

A FÜGGŐSÉGEK GLOBÁLIS TÉRKÉPE: HOGYAN HAT A TURIZMUS A MODERN ADDIKCIÓKRA?

Csapi Patrik

PhD-hallgató, Pécsi Tudományegyetem, Közgazdaságtudományi Kar, Gazdálkodástani Doktori Iskola;
csapi.patrik@ktk.pte.hu, ORCID: 0009-0000-8088-9169

ABSZTRAKT

Kutatásomban arra törekedtem, hogy átfogó képet adjak a különböző addikciótípusok globális elterjedtségéről, valamint megvizsgáljam, hogy ezek miként kapcsolódhatnak a turizmus intenzitásához és gazdasági súlyához. Elemzésem során nemcsak a klasszikus kémiai addikciókat (például alkohol, kannabisz, kokain), hanem a modern viselkedéses függőségeket is figyelembe vettem – ilyenek az internet- és játékfüggőség, a szerencsejáték, a vásárlásfüggőség, a munkamánia, az evészavarok vagy a szexfüggőség. Országonkénti előfordulási adatok elemzésével és kulturális, pszichológiai magyarázatokkal kiegészítve vizsgáltam, mely társadalmakban és miért jellemzőek kiugró függőségi arányok. Külön figyelmet fordítottam arra, hogy a turizmus milyen mértékben befolyásolja az egyes addikciók előfordulását – és azt találtam, hogy míg bizonyos függőségek esetén (pl. kannabiszhasználat, szexfüggőség, szerencsejáték) létezik kapcsolat a beutazó turizmussal, más típusok (mint például a munkafüggőség vagy az evészavarok) jellemzően inkább belső társadalmi-gazdasági tényezőkhez köthetők. Eredményeim rámutattak arra, hogy az addikciók földrajzi eloszlása sokkal inkább a kulturális normák, társadalmi struktúrák és helyi gazdasági viszonyok függvénye, mintsem a turisztikai aktivitásé. A dolgozat végén javaslatokat teszek további interdiszciplináris kutatások irányaira, és hangsúlyozom az addikciók megelőzését és kezelését célzó komplex stratégiák fontosságát a globalizálódó és digitalizálódó világban.

Kulcsszavak: addikciók, prevalencia, társadalmi-gazdasági tényezők, turizmus, viselkedéses függőségek

Benyújtva: 2026. január 21.

Befogadva: 2026. március 10.

Publikálva: 2026. április 15.



THE GLOBAL MAP OF ADDICTIONS: HOW DOES TOURISM INFLUENCE MODERN ADDICTIVE BEHAVIORS?

Patrik Csapi

PhD student, University of Pécs, Faculty of Business and Economics, Doctoral School of Management and Business Administration; csapi.patrik@ktk.pte.hu, ORCID: 0009-0000-8088-9169

ABSTRACT

In my research, I aimed to provide a comprehensive overview of the global prevalence of various types of addictions and to examine how these may relate to the intensity and economic significance of tourism. The analysis included not only classical chemical addictions – such as alcohol, cannabis, and cocaine – but also modern behavioral addictions, including internet and gaming addiction, gambling, compulsive shopping, workaholism, eating disorders, and sex addiction. By analyzing country-specific prevalence data and supplementing this with cultural and psychological explanations, I explored which societies exhibit particularly high rates of addiction and why. I paid special attention to the extent to which tourism may influence the occurrence of specific addictions – and found that while certain addictions (e.g., cannabis use, sex addiction, gambling) may indeed be linked to inbound tourism, others (such as workaholism or eating disorders) are more closely tied to internal socio-economic and cultural factors. The findings highlight that the geographical distribution of addictions is shaped more by cultural norms, social structures, and local economic conditions than by tourism activity. In conclusion, I propose directions for further interdisciplinary research and emphasize the importance of comprehensive prevention and treatment strategies in an increasingly globalized and digitalized world.

Keywords: addictions, prevalence, socio-economic factors, tourism–addiction nexus, behavioral addictions

Received: 21 January 2026

Accepted: 10 March 2026

Published: 15 April 2026

1. Bevezetés

A 21. század társadalmában az addikció – legyen az kémiai vagy viselkedéses – nem csupán egészségügyi, hanem egyre inkább társadalmi-gazdasági kérdés is. Az alkoholizmus, drogfüggőség, szerencsejáték-függés, munkamániá, evészavarok vagy éppen a digitális technológiáktól való kóros függés nem izolált egyéni problémák, hanem rendszerszintű jelenségek, amelyek szorosan kapcsolódnak az adott társadalom kulturális és társadalmi mintázataihoz, valamint a tágabb társadalmi-gazdasági környezethez. Ezt a World Health Organization (WHO) és az United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) összefoglalói is alátámasztják (WHO, 2024; UNODC, 2023).

Jelen tanulmány célja, hogy átfogó képet nyújtson a világ különböző országaiban tapasztalható addikciós mintázatokról – nem csupán az ismert kábítószer- és alkoholfüggőségre, hanem olyan, sokszor alulértékelt, de egyre nagyobb figyelmet kapó viselkedéses addikciókra is fókuszálva, mint a vásárlásfüggőség, a kompulzív szexuális viselkedészavar vagy az internethez, illetve a játékhasználathoz kapcsolódó problémás használat (Black, 2007; Kraus et al., 2018; WHO, 2020).

Az addikciók és a turizmus viszonya eddig kevésbé kutatott terület. Ugyanakkor a nemzetközi utazásokhoz kapcsolódó rekreációs szerhasználat (pl. alkohol, kannabisz, stimulánsok) dokumentált jelenség, és a drogturizmus, mint tematikus turisztikai szegmens is megjelent a szakirodalomban (Charoensakulchai et al., 2024; Pereira, 2020). A szexturizmus esetében a kutatások a turizmus, az alkalmi szexuális kapcsolatok, illetve az alkohol- és droghasználat összefonódását is tárgyalják, ugyanakkor a jelenségek közötti oksági kapcsolatok és országonkénti mintázatok továbbra sem egyértelműek (Lu et al., 2020).

A turizmus–addikció kapcsolat a klasszikus kockázati közeg (nightlife, fesztivál, kaszinó) mellett egy másik irányban is értelmezhető: a turizmushoz kötődő, részben pozitív addikciós jelenségek felől, mint például a desztinációhoz/élményekhez kötődő túlzott visszatérési készletés (destination addiction) vagy az utazás, mint önjutalmazó, repetitív viselkedés (Junaid et al., 2025). Emellett a virtuális/immerszív turisztikai élmények esetében a szakirodalom külön tárgyalja a VR-turizmus potenciálisan addiktív jellegét, mint új, digitális-turisztikai határterületet (Merckx & Nawijn, 2021).

A cikkben először bemutatom az addikció fogalmának elméleti hátterét, majd részletes nemzetközi összehasonlítást adok különböző addikciótípusok mentén. Ezt követően feltárom, milyen makrogazdasági, társadalmi és turisztikai tényezők állhatnak az előfordulási különbségek mögött, végül pedig összefoglalom a következtetéseket és javaslatokat fogalmazok meg a további kutatások irányaira vonatkozóan. Jelen tanulmány tehát szekunder statisztikai adatokra és szakirodalmi áttekintésre épül. A tanulmány főbb kutatási kérdései pedig a következők:

K1: Milyenek a különböző addikciótípusok nemzetközi előfordulási mintázatai?

K2: Az egyes addikciók esetében milyen mértékben és milyen mechanizmusokon keresztül kapcsolódhat a turizmushoz az adott jelenség?

K3: Melyek azok a függőségtípusok, amelyek esetében a turizmus szerepe marginális, és melyek azok, ahol viszont kiemeltebb?

A cikk elméleti hozzájárulása, hogy a turizmust elsősorban addikciók szempontjából vizsgálja, s erről ad szintetizáló áttekintést, amely nézőpont a hazai irodalomban jelenleg alulkutatott terület.

2. Anyag és módszer

Jelen tanulmány szekunder adatelemzésre épül. Az addikciók előfordulási (prevalencia-) adatai nemzetközi szervezetek (pl. WHO, UNODC, OECD) és nemzetközi statisztikai adatbázisok, valamint szakirodalmi források alapján kerültek meghatározásra. A prevalencia (előfordulási arány) azt fejezi ki, hogy a vizsgált népesség mekkora hányada érintett egy adott időablakban (pl. elmúlt 12 hónap, élettartam). Az adatok minden esetben a legfrissebb elérhető, országos szintű előfordulási becsléseket tükrözik. A turizmus gazdasági és forgalmi mutatóira vonatkozó adatok elsősorban a World Bank, az OECD és turisztikai szakmai publikációk adatbázisaiból származnak. Az elemzés leíró, összehasonlító jellegű: egyes addikciótípusok esetében bemutatom a legmagasabb előfordulási aránnyal jellemezhető országokat, majd kvalitatív módon elemzem a lehetséges magyarázó tényezőket (kulturális normák, gazdasági struktúra, turizmusintenzitás stb.). A turizmus–addikció kapcsolat elsődlegesen esettanulmányyszerű példákkal (pl. Ibiza, Las Vegas, Amszterdam) kerül illusztrálásra, nem kvantitatív modellezéssel. A módszer korlátja, hogy a különböző források metodikája eltérő lehet, ezért limitációként jelenik meg az adatok összehasonlíthatósága, s ezt a következtetések megfogalmazásánál figyelembe veszem.

2.1. Az ábrák készítésének menete

Az 1. és 2. *ábra* szemléltető, konceptuális szintézis eredménye, amely több adatforrás és narratív evidencia összekapcsolásával készült; az ábrák vizualizációját Python-kóddal állítottam elő. Az ábrák tengelyei nem közvetlenül mért, egységes nemzetközi indikátorokat jelenítenek meg, hanem 1–5 közötti kvalitatív pozíciókat jelölnek. A besorolásnál három szempontot vettem figyelembe: (1) mennyire jelenik meg a szakirodalomban közvetlen turisztikai kapcsolódás, (2) mennyire koncentrálnak a terhek bizonyos turisztikai terekben, valamint (3) mekkora társadalmi és közegészségügyi láthatóság kapcsolódik az adott jelenséghez. A pontok elhelyezése ezért nem tekinthető kvantitatív rangsornak; célja az, hogy a K2–K3 kutatási kérdésekhez illeszkedően áttekinthető tipológiát adjon a turizmus és az addikciók lehetséges összefüggéseiről.

3. A függőség fogalma és a függőségek típusai – kémiai és viselkedéses addikciók

A függőség pszichológiai és idegtudományos szempontból olyan, jellemzően krónikus, visszaesésekkel járó állapot, amelyben az egyén kontrollvesztést él meg a szerhasználat vagy bizonyos viselkedések felett, és a cselekvés/szerhasználat a káros következmények ellenére is fennmarad, illetve kényszeres mintázatot ölt (Koob & Volkow, 2010; Volkow et al., 2016). A függőség kialakulásában és fenntartásában központi szerepet kapnak az agy jutalmazó és motivációs rendszerei, különösen a mezolimbikus dopaminrendszer, amely jutalom- és jutalomjelző ingerekre érzékenyen reagál, és hozzájárul a „kívánás” (wanting)

feletérősödéséhez (Berridge & Robinson, 1998; Robinson & Berridge, 2003). A probléma tipikusan ott kezdődik, amikor az eredetileg cél- vagy élményvezérelt viselkedés fokozatosan kompulzív mintázattá alakul, és egyre inkább a rövid távú megerősítés, illetve a késztetések uralják, miközben a végrehajtó kontroll (pl. gátlás, döntéshozatal) sérül (Koob & Volkow, 2010; Volkow et al., 2016).

A függőségek gyakran két nagy csoportba sorolhatók: kémiai (szerhasználati) és viselkedéses (nem szerhez kötött) addikciók. A szakirodalom alapján több, pszichoaktív szer bevitelével nélkülözhetetlen viselkedés is képes rövid távú jutalmazó hatást kiváltani, és a kontroll csökkenése, valamint a károk ellenére történő folytatás révén addiktív mintázatot ölthet (Grant et al., 2010). A formális klasszifikációk ugyanakkor óvatosan kezelik a kategóriát: az Amerikai Pszichiátriai Társaság diagnosztikai kézikönyvének 5. kiadása (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.; DSM-5) a szerhasználattal összefüggő és addiktív zavarok fejezetben a szerencsejáték-zavart nevesíti explicit viselkedéses addikcióként, míg más jelenségek esetében a kritériumrendszer még részben fejlesztés alatt áll (APA, 2013; Thomasius et al., 2014). A WHO Betegségek nemzetközi osztályozásának 11. revíziója (ICD-11) a függőséget okozó viselkedésekhez köthető zavarok kategóriájába sorolja a szerencsejáték- és a játékzavart (WHO, 2020, 2024).

