

Szemléleti modellek az addiktológiában

RAFFAI GELLÉRT

Absztrakt: A pszichoaktív szerekkel, drogokkal kapcsolatos attitűdöket jelentősen meghatározzák az egyéni élmények, tapasztalatok, így mindenki máshogy viszonyul a pszichoaktív szerek, drogok hatalmas halmazához, ebből pedig gyakran párhuzamos diskurzusok alakulnak a valódi párbeszéd helyett. A szerfogyasztás mindenkinél teljesen egyedi mintázatot fog megjeleníteni, amely a szer, a személy és a szociokulturális környezet konstellációjára épül. Ezzel összefüggésben fontos ismerni és megérteni a különböző gyógyítási és szemléleti modelleket is – a számos alapmodellt és az integratív modellt.

Kulcsszavak: addiktológia, szemléleti modell, önmedikalizáció

A szemléleti modellek jelentősége

A pszichoaktív szerek, drogok sokszínűségéből adódik, hogy ennek az óriási halmaznak mindenki más én más oldalával találkozik. Az emberek egy része a legális szerekkel van kapcsolatban, egy másik része az illegálisakkal. Egyes csoportok a természetes szereket kedvelik, egy másik csoport a félszintetikusokat, vagy szintetikusakat. Megint más felosztás szerint valaki az élénkítő hatású szereket kedveli, mások pedig a nyugtató hatásúakat, esetleg vélt vagy valós önismereti céllal fogyasztanak különféle pszichoaktív anyagokat. Valakinek a szer a munkájában segít, valakinek a társasági életében, valaki a valóság szorongató helyzetei menekül, valaki pedig saját nehéz élményeit próbálja gyógyítani a szerfogyasztás által. Ezzel a komplexitással összefüggésben mindenki máshogy látja a pszichoaktív szerek ártalmait, hasznosságát, lehetőségeit vagy veszélyeit. Annyit mindenképpen fontos tudatosítani, hogy annyiféle szerfogyasztás létezik, ahány ember vagy, hiszen a szerfogyasztás teljesen individuális mintázata mindig a szer, a személy és a szociokulturális környezet egyedi konstellációjából tevődik össze. A szer esetén nyilván a szerspecifikus sajátosságok mérlegelendők, például nagyon más alkohol vagy cannabis esetén az addiktív potenciál, a szerrel kapcsolatos attitűdök, hiedelmek, tájékozottság, a jogi szabályozás, a hozzáférhetőség stb. A személyes tényezők a személyiségbeli sajátosságokból vezethetők le, pl. biológiai és genetikai tényezők, kötődési típus, komplex traumatizáció, vagy olyan vonások jelenléte, mint mondjuk az agresszivitás. A szociokulturális környezet kapcsán mérlegelendő a családi hatások szerepe, a kortárs csoportok hatása, a jogi szabályozás és a média hatásai. Ezek alapján tehát jól látszik, hogy az egyedi szerfogyasztási mintázat milyen sok tényező összefüggéseire alapulhat, amelyek közt lesznek protektív- és rizikótényezők egyaránt (Kelemen, 2001).

