

JELENTÉS
A MAGYARORSZÁGI KÁBÍTÓSZERHELYZETRŐL – 2002

Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium
2002

Szerkesztette:
RITTER ILDIKÓ
az Országos Kriminológiai Intézet munkatársa

Lektorálta:
DR. RÁCZ JÓZSEF
az MTA Pszichológiai Intézetének főmunkatársa,
a Gyermek- Ifjúsági és Sportminisztérium szakértője

Felelős szerkesztő:
TOPOLÁNSZKY ÁKOS
a Gyermek- Ifjúsági és Sportminisztérium kábítószerügyi koordinációért felelős
helyettes államtitkára

Felelős kiadó:
Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

Nyomdai munkálatok: Sásdi Kiadó és Nyomda Kft.

2002

A borítón Gulácsy Lajos: Opium című festménye látható
Hungart* a dART stúdió gondozásában.

A KÖTET SZERZŐI:

DR. BAYER ISTVÁN

professzor emeritus – az Országos Gyógyszerészeti Intézet volt főigazgatója, az ENSZ Kábítószer Főosztályának egykori munkatársa, az ENSZ Kábítószer Bizottságának egykori elnöke

DR. BÁNHEGYI DÉNES

osztályvezető főorvos – Fővárosi Szent László Kórház V. Fertőző Belosztály

DR. BUDA BÉLA

a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet igazgatója

CSÉPÁNYI GABRIELLA

A Diótörés Alapítvány vezetője

DR. CSORBA JÓZSEF

a Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenciók Központ vezetője

DEMETROVICS ZSOLT

a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet munkatársa, az ELTE Bölcsészettudományi Kar Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszékének egyetemi tanársegédje

FELVINCZI KATALIN

a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet helyettes vezetője

GRÉZLÓ ORSOLYA

az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet Informatikai és Szervezési Osztályának munkatársa

KÁLY-KULLAI KÁROLY

a Sziget Droginformációs alapítvány vezetője

DR. KELLER ÉVA

a Semmelweis Egyetem ÁOK Igazságügyi Orvostani Intézetének docense

MILETICS MARCELL

a Baptista Szeretetszolgálat Alapítvány Utcafront Részlegének vezetője

DR. NAGY GÁBOR

igazságügyi vegyészszakértő, r. főtanácsos, osztályvezető – ORFK Bűnügyi Szakértői és Kutató Intézet

DR. NAGY JÚLIA

igazságügyi vegyész szakértő – ORFK Bűnügyi Szakértői és Kutató Intézet

OLASZY CSABA

a Belvárosi Tanoda Alapítvány – Megálló Csoportjának vezetője

OLÁH MIKLÓS

az Országos Rendőr-főkapitányság, Bűnügyi Főigazgatóság, Szervezett Bűnözés Elleni Igazgatóság, Felderítő Főosztály, Kábítószer-bűnözés Elleni Osztály vezetője

PAKSI BORBÁLA

a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Viselkedéskutató Központ, Pszichológia és Pedagógia Tanszékének egyetemi adjunktusa

PORKOLÁB LAJOS

az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet Informatikai és Szervezési Osztályának vezetője

PUSZTAHÁZI ISTVÁNNÉ

Az Önkontroll Egyesület elnöke

DR. RÁCZ JÓZSEF

az MTA Pszichológiai Intézetének főmunkatársa, a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia vezetője

RITTER ILDIKÓ

az Országos Kriminológiai Intézet munkatársa

SOMOGYI DÁNIEL

a Drog Stop Budapest Egyesület vezetője

DR. SZEMELYÁCS JÁNOS

a INDIT Közalapítvány vezetője

DR. SZENDREI KÁLMÁN

professzor emeritus, az ENSZ kábítószer-ellenőrző laboratóriumának volt igazgatója

DR. TÍMÁR CSABA

a MADRISZ és a LEO AMICI Alapítvány elnöke

DR. UJHELYI ESZTER

laborvezető – Fővárosi Szent László Kórház, Immunológiai Labor

DR. VAVRÓ ISTVÁN

az Igazságügyi Minisztérium Kodifikációs Elemző és Statisztikai Főosztályának vezetője

VERES ILONA

a Drogprevenció Alapítvány Civil Ártalomcsökkentő Szociális Kontaktprogram vezetője

DR. WENGER TIBOR

Semmelweis Egyetem ÁOK Humánmorfológiai és Fejlődésbiológiai Intézet

DR. ZACHER GÁBOR

osztályvezető főorvos – Erzsébet Kórház Sürgősségi Belgyógyászat és Klinikai Toxikológiai Osztálya

Előszó

A jelenség, amellyel ez a könyv foglalkozik, nevezetesen a magyarországi kábítószer-helyzet, a létező legellentmondásosabb és legnagyobb viharokat kiváltó téma.

A kábítószer-probléma terén a mai magyar társadalmat megkövesedett mítoszok, makacs tévhitek, politikai erővonalak uralják, holott egyszerűen nem létezhet gyógyulás a velük való leszámolás, a valós tényekkel történő józan szembenézés, és végül az érdemi párbeszéd megteremtése nélkül. Jelenleg ugyanis a magyar társadalom döntő része a drogproblémával szemben is a struccpolitika álláspontjára helyezkedett, vagyis hártásos automatizmussal megpróbál tudomást sem venni az akuttá váló gondokról.

A „Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről, 2002” című kiadványunk ugyanakkor mindazon tényeket és adatokat gyűjti össze, melyek a drogjelenség társadalmi problémájának megítélését segítik elő.

A „Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására”, amit egyhangúan, ellenszavazat nélkül fogadott el a Parlament, azt vallja, hogy csak adatokon és tényeken alapuló megoldások birtokában, a helyzet megbízható és alapos ismeretében lehet és szabad a probléma kezeléséhez nyúlni.

Pszichológusok, pszichiáterek, addiktológusok, jogászok, kriminológusok, számtalan terület szakértője gondos és komoly munkájának eredménye az a sokféle, rendkívül szerteágazó és összetett adat, statisztika, szám, ami a kiadványunkban szerepel.

De álljunk meg egy pillanatra, és gondoljunk bele! Minden egyes itt szereplő rideg szám, egyszerű adat mögött emberi sorsok, életutak húzódnak meg. Az év minden egyes napján azért kell küzdenünk, hogy ezek a számok, adatok egyre jobban csökkenjenek, a kedvezőtlen tendenciák megforduljanak, és hisszük, valljuk azt, hogy emberközpontú, józan megközelítéssel, reális drogpolitikával, hosszú, kemény munkával ez el is érhető.

Bármennyire is szeretnénk, a statisztikákból valószínűleg sohasem tűnik el a kábítószer-függő kategória, az ellátásokból az egyszerű narkós, az utcákról pedig a kábítószer, mert drogmentes társadalom nem létezik, bármilyen kemény vagy kegyetlen büntetéssel fenyegetés is őket. Azonban az egyének és a társadalom ártalmainak csökkentéséért, azoknak a lehetséges legalacsonyabb szintre szorításáért mindent és közös erővel kell megtennünk.

Olyan közösség vagy társadalom ugyanis igenis létezhet, amelyik könyörtelen keménységgel képes fellépni az eufória kupecceivel, a szenvedély vámszedőivel, a kór terjesztőivel szemben, de ugyanakkor képes humanusan és életszerű elvek, gyakorlatok mentén bánni drogfüggőivel, a kábítószer áldozataival és szenvedőivel.

Az ehhez az eredményhez vezető út feltétlenül szükségessé teszi a helyzet ismeretét. Ezt nyújtja ez a kötet a szembesülés és az elmélyülés adataival.

dr. Jánosi György
gyermek-, ifjúsági és sportminiszter

Beköszöntő

Az évenként megjelenő, a magyarországi kábítószer-helyzetről tudományosan megalapozott tényeket és adatokat bemutató és elemző kötet immár a szakmai tájékozódást segítő „kötelező olvasmány” sokak számára, akik elfogadják és vallják, hogy csak a valóságos helyzet ismeretében, a probléma tényleges mértékének és mintázatának tudatában építhetünk hatékony cselekvési programot a kábítószer-probléma visszaszorítására. Az Országgyűlés által teljes konszenzussal elfogadott kábítószer ellenes Nemzeti stratégiai program a tények elsőbbségének elvét kiemelten fogalmazta meg: „A Nemzeti stratégia a tudományos kutatások által feltárt tényekre, és nem vélekedésekre épít. A beavatkozások közül a megalapozott módszereket pártolja.”

A hazai droghelyzetről szóló Nemzeti jelentés elkészítése természetesen sajnálatos, de feltétlenül szükséges kötelességünk, hiszen egy senki által nem kívánt jelenség leírását szolgálja annak érdekében, hogy a tények alapján a legjobb megoldásokat dolgozthassák ki a szakemberek. Ismét beszámolunk mindazokról a folyamatokról, melyek jellemezték a hazai helyzet alakulását az utóbbi évben. Szembesülünk például azzal, hogy a demokratikus rendszerváltozás negatív mellékjelenségeként a kábítószeres fogyasztása, valamint az azzal együttjáró egyéni és társadalmi ártalmak mérhetően jelen vannak, amely következményesen komoly késztetést kell jelentsen mindannyiunk számára a hatékony programok kialakítására és megvalósítására. Ismét - bár sokkal enyhébb mértékben - növekedett az ismerté vált kábítószerrel való visszaélések száma, ugyanakkor nem nőtt az egészségügyi intézményekben adminisztrált betegek aránya. Ezen utóbbi fejleménynek az elemzése a következő időben különösen is fontosnak ígérkezik. Az ESPAD kutatás budapesti mintavétele alapján pedig kiderül, hogy tovább emelkedett a kábítószeres kábítószereket kipróbáló második középiskolások száma a fővárosban, ha messze kisebb mértékben is, mint ez az korábbi években jellemző volt.

Ismertté váltak az első átlag népesség körében készült vizsgálat eredményei is, melyek szerint a 18-65 év közötti magyarországi felnőtt népesség 6,4%-a használt már élete során valamilyen tiltott drogot. Ennek megoszlása azonban településszerkezeti és életkori szempontból is nagyon megoszlik. Budapesten 16, míg vidéken csak 4,1 %-ot mutat a tiltott kábítószereket próbálók aránya. A 18-24 év közötti korcsoport pedig minden ötödik tagjának van már kábítószer-tapasztalata.

Részletesen beszámolunk a büntető igazságszolgáltatás adatainak alapján a drogproblema kriminális vonatkozásainak jellemzőiről, de természetesen arról is, hogy mi jellemezte a kábítószer-fogyasztás egészségügy vetületeit. Pontos és részletes beszámolót olvashatnak a droghasználattal kapcsolatos halálozások, valamint az intravénás kábítószer-használat fertőzési kockázatairól is. Érdekes elemzéssel ismerkedhetnek meg a Budapesten történt túlada-golásos esetek kapcsán. Ismét fontos részt képviselnek a Jelentésben a kínálat-csökkentési oldal beszámolóit a Rendőrség és a Vám- és Pénzügyőrség szakembereitől. A kereslet-csökkentés vonatkozásában természetesen részletesen kitérünk a prevenció, a kezelések és az ártalomcsökkentő beavatkozások területén történetekre, de nem hallgatjuk el azokat a prob-

lémákat és hiányosságokat sem, amelyek például a kapacitások területén, a szakemberképzésben, a minőségbiztosításban vagy az adatszolgáltatás fejlettségében a mai helyzetet jellemzik.

Három éve bevezetett szokás szerint a Jelentés melléklete egy meghatározott kábítószer-fajta részletes helyzetleírását adja. 2000-ben az amfetaminokkal kezdtük, tavaly az opiátok kerültek sorra, s idén a kannabisz-származékok elemzését tűztük célul igen átfogó módon. A szerhasználati jellemzőkön, a farmakológiai, orvosszakértői szempontokon át az epidemiológiai trendekig minden összegyűjtöttünk, amit erről a szerről ma tudni lehet. Természetesen nem maradhattak el a bűnüldözési adatok sem. Részletesen írunk a szer használatának társadalmi „terápiájáról”, de a konkrét orvosi ellátási beavatkozásokról. Felmutatjuk tehát a lehetőségeket és a hatékony megoldásokat is.

Nem csak a kedvezőtlen folyamatokról számolunk be a kötetben, hanem azokról az előre lépésekről, amelyek ezt a területet kétségtelenül pozitívan befolyásoltak. Immáron országos, megalapozott, és szakmai, politikai valamint társadalmi támogatásban is részesített programok indulhattak be például a megelőzés területén. Lassan bár, de fejlődik az ellátói intézményrendszer, növekszik a terápiás férőhelyek száma, a drogambulanciák újabb megyékben alakulhattak meg, számos szép és fontos kezdeményezés születhetett meg. Biztosítottá váltak a legfontosabb ártalomcsökkentői ellátások jogszabályi és részben finansziális szempontból, fejlesztésük azonban elengedhetetlen, elérhetőségük még mindig nagyon csekély.

Mint minden évben, a Jelentés készítői az adott szakmai vagy adatszolgáltatási terület legjobbjai, akik ismét tudásuk legjavát adták, hogy ezúttal a dokumentum már teljes mértékben az Európai Unió Kábítószer és Kábítószer Függetlenség Európai Megfigyelő Központja (EMCDDA) által ajánlott jelentési struktúrát követhesse. Köszönet illeti őket mindig megalapozott, megbízható és elkötelezett munkájukért. A Jelentések a kezdetektől fogva ugyanakkor szorosan kapcsolódnak két kitűnő munkatársam tevékenységéhez. Ritter Ildikó, az Országos Kriminológiai Intézet tudományos munkatársa a szerkesztés, a Jelentés elkészítésének egész szervezési és folyamatmenedzselési munkáját vállalja fel, dr. Rácz József pedig a szakmai lektorátus nehéz feladatáért felel. Mindkettejüknek ezen a módon is szeretném kifejezni köszönetemet a mindig élményszerű együttműködésért, és a kábítószerhelyzet tárgyalagos bemutatásáért folytatott áldozatos munkájukért.

Kívánom, hogy az olvasó – legyen szakember vagy laikus – a jelentés lapjairól ne csak a tények sokszor nyomasztó világát, hanem a lehetőségek és megoldások irányát is megismerhesse, a megvalósításukhoz pedig erőt merítsen.

Topolánszky Ákos
kábitószerügyi koordinációért felelős helyettes államtitkár
Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium

ÖSSZEFOGLALÁS

I. Nemzeti stratégia: intézményi és jogi keretek

Drogstratégia

A magyar Kormány első olvasatban 2000. február 22-én fogadta el a Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására c. dokumentumot, majd vitára bocsátotta. Ennek során 1054 állami, egyházi, civil szervezet és intézmény fejthette ki álláspontját. A vita során szerzett tapasztalatok beépültek a véglegesnek tekintett dokumentumba, melyet a magyar Kormány 2000. június 11-én fogadott el. A dokumentum 2000 decemberében (96/2000. (XII. 11.) OGY határozat) emelkedett országgyűlési határozat rangjára.

A Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására c. dokumentum a nemzetközi ajánlások értelmében a jelenség értelmezési modelljei közül a több tudományágat érintő, a probléma befolyásolása tekintetében pedig a kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyára építő megközelítést tükrözi.

A Nemzeti stratégia általános célja: „A harmadik évezred küszöbén egy szabad, megbízható és produktív társadalom kialakításának képe vezérel bennünket. Ez a társadalom az emberi méltóságot, a testi, lelki és szociális jólétet, illetve az alkotóképességet kiemelt fontosságúnak tartja. E tényezők megóvása és fejlesztése érdekében a társadalom képes kezelni a drogok használatával és terjesztésével összefüggő egészségügyi, szociális és bűnügyi ártalmakat és hátrányokat. A kábítószer-probléma valamennyiünket érint, és együttes cselekvésre készítet. Az állam és intézményei az együttes cselekvésben jelentős szerepet kapnak.”

A négy főcél részletezése:

1. Közösségi együttműködést kialakítani. A társadalom váljon érzékenyvé a drogkérdések hatékony kezelésére, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában.
2. Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszaütésére (megelőzés).
3. Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció).
4. Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét (kínálatcsökkentés).

A Nemzeti stratégia felépítése

- Hosszú távú célrendszer: a 2009-ig elérni szándékozott célok megvalósításához szükséges cselekvések összessége.
- Középtávú célok, melyek a 2002-2003. év vonatkozásában határozzák meg a tennivalókat.
- A rövid távú célok a közvetlen előttünk álló és a középtávú célokhoz vezető feladatokat sorolják fel.

Büntetőjogi szabályozás

A Büntető Törvénykönyv (1978. évi IV. törvény, Btk.) 282-282/A §-ai szabályozzák a „visszaélés kábítószerrel” bűncselekmény tényállását. Ezen jogszabályi környezet legutóbbi módosítása 1999. március 1-jén lépett hatályba. A módosítás egyértelmű célja a kábítószer-fogyasztás és az azzal összefüggő jelenségek visszaszorítása volt.

A módosítás szétválasztotta és külön tényállásokba foglalta a beszerző-előállító, illetőleg a terjesztő-forgalmazó jellegű elkövetési magatartásokat, továbbá a fogyasztást, ezen belül is a kábítószerfüggő személy által elkövetett fogyasztást. Az elkövetési magatartások szétválásával differenciálódott az egyes cselekményekre kiszabható büntetési tételkeret. A terjesztő-forgalmazó körbe tartozó elkövetési magatartások esetében a törvény egyértelműen szigorodott, e cselekményeket a korábbinál lényegesen súlyosabb büntetéssel fenyegeti.

Differenciálódott a kábítószer-fogyasztásra vonatkozó szabályozás abból a szempontból is, hogy a módosítás szétválasztotta az alkalmi kábítószer-fogyasztást és a kábítószerfüggő személy kábítószer-fogyasztását.

A büntetőjogi felelősségre vonás alternatívájaként alkalmazható gyógykezelés – a korábbinál szűkebb körben – csak a kábítószerfüggő személyeknek biztosít büntetlenséget a törvényben meghatározott magatartások esetében.

A vonatkozó jogszabályi környezet hatásossága megkérdőjelezhető, a módosítás több negatív következménnyel járt, mint amennyi pozitív hatást gyakorolt. Ez a kijelentés érvényes mind az eljárásokra vonatkozóan, mind pedig a társadalmi hatásokat vizsgálva.

Ezért 2002-ben megkezdődött – többek között – a kábítószerrel visszaélés bűncselekmény törvényi tényállásának változtatását célzó kodifikációs munka.

Az ismertetett büntetőjogi, anyagi jogi változásokkal összhangban a büntetőeljárási törvényt módosító 1998. évi LXXXVIII. törvény módosította az eljárási kódex azon rendelkezéseit, amelyek a gyógyító kezelés vállalása esetén a büntetőeljárás felfüggesztését, illetve megszüntetését szabályozták.

A Nemzeti stratégia monitorozása – szervezeti keretek

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB – melyben 16 központi közigazgatási szerv magas szinten képviselteti magát) feladata a Nemzeti stratégia végrehajtásának ellenőrzése, az egyes tárcák és az állami intézményrendszer működésének koordinálása, az ágazati szemléletek közelítése. A Bizottság feladataival és működésével kapcsolatos szervezési és adminisztratív teendőket a Bizottság Titkársága látja el. A Titkárság vezetője az Ifjúsági és Sportminisztérium illetékes helyettes államtitkára. A KKB feladata, hogy évente tájékoztassa a Kormányt a magyarországi droghelyzet alakulásáról és a Nemzeti stratégia megvalósulásának értékeléséről.

A végrehajtás eszközrendszerében a helyi kábítószerügyi egyeztető fórumok (KEF-ek) töltönek be fontos szerepet. Éves beszámolóikat a KKB Titkársága összesíti.

A KKB évente értékeli a Nemzeti stratégia megvalósulását, kétévente pedig elvégzetteti a Stratégia és az ellátóintézmény-rendszer átvilágítását és hatékonyság-vizsgálatát. Erről jelentést készít a Kormány, illetve az Országgyűlés számára.

Főbb eredmények, változások

- A Nemzeti stratégia megvalósítása kapcsán beszámolhatunk arról, hogy számos esetben már a középtávra tervezett célok tekintetében is eredményeket értünk el, a rövid távra tervezett célok megvalósítása pedig tervszerűen folyik. Szükséges azonban megjegyeznünk, hogy rendkívül sok feladat vár még megvalósításra.
- 2001 februárjában megalakult a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet. Feladata elsősorban, hogy szakmailag támogassa és elősegítse a Nemzeti stratégia megvalósulását, különös tekintettel a közösségi kapcsolatok, társadalmi érzékenység fokozására, és hogy kialakuljon egy olyan módszertani hangsúlyú prevenciós intézmény, amely koordinálja és elősegíti a prevenciós tevékenység szakmai megalapozottságát, valamint együttműködésen alapuló kapcsolatokat építsen ki a prevenció hazai intézményrendszerével.
- Az Ifjúsági és Sportminisztérium támogatási programot dolgozott ki a kábítószerügyi egyeztető fórumok (KEF) létrehozására és működtetésére. A program eredményeként a 2001. évben a hét magyarországi régió összesen 56 (20 ezer főnél nagyobb lélekszámú) városában alakult Kábítószerügyi Egyeztető Fórum. A KEF-ek szakmai és módszertani támogatásának feladatát a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI) látja el.
- PHARE projekt keretében megkezdődött az Európai Unió epidemiológiai és drog-adatbázisához való csatlakozás kialakítása. Felállt egy szervezeti egység az Egészségügyi Minisztériumban, melynek feladata, hogy előkészítse a magyar Focal Point, másodlagos adatszolgáltató központ kialakítását. Nem született még meg azonban az a kormányhatározat, amely a nemzeti Focal Point felállításáról és feladatairól rendelkezik.
- Módosult az elkobzás, a vagyoneklobzás intézkedések alkalmazhatósága, valamint a pénzmosás bűncselekmény törvényi tényállása. Új tényállásként került megfogalmazásra a pénzmosással kapcsolatos bejelentési kötelezettség elmulasztása.
- Az Ifjúsági és Sportminisztérium felkérésére – a Nemzeti stratégia rövid távú céljaival összhangban – az Országos Kriminológiai Intézetben sor került a Büntető Törvénykönyv visszaélés kábítószerrel bűncselekmény törvényi tényállására vonatkozó, 1999. március 1-jén hatályba lépett módosítás hatásvizsgálatára. A vizsgálat eredményei szerint a kábítószeres bűnözés büntetőjogi megítélésében jelentős változást hozó jogszabály-módosítás hatásossága megkérdőjelezhető. A jogszabályi környezet változásával nem sikerült visszaszorítani sem a kábítószer-fogyasztás elterjedtségét, sem a kábítószer-kereskedelmet. A módosítás több negatív következménnyel járt, mint amennyi pozitív hatást gyakorolt. Ez a kijelentés érvényes mind az eljárásokra, mind pedig a társadalmi hatásokra. A szigorítás (főleg annak rossz kommunikációja) negatív hatást gyakorolt a drogpuac és a drogpuaci szereplők magatartásának változására.

II. A kábítószer-fogyasztás elterjedtsége – epidemiológiai helyzetkép

A drogfogyasztás prevalenciaértékei

Magyarországon a drogfogyasztás közvetlen indikátorai mentén csak a középiskolás populációra vonatkozóan rendelkezünk időben összehasonlítható – azonos, vagy egymást részben átfedő populációkat képviselő mintákon, azonos módszerekkel készült kutatásokból származó –, azaz a trendek felrajzolására alkalmas adatokkal (Paksi, 2002).

Az egyik leginkább veszélyeztetett korosztályban, a középiskolások körében végzett kutatások alapján elmondhatjuk, hogy Magyarországon a kilencvenes években a drogfogyasztás elterjedtségében, illetve jellegében jelentős változások következtek be.

- Mintegy kétszeresére növekedett a tiltott szerek fogyasztásának életprevalencia-értéke.
- Ezt a mennyiségi változást strukturális és minőségi változások is kísérték:
 - növekedett a fogyasztás intenzitása és
 - a fogyasztási struktúrában kiemelkedő szerepre tett szert a marihuána és a különféle szintetikus party-drogok.

Ezen változások többsége – az évtized elejére jellemző stagnálás után – viszonylag hirtelen, feltehetően 1996 és 1998 között, azaz a rendszerváltozáshoz képest 6-8 évvel később következett be.

Magyarországon 2001 tavaszán készült az első olyan, az átlagnépesség droghasználatára vonatkozó kutatás (ADE 2001), mely a kérdéskört nemcsak érintőlegesen, hanem elsődleges célként vizsgálta (Elekes-Paksi, 2002). A kutatás a drog- és alkoholfogyasztás elterjedtségének, rizikótényezőinek, illetve a szerhasználattal kapcsolatos lakossági viszonyulásoknak a feltérképezésére irányult. Kutatási eredmények szerint a 18-65 év közötti magyarországi felnőtt népesség 6,4%-a használt már élete során valamilyen tiltott drogot. Szerekként vizsgálva az életprevalenciákat, megállapíthatjuk, hogy a szerhasználati struktúrában a különböző illegális drogok, drogfajták szerepe igen eltérő. Legelterjedtebb a kannabiszszármazékok fogyasztása (5,7%). A második-negyedik helyen a különböző szintetikus drogok találhatók – így az ecstasy, az amfetamin és az LSD (1,6-2%). A legkisebb fogyasztói tábor a kokain és az opiátok (heroin és/vagy egyéb opiát) használói alkotják.

Kezelési igények alakulása

Az egészségügyi intézményekben kezelt kábítószer-fogyasztók száma 2001-ben – az adatgyűjtés bevezetése óta példátlan módon – csökkent az előző évhez képest. Ezt a tendenciát jelezte már a 2000. év is, amikor a korábban meredeken emelkedő betegszám stagnálni kezdett. A kezelt betegek száma lényegében három éve stagnál. (Az egészségügyi intézményekben kezelt kábítószer-fogyasztók száma 1999-ben 12 765, 2000-ben 12 789, 2001-ben pedig 12 049 volt.) Ez összefüggésbe hozható – többek között – a statisztikai adatgyűjtési rendszer változásával.

Az első alkalommal kezelték száma 1999-ig lassúbb növekedést mutatott, mint a kezelt betegek száma, de minden évben nőtt a megelőző évhez képest. 2000-ben viszont 19%-kal

csökkent 1999-hez viszonyítva. Ennek a hirtelen, nagymértékű csökkenésnek az az oka, hogy az első alkalommal kezelésben részesült beteg fogalma megváltozott. A 2001. évi 8%-os csökkenés azonban ezen túlmenően valószínűleg a kezelési igény csökkenését is jelenti.

2001-ben a kezelt opiátfogyasztók száma 13%-kal csökkent az előző évhez képest. A csökkenés ellenére az opiátfogyasztók még mindig a kezelt kábítószer-fogyasztók legnagyobb részét teszik ki. A kannabiszfogyasztók száma 2001-ben 25%-kal nőtt az előző évihez képest, ezzel az opiátfogyasztók után a második legnagyobb csoportot képezik a kezelt betegek között. Az amfetaminfogyasztás miatt kezelt betegek száma 2001-ben tovább csökkent, de így is az összes beteg 6,9%-át jelentik. Figyelmet érdemel, hogy a kokainfogyasztók száma a kezelt betegek körében 20%-kal nőtt.

Hangsúlyozzuk azonban, hogy a felvázolt trendek, a 2001. évi egészségügyi statisztikai adatok csak fenntartással fogadhatók el, hiszen sokkal inkább jelzik az adatgyűjtési rendszer változását és a drogbetegeket ellátó intézmények kapacitását, mint a valós kezelési igényt!

Kockázati magatartások

Az egészségügyi intézményekben kezelték körében az intravénás kábítószer-fogyasztók aránya 2001-ben 23,6% volt. Főleg heroin, amfetaminok és kokain injektálását detektálták. 2000 óta mind a statisztikai adatok, mind pedig a kutatási eredmények jelzik a kokain intravénás alkalmazásának erőteljes növekedését.

Az intravénás drogfüggők száma nemcsak, hogy fokozatosan emelkedik Magyarországon is, hanem az egyre fiatalabb korosztálynál figyelhető meg.

A roma szerhasználó népesség körében az intravénás droghasználat növekvő ütemben terjed, és számos egészségügyi következménnyel párosul. Sok esetben „nem tudják biztonságosan injektálni” a szert, előfordul közös fecskendő- és/vagy tűhasználat, ezért a fertőzés rizikója megnövekedett körökben.

Az intravénás droghasználók körében előfordul közös tű, fecskendő vagy szűrő használata csakúgy, mint a szer megvásárlásához szükséges pénz megszerzése érdekében történő prostitúció. Az intravénás droghasználók a szexuális aktus során ritkán védekeznek, noha legtöbbször tisztában van az AIDS, a hepatitis, a nemi betegségek terjedésének módjával. A szexuális aktus során történő megfertőződés esélyét jóval kisebbnek tartják, mint a közös eszközhasználatból adódó veszélyt. Az óvszer használatával kapcsolatos előítéletek is befolyásolják a szexuális magatartást.

Kábítószer-fogyasztással kapcsolatos fertőző betegségek elterjedtsége – morbiditás

Magyarországon a HIV/AIDS fertőzés még nem jellemző az intravénás droghasználók körében (2 HIV-pozitív esetet ismerünk), viszont a hepatitis C (HCV) fertőzöttség az általános populációhoz képest magas (1996-97-ben 9,4-17%, 2001-ben egy vizsgálat szerint az intravénás droghasználó férfiak között 26%-ban, nők között 20%-ban fordult elő).

2001-ben a Fővárosi Szent László Kórházban célzott vizsgálatot végeztek az intravénás droghasználók fertőzöttségéről (Bánhegyi, Ujhelyi, Zacher 2002). Megerősített HIV-pozitív ered-

ményt nem kaptak. Az intoxikált intravénás drogosok 28%-a volt HCV-pozitív. A vizsgáltak 1,4%-nál találtak akut hepatitis B (HBV) fertőződést. A nők 13, a férfiak 8%-ánál igazolták a korábban lezajlott HBV-fertőződést. A vizsgált drogosoknak csak 7,3%-a volt hepatitis B ellen vakcinálva.

A HCV előfordulása a 13-19 éves korosztálynál a leggyakoribb. Ennek oka az, hogy nem realizálják a közös tű és fecskendő használatának a veszélyét, ezért a „drogbelvéseket” közösen, egy felszereléssel végzik. Ennél a korosztálynál, és ennél a rizikócsoportnál a hepatitis B elleni vakcináció elenyésző (2%).

Kábítószer-fogyasztással kapcsolatos halálozás – mortalitás

Magyarországon az illegális droghasználat, s így a halálozás is nagy területi szórást mutat. Budapest, mint általában a fővárosok, minden tekintetben kiemelkedő szerepet játszik. Az illegális kábítószerrel összefüggésben bekövetkező halálesetek 70%-át Budapesten regisztrálják az utóbbi években.

A legális szerek mellett 1995-től az illegális szerek is megjelentek a kábítószer okozta halálozási statisztikában. Az adatok azonban csak fenntartással fogadhatók el: a Központi Statisztikai Hivatal részére történő adatszolgáltatás közvetlenül a boncolás után, toxikológiai és egyéb kiegészítő laborvizsgálat nélkül történik, az év végi összesítés esetén pedig az utolsó hónapok toxikológiai eredményei még nem állnak rendelkezésre, ezért előfordulhat, hogy közvetlen halálokként nem a kábítószer, illetve ennek toxikus hatása kerül kódolásra.

A statisztikai adatok szerint 2000-ben 37, 2001-ben pedig 40 illegális drog okozta haláleset történt.

Megállapítható, hogy az illegális drogfogyasztással összefüggésben bekövetkező, regisztrált halálozás főként opiót/heroin intravénás használata miatt történt.

Kábítószer-bűnözés

Az Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika adatai az mutatják, hogy 2001-ben tovább emelkedett a felderített, azaz az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma. Figyelemre méltó, hogy a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma úgy növekedett 25,7%-kal, hogy ezzel egy időben az összes regisztrált bűncselekmények száma csak 3,3%-kal emelkedett. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények háromnegyedében (74,8%) vétségi alakzat valósult meg. Emelkedett a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett fiatalkorú bűnelkövetők száma. Arányuk 2001-ben az összes bűnelkövető körében 5,9%, a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetők körében pedig 17,1% volt! Tehát minden hatodik visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövető – a 2001. évi bűnügyi statisztika szerint – fiatalkorú volt!

Az illegális drogpia

Az utóbbi években az ecstasy tabletták jellemző hatóanyaga az MDMA volt, 2001-ben az összes tabletta 97%-a MDMA-t tartalmazott. Magyarországon 2000-ben új hatóanyagként jelent meg ecstasy tablettákban a 4-MTA és az 1-PEA, 2001-ben pedig a PMA is.

Jellegzetes tény, hogy a diszkrét adagokban piacra kerülő szereknek, mint például az ecstasy tablettáknak vagy az LSD-bélyegeeknek a hatóanyag-tartalma hosszabb ideje állandó és viszonylag szűk határok között mozog.

Csökkenő tendenciát mutat az amfetamin tartalmú „speed” porok hatóanyag-tartalma az utóbbi években, a 45%-os felső határ 25%-ra csökkent.

Folyamatosan emelkedik azonban a marihuána THC-tartalma. A felső határértékként közzétett 1996-os 2% 2001-re háromszorosára, 6%-ra növekedett.

Jellegzetesen változik a kokain és a heroin koncentrációja is. Míg korábban mindkét anyagfajta esetén határozott különbség mutatkozott a csempészett, nagy mennyiségben lefoglalt anyagok és a piacon árusításra kiadagolt, pakettekben lefoglalt porok koncentrációja között, addig 1998-tól ez a különbség gyakorlatilag elmosódott. A kokainnál ez a különbség kicsi volt, jelentősen nem hígították az anyagot, de a heroin esetében élesen elvált a tranzitált anyag 50-80%-os tisztasága és a hígított, „felütött” piaci adagok hatóanyag-tartalma. 2000-től azonban ez a különbség megszűnt, de oly módon, amely drámai hatással volt a piacra és a fogyasztókra is. A fogyasztási adagokban, pakettekben megjelent a „felütés” nélküli, nagytisztaságú, akár 60-70%-os heroin! Ez a folyamat 2001-ben folytatódott, méghozzá úgy, hogy méréseink szerint a fogyasztási adagok hatvan százalékában a heroinbázis hatóanyag-tartalma meghaladta a 40%-ot.

A fenti jelenség magyarázatként szolgál az utóbbi két év növekvő számú herointúl-adagolásos eseteire. A pakettekbe kiadagolt heroin tisztaságának növekedése mögött vélhetően a fogyasztási szokások megváltozása húzódik. Az injektlás közismert veszélyessége miatt megnövekedett a heroin inhalálásos és cigarettába kevert fogyasztása, ami tisztább anyagot igényel.

III. Beavatkozások a keresletcsökkentés terén

A kereslet csökkentésének stratégiája

A keresletcsökkentés a hazai kábítószer-ellenes stratégia sarokköve. A Stratégiában megfogalmazott 4 főcél közül 3 ezt a területet fedi le. Ezek a következők:

- A társadalom váljon érzékennyé a drogkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában (közösségfejlesztés).

A helyi közösségek kiemelkedő szerepet játszanak a drogproblémák megelőzésében és kezelésében, hiszen a kábítószer-fogyasztás jelensége alapvetően az egyének, a családok és a helyi közösségek problémája. Itt keletkezik, és itt válik először felismerhetővé. Helyben történő meghatározása döntő a későbbi kezelésben, hiszen a helyi közösség érzékenységtől, elkötelezettségétől és felkészültségétől nagymértékben függ a beavatkozás sikere.

Ugyancsak a helyi közösség az, amely a legközvetlenebb szinten tudja a drogproblémát kezelni, lehetőséget biztosítva a helyi erőforrások mobilizálására: a családok, a közösségek,

a civil társadalom, az egyházak és a szakirányú segítő és más közösségi intézmények mozgósítására.

A Nemzeti stratégia kulcstényezői a helyi kábítószerügyi egyeztető fórumok.

- Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására (megelőzés).

A Nemzeti stratégia a megelőzés kérdéskörét az egészségfejlesztés gondolati rendszerében értelmezi. Az Ottawa Charta (1988) megfogalmazásában „...Az egészséget tehát mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcél kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következőképpen nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége, hanem az egészséges életmódon túl a jólétig terjed.”

Ennek szellemében az egészségi állapot csak úgy javítható, ha bizonyos egészségi előfeltételek (béke, lakás, oktatás, élelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság és egyenlőség) létrejönnek.

Az egészségfejlesztés célja a droghasználattal kapcsolatban az ahhoz vezető kockázati tényezők szerepének csökkentése és a drogfogyasztás előfordulását mérséklő-védő tényezők felerősítése, összességében a droghasználat (legitim és illegitim drogok) előfordulási arányának csökkentése.

Az egészségre nem elsősorban önmagában, hanem az életstíluson (és a viselkedésen), valamint a környezeten keresztül lehet hatni. A prevenció legfontosabb színterei: a család, az iskola, a munkahely, a szabadidő szférája, az egyházak, a média, az információs társadalom, a honvédség, a gyermekvédelem intézményrendszere, a rendőrség bűnmegelőző tevékenysége, különböző kockázati csoportok, veszélyeztető állapotok, a roma populáció.

- Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció).

A kábítószer-problémákkal küszködők kezelése a segítő szakmák együttműködését teszi szükségessé, hiszen ez a probléma az élet minden területét érinti, beleértve a testi és lelki egészséget, az értékek világát, a személyes, családi és társadalmi kapcsolatok rendszerét. Okaként, velejárójaként vagy következményeképpen olyan problémák jelennek meg, melyek több szakterületet érintenek. Ezért a kábítószer-problémák kezelése interdiszciplináris és átfogó megközelítést igényel. A drogproblémákkal küzdő személyek számára nemre, etnikai és nemzeti hovatartozásra, vallásra, szociális helyzetre tekintet nélkül kell biztosítani a kezelőrendszerhez történő hozzáférést lehetőségét és a személyes méltóságukat tiszteletben tartó kezelést, mely személyes adataik védelmét is maradéktalanul biztosítja.

Prevenció

- A megelőzés területén számos szakmai, média- és tömegkommunikációs programra került sor. Így támogatásban részesültek a megelőzéssel kapcsolatos országos és helyi események, felvilágosító programok, kiadványok, szórólapok. Megkezdődött a szabadidős megelőzési programok rendszerének kidolgozása.

- Sor került a Biztonságos Szórakozóhelyek Program kialakítására és beindítására, mely elsősorban a zenés-táncos szórakozóhelyek, a diszkók területén kívánja a drogfogyasztás visszaszorítását, valamint a drogfogyasztással kapcsolatos egészségügyi ártalmak csökkentését elérni.
- Megalakult a Biztonságos Szórakozóhely Egyesület, mely az GYISM és az OBMT szakmai támogatásával gondoskodik a program elterjedéséről, mozgalommá alakulásáról, szakmai szempontjainak érvényesítéséről, és a programért felelősséget vállaló diszkók összefogásáról.
- Az iskolai integrált drogprevenció szellemében került sor az egészségtan tantárgyi modul, valamint az osztályfőnöki órák egészségfejlesztési tartalmának kialakítására. Számos megelőzési eszköz, kiadvány, videofilm jutott az iskolákhoz, melyek prevenciók programok alapját képezik.
- Folytatódott a Magyar Honvédség drogstratégiája alapján a hadsereg keretein belüli prevenciók munka: „Egészségesebb laktanyákért” program, „Adjunk esélyt magunknak” komplex egészségfejlesztési program, „Az egészség a legerősebb fegyvered” program. A honvédségen belül folyó prevenció szervezeti és szakmai keretei megvalósultak, illetve a prevenciók oktatás a sorállomány egészét lefedi.
- Az információs társadalom területén számos fejlesztés kezdődött meg. Ilyennek tekinthető a Sulinet program egyre bővülő, droggal kapcsolatos információs ajánlata, a különböző szolgáltatók beindult és tervezett, vagy már szerződésben rögzített támogatása, a Nemzeti Drogportál szolgáltatásainak elindulása.
- A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság Prevenciók Szakbizottsága ajánlásokat fogalmazott meg az egyes roma csoportok körében megszervezendő prevencióval kapcsolatban, egyeztetve roma/cigány szervezetekkel.
- Együttműködési szerződést kötött az Országos Cigány Önkormányzat és az ifjúsági és sportminiszter, melynek keretében a cigányság „drogstratégiájának” kialakításában támogatást kap az országos koordinációs szervektől.
- Az Ifjúsági és Sportminisztérium és az Oktatási Minisztérium közös pályázatot indított, mely támogatja az iskolák és a szakmai szervezetek (prevenciók szolgáltatók) közötti együttműködést. Célja, hogy az iskolákban (első lépcsőben a középiskolák mintegy harmadában, 180 000 diák részvételével, majd az általános iskolák 6-8. osztályaiban) korszerű szakmai megfontolásokat tükröző, interaktív oktatási technikákkal dolgozó programok jelenjenek meg, továbbá, hogy sor kerüljön a pedagógusok és a szülők tájékoztatására is.

Kábítószer-fogyasztók kezelése

- Az egészségügyi és a szociális ellátás közötti együttműködést szolgáló jogszabályok harmonizációja megkezdődött, ennek keretében sor került azoknak a problémáknak megoldására, melyek a terápiás intézmények két forrásból történő finanszírozásából korábban adódtak. Ugyancsak közös projektek megfogalmazására kerül sor az intézeti

- gyermekek drogterápiás ellátása területén, illetve a hajléktalanellátásban.
- Kialakultak és megerősödnek azok az ellátások, melyek egy átfogó, bio-pszichoszociális szemléleti keretben működnek, és az ellátások több szintjét is biztosítják (prevenációt is végző drogambulanciák, a kezelés „kontinuumára” törekvő programok).
 - Az ellátói kapacitások folyamatosan emelkednek, növekszik a drogambulanciák, a terápiás intézeti férőhelyek száma. Ezek egyben az elérhetőség földrajzi és időbeni biztosítása területén is előrelépést jelent.
 - Az egészségügyi ártalmak és kockázatok csökkentése érdekében önálló fejlesztési és támogatói programok indultak el.
 - A büntetés-végrehajtás intézményrendszerén belül elkészült a kábítószer-problémával küzdő elítéltek számára szükséges gyógyító ellátást nyújtó részlegek működési terve, és megfogalmazódott a büntetés-végrehajtás drogstratégiája is.

Helyettesítő droggal (metadonnal) történő kezelés

- Magyarországon még mindig kevés beteg részesül metadonkezelésben. A hivatalosan regisztrált opiátfüggők és a metadonkezelésben részesülő opiátfüggők aránya kb. 2-2,3%, amely messze elmarad az Európai Uniós átlagtól.
- Jelenleg Magyarországon a metadont háromféle terápiás protokollban használják: rövid detoxikációs kezelés, hosszú távú detoxikációs kezelés, szubsztitúciós (hosszú távú fenntartó) kezelés.
- 2001 októberében a Drogambulanciák Szakmai Szövetsége Tanácsa koordinálásával kézirat formájában megjelent a „Metadonkezelés magyar manúálja”.
- 2002 áprilisában az Egészségügyi közlöny 9. számában hivatalosan megjelent a metadonkezelés módszertani levele.
- A metadonkezelés ma Magyarországon államilag finanszírozott, így a betegek számára ingyenes szolgáltatást jelent.
- Metadon fenntartó kezelés az országban három központban folyik.

Utógondozás, reintegráció

Magyarországon a droghasználók utógondozásának és reintegrációjának lehetőségei rendkívül szűkek. Ilyen programok jelenleg vidéken félutas házként, vagy különböző – főleg civil szervezetek által működtetett – nappali intézményekben működnek. E tekintetben azonban a hazai kezelőhálózat jelentős része fejlesztésre szorul, a drogfüggők arányához képest nagyon kevés a bentlakásos reintegrációs intézmény.

Az utógondozás, reintegráció esősegítését célzó programok főként önszolgáltató csoportok formájában vannak jelen. Magyarországon az „önszolgáltató flottájának zászlóshajóit” főként szervezetek és szakemberek által alkotott csoportok jelentik, így azok léte függ az adott szervezet szándékától, stratégiájától. Mindemellett kibontakozóban van a „tisztán” önszolgáltató csoportok önszerveződése, ám ezek még nem rendelkeznek olyan szervezettiségi szinttel, mellyel megfelelően képviselhetik érdekeiket. Jobb esetben tudnak egymásról, alkalom-

szerűen át-átjárnak egymás csoportjaiba, ám jellemzőbb az elszigetelt működés. Az önszegítő csoportok megléte és kiegyensúlyozott működése elsődlegesen a józanságukat megőrizni kívánó szenvedélybetegek érdeke.

Beavatkozási lehetőségek a büntető igazságszolgáltatás rendszerében

Az elterelő kezelésben részesülő kábítószer-fogyasztók száma 1998-ig az összes kezelt beteg számának növekedéséhez hasonlóan nőtt. 1999-ben kismértékben, 2000-ben azonban jelentős mértékben, 25%-kal visszaesett – az összes betegszám növekedése, illetve stagnálása mellett. 2001-ben számuk tovább csökkent, az előző évhez viszonyítva 14%-kal.

A büntetőeljárás alternatívájaként alkalmazható gyógyító-megelőző kezelés a Btk. 282. §-ának 1993. évi XVII. törvénnyel történő módosításával vált alkalmazhatóvá. A 282/A § a) és b) pontja büntethetőséget megszüntető okokat fogalmazott meg. Az idézett paragrafus a) pontja szerint büntethetőséget megszüntető oknak minősült, ha valaki csekély mennyiségű kábítószer saját használatra természet, állított elő, megszerzett vagy tartott, b) pontja értelmében, ha egy kábítószer-használó személy olyan, két évnél nem súlyosabban büntetendő cselekményt követett el, amely kábítószer-fogyasztásával volt összefüggésben. A bűncselekmény ez esetben lehetett a kábítószer megszerzésének eszközcselekménye (beszerző bűnözés, jövedelemszerző bűnözés), de irányulhat a kábítószer-fogyasztás leplezésére is.

Ezekben az esetekben az elkövetőnek az elsőfokú ítélet meghozataláig hitelt érdemlő okirattal igazolnia kell, hogy legalább hat hónapig folyamatos kábítószer-függőséget megelőző vagy gyógyító kezelésben részesült. A törvény azonban nem kívánta, hogy a kezelés eredményre is vezessen, csak a kezelés tényét kellett igazolni.

Az 1999. március 1-jén hatályba lépett módosítással szűkült azok köre, akik a diverziós lehetőséget igénybe vehetik, jelenleg csak a kábítószerfüggő elkövetők számára adott ez a lehetőség.

A vádemelés elhalasztása jogintézmény keretében – ez a bírósági útról való elterelést foglalja magában – az ügyész az alkalmi fogyasztó elkövetővel szemben alkalmazhat elterelést, amennyiben a feltételek fennállnak. Eszerint 1 vagy 2 évre elhalasztják a vádemelést, magartási szabályokat írhat elő az elkövetőnek (amely lehet a gyógykezelésen vagy megelőző kezelésen való részvétel is).

A kábítószer-függőséget gyógyító vagy megelőző kezelésen a visszaélők jellemzően valamely egészségügyi intézményben, főleg drogambulancián, kórházban vesznek részt.

Három büntetés-végrehajtási intézetben már több éve működnek különféle terápiás csoportok. Kidolgozásra került a kábítószermentes körlet működésének módszertana is. A Budapesti Fegyház és Börtönben kábítószer-függőséget gyógyító (elterelő) kezelés folyik egy erre a célra kialakított, speciális csoportban.

I. NEMZETI STRATÉGIA: INTÉZMÉNYI ÉS JOGI KERETEK

I. A Nemzeti stratégiában megfogalmazott célok és feladatok végrehajtása 2001-ben

I.1. A kábítószerhelyzet befolyásolásának politikai keretei

A magyarországi droghelyzet jelentősen megváltozott az elmúlt évtized folyamán, és egyre sürgetőbbé vált az átgondolt és hatékony állami beavatkozások stratégiai megtervezése. Hazánkban 2000-ben első alkalommal fogadta el az Országgyűlés egy olyan nemzeti programot, mely a probléma egészére kiterjed és a szakmai, társadalmi, közigazgatási, illetve politikai egyeztetések után komoly lehetőséget nyújt a kábítószer-probléma egyéni és társadalmi kárainak visszaszorítására, a társadalom tudatos és hatékony beavatkozására, az egyének és közösségek bevonására, a fiatalok és az érintettek kábítószerrel kapcsolatos nézeteinek és attitűdjének befolyásolására, a megfelelő színvonalú és országos szintű megelőzési programok kialakítására, a drogokkal való visszaéléssel és a droggereskedelemmel kapcsolatos bűnözési folyamatok, valamint a drogokhoz való hozzáférés lehetőségének csökkentésére. Általános célja pedig egy olyan szabad, magabiztos és produktív társadalom kialakítása, mely az emberi méltóságot, a testi, lelki és szociális jólétet, illetve az alkotóképességet kiemelt fontosságúnak tartja, és e tényezők megóvása és fejlesztése érdekében kezelni képes a drogok használatával és terjesztésével összefüggő egészségügyi, szociális és bűnügyi ártalmakat és hátrányokat.

Az Országgyűlés – a nemzetközi ajánlások értelmében – a jelenség értelmezési modelljei közül a multidiszciplináris, a probléma befolyásolása tekintetében pedig a kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyára építő megközelítést fogadta el.

A Stratégia meghatározza az alapcélokat és értékeket, a probléma kezelésének értelmezési kereteit, de egyben számot vet megvalósulásának korlátaival és kockázataival is.

Megfogalmazza a stratégiai fejlesztés fő irányait és súlyponti elemeit, eligazítást ad a színterek és szereplők számára a Stratégiában foglalt megvalósítására vonatkozóan, társadalmi konszenzus kialakítását kezdeményezi, a társadalom és csoportjai aktivizálását és az önkormányzatoknak, a döntéshozó szervezeteknek, a civil szervezeteknek és a helyi közösségeknek a program megvalósításába való bevonására törekszik, egyben szolgálja az Európai Unió csatlakozás és a nemzetközi együttműködés feltételrendszerének teljesítését a drogproblémák hatékony kezelése tekintetében.

A Stratégia a következő alapelvekre épít:

- **A tények elsőbbsége**

A Nemzeti stratégia a tudományos kutatások által feltárt tényekre, és nem vélekedésekre épít. A beavatkozások közül a megalapozott módszereket pártolja.

• **Partnerség, közös cselekvés**

A Nemzeti stratégia egyrészt a társadalom és az állami intézményrendszer szervezeteinek összefogására épít, másrészt számít a helyi közösségek alkotó tagjainak együttműködésére. Felismeri, hogy az összehangolt és együttes cselekvések megsokszorozzák hatásukat és eredményességüket. Figyelembe veszi a családok, az iskola és a helyi közösségek igényeit. Igényli és előmozdítja az együttműködést helyi, regionális, országos és nemzetközi szinteken egyaránt.

• **Átfogó megközelítés**

A drogprobléma kezelése egy sokdimenziós, kiegyensúlyozott és jól tagolt megközelítést igényel, melyben egyaránt fontos helye van a megelőzésnek, a nevelésnek, a kezelésnek, a kutatásnak, a munkahelyi programoknak, a bűnülködésnek és még számos más területnek. A kábítószer-probléma visszaszorítása különféle szakmák és területek együttes, összehangolt cselekvését kívánja meg. Egy-egy szakma a kérdés megoldását nem sajátíthatja ki, és nem is vállalhatja magára.

• **Elszámoltathatóság**

A Nemzeti stratégia minden esetben feltüntet olyan eredményességi mutatókat, melyekkel a célok elérése vizsgálható, így teljesítése áttekinthetővé, és a költségfordítás ellenőrizhetővé válik. Meghatározott időközönként elvégezzük a Nemzeti stratégia felülvizsgálatát.

• **Hosszú távra történő tervezés**

Külföldi tapasztalatok alapján a kábítószer-probléma visszaszorítása csak hosszú időtávokban valósítható meg. Rövid távra tervezett megoldások nem vezethetnek eredményre, amikor az aktuális veszélyek kezelése mellett egy új generáció drogokhoz való viszonyának alakulásáért is felelősek vagyunk.

A stratégia négy főcélból áll. Ezek a következők:

1. A társadalom váljon érzékenyebbé a drogkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában (közösség, együttműködés).
2. Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszaautásítására (megelőzés).
3. Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció).
4. Csökkenteni a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét (kínálatcsökkentés).

A nemzeti stratégia általános és fő céljaira vonatkozó társadalmi konszenzus megoldást jelenthet a kábítószeres kihívással szemben. Az egymásból építkező és egymást feltételező célok alkotta átfogó program hivatott a lehetőségek szerint minimalizálni az egyéni és társadalmi károkat, és maximalizálni a beavatkozások, kezelői intézményrendszer és a társadalmi közös cselekvések hatékonyságát. A Nemzeti stratégia széles körű társadalmi konszenzuson kell, hogy nyugodjon.

Az ellenőrzés (monitorozás, minőségkontroll, folyamat- és eredményevaluáció) a stratégiai program szerves része.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (KKB – melyben 16 központi közigazgatási szerv helyettes államtitkári, illetve vezetőhelyettesi szinten képviselteti magát, így a Belügy-minisztérium, a Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, a Földművelésügyi és Vidékfejlesztési Minisztérium, a Gazdasági és Közlekedési Minisztérium, a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, a Honvédelmi Minisztérium, az Igazságügyi Minisztérium, a Külügyminisztérium, a Miniszterelnöki Hivatal, az Oktatási Minisztérium, a Pénzügyminisztérium, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, az Országos Rendőr-főkapitányság, a Vám- és Pénzügyőrség Országos Parancsnoksága, továbbá felkért résztvevőként a Legfelsőbb Bíróság és a Legfőbb Ügyészség) feladata a Nemzeti stratégia végrehajtásának ellenőrzése, az egyes tárcák és az állami intézményrendszer működésének koordinálása, az ágazati szemléletek közelítése. A KKB feladata, hogy évente tájékoztassa a Kormányt a magyarországi droghelyzet alakulásáról és a Nemzeti stratégia megvalósulásának értékeléséről.

A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság jelenleg 8 szakbizottságot működtet. Négy szakbizottság munkáját GYISM, egy-egy szakbizottság munkáját a BM, az ESzCsM, illetve az IM irányítja.

SZAKBIZOTTSÁG	SZAKBIZOTTSÁG FELELŐSE
Jogi Szakbizottság	Igazságügyi Minisztérium
Epidemiológiai Szakbizottság	Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium
Egészségügyi Szakbizottság	Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium
Szociális és Gyermekvédelmi Szakbizottság	Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium
Kínalatsökkentési Szakbizottság	Belügyminisztérium
Informatikai és Kommunikációs Szakbizottság	Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium
Prevenációs Szakbizottság	Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium
Laboratóriumi Szakbizottság	Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium

(Forrás: GYISM)

A végrehajtás eszközrendszerében a helyi kábítószerügyi egyeztető fórumok (KEF) töltnek be fontos szerepet. A helyi közösség drogpolitikájának motorja a KEF, mely összehangolja a helyi intézkedéseket és kezdeményezéseket, valamint fórumot teremt az országos célokkal párhuzamosan a helyi közösség területén működő intézmények számára. A Fórum az a fontos láncszem, mely biztosítja a stratégiai gondolatok valósággá válását. A KEF-ek szakmai és módszertani támogatásának feladatát a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI) látja el, összesíti, majd eljuttatja a Bizottság Titkárságára éves beszámolóikat.

Ugyanez az intézmény a monitorozással kapcsolatban leírt (a monitorozás indikátorai és eszközrendszere) vizsgálatokat és adatgyűjtést kezdeményez, illetve folytat. Ezekből az adatokból, illetve a terület kulcsszemélyeivel folytatott interjúkból megállapítja a Nemzeti stratégia

gia végrehajtásának és hatásának tapasztalatait, a végrehajtás során felmerülő nehézségeket. Ezeket a KKB felé továbbítja, mely tárcaszintű egyeztetésekkel igyekszik kiküszöbölni a problémákat. A Bizottság feladataival és működésével kapcsolatos szervezési és adminisztratív teendőket a Bizottság Titkársága látja el. A Titkárság vezetője a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium illetékes helyettes államtitkára. A KKB Titkársága éves jelentést készít:

- a Nemzeti stratégia időarányos végrehajtásáról és megvalósulásáról,
- a magyarországi kábítószerhelyzetben és a kábítószer-probléma kezelésével foglalkozó intézményrendszer működésében bekövetkező változásokról.

Ezt a jelentést a KKB megtárgyalja és felhasználja a Kormány számára készített beszámolójához.

A KKB évente értékeli a Nemzeti stratégia megvalósulását, kétévente pedig elvégzetteti a Stratégia és az ellátóintézmények rendszerének átvilágítását és hatékonyságának vizsgálatát. A Kormány ugyancsak kétévente – első alkalommal az Országgyűlés 2001. évi őszi ülészakán – jelentést készít a programban foglaltak megvalósulásáról az Országgyűlés számára.

E céljának megvalósítása érdekében a KKB igénybe veszi a módszertani, illetve más tudományos és kutatóintézetek eredményeit, így az időközben megalakított Nemzeti Drogmegelőzési Intézet szakmai segítségét is.

Az országgyűlési határozat által meghatározott értékelés a jövőben a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkársága vezetésével egy nemzetközi standardokon alapuló értékelés formájában fog megtörténni.

2001-ben került sor első alkalommal a Nemzeti stratégiában foglalt célok és feladatok megvalósulásának éves értékelésére.

Utalunk arra, hogy a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság feladata a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság létrehozásáról szóló 1039/1998. (III. 31.) Korm. határozat 2. f) pontja alapján „a Kormány évenkénti tájékoztatása a hazai kábítószerhelyzetről, a kábítószer-ellenes Nemzeti stratégia végrehajtásáról, valamint a Bizottság munkájáról”, melyet a Bizottság a Titkárság előterjesztése alapján tárgyal meg. A hazai drogprobléma alakulásáról a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium immár negyedik éve „nemzeti riportot” ad ki „Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről” címmel. Ez a kiadvány a rendelkezésre álló adatokat, vizsgálati eredményeket, programokat összesített és rendszerezett formában mutatja be.

1.1.2. Eredmények

A stratégiai célok

A Nemzeti stratégia megvalósítása kapcsán beszámolhatunk arról, hogy számos esetben már a középtávra tervezett célok tekintetében is eredményeket értünk el, a rövid távra tervezett célok megvalósítása pedig tervszerűen folyik. Szükséges azonban látnunk, hogy a már megindult folyamatok mentén is még mindig rengeteg az elvégzendő feladat.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok megalakulásával és működtetésével kapcsolatos tevékenységek

A KEF helyi szintű tanácsadó és egyeztető fórum, szakmai munkacsoport, amely tevékenységével igyekszik összhangot teremteni a drogprobléma visszaszorításában alapvető fontosságú négy terület (közösség és együttműködés; megelőzés; gyógyítás és rehabilitáció; kínálatcsökkentés) szervezeteinek és intézményeinek munkájában. Egységes szakmai és módszertani szemléletmód megvalósítására törekszik, továbbá arra, hogy helyi szinten észszerűsítse és koordinálja a kábítószer-fogyasztást megelőző tevékenységet. Segít a helyi erőforrások mozgósításában, összehangolja a helyi szereplők tevékenységét, javaslatokat tesz, ajánlásokat fogalmaz meg, hogy a párhuzamosságok elkerülhetőek legyenek. Szakmai ajánlóként koordinálja és elősegíti az országos, illetve nemzetközi pályázatokon való helyi részvételt, helyi stratégiát dolgoz ki a kábítószer-probléma kezelésére. A KEF tagjai a drog-probléma kezelésében fontos szerepet játszó különböző állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezetek képviselői. A KEF-eket szakmailag és módszertanilag a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI) támogatja.

Az Ifjúsági és Sportminisztérium támogatási programot dolgozott ki a KEF-ek létrehozására és működtetésére. A program eredményeként 2001. évben a hét magyarországi régió összesen 56 (20 ezer főnél nagyobb lélekszámú) városában alakult Kábítószerügyi Egyeztető Fórum. Az első pályázati fordulóban – mely 2001 márciusában volt – 25 város nyert támogatást, a második pályázati fordulóban pedig – mely júniusban volt – további 31 város. A támogatás összértéke 2001. évre 62 460 000 Ft volt.

Megalakult KEF-ek régiónkénti bontásban:		
Dél-Alföld	Dél-Dunántúl	Közép-Dunántúl
Szentes	Székszárd	Veszprém
Szeged	Siófok	Várpalota
Kiskunhalas	Pécs	Székesfehérvár
Hódmezővásárhely	Paks	Tatabánya
Orosháza	Mohács	Tata
Gyula	Komló	Oroszlány
Kecskemét	Dombóvár	Pápa
Békéscsaba	Kaposvár	Dunaújváros
Baja		
Kiskunfélegyháza		
Kalocsa		
Békés		

Közép-Magyarország	Nyugat-Dunántúl	Észak-Magyarország	Észak-Alföld
Szentendre	Zalaegerszeg	Salgótarján	Szolnok
Gödöllő	Szombathely	Ózd	Nyíregyháza
Dunakeszi	Sopron	Hatvan	Mátészalka
Érd	Mosonmagyaróvár	Eger	Debrecen
Szigetszentmiklós	Győr	Miskolc	Törökszentmiklós
Nagykőrös	Nagykanizsa	Tiszaújváros	Hajdúböszörmény
Gyál	Keszthely	Kazincbarcika	Karcag
Budaörs		Gyöngyös	Jászberény

(Forrás: GYISM)

A KEF-ek 2001. évi tevékenységükről egy kérdőív segítségével adtak számot. Az alábbiakban néhány kiemelt terület vonatkozásában ismertetjük a tapasztalatokat.

A működés általános jellemzői:

- Átlagos taglétszám: 13 fő (legkevesebb 8; legtöbb 20).
- Munkacsoportok a városok felénél alakultak.
- Átlagosan 7-szer ülészttek a KEF-ek (min. 2; max. 16).
- Minisztériumon kívüli pályázati támogatásban a munkatervben/stratégiában megfogalmazott célok elérése érdekében a városok fele részesült.
- Egyéb támogatásban a városok fele részesült.

A működés egyes aspektusainak önjellemzése

- A KEF-tagok közötti együttműködés az elfogadható és jó között ingadozik.
- A KEF-tagok közötti munkamegosztás inkább csak elfogadható, mint jó.
- A KEF-tagok közötti információáramlás az elfogadható és jó között ingadozik.
- A KEF álláspontjainak képviselője a döntéshozók felé az elfogadható és jó között ingadozik.
- A helyi munkaterv/stratégia teljesítése nagy részben megvalósult.

A KEF-ekben képviselt szervezetek	
Szervezetek	A KEF-ek %-ában
Önkormányzat	100
Pedagógiai Intézet	13
Városi Kórház	50
Megyei Kórház	18
Vöröskereszt	18
Megyei Rendőr-főkapitányság	36
Városi Rendőrkapitányság	82
Megyei ÁNTSZ	23
Városi ÁNTSZ	73
Alapítvány	18
Drogambulancia	13
RISZI (Regionális Ifjúsági Szolgáltató Iroda)	18
Média	18
Civil szervezet	50
RÉV ambulancia	10
Egyház	60
Középiskola	36
Általános iskola	41
Felsőoktatás	9
Ügyészség, bíróság	22
Családsegítő, illetve Gyermekjóléti Szolgálat	64

(Forrás: NDI)

A működés tartalma a megelőzés területén:

- adatgyűjtés az iskolákban folyó prevenciós programokról
- iskolai prevenciós munka – kurrikulumszerű és nem kurrikulumszerű programok (ismeretterjesztő, tájékoztató előadások, rendezvények), kortársképzések
- kiállítások szervezése
- kampányszerű programok – nagyszabású drogellenes rendezvények
- sportprogramok, kirándulások, ifjúsági táborok
- előadások pl. pedagógusoknak, területen dolgozó szakembereknek, szülőknek
- iskolai drogügyi koordinátorok képzése
- tanárképzés egészségvédelem oktatására
- drogprevenciós kiadványok készítése
- segítő képzése (telefonos, utcai munka)

A Nemzeti stratégiában megfogalmazott 12 szintér tekintetében az alábbi területeken fejtették ki aktivitásukat:

A tevékenység során érintett szintek	A KEF-ek %-ában
Család	75
Iskola	100
Munkahely	10
Szabadidő	85
Egyházak	45
Média	95
Internet-számítógép	25
Gyermekvédelem intézményrendszere	85
Honvédség	15
Rendőrség	95
Kockázati csoportok	55
Roma lakosság	35

(Forrás: NDI)

A KEF-ek tevékenységének általános megítélése

A kábítószer-probléma helyi kezelése szempontjából igen ígéretes kezdeményezésnek bizonyult a KEF-ek létrehozása. Sok helyütt kialakult egy úgynevezett KEF-es identitás, a KEF mint kifejezés a szakmai közgondolkodás részévé vált. Ugyanakkor természetesen nehézségekkel is szembesülünk: a koordinációnak, együttműködésnek ez a formája sok esetben nagyon újszerű, szokatlan az érintettek számára; nem szokványos ugyanis, hogy egy testületet azért hozzanak létre, hogy fő tevékenységként koordináljon. A KEF-ek létrejötte nyilvánvalóvá tette, hogy némely településen már évek óta elmélyült és sokirányú tevékenység folyik a drogprobléma kezelésére. Az is kiderült a működés egy éve során, hogy a KEF-ek, akárcsak a civil szerveződések, elsősorban menedzsment-problémákkal küzdenek, továbbá korlátozott kapacitással rendelkeznek a helyi források mobilizálása terén. A tapasztalatok fényében markánsan fogalmazódik meg az a dilemma, hogy vajon nem lenne-e szükséges lépéseket tenni annak érdekében, hogy a KEF-ek intézményi státust nyerjenek a helyi közigazgatás rendszerén belül. A 2002-ben induló PHARE Twinning projekt tapasztalatai reményeink szerint választ fognak adni erre a kérdésre is.

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI) megalakulása és tevékenysége

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet 2001 februárjában alakult meg azzal a határozott célkitűzéssel, hogy

- szakmailag támogassa és segítse elő a Nemzeti stratégia megvalósulását, különös tekintettel a közösségi kapcsolatok, társadalmi érzékenység fokozására;
- alakuljon ki egy olyan módszertani hangsúlyú prevenció intézmény, amely koordinálja és elősegíti a prevenció tevékenység szakmai megalapozottságát;

- együttműködésen alapuló kapcsolatokat építsen ki a prevenció hazai intézményrendszerével;
- olyan nemzetközi együttműködésekben vegyen részt, amely elősegíti a hazai drogprevenciók tevékenység illeszkedését a nemzetközi standardokhoz, elfogadott, hatékonynak tekinthető gyakorlatokhoz;
- kezdeményezzen társadalomtudományi kutatásokat, amelyek közelebb visznek a drogfogyasztás természetrajzának valódi megértéséhez, és hozzájárulnak a megfelelő, szükségleteken alapuló prevenciók programok, szolgáltatások kimunkálásához;
- folytasson publikációs tevékenységet, amely egyrészt lehetővé teszi a külföldi tapasztalatok minél szélesebb körű hozzáférését, másrészt a célközönség igényeinek ismeretében újfajta válogatásban teszi hozzáférhetővé a korábban megjelent szakmai közleményeket.

Az Intézet tevékenysége a 2001-es évben

- A kábítószerügyi egyeztető fórumok megalakulásával és működtetésével kapcsolatos tevékenységek

A KEF-ek szakmai és módszertani támogatásának feladatát a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI) látja el. Az intézet munkatársai személyes kapcsolatot alakítottak ki a folyamatosan megalakuló KEF-ekkel, ellátják az ott feladatot vállaló munkatársakat jól hasznosítható kiadványokkal, személyes és telefonos konzultációkat folytatnak, valamint szempontokat adnak a helyi szinten végezhető munkához.

Az NDI munkatársai útjára indították a módszertani levelek sorozatát is, melyből eddig hármat juttattak el a fórumoknak.

Az NDI konferenciák szervezésével is igyekezett támogatni a KEF-ek munkáját, és egy mással történő tapasztalatcseréjét. 2001-ben két ilyen rendezvényre került sor.

- Nemzetközi kapcsolatok és együttműködések – PHARE-projekt:

A jelenleg véglegesítési fázisban lévő PHARE-projekt két komponensből áll:

- Twinning Assistance projekt, amelynek célja egyfelől az NDI munkatársi gárdájának folyamatos belső továbbképzése és alkalmassá tétele a bevezetőben említett koordinációs feladatok minél hatékonyabb elvégzésére, másfelől olyan eszközök kialakítása, illetve adaptálása a helyi viszonyokhoz, amelyek a szükséglet felmérése, monitorozás-értékelés, humán erőforrás bővítése terén hasznosíthatók. E projekt megvalósításában az Egyesült Királyságbeli DrugScope-pal és a hollandiai Trimbos Intézettel működnek együtt. A projekt szakmai tartalma és logisztikája lehetővé teszi, hogy a különböző szemináriumokon, rövidebb-hosszabb időtartamú interaktív képzéseken az Intézet közvetlen munkatársi gárdáján kívül egy tágabb szakértői csoport, valamint a KEF-ek emblemikus figurái is részt vegyenek. A projekt leglényegesebb motívumának a multiplikátorok képzését tartják, mely – okulván korábbi PHARE-projektek tapasztalataiból – arra helyezi a hangsúlyt, hogy olyan ismeretek és készségek birtokába jussanak az érdekeltek, melyeket utóbb széles körben hozzáférhetővé tehetnek az érdekelt szak-

emberek körében. Kiemelkedően fontos elemnek tekinthető a minőségbiztosítási gondolatot szem előtt tartó működésmód kimunkálása a KEF-ek tekintetében. A projekt tartalmában és működésének módjában is különösen nagy hangsúlyt helyez a fenntarthatóság szempontjára, vagyis törekedni kell arra, hogy a valóban életképes kezdeményezések ne sorvadjanak el a támogatási periódus lezárulta után.

- Támogatási rendszer kialakítása – a PHARE-projekt második komponense egy támogatási rendszer kimunkálását célozza. Egyrészt bővíteni szükséges a megbízható és jól működő programok kínálatát az iskolai programok, az alacsonyküszöbű szolgáltatások és a biztonságos szórakozóhelyek tekintetében, másrészt hozzá kívánnak járulni ahhoz, hogy a prevenció terén működő civil szervezetek humán erőforrásaik bővülése révén alkalmasabbá váljanak vállalt feladataik ellátására, beleértve ebbe a pénzügyi erőforrások mozgósítását is.

A PHARE-projekt két komponense négy hónap különbséggel indult 2002-ben, a Twinning Assistance projekt első fázisa mintegy előkészíti a támogatási rendszer szakmai tartalmának és szervezeti kereteinek kimunkálását.

- Részvétel nemzetközi rendezvényeken – kapcsolatteremtés

Az Intézet több munkatársa vett részt nemzetközi konferenciákon, illetve folytatott tanácsadói tevékenységet nemzetközi szervezetek megbízásából.

- Részvétel nemzetközi projektek előkészítésében

Sor került a brit-magyar bilaterális együttműködési projekt előkészítésére két témakörben:

- a magyarországi KEF-ek és a brit DAT-ok (Drug Action Teams) közötti együttműködés, tapasztalatcserre előmozdítása érdekében, különös tekintettel a jó gyakorlatok (best practice) hazai adaptálására;
- a média szerepe a prevencióban és a drogpolitikában című szakértői tanácskozás megrendezése.

- Kutatások

- HBSC (Health Behaviour In School-Aged Children) kutatás az Országos Egészségfejlesztési Központtal együttműködve;

- „Pláza-elővizsgálat”;

- állami gondoskodásban élők vizsgálata – szerhasználati attitűdök és életút;

- Nemzeti Kutatás-Fejlesztési Projekt – „Fények és árnyak” – Rizikótényezők, prevenciószükségletek és lehetőségek.

(A kutatási eredményeket, illetve a kutatási terveket lásd a II. részben.)

- Publikációs tevékenység

2001-ben két kiadvány kiadásában vállalt részt az Intézet:

- Demetrovics Zsolt: Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein
- Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről – 2001

A nemzeti Focal Point

PHARE-projekt keretében megkezdődött az Európai Unió epidemiológiai és drogadattárházhoz való csatlakozás. Az „EMCDDA (Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigye-

ló Központja) – közép- és kelet-európai országok együttműködése” több országra kiterjedő PHARE-projekt. Az EMCDDA koordinálja a közép- és kelet-európai tagjelölt országok drog-információs kapcsolattartó pontjainak (az úgynevezett nemzeti Focal Point) létrehozását célzó nemzeti programokat, valamint a tagjelöltek integrációját az EMCDDA munkájába.

Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztériumban egy szervezeti egységet hoztak létre, melynek feladata a magyar Focal Point, másodlagos adatszolgáltató központ kialakításának előkészítése. Nem született még meg azonban az a kormányhatározat, amely a nemzeti Focal Point felállításáról és feladatairól rendelkezik.

A Magyar Kábítószerügyi Adatgyűjtő Központ intézményesítése és hatékony keresletcsökkentési modellek kísérleti megvalósítása a HU0006-02 sz. PHARE-projekt keretében 2001 novemberében kezdődött (2003 márciusában zárul), az előkészületek már 2000-ben megkezdődtek. A projekt partnerkapcsolati (twinning) együttműködésben folyik a Spanyol Nemzeti Drogközponttal. A projekt költségkerete 1 millió euró, amelyből 850 ezer eurót a spanyol partner szolgáltatásaira kell felhasználni, 150 ezer euró pedig az adatgyűjtő központ technikai felszerelésére költhető. A központ hivatalos létrehozásához szükséges jogszabály még nem született meg. A nemzeti Focal Point legfontosabb feladata az Európai Unió Lisszabonban működő Kábítószer- és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (EMCDDA) elvárásainak megfelelő harmonizált adatszolgáltatás lesz.

A projekt végrehajtásában a spanyol fél elsősorban technikai segítséget nyújt. A feladatok a következők:

- a nemzeti adatgyűjtő központ létrehozása és felszerelése,
 - a kábítószer-vonatkozású adatgyűjtés, feldolgozás és jelentés EU követelmények szerinti egységesítése,
 - a kábítószer-ellenes küzdelemben részt vevő intézményeknél az adatgyűjtésben részt vevő szakemberek képzése,
 - kábítószerkereslet-csökkentő modellprogramok kipróbálása és bevezetése.
- A spanyol szakértő (PAA) 2001 novemberében érkezett Magyarországra.

1.2. A jogszabályi környezet változása

- A Büntető Törvénykönyv (1978. évi IV. törvény, Btk.) 282-282/A §-ai szabályozzák a „visszaélés kábítószerrel” bűncselekmény tényállását. Ezen jogszabályi környezet legutóbbi módosítása 1999. március 1-jén lépett hatályba. A bűncselekmény tárgya – a jogalkotó szerint – az állampolgárok egészségének sérthetetlenségéhez fűződő társadalmi érdek. A módosítás egyértelmű célja a kábítószer-fogyasztás és az azzal összefüggő jelenségek visszaszorítása volt.
- Sem a kábítószer-rendészeti jogszabályok, sem pedig a kábítószerrel összefüggő tevékenységek büntetőjogi szabályozása terén nem történt változás 2001-ben.
- Változott azonban az elkobzás és a vagyonelkobzás mint intézkedések tartalma a Büntető Törvénykönyvben. Elkobzás és vagyonelkobzás önállóan, büntetés helyett, ugyan-

akkor büntetés vagy intézkedés mellett is alkalmazható. A vagyonelkobzást a mellék-büntetések sorából 2002. április 1-jei hatállyal a 2001. évi CXXI. törvény emelte át az intézkedések közé arra utalással, hogy a két jogintézmény tartalmát tekintve eddig is mutatott párhuzamosságot. A hatályos szabályozás a jelen formájában már eleget tesz a 2000. évi CI. törvénnyel kihirdetett, a pénzmosásról, a bűncselekményből származó dolgok felkutatásáról, lefoglalásáról és elkobzásáról szóló Strasbourgban, 1990. november 8-án kelt egyezményben foglaltaknak.

- Változott a pénzmosás bűncselekmény törvényi tényállása, továbbá beiktatásra került a pénzmosással kapcsolatos bejelentési kötelezettség elmulasztása tényállás is.
- 2001-ben egy sem, azonban 2002-ben négy új pszichotróp anyag került be a pszichotróp anyagok gyártásáról, feldolgozásáról, forgalomba hozataláról, behozataláról, kiviteléről, raktározásáról és használatáról szóló 4/1980. (VI. 24.) EüM-BM együttes rendeletnek a pszichotróp anyagok jegyzékeit tartalmazó mellékletébe. A mellékletet a 20/2002. (IV. 25.) EüM-BM együttes rendelet 1. §-a módosította. Így az I. jegyzékbe foglalt pszichotróp anyagok listájára felkerült a 4-MTA, a II. jegyzékbe foglalt pszichotróp anyagok listájára a 2C-B, a IV. listára pedig a GHB és a zolpidem.
- A metadonkezelés szakmai irányelveinek előkészítése megkezdődött 2001-ben, melynek eredményeként a „Metadon protokoll” 2002 áprilisában szakmai módszertani levélként megjelent az Egészségügyi Közlönyben.
2001 márciusában a Psychiatria Hungaricában megjelent a Metadonkezelés értékelése és szabályozása című tanulmány.
2001 októberében a Drogambulanciák Szakmai Szövetsége Tanácsa koordinálása alatt kézirat formájában megjelent a Metadonkezelés magyar manuálja.
2002. április 25-én az Egészségügyi Közlöny 9. számában hivatalosan megjelent a metadonkezelés módszertani levele.
2002. május 12-én az Egészségügyi Közlöny 10. számában közzétették a metadonkezelés OEP finanszírozását. Ezt követően a metadon ingyenessé vált a betegek számára.
- A jogszabályi környezet elemzése és szükség szerinti módosítása a zenés-táncos szórakozóhelyekkel kapcsolatban megkezdődött. A GYISM által szakmailag támogatott Biztonságos Szórakozóhely Egyesület civil szervezet (ennek tagjai diszkók üzemeltetői és tulajdonosai) és az érintettek bevonásával dolgozza ki a legfontosabb szabályokat a biztonságos szórakozóhelyek kialakítása érdekében. A megfelelő jogszabályi háttér megteremtéséig az említett üzemeltetők és tulajdonosok önként vállalták, hogy eleget tesznek a közösen kialakított „biztonságos szórakozóhely” kritériumoknak. 2002-ben sor került a vonatkozó jogszabályi környezet módosítására.
- Az Európai Unióhoz való csatlakozásunk érdekében, valamint az előírt jogharmonizációs feladataink során szinte minden, a kábítószerekre és pszichotróp anyagokra vonatkozó jogszabály-módosítási feladatunknak eleget tettünk, bár az elvárt és megkívánt egyensúly érdekében kitűzött célt ártalom- és kínálatcsökkentés terén nem teljes mértékben sikerült megvalósítani. A jogszabály-harmonizáció terén hiányosságként említendő, hogy a kábí-

tőszerekkel és a pszichotróp anyagokkal végezhető tevékenységek szabályozásáról szóló kormányrendelet a mai napig nem kerülhetett a Kormány elé, bár a Belügyminisztérium 2000 decemberére már elkészítette e témában a kormányrendelet tervezetét, ugyanakkor az Egészségügyi Minisztérium eltérő álláspontjai nem tették lehetővé az említett jogszabály megjelenését. Az érintett tárcák előtt egyaránt ismert az egységes jogi szabályozás fontossága, ennek érdekében szükséges rendkívül széles körű szakmai egyeztetés, melynek során lehetőség nyílna az EU acquisból adódó kötelezettségeink teljesítésére.

(A JOGSZABÁLYI KÖRNYEZET VÁLTOZÁSÁVAL KAPCSOLATOS MÓDOSÍTÁSOK HATÁLYOS SZÖVEGÉT LÁSD A MELLÉKLETBEN.)

1.3. A kábítószerrel visszaélés büntetőjogi szabályozásának végrehajtása, hatásossága

A Büntető Törvénykönyv (1978. évi IV. törvény, Btk.) 282-282/A §-ai szabályozzák a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény tényállását. Ezen jogszabályi környezet legutóbbi módosítása 1999. március 1-jén lépett hatályba.

A Nemzeti stratégia rövid távú céljai között szerepel, hogy a szükséges idő elteltével és a jogalkalmazói tapasztalatok birtokában kerüljön a sor a büntetőjogi szabályozás elemzésére és a megfelelő változások meghozatalára.

Két és fél évvel a módosítás után már lehetőség nyílt a Büntető Törvénykönyv visszaélés kábítószerrel bűncselekmény törvényi tényállására vonatkozó, 1999. március 1-jén hatályba lépett módosítás hatásvizsgálatára. A vizsgálatot az ISM felkérésére az Országos Kriminológiai Intézet végezte (Ritter 2002).

A vizsgálat célja annak feltárása volt, hogy

- jogszabály érvényesülésével, alkalmazásával elérhető-e a kívánt társadalmi cél, milyen mértékűvé vált az egyéb drogpolitikai eszközök szerepe, mozgásteret a kábítószer-probléma kezelésében;
- mennyire sikeres a jogszabály-módosítás közrehatása a szabályozni kívánt kábítószer-probléma kezelésében;
- a jogszabály alkalmazása milyen közvetett hatásokat indukált;
- a jogszabályi környezet változása alkalmas-e a kívánt társadalmi funkció ellátására, képes-e megelőzni és feloldani a konfliktusokat.

A kutatás módszere és a mintaválasztás:

A vizsgálat az ismertté vált kábítószeres bűncselekményekben lefolytatott eljárások összehasonlítását célozta a törvénymódosítást megelőző és az azt követő időszakban, mely a rendőrségi-ügyészségi ügyiratok és az érintett szakemberekkel készült interjúk feldolgozásán alapult.

A vizsgálat országos hatókörű volt, azaz teljes országos mintán vizsgálták meg – az 1999-ben, illetve 2000-ben a bűnügyi statisztikában szereplő ügyek alapján – a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult eljárásokat és azok jellemzőit.

A vizsgálat így mind a 19 megyei rendőr-főkapitányság, megyei főügyészség, továbbá a fővárosi ügyészségek, kerületi rendőrkapitányságok, valamint az illetékes BRFK Nyomozó Főosztály Szervezett Bűnözés Elleni Osztály Kábítószer-bűnözés Elleni Alosztály vonatkozó ügyeire terjedt ki.

Összesen 4717 esetet vizsgáltak meg és dolgoztak fel. Ebből 2401 eset, a vizsgált ügyek 50,9%-a, a módosítást követően indult, 2316 eset (49,1%) pedig a módosítás előtt.

Ahhoz, hogy a joghatásosságot, a törvénymódosítás gyakorlati alkalmazását, esetleges problémáit vizsgálni tudják, szükségesnek tartották interjúk készítését az eljárás lefolytatásában részt vevő ügyészekkel, rendőrökkel. Így félig strukturált szociológiai interjúkat készítettek azokkal az ügyészekkel, rendőrökkel (nyomozókkal és vizsgálókkal), akik a legérzékenyebbek voltak a kábítószeres ügyek lefolytatásában.

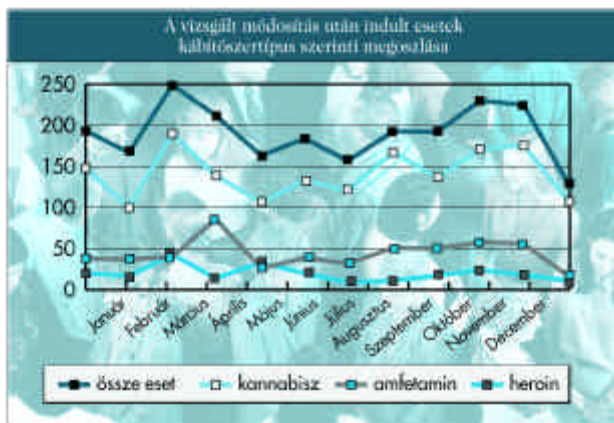
Az adatfeldolgozás során számítógépen rögzítésre kerültek a gyűjtött adatok, melyeket SPSS statisztikai programcsomag segítségével elemeztek.

A vizsgálat során 4717 visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett személy ügyiratát tekintették át, és 137 interjút készítettek ügyészekkel és rendőrökkel.

A vizsgált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények elkövetői ellen jellemzően nagyobb népességű városokban indul eljárás (90,7%). Ez azonban nem jelenti azt, hogy kisebb falvakban, községben ne fordulna elő egy-két ilyen eset. A vizsgált mintában összesen 244 település volt érintett. Úgy látszik azonban, és ezt az interjúk is megerősítették, hogy sem a városi kapitányságokon dolgozók, sem pedig a kis településen szolgálatot teljesítő körzeti megbízottak nincsenek felkészülve a kábítószeres ügyek kezelésére. A fontosabb problémák:

- a személyi állomány hiánya, aminek következtében nincs lehetőség egy időben jelentősebb számú kábítószerrel visszaélő ellen eljárást kezdeményezni, még akkor sem, ha megbízható információk vannak egyes helyek kábítószer-fertőzöttségéről;
- a kábítószeres ügyek felderítéséhez, a probléma észleléséhez szükséges ismeretek, továbbá technikai eszközök hiánya;
- a szakértői tevékenységek centralizáltsága, ami miatt felderített esetekben kell az eljárást megszüntetni, ugyanis a bizonyításhoz szükséges anyagok pl.: vizeletminták nem kerülnek időben a szakértőkhöz;
- egyes helyi gazdasági és politikai befolyással bíró szereplők ellenérdekeltek a felderítésben.

A jogszabályi környezet változását követően a szertípus szerinti megoszlás az elkövetési hónapok függvényében:



(Forrás: Ritter, 2002)

A grafikonon jól látható, hogy a kannabiszszármazékok (marihuána, hasis) görbéje szinte teljesen illeszkedik az összes vizsgált eset elkövetési hónap szerinti megoszlását ábrázoló görbéhez. Ami azt jelzi, hogy az esetek több mint felét kitevő kannabiszszármazékokkal történő visszaélések miatt indított eljárások jellemzően meghatározzák az ismertté vált, felderített kábítószer-bűncselekmények elkövetési hónap szerinti megoszlását.

A vizsgált esetekben a módosítást követően 19,2%-kal növekedett a kannabiszszármazékok előfordulási gyakorisága, miközben az amfetaminoké és metamfetaminoké, valamint a heroiné csökkent. A csökkenés elég jelentős mértékű, 33,2%-os volt az amfetaminszármazékok esetében, ami korántsem jelenti e szercsoport fogyasztásának csökkenését – és ezt az interjúk is megerősítik –, hanem a bűnüldöző szervek kapacitásának korlátait.

A módosítást követően a bejelentések aránya 17%-kal emelkedett. A bejelentők általában ismerik az elkövetőt, kapcsolatban állnak vele: ismerősök, rokonok, szülők, sőt a módosítás óta a bejelentést tevők több mint fele valamilyen oktatási intézmény volt.

A módosítást követően a rendőrség felderítő munkája a kábítószer-bűncselekmények kapcsán nehezebbé vált. A módosítást a közvélemény felé „tárló” negatív tömegkommunikációs kampány is hozzájárult ahhoz, hogy a kábítószerrel visszaélők egy része rejtettebbé vált, és felderített esetekben is kevésbé működött együtt a rendőrséggel, mint korábban.

Átrendeződés történt a drogszíntéren; növekedtek az elosztás, terjesztés során vállalni kényszerült rizikók, amelyek agresszívebbé tették ezt a szcénát. Növekedett a kábítószerek illegális piaci ára.

A bűnügyi állomány és ez a jelenlegi struktúra e tekintetben a rendőrség kábítószer-bűnözés elleni fellépésének határához közelít.

A vizsgált ügyek kapcsán azt tapasztalták a kutatók, hogy a törvénymódosítás kevésbé vette figyelembe a jogalkalmazás rendszerének jelenlegi állapotát. Olyan követelményeket támasztott, amelynek nehezen tud eleget tenni. Így a kábítószer-bűncselekmények felderítése és bizonyítása a módosítással nehezebbé vált, és erre a bűnüldözés jelenlegi rendszerére nincs felkészülve.

Az ügyek vizsgálata során azt tapasztalták – és ezt az interjúk is megerősítették –, hogy hasonló magatartásokat különböző jogalkalmazó szervek eltérően minősítenek és kezelnek. Területileg is differenciált a jogalkalmazói gyakorlat, az adott jogszabály alkalmazása jórészt az illetékes ügyészség jogértelmezésétől függ, amely azonban megyénként, ügyészségenként sokszor jelentősen eltér egymástól.