1. táblázat: A függőségek típusai

Kémiai függőségek	Illegális szerek	kannabisz, kokain, heroin, amfetamin, MDMA, LSD, GHB
	Legális szerek	alkohol, nikotin, koffein, egyes inhalánsok
	Gyógyszerfüggőségek	benzodiazepinek (pl. Xanax), opioid fájdalomcsillapítók, altatók, stimulánsok (pl. Ritalin)
Viselkedéses függőségek	Játékfüggőség	szerencsejáték, sportfogadás, online póker
	Digitális addikciók	közösségi média, online játék, streaming, mobilhasználat
	Szexuális és kapcsolati függőségek	szexfüggőség, pornófüggőség, társkereső app-függőség, társfüggőség
	Évéshez kapcsolódó zavarok	falásrohamok (binge eating), cukorfüggőség, ortorexia (egészséges étel függőség)
	Teljesítményalapú függőségek	munkafüggőség, edzésfüggés, testképzavarokhoz kapcsolódó viselkedések
	Fogyasztási függőségek	kényszeres vásárlás, online vásárlás, kriptospekuláció
	Speciális függőségek	utazásfüggőség, adrenalinfüggés, plasztikai műtétekhez való kényszeres viszony

Forrás: APA (2013), Grant et al. (2010) WHO (2020, 2024) alapján saját szerkesztés.

E kategóriák nemcsak klinikai, hanem társadalmi és gazdasági szempontból is rendkívül jelentősek. Egyes addikciók – mint a szerencsejáték vagy a buliturizmus – kifejezetten összefonódnak a turizmus egyes formáival, amelyet a következő fejezetben részletesen is vizsgálunk majd.

3.2. Addikciótípusok: országok és tendenciák

3.2.1. Alkohol

Világszerte néhány országban kiugróan magas az egy főre jutó, tiszta alkoholban kifejezett alkoholfogyasztás. A WHO 2024-es jelentése a 15 évesnél idősebb népességre közölt, 2019-re vonatkozó becsléseket közli; ezek a 2017–2019 közötti időszak átlagolt adataira épülnek. E módszertan szerint Románia 17,0 literrel, Grúzia 14,3 literrel és Csehország 13,3 literrel tartozik a legmagasabb értékű országok közé; Lettország 13,1, Németország pedig 12,2 literrel szerepel, és Európán kívül Uganda is magas értéket mutat 12,2 literrel. Összehasonlításképpen a világszerte 2019-ben 5,5 liter/fő/év volt, vagyis ezekben az országokban a fogyasztás többszöröse a globális átlagnak. Magyarország ugyanebben az adatkörben szintén az európai átlag fölött helyezkedik el (WHO, 2024).

A magas fogyasztási szintek hátterében jellemzően kulturális normák, hozzáférhetőség és az alkohol társadalmi beágyazottsága áll: a WHO összefoglalója külön is kiemeli, hogy a régiók közötti különbségeket jelentős részben kulturális és (egyes térségekben) vallási normák alakítják, és 2019-ben a WHO Európai Régiója mutatta a legmagasabb egy főre jutó fogyasztást (WHO, 2024).

Fontos módszertani szempont, hogy a teljes fogyasztás a nyilvántartott és a nem nyilvántartott fogyasztás összege, turisztikai korrekcióval. A WHO meghatározása szerint a nem nyilvántartott fogyasztásba tipikusan a házi előállítás, a határon túli beszerzés és az illegális vagy csempésztett alkohol is beletartozik. Ezt illusztrálja, hogy Romániában a nyilvántartott fogyasztás 10,7, a nem nyilvántartott pedig 6,2 liter, míg Grúziában az előbbi 7,6, az utóbbi pedig 6,7 liter volt a 15 éven felüli népességben 2019-ben. A bor- és sörkultúra szintén mérhetően megjelenik: Csehországban és Németországban a sör kiemelt súlyú a nyilvántartott fogyasztáson belül (WHO, 2024). Grúzia esetében a bor kulturális szerepét nemzetközileg is jelzi, hogy a hagyományos qvevri borkészítés 2013 óta szerepel az UNESCO szellemi kulturális örökség listáján (UNESCO, 2013).

Országos prevalencia és az egy főre jutó alkoholfogyasztást jelölő mutató szintjén a turizmus hatása általában korlátozott. A WHO módszertanában ez a mutató a 15 év feletti népesség éves, tiszta alkoholban kifejezett fogyasztását jelenti. A szervezet megállapítása szerint 2019-ben a nem nyilvántartott fogyasztás a globális összefogyasztás jelentős részét adta, miközben a turisztikai fogyasztás globálisan elhanyagolható tényezőként jelent meg. Ugyanakkor helyi szinten a fesztivál- és buliturizmus képes koncentrált alkoholfogyasztást generálni: a müncheni Oktoberfest 2024-ben a szervezők becslése szerint 6,7 millió látogatót fogadott, Prága pedig kifejezetten az alkoholturizmus visszaszorításának céljával korlátozta az éjszakai kocsmatúrákat. Mindezek mellett a WHO országos bontású táblázatai alapján a turizmuskorrekciós komponens több országban nagyságrendileg kicsi, ami azt támasztja alá, hogy a magas országos értékeket jellemzően inkább a belső fogyasztási mintázatok magyarázzák, nem a beutazó turizmus (City of Munich, 2024; Janicek, 2024; WHO, 2024).

3.2.2. *Kannabisz*

Nemzeti felmérések alapján a kannabiszhasználat több országban is magas. Izraelben egy országos epidemiológiai felmérés szerint a 18–65 évesek 27%-a fogyasztott kannabiszt (Israel Anti-Drug Authority, 2017). Kanadában a 2024-es országos mérés alapján a 16 éven felüli népesség 26%-a volt érintett a megelőző 12 hónapban, és a trend a legalizáció utáni időszakban emelkedést mutat (Health Canada, 2024). Az Egyesült Államokban a 2023-as National Survey on Drug Use and Health alapján a 18 éven felüliek 22,9%-a használt marihuánát a megelőző 12 hónapban (SAMHSA, 2024). Európában országonként jelentős a szórás: Franciaországban a 18–64 évesek körében az éves előfordulási arány 10,6% (EUDA, 2024), míg Angliában és Walesben a 16–59 évesekre vonatkozó éves prevalencia 6,8% (ONS, 2024). Hollandiában a statisztikai hivatal szerint a 12 éven felüli népesség 7,8%-a használ kannabiszt (CBS, 2024). Latin-Amerikában is találunk magas értékeket: Chilében a SENDA 2025-ös közlése szerint a népesség 10,1%-a használt marihuánát az elmúlt hónapban; ez csökkenő trendet jelez, de nem közvetlenül éves prevalenciaérték (SENDA, 2025).

A különbségek egyik fontos magyarázó tényezője a szabályozási környezet és a hozzáférés. Kanadában a legalizáció után a nemzeti felmérések mérhetően magas, és több mérési ponton emelkedő használati arányt rögzítenek (Health Canada, 2024). Izraelben a szakirodalom kiemeli a korai és kiterjedt orvosi kannabiszprogram szerepét és a szabályozási változások társadalmi normalizációval való összefonódását (Sznitman & Bretteville-Jensen, 2015; Israel Anti-Drug Authority, 2017). Jamaicában a fogyasztás kulturális és életmódbeli beágyazottsága mellett a jogi környezet is változott: a Dangerous Drugs (Amendment) Act, 2015 a kis mennyiségű birtoklást dekriminalizálta, és a szabályozás reformját rögzíti (Jamaica Trade Portal, 2015).

A kannabisz kapcsán sokat emlegetik a kannabiszturizmust (pl. a holland coffee shop-kultúrát), ugyanakkor a nemzeti prevalencia nem kizárólag – és sokszor nem is elsősorban – a turisták jelenlétével magyarázható. Ezt jól jelzi, hogy Hollandiában a hivatalos statisztikák szerint a 12 éven felüli népesség 7,8%-a használ kannabiszt, miközben az ország reputációja turisztikailag is erős ezen a téren (CBS, 2024).

3.2.3. *Kokain*

A kokain éves országos elterjedtsége a nemzetközi adatok alapján több magas jövedelmű országban emelkedett szinten áll, és a legmagasabb értékekkel Ausztrália rendelkezik: a 15–64 évesek körében a legutóbbi összehasonlítható adatok szerint 4,2% az éves használati arány (UNODC, 2023). Ugyanezen összevetésben több nyugat-európai ország és Észak-Amerika is magas, de jellemzően alacsonyabb szinten mozog: például az Egyesült Államokban 2,4% (2019), Spanyolországban 2,5% (2020), míg az Egyesült Királyságban 2,1% (2020) a kokainhasználók aránya (UNODC, 2023). A termelő térségekben ugyanakkor a lakossági előfordulási arány nem feltétlenül a legmagasabb: Kolumbiára például 0,6% éves prevalenciát közölnek az elérhető országadatok (UNODC, 2023).

Ausztrália kiugró helyzete mögött a keresleti oldal sajátosságai – vagyis a magas jövedelmi szint és a fizetőképes kereslet – és az ellátási láncok piaci logikája állhat; ezt a nemzeti

felmérések is alátámasztják azzal, hogy a kokainhasználat a 2022–2023-as háztartási felmérésben is magas értéket mutatott (AIHW, 2024). Európában a fogyasztás koncentrációját több tényező alakítja, például a nagyvárosi éjszakai gazdaság, az elérhetőség és a csempészútvonalak, amit az európai és ENSZ-összefoglalók rendszeresen tárgyalnak (EUDA, 2024; UNODC, 2023).

A kokain esetében a buliturizmus és az éjszakai szórakozóhelyek szerepe bizonyos desztinációkban dokumentált (különösen a fiatal, rövid tartózkodású látogatók körében). Ibiza kapcsán például empirikus kutatások találtak magas kockázatú szerhasználati mintázatokat a nyaraló fiatalok körében, ami a helyi egészségügyi terhelés és prevenció szempontjából is releváns (Bellis et al., 2003). Ettől függetlenül a legmagasabb nemzeti érintettségek (pl. Ausztrália) esetében a jelenség túlnyomórészt belföldi társadalmi-gazdasági tényezőkkel is magyarázható, nem pusztán a beutazó turizmussal (UNODC, 2023).

3.2.4. Szerencsejáték-függőség

A szerencsejáték terén Ausztráliáé a kétes világszereplés a fajlagos veszteségek alapján: becslések szerint az egy felnőttre jutó éves veszteség 1635 ausztrál dollár, ami magasabb az Egyesült Államok és Új-Zéland értékénél (Sathanapally et al., 2024). Országos szinten Ausztráliában a veszteségek nagyságrendje mintegy 24 milliárd ausztrál dollár volt 2020–2021-ben (Sathanapally et al., 2024). A részvétel is széleskörű: a National Gambling Prevalence Study Pilot 2024 szerint a felnőttek 65,1%-a játszott legalább egyszer a megelőző 12 hónapban, 31,9%-uk pedig havonta legalább egyszer. Egy korábbi ausztrál összefoglaló alapján a szerencsejátékot játékosok körében közel 46% sorolható valamilyen kockázati kategóriába a szerencsejáték-ártalmak szempontjából, ami arra utal, hogy a magas aggregált veszteségek mögött nemcsak a sok játékos, hanem a kockázatosabb termékek és a sérülékeny csoportok koncentrált költsége is szerepet játszik (Tillman et al., 2025; AGRC, 2023).

Nemzetközi összehasonlításban a legnagyobb piac meghatározása attól függ, hogy pontosan melyik szerencsejáték-szegmenst vizsgáljuk. Az Egyesült Államokban a kereskedelmi szerencsejáték-szektor – vagyis a nem törzsi tulajdonú kaszinók és kapcsolódó szolgáltatások – 2024-ben 71,9 milliárd USD bevételt ért el (AGA, 2025). A teljes amerikai piac ennél nagyobb, mert ebbe a törzsi működtetésű egységek bevételei is beletartoznak. Makaó továbbra is a világ egyik legnagyobb kaszinóközpontja: 2024-ben a bruttó játékbevétele 226,8 milliárd pataca, vagyis nagyjából 28,3 milliárd USD volt, és a Reuters szerint a kaszinóipar a költségvetési adóbevételek mintegy 80%-át adja (Reuters, 2025a).