Párhuzamos beszéd és párbeszéd

A rendszeres alkohol-, amfetamin-, cannabis- vagy opiát-fogyasztók (legalábbis azt feltételezve, hogy csak egy szert preferálnak) tehát nagy valószínűséggel nem látnak rá egymás szerfogyasztási céljaira, funkcióira, sajátosságaira, egészen különböző módon vélekedhetnek egymásról. Ezzel összefüggésben egy „problémamentes” hallucinogénfogyasztó vélhetően nehezen érti meg a drogambulanciák és drogrehabilitációs intézmények „problémás” heroinfogyasztóit, a drogfogyasztást legalizáló és szigorító vélemények közti különbségek mintha egymással párhuzamos diskurzusokként jelennének meg a párbeszéd helyett. Ezek a különbségek leképződnek az addiktológiával kapcsolatos gyógyítási vagy szemléleti modellekben, amelyek előnyeit és hátrányait érdemes ebben a tanulmányban megismerni és megérteni. A szemléleti modellek között megkülönböztetünk úgynevezett alapmodelleket (pl. morális modell) és az integratív modellt, amely több alapmodellt kombinálhat (pl. a betegségmodellt és az önmedikalizációs modellt). Az alapmodellek egy-egy fókuszra összpontosítanak, megjelenik bennük egy hipotetikus ok, amire építhetők a kezelés céljai és stratégiái. Fontos azonban tudatosítanunk, hogy pusztán önmagában egyik sem bír kizárólagos érvényességgel, így tudatosítani szükséges a potenciális előnyöket és hátrányokat is egyaránt (Gerevich, 2000).

A morális modell

Időrendileg a legkorábbi modell, amely a pszichoaktív szerek okozta függőségeket felelőtlenségre, erkölcsi gyengeségre, az akaraterő hiányára vezeti vissza. Ezzel összefüggésben sokáig úgy vélekedtek minden kémiai függőségben szenvedő személyről (legyen a szer akár legális, akár illegális), hogy viselkedése miatt bezárást vagy hasonló büntetést érdemel, vagy esetleg úgy bánjanak vele, mintha nem is valós problémája lenne.

A kezelés célja tehát az akaraterő kifejlesztése vagy növelése, vagyis a kívánt cél az, hogy a szenvedélybeteg ellenálljon bármilyen kísértésnek. Ezzel összefüggésben a segítőt sajátosan kettős helyzetbe hozza: egyrészt büntető, számonkérő, erkölcsi bíróvá válhat, aki a már meglévő büntudatot fokozhatja, ami nyilván nehezíti a hiteles és őszinte támogatást. A megközelítés előnye lehetne, hogy morális kérdésekkel is foglalkozik, hátránya ugyanakkor a segítő korábban ismertetett büntudatkeltő módon segítség dilemmája (Gerevich, 2000).

A 20. század elején azonban a mentálhigiénés mozgalom feleledésével párhuzamosan az egyéni és csoportos önsegítő kezdeményezések is szárnyra kaptak, amely a morális modell kritikáját is magával hozta. Ennek jelentős állomása volt az 1935-ben indult AA (Anonim Alkoholisták) mozgalom, amely megalapozta, hogy Minnesotában, a Hazelden Alapítvány intézményében a pszichológus Dan Anderson és a pszichiáter Nelson Bradley kidolgozzák a Minnesota modellt (12 lépéses pszichológiai-spirituális program függők számára), amely azóta is méltán népszerű világszerte (McElrath, 1997).

A tanulási modell

Ez a modell nyilvánvalóan a kognitív viselkedésterápia elméletein alapul, így a tanulási mechanizmusokat érdemes átgondolni. Az operáns kondicionálás az a típusú tanulás, amikor a cselekvő (operátor) viselkedése mindig aszerint változik, hogy milyen megerősítést kap. Amennyiben egy viselkedés következménye jutalmazás, akkor a viselkedés gyakorisága nő, ha azonban büntetéssel jár, akkor a viselkedés gyakorisága lecsökken.

A pszichoaktív szerfogyasztás esetén a szerek többsége rövidtávon nyilvánvalóan kellemes hatással bír, ami jutalmazó hatású és növeli a fogyasztás gyakoriságát. Ezzel együtt a kellemetlen érzések, mint például a rosszkedv, szorongás vagy unalom megszüntetésére is képes lehet, vagyis a negatív megerősítés elvének megfelelően szintén növelni fogja a szerfogyasztás iránti késztetést. Jelentős tanulási forma továbbá a szociális tanulás, amely során a legtöbbször magasabb státuszban lévő tekintélyszemélyek (tipikusan a családban megfigyelhető apa, anya vagy a nagyobb testvérek) viselkedése válik példává. Ennek protektív hatása is lehet, ha a szülők szerfogyasztás szempontjából képesek az önmérsékletre. A szerfüggő szülők, testvérek azonban ugyanezen az elv alapján válhatnak negatív példává, nem véletlen tehát, hogy a legtöbb szerfüggő személy családi felmenői között szintén sok problémás szerhasználó fordul elő (Bodrogi, 2010).