Az adatok azt mutatják, hogy – habár a kínálati oldali magatartások miatt indított eljárások száma, illetve az összes visszaélés kábítószerrel bűncselekményeken belüli aránya növekedett a módosítást követően – a kábítószer-mennyiségi határok jelentős csökkentésének ellenére növekedett a csekély mennyiségre történő elkövetések, illetve a csekély mennyiséggel történő elfogások száma és aránya.

Habár az ismertté vált forgalmazói jellegű, terjesztői magatartások száma növekedett, ehhez kevesebb esetben táruult jelentősebb mennyiségű kábítószer-lefoglalás, ami azt jelzi, hogy a „piti” dílerek vagy azon fogyasztók ellen indultak a kínálati oldali eljárások, akik vagy az elosztóhálózat legalsó rétegébe tartoznak, vagy maguk is fogyasztók, és egymás között adták (átadták) tovább a megszerzett kábítószer.

Az egy kábítószer-bűncselekmény eljárásra jutó közvetlen szakértői költség átlagosan 327 euró volt a módosítás előtt, és 396 euró a módosítást követően.

A módosítást követően is a fogyasztói magatartások képezik a fiatalkorúak esetén az elkövetési magatartások többségét, azonban főként az átadói, kínálói és kisebb számban a forgalmazói magatartások is egyértelmű növekedést mutatnak. Ezeknek az eseteknek a kezelése azonban komoly problémát okoz a jogalkalmazók számára, ugyanis sokan úgy gondolják, hogy habár helytelen és elítélendő az átadói, kínálói magatartás, azonban főleg fiatalkorúak esetén ehhez az elkövetői magatartáshoz rendelt büntetési tételek és eljárási cselekmények túlzottan szigorúak, nem célravezetők, és nehezen tudnak azonosulni ezzel a megítéléssel.

Növekedett a megrovások aránya a fiatalkorúak körében, azonban sajnálatos módon a fiatalkorú elkövetők fele ellen vádemelésre került sor. Ennek oka, hogy azokban az esetekben, ahol a fogyasztás mellett más elkövetői magatartás is szerepel (pl. kínál, átad), az eljárási törvény már nem ad lehetőséget a vádemelés elhalasztása alkalmazására.

Az elkövetők több mint 96%-a rendelkezett legalább általános iskolai végzettséggel. Közülük 50%-uk középfokú iskolai végzettségű, és csekély azoknak a száma, akik egyáltalán nem fejezték be általános iskolai tanulmányaikat. A kábítószerrel visszaélő elkövetőkről elmondható, nem csak a korspecifikus sajátosságok, de az iskolai végzettség szerinti megoszlás alapján is, hogy különböznek az átlagos bűnelkövetőktől.

A módosítást követően növekedett azoknak a kábítószer-bűncselekmény miatt eljárás alá vontaknak a száma, akik valamely oktatási intézményben tanulmányokat folytattak.

A büntetlen előéletűek aránya 70% körül mozog. Az adatok azt mutatják, hogy a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetése miatt eljárás alá vont büntetett előéletű elkövetők ellen korábban jellemzően nem kábítószerrel visszaélés, hanem más, főleg vagyon elleni és/vagy garázda bűncselekmény miatt folytattak eljárást.

Az elkövetők 24,1%-áról derült ki egyértelműen, hogy használt már életében valaha intravénásan kábítószer.

Megkérdezték a jogalkalmazókat, hogy a jogszabályi környezet megváltoztatásának milyen negatív társadalmi következményeit észlelték. Az alkalmi fogyasztók értelmetlen kriminalizálása több jogalkalmazó véleményeként megjelent. Továbbá az is, hogy egyes jogalkalmazók érzékelik, a fogyasztók rejtettebbé váltak. Csak néhányan vélekedtek úgy, hogy helyes volt az alkalmi fogyasztók elleni fellépés szigorítása (3,2%).

Megfogalmazódott a kérdés, hogy a jogalkalmazók szerint mi volt a törvénymódosítás célja. Összesen 33 különböző válasz érkezett, ami azt jelzi, hogy habár a jogalkotó a kommentárban világosan rögzítette a törvénymódosítás célját, a jogalkalmazók számára ez a cél mégsem olyan egyértelmű. Az egymástól lényegesen különböző válaszok azt sejtetik, hogy a jogalkalmazók egy része mást lát a módosítás célja mögött, mint ami a jogalkotó szándéka volt.

A megkérdezett jogalkalmazók többsége nem ítéli súlyos cselekménynek a kábítószer-fogyasztást, és a lehetőséghez mérten a legenyhébb szankciókat igyekszik alkalmazni velük szemben. A fogyasztói magatartás és a fogyasztók – főleg a fiatalokkal – szembeni attitűd a jogalkalmazók többségénél eltér a jogalkotói szándéktól, az alkalmi fogyasztókkal szembeni határozottabb restriktívebb fellépés igényétől.

Vajon ilyen jogalkalmazói attitűd mellett, mennyiben érvényesülhet a jogalkotó szándéka? Ha egyre több ilyen ügyben eljáró gondolja úgy, hogy a büntetőjog eszközével nem lehet eredményt elérni a kábítószer-fogyasztás visszaszorítása tekintetében, érvényesülhet-e a jogalkotói akarat?

A megkérdezettek 67,8%-a arról számolt be, hogy semmiféle együttműködés (informális sem) nem létezik szervezete és valamely kezelőintézmény között, míg 32,2%-uk jellemzően informális kapcsolatban áll valamely kábítószer-fogyasztókat kezelő intézménnyel. A válaszadók 78%-a úgy vélekedett, hogy szükséges lenne szabályozni az együttműködés kereteit.

Közös probléma még az eltérő, nem egységes a jogalkalmazási gyakorlat, amely nagymértékben aláássa a jogbiztonság érvényesülését. Ennek oka egyrészt a jogértelmezési, minősítésbeli problémákban keresendő, másrészt pedig a jogalkalmazók attitűdjében, rutinjában és a problémához, egyes elkövetői magatartásokhoz való viszonyulásában.

Minden érintett szervezet esetén felmerült a kábítószer-problémával kapcsolatos ismeretek hiánya a vonatkozó ügyekben eljárók körében. Továbbá az ez irányú képzések szükségessége és önálló, kábítószeres ügyekkel foglalkozó jogalkalmazói munkakörök létesítése – a jelenség speciális szakismeretet igénylő volta miatt.

A büntetési tételek további emelésével a megkérdezettek jellemezően nem értenek egyet. Azonban a fogyasztók büntetésének kérdésében meglehetősen bizonytalanok. E te-

kintetben megosztott volt a jogalkalmazók véleménye, közel annyian tartják szükségesnek, mint amennyien nem a kábítószer-fogyasztók büntetését.

Azonban a kábítószer-problémával küzdőket nem tekintik bűnözőknek, és egyértelműen állást foglaltak a tekintetben is, hogy a kábítószer-fogyasztás jogi eszközökkel egyáltalán nem szorítható vissza. Sőt, azt sem tartják valószínűnek, hogy a felderítések számának növekedése elrettentően hathat a kábítószer-fogyasztókra, csökkenthető a kábítószer-fogyasztás elterjedtsége.

A megkérdezettek szerint a kábítószeres ügyekben az eljárások nagyon hosszúak.

Az, hogy a magasabb büntetési tételek visszatartó hatással vannak a kínálati oldali magatartásokra, nem elfogadható állítás a megkérdezettek többsége szerint.

Megkérdeztük még a jogalkalmazókat, hogy mennyire tartották szükségesnek a Büntető Törvénykönyv kábítószerrel visszaélésre vonatkozó – 282. § és 282/A § – módosítását. A megkérdezettek több mint fele (53,6%) egyetértett azzal, hogy szükséges volt a korábbi törvényi tényállás módosítása.

Feltettük azt a kérdést is, hogy mennyire tartják jól alkalmazhatónak a jelenlegi jogszabályt? A válaszadók 65,8%-a egyáltalán nem tartja jól alkalmazhatónak a jelenlegi rendelkezéseket.

Továbbá érdeklődtünk, hogy szükségesnek tartanának-e további módosítást? A megkérdezettek 82,4%-a azt jelezte, hogy igen.

Összefoglalás

A vonatkozó statisztikai adatok és az ismertetett vizsgálati eredmények alapján elmondhatjuk, hogy a kábítószeres bűnözés büntetőjogi megítélésében jelentős változást hozó jogszabály-módosítás (1998. évi LXXXVII. tv.) hatásossága megkérdőjelezhető.

Ha azt tételezzük, hogy a kívánt társadalmi cél a kábítószerrel visszaélés jelenségének (ezen belül kiemelten a fogyasztásnak és a kereskedelemnek) a visszaszorítása volt, és az azóta eltelt időszak statisztikai adataival, kutatási eredményeivel mérjük az eredményességet, azt láthatjuk, hogy nem sikerült visszaszorítani sem a kábítószer-fogyasztás elterjedtségét, sem a kábítószer-kereskedelmet. A jogszabály és a joggyakorlat érvényesülése közötti eltérések ellentmondásokkal terhesek.

Az új szabályozás a jogrendszer összetevőjeként nem járul hozzá a rendszer kielégítő működéséhez, így annak működési zavarai is visszahatnak a jogrendszerre.

A vonatkozó statisztikai adatok és a hatásvizsgálat eredményei alapján kijelenthetjük, hogy a módosítás több negatív következménnyel járt, mint amennyi pozitív hatást gyakorolt. Ez a kijelentés érvényes mind az eljárásokra vonatkozó, mind pedig a társadalmi hatásokat vizsgálva.

Nehezebbé tette a jogi minősítést, a látszólagos egyszerűsítés helyett bonyolultabbá tette az eljárásokat, és a szigorítás (főleg annak rossz kommunikációja) negatív hatást gyakorolt a drogpiac és a drogpiacon szereplők magatartásának változására, illetve a kezelési igény alakulására.

Egyes elkövetési magatartások és az azokhoz rendelt magas büntetési tételek (átadás, kínálás), nem valóságszerűek, nem veszik figyelembe az elkövetők sajátos, életkorra jellemző szokásait, magatartásait és „tülkriminalizálják” a jelenséget. Éppen ezért visszatartó erejük nincs.

1.4. A kábítószer-jelenség kezelésének költségeiről

A kábítószer-jelenség hazai kezelésében több közigazgatási szerv, továbbá számos állami intézmény és civil szervezet működik együtt, sok intézmény tevékenységének csak egy részét képezi a kábítószer-probléma területe, így a kábítószer-probléma kezelésének éves társadalmi szintű (aggregált) teljes költségvonzatáról nem rendelkezünk megbízható adatokkal. Sok esetben az erre a célra fordított intézményi szintű költségek sem meghatározhatók.

Így például a visszaélés kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények felderítésére, az eljárás alá vontak eljárási költségeire (szakértői díjakra) vonatkozó kiadások összességében kimutatható adatairól a rendőrség nem tud tájékoztatást adni. Bár a rendőrség költségvetésében mind a felderítés költségei, mind a szakértői díjak önálló elszámolási tételként szerepelnek. Azonban a gazdasági feladatokat ellátó szerveik egyes bűncselekmény típusokra vonatkozó, külön pénzügyi elszámolást nem vezetnek, így ilyen jellegű csoportosítással nem rendelkeznek.

Mindezek tükrében halaszthatatlan, hogy célzott vizsgálatokkal feltárjuk a kábítószer-probléma egyes részterületeinek költségvonzatait, éves kiadásait, és becsléseket készítsünk a költséggráfordításokról.

A következőkben bemutatjuk a jelenség kezelésében legfontosabb szerepet játszó közigazgatási szerveknek, állami intézményeknek a kábítószer-probléma kezelésére fordított 2001. évi közvetlen kiadásait. A Nemzeti stratégiában szereplő 2001. évi feladatok megvalósítása jellemzően az adott közigazgatási szerv vagy állami intézmény céllelőirányzataiból valósult meg.

Ifjúsági és Sportminisztérium (Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium) Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkársága

Az Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkársága 2001. évben közel 1 milliárd forinttal támogathatta a kábítószer-probléma megelőzése és kezelése terén tevékenykedő szakmai és civil szervezeteket. A bemutatásra kerülő, a Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkárság 2001. évre vonatkozó támogatásai is teljes egészében a Stratégia szellemében és célkitűzései szerint kerültek megvalósításra.

Előirányzat	Pályázati támogatás (millió Ft)	Egyedi támogatás (millió Ft)	Összesen (millió Ft)	Összesen Euró
1. A kábítószer-problémával kapcsolatos képzés, kortársképzés támogatása	48,5	36,5	85	340 000
2. Drogmegelőzési program	115	453	568	2 272 000
3. Drogkutatások, vizsgálatok támogatása	16	34	50	200 000
4. Alacsonyküszöbű intézmények szolgáltatásainak fejlesztési támogatása	66	129	195	780 000
5. Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság és a kábítószerügyi egyeztető fórumok működésének támogatása	31	34	65	260 000
ÖSSZESEN:	276,5	686,5	963	3 852 000

(Forrás: GYISM)

Egészségügyi Minisztérium (Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium)

Egészségügyi ellátás: A 2001. évben a drogbetegyek egészségügyi ellátásának javítására fordítható költségvetési forrásokat a drogbetegellátás egészségügyi rendszerének, illetve a területi egyenlőtlenségek javítására fordították. A területi kiegyenlítés és a legsúlyosabb ellátási hiányok felszámolása volt a KKB Egészségügyi Bizottságának egyetértésével a kitűzött fő cél, amelynek érdekében a 2001-2002. évi pénzeszközöket összevonva, nyilvános pályázati formában használták fel. A rendelkezésükre álló 30 + 20 millió Ft költségvetési eszközt abban a nyolc megyében, ahol jelenleg nincs drogambulancia, azok kialakítására fordították.

Előirányzat	Támogatás összege (millió Ft)	Támogatás összege (Euró)
Drogbetegyek egészségügyi ellátásnak javítása	50	200 000

(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium)

Szociális és Családügyi Minisztérium (Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium)

A Nemzeti stratégiában szereplő 2001. évi feladatteljesítés megvalósulása többletforrás mellérendelése nélkül, az SzCsM célelőirányzataiból valósult meg.

Előirányzat	Támogatás összege (millió Ft)	Támogatás összege (Euró)
Szenvedélybetegek nappali intézményeinek fejlesztése	37	148 000
Új terápiás eljárások, eszközök, programok bevezetése – többek között – a szenvedélybetegeket ellátó intézményekben	39	156 000
Pszichiátriai közösségi ellátás – a szak- és alapellátás fejlesztése	12	48 000
A közösségi ellátás fejlesztése – szakemberképzés, továbbképzés	18,6	74 400
(Drog) Alternatív szabadidős programok támogatása	15	60 000
Utcai szociális munka fejlesztése, megkereső programok támogatása	40	160 000
Szenvedélybetegek rehabilitációs intézményének létesítése	25	100 000
Pszichiátriai betegek nappali intézményének fejlesztése	12	48 000
Szociális továbbképzések akkreditációs rendszerébe tartozó képzések támogatása	4	16 000
ÖSSZESEN:	202,6	810 400

(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium)

A Szociális és Családügyi Minisztérium támogatási előirányzatai nem csak a drogbeteg-ellátást, a drogprobléma kezelését célzó kezdeményezéseket foglalnak magukban. Itt is érvényesül, hogy a kizárólag erre a célra fordított intézményi szintű költségkiadások nehezen meghatározhatók.

Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP)

Az alábbi táblázat a 2001. évi drogrehabilitációs OEP kifizetéseket összegzi, ellátási formánként.

Ellátási formák	Támogatás összege (millió Ft)	Támogatás összege (Euró)
Járóbeteg-szakellátás és gondozó	74 888 200	299 553
Fekvőbeteg-szakellátás – aktív	67 352 000	269 408
Fekvőbeteg-szakellátás – krónikus	155 599 000	622 396
ÖSSZESEN	297 839 200	1 191 357

(Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár)

A fenti összegek nem tartalmazzák az esetleges táppénz, gyógyszerár támogatási, illetve a drogabúzus miatti szövődmények kezelési költségeit.

Igazságszolgáltatás

2000-ben az Országos Kriminológiai Intézet vizsgálatot végzett arról, hogy mennyibe kerültek 1999-ben a társadalomnak a kábítószer-fogyasztás és az azzal kapcsolatos egyéb magatartások (kábítószer-előállítás, forgalmazása, az azzal történő kereskedelem) visszaszorításának rendészeti és igazságszolgáltatási jellegű költségei (Ritter, 2001).

Számításaik szerint a Vám- és Pénzügyőrség – a közvetlen materiális költségeket alapul véve – hozzávetőleg 500 millió forintot – 2 millió eurót –, az ORFK 458 millió – 1 320 000 euró –, a BRFK 121 millió – 484 000 euró –, a kerületi kapitányságok pedig közel 60 millió forintot – 240 000 eurót – fordítottak kábítószer-felderítésre. Ez az összeg minden bizonnyal jóval magasabb lenne, ha figyelembe vennénk a nem vizsgált közvetett költségeket is.

Azokban az esetekben, amikor egy visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetőjével szemben vádemelésre kerül sor, tehát az ügy nem zárul le vagy nem kerül felfüggesztésre a nyomozati szakban, a nyomozati szakra eső 397 392 forintos -1 590 euró – költségen túl plusz 927 934 forintba – 3712 euróba – kerül az eljárás a társadalomnak. Ez összességében 1 325 326 forintot – 5302 eurót – jelent, tehát azt mondhatjuk, hogy egy, a bírósági szakig eljutó visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult ügy átlagosan ennyibe kerül a társadalomnak.

Az egy kábítószer-bűncselekmény eljárására jutó közvetlen szakértői költség átlagosan 81 650 Ft – 327 euró – volt a módosítás előtt, és 98 798 Ft – 396 euró – a módosítást követően.

Az 1999-ben kábítószer-bűncselekmény elkövetése miatt kiszabott végrehajtandó szabadságvesztések végrehajtása közvetlen költségen számolva, amennyiben az elítéltek a teljes időt kitöltik, mintegy 272 millió forintjába – 1 088 000 euróba – került volna az adófizető polgároknak. Az egy elítéltre jutó átlagköltség 3 023 933 forint – 12 096 euró – volt.

Források:

- Bánhegyi D. – Ujhelyi E. – Zacher G. (2002): Az intravénás droghasználat fertőzőési kockázatai. Kézirat
 Csorba J. (2002): Ártalomcsökkentő programok Magyarországon. Kézirat
 Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium (2002): Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium 2001. évi drogprevenációs, illetve a nemzeti drogstratégia megvalósítása terén végzett tevékenységének összefoglalója
 Felvinczi K. (2002): A kábítószerügyi egyeztető fórumok megalakulásával és működtetésével kapcsolatos tevékenységek 2001-ben. Kézirat
 Felvinczi K. (2002): A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet 2001. évi tevékenysége. Kézirat
 Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium (2002): A Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkárságának beszámolója a 2001. évben megvalósult támogatásairól. Kézirat
 Ifjúsági és Sportminisztérium (2001): Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről – 2001, Budapest
 Ifjúsági és Sportminisztérium (2001): Beszámoló az Országgyűlés számára a Kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program végrehajtásáról. Kézirat

- Keller É. (2002): A kábítószer-használattal összefüggő halálozások alakulása. Kézirat
- Kó J. (1998): Vélemények a bűnözésről – egy közvélemény-kutatás tanulságai. Kriminológiai és kriminalisztikai tanulmányok, 35. sz. Országos Kriminológiai és Kriminalisztikai Intézet, Budapest, 9-46. old.
- Miletics M. (2002): Reintegrációs programok Magyarországon 2001-ben. Kézirat
- Nagy G. (2002): Az illegális kábítószerpiac jellemzői (lefoglalások, hatóanyag-tartalom változása). Kézirat
- Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására – A kormány kábítószer-ellenes stratégiájának koncepcionális alapjai. A 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat melléklete
- Országos Egészségbiztosítási Pénztár (2002): Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár jelentése a 2001. évi drogrehabilitációs OEP kifizetésekről
- Olaszy Cs. (2002): Reintegrációs önszervező csoportok működése Magyarországon. Kézirat
- Paksi B. (2002): A drogfogyasztás prevalenciaértékei, mintázata, tendenciái. Kézirat
- Porkoláb L. – Grézló O. (2002): Egészségügyi statisztikai adatok a kábítószer-fogyasztásról – 2001, Kézirat
- Ritter I. (2001): A kábítószer-fogyasztás és az azzal összefüggő bűncselekmények társadalmi költségei. Országos Kriminológiai Intézet, Kutatási beszámoló, Kézirat, 89-93. old.
- Ritter I. (2002): A Büntető Törvénykönyv visszaélés kábítószerrel bűncselekmény törvényi tényállására vonatkozó, 1999. március 1-jén hatályba lépett módosítás hatásvizsgálata. Miskolci Doktoranduszok Jogtudományi Tanulmányai (Szerk. Stipta István), Bíbor Kiadó, Miskolc, 255-287. old.
- Ritter I. (2002): A kábítószer-bűnözés jellemzői a bűnügyi statisztikai adatok tükrében 2001, Kézirat

II. EPIDEMIOLÓGIAI HELYZETKÉP

2. A drogfogyasztás prevalenciaértékei, mintázata, tendenciái

2.1. Főbb tendenciák az epidemiológiai vizsgálatok tükrében

PAKSI BORBÁLA

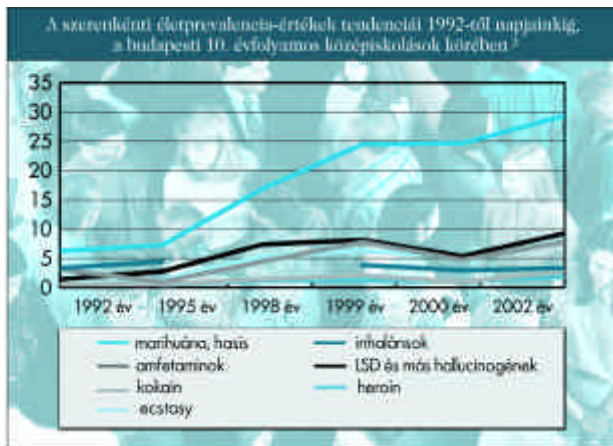
Magyarországon a drogfogyasztás közvetlen indikátorai mentén csak a középiskolás populációra vonatkozóan rendelkezünk időben összehasonlítható – azonos, vagy egymást részben átfedő populációkat képviselő mintákon, azonos módszerekkel készült kutatásokból származó –, azaz a trendek felrajzolására alkalmas adatokkal, ezek viszont meglehetősen nagy részletettségű trendvázolásra adnak lehetőséget.

Mint azt már az 1999. évi országjelentésben szerepeltettük (Elekes-Paksi, 2000b), a kilencvenes évek második felében a tiltott drogok¹ és az inhalánsok együttes életprevalencia-értéke² országosan közel kétszeresére – 10%-ról 19%-ra – növekedett a másodéves középiskolások körében. Azonban a korábbi, illetve a két országos vizsgálat közötti időszakra vonatkozó helyi, illetve regionális adatokból nem egy, a rendszerváltozás óta folyamatosan tartó növekedés rajzolódott ki, ezek a kutatások már az évtized elején az 1995-ös országosan jellemző értékhez hasonló, 7-12% körüli életprevalenciákat jeleztek a tiltott szerek és/vagy inhalánsok esetében, s ezt a kb. 10%-os prevalenciaértékkel jellemezhető, stagnáló időszakot az évtized elejétől 1996-ig sejtetik.

A budapesti változásokra vonatkozóan a fentieknél részletesebb tagolásban, az 1992., 1995., 1998., 1999. és 2000., valamint a legutóbbi vizsgálat alapján a 2002. évre vonatkozóan is vannak adataink. Így a fővárosban meglehetősen részletes, és az országosnál hosszabb időszakot felölelő, az utóbbi évek tendenciáit is bemutató képet tudunk adni a változásokról.

A fővárosban az 1995-1999 közötti időszakban végbement növekedés az országos átlagnál jóval nagyobb mértékű volt, a tiltott szerek és/vagy inhalánsok életprevalencia-értéke ebben a periódusban összességében 12,1%-ról 28,8%-ra, tehát 16,7 százalékponttal, azaz az évtized eleji értéket 100%-nak tekintve mintegy 140%-kal növekedett, s ezen belül az 1995 és 1999 között bekövetkezett növekedés 138%. Ebben az időszakban valamennyi tiltott szer életprevalencia-értéke növekedett, ezen belül elsősorban a kannabiszszármazékok növekedése a meghatározó, de jelentős az LSD és más hallucinogének, az amfetaminok, valamint az ecstasy elterjedtségének növekedése is. A 1998-as vizsgálat eredményei arra utalnak, hogy a szerek többsége esetében ez a növekedés 1995 és 1998 között – illetve más régiókban mért adatok alapján feltehetően 1996 és 1998 között – ment végbe, s 1998-tól 1999-re már csak a marihuána- és az amfetaminfogyasztás növekedése volt megfigyelhető,

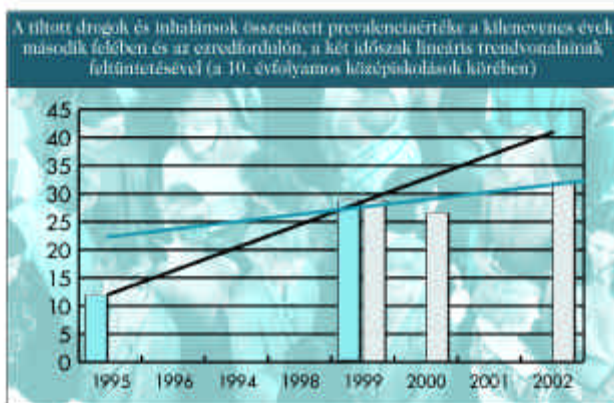
1999-2000 között pedig gyakorlatilag minden szer esetében csak hibahatáron belüli elmozdulás volt tapasztalható. A legutóbbi, 2002 tavaszán készült vizsgálat adatai azonban néhány szer – az ecstasy, az LSD, a kokain és a kannabiszszármazékok – esetében ismét az életprevalencia-értékek hibahatáron túli növekedését jelzik.



Szerek	1992 év ¹	1995 év	1998 év	1999 év	2000 év	2002 év
marihuána, hasis	5,4-7,2	6,0-8,6	12,9-20,9	20,9-28,1	21,1-28,3	25,7-32,9
inhalánsok	2,7-4,1	3,5-5,5		2,3-5,5	1,6-4,4	2,0-4,8
amfetaminok	2,4-3,8	0,5-1,5	3,3-6,7	5,5-10,1	3,0-6,6	5,7-9,9
LSD és más hallucinogének	1,0-2,0	2,0-3,6	4,6-10,2	5,9-10,5	3,5-7,3	6,9-11,5
crack	-	0,2-0,8	0,3-2,9	0,5-2,5	0,2-1,8	0,6-2,6
kokain	0,3-0,9	0,2-1,0	0,2-2,8	0,9-3,3	0,2-1,8	1,5-4,1
heroin		0,2-0,8	0,1-2,5	0,3-2,3	0,2-2,0	0,8-3,0
ecstasy	-	0,8-2,0	3,0-7,8	4,3-8,3	3,5-7,3	6,8-11,2
fecskendővel bevitt drogok	-	0,2-0,8	0,2-2,8	0-1,1	0,3-2,1	0,4-2,2
tiltott szerek /inhalánsok együtt	10,4-12,8	10,5-13,7	-	25,0-32,6	23,4-30,8	28,3-35,7
(N)	4518	2762	597	932 fő,	946 fő	1083

A korábbi adatok forrása: Elekes, Paksi, 2000b

A biztosan droghasználati célú fogyasztás összesített prevalenciaértéke az ezredfordulón (1999-ben, illetve 2000-ben) mért értékekhez képest mintegy három-öt százalékponttal növekedett a fővárosi 10. évfolyamos középiskolások körében. Ez a növekedés tehát jóval kisebb mértékű annál, mint amit azt megelőzően, a kilencvenes évek második felében tapasztaltunk ebben a populációban.



A korábbi adatok forrása: Elekes, Paksi, 2000b

Figyelembe véve a kilencvenes évek második felére vonatkozóan rendelkezésre álló országos adatokban jelentkező tendenciákat, azt, hogy a fővárosban tapasztalt 16,7 százalékpontos rátanövekedésnek csak mintegy 60%-át tapasztaltuk az országos adatokban, ezen tendencia folytatódása esetén az országos adatokban mintegy 2-2,5 százalékpontos növekedés becsülhető. Ez megfelel az 1995 és 1999 között a nyugat-európai ESPAD országokban bekövetkezett átlagos növekedésnek (Hibbel et al., 1997, 2001; Paksi, 2001). Azaz, míg a kilencvenes évek második felében a kelet-európai ESPAD országokban jellemző – átlagosan közel 10 százalékpontos – növekedés történt a magyarországi prevalenciáértékekben is, az utóbbi évek vizsgálati adatai alapján a növekedés felvette az előző négy évben Európa nyugati részén tapasztalt ütemet.

Mint azt a korábbi jelentésekben (Paksi, 2001) szintén leírtuk, a probléma kiterjedésének növekedését a kilencvenes évek második felében strukturális és minőségi változások is kísérték.

1995 és 1999 között növekedett a fogyasztás intenzitása. A kilencvenes évek második felében életük során csupán 1-2 alkalommal próbálkozó aránya alig több mint másfélszeresére, a 3-5 alkalommal használóké kétszeresére, az 5-nél több alkalommal fogyasztók aránya pedig ötszörösére növekedett a 10. évfolyamos populációban. Ez azt jelenti, hogy ebben az időszakban a fogyasztók között mintegy felére csökkent a csak 1-2 alkalommal használók aránya, a legalább 6 alkalommal használók aránya pedig két és félszeresére emelkedett. Az elmúlt években ez a tendencia is mérséklődni látszik. A korábban megfigyelt drasztikus változások az utóbbi három évben nem jelentkeztek, ugyanakkor a drogfogyasztók közül a leginkább intenzív – életük során már 40 vagy több alkalommal – használók aránya 2000-ről 2002-re egyharmadával növekedett, s arányuk a populációban közel megduplázódott (4,7%-ról 8,1%-ra növekedett).

**A különböző fogyasztási gyakoriságok előfordulása a
10. évfolyamos drogfogyasztók körében (%)**

FOGYASZTÁS GYAKORISÁGA	1995	1999	2000	2002
1-2 ALKALOMMAL PRÓBÁLKOZÓK	67,4	32,9	33,2	29,4
3-5 ALKALOMMAL HASZNÁLÓK	14,0	18,4	20,3	16,3
6 VAGY TÖBB ALKALOMMAL HASZNÁLÓK	18,6	48,6	46,5	54,4
40 VAGY TÖBB ALKALOMMAL HASZNÁLÓK	6,3	16,5	16,8	22,6

A kilencvenes évek fogyasztási volumenének és intenzitásának változásait a szerstruktúra változása is kísérte. A fogyasztási struktúrában – a korábbiakhoz képest – kiemelkedő szerepre tett szert a marihuána és a különféle szintetikus party-drogok (Elekes-Paksi, 2000b). Az utóbbi években e tekintetben markáns átalakulásokat nem tapasztaltunk. Ugyan – mint fent láthattuk – csak néhány szer esetében történt jelentősebb elmozdulás a prevalenciaértékekben, más szerek esetében pedig inkább stagnálást, vagy hibahatáron belüli elmozdulást tapasztaltuk, ez nem eredményezte a szerstruktúra átalakulását. Továbbra is a marihuána után a különböző party-szerek a leginkább elterjedtek.

Az első tiltottdrog-használat továbbra is többnyire középiskolás korban, 14 évesen vagy azt követően történik. Azonban míg a kilencvenes évek második felében a 15 és a 16 éves korban való első próbálkozás arányában tapasztaltunk elmozdulást, addig az utóbbi három évben – bár a kipróbálások többsége most is 15 évesen történik – megnövekedett a 14 éves korban próbálkozik aránya.⁵

**Az első tiltottdrog-használat életkora
(a kérdésre válaszoló 10. évfolyamos drogfogyasztók %-ában)**

	1995	1999	2002
14 ÉVES KOR ELŐTT	10,3	7,4	12,0
14 ÉVESEN	12,8	15,8	22,8
15 ÉVESEN	35,4	42,3	41,4
16 ÉVESEN VAGY IDŐSEBB KORBAN	41,5	34,4	23,9

A korábbi tapasztalatokkal szemben, amikor is – a nemzetközi tapasztalatokkal megegyezően – csökkenő mértékben ugyan, de nemek szerint szignifikáns különbségek jelentkeztek a prevalenciaértékekben, 2002-ben Budapesten a nemenkénti összesített életprevalenciaértékekben már nem mutatkozik szignifikáns eltérés. Sőt, az utóbbi években bekövetkezett elterjedtségnövekedés gyakorlatilag a nemek közötti különbségek kiegyenlítődésének, a lányok körében lezajlott változásoknak tudható be.

**Az tiltott drogok életprevalencia-értéke nemenként
(a kérdésre válaszoló 10. évfolyamos drogfogyasztók %-ában)**

		ÉLETPREVALENCIA	SZIGNIFIKANCIA (p)
1995	FIÚ	14,4	<00001
	LÁNY	10,1	
1999	FIÚ	32,3	0,01
	LÁNY	25,1	
2000	FIÚ	30,4	0,036
	LÁNY	23,0	
2002	FIÚ	32,2	0,46 (NSZ)
	LÁNY	31,8	

Összességében tehát az elmúlt tíz évben a fővárosi középiskolások körében végzett drogepidemiológiai vizsgálatok alapján elmondhatjuk, hogy:

- A biztosan droghasználati célú fogyasztás összesített prevalenciaértéke a kilencvenes évek első felében jellemző stagnálás után az évtized második felében hirtelen és igen drasztikusan emelkedett, majd 1999-2000-ben stagnált. Ez a stagnálás átmeneti jelenségnek mutatkozik a legfrissebb, 2002-es adatok alapján. 2000-2002 között ismét növekedést tapasztaltunk. Ez a növekedés azonban jóval kisebb mértékű annál, mint ami azt megelőzően, a kilencvenes évek második felében bekövetkezett.
- A fogyasztás intenzitásában az évtized második felében megfigyelt drasztikus változások az utóbbi években nem jelentkeztek, ugyanakkor figyelmeztető jel, hogy a leginkább intenzív használók aránya 2000 és 2002 között valamelyest növekedett.
- Az évtized második felében a szerstruktúrában a marihuána és a party-drogok szerepe dominánsabbá vált. E szerepüket továbbra is őrzi.
- Az első tiltott drog kipróbálásának életkorát az elmúlt tíz évben készült vizsgálatok a középiskolás korra jelzik⁶, azonban 1995 és 1999 között 16 éves korról 15-re tevődött a próbálkozás domináns kora, s az utóbbi években mind gyakoribbá válik a 14 éves korban való próbálkozás.
- A tiltott drogok fogyasztásának szokásos nemi mintázata a fővárosi középiskolások körében kiegyenlítődni látszik. Az utóbbi években az elterjedtségben bekövetkezett változások elsősorban ennek a kiegyenlítődésnek tudhatók be.

2.2.c. Középiskolás populáció drogfogyasztása

A célpopuláció, a minta, illetve az adatfelvételi módszer leírása Magyarországon a legutóbbi, középiskolás populációra vonatkozó drogepidemiológiai kutatás 2002-ben készült.⁷

A kutatás módszertani jellemzőinek összefoglalása	
A VIZSGÁLAT ÉVE	2002
EGYSZERI/ISMÉTELT VIZSGÁLAT	Az ESPAD'99 budapesti alprojektjének megismétlése
CONTEX	Drog és alkohol epidemiológiai vizsgálat
TERÜLETI LEFEDETTSÉG	Budapest
ISKOLATÍPUS	Az összes iskolatípusra kiterjedő – gimnázium, szakközépiskola, szakmunkásképző, szakiskola
KORCSOPORT	15 éves vagy fiatalabb = 13,4%; 16 éves = 45,0%; 17 éves = 31,9%; 18 éves vagy idősebb = 6,6%
ADATGYŰJTÉSI ELJÁRÁS	Osztályos megkérdezés Önkitöltős kérdőívekkel A kérdezőbiztosok az iskolától független személyek (egyetemisták)
MINTANAGYSÁG	Bruttó: 2500 fő, Nettó: 2355 fő
MINTAKERET	Budapesti 9-10. évfolyamos középiskolások, 46 575 fő
MINTAVÁLASZTÁS MÓDJA	Iskolatípus és évfolyam szerint rétegzett véletlen mintavétel, mintavételi egység az iskolai osztály
FELÜLREPREZENTÁLT CSOPORT	Nincs
SÚLYOZÁS	Az adatfelvétel során keletkező torzulások korrigálására, reprezentációs kritériumok szerint

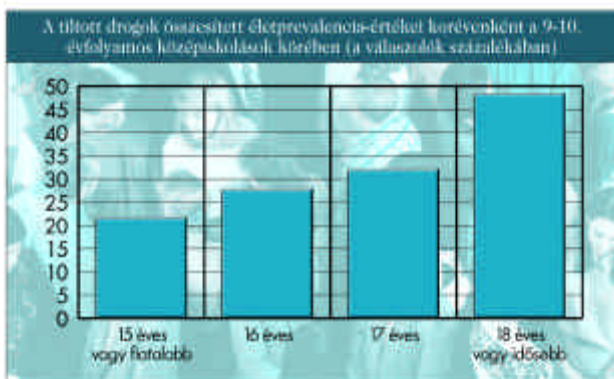
Főbb eredmények (prevalencia értékek, szerstruktúra, nem és életkor szerinti mintázat)

A megkérdezett budapesti első és másodéves középiskolások 30,2%-a fogyasztott valamilyen tiltott drogot az élete során. A tiltott szerek összesített életprevalencia-értékét mindössze 0,9%-kal haladja meg a biztosan droghasználati célú szerfogyasztás (tiltott és/vagy inhaláns használat) életprevalenciája.

Szerenként vizsgálva az életprevalencia-értékeket, jelen kutatásban is – az 1999-es és a 2000-es vizsgálatához hasonlóan – a többi szerhez képest kimagasló értéket (28,1%) detektáltunk a kannabiszszármazékok esetében. A valaha valamilyen tiltott drogot kipróbálók döntő többsége, 93%-a fogyasztott már életében marihuánát. Az élete során valaha marihuánát vagy hasist használók között 5-ből közel négy az elmúlt évben is használt, és közel minden második az elmúlt hónapban is (éves prevalenciaérték: 22,1 havi prevalenciaérték: 12,6).

A következő leg többek által használt szercsoportot az ún. party-drogok (amfetamin, ecstasy, LSD) képezik. E szerek életprevalencia-értéke a vizsgálat konfidencia intervallumát figyelembe véve gyakorlatilag megegyező, egyenként 8-9% közötti értéket vesz fel. Az összes többi tiltott szer életprevalencia-értéke – 2-3% körüli gyakoriságokkal – messze elmarad ezektől.

Az első droghasználatra vonatkozó⁸ adatokkal összhangban, az életkor előrehaladtával korévenként szignifikánsan növekszik a droghasználat életprevalencia-értéke. Átlagosan a 17 éves vagy annál fiatalabb 9-10. osztályos diákok körében korévenként mintegy 6 százalékpontos életprevalencia-növekedést tapasztalunk. Az ennél idősebb, ugyanakkor a középiskola 9-10. évfolyamára járó diákok esetében az életkori hatásra feltehetően ráakódik a szokványostól eltérő iskolai pályafutás hatása, melynek következtében közel minden második 18 éves vagy idősebb 9-10. évfolyamos diák már használt valamilyen tiltott drogot.



Ugyanakkor 9. és a 10. évfolyamos diákok életprevalencia-értékeiben nem jelentkezik szignifikáns különbség ($p = 0,247$)⁹. A drogokkal való kapcsolatba kerülés inkább kötődik korévekhez, mint évfolyamokhoz.

2002-ben sem a tiltott szerek többsége esetében, sem az összesített életprevalencia-értékekben nem mutatkozik jelentős különbség a fiúk és a lányok között, mindössze a kannabiszszármazékok esetében jelenik meg szignifikánsan a szokásos nemi mintázat. Ugyanakkor a gyógyszerhasználat – a nyugtató/altató fogyasztása orvosi rendelvényre vagy anélkül, illetve az alkohol-gyógyszer kombinációk használata egyaránt – 2002-ben is jellemzően a lányok körében fordul elő nagyobb arányban.

**Az egyes szerek, illetve szercsoportok életprevalencia-értéke a
9-10. évfolyamos budapesti középiskolások körében
(a válaszolók százalékában)**

DROGOK	FIÚ	LÁNY	ÖSSZESEN
TILTOTT DROGOK EGYÜTTESÉN	31,1	28,9	30,2
KANNABISZ	29,3	26,4	28,1 ¹
OPIÁT (TOTAL)	4,4	5,2	4,8
HEROIN	1,7	2,1	1,9
EGYÉB OPIÁTOK	3,7	4,4	4,0
KOKAIN (TOTAL)	3,4	3,8	3,6
KOKAIN	2,2	2,8	2,6
CRACK	2,1	2,2	2,0
AMFETAMIN	8,4	8,9	8,3
ECSTASY	8,2	9,3	8,8
HALLUCINOGÉN (TOTAL)	9,6	9,6	9,6
LSA	9,0	8,6	8,8
EGYÉB HALLUCINOGÉNEK (MÁGIKUS GOMBA)	2,2	2,9	2,5
NYUGTATÓK/ALTATÓK ÖSSZESEN	16,8	29,0	22,6 ²
NYUGTATÓK ALTATÓK ORVOSI RENDELVÉNY NÉKÜL	12,2	25,0	18,2 ³
ALKOHOL ÉS GYÓGYSZER EGYÜTTFOGYASZTÁSA	16,3	25,0	20,3 ⁴
INHALÁNSOK	5,4	3,2	4,4
ANABOLIKUS SZTEROIDOK	5,2	4,0	4,6 ⁵
EGYÉB DROGOK	14,3	13,5	16,0

2.2. Az átlagnépesség körében készült vizsgálatok

Magyarországon 2001 tavaszán készült az első olyan, az átlagnépesség droghasználatára vonatkozó kutatás, mely a kérdéskört nem csak érintőlegesen (Elekes, 1999), hanem elsődleges célként vizsgálta. A kutatás a drog- és alkoholfogyasztás elterjedtségének, rizikótényezőinek, illetve a szerhasználattal kapcsolatos lakossági viszonyulásoknak a feltérképezésére irányult (Paksi, 2001; Elekes, 2002; Paksi, 2002).

A kutatás módszertani jellemzői:

A vizsgálat célpopulációja a 18-65 év közötti magyar állampolgárok sokasága. A célpopuláció nagysága 7780 ezer fő. A célpopuláción belül kiemelt, önálló célcsoportként kezeltük a budapesti népességet, melynek nagysága 1196 ezer fő.

A kutatást a célpopuláció bruttó 2500 fős mintáján végeztük, amely két, önállóan kezelhető almintából tevődik össze: egy 1000 fős budapesti és egy 1500 fős vidéki almintából.

A minta kiválasztása rétegzett véletlen mintavételi eljárással történt. A vidéki al minta esetében két lépcsőben, első lépésben regionális elhelyezkedés és településméret szerint rétegzett véletlen eljárással a mintába kerülő településeket választottuk ki, majd második lépcsőben az egyes települések lakosságából egyszerű véletlen mintavételi eljárással a megkér-

dezendő személyeket. A fővárosi alminta esetében egylépcsős, kerületenként rétegzett egyszerű véletlen mintaválasztást alkalmaztunk.¹⁶

Az adatfelvétel során nettó 2359 fős (vidéken 1497, Budapesten 862 fős) mintát sikerült elérnünk, melyet a fővárosi alminta esetében bekövetkezett mintakiesések főbb demográfiai jellemzők mentén nem egyenletes eloszlásának korrigálására korcsoport és nem szerint, továbbá a budapesti megkérdezettek felülreprezentáltsága miatt főváros-vidék dimenzió mentén utólagos súlyozással arányosítottunk.

A kutatás kérdőívét az EMCDDA felnőtt populációs vizsgálatok vonatkozásában megfogalmazott ajánlásai (EMCDDA, 1999), a WHO egészség vizsgálatának szempontrendszere (Simpura et al., 2000), valamint IRGGA „Culture, and Alcohol: A Multi-national Study” című programjának törzskérdései (Wilsnack et al., 2000), illetve a hazai sajátosságok, kutatási hagyományok figyelembe vételével állítottuk össze. A kutatás kérdéseit az adatfelvétel módja szerint két részre osztottuk. A szociodemográfiai, illetve más háttérváltozókat tartalmazó „A kérdőív” felvétele kérdezőbiztosok közreműködésével, „face to face” módszerrel történt. A különböző társadalmi és/vagy törvényi elítélés alá eső magatartásokkal – drog-, illetve alkoholfogyasztással – kapcsolatos „B kérdőív”-et pedig a válaszmegtagadások csökkentése, illetve a válaszok megbízhatóságának növelése érdekében önkitöltős módszerrel kérdeztük. A „B kérdőív”-et a kérdeztettek a kitöltést követően lezárt borítékban adták át a jelen lévő kérdezőbiztosnak.

A mintába került, előzetesen kiértesített személyeket életkorban hozzájuk közel álló, előzetes felkészítésen részt vett kérdezőbiztosok keresték fel.¹⁷

A kérdés lebonyolítására 2001. február 15-e és március 20-a között került sor, olyan időszakban, mikor nagyobb ünnepek nem térítik el a rövid idejű prevalenciaértékeket az általában jellemző fogyasztási szokásoktól.

A kutatás kérdőívében szerepeltetett kontrollváltozók segítségével adatbázison belüli eszközökkel megvizsgáltuk a mintavételen kívüli hibák nagyságát és eloszlását. Ennek alapján kedvező tapasztalatokról számolhatunk be, a kapott válaszok megbízhatósága és érvényesség összességében és tendenciájában igen kedvezőnek mondható.¹⁸

Eredmények

Kutatási eredményeink szerint a 18-65 év közötti magyarországi felnőtt népesség 6,4%-a használt már élete során valamilyen tiltott drogot¹⁹.

A drogfogyasztás életprevalencia-értéke jelentős különbségeket mutat a válaszolók főbb demográfiai ismérvei mentén képzett csoportokban. A kipróbálók arányában korcsoportonként, nemeként és lakóhely szerint egyaránt szignifikáns különbségek figyelhetők meg.

- Életkori csoportok szerint a vizsgált populációban igen határozott különbségeket mutat a drogfogyasztás életprevalencia-értéke ($p < 0,001$). A legfiatalabb, 18-24 éves válaszolók körében 20% a drogfogyasztás életprevalencia-értéke, és az életkor előrehaladtával csökken, olyannyira, hogy a 35 éves vagy annál idősebb korosztályban már csak 1,6%-ot ér el.

A felnőtt népesség korcsoportos életprevalencia-értékeiben megjelenő, a prevalencia-értékek hirtelen csökkenésével leírható tendencia egyrészt az első használat életkori sajátosságait, annak korosztályos behatároltságát vetíti előre. Másrészt jelzi azt a társadalmi tendenciát, amely időben a drogfogyasztás kipróbálásának terjedésével írható le, és amit a fiatal – középiskolás populációkon – a kilencvenes évek során végzett drogepidemiológiai vizsgálatok jeleztek (Elekes-Paksi, 2000a, 2000b). E vizsgálatok szerint a kilencvenes évek második felében a drogfogyasztási trendek hirtelen, jelentős emelkedése, a prevalencia-értékek mintegy megduplázódása volt megfigyelhető. Harmadrészt visszatükrözi a drogfogyasztás magyarországi rövid történeti múltját.

A tiltott drogok összesített életprevalencia-értéke korcsoportonként		
korcsoport	N	tiltott drogok
18-24	318	20,1
25-29	246	13,0
30-34	214	7,9
35-39	178	3,9
40-49	510	0,8
50-65	629	1,1

$p < 0,001$

- A drogfogyasztás – korábbi, más populációkon szerzett – hazai és nemzetközi tapasztalatok alapján felrajzolható nemi mintázata jelenik meg a magyarországi adatokban is. A férfiak életprevalencia-értéke mintegy két és félszerese a nők körében tapasztalt kipróbálási arányoknak.

A tiltott drogok összesített életprevalencia-értéke nemenként		
nem	N	tiltott drogok
férfiak	1033	9,0
nők	1068	3,7

$p < 0,001$

- Az utóbbi években végzett középiskolás vizsgálatok tapasztalataival összhangban (Elekes-Paksi, 1996, 2000a, 2000b) a felnőtt népesség drogfogyasztásában is jelentős különbségek mutatkoznak a főváros és az ország egyéb területei között ($p < 0,0001$). A budapesti lakosok drogfertőzöttsége közel négyszerese a vidéki lakosságénak.

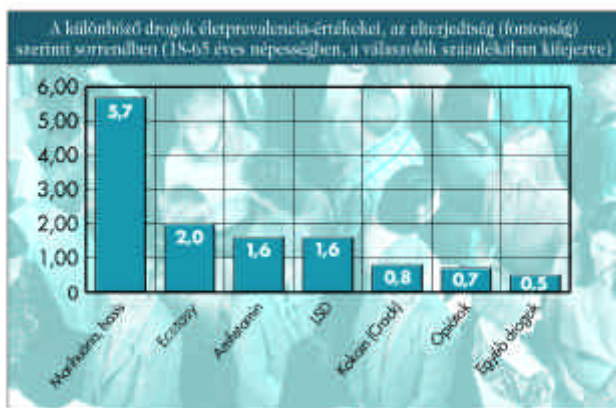
A tiltott drogok összesített életprevalencia-értéke Budapesten és vidéken		
lakóhely	N	tiltott drogok (P = 0,002)
Budapest	863	16,0
vidék	1702	4,1

$p < 0,002$

A fentieknél kisebb mértékben, de megfigyelhetők urbanizációs különbségek a vidéki mintán belül is. A településméret növekedésével a legnagyobb vidéki városok kivételével párhuzamosan növekszik a droghasználat életprevalencia-értéke is. Míg az 1000 lakosnál kisebb településeken 1% alatti a kipróbálók aránya, addig az 50 000-nél nagyobb lélekszámú településeken lakók körében átlagosan 8,2%. Ugyanakkor területi-regionális elhelyezkedés mentén nem mutatkoznak szignifikáns különbségek a vidéki lakosságon belül, mindössze tendencia jellegű különbségek jelentkeznek.

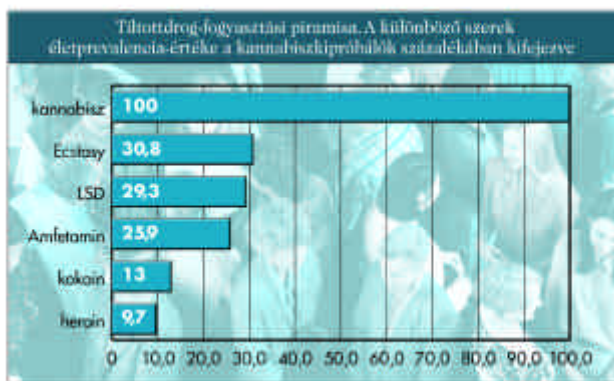
Összességében a fenti három dimenzió – kor, nem, lakóhely – mentén együttesen kirajzolódó leginkább és legkevésbé érintett demográfiai csoportok életprevalencia-értékei között mintegy nyolcvanszoros különbség jelenik meg. A skála két végpontját a budapesti 35 év alatti férfiak, illetve a vidéki 35 feletti nők képezik. Míg az előbbieket kétötöde fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert, addig a vidéki 35 évesnél idősebb nők körében a valaha drogot próbálók aránya mindössze fél százalék.

Szerenként vizsgálva az életprevalenciákat megállapíthatjuk, hogy a szerhasználati struktúrában a különböző drogok, drogfajták szerepe igen eltérő, a különböző drogok elterjedtsége piramisszerűen rendeződik. Legelterjedtebb a kannabiszszármazékok fogyasztása. A válaszolók 5,7%-a, azaz a valamilyen drogot valaha használók döntő többsége, 87,7%-a használt már életében marihuánát vagy hasist. Az összes többi szer előfordulási gyakorisága jóval kisebb a felnőtt lakosság körében. A második-negyedik helyen a különböző szintetikus drogok találhatók, melyek elterjedtsége között – figyelembe véve a becslés standard hibáját, ami ezekben az esetekben 0,5-0,6% – gyakorlatilag nincs különbség, itt találhatók az ecstasy, illetve az amfetamin és az LSD (1,6-2%). S a legkisebb fogyasztói tábor a kokain, az opiátok (heroin és/vagy egyéb opiát) és az egyéb drogok mondhatják magukénak, e szerek kipróbálóinak aránya 1% alatti értéket vesz fel²¹.



A fogyasztás szerkezetének, valamint a különböző szerhasználatok kapcsolódásának kifejezésére a különböző tiltott drogok életprevalencia-értékei alapján ún. „tiltottdrog-fogyasztási piramist”²² konstruáltunk. Az alábbi piramis azt mutatja, hogy a legelterjedtebb

tiltott drog, a marihuána (hasis) életprevalencia-értéke mekkora átfedést mutat más szerek életprevalencia-értékével, azaz azok, akik életük során valaha fogyasztottak marihuánát (hasist), milyen arányban fogyasztottak e mellett már más szereket is az életük során.



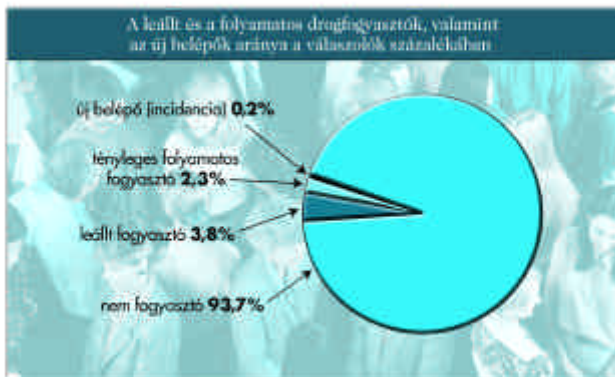
A piramis értékeit a normál népesség körében tapasztalható életprevalencia-értékekhez hasonlítva megállapíthatjuk, hogy a különböző szerfogyasztó magatartások erősen kapcsolódnak egymáshoz. A kannabiszhasználókra számított fogyasztási értékek többszörösei (mintegy tízszerese) a normál populációban kapott értékeknek. Összességében a kannabisz-fogyasztók több mint fele (54,4%-a) használt már a kannabisz mellett más tiltott szert is, többnyire ecstasyt és/vagy LSD-t és/vagy amfetamint, legkevésbé heroint.

A válaszolók 2,5%-a használt az előző évben, 1,2%-a pedig az elmúlt hónapban valamilyen tiltott drogot. Azoknak, akik életük során használtak már valamilyen drogot, mintegy kétötödük az elmúlt évben is, közel egyötödük pedig az elmúlt hónapban is használt valamilyen tiltott szert.

Különböző idejű összesített prevalenciaértékek (a válaszolók százalékában kifejezve)	
	tiltott drogok
életprevalencia-érték (N = 2100)	6,4
éves prevalenciaérték (N = 2070)	2,5
havi prevalenciaérték (N = 2047)	1,2

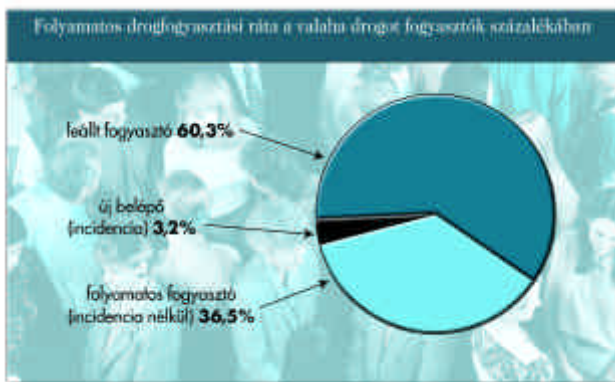
A különböző prevalenciaértékek kapcsolódása alapján különválasztottuk azokat, akik aktuálisan (az utóbbi évben) már nem fogyasztanak semmilyen drogot (quitters-leállt fogyasztó), és kiszámítottuk az ún. „folyamatos drogfogyasztási rátát”²³. A folyamatos fogyasztási ráta azt fejezi ki, hogy az élet- és éves prevalencia kérdésre konzisztensen válaszoló fogyasztókon belül mennyien vannak azok, akik jelenleg is fogyasztanak (continuation rate). Tekintettel azonban arra, hogy a jelenlegi fogyasztók egy része nem valódi folyamatos fogyasztó, hanem új próbálkozó, így az aktuális fogyasztóktól különválasztandók az ún. „új

belépők”, azaz kiszámítható a folyamatos fogyasztási ráta incidencia nélküli értéke, azaz a tényleges folyamatos fogyasztási ráta (continuation rate without incidence²⁴), amely azok arányát mutatja, akik több mint egy éve kezdték a használatot, és a vizsgálat évében is fogyasztottak.



A fenti ábrán láthatjuk, hogy a 18-65 éves populáció 3,8%-a fogyasztott valaha drogot, de az utóbbi egy évben nem, s 2,5% a „folyamatos” fogyasztók aránya. Mivel a válaszolók 0,2%-a az utóbbi egy évben kezdte el a fogyasztást, 2,3% azok aránya, akik több mint egy éve fogyasztottak először drogot, és jelenleg is használnak, ők a tényleges folyamatos fogyasztók (continuation rate without incidence).

Mindez azt jelenti, hogy a 18-65 év közötti korosztályba tartozó, valaha drogot fogyasztók háromötöde az elmúlt évben nem fogyasztott semmilyen drogot. Kétötödük azonban jelenleg is használ valamilyen drogot, és ezen belül elenyésző részt képeznek azok, akik elmúlt egy évben használtak először - a fogyasztók 3,2%-a új belépő. Mindent együttevén ténylegesen folyamatos fogyasztónak a valaha fogyasztók 36,5%-a, azaz a megkérdezettek 2,3%-a tekinthető.



Források:

¹Tiltott szerek közé az alábbiakat soroltuk: marihuána vagy hasis, LSD, ecstasy (1995-től), amfetaminok, crack (1995-től), kokain, heroin, egyéb opiátok, mágikus gomba (1999-től), intravénás drogok, valami más, itt fel nem sorolt egyéb tiltott drogok (a fel nem sorolt kategória szerepeltetése lehetővé teszi az összesített értékek összehasonlíthatóságát).

²A magyarországi gyakorlatban kiszámítjuk a tiltott szerek és/vagy inhalánsok együttes prevalenciáértékét, melyet „biztosan droghasználati szerfogyasztás” néven szerepeltetünk.

³A táblázatban az adatok 99%-os megbízhatósági szint melletti hibahatárok feltüntetésével szerepelnek, a hibahatárt meghaladó változások kiemelésével.

⁴Harmadéves középiskolások mintáján készült adatfelvétel.

⁵Az összehasonlító minták átlagéletkora csak kismértékben változott: 1995-ben 16,6; 1999-ben 16,8; 2002-ben pedig 17 év volt.

⁶A 2001-ben készült felnőtt populációs vizsgálat is ezt erősíti.

⁷A kutatást az ISM finanszírozásával a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államgazgatási Egyetem Viselkedéskutató Központja készítette. A kutatás vezetői: Paksi Borbála és Elekes Zsuzsanna.

⁸A 9-10. évfolyamos középiskolás droghasználók kétötöde a középiskolás évek alatt kerül kapcsolatba a tiltott szerekkel. Több mint egyharmaduk 15 évesen, s 15%-uk 16 éves vagy idősebb korban.

⁹A két évfolyam átlagéletkora is csak kevésbé különbözik (16,2, illetve 17 év).

¹⁰A tiltott drog kategória a kannabisz, opiát, kokain, amfetamin, ecstasy, LSD és egyéb hallucinogén, illetve az egyéb drog kategóriába tartozó szereket tartalmazza.

¹¹ $p=0,028$

¹² $p<0,0001$

¹³ $p<0,0001$

¹⁴ $p<0,0001$

¹⁵ $p=0,077$

¹⁶Mindkét almintához – a magyarországi gyakorlatnak megfelelően – kétszeres pótmintát választottunk. A pótminta kiválasztásának menete megegyezik fentiekben leírt mintaválasztási elvekkel.

¹⁷Korábbi kutatási tapasztalatok szerint a megkérdezettek kényes, s különösen korspecifikus kérdésekben – mint amilyen a drogfogyasztás is – szívesebben és őszintébben nyilatkoznak az életkorban hozzájuk közelebb álló személyeknek. (Elekes-Paksi, 1999)

¹⁸Az életprevalencia és az első fogyasztás életkora vonatkozásában adott válaszok konzisztenciája alapján kiemelkedően jó a marihuánafogyasztásra vonatkozó adatok megbízhatósága (a válaszolók tartományán 99,6%, a fogyasztókhoz képest 91,6% a konzisztens válaszok aránya). A számottevő életprevalenciát jelző tiltott szerbevételek megbízhatósága – általában alkoholfogyasztási, lerészegedési, valamint a dohányzási adatokhoz hasonlóan – 70-80%-os szinten mozog, s csak az igen kis fogyasztást jelző szerekre, illetve a nyugtató/altató fogyasztására vonatkozó adatok tartalmaztak nagyarányú ellentmondásokat.

A drogfogyasztás különböző időtartamra vonatkozó prevalenciaértékeiben kapott inkonzisztencia-arányok kifejezetten alacsonyak. A tiltott szerek esetében mindössze az ecstasy és az amfetamin fogyasztása esetében találtunk 1-1 válaszolónál ellentmondó válaszokat a különböző idejű prevalenciákban. A többi tiltott drog, valamint az inhalánsok esetében egyáltalán nem tapasztaltunk inkonzisztens válaszokat.

A hiányzó és érvénytelen válaszok aránya a droggal kapcsolatos kérdésekben igen stabil arányt mutatott. A legtöbb drog havi prevalenciaértéke esetében 12% körüli, az éves prevalenciák esetében általában 11,4%, az életprevalenciáknál pedig 10%, mindössze a marihuánával kapcsolatos kérdésekben találkozunk ennél rendre 1%-kal alacsonyabb missing arányokkal. Ezek az elutasítási arányok csoportos önkitöltős kérdezési technikával felvett ESPAD kutatásokhoz képest jelentősen magasabbak.

Az adatok érvényességét jelző dummy-drog alacsony, az ESPAD vizsgálatokkal (Elekes-Paksi, 1996, 2000; valamint Hibbel et al., 1997, 2001) azonos szintű érvényességi problémát jelzett.

¹⁹Tiltott szerek közé az alábbiakat soroltuk: marihuána vagy hasis, LSD, ecstasy, amfetaminok, crack, kokain, heroin, egyéb opiátok, intravénás drogok, valami más, itt fel nem sorolt drog. Ezen szerek valamelyikét az élete során használó válaszolók aránya képezi a tiltott drogok életprevalencia-értékét. Tiltott drogokra vonatkozó kérdés

az EMCDDA (1999) és az ESPAD (2001) standardoknak megfelelő.

²⁰A mai felnőtt népesség droggal való első találkozása döntő többségében 25 éves kor előtt, átlagosan közel 20 évesen történt. Azok közül, akik használtak már életükben valamilyen drogot, tíz esetből kilencben 25 éves koruk előtt próbálkoztak először a fogyasztással. Ezen belül is a leggyakoribb a 17-18 éves korban történő próbálkozás, a fogyasztók egyharmada a középiskolás évek végén használt először valamilyen drogot.

²¹Különösen elenyésző ezen szerek életprevalencia-értéke, ha figyelembe vesszük, hogy a dummy-drog életprevalencia értéke 0,3% volt (lásd a módszertani eredményeket tárgyaló részben).

²²EMCDDA (1999) 77-79. oldal

²³EMCDDA (1999) 80-81. oldal

²⁴Új belépőnek tekintettük azokat a drogfogyasztókat, akiknél valamilyen drog (tiltott vagy inhaláns) első fogyasztásának életkora maximum egy évvel előzte meg a jelenlegi életkorát. ELEKES ZS. (1999): Önbevallásos vizsgálatok Magyarországon a kilencvenes években. In: Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. (szerk.: Ritter Ildikó) ISMertető 5, Budapest, Ifjúsági és Sportminisztérium, 121-153. o.

ELEKES ZS. (2002): Ivási szokások és fogyasztói típusok Magyarországon az ADE'2001 alapján. Addiktológia 1. ELEKES ZS., PAKSI B. (1996): A magyarországi középiskolások alkohol- és drogfogyasztása. Népjóléti Minisztérium, Budapest

ELEKES ZS., PAKSI B. (1999): Középiskolások droghasználata és alkoholfogyasztása Magyarországon. Kutatási beszámoló

ELEKES ZS., PAKSI B. (2000A): Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon. ISMertető 8, Budapest, Ifjúsági és Sportminisztérium

ELEKES ZS., PAKSI B. (2000B): Önbevallásos vizsgálatok Magyarországon a kilencvenes években. In: Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. (szerk.: Ritter Ildikó) ISMertető 12, Budapest, Ifjúsági és Sportminisztérium

ELEKES ZS., PAKSI B. (2002): A felnőtt népesség droghasználata és alkoholfogyasztása Magyarországon. Kutatási beszámoló, ISM

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (1999): Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP08 (CT.97.EP09), Lisbon, EMCDDA, September 1999

HIBELL, B., ANDERSSON, B., BJARNASSON, T., KOKKEVI, A., MORGAN, M., NARUSK, A. (1997): The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden

HIBELL, B., ANDERSSON, B., AHLSTRÖM, S., BALAKIREVA, O., BJARNASSON, T., KOKKEVI, A., MORGAN, M. (2001): The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden

PAKSI B. (2001): Drogfogyasztás a felnőtt népesség körében a 2001. évi országos lakossági alkohol- és drogepidemiológiai vizsgálat alapján. „Veszélyek és esélyek – Fertőzés, drog és társadalom” c. konferencia. MTA, 2001. november 27-28.

PAKSI B. (2002): A felnőtt népesség droghasználata Magyarországon. Addiktológia 2.

POLONYI G. (1998): Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról. Zárójelentés. TÁRKI, Budapest

SIMPURA, J., KNIBBE, R., KRAUS, L., HELASTI K. (2000): Behind the questions: intercultural differences in answering questions on drinking behaviour in health Interview Surveys. Paper presented at the 26th Annual Alcohol Epidemiology Symposium, Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Oslo, Norway, 2000 June

WILSNACK, S., BLOOMFIELD, K., MONTEIRO, M., ROOM, R. (1999): Gender, Culture, and Alcohol: A Multi-National Study. Grant Application. University of North Dakota

3. Egészségügyi következmények

3.1. A kezelési igény alakulása – Egészségügyi statisztikai adatok a kábító-szer-fogyasztásról – 2001

PORKOLÁB LAJOS – GRÉZLÓ ORSOLYA

3.1.1. Az egészségügyi kábítószer-statisztika jellemzői

A Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság és az akkori Népjóléti Minisztérium előterjesztésére a kormány 1994-ben elrendelt egy új, kötelező adatgyűjtést a kábítószer-fogyasztókról és kezelésükről. Bár a korábbi kötelező egészségügyi adatszolgáltatások is tartalmaztak drogaddikcióra és -abúzusra vonatkozó rovatokat, az új jelentés sokkal részletesebb, és célzottan a kábítószer-fogyasztásról gyűjt adatokat. Az adatszolgáltatást évenként kiadott kormányrendeletben az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) vonatkozó fejezete rendeli el, 1627-es nyilvántartási szám alatt. Az 1994. évről szóló adatszolgáltatás még nem volt teljes körű, inkább az új adatgyűjtés kísérleti szakaszának tekinthető – az erről az évről rendelkezésre álló adatokat emiatt nem is használjuk az összehasonlító elemzésekhez.

Változások az adatgyűjtésben 1994-től 2001-ig		
A változás életbe lépésének éve	1996	2000
A változás utáni első éves adatok az új módszer szerint	1997	2000
A változás által érintett területek		
Definíciók	A nyilvántartott beteg fogalma helyett kezelt beteg Az új beteg életében először kezelt beteget jelent önbevallás alapján	
Adatközlők	Civil és egyházi fenntartású ellátóintézmények is jelentenek adatokat	
Adatgyűjtés címzettje	Az OPNI csak az Egészségügyi Minisztérium III. főosztályának továbbítja az összesített adatokat	
Életkori bontás	Új korcsoport: 13 éven aluliak	Új korcsoportok: a 35 éven felüliek további bontása Új kategória: Ismeretlen korú Teljes életkori bontás az új betegekről is
Kábítószeres osztályozása	A részletesen be nem sorolt szereket a szertípus alatti egyéb rovatban kell feltüntetni (pl. egyéb opiát) A kizárólag csak tőcserében részesülőket nem lehet feltüntetni Orvosi rendelvény nélkül használt metadon	
Kábítószer-használat gyakorisága	Új kategória: hetente fogyasztók	
Halálozási adatok	A továbbiakban nem a kezelést nyújtó intézmények jelentik, hanem a boncolást végző intézmények és a rendőrség	

(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

Az adatgyűjtés folyamata

Az adatokat kb. 470 adatközlő szolgáltatja évente egyszer, mivel azonban ezek egy része átfeadásban van egymással, valójában mintegy 400 adatszolgáltatóról van szó. Ezeknek az adatszolgáltatóknak a típusait jogszabály írja elő, de a pontos listát nem tartalmazza, azt az adatgyűjtő központ felelőssége nyilvántartani, frissíteni, és szükség esetén továbbítani más szervek felé, amelyeknek erre munkájukhoz szükségük van. Az adatgyűjtő központ az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben (továbbiakban OPNI) van, jelenleg Informatikai és Szervezési Osztály elnevezéssel, ami a korábbi Szervezési és Módszertani Osztályból fejlődött és nőtt ki. Az OPNI saját nyomdájában készíti el évente a szükséges űrlapokat, amelyeket megküld az adatközlő intézményeknek egy rövid módszertani útmutató kíséretében, amelyben felhívja a figyelmet az aktuális problémákra. Az űrlapok kiküldése minden év decemberében történik. A jelentés űrlapjának tartalmát és formáját azonban nem az OPNI határozza meg – ebben csak ja-

vaslattevő szerepe van –, hanem az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium dönt az esetleg szükségessé váló módosításokról. A módosításokat a benyújtástól számított két év múlva esedékes adatgyűjtésben és feldolgozásban lehet csak érvényesíteni.

Az adatszolgáltatók saját nyilvántartási rendszerükből átvezetik az éves adatokat a jelentés űrlapjára, és megküldik a feldolgozó központnak (OPNI). Regionális feldolgozó központok nincsenek, de a jelentés egy példányát az adatszolgáltatók megküldik az ÁNTSZ alkalmazásában álló megyei szakfelügyelő főorvosnak is. A szakfelügyelő főorvosok nem készíteneek megyei összesítést, hanem visszacsatolás formájában megkapják az OPNI-től a feldolgozott megyei és országos adatokat. Az adatszolgáltatók számára az adatok beküldési határideje a tárgyévet követő január 31. A jelentés elkészítéséhez az OPNI telefonos vagy akár személyes segítségnyújtást is biztosít, ezzel a lehetőséggel az adatszolgáltatók kb. 10%-a szokott élni.

Az OPNI az országos összesítést és a megyei bontásokat tartalmazó összefoglaló táblázatokat megküldi az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztériumnak. Minden további kormányzati szerv felé a Minisztérium továbbítja az adatokat, a jogszabálynak megfelelően. Az OPNI az adatszolgáltatók felé visszacsatolás formájában közöl megyei, regionális és országos adatokat, illetve eseti megkeresésre gyakran készít speciális kimutatásokat a rendelkezésre álló adatokból más kormányzati és civil szervezetek részére.

Az adatszolgáltatók típusai és 2001. évi forgalma

Az adatszolgáltatók körébe tartoznak a jogszabály szerint az alábbi intézménytípusok – az első csoportban szereplők a kezelésről, a második csoportban szereplők pedig a halálózásról szolgáltatnak adatokat.

A kábítószer-fogyasztók kezeléséről adatokat közlő intézménytípusok:

- drogambulanciák és droggözpontok,
- pszichiátriai gondozók (felnőtt és gyermek),
- pszichiátriai osztályok és szakambulanciák,
- krízis-intervenciós osztályok,
- alkohológiai és addiktológiai gondozók és osztályok, illetve szakambulanciák,
- drogtérapiás intézetek.

A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálózásról adatokat közlő intézménytípusok:

- igazságügyi orvostani intézetek,
- orvosszakértői intézetek,
- rendőrorvosi hivatalok (rendőrség egészségügyi szolgálata).

A következő táblázat a 2001. évi adatok alapján mutatja be, hogy az egyes intézménytípusok a kezelt betegek mekkora hányadát látták el. Az addiktológiai gondozók hagyományos szerepe mellett egyre nagyobb részt képviselnek a drogambulanciák. A fekvőbeteg-ellátás szintén nagy részt tesz ki, mivel ez egyben kezelési fázist is jelent – míg a járóbeteg-ellátás megoszlik a különböző gondozók és drogambulanciák között, addig a fekvőbeteg-ellátásnak az alábbi csoportosításban nincs alternatívája a pszichiátriai és addiktológiai osztályokon kívül.

A kábítószer-fogyasztók megoszlása a kezelőintézmény típusa szerint 2001-ben

INTÉZMÉNYTÍPUS	Kezelt betegek		Előzőből új betegek	
	száma	%	száma	%
AG Addiktológiai gondozók	3447	28,6	1052	24,2
DA Drogambulanciák	3807	31,6	1672	38,5
GG Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Gondozók	28	0,2	24	0,6
PG Pszichiátriai gondozók	267	2,2	105	2,4
PO Pszichiátriai és addiktológiai osztályok	3103	25,8	1031	23,7
EG Egyéb	1397	11,6	458	10,5
ÖSSZESEN	12049	100,0	4342	100,0

(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

Meg kell jegyezni ugyanakkor, hogy a járó- és fekvőbetegszám megadását az adatgyűjtés módszertana nem teszi lehetővé, mert a pszichiátriai és addiktológiai osztályok a hozzájuk kapcsolódó szakambulancia adataival együtt jelentik a betegszámot.



(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

Az adatfeldolgozás módszertana

A jogszabályban meghatározott határidők a feldolgozáshoz igen szoros időintervallumot jelölnek ki, az egész ország éves adatait egy hónap alatt kell éves jelentéssé transzformálni, beleértve az ellenőrzést, adatrögzítést, az adatszolgáltatók utólagos javításait, az összesítést és az elsődleges elemzést. Az adatok ellenőrzése több lépcsőben történik: először statisztikus ellenőrzi az egyes adatszolgáltatóktól beérkező jelentéseket, amelyek szinte kivétel nélkül belső ellentmondásokat és számszaki hibákat tartalmaznak. Az értelemzavaró, súlyos hibákat kiszűrve az adatlapok egy része visszakérül az adatszolgáltatókhoz javítás céljából, a feldolgozható jelentések adatait pedig három adatrögzítő Excel programba rögzíti. Az adatbeviteli felület elkészítése évenként ismétlődő feladat, és bár a koncepció a kezdetektől fogva ugyanaz, évről évre kisebb módosítások történtek újabb el-

lenőrzések beépítése és a feldolgozás közben keletkező hibák kiszűrése céljából. A rögzített adatok a feldolgozó fájlokba beépített ellenőrző képletek segítségével további szűrkön mennek át, amelyek szintén egy-egy adatszolgáltató jelentéseinek belső ellentmondásait jelzik. A következő lépésben az adatszolgáltatók korábbi éves adataival történő összevetés által a nagyságrendi alul- vagy felüljelentéseket szűrjük ki. A vegyes profilú (pszichiátriai és addiktológiai) gondozók esetén ellenőrizzük továbbá, hogy különböző adatokat közölnek-e, vagy esetleg ugyanazt a betegforgalmat duplán jelentik. Az összesítések az adatok különböző szempontú csoportosításai, így területi, intézménytípusonkénti stb. kimutatások készülnek. Az ellenőrzött, javított és összesített területi adatokat az OPNI megküldi a megyei szakfelügyelő főorvosoknak, hogy éves beszámolójukhoz (amelynek egyik címzettje az OPNI) felhasználhassák. Az összesítés lezárása után grafikus ábrázolások és szöveges elemzések egészítik ki az éves jelentést. A jelentésekből származik a következő évi adatlapok kiküldéséhez használandó címlista is – amely így a legtöbb változást követni tudja, de előfordul, hogy az OPNI mintegy „véletlenül” értesül új adatszolgáltató keletkezéséről. Problematikus továbbá a drogambulanciák besorolása, néhány intézmény egyidejűleg vagy egy telephelyen addiktológiai gondozóként is működött, vagy abból „fejlődött ki”. Jelenleg a drogambulanciák számbavételéhez a Drogambulanciák Országos Szövetségének listája ad támpontot.

Az adatok értékelése

A statisztika a kezelt droghasználók által fogyasztott szerek típusára vonatkozóan igen részletes információkat tartalmaz, megkülönbözteti a főbb kábítószercsoportokon belüli alcsoportokat is (pl. az amfetaminszármazékok fajtáit). Egyaránt tartalmazza az illegális és legális (pl. altatók, nyugtatók) drogokat fogyasztók számát. A beteg az általa fogyasztott drogok közül a domináns szer alapján kerül besorolásra, de egy külön táblázat feltünteteti az együttlifogyasztási szokásokra utaló adatokat is. A fogyasztás módjának feltüntetése főként az injekciós droghasználat esetében jelent fontos információt, mivel ennek a társuló fertőző betegségek miatt (hepatitis, AIDS) közegészségügyi, járványügyi vonatkozása is van. A fogyasztás gyakoriságát illetően a statisztika a korábbi kettő helyett jelenleg három kategóriát különböztet meg.

A drogbetegek adatait a kezelőintézmények aggregáltan közlik, így nem lehet kiszűrni a statisztikai rendszerből a több intézményben megjelent és nyilvántartott betegeket (double-counting). A szakorvosok tapasztalata azt mutatja, hogy a drogot használók köre ma Magyarországon olyan betegpopuláció, amely gyakran vándorol egyik kezelőhelyről a másikig. Tehát egy év alatt is megfordulhat pl. egy budapesti és egy Pest megyei gondozóban, és bekerülhet egy fekvőbetegosztályra, így ugyanaz a személy háromszor fog szerepelni az adott év statisztikai adataiban, s ezzel a kezelt betegek száma torzulhat. Az első kezelési igényt illetően az adatgyűjtés 2000. évi módosítása óta a betegek önbevallása az irányadó, az életében első alkalommal kezelt betegekről a statisztika részletes korcsoportos és kábítószerfajtákra bontott adatokat tartalmaz.

Az adatszolgáltatási fegyelem az adatgyűjtés bevezetése óta fokozatosan javult, a határidő után érkező jelentések száma jelenleg 10% körüli. Továbbra is súlyos problémát jelent azonban, hogy igen gyakoriak a félreértelmezésből adódó hibás jelentések és a számszaki hibák. A hibák jellege és az ebből származó torzítás mértéke eltérő ugyan, de a jelentések túlnyomó többsége utólagos javítást, adategyeztetést igényel. Az űrlap táblázatai az adott intézményben kezelt összes betegről közölnek információt különböző bon-tásokban, így nem tartalmazhatnak egymásnak ellentmondó számadatokat. Ez a legkrit-kább esetben valósul meg.

A számszaki hibákon túlmenően az adatok validitását a finanszírozási érdekek érvényesü-lése is ronthatja a fekvőbeteg-ellátásban. A kezelőintézmények adatkezelési technológiája dönti el, hogy a statisztikai céllal gyűjtött adatok között megjelennek-e a finanszírozási el-lenérdekeltség miatt „elrejtett” drogbetegek? A nagyobb betegforgalommal rendelkező in-tézmények számítógépből, vagyis a finanszírozási célú adatbázisból nyerik az éves statisztikához szükséges adatokat. Az addíciók a jelenleg érvényben lévő HBCs rendszerben rendkívül alacsonyan térített diagnózisok, ezért a fekvőbeteg-intézménynek érdekében áll – és a gyakori komorbiditás erre lehetőséget is nyújt –, hogy a betegeket jobban fizetett, de orvosilag még indokolható fődiagnózissal jelentse az egészségbiztosító felé. Ez a probléma minden egészségügyi epidemiológiai adatgyűjtést érint, nem csak a jelenleg tárgyalt kábító-szer-fogyasztás adataira vonatkozik, ezért megoldása, vagy a probléma mérséklése is átfogó, magas szintű intézkedéseket igényelne.

Az adatközlés minőségét javíthatná, és a feldolgozási folyamatot gyorsítaná az elektroni-kus adatszolgáltatás bevezetése. Ennek kezdeti lépéseként a 2000. év végén az OPNI kér-dőíves felmérést végzett az adatszolgáltatók körében, melynek célja az elektronikus adat-közlés technikai feltételeinek feltérképezése, valamint a részvételi hajlandóság vizsgálata volt. Az eredményeket röviden összefoglalva elmondható, hogy az intézmények kb. fele rendelkezik olyan korszerű számítógéppel, amely alkalmas az elektronikus adatközlésre. Az intézmények dolgozóinak hajlandósága az új módszer kipróbálására meghaladja a technikai alkalmasság arányát: 65%-uk határozott igennel válaszolt a kérdésre. Kiemelkedő a drogam-bulanciák érdeklődése, körükben a részvételi szándék szinte teljes, ami igen szerencsés egy-beesés, mivel nagy betegforgalmuk miatt mindenképp célszerű náluk elsőként megoldani az elektronikus adatközlést.

Habár az adatgyűjtési rendszer változásai miatt nem célszerű összehasonlítani a 2001. évi adatokat a korábbi évek adataival, mert a felvázolható trend nem ad hiteles képet a drog-betegek számának alakulásáról és jellemzőiről, a következőkben mégis bemutatjuk az egészségügyi statisztikai adatok alapján felvázolható tendenciákat. Ennek oka, hogy az egészségügyi intézményekben kezelték körében egyes változók mentén mért megoszlások azért tájékoztatnak a kezelési igények alakulásáról (pl. szertípus szerinti megoszlás, a bün-tetőeljárás alternatívájaként kezelték száma). Azonban az egészségügyi intézményekben ke-zelték abszolút számának változásából levonható következtetések semmiképpen nem értel-mezhetők a hazai kábítószer-fogyasztás elterjedtségének alakulásaként.

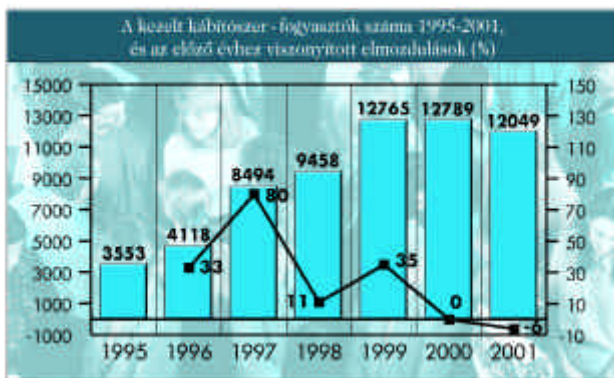
Hangsúlyozzuk, hogy a felvázolt trendek csak fenntartással fogadhatók el, hiszen sokkal inkább az adatgyűjtési rendszer változásának és a drogbeteg-intézmények kapacitásának jelzői, mint a valós kezelési igénynek! (A Szerk.)

3.1.2. A kábítószer-fogyasztók számának alakulása

Kezelt betegek és új betegek száma

Az egészségügyi intézményekben kezelt kábítószer-fogyasztók száma 2001-ben, az adatgyűjtés bevezetése óta példátlan módon, csökkent az előző évhez képest. Ezt a tendenciát jelezte már a 2000. év is, amikor a korábban meredeken emelkedő betegszám stagnálni kezdett. Az adatgyűjtés módszertani hibahatára 2-3%-ra becsülhető, így a 2001. évi adatoknál tapasztalt 5,8%-os csökkenést mindenképp figyelemre méltó eredménynek kellene tekinteni. Azonban nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a tényt, hogy az addiktológiai gondozók vonatkozásában egy jelentős keresztellenőrzési lehetőség kiesett, így a korábbi évek gyakorlatához meghatározott 2-3%-os hibahatár legalábbis megkérdőjelezhető, hiszen az addiktológiai gondozók szolgáltatják a forgalom 29%-át. Így a legnagyobb óvatossággal csupán azt a megállapítást tehetjük, hogy a kezelt betegek száma nem nőtt, értéke lényegében három éve stagnál.

Nem lehet figyelmen kívül hagyni azt a tényt sem, hogy a kábítószer-fogyasztóknak csak egy kis része kerül az egészségügyi ellátórendszerbe. Nemzetközi epidemiológiai felmérések a drogprobléma élettartamra vonatkozó gyakoriságát világszerte 1-3%-ra becsülik, ami a magyar lakosságra átszámítva kb. 100-300 ezer fő. Ugyanakkor egészen másról ad információt az élettartamra vonatkozó prevalencia, mint az egészségügyben kezelték száma, utóbbi a problémás droghasználat monitorozására alkalmas. Ha a kezelt betegek számának csökkenése mögött valóban a kezelési igény csökkenése áll, akkor ez pozitív változást jelez. Megfontolandó, hogy a csökkenés nagyobb arányú az illegális szerek körében: 2001-ben 9,7%-kal kevesebb kábítószer-fogyasztót kezelték illegális droghasználat miatti problémával, mint tavaly – a legális szerek esetében a csökkenés csak 3,5%-os. A kezelt betegek számának 740 fős csökkenéséből 15%-ot tesz ki a büntetőeljárás alternatívájaként kezelt betegek számának csökkenése.



(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

Az új betegek száma is tovább csökkent, ami részben módszertani változás következménye, részben viszont valós csökkenés lehet, tekintettel az összes kezelt beteg számának csökkenésére. Az első alkalommal kezelték száma 1999-ig lassúbb növekedést mutatott, mint a kezelt betegek száma, de minden évben nőtt a megelőző évhez képest. 2000-ben viszont 19%-kal csökkent 1999-hez viszonyítva. Ez a hirtelen, nagy mértékű csökkenés annak tudható be, hogy az első alkalommal kezelésben részesült beteg fogalma megváltozott, a kezelőintézmények a 2000. tárgyévtől kezdve az „életében (saját bevallása szerint) először kezelt” betegek számát jelentik ebben a rovatban. A 2001. évi csökkenés azonban ezen túlmenően valószínűleg a kezelési igény csökkenését is jelenti.

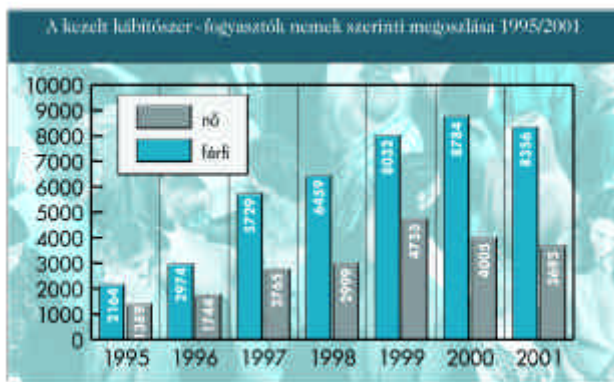


(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

Nemek szerinti megoszlás

Az egészségügyi intézményekben kezelt kábítószer-fogyasztó férfiak száma 1995 óta minden évben magasabb volt, mint a nőké. A férfiak és nők aránya a 61/39%-os aránytól a 69/31%-os arányig változott, ez 2001-ben is ugyanilyen képet mutat, a kezelt kábítószer-fogyasztók több mint 2/3-a férfi. A nyugtatók típusú szerek kivételével 1995-2001 között az egyes kábítószer-kategóriákban külön-külön is magasabb volt a kezelésben részesült férfiak száma. A nyugtatókat, altatókat kábítószerként fogyasztók között minden évben a nők aránya volt nagyobb, de az utóbbi években ez lassú kiegyenlítődést mutat, évről évre egy kicsivel több nyugtatót használó férfit kezelnek.

2000-ben az összes kezelt kábítószer-fogyasztóból a férfiak aránya 69%, a nőké 31% volt, az előző évhez képest a férfiak száma mintegy 700-zal nőtt, a nőké ugyanennyivel csökkent. 2001-ben a férfiak és nők közötti arány az összes kezelt beteg együttes számában nem változott, de mind a férfiak, mind a nők száma csökkent, a férfiaké 5%-kal, a nőké 8%-kal. A különböző kábítószerfajták szerinti bontásban látható, hogy az országos szintű összesítésben kimutatott csökkenés egyes szereknél tapasztalt csökkenésből és más szereknél kimutatott növekedésből áll össze. A legtöbb szer esetén a növekedés vagy csökkenés nem mutat a nemek közti eltérést. Kivétel ez alól a szerves oldószerek (inhalánsok) használata miatt kezeltek számának változása: a felnőtt nők körében 28%-os csökkenés tapasztalható a 2001 évi adatokban az előző évhez viszonyítva, míg a férfiak száma lényegében változatlan maradt.