Ausztrália kiugró értéke mögött erős intézményi és kínálati tényezők állnak. Az országban a pókerautomaták – más néven elektronikus játékgépek – széles körben elérhetők: egy összefoglaló szerint Ausztrália a világ pókerautomatáinak mintegy 18%-át üzemelteti, miközben a világ népességének kevesebb mint 1%-a él ott, és a gépek nagy része nem kaszinóban, hanem hétköznapi helyszíneken, pubokban és klubokban érhető el (Browne & Minshull, 2017). A veszteségek ráadásul erősen koncentráltak: egy ausztrál szakpolitikai alapjelentés szerint a problémás játékosok a pókerautomaták veszteségeinek jelentős részét, körülbelül 40%-át adhatják (Productivity Commission, 2010).

A szerencsejáték-ipar sok helyen közvetlenül összenőtt a turizmussal, de ez nem mindig jár együtt a legsúlyosabb lakossági függőségi mutatókkal. Las Vegas tipikus kaszinóturisztikai csomópont: a 2023-as látogatói profil szerint a látogatók 79%-a játszott a tartózkodása alatt, az egy utazásra jutó átlagos szerencsejáték-keret pedig 787,54 USD volt (LVCVA, 2024). Makaóban a turizmus és a kaszinóipar makrogazdasági szerepe extrém nagy, és a régió – Kína egyetlen legális kaszinójátékot engedő területeként – továbbra is erősen függ a kaszinóbevételektől (Reuters, 2025a). Ezzel szemben Ausztráliában a kiugró fajlagos veszteségek magyarázatában a bizonyítékok alapján elsősorban a belföldi kínálat és fogyasztási szerkezet tűnik meghatározónak, nem a beutazó kaszinóturizmus (Browne & Minshull, 2017; Sathanapally et al., 2024).

3.2.5. Digitális függőségek (internet- és játékfüggőség)

Az internet- és videójáték-függőség viszonylag újkeletű, de egyre növekvő probléma világszerte. Egy 2014-es metaanalízis átlagosan 6,0%-os globális internetfüggőség-prevalenciát mutatott. Ugyanakkor jelentős regionális különbségek vannak: a legmagasabb arányokat a Közel-Keleten mérték 10,9%-kal, a legalacsonyabbat pedig Észak- és Nyugat-Európában 2,6%-kal (Cheng & Li, 2014). A hat ázsiai országot összehasonlító felmérés szerint a Fülöp-szigeteken a tinédzserek körében volt a legmagasabb az internetfüggőség kockázata: az Internet Addiction Test szerint 5%, egy másik skála alapján pedig a fiatalok 21%-a is érintett lehetett. Tajvanon egy felmérés 17,4%-os arányt talált középiskolások körében (Mak et al., 2014; Lin et al., 2018). Európában és Észak-Amerikában jellemzően alacsonyabb a probléma elterjedtsége, ugyanakkor a COVID-19-járvány alatti bezártság idején több vizsgálat is emelkedést jelzett az internetalapú addiktív viselkedésekben (Masaeli & Farhadi, 2021).

Az internetfüggőség elterjedtsége összefügghet a hozzáféréssel, a használati intenzitással és a mindennapi életminőséggel kapcsolatos tényezőkkel, például az élelelégedettséggel, a környezeti mutatókkal vagy a közlekedéssel és ingázással töltött idővel (Cheng & Li, 2014). Dél-Koreában intézményesült prevenció és kezelési programok is működnek, köztük internethasználat-csökkentő, bentlakásos programok (IAPC, s.a.). Kínában a fiatalok online játékhasználat visszaszorítására országos szabályozást vezettek be: a kiskorúak online játékidejét időablakhoz kötik, és a valós névvel történő regisztrációt is előírják (State Council Information Office, 2021). Emellett pszichológiai tényezők és társuló zavarok is szerepet játszhatnak: metaanalitikus eredmények szerint az internetfüggőség együtt járhat többek között szorongással és depresszióval, ami a kialakulásban és fennmaradásban is kockázati és fenntartó tényező lehet (Ho et al., 2014).

Az internet- és játékfüggőség és a turizmus között jellemzően nincs közvetlen, országos szinten stabilan kimutatható kapcsolat; ezek a problémák többnyire a mindennapi (otthoni/iskolai) digitális rutinokhoz kötődnek (Cheng & Li, 2014). Egyéni szinten ugyanakkor a problémás internethasználat együtt járhat életminőség-romlással és a személyes (offline) tevékenységek háttérbe szorulásával, ami közvetetten az utazási/rekreációs aktivitásra is kihat(hat) (Cheng & Li, 2014; Ho et al., 2014). Összességében az internet- és játékfüggőség belső, technológiai-kulturális probléma, melyre a beutazó turizmusnak jellemzően nincs érdemi hatása (Cheng & Li, 2014).

3.2.6. Szexfüggőség (hiperszexualitás)

A szexuális függőség – a szakirodalomban és az ICD–11-ben inkább kompulzív szexuális viselkedészavarként (Compulsive Sexual Behaviour Disorder, CSBD) említik – pontos gyakoriságát nehéz meghatározni a definíciós viták és a mérési eltérések miatt (Kraus et al., 2018). Egy, az Egyesült Államokban végzett, országosan reprezentatív felmérés szerint a felnőttek 8,6%-a számolt be klinikailag releváns szenvedésnyomásról vagy életviteli károsodásról amiatt, hogy nehezen kontrollálja szexuális érzéseit, késztetéseit és viselkedését; a férfiak aránya 10,3%, a nőké 7,0% volt (Dickenson et al., 2018).

Más populációkban és régiókban a közösségi, reprezentatív epidemiológiai adatok hiányosak, ezért a becslések széles sávban mozognak; a szakirodalom korábbi összefoglalói 3–6% körüli nagyságrendet is említenek, de ez erősen definíció- és mintaérzékeny (Black, 2007; Kraus et al., 2018). A WHO az ICD–11 rendszerében bevezette a kompulzív szexuális viselkedészavar kategóriát, és impulzuskontroll-zavarként sorolja be, nem pedig az addiktív zavarok közé; a besorolás körül tudományos vita zajlik (Kraus et al., 2018; WHO, s.a.).

A CSBD gyakran társul más mentális problémákkal: a kutatások kiemelik a hangulati és szorongásos tüneteket, valamint többféle társuló zavart; fiatal felnőttek mintájában például a CSBD-vel élők körében súlyosabb depresszív és szorongásos tünetek, illetve több társuló zavar is megjelent (Odlaug et al., 2013). A komorbiditások és a klinikai kép heterogenitása miatt a jelenség gyakran rejtett és stigmatizált, ami késleltetheti a segítségkérést; az ICD–11-es keretezés egyik célja éppen az, hogy egységesebb diagnosztikai és ellátási megközelítést támogasson (Kraus et al., 2018). A nemek közti különbségeket illetően a szakirodalom több helyen jelez férfitöbbséget, ugyanakkor robusztus, minden populációra általánosítható adatokkal óvatosan kell bánni; a nők érintettsége sem elhanyagolható. A segítségkérés intézményes formái közé tartoznak a 12 lépéses, önsegítő közösségek is, például a Sex Addicts Anonymous, vagyis a Szexfüggők Névtelen Közössége (SAA, s.a.).

Gyakori megjelenési formák lehetnek a kényszeres pornóhasználat, a kontrollálatlan online vagy offline partnerkeresés, illetve más, visszatérő és káros következményekkel társuló szexuális viselkedések; a kutatások külön tárgyalják a problémás pornóhasználatot és annak kapcsolatát a kompulzív mintázatokkal (Kraus et al., 2018; Fernandez & Griffiths, 2021). A digitalizáció – a szélessávú internet, a streaming, a webkamera-szolgáltatások és a társkereső alkalmazások – a hozzáférés, az anonimitás és az alacsony belépési költség miatt könnyítheti a problémás mintázatok fennmaradását (Fernandez & Griffiths, 2021).

A szexuális viselkedések és az utazás kapcsolata két külön jelenségre bontható. Egyrészt létezik szexturizmus, amikor utazás során a szexuális szolgáltatások kereslete megjelenik; ennek jelentős közegészségügyi és kizsákmányolási kockázatai lehetnek (CDC, 2022). Ez azonban nem azonos a klinikai értelemben vett CSBD előfordulásával: a diagnosztikai lényeg a tartós kontrollvesztés, valamint a szenvedésnyomás és az életviteli károsodás, ami jellemzően nem egy-egy utazási epizódhoz kötött (Kraus et al., 2018). Másrészt a kifejezetten buliorientált desztinációkban a kutatások leírják fokozott kockázati viselkedéseket, például szerhasználatot és kockázatos szexuális magatartást, de ez továbbra sem egyenlő a CSBD klinikai diagnózisával (Kelly et al., 2014).

3.2.7. Evészavarok (anorexia, bulimia, falászavar)

Az étkezési zavarok – ideértve az anorexia nervosát, a bulimia nervosát és a falási rohamok zavarát – világszinten jelentős mentális egészségügyi terhet jelentenek, és nem korlátozódnak egyetlen régióra vagy társadalmi csoportra (Santomauro et al., 2021). Ugyanakkor a nemzetközi epidemiológiai irodalomban több adat és magasabb becsült országos elterjedtség gyakrabban jelenik meg a magas jövedelmű, nyugati országokból, ami részben a kutathatóságból és a felismerés, illetve diagnosztika jobb hozzáférhetőségéből is fakadhat (Qian et al., 2013). Az Egyesült Államokban egy országosan reprezentatív felmérés DSM–5-alapú becslése szerint a felnőttek körében az élettartam-előfordulási arány az anorexia nervosa esetében 0,80%, a bulimia nervosa esetében 0,28%, a falási rohamok zavaránál pedig 0,85% volt (Udo & Grilo, 2018). Egy másik, országosan reprezentatív mintára kalibrált modellezés pedig arra jutott, hogy 40 éves korig a várható élettartam-előfordulási arány közel egyötöd a nőknél és mintegy egyhated a férfiaknál (Ward et al., 2019).

Az országok közötti összevetésekben előfordul, hogy egyes magas jövedelmű államok kiemelkednek: egy friss, a Global Burden of Disease adataira épülő elemzés az étkezési zavarok terhének és trendjeinek markáns országos különbségeit hangsúlyozza (Liu et al., 2025). A brit Beat jótekonysági szervezet legalább 1,25 millió érintettre teszi az Egyesült Királyságban élők számát, ugyanakkor jelzi, hogy ez nagyrészt nemzetközi kutatásokra támaszkodó becslés; Kanadában egy parlamenti jelentés 600.000 és 990.000 közé teszi azok számát, akik megfelelhetnek a diagnosztikus kritériumoknak (Beat, s.a.; House of Lords Library, 2023; House of Commons of Canada, 2014). A férfiak aránya sem elhanyagolható, amit több összefoglaló is hangsúlyoz (Hay et al., 2023; House of Commons of Canada, 2014).

Az étkezési zavarok elterjedése szoros kapcsolatban áll a szociokulturális tényezőkkel: a vékony testideál, a testelégedetlenség és a mediális nyomás a kockázati tényezők között következetesen megjelenik (Stice, 2002). Ázsiában több összefoglaló munka is a gyakoriság növekedéséről számol be, amelyet részben a globalizációval terjedő szépségideálok és társadalmi változások is magyarázhatnak (Pike & Dunne, 2015). Emellett az evészavarok kialakulásában pszichológiai, például perfekcionizmussal és szorongással összefüggő, valamint biológiai és genetikai tényezők is szerepet játszanak; ikervizsgálatok az anorexia nervosa esetében jelentős örökölhetőséget jeleznek (Wade et al., 2000). Fontos módszertani megjegyzés, hogy a hivatalos statisztikák és ellátórendszeri adatok alulbecsülhetik az előfordulást, mivel a diagnózisig és ellátásig való eljutásban jelentős hozzáférési és stigmaküszöbök vannak (House of Commons of Canada, 2014).

Az étkezési zavarok és a beutazó turizmus között a szakirodalom alapján nem a turizmus tűnik elsődleges magyarázó tényezőnek; az érintettséget inkább a szociokulturális környezet, a kockázati tényezők és az ellátáshoz való hozzáférés befolyásolják (Stice, 2002; Qian et al., 2013). Klinikai szempontból ugyanakkor releváns, hogy az evészavarok jelentősen ronthatják a pszichoszociális működést (kapcsolatok, mindennapi aktivitás, életminőség), ami közvetve csökkentheti az utazási/rekreációs aktivitást is (House of Commons of Canada, 2014; Udo & Grilo, 2018). Összességében ezért óvatosan fogalmazható meg, hogy az étkezési zavarok földrajzi eloszlását nem a turisták száma, hanem a társadalmi normák, a kockázati környezet és az egészségügyi rendszer jellemzői magyarázzák elsősorban.