A tanuláselméleti modellek mellett természetesen a kognitív szemléletű kutatók is azonosítottak olyan tipikus gondolkodási torzításokat, amelyek a problémás szerfogyasztókat jellemzik. Marlatt 4 olyan kognitív hiedelmet írt le, amely visszatérő jellegzetessége a szerfüggőknek. Az első a hatékonyság, vagyis annak képze, hogy a személy kompetensen kezel egy helyzetet. Ennek azonban mindkét szélsősége lehet veszélyes – egy magas hatékonyságú személy gondolkodhat úgy, hogy „ellenállok bármilyen sóvárgásnak”, míg az alacsony hatékonyságú gondolhatja azt, hogy „úgysem bírom az életet szerek nélkül”. Nyilvánvaló azonban, hogy a magas hatékonyságú személy felépülési esélyei természetesen jobbak. A második az eltúlzott elvárások hiedelme, pl. „ettől az élménytől elmúlnak a gondjaim”. A harmadik az ok-okozati viszonyban gondolkodás, amely külső vagy belső tényezőkkel magyarázza (önmagának) a szerhasználatot, pl. „fizikai függőségem miatt élek szerekkel”. A negyedik pedig a döntéshozás hiedelme, amiről a személy vagy azt gondolja, hogy képes meghozni, de nem „akarja”, vagy azt gondolja, hogy nem képes meghozni (Marlatt, 2005).

Ennek a modellnek az előnye, hogy nem büntudatkeltő a függővel, a fogyasztási magtartás helyett sokkal inkább a függőség eltanulásában keresi a felelősséget és nyilvánvalóan a tanult, kondicionált magatartássémák illetve kogníciók megváltoztatását tűzi ki célul. Ebből adódóan a kognitív viselkedésterápia diagnosztikus megközelítései (viselkedésdiagnosztika, kognitív konceptualizálás), valamint terápiás eszközei (pl. ingerkontroll, ingerexpozíció-válaszgátlás, sématerápia, stb.) adekvátak lehetnek (Bodrogi, 2010; Gerevich, 2000).

A betegségmodell

Ez a modell a pszichoaktív szerhez társuló addikciókat sokáig ismeretlen eredetű, gyógyíthatatlan betegségnek tartotta, ebből fakadóan a kezelés sokáig csak tüneti volt. A kezelés sikere az absztinenciára elérésére és megtartására irányult, amit az addiktív identitás kialakításával próbáltak megvalósítani. A modell tulajdonképpen jelentősége abban áll, hogy a biológiai tényezőket is egyre mélyebben kezdték el tanulmányozni (Gerevich, 2000).

Az addiktív jelenségek mögötti biológiai háttér tehát nem túl régóta ismert. A nucleus accumbens, anterior cinguláris kéreg és a ventrális tegmentális area, mint jutalmazó köröket jelentő szerepe; az amygdala és a ventrális tegmentális area érzelmi kondicionálásban megjelenő szerepe; a hippocampus érintettsége és ezzel összefüggésben a memóriában való szerepe; a prefrontalis kéreg viselkedést kontrolláló szerepe ma már mind olyan kiindulópontok, amelyek megalapozzák a pszichoaktív szerek által kiváltott pszichés és viselkedéses következményeket. Ismert, hogy a pszichoaktív szerek sokszínűsége ellenére többnyire hasonló módon alakítják az agyi jutalmazó mechanizmusokat, így a függőség kialakulását és a megvonási tüneteket is (Wise, 1996).