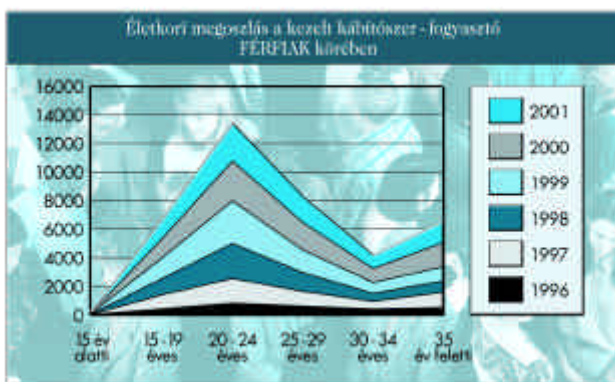
(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

Életkori megoszlás

Az életkori megoszlás változásainak értékelésekor számolni kell azzal a módszertani változással, hogy az életkori bontásban szereplő adatok 1999-ig csak a nyilvántartott betegekről álltak rendelkezésünkre, 2000-től viszont a kezelt betegek számáról. A nyilvántartott betegek száma 1995-1999 között általában kevesebb volt, mint a kezelt betegek száma,

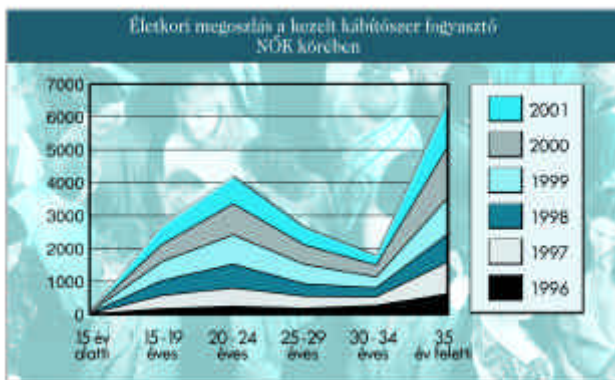
ami azt jelenti, hogy ha adott életkori kategóriában 2000-ben és 2001-ben egyaránt növekedés tapasztalható, akkor annak legalábbis egy része erre a módszertani változásra vezethető vissza, és nem tekinthető valódi növekedésnek.

A férfiak és nők életkori megoszlása sajátos, évenként hasonló, de nemenként különböző tendenciát mutat. A férfiak körében minden évben a 20-24 év közöttiek voltak legtöbben, míg a nőknél a 35 év felettiek, de a nők körében is kiemelkedően sok a 20-24 éves kábítószer-fogyasztó. A 35 év feletti nők által jellemzően használt kábítószeres a nyugtatók és altatók, illetve ezeknek alkohollal történő együttes fogyasztása.



(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

A kezelésben részesült felnőtt férfiak és nők száma minden életkori kategóriában csökkent az előző évhez viszonyítva. A csökkenés mértéke a 35 év felettiek kivételével a nők körében kifejezettebb.



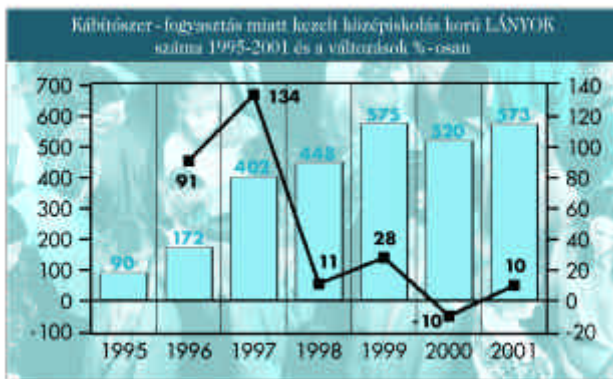
(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

A 15-19 éves, középiskolás korosztálynál a nyilvántartott betegek száma a fiúknál 10,3-szorosára, a lányoknál 6,4-szeresére nőtt 1995-1999 között. 2000-ben 8%-os csökkenés mutatkozott mind a fiúknál, mind a lányoknál. 2001-ben ez a tendencia csak a fiúknál folytatódott, ha nem is csökkent tovább, de legalább nem kezdett újra növekedni a kezelésben részesült középiskolás fiúk száma. Az előző évhez viszonyított 0,7%-os növekedés a hibahatáron belül van, így a fiúk számát lényegében változatlanoknak tekinthetjük. A 15 év alatti fiúk száma csökkent az előző évhez képest, csakúgy, mint a kezelésben részesült felnőtt férfiak száma minden életkori kategóriában.



(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

A kezelésben részesült középiskolás korú lányok száma azonban újra emelkedni kezdett: az előző évhez képest 10%-os a növekedés, ami országosan összesen 53 fővel több a 2000. évinél. A 15 év alatti lányok száma is növekedett kismértékben, míg a kezelésben részesült felnőtt nők száma minden életkori kategóriában csökkent.

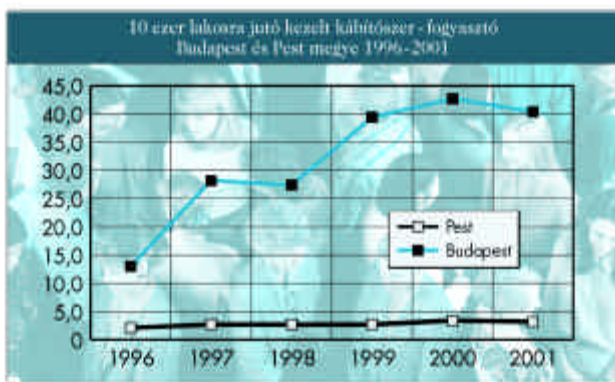


(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

A nemek közötti arány 5 év átlagában a középiskolások körében is szinte teljesen megegyezik a felnőttek férfiak és nők között tapasztalt aránnyal: a kábítószer-fogyasztás miatt kezelt középiskolás korúak több mint 2/3-a fiú. 2001-ben 1352 középiskolás korú fiút és 573 lányt kezeltek kábítószer-probléma miatt.

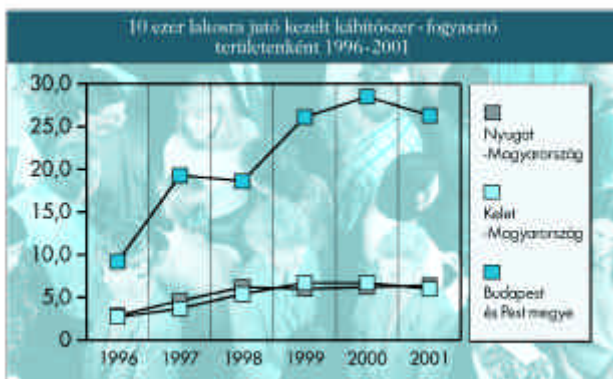
Területi megoszlás

A területi megoszlásra vonatkozó adatok a jelenlegi egészségügyi drogstatistikában minden esetben a kezelőintézmények helyét jelölik. A betegek lakóhelyét a központi feldolgozásra továbbított adatok nem tartalmazzák. A különböző típusú kezelőintézmények eltérnek egymástól abban, hogy átlagosan mekkora területről vesznek fel betegeket. Az addiktológiai gondozók és pszichiátriai osztályok viszonylag sűrűn lefedik az ország és a megyék területét, így vonzáskörzetük valóban a közeli települések lakosságára terjed ki. Eltérő a drogambulanciák helyzete, amelyekből még ma is kevés van, és speciális ellátást nyújtanak. A drogambulanciák a pszichiátrián belül szubspeciális, progresszív ellátást végeznek, ami azt jelenti, hogy az általános pszichiátriai, addiktológiai profillal működő intézmények is ide utalják át a betegeket, ha elérhető közelségben működnek. Így a drogambulanciák vonzáskörzete átnyúlhat a megyehatárokon. A legjobb példa erre Budapest és Pest megye helyzete: az 1996-2001 közötti időszakban Budapesten a 10 lakosra jutó kezelt betegek száma évről évre nagy változásokat mutat, míg Pest megyében szinte változatlan.



(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

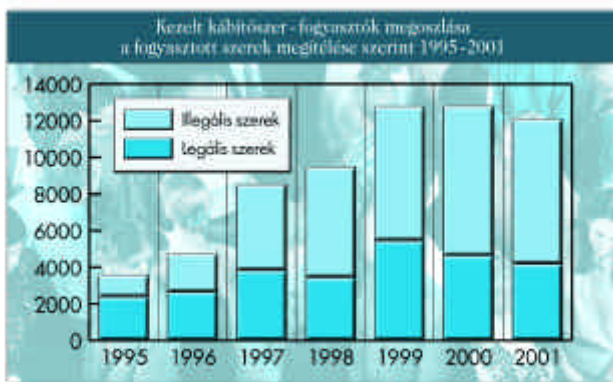
A Kelet- és Nyugat-Magyarországot, valamint Budapestet és Pest megyét ábrázoló diagramról leolvasható, hogy a lakosságszámra vetített kezelt kábítószer-fogyasztók számában nincs jelentős eltérés az ország keleti és nyugati része között. A kiugró különbség Budapest és vonzáskörzete, illetőleg az ország többi része között mutatkozik. Ez a különbség 1996 óta többszörösére nőtt, az utóbbi néhány év adatai azonban arra utalnak, hogy a főváros érintettsége nem fog tovább növekedni.



(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

Kábítószer típusok arányának változásai a kezelt betegek körében

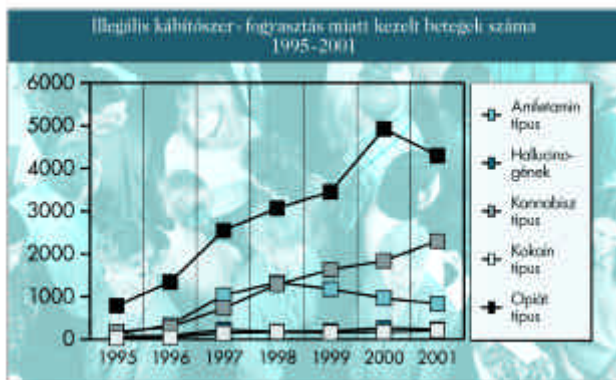
1995-1998 folyamán a kezelésben részesült kábítószer-fogyasztók között egyre nagyobb volt az illegális szereket fogyasztók aránya, míg a legális szereket fogyasztóké lényegében stagnált. 1998-hoz viszonyítva 1999-ben 59%-kal nőtt a legális szereket fogyasztók száma is, de 2000-ben csökkent 15%-kal. 1999-ig ez az összes kezelt beteg számának folyamatos növekedése mellett, 2000-ben pedig változatlan összes betegszám mellett értendő.



(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

Összességében elmondható, hogy 1995 óta az illegális és legális szerek fogyasztása miatt kezelt aránya megfordult: a legális szereket fogyasztók aránya 67%-ról 35%-ra csökkent, míg ezzel párhuzamosan az illegális szerek aránya 33%-ról 65%-ra nőtt. Ez a felcserélődés már 1998-ra megtörtént, és az 1999-es elmozdulás után 2000-ben újra visszaállt az akkor tapasztalt arány, ami az 1995-ös, „kezdeti” állapothoz képest az arányok felcserélődését jelenti.

2001-ben a korábbi évek adataihoz viszonyítva eddig példátlan módon az összes kezelt kábítószer-fogyasztó száma csökkent az előző évhez képest. A csökkenés azonban egyes szerek csökkenéséből és mások növekedéséből tevődik össze.



(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

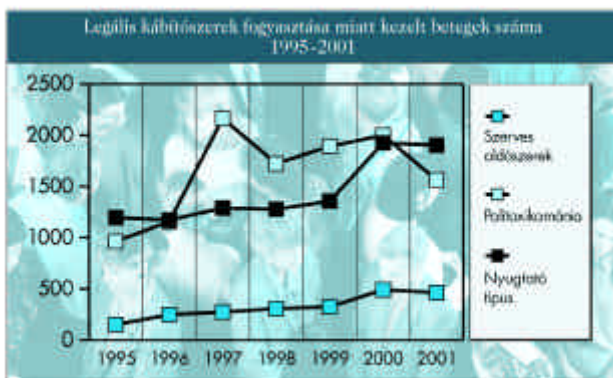
2000-ig az **opiátok** (ópium, heroin, máktea stb.) fogyasztása miatt kezelt betegek száma és aránya folyamatosan nőtt, 1995-ben a kezelt betegek 22%-a volt opiátfogyasztó, 1999-ben már 30%, 2000-ben pedig 39%. 2001-ben a kezelt opiátfogyasztók száma 13%-kal csökkent az előző évhez képest, így most az összes kezelt betegnek 36%-a volt opiátfogyasztó, ami azt jelenti, hogy a csökkenés ellenére az opiátfogyasztók még mindig a kezelt kábítószer-fogyasztók legnagyobb részét teszik ki.

A **kannabisz**- (marihuána, hasis) fogyasztók száma és az összes beteghez viszonyított aránya 2000-ben csak kismértékben nőtt, korábban, 1995 és 1999 között, 5%-ról 13%-ra változott. 2001-ben számuk 25%-kal nőtt az előző évihez képest, és az összes kezelt beteg 19%-át adták, ezzel az opiátfogyasztók után a második legnagyobb csoportot képezik a kezelt betegek között.

Az **amfetamin**fogyasztás miatt kezelt betegek számának korábban tapasztalt növekedése már 2000-ben csökkenésbe fordult át. 1995 és 1999 között az összes kezelt beteghez viszonyítva az amfetaminfogyasztók aránya 3%-ról 11%-ra nőtt, 2000-ben azonban 7,5%-ra esett vissza, 2001-ben pedig tovább csökkent, így most az összes beteg 6,9%-át képezik.

A **kokain**fogyasztók száma 2001-ben az előző évhez képest 20%-kal nőtt, arányuk így az összes kezelt beteghez viszonyítva 1,7%. Az elmúlt évek során ennek a szűk rétegnek az összes kezelt beteghez viszonyított aránya lényegében nem változott.

A **hallucinogének** fogyasztása miatt kezelt betegek aránya az összes beteghez képest szintén mindig csekély volt, számuk 2001-ben 13%-kal csökkent az előző évhez képest.



(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

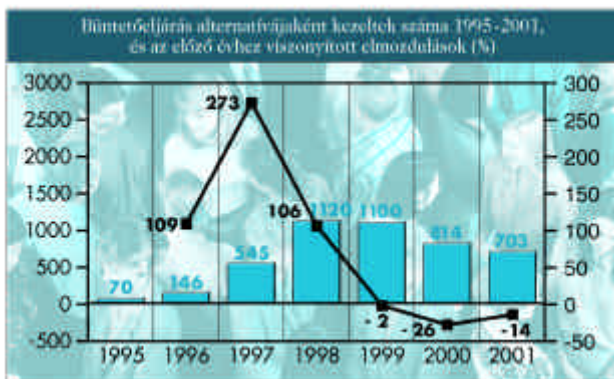
A **szerves oldószereket** fogyasztók száma nőtt az elmúlt évek alatt, de a más kábítószer fogyasztókhoz képest relatíve alacsony. Az összes kezelt beteghez viszonyított arányuk lényegében nem változott, 2001-ben 4% volt. A tavalyi évhez képest az ilyen szereket fogyasztók száma kismértékben csökkent a kezelésben részesültek körében, ennek érdekessége az, hogy kizárólag a nők körében.

A **nyugtatókat, altatókat** visszaélészerűen fogyasztók aránya az összes kezelt beteghez viszonyítva 16%, ami azt jelenti, hogy a legális szerek között ez a legmagasabb arányú, az összes kábítószer között pedig harmadik az opiátok és kannabisz után. 2001-ben az összes kábítószerhez képest a nyugtató típusú szerek fogyasztása miatt kezelt aránya és száma lényegében nem változott.

A **politoxikómia** (nyugtatók, altatók fogyasztása alkohollal) miatt kezelt betegek száma 1995-1997 között több mint kétszeresére nőtt, 1998 óta azonban évről évre jelentős ingadozást mutat. 1998-ban az előző évhez képest 20%-os csökkenés, a következő évben, 1999-ben 10%-os növekedés, 2000-ben 6%-os növekedés volt tapasztalható, 2001-ben pedig számuk újra csökkent 22%-kal. Ennek oka nem ismert, elképzelhető, hogy ebben közrejátszik a politoxikómia fogalmának értelmezése körül tapasztalható zavar is.

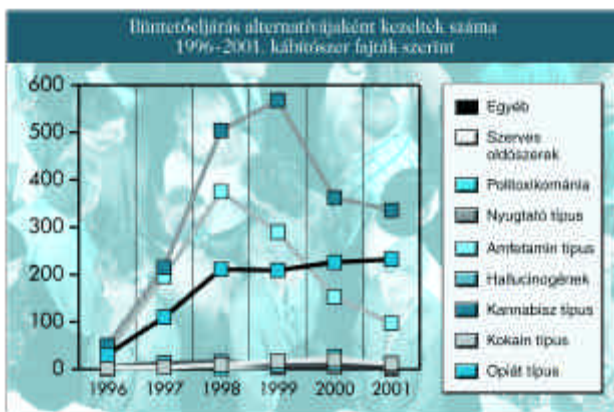
A büntetőeljárás alternatívájaként kezelt betegek számának alakulása

Az elterelő kezelésben részesülő kábítószer-fogyasztók száma 1998-ig az összes kezelt beteg számának növekedéséhez hasonlóan szintén nőtt. 1999-ben kismértékben, 2000-ben azonban jelentős mértékben, 25%-kal visszaesett – az összes betegszám növekedése, ill. stagnálása mellett. 2001-ben számuk tovább csökkent, az előző évhez viszonyítva 14%-kal.



(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték számának csökkenését 2000-ben a kannabisz- és amfetaminfogyasztók körében tapasztalt 36%-os, illetve 45%-os csökkenés okozta, a többi kábítószer tekintetében a kezelték száma az elterelő kezelésben kismértékben nőtt vagy nem változott. 2001-ben a kannabisz és amfetamin fogyasztása miatt büntetőeljárás helyett kezelték számának csökkenése mellett csökkent a kokain és politoxiománia miatt kezelték száma is.



(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték körében a nemek aránya még markánsabb különbséget mutat, mint az összes kezelt beteg körében. A nők aránya 1996-2001 között csak 10-15% volt az elterelő kezelésben részesültek között, míg az összes kezelt betegnek körülbelül 1/3-a.

**A kezelésben részesült kábítószer fogyasztók megoszlása a főbb kábítószer kategóriák és nemek szerint
2001. évben**

FŐBB KÁBÍTÓSZER KATEGÓRIÁK	1. Az év folyamán kezelésben részesült		2. Előzőből (1. oszlopból) új beteg (első alkalommal jelent meg a kezelésben)		3. Összes betegből		4. Büntetőeljárás alternatívájaként kezeltek száma		5. Előzőből (4. oszlopból) a 6 hónapos folyamatos kezelést tárgyában befejezett személyek száma	
	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő
1. OPIÁT TÍPUS	3241	1059	1105	411	242	137	188	78	204	28
2. KOKAIN TÍPUS	150	56	44	19	22	13	9	3	4	1
3. KANNABISZ TÍPUS	1872	429	814	179	122	38	18	1	312	24
4. HALLUCINOGÉNEK	184	52	71	16	16	1	11	2	158	10
5. AMFETAMIN TÍPUS	619	218	277	104	64	37	15	5	78	19
6. NYUGTATÓ TÍPUS	821	1081	244	319	100	88	26	33	2	2
7. POLITOXIKOMÁNIA (nem a fenti kategóriák)	914	649	275	189	110	69	36	25	4	1
8. SZERVES OLDÓSZEREK (inhalánso)	389	75	132	22	27	2	5	2	3	2
9. EGYÉB KÁBÍTÓSZER	166	74	85	36	12	4	2	1	1	1
MINDÖSSZESEN	8356	3693	3047	1295	715	389	290	145	624	79
									290	34

{Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI}

Források:

Porkoláb L. – Grézló O. (2002): Egészségügyi statisztikai adatok a kábítószer-fogyasztásról 2001. Kézirat

3.2. A kábítószer-használattal összefüggő halálozások alakulása

DR. KELLER ÉVA

Legális szerek

A kábítószer-fogyasztással kapcsolatban nyilvántartott halálesetek statisztikai adatainak értékelése rendkívül nagy körületekintést igényel.

A magyarországi droghalálozás az OPNI adatai alapján az elmúlt években közel azonos szinten mozgott. A halálozási regiszter alapját a jelenleg használatos BNO 10-es kódrendszer képezi, a halálozási adatokat szolgáltató intézmények – rendőrorvosok, egyetemek igazságügyi orvostani intézetei és az Igazságügyi Minisztérium szakértői intézetei – adat-szolgáltatása azonban nem egységes szempontok alapján történik. A statisztikai adatok értékelését tovább nehezíti, hogy az intézmények adatszolgáltatásai között átfedések vannak, ezek nem kerülnek ellenőrzésre, hiszen az adatkezelő helynek erre nincs lehetősége.

1999 októberében érvénybe lépett az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvénynek a halottakkal kapcsolatos rendelkezései végrehajtásáról szóló 53/1999. (IX. 24.) BM-EüM-IM együttes rendelet, mely a közterületen bekövetkezett „természetes” – nem rendkívüli – halálozás esetén kórboncolást, s nem hatósági boncolást ír elő. Ez további alapvető problémákat hozott a droghalálozás értékelésében. Jelenleg Magyarországon alig van olyan kórbonctani osztály, ahol az anyagi és tárgyi feltételek adottak egy tájékoztató jellegű toxikológiai vizsgálat elvégzéséhez.

Mindebből következik, hogy hozzávetőleg sem lehet megbecsülni azon esetek számát, ahol végleges halállokként, kórbonctani vizsgálattal vagy anélkül természetes okú megbetegedést jelölt meg a statisztikai adatlapot kitöltő orvos, de a valóságban altatószer vagy más legális szer túladagolása volt a halál oka. Az alábbi táblázatok mindezt alátámasztják, hiszen a 2000. évben 17%-al csökkent az összes kábítószer-fogyasztás miatti halálozás 1999-hez viszonyítva, s ezen csökkenés kizárólag abból adódik, hogy csökkent azoknak a felismert haláleseteknek a száma, ahol a halált altató-nyugtató vagy kombinált gyógyszer túladagolása okozta. Budapesten, értékelve a kialakult helyzetet, az ÁNTSZ, Budapesti Rendőr-főkapitányság Életvédelmi Alosztály és a Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézet közös megegyezése alapján, az Igazságügyi Orvostani Intézet befogad minden elhaltat, s a hatósággal egyeztetve vagy kórboncolás, vagy hatósági/igazságügyi boncolás történik. Ennek eredményeként közel 10%-os emelkedés figyelhető meg ismételt az esetszámban, a 2001-es évben.

Drógok fajtái	1997	1998	1999	2000	2001
Opiát típus	46	23	40	35	39
Kokain típus	-	3	-	-	-
Kannabisz típus	-	-	1	1	-
Hallucinogének	-	1	-	-	-
Amfetamin típus	1	4	1	2	1
Illegális drog összesen	47	31	42	37	40
Nyugtatók	255	210	281	198	214
Polítóxiománia	36	65	4	35	37
Szerves oldószer	1	32	10	9	20
Egyéb kábítószer	-	-	-	-	-
Összesen	339	338	337	280	311

(Forrás: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – OPNI)

Illegális kábítószer

A legális szerek mellett 1995-től megjelentek az illegális szerek is a kábítószer okozta halálozási statisztikában. Az adatok azonban szintén csak fenntartással fogadhatók el. A KSH statisztikai adatszolgáltatás közvetlenül a boncolás után, toxikológiai és egyéb kiegészítő laborvizsgálat nélkül történik. Az OPNI részére megküldött év végi összesítés esetén pedig az utolsó hónapok toxikológiai eredményei még nem állnak rendelkezésre, s ezen eseteknél nagy a valószínűsége, hogy közvetlen halálokként nem a kábítószer, illetve ennek toxikus hatása kerül kódolásra.

A kábítószerrel összefüggő halálozás korrekt értékeléséhez az alábbi szempontokat kell figyelembe venni:

- drog túladagolása
balesetszerű
szándékos
nem meghatározható
- a krónikus droghasználat miatt bekövetkező
- öngyilkosság – droghasználattal összefüggésben, de egyéb módon (magasból ugrás, érfelmetszés stb.)
- baleset drog hatása alatt
- droghasználattal összefüggő betegség
- idegenkezű cselekmény-droghasználat

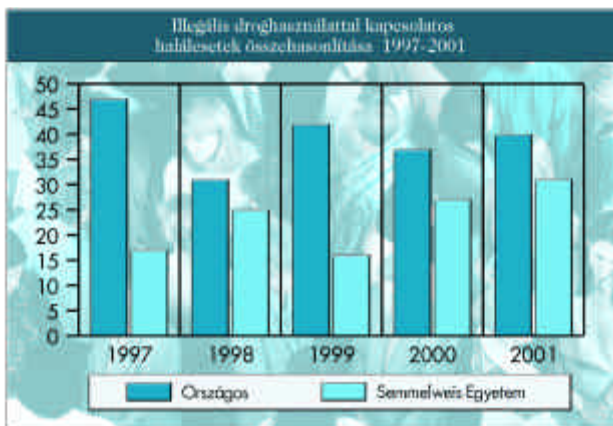
Ezen besorolás azonban igen részletes előzményi adatokat, helyszíni szemlét, s egy-egy boncolási protokollt kíván, finanszírozva a szükséges laboratóriumi vizsgálatokat.

Budapesti droghalálozás 2000-2001

Magyarországon az illegális droghasználat, s így a halálozás is nagy területi szórást mutat. Budapest, mint általában a fővárosok, minden tekintetben kiemelkedő szerepet játszik.

Az illegális kábítószerrel összefüggésben bekövetkező halálesetek 70%-át Budapesten regisztrálták az utóbbi években.

A drogfogyasztás egyik legfontosabb indikátoraként tartjuk számon az illegális kábítószerrel összefüggésben bekövetkező halálozást, ezért szükséges, hogy megismerjük ennek okát és jellegzetességeit.



(Keller, 2002)

A Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézetében* 2000-2001-ben vizsgáltuk az intézetbe bekerült, rendőrhatalóság által elrendelt, vagy általunk a kórboncolás során, ún. illegális kábítószerre gyanús haláleseteket.

Az esetek feldolgozása az alábbiak szerint történt:

- soron kívüli boncolás elrendelése
- boncolási protokoll
- részletes, összes szervet érintő kórszövettan, kiegészítve neuropathológiai vizsgálattal
- laboratóriumi vizsgálatok
 - o toxikológia
 - o vér-vizelet alkohol
- szerológia (vizsgálható esetekben)
 - o HIV
 - o Hepatitis B és C
 - o Luesz
- Társadalmi háttér vizsgálata (interjúkészítés hozzátartozókkal)

A tanulmány validitását adja, hogy a boncolásokat, és a kiegészítő vizsgálatokat 95%-ban ugyanazon személy végzi és értékeli. A teljességre való törekvés nélkül a fontosabb eredményeket ismertetjük.

2000-es évben 32 esetben végeztek boncolást kábítószerrel kapcsolatos haláleset miatt. A 32 esetből 27 esetben pozitív volt a toxikológiai vizsgálat, 5 esetben negatív, de kábító-

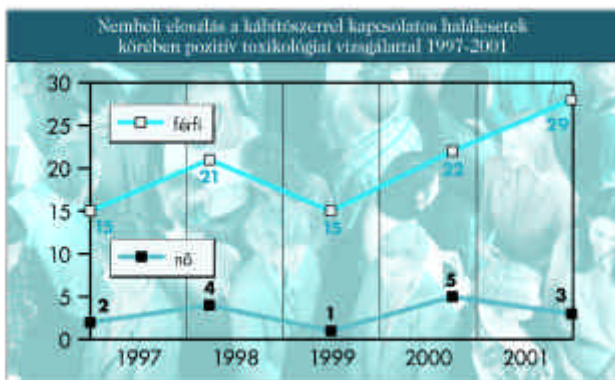
szer szerepet játszott a halál bekövetkeztében, az elhunyt krónikus kábítószer-fogyasztó volt. A toxikológiai vizsgálat minden esetben opiátszármazékot – morfint, kodeint, mono-acetilmorfint – igazolt, egy esetben az opiát mellett THC-származék is igazolást nyert.

Az átlagéletkor 26 év, de a táblázatból látható, hogy a legtöbb eset a 20-29 év közötti korosztályban történt. A következő táblázat a Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézetében 1997-2001 között boncolt illegális droghalálozások koreloszlását mutatja:

életkor	1997	1998	1999	2000	2001
15-19	1	4	2	2	-
20-24	10	11	8	12	15
25-29	4	5	6	9	10
30-34	2	3	-	1	2
35-39	-	-	-	-	2
40-44	-	2	-	-	1
45-49	-	-	-	3	-
50-54	-	-	-	-	-
55-X	-	-	-	-	1
Összesen	17	25	16	27	31

(Keller, 2002)

Az illegális droghasználók között a férfiak nagyobb számban találhatók meg, s ugyanezt tükrözi a halálozási statisztika is, mert a 2000-es évben a vizsgált esetek közül összesen 5 nő volt.



(Keller, 2002)

Az alkoholfogyasztás az illegális kábítószer-használókra a 2000-es évben nem volt jellemző, egy esetben lehetett csak igen enyhe fokú alkoholos befolyásoltságot megállapítani, a többi eset mind negatív eredménnyel zárult.

A szerológiai vizsgálat során HIV-pozitivitást nem észleltek. A HCV szűrés 5 esetben adott pozitív eredményt, s 2 Luesz pozitív esetet találtak.

2001-ben 42 személy került boncolásra kábítószerrel kapcsolatos haláleset miatt.

Ezek közül **32** esetben kaptak pozitív toxikológiai vizsgálatot a kutatók, **10** esetben a toxikológiai vizsgálat negatív volt, de a körülmények, illetve az anamnézis alapján feltételezni lehet a kábítószerrel kapcsolatos halálesetet. Ide sorolták az ismert kábítószer-élvezők öngyilkosságait, negatív toxikológiai eredménnyel (akasztás, magasból ugrás, gyógyszer), illetve azokat az eseteket, amikor a megtalálási körülmények túladagolásra mutatnak (a helyszínen fecskendő, citrompótló, kormos kanál, barna por jelenléte), de a toxikológiai vizsgálat mégis negatív lett.

A koreloszlás 20-46 évig terjed, az átlagéletkor 25 év, 3 kivétellel mind férfi volt az elhalt.

A toxikológia 29 esetben opiátszármazékot, 2 esetben kokaint, és egy esetben szerves oldószert mutatott ki.

A jellegzetes hazai vonás, miszerint a heroinhasználók gyakorlatilag nem fogyasztanak alkoholt, megőrní látszik a 2001-es évben, amikor is növekedett azon illegális kábítószer-fogyasztók száma, akiknél a vér-vizelet alkoholkoncentráció az enyhe közepes szintet érte el. A tapasztalatok szerint az illegális drogfogyasztók közül a heroint használók a szer abbahagyása után legális drogfogyasztókká válnak, s sokszor választják az alkoholt, a kábítószer után.

A 32 személyből 21-nél, a 11 személy közül 3-nál, azaz a 42 személyből 24-nél sikerült szerológiai vizsgálatot végezniük.

HCV-fertőzöttséget 8 esetben lehetett kimutatni, mindegyiknél pozitív volt a toxikológia. Ez **30%-os** fertőzöttséget jelent a vizsgált anyagban.

Hepatitis B elleni oltásban részesült 3 személy, lezajlott hepatitis B fertőzése 4 személynek volt. Krónikus vagy akut fertőzésre 2 esetről utalt a vizsgálat. HIV-fertőzés nem volt kimutatható.

A patológiai elváltozások közül említést érdemel a szív megnagyobbodása, korai szívkorosorúér-elmeszesedés, a szívizmon belüli erek érintettsége, a májban észlelt krónikus és akut gyulladásos elváltozások HCV-fertőzéssel vagy a nélkül, a szívbillentyű akut gyulladása fertőzések következtében, s az agyban a krónikus agyi oxigénhiányos állapot jelei.

Figyelmet érdemel még, hogy az egyik krónikus heroinhasználónál az agyban talált elváltozás (substantia nigra degenerációja) felvetette annak gyanúját, hogy az elhalt olyan szintetikus heroint adott be régebben, ismeretlen időpontban magának, mely ún. MTPT-t (N-metil-4-fenil 1,2,3,6 tetrahydropyridin) neurotoxint tartalmazott. Az MTPT hosszú távú hatása, hogy parkinsonizmust okoz. A retrográd anamnézis során azonosíthatóak voltak a parkinsonizmus tünetei.

A kétéves vizsgálat alapján megállapítható, hogy Budapesten az illegális drogfogyasztással összefüggésben bekövetkező regisztrált halálozás szinte kizárólagosan opiát/heroin intravénás használatával összefüggésben jött létre. Felveti azonban a kérdést, hogy – más országokkal összevetve – adataink valósak-e, vagy a hirtelen halálozások esetén el nem végzett toxikológiai vizsgálatok miatt találkoztunk csak opiát/heroin-halálozással? Nehezen képzelhető el, hogy egyáltalán nem létezik „diszkrét-drogok” következtében vagy azok hatása alatt bekövetkező elhalálozás hazánkban. Ez teljesen ellentmond a külföldi tapasztalatoknak. A tényleges vagy megközelítő eredmények eléréséhez alapvető fontosságú legalább a

40 év alatti korosztály váratlan vagy hirtelen, illetve egyéb erőszakos halállal elhunyt esetének toxikológiai szűrése.

A vizsgálati anyagokban talált patológiai elváltozások felhívják a figyelmet arra is, hogy a kábítószeresek közvetlen akut hatásán kívül hosszú távú következményekkel is számolni kell, ezért szükséges az illegális drogfogyasztók egészségi állapotának szoros nyomon követése. A szervi, szív-, máj-, agyvelváltozások befolyásolják a társadalomba való visszailleszkedését, munkaképességüket, s kihatnak a jövő generációjára is.

A szerológiai vizsgálati eredmények alapján az is megállapítható, hogy szükséges a fiatal korosztályt elérő oktatások továbbfejlesztése, különös tekintettel a hátrányos helyzetű gyermekekre, s nem utolsósorban több ingyenes szűrőállomás létesítésére.

Források:

*A Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézetének tanulmánya az OTKA T32227 és az FKFP 0114/2000, valamint az Ifjúsági és Sportminisztérium támogatásával készült.

Keller É. - Horváth M. (2002): A kábítószer-használattal összefüggő halálozások alakulása. Kézirat

3.3. Az intravénás droghasználat fertőzőési kockázatai.

DR. BÁNHEGYI DÉNES – DR. UJHELYI ESZTER – DR. ZACHER GÁBOR

Az intravénás kábítószer-használat (IKH) legfőbb halálozási kockázatai a különböző fertőzések okozta halálos kimenetelű szövődmények (Klatt 1990). Ez részben az IKH kövekezményeként kialakuló szokatlan fertőzések eredetű kórképekben, részben pedig vérrel terjedő krónikus vírusfertőzésekben nyilvánul meg. Ez utóbbiak előfordulási gyakoriságának monitorozása egy drogos közösségben alkalmas az intravénás kábítószer-használók arányának, illetve a fertőzött tű, fecskendő közös használatának a megbecsülésére. Ez utóbbi tény tette indokolttá, hogy az EMCDDA a vér útján terjedő krónikus vírusfertőzéseket felvette a kulcsindikátorok közé.

Az intravénás kábítószer használat számos infektológiai kockázatot rejt magában, mely részben az felhasznált, nem steril anyagokkal – tű, fecskendő, kábítószer, dezinficiálás hiánya –, részben ismételt fertőzött, vérrel szennyezett anyagok használatával függ össze. Az IKH-k fertőzéseinek kezelése számos kihívást jelent a klinikus számára, hiszen az aktuális fertőzés (infekció) kezelése mellett a felmerülő pszichoszociális helyzetet is el kell fogadni. Ezek a betegek nehezen illeszkednek bele az őket ellátó egészségügyi intézményekbe, különösen kórházi osztályokba. Az IKH-k általában antiszociális személyiségek, gyakran ellenkeznek a személyzet utasításaival, kábítószert vagy egyéb gyógyszert keresnek, és a kezelés befejezése előtt önkéntesen elhagyják az intézményt (Nicolini és Rubinstein 1991). Segít ezeknek a problémáknak a megoldásában, ha a klinikus megbeszéli a beteggel a kezelési tervet, milyen kezelést, mennyi ideig kell alkalmazni, talán a legfontosabb, hogy ha a beteg nem tudja elfogadni az absztinenciát, akkor azt nem szabad erőltetni (Samet és mtsai 1998)). Ilyen esetekben a legfontosabb cél az infekció meggyógyítása. Tudomásul kell venni, hogy a betegeknek erős fájdalomérzéseik lehetnek, és nem csak megjárják azt, hogy erős fájdalomcsillapítókhoz jussanak. A fertőzések, elsősorban a bakteriálisaké, diagnosztikája sok esetben nehéz, lázas reakcióval járhatnak az intravénásan adott kábítószerekben, pl. heroin lévő adalék és toxikus anyagok. Az IKH-k gyakran használnak különböző antibiotikumokat, melyeket nem az aktuális fertőzésükre írt fel az orvos. Ezek általában nem adekvátak, a kezelés időtartama sem megfelelő, azonban arra alkalmasak, hogy a bakteriális tenyésztést megnehezítsék, illetve gyakori a rezisztens kórokozó, mint methicillin-rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA) (Marantz és mtsai 1987). Természetesen az IKH-k között előfordul megváltozott immunitású személy is, elsősorban a HIV fertőzötteknél. Az injekciós kábítószer-használat nem változtatja meg lényegesen a humorális immunitást, valamelyest csökkenti a celluláris védekezést, de ez utóbbi klinikai jelentősége nem bizonyított (Martinez és Watson 1990).

Bőr és lágyrészfertőzések

Az injekciózás helyén kialakuló heges vénakötegek, esetenként thrombophlebitis, pyophlebitis mellett a cellulitis a leggyakoribb lágyrész fertőzés. A fájdalmas duzzanat könnyen felismerhető, gyakran kíséri magas láz, bakteriaemia. Általában a felső végtagokon jelentkezik, ritkán a mélyebb rétegekbe is áttérjed, tályogokat hozva létre. Súlyos szövődménye a mediastinitis, illetve az ereken kialakuló ún. mycotikus aneurizmák. A leggyakoribb kórokozók a *Staphylococcus epidermidis*, *aureus*, ritkábban *Streptococcus*, vagy Gram negatív baktériumok (Peterson és mtsai 1991). A drogok okozta vazospazmus, gyakran vezet kiterjedt lágyrész elhalásokhoz, melyek másodlagosan is fertőződhetnek, melyekből a *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *E. coli* törzsek izolálhatók.

IKH-k endocarditise

A tünetek általában 1-2 hét alatt fejlődnek ki. Gyakorlatilag mindig lázzal kísért, általában jelentősen különbözik az egyéb bakteriális endocarditisektől, nincs előzetes szívbetegség, billentyű elváltozás, és az esetek felében a tricuspidalis billentyűn jelentkezik, mely egyébként rendkívül ritka. Hallgatózási lelet szegényes, vagy nincs, gyakran kíséri köhögés, vérköpés, fulladás, mellkasi fájdalom, tüdőembolizáció. Általános tünetei közül a láz, anaemia, haemolysis emelhetők ki. Az aorta és bicuspidalis billentyű részvétele 25-30 %-os (Wallace és mtsai 1986). A diagnosztikájában rendkívül fontos szerepet játszik a mintegy 80-100 %-ban pozitív haemokultura, mely éppen a kórokozók változatossága és rezisztenciája miatt kiemelkedő jelentőségű. Az esetek mintegy felében *Staphylococcus aureus* a kórokozó, ezen kívül *Streptococcus*, *Pseudomonas*, *Candida* törzsek lehetnek kórokozók, esetleg polimikrobás is lehet a fertőzés.

Tüdő elváltozások

A tüdőt érintő elváltozások rendkívül gyakoriak az IKH-k körében, melyek részben fertőzése, részben nem-fertőzőes eredetűek. A beadott heroin „hígító anyagai” pl. talcum okozta mikroembolizációjának következtében kialakult következményes fibrozis. A heroin túladagolás tüdőödémával járhat, mely az alveolo-capillaris átteresztőképesség fokozódása következtében jön létre, gyakran kíséri láz, leukocytosis. A bakteriális contamináció okozta infekciók az aspirációs pneumonia, tüdőtályog, szepsztikus tüdőembólia, stb (Levin és mtsai 1986). Tünetei közül a köhögés, fulladás, mellkasi fájdalom, láz, gennyes köpetürítés, csökkent vitálkapacitás a legfontosabbak, melyeket gyakran kísér leukocytosis, pleura exsudatum. Jellegzetes lehet hallgatózási lelet és a radiológiai kép. *Staphylococcus aureus*, *epidermidis*, a leggyakoribb kórokozó, de lehet anaerob is. Mindezek mellett fontos annak figyelembe vétele, hogy „hagyományos” pneumonia (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*) is gyakran társul az IKH-k életviteléhez. Hajléktalanság, rossz szociális viszonyok, HIV társfertőzés elősegítik a tüdő TBC kialakulását (Cherubin 1971).

Osteomyelitis

Viszonylag ritka szövődménye az injekciós kábítószer használatnak, haematogen szórás útján keletkezik (Selwyn és mtsai 1989). Jellemzője a csigolya lokalizáció, elsősorban az ágyéki szakaszon. Tünetei közül a helyi fájdalom, hőemelkedés, láz, általános tünetek, fáradékonyság, fogyás, éjszakai izzadás, esetenként leukocytosis említhetők. A hagyományos rtg mellett, scintigraphia, CT, MRI segíthetik a folyamat lokalizációját és a kezelés eredményességének követését.

Vascularis szövődmények

A leggyakoribbak az injekciózásakor használt vénák thrombosisai, asepticus és septicus gyulladásai, ez utóbbiaknál pyothrombosis kialakulása. Súlyos szövődmény a perivascularis haematomák fertőződése következtében kialakuló tályogok másodlagos ráterjedése az artériákra, mely következtében mycoticus pseudoaneurisma, aneurisma alakulhat ki. Jellemzője a fájdalmas, lüktető duzzanat, láz, összetéveszthető lágyrész tályoggal és sebészeti feltárása súlyos, életveszélyes vérzéssel járhat.

Egyéb bakteriális és gombás szövődmények

A léptályog elsősorban a bakteriális endocarditis szövődményeként alakul ki, de lehet önálló is, lágyrész fertőzés kíséretében fellépő bakteriaemia eredménye is. Gyakran kíséribal mellkasi exsudátum, megoldása általában splenectomia. A központi idegrendszeri szövődmények, elsősorban agytályogok diagnosztikája gyakran bonyolult feladat, a tüneteket elfedhetik a kábítószer okozta idegrendszeri elváltozások. Képalkotó eljárások (CT, MR) segíthetnek a diagnosztikában, a liquor kép gyakran negatív. Az esetek negyede endocarditis szövődményeként alakul ki, de viszonylag gyakori az önálló, gombák (Aspergillus), Noracdia törzsek által okozott tályogok (Chandrasekar és mtsai 1986). HIV társfertőzésben számítani kell Toxoplasma gondii, Cryptococcus neoformans okozta szövődményekre is. Az IKH-k legsúlyosabb szemészeti szövődménye az endophthalmitis, melyben a kórokozó gyakran gomba (Candida, Aspergillus törzsek).

Vér útján terjedő vírus betegségek

Számos vírus fertőzés vihető át vér közvetítésével, pl. CMV, EBV, azonban klinikai jelentősége tulajdonképpen három vírus átvitelének van, ez a hepatitis B és C (HBV, HCV, HDV) és a humán immundeficiencia vírus (HIV).

Epidemiológia

Nemzetközi epidemiológiai adatok alapján a HBV és különösen a HCV átfertőzöttsége egy adott intravénás kábítószer-használó (IKH) közösségnek 70-90%-os is lehet. Egyes országokban, ahol elterjedt az IKH, jelenleg a HIV-fertőzések/AIDS-betegség 40-60%-a közvetlenül az IKH-ra vezethető vissza, pl. Olaszország (62,5%), Spanyolország (65,3%), Portugália (44,4%) stb. Másodlagos HIV-fertőzési forrást jelent, hogy az IKH-hoz gyakran

prostitúció társul, és másodlagos, heteroszexuális fertőzések alakulnak ki, melyek a széles kliensi közösséget érintik. A nők körében az IKH-hoz társuló HIV-fertőzés a veleszületett HIV-fertőzött csecsemők számának növekedését eredményezi (HIV/AIDS Surveillance in Europe 1998).

A HIV epidemiológiája drámaian változott térségünkben, mely az IKH-k számának ugrás-szerű növekedésével hozható összefüggésbe. Ukrajnában, Moldáviában, Oroszországban, a balti államokban „HIV robbanásról” beszélhetünk. A jelenleg rendelkezésre álló, hiányos epidemiológiai adatok alapján Ukrajnában a HIV-fertőzések száma az 1994-es néhány száz esetről 100 ezerre emelkedett, melyért szinte kizárólag az IKH tehető felelőssé. Ismertek olyan adatok, melyek szerint egy IKH közösségben az 1% körüli HIV-fertőzöttség 52%-ra nőtt 12 hónap alatt. Ebben a járványban három HIV-1 szubtypust sikerült izolálni, melyek felelősek a fertőzésekért, ezek egy HIV-1 A, B, illetve e kettő rekombináns változata, HIV-1. A járvány másodlagos terjedéséért a kábítószer-használathoz kapcsolódó prostitúció, valamint a fertőzött anyák fertőzötten születő csecsemői (mintegy 25-30%-ban) is hozzájárulnak. Egy a HIV-fertőzéshez hasonló hepatitis B és C járvány kialakulása is feltételezhető, bár erre vonatkozó adatok hiányosak (UNAIDS/WHO Report 1998).

Az Európai Unió országaiban az EMCDDA ajánlása alapján 2001-ben új típusú jelentési rendszert vezettek be. Németországban a diagnosztizált hepatitisek központi regisztrálásra kerülnek, a hepatitis típusa, a fertőzés módja, a klinikai súlyosság szerint. Az intoxikáció miatt kezelt drogosok 2%-a HbsAg, 52%-a anti-HBc, 62%-a anti-HBs és 66%-a anti-HCV, valamint 3,3%-a anti-HIV-pozitívnak bizonyult. Belgiumi járóbeteg-vizsgálatban az IKH-k körében az anti-HBc-pozitivitás 43%, az anti-HCV-pozitivitás 80%, az anti-HIV-pozitivitás pedig 6% volt. Svédországban a diagnosztizált HCV-fertőzöttek 67%-a IKH (16). Görögországban az IKH-k 5-6%-a HBV-fertőzött, és mintegy 60-os a HCV-fertőzöttség, míg Spanyolországban az IKH-k HCV-átfertőzöttsége 88% (EMCDDA Report 2001).

Magyarországon már évekkel ezelőtt sor került ennek a rizikócsoportnak vizsgálatára. A vizsgálatokat vér- és nyálmintából végezték el a kutatók, anonim és önkéntes módon (Ujhelyi 1997, Ujhelyi-Szomor 2000). A vizsgálatban több mint 30 drogambulancia vett részt. 1996-97-ben 126 nyálmintánál, és 188 vérmintánál végeztek el a vizsgálatokat. A nyálminták 67 férfi és 40 nőbetegtől, valamint 9 ismeretlen betegtől kerültek vizsgálatra anonim módon. Az életkor megjelölés meglehetősen hiányos volt, 1 minta származott 13 év alatti, 12 minta 15-19 év közötti, 36 minta 20-24 év közötti, 11 minta 25-29 év közötti, 6 minta 30-34 év közötti, 2 minta 35 évnél idősebb és 77 minta ismeretlen korú intravénás drogfüggőtől. (Ezek a minták a fent említett 30 drogambulanciáról érkeztek be.) 1996-97 között az Erzsébet Kórház Toxikológiai Osztályáról 188 vérminta érkezett. Ezek a betegek túladagolt, intoxikált intravénás drogfüggők voltak. 14 év alatti beteg nem volt, 34 15-19 év közötti beteg volt (közülük 29 férfi, 1 nő, 4 ismeretlen nemű). A 20-24 éves korosztálynál 67 beteg mintája került beküldésre (56 férfi, 11 nő), a 25-29 éves korosztályból 38 betegtől küldtek be mintát (33 férfi, 5 nő) a 30-34 éves korosztálynál 22 minta került beküldésre (18 férfi, 4 nő), a 35 év feletti korosztálynál pedig 22 betegtől kaptunk

mintát, (12 férfi, 9 nő, 1 ismeretlen nemű). Az 5 ismeretlen korú intravénás drogos közül 2 volt férfi és 3 nő. Sem a nyál-, sem a vérminták esetében nem találtunk HIV-fertőzöttet, a nyálminták esetében nem találtunk hepatitis B felszíni antigént, ezzel szemben a vérminták 4,4%-nál fertőző hepatitis B felszíni antigént tudtak kimutatni. Mind a nyál-, mind a vérmintáknál a vizsgált minták 16%-ánál HCV-fertőzöttséget igazoltak. A vérminták esetében azt találták, hogy vizsgált a 15-19 éves korosztály 24%-a, 20-24 éves korosztály 9%-a, vizsgált 25-29 éves korosztály 24%-a, a vizsgált 30-34 éves korosztály 36%-a, a 35 év feletti korosztály 23%-a volt HCV-fertőzött (Ujhelyi, 1997).

1998-99-ben a vizsgálatok megismétlésekor a vizsgálatok elsősorban nyálmintából történtek. Ebben a vizsgálatban az Erzsébet Kórház Toxikológiai Osztálya nem vett részt. 335 nyálminta érkezett vizsgálatra, egy, a drogfogyasztási szokásokat analizáló kérdőívvel együtt, és 55 vérminta a Belvárosi Tanoda diákjaitól (itt viselkedési zavarokkal küzdő, elsősorban drogos fiatalokat vizsgáltak). A 335 nyálminta 224 férfitől, 99 nőtől és 12 ismeretlen nemű betegől származott. Nem volt 13 év alatti, 1 beteg (nő) volt 13-14 év közötti, 34 beteg (19 férfi, 15 nő) volt 15-19 év közötti, 141 drogfüggő volt 20-24 év közötti (105 férfi, és 36 nő), a 25-29 éves korosztályba 78-an tartoztak (59 férfi, 19 nő). A 30-34 éves korosztályban 32 voltak (23 férfi, 9 nő) és a 35 év feletti korosztályba 37 beteg tartozott (18 férfi és 19 nő). Ebben a vizsgálat sorozatban sem találtak HIV-fertőzöttet, 1% alatt volt a HBsAg-pozitívák száma, és 33 esetben volt egyértelmű HCV-pozitív eredmény, míg 5 beteg esetében az eredmények nem voltak egyértelműek. Tehát ebben a sorozatban, ahol nem csak intravénás drogfüggők kerültek vizsgálatra, a vizsgáltak 10%-a volt HCV-fertőzött. (A 15-19 éves korosztály 3%-a, a 20-24 éves korosztály 3%-a, a 25-29 éves korosztály 12%-a, a 30-34 éves korosztály 28%-a, a 35 év feletti korosztály 16%-a.) (Ujhelyi-Szomor, 2000)

Jelen vizsgálatok

Vizsgált személyek:

2001-ben IKH-któl nyert összesen 433 minta vizsgálatát végezték el (Bánhegyi-Ujhelyi-Zacher, 2002).

2001-ben az ISM támogatásával újabb vizsgálatot indítottak el, melyet jelentősen motivált a Kelet-Európából folyamatosan kapott ijesztő HIV/hepatitis-fertőzöttségi eredmény. Az intravénás droghasználók – elsősorban heroinfoasztók – száma állandóan emelkedik, de az új drogtörvény bevezetése miatt bujkáló életmódot folytatnak, így nagyon nehéz megközelíteni őket.

1. A három hónap alatt elvégzett vizsgálat során (2001. február-május) 136 vérmintát kaptunk az Erzsébet Kórház Toxikológiai Osztályáról. Ezeket a túlادagolt, eszméletlen intravénás drogbetegeket minden esetben a mentő szállította be intoxikálásra, anamnéziséjükben több éves intravénás drogos karrier szerepelt. 2001 végéig 320 túlادagolt, eszméletlen intravénás drogbeteg került vizsgálatra.
2. A 3 hónapos periódusban a Pécsi és a Budapesti Drogambulanciáról 60 intravénás drogfüggő nyálmintáját kaptuk meg. Ezek a betegek rendszeresen látogatják a drogam-

bulanciákat, kezelésben, gondozásban részesülnek. Mivel „irtóznak” a mások által végzett tűszúrástól, tőlük csak nyálminta vehető le, speciális nyálmintavevő alkalmazásával.

3. A program kiterjedt olyan intravénás heroinfüggőkre is, akik rejtőzködő életmódot folytatnak, semmilyen egészségügyi rendszerben nem jelennek meg.

Őket szociális munkások, elsősorban volt kábítószerezések keresték meg, és bírták rá arra, hogy járuljanak hozzá a mintavételhez. Tőlük is csak nyálminta volt nyerhető.

A 3 hónapos vizsgálati idő alatt 57 intravénás drogos megkeresése történt Budapesten, Szegeden és Pécsen.

Mivel csak az Erzsébet Kórház tudott adatokkal szolgálni, a nem és kor szerinti megoszlást ennél a 136 betegnél tudták elvégezni. A maradék 184 beteg feldolgozása folyamatban van, a vizsgálati periódus egy éves lezárásakor lesznek az adatok kompletek. A túlada-golt drogfüggők 74%-a volt férfi, 26%-a nő.

A kor szerinti megoszlás elég ijesztő képet mutat. A túlada-golt intravénás drogbetegek közel fele a 20-24 éves korosztályba tartozik, a férfi-nő arány 2:1. A 35 év feletti drog-osok között ebben a vizsgálatban nőbeteg nem fordult elő. Az adatokból egyértelműen leol-vasható, hogy minél fiatalabb a korosztály, annál nagyobb az érintett betegek száma. Másik fontos tény, hogy igen magas a nagyon fiatal, 13-19 éves intravénás drogbeteg száma, és itt elsősorban fiatal fiúkról van szó. Ez, összehasonlítva az 1996-97-es, valamint az 1998-99-es adatokkal, jelentős eltérést mutat.

Vizsgálati protokoll

Akut HBV-fertőzés után a laboratóriumi körülmények között a HBsAg, azaz a felszíni anti-gén a 8-24. hét között mutatható ki. Az ellenanyagok közül legelőször a magi fehérje ellen ter-melődött ellenanyag jelenik meg, mégpedig a fertőződés utáni 11-12. héttől. Ez az ellenanyag minden HBV-fertőződés után egy életen át végig kimutatható. A felszíni antigén ellen termelő-dött ellenanyag, az aHBs, a fertőződést követő kb. 26. héttől mérhető, amikor az antigén már nem mutatható ki. Ez az ellenanyag is megmarad egész életen át. HBV elleni vakcináció eseté-ben azonban csak az anti-HBs mérhető, anti-HBc soha. Krónikus HBV-fertőzés esetében a fel-színi antigén és az anti-HBc ellenanyag szinte egy időben jelenik meg, és egy életen át egymás mellett kimutatható. Krónikus fertőződés esetén anti-HBs ellenanyag soha nem mérhető.

A programban mind a vér, mind a nyálmintákból az alábbi vizsgálatokat végeztek el: HIV-ellenanyag-vizsgálat (anti-HIV), HCV-ellenanyag-vizsgálat (anti-HCV), HBV felszíni antigén vizsgálata (HbsAg), anti-HBc és anti-HBs vizsgálata annak érdekében, hogy elkülöníthessék az akut, a lezajlott fertőzéseket, és igazolják az eredményes vakinációt. Az elsődleges vizs-gálatok ELISA módszerrel történtek, ahol szükséges volt, ott egyéb differenciáló, megerő-sítő vizsgálatot végeztek.

Eredmények

A 136 vérmintánál konfirmáltan HIV-pozitív eredményt nem kaptak a kutatók. Az intoxikált intravénás drogosok 28%-a volt HCV-pozitív (szemben a korábban mért 16-17%-

kal). A vizsgáltak 1,4%-nál bizonyították az akut HBV-fertőződést. A nők 13, a férfiak 8%-ánál igazolták a korábban lezajlott HBV-fertőződést. – A májustól decemberig tartó periódusban jelentősen emelkedett a HCV-pozitívák száma, az év elején mért 27-28%-os pozitivitás 31%-ra emelkedett!

A vizsgált drogosoknak csak 7,3%-a volt hepatitis B ellen vakcinálva.

A 136 intoxikált intravénás drogos 3,6%-a nemcsak HBV-fertőzésen esett át korábban, hanem HCV-fertőzött is. Másfépp megközelítve: a 13 korábban hepatitis B fertőzésen átesett intravénás drogbeteg közül 5, azaz 38%-uk hepatitis C vírussal is fertőződött.

A HCV fertőzöttség előfordulása a túladagolt, intravénás heroinfüggőknél elgondolkodtató képet mutat. A 13-19 év közötti nők 25, a férfiak 40%-a HCV-fertőzött, míg a 30-35 év közötti nők 50%-a, a férfiak 10%-a HCV-pozitív. Az adatok alapján úgy tűnik, hogy minél idősebb korosztályba tartoznak a nők, annál nagyobb gyakorisággal fordul elő náluk a HCV-pozitivitás, míg a férfiaknál ennek inkább az ellenkezője figyelhető meg.

Összesítve a 386 intoxikált drogbetegnél az alábbi eredményeket kapták:

0/386 HIV-fertőzött, 104/386 (27%) HCV-pozitív, 11/386 (3%) HBsAg-pozitív, 68/386 aHBs-pozitív, 75 /386 aHBs-pozitív. Ez azt jelenti, hogy 11 drogos (3%) akut HBV-fertőzött volt, 68-an (18%) korábban átestek HBV-fertőzésen, és csupán 7-en (azaz 2%) voltak a HBV ellen vakcinálva (Hasonló korú főiskolás kontrollcsoportnál a vizsgáltak 99%-a volt HBV ellen vakcinálva.) (Ujhelyi 2001). Az adatokat a korábbi vizsgálatokkal összehasonlítva mutatja a következő táblázat:

	szám	minta	anti-HCV	HBsAg	anti-HIV
1966/67	146	savó	17%	4%	0
1966/67	182	nyál	16%	4%	0
2000	140	nyál	30%	6%	1*
2000/01	506	savó	30,6%	4,3%	0

Következtetések

- A heroinélvező intravénás drogfüggők száma nemcsak, hogy fokozatosan emelkedik Magyarországon is, hanem egyre fiatalabb korosztálynál figyelhető meg.
- A HCV előfordulása a 13-19 éves korosztálynál a leggyakoribb. (A kép teljesen megváltozott 1996 óta!) Ennek oka az, hogy nem észlelik a közös tű és fecskendő használatának a veszélyét, és ezért a „drogbelövéseket” közösen, egy felszereléssel végzik. A jövőben a primer prevenció programoknak elsősorban ezt a korosztályt kellene megelőznia!
- Az intravénás drogfüggők a szexuálisan legaktívabb korosztályba tartoznak, és sajnos nem realizálják, hogy ezek a fertőzések szexuális úton terjednek.
- És végül, az egyik legfontosabb megfigyelés az, hogy ennél a korosztálynál, és ennél a rizikócsoportnál a hepatitis B elleni vakcináció elenyésző (2%). A HBV vakcinációs programot a rizikócsoportoknál sokkal intenzívebbé és hatékonyabbá kellene tenni.

- Az IKH-k fertőzési szövődményeinek csökkentésére szolgálnak az ún. „ártalomcsökkentő” programok. Ezek közül az ún. „túcsereprogram” előnye nem csupán a steril tű/fecskendő adása, hanem elsősorban a vérrel szennyezett eszközök begyűjtése, a kliensek injekciós szokásainak javítása (sterilitás), valamint felvilágosítás, tanácsadás, esetleg szubsztitúciós programok irányában terelése a fő cél. A metadon fenntartó kezelés előnye az IKH szocializálása mellett a fertőzési szövődmények kizárása. Az egészségügyben megforduló IKH-knál fontos szempont lehet a tájékoztatási beleegyezés után végzett szerológiai vizsgálatok (HBV, HCV, HIV) elvégzése, HBV-szeronegativitás mellett az aktív védőoltás kiszolgáltatása. Mindezek megvalósításához részletes szakmai protokollok kidolgozására van szükség, melyekben figyelembe kell venni az infektológiai szempontokat is.

Források:

- Bánhegyi D., Füst Gy. (1998): A HIV-betegség kezelése antiretroviralis szerekkel. *Lege Art Med* 8:584-595.
- Chandrasekar P.H., et al. (1986): Bone and joint infections in intravenous drug abusers. *Rev Infect Dis* 8:904-910.
- Cherubin C.E. (1971): Infectious disease problems of narcotic addicts *Arch Intern Med* 128:309-316.
- Desmet JV, et al. (1994): Classification of viral hepatitis. Diagnosis, grading and staging. *Hepatology* 19:1513-1520.
- EMCDDA Report (2001), Lisszabon, 2001.11.30. -12.02.
- HIV/AIDS Surveillance in Europe (1998), 1998/2.
- Johnson J.R., et al. (1983): Mycotic aneurism: New concepts in therapy *Arch Surg* 118:577-587.
- Klatt E.C. et al (1990): *Journal of Forensics Sciences* 35:1143-48.
- Levin D.P., et al. (1986): Bacteremia in narcotic addicts at the Detroit Medical Center: II. Infectious endocarditis. A prospective comparative study. *Rev Infect Dis* 8:374-395.
- Marantz P.R., et al (1987): Inability to predict diagnosis in febrile intravenous drug abusers. *Ann Intern Med* 106:823-828.
- Martinez F., Watson R.R. (1990): Effects of cocaine and morphine on IgG production by human peripheral blood lymphocytes in vitro. *Life Sci* 47:59-64.
- Nicolini R., Rubinstein R. (1991): Psychiatric aspects in the management of the hospitalized Intravenous drug abuser. In Levine DP, Sobel JD, eds. *Infections in Intravenous Drug Abusers* New York, Oxford University Press, 68-80.
- Peterson P.K., et al (1991): Opiates, human peripheral blood mononuclear cells and HIV. In Friedman, et al. *Drugs of Abuse, Immunity and Immunodeficiency*, New York, Plenum press, 171-178.
- Samet J.H., et al (1998): Hospitalization decision in febrile intravenous drug abuser (1990) *Am J Med* 89:53-57.
- Selwyn P.A., et al. (1989): A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 320:545-550.
- Shehab T.M., Moselay R.H. (1998): Viral hepatitis. *Curr Opin Gastroenterol* 14:228-233.
- Szomor K., Ujhelyi E. (2000): WHO jelentés
- Ujhelyi E. (2001): EMCDDA konferencia. Előadás. 11.30-12.02., Lisszabon
- Ujhelyi E. (1997): A Nemzeti AIDS Bizottság éves jelentése
- UNAIDS/WHO Report (1998)
- Wallace R, et al. (1986): Social, economic and surgical anatomy of a drug-related abscess. *Am Surg* 52:398-401.

3.4. Drogtúladagolások – fővárosi helyzetkép

DR. ZACHER GÁBOR

Az Erzsébet Kórház Sürgősségi Belgyógyászat és Klinikai Toxikológiai Osztálya különleges helyzetben van. Mint a főváros egyetlen toxikológiai osztálya, ellátja az agglomeráció és Budapest összes mérgezési eseteit. Évente ez összesen 7500 beteget jelent, melynek 10-12%-a drogtúladagolt, drogbeteg. A két fogalom természetesen nem fedi egymást, hisz drogbeteg a drogfüggőket értjük, míg a túladagoltak egy része alkalmi használó, vagy először használja az anyagot.

A drogbetegség elsősorban a városok, nagyvárosok betegsége. Távolodva Budapesttől csökken a rendszeres használók, így a túladagoltak száma is. A főváros szállítja a betegeket 90%-át, pedig az ellátott lakosságnak csak 2/3-a él itt.

Opiátok

Drogtúladagolt betegek 80%-át a heroinfüggők adják ki. Becslések szerint a fővárosban 7-8000 intravénás heroinfüggő él. Az elmúlt négy évben 25%-uk volt már a betegük. Hepatitis, HIV szűrővizsgálatuk 2001. december 15. óta zajlik. A szűrtek 35%-a HCV-pozitív volt, míg HIV-pozitív nem akadt még fent a szűrőn.

A betegek feltalálási helye leggyakrabban saját lakásuk, majd az utca, itt elsősorban terrek, kihaltabb, sötét utcák a legkedveltebb helyek. Harmadik helyen az egészségügyi intézmények állnak, ahol sajnálatosan elég ritkán látják el a betegeket, igyekeznek gyorsan mentőt hívni, és osztályunkra szállítani. Körülbelül egyenlő számban kerültek beszállításra betegek bevásárlóközpontokból, gyorséttermekből, a rendőrségről és lépcsőházakból.

Ez utóbbit külön ki kell emelni, hisz a legtöbb haláleset is lépcsőházakban történik. Ennek oka elsősorban az, hogy a tetőkijárót ritkán használják a lakók, itt „biztonságban” lehet belőni. A bevásárlóközpontok, gyorséttermek, ellentétben az előbbivel, a sok ember miatt biztonságosabbak mind a kábítószer eladók, mind pedig a vevők számára. Itt a legtöbb az egy négyzetméterre eső fiatalok száma, könnyű eltűnni a tömegben, ugyanakkor a WC magánya lehetőséget ad a belövésre. Érdekes, hogy opiáttúladagoltat diszkóból még nem szállítottak be. Ennek oka elsősorban az, hogy ilyen helyeken az opiátok forgalma minimális, itt más drogok jellemzőek.

A prehospitalis ellátásról opiáttúladagoltak esetén csak jót mondhatunk. Intubálás, lélegeztetés, Narcanti adása szinte minden arra rászoruló betegnél megtörténik. Az Erzsébet Kórház Toxikológiai Osztályának ambulanciáján minden lehetőség megvan a betegek ellátásához. Betegek állapota igen rövid idő alatt rendeződik, tudatuk feltisztul, légzésük normalizálódik. Ezek a betegek rövid ápolást követően távoznak az osztályról. Körülbelül 5%-uknál jelentkeznek szövödmények. Ezek az alábbiak: heroin tüdő okozta légzési elégtelenség, rhabdomyolysis, melyet veseelégtelenség követ, lágyrészfertőzések, tályogok, felületes vénagyulladások.

Minden hozzájuk kerülő nőbetegnél elvégzik a terhességi tesztet, melynek pozitivitása esetén figyelmeztetik a beteget, hogy orvosi szempontból javasolt terhességének megszakítása.

A helyszíni halálozáshoz képest az osztályos halálozás igen alacsony, évente 1-2 beteget veszítenek el. Ennek oka mindig szepszis volt.

Osztályukról elenyésző számban kerülnek betegek akután detoxifikációra. Osztályuk évente 25-30 beteget detoxifikál. Sajnálatosan a betegeknek csak igen kis száma vállalja ezt a terhet. Körülbelül 10-15%-uk jelentkezik drogambulancián, ahol kezelésük megtörténik, vagy előjegyzés alapján beutalást nyernek egy addiktológiai osztályra.

Metadon-túladagolás, máktea ivása igen ritka. Évente 25 betegnél többet nem látnak el körükből. Heroinszippantást vagy -szívást követő túladagolás nem történt az elmúlt évben.

Marihuána

Enyhe fizikális tüneteket okozó szerről van szó. Leggyakrabban első használók kerülnek beszállításra, mérsékelt tudatzavarral, szapora szív működéssel, emelkedett vérnyomással. Elsősorban fiatalok kerülnek beszállításra, akik – csakúgy, mint környezetük – megijednek, ezért hívnak mentőt. β -blokkolók, enyhe szedatívum hatására állapotuk 4-6 óra alatt rendeződik. Súlyos szövődmény osztályuk anyagában nem fordult elő. Minden esetben figyelmeztetik a beteget a droghasználat veszélyeire elbocsátás előtt. Érdekesség, hogy visszatérő betegük nem volt. Leginkább hétvégén, iskolai szünetben szállították be ezeket a betegeket.

Hasis

A hazai kábítószer-fogyasztásban nem játszanak szerepet, ami elsősorban a drogfogyasztási „kultúra” miatt alakult így. Évente 2-3 beteg számol be rendszeres hasisszívásról.

Amfetaminszármazékok

Betegeik elsősorban tablettahasználók, porszippantók. A vénás használók száma évente 2-3. Elsősorban hétvégén kerülnek beszállításra zavart tudatállapotban, magas testhőmérséklettel, kiszáradva, szapora szív működéssel. Terápiás stratégiájuk megfelel a nemzetközi standardoknak. Egy kiskorú betegnél alkalmaztak hemodialízist a toxin eliminálására, aki kíváncsiságból vett be hat ecstasy tablettát. Maradandó pszichés károsodással nem találkozta, elhúzódó pszichózis azonban előfordult, ám e betegek is gyógyultak. Elbocsátás előtt betegek fele beszélt pszichiáterrel, pszichológussal. Visszatérő betegek száma három fő volt.

Kokain

Hazánkban ez a szer a sötét ló! Használható statisztika nincs a rendszeres és alkalmi használókról, az egészségkárosodásokról. Osztályukon évente 4-6 beteg fordul meg kokainhasználatot követő mellkasi fájdalom, tudatzavar és egyéb szövődmények miatt.

Mi ennek az oka? A kokain elsősorban rétegdrog (crack-használóval még nem találkozunk), a tehetősebbek élnek vele. Sok esetben a betegek nem fordulnak orvoshoz, vagy ház-

hoz menő megfizetett magánorvos kezeli őket. A mellkasi fájdalommal és egyéb érkataszt-rófával kórházba kerülő betegek esetében az ellátó osztályok nem gondolnak kokainhasználatra, melyet a beteg csak a legkritikább esetben fog bevallani. Nem szerepel a hazai módszertani levelekben, diagnosztikus protokollokban, pedig pl. a β -blokkolók adása kokain okozta akut miokardiális infarktus esetén kontraindikált.

Ezt a problémát mindenképpen orvosolni kell, hiszen a kokain jelen van az országban, de az egészségügy még nincs felkészülve sem diagnosztizálásukra, sem ellátásukra.

Body packerek

A drogcsempészes bevált formája. Elsősorban nagy tisztaságú kokaint és heroint csempésznek át a repülőtéri határállomáson. Évente 8-10 főt kezelnek, akik 1-2 kivétellel nem magyar állampolgárok, főként románok. Elsősorban a kapszulák biztonságos kiürítése miatt veszik fel a futárokat az osztályra. Bélmosással, hashajtással 2-3 nap alatt kiürítik a 40-100 kapszulát. Eddig szövődménnyel (bélelzáródás, kapszula kinyílása) nem találkoztak. Az őrizetek elhelyezése izolált kórteremben történik, mivel állandó rendőri felügyelet alatt állnak. Ellátásuk az állampolgári jogok és a törvények betartásával történik.

Növényi mérgek

Ebből a csoportból elsősorban az atropintartalmú növényi alkaloidák jönnek hazánkban számításba. A meszkalin-, pszilocibin-tartalmú növények (*Lophophora Williamsii*, susulykafélék) fogyasztása hazánkban igen ritka. Túladagolásukkal nem találkoztak. A csattanó maszlag, bódító beléndek, nadragulya véletlen és akaratlagos fogyasztása a leggyakrabban előforduló növényi mérgezés. Véletlen túladagolást elsősorban a som összetévesztése okozza a nadragulyával. A csattanó maszlag magjainak rágása, vagy az abból készített főzet fogyasztása elsősorban a 13-15 éves korosztály kábítószere. Igen durva hallucinációk, szapora szívűködés, magas vérnyomás, száraz nyálkahártyák jellemzik. Azon kevés mérgezések közé tartozik, mely ellen rendelkeznek antidótummal, hisz fizosztigmin lassú adásával a keringés monitorozása mellett a tüneteket gyorsan szünteti. Betegeik mind gyógyultak. A beszállított fiatalok elmondták, hogy ki akarták próbálni az anyag hatásait. A vétlen mérgeztettek pedig a hiányos növényismeret áldozatai voltak.

LSD

Szintén nem kifejezetten magyar drog. Túladagolása ritka. Leggyakrabban elhúzódozó hallucinációk, tudatzavarok miatt kerülnek beszállításra. Enyhe fizikális tünetek mellett a durva hallucinációk uralkodnak a képet. Szomatikus állapotuk gyorsan rendeződik, nem úgy a pszichés eltérések. Több olyan betegük is volt, akinél maradandó pszichés károsodás alakult ki.

Ketamin

Fogyasztása elsősorban egészségügyi dolgozók körében fordul elő, mivel ők jutnak hozzá a legkönnyebben. Hatása alatt a rendszeres fogyasztók gyakran hajtanak végre agresszív

cselekményeket. Hatása intravénásan adott benzodiazepinekkal rendezhető. Évente 2-3 ketamin-túladagolt beteggel találkozunk.

PCP, GHB, Khat

A hazai drogtúladagolás okai között jelentőséggel nem bírnak.

Szipuzás

Rendszeres élvezete már a hazai rendszerváltás előtt is előfordult, elsősorban a galerik megalakulásával, illetve az ún. lakótelepi gyerekek megjelenésével hozható összefüggésbe. Rendszeres használata a roma lakosság között magasabb arányú, mint a magyarok között. A hagyományos ragasztók, oldószerek szipuzása mellett egyre többen használnak nitrogénoxidult (habpatron), butánt (öngyújtó újratöltő palack), étert és különböző alkyl-nitriteket. Szinte minden esetben közterületről kerülnek beszállításra, ahol zavart tudattal, bódultan találják a betegeket. A gyakori halálesetek részben fulladás miatt (zacskó a fejére szorul), részben szipuzást követő rágyújtás kapcsán elszennvedett égési sérülések miatt áll be. Gyermekkorú szípus haláláról is sajnálatosan be tudunk számolni (sudden sniffer death). Tartós hatása korai Alzheimer-szerű elbutuláshoz vezet. Csakúgy, mint az opiátfüggők, igen nehezen megközelíthető betegek. Szociális státusuk leromlott, de segítséget nem fogadnak el. A túladagolás terápiája tüneti, specifikus ellátást csak a szövődmények igényelnek (égés).

Politoxikománia

Egyszerre több gyógyszert, vagy kábítószert és gyógyszert fogyasztót sorolunk ebbe a csoportba. (Jelen tanulmányban nem szerepelnek a nem kábítószerfüggő, főként benzo-diazepin- és meprobamat-fogyasztók.)

Szipuzás, mákteázás mellé, illetve droghiány esetén az elvonási tünetek kezelésére gyakran szednek a függők különböző benzodiazepineket, karbamazepin-származékokat, glutethimidet (ennek gyártását 2001 novemberében beszüntették) nagy adagokban. Hatásuk tudatbeszűkülés, kóma, mérsékelt légzésdepresszió. Benzodiazepinek szedése esetén flumazenil adása a tüneteket gyorsan megszünteti, de felezési ideje elég gyors, így hatása hamar lecseng.

A fővárosi és Pest-megyei drogtúladagolások esetek teszik ki a hazai esetek legalább 90%-át. Vidéken elsősorban a nagy egyetemmel rendelkező városokban fordulnak elő, de ezek együttes populációja sem éri el a fővárosi lakosság felét.

A fővárosban elsősorban a IV., VI., VII., IX., XI., XII., XIII. kerület belső részei a legfertőzöttebbek, a túladagolt betegek 70%-a innen kerül beszállításra. A túladagolt betegek átlagéletkora 23 év, 2/3-uk férfi. Az intravénás opiáthasználók mindegyike munkanélküli. 40%-uk már került kapcsolatba a rendőrséggel.

Jellemzően opiáttúladagolás miatt kerülnek legtöbbször kórházba, melyet a szipuzás követ. Habár THC-tartalmú cigarettát szívnak a legtöbbször, szomatikus és pszichés tünetek miatt közülük kerül be a legkevesebb használó.

A droghasználók, főként az intravénás heroinfogvasztók közül évente a fővárosban 0,5%-uk hal meg drogtúladagolás következtében. Ennek oka elsősorban az, hogy alkalmanként új „anyag” jelenik meg a piacon, melynek tisztasága nagyobb, mint a megszokott. Az előre megfontolt „aranylövés” ritka. Az első intravénás heroinhasználat azonban igen magas rizikóval bír. Több drogbeteg megpróbál egyenesen kórházba kerülni, aminek oka szociális státusuk (hajléktalanok), így ez lehetőség a gyógyszerlopásra, illetve a betegtársak meglopására. Talán ezek a tények is hozzájárulnak ahhoz, hogy a drogbeteg, drogtúladagoltak nem könnyű betegek.

A drogtúladagolt betegek száma osztályukon 1996-tól fokozatosan emelkedő tendenciát mutatott. Számuk 2000-ben tetőzött, azóta mérsékelten csökkent. A jelenlegi helyzetben osztályuk alkalmas arra, hogy kizárólagosan ellássa ezeket a betegeket, de detoxifikálásuk, rehabilitációjuk nem kellően megszervezett. Ez mindenképpen változtatást igényel.

Források:

Zacher G. (2001): Drogtúladagolások – fővárosi helyzetkép. Kézirat

3.5. Problémás kábítószer-használat

DR. RÁCZ JÓZSEF

3.5.1. Kockázati magatartások intravénás droghasználók körében

Az intravénás droghasználók kockázati magatartásait vizsgáló kutatás 2001-ben is folytatódott. Ezúttal a National Institute on Drug Abuse (NIDA) által kidolgozott, intravénás drogfogyasztási szokásokat vizsgáló kérdőívcsomag rövidített magyar változatát használták a kutatók.

A kérdőív célja a vérrrel terjedő fertőzések (elsősorban a HIV-vírus és a hepatitis) átadása szempontjából kockázatot jelentő viselkedéseket feltárása volt.

A kutatásra egy 95 fős mintán került sor. Az interjúk a következő intézményekben készültek: Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia, Budapest (4 ambuláns páciens és 47 fő „utcai megkeresés”), Szegedi Drogambulancia (17 fő „utcai megkeresés”), Pécsi Drogambulancia (27 kliens).

A kérdőív magyarországi használatát az indokolja, hogy az elmúlt másfél évtizedben jelentősen megnőtt a hazai intravénás drogfogyasztók száma. Az injektló szerhasználók a vérrrel terjedő fertőzések tekintetében többszörösen veszélyeztetettek: a fertőtlenítés nélküli, ismételt, illetve közös kellékhasználat, valamint a befolyásolt tudatállapotban óvszerhasználat nélkül létesített (akár hetero-, akár homo-) szexuális kapcsolatok kockázatai révén.

Eredetileg 105 személlyel készültek interjúk. Az adatfeldolgozás során azonban 10 főt a gyakori válaszhíányok miatt ki kellett hagyni az elemzésből.

A válaszadók az interjúk idején (2001-ben) 18-42 évesek voltak. A megkérdezettek 70,5%-a (67 fő) férfi. 37 személynek van középiskolai végzettsége, 43-an ennél alacsonyabb, 14-en pedig magasabb végzettséggel rendelkeznek (befejezetlen felsőfokú tanulmányok: 11 fő, diplomás: 3 fő). 6 interjúalany tartja magát hajléktalannak.

A beszélgetést megelőző 30 nap szerhasználata a következőképpen alakult: 14 személy egyáltalán nem, 4-en 1-9 alkalommal, 34-en 10-49 alkalommal, 24-en 50-99 alkalommal, és 7-en 100 vagy több alkalommal injektláltak. 12 személyről nem áll rendelkezésünkre érvényes adat. Ugyanerről az időszakról 41-en nyilatkozták, hogy nem injektláltak mások által már használt eszközzel, 17 személy viszont 1-9, és további 6 fő 10-40 alkalommal szúrt már használt eszközzel.

A használt eszközökkel injektlók közül 50 fő (az érvényes válaszadók 73,5%-a) egyáltalán nem (vagy csak vízzel) tisztítja, míg 18 fő fertőtlenítőszerrel, alkohollal, peroxiddal vagy tűzzel fertőtleníti az injekciós tűt. A vérrrel terjedő fertőzéseket szintén továbbító kiegészítő kellékek, azaz a szer előkészítésére használt edény, szűrő és hígítóvíz megosztása még elterjedtebb: az 59 érvényes válaszadó közül csak 35 fő (59,3%) nem osztozott ezen az interjút megelőző 30 napban, míg 18 fő 1-9, 6 fő pedig 10-60 alkalommal használta másokkal közösen. Ebben a kérdésben különösen magas (29 személy, 30,5%) a nem tudja/bizonytalan válasz aránya.

A szexualitás vonatkozásában kiderült, hogy az interjút megelőző 30 napban 26 személynek egyáltalán nem volt, 44 főnek pedig 1-150 alkalommal volt (vaginális, orális vagy anális) szexuális kapcsolata. A szexuális partnerek számáról ennél több érvényes választ kaptunk: a fenti 26 személynek nem volt, míg 40 főnek 1, további 20 főnek 2-5, 1 személynek pedig 50 partnere volt ebben az időszakban.

Az interjút megelőző 30 napban szexuális kapcsolatot létesítők közül 16 személynek nem volt injekcióhasználó partnere, míg 44 személynek (73%) legalább 1, (közülük 16 személynek több) intravénás szerfogyasztó szexuális partnere is volt. A kérdezettek 91%-a heteroszexuálisnak, 1%-a homoszexuálisnak és 8%-a biszexuálisnak vallja magát.

A prostitúcióról az alábbi válaszok szerepeltek:

	Drogot szexért cserébe	Pénzt szexért cserébe
Kapott-e valaha	Igen: 20 személy Nem: 72 személy	Igen: 16 személy Nem: 76 személy
Adott-e valaha	Igen: 10 személy Nem: 82 személy	Igen: 23 személy Nem: 71 személy

A HIV, illetve hepatitis vonatkozásában a következő adatokat kapták:

	Hányszor vett részt életében szűrővizsgálaton	Hányszor kapott a vizsgálatról eredményt	A fertőzés szubjektíven észlelt kockázata	Kapott-e valaha hepatitisoltást	Kapott-e HIV elleni információt, védőeszközt
HIV	0 alkalom: 48 fő 1-3 alkalom: 36 fő 4-8 alkalom: 6 fő	0 alkalom: 54 fő 1-3 alkalom: 33 fő 4-8 alkalom: 6 fő	0%: 23 fő kevés, 25%: 41 fő közepes, 50%: 12 fő nagy, 75%: 7 fő		Nem: 10 fő Igen: 77 fő
Hepatitis A/B/C	0 alkalom: 55 fő 1-3 alkalom: 33 fő 4-8 alkalom: 4 fő	0 alkalom: 58 fő 1-3 alkalom: 31 fő 4-8 alkalom: 5 fő	0%: 14 fő kevés, 25%: 41 fő közepes, 50%: 17 fő nagy, 75%: 10 fő már fertőzött: 4 fő	Nem: 77 fő Igen: 13 fő	

A válaszadók közül 49 főt soha nem, 40 főt 1-3 alkalommal, 3 főt 4-10 alkalommal tartóztatták le életében. 64 fő soha nem volt börtönben, 17 fő 1-30 napot, 8 fő 64-365 napot és 3 fő ennél többet töltött fogva.

A kutatás részeredményei alapján a kutatók megállapítják, hogy a kockázati magatartások továbbra is jelen vannak a magyarországi injekciós droghasználók körében. A korábbi évtől eltérő mintaválasztás miatt nem lehet a jelenlegi adatokat az 1999-2000-es kutatás adataival összehasonlítani és a két vizsgálat még tendenciák megállapítását sem teszi lehetővé.

A kockázati magatartások elterjedtségére vonatkozóan azonban most már nemcsak Budapestről, hanem az ország több részéről is adatok állnak rendelkezésre.

A kutatók fontosnak tartják annak kiemelését, hogy szűrővizsgálatokon milyen kevés személy vett részt. A szűrővizsgálatokhoz való hozzáférés megkönnyítése, az injekciós használók motiválása a vizsgálatokon való részvételre elengedhetetlen feladat.

Források:

Rácz J. (2002): Kockázati magatartások injekciós droghasználók körében. Kézirat

4. A kábítószer-bűncselekmények és jogkövetkezményeinek hazai alakulása

4.1. A kábítószer-bűnözés jellemzői a bűnügyi statisztikai adatok tükrében

RITTER ILDIKÓ

A hazai kriminálstatisztika nyilvántartási rendszere (Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika – ERÜBS) output jellegű, azaz a rendőrségi, ügyészségi eljárás lezárásakor kerülnek regisztrálásra az adatok. Az ismertetett adatok tehát azokra a cselekményekre vonatkoznak, amelyekben az eljárás az adott évben fejeződött be. Az eljárások több okból, illetve módon érhetnek véget. Az eljárásbefejezési módok főbb csoportjai a következők: nyomozás megtagadása (pl. nem bűncselekmény, büntethetőséget kizáró ok miatt), nyomozás megszüntetése (pl. ismeretlen maradt az elkövető, büntethetőséget kizáró okra derült fény, megrovás, a cselekményt nem a gyanúsított követte el), vádemelés (pl. vádirat, vádindítvány, tárgyalás mellőzése), egyéb módon (pl. vádemelés mellőzése, nyomozás felüggesztése, elhalasztása).

A nyilvántartási rendszer sajátosságai miatt egy elkövető egy (a legsúlyosabb) bűncselekménnyel szerepel a statisztikában. Így, ha valaki elkövette a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt, de ezzel egyidejűleg más súlyosabb bűncselekmény miatt is eljárás folyik ellene, akkor a statisztikában e (súlyosabb) bűncselekmény szerint kerül nyilvántartásba, amennyiben halmazatot állapítottak meg. Ezért ezeket az eseteket nem tudjuk vizsgálni, nem kerülnek a bűnügyi statisztikába.

Az eljárás befejezéskor az eljáró hatóság minden bűncselekményről és minden elkövetőről statisztikai lapot tölt ki. Itt érvényesül az „egyénesített” adatgyűjtés. A kitöltött ún. „B” (bűncselekményi) és „T” (terhelti) statisztikai lapok kerülnek aztán feldolgozásra. Ezekben, meghatározott szempontok szerint, az elkövetett bűncselekmény és a bűncselekménnyel gyanúsított elkövető jellemzőit rögzítik.

A bűncselekmények

A hazai kriminálstatisztika rendszere a kábítószeres bűncselekményen a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt (282. §, illetve 282/A §), valamint a káros szenvedélykeltést (283. §) érti. A 2001. évi statisztikai adatok szerint 4332 visszaélés kábítószerrel és 82 káros szenvedélykeltés bűncselekmény miatt indult eljárás zárult le a tárgyévben. A továbbiakban csak a visszaélés kábítószerrel bűncselekményekkel (282. § és a 282/A §) és elkövetőikkel foglalkozunk.

Az ERÜBS adatai az mutatják, hogy 2001-ben tovább emelkedett a felderített, azaz az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma. A hazai kábítószer-kriminalitás reális súlyának megítéléséhez azonban hozzá kell tenni, hogy a „visszaélés kábítószerrel”

bűncselekmények összбүнözésen belüli aránya 1996-ig egyetlen esztendőben sem haladta meg a 0,1%-ot. Ez az arány 1998-ban 0,3%-ra, 1999-ben 0,56%-ra, 2000-ben 0,76%-ra növekedett, 2001-ben pedig majdnem elérte az 1%-ot (0,93%). 1996 és 1998 között évről évre gyakorlatilag megduplázódott az ismertté vált „visszaélés kábítószerrel” bűncselekmények száma, de a növekedésnek ez az üteme 1999-re lelassult. Ez elsősorban a rendvédelmi szervek működésének korlátaival függ össze. A táblázatban látható az ismertté vált kábítószerrel visszaélések gyakorisága és az évről évre történő növekedési ütemmértéke.

