken a gyakorisága.
- Társadalmi jelentéssel bír, célja a lázadás és a korlátok tesztelése.
- Társadalmi hatások jelentősek a kialakulásban – pl. szülők vagy a kamaszok hatása.
- A korai használat nagyobb valószínűséggel függőséget okoz.
- Az addikcióval élők hasonló életmódja és attitűdje (pl. kevésbé konform, kieső és gyengébb iskolai teljesítmény, gyengébb vallási elkötelezettség stb.).
- Fontosak a kontextuális tényezők.
- A függőségek jellemzőbbek bizonyos társadalmi csoportok körében (pl. egyedülálló, elvált, munkanélküli stb.).
- Jellemző a spontán leállás (adott tevékenység abbahagyása).
- Összefüggés a bűnözéssel.
- Ezeken kívül kulturális és pszichológiai tényezők (pl. általános jóllét, impulzivitás, mentális állapot stb.) is szerepet játszhatnak a függőség kialakulásában.

A következőkben három szociodemográfiai tényező mentén mutatjuk be, milyen összefüggésben állnak a fentiekben bemutatott viselkedési zavarokkal.

Életkor

Általánosságban elmondható, hogy a fiatal korosztály jobban érintett a viselkedési addikciók problémájával. Az életkor előrehaladtával csökken a fentiekben bemutatott problémás használatok előfordulásának gyakorisága. Ez kifejezetten igaz a közösségi oldalak problémás használatára. A legveszélyeztetettebb korosztályt a serdülők jelentik, és az életkorral csökken a problémás használat kockázata. Számos kutató érvel amellett, hogy a digitális eszközök korai használatának és a magasabb kompetenciának következményeképpen a közösségi médiák rutinszerű használata miatt sokkal jobban ki vannak téve a kamaszok a függővé válás veszélyének (Király et al. 2021b), és a kimaradástól való félelem is (FoMo; fear of missing out) – ami jellemzőbb a fiatalok körében – összefüggésben áll a problémás közösségimédia-használattal (Uram – Skalski 2020, idézi Király et al. 2021b).

A legújabb OLAAP-adatok (Paksi – Demetrovics 2021) is ezt a mintázatot igazolják a problémás közösségimédia-, a videójáték- és az internethasználat esetében is. Ezzel szemben a szerencsejáték-használat esetében a magasabb életkor járt együtt a problémás használat magasabb kockázatával, bár a hatásnagyság kicsi volt (Magi et al. 2021). A szerencsejáték-használattal összefüggésben az életkor szerepével kapcsolatban a korábbi empirikus eredmények is ellentmondásosak, számos esetben nem találtak statisztikai összefüggést a vizsgálatok az életkor és a szerencsejáték-használat között.

Nem

A nem egy fontos háttértényezője a különböző viselkedési addikcióknak. A nemi mintázódás tekintetében elmondható, hogy a fent tárgyalt viselkedési addikciók jellemzően a férfiak körében gyakoribbak.

A szerencsejáték- és videójáték-használat sokkal elterjedtebb a férfiak körében. A játékhasználati zavar rizikója ugyan nem mutat szignifikáns nemi eltérést a magyar felnőtt lakosság körében a legújabb adatok szerint, viszont a problémás szerencsejáték-használat kockázata a férfiakat sokkal nagyobb mértékben érinti (Király et al. 2021a; Magi et al. 2021).

A problémás internethasználat kockázatával kapcsolatban azt találták a kutatók, hogy a teljes népesség körében ugyan nem, de a budapesti fiatal felnőttek körében szignifikánsan eltér a férfiak és a nők között a problémás használat kockázata: a férfiak körében gyakoribb a problémás internethasználat előfordulása (Király et al. 2021a).

A magyar felnőtt népesség körében nincsen szignifikáns eltérés a nemek között a közösségimédia-használatban, sem annak problémás használatában (Király et al. 2021b). Az ESPAD adatai (Elekes et al. 2020) azt mutatták, hogy a magyar serdülők körében a lányok sokkal több időt töltenek a közösségimédia-használattal, azonban a problémás használatban nem volt szignifikáns a különbség a nemek között. Nemzetközi kutatások a lányok érintettségét emelik ki (Király – Demetrovics 2020).