3.2.8. Munkafüggőség (workaholism)

A munkafüggőség pontos gyakorisága nehezen mérhető, mert a különböző mérőeszközök és mintavételek eltérő prevalenciaértékeket adnak. A legátfogóbb, több ország adatait összegző szisztematikus áttekintés és metaanalízis szerint a munkafüggőség országosan reprezentatív mintákban jellemzően egy számjegyű vagy alacsony kétszámjegyű tartományban mozog (Andersen et al., 2023). A jelenség prototípusaként gyakran említik Japánt, ahol már az 1980-as évektől ismert a karósi, vagyis a túlmunka miatti halál fogalma. A japán Egészségügyi, Munkaügyi és Népjóléti Minisztérium hosszabb időszalon követi a heti 60 órát meghaladó munkavégzés arányát, amely a túlterhelés egyik jelzője (MHLW, 2022). Dél-Korea hasonló problémákra reagálva 2018-ban jogszabályban csökkentette a maximálisan engedett heti munkaidőt 68-ról 52 órára (MOEL, 2018).

A munkafüggőség ott gyakoribb, illetve ott válik láthatóbb társadalmi problémává, ahol a kulturális és gazdasági nyomás a túlzott munkavégzést jutalmazza, és ahol a hosszú munkaidő tartósan normává válik (Andersen et al., 2023). Ezzel összhangban, Japánban 2015. december 1-jétől országos szakpolitikai program indult: az úgynevezett Stress Check Program éves stresszfelmérést ír elő, kötelezően az 50 főnél többet foglalkoztató munkahelyeken, kifejezetten megelőzési fókuszú rendszerként (Kawakami & Tsutsumi, 2016). Nemzetközi kontextusban fontos, hogy a kiégés a WHO ICD-11 rendszerében foglalkozási jelenséggént szerepel, nem önálló betegségként, és definíciója kifejezetten a krónikus, nem megfelelően kezelt munkahelyi stresszhez kötődik (WHO, 2019).

A munkafüggőség és a turizmus kapcsolata többnyire közvetett, inkább ellentétes irányú: ahol a túlmunka és a munkahelyi stressz magas, ott jellemzően kevesebb idő jut regenerációra és utazásra is. Japánban például a hivatalos munkaügyi statisztikai közlések szerint a kiadott fizetett szabadság és a ténylegesen kivett szabadság között tartós rés mutatkozik; a fizetett szabadság kivételi aránya 62,1% volt (MHLW, 2023). Ez alapján a munkafüggőség előfordulását nem a beutazó turizmus okozza, hanem elsősorban a munkaidő-szabályozás, a munkahelyi kultúra és a mentális egészségvédelmi intézményrendszer befolyásolja (Kawakami & Tsutsumi, 2016; WHO, 2019).

3.2.9. Vásárlásfüggőség (kompulzív vásárlás)

A vásárlásfüggőség – más néven kompulzív vásárlás – olyan állapot, amelyben az érintett személy túlzottan kontrollálhatatlan készletet érez a vásárlásra, és ez szubjektív szenvedést vagy funkcióromlást, például eladósodást és kapcsolati konfliktusokat idézhet elő (Black, 2007). Nagy, országos amerikai felmérés alapján a kompulzív vásárlás időpont szerinti érintettség aránya 5,8%, és a nemek közötti különbség kicsi (Koran et al., 2006). Németországban egy reprezentatív mintán 6,9%-os arányt találtak, és ott sem mutatkozott érdemi nemi különbség (Müller et al., 2010). Nemzetközi összegzések szerint a reprezentatív felnőtt minták együttes becslése 5% körüli, ugyanakkor a fiatal és hallgatói mintákban a becslések magasabbak, és az alkalmazott skála jelentősen befolyásolja az eredményeket (Maraz et al., 2016).

A vásárlásfüggőség gyakrabban jelenik meg olyan társadalmakban, ahol a fogyasztás, a reklámkörnyezet, a könnyen elérhető hitel és a jutalmazó vásárlási élmény strukturálisan is támogatja a túlzott költsékezést; a klinikai és áttekintő irodalom a jelenséget elsősorban fejlett, piaci alapú gazdaságokban írja le gyakrabban, és kiemeli a társuló zavarok szerepét is (Black, 2007). A mechanizmus leírásában gyakori motívum a feszültség vagy vágy, az ezt követő átmeneti megkönnyebbülés, majd a büntudat és megbánás ciklusa, ami több viselkedéses addikció dinamikájához hasonló (Eliyah et al., 2025).

A vásárlásfüggőség döntően mindennapi, gyakran online környezetben zajló viselkedés, ezért a beutazó turizmus intenzitása önmagában nem tekinthető elsődleges magyarázó tényezőnek. Az utazási helyzetek – például a vámmentes boltok, a szuvenírvásárlás vagy a kifejezetten vásárlásra épülő városi élmény – inkább alkalmi kiváltó tényezőként működhetnek az érintetteknel, de a függőségi mintázatot alapvetően a tartós pszichológiai és társadalmi-gazdasági tényezők formálják (Black, 2007; Maraz et al., 2016).

4. A turizmus és a függőségek kapcsolata

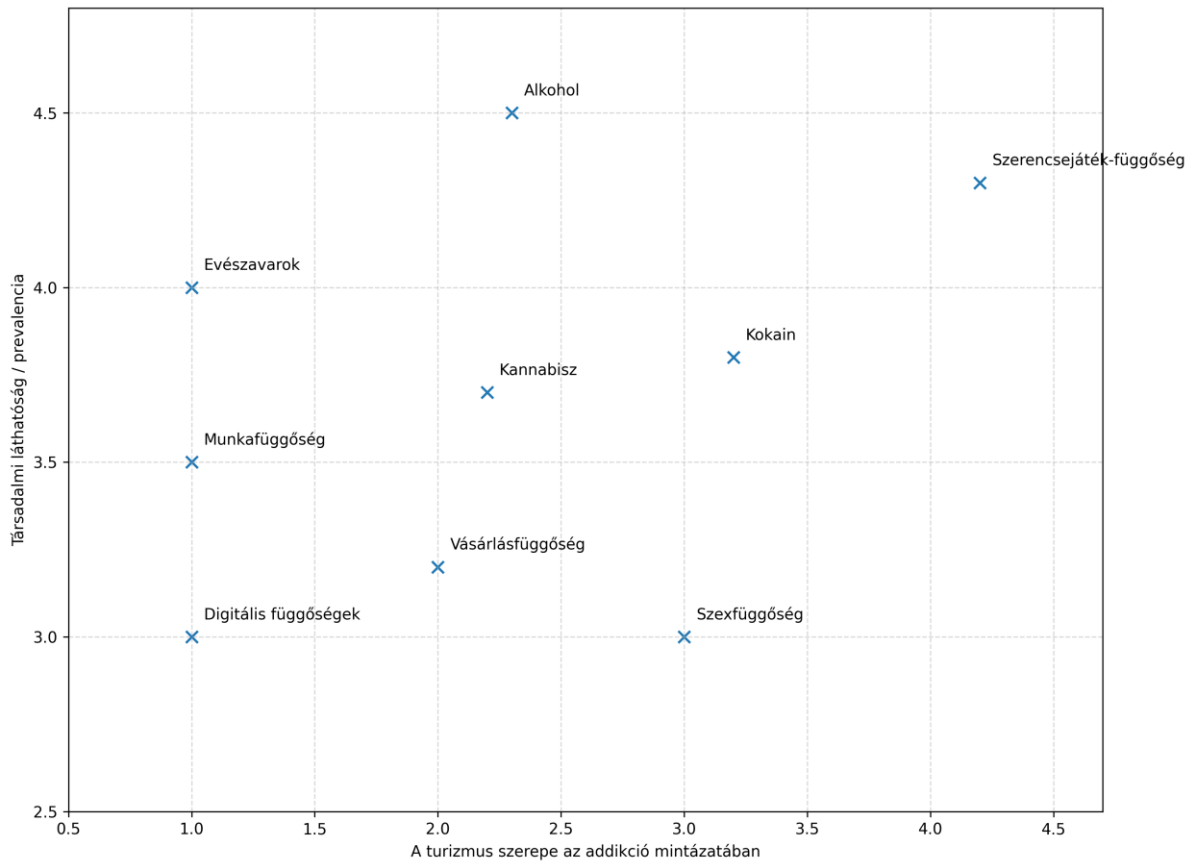
4.1. A turizmus gazdasági súlya és hatása a GDP-re

A fenntartható turizmus alapelvei – a helyi életminőség, az erőforrás-korlátok és a társadalmi elfogadottság figyelembevétele – értelmezhető és alkalmazható keretet adnak a túlturizmus okozta konfliktusok kezeléséhez, városi desztinációk esetében is (Tózsér, 2021). Világszinten a turizmus jelentős gazdasági tényező: a WTTC szerint 2024-ben a szektor a globális GDP mintegy 10%-át (megközelítőleg 10,9 ezer milliárd USD) adta (WTTC, 2025). Az OECD korábbi összegzése szerint a pandémia előtti években az OECD-országokban átlagosan a GDP 4,4%-át termelte ki a turizmus (OECD, 2020). Bizonyos buliturisztikai gócpontokban ez az arány ennél jóval magasabb: az Ibizát is magában foglaló Baleár-szigeteken a turizmus a régiós GDP több mint 44%-át adja (OECD, 2023), Amszterdamban pedig a turizmushoz kapcsolódó foglalkoztatás a városi munkahelyek mintegy egytizedét teszi ki (Onderzoek en Statistiek Amsterdam, 2019). Las Vegas térségében a vendégköltségek közvetlenül a regionális GDP 30,9%-át biztosítják (Applied Analysis, 2024).

A turizmus, mint társadalmi-kulturális tér, komplex módon alakítja a fogyasztási és szabadidős mintázatokat. A turisztikai fogyasztás és időtöltés mintázatait a hazai, reprezentatív felmérések is jól mutatják, ami alátámasztja, hogy az utazási motivációk és az utazás alatti aktivitás (pl. aktív, illetve passzív időtöltés) érdemben formálhatja a kockázatos fogyasztási helyzetek megjelenését is (Csapó & Gonda, 2019). Farkas & Raffay (2022) rámutatnak, hogy az utazás nem csupán fizikai mozgás, hanem olyan életfilozófiai gyakorlat, amelyben az egyén új normákkal, élménystruktúrákkal és közösségi hatásokkal találkozik. A stag tourism (legénybúcsú-turizmus) empirikus vizsgálatai szerint ez a turisztikai forma gyakran tudatosan „megírt” liminális élményként szerveződik, és a desztinációk szolgáltatói által csomagolt normabontó, alkoholhoz kötődő túlzásokhoz kapcsolódik (Harris & O'Malley, 2024). A budapesti romkocsmanegyedhez kapcsolódó éjszakai gazdaság (night-time economy) hazai vizsgálatai rámutatnak, hogy a turisztikai növekedés, az Airbnb-terjedés és a látogatói alkoholfogyasztás/zajterhelés együttese tartós lakossági konfliktusokat és

menedzsmentdilemmákat generál (Pinke-Sziva et al., 2019). Ez a keret segít értelmezni, hogy egyes addikciók – például a partikultúrához kötődő szerhasználat vagy a kaszinóturizmus – miért jelenhetnek meg erőteljesebben bizonyos turisztikai szcénákban.

1. ábra: Addikciótípusok és a turizmus szerepe – konceptuális térkép



Forrás: Saját szerkesztés.

Az 1. ábra ezt a kvalitatív tipológiát jeleníti meg. A vízszintes tengely azt jelzi, hogy az adott függőség kialakulása inkább belföldi, kulturális jelenség-e, vagy a turizmus – például a buliturizmus, a kaszinóturizmus vagy a szexturizmus – érdemben erősítő tényező lehet-e. A függőleges tengely az érintettség és a társadalmi láthatóság kombinált értelmezését mutatja: minél magasabbra kerül egy addikció, annál nagyobb a társadalmi kockázata és közegészségügyi jelentősége. A pozíciók a 2.1. alfejezetben bemutatott kvalitatív besorolási logika szerint, a szakirodalmi és intézményi források szintézisével kerültek meghatározásra; az ábra tehát nem mért rangsort, hanem értelmező keretet mutat. E tipológia alapján a legtöbb addikció alapvetően belső társadalmi és kulturális tényezőkhöz köthető, míg a turizmus szerepe leginkább a szerencsejáték esetében, illetve bizonyos desztinációkban a partyszerhasználatnál jelenhet meg hangsúlyosabban.