Év	Kábítószerrel visszaélések száma	Növekedés üteme (%)
1990	34	64,15
1991	46	135,29
1992	135	293,48
1993	223	165,19
1994	256	114,80
1995	429	167,58
1996	440	102,56
1997	943	214,32
1998	2068	219,30
1999	2860	138,30
2000	3445	120,45
2001	4332	125,74

(Forrás: ERÜBS)

A 2001-ben ismertté vált esetek száma tovább emelkedett. Az 1999. évi 38%-ról 20%-ra mérséklődött 2000-ben az éves növekedési ráta, 2001-ben pedig 25%-ra növekedett. Ebből a tényből azonban a drogjelenség összességének alakulására vonatkozóan nem vonhatunk le semmilyen következtetést.

Figyelemre méltó, hogy a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma úgy növekedett 25,7%-kal, hogy ezzel egy időben az összes regisztrált bűncselekmények száma csak 3,3%-kal emelkedett. Az összes bűncselekményen belüli arányuk tehát növekedett, de még így sem mondható jelentősnek.

Az ERÜBS rendszer output jellegéből adódóan a bűnügyi statisztika adatai csak késéssel képesek követni az eseményeket. Az elemzés során ezt nem szabad figyelmen kívül hagynunk! A bűncselekmények elkövetési idejét vizsgálva a következő kép rajzolódik ki:

Elkövetés éve	Esetszám	%
1994-1996	23	0,4
1997-1998	228	5,3
1999	579	13,4
2000	2242	51,8
2001	1260	29,1
Összesen	4332	100,0

(Forrás: ERÜBS)

Az elkövetés idejét vizsgálva a korábbi éveknek megfelelő arányokat találunk. A 2001-es adatok alig több, mint egynegyed részben tartalmaznak 2001-ben elkövetett cselekményeket. Az esetek háromnegyed részét a megelőző években, legnagyobb részüket 2000-ben követték el.

Az eljárások elhúzódása elsősorban a többféle szakértői vélemény beszerzésének (toxikológus, vegyész szakértő, igazságügyi orvos szakértő), valamint a kábítószerfüggő elkövetők büntetőeljárás alternatívájaként alkalmazott gyógyító kezelésen történő részvételének tulajdonítható. Egy felmérés szerint (Ritter, 2001) az 1999. március 1-jén hatályba lépett törvénymódosítást megelőzően az eljárások átlagos időtartama 12,7 hónap volt, míg a módosítást követően 7,7 hónap. Azaz ennyi időnek kellett eltelnie ahhoz, hogy a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult eljárás nyomozási szakát lezárják – azaz az eljárást nyomozási szakban megszüntessék, befejezzék, felfüggeszsek vagy vádat emeljenek.

A bűncselekmények között 2001-ben tovább csökkent a büntettek aránya a kisebb súlyú vétségekkel szemben. Az 1994-98 közötti időszakban a vétségek aránya átlagosan 65% volt, 1999-ben ez az arány 45,6%-ra csökkent, 2000-ben azonban jelentős növekedés figyelhető meg, a vétségek aránya 62,5%-ra emelkedett. Ez az arány tovább nőtt 2001-ben. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények háromnegyedében (74,8%) vétségi alakzat valósult meg. Ez pedig azt jelzi, hogy a csekélyebb súlyú kábítószerrel visszaélések alkották ezen bűncselekmények zömét, azaz főként a fogyasztói, átadói magatartások és – a megemelt mennyiségi határok ellenére – a csekély mennyiségre történő elkövetések.

A 2001. évi adatok alapján úgy tűnik, hogy a jogalkalmazói gyakorlat alkalmazkodott a differenciáltabb megítélést lehetővé tevő jogszabályi környezethez. Részben ebből adódik egyes elkövetési magatartások esetén az előfordulási gyakoriság jelentős növekedése vagy csökkenése:

- 2001-ben a kábítószer-fogyasztás miatt – (9) bek. a) pont – kezdeményezett eljárások száma több mint kétszeresére növekedett a 2000. évihez képest, az összes ismertté vált kábítószerrel visszaélés bűncselekmény 39,4%-át alkotta. (Ez az arány 2000-ben 26,5% volt).
- A kábítószerrel visszaélés elkövetésére történő felhívás, ajánlkozás, vállalkozás – (7) bek. – alapján lezárt esetek száma 2000-ben közel a felére csökkent. A csökkenés tovább folytatódott 2001-ben is. Mindössze 20 esetben sikerült a hatóságnak bizonyítania e tényállás megvalósulását.
- Emelkedett a kínálati oldali magatartások miatt indult eljárások száma. Ez főként a (2) bekezdésbe foglalt átadói – kisebb mértékben a forgalomba hozattal kapcsolatos – magatartások növekedéséből adódik.
- 2001-ben 7 esetben sikerült bizonyítani a bünszervezet tagjaként történő elkövetést.
- Növekedés detektálható a védett helyen történő elkövetések esetszámában is.
- Az ismertté vált, kábítószerfüggők által elkövetett visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma minden elkövetői magatartás tekintetében emelkedett.
- Habár már az 1999. és a 2000. évi kriminálstatisztikai adatok is jelezték, és ezt a 2001. évek megerősítik, hogy a büntető igazságszolgáltatás egyre több esetben foly-

tat eljárást forgalmazói (főként áradói) magatartások miatt, a keresleti oldali magatartások, elsősorban az alkalmi fogyasztók által elkövetett cselekmények továbbra is „húzóágazatai” a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számában történő növekedésnek.

Területi megoszlás

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények területi megoszlása (a bűncselekmény elkövetésének helye szerint)

Az elkövetés helye	2000		2001	
	esetszám	%	esetszám	%
Budapest	1197	34,8	1520	35,1
Baranya megye	167	4,6	197	4,5
Bács-Kiskun megye	89	2,3	133	3,1
Békés megye	202	5,9	122	2,8
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	164	4,7	232	5,4
Csongrád megye	227	6,7	291	6,7
Fejér megye	103	3,1	193	4,5
Győr-Moson-Sopron megye	253	7,4	171	3,9
Hajdú-Bihar megye	99	2,9	84	1,9
Heves megye	55	1,6	157	3,6
Komárom-Esztergom megye	100	2,9	179	4,1
Nógrád megye	61	1,7	61	1,4
Pest megye	157	4,6	295	6,8
Somogy megye	95	2,8	176	4,1
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	85	2,5	59	1,4
Jász-Nagykun-Szolnok megye	72	2,1	79	1,8
Tolna megye	131	3,9	62	1,4
Vas megye	98	9	89	2,1
Veszprém megye	63	1,8	177	4,1
Zala megye	22	0,6	48	1,1
Külföld	5	0,2	7	0,2
Összesen:	3445	100,00	4332	100,0

(Forrás: ERÜBS)

A magyar büntetőtörvények értelmében a magyar állampolgár által külföldön elkövetett cselekmények is büntetendők, amennyiben hazai Büntető törvénykönyv valamely paragrafusa által tiltott cselekményről van szó. Így a kábítószerrel visszaélés is bűncselekménynek számít függetlenül attól, hogy hazánk területén, vagy külföldön követték-e el. A 2001-es statisztika 7 külföldön elkövetett ilyen jellegű bűncselekményt regisztrált.

Az ismertté vált, kriminális kábítószerrel visszaélés terjedelme az utóbbi években az egész ország területén növekedett, s e növekedési tendencia 2001-ben is folytatódott. Az ország egyes területeinek érintettsége azonban jelentősen különbözik.

A legtöbb kábítószerrel visszaélés a fővárosban követték el. A bűnügyi statisztika adatai szerint az ismertté vált bűncselekmények mintegy egynegyedét Budapesten követik el

(2001-ben ez az arány 22,2% volt). A kábítószeres bűncselekmények azonban ennél is nagyobb arányban jelennek meg a fővárosban. 2001-ben a kábítószerrel visszaélés bűncselekmények 35,1%-át itt követték el.

A megyék közül kiemelkedik Pest, Csongrád és Borsod-Abaúj-Zemplén megye. Hajdú-Bihar, Nógrád, Győr-Moson-Sopron, Békés és Tolna megye kivételével a megyékben jellemzően növekedett az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma. A legnagyobb mértékű növekedés Pest, Somogy, Heves és Veszprém megyében detektálható.

Nem szabad azonban megelégednünk arról, hogy a bűnügyi statisztika nem alkalmas közvetlenül az adott terület kábítószer-fogyasztással, illetve -kereskedelemmel való érintettségének a mérésére, hiszen az ismertté vált bűncselekmények száma nagymértékben függ az adott terület igazságszolgáltatási szerveinek ez irányban kifejtett aktivitásától, érzékenységtől, ami nem feltétlenül áll közvetlen kapcsolatban a terület tényleges érintettségével.

A rendőrség felderítő munkáját és felderítési eredményességét pedig jelentősen befolyásolják a személyi, technikai kondíciók.

**Az ismerteté vált visszaélés bűncselekmények alakulási tagolódásának alakulása
2000-ban és 2001-ben**

TÉNYÁLLÁSOK	2000		2001		2000		2001	
	bűn- cselekmények esetek	%	bűn- cselekmények esetek	%	bűnalkövetők esetek	%	bűnalkövetők esetek	%
282.§ /1/: Visszaélés kábítószerezéssel (VK): termel, előállít, megszerez, tart, behoz, kivisz	315	9,14	240	5,54	244	7,99	179	4,57
282.§ /2/: VK: kindl, ártad, forgalomba hoz, kereskedik	105	3,05	134	3,09	94	3,08	130	3,32
282.§ /3/: VK: üzletszerűen, fegyverrel, hiv. közf. szem./1/sz	31	0,90	38	0,88	34	1,11	33	0,84
282.§ /3/: VK: üzletszerűen, fegyverrel, hiv. közf. szem./2/sz	79	2,29	147	3,39	79	2,59	144	3,68
282.§ /4/: VK: védett helyen ill. objektumban /2/sz	28	0,81	43	0,99	30	0,98	30	0,77
282.§ /5/a/: VK: jelentős menny. kábítószerezéssel /1/sz	81	2,35	78	1,80	73	2,39	69	1,76
282.§ /5/a/: VK: jelentős menny. kábítószerezéssel /2/sz	30	0,87	49	1,14	30	0,98	46	1,17
282.§ /5/b/: VK: bűnszervezet tagjaként /1/sz	2	0,06	7	0,16	3	0,10	19	0,49
282.§ /5/b/: VK: bűnszervezet tagjaként /2/sz	2	0,06	0	0,00	3	0,10	0	0
282.§ /6/: VK: anyagi és szolgálati /1/sz	388	11,26	134	3,09	353	11,55	132	3,37
282.§ /6/: VK: anyagi és szolgálati /2/sz	18	0,52	13	0,30	16	0,52	9	0,23
282.§ /7/: VK: elkövetve felhív, ajánlkozik, vállalkozik	38	1,10	20	0,47	31	1,01	16	0,41
282.§ /8/: VK: csekély menny. elkövetve /1/sz	862	25,02	916	21,15	755	24,71	803	20,5
282.§ /8/: VK: csekély menny. elkövetve /2/sz	243	7,05	358	8,27	227	7,43	322	8,22
282.§ /9/a/: VK: kábítószerezéssel	915	26,56	1711	39,49	836	27,36	1601	40,87
282.§ /9/b/: VK: nagy nyílvalólag fegyverrel	35	1,02	30	0,69	26	0,85	30	0,77
282.§ /10/: Kábítószerezéssel szem. által: term, előáll, tart	45	1,31	52	1,20	38	1,24	40	1,02
282.§ /11/: Kábítószerezéssel szem. által: kindl, keresk...	31	0,90	37	0,85	28	0,92	34	0,87
282.§ /12/: Kábítószerezéssel szem. által: üz. sz./1/sz elk	8	0,23	7	0,16	7	0,23	7	0,18
282.§ /13/: Kábítószerezéssel szem. által: üz. sz./2/sz elk	25	0,73	39	0,90	22	0,72	35	0,89
282.§ /14/: Kábítószerezéssel szem. által: jel. menny./1/sz	13	0,38	20	0,47	14	0,46	16	0,41
282.§ /15/: Kábítószerezéssel szem. által: jel. menny./2/sz	17	0,49	21	0,48	16	0,52	22	0,56
282.§ /16/: Kábítószerezéssel szem. által: kábítószerezéssel	80	2,32	193	4,46	53	1,73	163	4,16
282.§ /17/: Kábítószerezéssel szem. által: csek. menny. fogy	36	1,04	29	0,67	29	0,95	22	0,56
282.§ /18/: Kábítószerezéssel szem. által: csek. menny. kindl	18	0,52	16	0,36	14	0,46	15	0,38
Összesen:	3445	100,00	4432	100,00	3055	100,00	3917	100,00

(Forrás: ERÜBS)

Eljárásbefejezési módok

A nyomozás megtagadása összesen 16 esetben került sor. A nyomozások megszüntetése legtöbb esetben azért történt, mert a hatóságok megrovást alkalmaztak, vagy az elkövetők okirattal igazolták a büntetőjogi felelősségre vonás alternatívájaként alkalmazott gyógykezelésen történő részvételt, illetve valamilyen büntethetőséget megszüntető ok merült fel.

2001-ben 43 esetben az kellett megszüntetni az eljárást, mert az elkövető meghalt.

A vádemelésre került sor 2865 ügyben. A vádindítványokban viszonylag gyakori volt a pénzbüntetés, valamint a tárgyalás mellőzésével történő próbára bocsátás indítványozása.

Az elkövetés helye	2000		2001	
	esetszám	%	esetszám	%
Nyomozás megtagadása	5	0,1	16	0,4
Nyomozás megszüntetése	1131	32,9	849	21,1
Vádemelés	2141	62,1	2865	71,2
Egyéb befejezés	168	4,9	295	7,3
Összesen	3445	100,0	4025	100,0

(Forrás: ERÜBS)

2001-ben jelentősen növekedett azoknak az eseteknek a száma, amelyekben vádemelésre került sort, ezzel egyetemben pedig csökkent a nyomozásmegszüntetéseké. (Ez főleg annak tulajdonítható, hogy az 1999. évben hatályba lépett törvényt módosítással szűkült az elterelést igénybe vehetők köre. Így a nyomozási szakban a büntetőeljárás alternatívájaként alkalmazható gyógyító kezelésen történő részvételre – és így a nyomozás felfüggesztésére és a kezelés igazolását követően a nyomozás megszüntetésére – már csak a kábítószerfüggő elkövetők esetén kerülhet sor.)

Az egyéb bejegyzések közül a vádemelés elhalasztása volt a leggyakoribb. Míg 2000-ben 151 elkövetővel szemben alkalmazták ezt a jogintézményt az ügyészek, 2001-ben már 280 esetben.

A fiatalok aránya az összes kábítószeres bűnelkövető vonatkozásában alkalmazott vádelhalasztások tekintetében 1999-ben 53,6%, 2000-ben 56,3%, 2001-ben pedig 44,3% volt.

A vádelhalasztások számának alakulása			
	1999	2000	2001
Vádelhalasztások száma összesen	1992	2426	
Ebből fiatalok, kábítószeres bűncselekményt elkövetők vonatkozásában	30	85	124
Ebből felnőtt, kábítószeres bűncselekményt elkövetők vonatkozásában	26	66	156
Kábítószeres bűncselekmény vonatkozásában összesen	56	151	280

(Forrás: ERÜBS)

2000-ben jelentősen (85,4%-kal) emelkedett a vádelhalasztások száma. Úgy tűnik, az ügyészek egyre gyakrabban élnek ennek a jogintézménynek az alkalmazásával a kisebb sú-

lyú kínálati oldali magatartások elkövetőivel szemben. Míg eddig túlsúlyban voltak a fiatalok elkövetők, 2001-ben a vádemelés elhalasztása jogintézmény alkalmazására többségében felnőtt korúakkal szemben került sor.

Az elkövetők

A kábítószer-fogyasztás korspecifikus jelenség. Jellemzően a fiatalkorú és fiatal felnőtt korosztály érintett leginkább a jelenség kapcsán.

- Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma 2001-ben a 2000. évihez képest 25,7%-kal növekedett, a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetőké pedig 28,2%-kal. A növekedés üteme 2000-re lelassult, 2001-ben azonban ismét emelkedést mutat. Tudjuk, hogy a kriminálstatisztikai adatok sokkal inkább jelzői a bűnüldöző hatóság működésének, jelzői a kapacitási határoknak, mintsem a tényleges kábítószer-fogyasztás alakulásának, a kábítószer-piaci helyzetnek. A kábítószer-bűncselekmények üldözésére specializálódott egységek létszáma nem növekedett 1999 óta, gyakorlatilag alig változott a technikai és az anyagi ráfordítások mértéke, így a jelenlegi erőforrásokkal ennél sokkal jelentősebb eredmények, jóval magasabb bűnügyi számok nemigen érhetők el.
- Figyelmet érdemel, hogy tovább emelkedett a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett fiatalkorú bűnelkövetők száma. Arányuk 2000-ben az összes bűnelkövető körében 3,9%, míg a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők körében 14,8% volt! 2001-ben arányuk az összes bűnelkövető körében 5,9%, a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők körében pedig 17,1% volt! Gyakorlatilag minden hatodik visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető, a 2001. évi bűnügyi statisztika szerint, fiatalkorú volt!
- A fiatalkorúak „részvételének” növekedési üteme meghaladja a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők számának növekedési ütemét. A kábítószerrel visszaélő elkövetők életkori „előnye” a többi bűnelkövetővel szemben fokozódott. E bűncselekménytípust jellemzően fiatalabb korban követik el, mint más bűncselekményeket. Míg a kábítószer-bűncselekményeket elkövetők 93%-a 31 éves kora előtt követte el a bűncselekményt, addig a többi bűncselekmény elkövetői között ez az arány nem éri el a 60%-ot.

A bűnügyi statisztika két csoportját különbözteti meg a bűncselekmények elkövetőinek. A bűnelkövetők körébe tartoznak azok, akik a jogszabályoknak megfelelően büntethetők az elkövetett cselekmény miatt, a bűncselekményt elkövetők másik csoportja valamilyen büntethetőséget kizáró ok miatt nem vonható felelősségre tettéért. A következőkben az elkövetők életkor, nem, iskolai végzettség szerinti megoszlását vizsgáljuk. Így azok körében vizsgáljuk a szociodemográfiai jellemzőket, akik a 2001. évi bűnügyi statisztikai adatok szerint elkövettek visszaélés kábítószerrel bűncselekményt (függetlenül attól, hogy büntethetők voltak-e vagy sem).

Nemek szerinti megoszlás

A korábbi évekhez hasonló arányszámokkal találkozunk a nem szerinti megoszlás tekintetében. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők 90%-a férfi, 10%-uk pedig nő volt.

Életkor szerinti megoszlás

Az ismertté vált „visszaélés kábítószerrel” bűncselekményt elkövetett fiatalok megoszlása az alábbiak szerint alakult:

Év	Kábítószerrel visszaélés bűncselekményt elkövetők száma	Ebből fiatalok	Fiatalok aránya (%)
1990	38	10	26,3
1991	53	2	3,8
1992	116	11	9,5
1993	247	29	11,7
1994	260	8	3,0
1995	459	17	3,7
1996	483	52	10,8
1997	926	94	10,2
1998	1800	227	12,6
1999	2718	378	13,9
2000	3562	530	14,8
2001	4025	689	17,1

(Forrás: ERÜBS)

A táblázatból látható, hogy évről évre növekszik a fiatalok száma és aránya a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők körében.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkori megoszlását mutatja a következő táblázat:

Korcsoportok	1999		2000		2001	
	eset	%	eset	%	eset	%
Gyermekkorú	9	0,33	5	0,14	13	0,3
Fiatalok	378	13,91	530	14,88	689	17,1
18-24 éves	1664	61,22	2086	58,56	2334	58,0
25-30 éves	459	16,89	618	17,35	707	17,6
31-40 éves	157	5,78	204	5,73	215	5,3
41-50 éves	34	1,25	48	1,35	46	1,1
51-60 éves	11	0,40	12	0,34	11	0,3
61 év feletti	6	0,22	59	1,66	10	0,2
Összesen	2718	100,00	3562	100,00	4025	100,0

(Forrás: ERÜBS)

Az elkövetők korösszetételében lényeges változás nem történt. A 30 év alattiak körében valamelyest növekedett a kábítószerrel visszaélők száma. A legnagyobb arányú növekedés a 14-18 évesek korcsoportjában, tehát a fiatalok körében detektálható, a 30 év feletti korcsoportokban azonban kismértékű csökkenést figyelhetünk meg. Továbbra is a fiatal felnőttek (18-24 év) ellen indult legnagyobb számban eljárás.

Az elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlása

A kábítószerrel visszaélők 48,2%-a általános iskolai, 28,6%-a szakmunkás, 21,3%-a pedig valamilyen más középiskolai végzettségű volt 2001-ben. Az „átlagos” kábítószerrel visszaélő sokkal iskolázottabb az „átlagos” bűncselekmény elkövetőnél.

Korcsoportok	1999		2000		2001	
	eset	%	eset	%	eset	%
Nincs	110	4,0	128	4,0	4	0,1
Ált. isk. 8. oszt.	1113	41,0	1316	41,6	1942	48,2
Szakmunkásképző iskola	846	31,1	1009	31,9	1152	28,6
Középiskola	598	22,0	646	20,4	856	21,3
Egyetem, főiskola	51	1,9	67	2,1	71	1,8
Összesen	2718	100,00	3166*	100,00	4025	100,0

*- Az iskolai végzettségre vonatkozó adatok az adatszolgáltatás során nem minden esetben kerültek kitöltésre, így az esetszám kisebb, mint az összes ismertté vált elkövető száma.

(Forrás: ERÜBS)

Az általános iskolai végzettséggel rendelkezők száma és aránya is jelentősen növekedett a 2001. évi bűnügyi statisztikai adatok szerint. Alig volt olyan elkövető, aki ne rendelkezett volna legalább általános iskolai végzettséggel, vagy az elkövetés idején éppen ne végezte volna azt.

Számottevően emelkedett a szakközépiskolai, illetve gimnáziumi végzettséggel rendelkezők száma is a 2000. évi esetszámhoz képest.

Ez pedig azt jelzi, hogy a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetői továbbra is megőrizték, sőt növelték iskolázottságbeli előnyüket az egyéb bűnelkövetőkkel szemben.

Előélet szerinti megoszlás

A büntetett előéletűek aránya a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetők között a 90-es évek elejétől folyamatosan emelkedik. Az évtized elején még 20% volt az arányuk, ami az évtized közepére 25%-ra emelkedett, majd 1999-ben már elérte a 29,3%-ot. 2001-ben gyakorlatilag nem változtak az arányok, a büntetett előéletűek részesedése 29,4% volt. Emelkedett azonban a bűnismétlők (ők azok, akik korábban már voltak büntetve, de nem kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények miatt) aránya: ez a büntetett előéletű elkövetők 81,7%-át jelenti.

A korábban elkövetett, legnagyobb gyakorisággal előforduló bűncselekmények a következők voltak: lopás, garázdaság, testi sértés, rablás. Az adatok azt mutatják, hogy a vissza-

elés kábítószerrel bűncselekmény elkövetése miatt eljárás alá vont büntetett előéletű elkövetők ellen korábban jellemzően nem kábítószerrel visszaélés, hanem más, főleg vagyon elleni és/vagy garázda bűncselekmény miatt folytattak eljárást.

Ez pedig összefüggésbe hozható azzal, hogy

- a kábítószerrel visszaélő büntetett előéletű elkövetők egy része rendszeres szerfogyasztó vagy kábítószerfüggő, és a szer megvásárlásához szükséges pénzt vagy annak egy részét bűncselekmények útján szerzi meg (jövedelemszerző bűnözés);
- a bűnözés, a bűnelkövető magatartás sok esetben megelőzi a kábítószer-fogyasztás megjelenését és/vagy a kábítószer-függőség kialakulását. Ami azt jelzi, hogy a jellemzően ún. hagyományos bűncselekményeket elkövetők vagy elkövetői csoportok körében terjed a kábítószer-fogyasztás.

A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények elkövetőinek többsége első büntényes, azaz korábban még nem volt büntetve. A büntetlen előéletűek aránya (70,6%) magasabb, mint az egyéb bűncselekmények esetében. A drogfogyasztók többsége tehát nem a bűnözői körből kerül ki.

Összefoglalás

- Az ERÜBS adatai az mutatják, hogy 2001-ben tovább emelkedett a felderített, azaz az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma. A visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma úgy növekedett 25,7%-kal, hogy ezzel egy időben az összes regisztrált bűncselekmények száma csak 3,3%-kal emelkedett.
- A bűncselekmények között csökkent a büntettek aránya a kisebb súlyú vétségekkel szemben. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények háromnegyedében (74,8%) vétségi alakzat valósult meg. Ez pedig azt jelzi, hogy a csekélyebb súlyú kábítószerrel visszaélések alkották ezen bűncselekmények zömét.
- 2001-ben a kábítószer-fogyasztás miatt – (9). bek. a) pont – kezdeményezett eljárások száma több mint kétszeresére növekedett a 2000. évihez képest, az összes ismertté vált kábítószerrel visszaélés bűncselekmény 39,4%-át alkotta.

Az alkalmi fogyasztók által elkövetett cselekmények továbbra is „húzóágazatai” a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számában történő növekedésnek.

- A legtöbb kábítószerrel visszaélést a fővárosban követték el. A megyék közül kiemelkedik Pest, Csongrád és Borsod-Abaúj-Zemplén megye. A legnagyobb mértékű növekedés Pest, Somogy, Heves és Veszprém megyében detektálható.
- 2001-ben jelentősen növekedett azoknak az eseteknek a száma, amelyekben vádemelésre került sort. Ezzel egyetemben pedig csökkent a nyomozásmegszüntetéseké.
- 2000-ben jelentősen (85,4%-kal) emelkedett a vádelhalasztások száma. Míg eddig túlsúlyban voltak a fiatalok elkövetők, 2001-ben a vádelmelés elhalasztása jogintézmény alkalmazására többségében felnőttkorúakkal szemben került sor.
- Tovább emelkedett a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetett fiatalok elkövetők száma. 2001-ben arányuk az összes bűnelkövető körében 5,9%, a vissza-

élés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők körében pedig 17,1% volt! Gyakorlatilag minden hatodik visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető, a 2001. évi bűnügyi statisztika szerint, fiatalkorú volt!

- A fiatalkorúak „részvételének” növekedési üteme meghaladja a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők számának növekedési ütemét. A kábítószerrel visszaélő elkövetők életkori „előnye” a többi bűnelkövetővel szemben fokozódott.
- Az általános iskolai végzettséggel rendelkezők száma és aránya is jelentősen növekedett a 2001. évi bűnügyi statisztikai adatok szerint. Alig volt olyan elkövető, aki ne rendelkezett volna legalább általános iskolai végzettséggel vagy az elkövetés idején éppen ne végezte volna azt.

Források:

Ritter I. (2001): A kábítószer-bűnözés jellemzői a bűnügyi statisztikai adatok tükrében. Kézirat

4.2. A kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek jellemzői 2001-ben

DR. VAVRÓ ISTVÁN

Kábítószerrel visszaélés miatt 2001-ben 177 fiatakorút és 1599 felnőttet ítéltek el.

Az elítéltek száma az 1991-2000 közötti évtizedben minden más bűncselekmény-kategóriát meghaladó mértékben emelkedett. Ez a tendencia 2001-ben is folytatódott. Az emelkedés mértékére jellemző, hogy az ilyen bűncselekmény miatt elítéltek száma az említett évtizedben a fiataloknál összesen 185, a felnőtteknél 2909 volt. Az időszakot két részre osztva azt látjuk, hogy 1991-1995 között ilyen bűncselekmény miatt 11 fiatakorút, évente tehát átlagosan 2 főt ítéltek el. Az időszak második felében viszont az elítéltek száma összesen 174, évenként tehát átlagosan 35 fő volt. A felnőtteknél az elítéltek száma az időszak első felében 323, évenként átlagosan tehát 65, míg az időszak második felében 2586, évenként tehát átlagosan 517 volt.

Az elítéltek számának rendkívül nagy mértékű emelkedése minden valószínűség szerint inkább a hatósági fellépés intenzitásának növekedésével, mint a jelenség terjedésének mértékével magyarázható. A két tényező természetesen nem zárja ki egymást, a növekedés azonban minden valószínűség szerint elsősorban a bűnüldöző munka intenzitásának és hatékonyságának következménye.

Fiatakorú elítéltek

A 2001-ben kábítószerrel visszaélés miatt elítélt fiatalok aránya a hasonló korú elítéltekhez viszonyítva 2,52% volt. Kormegoszlásuk eltér a fiatalok elítéltek átlagától, az egyes évfázatok aránya meredek emelkedést mutat:

14 éves	4 fő	2,3%
15 éves	43 fő	24,3%
16 éves	59 fő	33,3%
17 éves	71 fő	40,1%

(Forrás: Igazságügyi Minisztérium)

Az arányoknál a leányok adatait – az elítéltek rendkívül alacsony számára (18 fő) tekintettel – nem közöljük elkülönítve.

A fiatalok elítéltek családi környezet szerinti megoszlása nem tér el lényegesen a hasonló korú elítéltek megoszlásától:

mindkét szülő közös háztartásában élt	109 fő	61,6%
csak egyik szülő háztartásában	50 fő	28,2%
szülői háztartáson kívül	18 fő	10,2%

(Forrás: Igazságügyi Minisztérium)

Az elítéltek iskolai végzettség szerinti megoszlása azt mutatja, hogy ezek a fiatalokúak döntő többségükben nem a hagyományos bűnelkövetői körből kerülnek ki. Ezt valószínűsíti, hogy a legalább nyolc általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya (ideértve természetesen a továbbtanulókat is) 91,0% volt, ami lényegesen közelebb áll a hasonló korú népesség, mint a fiatalokú elítéltek iskolai végzettség szerinti megoszlásához.

Az előbbi feltételezéseket erősítik meg az előéletre vonatkozó adatok is. Ezekből az átlapítható meg, hogy a kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek között a büntetett előéletűek aránya 9,0% volt, míg a fiatalokú elítéltek összességét tekintve ez az arány 24,5%. Míg tehát átlagosan a fiatalokúak közül minden negyedik, addig a kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek közül minden 11. volt büntetett előéletű.

Az előző megállapításokat alátámasztják a halmazati bűnelkövetésre vonatkozó adatok is. Ezek szerint a halmazati bűnelkövetés miatt elítéltek aránya a kábítószerrel visszaélés miatt elítélteknél 17,5%, míg a fiatalokú elítéltek között általában 48,8% volt.

Jogkövetkezmények

A jogkövetkezményeket tekintve azt állapíthatjuk meg, hogy a leggyakoribb (75,7%) a próbára bocsátás volt. Végrehajtandó szabadságvesztést 3 fő (1,7%), felfüggesztett szabadságvesztést 32 fő (18,1%) esetben alkalmaztak. Közérdekű munkára ítélték 3 fiatalokút, pénzfőbüntetésre ugyancsak 3 főt, 2 fő esetében pedig javítóintézeti nevelést rendeltek el.

Az elítéltek közül 5 fő volt előzetes letartóztatásban, az enyhítő szakasz alkalmazására 2 elítélt esetében került sor. A fiatalokú elítéltek között 4 külföldi volt.

Felnőtt elítéltek

A kábítószerrel visszaélés miatt elítélt felnőttek száma 2001-ben összesen 1599 volt, ez a felnőtt elítéltek 1,8%-a. Az elítéltek közül 1462 volt férfi (az azonos nemű elítéltek 1,9%-a), és 137 nő (az azonos nemű elítéltek 1,3%-a).

Az elítéltek kormegoszlás szerinti adatai azt mutatják, hogy ez a bűncselekmény változatlanul a fiatal korosztályok körében gyakori. Ez bizonyítja, hogy az elítéltek közül 1410 fő, vagyis 88,2% 30 évesnél fiatalabb volt. A hasonló korú elítéltek aránya összességében, a közbíró eljárásokban elítélteknél 49,5%. Talán még szembetűnőbb a különbség, ha arra utalunk, hogy a kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek között mindössze 5 fő (0,31%) tartozott az 50 éves vagy idősebb korcsoportokba, míg a közbíró eljárásban elítélt hasonló korú felnőttek száma összesen 7004, aránya 8,0%.

Az elítéltek családi állapot szerinti megoszlása a korstruktúra következménye. A nőtlenek, hajadonok aránya 88,7% (a férfiak közül nőtlen volt 89,3%, a nők közül hajadon 82,5%). Az arányok között kimutatható, egyébként jelentéktelen mértékű különbség – minden valószínűség szerint – az első ízben házasságot kötő férfiak és nők eltérő átlagos életkorával magyarázható.

A házassági családi állapotúak aránya 6,8%, az elváltaké 4,2% volt. A különváltan élők száma 3, az özvegyeké 2 fő.

Az elítéltek iskolai végzettség szerinti megoszlása azt mutatja, hogy a legjelentősebb arányt (57,7%, 923 fő) az általános iskolai végzettségűek képezték. A középiskolai végzettségűek aránya 40,1% volt (641 fő). Írástudatlan volt 2 fő, felsőfokú végzettséggel rendelkező 33 elítélt.

Az elítéltek előélet szerinti megoszlása azt mutatja, hogy – a fiatalokéhoz hasonlóan – a felnőtteknél sem a hagyományos bűnelkövetői körből kerülnek ki az elítéltek. A büntetett előéletűek aránya ugyanis 28,5% volt, míg a közvédas eljárásban elítélt felnőtteknél ez az arány 41,5%.

Jogkövetkezmények

A jogkövetkezményeket tekintve a leggyakoribb az általában próbára bocsátást jelentő önállóan alkalmazott mellékbüntetés, intézkedés. Ilyen döntést hozott a bíróság 635 fő (39,7%) esetében. Ezt követte a pénzbíbüntetés, melyet 478 elítélt (29,9%) esetében alkalmaztak. A felfüggesztett szabadságvesztés aránya 15,4% (247 fő).

A kábítószerrel visszaélés büntetőjogi megítélésével kapcsolatos vitákban gyakran elhangzott, hogy fennáll a veszélye a végrehajtandó szabadságvesztés nagyarányú alkalmazásának. Az adatok ezt a feltételezést nem támasztják alá. Végrehajtandó szabadságvesztésre 205 főt ítéltek, ez 12,8%-os arálynak felel meg, ami alacsonyabb a közvédas eljárásban elítélt felnőtteknél kimutatható átlagos aránynál (13,8%).

A halmazati bűnelkövetés miatt elítéltek aránya a férfiaknál 11,5%, a nőknél 8,8% volt. Mindkettő alacsonyabb, mint a közvédas eljárásban elítélt hasonló korú és nemű felnőttek között általában. Ezek az adatok is – úgy véljük – megerősítik a kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek sajátos körére vonatkozó megállapításokat.

A jogkövetkezmények egyéb vonatkozásait tekintve: enyhítő szakaszt 157 fő esetében alkalmaztak, előzetes letartóztatásban volt 275 fő.

Az elítéltek közül 125 fő (109 férfi és 16 nő) volt külföldi állampolgár.

Források:

Vavró I. (2002): A kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek jellemzői 2001-ben. Kézirat

5. Az illegális kábítószerpiac

5.1. A kínálati oldal változásai – hozzáférhetőség, kábítószer-kínálat

OLÁH MIKLÓS

A határok átjárhatósága új szereplőket, új módszereket hozott a szervezett nemzetközi és hazai drogbűnözésbe. Új fenyegetések léptek fel, melyek hosszú távú, több oldalú és hatásos nemzetközi együttműködést igényelnek a bűnözők ellen fellépő rendvédelmi szervek részéről. Fontos lenne azonban Magyarországon is kidolgozni és alkalmazhatóvá tenni egy olyan koncepciót, amely elősegítheti a kábítószer-kereskedelem elleni – jelenleginél – hatékonyabb fellépést és az érintett rendvédelmi szervek együttműködését.

Egyedül egyetlen rendvédelmi szerv, egyetlen ország sem képes eredményesen fellépni a nemzetközi bűnszervezetek és helyi erőik ellen.

A droggereskedők kiépítették átfogó hálózatukat, kifejlesztették a pénzmosás technikáját, miközben a hazai fellépés szervezeti és stratégiai szintje mit sem változott már több mint egy évtizede.

A 2000. év sok szempontból jelentős változásokat hozott a magyar drogpiacon. A party-drogok terjedése – főleg az ecstasy tablettáé – növekvő tendenciát sejtet. Szintén aggasztó az amfetamin beáramlása, főként Nyugat-Európából (Hollandiából) és a nem ellenőrzött balkáni területekről.

A rendelkezésre álló adatok szerint a belső kábítószerpiac még mindig fejlődik, bővül, de ennek üteme lényegesen lassúbb, mint a korábbi időszakban.

Magyarországon legelterjedtebb kábítószer a marihuána, amely továbbra is hazai ültetvényekről kerül az eladókhoz. A külföldről – Hollandiából, illetve a volt Jugoszlávia területéről – importált marihuána aránya (kb. 20%) nem mutat változást a korábbi évekhez képest.

Az amfetaminszármazékok országos elterjedtsége kedvező befektetési lehetőséget nyújt egyes magyar bűnszervezeteknek. E területen tapasztalhatók legmarkánsabban a szervezett elkövetés jellemzői. A befektetők pénzéből a szervezők jól bejáratott hollandiai kapcsolatokon keresztül igen olcsón szereznek be nagy tételekben amfetaminport és ecstasy tablettákat, e szerek az elosztók és dílerhálózatok közreműködésével jutnak el a fogyasztókhoz. A fogyasztás jellemző helyszínei a hétvégi zenés rendezvények, ugyanakkor – egészségügyi jelzések szerint – már kialakult egy rendszeresen fogyasztó réteg is.

A heroinnal kapcsolatos bűnügyi, közbiztonsági problémák továbbra is Budapestre és Miskolcra koncentrálódnak. Az albán etnikumú beszerzőcsoportok török nagykereskedőtől vásárolják a belső piacra szánt mennyiségeket, az elosztásban részt vesznek egyes arab csoportosulások, a közvetlen eladásokat pedig többségében magyarok végzik. 2001. december közepéig az előző évvel azonos (31) herointúladagolás miatti haláleset jutott a rendőrség tudomására, mely esetekben a közvetlen kiváltó ok a megszokottnál tisztább mi-

nőségű heroin fogyasztása volt. A halálesetek száma évente közel azonos számot mutat, de az okokat ténylegesen feltáró adatokkal nem rendelkezünk.

Alapvető változás a magyarországi heroinpiacon, hogy területi szempontból már nem csak a két korábban említett nagyváros és vonzáskörzete, hanem más vidéki területek is fertőzötté váltak, annak ellenére, hogy a rendőrségi felderítésben nem jelennek meg.

Jól észlelhető változásokra került sor a belső heroinpiacon október-november hónapok folyamán az afganisztáni eseményekkel összefüggésben. Jelentős anyaghiány lépett fel, a dírek egy részének teljesen elfogytak a készletei, a fogyasztóknak jelentős erőfeszítéseket kell tenniük a napi adag megszerzéséért, amelynek ára jelentősen – 30-35%-kal – emelkedett.

Az afganisztáni válsággal összefüggő kínálatcsökkenés csak átmeneti jellegű volt, mert a későbbiekben nem volt érzékelhető sem a hazai piacon, sem pedig a tranzitszállítmányok vonatkozásában a heroin hiánya.

A szervezett jellegű kábítószer-bűnözés magyarországi helyzetére egyre inkább jellemzővé válik a több, különálló külföldi és magyar, illetve vegyes csoport által szervezett tranzitcsempészet, valamint az egyes kábítószeres tekintetében a hazai piac szélesítése, a már meglévő igények kielégítése. Az országon áthaladó, a nyugat-európai fogyasztóknak szánt kábítószeres közül továbbra is első helyen áll a nyugat-ázsiai heroin, melyet török kamionosok, utazási irodát alapított busztulajdonosok szállítanak, de mellettük továbbra is jelentős hányadot képeznek a kisebb szerb, koszovói albán és magyar tagokkal is működő csoportok, melyek megrendelésre különböző járművekkel csempészik a kábítószeret.

Az országba belépő és ugyancsak a Balkán-útvonalon csempészt kábítószeres közül mennyiségét tekintve a hasis áll a második helyen.

Jellemző változásként értékeljük az előző évekhez hasonlóan, hogy nagymértékben, dinamikusan nőtt a tranzitforgalom mellett a kokain belső terjesztése. Ez a jelenség már nemcsak az egyes vendéglátóhelyekre, éttermekre és éjszakai bárókra jellemző, hanem megjelent a „felső tízezerbe tartozó” baráti társaságok és azok holdudvarába tartozó személyek között, sőt alkalmi jelleggel az alsóbb társadalmi státusúak körében is. A terjesztői kör a korábbi években még a gépjárműbűnözésből és más vagyoni elleni bűncselekmények elkövetőiből kikerült személyekből tevődik össze.

A kokain tranzitcsempészeti módszereit és irányát tekintve folyamatos átalakulásban van. Mennyisége az európai adatokkal összevetve az utóbbi években mintegy 15-20-szorosára növekedett, és ennek egyre jelentősebb hányada Magyarországon kerül forgalomba, illetve innen kerül az európai piacra. Komoly aggodalomra ad okot, hogy az utóbbi egy évben jelentősen nőtt a magyar futárok száma, akik Dél-Amerikából, elsősorban a „benyeléses” módszerrel csempészik a kokaint. Főleg külföldön munkát vállaló fiatalokról van szó, de jelentős azoknak a száma is akik „turistaként” járnak az adott területeken. A célország nem minden esetben Magyarország, több magyar futárt más európai nagyvárosokban fogtak el, de előfordult, hogy éppen Dél-Amerikában.

Bár a tárgyévben több nyomozásra került sor a kokain miatt, mint 2000-ben, e szert rendszeresen csak a jelentős anyagiakkal rendelkező körökben fogyasztják. Beszerzése leg-

gyakrabban – az amfetaminnal együtt – Hollandiában történik. A hasis és az LSD-bélyeg csak kiegészítő anyagokként és nem jelentős mennyiségben vannak jelen a belső piacon.

A tranzitcsempészet vonatkozásában Magyarország továbbra is mint a Balkán-útvonal egyik kulcsországa érintett, a török és albán etnikumú bűnszervezetek a közel-keleti térségben előállított heroint több útvonalon – így Magyarország területét is érintve – juttatják el Nyugat-Európába. A határokon történt heroinelefoglalások mennyiségében az előző évihez képest jelentősebb csökkenés tapasztalható, mely a bűnszervezetek részleges útvonal-módosításaival függ össze, tekintettel Macedónia politikai és biztonsági helyzetének stabilizálására, illetve az erre vezető „középső Balkán-útvonal” használatának felújítására. Felderítési tapasztalatok szerint – Bulgáriához és Romániához hasonlóan – Magyarország területét is egyre gyakrabban felhasználják jelentősebb mennyiségű heroin raktározására.

A Dél-Amerikából Nyugat-Európába irányuló, légi úton történő kokaincsempészet vonatkozásában a Ferihegyi repülőtér 2001-ben is tranzitállomása volt több kisebb mennyiségű szállítmánynak. Ezen esetek vizsgálata feltárta, hogy a megbízók és szervezők köre változatlanul a nyugat-afrikai (elsősorban nigériai) bűnszervezetekhez köthető.

A kábítószer-bűnözés alakulásának legjellemzőbb vonásain túl meg kell jegyezni, hogy továbbra is igen széles kört érint a kábítószer-tartalmú gyógyszerek önmagában vagy alkohollal történő fogyasztása az alternatív zenét játszó szórakozóhelyeken, ahol gyakorlatilag rendszeressé vált a marihuána, hasis, esetenként az LSD-bélyegek árusítása.

Jelentős mértékben növekedett a marihuánafogyasztók köre, amelyet Magyarországon is egyre nagyobb területeken termesztenek. A termesztési módszerek egyre kifinomultabbak, s a magyarországi földekről származó olcsó „fű” iránt egyre nagyobb fizetőképes kereslet jelentkezik elsősorban a fiatalabb korosztályok körében.

Figyelemre méltó az a tény, hogy míg a hivatalos vélemények szerint legnagyobb mennyiségben a marihuána van jelen a magyar piacon, addig a szervezett kábítószer-bűnözéssel foglalkozó rendvédelmi szervek lefoglalási és eljárási adatai alapján ez nem jelenik meg a felderített ügyekben.

Hasonló módon nincs arányban a szintetikus kábítószeres miatt indult eljárások száma a becsült adatokkal, amelyek a piacon megjelenő kábítószer mennyiségére vonatkoznak.

A prekursor anyagok ellenőrzése sem felel meg hatékonyságában az Európában elfogadott gyakorlatnak. Ez talán még a kisebb probléma, de nem segíti elő az illegális szereket feldolgozó személyi és „üzleti” körnek a felderítését és ellenőrzését. Több éve tudott dolog, hogy a „balkáni” területekről sok munkanélküli vegyész és vegyipari ismeretekkel rendelkező szakember menekült el munkát keresve, és kiszolgáltatott helyzetében bűnszervezetekhez csapódott, illetve bekapcsolódott azok tevékenységébe. Ugyanígy kerülhettek erre a területre magyar szakemberek is. Így az illegális előállítás területén minden feltétel adott az „eredményes” működéshez, míg rendvédelmi oldalról fehér folt a teljes szervezet.

A kínálatcsökkentés hatékonysága igen alacsony színvonalú, s ennek oka az, hogy egységes feldolgozási rendszer hiányában a felderítések nem tervezhetők még helyi szinten sem, nemhogy országos vonatkozásban. Az egy-egy régióban tevékenykedő bűnszervezetek ak-

tív információs kapcsolatban állnak egymással, míg ilyen jellegű együttműködés a rendvédelem területén központi akarat hiányában nem nagyon létezik. Nincs egységes és központi jelentőrendszer, a laboratóriumi háttér nem végez – csak „magánszorgalomból” – összehasonlító elemzéseket. Az alkalmanként elvégzett ilyen jellegű vizsgálatok pedig jelentősen erősíthetnék a külön szájakon futó ügyeket, és nem elhanyagolható módon a szakmai nyilvánosság felé jeleznék azt a tényt is, hogy Magyarország nemcsak felhasználó, hanem előállító területté „nőtte ki magát”.

Az utcai terjesztés is hatékonyan működhet az egységes nyilvántartások hiányában, kevés kockázattal jár a dílerék számára a jól konspirált forgalmazói tevékenység, mivel azonosításuk, felderítésük nehézkes és nem célirányos.

Habár komoly büntetési tételek szerepelnek a Btk.-ban, kicsi az egy személyre vetített kockázata annak, hogy valaki mint az üzlet szervezője valóban felderíthető és bíróság elé állítható. Az alacsony hatékonyság miatt egyes elszigeteltnek látszó csoportok felderítése alacsony szinten megreked, így nem kerülhet sor a teljes felszámolásra. Hasonló módon nem történik meg az anyagi háttér felderítése és felszámolása sem, ez pedig azt eredményezi, hogy a szervezet tovább működik, mivel a forgalmazáshoz szükséges háttér továbbra is rendelkezésre áll.

A kábítószeresek illegális drogpiai ára

Kábítószerárak Magyarországon 2001-ben		
Kábítószerfajták	Kiskereskedelmi (utcai ár) (gramm, ill. db) Ft	Kiskereskedelmi (utcai ár) (gramm, ill. db) euró
Heroin	5000-16 000	21-62
Kokain	12 000-21 000	49-82
Hasis	1800-2500	7-10
Marihuána	2000-2800	9-11
Amfetamin (por)	3000-6000	13-25
Ecstasy (db)	2000-3000	9-13
LSD	1800-3000	7-12

(Forrás: ORFK)

Források:

Oláh M. (2002): A magyarországi illegális drogpiacon jellemzői 2001-ben. Kézirat

5.2. A kábítószer-lefoglalások alakulása

A VÁM- ÉS PÉNZÜGYŐRSÉG 2001. ÉVI FELDERÍTŐ TEVÉKENYSÉGE

A Vám- és Pénzügyőrség felderítési esetszáma 2000-hez képest emelkedést mutat, ugyanakkor az eljárások során lefoglalt mennyiség a harmadára csökkent. Míg 2000-ben 146 esetben találtak valamilyen kábítószerrel a testület munkatársai, és összesen 790 kg mennyiségű anyagot foglaltak le, addig 2001-ben a felderítések esetszáma 206-ra nőtt, a lefoglalt mennyiség pedig 237 kg volt.

Hazai és nemzetközi elemzések szerint a lefoglalási mennyiségek csökkenését – amely több kelet- és nyugat-európai országban is tapasztalható volt – a csempésztúvonalak módosulásai, illetve a szállítási módszerek bizonyos változásai okozták.

A nemzetközi kábítószer-kereskedelem elleni küzdelemben továbbra is egyik kiemelt feladat a Délnyugat-Ázsiából Európába történő **heroincsempészet** felderítése. A már említett útirányváltozások következtében a Balkán-útvonalon korábban jelentős lefoglalásokkal szereplő országokban szintén visszaesett a heroinfelderítés, viszont jelentősen növekedtek a lefoglalások az olasz és a brit kikötőkben. Ez a térségünket dél felé elkerülő útvonalak fokozottabb használatára utal, amikor török kikötőkből komphajókkal szállított teherjárművekkel juttatják el a heroint Olaszországba, illetve Angliába. Szintén megnövekedett szállítási aktivitás volt tapasztalható a Törökország-Bulgária-Macedónia-Albánia-Olaszország kombinált szárazföldi-tengeri útvonalon. Részben az afganisztáni események következtében megerősödött a heroinformaglom a Kelet-Közép-Európát északi irányban – a volt közép-ázsiai szovjet köztársaságok, Oroszország, a Baltikum, Lengyelország felé – elkerülő útvonalon is.

Bár a magyar vámigazgatás által 2001-ben lefoglalt 186 kg heroin meg sem közelíti az egy évvel korábbi 747 kg-ot, a Balkán-útvonal 15 vámigazgatása közül a magyar Vám- és Pénzügyőrség még ezzel a mennyiséggel is az ötödik helyen szerepel.

Míg a lefoglalt heroinszállítmányok döntő többsége a Nyugat-Európába irányuló tranzitforgalomból került kiszűrésre, a határokon megtalált **kannabisztermékek** nagy része a belső kábítószerpiac ellátására érkezett. 2000-ben 67 esetben, 2001-ben 102 esetben foglaltak le marihuánát a testület munkatársai. A lefoglalt mennyiség három és félszeresére nőtt (2000-ben 12,5 kg, 2001-ben 42,3 kg).

A lefoglalások többsége saját használatra, vagy egy szűkebb kör alkalmi ellátására elegendő, csekélyebb mennyiségek tekintetében történt, általában Nyugat-Európából visszaérkező magyar állampolgároknál. Különösen a beérkező nemzetközi gyorsvonatokon történt sok ilyen felderítés. Ezzel párhuzamosan a tárgyévben is növekedett az egy kilogrammnyi mennyiség feletti marihuánaelfogások száma. A tapasztalatok szerint a jelentősebb mennyiségű szállítmányok elsősorban Jugoszláviából érkező járművekhez és utasokhoz köthetők, s az esetek egy részében nem is Magyarországra, hanem Nyugat-Európába irányult a csempészet.

A magyar illegális marihuánapiac ellátása jelentős mértékben a hazai kenderültetvények terméséből történik. A Vám- és Pénzügyőrség ezek felderítésében is részt vett, a tárgyév-

ben az egyéb irányú belterületi ellenőrzések során 2 illegális ültetvényen összesen 103 000 tő kannabisznövényt, illetve -palántát találtak a Központi Járőrszolgálat munkatársai.

A hasislefoglalások esetszáma 27, megegyezik a 2000. évi esetszámmal, ugyanakkor a lefoglalt mennyiség jelentősen csökkent (1,78 kg). Ennek oka, hogy 2000-ben egy jelentős (7,1 kg-os) repülőtéri elfogás tette ki az összes mennyiség (8,09 kg) 88%-át, 2001-ben viszont csupán egy esetben találtak a pénzügyőrök 1 kg feletti mennyiséget. A felderítések döntő többségében hazai fogyasztásra szánt 100 gramm alatti mennyiségek kerültek elő, amelyek Hollandiából vagy Jugoszláviából érkeztek, de a hasis tekintetében tapasztalható volt – a marihuánához hasonlóan – a Nyugat-Európába irányuló tranzitcsempészet.

A **szintetikus kábítószerekkel** a korábbi évekhez hasonlóan többnyire a nyugati határainkon, illetve a Ferihegyi repülőtérén találkoztak a pénzügyőrök, elsősorban Nyugat-Európából hazatérő magyaroknál. Az amfetaminfelderítés 2000-hez képest 50%-kal emelkedett (15 esetben 286 gramm amfetamin), míg az ecstasyból több felderítés során kevesebb mennyiség került lefoglalásra (9 esetben, összesen 1033 tabletta).

A magyar illegális kábítószerpiac csökkenő érdeklődése az **LSD** iránt már a 2000. évi lefoglalásoknál is érzékelhető volt, s a 2001. évi minimális mennyiség (2 esetben 115 db LSD-„korong”, illetve 4 db -bélyeg) is ezt támasztja alá.

A Vám- és Pénzügyőrség **kokain**lefoglalásainak nagy többsége a korábbi években is a Ferihegyi repülőtérhez, illetve a légi tranzitcsempészethez kötődött. 2000-hez képest 2001-ben a felderítések száma és a lefoglalt mennyiség is növekedett (12 esetben 4,8 kg), ám ez jelentősen elmarad az 1997-1999 közötti időszak lefoglalásaitól. Ennek oka a szállítási útvonalak és módszerek megváltozása, amelyet jól mutatnak a külföldön elfogott magyar kokaincsempészek ügyei.

A korábbi években a magyar futárok Budapestről indultak dél-amerikai nyaralásokra, amelyek során a kokainnal Magyarországra tértek vissza, s azt innen vitték tovább más személyek a nyugat-európai célállomásokra. Az utóbbi egy-két évben jellemzően már nyugat-európai repülőterekről indulnak Dél-Amerikába, majd onnan az induló állomásra térnek vissza a kábítószerrel, megnövelve ezzel a lebukás kockázatát. A Ferihegyi repülőtérre jelenleg inkább azok a kelet-európai (jugoszláv, román, bolgár) állampolgárok használják tranzit-állomásként, akik hazájukba akarják csempészni a kokaint, s közülük viszonylag sokan lenyelve, a gyomrukban csempészik a kábítószer.

Egyes kábítószer előállításához szükséges, de egyébként más legális termékek gyártásához is használt vegyi anyagok (**kábítószer-prekurzorok**) tekintetében a Vám- és Pénzügyőrségnek összetett feladatai vannak, a csempészet felderítése mellett a legális kereskedelmi forgalom ellenőrzésében is. 2001-ben 2 esetben összesen 13 649 db efedrintabletta került lefoglalásra, amelyet Romániából, illetve Jugoszláviából akartak becsempészni. Az egyik szállítmány célországa Ausztria, a másiké Magyarország lett volna.

A kábítószer-prekurzorok legális kereskedelmi forgalmának hatósági ellenőrzését a Gazdasági Minisztérium által elkészített és egyeztetett éves terv szerint végezték. 2000-ben 7, 2001-ben 12 céget vontak ellenőrzés alá a vonatkozó kormányrendeletben meghatározott

anyagok forgalmának jogszerűségét vizsgálva, de nem találtak olyan jeleket, amelyek prekursorok illegális csatornákon történő eltérítésére utaltak volna.

Források:

VPOP – Vám- és Pénzügyőrség Országos Parancsnoksága. (2002): Összefoglaló jelentés a VPOP 2001. évi kábítószer-felderítő tevékenységéről. Az összefoglalót készítette: Hollósi György

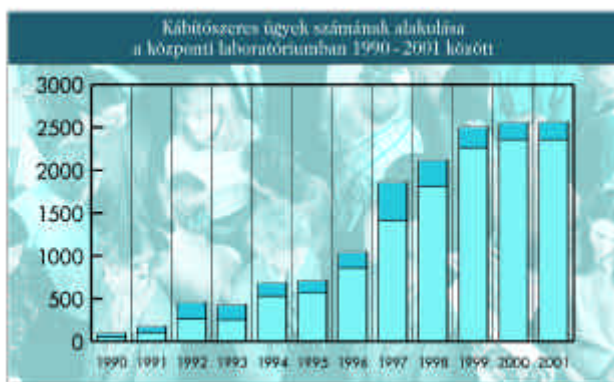
5.3. Az illegális kábítószeres hatóanyag-tartalmának változása, trendek a feketepiacon

DR. NAGY GÁBOR

A lefoglalt kábítószeres hatóanyag-tartalma

A Bűnügyi Szakértői- és Kutató Intézetben, illetve elődjében, a Bűnügyi Technikai Intézetben 1968 óta folyik kábítószeranyagok vizsgálata. A központi laboratórium illetékessége országos hatáskörrel anyag- (szubsztancia-) vizsgálatokra terjed ki, elsősorban hatósági megkeresések alapján. Mivel az érvényes jogszabályok szerint a rendőrség, Vám- és Pénzügyőrség, a büntetés-végrehajtás, az ügyészségek és bíróságok eljárása során a kábítószernek vélelmezett anyagok vizsgálata és a bűnjelek kezelése a laboratórium közreműködésével történik, és az országban lefoglalt összes kábítószer adata adatbázisukban összegződik, ezért ez az adatbázis egységnek, pontosnak, következtetések levonására alkalmasnak és megbízhatónak tekinthető.

Kábítószeres ügyek száma évről évre emelkedik. Az alábbi ábrán a növekedés különböző mértékű, de folyamatos emelkedése látható. A diagramból jól kivehető, hogy tíz év alatt több mint huszonötszörösére növekedett a kábítószeres ügyek száma, ezen belül is megnövekedett a pozitív, valóban kábítószeret tartalmazó ügyek aránya (l. alsó oszlop). A pozitív ügyek arányának növekedése egyrészt a kábítószer-fogyasztás terjedésével, másrészt a nyomozók kábítószer-anyagismerettel kapcsolatos felkészültségével magyarázható:



(Forrás: ORFK Bűnügyi Szakértői- és Kutató Intézet)

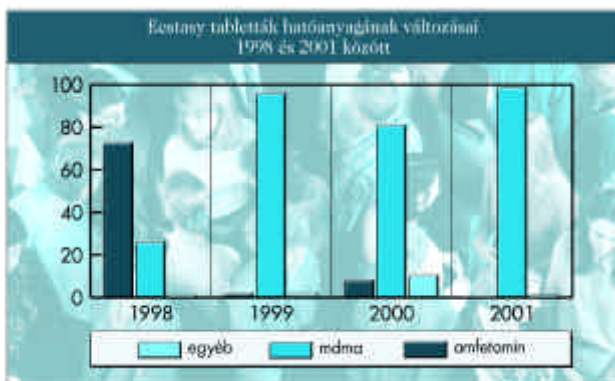
Az alábbi táblázat a lefoglalt és a Bűnügyi Szakértői- és Kutató Intézet laboratóriumaiba vizsgálatra érkezett kábítószer mennyiségeinek eloszlását mutatja be az elmúlt nyolc évben. A marihuána esetében a beküldött mennyiség sok esetben csak a reprezentatív minta tömegét jelenti, a rendőrség által lefoglalásra és megsemmisítésre került tömeg a közölt adatot lényegesen meghaladja. A többi anyagfajta mennyisége a lefoglalásra került nettó tömeg mérésén alapul, ezért eltér a más szervek által közölt és összegzett értékektől. Az eltérés oka, hogy a lefoglalás során a csomagolóanyaggal együtt mért bruttó tömegek állnak a hatóság rendelkezésére, így csak ezt tudják közölni.

Az ORFK Bűnügyi Szakértői- és Kutató Intézetben 1994-2001 között vizsgált feketeipiaci kábítószer-készítmények mennyiségi szerinti megoszlása								
Kábítószerfajta	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Heroin (kg)	1088	565	230	190	937	166,5	670	154,4
Kokain (kg)	25	16,1	8	7,6	20	115	10,9	6,02
Hasis (kg)	26,3	0,6	782	4	2,8	3,6	19	0,88
Marihuána (kg)	1281	113	45	2338	146*	99,9*	112*	131*
Morfin, ópium (kg)	105	19,5	0,9	1	0	0,9	16,6	0,01
Amfetaminpor (kg)	28	0,8	0,5	12,7	10,3	4,6	10,5	1,48
LSD-bélyeg és -korong (db)	650	299	1023	1607	4416	3115	1519	972,5
Ecstasy tabletták (db)	15	2929	7052	5505	11785	11143	15154	18663,5

a *-gal jelzett mennyiség részben csak reprezentatív mintát tartalmaz
(Forrás: ORFK Bűnügyi Szakértői- és Kutató Intézet)

Az évek során folyamatosan növekedett a lefoglalt szintetikus kábítószer között az ecstasy tabletták mennyisége, ellentétben az olyan „klasszikus” szerekkel, mint a hasis vagy az ópium.

Az utóbbi években az ecstasy tabletták jellemző hatóanyaga az MDMA volt, 2001-ben az összes tabletták 97%-a MDMA-t tartalmazott. Az alábbi ábrán jól kivethető, hogy az egyéb hatóanyagok aránya folyamatosan csökken az MDMA-hoz viszonyítva.



(Forrás: ORFK Bűnügyi Szakértői- és Kutató Intézet)

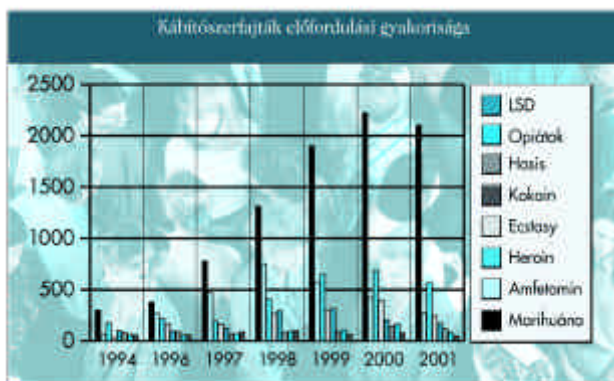
Az egyéb hatóanyagok fajtái azonban még mindig nagy változatosságot mutatnak. A következő táblázatban az ecstasy tabletták hatóanyagainak fajtáit és a lefoglalt tabletták számát tüntettük fel.

Hatóanyag	1998	1999	2000	2001
Amfetamin	8587	229	1264	4
MDMA	3090	10 694	12 298	18 102
MDE	16	96	110	176
MDA	2	69	1276	33
Metamfetamin	90	20	203	15
2-CB (nexus)	0	35	3	0
4-MTA	0	0	3	0
1-PEA	0	0	7	0
PMA	0	0	0	334

(Forrás: ORFK Bűnügyi Szakértői- és Kutató Intézet)

Magyarországon 2000-ben új hatóanyagként jelent meg ecstasy tablettákban a 4-MTA és az 1-PEA, 2001-ben pedig a veszélyes, külföldön már több esetben halált okozó PMA is.

A heroinlefoglalások szélsőségesen magas értékei összefüggésbe hozhatók a délszláv háborúk időpontjaival, amikor a tranzitútvonalak a veszélyes déli irányok helyett országunk felé terelődtek el. Jól észlelhető jelenség továbbá, hogy a 90-es évek végétől az LSD népszerűsége, gyakorisága folyamatosan csökken. A fentiekkel megegyező tendenciákat mutat az alábbi grafikon is, amelyen az ügyekben előforduló anyagfajták előfordulásának gyakoriságát ábrázoltuk. Az ábrán egy lényeges átrendeződés tapasztalható: bár továbbra is a legtöbb ügyben a kannabiszalapú szerek, elsősorban a marihuána fordul elő mint a leggyakoribb, legnépszerűbb kábítószer, de a második helyre 1999-től a szintetikus szereket megelőzve a heroin került, mi több, hozzájuk viszonyított aránya fokozatosan nő. A heroin előfordulási gyakorisága, vélhetően a népszerűsége is, folyamatosan növekszik, ami egy veszélyes tendenciát jelez.



(Forrás: ORFK Bűnügyi Szakértői- és Kutató Intézet)

Több szempontból is fontos jellemző a feketepiaci szerek tisztasága, hatóanyag-tartalma. Egyrészt epidemiológiai jelentősége van, másrészt a magyar jogban a büntetési tétel függ a gyanúsított birtokában levő kábítószer pontos mennyiségétől, azaz a tiszta hatóanyag-tartalomtól. Lényeges lehet továbbá a csak tanúvallomások alapján történő számítások során az átlagos hatóanyag-koncentráció is, amely az adott időszakban a magyar piacot jellemezte.

A fentiek miatt az Intézetben mért koncentrációkat nyilvántartják, évenként összesítik és értékelik. Ezeket az adatokat az alábbi táblázat tartalmazza.

Az ORFK Bűnügyi Szakértői- és Kutató Intézetben vizsgált feketepiaci kábítószer-készítmények átlagos hatóanyag-tartalmának alakulása 1996 és 2001 között					
Hatóanyag	1996	1998	1999	2000	2001
MDMA (ecstasy tablettá)	72-102 mg/tabletta	50-100 mg/tabletta	50-100 mg/tabletta*	50-100 mg/tabletta*	50-100 mg/tabletta*
MDA (ecstasy tablettá)	46-48 mg/tabletta	46-48 mg/tabletta	50-80 mg/tabletta*	50-80 mg/tabletta*	50-80 mg/tabletta*
MDE (ecstasy tablettá)	85-113 mg/tabletta	85-113 mg/tabletta	85-113 mg/tabletta	85-113 mg/tabletta	85-113 mg/tabletta
Amfetamin (tablettá)	5,5-30 mg/tabletta	5-40 mg/tabletta	5-25 mg/tabletta*	5-25 mg/tabletta*	5-25 mg/tabletta*
Amfetamin (speed-por)	5-45 %	5-45 %	2-35 %*	1-20%*	1-25%*
Kokain (fogyasztási adag)	Nincs adat	25-60%	10-65%*	20-80%*	20-80%*
Kokain (nagy tételek)	52-91%	60-80%	50-80%*		
Heroin (fogyasztási adag)	10-50%	10-50%	5-65%*	10-65%*	10-65%*
Heroin (nagy tételek)	50-75%	40-80%			
Marihuána (THC)	0,01-2%	0,01-2,5%	0,01-4%	0,01-6%*	0,01-6%*
Hasis (THC)	2-20%	1-15%	1-20%	1-20%	1-20%
LSD	50-100 µg/bélyeg	60-170 µg/bélyeg	60-170 µg/bélyeg*	60-170 µg/bélyeg*	60-170 µg/bélyeg*

* a hatóanyag-tartalom az ügyek legalább 90%-ban a fenti határokon belül található
(Forrás: ORFK Bűnügyi Szakértői- és Kutató Intézet)

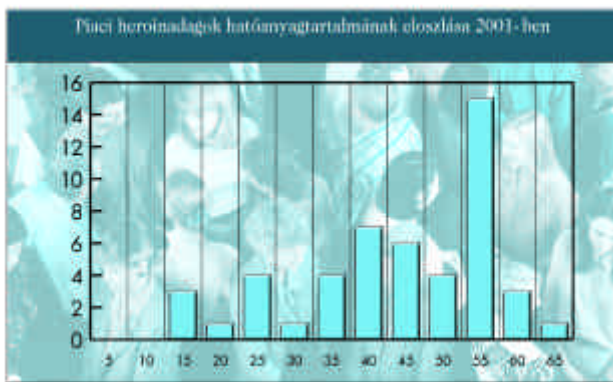
A táblázat alapján sok információ és következtetés vonható le az illegális kábítószerpiacon bekövetkező változásokról.

Jellegzetes tény, hogy a diszkrét adagokban piacra kerülő szereknek – mint például az ecstasy tablettáknak vagy az LSD-bélyegeknak – a hatóanyag-tartalma hosszabb ideje állandó és viszonylag szűk határok között mozog.

Csökkenő tendenciát mutat az amfetamintartalmú „speed”-porok hatóanyag-tartalma az utóbbi években, a 45%-os felső határ 25%-ra csökkent.

Folyamatosan emelkedik azonban a marihuána THC-tartalma. A felső határértékként közölt 1996-os 2% 2001-re háromszorosára, 6%-ra növekedett, aminek oka egyrészt a vadkender arányának csökkenése, másrészt pedig az indiai ún. hasiskender termesztésének elterjedése. Megjegyzendő, hogy néhány esetben már mértek 7-8, sőt 11%-os THC-tartalmat is, ami vélemezhetően nemcsak a fajtaválasztásnak, hanem a speciálisan hatékony, mesterséges körülmények közötti – esetleg indoor – növénytermesztésnek tulajdonítható. (Ezeket a kiugró értékeket a fenti táblázatban nem tüntettük fel, mert az esetek kevesebb mint egy százalékát adják.)

Jellegzetesen változik a kokain és a heroin koncentrációja is. Míg korábban mindkét anyagfajta esetén határozott különbség mutatkozott a csempészett, nagy mennyiségben lefoglalt anyagok és a piacon árusításra kiadagolt, pakettekben lefoglalt porok koncentrációja között, addig 1998-tól ez a különbség gyakorlatilag elmosódott, megszűnt. A kokainnál ez a különbség kicsi volt, jelentősen nem hígították az anyagot, de a heroin esetében élesen elvált a tranzitált anyag 50-80%-os tisztasága és a hígított, „felütött” piaci adagok hatóanyag-tartalma. 2000-től azonban ez a különbség megszűnt, de oly módon, amely drámai hatással volt a piacra és a fogyasztókra is. A fogyasztási adagokban, pakettekben megjelent a „felütés” nélküli, nagytisztaságú, akár 60-70 %-os heroin! Ez a folyamat 2001-ben folytatódott, méghozzá úgy, hogy méréseink szerint a fogyasztási adagok hatvan százalékában a heroin bázis hatóanyag-tartalom meghaladta a 40%-ot!



(Forrás: ORFK Bűnügyi Szakértői- és Kutató Intézet)

A fenti ábrán jól látható, hogy az erősen hígított, 10% alatti koncentrációjú heroin már nem is fordult elő a mintáink között!

A fenti jelenség magyarázatként szolgál az utóbbi két év növekvő számú herointúladagolásos eseteire. Nyilvánvaló, hogy aki korábban 5-10%-os heroint vásárolt és fogyasztott, egy hosszabb kihagyás után a piacon kapható ugyanolyan tömegű port fogyasztva 5-7-szeres meny-

nyiségű heroint juttathatott a szervezetébe, ami túladagolást, „aranylövést” eredményezett.

A pakettekbe kiadagolt heroin tisztaságának növekedése mögött vélelmezhetően a fogyasztási szokások megváltozása húzódik. Az injektlás közismert veszélyessége miatt megnövekedett a heroin inhalálásos és cigarettába kevert fogyasztása, ami tisztább anyagot igényel. A laboratóriumban növekvő számban fordul elő az égett heroinmaradvánnyal szennyezett alumíniumfólia.

Források:

Nagy G. (2002): Az illegális kábítószerpiac jellemzői. Kézirat

III. KERESLETCSÖKKENTÉSEL KAPCSOLATOS BEAVATKOZÁSOK

6. A keresletcsökkentési stratégia

6.1. A keresletcsökkentés hazai eszközei és lehetőségei

A Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására c. dokumentumban foglalt négy fő cél közül kettő is közvetlenül érinti a keresletcsökkentés területét, sőt kifejezetten az elsődleges megelőzésre koncentrál:

1. Közösség, együttműködés – A társadalom váljon érzékenyebbé a droghatóságok hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában.

2. Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására (megelőzés).

1. A társadalom váljon érzékenyebbé a droghatóságok hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában – közösség, együttműködés

A helyi közösségek kiemelkedő szerepet játszanak a droghatóságok kezelésében, hiszen a kábítószer-fogyasztás jelensége alapvetően az egyének, a családok és a helyi közösségek problémája. Itt keletkezik és itt válik először felismerhetővé. Helyben történő meghatározása döntő a későbbi kezelésben, hiszen a helyi közösség érzékenységétől, elkötelezettségétől és felkészültségétől nagymértékben függ a beavatkozás sikere.

A kormányzat minden támogatást meg kell, hogy adjon az önkormányzatoknak tevékenységük leghatékonyabb megvalósításához. Fontos, hogy a helyi közösségekben folyó munkák a nemzetközi együttműködések szellemében és mindazon ajánlások alapján történjenek, melyek az európai tapasztalatok alapján fogalmazódtak meg.

A Nemzeti stratégia kulcsfontosságú a helyi kábítószerügyi egyeztető fórumok. Ezek a 8-10 fős bizottságok gyűjtik össze a helyi droghatóságokkal kapcsolatos információkat, monitorozzák a változásokat, meghatározzák a legfontosabb rizikócsoportokat, megállapítják a közösségi prevenció célkitűzéseit, a terápia lehetőségeit, egyben pedig a prevenció, közösségfejlesztő és terápiás kapacitásokat is nyilvántartják. Biztosítják a helyi szolgáltatásokról szóló információk elérhetőségét a helyi közösség tagjai számára. Évenként tervet készítenek a helyi feladatokról – összhangban a Nemzeti stratégia célkitűzéseivel –, majd év végén beszámolót készítenek az elvégzett munkáról. A beszámolót a helyi közösség tagjaival megismertetik és elküldik a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottságnak.

A közösségi szintek:

- család
- lakóközösség
- munkahely
- helyi közösség, önkormányzat
- a társadalom, mint közösség
- nemzetközi együttműködés

Hosszú távú célok

- A droproblémák kezelése iránt érzékenyebb, működő közösségek kialakulása. A droproblémákkal hatékonyan megküzdeni képes közösségek kialakítása érinti a családok szocializációs működését és értékszéméletét, az iskola világát, a munkahelyeket, a szabadidő-eltöltési lehetőségeket, a helyi kisebb közösségeket, az egyházi csoportokat stb.
- A családok érzékenyebbé tétele a droproblémák felismerésében és kezelésében.
- Munkahelyi drogpoltikák kidolgozása, „drogmentes munkahely” program kiszélesítése.
- Elterjedt drogmentes szórakozási lehetőségek, ezen belül a biztonságos szórakozóhelyek számának növelése.
- A büntetés-végrehajtás intézményeiből szabadult kábítószer-fogyasztók reintegrálása a közösségbe, elkerülve társadalmi kirekesztődésüket.
- A hajléktalanellátás – egy szélesebb szociálpoltikai kontextusban meg kell teremteni a segítői ellátások lehetséges biztosításával az ezen a területen radikálisan jelentkező ártalmak kezelését, valamint a reszocializációs elemek beépítésével a társadalomba való visszailleszkedés esélyét.
- Adatgyűjtés és a kutatások újraszervezése. A helyi közösség akkor tud megfelelő módon fellépni a droproblémákkal szemben, ha reális információk állnak rendelkezésére.

Középtávú célok

- A közösség számára használható hazai adatok összegyűjtése, a nemzetközi adatbázisok hozzáférhetővé tétele.
- Drogmentes programok és szinterek létrejöttének támogatása: a helyi közösség, az iskola, a munkahely, a szórakozóhelyek vonatkozásában.
- Kiemelt figyelmet érdemel a diszkóbaesetek számának csökkentése.
- Helyi intézményi, funkcionális egységek létrehozása, működtetése a Nemzeti stratégia helyi igényeknek megfelelő megvalósítása érdekében.
- Nemzetközi ajánlások és módszerek, melyeket különböző szakmai szervezetek (magyarok és nemzetköziek), illetve főhatóságok dolgoztak ki, vagy kidolgozásuk folyamatban van a helyi droproblémák kezelésével, a közösségi prevencióval és intervencióval, illetve a közösségfejlesztéssel kapcsolatban. A cél, hogy ezek
 - hozzáférhetővé váljanak, illetve hogy
 - felhasználják őket az eredményes közösségi program megvalósításában.
- Ki kell alakítani a gyógyult, a büntetés-végrehajtási intézményből szabadult vagy fenntartó kezelés alatt álló drogbetegyek szociális támogató rendszerét.

Rövid távú célok

- Községi epidemiológiai kutatások kezdeményezése. Cél, hogy az adatok a helyi közösség kulcsszemélyei és döntéshozói számára ismertté váljanak.
- Közigazgatási intézkedések: helyi (városi, megyei, regionális) kábítószerügyi egyeztető fórumok létrehozása, működésük jogi és közigazgatási feltételeinek megteremtése, a bizottságok munkájának koordinálása és segítése a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság Titkársága és a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet közreműködésével, a helyi önkormányzatok bevonásával.
- Jogszabályi környezet elemzése és szükség szerinti módosítása (pl. a zenés-táncos szórakozóhelyek engedélyezési eljárásának jogi újraszabályozása, a helyi igazgatási és ellenőrzési hatáskörök gyakorlása).
- A nemzetközi környezethez történő alkalmazkodás – ez elsősorban az Európai Unió, illetve a szakosított nemzetközi szervezeteknek (UNDCP, WHO) a drogproblémák helyi közösségi kezelését illető dokumentumainak hozzáférhetővé tételét és szükség szerinti oktatását jelenti.
- A képzések számának és minőségének fejlesztése.
- Az intézményrendszer felmérése, értékelése.
- Helyi prevenció szolgáltatások létesítése: olyan szabadidő-eltöltési lehetőségek széles spektrumának megteremtése, melyek megelőzik (vagy éppen helyettesítik) a droghasználatot: drogmentes klubok és diszkók, szórakozást és egyben segítséget is lehetővé tevő intézmények, éjszakai sportesemények, csellengő és utcán élő fiatalokkal való foglalkozás. A gyermekjóléti szolgálatoknak jogszabályban előírt feladata a szabadidős programok szervezése, illetve az ilyen programok nyilvántartása és az azokról történő információnyújtás. A nagyobb városokban számítani lehet rájuk a csellengő, iskolából lemorzsolódott fiatalok körében végzett utcai munkában is. Fontos megszervezni, hogy az éjszakai szórakozóhelyekről biztonságosan lehessen eltávozni (pl. diszkóbusz, hazaszállítási szolgáltatások stb.). Ezek a megoldások esetenként már a szociálpolitika és az ifjúságpolitika felé vezetnek át, és megmutatják a drogprobléma multidimenzionális és multidiszciplináris jellegét. A közösségi drogproblémák jelzésében, megelőzésében, a drogproblémákkal találkozókat tájékoztatásában, szakemberhez irányításában jelentős szerepet töltenek be a telefonszolgálatok. Ingyenesen hívhatóságuk fenntartása fontos feladat.
- A helyi közösségi szintek működésének elősegítése. Kiemelt jelentőséggel bírnak az egyházak és gyülekezeteik, a tudományos ismeretterjesztés, illetve a szabadidő eltöltésének hasznos formáit biztosító intézmények tevékenysége.
- Büntetés-végrehajtási intézményekből szabadult kábítószer-használók számára reintegrációs programok kidolgozására van szükség.
- Nemzetközi környezethez alkalmazkodás, nemzetközi kapcsolatok. Kiemelt szerepe van a magyarországi Európai Unió együttműködési intézmény, ún. Focal Point létesítésének.

2. Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására: megelőzés

A Nemzeti stratégia a drogrevenüciót az egészségfejlesztés (health promotion) komplex kérdéskörében helyezi el. Az egészségfejlesztés célja a droghasználattal kapcsolatban az ahhoz vezető kockázati tényezők szerepének csökkentése és a drogfogyasztás előfordulását mérséklő védő tényezők felerősítése, összességében a droghasználat (legitim és illegitim drogok) előfordulási arányának csökkentése. Az egészség a védő (protektív) és a kockázati tényezők küzdelméből alakul ki, a védő tényezők túlsúlyba kerülésével. Ennek megtervezetten előidézett formája az egészségfejlesztés, mely az egyén életstílusára hat. Az életstílus kifejezés egyesíti magában a különböző viselkedések egymásra és az egészségre történő hatását, a társas és a fizikai környezet szerepét.

A prevenció legfontosabb színterei: a család, az iskola, a munkahely, a szabadidő, az egyházak, a média, a honvédség, a gyermekvédelem intézményrendszere, a rendőrségi bűnmegelőzés és drogrevenüció, kockázati csoportok, veszélyeztető állapotok, valamint a romákkal kapcsolatos megelőző programok.

Hosszú távú célok

- A droghasználat terjedésének megállítása a következő területeken:
 - csökkenteni a droghasználók számának növekedési ütemét és elérni, hogy az emelkedő tendencia megforduljon;
 - csökkenteni a drogokat kipróbálók számát;
 - Magyarországon is megfigyelhető, hogy az első alkalommal drogokat használók átlagéletkora az utóbbi években csökken. Ezt a tendenciát nagyon fontos megfordítani.
- A fiatalok számára ne legyen kulturálisan elfogadott a droghasználat.
- Az egészséges, drogmentes életstílus váljon vonzóvá.
- Iskolai egészségstratégia kialakítása.

Középtávú célok

- Működő egészségfejlesztő, drogrevenüciót tartalmazó programok meghirdetése mindazon a színtereken, ahol a fiatalok felnőnek (család, közoktatás – alsó- és felső tagozat –, felsőoktatás, kiegészítő oktatási rendszerek, szabadidős és más közösségi tevékenységek, sport, egyházi élet).
- Az egészségfejlesztő, drogrevenüciós egységeket tartalmazó programok fedjék le a magyar ifjúság minél szélesebb körét.
- A hosszú távú iskolai prevenció, egészségfejlesztés hangsúlyát a készségfejlesztésre kell helyezni.
- A közoktatásban részt vevő fiatalok számára szervezett, az iskolák által igénybe vehető rendszerszerű megelőző programok pénzügyi támogatásának biztosítása.
- Iskolai drogügyi koordinátor intézményének felállítása.

- Az iskolákban szükséges az egészségfejlesztéssel és az életvezetéssel kapcsolatos tananyagokhoz integrált drogprevenció (mely a készségfejlesztést állítja előtérbe).
- A helyi (városi, megyei, regionális) kábítószerügyi egyeztető fórumokban legyen szakmailag megfelelő módon képviselve a prevenció.
- Fel kell ismerni és meg kell valósítani a Magyar Honvédség drogstratégiája alapján a hadsereg keretein belül folyó prevenciós munka lehetőségeit.
- Az iskolaorvosok, védőnők, az iskolában dolgozó nem tanár szakemberek (pszichológusok, szociális munkások), helyi ifjúságsegítők, drogszakemberek prevenciós munkája jobb feltételeinek megteremtése, az együttműködés eredményesebb formáinak kialakítása. Különösen fontos a kortárstámogatók szerepe a korosztály megközelítésében és a hiányos információk eljuttatásában.

Rövid távú célok

- Felmérések a fiatalkori droghasználat elterjedtségéről és ennek monitorozása. Ezeket a kutatásokat a KKB keretein belül felállítandó Drogkutató Tanács koordinálja és felügyeli.
- Felmérések a prevenciós programok elterjedtségéről és hatékonyságáról.
- A közoktatásban részt vevő fiatalok számára szervezett, az iskolák által igénybe vehető megelőző programok pénzügyi támogatási rendszerének kialakítása.
- A kutatások és hatékonyságvizsgálatok, illetve megfelelő programok adaptálásának és kiértékelésének elvégzése kiemelt feladat.
- A prevenciós programok egységes minőségbiztosítása, akkreditációja az érintett tárcák szempontjai alapján (Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium, Oktatási Minisztérium, Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium)
- Nemzetközi tapasztalatok felhasználása és hozzáférhetővé tétele.
- Szervezeti, koordinációs keretek kialakítása.
- Információs kiadványok, médiaesemények, telefonos segítőszolgálatok támogatása.
- Képzés: azokat az egészségfejlesztéssel foglalkozó, drogprevenciós képzéseket hangsúlyozzuk, melyek speciálisan a serdülő- és fiatalkor problémáival foglalkoznak.

6.2. A keresletcsökkentéssel kapcsolatos stratégiai célok megvalósulása 2001-ben

A következőkben a keresletcsökkentés területén a megvalósult stratégiai célokat mutatjuk be. Számos esetben már a középtávra tervezett célok tekintetében is eredményeket érthettünk el, a rövid távra tervezett célok megvalósítása pedig tervszerűen folyik. Emellett szükséges azonban látnunk, hogy a beindult folyamatok mentén is még mindig messze több az elvégzendő, mint az elvégzett feladat.

1. A társadalom váljon érzékenyebbé a drogkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában (közösség, együttműködés)

Középtávú célok

- A hazai adatok összegyűjtése, a közösség számára használhatóvá tétele, a nemzetközi adatbázisok hozzáférhetősége. Évente megjelenik a Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről című kiadvány az GYISM gondozásában, mely tartalmazza a legfontosabb hazai adatokat és kezdeményezéseket. Tavaly a kötet az amfetaminhelyzet részletesebb elemzésével bővült ki (külföldi tendenciák bemutatása), idén pedig a kannabiszszármazékok fogyasztásával kapcsolatos helyzet kerül ismertetésre. A következő években is egy-egy drogcsoport bemutatását tervezi az GYISM. A kötet 2000-ben 4000 példányban jelent meg, gyakorlatilag az összes olyan állami, szakmai és civil szervezet kapott belőle, melyek drogproblémákkal foglalkoznak. Megfelelő példányszámban elérhetővé tettük az időközben megalakult kábítószerügyi egyeztető fórumok számára is.
- PHARE-projekt keretében megkezdődött az Európai Unió epidemiológiai és drogadatbázisához való csatlakozás kialakítása. A magyar Focal Point, másodlagos adatszolgáltató központ kialakítására szerveződött szervezeti egység az Egészségügyi Minisztérium felügyelete alatt kezdte meg működését 2001-ben.
- Drogmentes programok és színterek létrejöttének támogatása. A Biztonságos szórakozóhelyek program kidolgozására és elindítására is sor került, mely elsősorban a zenés-táncos szórakozóhelyek, a diszkók területén kívánja a drogfogyasztás visszaszorítását, valamint a drogfogyasztással kapcsolatos egészségügyi ártalmak kezelését elérni. Megalakult egy civil szervezet, a Biztonságos Szórakozóhely Egyesület, mely a GYISM és az Országos Bűnmegelőzési Tanács (OBMT) támogatásával gondoskodik a program elterjedéséről, mozgalommá alakulásáról, szakmai szempontjainak érvényesítéséről, és az ezért a programért felelősséget vállaló diszkók összefogásáról.
- Elkezdődött a megyei és a regionális kábítószerügyi egyeztető fórumok létesítése. Sok esetben önkéntes formában ennél alacsonyabb, kistérségi, kisvárosi szervezeti szinten is kialakultak ezek az együttműködések.

Rövid távú célok

- Közösségi epidemiológiai kutatások kezdeményezése. Számos epidemiológia kutatás finanszírozására került sor, melyek közül kiemelendő az 1999. évi országos, illetve 2000. év budapesti ESPAD kutatás, illetve annak utánkövetéses vizsgálata, a felnőttkutatás, a kockázati csoportok felmérése területén a mákfogyasztó populációra, valamint az intravénás heroinfogyasztókra vonatkozó kutatás. Ezen túlmenően számos megyei és városi szintű kutatás megvalósítása is segítséget kapott.
- Ugyancsak megtörtént az elterelés jogintézményének, továbbá a hatályos büntetőjogi szabályozás joghatóságának evaluációs vizsgálata.
- A helyi prevenciók szolgáltatások létesítésére igen széles körű pályázati és egyéb működési támogatási rendszer állt rendelkezésre az elmúlt három évben, mely a korábbi évekhez képest jelentős előrelépést eredményezett. Ennek keretében éjszakai sportese-

mények, helyi prevenciók programok támogatása, kockázati csoportokra vonatkozó programok és kiadványok támogatása stb. valósulhatott meg.

- Befejeződött a városi kábítószerügyi egyeztető fórumok (KEF) létrehozása, az ország hét régiójában, 58 városban (az ISM pályázati támogatásával). Az önkormányzatok nagy érdeklődést tanúsítottak a pályázat iránt.
- A jogszabályi környezet elemzése és szükség szerinti módosítása a zenés-táncos szórakozóhelyekkel kapcsolatban megkezdődött. A GYISM és az OBMT által szakmailag támogatott Biztonságos Szórakozóhely Egyesület civil szervezet (ennek tagjai diszkók üzemeltetői és tulajdonosai), valamint az érintettek bevonásával dolgozza ki a legfontosabb szabályokat a biztonságos szórakozóhelyek kialakítása érdekében. A megfelelő jogszabályi háttér megteremtéséig az említett üzemeltetők és tulajdonosok önként vállalták, hogy eleget tesznek a közösen kialakított „biztonságos szórakozóhely” kritériumoknak.