Társadalmi-gazdasági státus

A különböző státusváltozók – mint pl. iskolai végzettség, jövedelem, szubjektív anyagi helyzet – is fontos háttértényezőként szoktak szerepelni a viselkedési ad-dikciókat középpontba állító vizsgálatokban. Fontos megjegyezni ugyanakkor, hogy az internet széleskörű, családi és anyagi háttértől független elterjedésével ezeknek a tényezőknek a szerepe mérséklődött az elmúlt években. Ezt igazolják a ESPAD legújabb adatai is: 2019-ben a magyar 9–10. évfolyam tanulóinak problémás internet-, közösségioldal-, videójáték- és szerencsejáték-használata nem tért el számottevően a szülők iskolázottsága vagy anyagi helyzete szerint (Király – Demetrovics 2020).

Továbbá a mintázatok sem egy irányba mutatóak, számos empirikus vizsgálat egymásnak ellentmondó eredményeket közöl (Király – Demetrovics 2020). A problémás internethasználat esetében a hátrányos anyagi helyzettel való összefüggést vizsgálták a kutatók (Király et al. 2021a), és azt találták, hogy a magyar felnőtt népesség körében a magasabb státusúak nagyobb mértékben ki vannak téve a problémás használat kockázatának. Míg mások (Islam és Hossin 2016 és Mei és munkatársai 2016, idézi Király et al. 2021a) éppen az alacsony státussal rendelkezők körében találtak gyakoribb problémás internethasználatot.

Hasonlóképpen a legújabb magyar adatok is azt mutatják, hogy a hátrányos anyagi helyzet negatív együttjárást mutat a közösségioldal-használat kockázatával, tehát az alacsonyabb státusúak körében nagyobb az esélye a problémás közösségioldal-használatnak (Király et al. 2021b).

Hivatkozások

- Andó B. – Kovács I. – Janka Z. – Demetrovics Zs. (2016): Szerencsejáték-használati zavar és alkoholhasználati zavar – hasonlóságok és különbségek. *Psychiatria Hungarica*, 31(2): 169–75. <http://publicatio.bibl.u-szeged.hu/9598/7/3103094.pdf>. (Letöltés ideje: 2021. 09. 07.)
- Bányai, F. – Zsila, Á. – Király, O. – Maraz, A. – Elekes, Z. – Griffiths, MD. et al. (2017): Problematic Social Media Use: Results from a Large-Scale Nationally Representative Adolescent Sample. *PLoS ONE* 12(1): e0169839
- Bányai F. – Zsila Á. – Demetrovics Zs. – Király O. (2018): A problémás videojáték-használat újabb elméleti és gyakorlati megközelítései. *Információs Társadalom*, 18(1): 93–106. http://real.mtak.hu/79231/1/it_2018_1_6_banyai_zsila_et_al.pdf (Letöltés ideje: 2021. 09. 07.)
- Bőthe, B. – Tóth-Király, I. – Demetrovics, Zs. – Gábor, O. (2020): The Short Version of the Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS-6): A Reliable and Valid Measure in General and Treatment-Seeking Populations. *The Journal of Sex Research*, 1–23.
- Blum, K., Braverman, E. R., Holder, J. M., Lubar, J. F., Monastera, V. J., Miller, D., Lubar, J. O., Chen, T. J., Comings, D. E. (2000): Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32 Suppl, I–IV, 1–112.
- Comings, D. E. – Blum, K. (2000): Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders. *Progress in Brain Research*, 126: 325–341.
- Demetrovics, Z. – Szeredi, B. – Rózsa, S. (2008): The three-factor model of Internet addiction: The development of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behavior Research Methods*, 40: 563–574.
- Demetrovics Zs. (2013): Viselkedési addikciók: spektrumszemléletű kutatások. Akadémiai doktori értekezés. <https://core.ac.uk/download/pdf/35136241.pdf>. (Letöltés ideje: 2021. 09. 07.)
- Demetrovics Zs. – Kun B. (szerk.) (2010): *Az addiktológia alapjai IV*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Elekes Zs. – Arnold P. – Bencsik N. (2020): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában*. Budapesti Corvinus Egyetem.
- Griffiths, M. (1996): Behavioural addiction: an issue for everybody? *Employee Counselling Today*, 8(3): 19–25.
- Hollander, E. (1993): Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatric Annals*, 23: 255–358.
- Hollander, E. – Wong, C. M. (1995): Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(4): 3–6.