4.2. A függőségek társadalmi költségei

A 3.2. és 4.1. alfejezetekben bemutatott adatok alapján jól látszik, hogy a turizmus számos desztinációban jelentős gazdasági hasznot termel, ugyanakkor bizonyos helyszíneken a fogyasztáshoz és deviáns viselkedésekhez – például a túlzott alkoholfogyasztáshoz, a

szerhasználathoz vagy a szerencsejátékhoz – kapcsolódó közegészségügyi, rendészeti és szociális terhek feszültséget hoznak létre a bevételek és a társadalmi költségek között. Ez a bevétel–teher dilemma indokolja, hogy a szakirodalomban megjelenő költség-haszon megközelítéseket külön is áttekintsük. Hazai önkormányzati oldalról az idegenforgalmi adó olyan bevételi eszköz, amely jellemzően nem a helyi lakosságot terheli, ugyanakkor a turizmushoz kapcsolódó közszolgáltatási költségek részbeni finanszírozásában szerepet kaphat (Kozma, 2024).

Nemzetközi szinten az addikciók társadalmi költségeit leggyakrabban az egészségügyi kiadások, a termelékenységvesztés, a korai halálozás és az igazságszolgáltatási terhek felől becsülik. Az alkohol esetében ezek a terhek országos szinten is jelentősek, ezért a turisztikai desztinációk költség-haszon mérlege csak akkor értelmezhető reálisan, ha a helyi egészségügyi, közbiztonsági és lakhatási nyomást is figyelembe vesszük (Manthey et al., 2021).

4.3. Desztinációs mini-esettanulmányok (esetkiválasztás és összehasonlítás)

A bemutatott desztinációk célzott (nem véletlen) kiválasztással kerültek a kutatásba: olyan turisztikai „csomópontokat” választottam, ahol egy adott turizmusfunkció domináns (nightlife, fesztivál vagy kaszinó), a szakirodalom és/vagy intézményi források ehhez addikciós kockázatokat vagy társadalmi terheket kapcsolnak, továbbá megjelenik valamilyen szabályozási vagy menedzsmentválasz (például korlátozás, kapacitáskezelés vagy ártalomcsökkentés). Az eseteket egységes összehasonlítási szempontok mentén értelmezem: a turizmusfunkció és a látogatói profil, az érintett addikciótípus(ok) és a kockázat térbeli–időbeli koncentrációja, a megjelenő terhek (egészségügyi, rendészeti, szociális), valamint a válaszingtézkedések alapján. A cél annak bemutatása, hogy a turizmus mikor működik „hordozófelületként”, amely lokálisan felerősíti a kockázatot, és mikor marad marginális a nemzeti szintű mutatókhoz képest.

Ibiza nemzetközi, az éjszakai szórakozásra épülő desztináció, amely elsősorban klub- és buliturizmusra épül; ehhez a szakirodalom és a desztinációs tapasztalatok rekreációs droghasználatot és az alkalmi intenzifikáció jelenségét is kapcsolják (Bellis et al., 2003). A turisztikai csúcsidőszakokban a klub- és fesztiváleseményekhez kötődően a sürgősségi ellátás túlterhelése is megjelenhet, miközben a turizmusintenzív környezetben a lakhatási költségek emelkedése és a kiszolgáltatottság fokozódása szociális nyomást teremt (The Guardian, 2025; Reuters, 2025b; El País, 2024). Összességében Ibiza esete azt jelzi, hogy a turizmus az országos mutatókat sokszor csak korlátozottan befolyásolja, ugyanakkor lokális szinten a terheket erőteljesen koncentrálnak és felerősítheti.

Amszterdam a városi tömegturizmusra, az éjszakai gazdaságra és részben a szabadságimázsra épülő desztináció, ahol bizonyos városrészekben a nyilvános szerhasználat és a partivelkedések koncentrációja különösen látható problémaként jelenik meg. A város ennek kezelésére korlátozó intézkedéseket és kommunikációs kampányokat is alkalmazott a parti- és drogimázs visszaszorítására, valamint szabályozási lépéseket tett többek között a vöröslámpás negyed környezetében (Reuters, 2021; Reuters, 2023; The Guardian, 2023).

Las Vegas turizmusprofilját a kaszinó- és szórakoztatóipar dominanciája határozza meg, ahol a turisztikai költségek és a szerencsejátékhoz kötődő terhek együtt értelmezhetők,

különösen egy olyan gazdasági környezetben, amely erősen függ a látogatói fogyasztástól. Ezzel párhuzamosan szociális nyomásként megjelenhet a turizmusban dolgozók bizonytalan foglalkoztatása és a drága lakhatás együttese, amely a sérülékenységet növelheti (a szövegben bemutatott proxik alapján).

Szabályozási ellenpéldaként Makaó gyakran úgy jelenik meg, mint ahol a kaszinógazdaság mellett a helyi lakosság védelmét célzó korlátozások és kontrollmechanizmusok is szerepet kapnak (a hivatkozott források szerint).

Budapest esetében a romkocsmanegyedhez kapcsolódó éjszakai gazdaság, az Airbnb terjedése és a lakossági konfliktusok együttesen rajzolják ki a túlturizmus-menedzsment dilemmáit; a megjelenő terhek között hangsúlyosan jelenik meg a zajterhelés, az alkoholfogyasztáshoz kötődő konfliktusok és a szabályozásimenedzsment-kihívások összessége (Pinke-Sziva et al., 2019; Karsai, 2025).

A következő magyar mini esetek – Siófok, a Sziget és az Ozora – azt szemléltetik, hogy a fenti, nemzetközi desztinációkban is azonosítható kockázatok helyi szinten milyen konkrét üzemeltetési és kockázatmenedzsment-eszközökkel kezelhetők. Siófok, a Sziget és az Ozora három eltérő működési logikát és kockázatkezelési megközelítést mutat. Siófok esetében az éjszakai működés feltételrendszerének kialakítása a bevétel–teher mérleg javítását célozza konkrét üzemeltetési előírásokkal és kapacitáskezelési elemekkel, például megfelelő illemhely-infrastruktúrával, hangerőkorlátozó alkalmazásával, biztonsági személyzettel, repohárrendszerrel és szervezett takarítással (Siófok.hu, s.a.).

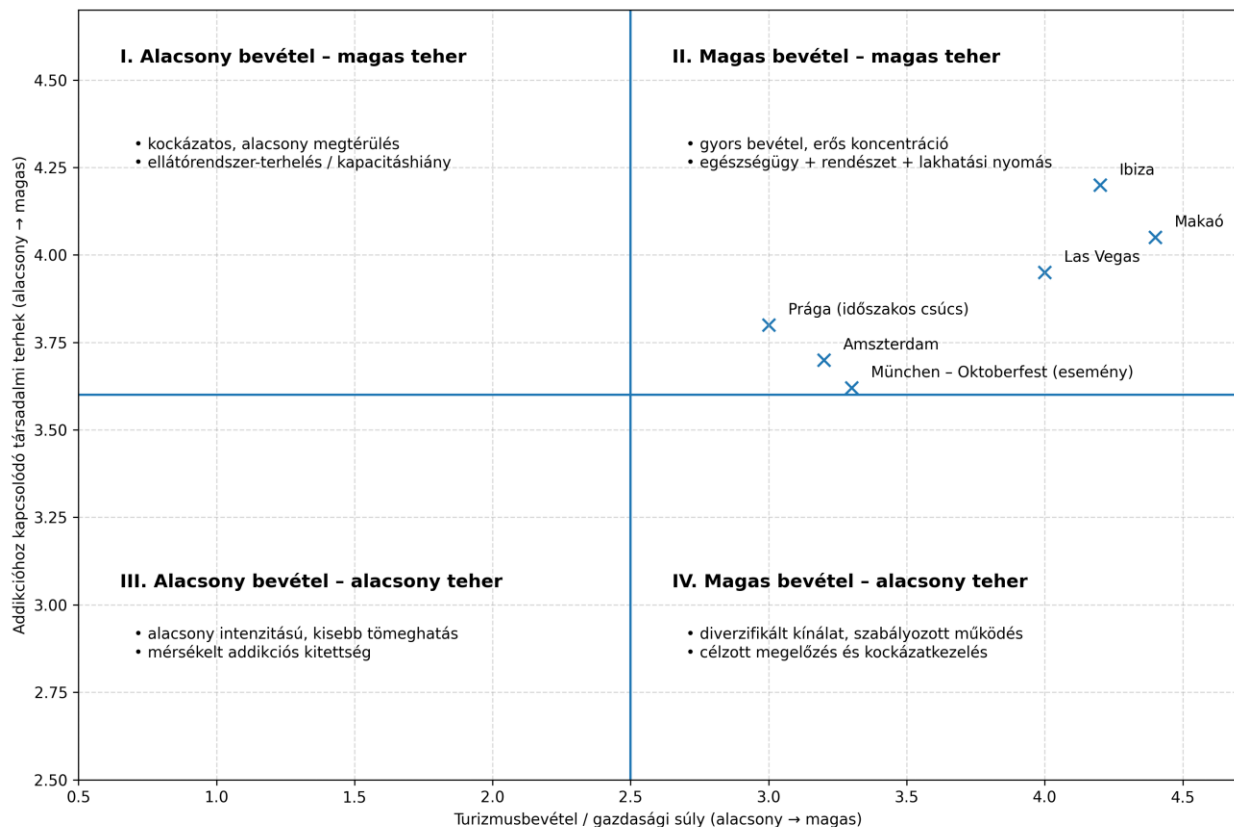
A Sziget, mint nagy nemzetközi fesztivál a kockázatokat többretegű, integrált csomagban kezeli: a helyszíni orvosi kapacitások mellett az Országos Mentőszolgálat bevonása, a Party Service jellegű ártalomcsökkentő szolgáltatások, valamint mentális támogatási pontok (Mental Care/Crisis Point) is megjelennek (Sziget Festival, 2024, 2025, 2026).

Az Ozora, mint alternatív, tábor jellegű rendezvény, ehhez képest formalizált egészségügyi válaszrendszert hangsúlyoz, amelyben az elsősegély- és mentőszolgálat, illetve a kórházi ellátás felé kijelölt útvonalak és protokollok biztosítják a gyors reagálást (O.Z.O.R.A. Festival, 2024; O.Z.O.R.A. Festival, 2025).

4.4. Költség-haszon elemzések turizmus és addikció témakörben

A szakirodalomban kevés példát találunk olyan komplex elemzésre, amely egyszerre mérlegeli a turizmus hozadékát és a vele járó addikciós költségeket. Általában külön vizsgálják a turizmus gazdasági hatásait (például OECD- és WTTC-publikációkban), és külön az addikciók társadalmi költségeit, például az alkoholhasználat közvetlen és közvetett terheit (Manthey et al., 2021). Egyes kutatások részben költség-haszon megközelítést alkalmaznak, de átfogó haszon-kár arányt a partiturizmus és a szerhasználat együttes hatására nézve továbbra sem találunk. Ugyanakkor a nemzetközi irányelvek hangsúlyozzák, hogy a turizmust hosszú távon fenntarthatóan és a helyi közösségek érdekeit szem előtt tartva kell fejleszteni, ami magában foglalja az egészségügyi és biztonsági kockázatok mérséklését is (OECD, 2020; WTTC, 2025).

2. ábra: Turizmusbevétel és addikciós terhek



Megjegyzés: a pozíciók illusztratívák (nem mért adatok); egyes példák időszakos terhelési csúcst jeleznek.

Forrás: Saját szerkesztés.