2. Esélyt teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására (megelőzés).

Középtávú célok

- A helyi (városi, megyei, regionális) kábítószerügyi egyeztető fórumokban az ISM KEF-ekre vonatkozó pályázata előírta – többek között – a prevencióval foglalkozó szervezetek jelenlétét.
- A kortársképzők támogatására két év alatt több mint 200 000 eurót fordíthattunk.
- Az információs társadalom területén számos fejlesztés indult be. Ilyennek tekinthetők a minisztériumi honlapok tájékoztatási felületei, a különböző szolgáltatók beindult és tervezett, vagy már szerződésben rögzített támogatása. A Drogstop ingyen hívható telefonos szolgálat szolgáltatása kibővül országos elérhetőségű internetes tanácsadássá, és támogatásra kerül számos honlap is (pl. Drognet, a családorvosok internetes network-je stb.). Számos CD-program kialakításához és fejlesztéséhez járulhattunk hozzá. Támogattuk az oktatási intézményekhez eljutó különböző internetes, számítógépes programok elkészítését is.

Rövid távú célok

- Felmérések a prevenciók programok elterjedtségéről és hatékonyságáról. Az ISM támogatásával befejeződött a prevenciók programok hatékonyságvizsgálata. A vizsgálatban az iskolai prevencióval foglalkozó szervezeteket vizsgálták át.
- Szervezeti, koordinációs keretek kialakítása: létrejött a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság Prevenciók Szakbizottsága, a helyi (városi, megyei, regionális) kábítószerügyi egyeztető fórumokban a prevenció területén dolgozók képviseltetik magukat.
- Egyes roma csoportokkal kapcsolatos prevenciók teendői:
 - A KEF-ekbe a kisebbségi önkormányzatok is delegáltak tagot.
 - A KKB Prevenciók Szakbizottsága ajánlásokat fogalmazott meg az egyes roma csoportok körében megszervezendő prevencióval kapcsolatban, egyeztetve roma/cigány szervezetekkel. Az ajánlások az alábbiakban foglalhatók össze:

- tanárok attitűdformálása, romológiai képzése
- roma szakemberek, felsőfokú tanulmányaikat végző hallgatók bevonása a prevenciós tevékenységbe (a roma fiatalok nagy része nem jár középiskolába, itt a prevenció módszerei között kiemelt jelentőségű a megkereső munka, az utcai szociális munka, és ebben roma szakemberek részvétele, azaz a személyes kapcsolatfelvételen és információátadáson alapuló programok);

1. roma kortárssegítők képzése
2. roma származású híres emberek mint pozitív szerepmodellek bemutatása
3. roma származású gyógyult drogosok bevonása a prevencióba
4. roma/cigány szervezetek bevonása a prevencióba, a tömegtájékoztatásba
5. mindezek mellett elkerülendő a szegregáció: „roma a romáknak” megközelítés
6. Nemzeti Egészségfejlesztési Program megfelelő részeinél a roma szakemberek prevenciós irányú felkészítése is kapjon teret
7. hiteles tömegtájékoztatás:

- a szélesebb közvéleménynek
- cigányoknak/romáknak: cél a megszólítás, kapcsolat kialakítása, információ közlése.

Együttműködési szerződést kötött az Országos Cigány Önkormányzat és az ifjúsági és sportminiszter, mely szerint a cigányság a saját „drogstratégiájának” kialakításához, illetve a szakemberek képzéséhez, továbbképzéséhez támogatást kap az országos koordinációs szervektől.

Számos, cigányságot érintő prevenciós támogatási projekt került finanszírozásra az elmúlt időszakban. Ezeknek célja, hogy a cigányságot sajátos helyzetben érintő problémák hatékony megelőzéséhez és kezeléséhez adjon támogatást.

- Képzés. A pedagógus-továbbképzésben a prevenciós képzés, az egészségfejlesztés kapjon hangsúlyt. Ezek a képzések kapcsolódnak a pedagógusok kötelező, akkreditált továbbképzéséhez. Az ISM 2000-ben 134 000 euró összegben támogatott pályázatok útján akkreditált továbbképzéseket, illetőleg ezek specifikus továbbfejlesztését a minél szélesebb körű hozzáférhetőség érdekében.
- Felsőoktatási program keretében egyrészt a felsőoktatási tanácsadók képzésére kerül sor, másrészt a 220-ban induló program keretében életvezetési ambulanciákat létesítünk nagy befogadóképességű egyetemi campusonként. Az alap-, a közép- és a felsőfokú oktatási intézményrendszer egészét elérő prevenciós támogatási és programfejlesztési rendszer első alkalommal nyújt ún. integrált, szakmailag megalapozott és minőségorientált megelőzési képzést a legfontosabb célcsoportok számára.

7. Prevenció

FELVINCZI KATALIN - KÁLY-KULLAI KÁROLY - PUSZTAHÁZI ISTVÁNNÉ
- SOMOGYI DÁNIEL

A prevenció hagyományos értelmezése, mely a betegség, probléma megelőzését tűzte célul, egyre inkább visszaszorul, a fogalmat tág (holisztikus), egészségfejlesztési keretben értelmezzük, vagyis a különböző egészséget veszélyeztető magatartásformákat közös gyökerűnek tekintjük – nem vitatva természetesen az eltérő és specifikus etiogenezis jelentőségét elsősorban a kezelés-rehabilitáció tekintetében. A viselkedésbefolyásolás különböző modelljei eltérő hatékonysággal működnek, és ez a tapasztalat alapvetően befolyásolja fel fogásunkat a preventios tevékenység során alkalmazható módszerek, technikák tekintetében is. Elmozdulás figyelhető meg az ismeretközlés felől az integrált egészségfejlesztési megközelítés irányába, noha az érzelmi nevelést és a kortárshatás modelljét alkalmazó programok is szép számmal találhatók a magyarországi „preventios piacon”.

Országos intézetek:

- Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (2001. február 1-jén alakult, a Nemzeti stratégiában megfogalmazottakkal összhangban).
- ÁNTSz – Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot az országos tisztí főorvos irányítja, megyei és városi intézményei vannak. Az ÁNTSz feladata az 1997-ben elfogadott egészségügyi törvény értelmében valamennyi egészségfejlesztési tevékenység szervezése, koordinálása, ebbe értelemszerűen – bár csak elvileg – beletartozik a drogrevenios tevékenység is.
- Országos Egészségfejlesztési Központ – ez az intézmény részét képezi az ÁNTSz-nek, célkitűzései szerint feladata az egészségfejlesztési tevékenység szakmai módszertani háttérét megteremteni, szakmapolitikai ajánlásokat megfogalmazni, a módszertani kínálatot növelni. Az OEKF egyes osztályainak szakmai profiljába beletartozik, illetve beletartozhat a drogrevenios tevékenység is. Ezt a munkát azonban elsősorban a mentálhigiénés csoport/osztály végzi, tartalma kevésbé ismert.
- Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Ez az intézmény az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium háttérintézménye, a drogrevenios területén végzett tevékenységük csak részlegesen ismert.
- Plisborosjenői Pedagógus-továbbképzési és Módszertani Intézet Kht. Ez az intézmény az Oktatási Minisztérium háttérintézményeként működik, egyes programjai (pl. Vészcsengő konferencia, drogügyi koordinátor képzés) egyértelműen drogrevenios célokat szolgálnak.

Civil kezdeményezések:

Az országban becsléseink szerint mintegy 60 olyan civil kezdeményezés (egyesület, alapítvány) működik, melyek kínálatában preventios programok, tanárképzések és tanártovább-

képzések szerepelnek. Ezen civil kezdeményezések működéséről korlátozottan állnak rendelkezésünkre adatok, finanszírozásuk többnyire pályázati támogatások révén biztosítható.

A kábítószer-fogyasztás hazai megelőzésében több közigazgatási szerv, továbbá számos állami intézmény és civil szervezet működik együtt, sok intézmény tevékenységének csak egy részét képezi a kábítószer-megelőzés területe, így ennek éves társadalmi szintű (aggregált) teljes költségvonzatáról nem rendelkezünk megbízható adatokkal. Sok esetben az erre a célra fordított intézményi szintű költségek sem meghatározhatók.

Többek között azért sem, mert egyes közigazgatási szervek céltámogatást nyújtanak egyes állami intézmények drogrevenüciós tevékenységéhez, amit aztán azok vagy közvetlenül felhasználnak, vagy céltámogatásként, pályázat formájában elosztanak.

Mivel célzott költségvizsgálat ezen a területen nem történt, így érvényes adatokkal nem rendelkezünk a kábítószer-prevencióra költött társadalmi kiadásokról. Az egyes szervek költségkiadásai alapján pedig lehetetlen megbízható adathoz jutni.

Az Ifjúsági és Sportminisztérium 2001. évi drogrevenüciós tevékenysége

A kormány megkülönböztetett figyelemmel fordul a drogfogyasztás visszaszorítása felé, és szándéka mindenek előtt, hogy elősegítse – többek között – a megelőzés és felvilágosítás átfogó fejlesztését. A kábítószer-fogyasztás megelőzéséhez kötődő előirányzatok átfogják mindazokat a feladatokat, programokat, melyek más minisztériumok hatáskörét nem feltétlenül érintik, ugyanakkor a drogfogyasztás visszaszorítását szolgálják.

A Drogrevenüciós program előirányzat rendeltetése:

A drogok fenyegetésével szemben mindenekelőtt a megelőzés területén szükséges országos szintű szakmai, média- és tömegkommunikációs programok lebonyolításának céljait szolgálta az előirányzat.

Támogatták a megelőzéssel kapcsolatos eseményeket, felvilágosító programok, kiadványok, szórólapok és megelőzési eszközök széles választékának megvalósítását, illetve kiadását, szabadidős megelőzési programok rendszerének kidolgozását. A drogrevenüciós program részét képezi a könyvkiadási program, mely egyes speciális célcsoportoknak és szakembereknek készül. Az előirányzat támogatta az ENSZ Kábítószer-ellenes Világnap, illetve magyarországi Kábítószer-ellenes Hét rendezvényeinek lebonyolítását, számítógépes és internetes megelőzési programok fejlesztését.

Számszerűsítve ebben az előirányzatban **304 db pályázat (kb. 115 millió forint)** és **792 db egyedi támogatás (kb. 453 millió forint)** valósulhatott meg.

Mindezeknek köszönhetően elősegítették:

- a kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos sugárzott és elektronikus média-programok megvalósulását
- a kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos akkreditált képzések fejlesztését
- pozitív mintát nyújtó szabadidős prevenció programok megvalósulását
- egészségfejlesztési szemléletű, korszerű és hatékony megelőzési kiadványok és eszközök létrejöttét

- a kábítószer-fogyasztás körüli kérdések megválaszolására szervezett események megvalósulását.

ISM-OM iskolai drogmegelőzési pályázat

Kiemelkedő jelentőségű volt az Oktatási Minisztérium és az Ifjúsági és Sportminisztérium közös pályázata, 205 millió Ft értékben, az általános iskolák 6-8. évfolyamai számára, "Iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatására" címmel. A pályázati kiírás célja az iskolai egészségfejlesztési, hangsúlyosan a drogmegelőzési munka előmozdítása és támogatása, s szerves folytatása a 2000. évben középiskolák részére kiírt hasonló tartalmú pályázatnak.

Az iskolai programokkal elérni kívánt célkitűzés, hogy minél rövidebb időn belül váljon a komplex egészségfejlesztési-drogmegelőzési program tanrendbe épített, kötelező tanórai keretbe épített tananyaggá, s bővüljön az ilyen típusú szakmai programok kínálata és minőségbiztosítása, illetve elérhetősége az iskolák számára.

Összesített adatok az eddig meghirdetett, eredményesen lezajlott kiírásokról:

	BEADÁSI HATÁRIDŐ	NYERTES ISKOLÁK SZÁMA	NYERT ÖSSZEG Ft	A PROGRAMBA BEVONT GYERMEKEK SZÁMA
1. kiírás (középiskolák számára)	2001. január 31.	331	217 782	181 485
2. kiírás (középiskolák számára)	2001. június 15.	555	105 402	87 835
3. kiírás (középiskolák számára)	2001. október 31.	154	26 442 400	22 035
4. kiírás (középiskolák számára)	2001. május 31.	159	109 165 200	90 971

Az ISM gondozásában 2001-ben számos prevencióval kapcsolatos kiadvány jelent meg. Így pl. Rácz József: Prevenciós programok értékelése c. könyve is. A szerző drogprevenciós programok értékelésével foglalkozik, végső célja, hogy a még hatékonyabb megelőzés révén késleltesse az első droghasználat időpontját, csökkentse a fogyasztás gyakoriságát. A könyv elsősorban szakembereknek, pedagógusoknak, iskolai drogügyi koordinátoroknak, szervezőknek szolgál irányítúként hatékonyabb prevenciós programok működtetéséhez.

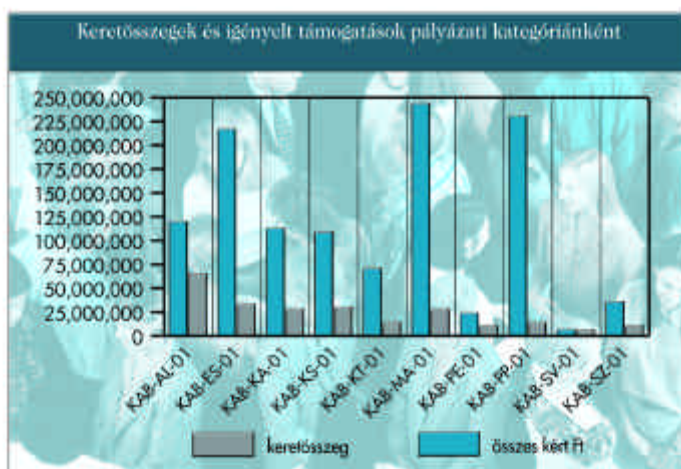
Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkárság pályázatai 2001. évben

A Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkárság 1999. óta támogatásainak jelentős részét pályázati úton ítéli oda a pozitív elbírálásban részesült szervezeteknek, programoknak.

2001. évben a 10 különböző kategóriában összesen 485 különböző színvonalas képzés, megelőzési program, kutatás, alacsonyküszöbű intézmény-program támogatását tette lehetővé, mintegy 244 millió Ft értékben.

Mindezek tükrében elmondhatjuk, hogy a KHÁT pályázatai mind a témák sokszínűsége, mind a keretösszegek nagysága miatt egyedülálló és kiemelkedő lehetőséget biztosítanak – a többi tárcához képest is – a kábítószer-probléma visszaszorítására.

TÉMA	KÓD
1. Kábítószer-használókkal foglalkozó szakemberek, valamint drogkoordinátorok képzésének támogatása	KAB-SZ-01
2. A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos kortárssegítő-képzés támogatása	KAB-KS-01
3. A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos sugárzott és elektronikus média-programok támogatása	KAB-MA-01
4. A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos szabadidős prevenciós programok támogatása	KAB-PP-01
5. A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos kiadványok megjelentetésének, valamint eszközök létrehozásának támogatása	KAB-KA-01
6. A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos események támogatása	KAB-ES-01
7. A kábítószer-fogyasztás megelőzésével kapcsolatos akkreditált megelőzési programok fejlesztésének támogatása	KAB-PE-01
8. A kábítószer-problémával kapcsolatos társadalomtudományi vizsgálatok, kutatások támogatása	KAB-KT-01
9. A kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó alacsonyküszöbű intézmények, programok fejlesztési támogatása	KAB-AL-01
10. A kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó alacsonyküszöbű programok, valamint kezelő intézmények részére szupervízió biztosításának támogatása	KAB-SV-01



7.1. Az iskolai prevenció helyzete 2001-ben

A Nemzeti stratégia kiemelten fontos területe a keresletcsökkentési tevékenység és a közösségi kapcsolatok erősítése terén az iskolai prevenció. A Nemzeti stratégiában foglaltak irányadók általában országos szinten. Ehhez kapcsolódóan az iskoláknak el kellett készíteniük saját intézményi dropprevenciós stratégiájukat is.

Az iskolai prevenciós tevékenység szempontjából három tényezőnek van kiemelten fontos szerepe:

- Köznevelési törvény, melynek módosítására legutóbb 1999-ben került sor. A törvény változatlanul érvényben hagyta a NAT-ot (Nemzeti Alaptantervet) – ugyanakkor kiegészítette a kerettantervi szabályozással, amely 2000. szeptember 1-jén lépett életbe. Ennek értelmében valamennyi iskolában 6. és 8. évfolyamon 18 órát fordítanak egészségfejlesztésre (egészségtan tantárgyi modul). Ez az egészségfejlesztés a korszerű népegészségügyi felfogáshoz illeszkedve egy ún. echo-holisztikus, vagy salutogenetikus egészség felfogását tükrözi, vagyis az egészséget nem szakítja ki az életmód egészéből, egységes fogalomként tételezik, beleértve a mentálhigiénés problémákat is. A törvény és a miniszeri rendelet értelmében a tantárgyi modul mellett szükség van az 5-12. évfolyamokon az osztályfőnöki órákból tízet szintén egészségfejlesztési tartalmak közvetítésére szánni. Az iskoláknak 2000 szeptemberére iskolai egészségfejlesztési-dropprevenciós stratégiát is kellett készíteniük, ami szerves részét kell, hogy képezze a pedagógiai programnak. Így tehát a jogszabályi környezet lehetőséget teremt arra, hogy megfelelő szakmaiságú prevenciós tevékenységek folyjanak a köznevelési intézményekben.
- Hogy a jogszabályi környezet tartalommal megtöltődjék, nagyban hozzájárult az a körülmény, hogy az Ifjúsági és Sportminisztérium, valamint az Oktatási Minisztérium szervezésében egy nagyszabású pályázatra nyílt lehetőség a 2001-es évben. Ennek keretében több mint 200 000 középiskolás fiatal vett részt prevenciós foglalkozásokon (öt alkalommal). A foglalkozásokat az ország különböző prevenciós szolgáltatói tartották.
- Fontos megemlíteni az iskolai prevenciós tevékenység szempontjából az iskolai dropprevenciós koordinátorok képzésének elindulását, melyen harminc órás akkreditált tanár-továbbképzés keretében mintegy 600 pedagógus vett részt 2001-ben.

A források és a prevenció keretei

Az eseti iskolai prevenciós tevékenység folytatásához szükséges forrásokat elsősorban pályázati alapok biztosítják. A jövőben az a körülmény fog érezhető változást eredményezni a téren, hogy a kiképzett iskolai dropprevenciós koordinátorok órákedvezményben fognak részesülni a jogszabályi környezet változását követően. A korábbiakban említett dropprevenciós pályázat keretében több mint 200 millió Ft került felhasználásra. A prevenciós tevékenység rendszeresen ismétlődő elemei a tanórákon valósulnak meg, ennek forrásait az iskola rendszer évi költségvetése biztosítja. Fontos körülmény, hogy az akkreditált tanár-továbbképzéseket 80%-ban a központi, illetve a helyi költségvetés finanszírozza. Néhány esetben ez a

80%-os támogatottság elérheti a 100%-ot is, amennyiben különösen fontosnak ítéltetik az adott képzés az iskola sajátos szükségletei szempontjából, illetve amennyiben a képzés valamilyen országos fejlesztési irányhoz kapcsolódik.

Képzés

A pedagógusok felsőfokú képzésük során kötelező jelleggel sem konkrétan drogreveníciós, sem pedig egészségfejlesztési-népegészségügyi képzésben nem részesülnek. Néhány egyetemen van mentálhigiénés-egészségfejlesztő szak (Budapest – Testnevelési Egyetem, Szegedi Tudományegyetem). Más egyetemeken (pl. ELTE – Bölcsészettudományi Kar) indulnak olyan választható kurzusok, amelyek ilyen tárgyú ismereteket adnak át az érdeklődő diákok számára. A tanárképzés lényegi elemét képező pedagógiai-pszichológiai stúdiumok keretében elkerülhetetlenül felmerülnek a problémakör szempontjából fontos elemek, de ezek tartalma, időtartama, szakszerűsége nem igazán áttekinthető, központiilag nem szabályozott.

Az iskolák céljai

Vannak olyan iskolák Magyarországon, amelyek az egészségfejlesztés problematikáját különösen fontosnak ítélik, ezek pl. azok a közoktatási intézmények, amelyek az Egészségesebb Iskolákért Hálózat Magyarországi Egyesületéhez tartoznak (kb. 250 iskola). Ezek az intézmények pedagógiai programjukban is tételezik azt a fontos célkitűzést, hogy az iskola egész szellemiségével szolgálja az egészségbarát viselkedési formák kialakítását és megszilárdulását. Ezekben az intézményekben átfogó, hosszú távú egészségtervel, prevenciós stratégiával rendelkeznek. Az iskolák többségében azonban a prevenció többnyire a konkrét veszélyhelyzet megoldását célozza, illetve a divatos áramlatokat tükrözi.

Iskolai prevenciós politikák megvalósítására vonatkozó szabványok, irányelvek

A pedagógusoknak bizonyos időszakok elteltével teljesíteniük kell továbbképzési kötelezettségüket. Minthogy szaporodik a mentálhigiénés-egészségfejlesztési drogreveníciós képzések száma, ezért viszonylag gyakran választják ezeket a képzéseket a „ponthiánnyal” küzdő pedagógusok. Sajnálatos módon, noha a közoktatási törvény és egyéb alacsonyabb szintű jogszabályok előírják a pedagógusok azon kötelezettségét, hogy a fenti tárgykörben fejtsenek ki oktató-nevelő munkát, a képesítési követelmények ezt a törvényi szabályozást nem támogatják. Így könnyen előadódhat az a helyzet, hogy a pedagógus eszköztelennek, illetéktelennek véli magát az adott területen.

Információk a jelenleg hozzáférhető prevenciós programokról

Egy közelmúltban lezárult kutatás (Paksi-Demetrovics, 2002), mely az iskolai prevenciós programok értékelésére irányult – többek között – arra tett kísérletet, hogy a Budapesten elérhető (43) prevenciós programokat besorolja a nemzetközi szakirodalomban is elfogadott kategóriák szerint. E kategóriák az alábbiak:

- ✓ információközlés: ténybeli, esetlegesen elrettentő információk közlése a drogokról, hatásairól, a velük kapcsolatos veszélyekről
- ✓ érzelmi nevelés: az önértékelés, az életvezetési készségek többnyire csoportos tréning formájában történő fejlesztése
- ✓ társas hatás megközelítés: a társas befolyásolásnak, kortársnyomásnak, a tömegkommunikáció és a reklám hatásainak való ellenállás fejlesztése
- ✓ mindennapi készségfejlesztő programok: elsősorban a megküzdési készségek, döntéshozatali készségek és általános szociális készségek fejlesztése
- ✓ a drogok alternatívái: kockázatkereső és/vagy tudatállapot-változást elősegítő alternatív lehetőségek más módon (veszélyes sportok, jóga, meditáció stb.) való kielégítése
- ✓ egészségfejlesztés: a cél az életminőség javítása a viselkedés, az életstílus és a környezet, s ezáltal az egészség befolyásolásán, javításán keresztül

A programok „önjellemezése”, a megfogalmazott célkitűzések alapján a kutatók azonban kénytelenek voltak eltérni a klasszikus csoportokba sorolástól, tekintettel arra, hogy a programokat rendkívül nagy mérvű heterogenitás jellemezte.

A végső csoportosítás során több különböző szempont egyidejű vagy súlyozott figyelembevételére került sor, amikor is a program célkitűzését, az intervenció időtartamát illetően a domináns módszert vették tekintetbe. Ily módon végrehajtva a csoportosítást, olyan kategóriákat sikerült alkotni, melyek között érdemi átfedések nincsenek, s mind a 43 programot egyetlen jellemző kategóriába lehetett besorolni.

A CSOPORT ELNEVEZÉSE	PROGRAMOK SZÁMA ÖSSZESEN
rövid idejű információátadó program	12
hosszú intervallumú egészségfejlesztő program	11
hosszabb intervallumú integrált drogprevenációs program	5
drámapedagógia	4
veszélyeztetett csoportok számára végzett drogprevenáció	4
drog- vagy egészségnap	3
kortársképzés	2
alternatívát kínáló programok	2

A programok tényleges tartalmáról továbbra is viszonylag keveset tudunk, az minden esetre biztató fejleménynek tekinthető, hogy a Budapesten elérhető programok negyede hosszú időintervallumú egészségfejlesztő programként írja le önmagát. Fontos megemlíteni, hogy a kutatásba bevont programok mindegyike olyan, amelyik a prevenciószolgáltató saját munkatársainak közreműködésével jut el a gyerekekhez, tehát ebben a körben azok a programok nem kerültek a vizsgáltak közé, amelyek pedagógusok közvetítésével kerülnek megvalósításra.

Az Oktatási Minisztérium 2001. évi drogprevenciósi tevékenysége

Az Oktatási Minisztérium (OM) 2001. évi egészségfejlesztési és drogprevenciósi feladatait már a Nemzeti stratégia figyelembevételével alakította ki, így a különböző támogatások felhasználása is ennek szellemében valósult meg.

Elsősorban azok a programok, események részesültek előnyben a támogatások során, amelyek a veszélyeztetett korosztályt a legszélesebb körben elérték, együtt kezelték a legális és illegális drogok problémáját, illetve szakmailag olyan elemeket tartalmaztak, amelyek az eddigi tapasztalatok alapján a legjobb hatékonyságot érték el.

1. Az egészségfejlesztéshez köthető információs kiadványok és médiaesemények támogatása a Stratégia céljai között szerepelnek, ennek megfelelően az OM által kialakított szempontsor szerint részesültek támogatásban azok a szervezetek, amelyek programjai a célkitűzéseknek megfeleltek. Alapelv, hogy a pedagógusokhoz, fiatalokhoz olyan információk jussanak el, amelyek szakmailag ellenőrzött, hiteles adatokat tartalmaznak. Támogatásban részesültek az alábbi információs kiadványok, médiaesemények, prevenciósi programok:
 - Maradj velünk című drogprevenciósi rádiomagazin
 - Légy ésnél c. iskolai egészségnevelési program
 - a KIDS magazin
 - Vészcsengő. A pedagógus lehetőségei a drogprevencióban című konferencia és módszervásár
 - A kábítószer-fogyasztás megelőzését szolgáló prevenciósi, iskolai egészségfejlesztő képzés szervezése c. rendezvény
2. A szakmai szervezetek, iskolák prevenciósi programjainak támogatását fontos feladatnak tekintették, mert az oktatási intézményekben jelenleg kevés a felkészült szakember. Az intézményekben végzett prevenció során az egészségfejlesztés kap kiemelkedő szerepet. Az OM feladata, hogy összefogja és közvetítse a prevenciósi módszerek széles tárházát az intézmények felé.
3. Az OM ösztönzi az egészségfejlesztési témájú pedagógus-továbbképzéseket annak érdekében, hogy minden iskolában legyen egy pedagógus, aki a drogügyi koordinátori feladatokat, illetve az egészséges életmódra neveléssel kapcsolatos teendőket ellátja. Az iskolai drogügyi koordinátorok képzése a Nemzeti stratégiából adódó feladat. Ahhoz, hogy az oktatási intézmények mindegyikében a Stratégiában meghatározott képességekkel rendelkező pedagógus legyen, az OM kidolgozta külső szakemberek segítségével az iskolai drogügyi koordinátorok képzési programját, amely 30 órás, akkreditált. A drogprobléma súlyossága miatt, illetve a pedagógus-továbbképzési rendszer finanszírozási meghatározottsága miatt indokoltnak látták a képzés ingyenességének biztosítását. A négynapos, bentlakásos intenzív továbbképzés elsősorban az alapismeretek elsajátítását teszi lehetővé, illetve megfelelő alapot szolgáltat az iskolai munka megkezdéséhez.

Kialakították a regionális drogügyi koordinátorok hálózatát, a képzéseket régióként szervezték meg.

6. Az OM-ISM tárcaközi megállapodása révén 2001-ben két alkalommal került sor közös pályázat kiírására az általános iskolák számára, egészségfejlesztési és drogrevenziós programok megvalósításának támogatására.
7. Elkészítették az OM 2003-2006-ig tervezett egészségnevelési és drogrevenziós feladattervét.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSz) 2001. évi drogrevenziós tevékenysége

Az ÁNTSz feladat- és hatásköre az egészségvédelem vonatkozásában – többek között – magában foglalja azt is, hogy egészségfejlesztési feladatkörében szakmailag támogatja, koordinálja, felügyeli a primer, szekunder és terciér prevenciós feladatokat, egészségnevelési tevékenységet, egészségügyi ismeretterjesztést és felvilágosítást (pl. alkohol, dohányzás, kábítószer, AIDS), segíti az egészségmegőrző programokat (beleértve az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Programot is), feladat- és hatáskörén belül együttműködve valamennyi egészségvédelmi feladatot végző kormányzati és nem kormányzati szervvel, szervezettel, önkormányzatokkal.

Az ÁNTSz intézményrendszerén belül a fővárosi és megyei intézetek szakosztályainak koordinálásában folynak az ez irányú munkák, igen gyakran az ÁNTSz városi intézetei bevonásával. Ezen túlmenően a múlt évtől lehetővé vált (válík a jövőben) ezen tevékenység szakmai, módszertani megalapozása is az ÁNTSz szervezetéhez tartozó háttérintézmény létrehozásával. 2001-ben ugyanis az Országos Tisztifőorvosi Hivatal felügyelete alatt megalakult az Országos Egészségfejlesztési Központ (OEFK), mint a gyermek és ifjúsági korosztály körében végzett egészségfejlesztő és mentálhigiénés primer prevenciós munka szakmai, módszertani bázisa.

Az ÁNTSz fővárosi és megyei intézeteinek szakmai-tartalmi szempontból szerteágazó tevékenysége a pályázatok keretében részben önállóan, igen gyakran más szervezetekkel, hatóságokkal (pl. rendőrség) együttműködve valósult meg.

A munkatársak mindenütt részt vesznek – ahol már megalakult – a kábítószerügyi egyeztető fórumok munkájában.

Az ISM által támogatott iskolai drogstratégia kidolgozását célzó program keretében az ÁNTSz több intézete is pályázott az ún. szakmai szervezet szerepére - sikerrel.

Az Egészségvédelmi osztályok akkreditált képzést szerveztek pedagógusok számára az alábbi – leggyakrabban érintett – témákban:

- drog-epidemiológia
- Nemzeti drogstratégia
- drogfogyasztás társadalmi és egészségügyi következményei
- prevenció az iskolában (stb.).

Az ÁNTSZ területi intézeteinek főbb – az iskolai drogprevenciót érintő – tevékenységei 2001-ben:

- az iskolaegészségügyi ellátás áttekintése keretében kérdőíves felmérés formájában tájékozódás az iskolákban folyó egészségfejlesztési programokról (drogprevenció, egészségfejlesztés, kortársképzés, családi életre nevelés témakörben);
- szakmunkástanulók körében prevenciók kutatás azon személyiségvonások feltárására, amelyek a drogfogyasztáshoz vezethetnek;
- középiskolások meghatározott körében drogismereti és droghasználati felmérés (Hajdú-Bihar megye);
- Drogfogyasztással veszélyeztetett fiatalok és velük kapcsolatba kerülő intézmények, szervezetek empirikus szociológiai vizsgálata Jász-Nagykun-Szolnok megyében című – nem ÁNTSZ kezdeményezésű – felmérésben közreműködés;
- az oktatási rendszerből kimaradt fiatalok részére komplex, integrált, differenciált program megvalósítása;
- iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőző és/vagy komplex egészségnevelő programok kidolgozása – diákok, tanárok, szülők számára – és/vagy ezek megvalósítása, illetve megvalósításukban közreműködés (csoportfoglalkozás, önismereti tréning, előadás, interaktív beszélgetés, kérdés-felelet játék, irodalmi, képzőművészeti pályázat, nagyobb tömegeket megmozgató rendezvényeken drogsátor stb. formájában);
- kortársoktatók, iskolai drogügyi koordinátorok képzése;
- módszertani továbbképzés pedagógusoknak;
- drogmegelőzési iskolai egészségnevelő tréning szervezése iskolaorvosok, szociális munkások, egészségnevelők stb. részére.

Az Országos Rendőr-főkapitányság 2001. évben végzett iskolai drogprevenciók tevékenysége

- Az immáron 10. éve bevezetésre került D.A.D.A. program életében, amely jelentős szerepet tölt be a rendőrség általános iskolai körben végzett drogmegelőzési tevékenységében, a 2001. év alapvető változásokat hozott. Arra a következtetésre jutottak a szervezet munkatársai, hogy a megváltozott társadalmi helyzetben, a bűnözés tendenciáit is figyelembe véve, szükség van a program átdolgozására, megújítására. A korszerűsítés eredményeként 2001 szeptemberétől megújult bűnmegelőzési oktatási anyaggal állhattak az iskolák rendelkezésére, mely figyelembe veszi az Európai Unió ajánlásait, a 2000. december 5-én elfogadott Nemzeti kábítószer-ellenes stratégia téziseit, illeszkedik az iskolarendszer sajátosságaihoz, korszerű válaszokat ad a bűnözés új jelenségeire. Az alsó tagozatos tananyag 14, míg a felsős 23 előadásból áll. A felső tagozatos korosztály a tananyag közel 25%-ban találkozhat és foglalkozhat a drogokkal, kábítószerrel összefüggésben felmerülő kérdésekkel. A program célja, hogy kialakítsa a fiatalokban az attitűdöt a kábítószer-kínálattal szembeni ellenállásra. Szerepjátékokon, interaktív beszélgetéseken keresztül segíti a visszautasítási technika elsajátí-

tását. Ezen túlmenően hangsúlyt fektet a kábítószeres és a bűncselekmények kapcsolatának ismertetésére is.

- Az elmúlt évben az ORFK és a megyei rendőr-főkapitányságok bűnmegelőzési osztályai kiemelt feladatként, tevékenyen részt vettek az ISM-OM által általános és középiskolák részére kiírt drogmegelőzési egészségfejlesztő program megvalósításában. Mint szakmai együttműködő szervezetek a középiskolák esetében 36, az általános iskolák tekintetében több mint 50 helyszínen működtek közre a program sikeres végrehajtásában.
- A rendőrség bűnmegelőzési szolgálata (az országos és a megyei bűnmegelőzési osztályok összessége) az oktató-felvilágosító munka keretében a múlt évben, mint eddig minden évben, szeptember 15-ig felvette a kapcsolatot az illetékességi területen működő oktatási intézményekkel, és előadások, ismertetők megtartására ajánlkozott. A legtöbb iskola és tájékoztatót intézmény ebben az évben is élt a lehetőséggel, és kérte a megelőzési előadások, osztályfőnöki órák megtartását. A szóbeli tájékoztatáson kívül az érintetteket lehetőségeikhez mérten ellátták a témát érintő kiadványokkal, szóróanyagokkal.
- Az ORFK Bűnmegelőzési Osztálya által kidolgozott, akkreditált Ariadné fonala címet viselő program oktatása pedagógusok számára tavaly is folyt. A program során az elkövetővé, illetve áldozattá válás folyamatának rendszerében aktualizáltak kiemelt szerepet kapott a kábítószer jelenségkörének bemutatása, kezelése.
- Az ORFK Bűnmegelőzési Osztálya által összeállított, a középiskolások 15-16 éves korosztályát megszólító kábítószer-megelőzési program A kábítószer-fogyasztásról – őszintén címmel a budapesti Képző- és Iparművészeti Szakközépiskolában folytatódott az év elején.

Civil szervezetek

A legtöbb prevenció program (prevenció szolgáltató) jelenleg civil kezdeményezés (egyesület, alapítvány) formájában működik. Ez a körülmény két következménnyel jár:

- a kezdeményezések a tényleges szükségletek bázisán épülnek ki, rugalmasan tudnak reagálni a területen jelentkező igényekre,
- fenntartható finanszírozásuk, ami egyébként a prevenció munka hatékonyságának alapvető feltétele, az aktuálisan hozzáférhető pályázati alapoktól függ. Ez utóbbi körülmény aggályokat is felvet, hiszen tudva levő, hogy bármilyen jó is egy prevenció program, képtelen hosszú távon megélni a piaci viszonyok között, mindig szükség van és lesz kormányzati-költségvetési támogatásra.

Az alábbiakban felsorolunk néhányat – a teljesség igénye nélkül – azok közül a civil kezdeményezések közül, amelyek prevenció programokat gondoznak.

CHEF-Hungary Alapítvány - Lamina Stúdió Kft.¹⁵

Az Egészséged testben, lélekben című személyiségfejlesztő és drogmegelőző CHEF-program alkalmazása Magyarországon már 12 éves múltra tekinthet vissza.

A CHEF-HUNGARY és a LAMIN STUDIO közös tevékenységének köszönhetően ugyanakkor folyamatosan bővültek azok a személyiségfejlesztő módszerek, amelyek a felnővekvő nemzedéket életkori sajátosságaiknak megfelelően készítik fel a társadalmi és szociokulturális kihívások megfelelő fogadására és a szenvedélybetegségek elkerülésére.

A vázolt, személyiségfejlesztésre alapozott drogmegelőző módszerek alkalmazása egyre több követőre talált mind a CHEF-program közvetlen alkalmazói, mind az újabb programok kidolgozói között.

Az Egészséged testben, lélekben c. drogmegelőző program alap-, közép- és felsőfokú szinteket magában foglaló 120 órás akkreditált képzéssel rendelkezik, amelyen igény szerint az óvodáskortól a középiskolás kor végéig terjedő módszerek, ismeretek és eszközök átadására kerül sor.

Az egyik legfontosabb ifjúsági terepet a középiskolák képviselik. Az iskolák – változó pedagóguslétszámmal – felkészítést kaptak az Egészséged testben, lélekben című program középiskolai alkalmazására. Gyakorlati munkájukhoz esetmegbeszélő és szupervíziós csoportok, illetve tematikus műhelymunkák révén igényeik szerint folyamatos szakmai segítségben részesülnek.

A középiskolákkal való kiterjedt és távlati együttműködés keretében az európai normának megfelelő információs és módszertani háttér biztosítására is megtörtént.

Az ifjúság körében végzett drogmegelőzés másik fontos ifjúsági helyszínét a Magyar Honvédség jelentette. A célzott réteg a Magyar Honvédség sorköteles állománya volt.

Folytatódott a csapatorvosok és egészségnevelők akkreditált képzése. A honvédségi program esetében éppúgy, mint a középiskolai programoknál komoly figyelem jutott a naprakész tananyag biztosítására és az Európában előforduló legújabb drogjelenségek bemutatására.

Ennek az igénynek kielégítése érdekében került kidolgozásra a kiscsoportban alkalmazható, intenzív CHEF-program mellett a szélesebb rétegek körében is hatékonyan működő extenzív, DROG-FLASH című LAMIN-program.

A CHEF-HUNGARY és a LAMIN-STUDIO kutatómunkájának eredményeképpen az aktuálisan felmerülő drogproblémák megelőzéséhez évről-évre új programok (pl.: honvédségi, flash ifjúsági) és újabb szakanyagok, szemléltetőeszközök kialakítására és kibocsátására kerül sor.

Egészségesebb Iskolákért Hálózat Magyarországi Egyesülete¹⁶

„Egészséges Élet” komplex egészségfejlesztési tananyag 6-14 éves gyerekek számára

„Az iskolai egészségmegőrzés a nyolcvanas évek végéig kimerült az iskolaorvosok praxisában, a védőnő, esetleg egy felkért szülő esetenkénti előadásában. Annak ellenére, hogy 1984-től a tanszabadság lehetővé teszi újszerű tantárgyak létrehozását, az egészségnevelés intézményei és az iskolák elzárkóznak a tantárgyszerű egészségneveléstől, s ez kedvez a programok késéssel történő elterjedésének.

Az iskolai adaptálható programok megjelenése a kilencvenes évek elejére tehető. Aktív, elkötelezett tanárok és egészségügyi szakemberek addigi tapasztalataik alapján eleinte egy-

egy fontosnak vélt területre koncentrálni készítettek egy vagy több órára kiterjedő oktatási tematikát (táplálkozás, testi higiénia, környezetvédelem, drog-, alkohol-, dohányzást megelőző programok stb.).”¹⁷

Ebben a helyzetben szinte magától értetődő, szükségszerű és természetes folyamat volt egy olyan civil szervezet létrejötte, melynek legfontosabb célja a felnövekvő generáció életésélyeinek javítása. Időben akkor, amikor a tanulók a legfogékonyabb korban vannak, helyileg pedig ott, ahol a legtöbb időt töltik el – az általános iskolában.

Az Egyesület '93-as megalakulását követően, igazodva a kialakult helyzethez, a szakmai segítségnyújtásnak azt a formáját választotta, mely értékelte a mentálhigiénés alapokon nyugvó programokat, és ezeket kijánlotta tagiskoláinak. Természetesen figyelembe véve a helyi különbségeket, melyeket csak az ott tanító, az Egyesülettel munkakapcsolatban álló pedagógus látott, aki ennek megfelelően választott a felkínált lehetőségek közül.

Ma már elegendő tapasztalattal, vizsgálati anyaggal rendelkezünk ahhoz, hogy kijelentsük: az egyedi programok eredményessége nem mérhető a mentálhigiénés alapon álló „koherens” programok hatékonyságához. A szemlélet változása, mely szerint az életmód nem ismeretfüggő, és készségek, jártasságok kialakítása révén érhető el a kitűzött cél, részben megváltoztatta az Egyesület tevékenységi körét is.

A program tantárgyszerűen, vagyis folyamatosan foglalkozik a tanulókkal, ezzel a nevelés fegyverével éri el, hogy a képességekből készségek legyenek. „Az anyagba foglalt témakörök és azok tárgyalásmódja arra ösztönzi mind a pedagógusokat, mind pedig a gyerekeket, hogy érdemi kapcsolatok meglétét fedezzék fel, látszólag független életmódelemek és az egészségi állapot között. A tantárgy a személyes felelősség erősítésére helyezi a hangsúlyt, nem emeli ki egy-egy szeletet az egészségmegőrzés széles spektrumából, hanem egységesen kezeli azokat.”¹⁸

A tárgyhoz kapcsolódik a tanári kézikönyv, a tanulói munkafüzet és a tantárgy akkreditált tanártovábbképzése, mely segít a tárgy szemléletének megértésében, módszereinek és a tevékenységen alapuló oktatási formák alkalmazásában.

Az Egyesület felvállalta a tantárgy elterjesztését először tagiskolái körében, majd országosan.

Ezzel az egyesületi munka második fázisa kezdődött el, hiszen megváltozott a helyzet, és ehhez a változáshoz alkalmazkodni kell.

A változást alátámasztotta az oktatási kormányzat azon törekvése, hogy az egészségfejlesztés utat találjon az iskolákban. Ennek köszönhető a kerettantervben és az osztályfőnöki órák tartalmában az egészségfejlesztéssel kapcsolatban megfogalmazódott elvárások: így az 5-12. osztályig évfolyamonként 10 osztályfőnöki órát, a 6-8. évfolyamon 18 órát kötelező egészségfejlesztési tartalommal megtölteni.

Ezeknek következményeként jöttek létre az Egészséges Élet tantárgy rendszerébe tartozó modulok: környezet, táplálkozás, veszélyes anyagok, családi élet és kapcsolatok modul. A modulok, tartalmukat és felépítésüket nézve a tantárgyból következnek, annak részei, hiszen a tananyag spirálisan ismétlődő témakörei közül emelődtek ki. A kiemelésnek a törvényi keretekhez való igazodáson kívül más oka is van.

Az az iskola, amelyik a modulrendszerben történő oktatást vállalja, vagyis választ a négy témakör közül, óhatatlanul megismeri a tantárgy oktatásának módszereit, megérti, hogy ez csak egy kisebb szelet az egészből. Így végül is – szándékunk szerint – a pedagógusokban, megértve a szükségletet, hiányérzet alakul ki az egész tantárgy megismerésére és annak használatára.

Az Egyesület szakmai kompetenciájának elismeréseként értékelhető az Oktatási Minisztériummal kötött megállapodás, mely szerint az osztályfőnöki órák egészségfejlesztési tartalommal való megtöltését szakértőikre bízták.

A fejlődés tényének köszönhető, hogy kutatást végezhettek a szakmunkásképzők és szakközépiskolák tanulóinak és tanárainak körében. Az eredmények alapján kijelenthetjük, hogy nemcsak az általános iskolák diákjainak van szükségük átfogó egészségfejlesztési tantárgyra, hanem foglalkozni kell a már középiskolás gyerekekkel is.

„A személyiségfejlesztés a szakmai és pedagógiai munka arányának megváltozásával jár együtt, amely várhatóan ellenállást vált ki a tantestületekben, de hatása és eredményessége szempontjából a legnagyobb hozadéka az egészségesebben szocializált, jobban beilleszkedő nemzedék lehet. A speciálisan kialakított tematika alapján az órarendbe iktatott – nevezük „egészségtan” óráknak – foglalkozások, amelyek legalább heti egy-két órai gyakorisággal ismétlődnek az egész tanévben és minden évfolyamon, elegendőnek látszanak olyan változások elérésére, amelyek a diákok készségeiben és képességeiben mutatkoznak meg a már ismert, kikísérletezett és bevált módon.” (Fábián, 2001)

Életvezetési ismeretek és készségek - 2P OKTATÁSI Bt.

A 2P Oktatási Bt. prevenciók programjai:

Megelőzési célú programjainkat akkreditált pedagógus-továbbképzési keretben és az ISM-OM közös egészségfejlesztési pályázata részeként közvetítik az érdeklődőknek. Szakmai szervezetük az elmúlt két évben 100 középiskolával és 163 általános iskolával kötött együttműködési szerződést. Ezen intézmények mindegyikében az Életvezetési ismeretek és készségek c. program bevezetésével valósították meg az iskolák a pályázati követelményeket.

Az Életvezetési ismeretek és készségek c. holisztikus szemléletű iskolai alapú prevenciók program személyiségfejlesztő módszerekre építve az egészségre ártalmas anyagokkal való kísérletezést, a szenvedélykeltésre alkalmas anyagok használatának elutasítását hirdeti, értékalapú választás lehetőségét kínálja az 5-18 éveseknek. Célja, hogy az egyének önismerete és személyi, valamint társas kompetenciáinak fejlesztése módszereivel kialakítsa a felelősségérzetet az egészség megőrzéséért, fejlesztéséért. Ennek érdekében a 2P Bt. és a Fel-nóni erősen, szabadon Alapítvány a diákoknak szóló programot pedagógusok, védőnők módszertani felkészítésével terjeszti az oktató-nevelő intézményekben. A 40 órás akkreditált képzésen 1995 óta kb. 7-8000 fő sajátíthatta el az interaktív, tapasztalatokra alapozott pedagógiai módszer alapjait. A tantervet tartalmazó tanári kézikönyvsorozat (Csendes Éva: Életvezetési ismeretek és készségek – óvodai, 2. alsó tagozatos, felsős, középiskolai) 4 kötetű már több kiadásban is megjelent.

A program témakörei:

- Önismeret
- Én és helyem a környezetben
- Egészséges, biztonságos élet
- Veszélyeztető tényezők
- Óvd, véd magad!

A készségfejlesztés kiemelt területei: hatékony kommunikáció, a versenyszellem és az együttműködés helyes arányának kialakítása, önismeret, önbecsülés, társasági alkalmazkodás, személyes kapcsolatépítés, az érzelmek alkotó jellegű feldolgozása, stressz-kezelés, magabiztos fellépés, kritikai gondolkodás, döntéshozás, célkitűzés, kockázatsökkentés, problémamegoldás.

Véleményem szerint c. 30 órás akkreditált pedagógus-felkészítő műhelymunka és tanári kézikönyv (Csendes Éva: Véleményem szerint) mindenek előtt a 12-16 éveseknek és nevelőiknek szól. Célja a dohányzás megelőzése és a kritikai gondolkodás fejlesztése. Pedagógiai módszere az Életvezetési ismeretek és készségek c. programban is közvetített kölcsönösen egymásra ható, a tanulók bevonására építő, személyes élményszerzésen alapuló aktív tanulási forma.

A Véleményem szerint c. program folytatása, az Úgy gondolom c. 60 órás akkreditált képzés, amely tanár és diákjai közös tapasztalatszerzési és tanulási alkalma. Tábori keretben megrendezett továbbképzés a pedagógusoknak, és felnőttek, tanulók közös megelőzési célú tevékenykedése. Célja nem a nyaraló diákok információkkal történő befolyásolása, hanem a figyelem irányítása, a jóra csábító közösséghez tartozás élményének erősítése, az élményszerzés szer nélküli formáinak megtapasztalása, jártasság- és készség-szerzés az érzelmi kompetenciák, megküzdési stratégiák területén.

Programjaik egészségügyi akkreditációval is rendelkeznek.

Az egészségfejlesztés átfogó szemlélete alapján megelőzési tevékenységüket új területre is kiterjesztik: akkretitálás alatt álló programjuk a Környezetvédelmi ismeretek és készségek címet viseli.

Drogprevenációs Alapítvány - Drogbusz

Elsősorban koncerteket, rendezvényeket, valamint fővárosi iskolákat látogat. A primer prevenció „mobil állomása”, mely aktívan keresi a kapcsolatot a fiatalokkal. A buszban tájékoztató anyagok találhatók, szakképzett személyzet terápiás (célzott) beszélgetést folytat a látogatókkal.

Egészségvirág Egyesület

Egészségnevelési program 10-14 évesek számára. A program filozófiája: egészségnevelő és megelőző program a táplálkozással, a szexualitással, az AIDS-szel kapcsolatban, valamint drog- és alkoholproblémákkal összefüggésben.

A program koncepciója: az egészséges magatartás döntéshozáson alapul.

A program filozófiája: a tiltás, elriasztás helyett a megcélzott életkori csoport krízishelyzetre való felkészítése a választási lehetőségek közül a pozitív döntési motivációk interiorizálása segítségével.

A program témakörei vázlatosan: szexualitás; AIDS; alkohol és más drogok; dohányzás; táplálkozás. A program által használt oktatási módszerek: csoportmódszerek, tréning, interaktív, tapasztalatokra alapozott tanítási-tanulási mód. A programhoz akkreditált tanár-továbbképzés kapcsolódik.

Források:

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (2002): Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) 2001. évi drogprevenció tevékenysége. Kézirat

Csendes L. (2002): Az Országos Rendőr-főkapitányság 2001. évben végzett iskolai drogprevenció tevékenysége. Kézirat

Csendes Éva (2002). Életvezetési ismeretek és készségek – A 2P OKTATÁSI Bt. 2001–vli tevékenysége. Kézirat.

Felvinczi K. (2002): Az iskolai prevenció helyzete 2001-ben. Kézirat

Felvinczi K. (2002): Kínálatcsökkentési intervenciók. Kézirat

Ifjúsági és Sportminisztérium (2001): Beszámoló az Országgyűlés számára a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített Nemzeti stratégiai program végrehajtásáról. Kézirat

Ifjúsági és Sportminisztérium (2001): Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről – 2001, Budapest

Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására - A kormány kábítószer-ellenes stratégiájának koncepcionális alapjai. A 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat melléklete

Oktatási Minisztérium (2002): Beszámoló az Oktatási Minisztérium 2001. évi drogprevenció, illetve a Nemzeti stratégia megvalósítása terén végzett tevékenységéről. Kézirat

Paksi B.-Demetrovics Zs. (2002): A drogprevenció gyakorlat megismerése – budapesti iskolai drogprevenció programok felmérése és értékelése. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Szakmai forrás sorozat, Kutatások II.

¹⁵ Az összefoglaló Dr. Dévai Margit, a CHEF-Hungary Alapítvány elnökének beszámolója alapján készült.

¹⁶ Az összefoglaló Filip Károly, az Egészségesebb Iskolákért Hálózat Magyarországi Egyesületének munkatársa által írt beszámoló alapján készült.

¹⁷ Fábián Róbert (2000): Az általános iskolai egészségfejlesztés helyzete az ezredfordulón, Szakmai Forrás sorozat, 5

¹⁸ Felvinczi Katalin (1998): Egészséges Élet tantárgy - Tanári kézikönyv

7.2. Ifjúsági programok

Az iskolán kívül szervezett drogmegelőzési programok hazánkban az alábbi hat csoportba sorolhatók:

- egészségfejlesztő programok
- kábítószer-ellenes rendezvények, események
- a kábítószer-fogyasztás alternatívájaként szervezett szabadidős programok
- vizuális ismeretátadó programok (pl. kiállítás)
- kortárssegítő programok
- célzott ifjúsági programok az iskolarendszerből kikerülő, kimaradók számára

2001-ben számos civil szervezet, állami és oktatási intézmény szervezett iskolán kívüli kábítószer-megelőzéssel kapcsolatos programokat az ifjúság számára.

A következőkben egy-egy példán keresztül bemutatjuk az iskolán kívüli ifjúsági megelőző programok magyarországi jellemzőit. Hangsúlyozzuk, hogy a következőkben bemutatásra kerülő programok csak az adott területen folyó tevékenységeket példázzák, ezeken kívül számos figyelemre méltó – a jelentésbe terjedelmi okok miatt nem került – program valósult meg.

1. Egészségfejlesztő programok

Életvezetési Központ (Life Education Centre)

A Sziget Droginformációs Alapítvány gyerekeknek és fiataloknak kínált egészségmegőrző és drogmegelőző programokat. A képzés helye: Életvezetési Központ (Life Education Centre), egy mozgó osztályterem volt.

A program alap gondolata Ted Noffs kábítószereseket gyógyító segítő szakemberben fogant meg az 1970-es évek vége felé, Ausztráliában. Jelenleg a világ tucatnyi országában mintegy 3,5 millió gyerek vesz részt évente a programban.

Az Életvezetési Központ egyedülálló egészségmegőrző és kábítószer-megelőző non-profit program, amely 3-15 éves korú gyermekekkel foglalkozik szerte a világon, Magyarországon 3-12 éves korig. A programok során a gyerekekben oly módon tudatosodott saját énjük, hogy megismerték az emberi test csodálatos működését különös tekintettel arra, hogy a legális vagy illegális anyagok hogyan és miért teszik tönkre a szervezet törekény egyensúlyát. Az életvezetési központ arra törekszik, hogy ellássa ezeket a gyerekeket a jövőjüket érintő egészséges döntések meghozatalához szükséges tudással, képességekkel és önbizalommal.

2. Kábítószer-ellenes rendezvények, események

Királyhegyesi Ifjúsági Önkormányzat: Szer-telenül című programsorozata

16 hétvégén keresztül összesen 49 olyan szabadidős, prevenciós programot valósított meg az önkormányzat, amelyek a kábítószer-fogyasztás elutasítása jegyében szerveződtek.

Többek között volt a témához kapcsolódó filmek vetítése, beszélgetések a filmről, drogfogyasztásról (szakemberek meghívásával), alkotóház, kerékpáros és gyalogtúrák.

3. Kábítószer-fogyasztás alternatívájaként szervezett szabadidős programok

Az országban számos szervezet, oktatási intézmény igyekszik a fiatalok számára élményt nyújtó programot szervezni. Itt említhetjük meg az iskolai sítáborokat, vízitáborokat, túrelő táborokat, éjszakai kirándulásokat, különböző extrém sporttáborokat.

Az iskolarendszerből teljesen eltűnők követése megoldatlan, így egyéni prevenciójuk sem valósulhat meg. Az alternatív megelőző programokban van csak esély, hogy feltűnjenek ezek a fiatalok, melyek országosan kiépülő hálózatban működnek. Ilyen pl. az Éjféli Sportbajnokság, melyet az ország több városában a Magyarországi Éjféli Sportbajnokságok Egyesülete működtet.

A kábítószer mindenkit fenyeget – Szabadidős prevenciók program a város minden lakosának – a Túrkevei Önkormányzat szervezésében

A rendezvényen részt vevők tájékoztatást kaptak a kábítószer-fogyasztás veszélyeiről, következményeiről. Pozitív minták, a drogalternatívák erősítése okán pedig egész napos sportnapot szerveztek, összesen hét helyszínen. A program sikerességében a szervezőket a résztvevők magas száma, érdeklődése, véleményalkotása erősítette meg.

4. Vizuális ismeretátadó programok

Köztes átmenetek – a drog című interaktív országos vándorkiállítás

A Tiszta jövőért Közhasznú Alapítvány témájában és eszközeiben rendhagyó kiállítása első sorban a felnőtteknek és a 14 évesnél idősebb korosztálynak szól. A kiállítás szervezői egyik fontos célként az elsődleges megelőzés legfontosabb színterének, a család szerepének hangsúlyozását tűzték ki. Az első kiállítás 2001. június 17-ig volt látható a Magyar Természettudományi Múzeumban. Naponta több százan keresték fel a kiállítást, melyre a gyerekcsoportok előre jelezték részvételi szándékukat. A nagy érdeklődésre való tekintettel, valamint a kiállítás szélesebb körű megtekinthetősége érdekében az ország különböző városaiba utaztatták az interaktív anyagot. 2001-ben Gyulán, Győrben és Bonyhádán került bemutatásra a kiállítás, melyet hatezerhatszázan kerestek fel. 2002. augusztusáig pedig Szabadka, Székesfehérvár, Szeged, Sopron és Hódmezővásárhely kérte és kapta meg a kiállítás bemutatásának jogát. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a látottak mélyen megérintették a gyerekeket és a felnőtteket. Fontos, hogy érezzék, van kiút, a szenvedélybetegségből meg lehet gyógyulni. A nem hagyományos eszközökkel – filmek, hanganyagok, számítógépes animációk – dolgozó rendhagyó kiállítás a drogfogyasztás okait és hatásait, a szenvedélybetegség kialakulását és poklát, valamint a magyarországi fogyasztás jellemzőit mutatja be hiteles módon úgy, hogy a látogató érzékeire és érzelmeire egyaránt hat. A kiállítás vezetői olyan szakemberek, akik évek óta dolgoznak drogbeteggel és a drogprevenció területén is jártasak. A vezetők vagy segítők folya-

matos párbeszédet folytatnak az érdeklődőkkel. Együttműködő partnerek: Önkontroll Egyesület, Kék Pont Drogkonzultációs Központ, és Magadért Drogmentességet Védő Alapítvány.

5. Kortárssegítő programok

Kompánia Alapítvány

Az Alapítványt a szintén 1989 óta működő Tini-lánc kortárssegítőivel hozták létre, annak bázisán, 1997-ben. Célja a veszélyeztetett, kallódó fiatalok nem intézményes, elsősorban kortárs-közösségi, hálózati jellegű ellátási formáinak fejlesztése, a fiatalok felkészítése saját és társaik problémáinak hatékonyabb kezelésére.

A résztvevők Budapesten és környékén élő 16-22 éves fiatalok. A programok évente közvetlenül mintegy 220-250 fiatalat érnek el, s heti 12-15 órában zajlanak.

A prevenciós programok egyszerre szolgálják a személyes fejlődést és a közösségfejlesztést. Az egyik feltételezi a másikat.

A 2001. évben támogatott programok között szerepel

- Az ifjúsági klub: befogadó csoport, mely heti egy alkalommal működött tapasztalt kortárssegítők vezetésével, félig strukturált programok keretében (önismereti beszélgetések, játékok, kreatív foglalkozások).
- Nyitott napok: módszertani napok, workshopok, fórum, (fiataloknak, pedagógusoknak) a drogprevenció és egyéb ifjúságot érintő témákban.
- Önismereti csoport (szociodráma): a csoportok vegyesek, a segítő pályára készülők és a hálózatba személyes és/vagy családi, kapcsolati problémák miatt bekerülő fiatalok közösen vesznek részt, cél az együttes élmény révén a coping-stratégiák, az empátiás készség és tolerancia fejlesztése.
- Utcai drogprevenciós tevékenység: célja a fiatalokból álló kábítószerező csoport elérése, tagjainak alternatív programokba való bevonása, a kortárs kapcsolatok átrendezése.

Az Alapítvány tevékenysége igen szerteágazó, melyet még a hatékonyság vizsgálatával is kiegészítenek, hogy tovább fejleszthessék szolgáltatásaik minőségét.

6. Célzott ifjúsági programok (iskolarendszerből kikerülők, kimaradók számára)

Az ellátás több területén, így a célzott ifjúsági programok sorában is tapasztalhatók hiányosságok, amelyek viszont egy erőteljes, markáns bővítés lehetőségét is előre jelzik.

A nemzeti stratégia prevenciós színterei közül a legdinamikusabb fejlődés a „család” és az „iskola” színtereken várható, de ezen kívül témánkat tekintve szinte minden helyszín érintett, különösen a „kockázati csoportok, veszélyeztető állapotok”.

Általános tapasztalatok, nehézségek:

- Az iskolarendszerből kikerülők és kimaradók számára nyújtott programokban és szolgáltatásokban nehezen választható szét az elsődleges és a másodlagos megelőzés, mivel zömmel veszélyeztetett vagy hátrányos helyzetű fiatalok tartoznak ebbe a csoportba.

- A direkt elérhetőség, megkeresés általában lehetetlen, csak indirekt programok szervezhetők.
- A programok, szolgáltatások hatása, hatékonysága nehezen mérhető, utólagos nyomonkövetésük pedig szinte lehetetlen.
- Olyan kutatás még nem történt, amely ezt a speciális csoportot érintette volna.
- Nincs még fejleszthető hagyománya az oktatási intézményekben az iskolarendszerből kikerülők szükséges prevenciójának. Általános tapasztalat az utolsó éves tanulók és a pedagógusok, oktatók, nevelők kapcsolatának gyengülése, különösen vonatkozik ez a hátrányos, vagy halmozottan hátrányos tanulókra.
- Az iskolarendszerből kimaradók folyamatos követése és preventív támogatása esetleges. Ha a kimaradás oka drogprobléma, gyakran a támogatás helyett a stigmatizáció erősödik.

Programok iskolából kikerülők számára

A 2000-2001-es évben meghirdetett ISM-OM prevenciós pályázat megvalósítása során jelentős számú fiatal vett részt iskolai prevenciós programokban. A résztvevők között voltak az érintett iskolák utolsó éves diákjai is, akik legalább öt prevenciós órán vettek részt. A programok zöme információt, élményt és hasznosítható ismereteket adott, adhatott a résztvevőknek, így azoknak is, akik már szervezett keretek között átmenetileg, vagy véglegesen befejezték tanulmányaikat.

Nagy számú fiatal el ért két intenzív élményt adó jelentős program, a „Hálómozi” és a „Köztes átmenetek” program. Az élmény személyes átélése, a bevonódás intenzitása és a párbeszéd lehetősége mindkét programban adott volt, sőt a kapcsolat folytatásának megajánlása is szerepelt ezekben a programokban.

Szintén jó kezdeményezések voltak a fővárosban a pályaválasztással összekötött preventív jellegű, sok fiatalot vonzó rendezvények, amelyeknek helyszíne valamelyik nagy üzletközpont „pláza” volt. A nagyszámú fiatalot spontán vonzó, indirekt hatásokkal operáló alkalmakat kiértékelésük után folytatni szükséges.

Mindkét réteg számára évek óta ismétlődő program az augusztusban egy héten keresztül tartó Sziget fesztivál, ezen belül is a Civil falu által nyújtott komplex szolgáltatás.

Az iskolából kimaradás okait, következményeit érdemben taglalni nem áll módunkban, de tipizálni érdemes a kimaradó fiatalokat:

- tanulmányai megszakadnak, szervezett keretek között oktatása befejeződik (esetleges a felnőtt oktatásban való részvétele)
- tanulmányai veszélyeztetettség vagy bűncselekmény miatt átmenetileg megszakadnak, nevelőotthoni vagy intézeti elhelyeztként folytatódnak
- tanulmányai megszakadnak, majd alternatív oktatási intézményekben folytatódnak, befejeződnek
- tanulmányai rövid időre szakadnak meg, gyakran vált intézményt

Az egyéni okok, motivációk egyéni támogatást és törődést, így egyéni prevenciót is igényelnek.

Néhány művelődési intézmény az alternatív, vagy réteggkulturához tartozó rendezvényeken a szenvedélykeltő szerekekkel kapcsolatos információk átadását és közvetlen kommunikációs lehetőséget is biztosít szakemberek bevonásával.

A nevelőotthonok, és intézetek esetében a prevenciós programok megvalósítása az iskolai keretek között történik. A másodlagos prevencióra viszont egyre nagyobb szükség van, ennek kísérleti megvalósítása modellintézetekben történik. A speciális összetétel, a veszélyeztetettség nagyobb aránya és mértéke miatt szinte elválaszthatatlan a hagyományos értelemben vett elsődleges, másodlagos és sok esetben a harmadlagos prevenció.

Az alternatív oktatási intézmények zömmel társadalmi szervezeti keretben, általában alapítványként működnek. A hagyományos iskolai keretből kiszakadók itt folytathatják évesztés nélkül, esetleg évesztéssel korábban megszakított tanulmányaikat. A hagyományos formák és keretek sértői, a deviálódó, veszélyeztetett, hátrányos helyzetű fiatalok, vagy tanulási problémák miatt tanulmányaikat megszakítók kerülnek ide. A leghosszabb múlttal és tapasztalattal a Belvárosi Tanoda Alapítványi Gimnázium (Budapest) rendelkezik. Az elsődleges megelőzést elsősorban a mentor rendszer alkotja, amely ezekben az intézményekben általános. Minden tanulónak van „tanár párja”. Ez a bizalmi kapcsolat teret ad a tanulás-technikai problémák feldolgozása mellett életvezetési és személyiségi (önismereti) problémák feltárásának és megoldásának is. Mivel gyakori, hogy drogot használó, függő, vagy absztinens drogfüggő is van a diákok között, a megelőzésnek minden fokozata egyszerre kell, hogy jelen legyen ezekben az intézményekben.

A szükségesnél kevesebb hasonló intézmény működik még, néhány a fővárosban, és elvétve vidéki nagyvárosokban.

A különféle okokból gyakori iskolaváltás, amelyet átmenetileg évesztés is nehezíthet, fokozott nehézség elé állítja a tanárt és a tanulót egyaránt. Az elsődleges prevenció ebben az esetben is személyre szabott kell, hogy legyen, s ha ez a folyamat kiskorúakat érint, a család preventálásával kell, hogy összekapcsolódjon. Az iskola partnerként bevonhatja a gyermekjóléti szolgálatot is. Elmondható, hogy ezen a téren pozitív elmozdulás történt, csökkentve ezzel is a veszélyeztetettség mértékét.

Források:

Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium (2002). A Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkárságának beszámolója a 2001. évben megvalósult támogatásairól. Szerk. Varga M. – Majzik B. Kézirat.

Kály-Kullai K. (2002). Célzott ifjúsági programok. Kézirat.

7.3. Család és gyermekkor

A nemzeti stratégia egyik fő prevenció szintériként említi a család intézményét:

Fontos célkitűzés, hogy a családok váljanak alkalmassá arra, hogy nevelési feladataik között a drogmentes életre is felkészítsenek. A szülők közvetítsenek olyan értékeket és normákat, melyek a drogmentes élet előnyeit tartalmazzák és képessé teszik a gyermekeket a konstruktív életstílus kialakítására és a drogok elutasítására. Váljon alkalmassá a család a drogproblémák kialakulásának megelőzésére, ami sok esetben a családban előforduló más szenvedélybetegség(ek) kezelését is jelenti. Legyen képes a család – szükség szerint külső laikus vagy szakember közreműködésével – a családon belül előforduló drogproblémákkal küzdő személyekkel történő foglalkozásra. Mindez a család – elsősorban a szülők – megfelelő információkkal történő ellátását, szülőcsoportokban, civil és egyházi szervezetek tevékenységében való részvételét, a családi és szülői feladatok és lehetőségek tudatosítását jelenti. Ezt a folyamatot van hivatva erősíteni egy családbarát szociálpolitika eszköz- és intézményrendszere. Szükséges az is, hogy a háziorvosok a mainál nagyobb támogatást nyújtsanak a családok számára mind a drogproblémák megelőzésében, mind pedig azok korai kezelésében. Támogatni kell az iskolaszékekben tevékeny szülők prevenció szemléletű képzését.

7.3.1. Droprevenció az óvodában

Az óvodában folyó prevenció munka elsősorban a legális droghasználattal összefüggő prevenció tevékenységnek tekinthető. Több olyan program ismert, amely az adott életkori csoport fejlődépszichológiai szükségleteihez illeszkedik, és droprevenció célkitűzéseket fogalmaz meg (Szív – kincsesláda, Kalandozás Illatóriában, stb.) Ezek a programok egészségfejlesztési kontextusban tárgyalják a legális drogok veszélyeit (elsősorban a dohányzását), dacára az előző pontban megfogalmazottaknak, főleg az ismeretközlés eszközével élnek, pozitívumuk, hogy igénylik és el is érik a gyerekek aktív bevonódását.

A droprevenció szempontjából fontos körülmény az óvodai nevelés alapprogramja (1997), mely szintén elvárásokat, követelményeket fogalmaz meg az óvoda egészségfejlesztési tevékenységével kapcsolatban. Ennek a programnak megfelelően kellett valamennyi magyarországi óvodának elkészítenie pedagógiai programját. A jogszabályi környezet, valamint a nem dohányzók védelmében született törvény (1999. november), valamint a többször - utolsó alkalommal 1999-ben – módosított közoktatási törvény jóvoltából a gyermeknevelő intézményekben (iskolák, óvodák) külön helyiséget kellett kialakítani a dohányzók számára. Ez a rendelkezés garantálja az intézményi dohányzási irányelvek (smoking policy) kimunkálását, ellenőrizhető formában.

7.3.2. Önségítő szülőcsoportok

Szülőnek lenni nem könnyű feladat. Kábítószerfüggő fiataalt nevelni, szülőjének, hozzátartozójának lenni nagy megpróbáltatás, – egész embert igénylő, nehéz helyzet a család éle-

tében. Ha ez a probléma, a családon belül tartóssá válik, lassan az érintett, a közvetlen környezet is beteggé lesz. Először csak lelki, majd fizikai tünetekben is jelentkezik, az, amit társfüggésnek, kodependenciának hív a szakirodalom. Hogy ez mit is jelent? Leegyszerűsítve talán azt, hogy az érzelmileg túl erősen kötődő szülő, passzívan „együtt drogozik” kábítószerfüggő gyermekével. Mindennapjai, hangulata mindig az éppen aktuális helyzetnek, történéseknek függvényei. Önmaga háttérbe szorul, nincs már önálló élete-saját gondja, öröme. Minden percét kitölti aggodása, mindent megoldó, örök segíteni akarása.

És így nincs már reális rálátása sem a valóságra.

De ha még nem jutott a szülő el ide, ha időben kész tenni, ha nem akarja tétlenül nézni a leépülést? Van-e esélye – mint a legközelebbi érintett beleszólni, elgondolkodtatni, más irányba terelni az esetleg csak fiatalos virtusból kipróbálót, a rendszeresen használót, a kemény drogokat fogyasztó függőt? Melyek azok a lehetőségek, amelyek léteznek számukra? Ezekre a kérdésekre itt Magyarországon, a szülők a válaszokat még nem olyan régen keressik.

Sok szülő, hozzátartozó egyre inkább elfogadja azt a nézetet, mi szerint, külső segítség-re van szüksége a probléma családon belüli megoldásához is. Egyik oldalon, talán abból indulhatunk ki, amivel azt hiszem, mindenki egyetért, hogy a szülőknek nagy szerepük lehet. Úgy, a probléma kialakulásában, mint megoldásában is. Természetesen azzal a kitételrel érvényes ez, hogy végül is maga az érintett fiatal, a gyermek döntése születik meg, amikor kipróbálja, vagy használja valamelyik kábítószer-t. De az út, amíg idáig eljut, ez az út, közös. Hiszen a szülő mindig is példa – jó vagy éppen rossz példa a gyermeke számára. Addig, amíg nem alakul ki az önálló személyiség, – ha az előbb említett megelőzésre gondolunk, – egyértelmű, hogy az a szülő, aki nem szeretné, hogy gyermeke bármilyen drogot, kábítószer-t fogyasszon, akkor cselekszik a leghelyesebben, ha ő maga is lehetőség szerint elutasítja, legalább is a mértéktelen, illetve az illegális drogok fogyasztását. Ha viszont régről be-rögzült szokás, nehezen elhagyható szenvedély diktálja a nikotin az alkohol, vagy éppen fiatal szülőknél a „lightos marihuána” alkalmankénti használatát, akkor nagy valószínűséggel a felnövő fiatal is ki fogja próbálni valamelyiket.

Ha pedig már ott van a család életében a legális, vagy illegális drog használata, akkor a legjobb út az egyenes, őszinte szó. A szülőknek sem feladata az, hogy mindenhatóak, tévedhetetlenek és hiba nélküliek legyenek, hiszen ilyen szülő – de valószínűleg ilyen ember sem létezik, nincs is. Ezzel szemben feladatuk az, hogy ismereteiket, tapasztalataikat úgy adják tovább felnövő gyermekeinknek, hogy ők a felelős döntésüket meg tudják hozni, és hogy ez, lehetőség szerint a kábítószer helyett az örömszerzés, az elégedettség más formája legyen.

A szülők talán akkor követjük el a legnagyobb hibát, ha felvéve egy „jó szülő – álarcot” belemennek az egymást félrevezető hamis játszma-ba, amely mint a hólabda, egyre nagyobb, átláthatatlanabb lesz. Egy ilyen helyzetben, később, hiába várnak, őszinte választ a kérdéseik-re.

A családi játszmák résztvevői mind „tudják”, hogy mit várnak tőlük. Mit kell tenni, mit kell mondani ahhoz, hogy kívülről nézve, minden menjen szépen a maga útján.

Az első fontos dolog tehát, a „segítő szülő” részéről is az őszinteség. Őszinteség önmagukhoz és a gyermekhez. Ez képesség fejleszthető, még szülőként is megtanulható, és a

drogprobléma kezelésében, családi körben is nélkülözhetetlen. Hiszen a drogfüggés szakaszai tele vannak önbecsapással, hazugsággal. Szülőként a másik oldalon, a valóságot, az igazságot kell képviselni.

A második fontos feltétel ahhoz, hogy legyen esély a gyógyulás folyamatában a segítő szülői magatartást képviselni, az, hogy elengedve a „jó szülői” attitűdöt, fokozatosan a szülők önmagukra koncentrálnak elsajátítsanak, némi önismereti készséget.

Nézzük hát végig a folyamatot két oldalról, szülő és drogfüggő helyzetéből. Hogyan hat ugyanaz az esemény, hogyan változnak, és hogyan kell, hogy változniuk a szülőknek ahhoz, hogy önmagukért, szülő – gyermek kapcsolatában egymásért, végig csinálják.

SZÜLŐ és FIATAL / GYERMEKE
változásai a drogkarrier alakulás során
Találkozás a droggal

(indirekt) gyanú, tények		(direkt) Kipróbálás
	Reakciók	
hárítás (illúziók) Kétségbeesés, önáltatás		Droghasználóknál az esetek Többségében pozitív élmény
	Droghasználat	
sokkoló tények, tárgyak, változások		Kezdeti mindent "megoldó" Alkalmi, még kontrollálható
	Reakciók	
kutatás, bizonyosság keresése arról, amit mi hinni akarunk		„Én tudom kezelni, nem Vagyok drogos...”
	Drogfüggés	
állandó kétségek és bizonyítékok arra, amit nem akarunk elhinni		Zavaró tünetek, a lelki és a fizikai függés jelei
	Reakciók	
nem akarom elveszíteni, legalább a kapcsolatunk megmaradjon		Rejtőzködés, hazugság, önáltatás, Fokozatos elszigetelődés
	Elszánás előtt	
Fizikai és pszichés gyengeség Erőtlenség, segítségkeresés, Kapkodás, tanácstalanság csalódások sorozata		Egyre több kellemetlenség a függőség beismerése csak önmagának (– a szülőnek is, de még mindig talál megoldásokat)
	Reakciók	
Szélsőségek: érzelmi zsarolás, Kényszer, túlzott bizalom és remények Elerőtlenedés, feladás érzése		Ígéretes, próbálkozások, Önbecsülés, önbizalom, önerő Rohamos csökkenése
	Absztinencia	
segítő szülőnél: erőgyűjtés, önépítés, csoportmunka Megkönnyebbülés, reális büszkeség		Sóvárgás, üresség, ambivalencia Közösség keresés-elfogadás, Kommunikáció elfogadása Lassú önépítés
	Reakciók	
Társfüggő szülőnél: túlzott elfogultság, irreális büszkeség, a csoportból Való elmaradás, majd újból a kezdét, de még erősebb függésben a történésektől		Megcsúszás, visszaesés „mélyrepülés”, fizikai, lelki leromlás, teljes elszigetelődés és lecsúszás
	Végző elszánás	
Sikertelenség, becsapottság, Kilátástalanság, új nyitás kifelé (önsegítő csoport) „önző” gondolatok		Magány, sehová nem tartozás, a negatív hatások túlsúlya, a választás lehetőségének felismerése, elfogadása
	Reakciók	
Feszültségek oldódása, erő, Változás elindul: önmagamért leválás/leválasztás		Döntő lépés megtétele „maradék” önmagáért, Önépítés, önállóság

Hazánkban több szülőcsoport működik (pl., az Anonym Szülők, a Mátrix, Önkontroll, Rév, Sziget), ezek azonban még nem tartanak állandó munkakapcsolatot egymással. A szülőcsoportok célja a kábítószer-fogyasztás, a droggárrier kialakulásának megelőzése, illetve a kábítószer-problémával küzdő gyermek hatékony segítése.

Négy fő típusba sorolhatók a ma Budapesten, különböző elven működő szülőcsoportok:

1. Tradicionális önszolgáltató csoport / pld. Anonym Szülők Csoportja, Sziget /
2. Átmenet az önszolgáltató és a klubszerű csoport között / Mátrix Egyesület /
3. Teljesen nyílt önszolgáltató klub / Önkontroll Egyesület és Klub /
4. Vallási alapokon működő zárt csoportok / pld. Karitás Rév / RIM / Kallódó Ifjúságot mentő Misszió /

1. Anonym Szülők Csoportja - mint tradicionális önszolgáltató

Az Amerikában elindult önszolgáltató csoportok mintájára / A:A. - N.A - P A: stb. / alakultak. Egy személyes kezdeményezés alapján, a drogambulanciához kötődő, szakember irányította csoportból váltak ki. A „tizenkét lépés” elvén működő, szigorúan zárt csoport, amely igazi nagy közösségi erőt képviselő, erősen megtartó, kicsit beolvasztó jellegű csoport. Aki ebben a típusú csoportban nem tud megmaradni, abban valószínűleg, erősen dolgozik önálló, saját személyisége. Számára esetlegesen, éppen a tradicionális külsőségek zavaróak kisé – amelyeken keresztül teljesen egyenrangú tag az első pillanattól a csoport munkájában. Nem különösebben erős az új tagok felé fordulás. Mindenki önmagáról beszél, nem kérdezik egymást. Az újaknak kell kezdeményezniük ahhoz, hogy rájuk figyeljenek. Ez nem mindenkinek sikerül az első alkalommal. Fontos, egymás teljes és egyenrangúként való elfogadása, – mindezekből viszont leghamarabban megtanulható az önmagunkért való küzdelem. Zárt közösség, külső anyagi és szakmai segítség, irányítás nélkül. Teljesen önálló munka, amelyben nézetem szerint az előzőekben említett típussal ellentétes, gyengébb karakterű, hosszabb távú pszichés teherrel küzdő szülők, épp ellenkezőleg – teljesen elvezítik önálló döntésképeségüket, később is és túl erősen kötődhetnek a csoporthoz, a közösség „segítsége, tanácsa” nélkül nem képesek lépni. Mindent összevetve, a krónikus problémával együtt élő szülők számára az egyik leghatásosabb erő lehet.

2. Mátrix Egyesület: – átmenet a zárt önszolgáltató és a klubforma között

Szintén drogambulanciához kötődő, szülőcsoport, amely kezdetben szakemberi vezetéssel, egy-egy tapasztaltabb régebbi szülőtárs által, az önszolgáltató jellegre is hangsúlyt fektetve kezdte működését.

Kezdetben, az Anonym szülők csoportjából néhány szülő itt is részt vett a találkozásokon. Talán a két különböző jelleg is hozta, hogy hosszú évek után, végleg különváltva, majd a Mátrix csoport is, – szakmailag önállósodva, folytatták a munkát. Ma már nincs állandó szakemberi jelenlét és vezetés, a szülők egy-két régebbi, tapasztalt szülőtárs segítségével illeszkednek be, könnyebben megnyílnak. Az újakra figyelve segítik, erősítik azt, akinek erre – a jelek szerint – leginkább szüksége van. A csoporton kívül is kapcsolatot tartanak egy-

mással, telefonon hívják egymást, anyagi segítséget ad a csoport az arra rászorulóknak. A régi tapasztalatokat pályázatokban hasznosítják. Ez és az egyéni adomány az alapja működésüknek. Más szülőcsoportokkal, kezelőhelyekkel tartanak kapcsolatot. Főleg a rehabilitáció és re szocializáció lehetőségei fontosak számukra, a drogfüggő fiataljaik segítése szempontjából, de „krízis-intervencióval” is segít az egyesület néhány tagja. A hasonló szülőcsoportokkal való szakmai kapcsolatban, főleg a régebbi, személyes ismeretség játszik szerepet. Egyre fontosabb a szülők képességeinek, önerejének fejlesztése. Erős, megtartó közösség, mely nyitottabb, mint az Anonym Szülők csoportja, mégsem klubszerű segít.

3. Önkontroll Egyesület – teljesen nyitott, mégis önszervező elvű

Egyéni kezdeményezéssel indul, először klub-formában működő, két generáció: szülők – fiatalok – csoportja, amelyben nagy szerepe van egymás elfogadásának, a közös megoldás megtalálásának.

Ehhez, az alapot, az információs csatornák: a szórólapok, kiadványok, rendezvények, előadások adják, melyek mindkét generáció számára ugyanazt a tényt közvetítik – mint kiindulópontot, a megváltozott kommunikáció és a közös döntés megtalálásához. Kezdetből nyitott klubszerű formában, meghívott előadókkal és önszervező alkalmakkal/csoportokkal, majd 2002 elejétől, információs irodával is állnak az érdeklődő lakosság rendelkezésére. A közös gondolkodást, a széleskörű együttműködés segítette és jellemezte: a drogfüggő fiatalok absztinens önszervező csoportjaival, – amikor erre mindkét oldalról igény mutatkozott. Meghívott vendégként azonban rendszeresen találkozhattak a résztvevők a „másik oldal” a fogyasztó fiatalok képviselőivel. Teljesen nyitott rendszerű, feltételek nélküli, a nem érintett rétegek információval való elérésére és a probléma megoldásba való bevonására törekvő csoport. Önszervező alapon működő csoportfoglalkozásai mellett az egyéni pszichológiai, konzultációs, lehetőséget biztosítja azok számára, akik, ezt segítségül elfogadják, a csoportba való mielőbbi beilleszkedésük, aktív részvételük érdekében. Pályázati úton nyert összegekből, konkrét megvalósítandó célok elérése mentén, a szakmai oldal elfogadására, együttműködésére számot tartó szülő közösség.

4. Karitásztól és Református Közösségek: – vallási alapon

Ami kívülről is látható: vallási alapon működő, a szeretet és a feltétel nélküli elfogadás segítségével, Isten akaratában és a hit erejében bízó – erős megtartó közösségekként működnek. Szoros kapcsolatot tartanak fenn, a szintén hasonló elven működő rehabilitációs és segítőhelyekkel, – illetve ezeken belül, szülőcsoportokként működnek. Egy-egy tapasztaltabb szülőtárs „vezető-szerepe” az önszervező elvét képviseli, de mivel az „irányítás”, emberek feletti segítő erőből származik és várható, – nem az önszervező elvek uralkodnak. Hosszú, őszinte munka, – mely tartalmas, örök változást adhat tagjainak.

A rövid áttekintés után, megállapíthatjuk, hogy a ma Budapesten működő szülőcsoportok többsége „örzi tapasztalatait, műhely titkait” a kívülállók, – a szakemberek előtt is. Ennek talán érthető magyarázata, egyrészt a régi „segítő és segítséget kérő” kapcsolat, – a

még szülőcsoport – látogatás előtti időkből. Később pedig az „egyenrangú – sorsközösségi” viszonyból nézve, szinte elképzelhetetlennek tűnik, hogy a szakember, – „csak” emberként is tudja nézni a valaha segítséget kérő szülőt. Pedig a hiteles, józan szülői szem és szív sokat tudna adni a szakma objektív szempontjaihoz.

Napjaink terápiás lehetőségei a speciális problémakörrel küszködő szülők, hozzátartozók számára, – tíz, – lassan húsz év eltelte után, sem túl szerteágazóak. Az egyéni pszichoterápia előnyei és hátrányai – a szülő szempontjából – régóta ismertek. Az egyéni konzultáció és pszichoterápia, krízishelyzetekben segíti a szülőt átbillenni a nehézségeken, mégis önmagukban – bármilyen mennyiségben és minőségben is kevésnek bizonyulhatnak a szülők problémáinak teljes körű megoldásához. A drogambulanciák pszichológusai által vezetett szülőcsoportok állnak módszereik és eredményeik alapján talán a legközelebb a világon mindenhol már több évtizede eredményesen működő önszorgító csoportokhoz.

Források:

Pusztaházi I. (2002). Szülői szerep a droghasználat és a gyógyulás ideje alatt – lehet-e a szülő is „segítő” vagy csak önszorgító a folyamatban. Kézirat.

Felvinczi Katalin (2002): Keresletcsökkentési intervenciók. Kézirat.

7.4. Egyéb prevenció programok

7.4.1. Kortárssegítő programok

A serdülőkori droghasználat kialakulásában a kortársaknak döntő szerepük van, elsősorban is azokban az esetekben, amikor a szülőkhöz vagy a normatartó társadalomhoz (pl. iskola) fűződő kapcsolatok már korábban meggyengültek. A kortárs hatások közül a következők játszanak fontos szerepet a droghasználat kialakulásában, illetve fennmaradásában:

- a kortárs csoport alkohol- és droghasználata, dohányzása, ezekkel kapcsolatos attitűdje
- a kortársak által sugallt identitás („akkor vagy valaki, ha drogozol”)
- a környezet negatív megbélyegzése, leértékelése a kortárs csoport felértékelésével
- a kortársak segítése a droghasználat elkerülésében, illetve a kortársak hatása, ún. csoportnyomása a kialakulásában.

Társas hatás modelljének hátterét az a feltevés adja, hogy a droghasználat tanult viselkedés, melyben a társas hatásoknak, a modell követésének jelentős szerepe van – ezért ezeket a tényezőket a megelőzésben is alkalmazni lehet. Két, széles körben alkalmazott formája az ún. társas immunizáció, amikor a fiatalokat droghasználat ellen szóló üzenetekkel oltjuk be, mintegy immunizáljuk őket, mielőtt még a drogozást bátorító kortárs vagy (akár rejtett) média üzenetekkel találkozónának (a média üzenetek elsősorban a legális drogok propagálását, azaz a cigaretta és az alkohol reklámokat jelentik). Így amikor ezek a hatások érik őket, már megfelelően tudnak ellenük védekezni. A másik módszer a droghasználat elleni készségek fejlesztése; a módszer tipikus példája a nemet mondás képessége kínálási, csábítási helyzetekben. A nemet mondás is egy összetett társas kommunikáció, mely gyakorlás útján kialakítható, illetve fejleszthető. Ezek a programok viszonylag hatékonyak, rövidebb idő elég a megtanulásukhoz, azonban csak egy bizonyos ideig (egy-két-három év) hatnak, majd fokozatosan hatásukat veszítik.

A kortárs segítő programok számos szinten működnek hazánkban. Így az iskolákban, egyetemeken, szabadidős rendezvényeken, a szülők körében.

Megismerve Elfogadni Alapítvány: Cigány származású fiatalok kortárssegítői képzése

A roma lakosság egyes csoportjainak halmozottan hátrányos életkörülményei, valamint kulturális jellemzői speciális programok indítását teszik szükségessé. E programokat hatékonyan csak a roma közösségek által elfogadott, hiteles, romákat is összefogó civil szervezetek képesek közvetíteni. 2001-ben a Megismerve Elfogadni Alapítvány kortárssegítői képzést szervezett.

A foglalkozásokon hátrányos helyzetű általános iskolás tanulók vettek részt, kétharmad részt elméleti órákon, egyharmad részt gyakorlati foglalkozásokon. Az elméleti órák keretében információkat kaptak a drogokról, a drogfogyasztás következményeiről, a fogyasztással, terjesztéssel kapcsolatos törvényekről. Gyakorlati foglalkozások keretében pedig megtanul-

ták a drogok visszautasítását, különböző helyzetekben a helyes reakciókat. A program értékelése szerint ez pozitív mértékben változtatott szemléletükön. Cél a megszerzett ismeretek, készségek tovább adása.