- Király O. – Demetrovics Zs. (2020): Viselkedési addikciók. In: Elekes Zs. – Arnold P. – Bencsik N. (szerk.): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában*. Budapesti Corvinus Egyetem, 113–131.
- Király O. – Demetrovics Zs. – Paksi B. (2021c): Videójáték-használat. In: Paksi B. – Demetrovics Zs. (szerk.): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Szenvedélyeink a lakossági kutatások tükrében*. L'Harmattan, Budapest.
- Király O. – Koronczi B. – Demetrovics Zs. – Paksi B. (2021a): Problémás internethasználat. In: Paksi B. – Demetrovics Zs. (szerk.): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Szenvedélyeink a lakossági kutatások tükrében*. L'Harmattan, Budapest.
- Király O. – Koronczi B. – Demetrovics Zs. – Paksi B. (2021b): Közösségi oldalak problémás használata. In: Paksi B. – Demetrovics Zs. (szerk.): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Szenvedélyeink a lakossági kutatások tükrében*. L'Harmattan, Budapest.
- Király, O. – Slecza, P. – Pontes, H. M. – Urban, R. – Griffiths, M. D. – Demetrovics, Zs. (2017): Validation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) and evaluation of the nine DSM-5 Internet Gaming Disorder criteria. *Addictive Behaviors* 64. November.
- Koronczi B. – Demetrovics Zs. – Kun B. (2010): Internetfüggőség és problémás internethasználat. In: Demetrovics Zs. – Kun B. (szerk.): *Az addiktológiai alapjai IV*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 253–282.
- Magi A. – Demetrovics Zs. – Paksi B. (2021): Problémás szerencsejáték használata. In: Paksi B. – Demetrovics Zs. (szerk.): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Szenvedélyeink a lakossági kutatások tükrében*. L'Harmattan, Budapest.
- Marlatt, G. A. – Baer, J. S. – Donovan, D. M. – Kivlahan, D. R. (1988): Addictive behaviors: etiology and treatment. *Annu Rev Psychol.* 39: 223–252.
- Paksi B. – Magi, A. – Pillók, P. – Kótyuk, E. – Felvinczi, K. – Demetrovics, Zs. (2021): Módszertani háttér. In: Paksi B. – Demetrovics Zs. (szerk.): *Addiktológiai problémák Magyarországon – Szenvedélyeink a lakossági kutatások tükrében*. L'Harmattan, Budapest.
- Prievara, D. K. – Pikó, B. (2016): Céltalanul a világhálón – a problémás internethasználat háttértényezőinek vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 31(2): 146–156. http://publicatio.bibl.u-szeged.hu/15316/1/PsychHung_2016_proof.pdf. (Letöltés ideje: 2021. 09. 07.)
- Subramaniam, M. – Wang, P. – Soh, P. et al. (2015): Prevalence and determinants of gambling disorder among older adults: A systematic review. *Addictive Behaviors* 41: 199–209.

Ajánlott irodalom

- Albrecht, U. – Kirschner, N. E. – Grüsser, M. S. (2007): Diagnostic instruments for behavioural addiction: an overview. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 4: Doc 11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736529/> (Letöltés ideje: 2021. 09. 07.)
- Annoni, A. M. – Petrocchi, S. – Camerini, A.-L. – Marciano, L. (2021): The Relationship between Social Anxiety, Smartphone Use, Dispositional Trust, and Problematic Smartphone Use: A Moderated Mediation Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5): 2452. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052452>
- Billieux, J. – Maurage, P. – Lopez-Fernandez, O. – Kuss, Daria J. – Griffiths, M. D. (2015): Can Disordered Mobile Phone Use Be Considered a Behavioral Addiction? An Update on Current Evidence and a Comprehensive Model for Future Research. *Current Addiction Reports*, 2: 156–162. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0054-y>
- Brittany, K. – Gainsbury, S. (2021): Perceptions of young adults' problematic technology use among Australian youth professionals. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 15(1). <https://doi.org/10.5817/CP2021-1-8>
- Byun, S. – Ruffini, C. – Mills, J. E. – Douglas, A. C. – Niang, M. – Stepchenkova, S. – Jihad Loutfi, S. K. L. – Lee, J.-K. – Atallah, M. – Blanton, M. (2009): Internet Addiction: Metasynthesis of 1996–2006. Quantitative Research. *CyberPsychology & Behavior*, 12(2): 203–207. <https://doi.org/10.1089/cpb.2008.0102>
- Cataldo, I. – Lepri, B. – Neoh, M. J. Y. – Esposito, G. (2021): Social Media Usage and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence: A Review. *Frontiers in Psychiatry* 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.508595>
- Chamberlain, S. R. – Lochner, C. – Stein, D. J. – Goudriaan A. – van Holst, R. J. – Zohar, J. – Grant, J. E. (2015): Behavioural addiction – A rising tide? *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 26(5). DOI:10.1016/j.euroneuro.2015.08.013
- Chin-Hooi Soh, P. – Wai Chew, K. – Yeik Koay, K. – Hwa Ang, P. (2018): Parents vs peers' influence on teenagers' Internet addiction and risky online activities. *Telematics and Informatics*, 35(1): 225–236. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2017.11.003>
- Derevensky, J. L. (2019): Behavioral Addictions: Some Developmental Considerations. *Current Addiction Reports*, 6: 313–322. <https://doi.org/10.1007/s40429-019-00257-z>