Ismertté és elfogadottá vált az úgynevezett „incentív-szenzitivitás elmélet”, amely szintén biológiai kiindulású, mégis újszerűen közelíti meg a biológiai háttér és a pszichés függőség összefüggéseit. A négy fő komponense a következők: 1. A potenciálisan függőséget okozó pszichoaktív szerek képesek hosszan tartó adaptációk kialakítására az idegrendszerekben. 2. Megváltoznak olyan agyi rendszerek, amelyek általában részt vesznek az ösztönzési motiváció és a jutalmazás folyamatában. 3. A függőség kritikus neuroadaptációi miatt az agy jutalmazási rendszerei túlérzékenyek („szenzitizáltak”) a pszichoaktív szerekkel társított ingerekkel szemben. 4. A szenzitizált agyi rendszerek nem a pszichoaktív szerek kellemes vagy eufórikus hatásait közvetítik (tehát nem egy szer „tetszése” a lényeges), ehelyett a jutalom egy alkotórészét közvetítik, amelyet incentív ösztönzőnek (szer iránti „vágyakozásnak”) nevezünk (Robinson & Berridge, 2002).

Az utóbbi időben a kutatások a pszichoaktív szerfüggőség motivációs rendszerekre gyakorolt nyilvánvaló diszregulációs folyamatain túl egyre specifikusabban tárják fel, hogy a pszichés folyamatok mögött milyen meghatározó neurotranszmitterek és agyi képletek egymásra hatása valószínűsíthető, pl. a drogabúzus időszakában a dopamin és az opioid peptidok változása a bazális ganglionokban. A negatív érzelmi állapotok, valamint a diszfórikus és stresszszerű válaszok növekedése a megvonás szakaszában a jutalmazási rendszer dopamin komponens funkciójának csökkenésével és az agyi stressz neurotranszmitterek - például kortikotropin-felszabadító faktor és dinamorfin - felszabadulásával jár együtt (Koob és Volkow, 2016).

A betegségmodell eredeti alapfelvetése alapján nem büntet, kevésbé von felelősségre, kevésbé fókuszál a pszichopatológiai jelenségekre. A biológiai tényezőkre mutató fokozottabb fókusz viszont előrevetíthet biológiai terápiákat is.

Az önmedikalizációs modell

Az önmedikalizációs modell egészen újszerű megközelítés volt, ami azon a megfigyelésen alapult, hogy a szerfüggés mögött valamilyen pszichés zavar van, amit az egyén ösztönösen, spontán módon elkezd valamilyen szerrel „öngyógyítani”, ha pedig egy szer ebben hatékony, akkor az egyfajta „háziilag farmakoterápiát” jelenthet számára. Gyakran nehéz azonban meghatározni, hogy egy pszichopatológiai tünetcsoport előzménye vagy következménye egy adott szer hatásának. A modell hátránya lehet, ha a külső szemlélő vagy segítő megengedővé válik a pszichoaktív szer „potenciális gyógyhatása” miatt. Ezzel összefüggésben a függő a szerből fakadó problémákat bagatellizálhatja (Gerevich, 2000).

Az önmedikalizációs hipotézis addikciófelfogása összhangban van a modern pszichoanalitikus megközelítéssel. Wurmser (1974) azt is megkockáztatja, hogy a drogfogyasztók egyes szereket adaptív módon használnak, a védekező rendszerük hibáit, gyengeségeit próbálják fejleszteni, kijavítani általa. Az önmedikalizációs hipotézis egyik irányelve a sokat idézett Khantzian (1985) tanulmányából ered. Szerinte a pszichoaktív szerfogyasztás esetén a szer típusának kiválasztása tulajdonképpen tudatosan történik, a szerhasználó elkezd használni kedvenc szerének funkcionális előnyeit, amit emiatt tekinthetünk önkorrekciónak vagy önmedikalizációnak. A szerhasználat egészen pontosan az én az énvédelem szerepét erősíti, anélkül reménytelenség és bizonytalanság érzése uralkodna el a függőn. A korai pszichés sérülésekkel élő személy vélhetően képtelen a szükséges életfeladatokhoz alkalmazkodni, ami feszültségét és szorongását fokozza. A szerfogyasztás egyfajta öngondoskodás, ami maladaptív coping kísérlet mellyel a személy az őt ért pozitív hatásokat erősíteni, a negatívokat csökkenteni kívánja a szerhasználattal (Khantzian, 1985).