Utcai Szociális Segítők Egyesülete: Tatabányai kortárs segítő fiatalok tréningje

A 2001. évi képzésen általános és középiskolás fiatalok vettek részt. Közülük többen már működő kortárs segítő csoportok tagjai, de a résztvevők közt megtalálható volt néhány olyan csellengő fiatal is, akik az egyesület "utcagyerekek" projektjének ügyfelei. A képzés elsődleges célja a megszerzett tudás hasznosítása volt, hiszen a képzés végére a résztvevőknek dönteniük kellett, mely konkrét segítő tevékenységet kívánják évközben rendszeresen végezni. A képzés után sem fejeződött be a kapcsolat a képzők és a képzésen részt vevők között, kétheti rendszerességgel egyrészt mód van a problémák megbeszélésére, másrészt szupervíziós lehetőséget biztosítanak számukra.

Források:

Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium (2002). A Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkárságának beszámolója a 2001. évben megvalósult támogatásairól. Szerk. Varga M. – Majzik B. Kézirat.

Nemzeti Stratégia a Kábítószer-probléma Visszaszorítására – A kormány kábítószer-ellenes stratégiájának koncepciójának alapjai. A 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat melléklete.

7.4.2. Telefonos segélyszolgálatok

Bevezetésül tekintsük át a nemzeti stratégia céljait és a telefonszolgálat helyét, szerepét:

1. „A társadalom váljon érzékenyebbé a drogdöntések hatékony kezelése iránt” – A telefonszolgálat non stop, ingyenes elérhetősége, hívhatósága az egész ország területéről, az összes mobil hálózatról, az egész társadalom rendelkezésére áll. A telefonszolgálat attitűdformáló, hiteles információt közvetítő magatartással igyekszik kialakítani azt a nézetet, hogy a drogfogyasztást, mint szenvedélybetegséget fogadja el a társadalom, és dekriminalizálja a szenvedélybeteget. Ezzel a szemléletváltással lehet a drogproblémát valóban problémaként kezelni, hatékony megoldási módokat, keresni, alkalmazni.

2. Segíteni a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémával küzdő egyéneket és családokat. A telefonszolgálat az anonimitást biztosító jellegével, hívhatóságával valóban megfelel ennek a stratégiai célnak, hiszen nem csak az illegális anyagot fogyasztó (szenvedélybeteg), hanem a beteg mikrokörnyezetének tagjai, pl. szülők, testvérek, rokonok, barátok, pedagógusok, munkatársak vagy egyszerű járókelők is hívhatják a telefonszolgálatot.

A telefonon keresztül nyújtott segítség az egyszerű információközvetítéstől – a tünetek felismerése, az anyaghasználat következményei, a kezelőhelyek (drogambulanciák, kórházi osztályok) címei, az alacsonyküszöbű programok lehetőségei, elérhetőségei – a szenvedélybeteggel való beszélgetés, foglalkozás felvetéséig terjed. A telefonos segítségnyújtás kiter-

jed a krízis teljes idejére és nagyon sok esetben nem csak egyszeri beszélgetést jelent. A telefonszolgálat másodlagos célja, hogy a szenvedélybeteget eljuttassa a kezelési lánc legoptimálisabb pontjára, ahol a kliens személyre szabott szaksegítséget kaphat.

A telefonszolgálatokat kiképzett önkéntes operátorok, addiktológiai asszisztensek, szociális munkások, pszichológusok látják el. Az operátorok telefonos munkáját a szupervíziós csoportok biztosítják. A szupervíziós csoportokon kerülnek megbeszélésre azok az esetek, hívások, amelyek valamiért elakadást okoztak, tanulságosak, vagy érzelmileg túl intenzívek az operátor számára. Az operátorok személyiségvonásai is ezeken a csoportokon erősödnek, csiszolódnak.

Tekintsük át az országban működő telefonszolgálatokat. A jelenleg működő telefonszolgálatok között kiemelt helyet foglal el a Drog Stop Budapest Egyesület által működtetett forró drót, amely non stop módon üzemel, és az egész ország területéről érkező hívásokat fogadja. A telefonszolgálat ingyenes hívhatóságával valóban az egyik legelső láncszemét képezi a drogterápiás hálózatnak.

Több Drogambulancia működtetett drogsegélyvonalat az országban. Ezek a segélyvonalak azonban a rendelési idők alatt működnek, és csak a saját körzetükből kezdeményezett hívásokat fogadják. A hívások nagy részét az ellátási területen kezelt szenvedélybetegek bejelentkezései, visszajelzései teszik ki. A rendelkezésre álló adatok a debreceni és a miskolci Drogambulancia telefonadatait tartalmazza.

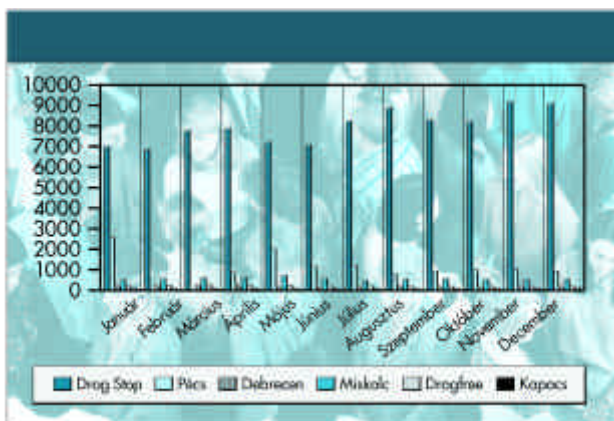
A Drogfree Egyesület is fogad hívásokat, de hívhatósága nem ingyenes, és nem érhető el éjjel-nappal.

A Kapocs Önségítő Ifjúsági Szolgálat is fogad telefonhívásokat. Itt is az időkorlátozás és a nem ingyenes vonal a jellemző. Fontos még kiemelnünk azt a tényt, hogy nincsen közvetlen vonal, így a Petőfi Csarnok központi számáról kapcsolják a hívónak a telefonügylőt - a hívó motivációja nagyon erős, ha képes ezeket az átmeneteket abszolválni, azért, hogy valakivel megbeszélhesse problémáit.

A tavalyi évben csak a Pécsi Gyöngyház Egyesület működtetett ingyenesen hívható segélytelefont.

Több segélytelefon, mint például a Lelkisegély telefonszolgálatok, az ifjúságot megcélzó Kék Vonal is fogadnak drog témájú hívásokat, de ezen jellegű hívások adataival nem rendelkezünk.

A telefonszolgálatok adatai A következő adatok a telefonszolgálatok által fogadott hívások számát tükrözik.



A Drog Stop telefonszolgálatára 96394, a Pécsi Gyöngyház Egyesület telefonszolgálatára 12434 hívást fogadott a 2001. évben.

A Drogfree átlagosan napi 12 hívást fogadott. Ezen hívások megoszlása a következő:

5 hívás azok részéről akik már leálltak de kapcsolatot tartanak fenn

3-4 hívás információkérés

2 hívás szülők részéről

1-2 hívás a leszokás lehetőségéről tudakozódva

A Kapocsba befutott hívások, átlag heti 15-20 hívás, a következő problémák köré csoportosulnak

szülő és gyermek közti problematika

kábítószerrel kapcsolatos problémák

erőszakot, bántalmazást elszennvedők bejelentései

A Miskolci Drogambulancia által fogadott hívások a következő kérdések köré csoportosulnak:

információ kérése gyógyszer és alkohol együttes használatáról

opiát-használattal kapcsolatos egészségügyi problémák

diszkó drogokkal kapcsolatos kérdések

fű használatával kapcsolatos problémák

szipúzással kapcsolatos gondok

A debreceni Drogambulancia adatai a következő képet jelzik a hívások jellege szerinti megoszlásban

– 36%-ban: szerhasználó első jelentkezése, információ kérés a drogfogyasztás következményeiről és a kezelés lehetőségeiről

– 14%-ban: hozzátartozó hívása, információ kérés a drogfogyasztás következményeiről és a kezelés lehetőségeiről

– 11%-ban: információ kérése segítő szakember (pl. pedagógus, családsegítő, stb.) részéről

– 34%-ban: gondozott betegek részére konzultáció (vidékiek részére akár részben terápiás beszélgetés is)

– 15%-ban: hecc hívás

A telefonszolgáltató társaságok szolgáltatnak olyan adatokat, amelyek a kezdeményező (a hívó) körzetszámát tartalmazzák. Ennek alapján következtethetünk arra, hogy az adott telefonos körzetben valamiért nagyobb a kereslet a drog telefonszolgálatok iránt. Ezt közvetett bizonyítékként kezeljük a fertőzöttség vagy érintettség tekintetében. Az adatok akkor válnak kiegészítő adatokká, ha egybevágunk az alacsonyküszöbű programok, kezelőhelyek, drogambulanciák, esetleg a rendőrség adataival.

Az adatok alapján megállapítható, hogy a 15-20 éves korosztály, valamint a 20-25 éves korosztály hívja a szolgálatot a leggyakrabban. Meglepő és elgondolkoztató, hogy a regisztrált hívások 3%-át a 15 év alattiak képviselik.

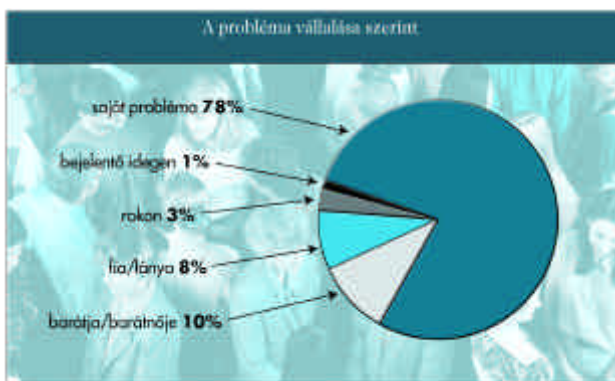
A szülők, pedagógusok a hívások 17%-át képviselik (7%+10%), a 30 és 40 év felettiek hívásaránya 7%.

A hívások tartalmát elemezve a következő látható:

Információt kér	32%
Kísérő beszélgetés	18%
Baráti beszélgetés	11%
Segítőhely keresés	3%
Leszokás	8%
Rosszul van	1%
Szülői beszélgetés	10%
Lelki problémák	5%
Párkapcsolati problémák	2%
Pszichés problémák	3%
Családi problémák	3%
Drogtesztről érdeklődők	2%
Drogjog	1%
Betegség	1%

A tartalmi elemzésnél a lelki problémán a gondokat, elakadásokat, a pszichés problémán a pszichiátriai szintű pszichés gondokat, míg a betegségen a testi betegségeket értjük. A baráti beszélgetésen a terápiás jellegű empatikus, támogató vagy éppen konfrontatív beszélgetéseket értjük.

Elemezzük azt, hogy a hívó az anyag használata során felmerült gondjait hogyan veti fel. Vállalja-e, hogy önmagáról van-e szó, vagy elrejti, hogy más drogoson akar segíteni.



Az tény, hogy az anonimitás védelmét élvezve 78% vállalja, hogy ön maga problémájával hívja a szolgálatot. Meglepő és talán a beavatkozás egyik lehetséges pontját jelzi az, hogy a rokonok csak 3%-ban, a segítő idegen csak 1%-ban képviseli a társadalmat. A társadalmi érzékenység, az összefogás, a segítség erősítése lehet egy következő feladat a hatékony megelőzés terén.

Szerhasználat

A következő táblázat azt mutatja, hogy a telefonálók hány százaléka próbálta már ki életében az alábbi pszichoaktív szereket.

Kannabiszszármazék	36%
Heroin	11%
Ecstasy	9%
Amfetamin	9%
Alkohol	10%
Gyógyszer	9%
LSD	5%
Kokain	3%
Szipu	2%
Dohány	1%
Több anyag	5%

Meghatározó mértékű a kannabiszszármazékok használata. Megjegyzendő, a hasis 6,85%-t képvisel ebben a körben. A heroin 11%, ami nem elhanyagolható adat, ha az egész évben regisztrált hívások számát nézzük. Az ecstasy, amfetamin összességében 18%-os értéket vesz fel.

Meglepő és elgondolkodtató a kedélyjavítók, szorongásoldók magas használati aránya, 9% ebben a fiatal korosztályban! (Itt a Xanax, Rivotril, Elenium, Zolof, stb. gyógyszerekről van szó)

A több anyag címszó alatt az úgynevezett politoxikománokat jegyezték.

Források:

Somogyi D. (2002). Telefon segélyszolgálatok működése 2001-ben. Kézirat.

7.4.3. Közösségi programok

A nemzeti stratégia kiemelt célja a drogproblémák megelőzése és kezelése iránt érzékenyebb, működő közösségek kialakulása. A drogproblémák felismerése és kezelése nem választható el a működő közösségek jelenlététől. A drogproblémák nem izoláltan jelennek meg egy-egy szűk csoportot érintve, hanem kapcsolódnak a fiatalok életkörülményeihez, lehetőségeikhez, szabadidőt eltöltő szokásaikhoz (akkor is, ha valójában csak egy szűk droghasználói kört érintenek), mentálhigiénés állapotukhoz. A drogproblémákkal hatékonyan megküzdni képes közösségek kialakítása érinti a családok szocializációs működését és értékszémletét, az iskola világát, a munkahelyeket, a szabadidő eltöltési lehetőségeket, a helyi kisebb közösségeket, az egyházi csoportokat stb.

Pepsi Sziget Fesztivál 2001.

A nemzeti kábítószer-ellenes stratégia számos helyen szorgalmazza a társadalmi szervezetek fokozottabb szerepvállalását a kábítószer elleni küzdelemben.

Ennek az együttműködésnek egy kiváló példája a Civil falu létrejötte, melyben 27 drog-, AIDS-prevenációs és ártalomcsökkentő civil szervezet (több mint 300 szakember koordinált munkájának eredményeként) vett részt.

A közel egy éves előkészítés után létrejött Civil falu megjelenését a Pepsi Sziget Fesztiválon az ISM 7 millió Ft (280.000 euró) összeggel támogatta.

A Pepsi Sziget Fesztivál Európa legnagyobb ifjúsági fesztiválja, mely minden évben a budapesti hajógyári szigeten került megrendezésre. Az egy hetes programra számos külföldi fiatal is érkezik. Mintegy 400000 fő részvételével zajlik évről évre a fesztivál.

A Pepsi Sziget Fesztivál így igen fontos területét képezi mind a prevenciónak, sőt az utóbbi években egyre inkább az ártalomcsökkentésnek is.

A Civil falu által bemutatott programok kellemes időtöltést kínáltak bárkinek, és mindamellet, hogy bemutatták a kábítószerelés veszélyeit, konstruktív alternatívákat kínáltak a leginkább veszélyeztetett 14-25 éves korosztály számára. A Civil falu lehetőséget kínált arra, hogy a rászoruló megtalálja azt a segítséget, amelyre szükségük van, vagy egy adott élethelyzetben tudják, hogy hova forduljanak problémájukkal.

A Civil falut 18 sátor és a Drogbusz alkotta, mely egy valóságos falu mintájára épült fel. Ahogy egy aktív falunak van kultúrháza, egészségháza, kocsmája, temploma, színháza, kézműves műhelye, ugyanúgy ezek az intézmények itt is megjelennek. A falu „kocsmája” a Teaház, a templom a Világvallások sátra. Az Egészségházban ingyenes AIDS-szűrés, a közelében ártalomcsökkentő programok, pl. túcsere és a mobil Party Service működött. A Kézműves ház és a KÁVA drámasátor a falu kreatív színteri voltak. A szervezetek sátrai készséggel fogadták az érdeklődőket, ahol egyéni tanácsadásra is volt lehetőség. Számos esetben már a helyszínen több pozitív megerősítést kapott a falu, mind a betérő látogatóktól, mind a programokon részt vett szakemberektől, majd a zárást követően a fesztivál szervezőitől is. A helyszínen megjelent sajtó is pozitívan méltatta a drogmegelőző és ártalomcsökkentő programot, és külön kiemelték a közel harminc szervezet összefogását.

Források:

Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium (2002). A Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkárságának beszámolója a 2001. évben megvalósult támogatásairól. Szerk. Varga M. – Majzik B. Kézirat.

Nemzeti Stratégia a Kábítószer-probléma Visszaszorítására – A kormány kábítószer-ellenes stratégiájának koncepcionális alapjai. A 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat melléklete.

7.4.4. Médiaprogramok

A médiaprogramok elsősorban a probléma iránti fogékonyságot növelik, a téma társadalmi kommunikációjában játszhatnak szerepet. Egyes speciális témákban, jól körülhatárolt célcsoportok esetében, megfelelő médiaeszközök felhasználásával pedig preventív hatásuk is lehet. Általában költségesek, ezért alapos előkészítést és koordinációt igényelnek. A szakirodalmi tapasztalatok szerint a rövid, rosszul előkészített kampány jellegű programok nem hatékonyak (és igen drágák lehetnek, továbbá még ellentétes hatást is okozhatnak, növelhetik a drogok iránti kíváncsiságot). Az egyszerre több forrásból és több csatornán érkező üzenetek a hatékonyak, melyek nem elrettentő tartalmúak, hanem egyben a droghasználat alternatíváit is megjelölik, és utalnak a segítőhelyekre.

A médiaprogramok típusai

1. Nemzeti tömegkommunikációs kampányok, ezekben a tömegkommunikációs hirdetéseké a főszerep.
2. Olyan programok, melyeknél a tömegkommunikációs hirdetések más komponensekkel ötvöződnék: pl. közösségi kezdeményezésekkel, iskolai programokkal.
3. Olyan programok, melyeknél nem használnak tömegkommunikációs eszközöket, de médiahordozókat igen, pl. videókat, szóróanyagokat.
4. Azok a beavatkozások, melyek ingyenes (közszolgálati) lehetőségeket használnak fel, illetve a média spontán érdeklődésére alapoznak.

A nemzeti kábítószer-ellenes stratégia a médiakampányokkal kapcsolatban négy célt tűz ki:

1. érzékenység fokozása – teljesíthető cél
2. információ nyújtása – teljesíthető cél, de nem biztos (sőt, biztos, hogy nem) vezet a viselkedés változásához; a tudás növekedése a kísérletezési kedv növekedéséhez is vezethet
3. attitűdváltozás – elérhető cél, de a viselkedés változásához nem elegendő
4. viselkedés változása – többnyire nem elérhető cél; a média azokat éri el, akik nem használnak drogokat, és a legkevésbé azokat, akik használnak, és őket sem vezeti a műsor a használat abbahagyásához

A média ugyanakkor olyan üzeneteket is közvetíthet, amelyek közvetve vagy közvetlenül felhívhatják a fiatalokat a droghasználatra. Szükséges ezeknek a hatásoknak a kivédése, a média ilyen üzeneteinek korlátozása, a drogmentes értékeket közvetítő médiahatások erkölcsi, közösségi támogatása.

Kábítószer-ellenes Világnap

Az ENSZ Kábítószer-ellenes Világnapjához kapcsolódó rendezvényekkel Magyarországon 2001-ben egy átható, az egész társadalmat mozgósítani képes, egy héten át tartó eseménysorozat zajlott, mely a Világnap alkalmából a magyar média teljes spektrumán elhangzó és megjelenő Üzenetre épült.

Az M1-es csatornán a Magyar Televízió vezetőivel történt egyeztetés alapján kábítószer-megelőzési hét került megrendezésre. Ennek elemei a beszámolók az ország számos pontján zajló rendezvényekről, valamint rendszeres blokkokban kábítószer-megelőzési filmek, interjúk stb. vetítése, és ezekhez kapcsolódóan stúdióbeszélgetések voltak.

A kábítószer-megelőzési hét egységes megjelenést mutatott mind az Üzeneten, mind pedig a logón, tv-spotokon, meghatározó eseményeken keresztül.

7.4.5. Internet

A fiatalok kommunikációjában egyre nagyobb teret nyer a számítógép. A megelőzés világának nagyon komolyan kell venni azt a kihívást, amit az információs lehetőségek fejlődése jelent, és igénybe kell venni azt. Ennek fő területei az internet és a számítógépeken keresztül eljuttatható prevenciós programok. Ezen eszközök nagy hatékonysággal alkalmazhatók, ugyanakkor speciális képességekre és technikákra van szükség létrehozásukkor. Fontos fejleszteni az interneten keresztül történő tanácsadási és felvilágosítási szolgáltatásokat, ugyanakkor fel kell készülni az internetes világ kockázataira is. Az interneten keresztül ugyanis számtalan, ellenőrizhetetlen, sok esetben káros hatás is éri a fiatalokat. Elsősorban civil kezdeményezésekkel elejét kell venni vagy meg kell akadályozni a drogfogyasztásra felhívó tartalmak terjesztését. Ezek akkor különösen veszélyesek, ha a felvilágosítás címszava alatt jelentkeznek. Megfontolandó, hogy a szakmailag ellenőrzött tartalmú magyar oldalak erről egyfajta tanúsítványt kapjanak.

Ma már láthatjuk, hogy a szabad, globális elektronikus kommunikáció arra is lehetőséget teremt, hogy antiszociális, erkölcstelen elveket és információkat közvetítsen. Ezek a hatások mára elérték a világhálót is, és többek között a drogabúzus propagálását is magukban foglalják. Ezek a jelenségek aggodalomra adnak okot, és olyan intézkedések bevezetését sürgetik, amelyek hatékonyan ellensúlyozzák korrekt (avagy korrektív) információkkal e fejlődés kockázatait és veszélyeit.

Nemzeti Drogportál – www.drogportal.hu

2001-ben megkezdődött egy olyan, a kormányzati portálhoz is kapcsolódó Nemzeti Drogportál létrehozása, mely segítséget nyújt a drogproblémában érintett, vagy az iránt érdeklődő minden társadalmi rétegnek, így elsősorban speciális célcsoportként a szakembereknek, a pedagógusoknak, a szülőknek, a huszoneves fiataloknak, illetve a tizenéveseknek.

A drogproblémával foglalkozó szakemberek számára távoktatási program keretében akkreditált addiktológiai konzultáns képzés terv szerint 2002. év végére megvalósul.

A program részét képezi egy honlap-akkreditáció is, mely feltérképezi a Magyarországon elérhető, drogproblémával foglalkozó honlapok tartalmát, szolgáltatásait. Az akkreditált, ellenőrzött tartalommal bíró szolgáltató honlapok elérhetőségét és átjárhatóságát a dropportalon keresztül biztosítani lehet, így a segítséget kereső felhasználó gyorsabban juthat a számára megfelelő információhoz.

Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány: www.szertelenul.hu internetes honlap

A honlap célja, hogy az internetet használó fiatalok és segítők számára könnyen elérhető professzionális ismereteket közvetítsen egészségmegőrzés, elsődlegesen a drogmegelőzés témájában 13-21 éveseknek, de ugyanakkor segítők, tanárok, drogkoordinátorok, szakemberek, szervezetek részére is. Nem az elrettentésen alapul, ugyanakkor hiteles, tényyszerű ismereteket közlő friss információk elhelyezését célozzák, a fiatalok ízlésvilágának megfelelő készségek, elfoglaltságok és mintaadó személyek bemutatásával, chat és játék lehetőséggel kiegészítve. A főoldalon megjelenítésre kerül minden, droggal kapcsolatos tájékoztató anyaghoz-, más, droggal kapcsolatos szervezetek honlapjaihoz, droggal kapcsolatos információhoz való elérési link-lehetőség. Aktuális droggal kapcsolatos híreket, statisztikákat, felhívásokat, képzési, pályázati lehetőségeket is a főoldalról lehet elérni, egyrészt a "Légy éssznél!" magazin tartalmához eljutva, illetve a speciális témákon belül, rendszeresen frissítve. Az interaktív kommunikációra lehetőséget adó csevegőprogrammal több virtuális szobában lehet egymással beszélgetni, ahol napi egy órában szakember várja az érdeklődők kérdéseit, hasonlóképpen, mint az anonim Droginfo telefonszámokon.

Források:

Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium (2002). A Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkárságának beszámolója a 2001. évben megvalósult támogatásairól. Szerk. Varga M. - Majzik B. Kézirat.

Nemzeti Stratégia a Kábítószer-probléma Visszaszorítására - A kormány kábítószer-ellenes stratégiájának koncepcionális alapjai. A 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat melléklete.

8. Kezelések

8.1. Az absztinenciát célzó kezelések

(SZERK. RITTER ILDIKÓ)

A Nemzeti stratégia a drogbetegek kezelésének szemléleti keretét a pszichiátriai betegségmodell, a pszichoszociális modell, illetve a szenvedélybetegek közösségi ellátásának alapján határozza meg. Ezek alapján a szenvedélybetegek esetében (beleértve a kábítószer-használókat is) háromféle terápiás célkitűzést fogalmaz meg:

1. Pszichoaktív anyagtól mentes élet elérése:

- a) az absztinencia iránti motiváció felkeltése és fokozása
- b) pszichoaktív anyagtól mentes életstílus kialakítása

2. A különféle élettevékenységek lehető legnagyobb elégedettséggel történő megvalósításának segítése:

- a) optimális egészségügyi állapot elérése és fenntartása
- b) pszichiátriai tünetek és zavarok megállapítása és kezelése
- c) a mindennapi életvitelhez szükséges készségek és tudások elsajátítása
- d) házassági és családi problémák megoldása
- e) a munkával, a foglalkozással és a megélhetéssel kapcsolatos kérdések rendezése
- f) a hajléktalansággal kapcsolatos kérdések rendezése
- g) spirituális igények kielégítése és a társadalmi értékvilág kialakítása

3. A visszaesés megelőzése és a kábítószer-használat következtében fellépő ártalmak csökkentése.

A kábítószer-függőség krónikus betegség, mely igen gyakran visszaesésekkel jár. Ennek valószínűségét növeli az előző pontokban kifejtettek hiánya. A visszaesések megfelelő módszerekkel megelőzhetők. Ez a megközelítés az utóbbi időben önálló terápiás célá vált, megfelelő módszerekkel párosulva.

A kezelés szemléleti kerete

Az illegitím droghasználat pszichiátriai (betegség-) modellje elsősorban a függőségi állapotok leírására alkalmas, különösen azokban az esetekben, ahol súlyos – főként testi – elvonási tünetekkel, hosszú időtartamú függőséggel, komorbiditással (egyéb pszichiátriai rendellenességgel), illetve más egészségügyi szövődménnyel kell számolni. Ilyenkor a pszichiáter (addiktológus) közreműködése elengedhetetlen, továbbá a kezelés folyamatában bentfekvéses kezelést (kezeléseket) kell valószínűsíteni. A modellből fakadó célkitűzés az absztinencia elérése és az absztinens életmód további – pszichoszociális – feltételeinek kialakítása.

Az illegitím droghasználat pszichoszociális (szociológiai, antropológiai) modellje elsősorban a prevencióban, valamint függőségi állapotokban az előző pontba nem sorolható esetekben (pl. amikor nincs súlyos függőség, hiányzik a „kettős diagnózis”), illetve a stabil

absztinencia elérését követően alkalmazható. Ugyanez a megközelítés a drogok egészségügyi és szociális kárainak csökkentésére is beválk. A pszichoszociális modellen alapuló segítő kapcsolatban többféle szakember kap szerepet: szociális munkások, addiktológus konzultánsok, pszichológusok, pszichiáterek, lelkészek, egyházi szociális munkások, felépült szenvedélybetegek, továbbá önségítő csoportok, valamint nem a szenvedélybetegek ellátására szakosodott intézmények, mint együttműködő szervezetek. A pszichológusi, pszichiáteri közreműködés szervezett formáit (elérhetőség, szupervízió) itt is figyelembe kell venni.

E modellhez jól illeszkedik – a terápia oldaláról – a szenvedélybetegek közösségi ellátása, mely a felsorolt szakemberek, illetve intézmények integrált együttműködését jelenti (pl. esetmenedzser-rendszer segítségével). Itt szerepet kaphatnak egyéb intézményi formák is, pl. nappali kórház és szanatórium, félutas intézmények és átmeneti otthonok, rehabilitációs otthonok. Az absztinencia elérése nem az első lépésben történik, ezért kapnak szerepet a motiváló, valamint – más megközelítésben – a droghasználat egészségügyi és szociális kárait csökkentő programok. Ugyanakkor e modell alapján jól felépíthető az absztinencia elérését követő szermentes életmód feltételrendszere.

A terápia célja a szenvedély fölötti kontroll vissza-, illetve megszerzése, a produktív életstílus kialakítása, az ehhez vezető változások elősegítése, az „egész”-ség holisztikus modelljének szellemében. Ennek egyik útja az addiktív magatartás feladása, ennek időleges hiányában a másik út pedig az addiktív magatartás kontrollálása, az egyénre és a társadalomra háruló ártalmainak csökkentése.

A szenvedélybetegek gyógyulásával kapcsolatos pozitív attitűd megerősödése mind a szenvedélybetegek körében, mind pedig a klinikus szakemberek és a szélesebb közvélemény szemében – pozitív visszacsatolásként – a változás kezdeményezéséhez és a terápia végigviteléhez szükséges tényező.

A terápia során segítséget nyújtunk klienseinknek, hogy elérjék optimális életműködésüket, és ezt hosszú időn át tegyék, ameddig csak lehetséges. Ugyanakkor olyan világban élünk, ahol a terápiára fordítható anyagi és emberi erőforrások korlátozottak; a klienseknek – elvileg legalábbis – több igényük van, mint amit a társadalom e tekintetben ki tudna elégíteni. Így az előbb megfogalmazott nyilvánvaló cél mellett állandóan döntéseket kell hozunk, hogy melyik terápiás eszközt alkalmazzuk, az adott kezelésre melyik klienscsoport a legalkalmasabb, és melyik a legeredményesebb, költségárfordítás szempontjából is a leghatékonyabb terápiás forma.

Ma egy korszerű terápiás (bio-pszichoszociális) programtól nemcsak azt várjuk el, hogy valaki absztinens legyen vagy legalább rövid távon is mérséklődjene a kábítószer-használat testi, lelki és társadalmi költségei, hanem azt is, hogy az élet minél több területén a lehető legjobban váljék képessé kifejtetni képességeit, és legyen képes visszaesés nélkül megőrizni elért egészségi állapotát.

A hazai drogbetegellátást végző intézetek működéséről

A kábítószer-fogyasztók egészségügyi ellátását az alábbi intézmények végzik:

Járóbeteg-szakrendelés:

drogambulanciák,
addiktológiai gondozók, TÁMASZ gondozók,
pszichiátriai gondozók,
gyermek- és ifjúsági ideggondozók.

Kórházi fekvőbeteg-ellátás:

pszichiátriai osztályok,
addiktológiai osztályok,
krízisintervenciós osztályok,
méregtelenítést (detoxikálást) biztosító osztályok (belgyógyászati osztályok, bal-
eseti belgyógyászati osztályok).

Rehabilitációs ellátást biztosító intézmények, melyek részben egészségügyi intézmények
részlegei vagy szociális, illetve civil szervezetek által fenntartott intézetek.

Járóbeteg-ellátás

A drogfüggők ellátására specializált intézmények kialakításának igénye az 1980-as évek
közepén merült fel, amikor még a pszichiátriai rendelők, alkoholológiai osztályok látták el
ezeket a betegeket. 1986-1987-ben modellprojekt keretében jött létre, az Egészségügyi
Minisztérium támogatásával, a szegedi és a pécsi drogambulancia, továbbá 1987-ben a bu-
dapesti Klapka utcai drogambulancia, majd a kilencvenes években a helyi igényeknek meg-
felelően sorra további drogambulanciák alakultak.

1993-ban kezdődött meg az addiktológiai gondozóhálózat modernizálása, mely a kábí-
tószer-fogyasztók akkor fokozódó kezelési igényének kielégítését is célul tűzte ki. Így, a
drogambulanciák mellett, egyenletesebb földrajzi eloszlásban a TÁMASZ ambulanciák is
bekapcsolódtak a kábítószer-fogyasztó betegek ellátásába. A TÁMASZ ambulanciákon
szakorvos, pszichológus mellett szociális munkások és gondozók is dolgoznak.

A nagyobb TÁMASZ ambulanciák alkalmasak arra, hogy mind alkohol-, mind drogfüggő
betegek ambuláns kezelését ellássák, azonban jelentős részük kisebb TÁMASZ gondozó,
ahol a szakemberek csekély száma és a körülmények nem teszik lehetővé drogbetegke-
zelését, ezért azokról a helyekről, ahol egyébként működnek TÁMASZ ambulanciák, sok
esetben küldik a hozzájuk forduló drogbetegeket a legközelebbi drogambulanciára (ami ese-
tenként jelentős távolságra van).

Drogambulanciák

A drogambulanciák az egészségügyi ellátást kiegészítő, egyéb szolgáltatásokat is nyújtot-
tak kezdettől fogva, mint segítségnyújtás szociális és jogi problémákban, tanácsadás stb.
Ezért a szakorvosok és pszichológusok mellett szociális gondozókat, utcai munkásokat, pe-
dagógusokat is alkalmaznak, esetleg jogi tanácsadót kérnek fel. Emellett a drogambulanci-
ák a kilencvenes évek elejétől fogva a betegellátás mellett a helyi igények kielégítésére be-
kapcsolódtak a felvilágosító, megelőző munkába is.

Új drogambulanciák kialakításának, valamint a régiek működésének alapvető feltétele volt a szakmai minimumfeltételek meghatározása, melyet a Pszichiátriai Szakmai Kollégium megbízásából a drogambulanciák munkatársaiból álló munkacsoport dolgozott ki. Ez a rendelőkre vonatkozó követelmények mellett a szükséges szakemberek számát rögzítette, és csak vázolta a főbb feladatokat. A szakmai módszertani leveleket az illetékes Pszichiátriai Szakmai Kollégium időközben elkészítette. A közelmúltban alakultak meg a Magyar Orvosi Kamara által működtetendő új szakmai kollégiumok. A Pszichiátriai Szakmai Kollégium keretében addiktológiai szakbizottság jött létre. Jelenleg a Magyar Addiktológiai Társaság, a Magyar Narkológiai Társaság, a Drogambulanciák Szakmai Szövetsége, illetve a Magyar Dropterápiás Intézetek Szövetsége fogja össze a kábítószer-problémával foglalkozó elméleti és gyakorlati szakembereket, mely társaságok nagymértékben segítik a szakmai kollégiumok, szakbizottságok munkáját.

Az ambulanciák egy része nem önállóan, hanem egyéb egészségügyi intézményhez – általában kórházhoz – integráltan működik. Vannak azonban civil szervezetként működő drogambulanciák is.

Működésükre az (Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP)) nem a gazdái, hanem a szakellátási-betegforgalmi mutatókat alkalmazta korábban, ami problémát jelentett a folyamatos működésükben. Hosszas egyeztetést igényelt az ambulanciák működtetésének gazdái elszámolási bázison történő elfogadása.

A drogambulanciák – szakmai érdekeik jobb érvényesítése érdekében szövetséget alakítottak 1999-ben. Jelenleg tizenhét járóbeteg-intézmény tagja ennek a szakmai szövetségnek. A tizenhét intézmény közül nem mindegyik rendelkezik végleges ÁNTSZ-engedéllyel, néhányan csak ideiglenes engedéllyel működnek. A Drogambulanciák Szakmai Szövetségének néhány TÁMASZ gazdái is tagja, tulajdonképpen ebben a tizenhét intézményben kezelik ambuláns keretek között a drogbetegnek jelentős részét.

TÁMASZ ambulanciák

Az ambuláns drogbetegellátás másik pillére az addiktológiai gondozóhálózat, melyek közül 38 működik TÁMASZ ambulanciaként. Ez a hálózat alkoholbetegeket és kábítószer-fogyasztókat lát el. Az 1999. évi statisztikai jelentés szerint 3874 drogbeteg látott el az addiktológiai hálózat. Azonban nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy ez a betegszám néhány jelentős számú drogbeteg kezelő TÁMASZ ambulancia működésének az eredménye, nagyobb részük csak kisszámú kábítószer-fogyasztót kezel.

Kórházi fekvőbeteg-ellátás

Ez az ellátási forma a diagnosztizálás és detoxikálás után elsősorban a pszichiátriai szövődmények gyógyítására helyezi a hangsúlyt. Az átlagos ápolási idő meglehetősen rövid, 11,41 napos. A további kezelés ambuláns ellátás formájában, illetve rehabilitációs otthonokban történhet.

Problémát jelent az ún. kettős diagnózisú betegek kezelése, akik pl. valamely pszichiátriai betegség tüneteinek enyhítésére használnak kábítószereket, illetve válnak kábítószerfüggőkké.

Ugyanis, ha a méregtelenítés után rehabilitációs otthonba kerülnek, és a pszichiátriai problémák továbbra is fennállnak, képtelenek bennmaradni a rehabilitációs programban, ugyanakkor a detoxikáció során nincs lehetőség a pszichiátriai betegség kezelésére. Ez egyre gyakrabban előforduló probléma, melyre a jelenlegi egészségügyi rendszer nincs felkészülve.

Sürgősségi esetek ellátása

A sürgősségi esetek ellátása a gyakorlatban detoxikálást (méregtelenítést) jelent, döntően általános pszichiátriai vagy addiktológiai osztályon történik, illetve néhány nagyobb detoxikáló osztályon (pl. Erzsébet Kórház). A detoxikáló osztályokon 2,59 nap az átlagos tartózkodási idő.

A gyakorlatban szinte kizárólag az általános pszichiátriai osztályokon van hely a rehabilitációs kezelést megelőző méregtelenítésre. Azonban ezeken az osztályokon egy időben csak néhány drogbeteget képesek ellátni. Így rendkívül nehéz bejutni egy-egy drogbetegnek, és hosszú várólisták alakulnak ki ezeken az osztályokon.

Érdemes lenne a detoxikálást, mely baleseti belgyógyászati vagy belgyógyászati osztályon is végrehajtható, különválasztani a rehabilitációs intézetbe történő kerülést megelőző méregtelenítéstől. Erre – a felmerült igények alapján – nagyobb kapacitást kellene biztosítani.

Hosszúterápiás otthonok és rehabilitáció

A kábítószerfüggők ellátásában fontos szerepe van a hosszú távú gondozást biztosító rehabilitációs otthonoknak. Ezeket az intézményeket elsősorban civil szervezetek működtetik, amelyek egyházi, alapítványi, önkormányzati és egyéb támogatásokból tartják fenn őket.

Az általuk nyújtott szolgáltatás csak részben egészségügyi/medikális jellegű, tevékenységükben sokkal inkább a szociális elemek dominálnak (munkaterápia, szociális reintegráció). Folyamatos működési gondjaikon az OEP támogatás és a Szociális és Családügyi Minisztérium normatívája segített, mivel tevékenységük a krónikus betegellátás körébe sorolódott (igaz erre csak alacsony szorzószám alapján van lehetőség), illetve mint szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye, a személyes gondoskodást nyújtó intézeteken belül, ezek az intézmények is jogosulttá váltak 2000. január 1-je óta a szociális normatívára.

Problémát okozott a pénzügyi források elégtelensége, illetve a kereszt finanszírozás egyes ellentmondásai. Az egészségügyi rehabilitáció nem választható időben külön a szociális és foglalkoztatási rehabilitációtól (mint valamely más betegség esetén), hanem párhuzamosan célszerű végezni, mely speciális finanszírozási megoldást igényel.

Mind az új rehabilitációs otthonok létrehozásakor, mind pedig a már működő otthonok esetén támogatási szempont kell, hogy legyen, a korszerűbb terápiás és foglalkoztatási programok bevezetése, fejlesztése és a hatékonyság növelése. Az EU szabványai szerinti értékelés előírás lesz.

Az addiktológiai hálózat eredményes működése érdekében tehát szükség van a finanszírozási elvek és a gyakorlat felülvizsgálatára. Jelenleg a detoxikálás, mint térítéssel szolgáltatás (amennyiben pl. az utcáról visz be valakit a mentő) mindenütt ráfizetéses. A kábítószer-

betegek kezelésének HBCs pontszámait a szakemberek túl alacsonynak tartják, olyan alacsonynak, hogy – állításuk szerint – előfordul, hogy finanszírozási okokból a kábítószer-függőség mint addiktológiai fődiagnózis helyett a több pontszámot érő kísérő vagy tüneti diagnózis kezelése kerül első helyre, mely jelenségnek jelentős szerepe van a statisztikai adatok torzításában.

Akárhogy módosul az addiktológiai fekvő- és járóbeteg-ellátó hálózat egészségpénztári finanszírozása, továbbra is szükség lesz más forrásból nagyobb pénzügyi támogatásra. Ez nemcsak a korszerű kezelési tevékenység tárgyi feltételeinek javítására, hanem új, hatékony modellek kipróbálására és bevezetésére szolgáló támogatást kell, hogy magában foglaljon, illetve az EU irányelvei szerinti egyéb megoldások is szükségesek lehetnek.

A kezelési eredményesség javítására elsősorban megfelelő számú kezelőhelyre van szükség. Továbbá a korszerű diagnosztikai eszközök széles körű bevezetése, a multidiszciplináris csapatmunka erősítése, a kognitív és viselkedésterápia, a pszichoterápia rendszeres alkalmazása, a szupervízió javítása, a nem orvosi végzettségű személyzet képesítési követelményrendszerének meghatározása és egészségügyi dolgozóként való elismerése, a tárgyi feltételek javítása és a kezelőhelyeken történő jobb adatfelvétel kell, hogy megvalósuljon.

A jövőben rendszeresen el kell végezni a kábítószerfüggők HIV, hepatitis és tbc szűrővizsgálatát.

További megoldásra váró probléma a kábítószer-fogyasztók kezelése során alkalmazott gyógyszerek társadalombiztosítás által történő támogatása. Jelenleg ezek a speciális gyógyszerek csak önköltségi áron hozzáférhetők a betegek számára, mely nagymértékben korlátozza az igénybevevők körét, és elveszi a gyógyszeres kezelés lehetőségét a hátrányos anyagi helyzetű, ugyanakkor gyógyszeres kezelést igénylő drogbeteggek elől. Ilyen gyógyszerek pl. a Naltrexon, a Lofexidin vagy a Clonidin.

A kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program végrehajtásáról

A fent említett problémák kezelésére és a Nemzeti stratégiában foglalt célok megvalósítása érdekében az ISM 2001-ben számos, a pszichoaktív szermentesség elérését célzó program megvalósulását, illetve drogbetegkezelő intézmények működését, létrehozását támogatta.

Portage Tréning Program (az állami közigazgatás szereplői és civil szervezetek, drogrehabilitációs intézetek közötti hatékonyabb együttműködés kialakításáért)

A kanadai Portage szervezet Észak-Amerika egyik vezető szenvedélybetegeket gyógyító szervezete, mely jelentős elismertséget szerzett ebben a régióban. A terápiás közösségi modellen alapuló kezelési módszerrel intézeteikben évente több ezer kábítószer-fogyasztót gyógyítanak, oktatnak, és hatékonyan működnek közre a kliensek kezelés utáni pozitív életvitelének kialakításában.

Filozófiáját tekintve a Portage egy nonprofit, politikailag független intézmény, amely hosszú évek során fejlődött szakmailag meghatározó szerepet betöltő szervezetté. A magas szín-

vonalt munkát biztosítja a rendelkezésre álló szakértői tapasztalat és a legmodernebb módszerek alkalmazása, amely betudható a rendszeres ellenőrzésnek és programfejlesztésnek.

A Portage tréning első szakasza 2001. május 28.-június 1. között zajlott. Célcsoportja elsősorban a magyar drogrehabilitációs intézmények vezetői, illetve munkatársaik voltak, összesen mintegy harminc fő. Ennek megfelelően a képzés központi témája a rehabilitációs intézményterápiás közösség hatékony belső működési formájának bemutatása, és az azon túlmutató, tágabb közösséggel való eredményes kapcsolat és integráció lépéseinek ismertetése volt. Ezzel egyidejűleg teret engedett a sokféle módszer közötti egyeztetésre és a kanadai metodika Magyarországon szükséges átalakításának és adaptációjának megvitatására.

Pályázat és egyedi támogatás útján számos intézmény nyert fejlesztési támogatást, melynek eredményeként lehetővé vált több új drogambulancia megnyitása, illetve folyamatban van a drogterápiás férőhelyek kétszeresére (200-ról 400-ra) növelése a már meglévő intézmények kapacitásbővítése és új intézmények létrehozása útján. Számos új beruházás kezdődött meg: új (köztük fiatalkorúak ellátását felvállaló) terápiás otthonok, illetve alacsony-külszöbű szolgáltató (módszertani) központok kialakítását megelőzve.

A támogatott szervezetek olyan szolgáltatásokat is hozzáférhetővé tesznek a kábítószer-fogyasztók számára, melyek igen fontos szerepet töltenek be a kockázatok csökkentése, valamint a rászorulóknak elérése szempontjából. Néhány példa a 2001. évben nyújtott támogatásokból:

- a Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió ráckeresztúri épületének felújítása
- a pécsváradi Drogrehabilitációs Otthon használatba vétele, a férőhelyek számának bővítése
- a noszlopi Rehabilitációs Ház felújítása
- a Bezerédj Kastélyterápia Alapítvány szenvedélybetegeket segítő rehabilitációs otthonának létrehozása
- a Leo Amici Alapítvány drogrehabilitációs intézetének bővítése
- állami gondozott, hajléktalan szenvedélybeteg fiatalok rehabilitációs otthonának támogatása
- többek között a lullai, a debreceni és a kovácsszénájai drogrehabilitációs intézetek felállítása

A Stratégia középtávú céljainak - a drogbetegkezelés területén történő - megvalósítása érdekében az alábbi eredményekről számolhatunk be:

- **Az egészségügyi és a szociális ellátás közötti együttműködést** szolgáló jogszabályok harmonizációja megkezdődött, ennek keretében sor került a terápiás intézmények két forrásból történő finanszírozásából korábban adódott problémák feloldására. Ugyancsak közös projektek megfogalmazására kerül sor az intézeti gyermekek drogterápiás ellátása területén, illetve a hajléktalanellátásban. A Szociális és Családügyi, valamint az Egészségügyi Minisztériumot felkérte a kormány, hogy még ebben az évben egyeztessen a teljes ellátási vertikum tekintetében a lehető leghatékonyabb megoldások kimun-

kálása céljából. Kialakultak és megerősödnek azok az ellátások, melyek egy átfogó, biopszichoszociális szemléleti keretben működnek, és az ellátások több szintjét is biztosítják (prevenziót is végző drogambulanciák, a kezelés kontinuumára törekvő programok). Megerősödni látszik a multidiszciplináris szemlélet, mely a kezelőszemélyzet szakmai, képzettségbeli differenciáltságát – az ellátás érdekében – feltételezi.

- **A közösségi megközelítés is erősödni látszik.** Számos ilyen, az ellátási szintek között és túl közvetítő program beindítása történt meg és történik.
- Az ellátói kapacitások folyamatosan emelkednek. Növekszik a drogambulanciák, a terápiás intézeti férőhelyek száma. Ezek egyben az elérhetőség földrajzi és időbeni biztosítása területén is előrelépést jelent.
- Előkészítés alatt áll a **hajléktalanok** kábítószer-használata jellemzőinek feltárása, a szükséges teendők tervezése. Külön kutatás foglalkozik az utcagyerekek jellemzőinek és igényeinek kutatásával, szintén a szükséges intézményi kapacitásbővítés tervezhetősége érdekében.
- Elkészült az EüM gondozásában a drogambulanciák értékelése, amit a többi, kábítószer-használóval foglalkozó egészségügyi intézmény átvilágítása követ.
- Civil szervezetek minőségkontrolljának kialakítása érdekében kutatási programok kaptak jelentős finanszírozást az utóbbi időben. A Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége ugyancsak elkezdte a kezelési manuálok kialakítását.
- Az egészségügyi ártalmak és kockázatok csökkentése érdekében önálló fejlesztési és támogatási programok indultak be.
- 1999-ben és 2000-ben az OEP három új, civil szervezatként működő drogambulanciát fogadott be, illetve mintegy 20 többletférőhely kialakítására került sor a hosszú távú terápiás ellátás területén. Ezen a területen 2001-ben jelentős elmozdulások történtek, hiszen hat új intézet megalakítására, illetve bővítésére került sor. Az Egészségügyi Minisztérium kiírta pályázatát (50 mFt) új drogambulanciák létesítésére, melynek segítségével várhatóan újabb ambulanciák kezdhetik meg tevékenységüket a következő évben. Megkezdődött egy összetett gyermekaddiktológiai intézményrendszer kialakítása is (ifjúsági drogambulancia, ifjúsági drogterápiás intézet, félutas ház, nappali foglalkoztató).

Források:

Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium (2002): A Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkárságának beszámolója a 2001. évben megvalósult támogatásairól. Szerk. Varga M. – Majzik B., Kézirat

Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről – 2000 (2000): (szerk. Ritter I.) Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest

Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására – A kormány kábítószer-ellenes stratégiájának koncepcionális alapjai. A 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat melléklete

8.2. Ártalomcsökkentés

DR. CSORBA JÓZSEF - DR. RÁCZ JÓZSEF - VERES ILONA

A nemzeti kábítószer-elleni stratégia kiemelt hangsúlyt helyez az ártalomcsökkentés területére és fejlesztésére. A stratégia rövid távú céljai között szerepel – többek között – az alacsonyküszöbű szolgáltatások, ártalomcsökkentő programok (megkereső szolgálatok, telefonos szolgálatok, tanácsadás, jogsegély, tüssere, stb.). létrehozása, illetve fejlesztése is.

Rövid távú célok

- **Az alacsonyküszöbű szolgáltatások, ártalomcsökkentő programok (megkereső szolgálatok, telefon-szolgálatok, tanácsadás, jogsegély, tüssere, stb.). létrehozása, illetve fejlesztése.**

Az ún. alacsonyküszöbű szolgáltatás kifejezés azt jelenti, hogy a droghasználókkal szemben – mintegy a kapcsolatfelvétel első fázisában – nem várják el, hogy azonnal abbahagyja a droghasználatát, és a drogmentességet megkövetelő kezelőhelyek szigorú terápiás szerződéséhez és házirendjéhez alkalmazkodjék. Ez a speciális droghasználói kör erre – droghasználatuk adott stádiumában – nem vállalkozna. A HIV vírus terjedésével kapcsolatban a megkereső munkának, a tüssere-programoknak, valamint a fenntartó szubsztitúciós (metadon, buprenorfin, LAAM) kezelésnek van nagy jelentősége intravénás használók körében. Mindezek fontosságát a kelet-európai országok számára készített ajánlásában a WHO Európai Irodája, valamint az ENSZ AIDS-ellenes kelet- és közép-európai kezdeményezései (a genfi és a kijevi találkozó és megállapodás 1999 őszén) is kiemelik. Ezeket a programokat kezelőhelyek szakmai ellenőrzése alá célszerű rendelni, és mindegyik esetében – a módszer adaptációja mellett – a hazai alkalmazás protokollját kell elkészíteni. (A metadonnal fenntartó kezelés szakmai protokollját a Pszichiátriai Szakmai Kollégium elfogadta.) A programok szervezése nemcsak a segítő szakmákat, hanem pl. a rendőrséget is érinti, ezért a protokollok kidolgozásába bevonásuk indokolt.

Az ártalomcsökkentő módszerek alkalmazása a nemzetközi kutatások eredménye alapján akkor eredményes, ha szervesen kapcsolódik más kezelési-megelőzési formákhoz. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások jelentős fejlesztése, illetve modell értékű intézményhálózat kialakítása indokolt.

- **Helyettesítő kezelések (metadon, buprenorfin, LAAM).** A metadon (Depridol), mint szintetikus kábítószer gyógyászati alkalmazása nemzetközileg elismert, és egyben a legelterjedtebb az opiát-függők esetében. Terápiás felhasználására a detoxifikáció (méregtelenítés), a rövid, illetve hosszú idejű fenntartó kezelés keretében kerülhet sor. Szomatikus szövődmények és vérrrel terjedő fertőző betegségek (elsősorban a hepatitis C és külföldi tapasztalatok alapján a várható HIV-vírus) terjedése, valamint a drogozás egyéb egyéni és társadalmi ártalmainak (pl. bűnözés) csökkentése miatt Magyarországon is célszerű bevezetni a fenntartó metadon kezelést. Erről már szakmai állásfoglal-

lás is született. Ez tartalmazza a bevezetés menetét: néhány országos centrumban, meghatározott indikációk alapján részesülne ebben a kezelésben a heroin-használók egy meghatározott csoportja. Célszerű ennek a protokollnak a kibővítése más helyettesítő szerek vonatkozásában is, hiszen ma már egyre több helyen is alkalmaznak eredményesen más szereket is (mint pl. az ugyancsak szintetikus opiát-származék buprenorfin és LAAM-gyógyszereket). Rövid távon régióként minimum egy fenntartó kezelési centrum létrehozása és működtetése indokolt. Közép távon lehetőleg megyként kell kialakítani ezen intézmények hálózatát.

2001-ben Az alacsonyküszöbű intézmények szolgáltatásainak fejlesztési támogatása c. előirányzat terhére az ISM 35 db pályázat (kb. 66 millió forint) és 17 db egyedi támogatás keretében 195 millió Ft-ot (780.000 eurót) fordított e célra.

Mindezeknek köszönhetően létrejöhettek új, az alacsonyküszöbű intézmények szolgáltatásainak fejlesztését elősegítő programok, lehetőséget nyújtva a nehezen elérhető és különösen veszélyeztetett kábítószer-használókkal foglalkozó programok fejlesztésére, újak beindítására.

Meg kell azonban jegyeznünk, hogy az alacsonyküszöbű intézményekkel kapcsolatba kerülő drogfogyasztók száma még így is igen csekély, így ezen a területen további fejlesztésekre van szükség.

Ártalomcsökkentés - alacsonyküszöbű szolgáltatások Magyarországon

Az ártalomcsökkentés koncepciójának kiindulópontja az, hogy a társadalomban a drogfogyasztás egy létező jelenség. A drogmentes társadalom egy illúzió, és a drogprobléma hatékony kezelése csak akkor lehetséges, ha a realitásból indulunk ki.

Az ártalomcsökkentésnek három alapelve van: 1) minél kevesebben használnak drogot, 2) aki kábítószer fogyaszt, minél kevésbé veszélyes szereket minél ritkábban használjon, 3) és minél kevésbé veszélyes fogyasztási módokat alkalmazzon.

Az ártalomcsökkentés célja a drogfogyasztás és a bűnözés következményeként jelentkező egyéni és társadalmi ártalmak minimalizálása. (Csorba 2002a, Csorba 2002b, TASZ 2002)

A drogfogyasztók hatékony ellátása szempontjából egy adott társadalom köteles biztosítani egy longitudinális, lépcsőzetes intézményrendszert.

Alacsonyküszöbű szolgáltatásnak minősíthető programtípusok hazánkban

Ellátás jellegű szolgáltatások:

- szociális ellátás (nappali ellátás): felügyelet melletti tartózkodás, higiénés szolgáltatások (mosás, mosakodás), étkezés
- topanj be klubok (drop-in) szolgáltatás (nappali ellátás, klubszerű formák, éjjel-nappali nyitva tartású klubok)
- védett éjszakai szállás
- lakóotthonos elhelyezés felépülő drogbetegekre számára

Tanácsadás jellegű szolgáltatások:

- egészségügyi alapellátás nyújtása (kooperáció egészségügyi intézményekkel, háziorvosokkal, a helyszínen nővér segítsége, elsősegély lehetősége)
- szűrővizsgálatok (hepatitis, HIV, tbc, nemibetegségek)
- kliens állapotának felmérése (addiktológiai, pszichoszociális szempontú)
- állapotfelmérésen alapuló motiválás és rövid intervenció
- beutalás kezelő intézményekbe
- szociális szolgáltatások (szociális munka): hivatalos ügyintézés, szabadidős programok, elhelyezkedéshez segítségnyújtás, gyermekfelügyelet (pl. a kezelések idejére) stb.
- kapcsolattartás egészségügyi kezelő intézményekkel és szociális intézményekkel
- jogsegélyszolgálat
- önszervező csoportok támogatása

Megkereső (nem az intézményben végzett) munka:

- megkereső munka
 - utcán, szórakozóhelyeken végzett munka
 - szórakozóhelyeken végzett ártalomcsökkentő munka
 - intézményi vizitálás és kapcsolatfelvétel (büntetés-végrehajtás, gyermekvédelem, hajléktalan-ellátás, sürgősségi osztályok stb.)

Komplex szolgáltatást végző központ:

- konzultációs központ
 - (konzultáció + szociális munka
 - + alapellátáshoz és pszichiátriai szolgáltatáshoz hozzáférés
 - + szociális ellátás: nappali és/vagy éjszakai)

Speciális alacsonyküszöbű programok:

- túlcseré
- metadonos fenntartó kezelés

1. Megkereső, utcai szociális és egészségügyi programok

A drogfogyasztók nagyon gyakran aránylag szigorú szabályokkal működő szubkulturákhoz tartoznak. A drogfüggőknek kb. 10-20%-a jelentkezik spontán valamilyen tanácsadó, kezelő központban. A megkereső, utcai munkának a lényege, hogy a rejtett drogfogyasztó, függő populációt érje el, és próbálja bevonni valamilyen ártalomcsökkentő, vagy absztinenciát célzó programba.

Magyarországon az ilyen típusú tevékenység még gyermekcipőben jár. Aránylag szervezett programok Budapesten, Pécsen, Debrecenben, Miskolcon és Szegeden léteznek. Ezekben a városokban sem biztosított a teljes terület ellátása. Egyes helyiségekben elvétele, az egyéb szociális tevékenységek mellett folytatnak utcai szociális munkát a drogfogyasztók és függők számára. (Csorba 2001a, Csorba 2001b).

2. Tűcsere-programok

Az Egészségügyi Világszervezet már 1989-ben meghozott állásfoglalása szerint „a tűcsere a leghatékonyabb eszköz az intravénás droghasználók HIV, illetve hepatítisz fertőzésének megelőzésére”. A modern ellátó rendszerekkel rendelkező országokban sehol sem kérdőjelezzik meg a tűcsere-programok szükségszerűségét. A tűcsere folyamata négy lépésben történhet: a., megkereső programhoz társuló tűcsere, b., tűcsere automata, c., tűcsere busz, d., tűcsere központok. Magyarországon a következő központokban folyik tűcsere-program: Budapest, Miskolc, Szeged, Pécs, Veszprém. A központok jelentése alapján 2001-es évben a következő forgalmat bonyolították le:

2001-ben tűcsere-programok forgalma		
Város	Fő/év	Tű/fecskendő/év
Budapest	653	20000
Miskolc	22	3000
Szeged	280-350	25000
Pécs	110	3700
Veszprém	15	-

Kísérleti jelleggel Budapesten a prostituáltak körében az óvszerek osztása mellett tűcsere-programot is indítottak.

Tűcsere-automatákat jelenleg is helyeznek el Budapesten.

A Magyar Baptista Szeretetszolgálat egy tűcsere-busz beindításán dolgozik, amely Budapest területén fog működni. (Csorba 2001a, Csorba 2001c, ISM 2001)

A Drogprevenációs Alapítvány által működtetett Civil Ártalomcsökkentő Szociális Kontakt-program főbb működési elvei

A tűcsere programok alacsonyküszöbű szolgáltatások, így elfogadják az intravénás droghasználó döntéseit, jelenlegi állapotát. A bekerülésnek nem feltétele, hogy az illető személy a kezelőrendszerben regisztrált legyen, vagy kezelés alatt álljon.

Egy olyan nyitott intézményről van szó, amely a rekreációs droghasználót és a naponta szer-fogyasztó egyént egyaránt befogadja, függetlenül attól, hogy a kliens milyen drogot használ.

A tűcsere esetében a hazai megfigyelésekre és a széleskörű külföldi tapasztalatokra alapozva kijelenthető, hogy a várható szövődmények és a fertőzések megelőzése céljából alkalmazott módszerről van szó.

Szövődmények: az intravénás droghasználathoz kapcsolódó rituálékból (közös tű, fecskendő, filter, főzőedény használat), a sterilítással kapcsolatos ismeretek hiányából, az anyagi helyzetből (szűrő-koldus) ered.

Nem segíti a szövődmények kialakulásának megfékezését az a tény sem, hogy az injektlásra kerülő drogok elkészítéséhez szükséges eszközeit (tűt, saját főzőedényt) alkalmasint elveszik a szenvedélybetegtől.

Az előbbi megállapítás kapcsán érdemes kitérni egy folyamatosan fellángoló vitára, ami az „egy az egyben cserél” kérdéskört érinti (azaz akkor kap steril felszerelést, ha hoz szennyezettet). Valóban ez a legoptimálisabb eset, de a kliensek nem feltétlenül hordják maguknál a használt eszközeiket. Ha a segítő ilyenkor elutasítja a kérést, ezzel saját addigi munkáját teszi tönkre, nem beszélve a HIV/hepatitis fertőzés adta veszélyforrásról már amennyiben az osztott tűhasználatra gondolunk.

Az ártalomcsökkentés alapelvei szerint a drogbeteggel való foglalkozás során nem az absztinencia az elsődleges cél.

A segítő részéről fontos az empátia, a tolerancia gyakorlása, hiszen senki nem döntheti el egy másik ember sorsát.

Az új kliensek esetében a bizalom kiépítése az adott szervezet és annak munkatársai irányában elengedhetetlen, ahhoz, hogy a droghasználó újfent igénybe vegye a szolgáltatást. Már ebben az időszakban kezd kiépülni annak a lehetősége, hogy a programot használó általában steril eszközöket használjon a drogozásához. Ez lehet az elsődleges cél, amellyel a HIV/hepatitis fertőzések elkerülése megvalósulhat.

A tűcsere adta lehetőség leginkább szájhagyomány útján terjed az érintettek között.

Az új belépő általában egy régebb óta lejárt személlyel érkezik, aki így oldja, az ismeretlenség okozta bizonytalanságot. A bizalmatlanabbak eleinte csak a fecskendőért avagy cseréért érkeznek, majd sietve távoznak. A téával kínálás szertartása még inkább hozzájárul az otthonosság érzésének kialakításához, nem beszélve az utcán élők melegezési igényéről, folyadékpótlásáról. Könnyebben elindul a problémák megosztása az aktuális ügyelőkkel. Így a kliens a saját szavaival fogalmazhatja meg az őt leginkább foglalkoztató gondjait. Ebben a szakaszban elindulhat a közös gondolkodás a továbbiakat tekintve.

A segítő egyenrangú viszonyban van a klienssel. Ebből kifolyólag nem ad tanácsokat, nem fenyegeti őt az életforma miatt várható következményekkel. Objektív információkat közöl, várakozik, motiváltságot néz, és alkalomadtán segít a kliense igényeinek megfelelően.

Amint a függő maga beszámol a fogyasztási szokásainak megváltozásáról – már problémaként értékelve azt –, elérkezik az idő a kevésbé ártalmas drogfogyasztási magatartásról szót ejteni (pl.: szippantás, inhalálás, csökkentés). Ebben a stádiumban a használók gyakran jutnak arra az elhatározásra, hogy maguk csökkentik az adagot, a bevitel gyakoriságát, szert váltanak (általában gyógyszerre, alkoholra- ezek keverékére, speedre). A függőségtől még nem akarnak megszabadulni csak a drogfogyasztás negatív tüneteitől, kifejezetten a testi elvonás adta gyötrelmekről.

A kényszerpihenő két további kimenete lehet az ismételt szervisszaváltás, egyre súlyosabb használattal, romló állapottal. Ekkor általában már szükségesnek érzik a méregtelenítést, néhányan a terápiát is. Jobb esetben az intézmény támogatásával csinálja végig az általa kiszabott méregtelenítést vagy indul tovább ambulanciákra, addiktológiai, pszichiátriai kórházi osztályokra, rehabilitációs otthonokba, önsegítő csoportokba.

Apró trükkökként a tűcserere szolgáló helyiségben elhelyeztek egy tűkröt, mérleget. Mósási lehetőséget biztosítanak. Így a kliens a személyzet jelzésén kívül a személyes összha-

tást maga is ellenőrizheti. A testtömeg változásokat vezetik, így a változások kontrollálhatóbbak. A régóta lejárók nagyon igénylik az ilyen jellegű megfigyeléseket.

További figyelemkeltésre szolgál a HIV/hepatitis, STD szűrővizsgálatok elérhetősége. Egy külön nyitott polcos szekrényben szerepel a budapesti drogbetegeket és hozzátartozóik ellátásával foglalkozó intézmények ismertetőanyaga.

Olykor rokonok és barátok is elkísérik a drogbetegyet. Az ő számukra is fogadó készek.

A személyes kontaktus mellett ezek azok az „apróságok”, amelyeket egy tűcserélő automata nem pótolhat.

Az alacsonyküszöbű jelző természetesen nem összeegyeztethető a bármit-bármikor megtehetsz szlogenel. Tudjuk, hogy a drogot rendszeresen használók társ kapcsolata, családi élete, társadalmi helyzete, normái torzulnak ahogy szinte teljesen megszűnnek. Így minél több időt töltenek el a társadalomból kirekesztve annál nehezebb a rehabilitálódás. Mindemellett egy tűcsere-programnak is megvannak a saját belső szabályai.

Ilyen például: A kliens nem beszélheti meg erre a helyre az anyagbeszerzést vagy a droghoz szükséges pénzösszeg előteremtésének nem éppen legális módját. Nem rendezheti le helyütt a társaival fennálló személyes konfliktusait. Szűrő- lövő fegyverek használata is tiltott, éppúgy mint a drog bevétele, cseréje, beadása (legyen az gyógyszer, alkohol, szipu vagy egyéb illegális szer). A különböző receptek hamisítása, cseréje, átadása is tiltólistán van.

Azokat, akiket egy ilyen alacsonyküszöbű helyről is elküldenek, kitiltanak nem sok alternatívában gondolkodhatnak.

3. Belövő szobák

A belövő szobák célja az, hogy az intravénás drogfogyasztókat a közterületről intézményes keretek közé próbálják terelni. Olyan központokról van szó, ahol az intravénás drogfogyasztók és függők számára kultúrált környezetben lehetőséget biztosítanak a drog adagolására. Általában az ilyen központokban a tűcsere mellett szociális tanácsadás, egészségügyi ellátás, információadás is rendelkezésre áll.

Világszerte ismeretes ilyen szempontból a frankfurti modell.

Magyarországon egyetlen egy belövő-központ sem létezik, és a közeljövőben sincs arra kilátás, hogy ilyen központok létesüljenek. (Csorba 2001c, Csorba 2002)

4. A drog bevizsgálása

A drogot bevizsgáló központok (stabil vagy mobil) általában olyan környezetben létesülnek vagy működnek, ahol nagy létszámban fordulnak elő rendszeres vagy alkalmi drogfogyasztók. A drog bevizsgálás legtöbb helyen ingyenes. Pontos képet ad a fogyasztók számára az aktuálisan bevizsgált drog hatásáról, esetleges veszélyességéről.

Magyarországon még nincsenek ilyen típusú szolgáltatások. (Csorba 2002a, WHO 1998)

5. Heroin szubsztitúciós kezelés

Mivel a nyugat-európai országokban fokozatosan rájöttek, hogy a széles spektrumú ártalomcsökkentő, illetve absztinenciát célzó programok ellenére egy jelentős létszámú krónikus heroin-függő továbbiakban is folytatja a kábítószer-fogyasztást, alternatív programokat dolgoztak ki a fenti probléma hatékony kezelése céljából. Napjainkban Svájc az az ország, melynek nevéhez kötni lehet a heroin-fenntartó programokat. Beszámolások szerint a fent említett kritikus populáció körében jelentős eredményeket értek el a kriminalitás visszaszorítása a HIV, a hepatitisz terjedése és a szociális reintegráció területén. Kísérletképpen az Egyesült Királyságban, Ausztráliában, Németországban, Hollandiában működnek heroin szubsztitúciós programok. Belátható időn belül Spanyolországban, Kanadában és Franciaországban is beindul a heroin-fenntartó kezelés. Magyarországon ilyen típusú programok nem léteznek. (Demetrovics-Honti-Csorba-Szemelyácz 2001, Gerevics-Demetrovics-Csorba-Honti-Szemelyácz 2000)

Források:

- Csorba J.(2001a). Ártalomcsökkentés – harmadlagos prevenció. In. Ifjú -Kór 330-334, Pax Vobis, Budapest.
- Csorba J. (2001b). Methadon szubsztitúciós kezelés. Hipocrates, 1/ III, 62-64
- Csorba J. (2001c). Drogbetegek gondozása, különös tekintettel a Methadon kezelésre. Előadás, Országos Alapellátási Kongresszus, Budapest.
- Csorba J. (2002). Ártalomcsökkentés Magyarországon. Előadás MPT V. Nemzeti Kongresszus, Budapest .
- Demetrovics Zs., Honti J., Csorba J., Szemelyácz J.(2001). A szubsztitúciós metadonkezelés, Történeti áttekintés. Psychiatria Hungarica, 1/ XVI, 57-69.
- Gerevich J., Demetrovics Zs., Csorba J., Honti J., Szemelyácz J. (2000). A metadon kezelés Magyar Manuálja. Budapest, Drogambulanciák Szakmai Szövetségének Tanácsa.
- Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről – 2001 (2001). (szerk. Ritter I.). Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.
- Rácz J. (2002). Ártalomcsökkentés és alacsonyküszöbű szolgáltatások. Kézirat.
- TASZ (2002). A TASZ az Ártalomcsökkentő drogpolitikáról. TASZ kiadvány.
- Veres I. (2002). A Drogprevenció Alapítvány által működtetett Civil Ártalomcsökkentő Szociális Kontaktprogram főbb működési elvei. Kézirat.
- WHO, Regional Office for Europe (1999). Principles for Preventing Hiv Infection among Drug Users, Copenhagen.

8.2.1. Elérési programok

MILETICS MARCELL - DR. RÁCZ JÓZSEF - DR. SZEMELYÁCS JÁNOS

Hazánkban szinte minden ártalomcsökkentő, alacsonyküszöbű program szervesen kapcsolódik más kezelési, megelőzési formákhoz. Főként drogbetegellátó intézmények működnek ilyen programokat, az a néhány amely azonban önállóan tevékenykedik, folyamatos kapcsolatot tart több kezelő intézménnyel, illetve maga is végez megelőző munkát.

A következőkben tekintsük át, milyen típusú elérési programok, fertőzőbetegségeket megelőző programok működnek hazánkban. (A szubsztitúciós programokra a következő fejezetben térünk ki.)

Elérési programok

Utcai szociális munka a drogfogyasztók körében

Magyarországon a drogosokkal foglalkozó utcai szociális munkának nincs előzménye és nincs szakmai protokollja.

A munkavégzés gyakran önkéntesekkel és leszokott szenvedélybetegek bevonásával történik.

A drogfogyasztók körében végzett utcai szociális munka sok esetben összekapcsolódik a túcserével, mely anonim és ingyenes.

Magyarországon jelenleg, több mint húsz különböző szervezet végez utcai szociális munkát, ezen belül a drogfogyasztók célcsoportjával két fővárosi és két vidéki szervezet foglalkozik. Ezen szervezetek közül három túcserével is foglalkozik.

Egy vidéki szervezet jelezte, hogy ősztől saját programot indítana, három vidéki nagyvárosban pedig különböző okok miatt szüneteltetik a drogfogyasztók körében végzett utcai szociális munkát.

Célcsoportok és szervezetek: Az utcai szociális munkás szervezetek leggyakrabban hajléktalanokkal, drogfogyasztókkal, prostituáltakkal és kallódó, csellengő fiatalokkal foglalkoznak.

A legtöbb fővárosi és vidéki szervezet a hajléktalan-ellátás keretein belül jött létre és a hajléktalan embereknek történő segítségnyújtás mellett az egyéb hátrányos helyzetű, segítségre szoruló társadalmi csoportokkal is foglalkoznak. A drogfogyasztók körében végzett utcai szociális munka önállóan csak néhány vidéki nagyvárosban és a fővárosban jött létre.

A szervezetek között megtalálhatóak a csak erre a feladatra összpontosító civil, illetve a különböző drogambulanciák által működtetett utcai munkás részlegek.

Finanszírozás: A drogfogyasztókkal foglalkozó utcai szociális munkának jelenleg nincs állami normatív finanszírozása. A normatív támogatás jogszabályokhoz kötött, és jelenleg csak a hajléktalan-ellátáshoz kapcsolódó utcai munkát érinti. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy csak azok az utcai munkás csoportok részesülhetnek állami normatív támogatásban, melyek a hajléktalanok nappali melegedőjének keretein belül végzik az utcai megkereső tevékenységüket.

A prostituáltak, a csellengő, kallódó fiatalok és a drogfogyasztók körében végzett utcai szociális munka, illetve a tűcsere önálló állami normatív támogatásban nem részesül.

Legújabban a fővárosi hajléktalan-ellátásban dolgozó választott szakemberek által létrehozott Tizek Tanácsa konkrét lépéseket tett annak érdekében, hogy a megfelelő jogszabályok módosításával lehetőség nyíljon az egyéb célcsoportokkal foglalkozó utcai munkás szervezetek állami normatív támogatására is.

Együttműködés, érdekképviselet: Néhány éve Tatabányán alakult meg az Utcai Szociális Segítők Országos Egyesülete, mely módszertani segítségnyújtásként kidolgozta az utcai szociális munka egységes szakmai irányvonalait. Az egységes szakmai irányvonalak csak részben érintik a drogfogyasztók körében végzett utcai munkát.

Az ország területén jelenleg nincs olyan szakmai műhely vagy módszertani központ, mely kifejezetten a drogfogyasztók körében végzett utcai szociális munkásoknak érdekképviseleti vagy szakmai fóruma lehetne.

A fővárosban utcai szociális munkát és tűcserét végző szervezetek együttműködési megállapodást kötöttek annak érdekében, hogy munkájukat hatékonyan és összehangoltan tudják végezni. Az együttműködés az információk rendszeres cseréjére, az esetek közös megbeszélésére és a város munkaterületeinek felosztására vonatkozott.

Finanszírozási lehetőségek: A Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium évről évre pályázati úton támogatásban részesíti az ország területén a drogfogyasztók körében végzett utcai szociális munkás szervezetek közül azokat, melyek a szakmai elvárásoknak és a pályázati feltételeknek megfelelnek. A minisztériumi pályázati támogatás, különösen a vidéki szervezetek esetében gyakran az egyetlen lehetőség a működési kiadások finanszírozására.

A fővárosban dolgozó szervezetek előtt szélesebb pályázati lehetőségek állnak rendelkezésre. A Fővárosi Önkormányzat a drogfogyasztás visszaszorítására irányuló cselekvési tervében kiemelten fontos kérdésként kezeli a drogfogyasztók körében végzett utcai szociális munkát és tűcserét, így a fővárosban működő szervezetek működési támogatásához évről évre a főváros is pályázatot ír ki. Ezen felül a Fővárosi Önkormányzat 2003-tól a két budapesti szervezetnek közszolgálati szerződés keretén belül egy új támogatási lehetőséget is biztosít.

Helyzetkép a Baptista Szeretetszolgálat tevékenysége alapján

Budapest területén a Baptista Szeretetszolgálat Alapítvány és a Kék Pont Drogkonzultációs Központ végez utcai szociális munkát. Mindkét szervezet egy-egy mobil tűcsere-programot is indít 2002 őszétől, mely reményeink szerint Budapest egész területét lefedi majd.

Tevékenységük megkezdésekor első lépésként együttműködő partnereket kerestek. Felkeresték a már hagyományokkal rendelkező tatabányai utcai szociális munkásokat és beszélgettek munkamódszereikről, tapasztalataikról és eredményességükről. Felkeresték a BRFK és a Polgárőrség illetékes vezetőit azzal, hogy tájékoztassák őket megkezdett munkájukról és in-

formációt gyűjtsenek. Együttműködési megállapodást kötöttek a Civil Drogprevenációs Alapítvánnyal, innen kapják a szakszerű tűgyűjtéshez szükséges konténereket, illetve a szeretetszolgálat ruhákat és élelmiszert adományoz a betegeknek. Szoros együttműködést alakítottak ki a Menhely Alapítvánnyal is, drogtémájú hívásaikat minden esetben nekik adják át. Legújabban együttműködési megállapodást kötöttek a Kék Pont Drogkonzultációs Központtal is.

A szolgáltatást igénybe vevők jellemzése: Klienseik körében általános a reményvesztett, jövőkép nélküli és kiúttalannak érzett élethelyzet. Munkahelyük általában nincs, így kéregetésből, kukázásból, recepthamisításból, prostitúcióból, a kábítószeres terjesztéséből és kisebb lopások elkövetéséből tartják fenn magukat legtöbbször napról napra.

Többségükre jellemző, hogy kisebb 2-5 fős és nagyobb 10-15 fős csapatokba verődnek, és napjaikat, éjszakáikat együtt töltik. Szintén nagyon jellemző és fontos tény, hogy a megélő csoportokhoz látszólag rendezett háttérrel rendelkező fiatalok csapódnak.

Vannak azonban olyan elsősorban szerves oldószereket használó klienseik is, akik magányosan, pl. barlangban, elhagyott romos házban vagy lépcsőházban élnek. Rájuk sok esetben igaz, hogy a szerfüggőség mellett egyéb pszichiátriai betegségekkel is küszködnek. A kliensek többsége volt állami gondozott, akiknek családi háttere részben vagy teljes egészében hiányzik. A hajléktalanság oka lehet még az elviselhetetlen családi légkör, vagy a drogfogyasztás miatt megromlott családi kapcsolat.

A közös sors és a közös élethelyzet miatt nagyon erős a drogfüggő hajléktalan emberek csoportjainak belső kohéziója. Ebben a viszonylatban nem a leállás és a drogmentes élet az elérendő, vágyott cél. A csoport tagjai nem a leállásban, hanem a közös anyagozásban erősítik egymást. A csoportok kulcsfigurái nagyhangú, extravagáns emberek, akik nélkülözhetetlenek vagy a recepthamisításban, vagy az anyag beszerzésében, vagy a társas élet vezetésében. A drogbetegek többségének többször volt már öngyilkossági kísérlete.

A csoportok belső kohéziója és a kulcsfigurák erőteljes hatása tehát nagyon megnehezíti a csoportból történő kiválás és a leállás lehetőségét, annál is inkább, mert a hivatalos kezelő helyek (kórház, rehabilitációs otthon, reintegrációs intézmények) elérhetetlennek tűnnek számukra. Elérhetetlennek tartják, mert nincs TB kártya, nincs megfelelő ruha, tisztasági eszköz, mert nincs pénz, nincs cigaretta, mert fizetni kell érte, mert várakozási lista van, és mert: „mit csináljak utána, jöjjenek vissza az utcára?”

Klienseik 99 %-ára jellemző, hogy a különböző segítő intézményekkel nincs semmiféle kapcsolatuk. A maradék 1 % a túcsere-programra jár.

A betegek panaszkodnak, hogy rendszeresen bántalmazzák őket a rendőrök, illetve hajléktalanként a kórházakban, rehabilitációs otthonokban is megkülönböztetik őket.

Drogfogyasztási szokások, egészségügyi állapot: A hajléktalan drogfüggő emberek körében nagyon jellemző a többféle kábítószer együttes használata. Egyedül a szerves oldószereket fogyasztók körében találtak kifejezetten csak ezt az egyféle szert fogyasztó hajléktalan emberekkel.

A politoxikomán klienseink körében a leggyakoribb szerkombinációk a szerves oldószerek és alkohol, az alkohol és gyógyszerek, az opiátok és gyógyszerek, mindez marihuáná-

val, heroinnal és amfetaminokkal kiegészítve. Kokainfogyasztásról elvéve sem hallottunk. Nagyon jellemző továbbá, hogy a célcsoportok tagjai viszonylag könnyen váltanak szert, annak megfelelően, hogy mihez tudnak hozzájutni.

Elmondásuk alapján sokszor közösen használnak fecskendőt és tűt! A hepatitis-fertőzöttség az intravénás drogfogyasztó klienseik körében 90 %-ban van jelen és mindössze egy olyan beteg van, aki HIV-pozitívnak mondja magát, bár ezt még nem tudták igazolni. A TBC-s betegségek is jelen vannak, hasonlóan az intravénás droghasználatból adódó mély tályogokhoz. Egészségügyi állapotukra jellemző továbbá az alultápláltság, a megfelelő tisztálkodás hiánya és a különböző bőrbetegségek, adott esetben élőködők jelenléte.

A budapesti Kék Pont Drogonkonzultációs Központ és Ambulancia alacsonyküszöbű programjai

a) A :kettőspont: ártalomcsökkentő program

A Kék Pont Drogonkonzultációs Központ és Ambulancia 2000 szeptemberétől új szolgáltatással bővült. A :kettőspont: ártalomcsökkentő program alacsonyküszöbű szolgáltatás, azaz anonim, és – a házirend betartásán kívül – a droghasználók feltétel nélkül vehetik igénybe. Cél a droghasználók egészségtelen magatartásának megváltoztatása (biztonságos szerhasználat, biztonságos szex, stb.), és a teljes perifériára sodródásuk megakadályozása. A klub tevékenységei:

1.) megkereső tevékenység

Az utcai megkereső tevékenységet folytatók feladata a :kettőspont: ártalomcsökkentő klub szolgáltatásainak megismertetése, ártalmakat megelőző és csökkentő információk eljuttatása az ún. rejtett – kezelésben nem lévő – droghasználók körébe is. Az egyik speciális megkereső programuk a Péterffy utcai Kórház Sürgősségi baleseti belosztályán folyik, ahol az intoxikáció miatt beszállított, főleg heroin-használókkal igyekeznek felvenni a kapcsolatot, információt nyújtani, és valamilyen segítő intézmény felé motiválni őket. A másik program pedig az egyik, külső-pesti, elsősorban cigány közösség által lakott negyed droghasználóit kívánja elérni és a segítőkkal kapcsolatba hozni őket. Itt együttműködnek a helyi családsegítő központtal, valamint a Drogonprevenció Alapítvány tőcsere-programjával.

2.) :kettőspont: ártalomcsökkentő klub

A klub szolgáltatásai közé tartozik a szociális munka, a segítő beszélgetés, a szabadidős foglalkozások, az orvosi és a jogi segítségnyújtás. Az absztinencia célú kezelésre motivált klienseket az ambuláns ellátásba irányítják, ezért a program hidat képez az aktív használat és terápia között. Mindkét tevékenységet szupervízió mellett folytatják, szociális munkások vezetésével és nagyszámú önkéntes bevonásával. Utóbbiak speciális képzésen vesznek részt, majd pedig az említett folyamatos szupervízió.

2000-2001-ben a megkereső munka során 133 aktív droghasználóval tartottak kapcsolatot, 2-300 fővel alkalomszerűen, vagy csak nagyon rövid időre (a 15 percnél rövidebbet nem regisztrálják). öt aktív használatot sikerült bevonni a megkereső munkába, nemcsak mint kapcsolatépítők, de mint információt szállítók (szórányag és szóbeli információ) is jól

beváltak (sorstárs segítő, peer educator-ok). A :kettőspontban: összesen 61 főt regisztráltak, 26 rendszeres visszajáró, 16 személy pedig a mai napig is jár. Azok közül, akik már nem járnak, nyolcan ambuláns ellátásba kerültek, hatan jelenleg is absztinensek. A :kettőspont: programjait az ISM támogatja.

b) Party Service szolgáltatás

Az elektronikus zenei partiknak a nyugat-európai országokban és az Amerika Egyesült Államokban már két évtizedes hagyománya van, hazánkban pedig 1993-tól lett divatos és széles körben elterjedt a szórakozás és kikapcsolódás e sajátos formája a fiatalok körében.

A partikra járás, a partikon való jelenlét erősen összekapcsolódott a különböző pszichoaktív drogok használatával. A különböző parti-drogok alkalmi vagy rendszeres fogyasztása számos testi és lelki ártalom kialakulásának kockázatával járhat. Ebből adódóan a biztonságosabb szórakozás lehetőségének megteremtésében az ártalomcsökkentő szemlélettel dolgozó, drogos problémákkal foglalkozó segítő szervezeteknek nagy szerepük lehet.

A Kék Pont Drogkonzultációs Központ 1999 januárjától működteti „Party Service” szolgáltatását. A szolgáltatás célja a helyi (partikon, diszkókban folytatott) ártalomcsökkentés, felvilágosítás, információ- és segítségnyújtás. A 2000-2001-es években összesen 44 rendezvényen 61 napot/éjszakát dolgoztak munkatársaik, az indirekt mutatók alapján (szórólap, keksz, vitamintabletta fogyasztása stb.) több mint 23 ezer kontaktust létesítettek. A programokon résztvevők számát még ennél is nehezebb becsülni, 100 ezres nagyságrendű tömegről lehet szó.

A helyi munka mellett fokozott figyelmet fordítanak a partiszervezők, illetve a diszkó üzemeltetők felvilágosítására: a szellőzés, a túlszűfolttság elkerülése, az ingyenes ivóvíz-biztosítás, nyugalmat biztosító helyiség („chill-out room”) kialakítása. Ezek a törekvések megfelelnek a nemzetközi ajánlásoknak, illetve a Biztonságos Szórakozóhelyek Egyesület programjának is. A program munkatársai önkéntesek, akik között számosan korábban is, esetleg a jelenben is részesei voltak a parti-kultúra valamelyik szegmensének. A Party Service szolgáltatást a Levi's Hungaria támogatja.

Bulisegély – Az INDIT (INtegrált Drogeterápiás InTézet) Közalapítvány ártalomcsökkentő tevékenysége, Pécs

A Bulisegély program funkcióját tekintve 3 alappilléren nyugszik:

1. A legitim és illegitim drogokkal kapcsolatos objektív informálás.

Objektív, mivel az egyoldalú, azaz csak a negatív hatásokat hangsúlyozó informálást nem tartják célravezetőnek. Így beszélgetéseik során elmondják: elfogadják, hogy létezik a szociális szerfogyasztás képessége; vagy attól, hogy a legtöbb heroinfüggő marihuánával (vagy alkohollal) kezdte, téves az a következtetés, hogy a könnyű drogfogyasztókból minden esetben kemény drog dependens lesz.

Ugyanakkor az objektív informáláshoz hozzátartoznak a tárgyalt szer negatív hatásai, a szenvedélybetegség természete, a függőség kialakulásával (szerhasználat tanulási folyamat) párhuzamosan zajló pszichológiai én-védő mechanizmusok működése (csapdája), vagy pl.: az első szerhasználat során átélt katarzis mibenléte, veszélyessége stb.

Ezen túlmenően, többek között információt adnak az illegitim kábítószer fogyasztáshoz kapcsolódó büntetőjogi szabályozásokról.

2. A droghasználat során fellépő akut fizikai, lelki tünetek, problémák kezelése, melyek adekvát megoldását a programban dolgozók mindegyike elsajátította, egy specifikusan a Bulisegélyre orientált elméleti és gyakorlati oktatás során.

A kiképzést oxológus, pszichiáter, addiktológus, szociális munkás hivatású szakemberek végezték.

3. Súlyosabb esetekben, vagy ha a probléma kompetenciájukat meghaladja, fő feladatuknak a kliens megfelelő intézménybe való delegálását tartjuk. (Pl: Drogambulancia, Nevelési Tanácsadó, Mentálhigiénés Intézet, Munkaügyi Központ, Gyöngyház Egyesület, stb.).

A Bulisegély az indulásától működik a Pécsi Egyetemi Klubban (PEK), a szorgalmi időszakok minden szerdáján 22 órától másnap reggel 4 óráig. A PEK a város egyik legnagyobb szórakozóhelye, ahová főleg a felsőoktatásban, középiskolában tanulók járnak szórakozni. Ilyen körülmények, „adottságok” mellett a szolgálat létjogosultsága vitathatatlan. A felsőoktatás hallgatói és a középiskolások az epidemiológiai adatok tükrében a veszélyeztetett populációt erősítik, illetve magas az aktív szerhasználók aránya is.

Szolgálatuk 2001. decemberétől a pécsi Hárd Rák Cafében is jelen van. Regisztrációikra, visszajelzésekre támaszkodva megállapítható, hogy tevékenységük hiánypótló és egyre nagyobb igényt elégít ki. 2002. októberétől a pécsi Dante Cafében is folyamatosan működnek.

A Bulisegély szolgálat filozófiája, elméleti háttere és célja is az ártalomcsökkentés. Az akut fizikai problémák kezelésére gyakorlati munkájuk során csak elvétve volt szükség. Fontosnak tartják egy olyan bizalmi légkör megteremtését (a sokszor mostoha körülmények között is), ahol hatékonyabbak lehetnek. Ezt segíti, hogy a fiatalok tudják, mindig ugyanazon szórakozóhelyeken, ugyanazon időpontban megtalálhatják őket. A szolgálat létezését, tevékenységét az egyetemi médiumokban, plakátokon, szóróanyagokon igyekeznek minél szélesebb körrel megismertetni. Tervezik egy home page kivitelezését, valamint az egyetemi rádió (Publikum) keretén belül egy műsor indítását.

Sikerült megnyerniük a Masculan óvszer-forgalmazót, aki 2000. november óta termék adományaival szponzorálja programjukat, így szélesítve az ártalomcsökkentés repertoárját.