- Eidi, A. – Delam, H. (2020): Internet addiction is likely to increase in home quarantine caused by coronavirus disease 2019 (COVID 19). *JHSSS*, 8(3): 142–143. doi: 10.30476/JHSSS.2020.87015.1104
- Elhai, Jon D. – Gallinari, E. F. – Rozgonjuk, D. – Yang, H. (2020): Depression, anxiety and fear of missing out as correlates of social, non-social and problematic smartphone use. *Addictive Behaviors*, 105: 106335. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106335>
- Griffiths, M. D. – Kuss, D. J. (2017): Adolescent social media addiction (revisited). *Education and Health*, 35(3).
- Guessoum, S. B. – Lachal, J. – Radjack, R. – Carretier, E. – Minassian, S. – Benoit, L. – Moro, M. R. (2020): Adolescent psychiatric disorders during the COVID–19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Research* 291: 113264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>
- Ineme, M. E. – Osinowo, H. O. – Ineme, K. M. – Akpabio, G. A. (2017): Predictive Roles of Depression and Demographic Factors in Internet Addiction: A Cross-Sectional Study of Students in a Nigerian University. *International Journal of Cyber Criminology*, 11(1): 10–23. <http://www.cybercrimejournal.com/Inimeetallvol11issue1IJCC2017.pdf>
- Israelashvili, M. – Kim, T. – Bukobza, G. (2012): Adolescents' over-use of the cyber world – Internet addiction or identity exploration? *Journal of Adolescence*, 35(2): 417–424. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.07.015>
- Kapetanovic, S. – Gurdal, S. – Ander, B. – Sorbring, E. (2021): Reported Changes in Adolescent Psychosocial Functioning during the COVID–19 Outbreak. *Adolescents* 1(1): 10–20. <https://doi.org/10.3390/adolescents1010002>
- Keles, B. – McCrae, N. – Grealish, A. (2019): A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1). <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851>
- Kim, H.-J. – Min, J.-Y. – Kim, H.-J. – Min, K.-B. (2017): Accident risk associated with smartphone addiction: A study on university students in Korea. *AKJournals*, 6(4). <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.070>
- King, D. L. – Delfabbro, P. H. (2016): Early exposure to digital simulated gambling: A review and conceptual model. *Computers in Human Behavior*, 55: 198–206. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.09.012>
- Kirik, A. – Arslan, A. – Çetinkaya, A. – Gül, M. (2015): A Quantitative Research on the Level of Social Media Addiction among Young People in Turkey. *International Journal of Sport Culture and Science*, 3(3): 108–122. <https://doi.org/10.14486/IntJSCS444>
- Kuss, D. J. – Griffiths, M. D. (2012): Internet Gaming Addiction: A Systematic Review of Empirical Research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(2): 28–296. DOI:10.1007/s11469-011-9318-5