A 2. ábra kvalitatív, konceptuális keretben mutatja be a turizmus gazdasági súlya és az addikciókhoz kapcsolódó társadalmi terhek lehetséges kombinációit. A négy kvadráns a bevétel–teher viszonyok eltérő típusait írja le: alacsony bevétel–magas teher, magas bevétel–magas teher, alacsony bevétel–alacsony teher, illetve magas bevétel–alacsony teher. A jelölt desztinációk illusztratív példák, amelyek a szövegben tárgyalt jelenségek alapján kerültek a megfelelő tartományba; Prága és München esetében a felirat külön jelzi, hogy a terhelés inkább időszakos csúcsokhoz kötődik. A pontok elhelyezése itt sem mért adatokat, hanem szemléltető tipologizálást tükröz, amelynek elsődleges célja a turisztikai bevételek és az addikcióhoz kapcsolódó terhek közötti feszültségek áttekinthető keretezése. Az x tengely meghatározásánál a WTTC és az OECD turizmusgazdasági összefoglalói, az y tengelynél pedig a szakirodalmi költségbebecslések és a szövegben bemutatott terhelési proxik szolgálták támpontként (WTTC, 2025; OECD, 2020; OECD, 2023).

5. Összegzés és következtetések

Az alábbi összegzésben a bevezetésben megfogalmazott kutatási kérdések (K1–K3) mentén foglalom össze az eredményeket. A K1 kérdéshez kapcsolódó nemzetközi mintázatok részletesen a 3.2. alfejezetben, míg a turizmushoz kapcsolódó lehetséges mechanizmusok és következmények a 4. fejezetben kerültek bemutatásra; itt ezek szintetizált, kérdésenként rendezett összefoglalását adom.

5.1. Nemzetközi előfordulási mintázatok addikciótípusonként (K1)

K1-re válaszolva az adatok azt mutatják, hogy az egyes addikciótípusok nemzetközi előfordulási mintázatai markánsan eltérnek, és a kiugró értékek többnyire jól körülírható regionális és kulturális sajátosságokkal írhatók le. A vizsgált adatok szerint az addikciók előfordulási aránya jelentős nemzetközi eltéréseket mutat. A kémiai addikciók közül az alkohol tekintetében Románia emelkedik ki évi 17 liter tiszta alkohol/fő fogyasztással, de magasak az értékek Grúziában és Csehországban is. Kannabiszhasználatban Izrael, Kanada és az Egyesült Államok tartozik a magas előfordulású országok közé, miközben Európában Franciaország és Spanyolország, Latin-Amerikában pedig Chile mutat említésre méltó értékeket. A kokainfogyasztásban Ausztrália vezet, és a rangsort több óceániai, illetve nyugat-európai ország követi. A viselkedéses addikciók esetében az ausztrálok kiemelkednek a szerencsejáték-veszteségek alapján, míg az internetfüggőség a délkelet- és kelet-ázsiai országokban mutat magasabb értékeket. Az evészavarok, a munkafüggőség és a vásárlásfüggőség előfordulása inkább a fejlett, magas jövedelmű társadalmakban jelenik meg hangsúlyosabban. Összességében elmondható, hogy az egyes addikciók dominanciáját elsősorban a helyi kulturális hagyományok, a gazdasági fejlettség és a társadalmi normák határozzák meg.

5.2. Turizmus–addikció kapcsolat: lehetséges csatornák és mechanizmusok (K2)

K2-re válaszolva a turizmus több, egymást erősítő csatornán keresztül kapcsolódhat egyes addikciókhoz: időleges koncentráció és alkalmi intenzifikáció, a hozzáférhetőség és kínálati infrastruktúra, a normatív feloldódás és kockázatvállalás, valamint a helyi szabályozás és ellenőrzés kapacitása révén. A turizmus hatása ugyanakkor vegyes képet mutat. Néhány esetben – elsősorban a buliturizmus és a fesztiválkultúra területén – a turisták jelenléte növelheti bizonyos addikciók lokális megjelenését. Az utazásorvostani szakirodalomban megjelent friss összefoglaló áttekintések szerint a nemzetközi utazásokhoz kapcsolódó rekreációs szerhasználat nem ritka, és a desztinációk szórakozóipari környezete különösen összekapcsolódhat baleseti, erőszakos és egyéb egészségkockázatokkal (Charoensakulchai et al., 2024). A szerencsejáték területén a látogatott kaszinóvárosok bevételei döntően turistáktól származnak, de a legsúlyosabb belföldi problémák nem a turizmushoz, hanem a helyi kínálatához kapcsolódnak. Ezzel szemben számos addikció – például az internet- és játékfüggőség, az evészavarok vagy a munkafüggőség – esetében a beutazó turizmusnak nincs érdemi hatása az országos elterjedtségre. Összességében tehát a turizmus bizonyos lokalitásokban fokozhatja a kockázatot, de az országos szintű addikciós rátákat döntően a helyi társadalmi-gazdasági szerkezet és a kulturális normák alakítják.

5.3. Hol marginális, hol kiemeltebb a turizmus szerepe? – Addikciótípusok szerinti összegzés (K3)

K3-ra válaszolva, az eredmények alapján az addikciótípusok két jól elkülöníthető csoportba rendezhetők a turizmus szerepe alapján.

- Kiemeltebb turisztikai kapcsolódású függőségtípusok.

Ide azok a jelenségek tartoznak, amelyeknél a fogyasztás/viselkedés tipikusan turisztikai színterekhez kötődik, és térben-időben koncentráltan jelenik meg. Ilyen elsősorban az alkoholhoz kötődő túlzott fogyasztás bizonyos buliturisztikai és fesztiválkörnyezetekben; a partidrogok (különösen a kokain) lokális felerősödése „nightlife” desztinációkban; valamint a szerencsejáték azokban a desztinációkban, ahol a kaszinó- és szórakoztatóipar kifejezetten turistaforgalomra épül (pl. kaszinóvárosok). Ezekben az esetekben a turizmus szerepe jellemzően nem országos szintű érintettségi arányemelkedésben, hanem lokális terhelésben (egészségügyi, rendészeti, közösségi együttélési költségek) jelenik meg.

- Marginális turisztikai kapcsolódású függőség típusok.

Ide azok tartoznak, amelyek esetében az előfordulás elsődlegesen belső társadalmi, kulturális, pszichológiai és strukturális tényezők (digitális infrastruktúra és életmód, munka- és teljesítménykultúra, médiahatások és testkép, fogyasztói környezet, mentális egészség) mentén alakul. Ebbe a csoportba illeszkedik az internet- és játékfüggőség, a munkafüggőség, az evészavarok, valamint a kompulzív vásárlás. Ezeknél a turizmus legfeljebb epizodikus, egyéni szintű kilengéseket magyarázhat (pl. utazás alatti többletköltség), de nem tekinthető meghatározó tényezőnek a nemzeti szintű mintázatokban.

Összességében, a turizmus szerepe akkor válik érdemivé, ha az adott addikciótípushoz létezik turisztikailag szervezett színtér (nightlife, fesztivál, kaszinó) és a fogyasztás koncentráltan jelenik meg; ezzel szemben a mindennapi életmódhoz és belső társadalmi mechanizmusokhoz kötött függőségek esetében a turizmus hatása tipikusan másodlagos.

5.4. Következtetések

A kutatási eredmények alapján általános következtetésem a következők: Bár a turizmus bizonyos esetekben felerősítheti egyes függőségek (alkohol, kokain, szerencsejáték) lokális megjelenését, a függőségi arányok alakulásában nem elsődleges tényező. A legnagyobb eltéréseket a hazai kulturális és társadalmi jellemzők okozzák. Például a munka- és internetfüggőség elterjedtségét elsősorban az adott ország ipari szerkezete és digitális érettsége magyarázza. Az étkezési zavarok esetében a média által közvetített testkép és pszichológiai hajlamok alakítják a nemekre és korosztályokra jellemző arányokat. Fontos hangsúlyozni, hogy a turistaáramlatok semmiképp nem exportálják a függőségeket: a szexturizmus vagy drogklubok legfeljebb az iparág keresletét növelik, de nem emelik meg a helyi lakosság addiktív viselkedésének szintjét. Az adatok tehát arra utalnak, hogy a turizmus nem determinálja a nemzeti függőségi mutatókat; sokkal inkább a társadalmi szokások, a gazdasági helyzet és az egészségpolitikai intézkedések bírnak befolyással arra, hogy egy ország mennyire tud eredményesen fellépni a különböző addikciókkal szemben.

5.5. Gyakorlati tanulságok a buliturizmusban erős desztinációk és a fesztiválok számára

A turizmus az addikciók országos érintettségét többnyire nem determinálja, ugyanakkor bizonyos helyzetekben – különösen az éjszakai gazdaságban, a fesztivál- és buliturizmusban – kockázaterősítő közeggé válhat: a fogyasztás és a kockázatos viselkedés időben és térben koncentrállódik, ami gyorsan megjelenik a közrend, a köztisztaság és az egészségügyi ellátás

terhelésében. Az EU drogügynökségének összefoglalója kifejezetten a fesztiválokhoz és a „nightlife” környezetekhez kapcsolja a célzott egészségügyi és szociális válaszok tervezését, kiemelve, hogy a beavatkozásoknak a helyi kockázati mintázatokhoz kell igazodniuk (EUDA, 2022). A kapcsolódó desztinációs és fesztivál szintű példákat a 4.3. alfejezet miniesettanulmányai foglalják össze.

Turizmuspolitikai szinten a legfontosabb gyakorlati tanulság, hogy az alkoholhoz kapcsolódó ártalmak mérséklésében a fizikai hozzáférés szabályozása az egyik legerősebb eszköz: a WHO SAFER-csomagja a forgalmazási idő és elérhetőség csökkentését magas költséghatékonyságú beavatkozásként emeli ki, és a friss, több ország tapasztalatát összegző WHO-kiadvány is amellett érvel, hogy az elérhetőséget korlátozó intézkedések csökkenthetik a fogyasztást és a károkat (WHO, s.a., 2025). A nemzetközi szakirodalmi áttekintések alapján az alkoholárúsítási órák korlátozása összességében hatékony stratégia lehet az alkoholhoz köthető túlzott fogyasztás és ártalmak mérséklésére (Hahn et al., 2010).

Ha egy desztináció vagy rendezvény a turisztikai bevételek egy részét az éjszakai gazdaságból és intenzív szórakozásból nyeri, akkor a fenntarthatóság kulcsa a célzott kockázatmenedzsment: a kockázatok koncentrációjához igazított kapacitás és szolgáltatási csomag, a hozzáférési eszközök és szabályozási keretek következetes alkalmazása, valamint a helyi üzemeltetési feltételek világos és betartható rendszere (EUDA, 2022; WHO, s.a., 2025; Hahn et al., 2010).

5.6. Ajánlások a további kutatásra és szakpolitikai beavatkozásokra

A további kutatási irányok között kiemelt jelentőséggel bír a lokális vizsgálatok mélyítése, amely során érdemes országonkénti összehasonlító elemzéseket folytatni a turizmus és egyes addikciók – például a buliturizmushoz kapcsolódó alkoholfogyasztás vagy a szerencsejáték-turizmus – összefüggéseiről. Ezek a vizsgálatok különösen fontosak a hosszú távú trendek feltárása, valamint a városi és vidéki térségek közötti különbségek azonosítása szempontjából. A hatékony válaszlépések kialakításához elengedhetetlen a különböző szektorok – így az idegenforgalom, az egészségügy és az oktatás – közötti együttműködés erősítése. Ehhez hozzátartozik a prevenció kampányok összehangolása, például az alkohol- és szerencsejátékkal kapcsolatos figyelemfelhívó programok időzítése a turisztikai szezonokra, továbbá az egészségügyi ellátórendszerek megfelelő felkészítése a turisták által generált többletterhelés kezelésére, különösen a nyári fesztiválokon és üdülőhelyeken.

A szabályozási beavatkozások szintén kulcsfontosságúak lehetnek. Ide tartozik a turisztikai eseményekhez kapcsolódó alkoholfogyasztás és szerencsejáték reklámjának korlátozása, valamint a helyi lakosság védelme a sérülékeny csoportok támogatásán keresztül, például a makaói modell mintájára, amely korlátozza a helyiek kaszinólátogatását. Az online függőségek kezelésében digitálisjólét-programok kidolgozására van szükség, továbbá a közösségimédia- és videójáték-használat időkorlátainak bevezetése is indokolt lehet, dél-koreai mintára. A hatékony megelőzést és kezelést szolgálják az egészségügyi válaszok, amelyek keretében a mentális egészségügyi prevenció és ellátás megerősítése – különös tekintettel a fiatalokra – alapvető fontosságú. Ebbe beletartoznak az iskolai edukációs programok, például a médiaismeret és a testképtudatosság fejlesztése, valamint az

addiktológiai szűrővizsgálatok kiterjesztése. A turisztikailag frekventált régiókban célszerű mobil egészségügyi egységek és elsősegély-állomások működtetése nagy rendezvényeken, továbbá a szakemberek képzésében hangsúlyt kell helyezni a kultúraspecifikus megközelítésekre az addiktív viselkedések kezelésében.