Források:

Miletics M. (2002). Utcai szociális munka a drogfogyasztók körében. Kézirat.

Rácz J. (2002). A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia, Budapest, alacsonyküszöbű programjai. Kézirat.

Személyác J. (2002). Az INDIT (INTEgrált Drogeterápiás INTézet) Közalapítvány ártalomcsökkentő tevékenysége.

8.2.2. Szubsztitúciós és fenntartó kezelések, programok

DR. CSORBA JÓZSEF - DR. SZEMELYÁ CZ JÁNOS

A metadont (6-dimethylamino-4-4-diphenyl-heptanon-3) 1941-ben fedezte föl Max Bockmühl és Gustav Ehrhard Németországban. A II. világháború körüli időszakban a „Hoechst 10820”, vagy későbbi elnevezése szerint: polamidon, majd metadon fájdalomcsillapító és spazmolitikus hatását írták le, és kutatták. A 40-es évek második felében az Egyesült Államokban végzett vizsgálatok is elsősorban a metadon fájdalomcsillapító és spazmolitikus hatásait vizsgálták. (Demetrovics-Honti- Csorba-Szemelyá cz, 2001; EMCDDA, 2000/b; Gerevich-Demetrovics-Csorba-Honti- Szemelyá cz, 2000; Preston, 1996; Verster-Buning, 2000).

A 60-as évek elején használták először a metadont a heroinfüggők kezelésére az Egyesült Államokban. Ezt követően a metadon kezelés fokozatosan elterjedt világszerte, első időszakban Észak-Nyugat-Európában, Ausztráliában, Izraelben, azt követően Dél-Európában, a 90-es években fokozatosan Közép-Kelet-Európában. A 90-es évek végétől kezdve a fejlődő ázsiai, dél-amerikai, illetve afrikai országokban is egyre komolyabban foglalkoznak metadon programok bevezetésével, illetve beindultak új metadon programok.

A 90-es évek második felében több nemzetközi szervezet hangsúlyozza a metadon kezelés fontosságát, illetve ajánlásokat tesz a metadon programok működéséhez:

1998-ban USA Nemzeti Egészségügyi Intézet, 1999-ben WHO, 2000-ben EMCDDA. (Demetrovics-Honti-Csorba-Szemelyá cz, 2001; Gerevich-Demetrovics-Csorba-Honti-Szemelyá cz, 2000; Verster-Buning, 2000; WHO, 1998, 1999).

Európai Unió

1995 és 2000. között szinte valamennyi EU ország a fenntartó metadon programok kiterjesztéséről számol be. 1993 és 1999. között a fenntartó kezelésben részesülő droghasználók száma megháromszorozódik a térségben, 2000-ben az ilyen kezelést kapó kliensek számát kb. 300 ezerre becsülték.

Hangsúlyozni kell ugyanakkor, hogy az Európai Unión belül is különböznek a metadon kezelési protokollok. A regisztrált ópiátfüggők arányát és a metadon kezelésben részesülő ópiátfüggők arányát figyelembe véve, a határok 30 és 75% között vannak.

A programok egységesítése céljából az EMCDDA kiadta az Euro Methadone Guidelines című tanulmányt, amely tartalmazza a metadon kezelés irányelveit.

Az Európai Unió 2000-2004 közötti periódusra vonatkozó akció terve, az Unió tulajdonképpeni Drogstratégiája alapvető célkitűzésként határozza meg a droghasználattal kapcsolatos ártalmak csökkentését, és ezen belül a szubsztitúciós kezelések rendelkezésre állását a térségben. (Demetrovics-Honti-Csorba-Szemelyá cz, 2000; EMCDDA, 2000/a; EMCDDA, 2000/b; Verster-Buning, 2000, WHO, 1999)

Az Egyesült Államokban 1992-es adatok alapján kb. 120 ezer kliens kapott metádon terápiát közel 800 központban. Azóta az USA-ban is folyamatosan fejlesztik a metádon programot. Az USA államain belül arány változó, 0 és 80% között van.

Modern és könnyen hozzáférhető metádon programok Ausztráliában is találhatóak, kb. 20 ezer ember részesül ilyen kezelésben (Demetrovics-Honti-Csorba-Személyácz, 2000; EMCDDA, 2000/a; EMCDDA, 2000/b; WHO, 1998).

Szintén nemzetközi trend, hogy az elmúlt 5 évben a szubsztitúcióra alkalmazott szerek palettája – a metádon alkalmazása mellett – bővült: buprenorphine (Dánia, Anglia, Belgium, Franciaország, Olaszország, Finnország); Slow-release morphine (Ausztria); LAAM (Dánia, Németország, Spanyolország, Portugália). (EMCDDA, 2000/b; Gerevich-Demetrovics-Csorba-Honti-Személyácz, 2000.)

Közép-Kelet-Európában a rendszerváltozás után a heroin-fogyasztó populáció jelentős emelkedésével párhuzamosan több helyen felismerték a metádon-programok fontosságát. Szlovéniában (19 központ), Lengyelországban (15 központ), Csehországban (8 központ), illetve Horvátországban (az addiktológiai ellátás mellett a háziorvosi rendszer is be van vonva) aránylag fejlett a metádon-terápiás hálózat. Litvániában közepesnek mondható a metádon program.

A többi országban egy-egy központban, vagy egy-egy kórházi osztályon belül folyik metádonkezelés, inkább kísérleti jelleggel. Ugyanakkor, minden Közép-Kelet-Európai országban megszületett a jogi szabályozása a metádonkezelésnek és fokozatosan fejlesztésnek indultak a programok. (Gerevich-Demetrovics-Csorba-Honti-Személyácz, 2000; Demetrovics-Honti-Csorba-Személyácz, 2000; Subata-Grund-Honti, 2000).

Oroszország a WHO-val együttműködve jelenleg dolgozza ki egy nagy metádon program bevezetését. (WHO, 1999)

Magyarországi szakmai és jogi helyzetkép

A magyarországi metádonkezelés története kb. tíz éve kezdődött el, és a következő fontosabb állomásokat érdemes említeni:

1992-ben indultak el kísérleti jelleggel a metádonkezelések Budapesten a Nyíró Gyula Kórház Klapka/Jász utcai Drogambulanciáján, ezen kívül két kórházi osztályon is kezdték alkalmazni a metadont (Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztály, OPNI).

1995-ben a Pécsi Drogambulancián kezdtek el metadont használni a heroinfüggők kezelésében.

1994 – a Fővárosi ÁNTSZ a Metádon-Depridol-kezelés szabályozásáról rendelkezik

1998, 1999, 2001 – megfogalmazza a Pszichiátriai Szakmai Kollégium a szakmai irányelveket

2000-ben a Veszprémi Drogambulancia indított be metadonnal fenntartó programot.

2000. október – ÁNTSZ megkérdőjelezi a kezelések szükségességét.

2000. november – az OGYI T-7691/01. szám alatt forgalomba hozatali engedélyt adott ki Methadon-EP 5 mg és Methadon-EP 20 mg nevű tablettára, amelyek indikációja kifejezetten az opiátfüggőség.

2000. december 5. – az országgyűlés elfogadja a Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására c. stratégiai programot, ezen belül a metadonprogramok alkalmazását és fejlesztését.

2001-ben a szegedi Pszichiátriai Osztály koordinálásával alkalmaznak metadonkezelést két beteg esetében.

2001. március 13. – közös munkakonferencia az összes érintett fél részvételével (EüM, ISM, Kábítószerrendészet, ÁNTSZ, OEP, OAI, drogambulanciák képviselői, gyógyszergyártó), ahol a metadonkezelés szabályozását, illetve finanszírozását egyeztették.

2001. márciusában a Psychiatria Hungaricában megjelent a Metadonkezelés értékelése és szabályozása című tanulmány.

2001. október – a Drogambulanciák Szakmai Szövetsége Tanácsa koordinálása alatt kézirat formájában megjelent a Metadonkezelés magyar manuálja.

2002. április 25-én az Egészségügyi Közlöny 9. számában hivatalosan megjelent a metadonkezelés módszertani levele.

2002. május 12-én az Egészségügyi Közlöny 10. számában közzétették a metadonkezelés OEP-finanszírozását.

Ugyanakkor nem lehet nem említeni, hogy a magyarországi metadon története sok negatív ponttal is van fűszerezve. A Funk Sándor – metadonkezelést is végző – főorvos ellen néhány évvel ezelőtt indított eljárás, vagy a metadonnal fenntartó kezelés 2000 októberében az akkor hivatalban lévő országos tisztifőorvos által történő ideiglenes betiltása, a metadonkezelést folytató drogambulanciák vezetői ellen tett feljelentés több szempontból negatívan hatott a fenntartó kezelések szakmai, jogi és társadalmi elfogadására.

A metadonkezelés módszertani levelének hivatalos megjelenését megelőzően Magyarországon a metadont háromféle terápiás protokollban használták:

1., Rövid detoxikációs kezelés, amely gyors ritmusú csökkentést jelent, a kezelés időtartama maximum 30 nap. A kezelés célja a detoxikáció, a minél gyorsabb opiátmentesség elérése.

2., Hosszú távú detoxikációs kezelés, ahol a csökkentés ritmusa lassúbb, fokozatosan történik, és általában hosszú opiátfüggőségi múlttal rendelkező pácienseknél használják. A kezelés időtartama ilyen esetekben változó, 1 hónaptól 6 hónapig. A kezelés célja ebben az esetben is az opiátmentesség elérése.

3., Szubsztitúciós (hosszú távú fenntartó) kezelés, ahol a metadon adagolása hosszú távon fennmarad, mivel a csökkentési próbálkozások mindig újabb visszaeséssel járnak. A szubsztitúciós kezelés akár évekig is folytatódhat. Olyan opiátfogyasztó populációnál javasolják, ahol belátható időn belül az opiátmentesség nem érhető el.

Detoxikációs céllal metadont a Jász utcai Drogambulancián, a Pécsi Drogambulancián, az OPNI egyes pszichiátriai osztályain, a Balassagyarmati Kórház Addiktológiai Osztályán, illetve egy-egy esetben egyes pszichiátriai, illetve addiktológiai osztályokon használnak.

Metadonnal fenntartó kezelés három központban folyik, a Jász utcai Drogambulancián, a Pécsi Drogambulancián és a Veszprémi Drogambulancián.

Figyelembe véve az országos adatbázist, amely a Jász utcai Drogambulancián van, a következő létszámban kezelték metadonnal betegeket a 2001. április és 2002. május közötti időszakban:

Adatok a 2001. április-2002. május között metadonkezelésben lévő betegekről								
Hónapok	Veszprém		Pécs		Budapest		Összes	
	Fenntartó	Detoxikáló	Fenntartó	Detoxikáló	Fenntartó	Detoxikáló	Fenntartó	Detoxikáló
Április	6	-	8	4	59	18	73	22
Május	7	-	8	4	54	15	69	19
Június	6	-	8	9	56	22	70	31
Július	7	-	10	8	62	15	79	23
Augusztus	7	-	10	5	58	18	70	28
Szeptember	9	-	10	6	60	18	79	24
Október	8	-	10	6	71	19	89	25
November	10	-	11	5	67	17	88	22
December	13	-	12	5	67	13	92	18
Január	9	-	12	6	89	11	110	17
Február	9	-	12	3	81	26	102	29
Március	9	-	12	5	87	29	108	34
Április	9	-	14	7	87	19	110	26
Május	9	-	16	4	99	16	124	20

A fenti adatokból látható, hogy ma Magyarországon még mindig aránylag alacsony a metadonkezelésben részesülő betegek száma. A hivatalosan regisztrált opiátfüggők és a metadonkezelésben részesülő opiátfüggők aránya kb. 2-2,3%, amely messze elmarad az Európai Unió országainak átlagától (50%), de Szlovéniától (24%) vagy Csehországtól (19%) is.

Mivel a mai napra tisztázódott teljes mértékben a jogi, illetve pénzügyi háttér a metadonkezelésnek, várható, hogy hamarosan jelentős fejlesztés fog történni ezen a területen: Budapesten több metadonközpont beindítása, metadonbusz tervezett működtetése, nagyobb regionális központokban metadonprogramok beindítása (Szeged, Miskolc, Gyula, Sopron).

Hosszabb távon a háziorvosi, illetve a gyógyszerészeti rendszer bevonását a metadonkezelésekbe, illetve az alternatív szubsztitúciós szerek bevezetését tervezik.

Az INDIT (INtegrált Drogterápiás INtézet) Közalapítvány ártalomcsökkentő tevékenysége, Pécs

Az INDIT Közalapítvány magába foglalja a Baranya Megyei Drogambulanciát, a pécsváradi VÁLTOZÓHÁZ Drogrehabilitációs Otthont és a keszűi Félutas Házat, valamint laikus segítők is bevonó csoportokat, melyek iskolai drogprevenciót, valamint BULISEGÉLY néven táncos-zeneszórakozóhelyeken működő segély-szolgálatot is működtetnek. Több ponton kapcsolódnak rendszerükhöz illetve részei annak önszervező csoportok is. Ezek nem csak az elő- és utógondozásban fontosak, de kiegészítik a VÁLTOZÓHÁZ-ban folyó munkát, valamint az ambuláns terápiákat is (elsősorban opiáthasználó és szubsztitúciós metadon kezelésben lévőknél).

Az integrált rendszerek jellemzője, hogy előnyben részesítik az ambuláns ellátást, jelentős mértékben veszik igénybe a laikus segítőket és önsegítő csoportokat, közös stáb-ülések, szupervíziók alkalmával a különböző szakterületekben jártas segítők véleménykülönbségei találkozhatnak, és olyan konszenzus alakulhat ki, mely a rendszer leghatékonyabb működését teszik lehetővé. Az ártalomcsökkentés szempontjait figyelembe véve is ideális, mivel a kliens számos lehetőség közül választhat, mégpedig úgy, hogy elsődleges segítőjével folyamatos kapcsolatban maradhat.

Az ártalomcsökkentés alapfeltételei közül itt teljesülhet az a szempont, hogy a klienst vonjuk be a terápiás terv kidolgozásába, hogy a számára legmegfelelőbb formában végezhesse terápiáját, esetleges tévedés miatt pedig, mivel rendszeren belül maradhat, kezelése folyamatos lehet, nem kell pl. a büntudat miatt az újabb kezelésbe jelentkezéséig értékes időket veszíteni. A rendszer különböző szintjein dolgozó szakemberek pedig közvetlen kollégájuktól kaphatnak kliensünkről pontos tájékoztatást az eddigi próbálkozás sikertelenségének körülményeiről.

Metadon szubsztitúció

Terápiás megközelítésünkben elsődleges cél a rehabilitáció és nem az absztinencia. Természetesen az szerencsés, ha ez egybe esik. Metadon szubsztitúciós kezelést olyan klienseik kapnak, akik aktuálisan nem tudnak, vagy nem akarnak absztinenciát elérni, vagy megtartani.

A metadon-fenntartó kezeléseket számos kritika éri szakmai és laikus nézőpontból egyaránt, továbbá talán a szenvedélybetegekkel való foglalkozás egyik „eg embert próbálóbb” területe ez, ahol számos sikertelen gyógykezelésen megkeseredett, a terápiás rendszerekből kiábrándult, borzalmas életutakkal, „drogkarrierrel” rendelkező klienssel kívánunk eredményt elérni.

De egyértelműen bizonyított pozitívuma e kezeléseknek: a bűncselekmények, letartóztatások, elzárások és más társadalomellenes cselekmények csökkenése; a munkahelyi foglalkoztatással illetve a beiskolázással mért társadalmi produktivitás növekedése; az illegitím droghasználat drasztikus csökkenése; a pszichiátriai- és az alkohol vagy egyéb kábítószeres túlzott használatával kapcsolatos problémák felismerése és készség a segítség elfogadására; jelentősen csökkent az e kezelésben lévők körében a túlhasználat (ennek következményeként csökkent számos fertőző betegség terjedése – HBV, HCV, HIV, TBC, stb., valamint a sebészeti beavatkozást is igénylő abscessusok kialakulása) és a túlادagolásban elhunytak száma.

A fentiekben túlmutató jelentősége van viszont a metadon szubsztitúciós kezelésnek a heroin terjedésének megakadályozásában.

Megállapítható ugyanis, hogy a heroin kezdeti fogyasztása főleg a kliens heroin-használó barátai körének aktív közreműködésével indul. Tőlük szerzi meg, ők avatják be, tanítják meg a szer használatára. A heroin-használó csak kapcsolatai által tud fennmaradni. Ez nélkülözhetetlen a kábítószer megszerzése illetve az erre szükséges anyagok megteremtése miatt. Az elszigeteltség együtt járna heroin-használatának feladásával is. A fentiek miatt elmondhatjuk, hogy a heroinra jellemző a járványszerű terjedés. A legtöbb heroin-használó el-

mondja, hogy rövidebb mint 1 év telt el a szer kipróbálása és a súlyos függőség kialakulása között, az ehhez társuló bűnelkövetésekkel együtt. A fiatalokra általában, de a stabil identitással nem rendelkező serdülőkre kifejezett veszélyt jelent egy, a hagyományos normákkal szakító, a társadalmi renddel ágáló „öregifjú junkie”, akitől még a „cucc” is beszerezhető.

A heroin-függők számára a metadon-szubsztitúciós kezelés olyan „mézesmadzag”, amely elhozza őket a kezelőhelyekre, ahol rehabilitálódásuk elkezdődhet. A kezelésbe került kliensekkel való terápiát folyamatosan használják arra is, hogy a heroin terjedését/használatát/árusítását minimalizálják; az önségítés elvét „csöpögtetve” belé arra sarkallják, hogy segítse szerhasználó barátait kezelésbe kerülni.

Pécsett 1995 óta folyik szubsztitúciós metadon-kezelés és a fenti elveket figyelembe véve, végrehajtva szinte az összes - a 80-as- és a 90-es évek első felében - opiát-használó kliens eljutott intézményünkbe és adekvát kezelést kapott (ambuláns-, szubsztitúciós-, klinikai-, rehabilitációs otthoni kezeléseket).

Nem gondolják, hogy egyedül ennek köszönhető, de jelenleg Pécsett nincs heroin epidémia és a kezelésbe jelentkezők közül senkit nem utasítanak el túljelentkezés miatt.

A metadon fenntartás általában nem akut beavatkozás. Pontos állapot-felmérés előzi meg, mely magába foglal pszichoszociális és orvosi vizsgálatokat:

- rendelkezik-e megfelelő életfeltételekkel;
- megfelelő pénzügyi erőforrásai vannak-e kliensünknek alapvető szükségletei kielégítésére;
- éri-e kliensünket folyamatos, súlyos stressz (pl. család, munkahely részéről);
- fennáll-e ún. kettős-diagnózis;
- részese-e egyéb szociális támogatásban és részt vesz-e valamilyen értelmes, vagy pozitív tevékenységben (társasági, szabadidős, vallási közösség, stb.);
- vannak-e kliensünknek konstruktív, személyes céljai, van-e jövőképe;

Az általános jóléthez, alapjául a fentieknek, megfelelő dózisban kell kapnia a metadont. Ez az évek során természetesen emelkedik (drasztikus emelkedés akkor gyakori, ha a kliens intravénásan használja a gyógyszert).

Kezelésük nem programszerű, mely azt jelenti, hogy egyéni szabályokat tudnak alkalmazni. Ez azonban csak kis létszámnál lehetséges. Jelenleg 16 fő részesül ebben a kezelési formában (a kliensszám 400 körül van). A fenti állapot-felmérést folyamatosan alkalmazva monitorozzák a metadon-szubsztitúcióban lévőket, ezáltal móduk van a dózist korrigálni, átirányítani más kezelési formába (az évek folyamán többeket detoxikáltak és többek kerültek rehabilitációs otthonba), vagy akut problémák megoldására ambuláns intervenciót alkalmazni. Ilyenek pl.: intenzívebb tanácsadás (hetente akár több alkalommal, a háttérben álló problémák feltárására, átdolgozására, célok, tervek kialakítására); visszaesés-megelőző egyéni terápia, vagy csoport alkalmazása; krízisintervenció; más gyógyszerek alkalmazása (bár a monoterápia híve vagyok, előfordulhat szorongásoldó, altató, antidepresszívum, vagy antipszichotikum alkalmazása); egészségesebb étrend, testmozgás, szabadidős tevékenység kialakítására való ösztönzés; Névtelen Anyagosok (NA) csoporton való részvételre ösztön-

zés (aki csak orvos által felírt szert használt, teljes jogú tagja lehet a csoportnak); családterápia (lehet nem vérszerinti is) segítségével támogató, segítő környezet kialakítása;

A visszaesési folyamat ismerete, és ennek következményeként a korai intervenció nem csak absztinens klienseinkre értendő, hanem azokra is, akik a szubsztitúciós terápia segítségével kialakított egyensúlyi állapotukat, normális életvitelüket veszítik el, bajba sodorva magukat és környezetüket.

Intézményük hatékonyságának kulcsa multiprofesszionális team-ük kreativitása, melyhez a feltételek megteremtését kötelezőnek tartják. Minden segítséget kérő ember érezze, hogy aktuálisan az ő problémája a legfontosabb. Droghasználókkal foglalkozó segítő helyeken nagyon gyakori a kliensekkel kapcsolatban eluralkodó frusztráció, türelmetlenség és düh, az ismételten megnyilvánuló szabályszegő viselkedésük miatt. Éppen ezért szükséges a kezelést végző team-mel folytatott konzultáció, amiből az visszajelzést, új ötleteket és támogatást merítet.

Források:

- Demetrovics Zs., Honti J., Csorba J., Szemelyácz J. (2001). A szubsztitúciós metadonkezelés, Történeti áttekintés. *Psychiatria Hungarica*, 1/ XVI, 57-69.
- Demetrovics Zs., Honti J., Csorba J., Szemelyácz J. (2001). A szubsztitúciós metadon kezelés, Hatékonyság, *Psychiatria Hungarica*, 1/XVI, 80-98.
- Csorba J. (2002): Szubsztitúciós kezelések. Kézirat
- Gerevich J., Demetrovics Zs., Csorba J., Honti J., Szemelyácz J. (2000). A metadon kezelés Magyar Manuálja. Budapest, Drogambulanciák Szakmai Szövetségének Tanácsa.
- EMCDDA (2000/a). Annual report on the state of the drugs problem in the European Union, EMCDDA Lisbon, Portugal.
- EMCDDA (2000/b). Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union, EMCDDA Insights Series no.3, Luxembourg.
- National Institute of Health Consensus Conference (1998). Effective medical Treatment of Heroin Addiction, *Journal of the American Medical Association* december 9, 280,22, 1936-1943.
- Preston A (1996). *The Methadon Briefing*, Island Press, London
- Subata E., Grund J., Honti J., (2000). *International Review of Agonist Pharmacotherapy for Drug Dependence*, Chapter4, Eastern Europe, WHO document
- Szemelyácz J. (2002). Az INDIT (Integrált Drogterápiás Intézet) Közalapítvány ártalomcsökkentő tevékenysége.
- TASZ (2002). A TASZ az Ártalomcsökkentő drogpolitikáról. TASZ kiadvány.
- Verster A., Buning E., (2000). *Methadon Guidelines*, European Commission, Directorate Generale V, Euro-Methwork Amsterda
- WHO Expert Committee on Drug Dependence (1998). WHO Technical Report Series, 873, Geneva
- WHO, Regional Office for Europe (1999). Principles for Preventing HIV Infection among Drug Users, Copenhagen.

8.3. Rehabilitáció – A rehabilitációs intézmények és rehabilitációs programokban részt vevők jellemzői

DR. TÍMÁR CSABA

Emberbarát Alapítvány Alkohol-drogrehabilitációs Intézete Budapest

Az Emberbarát Alapítvány Alkohol- és Drogrehabilitációs Intézete 1991 óta működik. Magyarországon – ez az intézetet a legnagyobb.

Célja: Az Intézet a komplex rehabilitáció lehetőségét ajánlja fel a gyógyulni akaró alkohol- és drogfüggőknek. Az intézmény terápiás közösségi modell formájában működik. A betegek felkészítése másfél-két éves program keretében történik az alkohol- és drogmentes életvitelre és a társadalomba való visszailleszkedésre. A program két részből áll: egészségügyi, orvosi rehabilitációból (pszichiáter, addiktológus, belgyógyász, háziorvos, foglalkoztatás egészségügyi szakorvos igénybevétele) és szociális rehabilitációból (teljes ellátás, bentlakás, szociális, jogi, pszicho-szociális rehabilitáció, munkaterápia, védett foglalkoztatás).

Betegfelvétel: Az intézetbe 18-60 éves korú, gyógyulásra motivált, önként jelentkező férfiakat vesznek fel. Az „előgondozást” Addiktológiai Gondozóban végzik (Mentálhigiénés Központban). Túljelentkezés esetén várólistát vezetnek.

Orvosi rehabilitációs gyakorlatukban az Intézet pszichiáter addiktológusa diagnózis alapján terápiát végez, javaslatot tesz a felvételre konzultáció formájában. Az Intézet belgyógyász háziorvosa a közegészségügyi problémákkal foglalkozik, szomatikus betegségeket kezel. A foglalkozás-egészségügyi szakorvos a megváltozott munkaképességűek gondozását végzi. Az orvosok a kontroll során rendszeresen találkoznak, és konzultálnak. Detoxifikáció után veszik fel a betegeket, akik kulturált körülmények között, teljes ellátással 2-3 ágyas szobákban laknak. A gondozás első három hónapja izolált, mely a drogkarrier megszakítását szolgálja. A betegek az Intézet kísérő nélkül nem hagyhatják el. Az Intézetben alapgyógyszerkészlet van, amivel rugalmas, jól felépített gyógyszerkezeléseket lehet megvalósítani. Osztályos háttér áll rendelkezésére az akut esetek biztonságos kezelésére.

Krónikus fekvőbeteg szakellátás: Az orvos (pszichiáter, addiktológus, háziorvos, foglalkozás-egészségügyi szakorvos) szerepe a rehabilitációban az, hogy magát a rehabilitáció folyamatát hatékonyabbá, biztonságosabbá tegye, a betegség okozta kezelési kudarckokat megelőzze, pszichoterápiát végezzen. A terápiás csoport tagjai drogfüggők, akik sérülékenyebbek bizonyos betegségekkel szemben, krónikus betegségeik lehetnek, megszokták, hogy orvoshoz forduljanak (az addikt életmód sok egészségügyi problémával jár). Ez igényli a pszichiáter addiktológus, az általános orvos (a mindennapos orvosi problémához), a belgyógyász, a foglalkozás-egészségügyi szakorvos közreműködését.

Kezelési módok: célja, hogy a betegek visszanyerjék a mentális (pl. stressz elviselése, konfliktus megoldása), érzelmi (hangulat, öröm, szorongás kezelése), a fizikai (gyógyszeres kezelés, munka, sport), a szociális (beilleszkedés a közösségbe, kapcsolatok kialakítása, az intellektuális (felelősségtudat, problémamegoldás), a spirituális (szeretet, az élet értelmének

felismerése) egészségüket. Az Intézetbe érkező betegeket terápiás közösségben készítik fel hosszú távú programban (1-2 év) az újrakezdésre, ahol eltorzult személyiségük felelősen viselkedő személyiséggé alakul át és felkészülnek a társadalomba való visszailleszkedésre. A közösség tagjai tematikus csoportfoglalkozásokon vesznek részt. A nagycsoporton felvetett témát kiscsoporton, és házi feladatokban dolgozzák fel. (például: visszaesés megelőzése, problémamegoldás, érzelmi készségek fejlesztése stb.)

Nyomkövetés és értékelés: (ezt a tevékenységet drogambulanciákon végzik): Utánkövetéses rendszerben hosszú távon (6-12 hónap) figyelik volt betegek sorsának alakulását, rehabilitációs munkájuk eredményességét. Segítik a gondozottak családba és a társadalomba való visszailleszkedését. A rehabilitációs programot befejezőkkel a további utógondozást, mentálhigiénés támogatást, nyomon követést drogambulanciájukon végzik. Tíz éves nyomkövetéses értékelés alapján 41%-az, aki absztinens, tartós munkaviszonya és lakása van. 1991-ben a felvételt nyert drog betegek 40%-a opiátfüggő volt (máktea, hydrocodin stb.) Jelenleg a drog betegek 90%-a heroinfüggő.

Az intézet statisztikai adatai:

Az intézetben 1991-2001-ig a kezelt betegek létszáma 485 fő.

A személyiségi állapottól függően a program 3, 6, 12 és 18 hónapig tart.

A programot nem fejezte be 130 fő.

3 hónapos programot befejezte 115 fő.

6 hónapos programot befejezte 121 fő.

12 hónapos programot befejezte 26 fő.

18 hónapos programot befejezte 93 fő.

Talpra állt és józanul élő: 104 fő.

Baranya Megyei Önkormányzat Közalapítványa „Változóház” Pécsváradi Intézet

Az intézmény 1990 januárjában kezdte meg működését a Baranya Megyei Gyermekkórház részegységként, mint Narkomán Fiatalokat Foglalkoztató Munkaterápiás Otthon.

2000 januárjától közalapítványként folytatja tevékenységét.

A felépülési program céljainak megvalósítása terápiás közösség keretein belül történik, melyben a csoportfoglalkozások a legfontosabbak, döntéshozatal pedig a személyzet és a kezelték véleményének együttes figyelembevételével történik.

A terápiás szemlélet alapja betegség-elv, amit a Névtelen Alkoholisták (Alcoholics Anonymous – AA), a Névtelen Narkománok (Narcotics Anonymous – NA) közössége és az APA – Amerikai Pszichiátriai Társaság tart fenn.

Ez kimondja, hogy a narkómánia gyógyíthatatlan betegség, de a programban elsajátítható annak képessége, hogyan lehet ezzel konstruktívan együtt élni, tünetmentesen tartani, tehát a terápia a Névtelen Narkománok 12 lépéses módszerének elvein alapul, utat mutat, hogyan lehet kialakítani egy új, hangulatjavító szerek fogyasztása nélküli kiegyensúlyozott életvezetést. Ennél fogva a program javasolja a Névtelen Narkománok önségítő csoportjához való csatlako-

zást. (Budapesten és Pécsen már működik NA csoport, az otthon lakói látogatják ezeket, sőt a pécsi csoport megalakulása elsősorban az ő kezdeményezésüknek köszönhető.)

Az otthon elsősorban opiátfüggőket fogad, de jelenleg is van amfetamin és egyéb kábítószerfüggő a bentlakók között. Évekre visszatekintve általában 2/3-ad rész az opiátfüggők aránya.

A jelentkezés telefonon, levélben vagy személyesen történhet, amit felvételi beszélgetés követ, olyan otthonlakók közreműködésével, akik már rendelkeznek felépülésbeni tapasztalatokkal.

Felvételre bárki jelentkezhet az ország területéről, akinek kábítószer-problémája van és szeretne változni.

A rendelkezésre álló dokumentációból kiderül, hogy az intézmény megnyitása óta 199 kábítószerfüggő 18-35 év közötti férfi és nő kezdte meg terápiáját. Egy részük félbehagyta önként távozott, másokat el kellett küldeni és voltak akik végigcsinálták a terápiás szerződésben foglaltakat. Az előző terápiás módszer nem dolgozott ki hatékony utánkövetési rendszert, a mostani szemlélet nagy hangsúlyt fektet a folyamatos kapcsolattartásra.

A 2000 januárja óta működő program még nem szolgálhat adatokkal a felépülők arányáról, mindenesetre a Névtelen Narkománok közösségéhez való csatlakozás, a programot követően igen jó esély az egyik leghatékonyabb módja a tisztán-józanonmaradásnak az egész világon.

Az intézet statisztikai adatai:

Az intézetet a keszűi narkomán fiatalokat foglalkoztató intézet jogutódja és erre tekintettel az adatokat megadni nem tudta, mert utánkövetéses vizsgálatot még nem végzett.

E. P.K. „Hajnalcsillag” Rehabilitációs Otthon

Az otthont az Evangéliumi Pünkösdi Közösség alapította, mint önálló jogi személyiségű szervezetet, 1994-ben.

Az országban egyedüli, női és kismamás, bentlakásos szenvedélybeteg – főként drog és alkohol – és halmozottan hátrányos helyzetű családok problémái megoldásának elősegítésére alakult intézmény.

Először 8 főre volt engedély, majd 14 főre, jelenleg pedig 18 fő felnőtt női betegre, és 2000. január 1-től „Családok Átmeneti Otthona”-ként is hivatalosan működik 7 fő gyermeklétszámmal.

Az otthon kizárólag az önkéntesség és a motiváltság alapján működik, aki nem mutat együttműködési készséget gyógyulása érdekében, az nem nyerhet felvételt.

A tevékenység fő célja az, hogy a drog és alkoholbetegeket, valamint a halmozottan hátrányos helyzetű családokat, a lelki gondozás és a terápiás munka segítségével megpróbálják visszavezetni a teljes értékű családba, végső soron pedig a társadalomba, hogy hosszú távon hasznos munkavégzésre legyenek alkalmasak.

Az otthon a fenti címen saját tulajdonát képező, családi házas ingatlanon fejt ki tevékenységét, ezen túlmenően a Dunaharaszti, Határ úton lévő ipartelepen rendelkezik még egy na-

gyobb területű saját ingatlanal is. Ezen az ingatlanon, részben saját erőből, részben pályázatok útján nyert anyagi forrásokból felépítettek egy 4 hajós gombapincét, mely terápiás munkahelyként szolgál és jelenleg is működik. A megtermelt gomba döntő többségét egy másik termelő üzemmel közösen exportra viszik.

Tapasztalataik azt mutatják, hogy a terápiás munka a gyógyulás igen hatékony és áldásos elősegítője, mivel azon túlmenően, hogy némi jövedelem megszerzésére ad lehetőséget, hozzásegít a gondozottakat a rendszeres kötelezettség teljesítéséhez, ugyanakkor az elfoglaltság és lekööttség miatt nem foglalkoznak saját egyéni problémáikkal, tragédiáikkal, félresiklott életükkel.

A terápiás munka mellett a gondozottakkal kötött megállapodás alapján tervszerű lelki gondozási és személyiségfejlesztő program folyik természetesen a fenntartói jellegből adódóan szigorúan vallásos alapon. Az otthon mindenki számára nyitott, nincs gyakorló vallásszűzghoz való kötöttség, de a foglalkozásokon való részvétel konzultatív jelleggel kötelező. Itt mindenkinek tiszteletben tartják meggyőződését, hitvallását, ugyanakkor a meggyőzés eszközével igyekeznek rávilágítani a tanítás és életszemlélet helyességére, ami eddig hatásosnak bizonyult. Több példa van arra, hogy gondozottak önként jelezték az egyházhoz való elkötelezettségi szándékukat.

Minden gondozotról részletes dokumentációt vezetnek, mely tartalmazza a demográfiai, addiktológiai, fejlődési és életvezetési általános egészséggel kapcsolatos jogi és a gondozott szándékaira vonatkozó információkat, valamint a program során a változás (esetleges visszaesés) adatait.

Rendszeresen tartanak hatékonyság vizsgálatot és annak megfelelően a programban módosításokat hajtanak végre.

Az otthon egyik alapelve az emberi jogok tisztelete és a fizikai, pszichikai, morális kényszerítés minden formájának teljes kizárása.

A betegnek joga van a programba önkéntesen bármikor belépni, a programban bármikor megmaradni és onnan bármikor önkéntesen kilépni, ha erre nézve végleges szándékát ki nyilvánítja.

Maximálisan kihasználják a közösség jellemformáló erejét, mely elősegíti a közösségbe való asszimilációt, a kíváncs és nemkíváncs viselkedés következetes pozitív és negatív megerősítését, stabil érték és normarendszer alapján.

Az intézet statisztikai adatai:

Az intézetben 1986-tól 2001-ig kezelt betegek létszáma 201 fő.

Részletezésben 1994-től van csak nyilvántartás, ettől az időponttól kezelésben volt 134 fő.

Két hétig volt az intézetben	30 fő, ebből gyógyult	1 fő (3%).
3 héttől két hónapig volt az intézetben	31 fő, ebből gyógyult	2 fő (6,4%)
2 hónaptól 6 hónapig volt kezelésben	30 fő, ebből gyógyult	8 fő (26,6%)
6 hónaptól egy évig volt kezelésben	19 fő, ebből gyógyult	15 fő (79%)
Egy évnél tovább volt kezelésben	1 fő, ebből gyógyult	6 fő (54,5%)

Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Támogató Alapítvány – KIMMTA, Zsibrik

A Zsibriki Otthon 1990 májusában nyitotta meg kapuit a gyógyulni vágyó drogbetegек előtt. Létrejött az akkori hidasi lelkészházaspárnak köszönhető, különösen Victorné Erdős Eszter református lelkésznek, aki az akkor már évek óta működő Ráckeresztúri Otthon meg-alapításában és a Kallódó Misszió munkájában országos elismert szakembernek számított.

Zsibrik a kezdetektől hangsúlyozza a munkaterápia személyiségformáló hatását. Ennek alapján az Otthon házai és a hozzájuk tartozó kertek, földterületek, valamint állatok karban-tartása és ellátása a mentorok és a gondozottak közös feladata.

Az Otthon jelenlegi működése:

Zsibrik 20 férőhellyel működik, javarészt kábítószerfüggőkkel feltöltve, de mivel drognak tartják az alkoholt is, felvesznek alkoholbetegeket is. A tapasztalatuk az, hogy bár nagyrészt eltérő korú, „kultúrájú” emberekről van szó, létrehozható az együttműködés azoknál, akik-nél a terápia más vonatkozásaiban is eredményes. A különbözőség hangsúlyozása azoknál a betegek-nél hangsúlyos akik egyébként is nehezen adják fel régi drogos, vagy alkoholista identitásukat.

Hitvallásuk, hogy az élő hit személyiségformáló hatása többet jelent minden módszernél és terápiás metódusnál, mert túlmutat az emberi lehetőségeken és az élet végéig tart. Ha a gyülekezeti közösséget talál valaki, akkor a re-szocializációjának országos hálójá van. Sőt, felekezetekből is választhat, habitusának, igényének megfelelő. (Karizmatikus és konzerva-tív keresztyén gyülekezetek egyaránt vannak Magyarországon.) A legmagasabb szintje a te-rápiának, ha valaki a szenvedélybetegség specifikus személyiségtorzulásaiból felépülve, megtér Istenhez és a terápia végével gyülekezeti közösséget talál.

Zsibriken, mivel a Misszió-n belül drogbetegек kezelésére szerződnek gondozottakkal, a legfontosabb feladat a dependens személyiség helyreállítása, az érzelmi és szellemi önállósá-g elérése.

A stáb tagjai a fenti munkát hitbéli elkötelezettségtől és felelősségtől motiváltan vállalták el. Az Otthon hétköznapijai a keresztyén életgyakorlat és értékek képviseletében telnek, (kö-telező reggeli áhítat, bibliaórák, evangelizációk, istentiszteletek) mivel a gyakorlatban akar-ják megismertetni a hitben elkötelezett életet. Emellett biztosítják a védett környezetet, a folyamatos terápiás foglalkoztatást a munkaterápiában, a személyes lelki-gondozásban a lel-ki, személyiségváltozást előhívó támogatást és vezetést. Az Otthon önségítő csoportként is működik, amennyiben a terápiában előjárók felkarolják a kezdőket. Az első a negyedik és a nyolcadik hónap végén összefoglaló önértékelést készít a gondozott magáról, fejlődéséről, kapcsolati rendszeréről, amit mindenki előtt felolvas. Az elhangzottakat a gondozottakkal közösen értékeli. A kimenők fokozatosan szembesítik gondozott barátaikat azzal, mennyit erősödött. Három hónap elmúltával heti másfél-két órás visszaesés megelőző csoporton be-széli át azokat a témákat, amelyek a legnagyobb rizikófaktor-t jelentik a talponmaradásban. Ha valaki kéri és az otthon is felelősségteljesnek látjuk a kérését, hitmélyítő lelkigyakorlaton lehet részt venni, valamint konfirmációra, keresztelésre felkészítést is történik azoknál, akik ezt külön kéri-k.

Nem kötik ki sem a felvételnél, sem a terápia alatt vagy után a református elkötelezettséget, viszont az Otthon jellegéből adódik, hogy a terápia 8 hónapja alatt a református felekezet sajátosságai érvényesülnek.

Akik kikerülnek az Otthonból, azokkal a jelenlegi gondozottakkal közösen a Régi Fiúk Napját tartják kéthavonta a Budapesti Németajkú gyülekezetben. Évente kétszer Hozzáértő Napjára hívják a szülőket, hozzátartozókat.

Az intézet statisztikai adatai:

Az intézetben 1990-2001-ig kezelt betegek létszáma	327 fő.
Kezelés befejezése előtt elhagyta az intézetet	234 fő.
Befejezte a programot	73 fő.
Tartósan józanul él	66 fő.

Magyarországi Református Egyház Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Ráckeresztúri Drogrehabilitációs Otthona

A Magyarországi Református Egyház Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió (KIMM) 1983-ban alakult.

A Ráckeresztúri Drogterápiás Otthon kábítószeres fiatalok gyógyítására, kezelésére, érdekképviselésére és segítésére jött létre 1986-ban. Klienseik túlnyomó része ópiát fogyasztó, ezen belül is az utóbbi években elsősorban heroinfüggők kezelését végzik.

Az alap: A drogfüggőséget egy olyan betegségnek és rabsági helyzetnek tartják, mely az ember egész egzisztenciáját érinti, s amely messze túlmutat a drog biokémiai hatásmechanizmusain. Hitükből és a narkomániára vonatkozó tapasztalataikból következik, hogy a drogterápiát Isten szabadító evangéliuma, a szakmai ismeretek és tapasztalatok egésze, illetve az emberiesség és szeretet kötelező parancsa egységében látják és kívánják végezni a terápiás közösség keretein belül.

Az Otthon célja: Az Otthon a fizikai méregtelenítés után, magát drogmentes közösségként értelmezve szakmai és emberi segítséget nyújt az oda jelentkezőknek abból a célból, hogy a lakók saját életdöntésük alapján a munkatársi kör és a terápiás közösség támogatásával megszabadulhassanak a kábítószer szenvedélybetegségéből. Céljuk nemcsak a drogmentes, de az önhordozó, a szenvedélybetegségtől való esendőség alól megszabadult teljes értékű életvezetés kialakítása.

A terápia alappillérei:

Keresztény program, családi együttélés, munkaterápia, erősen strukturált közösségi élet.

Közösségi életük alapja a szereteten alapuló szolidaritás. Ezért Otthonukban nem lehetséges semmifajta erőszak (sem testi, sem lelki) alkalmazása, alkohol vagy kábítószer fogyasztása (annak bármely formájában).

A terápiás program felépítése:

A terápiás szerződés 1 évre szól.

A Programot bármikor meg lehet szakítani és az Otthont el lehet hagyni, hiszen a terápiás szerződés megkötése, fenntartása és eredményessége is az együttműködés szándékán és az önkéntességen múlik. A program próbaidőből és három fázisból áll. A próbaidő után a lakó a munkatársi körből mentort kap, aki a terápia alatt legszemélyesebb segítője, támogatója, érdekvédője, de egyben kritikusa is.

Az intézet statisztikai adatai:

Az intézetben 1997-2001-ig kezelt betegek létszáma	87 fő.
Elhagyta az intézetet	48 fő.
Befejezte a programot	26 fő.
Tartósan józanul él	22 fő.

Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat „Dr. Farkasinszky Terézia” Ifjúsági Drogcentrum Előzmények:

1987. március 01-től megkezdte működését a Drogambulancia.

Szolgáltatások:

Rehabilitáció (terápiás közösségi modell, elsősorban a több éve ópiátokat használók számára, 1-1,5 éves program keretében), a szolgáltatás ingyenes, a felvételi kritériumok önkéntesség, sikeres detoxikáció, az intézményi keretek vállalása

Az intézet statisztikai adatai:

- A kezelésre jelentkező kétharmada ópiátokat használ.
- Az ópiátokat használók 60%-a rendszeres intravénás droghasználó
- Az intravénás droghasználók 40%-a osztott túhasználó
- A kínálati oldal kiépülése nem csak az ópiátok állandó jelenlétét biztosítja, hanem az olyan mennyiségben van jelen, hogy a droghasználat átlagos életkorát az egyre fiatalabb korosztályok felé tolja
- A foglalkozást tekintve magas a munkanélküliek aránya
- Az ópiátok használata miatt a fiatalok közel 50%-a nem fejezi be az iskolát
- A kezelésre jelentkezők több mint 40%-a napi droghasználó
- Legalább két éve folyamatos droghasználó a kliensek 45%-a
- A 18 életév alatt kezdte el a droghasználatot a kliensek több mint 60%-a
- A 18 életév előtt kezd el intravénásan is drogokat használni a kliensek közel 50%-a

Leo Amici Alapítvány – Komló

A pécsi székhelyű Leo Amici Alapítvány a drog-rehabilitációs munkáját 1992 óta végzi, akkor nyílt meg az alapítvány rehabilitációs intézete Komlón.

A Leo Amici Alapítvány rehabilitációs intézete elsősorban a droghasználat kapcsán - pszichológiailag, morálisan, jellembélileg és testileg is – szembetűnően deteriorizálódott, hosszabb, személyiségkorrekciót is magában foglaló kezelést igénylő drogfüggők fogadására nyitott. Az intézet anyagi és személyi ellátottsága elégséges a működéshez, azonban a

férőhelyek bővítése elengedhetetlennek látszik ahhoz, hogy az intézet valóban betölthesse a vállalt feladatát.

Személyzet: talpra állt szenvedélybetegek, szociális munkás, jogász, pszichiáter addiktológus, belgyógyász szakorvos. A szeretetteljes, gondoskodó, a személyiség érését segítő, világos korlátokat és kereteket, a spirituális értékeket, az alázatot és tisztelet fontosságát, mint intézetünk leglényegesebb ismertetőjeleit a segítő-stábben dolgozó talpra állt szenvedélybetegek a saját példájukkal képviselik a kezelésben lévők talpra állításának érdekében. Az intézményünk terápiás közösség. Munkájuk szemléleti alapját a szociális tanulásmélet képezi, fő terápiás hatóerőnek a modellhatást tekintik.

A megfelelő nyugat-európai terápiás protokollokból merítő, azokat felhasználó szintetizáló rehabilitációs tevékenységben a csoport, milió és szocioterápia mellett kiemelt szerepet kap a színházterápia.

Különösen eredeti és jó hatásfokú az a megelőző tevékenység, melyet az intézet gondoztaiból álló színicsoporthoz tartozók folytatnak. „Programelőadásokkal” meghívások nyomán bejárják az ország különféle oktatási és kulturális intézményeit. A színházterápiás módszert az intézetbe Dr. Georges BAAL francia színházterapeuta vezette be. A módszer a test és hang kifejezésein, az improvizáción, a szövegeken elvégzett munkákon és egy olyan folytonosságon alapul, mely a spontán kifejezésektől kezdve egészen a színrevitelig, illetve a színi-előadásokig is mindent tartalmaznak. A pontos technikák alárendelődnek a csoportmunkának, ahol a bizalom fejlődése, a mások megismerése, a résztvevők közötti konstruktív kapcsolatok kialakítása a kollektív alkotást és közös katarzist eredményezik. A színi-előadások a siker ízét, a csoport társadalom felé történő nyitását és egy olyan erős bázist nyújtanak, amely megkönnyíti a társadalomba való beépülést is.

A szülők, hozzátartozók csoportterápiájában a drogfüggő páciensekkel és hozzátartozóikkal folytatott munka célja, hogy a család tagjai nagyobb fokú kontrollt nyerjenek az életüket befolyásoló, megpecsételő függőségi minták felett.

Relapszus prevenciók csoportterápia: A kezelést eredményesen befejezők az intézeti életből továbblépő felépült szenvedélybetegek csoportformája. A tartós józanság az új beállítottság az újfajta gondolkodás megőrzésétől függ, az új viselkedés és szokások rendszeres megerősítésével, hogy megelőzhető legyen a régi viselkedések, gondolkodások visszatérése, felélése. Önszegítő csoport egy budapesti és komlói csoportban. A budapesti csoport a Megálló Egyesületen belül működik, a Leo Amici Alapítványnál talpraállt szenvedélybetegek igen aktív szervezésében.

A Leo Amici Alapítványnál a hazai viszonylatban páratlannak tűnő terápiás kultúra alakult ki, mely alkalmas kezelésüket kérő szenvedélybetegek fogadására és gyógykezelésére.

Az intézet statisztikai adatai:

Az intézetben 1993-2001-ig kezelt betegek létszáma 117 fő.

A programot elhagyók száma 87 fő.

A kezelési programot befejezte 36 fő.

A programot elhagyta, de józanul él	26 fő.
A programot befejezte és józanul él	30 fő.

Békés megyei Képviselőtestület Módszertani Szociális Otthon Szenvedélybetegek Rehabilitációs Otthona Nagyszénás

Az otthon 1998. 07. 02.-án került átadásra. Az intézmény állami támogatással működik, terápiás közösségi modell alapján. A bekerülést felvételi beszélgetés előzi meg.

Jelentkezési feltételek: Több éve fennálló súlyos függőség, 18-40 közötti életkor, detoxikáció, munkavégzésre való alkalmasság és kellő motiváció a hosszú ideig tartó terápiára.

Felvételt kizáró okok: Motiváció hiánya, értelmi fogyatékoság, súlyos egészségkárosodás, ideg, vagy elme működési zavar.

Az intézményben drog, alkohol és játékfüggő fiatalok kezelése folyik.

Terápiás közösségi modell alapján dolgoznak, melynek lényege a társadalom által elfogadott viselkedési normák elsajátítása a személyiségjegyek átalakításával. A sikeres terápiához min. 13 hónapra van szükség. A közösség tagja saját talpra-állításának aktív részese. Pontos napi és házirend segít a beilleszkedésre, az alkalmazkodásra való képességet, egy új életforma elsajátítását.

Az intézet statisztikai adatai:

Az intézetben 1998-2001-ig kezelt betegek létszáma 171 fő.

Elhagyta az intézetet 130 fő.

Programot befejezte 27 fő.

Programot elhagyta, de józanul él 23 fő.

Programot befejezte és józanul él 37 fő.

Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége (MADRISZ)

Ráckeresztúron 1995 májusában megalakult a Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége (MADRISZ), melynek célja a magyarországi drogterápia területén működő intézmények összefogása, szakmai öntudatának erősítése és a szakmai szolidaritás kialakítása. Feladata az intézmények és munkatársak és a kliensek érdekeinek képviselete és védelme, a tagok tudományos és szakmai képzésének elősegítése.

A MADRISZ tagja lehet bárki, de eddigi tevékenységében elsősorban a drogterápiás intézetek és azok dolgozói vettek részt.

Források:

Tímár Cs. (2002). Rehabilitációs intézmények és rehabilitációs programokban részt vevők jellemzői. Kézirat.

8.4. Reintegrációs programok

CSÉPÁNYI GABRIELLA – OLASZY CSABA – MILETICS MARCELL

Az egészségügyi és a szociális ellátás elérhetőségének, fogadókészségének és hatékonyságának növekedése, a – drogproblémák (droghasználók és családtagjaik) kezelésében – „kezelési spektrum” teljes kiépülése – megfelelő kapacitással – a Stratégia hosszú távú céljai között szerepel.

Mint a Nemzeti stratégia is több helyen megállapítja, Magyarországon a terápiás lánc minden eleme mennyiségileg és bizonyos szempontból minőségileg is alulfejlett, a lánc több eleme hiányzik. A kezelési spektrum súlyos kapacitási gondokkal küzd, emiatt a korai kezelésbevétel és a rehabilitáció-utókezelés szinte teljesen megoldatlan. A hiányok felszámolása már rövid távon is sürgető feladat, azonban a hátrányok – beleértve a képzett és anyagiilag megbecsült szakemberek létét – olyan nagyok, hogy a „kezelési spektrum” teljes kiépülése csak hosszabb távon képzelhető el.

A Nemzeti stratégia a szenvedélybetegek szociális ellátásának fejlesztését, a differenciáltabb intézményi ellátások állami támogatását kiemelt célnak tartja (elsősorban a területi és a nappali szociális ellátások bővítését).

Ilyen programok jelenleg vidéken félutas ház néven, vagy különböző – főleg civil szervezetek, illetve egyházak által működtetett – nappali intézményekben működnek. E tekintetben azonban a hazai kezelőhálózat jelentős fejlesztésre szorul. A drogfüggők arányához képest nagyon kevés a bentlakásos reintegrációs intézmény.

Bentlakásos reintegrációs programok

Magyarország területén a drogfogyasztók rehabilitációját követő bentlakásos reintegrációs ellátási formája jelenleg csak két intézményben működik.

Keszüi félutas ház

Az első ilyen intézményt a Pécsváradi Rehabilitációs Otthon nyitotta meg 2000 januárjában nyolc férőhellyel. A félutas háznak nevezett intézmény leggyakrabban az alapító rehabilitációs otthonból veszi fel gondozottait, elsősorban olyan leszokott szenvedélybetegeket, akiknek a józanság megtartása egyéb lakhatási körülmények között veszélyeztetve lenne. A lakók részére különböző programok állnak rendelkezésre: külső munkahelyeken dolgozhatnak, képzéseken vehetnek részt, valamint az intézmény által létrehozott belső, védett munkahelyen is dolgozhatnak. A védett munkahelyen történő munkavégzésért munkabért kapnak. A gondozottakkal történő egyéni megállapodás szabályozza, hogy ki mennyi ideig maradhat a félutas házban.

Diótörés Alapítvány

Az alapítvány egy 1995-ben elnyert, PHARE által is finanszírozott „pilot project” szerkesztésű folytatásaként jött létre 1997-ben. Az alapítvány küldetése a névválasztásban érhető

leginkább tetten, hiszen a szakembergárda és a célcsoport (fiatal, még egyedülálló, volt állami gondozott, szerhasználat, személyiségproblémákkal érintett hajléktalanok) tagjai közösen adták a Diótörés nevet az alapítványnak. Az alapítvány a fenti célcsoport számára célozta meg a komplex szociorehabilitációs szolgáltatási vertikum kiépítését. A PHARE által finanszírozott projekt, mely lehetővé tette a know-how kidolgozását, az ún. innovációs pályázatok között nyerte el a támogatást. Az alapítvány, mely a know-how birtokosa, küldetését a fenti célcsoport számára kiépítendő teljes és országosan felvevő szolgáltatási vertikum működtetésében fogalmazta meg, a hajléktalanságból tartósan kivezető utak biztosítása érdekében. Stratégiája e komplex rendszer kiépítésére, működtetésére és terjesztésére irányul. A teljes szolgáltatási vertikum az alábbi elemekből áll:

- A) Kommunikációs/diszpécser szint
- B) Kortárssegítőkkal megerősített önszervező csoport szintje (Dióérett Csoport)
- C) Képzési szint
- D) Rehabilitációs otthon és félutas ház szintje (Dióhéj és Diófa Otthon)
- E) Támogatott, önálló lakhatás szintje.

A Dióhéj Otthon félutas ház szakmai átadása, 1999 áprilisa óta biztosítja a célcsoport tagjai számára a D) szintet 11 utógondozói férőhellyel, országos hatáskörrel, valamint 2002. március 8-tól a Diófa Rehabilitációs Otthon szintjét, 18 férőhellyel.

A vonatkozó jogszabályok legkorábban 2003. január 1-jétől teszik lehetővé a reintegrációs intézmények normatív finanszírozását, szenvedélybetegek lakóotthona néven.

A jelenleg végzett szolgáltatásokat az alapítvány saját szakembergárdájával: diplomás szociális munkásokkal, szociológusok, gyógypedagógusok, drámapedagógusok, laikus és kortárssegítők, mentálhigiénikusok, addiktológusok stb. segítségével oldja meg. Az elsődleges célcsoport tagjainak nyújtott fenti szolgáltatásokon túl célnak tartják a minél teljesebb szakmai és laikus közönséggel történő kommunikációt a társadalmi szemléletformálás érdekében.

Az alapítvány 2001-ben szállást biztosító telephelyein és folyamatosan működtetett szolgáltatásai mentén nappali és bentlakásos, egyszeri és folyamatos segítséget nyújtott mintegy 200 hajléktalan volt állami gondozott, egyedülálló, fiatal személy számára.

A Diótörés Alapítvány 2001-ben folyamatosan üzemeltette bevezetett szolgáltatásait a volt állami gondozott hajléktalan, szerhasználó vagy a szerhasználattal érintett fiatalok komplex szociorehabilitációja érdekében.

A Diótörés Alapítvány a Dióhéj Otthon működtetését az állami normatívából végzi. Esetükben nincs fenntartó önkormányzat, amely a szociális, illetve gyermekvédelmi feladatokat ellátó intézmények esetén az egész országban élő gyakorlat alapján a normatíván fölül kiegészíti a tényleges bekerülési összeg erejéig az intézmények finanszírozását.

Az alapítvány 2001-ben biztosította az összes eddig is üzemeltetett szolgáltatását a Dióhéj Otthon egyre bővülő férőhelyein és a támogatott alberletekben.

Az idén létrehozott, de 2000-től kialakítás alatt álló Diófa Rehabilitációs Otthonban az alapítvány tevékenységéhez, munkatársaihoz erős szálakkal kötődő, volt állami gondozott, hajléktalan, általában roma származású, a szakirodalomban politoxikománként definiált, de tulajdonképpen szipus (szerves oldószert szippantó) személyeknek végzik a tartós, ezért hatékony és társadalmi szempontból költségkímélő rehabilitálását 18 férőhelyen.

A szerhasználók között a kitüntetett módon szerves oldószert szippantók a drogbetegeket páriái. A legképzetlenebb, az önérdek-érvényesítés alacsony fokán álló, szegény és kapcsolat nélküli fiatalok ők, akik között igen magas a volt állami gondozottak aránya. Többségük – kikerülve a gyermekvédelmi gondoskodásból – a hajléktalanszállókra jelentkezik. Schol nem kapnak releváns ellátást, hiszen a gyermekvédelem örül, hogy megszabadul ezen problémás fiataloktól, s – amennyiben létezik – az utógondozói ellátást nem ajánlják fel nekik, és az érintett fiatal is örül, hogy megszabadulhat gyűlölt intézményétől. A szociális terület nem tekinti ügyfélnek őket, hiszen ott orvosi problémaként jelennek meg. Az egészségügyben – tapasztalataink szerint – nem tudnak a probléma gyökeréig leásni, hiszen a hagyományos terápiás eszközök nem erre a célcsoportra dolgozódtak ki.

A fiatalok – kallódva az intézmények között – az utcán és a különböző tereken, látványos, a társadalom számára ijesztő módon „szipuznak”, veszélyeztetettek és veszélyeztetők. Ők a bűncselekmények potenciális áldozatait és elkövetőit egyben.

Az ellátatlan fiatalok a különböző intézményekben nem jutnak hatékony és tartós segítséghez, hiszen a komplex probléma egy-egy vetületét érintik csak. A Diótörés Alapítvány, mivel holisztikus módon, interdiszciplináris megközelítésben dolgozik, szakembereit nem ágazatspecifikusan válogatja össze, ezért eddig is és ezután is rugalmasan tud reagálni az ilyen és ehhez hasonló problémákra.

Az állami gondozásban töltött – esetenként teljes eddigi – élet ideje alatt sok mindent tanultak, jelentős részük szakmunkás-bizonyítvánnyal is rendelkezik, de nem sajátították el az önálló életvezetéshez okvetlenül szükséges elemi készségeket, nem képesek döntéseket hozni még a mindennapi élet szintjén sem. Jelentős részük számára a szakmaválasztást is az adott intézet lehetőségei határozzák meg. Nem rendelkeznek minimális munkavállalói készségekkel sem, konfliktustűrő képességük gyenge, befolyásolhatóak, jelentős részük rendszeres droghasználó, sokan a kriminalitás határán mozognak. Egyfelől tisztában vannak helyzetük tarthatatlanságával, másfelől nem látnak követhető és követendő mintát a változásra.

- Az alapítvány mintegy 200 fiatallal került kapcsolatba 2001-ben.
- A fiatalok mindegyike érintett valamilyen szinten a szerhasználattal.
- A fiatalok szinte kivétel nélkül születésük óta állami gondozottak voltak.
- A fiatalok szinte kivétel nélkül (90-95 %)roma származásúak.
- A fiatalok – bár min. 8 osztályos végbizonítvánnyal rendelkeznek – funkcionális analfabéták.

A normatív finanszírozás megvalósulása lehetővé teszi, hogy 2003-tól több civil szervezet is kezdeményezze bentlakásos reintegrációs program létrehozását.

A harmadik ilyen intézményt Magyarországon a Baptista Szeretetszolgálat Alapítvány nyitja meg 2003. január 1-jén Debrecenben, Boldogkerti Lakóotthon néven.

A tervezett intézmény jelenleg berendezett, kulcsrakész állapotban a működési engedély megszerzéséhez szükséges közigazgatási eljárás alatt áll. A Boldogkerti Lakóotthon létrejöttét a Gyermekek-, Ifjúsági és Sportminisztérium támogatja.

Nappali ellátást biztosító reintegrációs programok, önszegítő csoportok

Az első ellentmondást a magyarországi gyakorlat és a szakirodalom közt az önszegítő meghatározásában találhatjuk. Talán a legelterjedtebb a Katz és Bender (1976) -féle definíció, akik a következőképpen határozzák meg az önszegítő csoportokat: „Az önszegítő csoportok a kölcsönös segítségre és egy speciális cél elérésére alakult önkéntes kiscsoportstruktúrák. Rendszerint azonos élethelyzetű emberek hozzák létre, egymás kölcsönös segítségére. Társulásuk célja egy közös szükséglet kielégítése, közös fogyatékosság vagy életbevágó probléma leküzdése, a kívánt társadalmi, illetve személyes változás előidézése. Az ilyen csoportok kezdeményezői és tagjai úgy látják, szükségleteiket nem teljesítik, avagy nem tudják teljesíteni a meglévő szociális intézmények...”

Az önszegítő csoportok a szemtől szembeni interakciókat és a tagok személyes felelősségét hangsúlyozzák. Gyakran anyagi segítséget és érzelmi támogatást egyaránt nyújtanak, gyakran egy „ügyre” orientáltak, és olyan ideológiát vagy értékeket hirdetnek, melyek révén tagjaik fokozottabb mértékben nyerhetik el személyes identitásukat. Ehhez a szerzők még hat sajátságot gyűjtöttek egybe:

1. az önszegítő csoportoknál mindig fennáll a szemtől szembeni interakció;
2. az önszegítő csoportok létrejötte mindig spontán (azaz, nem külső csoport hozza ezeket létre);
3. a személyes részvétel rendkívül fontos alapkövetelmény; a bürokrácia ellentétben áll az önszegítő csoportok jellegével;
4. a tagok megállapodnak bizonyos tevékenységekben és ezekben részt vesznek;
5. a csoportok rendszerint kompetencia hiányból adódó állapotból indulnak ki;
6. a csoportok egy referencia csoport hiányát töltik be, a másokkal való azonosulás és kapcsolatfelvételi pont szerepét töltik be, alapot képeznek a tagok tevékenységéhez és az önerősítés forrásául szolgálnak.

E meghatározást és sajátságokat kiegészítenénk annyival, hogy egy önszegítő csoportban a segítő-segített szerepek állandó felcserélődésével valósul meg a résztvevők kompetencia érzésének erősödése, a hit abban, hogy önmagam gyógyulásának aktív részese, valós szereplője vagyok azaz, hogy képes vagyok önmagamnak és társaimnak egyaránt segíteni.

„E sajátságok alapján az önszegítő csoportok megkülönböztethetők a „a kölcsönös segítség”-re épülő csoportosulásoktól és azon megállapodásoktól, melyek politikai vagy gazdasági hatalommal rendelkezők között jönnek létre pl. szakszervezetek, kartellek, vállalati bizottságok, „öregfiúk” hálózata, baráti társaságok. Az önszegítő csoport a fentiek alapján elkülöníthetők a különböző önkéntes szervezetektől, pl. a „szolgáltató szervezetek”-től,

amelyeket hagyományos emberbaráti szándékok vezetnek. Ez a definíció kizárja ezenkívül az ideiglenes és nem tervezett természetes társulásokat is, pl. az együtt játszó gyermekek csoportját, a rövidéletű közösségeket, amelyek a természetes katasztrófák idején a szomszédok összefogásából jönnek létre, vagy pl. az encounter-csoportot -mindezekre jellemző, hogy nincs „közös problémájuk”, „specifikus céljuk” vagy „ideológiájuk”, és rendszerint ideiglenes jellegűek.”

Bár a fenti meghatározás elég világosan határolja be az önszolgáltató csoport fogalmát, ám bajba kerülne, ha a magyarországi önszolgáltató csoportokat a fenti kritériumoknak meg akar-nánk feleltetni, ugyanis ezek alapján két-három, kábítószereseket fogadó önszolgáltató csoport-nál többet nem tudnánk találni. E megállapítás korántsem lehangoló kritika, de azt jelzi, hogy fiatal demokráciánkban az önszolgáltató csoportok, mint sok minden más, nem, illetve csak ritka esetben tudtak a nyugatihoz hasonló fejlődési folyamat során létrejönni, és az itteni sa-játos folyamatnak a kezdetén vagyunk.

Nálunk hiányoznak a hagyományok és minták, melyek az önszolgáltató csoportok „születését” támogatnák.

A hagyományok hiányát így gyakran felülről kezdeményezett hagyományteremtéssel pró-bálják átívelni. Talán ez az oka annak, hogy az önszolgáltató csoportok, melyeknek egyik jelleg-zetessége, hogy spontán jönnek létre, hazánkban a legritkább esetben jöttek létre spontán, legtöbbször külső csoport, intézmény vagy szakember hozta létre őket.

A hagyományok hiánya nem csak a szenvedélybetegeket gátolja abban, hogy bátorságot merítve és saját jól felfogott érdekeiket szem előtt tartva egymás és önmaguk támogatására csoportokat hozzanak létre, de a szakma is kétkedve fogadta alakulásukat. A kompetencia-határokat igyekeznek a szaktudáshoz, tudományossághoz, diplomához kötni.

Az Ifjúsági és Sportminisztérium pályázati kiírásai között 2001-ben jelent meg először olyan program, mely kimondottan önszolgáltató csoportok létrehozására, működtetésére adott ösztönzést és anyagi támogatást. Ennek hallatlan előnye volt, hogy olyan csoportok is pá-lyázhattak, amelyek sem jogi személyiséggel nem rendelkeznek, sem olyan háttérrel, ami ezt biztosította volna számukra. E programra 51 pályamunka érkezett be, ebből 27-et ítélték támogatásra méltónak. Tekintve, hogy ez országos adat, azt feltételeznék, hogy minimálisan 27 önszolgáltató csoport működik az országban, ám az önszolgáltató definícióval ellátott csoportok korántsem ténylegesen azok.

Az eddigieket összefoglalva tehát azt kell mondani, hogy Magyarországon az „önszolgáltatás flottájának zászlóshajóit” főként szervezetek és szakemberek által alkotott csoportok jelen-tik, így azok léte függ az adott szervezet szándékától, stratégiájától, vagy az adott szakem-ber elkötelezettségétől, hitétől, ajánlásától. Mindemelllett kibontakozóban van a „tisztán” önszolgáltató csoportok önszerveződése, ám ezek még nem rendelkeznek olyan szervezeti szinttel, mellyel megfelelően képviselhetik érdekeiket, jobb esetben tudnak egymásról, alka-lomszerűen a tagok át-átjárnak egymás csoportjaira, ám jellemzőbb az elszigetelt működés, a „saját csoportom” ideológiájának erősítése és megvédése. Az elmúlt egy-két évben érez-

hető mind a szakma, mind a politika kiemelt erőfeszítése annak érdekében, hogy támogassák, könnyítsék az önségítő csoportok alakulását. Ez a terület jellemzői miatt – nevezetesen, hogy a drogosoknak, leálltaknak nem használniuk kell az önségítő csoportokat, hanem csínálniuk – épp az alakulások ellenében fejt ki a hatását, mert így „megint beülhetünk a készbe”, noha az önségítő csoportok megléte és kiegyensúlyozott működése elsődlegesen a józanságukat megőrizni kívánó szenvedélybetegek érdekkörébe tartozik.

Belvárosi Tanoda (BTA) Megálló Ház nappali ellátásos rehabilitációs és közösségi programja

A BTA Megálló csoportja egy többfunkciós nyitott házat működtet, melyben a programokat, szolgáltatásokat a mindenkori igényekre reagálva szervezik. A látogatások lehetnek esetiek, de aki azt választja, a napi programban, ellátásban is rendszeresen részesülhet. Fő célként tűzték ki a szenvedélybetegségek nappali ellátásos szociális intézményének létrehozását, egy, a törvényben meghatározott minimumfeltételeknél jóval komplexebb szakmai programmal, és az ehhez szükséges tárgyi feltételek megteremtésével. A program célja egész napos elfoglaltságot kínáló Rehabilitációs és Közösségi Ház működtetése, ahol személyközpontú módszerrel és a csoportterápia (munka, önismeret, alkotó-önségítő csoportok, sport, közösségi lét) hangsúlyozásával komplex életmódformálás és személyiségfejlesztés történik. Ezeken keresztül biztosítják az intenzív figyelmet, a szerhasználat abbahagyására irányuló motiválást, a személyközpontú gondozást, az egyéni fejlesztést és közösségi jellegű foglalkozást is. A rehabilitációs és közösségi program jellegében és a résztvevők tekintetében is két, egymást kiegészítő, ám részben elkülönülő tartalmi és tevékenységi körre bomlik.

Néhány ismertebb program: Megálló Est, független csoportok (NA), nyitott józanságcsoport, félutas program, Színház Megálló La Chesnaie-ben. A Ház minden hétköznap 9-21 óráig tart nyitva.

Evaluáció, statisztika

A reintegrációs programokban részt vevők számáról nincsenek pontos statisztikai adataink. A bentlakásos programokban részt vevők számát a férőhelyek határozzák meg (lásd fent), azonban a nappali ellátást biztosító, illetve az önségítő reintegrációs programok résztvevőiről, éppen az önségítés fogalmának eltérő hazai gyakorlati megvalósulása miatt, szinte lehetetlen számszerű adatokkal szolgálni.

Mivel ez a terület még csak most kezdett beépülni a hazai drogbetegellátás rendszerébe, ezért evaluációs vizsgálatnak még nincs értelme. Elsődleges cél ezeknek a programoknak a fejlesztése.

Források:

Csepányi G. (2002): A Diótörés Alapítvány 2001. évi tevékenysége. Kézirat
Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium (2002): A Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkárságának beszámolója a 2001. évben megvalósult támogatásairól. Szerk. Varga M.-Majzik B., Kézirat

- Katz, H. A. (1989): Önségítés és kölcsönös segítség. Új társadalmi mozgalom. In: Önségítő csoportok. Laikusok önkéntes társulásai a humán szolgáltatásban. Szerk. Fridli Judit. Közreadja az Országos Egészségvédelmi Tanács Bp. (Drogproblémák, 6.)
- Miletics M. (2002): Bentlakásos reintegrációs programok. Kézirat
- Olaszy Cs. (2002): Reintegrációs önségítő csoportok. Kézirat

9. Beavatkozások a büntető igazságszolgáltatás rendszerében

RITTER ILDIKÓ

A Nemzeti stratégia rövid távú céljai között szerepel a büntetés-végrehajtási intézményekből szabadult kábítószer-használók számára reintegrációs programok létrehozása, továbbá a büntetés-végrehajtás intézményrendszerén belül az egészségügyi részlegek bővítése, speciális elvonó, terápiás és utógondozó programok létesítése. Biztosítani kell az őrizetes, az előzetes letartóztatásban levő, a javítóintézetekben élő és a pártfogó felügyelet alatt álló drog-használók szakirányú ellátását is (mind egészségügyi, mind pedig szociális vonatkozásban).

Középtávú cél, hogy a büntetés-végrehajtás intézményeiből szabaduló kábítószer-használók számára a megfelelő mennyiségű és színvonalú reszocializációs, utógondozói program álljon rendelkezésre. A programok kidolgozása több (igazságszolgáltatási, szociális, munkaügyi, egészségügyi) intézmény együttműködését igényli. Fontos, hogy ezek a személyek ne kerüljenek a társadalom peremére, ne szoruljanak ki az oktatás és a munka világából, és esetleges visszaesésük valószínűsége csökkenthető legyen.

Hosszú távú cél pedig a büntetés-végrehajtás intézményeiből szabadult kábítószer-fogyasztók reintegrálása a közösségbe, elkerülve társadalmi kirekesztődésüket. Ehhez széles körű intézményhálózatra van szükség, együttműködve az egészségügyi és szociális ellátás szervezeteivel (pl. védett munkahelyek és szállások, átképzési programok, rehabilitációs programok stb.).

A büntetőeljárás alternatívájaként alkalmazható gyógyító-megelőző kezelés a Btk. 282. §-ának 1993. évi XVII. törvénnyel történő módosításával vált alkalmazhatóvá.

A Btk. 282/A. §-a alapján a jogalkotó a kábítószerrel visszaélés minősítésénél és a büntetési tételek meghatározásánál differenciált elbírálási lehetőséget biztosított a kábítószer-fogyasztó személyeknek. Ezen elkövetői körben a Btk. 282. §-ában megfogalmazott szabályokhoz képest tartalmazott eltérő rendelkezéseket a 282/A. §.

Az eltérés – a jogalkotó szerint – az elkövetési magatartásokban, a célzatosságban, a mennyiségekben, az elkövetés körülményeiben, illetve eredményében jelentkezik.

A 282/A. § a) és b) pontja büntethetőséget megszüntető okokat fogalmazott meg. Az idézett szakasz a) pontja szerint büntethetőséget megszüntető oknak minősült, ha valaki csekély mennyiségű kábítószerrel saját használatra termesztett, állított elő, megszerzett vagy tartott; b) pontja értelmében ha egy kábítószer-használó személy olyan, két évnél nem súlyosabban büntetendő cselekményt követett el, amely kábítószer-fogyasztásával volt összefüggésben. A bűncselekmény ez esetben lehet a kábítószer megszerzésének eszközcselekménye (beszerző bűnözés, jövedelemszerző bűnözés), de irányulhat a kábítószer-fogyasztás leplezésére is.

Ezekben az esetekben az elkövetőnek az elsőfokú ítélet meghozataláig hitelt érdemlő okirattal igazolnia kellett, hogy legalább hat hónapig folyamatos kábítószerfüggőséget megelőző vagy gyógyító kezelésben részesült. A törvény azonban nem kívánta, hogy a kezelés eredményre is vezessen, csak a kezelés tényét kellett igazolni.

A Btk. 282. §-nak, illetve a 282/A. §-ának szövegét az 1999. március 1-jén hatályba lépett az 1998. évi LXXXVII. törvény 62. §-ával módosították.

Szűkült a diverziós lehetőséget igénybe vehetők köre, jelenleg csak a kábítószerfüggő elkövetők számára adott ez a lehetőség. A jelenleg hatályos törvény értelmében nem büntethető a kábítószerfüggő személy, ha a hatósági előírások megszegésével kábítószer fogyaszt, illetőleg saját fogyasztás céljából tart; valamint ha csekély mennyiségű kábítószer saját fogyasztás céljából előállít, természet, megszerez; vagy ha a kábítószer-fogyasztásával összefüggő - kétévi szabadságvesztésnél nem súlyosabban büntetendő - más bűncselekményt követett el, feltéve hogy az első fokú ítélet meghozataláig okirattal igazolja, hogy legalább hat hónapig folyamatos kábítószerfüggőséget gyógyító kezelésben részesült. A függőség megállapítása az igazságügyi orvos szakértő feladata.

1999. március 1-je előtt lehetőség volt alkalmi fogyasztók esetén is alkalmazni az ún. elterelést, azonban a módosítással megszűnt számukra az elterelésben való részvétel lehetősége.

A vádemelés elhalasztása jogintézményt – ez a bírósági útról való elterelést foglalja magában – azonban az ügyész alkalmazhatja alkalmi fogyasztó elkövetővel szemben is, amennyiben a feltételek fennállnak. Eszerint 1 vagy 2 évre elhalasztják a vádemelést, az ügyész magatartási szabályokat ír elő az elkövetőnek (amely lehet a gyógykezelésen vagy megelőző kezelésen való részvétel is) és pártfogó felügyelet alá helyezi.

A kábítószerfüggőséget gyógyító vagy megelőző kezelésen a visszaélők jellemzően valamely egészségügyi intézményben, főleg drogambulancián, kórházban vesznek részt.

A büntetés-végrehajtás (bv.) intézményrendszerén belül elkészült a kábítószer-problémákkal küzdő elítéltek számára szükséges gyógyító ellátást nyújtó részlegek működési terve, megfogalmazódott a bv. drogstratégiája és beindultak a drogmegelőzési programok is. Kialakításra kerül egy háromlépcsős prevenció-terápiás rendszer a bv. intézményrendszerén belül a drogproblémákkal kapcsolatos speciális igények kezelésére.

Elkezdődött – angol támogatással – az előzetes letartóztatásban levő droghasználók szakirányú ellátásának tervezése, jelenleg folyik a jogi, technikai problémák tisztázása.

- A büntetés-végrehajtás (bv.) fejlesztési koncepciója tartalmazza a bv. kábítószer-ellenes stratégiáját is, amely a kínálat csökkentése (tehát a drog bv.-intézetekbe kerülésének megakadályozása) mellett célul tűzte ki a kereslet csökkentését. Javaslatot tettek a szabadságvesztés és az előzetes letartóztatás végrehajtásának szabályairól szóló 6/1996. (VII. 12.) IM rendelet (a továbbiakban: Rendelet) módosítására. Ez lehetővé tenné a drogprevenció részlegek kialakítását a bv.-intézetekben.
- A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága (BVOP) drogprevenció filmeket tartalmazó videokazettákat szerzett be, melyeket megküldött valamennyi bv.-intézetnek, így a fiatakorúak büntetés-végrehajtási intézeteibe is. A filmeket a fogvatartottak nevelők, pszichológusok közreműködésével tekintik meg, ezt követően megbeszélik a tapasztalatokat. A foglalkozásokról készített emlékeztetőket megküldik a Fogvatartási Ügyek Főosztályának.
- A büntetés-végrehajtás oktatási intézményeiben, valamint a Rendőrtiszti Főiskola Bv. Tan-
székén a képzés szerves része a kábítószerproblémával kapcsolatos ismeretek oktatása.

- A BVOP munkatársai Ausztriában és Angliában a helyszínen tanulmányozták a drogmentes körlet szervezési és működési lehetőségeit.
- A MATRA program keretében a holland partnerek bv. szakembereket képeztek és képeznek ki a kábítószer-problémakör kezelésével kapcsolatosan. A Hollandiában alkalmazott módszereket folyamatosan adaptálják a magyar viszonyokhoz.
- A bv. személyi állományának tagjai rendszeresen vesznek részt a Nemzetközi Rendvédelmi Akadémián (ILEA) szervezett képzéseken, ahol az USA FBI szakemberei oktatják a kábítószerrel kapcsolatos ismereteket.
- Három bv.-intézetben (Fiatalkorúak Bv. Intézete, Heves Megyei Bv. Intézet, BAZ Megyei Bv. Intézet) már több éve működnek különféle kábítószer-terápiás csoportok. Az elhelyezés vonatkozásában megoldást a kábítószer-rehabilitációs körletek kialakítása jelentene. Erre a rendelet módosításánál javaslatot tettek.
- A bv.-szervezet személyi állományának több tagja (orvosok, pedagógusok, szociális munkások) szereztek addiktológiai képzést másoddiplomás képzésben.
- A jogszabály-módosítási javaslattal együtt kidolgozásra került a kábítószermentes körlet működésének módszertana is. A Budapesti Fegyház és Börtönben kábítószer-függőséget gyógyító (elterelő) kezelés folyik egy erre a célra kialakított, speciális csoportban.
- A Fiatalkorúak Bv. Intézetében már működik drogrevenüciós csoport. Ezt a megyeszékhelyen tevékenykedő drogambulancia szervezte a bv.-intézet személyi állományának bevonásával.
- A büntetés-végrehajtás nem tervez sem tüssere-, sem metadonprogramot, mivel a jelenlegi helyzet ezt nem indokolja.

Források:

Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága (2002): A kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégia program rövid és középtávú céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról kiadott 1036/2002. (IV. 12.) Korm. határozat egyes pontjaiban az igazságügyminiszter irányítása alá tartozó büntetés-végrehajtási szervezetre meghatározott feladatok végrehajtásáról. Feljegyzés

Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására – A kormány kábítószer-ellenes stratégiájának koncepcionális alapjai. A 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat melléklete

10. Minősbiztosítás

A Nemzeti stratégia alapelvei között rögzíti az elszámoltathatóságot. A Nemzeti stratégia minden esetben feltüntet olyan eredményességi mutatókat, melyekkel a célok elérése vizsgálható, így teljesítésük áttekinthetővé és a költségfordítás ellenőrizhetővé válik. Meghatározott időközönként elvégezzük a Nemzeti stratégia felülvizsgálatát.

A Nemzeti stratégia sokdimenziós tárgyanak, a kábítószer-probléma teljes körű megközelítésének a számos országban már kipróbált és bevált „célprogram megközelítés” (target setting approach) rendszere adta az alapját, mely az Egészségügyi Világszervezet „Egészséget mindenkinek” stratégiáján alapul. A módszer egyik legfontosabb előnye, hogy segít meghatározni a világos stratégiai irányokat, az ahhoz tartozó célokat, megfogalmazza az ezen célok eléréséhez szükséges eszközrendszert, valamint megnevezi a stratégiai célok megvalósítását mérni hivatott eredményességi mutatókat és a hozzá tartozó monitorozási eszközrendszert. A módszer fontos eleme, hogy elősegíti a monitorozás, az értékelés rendszeres megvalósításával az elszámoltathatóságot. Ez adja meg a lehetőséget a korrekcióra.

A Nemzeti stratégia a magyarországi kábítószerhelyzet elemzéséből és a várható tendenciákból kiindulva fogalmazta meg egy átfogó és négy részletesebb célját. A Nemzeti stratégia elkészítésénél „hosszú távú”, „középtávú”, valamint „rövid távú célokat” határoz meg.

- **Hosszú távú célrendszer:** a 2009-ig elérni szándékozott célok megvalósításához szükséges cselekvések összessége. Az elkövetkező tíz év döntő lehet a kábítószerkérdés magyarországi kezelésének tekintetében. Ezért rendkívül fontos, hogy az általános cél elérése érdekében határozott célrendszerrel rendelkezünk. Ebből következnek a
- **középtávú célok**, melyek a 2000-2002 költségvetési évek vonatkozásában határozzák meg a tennivalókat.

A rövid távú célok a közvetlen előttünk álló és a középtávú célokat megvalósítani hivatott feladatokat sorolja fel.

Az egyes célcsoportok között természetes összefüggés van: a hosszú távú célokhoz rendeltük alá a középtávú célokat és azokhoz a rövid távúakat. A hosszú távú célok között olyanok is vannak, melyek a Nemzeti stratégia közvetett hatásaival számolnak, azaz nemcsak a rövid távú célrendszerben leírtak megvalósulását, hanem a társadalmi cselekvés indirekt hatásait is tekintetbe veszik.

A hosszú, közép-, illetve a rövid távú célokban szereplő pontok közötti viszony azonban nem egy az egyben feleltethető meg: a cselekvési terv egy akciója több célhoz is hozzájárulhat, de egy hosszú távú célt adott esetben csak több akcióval és több részcel (középtávú cél) megvalósításával érhetünk el. A cél elérésének méréséhez indikátorokat foglalmaztunk meg, valamint olyan módszereket, melyekkel ezek az indikátorok mérhetőkké, vagy legalábbis becsülhetőkké válnak.

Egy-egy indikátor – hasonlóan a rövid távú célok/célelérés problémájához – komplex folyamatokat és célelérést monitorozhat; ugyanakkor más esetben egy-egy cél elérését több indikátor egyidejű figyelemmel kísérésével vizsgálhatjuk. Sok esetben – tekintve, hogy a ki-

induláshoz használható pontos és megbízható alapadatok sem állnak mindig rendelkezésre – a célok elérését nem számszerűsíthetjük, hanem olyan általános fogalmakat kell használnunk, mint hogy az adott mutató „javuljon”, vagy az adott szolgáltatást igénybe vevők köre „bővüljön”. A Nemzeti stratégia melléklete tartalmazza a rövid távú célok és a monitorozás költségigényét, illetve a megvalósításban szerepet játszó államigazgatási intézményeket.

A Nemzeti stratégia végrehajtása, monitorozása és hatékonyságvizsgálata

A Nemzeti stratégia széles körű társadalmi **konszenzuson** kell, hogy nyugodjon. A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság feladata a Nemzeti stratégia végrehajtásának ellenőrzése, az egyes tárcák és az állami intézményrendszer működésének koordinálása, az ágazati szemléletek közelítése. A KKB feladata, hogy évente tájékoztassa a Kormányt a magyarországi droghelyzet alakulásáról és a Nemzeti stratégia megvalósulásának értékeléséről.

A végrehajtás eszközrendszerében a helyi kábítószerügyi egyeztető fórumok töltenek be fontos szerepet. Éves beszámolóikat a KKB koordinatív titkársága, a Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi Koordinációért Felelős Helyettes Államtitkársága összesíti. Ugyanez az intézmény a monitorozással kapcsolatban leírt (a monitorozás indikátorai és eszközrendszere) vizsgálatokat és adatgyűjtést kezdeményez, illetve folytat. Ezekből az adatokból, illetve a terület kulcsszemélyeivel folytatott interjúkból megállapítja a Nemzeti stratégia végrehajtásának és hatásának tapasztalatait, a végrehajtás során felmerülő nehézségeket. Ezeket a KKB felé továbbítja, mely tárcaszintű egyeztetésekkel igyekszik kiküszöbölni a problémákat. A KKB titkársága éves jelentést készít a Nemzeti stratégia végrehajtásáról és megvalósulásáról, a magyarországi kábítószerhelyzetben és a kábítószer-probléma kezelésével foglalkozó intézményrendszer működésében bekövetkező változásokról. Ezt a jelentést a KKB megtárgyalja és felhasználja a Kormány számára készített beszámolójához.

A KKB évente értékeli a Nemzeti stratégia megvalósulását, kétévente pedig elvégzetteti a Stratégia és az ellátóintézmény-rendszer átvilágítását és hatékonyságvizsgálatát. A kormány ugyancsak kétévente – első alkalommal az Országgyűlés 2001. évi őszi ülészakán – jelentést készít a Programban foglaltak megvalósulásáról az Országgyűlés számára.

Ennek a céljának megvalósítása érdekében a KKB igénybe veszi a módszertani, illetve más tudományos és kutatóintézetek eredményeit.

2001 májusában és októberében is sor került a Nemzeti stratégiában foglalt célok megvalósításának evaluációjára a parlament nyilvánossága előtt.

Programok, drogpolitikai eszközök evaluációja

2001-ben számos olyan program, vizsgálat történt, amelynek célja egyes, a kábítószer-probléma kezelését szolgáló drogpolitikai eszközök és/vagy területek monitorozása, evaluációja volt. Ezek a minőségbiztosítás célját szolgálták, és megalapozták a korrekció igényét és irányát is.

Egyes drogpolitikai eszközök működésének korrekciójára nemcsak a költséghatékonyabb programmegvalósítás, hanem hatásosságuk miatt is szükség van.

Le kell azonban szögeznünk, hogy egyes területeken csak az elmúlt egy-két évben indult meg a fejlesztés, illetve vonódtak be a kábítószer-probléma kezelésének színterére, így ezeknek a programoknak az evaluációja, monitorozása – csekély számuk és szűk kapacitási lehetőségeik miatt – még nem indokolt, sőt nem is lehetséges.