- Kuss, D. J. (2013): Internet gaming addiction: current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 6: 125–137. DOI:10.2147/PRBM.S39476
- la Torre, J. A.-de – Puigdomenech, E. – García, X. – Valderas, J. M. – Eiroa-Orosa, F. J. – Fernández-Villa, T. – Molina, A. J. – Martín, V. – Serrano-Blanco, A. – Alonso, J. – Espallargues, M. (2020): Relationship Between Depression and the Use of Mobile Technologies and Social Media Among Adolescents: Umbrella Review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8): e16388. 10.2196/16388
- Martinotti, G. – Alessi, M. C. – Di Natale, C. – Sociali, A. – Ceci, F. – Lucidi, L. – Picutti, E. – Di Carlo, F. – Corbo, M. – Vellante, F. – Fiori, F. – Tourjansky, G. – Catalano, G. – Carenti, M. L. – Incerti, C. C. – Bartoletti, L. – Barlati, S. – Romeo, V. M. – Verrastro, V. – De Giorgio, F. – Valchera, A. – Sepede, G. – Casella, P. – Pettoruso, M. – di Giannantonio, M. (2020): Psychopathological Burden and Quality of Life in Substance Users During the COVID–19 Lockdown Period in Italy. *Frontiers in Psychiatry* 11: 572245. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.572245>
- Martinotti, G. – Vilella, C. – Di Thiene, D. – Di Nicola, M. – Bria, P. – Conte, G. – Cassano, M. – Petruccelli, F. – Corvasce, N. – Janiri, L. – La Torre, G. (2011): Problematic mobile phone use in adolescence: a cross-sectional study. *Journal of Public Health* 19: 545–551. <https://doi.org/10.1007/s10389-011-0422-6>
- Mohammadi, S. – Valinejadi, A. – Saman, J. A. – Karimpour, H. – Kaivanfar, M. – Safaeipour, M. – Mohammadi, A. – Kawyannejad, R. (2018): Assessment of addiction to internet, smartphone and social networks among students of medical sciences: a cross sectional study. *Electron J Gen Med*, 15(4). <https://doi.org/10.29333/ejgm/85685>
- Moran, L. – Bradbury, E. – Mills, J. (2018): Gambling addiction. *InnovAiT*, 12(2): 62–66. DOI:10.1177/1755738018809137
- Orben, A. (2020): Teenagers, screens and social media: a narrative review of reviews and key studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(4): 407–414. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01825-4>
- Ozturk, F. O. – Ekinçi, M. – Ozturk, O. – Canan, F. (2013): The Relationship of Affective Temperament and Emotional-Behavioral Difficulties to Internet Addiction in Turkish Teenagers. *Hindawi Publishing Corporation*, vol. 2013. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/961734>
- Paschke, K. – Austermann, M. I. – Thomasius, R. (2021): ICD-11-Based Assessment of Social Media Use Disorder in Adolescents: Development and Validation of the Social Media Use Disorder Scale for Adolescents. *Frontiers in Psychiatry* 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.661483>

- Piteo, E. M. – Ward, K. (2020): Review: Social networking sites and associations with depressive and anxiety symptoms in children and adolescents – a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(4): 201–216. <https://doi.org/10.1111/camh.12373>
- Puukko, K. – Hietajärvi, L. – Maksniemi, E. – Alho, K. – Salmela-Aro, K. (2020): Social Media Use and Depressive Symptoms – A Longitudinal Study from Early to Late Adolescence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16): 5921. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165921>
- Rambaree, K. – Mousavi, F. – Magnusson, P. – Willmer, M. – Serpa, S. (2020): Youth health, gender, and social media: Mauritius as a glocal place. *Cogent Social Sciences*, 6(1). <https://doi.org/10.1080/23311886.2020.1774140>
- Sidek, S. – Kudus, N. – Izharudin, S. Z. – Kamaludin, M. – Hassan, M. A. – Mohamed, S. (2016): Factors influencing internet addiction among university students: a review. *Sci.Int. (Lahore)*, 28(2): 1343–1346. https://www.researchgate.net/profile/Safiah-Sidek-2/publication/301892120_Factors_Influencing_Internet_Addiction_Among_University_Students_A_Review/links/572b8f0e08aef5d48d327d2c/Factors-Influencing-Internet-Addiction-Among-University-Students-A-Review.pdf
- Sirola, A. – Kaakinen, M. – Savolainen, I. – Paek, H.-J. – Zych, I. – Oksanen, A. (2021): Online identities and social influence in social media gambling exposure: A four-country study on young people. *Telematics and Informatics*, 60: 101582. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2021.101582>
- Shaw, M. – Black, D. (2008): Internet Addiction: Definition, Assessment, Epidemiology and Clinical Management. *CNS Drugs*, 22(5): 353–365. DOI: 10.2165/00023210-200822050-00001
- Spettigue, W. – Henderson, K. A. (2004): Eating Disorders and the Role of the Media. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13(1): 16–19. 19030149
- Tavolacci, M. P. – Ladner, J. – Grigioni, S. – Richard, L. – Villet, H. – Dechelotte, P. (2013): Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions: a cross-sectional study among university students in France, 2009–2011. *BMC Public Health* 13: 724. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-724>
- Villella, C. – Martinotti, G. – Di Nicola, M. – Cassano, M. – La Torre, G. – Gliubizzi, M. D. – Messeri, I. – Petruccielli, F. – Bria, P. – Janiri, L. – Conte, G. (2010): Behavioural Addictions in Adolescents and Young Adults: Results from a Prevalence Study. *Journal of Gambling Studies* 27: 203–214. <https://doi.org/10.1007/s10899-010-9206-0>
- Walsh, S. P. – White, K. M. – Young, R. M. (2008): Over-connected? A qualitative exploration of the relationship between Australian youth and their mobile