A fogyasztói kultúra kritikai vizsgálata szintén fontos eleme a megelőzésnek. Tudományos párbeszédre van szükség a fogyasztói társadalom működési mechanizmusainak feltárásához, valamint a médiatudatosság erősítése és a felelős reklámozás ösztönzése – különösen az étkezési zavarok és a szerencsejáték kapcsán – hozzájárulhat a magas kockázatú viselkedések visszaszorításához. Végül, a hatékony stratégiaalkotást támogatja a nemzetközi együttműködés is: a WHO, az OECD és az UNODC közötti tapasztalatcsere és adatmegosztás segítheti a bevált gyakorlatok adaptálását, valamint szükséges olyan határokon átnyúló programok kialakítása, amelyek az olyan addikciók megelőzésére és kezelésére irányulnak, amelyek részben a nemzetközi turizmusból származó folyamatokhoz – például a drogkereskedelemhez vagy az internetes bűnözéshez – kapcsolódnak.

Összefoglalva, a kutatási eredmények azt mutatják, hogy a turizmus önmagában nem determinálja a lakosság addikciós rátáját. A hatékony beavatkozásokat azoknak az alapvető társadalmi és szerkezeti tényezőknek a kezelésére kell építeni, amelyek az adott országokban a legégetőbb kihívásokat jelentik

Irodalomjegyzék

- Andersen, F. B., Djugum, M. E. T., Sjøstad, V. S., & Pallesen, S. (2023). The prevalence of workaholism: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 14: 1252373. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1252373
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596
- Bellis, M. A., Hughes, K., Bennett, A., & Thomson, R. (2003). The role of an international nightlife resort in the proliferation of recreational drugs. *Addiction*, 98 (12): 1713–1721. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2003.00554.x
- Berridge, K. C. & Robinson, T. E. (1998). What is the role of dopamine in reward: Hedonic impact, reward learning, or incentive salience? *Brain Research Reviews*, 28 (3): 309–369. DOI: 10.1016/S0165-0173(98)00019-8
- Black, D. W. (2007). A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry*, 6 (1): 14–18. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1805733/pdf/wpa060014.pdf>
- Charoensakulchai, S., Onwan, M., Kanchanasurakit, S., Flaherty, G., & Matsee, W. (2024). Recreational substance use among international travellers. *Journal of Travel Medicine*, 31 (4): taae012. DOI: 10.1093/jtm/taae012
- Cheng, C. & Li, A. Y.-L. (2014). Internet addiction prevalence and quality of studies: A meta-analysis of 31 nations across seven world regions. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17 (12): 755–760. DOI: 10.1089/cyber.2014.0317
- Csapó, J. & Gonda, T. (2019). A hazai lakosság utazási motivációinak és szokásainak elemzése az aktív turizmus és a fizikai aktivitás tekintetében. *Turisztikai és Vidékfejlesztési Tanulmányok*, 4 (4): 57–70. DOI: 10.15170/TVT.2019.04.04.06

- Derbyshire, K. L. & Grant, J. E. (2015). Compulsive sexual behavior: A review of the literature. *Journal of Behavioral Addictions*, 4 (2): 37–43. DOI: 10.1556/2006.4.2015.026
- Dickenson, J. A., Gleason, N., Coleman, E., & Miner, M. H. (2018). Prevalence and correlates of compulsive sexual behavior in a nationally representative sample. *JAMA Network Open*, 1 (7): e184468. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2018.4468
- Eliyahu, S., Rahamim, S., Natan, N., & Weinstein, A. M. (2025). Impulsivity and compulsivity in compulsive buying. *Frontiers in Psychiatry*, 16: 1665182. DOI: 10.3389/fpsyt.2025.1665182
- Farkas, J. & Raffay, Z. (2022). Az utazás, a hálózatosodás és az akadálymentesség kontextusai az életfilozófia illetve a buddhista bölcselet tükrében. *Turisztikai és Vidékfejlesztési Tanulmányok*, 7 (2): 83–99. DOI: 10.15170/TVT.2022.07.02.06
- Fernandez, D. P., & Griffiths, M. D. (2021). Psychometric instruments for problematic pornography use: A systematic review. *Evaluation and the Health Professions*, 44(2), 111–141. DOI: 10.1177/0163278719861688.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36 (5): 233–241. DOI: 10.3109/00952990.2010.491884
- Hahn, R. A., Kuzara, J. L., Elder, R., Brewer, R., Chattopadhyay, S., Fielding, J., Naimi, T. S., Toomey, T., Middleton, J. C., & Lawrence, B. (2010). Effectiveness of policies restricting hours of alcohol sales in preventing excessive alcohol consumption and related harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 39 (6): 590–604. DOI: 10.1016/j.amepre.2010.09.016
- Harris, L. C. & O'Malley, L. (2024). Stag tourism and scripted liminality. *Annals of Tourism Research*, 108: 103821. DOI: 10.1016/j.annals.2024.103821
- Hay, P., Mitchison, D., Collado, A. E. L., González-Chica, D. A., Stocks, N., & Touyz, S. (2023). Epidemiology of eating disorders: Population, prevalence and disease burden among children and adults in 2023. *Journal of Eating Disorders*, 11: 23. DOI: 10.1186/s40337-023-00738-7
- Ho, R. C., Zhang, M. W. B., Tsang, T. Y., Toh, A. H., Pan, F., Lu, Y., Cheng, C., Yip, P. S., Lam, L. T., Lai, C.-M., Watanabe, H., & Mak, K.-K. (2014). The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 14: 183. DOI: 10.1186/1471-244X-14-183
- Junaid, M., Abdul Hamid, A. B., binti Ya'akub, N. I., Akram, U., & Hussain, K. (2025). Destination love and addiction: Insights from positive addiction theory. *Journal of Vacation Marketing*, 31 (4): 1022–1040. DOI: 10.1177/13567667241249179
- Karsai, Á. (2025). A növekedés csapdájában – Kihívások a budapesti turizmus fejlődésében. *Turisztikai és Vidékfejlesztési Tanulmányok*, 10 (4): 45–64. DOI: 10.15170/TVT.2025.10.04.03
- Kawakami, N. & Tsutsumi, A. (2016). The Stress Check Program: A new national policy for monitoring and screening psychosocial stress in the workplace in Japan. *Journal of Occupational Health*, 58 (1): 1–6. DOI: 10.1539/joh.15-0001-ER

- Kelly, D., Hughes, K., & Bellis, M. A. (2014). Work hard, party harder: Drug use and sexual behaviour in young British casual workers in Ibiza, Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11 (10): 10051–10061.
DOI: 10.3390/ijerph111010051
- Koob, G. F. & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35 (1): 217–238. DOI: 10.1038/npp.2009.110
- Koran, L. M., Faber, R. J., Aboujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2006). Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (10): 1806–1812. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.10.1806
- Kozma, G. (2024). A magyarországi települési önkormányzatok idegenforgalmi adó kivetési gyakorlatának vizsgálata 1997 és 2024 között. *Turisztikai és Vidékfejlesztési Tanulmányok*, 9 (2): 7–24. DOI: 10.15170/TVT.2024.09.02.01
- Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., Voon, V., Abdo, C. H. N., Grant, J. E., Atalla, E., & Reed, G. M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, 17 (1): 109–110. DOI: 10.1002/wps.20499
- Lin, M.-P., Wu, J. Y.-W., You, J., Hu, W.-H., & Yen, C.-F. (2018). Prevalence of internet addiction and its risk and protective factors in a representative sample of senior high school students in Taiwan. *Journal of Adolescence*, 62: 38–46.
DOI: 10.1016/j.adolescence.2017.11.004
- Liu, X., Liu, L., Yu, H., Yang, X., Liu, Z., Yu, Z., Qin, X., & Liu, Y. (2025). Global, regional, and national burdens of eating disorders from 1990 to 2021 and projection to 2035. *Frontiers in Nutrition*, 12: 1595390. DOI: 10.3389/fnut.2025.1595390
- Lu, T. S., Holmes, A., Noone, C., & Flaherty, G. T. (2020). Sun, sea and sex: A review of the sex tourism literature. *Tropical Diseases, Travel Medicine and Vaccines*, 6: 24.
DOI: 10.1186/s40794-020-00124-0
- Mak, K.-K., Lai, C.-M., Watanabe, H., Kim, D.-I., Bahar, N., Ramos, M., Young, K. S., Ho, R. C. M., Aum, N.-R., & Cheng, C. (2014). Epidemiology of internet behaviors and addiction among adolescents in six Asian countries. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17 (11): 720–728. DOI: 10.1089/cyber.2014.0139
- Manthey, J., Hassan, S. A., Carr, S., Kilian, C., Kuitunen-Paul, S., & Rehm, J. (2021). What are the economic costs to society attributable to alcohol use? A systematic review and modelling study. *PharmacoEconomics*, 39 (7): 809–822. DOI: 10.1007/s40273-021-01031-8
- Maraz, A., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2016). The prevalence of compulsive buying: A meta-analysis. *Addiction*, 111 (3): 408–419. DOI: 10.1111/add.13223
- Masaeli, N. & Farhadi, H. (2021). Prevalence of internet-based addictive behaviors during COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Addictive Diseases*, 39 (4): 468–488.
DOI: 10.1080/10550887.2021.1895962
- Merkx, C. & Nawijn, J. (2021). Virtual reality tourism experiences: Addiction and isolation. *Tourism Management*, 87: 104394. DOI: 10.1016/j.tourman.2021.104394

- Müller, A., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Gefeller, O., Faber, R. J., Martin, A., Bleich, S., Glaesmer, H., Exner, C., & de Zwaan, M. (2010). Compulsive buying in a representative population sample: Prevalence, sociodemographic characteristics and comorbidity. *Journal of Affective Disorders*, 126 (1–2): 321–328. DOI: 10.1016/j.jad.2010.11.005
- Odling, B. L., Lust, K., Schreiber, L. R. N., Christenson, G., Derbyshire, K., Harvanko, A., Golden, D., & Grant, J. E. (2013). Compulsive sexual behavior in young adults. *Annals of Clinical Psychiatry*, 25 (3): 193–200. DOI: 10.1177/104012371302500305
- Pereira, T. F. P. D. (2020). Reflecting on drug tourism and its future challenges. *European Journal of Tourism, Hospitality and Recreation*, 10 (1): 83–92. DOI: 10.2478/ejthr-2020-0007
- Pike, K. M. & Dunne, P. E. (2015). The rise of eating disorders in Asia: A review. *Journal of Eating Disorders*, 3: 33. DOI: 10.1186/s40337-015-0070-2
- Pinke-Sziva, I., Smith, M. K., Olt, G., & Molnár-Csomós, I. (2019). Éjszakai gazdaság kutatása Budapesten: A budapesti romkocsmá-negyed megítélése az érintettek körében. *Turisztikai és Vidékfejlesztési Tanulmányok*, 4 (1): 20–30. DOI: 10.33538/TVT.190401.2
- Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z., & Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25 (4): 212–223. DOI: 10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003
- Robinson, T. E. & Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54: 25–53. DOI: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145237
- Santomauro, D. F., Melen, S., Mitchison, D., Vos, T., Whiteford, H., & Ferrari, A. J. (2021). The hidden burden of eating disorders: An extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 8 (4): 320–328. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00040-7
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128 (5): 825–848. DOI: 10.1037/0033-2909.128.5.825
- Sznitman, S. R. & Bretteville-Jensen, A. L. (2015). Investigating cannabis use normalization by distinguishing between experimental and regular use: A multilevel study in 31 countries. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76 (2): 181–189. DOI: 10.15288/jsad.2015.76.181
- Thomasius, R., Sack, P.-M., Strittmatter, E., & Kaess, M. (2014). Substance-related and addictive disorders in the DSM-5. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42 (2): 115–120. DOI: 10.1024/1422-4917/a000278
- Tózsér, A. (2021). Challenges for sustainable tourism using Barcelona as a case study. *Turisztikai és Vidékfejlesztési Tanulmányok*, 6 (2): 117–127. DOI: 10.15170/TVT.2021.06.02.08
- Udo, T. & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Biological Psychiatry*, 84 (5): 345–354. DOI: 10.1016/j.biopsych.2018.03.014
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *The New England Journal of Medicine*, 374 (4): 363–371. DOI: 10.1056/NEJMr1511480
- Wade, T. D., Bulik, C. M., Neale, M., & Kendler, K. S. (2000). Anorexia nervosa and major depression: Shared genetic and environmental risk factors. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (3): 469–471. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.3.469

Ward, Z. J., Rodriguez, P., Wright, D. R., Austin, S. B., & Long, M. W. (2019). Estimation of eating disorders prevalence by age and associations with mortality in a simulated nationally representative U.S. cohort. *JAMA Network Open*, 2 (10): e1912925.
DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.12925

Online források

AGA (2025). *2024 commercial gaming revenue reaches \$71.9B, marking fourth straight year of record revenue*. American Gaming Association. <https://www.americangaming.org/2024-commercial-gaming-revenue-reaches-71-9b-marking-fourth-straight-year-of-record-revenue/> Accessed on: 17 March 2026.