Khantzian és Wurmser klinikai tapasztalatai alapján a különböző hatásmechanizmusú pszichoaktív szerek egészen specifikusan kapcsolódhatnak a korai intrapszichés sérülésekhez, interperszonális rossz tapasztalatokhoz. Az alábbi csoportosításuk megfontolásra érdemes:

- Ópiáthasználat esetén feltételezhető a szerfogyasztó komoly belső agressziója, az ópiátok azonban a belső nyugalom állapotát adhatják, lecsendesíthetik a használót.
- Stimulánsok esetén feltételezhető problematika a depresszió, a lehangoltság így a stimuláns, mint antidepresszáns lehet jelen a fogyasztó életében.
- Alkohol esetén központi probléma lehet az intimitás, az alkohol azonban gátlásokat old, felszabadultságot okozhat, a kapcsolatteremtést könnyítheti meg.
- Hallucinogének esetén belső üresség érzés, jelentéktelenség érzés tapasztalható, amit a szer perceptuális élményekkel tölthet fel.

Fontos ismét tudatosítani, hogy az anyag a személyiség sérüléseiből, hiányosságából eredő zavarok gyógyítását célzó kiszámíthatatlan és kockázatos kísérlet, a szer elhagyása után pedig annak funkcióját pótolni kell. Az önmedikalizációs hipotézis összességében nagy lépést tett annak a korábbi „dogmának” az árnyalásában, hogy a függő nem pusztán élménykereső vagy a világ nehézségeitől menekül, hanem tulajdonképpen saját gyógyulása motiválja, azon „dolgozik”, csak ehhez nem megfelelő utat választott (Kelemen, 2001).

A szociális modell

A szociális vagy társas modell a szerhasználat kialakulásában és fennmaradásában egyaránt a szerfogyasztóra ható családi, kortárs, környezeti, kulturális vagy szociális közeget helyezi a fókuszba. Ebből fakadóan a szerfogyasztás akkor csökken, ha a körülötte lévő közeg megváltozik, hiszen ezzel párhuzamosan változik szociális funkcionálása is. A másik megoldás, ha a korábban szerfogyasztást provokáló stresszhatásokat a szer helyett érettebb érzelmi, gondolkodási és viselkedési válaszokkal tudja megoldani. A modell több korábban ismertetett modellhez illeszkedhet, hátránya azonban hogy ismét a környezetet hibáztatja, így a fogyasztó felelősségét csökkenti, passzív helyzetbe hozza (Gerevich, 2000).

A modell alaposabb megértéséhez indokolt a szociális közeg működését szintjeit mélyebben megismerni, amihez a legkomplexebb megközelítést Bronfenbrenner (1992) méltán híres ökológiai rendszerszemlélete adja. Ez az alábbi szinteken nyilvánul meg:

- Mikrorendszer: a legkisebb és legközvetlenebb közeg, amelyben a személy él: otthon, iskola, munkahely és a kisebb közvetlen közösségek, kortársak.
- Mezőrendszer: a mikrorendszerek kölcsönhatásaiból épül fel: a család és iskola kapcsolata, a család és a kortársak kapcsolata stb. A központi személy szülője például aktív hatással lehet a személy baráti kapcsolataira, akár pozitívan, akár negatívan.
- Exorendszer: kapcsolat kettő vagy több olyan rendszer között, amelyeknek a személy nem része, indirekt módon mégis megéri a hatásukat, pl. a szülők munkahelyén keletkező feszültség áttolódhat az otthoni légkörre is stb.
- Makrorendszer: a legnagyobb rendszer, ami magában foglal valamennyi személyt és közeget, amely szignifikáns hatással van a központi személyre. Ebbe beletartoznak a személyt körülvevő kulturális értékek, minták és meggyőződések egyaránt. Tulajdonképpen még a gazdasági és politikai közeg is meghatározó lehet az egyéni fejlődés szempontjából.
- Kronoszisztémának nevezzük azt a mintázatot, amelyen keresztül a fejlődés az egész életen át és a fent említett különböző közegeken keresztül zajlik, pl. a fontosabb életeseemények nyilván árnyalják, módosítják a környezeti hatásokat és a személyes életutat egyaránt (Bronfenbrenner, 1992).

A szociális modellben érthető meg tehát leginkább a szerhasználat kialakulása és fennmaradása, amely nyilvánvalóan alátámasztja a közösségi segítségen alapuló gyógyulást

hatásmechanizmusait is. A Minnesota modell alapoz a szerfogyasztó egyén korábbi társas közegeinek mélyebb megértésére, a szerfogyasztást fenntartó társas közegekre, azonban a csoportban rejlő társas támogatást is fontos erőforrásnak tekinti. A társas közegben való fejlődés lépései hosszútávon pedig egy kiegyensúlyozott, önmagával harmóniában élő spirituálisan is fejlett működést építenek ki (McElrath, 1997).

Az integratív modell

Az integratív modell több fókuszot tűz ki, az alapmodellek elemeit kombinálja, vagyis a korábban ismertetett szemléletek előnyeit hasznosítva, hátrányait kompenzálva igyekszik komplex módon megközelíteni az addikció jelenségét. Az integratív modell legfőbb újítása a kettős diagnózis elve, vagyis az addikció kialakulásában és fennmaradásában figyelembe veszi a biológiailag determinált szempontokat, elismeri a szerfüggő viselkedés hátterében álló mentális- és viselkedészavart és kialakult függőséget is egyaránt (Gerevich, 2000).

A kettős diagnózis szemlélete által kiküszöbölhető a korábban felmerült „moralizáló, büntető szemlélet”, az önmedikalizálásban megjelenő szerhasználat „normalizálása” stb. Ha a függőséget a szerfogyasztó azzal magyarázza, hogy szorongásos tünetei miatt él szerekkel, akkor a korábban ismertetett modellek alapján háromféle terapeuta-viszonyulás jelentkezhet. Ha a terapeuta az önmedikalizációs modellben gondolkodik, akkor a mentális- és viselkedészavarra fókuszál, a szerfogyasztással kapcsolatban „megengedővé” vagy legalábbis „toleránssá” válhat, vagyis a klienssel egyfajta „kollúzióba” kerül. Ha a terapeuta a betegségmodellben hisz, akkor pedig kizárólag a szerfogyasztásra fókuszálhat, a mögöttes mentális- és viselkedészavart bagatellizálja, amivel kiválthatja a kliens meg-nem-értettségét, esetleg ellenállását, információ visszatartását, így kettejük kapcsolata antagonistikus illeszkedésű lesz, ami determinálja a kezelés sikertelenségét. Megkerülhetetlen tehát, hogy a segítő és a szerfüggő számára egyaránt tisztázott legyen, hogy a szerfogyasztás és a mentális- és viselkedészavar egyformán fontos jelentőségű a változás során (Gerevich, 2000).

Ez a kettőség kezd meghatározó lenni a modern addiktológiában is, az addiktológia a pszichiátria integráns része. Korábban a pszichiátria és az addiktológia mesterséges különválasztása abból adódhatott, hogy a szerfüggők esetén a pszichoterápia relatíve kontraindikált volt, noha a pszichoaktív szerfogyasztásból eredő problémák nyilvánvalóan mentális- és viselkedészavarok diagnosztikai kategóriáiban nyilvánulnak meg, például a BNO-10-ben F10-19 kódok között találjuk a Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarokat szerekre lebontva és a hozzájuk társuló keresztmetszeti és hosszmetzeti klinikai állapotokat (Kapitány-Fövény, 2019).