- phones. *Journal of Adolescence*, 31(1): 77–92. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.04.004>
- Widyanto, L. – Griffiths, M. (2006): 'Internet Addiction': A Critical Review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4(1): 31–51. DOI:10.1007/s11469-006-9009
- Yellowlees, P. M. – Marks, L. M. (2007): Problematic Internet use or Internet addiction? *Computers in Human Behavior*, 23(3): 1447–1453. DOI:10.1016/j.chb.2005.05.004

* * *

ELEKES ZSUZSANNA – A Budapesti Corvinus Egyetem Társadalom- és Politikatudományi Intézetének egyetemi tanára, az MTA doktora, az MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport vezetője. Fő kutatási területe az alkohol- és egyéb drogok epidemiológiája, társadalmi magyarázata. Számos nemzetközi kutatásban vett részt, ezek közül meghatározó az ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) program, amelynek 1995-től, tehát a kezdetektől fogva a magyarországi vezetője. Rizikó-magatartásokról a BCE-n és több más egyetemen is rendszeresen tart órákat.

ARNOLD PETRA – Az MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport tudományos munkatársa. Több mint 15 éve dolgozik deviancia (elsődlegesen drog) kutatóként, ez idő alatt számos hazai és nemzetközi kutatásban vett részt (pl. HBSC, OLAAP, COREPOL). 2019-ben csatlakozott az ESPAD kutatáshoz. Az elmúlt években nem csak deviancia témában, de sok más területen is (pl. ifjúság, roma) megfordult. Szakterülete: populációs vizsgálatok, médiaelemzés, fókusz-csoport, posztadoleszcencia.

BENCSIK NÓRA – Az MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport kutatási asszisztens munkatársa. Jelenleg az ELTE Szociológia MA végzős hallgatója. 2017-től vesz részt a BAGázs Közhasznú Egyesület munkájában, korábban a drogalternatíva szabadidős program koordinálásáért felelt, 2020 óta pedig a telepen élő nők számára tart prevenciós jellegű csoportot, illetve ehhez kapcsolódó érzékenyítő workshopokat Budapesten.

KUTROVÁTZ KITTI – Az MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport tudományos munkatársa. Kutatási területe a szülőség és a kamaszok szabadidő-eltöltése, különös tekintettel a digitális eszközök használatára. Ebben a témában számos nemzetközi és hazai konferencián vett részt, magyar és angol nyelven jelentek meg publikációi. Jelenleg a kamaszok alkoholfogyasztásának, digitális média-használatának és szubjektív jóllétének összefüggéseit vizsgálja.



■ ■ ■ A SOROZATBAN MEGJELENT KÖTETEK ■ ■ ■

1. Albert Fruzsina: Emberi kapcsolatok. *A személyes kapcsolat-hálózatok szociológiai szempontú elemzése*
2. Czibere Ibolya: Egyenlőtlenségek a vidéki társadalomban
3. Csizmady Adrienne: A városszociológia alapjai
4. Elekes Zsuzsanna: Rizikó-magatartások epidemiológiai megközelítésben
5. Kovách Imre: Vidékszociológia
6. Krémer Balázs: Kisebbségpolitika. *Szempontok a kisebbségek társadalmi helyzetének és a kisebbségpolitikák értelmezéséhez, magyarázatához*
7. Murányi István: Fiatalok állampolgári szocializációja
8. Nagy Terézia: Differenciáltan a migrációról. *Migráns életek, élethelyzetek és a migráns élethelyzet keretei*
9. Sik Endre: A migráció szociológiája 3.0
10. Sik Endre: Traktátus a társadalomtudományok kutatási módszereiről gondolkodók számára
11. Szabari Vera: A történet szociológiája – *Kontextus és reflexivitás a szociológia örökségének feldolgozásában*
12. Szarvák Tibor: Adalékok a társadalmi felzárkózás szociológiájának értelmezéséhez. *Közösségi és egyéni szerepek, társadalmi meghatározottságok a vidéki Magyarországon*
13. Szalma Ivett – Takács Judit: Családszociológiai mozaik