AGRC (2023). *Gambling participation and experience of harm in Australia*. Australian Gambling Research Centre, Australian Institute of Family Studies. <https://aifs.gov.au/all-research/research-snapshots/gambling-participation-and-experience-harm-australia/> Accessed on: 17 March 2026.

AIHW (2024). *Cocaine in the NDSHS*. Australian Institute of Health and Welfare. <https://www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/cocaine-ndshs/> Accessed on: 17 March 2026.

Applied Analysis (2024). *Economic impact of Southern Nevada's tourism industry – 2023*. Las Vegas Convention and Visitors Authority. <https://www.lvcva.com/research/reports/post/economic-impact-of-southern-nevadas-tourism-industry-2023/> Accessed on: 17 March 2026.

Beat (s.a.). *How many people have an eating disorder in the UK?* Beat Eating Disorders. <https://www.beateatingdisorders.org.uk/get-information-and-support/about-eating-disorders/how-many-people-eating-disorder-uk/> Accessed on: 17 March 2026.

CBS (2024). *Drugsgebruik onder volwassenen in Nederland in 2024* [Drug use among adults in the Netherlands in 2024]. Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatschappij/gezondheid-en-welzijn/trimbos-drugsgebruik-onder-volwassenen-in-nederland-in-2024/> Accessed on: 17 March 2026.

CDC (2022). *Sex tourism*. Centers for Disease Control and Prevention, Travelers' Health. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/sex-tourism/> Accessed on: 17 March 2026.

City of Munich (2024). *Oktoberfest facts and figures*. City of Munich. <https://www.muenchen.de/en/events/oktoberfest/facts-figures/> Accessed on: 17 March 2026.

EUDA (2022). *European drug report 2022: Trends and developments*. European Union Drugs Agency. <https://www.euda.europa.eu/system/files/publications/14644/TDAT22001ENN.pdf/> Accessed on: 17 March 2026.

EUDA (2024). *European drug report 2024: Trends and developments*. European Union Drugs Agency. <https://www.euda.europa.eu/system/files/documents/2024-06/edr-2024-compiled-pdf-14.06.2024v2.pdf/> Accessed on: 17 March 2026.

- El País (2024). *The reality of living in Ibiza: Workers sleeping in vans due to high cost of rent*. EL PAÍS English. <https://english.elpais.com/international/2024-06-30/the-reality-of-living-in-ibiza-workers-sleeping-in-vans-due-to-high-cost-of-rent.html> Accessed on: 22 March 2026.
- Health Canada (2024). *Canadian Cannabis Survey 2024: Summary*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/research-data/canadian-cannabis-survey-2024-summary.html/> Accessed on: 17 March 2026.
- House of Commons of Canada (2014). *Eating disorders among girls and women in Canada*. House of Commons Canada. <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/412/FEWO/Reports/RP6772133/feworp04/feworp04-e.pdf/> Accessed on: 17 March 2026.
- House of Lords Library (2023). *NHS eating disorder services*. House of Lords Library. <https://lordslibrary.parliament.uk/nhs-eating-disorder-services/> Accessed on: 17 March 2026.
- IAPC (s.a.). *Project & history*. Internet Addiction Prevention Center. <https://www.iapc.or.kr/eng/contents.do?cid=64&idx=101/> Accessed on: 17 March 2026.
- Israel Anti-Drug Authority (2017). *Psychoactive drug use among the adult population in Israel: National epidemiological survey 2016*. Israel Anti-Drug Authority. https://www.gov.il/BlobFolder/reports/psychoactive_drug_use_2017/he/PDF_psychoactive_drug_use_2017.pdf/ Accessed on: 17 March 2026.
- Jamaica Trade Portal (2015). *Dangerous Drugs (Amendment) Act, 2015*. Jamaica Trade Portal. <https://jamaicatradeportal.gov.jm/en-gb/site/display/1078/> Accessed on: 17 March 2026.
- Janicek, K. (2024). *Prague bans nighttime pub crawls to deal with drunk and rowdy visitors*. AP News. <https://apnews.com/article/prague-pub-crawl-ban-tourism-18503491848410be28bfc02b48245548/> Accessed on: 17 March 2026.
- LVCVA (2024). *2023 Las Vegas Visitor Profile*. Las Vegas Convention and Visitors Authority. <https://epubs.nsla.nv.gov/statepubs/epubs/442242-2023.pdf/> Accessed on: 17 March 2026.
- MHLW (2022). *Annual health, labour and welfare report 2022*. Ministry of Health, Labour and Welfare. <https://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw17/> Accessed on: 17 March 2026.
- MHLW (2023). *Summary report of the general survey on working conditions*. Ministry of Health, Labour and Welfare. <https://www.mhlw.go.jp/english/new-info/2023.html/> Accessed on: 17 March 2026.
- MOEL (2018). *Labor standards*. Ministry of Employment and Labor. <https://www.moel.go.kr/english/policy/laborStandards.do/> Accessed on: 17 March 2026.
- OECD (2020). *OECD tourism trends and policies 2020*. Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://doi.org/10.1787/6b47b985-en/> Accessed on: 17 March 2026.
- OECD (2023). *Rethinking regional attractiveness in the Balearic Islands region of Spain*. Organisation for Economic Co-operation and Development. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/05/rethinking-regional-attractiveness-in-the-balearic-islands-region-of-spain_9a726ecf/47bf5ec1-en.pdf/ Accessed on: 17 March 2026.

- ONS (2024). *Drug misuse in England and Wales: Year ending March 2024*. Office for National Statistics.
<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/articles/drug-misuse-in-england-and-wales/year-ending-march-2024/> Accessed on: 17 March 2026.
- Onderzoek en Statistiek Amsterdam (2019). *Aantal hotelovernachtingen afgelopen 10 jaar verdubbeld* [Number of hotel overnight stays doubled over the past 10 years]. Gemeente Amsterdam.
<https://onderzoek.amsterdam.nl/video/aantal-hotelovernachtingen-afgelopen-10-jaar-verdubbeld/> Accessed on: 17 March 2026.
- O.Z.O.R.A. Festival (2024). *O.Z.O.R.A. 2024*. O.Z.O.R.A. Festival. <https://ozorafestival.eu/ozora-2024/> Accessed on: 17 March 2026.
- O.Z.O.R.A. Festival (2025). *O.Z.O.R.A. 2025*. O.Z.O.R.A. Festival. <https://ozorafestival.eu/ozora-2025/> Accessed on: 17 March 2026.
- Productivity Commission (2010). *Gambling: Inquiry report no. 50*. Commonwealth of Australia. <https://stoppredatorygambling.org/wp-content/uploads/2012/12/Australia-Gambling-Industries-2010-Report-Vol.-1.pdf/> Accessed on: 17 March 2026.
- Reuters (2021). *Amsterdam says “stay home” to partiers, pot smokers in tourism rethink*. Reuters.
<https://www.reuters.com/world/amsterdam-says-stay-home-partiers-pot-smokers-tourism-rethink-2021-07-07/> Accessed on: 17 March 2026.
- Reuters (2023). *Amsterdam to ban cannabis outdoors in red-light district*. Reuters.
<https://www.reuters.com/world/europe/amsterdam-ban-cannabis-outdoors-red-light-district-2023-02-10/> Accessed on: 17 March 2026.
- Reuters (2025a). *Macau’s leader warns world’s biggest gambling hub could face a budget deficit*. Reuters.
<https://www.reuters.com/world/china/macaus-leader-warns-worlds-biggest-gambling-hub-could-face-budget-deficit-2025-04-16/> Accessed on: 17 March 2026.
- Reuters (2025b). *Spain’s party island Ibiza also suffers housing crunch as tourism booms*. Reuters.
<https://www.reuters.com/investigates/special-report/spain-housing-ibiza-tourism/> Accessed on: 17 March 2026.
- SAA (s.a.). *Sex Addicts Anonymous*. Sex Addicts Anonymous. <https://saa-recovery.org/> Accessed on: 17 March 2026.
- SAMHSA (2024). *2023 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH): Annual national report*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt56287/2024-nsduh-annual-national-report.pdf/> Accessed on: 17 March 2026.

- SENDA (2025). *Consumo de alcohol alcanza nivel más bajo en 30 años; marihuana en adolescentes llega a mínimo histórico* [Alcohol consumption reaches its lowest level in 30 years; marijuana use among teenagers reaches a record low]. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. <https://www.senda.gob.cl/noticia/consumo-alcohol-alcanza-nivel-bajo-en-30-anos-marihuana-adolescentes-llega-minimo-historico/> Accessed on: 17 March 2026.
- Siófok.hu (s.a.). *Üzletek éjszakai nyitvatartási engedélye*. Siófok.hu. <https://siofok.hu/uzletek-ejszakai-nyitvatartasi-engedelye/> Accessed on: 17 March 2026.
- State Council Information Office (2021). *Stricter limits on minors' online gaming*. The State Council of the People's Republic of China. https://english.www.gov.cn/statecouncil/ministries/202108/31/content_WS612da2a2c6d0df57f98df6bd.html/ Accessed on: 17 March 2026.
- Sziget Festival (2024). *Visitor policy*. Sziget Festival. https://szigetfestival.com/media/M__SZIGET__Visitor_Policy.pdf/ Accessed on: 17 March 2026.
- Sziget Festival (2025). *The first timer's guide to Sziget*. Sziget Festival. <https://szigetfestival.com/en/blog/the-first-timer-s-guide-to-sziget/> Accessed on: 17 March 2026.
- Sziget Festival (2026). *Festival info – Sziget 2026*. Sziget Festival. <https://szigetfestival.com/en/festival-info/> Accessed on: 17 March 2026.
- The Guardian (2023). *Amsterdam tells young British men who want a “messy” weekend to stay away*. The Guardian. <https://www.theguardian.com/world/2023/mar/28/amsterdam-young-british-men-misbehave-stay-away-campaign/> Accessed on: 17 March 2026.
- The Guardian (2025). *Ibiza's ambulance service risks collapse due to callouts to clubs, says union*. The Guardian. <https://www.theguardian.com/world/2025/jul/06/ibiza-ambulance-service-risks-collapse-callouts-clubs-drugs-union/> Accessed on: 17 March 2026.
- Tillman, G., Irving, R., Wickramasinghe, S., Pappu, T., Budinski, M., Greer, N., Whitlock, B., & Sakata, K. (2025). *National Gambling Prevalence Study Pilot 2024: Key findings*. Australian Gambling Research Centre, Australian Institute of Family Studies. <https://aifs.gov.au/all-research/research-snapshots/national-gambling-prevalence-study-pilot-2024/> Accessed on: 17 March 2026.
- UNESCO (2013). *Ancient Georgian traditional Qvevri wine-making method*. UNESCO Intangible Cultural Heritage. <https://ich.unesco.org/en/decisions/8.COM/8.13/> Accessed on: 17 March 2026.
- UNODC (2023). *World drug report 2023*. United Nations Office on Drugs and Crime. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html> Accessed on: 17 March 2026.
- WHO (2019). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: International Classification of Diseases. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases/> Accessed on: 17 March 2026.

- WHO (2020). *Addictive behaviours: Gaming disorder*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/addictive-behaviours-gaming-disorder/> Accessed on: 17 March 2026.
- WHO (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745/> Accessed on: 17 March 2026.
- WHO (2025). *Restricting alcohol availability in practice: Evidence from selected countries*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110083/> Accessed on: 17 March 2026.
- WHO (s.a.). *The SAFER initiative*. World Health Organization. <https://www.who.int/initiatives/SAFER/> Accessed on: 17 March 2026.
- WTTC (2025). *Global travel & tourism is strong despite economic headwinds*. World Travel & Tourism Council. <https://wttc.org/news/global-travel-and-tourism-is-strong-despite-economic-headwinds/> Accessed on: 17 March 2026.