A mentális- és viselkedészavarok és az addiktológiai jelenségek kapcsolódása a szakemberképzésben is megnyilvánul, hiszen az addiktológus cím használata olyan posztgraduális továbbképzés teljesítésén alapul, amit leggyakrabban klinikai

szakpszichológusok és pszichiáterek teljesítenek (néhány további szakorvosi képzettség mellett, pl. belgyógyász, neurológus stb.). Az addiktológia tehát bizonyos szempontból különleges a többi pszichiátriai területhez képest, amely megmutatkozik a diagnosztikai folyamatban és a kezelésben is egyaránt. A klinikai pszichodiagnosztika, amely klinikai vagy klinikai addiktológiai szakpszichológusi kompetencia, a hagyományos pszichodiagnosztikai eszközök (Rorschach, MMPI stb.) gyakran túlmutat olyan szerspecifikus kérdőívek vagy becslőskálák használatával, amelyek, mint például a Kannabisz Használat Szűrőkérdőív vagy a Heroin Sóvárgás Kérdőív. A kettős állapotfelmérés pedig a kettő diagnózison alapuló kezelést alapozza meg (Kapitány-Fövény, 2019).

Összefoglaló

A tanulmány célja az addiktológiában elterjedt és meghatározó gyógyítási és szemléleti modellek áttekintése volt a cél. Az alapmodellek ismertetését követően elemzésre került az integratív modell, amely során a kettős diagnózis jelentőségének ismertetése történt. Az integrált modell – amely ma a legmodernebb és leghatékonyabb megközelítésnek tekinthető - meghatározza a modern addiktológiát, ami egyrészt megjelenik a szakemberképzésben, másrészt a hagyományos klinikai pszichodiagnosztikai állapotfelmérésen az szerfogyasztás specifikus jelenségét is igyekszik meghatározni, amely megágyaz a kettős diagnózison alapuló integrált terápiás megközelítésnek.

Irodalomjegyzék

- Bodrogi A. (2010): Az addikciók kognitív viselkedésterápiája. In: Perczel Forintos D. & Mórotz K. Kognitív viselkedésterápia. Medicina Könyvkiadó.
- Bronfenbrenner, U. (1992): Ecological systems theory. In R. Vasta (Szerk.), *Six theories of child development: Revised formulations and current issues*, 187–249. Jessica Kingsley Publishers.
- Gerevich J. (2000): Kémiai függőségek pszichoterápiája. In: Szőnyi G. és Füredi J. A pszichoterápia tankönyve. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Kapitány-Fövény M. (2019): A klinikai szakpszichológus kompetenciái az addiktológiai prevenció területén. In: Kapitány-Fövény M., Koncz Zs., Varga S. K. (Szerk.) *Klinikai szakpszichológia a gyakorlatban: Útirányok*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Kelemen G. (2001): Szenvedélybetegség, család, pszichoterápia. Pro Pannonia Kiadó, Pécs.
- Khantzian, E. J. (1985): The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259–1264.
- Koob, G. F. & Volkow, N. D. (2016): Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 8, 760-773.
- Marlatt, G. A. & Donovan, D. M. (2005): *Relapse prevention – Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. The Guilford press, New York.
- McElrath, D. (1997): The Minnesota Model, *Journal of Psychoactive Drugs*, 29, 2, 141-144.
- Robinson, T. E., Berridge, K. C. (2002): The psychology and neurobiology of addiction: an incentive–sensitization view. *Addiction*, 95, 82, 91-117.
- Wise, R. A. (1996): Neurobiology of addiction. *Current Opinion in Neurobiology*, 6, 2, 243-251.
- Wurmser, L. (1974): Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22, 820-843.