- 2001-ben sor került az iskolai prevenciók programok monitorozására. A vizsgálat – többek között – arra tett kísérletet, hogy a Budapesten elérhető (43) prevenciók programokat besorolja (kataszterizálja) a nemzetközi szakirodalomban is elfogadott kategóriák szerint, továbbá értékelje a programok elméleti háttérét a kataszter leíró információi alapján, e folyamatok eredményeként válassza ki az evaluációnak alávetendő programokat, vizsgálja a programok szervezeti jellemzőit és hatásosságát. (Paksi-Demetrovics, 2002).
- Sor került a Büntető törvénykönyv 1999. március 1-jén hatályba lépett módosításának monitorozására (Ritter, 2002).
- Megkezdődött a nemzetközi standardok alkalmazása. Az EüM támogatásával egy kutatás megvizsgálta az ASI (Addiction Severity Index) országos alkalmazásának lehetőségét. Az EU REITOX Focal Point kialakítása ugyanezt a célt szolgálja. A nemzetközi együttműködések keretében az európai epidemiológiai, kezelési, terápiás és evaluációs szempontok átvétele és alkalmazása folyamatosan történik.
- A Droginfo adatbázisának kialakítása (a drogproblémával foglalkozó szervezetek, intézmények információs bázisa – évente frissítve könyv formájában is megjelenik) többek között a közösségi programok értékelését is szolgálja. Továbbá a pályázati rendszer kialakítása, a támogatási programok elindítása egy csaknem teljes adategyüttes létrehozatalát tette lehetővé.
- Az iskolai integrált drogprevenció szellemében került sor az egészségtan tantárgyi modul, valamint az osztályfőnöki órák egészségfejlesztési tartalmának kialakítására, ennek eredményeképpen az általános iskola 6-8. évfolyamain évi 18 órát, valamint az 5-12. évfolyamokon az osztályfőnöki órák mintegy 1/3-át szükséges az említett tartalmakra és hangsúlyozottan a drogprevenció kérdéseire fordítani. Ezen túlmenően számos megelőzési eszköz, kiadvány, videofilm került kiküldésre az iskolákhoz, melyek prevenciók programok alapját képezik.
- Ugyancsak a megelőzési programok hatékonyságvizsgálata céljából a középfokú oktatási intézmények számára kiírt megelőzési programok támogatás keretében a teljes elért populációra (183 000 diák) vonatkozóan elő- és utóteszt formájában történik evaluációs felmérés, mely a programhatékonyság mérésére is alkalmas. Általános elv az, hogy a prevenciók programok rendszerszerű megvalósítása minden esetben folyamat- és eredményértékeléssel összekötött legyen.
- A kutatások és hatékonyságvizsgálatok, illetve megfelelő programok adaptálásának és kiértékelésének elvégzése a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet feladatai között szerepel. Ide tartozik továbbá a módszertani tanácsadás, új módszerek, technológiák kimunkálása az adott területen. Ezzel kapcsolatban többek között konferenciák, szakmai ta-

nácsadások megszervezésére, valamint egy fontos segédanyag kiadására került sor (Rácz József: Prevenációs programok értékelése, ISMertető, 2001).

- OM prevenációs csomagjai az iskoláknak: A jó társaközi együttműködés jegyében 2000 szeptemberében valamennyi magyarországi közoktatási intézmény (általános iskolák, gimnáziumok és szakképző intézmények) megkapták az OM prevenációs csomagját, ami oktatási segédanyagot („Mielőtt...” című videókazetta), annak feldolgozását, valamint az iskolai drogstratégia elkészítését segítő módszertani anyagot tartalmazott. A minisztérium számos kiadvány, prevenációs eszköz és megelőzési esemény megvalósulásához járult hozzá.
- Kialakultak és megerősödnek azok az drogbetegellátások, melyek egy átfogó, biopszichoszociális szemléleti keretben működnek, és az ellátások több szintjét is biztosítják (prevenációt is végző drogambulanciák, a kezelés „kontinuumára” törekvő programok). Megerősödni látszik a multidiszciplináris szemlélet, mely a kezelőszemélyzet szakmai, képzettségbeli differenciáltságát – az ellátás érdekében – feltételezi.
- Elkészült az EüM gondozásában a kábítószer-használókkal foglalkozó drogambulanciák értékelése, amit a többi, kábítószer-használóval foglalkozó egészségügyi intézmény átvilágítása követ.
- Civil szervezetek minőségkontrolljának kialakítása érdekében kutatási programok kaptak jelentős finanszírozást az utóbbi időben. A Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetsége ugyancsak elkezdte a rehabilitációs kezelési manuálok kialakítását.
- Elkezdődtek szakmai, akkreditált, háziorvos- (pontszerző) továbbképzések (egy magyar és egy amerikai adaptált program keretében).

Források:

Ifjúsági és Sportminisztérium (2001): Beszámoló az Országgyűlés számára a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program végrehajtásáról. Kézirat
Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására – A kormány kábítószer-ellenes stratégiájának koncepcionális alapjai. A 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat melléklete

A KANNABISZ-SZÁRMAZÉKOK FOGYASZTÁSÁNAK HAZAI ÉS NEMZETKÖZI JELLEMZŐI

Kenderkörút

DR. BAYER ISTVÁN

A kender (*Cannabis sativa*) az emberiség egyik legősibb kultúrnövénye. Valószínűleg közép-ázsiai eredetű és a Kasmirtól Asszamig terjedő himaljai térségben vadon termő fajból lett kultúrnövény Kínában, legalább ötezer évvel ezelőtt.

A középzásiai óhazából kiindulva kövessük nyomon a kannabisz termesztésének és használatának terjedését kelet felé Kínába, dél felé Indiába, nyugat felé az asszírok, a szkíták és az arabok közvetítésével Perzsián és a Közel-Keleten át Európába és Afrikába, majd a még távolibb Amerikába.

Terjedés kelet felé: Kína

Az archeológiai leletek egyértelműen bizonyítják, hogy a kender „kultúrélete” Kínában kezdődött.

Textil

Kínában fedezték fel a legrégebbi kenderleletet: a kenderből készített textil Kr.e. 4000 táján készült (Li és Lin, 1974) és Kr.e. 3000-re becsülik azoknak a fonalaknak és köteleknek a készítési időpontját, melyeket Turkesztán keleti (kínai) területén találtak (Fisher, 1975).

Egy Kr.u. 500 táján megjelent könyv – a Lu Si – azt az állítást tartalmazza, hogy Kína népét a Kr.e. 28. században uralkodott Sen-nung császár tanította meg arra, hogyan termeszkék a „ma”-nak nevezett kendert. A kiadvány a növény hímnemű és nőnemű alakját is leírja (Bretschneider, 1890-1891).

Élelem

A kendert ugyanakkor nem csak mint rostonövényt hasznosították a kínaiak: klasszikus botanikai leírások – Si-king (Kr.e. 10-7. sz.), Rh-Ya (Kr.e. 500), Csu-li (Kr.e. 200) és Li-csi (Kr.e. 100) – tanúsága szerint a kendermag ugyanolyan fontos szerepet játszott a mindennapi életben, mint a rizs, az árpa, a köles és a szójabab (Li, 1975). Régészek a Han dinasztia idejéből (Kr.e. 206 - Kr.u. 220) származó olyan nagyalakú kendermagokat fedeztek fel, melyek még ma is léteznek Kína északkeleti területén. A kendermagot ugyan már közel kétezer éve újabb növények kiszorították a kínai konyhából, de Nepál egyes részein még ma is ugyanúgy használják a kenderolajat és magokat étkezési célokra, mint a kínaiak az ókorban (Keng, 1974; Bouquet, 1950, 1951; Mia Touw 1981).

Papír

A kutatók sokáig úgy vélték, hogy a papírnak a felfedezése és bevezetése Caj Lun nevéhez fűződik, aki Kr.u. 105-ben kenderből készítette a császári udvarban az első papírt. Azóta viszont a Han dinasztiahoz tartozó, Kr.e. 104 és 87 között uralkodott Wu császár sírjában

talált leletek egyértelműen bebizonyították, hogy Kínában a papírgyártás már 200 évvel korábban ismert volt. Ezután több mint egy félévezreden át csak Kínában gyártottak papírt, és ezt a tudást csak a 7. század elején honosították meg Japánban buddhista szerzetesek (ők viszont már nem kenderből gyártották a papírt).

Gyógyszer

Bizonyítékok vannak arra, hogy kenderből készített gyógyszereket ősidők óta használtak Kínában. Rendkívül érdekes Bouquet-nek az a közlése, hogy egy, időszámításunk kezdete táján megjelent orvosi kézikönyv szerint a műtétek során helyi érzéstelenítésre egy Ma-Yo elnevezésű kender-készítményt használtak az országban (Keng, 1974).

Kábítószer

Nagyon kevesen hiszik azt, hogy a kínaiak nem ismerték a kannabisz pszichoaktív hatását. A szakemberek túlnyomó többsége meg van győződve arról, hogy a kínaiak jól ismerték ezt a hatást és éltek is vele. Kétségtelen, hogy bőven állnak rendelkezésre bizonyítékok a kender rostkenderként való használatára, továbbá egyértelmű a papírgyártásban játszott szerepe, valamint az, hogy – a Krisztus előtti időkben – széles körben alkalmazták a lenmagot étkezési célokra, ezzel szemben viszont nehezen lehet bizonyítékokat találni a kannabisz „drogként” való ókori használatára. Valószínű, hogy H. L. Li és H. Lin, majd őket követve Mia Touw logikus magyarázatot talált az „információhiányra”, és igazuk lehet abban, hogy a kínaiak már évezredekkel ezelőtt ismerték a kannabisz hallucinogén hatását (Li és Lin, 1974; Mia Touw, 1981). Találtak olyan 3000 évvel ezelőtt leírt szöveget, mely szerint a „Ma-fen” (a kender „virága”) nagyobb adagjai hallucinációkat idéznek elő (szó szerint: „láthatóvá teszik az ördögöket”), a hosszabb ideig tartó használat pedig lehetővé teszi a szellemekkel való kommunikációt és „megvilágosítja az embert”. Egy taoista pap a következőket írta a Kr.e. 5. században: szellemidézők ginzenggel keverve használtak kannabiszt arra, hogy a jövőbe lássanak, és megállapította, hogy a kannabisz hallucinogén drogként való használata valószínűleg összefügg a közép-ázsiai őshonos sámánizmussal. A sámánok tudását és gyakorlatát viszont nem óhajtották nyilvánosságra hozni, ezért a korabeli írások nem tartalmaznak erre vonatkozó utalásokat. A Han dinasztia idején a sámánizmus társadalmi szerepe rohamosan csökkent, és mire – 1500 évvel később – az európaiak kapcsolatba kerültek Kínával, a sámánizmus (és vele a kannabisz ez irányú használata) már teljesen feledésbe merült.

Terjedés dél felé: India

A kannabiszhasználat legalább négy évezredes múltra tekint vissza Indiában is. A szanszkrit irodalomból egyértelműen kitűnik, hogy mámor előidézésére és különböző betegségek kezelésére egyaránt alkalmazták az indiai kendert, a hindu mitológia pedig tele van kannabiszra vonatkozó utalásokkal.

Textil

A kender őshazájában, a Himalája térségében ősidők óta használják a kendert fonalak, szövetek és kötelek készítésére, de – néhány nyugati tartomány kivételével – Indiában a kender termesztése nem ezért terjedt el az ország egész területén. Ami itt történt, az csaknem a fordítottja a kínai folyamatnak, Indiában ugyanis a kannabisz szakrális, gyógyászati és élevezeti használata miatt vált általánossá a kender termesztése.

Szakrális használat

A kendert, a szanszkrit bhagát, a hinduk szent növénynek tekintették. A legrégebb említés a Kr.e. 2000 és 1400 között keletkezett Atharva-védában található, ahol olyan szent fűként említik, melynek leveleiben az emberiség őrangyala lakozik.

A kannabisz eredetét különböző módon írják le a hindu legendák: az egyik szerint az égből a földre cseppent nektárból pattant ki a kender, ennél viszont sokkal elterjedtebb az a nézet, hogy amikor az istenek, démonok segítségével, a tejtenger köpülésével próbálták nektárt előállítani, akkor ennek a műveletnek a kannabisz volt az egyik eredménye. Amikor a nektár – az amrita – kender formájában megjelent, a démonok megpróbálták azt maguknak megszerezni; az isteneknek sikerült ezt megakadályozni, és ekkor kapta a kannabisz a „győzelem”, a „dicsőség”, valamint az „istenek eledele” nevet.

A kannabisz hosszú évszázadokon át fontos vallási szerepet játszott Indiában: egyes templomi szertartásoknak integráns részét képezte a bhangból vagy ganzsából készült italok fogyasztása (bizonyos esetekben ez a zsidó-keresztény kultúrkör szakrális borfogyasztásával mutat analógiát), valamint kolduló szerzetesek, szaduk és fakírok körében általános volt a kannabisz fogyasztása, ami megkönnyítette a kötelező böjtölést. A hindu istenek közül elsősorban Sívához kapcsolódott a kannabisz ceremóniális használata (egy legendák szerint ő ajándékozta az emberiségnek a kannabiszt), így Siva ünnepein általános szokás volt bhangból készített teával öntözni Siva attribútumát, a „Siva lingát” (Chopra, I.C. és Chopra, R.N., 1957).

Gyógyszer

A hindu irodalom kutatói egyértelműen állítják, hogy a kannabisz kulcsfontosságú szerepet játszott az Ájurvédában, a hindu gyógyászatban, továbbá azt is, hogy a növény euforizáló és stimuláló hatása már Kr.u. 100 és 250 között közismert volt. Ezt Szusruta 600 körül írt orvosi tanulmánya, valamint a későbbi, gyógyászatban használt könyvek – az 1500 táján keletkezett Rádzsanirghata, a Szarangadhara (kb. 1500), a Bhavapakash (kb. 1600) és a Rádzsavallabha (kb. 1700) – egyaránt alátámasztják. A teljesség igénye nélkül csupán néhány indikációs területet emelek ki: fájdalomcsillapító, nyugtató, stimuláns, hashajtó, afrodiziákum, lázcsillapító, gyulladáscsillapító, sebgyógyító, görcsoldó.

Élvezeti szer

Az említett irodalmi forrásokból az is egyértelműen kitűnik, hogy a hinduk jól ismerték a kannabisz euforizáló és stimuláló hatását, ez kitűnik abból is, hogy a kender tartalmazó gyógyszereket gyakran nevezik „vidámítónak” és „gyönyörűségnek”.

Eredetileg a bhang (vagy a ganzsa) tea fogyasztása volt a leggyakoribb formája a kannabisz élvezetének, de az idők folyamán a ganzsa szívása is nagyon népszerűvé vált. Az viszont kétségtelen, hogy a csarasz (tehát az Európában hasisnak nevezett kannabiszgyanta) fogyasztása Indiában soha nem vált tömegjelenséggé.

Terjedés nyugat felé: asszírok, szkíták, perzsák, arabok...

Az **asszírok** szertartásaik során füstölésre tömjén helyett kenderet használtak a Kr.e. 9. században. Bouquet szerint az asszírok megrészegedtek a kender füstjétől.

A nyugat felé terjedésben feltehetően a **szkíták** (és valószínűleg a trákok) is szerepet játszottak. Hérodotosz i.e. 450-ben már leírta, hogy a szkíták és trákok a Kaszpi-tenger térségében kenderet termesztene, és a szkíták ezt a növényt kábulat előidézésére is használják a gyászszertartások alkalmával. A szkíták sátrakban – tehát zárt légterben – tripódokon, vörösen izzó köveken égették a kenderet, melynek füstjétől önkívületbe estek. Ezt az állítást régészeti leletek is alátámasztják.

Perzsiában az első írásbeli nyom a tűzizádók szent könyvében, a Zend-Avesztában található, amely Kr.e. 600-ban a kendergyanta kábító hatásáról tesz említést (Stringaris, 1972).

Azt, hogy a kannabisz Indiából érkezett Iránba, az is valószínűsíthető, hogy ennek Perzsiában – a szanszkrit bhangához nagyon hasonló – beng volt a legrégebb neve.

Perzsiában (és Törökországban) eszrár, azaz „titok” néven is ismerték a kannabiszt, de ezt, valamint az arabok körében általánosan használt qanab (Contenau, 1940) kifejezést az ezredforduló táján az **iszlám országok** egy részében kiszorította – az ugyancsak arab eredetű – hasis szó, melynek eredeti jelentése „száraz fű” volt (Stringaris, 1972). (Még ma is célszerű tisztázni, hogy amikor például Egyiptomban „hasis”-ről beszélnek, akkor a kendernövényről, a „kannabisz”-ről, vagy a kannabiszgyantáról van-e szó.)

A mohamedánok ugyanúgy szent növénynek tekintették a kannabiszt, mint a hinduk; sokan voltak, akik a kannabiszt „örömhözó”, „mennyei útmutató”, „bánatenyhítő”, „szegény ember mennyországa” vagy „szellemserkentő” névvel illették, és abban is hittek, hogy a kannabisz használata meghosszabbítja az életet és elősegíti az égi szellemekkel való egyesülést.

A különböző mohamedán orvosi iskolák, a hindu gyakorlathoz hasonlóan, ugyancsak széles körben használták a különböző kenderkészítményeket.

Az iszlám országokban a középkorban már rendkívül nagy mértékben elterjedt a kannabiszszívás, és ezt az iszlám alkoholprohibíció feltétlenül elősegítette.

A mértéktelen használat leginkább a különböző szektákba tömörült dervisek (fakírok) között volt gyakori, akik sokszor állandó hasismámban éltek. A 13. századi perzsa költők sokat emlegették a kannabiszt, és azt állították, hogy egy nagyhatalmú sejk fedezte fel a kannabisz csodálatos tulajdonságait, azt, hogy csillapítja az éhséget és a szomjúságot, és

hogy örömet okoz; ez a sejk később szerzetes lett, és ő szoktatta rá az általa alapított Haider-szekta híveit, majd Perzsia Khorasan tartományának egész lakosságát a rendszeres fogyasztásra. Mohamedán szerzetesrendek nagy szerepet játszottak abban, hogy a kannabisz használata **Szíriában** is elterjedt.

Kiemelkedő hírnévre (vagy hírhedségre) tett szert a valószínűleg perzsa eredetű al-Haszan ibn-al-Szabbah, aki a dél-arábiai Himjarita királyok leszármazottjának tartotta magát, és a szíriai Alamut erődjéből, a Kaszpi-tengertől a Perzsa-fennsíkra vezető hegyi utat uraló sasfészkéből halálfélelemben tartotta a kalifákat, szultánokat és keresztes lovagokat egyaránt. Al-Haszan és utódai 1090 és 1256 között működő titkos rendjük tagjait – a vallási fanatizmuson kívül – hasis segítségével bírták rá arra, hogy saját életük feláldozásával kövessenek el politikai-vallási gyilkosságokat. A hasis használatára „hachichin” elnevezésük emlékeztet, cselekedeteiket pedig az ebből az elnevezésből származó francia „assassin” (gyilkos) szó őrzi.

A Bibliában nem találhatók a kenderre vonatkozó utalások, de arra vannak bizonyítékok, hogy a kannabiszt **Izraelben** is ismerték és használták; a kendernek számos héber elnevezését tartja nyilván az irodalom.

Terjedés Európában

Túl messzire vezetne a kender európai terjedésének részletes nyomon követése, és nem is biztos, hogy egy ilyen elemzés képet adna a kannabiszhasználat alakulásáról, ugyanis a kender kultúrába vétele nem feltétlenül jelentette a kannabisz élvezeti szerként való alkalmazását.

A használat módja döntően befolyásolta a termesztett kender fajtáját. Botanikai szempontból tulajdonképpen ugyanarról a *Cannabis sativáról* van szó, mégis teljes mértékben indokolt az indiai kender és a rostkender megkülönböztetése. Az indiai varietas ugyanis bőven tartalmazza a kábulatot előidéző hatóanyagot, a THC-nak rövidített tetrahidrokannabinolt, a rostkender-féleségekben pedig rendszerint egyáltalán nincs, vagy csupán kis mennyiségben fordul elő THC. Ez is közrejátszott abban, hogy Európában a századok során folytatott kendertermesztés ellenére sem honosodott meg a kannabiszszívás szokása. A fő tényező természetesen az volt, hogy Európa társadalma élvezeti szerként az alkoholt választotta, ellentétben az ópiumot és a kannabiszt elfogadó, a szeszfogyasztást pedig elvető egyes ázsiai társadalmakkal.

Európában például adatok bizonyítják, hogy a Római Birodalom hajóit Galliából látták el kenderkötéllel, mégis sokáig kellett várni ahhoz, hogy Európa megismerkedjék ezzel az élvezeti szerrel. Jóformán csak „kőszá híreket” lehet olvasni arról, hogy – az iszlám időkben – Spanyolországba is eljutott ez a drog, de nincsenek nyomai annak, hogy használata ott elterjedt volna.

Kr.u. 1539-ben Tragus azt írta, hogy a kendert mindenütt termesztik Európában; Dioscorides pedig – aki elsőként nevezte a kendert *Cannabis sativának* – „Medica Materia” című nagy művében, a kender gyógyászati felhasználási lehetőségei mellett, a kötélfonás elterjedtségét is megemlíti (Dewey, 1931).

A kannabisz iránti igazi érdeklődést mégis csak Napóleon egyiptomi hadjárata (1798) váltotta ki, amelynek leglátványosabb következménye a „club des hachichins” létrejötte volt. A klub megalakulásához egy francia orvos kutatómunkája alapvetően járult hozzá. Moreau de Tours 1845-ben „Du hachich et de l'aliénation mentale” címmel közölte a hasisszívás hatásáról és következményeiről szerzett tapasztalatait, és ebben a művében annak a klubot alapító Théophile Gautier-nek a tapasztalatait is idézi, akinek ő adta az első kísérleti adagot. Gautier és Baudelaire a párizsi Hotel Pimodan-ban tették népszerűvé irodalmi barátaik körében a hasis élvezetét (Moreau de Tours, 1845; Gautier, 1843).

Gautier 1843-ban jelentette meg írását a „club des hachichins”-ról, és talán nem a véletlen műve, hogy Angliában ugyanabban az évben jelent meg egy Indiából hazatért brit orvos, O'Shaughnessy beszámolója a kannabisz terápiás használatával kapcsolatos indiai tapasztalatokról (O'Shaughnessy, 1843).

De még ez a divathullám sem jelentette a kannabiszszívás széles körű elterjedését Franciaországban vagy Európa más országokban; ez csak a 20. század második felében következett be, és a szokás – paradox módon – nem Kelet, hanem Nyugat felől érkezett.

Terjedés Afrikában

Egyiptomban Haszan 658-ban megjelent orvosi kézikönyve már jelezte a kannabisz megjelenését az országban, de a lakosság körében csak a 9. században terjedt el a hasis fogyasztása (Contenau, 1940).

A hasis használatának a következő évezredben kialakult, hagyományos módozatairól az egyiptomi delegáció a következőképpen számolt be az 1924-ben tartott Második (nemzetközi) Ópium Konferencián:

- (a) Az összezúzott levelekből és virágokból nyert gyantából pasztát készítenek, melyet cukorral összekevernek és vajjal, valamint aromás anyagokkal megfőznek és édességek, sütemények stb. készítésére használnak; ezeket Egyiptomban „mansul”, „maagun” és „garawish” néven ismerik.
- (b) Apró darabokra vágják, dohánnyal keverik és cigaretta formájában szívják.
- (c) „Gozah”-nak nevezett speciális vízipipákban szívják.

Egyiptomból a kannabisz továbbterjedt a **Maghreb-országokba**, például **Marokkóba** – ahol a kannabiszt kif néven ismerik – a 16. században jutott el; itt „maajoun”-nak nevezik a hagyományosan kannabisszal készített süteményeket, és a kif-szívás népszerűségének bizonyítására talán elegendő arra rámutatni, hogy ezen élvezet hódolóinak saját védőszentjük is van: a 18. században szektát alapító, az első kendermagokat Marokkóba hozó berber Szidi-Heddi sírját rendszeresen felkeresik ezek a zarándokok.

Észak-Afrikából természetesen déli irányba is terjedni kezdett a kannabisz használata, de a szokás terjedéséhez nagymértékben hozzájárult egy „kerülőút” is: **Dél-Afrikában**, 1843-ban, Nagy-Britannia annektálta az ország északkeleti részén fekvő Natalt, ennek következ-

tében a hollandokból és hugenottákból álló búr lakosság elhagyta ezt a területet, helyükre kb. 5000 európai, főként brit telepes érkezett, akik elkezdték a cukoripar kiépítését. Az ehhez szükséges mezőgazdasági munkaerőt nem sikerült a helyi, zulu lakosságból biztosítani, ezért a brit kormány Indiából importált munkásokat. A főként Natalba százezrével érkező hinduk meghonosították a kendertermesztést, valamint a kannabiszszívást, és a Dél-Afrikában főként dagga néven ismertté vált kannabisz fogyasztása fokozatosan általánossá vált a helyi fekete lakosság körében is (Du Toit, 1977).

A kannabiszfogyasztás ezek után északról és délről egyaránt terjedni kezdett, és **Fekete-Afrikában** csaknem általánossá vált (a teljességhez hozzátartozik az, hogy ez a folyamat Nyugat-Afrikában csak a II. világháború után zajlott le).

Terjedés Amerikában

Bloomquist szerint a spanyol hódítás idején, a 16. században, **Dél-Amerikában és Közép-Amerikában** az indián lakosság körében már ismert volt a kender (Bloomquist, 1968) de az biztos, hogy a rostkender termesztését a spanyolok vezették be Chilében, 1545 körül [11]. Az egyértelműen bizonyítottnak tűnik, hogy Brazíliában a kannabiszszívás szokását az Afrikából odahurcolt fekete rabszolgák honosították meg.

Észak-Amerikába a rostkendert Louis Hébert vezette be, aki Samuel de Champlainnek, Francia-Kanada első kormányzójának gyógyszerésze volt, és aki 1606-ban kezdett kendert termesztetni Nova Francia-ban (melyet később Nova Scotia-nak kereszteltek át) (LeDain és mtsai, 1970). Az Egyesült Államokban a brit gyarmatosításhoz kapcsolódik a kendertermesztés kezdete, és érdekes módon a távol-keleti brit-holland konfliktussal hozható összefüggésbe. A brit flottának ugyanis a holland hajók szállították a Távol-Keletről (és részben a Baltikumból) a vitorlákhöz és hajókötelekhez nélkülözhetetlen kendert. I. Jakab ennek a hiánynak a pótlására rendelte el a kender termesztését az amerikai gyarmatokon (az első ültetvény 1611-ben Virginiában, Jamestown közelében létesült) (Grinspoon, 1971). A kendertermesztés és -szövés óriási sikert aratott: a hajókötelek mellett zsákokat és szöveteket óriási tételben hoztak forgalomba, a pionírok jól ismert szekerei mind kenderből készült sátorral voltak borítva, és egy 1630-ból származó beszámoló szerint az amerikai telepesek téli ruházata felerészben, a fekete rabszolgák nyári ruházata pedig teljes egészében kenderből készült (Rosevear, 1967).

A kannabiszszívásnak is vannak korai nyomai Észak-Amerikában: a fekete rabszolgák körében eléggé széles körben elterjedt ez a szokás, de például George Washington sem kenderfonási célokra termesztette a kendert Vernon-hegyi birtokán, és az egyik legismertebb indián vezér, Ülő Bika, kannabisszal kevert dohányt szívott a békepipából (Andrews és Vinkenoog, 1972). Ennek dacára általános az a vélemény, hogy az Egyesült Államokban csupán a 20. század elején kezdett terjedni a kannabiszszívás, főként egyes déli és délnyugati államokban. A szokást a Mexikóból érkező munkások hozták magukkal, erre utal már a drognak a neve is: a spanyol-mexikói marijuana (magyarul: Mária-Johanna vagy Marijanka) elnevezés alakult át marihuánává. Mexikóban már voltak ennek hagyományai. A kannabiszt tisztán vagy dohán-

nyal keverve szívták; közismert volt, hogy a Pancho Villa által vezetett, a mexikói forradalmi időkben fontos szerepet játszó alakulatok tagjai, a „svábbogarak”, notórius marihuánaszívók voltak (erre utal indulójuk is: „...la cucaracha que fumar la marijuana...”). Az amerikai városok közül New Orleans-t emlegetik a leggyakrabban, ahol állítólag már 1926-ban széles körben elterjedt volt a marihuánaszívás. Abban az időben az Egyesült Államokban elsősorban három társadalmi réteget érintett a szokás terjedése: a mexikói eredetű és a fekete lakosságot, valamint a nagyobb városok jazz-zenészeit és rajongóikat.

A folytatás már nem képezi ennek – a múlttal foglalkozó – tanulmánynak a tárgyát, ezért csak megemlítem, hogy „A drogok történelme” című könyvemben részletesen leírtam a 20. század harmincas éveinek azokat a főbb eseményeit (az alkoholtilalom visszavonása, az amerikai rendészeti szervek hisztériakeltése, a Marihuana Tax Act, a La Guardia Report stb.), melyek az USA – sőt később a a nemzetközi közösség – kannabiszpolitikáját meghatározták, és amelyek nagymértékben hozzájárultak a harminc évvel későbbi amerikai „marihuána-robbanás” által kiváltott problémakör ellentmondásaihoz (Bayer, 2000).

Felhasznált irodalom:

- Andrews, G.-Vinkenog, S. (1972). The book of grass. Penguin Books, Harmondsworth
- Bayer I. (2000). A drogok történelme. Aranyhal, Budapest
- Bloomquist, E.R. (1968). Marijuana. Glencoe Press, Beverly Hills
- Bouquet, J. (1950), (1951). Le cannabis. Bulletin des stupéfiants 2, (4), 15-32.; 3, (1), 24-48.
- Bretschneider, E. (1890-1891). Botanicum sinicum. Journal of the North China Branch of the Royal Asiatic Society, Shanghai, 25, 66.
- Chopra, I.C.-Chopra, R.N. (1957). The Use of the Cannabis Drugs in India. Bulletin on Narcotics 9, (1), 4-29.
- Contenau, J. (1940). La divination chez les Assyriens et les Babyloniens. Payot, Paris
- Dewey, L.H. (1931). Hemp. In: Yearbook of the United States Department of Agriculture. Washington
- Du Toit, B.M. (1977). Historical and Cultural Factors Influencing Cannabis Use Among Indians in South Africa. Journal of Psychedelic Drugs 9, (3) 235-246.
- Fisher, J. (1975). Cannabis in Nepal: An overview. In: Rubin, V. (ed.): Cannabis and Culture. Mouton, The Hague
- Gautier, Th. (1843): Le club des hachichins. Feuilleton de la Presse
- Grinspoon, L. (1971). Marihuana reconsidered. Bantam Books, New York
- Keng, H. (1974). Economic plants of ancient North China as mentioned in the Shih Ching. Economic Botany 28, (4), 391-411.
- LeDain, G. et al. (1970). Interim report of the Commission of inquiry into the non-medical use of drugs. Queens Printers for Canada, Ottawa
- Li, H.L. (1975). The origin and use of cannabis in eastern Asia. Their linguistic implications. In: Rubin, V. (ed.): Cannabis and Culture. Mouton, The Hague
- Li, H.L.-Lin, H. (1974). An archeological and historical account of cannabis in China. Economic Botany 28, (4), 437-447.
- Mia Touw (1981). The Religious and Medicinal Uses of Cannabis in China, India and Tibet. Journal of Psychoactive Drugs 13, (1), 23-34.
- Moreau de Tours, J.J. (1845). Du hachich et de l'aliénation mentale. Fortin, Paris
- O'Shaughnessy, W. B. (1843). On the preparations of the Indian hemp, or Gunjah (Cannabis indica. Provincial Medical Journal and Retrospect Medical Sciences 5, 343.
- Rosevear, J. (1967). Pot: A Handbook of Marihuana. New Hyde Park, New York
- Stringaris, M.G. (1972). Die Haschischsucht, Springer, Berlin, Heidelberg, New York

MARIHUÁNA-KANNABISZ-KANNABINOIDOK

Amit hatásukról az orvostudományi kutatás megismert

DR. WENGER TIBOR

Bevezetés

Amint az nagyon is ismert, a marihuána jelenleg a világon legelterjedtebb kábítószer, különösen a tizenévesek között élvez nagy népszerűséget. Az Egyesült Államokban a 15-25 éves fiatalok több mint 60%-a többször is kipróbálta a marihuánát. Az Európai Unió 1999-ben kiadott jelentése szerint az utóbbi években különösen megemelkedett a szer fogyasztóinak száma az Unió területén. Ugyanaz a jelentés kiemeli azt is, hogy a marihuánafogyasztás a Közép-Kelet Európai régióban rohamosan emelkedik. Ugyanakkor hazánkban is, de szerte a világban a marihuánával kapcsolatban két lényeges pontban vitatkoznak a laikusok és egyes „tudósok”. Alapvető kérdésként merül fel, hogy a marihuána ún. „könnyű drogok” közé sorolható-e, vagy egyáltalán kábítószer-e. Másrészt felmerült annak a lehetősége, hogy legalizálják, illetve felhasználják bizonyos betegségek, tünetek gyógyításában.

Jelen fejezet a két kérdésre próbál megválaszolni a marihuánával kapcsolatos egzakt tudományos ismeretek, kísérletek, és az ezekből levont következtetések alapján. Röviden ismertetjük a marihuána szervezetre kifejtett hatásait, illetve a marihuánaszerű, ún. „endokannabinoidok” ma ismert élettani szerepét.

Tudománytörténeti adatok

Jelen fejezet első része bőven ismerteti a kannabisz/marihuána-fogyasztás történetét. Ugyancsak részletesen foglalkoztunk ezzel a témával az ISM által megjelentetett, kábítószerkérdésről írott könyvünkben. (Füst és Wenger [szerk.], 2001).

A marihuána kábító hatásai már régen ismertek voltak. Az első magyar nyelvű leírás erről 1826-ban jelent meg: „Kendertermesztőknek való OKTATÁS, a Magyar Universitas Kiadása, Budán, 1826”. Az ide vonatkozó rész a következő: (az eredeti könyvecskeből készült másolat):

A' Kendernek minden része keserű 's csípős. A' Sinaiak Persák és Arabok magok' Elevenítésére 's vidámítására fordítják sokszor a' Kendernek levelét, de gyakran meg is részegeznek tőle; némelyek dohány gyanánt pipálára is élnek véle, de ezen füst megszédíti, megdühíti, és csaknem megöri őket.

A marihuána a *Cannabis sativa* (indica) szárított, összetört levele és virágzata. A *Cannabis sativa*, a közönséges kender, csekély aktív hatóanyagot tartalmaz. A növény hatóanyagait kannabinoidoknak nevezik, melyek között vannak pszichoaktívak és alig, vagy egyáltalán nem kábító hatásúak is. A pszichoaktív anyagok lehetnek a növény levelében, virágjában és gyanájában. Ezen anyagok (l. később is) erősen lipofilek, zsírszerűek, vízben nem oldódnak.

A pszichoaktív anyagok mennyisége az egyes növényi részekben eltérő. Legnagyobb mennyiségben a kiperéselt olaj, ezt követően a virágzat gyantászerű kivonata tartalmazza, majd a levélzet-virágbimbó-virágszirom követik egymást. A nőnemű növény hatásereősége nagyobb, mint a hímneműé. (Mindezekről, és a különböző hatóanyagot tartalmazó fajtákról egy további alfejezetben van szó).

A *Cannabis sativa* legfontosabb pszichoaktív hatóanyaga a D9-tetrahydrocannabinol (továbbiakban THC), melyet egy izraeli munkacsoport Mechoulam vezetésével szintetizált először több mint 30 évvel ezelőtt. (Gaoni és Mechoulam, 1964). A THC megismerése igen nagy lépésekben vitte előre a marihuána hatásmechanizmusával kapcsolatos tudományos kutatásokat. Talán még egy természetes növényi alkotóval se foglalkoztak ennyit (az opioidok kivételével), mint a THC-vel.

A marihuána hatásainak kutatása, leírása évszázadokra nyúlik vissza. Az opioidok és a kannabinoidok kutatásában sok párhuzamot találhatunk. Mindkettő növényi eredetű, mindkettő hatóanyagának izolálása, majd szintézise a vele kapcsolatos kutatásokat nagymértékben fokozta, és azt eredményezte, hogy gyógyszer-tani tulajdonságaikat sikerült többé-kevésbé megismerni.

A marihuánával kapcsolatos vizsgálatokat nagymértékben elősegítették és befolyásolták a következők:

1. A marihuánás cigaretta, a hasis fogyasztása utáni fellépő jelenségek szakszerű leírása (a 19. század folyamán).
2. A *Cannabis sativa* alkaloidjainak izolálása, a THC szintézise az 1960-as évek végén.
3. A központi idegrendszeri, majd a perifériás kannabinoid-receptor (kötőhely) kimutatása, a receptor fehérjéjének klónozása (tisztá formában való előállítása) (1989-1991).
4. Az első természetes állati kannabinoid, az arachidonil-etanolamid kimutatása, szintetizálása 1992 végén.
5. A receptor specifikus antagonistájának előállítása 1994-ben.

A kannabinoidok élettani, gyógyszer-tani hatása

A THC szerkezetének leírása nagymértékben elősegítette tehát azt, hogy felismerjék hatását, és ezzel megpróbálják magyarázni a marihuánafogyasztás okozta elváltozásokat. Jelentős a THC fájdalomcsillapító hatása, hányás és hányinger-csillapító. Tágítja a hörgőket, így kismértékben javíthat egyes nehéz légzésekben. Csökkenti a THC a kórosan megnövekedett szembelnyomást, így zöld hályogban (glaucoma) hatásosan alkalmazható lehet. Hatással van a THC bizonyos izommegbetegedéseknél is, pl. scleris multiplexben. Mindezek vezettek arra, hogy felmerült a marihuána gyógyszerként alkalmazása. Erre a későbbiekben még visszatérünk.

Az 1980-as évek végén további jelentős előrehaladást jelentett a kannabinoidok kutatásában a specifikus receptor felfedezése. Megfigyelték ugyanis, hogy az izotóppal jelölt THC állatok agyában mindig ugyanazon területeken jelenik meg, amit fel is térképeztek. Vannak agyterületek (pl. a kisagy, az agykéreg alatt található egyes nagy idegsejtcsoportok, csíkos test vagy striatum), ahol sok jelölt THC volt található. Különböző állatok agyát vizsgálva is min-

dig ugyanezen területek „jelölődtek” meg. Ezt csak úgy lehetett elképzelni, hogy e területeken van valamilyen „mágnes”, ami szinte vonzza a THC-t. Egy amerikai biokémikus professzorasszonynak, A. Howlettnek sikerült kimutatni azt, hogy a központi idegrendszerben nagyon gyakori, bizonyos vegyületekre specifikus receptorok, kötődési helyek között van egy, ami THC-t leköti, ezáltal a receptor aktiválódik és az a sejt, melyen ez a receptor elhelyezkedik, reagál valamilyen anyagcsere-változással (pl. ingerületbe jön, vagy elkezd termelni valamilyen idegrendszeri átvívó anyagot stb.) (Howlett, 1995). A receptor, melyet CB receptornak neveztek el, nyilvánvalóan nem azért van jelen a normál szervezetben, mert hátha oda bekerül valamikor a THC, és akkor legyen hova kötődnie. Általános szabály az, hogy normál körülmények között a szervezet maga termeli a receptorokhoz kötődő vegyületeket, és ez az anyag szükséges egyes élettani folyamatok véghezviteléhez, esetleg szabályozásához. A '80-as évek végén számos fehérjemolekulát izoláltak a központi idegrendszerből, melyek többkevesebb kannabinoidszerű hatással rendelkeztek, de a receptorhoz nem kötődtek. Felmerült a kérdés, hogy a feltételezett endogén kannabinoid is lipofil molekula-e, mint a THC. Végül 1992-ben sertés agyából állítottak elő egy anyagot, mely erősen kötődött a CB-receptorhoz, és állatkísérletekben a kannabinoidokra jellemző farmakológiai tulajdonságokkal rendelkezett. Nem érdemtelen megjegyezni, hogy az első endokannabinoidot Mechoulam izraeli kémikus kutatócsoportja izolálta, és ugyancsak Mechoulam volt az, aki mintegy 25 évvel ezt megelőzően szintetizálta a THC-t (Devane és mtsai, 1992).

Néhány évvel a központi idegrendszeri CB receptor felfedezése után egy, a periférián, az immunrendszer egyes területein elhelyezkedő specifikus, az idegrendszeri receptor szerkezetétől eltérő szerkezetű kannabinoid-receptort is leírtak. A központi idegrendszerben levőt CB1-nek, míg az idegrendszeren kívül (periférián) megtalálhatót CB2-nek hívják.

Az első izolált endokannabinoid egy arachidonsav származék (arachidonyl-ethanolamide). A molekulát előállító munkacsoport a vegyületet anandamidnak nevezte el, igen találóan: ananda szanszkritül boldogságot jelent (ezt a nyelvet beszélték, mint ismeretes az ősi Indiában, ahonnan a marihuánát származtatjuk). Ilyen néven is vonult be az irodalomba, és AEA-ként rövidítjük. Az agyban az AEA számos területen megtalálható viszonylag nagy mennyiségben, de leírták pl. az agyalapi mirigyben, a herében, méhben is, de nem feltétlenül azokon a területeken, ahol sok receptor van. Ez feltételezi az AEA áramlását az idegrendszeren belül, és a termelési helytől távoli hatást is. Ezt azt is jelentheti, hogy hatása nem közvetlenül, hanem közvetve is érvényesül. Az AEA gyorsan bomlik, hatását általában a kannabinoid receptor aktiválásán keresztül fejtí ki (mint a THC).

Az AEA felfedezése után néhány évvel (1995-ben) egy újabb endogén kannabinoidot írtak le, melynek szerepe hasonló az AEA-éhoz, az eltérések inkább mennyiségiek.

Miután a THC (külső, exogén kannabinoid) és az endokannabinoidok hatásai nagyjából megegyeznek, a továbbiakban a kannabinoidok hatásainak leírásánál mindkét (exogén – endogén) kannabinoid szerepét egyszerre tárgyaljuk.

Az endokannabinoidok számos finom szabályozást végző rendszerben játszanak szerepet. Ez a szerep azonban nem szorítkozik csak a központi idegrendszerre, hanem a kör-

nyéki idegrendszer működését is befolyásolják, pl. a különböző idegingerület-átvivő anyagoknak (neurotranszmittereknek) a vegetatív idegrendszerre való hatásait, vagy az érző végkészülékek érzékenységeinek beállítását módosíthatják. Szabályozó szerepet játszhat a rendszer az immunválasz létrejöttében, a szaporodási és gyomor- bélrendszeri folyamatok regulációjában.

Az agyban az AEA a hőmérsékletszabályozásban, érző funkciók (látórendszer, halló- és egyensúlyozó rendszer), motoros működések (mozgások, izomtónus, izomműködés koordinációjában), valamint gondolkodási folyamatokban (rövid memória, alvás) játszhatnak szerepet. A kannabiszfogyasztás egyik legérzékenyebb tesztje az egyensúly zavarának vizsgálata, mozgási reflexek késése. A THC kiválthat átmeneti immobilitást is, mely alacsony hőmérséklettel párosulhat.

Élettani megfigyelésekből következtettek arra, hogy az endokannabinoidok a hormonális szabályozásban is részt vesznek. Az AEA mennyisége változik a női ciklus különböző stádiumaiban, jelen vannak a receptorok az agyalapi mirigy elülső lebenyének sejtjeiben. AEA hatására megváltozik a hipofízis-mellékvese rendszer működése, a stressz-reakcióra bekövetkező mellékveseválasz fokozódik.

Az endogén kannabinoidok a fájdalomérző rendszerben is szerepet játszanak. Feltehetőleg az opioid receptorok érzékenységét változtatja meg az AEA. A központi idegrendszer egyes területein az opiát és kannabinoid receptorok szoros közelségben helyezkednek el. Leírták az opiát receptorok közreműködését a gerincvelőbe adott kannabinoidok érzéstelenítő hatásában. Az érzéstelenítő hatás azonban csak olyan dózissal érhető el, ami hőmérséklet-csökkenést és/vagy mozgászavarokat is okoz.

A kannabisz egyes neurotranszmitterek hatásait potenciálhatja, endogén kannabinoidok más neurotranszmitterekkel (dopamin, acetilkolin, glutamát) kölcsönhatásba léphetnek.

A periférián az endokannabinoid-rendszer olyan kémiai változásokat idézhet elő, melyek a gyulladások létrejöttére is hatással vannak. Szerepük lehet az autoimmun szabályozásban is.

Az AEA hatása a szív működést és az erek összehúzódását szabályozó idegsejtekre szintén ismeretes.

Találtak kannabinoid-receptorokat a méhben is. Feltételezik, hogy az embrió beágyazódásában játszik itt szerepet az endogén kannabinoid. A méhben termelődő prosztaglandin mennyisége csökkenhet AEA hatására, ami szülési zavarokhoz vezethet. Születés után a rendszer a központi idegrendszer fejlődésével párhuzamosan, fokozatosan alakul ki (állatkísérleti adatok).

THC és AEA túltápláltsághoz vezet, amire állatkísérleti és emberi adatok is vannak. Elsősorban a táplálékbevitel fokozódik. Feltételezik, hogy az endokannabinoidok fokozzák az étvágyat, hiányuk fogyáshoz vezethet.

A marihuána (THC) biológiai hatásai

A kannabisz (az egyszerűség kedvéért itt és a továbbiakban a THC-t, az egyéb pszichoaktív kannabinoidokat és a kannabiszt szinonimaként használjuk) eufóriát és relaxációt okoz.

Téves időérzékelés és a normális érzetek felerősödése következik be egy-egy adag elfogyasztása (szívás) után. Így változhat az ízérzés, vagy akár egy film nézésének, a zene hallgatásának effektusa. Társaságban krónikus nevetési inger, a beszédkészség fokozódása figyelhető meg. A kannabisz hatására a motoros funkciók lelassulhatnak, a rövid távú memória gyakran kiesik. Egyes, elsősorban mozgásokkal összefüggő reflexmechanizmusok károsodnak, nem megfelelő a reaklási idő. Előfordulhat pánikreakció vagy fokozott nyugtalanság. Ez utóbbiak elsősorban az ún. naiv használók között (első alkalom, igen kevés alkalom) jelentkeznek, és gyakran ez készteti az illetőt arra, hogy ne is folytassa a szer használatát. Gyakori használók ezeket csak nagy dózis elfogyasztása (pl. 1,0-10,0 mg/kg THC-nek megfelelő) után észlelik. A fájdalomcsillapító és az izomrelaxáns-hatás kifejezett.

A THC átmeneti hőmérséklet-csökkenést okoz, ami fázásban, izomremegésben is megnyilvánulhat.

A kannabisz fokozza a szívritmust, a pulzusszám 20-50%-kal is megnövekedhet, néhány perccel, negyedórával a fogyasztás után, ami akár több óra hosszan is eltarthat. Az ülvé mért vérnyomás csökken, míg állva mérve emelkedik. Az EKG elváltozás gyakori, de átmeneti. Ez utóbbi hatásokat fiatal használók szinte nem is veszik észre, mert igen hamar kialakulhat a tolerancia.

A marihuánát fogyasztókra jellemző a szem belövelltsége („vörös szemű”), a hörgők tágulata és az ehhez kapcsolódó légzészavarok.

Akut mérgezés igen ritka. Irodalmi adatot nem ismerünk arra nézve, hogy egy-egy marihuánacigaretta elszívása, vagy hasis fogyasztása után toxikus változások következtek volna be. Állatkísérletekben is csak igen magas adag okozott pusztulást (pl. 100-150 mg/kg THC patkányban).

A kannabisz az emlékezés és a figyelem zavarához vezet, ami gépkocsivezetésekor, vagy más gépek, berendezések kezelésekor is megjelenhet. A zavar jobban észlelhető akkor, amikor bonyolultabb feladatokat kell elvégezni (pl. repülőgép-landolás). Gyakori következménye a kannabiszfogyasztásnak a közúti baleset. A vezetés közben vagy szimulátorban történt vizsgálatok azt mutatták, hogy a marihuána pszichoaktív változást nem mutató dózisa is olyan változást idéztek elő, mint 0,07% vagy 0,10% véralkoholszint. Meg kell említeni azt is, hogy ugyanakkor a kannabiszt használók igyekeznek jobban odafigyelni a vezetésre, mint az alkoholt fogyasztók. Feltehetőleg azért, mert inkább tisztában vannak az illegális helyzettel.

Később, 36-40 órával egy(!) cigaretta elszívása után – az egyén álmos lesz, elengedi magát (relaxált állapotba kerül) és zárkózottá válik.

A felmérések nem mindig egyértelműek, mert viszonylag kevés az olyan eset, mikor a marihuánafogyasztás nem társult alkohollal.

Légúti megbetegedések

Gyakori a krónikus légcsőhurut, fokozódik a mirigyszekréció. Ez társulhat fokozott köhögéssel, a köpet mennyiségének megemelkedésével. A krónikus hámléváltozások gyakoribbak a nikotint + marihuánát szívóknál, mint a csak normál cigarettát fogyasztóknál. A légutak és a tüdő daganatos elváltozásai a fiatalabb életkor felé tolódnak kannabiszt (is) szívóknál.

Nemi funkciók zavarai

Általánosságban elmondhatjuk, állatkísérletek alapján is, hogy a kannabinoidok a szaporodásbiológiai folyamatok szabályozására gátlólag hatnak. Csökkentik az agyalapi mirigy nemi hormonjainak vérbeni mennyiségét, ami a petesejtek, illetve a spermiumok érésének zavarához vezethet.

Tartósan marihuánát fogyasztó férfiaknál csökken az ejakulátumban levő spermiumok száma, sőt a csökkenés sterilitást is okozhat. Lassul a spermiumok mozgása, csökken a libidó, és gyakran az ejakulációval nem jár együtt. Csökken a szérum tesztoszteronszintje is.

Nőknél a libidóra a marihuána nincs hatással. Ugyanakkor az ovulációs ciklus krónikus marihuánaszívóknál nem szabályos. A pubertás előtti és a pubertás körüli fogyasztás gyakran a ciklus késői zavarához vezethet. A ciklus zavara okozhat meddőséget is.

A terhesség alatti marihuánaszívás kihat a magzatra. Kimutatták ugyanis, hogy a THC átmegegy a méhlepényen, és így bekerülhet a magzat idegrendszerébe is. Az ilyen anyák újszülöttjei kisebb súllyal születnek, nehezebben tanulnak, még 6-8 éves korukra se érik el korosztályuk átlagszintjét és igen nehezen illeszkednek be környezetükbe. Itt is természetesen nehéz megítélni, hogy ebben mennyi a tiszta kannabiszhatás, mivel ezen asszonyok között több az erős dohányos és az alkoholista is. Az ilyen családokban a nevelés, a gyerekekkel való foglalkozás sem megfelelő.

A magzatkárosító hatás nem egyértelmű. Feltehetőleg a kannabinoidok nem okoznak ilyen elváltozásokat.

A kannabisz hatása az immunrendszerre

A kannabinoidok mind a sejtes, mind a humorális immunválaszt befolyásolhatják. A változások azt eredményezik, hogy csökken az ellenállás különböző bakteriális és vírusos fertőzésekkel szemben. A marihuánás cigaretta nem pszichoaktív kannabinoidjai a tüdő védekező mechanizmusát károsítják.

A krónikus használat nem befolyásolja az AIDS kialakulását, illetve terjedését. Ugyanakkor az immunrendszer károsítása (még ha kismértékű is) megkérdőjelezheti a kannabinoidok terápiás alkalmazását AIDS-es betegekben (l. később).

Pszichés zavarok

Tizenéveseknél munkavégzési zavarok jelentkeznek rendszeres kannabiszfogyasztás után. Ez megnyilvánulhat tanulási nehézségekben is. Magas színvonalú szellemi munka végzését is akadályozhatja.

Hosszan tartó kannabiszfogyasztás nem vezet olyan súlyos elváltozásokhoz, mint az alkohol. Vizsgálatok azt mutatták, hogy a memóriakiesés gyakori, az ilyen egyének nehezebben tudnak komplex információkat megjegyezni. Egyes vizsgálatok szerint az agy glukóz-oxidációja csökken a krónikus marihuánacigaretta-szívóknál. Kisebb mennyiség tartós fogyasztását a szervezet kompenzálhatja, feltehetőleg csökkent endogén kannabinoid szintézis révén.

Nagyobb THC-adag emlékezetkiesést, hallucinációkat okozhat. Pl. Baudlaire leírta, hogy a marihuánaszívás után „színes hangokat hall”.

Kannabisz-abúzus (hozzászokás)

Sokáig az a nézet uralkodott, hogy a marihuánához nem lehet hozzászokni, biológiai, tehát a szervezet átalakulása által létrejött abúzust nem okoz.

A kábítószerhez (morfium, kokain) való hozzászokást a központi idegrendszer egyes területeinek kóros elváltozása okozza. Elsősorban az egyik ingerületátvivő anyag, a dopamin hatásaiban (termelődésében) vannak elváltozások. A hatások függetlenek a kábítószertől. A dopamin az agy ún. örömközpontjának fő alkotóeleme.

Kimutatták azt, hogy kannabinoid túladagolás (tehát THC-bevitel, marihuánafogyasztás), pl. a kokainhoz hasonlóan gátolja a dopamin természetes felszívódását, ezáltal a dopamin sokkal erősebben izgatja azokat az idegsejteket, melyeknél neurotranszmitter szerepet játszik. A sejt ehhez az állapothoz lassan hozzászokik, így állandó külső drogbevitelt „kíván”, kialakul a hozzászokás, abúzus.

A kannabinoidok hatásainak összefoglalása

Kannabinoidok akut hatásai

- Nyugtalanág, kellemetlen érzések, pánikreakció, paranoiás megnyilvánulások (elsősorban „naív” használók esetén);
- Figyelemzavarok, emlékezőkiesés az intoxikáció idején;
- Pszichomotoros zavarok, nagyobb balesetveszély járművezetésnél;
- Az elme zavarok gyakoribb megjelenése, különösen olyan egyéneknél, kik erre bármilyen oknál fogva hajlamosak;
- Szívritmus-emelkedés;
- Szaruhártya-belövelltség;
- Hőmérséklet-csökkenés;
- Fájdalomcsillapítás;
- Étvágyfokozódás;
- Hányáscsillapítás;
- Szülési, szülési zavarok a terhesség alatti fogyasztás esetén;
- Eufória.

Kannabinoidok krónikus hatásai

A kannabinoidok gyakori használata, különösen fiatal korban számos következménnyel járhat, de e következmények bekövetkezésének előfordulása nagy egyéni különbségeket mutat.

- Elváltozások a légzőrendszerben, a légutak daganatos megbetegedéseinek nagyobb rizikója (elsősorban a marihuánás cigarettát szívóknál);
- Az immunválasz csökkenése;
- Dependencia, mely elsősorban abban nyilvánul meg, hogy az illető nem képes a marihuána fogyasztását szabályozni;
- Tartós memóriazavar, mely az abbahagyás után se szűnik meg;
- A pubertáskorban gyakori THC-fogyasztás következménye a női ciklus tartós zavara, gyakran sterilitás;
- Tanulási zavarok, felnőtteknél a magasabb szintű szellemi munkavégzés zavara.

A legújabb vizsgálatok kimutatták azt, hogy kannabinoid receptorok találhatók olyan sejteken, melyek dopamint állítanak elő. Ezen receptorok fokozott aktiválódása (THC-hatás) a dopamin-anyagcsere kóros elváltozásához (a dopaminszintézis fokozódásához) vezethet, ami eredményezheti a hozzászokást. Ez azonban általában nem olyan jelentős, mint az opiátok (morfium, heroin) vagy a kokain esetében. Viszonylag enyhék az elvonási tünetek is, de vannak, melyeket megfigyeltek krónikus marihuánaszívóknál, mikor a szívást hirtelen abbahagyták.

Mindenekelőtt meg kell jegyezni, hogy nem egészen világos, hogy a kannabisz-abúzus milyen következményekkel jár, elsősorban azért, mert a fellépő kóros elváltozások nem csak a marihuána terhére írandók.

Megjegyzendő az, hogy az exogén kannabinoidok, tehát a marihuána fogyasztásával a szervezetbe bekerülő THC, mindig nagyobb mennyiséget jelent, mint a szervezetben termelődő endogén kannabinoidok mennyisége. Ez azt eredményezheti, hogy a THC leköti a receptorokat, az endogén kannabinoid nem tudja élettani hatását kifejteni, ezáltal kóros állapot jöhet létre. Ez a legkézenfekvőbb magyarázata a marihuána káros hatásainak.

Marihuána mint gyógyszer

Mindenekelőtt le kell szögezni, hogy a marihuána gyógyszerkénti alkalmazása nem jelent egyenlőséget a szabadon vásárlással. Éppen a fentiekben leírt hatások, hatásmechanizmus miatt a THC szabadforgalmi árusítása nem megengedhető, különösen azért nem, mert, amint az a fentiekből is kitűnik, valódi kábítószerként kezelendő. Ez természetesen nem zárja ki a szigorú szabályok közötti gyógyszerkénti alkalmazást (mint ahogy a morfium is igen fontos, és elég gyakran alkalmazott gyógyszer). Elsőrendű követelmény természetesen az, ami minden más gyógyszer esetében is szükséges, hogy az alkalmazott kivonat vagy szintetikus származék mindig ugyanannyi hatóanyagot tartalmazzon, jól előállítható és reprodukálható legyen, illetve a használat és alkalmazás utasításait messzemenőig betartsa mind az orvos, mind a beteg.

Hányás, hányinger-csillapítás

Számos megfigyelés azt mutatta, hogy daganatos betegek, elsősorban fiatalok, sugár- vagy kemoterápiája után fellépő hányingert a marihuánás cigaretta elszívása csillapította,

igaz, hogy ugyanakkor gyakran voltak álmosak, zavartak, a figyelem hiányára panaszkodtak. Azokban az esetekben, mikor a beteg nem, vagy nem megfelelően reagál a szokásos hányáscsillapítókra, a megfelelően dozírozott THC (és nem a marihuánás cigaretta) javasolható (természetesen ott, ahol ezt a törvények megengedik). A fiatalabb betegek jobban elviselik a mellékhatásokat, míg idősebbeknél ezek nem voltak mindig problémamentesek. Miután idősebbeknél a csillapító hatás is kisebb fokú, főleg fiataloknál alkalmazható. Az immunrendszerre való nemkívánatos hatás miatt azonban minden esetben alaposan megfontolandó. A fájdalomcsillapító hatás a daganatos betegeknek előny is jelenthet.

Kannabinoidok mint zöldhályog (glaucoma) elleni szerek

A THC csökkenti a szem belnyomását, ezzel enyhíti a hályog okozta nagy fájdalmat is. Hátránya az alkalmazásnak, hogy mint erősen zsírnemű anyag, szemcseppként nem alkalmazható, injekcióként adva pedig jelentkezhetnek a mellékhatások. Mivel hosszasan kellene használni, a hozzászokás veszélye is fennállhat.

Izomgörcsoldó hatás

A THC csökkenti a megnövekedett izomtónust. Ezért javasolták izomtónus-növekedéssel járó (nem epilepsziás eredetű) betegségek „társ”-gyógyszereként. A számos mellékhatás miatt alkalmazása meggondolandó.

Kannabinoidok mint az AIDS „mellék”-gyógyszerei

A THC csak tüneti kezelésként jöhet szóba. Elsősorban az étvágy fokozásával a beteg nagyfokú fogyását csökkentheti, valamint a fájdalomcsillapító hatás is előnyt jelenthet. A betegek egy része kedvező eredményekről számolt be, de itt a háttérben ott van a pszichés hatás is. Az nyilvánvaló, hogy a THC nem okozott jelentős javulást az AIDS-es betegeknek.

Kannabinoidok és a szexuális aktivitás

A kérdést csak azért kell tárgyalni, hogy néhány téveszmét eloszlassunk. A Maripharma névű holland gyógyszer cég 1998-ban kiadott prospektusában számos gyógyszer összehasonlításaként azt szögezi le, hogy a THC fokozza a libidót, növeli a hüvely nyálkahártyájában levő mirigyek váladéktermelését. A hatás tárgyalásánál leírtuk, hogy a szaporodásbiológiai folyamatok szabályozására a kannabinoidok gátló hatással vannak. Ez ellene szól annak, hogy bármilyen nemi aktivitást fokozó szer lenne. Igaz, hogy a THC a mirigyszekréciót fokozza, de sok tényező szükséges ahhoz, hogy valamilyen kivonatnak, gyógyszernek potencianövelő hatásai legyenek. Ebből a szempontból a marihuána, majdnem biztosan, éppen ellenkezőleg hat.

ÖSSZEFOGLALVA azt mondhatjuk, hogy az endogén kannabinoidok számos élettani folyamatban részt vesznek. A központi idegrendszerben igen elterjedtek, szerepük jelentős bizonyos szabályozási mechanizmusokban. Ugyanakkor a marihuánás cigarettával a szervezetbe juttatott THC ezen élettani működéseket gátolja (vagy fokozza), ezáltal kóros elvál-

tozásokot okoz. A kannabinoid receptor és a dopamint termelő sejtek közelsége alátámasztja azt, hogy a marihuánához hozzászokás lehetséges, tehát kábítószernek tekintendő.

Felhasznált irodalom:

Devane et al., (1992). Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. Science, 258, p 1946.

Fürst Zs. - Wenger T. (szerk.) (2001). A kábítószerkérdés orvosi, jogi és társadalmi vonatkozásai. NDI Oktatási-képzési segédanyag, Budapest

Gaoni, Y., Mechoulam, R., (1964). Isolation, structure and partial synthesis of an active constituent of hashish. J. Am. Chem. Soc. 86, p 1646.

Howlett, A. C., (1995). Pharmacology of cannabinoid receptors. Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol. 35, 607.

Marihuána: Szociálpszichológiai tényezők és folyamatok, prevenció tanulságok

DR. BUDA BÉLA

A kannabisz-származékok a legszélesebb körben, és talán a legnagyobb gyakorisággal használt drogok – vagyis tiltott kémiai anyagok, amelyet a közérzet és a tudatállapot megváltoztatására használnak az emberek, túlnyomórészt fiatalok. A marihuána, ill. ennek valamilyen változata sok szempontból maga a kábítószer, ill. egyes szakértők szerint a „puha drog”. Ezt több érv is alátámasztja, amelyek a szakirodalomban, ill. a drogokkal foglalkozók tapasztalatai szerint már szinte közhelynek számítanak:

1. A marihuána az esetek többségében az első tiltott szer, amit a fiatalok kipróbálnak („kapu”-szer).
2. Az első és mindmáig leggyakoribb „rekreációs” vagy „party”-drog, amelyet a társas hangulat, a társaságba való beilleszkedés, a társas élmény elősegítésére és intenzívvé tételére használnak.
3. Szinte minden olyan hatást képes produkálni, amit a „puha” drogok tudnak, pl. az LSD minden effektusa előállhat, ill. a csoportos és egyéni használata révén. Így a drog alkalmas az „utazásra”, „elszállásra”, „pörgésre”, ill. mindarra, amit a hatvanas-hetvenes évek ifjúsági kultúrája, ill. Timothy Leary mozgalma élményi célként kiemelt. Még a „gyorsító” hatása is megvan, ha nem is annyira, mint az ecstasy szedésével (Grinspoon, Bakalar, 1997).
4. Marihuána a leggyakoribb kísérő drog, ezt gyakran használják „kemény” drogtólól függők is, a kemény drogok elvonása után is.
5. A társas, rekreációs használat mellett hosszú ideig aránylag szövődménymentes a fogyasztás, nem alakul ki hozzászokás és függőség, nincs dózisznövelési igény. A marihuánát használók kb. fele más tiltott szert nem használ élete során (Johnson, Muffler, 1997).
6. Ugyanakkor a tartós hozzászokás (amely a függőség elemeit mutatja) lehetséges, és a hetvenes évek nagy amerikai használati hullámában a rendszeres fogyasztók nagy része a nyolcvanas években is használta a marihuánát (miközben akkorra már a kipróbálás gyakorisága és az életprevalencia a használatban csökkent – Johnson, Muffler, 1997).
7. A droggal kapcsolatos mítoszok és viták „paradigmatikus” szere a marihuána. A kis hozzászokási és mellékhatási potenciál és hosszas használati lehetőség a fő érv a dekriminalizálás, ill. a legalizálás mellett (miközben a klinikumban gyakoriak az intoxikációs tünetek, van delírium, találhatók klinikailag dependenciának, illetve addikciónak minősíthető esetek, ill. ismeretesekek hosszú távú károsodásokat felvető kutatások, mint pl. a híres „Swedish conscript study”). A mítoszokhoz tartozik a „tudattágító” hatás, a veszélyesebbnek mondott alkohol és nikotin esetleges „kiváltása”, ill. a gyógyszer-

ként való felhasználhatóság, pl. terminális rákbetegségben (amely bizonyos mértékig realitás, de az nem egyértelmű, hogy a korszerű palliatív szerekekkel nem érhető-e el ez ugyanolyan mértékben).

Az első nagy „kábitószervjárványt” a marihuána keltette az Egyesült Államokban a hetvenes évek elején. 1965-ben még 5% volt a szer életprevalenciája, ez 1979-re (amely év a fogyasztás szempontjából csúcspontnak tekinthető) 60%-ra nőtt (Lowinson, Ruiz, Millman, Langrod, 1997). Itt meg kell említeni, hogy a fogyasztási adatok különböző vizsgálatok, módszerek, ill. minták szerint különbözők a marihuána epidemiológiáját illetően, de az arányok, ill. a trendek általában hasonlóak a különféle felmérések szerint). A kannabiszszármazékok hullá-mát követték azután Amerikában más szerek hasonló hullámai.

Magyarországon hasonló tendenciáknak vagyunk tanúi, de ezek lényegében a kilencvenes években bontakoztak ki. Az ESPAD vizsgálat két évente ismétlődő felmérései középiskolás serdülők hasonló mintáin jól mutatják ezt. Az életprevalencia értékek 1992-ben 5,4-7,2%-ban voltak megadhatók, 1995-ben ez 6,0-8,6% volt, majd 1998-ra 12,9-20,9%-ra ugrott és a következő két évben is növekedett (1999-ben 20,9-28,1, 2000-ben 21,1-28,3%), és a növekedésre azóta is vannak adatok (Elekes, Paksi, 2001).

Hasonló következtetéseket enged meg egy nagy vizsgálat, amely táncos szórakozóhelyek ifjúsága körében készült. Itt az életprevalencia-érték 49,2%-ra rúgott, és az elmúlt hónapban is fogyasztók a vizsgált csoport 27,6%-át tették ki (Demetrovics, 2001). E vizsgálatban az átlagéletkor magasabb volt, mint az ESPAD esetében, és a vizsgált csoport nem tekinthető igazán mintának, legfeljebb az ifjúság egy aktívan szórakozó, viszonylag jól integrált szegmentumára vonatkozóan. Figyelembe kell venni, hogy a táncos szórakozás a „szociális-rekreációs” használat jellegzetes színtere.

A marihuána „modernizációs” terjedését mutatja egy erdélyi vizsgálat, amely az ESPAD módszertanát alkalmazta, ebből kitűnt, hogy az erdélyi serdülők is leginkább a marihuánát ismerték a kábítószer-ek közül (86,6%-ban), 9,1%-uk ki is próbálta, 2,2% rendszeresen fogyasztja is (Kovács, 2002).

Marihuána – miközben az említett módon tipikus, jellegzetes, „emblematis” kábító-szer, különleges is. Elsősorban abból a szempontból, hogy a hatóanyag nehezen meghatározható benne, mind mennyiségileg, mind minőségileg. Az bizonyos, hogy a fő hatóanyag a tetrahydrocannabinol (THC), valószínűleg ennek delta-9-nek nevezett izomérje, de kb. 60 más izomért is elkülönítettek, és ezek közül több tucat is jelen lehet a különböző vadkenderfajtákból a különböző éghajlati és talajviszonyok között terjesztett növény különböző részeleiből, ill. az abból nyert gyantából készített termékekben, amelyeket különböző ada-gokban és módokon használnak a fogyasztók.

Érdekes jelenség, hogy a szervezetben is felfedeztek THC receptorokat, és tudjuk, hogy a szervezet is termel kannabinoid molekulákat, amelyeket anandamidoknak neveznek (ananda szanszkrit nyelven áldást, üdvöt jelent), és hogy ezek a molekulák is neurotransz-mitter természetűek, valószínűleg a hangulat, az emóciók, ill. a motivációk szabályozásá-

ban játszanak szerepet. Erre mutat, hogy a kannabinoid receptorok nemcsak az agytörzsben, hanem a kéregben és a hipokampuszban is megtalálhatók.

Minden tiltott szer esetében bizonytalan a feketepiacon, ill. a kábítószeres szubkultúrákban árusított szer tartalma, töménysége, "tisztasága" (ezért is terjedt el a „drugcheck” gyakorlata, mint ártalomcsökkentési mód), de a marihuána esetében különlegesen az, ill. az lenne, ha, nem a társas használat lenne a domináns fogyasztási változat, ill. ha a szer függőségi potenciálja nagyobb lenne, ha pl. tolerancianövekedés alakulna ki. Így a tömény anyag leginkább intoxikáció-keltő hatása miatt problematikus. Az amerikai használatban megfigyelték, hogy a kezdeti divat idején aránylag csekély THC-tartalmú „füvet” szívtak, és volt olyan időszak, amikor megnőtt a mérgezési mellékhatások jelentkezése, mert a megszokott anyag a magasabb THC-tartalom miatt erősebbnek bizonyult (Bayer, 2000). A bizonytalan, de valamilyen formában markáns élettani és lélektani változásokat létrehozó szerhatás más szerek effektusánál sokkal nagyobb mértékben jár együtt, vált ki vagy minősít élményformákat a marihuána fogyasztásának tüneteiben és élményeiben tehát sokkal nagyobb a társas-lélektani tényezők és folyamatok szerepe, mint más anyagokban.

Igen valószínű, hogy a „puha drogok” alternatív formái azért is terjedtek el, mert az új használati igények számára fontossá váltak bizonyos hatások, és megnőtt a kereslet a kiszámítható, beprogramozható következményes élményváltozásokra is. Az LSD, majd pedig az amfetamin-származékok már kiszámíthatók voltak, mint ahogyan (részben piaci, marketingokok, részben hosszú „kulturális” tapasztalás révén). A nikotin- és alkoholkészítmények is, a kemény drogok pedig eleve közvetítették a dózisfüggő hatást, a tolerancianövekedés, ill. a sóvárgás, a „craving” tényezőin át. A gyors és kiszámítható hatás egyébként, mint kultúrkritikusok hangsúlyozzák, a nyugati fogyasztói kultúrában mind nagyobb szerepet kapott, minden vonatkozásban („instant” szex, „macdonaldizáció”, tömegkulturális divatjelenségek, pl. az ifjúság zenei „fogyasztásában” stb.).

Valamilyen mértékben a situációs (főleg társas) tényezők, és ezek szocializációs folyamatban kifejeződő szummációi minden szer-hozzászokásban és -függőségben, ill. addikcióban is szerepet játszanak, a heroin vagy a szintetikus drogok használatában is, a viszonylag tiszta kémiai, ill. dózisviszonyok ellenére vagy mellett (Német, Gerevich, 2000). Az idegrendszerre ható anyagok mindegyikével ez a helyzet, a legmodernebb, és már szelektív hatású neuroleptikumokkal vagy antidepresszáns szerekkel is. A központi idegrendszer általában szummatív hatásként jelentkezik minden kémiai effektus, már neurotranszmittereket, neuroendokrin folyamatokat változtatva. A központi idegrendszer maga is dinamikus szuperszisztéma, amely az őt érő befolyásokon módosít, azok között szelektál, ellenregulációkba kezd stb. Innen van, hogy nagyon régi az a felismerés a lélektanban, hogy hormonszerű, szervezetazonos anyagok is olyan közérzeti hatásokat hoznak létre, amilyeneket a társas szituáció sugall, adrenalin, ill. noradrenalin, végzett kísérletek nyomán ezt írja le a máig is érvényesnek tekinthető Schachter-teoréma. A szervezeti, ill. a közérzeti változást létrehozó kémiai inger egyfajta kristályosodási mag a külső, társas (vagyis emberi, ill. szociális jelentéscet hordozó) ingerek számára (Schachter, Singer, 1962). Az érzelmek és változataik (indula-

tok, hangulatok, érzelmi élményszínezetek) kutatásaiból tudjuk, hogy ezek a környezeti helyzetek énvonatközös kognitív értelmezésének (appraisal) nyomán keletkeznek (Ekman, Davidson, 1994). És amennyiben a helyzet nem alapvető, elsődleges, ösztönös reakciósmákat mozgósító jellegű, akkor kitüntetett jelentőséggel bírnak a szociális ingerek, és az értelmi válaszban mind több a komplex jelentés, tehát a kognitív (és eo ipso szociális) mozzanat (Kavanaugh, Zimmerberg, Fein, 1996). Újabban egyre nagyobb figyelmet keltene az egyedfejlődés során kialakult, szocializációs úton létrejött helyzetértékelési sémák, amelyek egyfajta várakozási készenlétet jelentenek, és igen gyorsan mozgósítanak érzelmi válaszokat. Ezek az ún. várakozási („expectancy”) effektusok a szociális viselkedésben nagyon fontos szabályozó erővel bírnak, hiszen a bennük rejlő sémákat a normatív interakciós rendszer folyamatosan megerősíti (Kirsch, 1999). Ma már nagyon sok adat szól amellett, hogy ez a mechanizmus a placebohatás alapja (Brown, 1998; Kaptchuk, 1998; Kirsch, 1999). A placebohatás kutatásából is a Schachter-teoréma modellje körvonalazódik, hiszen a klinikai kipróbálásokban (az ún. kettős vak próbákban) bevezetett ún. iners (íztelen, szagtalan, fehér vagy a gyógyszerekhez hasonlóan színezett) placebok mellett az ún. aktív placebok (vagys valamilyen szervezeti változást hozó vagy legalább ízérzés adó anyagok) hatékonysága nagyobb. Egyes gyógyszer-csoportokban a hatás zavaróan nagy, az antidepresszánsok esetében megközelíti (egyes kutatók szerint eléri vagy meghaladja) a gyógyszer hatékonyságát a depresszió tüneteire és lefolyására (Andrews, 2001; Moncrieff, 2002). A kutatások egyébként új fényt vetettek az ún. nocebo-jelenségre is, elsősorban az orvosi antropológia hívja fel a figyelmet arra, hogy ha a kulturális hiedelmek (és az ezek nyomán kialakuló várakozási effektusok valamilyen szernek vagy ingeralakzatnak ártalmas hatást tulajdonítanak, akkor az is nagy valószínűséggel érvényesül, még ha az kémiailag vagy biológiailag nem is értelmezhető (Hahn, 1997).

Hozzá kell tenni, hogy a lélektani kutatások e vonatkozásban nagyon is „materialisták”, vagys senki sem tételez fel itt önmagában rejlő lelki hatást, hanem a vizsgálatok igyekeznek megragadni a jelenségek agybiológia szubsztrátumát, és ahol ezeket nem is ismerjük pontosan, ott is elsődlegesen ezek feltételezésén alapulnak a magyarázatok. A placebohatásban pl. az endogén opiátok és más mechanizmusok, a nocebo esetében ennek gátlásai vagy zavarai szolgálnak magyarázatul a közérzeti és viselkedési változásokra. A várakozási effektusokban is lehetnek pszichobiológiai momentumok, pl. imprinting-hatások, amelyek a gyermek- vagy a serdülőkor „érzékenységi szakaszaiban”, vagy kémiai tudatváltozások, ill. regressziók során „vésődnek be”.

Mindezek a drogok – és kivált a marihuána – vonatkozásában nagyon is relevánsak. Éppen a marihuána készítményei „proteusszerű” kémiai összetétele és hatásai (amelyet a szervezet számos biológiai változója – pl. anyagcsere, testhőmérséklet, arousal-szint stb. – is módosíthatja, mutatja, hogy a hatásban nagyon sok szociális, társaslélektani tényezőnek kell jelen lennie. Amióta a marihuánát kutatják, ezekre a befolyásoló körülményekre folyamatosan felhívják a figyelmet a szakirodalomban. Az egyik első kutatás egy szociálpszichológus, H. S. Becker résztvevő-megfigyelő (ma úgy mondanánk: etnográfiai jellegű) vizsgálata volt, aki azt írta le, hogy a marihuánaélvezet megtanulása távolról sem egyszerű, sőt, általában

huzamosabb tanulási szocializációs folyamat eredménye, ebben sokféle ismeret és fogás vonatkozik a szer kezelésére, szívására, de sok benne az „indoktrináció” is, meg kell tanulni, milyen érzés, hatás áll elő (Becker, 1953; 2001).

A droghatás szocializációs kialakulásáról azután sokféle leírás született a devianciakutatás keretében, de különféle pszichológiai vizsgálatokban is. A „drogra tanulás” mechanizmusai világosan megrajzolhatók a normatív referenciacsoportok modellje szerint (Hyman, Singer, 1968), ez igen plauzibilisen írja le a – rendszerint a kortárscsoporton belüli – intenzív hatású csoportalakzat befolyását, amelyhez a személyiség tartozni kíván, amelyhez alkalmazkodik, és amelynek értékeit és normáit átveszi. Az érték- és normatanulás ezekben a csoportokban intenzív és általában öntudatlan, mechanizmusait a külső szemlélő számára jól megragadható. A folyamat inkább a résztvevő megfigyelésen át, ill. autobiografikus narratívák, diszkurzív elemzések révén ragadható meg, mintsem a szokásos társadalomtudományi metodológiával, az interjúk vagy kérdőíves felmérésekkel (Denzin, Lincoln, 1998).

A szakirodalom igen színesen rajzolja meg, hogyan válik a drog által kiváltott élményhatás értékke, hogyan dolgozódnak ki a kortárscsoporton, referenciacsoporton belüli interakciókban, párbeszédekben az élmény várható részletei, a kellemes állapotok sajátosságai, a várható örömek, látomások, érzések. Számos szakember a drogkipróbálást igénylő, majd a használatot támogató, bátorító, segítő csoportközéget egyfajta szcénaként, „arénaként” írja le, pl. Matza, Young, Cohen és mások (lásd: Rácz, 2001), amelyben minden megjelenési alkalom erősíti a drogozás motivációs és kognitív rendszerét. Természetesen ezen a rendszeren belül sokféle egyéni reakciómód lehetséges, sokan kívánnak ebből a szociális mezőből, mások ellenállnak vagy elkülönülni képesek a kortárscsoportnak, ill. a kortárscsoportból. Itt nyilvánvalóan számításba kell venni a különböző hajlamosító vagy vulnerabilitási körülményeket. A széteső vagy rendszerként hiányosan funkcionáló családokból kikerülő fiatalok jobban rászorulnak a kortárscsoportokra, és azok referenciacsoport-hatása rájuk erősebb. A később drogossá válók között gyakori a gyermekkori vagy a preadolenszcenskori beilleszkedési zavar, a „problémás viselkedés”, vagyis a kisebb magatartási rendellenességek sora, ill. a normasértő (főleg kriminológiai jellegű) megnyilvánulás (Rácz, 1989, 1992–1993). Számos vizsgálat iskolai konfliktusok és tanulási teljesítményzavarok jelentőségét emeli ki. Mivel az ilyen viselkedésformák háttérében öröklött vagy korai idegrendszeri károsodás révén szerzett organikus tényezők sem zárhatók ki, újabban sok vizsgálat irányul a biológiai sérülékenységi tényezők kimutatására, és ez több munkacsoportnak sikerült is. A sérülékenység és a hajlamosító körülmények sora mellett is nyilvánvalóan közvetlen oki faktor a drogra történő szocializáció, a kortárscsoport, a barátok „szövege”, rábeszélése, amely gyakran indirekt jellegű. Az említett vizsgálatok éppen ezt erősítették meg, és lényegében ez a mechanizmus figyelhető meg a hazai etnografikus vizsgálatokban is, nemcsak a drogra, hanem az alkohol- (és áttételesen a nikotin-) használatra, ill. a szerves oldószerek inhalációjára, a „szipuzásra” vonatkozóan is (Rácz, Hoyer, 1995; Rácz, 1998).

A droggal kapcsolatos diskurzusok sajátos kontextust alakítanak ki, amelyek megkönnyítik a csoporton belüli kommunikációt. A nyelvhasználat, ill. a fogalomhasználat jellegzetes,

erre sok vizsgálat rámutatott (pl. Kunz, 1998). Amerikai szerzők „drugspeak”-ről beszélnek, annyira jellegzetesnek tartják a zsargont a „drogkultúrára” (Daricz, 1992, 1997). A drogokkal kapcsolatos fogalmak felértékelődése mellett az általános kulturális értékek, amelyek köré a családba és a közösségbe integrált, átlagos személyiség önazonosságát építi, leminősülnek, ill. negatív konnotációt kapnak (Szalay, Strohl, Doherty, 1999). Mindehhez hozzátehetjük, hogy a droghasználat rítusai nagyban hozzájárulnak az élmények szabályozásához, és segítenek azoknak jelentéseket adni, továbbá, hogy a droghasználó személyiség a drog szerzésével és fogyasztásával kapcsolatos sajátos (ökológiai, ill. kortárscsoportokkal kapcsolatos) relációrendszerben sajátos közösséget talál, amely a referenciacsoport-effektust erősíti. Így nyilvánvaló, hogy a drogra adott reakció is sokféle lehet, és hogy a marihuána használata annyiban is előkészítés más, gyakran kemény drogok fogyasztására, hogy létrehozza a drogos közösséget, amely a kokain és az opiátok függőségében élők számára is oly fontos, és amely a drogos számára már szinte egyedüli lényeges kapcsolat lesz a szociális külvilággal.

A hatással kapcsolatos várakozási sémák így könnyen kialakulhatnak. Érdekes módon a marihuánával kapcsolatos effektusokban nem csak az eufória, a lebegés, a felfokozott ingerérzékenység, a tér- és az időélmény megváltozása jelentkezik, de gyakran az ideák felfokozott áramlása, a képi, imaginatív gondolkodás könnyűvé válása is kialakul, és ez megkönnyíti a kommunikációkat, kikapcsolja a gátlások élményét. A csoportos használatban a közös „elszállás”, a másik emberrel való bizalmas közelség és egyidejűleg a biztonságos távolság fontos tényezője a közösség élményének. A testre és a lelki működésekre vonatkozó pozitív érzések, az önmonitorizálás lecsökkenése, a rövid távú memória legátldódása magában rejtí természetesen az egyéni használat incentíváit is, ha a droghasználat a valóság előli menekülés, ill. a negatív megerősítés (Gerevich, 2000) vagy az önmedikáció (Khantzian, 1999) jegyében történik. A marihuána sajátos kultúrájában azonban általában a társas hangulat segítése áll előtérben, ilyen értelemben az alkohol társas használatával analóg alkalmazási mód mutatkozik, és a csoportlétkörben nyilvánvalóan szerepet játszik a szer tiltott jellege, a beszerzés, a tárolás és a használat csoporttitokként kezelése, ill. „árnyékolása” az ellenséges hivatalos külvilággal szemben. Értelmiségi fogyasztói csoportokban a marihuána közös kognitív képében fontos funkciója van a szer ártalmatlanságával, sőt, előnyös hatásaival kapcsolatos hiedelmeknek, mítoszoknak.

A csoportos használati szocializáció tehát kognitív közösséget, várakozási effektusokat és sajátos önszuggesztívós élményeket hoz létre. Magyar hipnózisszakemberek (pl. Bányai Éva) ismételtén felhívják a figyelmet arra, hogy a drogos szubkultúrákban erőteljes szuggesztív befolyások érvényesülnek, és a drogra való rászokásban minden olyan személyközi hatáselem megtalálható, amely a hipnózis, ill. az Erickson-féle technika vagy a neurolingvisztikus programozás (NLT) módszertanában megtalálható. A várakozási effektusokhoz hasonló szabályszerűségeket fejez ki a kulcsinger-expozíció (cue exposition) elmélete, amely szerint a kialakult hozzászokásban már nem specifikus, de szocializációs háttérből, ill. az asszociatív mezőből érthető, levezethető egyszerű ingerek is drogigényt váltanak ki (Drummond et al, 1995).

Az említettek magyarázhatják, hogy a marihuána hatása régiónként vagy országonként változhat, és ennek nem elsősorban a szer THC-tartalmának, ill. összetételének változása áll a háttérben, hanem a droghagyományok, a drogkultúra sajátosságai, amelyek történelmi kontinuitásban alakulnak, módosulnak. Az USA-ban történt megfigyelések adnak erről érdekes képet, úgy tűnik, a marihuánát illetően más a brit „drogszcéna”, a holland használat, ahol a „coffee shop”-okban a marihuána kis mennyiségben megvásárolható (ill. tartható, eladható és fogyasztható) és más nálunk. A drogos problémákkal foglalkozó klinikusok mintha nálunk több negatív tünetet és következményt (szorongás, flashback tünetek, pánikszindróma, diszkomfort stb.) találnának, mint ezt másutt leírják. Lehet, hogy ennek a kortárs-, ill. a referenciacsoportok lazább jellege, a „party-kultúra” hagyományainak eltérése (vagy hiánya), ill. a drogkipróbálás és a droghasználat elégtelen szocializációja az oka. Az elégtelen szocializáció pl. a nagyobb fokú ambivalenciával járhat együtt, és ez – a drogokkal kapcsolatos – kulturális és nevelési tilalmak belső felerősödését, ezzel egyfajta placebo-effektust vált ki. A drogokkal kapcsolatos közfelfogás ugyanis nálunk erősen negatív (részben a droghullám elindulása előtt már megkezdett iskolai prevenció eredményeként is), és viszonylag kevés marginális csoport van, amelyben az erőteljes szocializáció végbe megy, a csoportokban viszonylag sok az erősen kötődni akaró, de a csoportkultúrába még be nem olvadt fiatal (ezt a jelenséget a szipuzással kapcsolatos megfigyelések, klinikai tapasztalatok is alátámasztják).

Az eddigiekből számos tanulság vonható le a prevenció szempontjából:

1. Talán a legelső az, hogy több kutatás kellene a droghasználat, jelesül a marihuána-fogyasztás rítusairól, kísérő és megelőző kommunikációs folyamatairól, csoportdinamikájáról, különös tekintettel a referenciacsoportok befolyására. Ilyen kutatás elsősorban kvalitatív lehet. Mivel a marihuána használata nagyon elterjedt, a fiatal szakemberek könnyen lehetnek résztvevő megfigyelők, mint ahogy ez már sok érdekes vizsgálatban megtörtént (pl. Fejér, 2000). Itt említendő meg, hogy terepkutatással foglalkozó egyetemi oktatók kis mintákon érdekes vizsgálatokat végeztek el hallgatóikkal évfolyamdolgozat vagy szakdolgozat céljából, és ha ezek nem is érik el a publikációs szinteket, a „kutatási kultúrát” fejleszthetik. Pl. Demetrovics azokba a vizsgálataiba, amelyekből két nagyobb publikációja származott (Demetrovics, 2000, 2001), számos hallgatót is bevont. Ők pl. megerősítették azt az irodalmi adatot, hogy a drogfogyasztók élménykereső, ingerkereső magatartása erős, szorongási foka, illetve skálákkal mérhető depressziósága nagyobb, kötődési mintázata sajátos stb. (Az átnézett dolgozatok közül – ezek megismeréséért Demetrovics Zsoltot illeti köszönet – a teljesség igénye nélkül érdemes kiemelni Máté Márta, Balázs Hedvig, Mihályt Réka, Szegedi Beatrix és Marton Balázs pszichológushallgatók nevét.) Hasonlóan irányította a drogtémára a hallgatók figyelmét a szociálpszichológiát oktató Felvinczi Katalin, akinek két tanítványa (Knopp Gábor és Marno Hanna) készített színvonalas irodalmi összeállítást és végzett vizsgálatokat (pl. szociometrikus felmérést drogos csoportban). Igen valószínű, hogy a szociológus és a szociális munkás hallgatók is végeznek ilyen vizsgálatokat. Ilyenek „kritikus tömege”

után tudhatnánk többet a hazai drogszcéna szocializációs és kommunikációs folyamatairól, és ennek különféle (pl. regionális vagy rétegződéssel összefüggő) változatairól.

2. A drogos, illetve drogigenlő kortárs- és referenciacsoportok erősen szuggesztív, sajátos értéktöltetű és fogalomhasználatú kommunikációjával szemben nyilvánvalóan elégtelen a megelőzés egyénközpontú és racionális (egészségnevelő) stratégiája. Valószínű, hogy tudni kellene a prevencióban tematizálni azokat a serdülőkori (preadoleszcens, ill. fiatal felnőtt-kori) lelki szükségleteket, amelyek a fejlődéslektani problémákkal küzdő, a családból és az iskolai pozitív csoportalakzatokból kiszoruló fiatalokat a drogos szubkultúrák felé terelik. Valószínű, hogy ebben a tematizációban nagyobb szerepet kell kapnia a kortárssegítésnek, a preventív „utcai munkának” és a különféle „cutreach” szolgálatoknak, amelyekben az egyházi és civil szervezetek lehetőségei is nagyok. A „szubkultúra” nyelvén, ill. a kortárs csoportokban megjelenő élmény- és ingerigények metaforáiban megszólaló prevenció esélyei nyilván nagyobbak lehetnek, mint a következményekre utaló, szokásos nevelői akcióknak.

3. Szükséges lenne kutatni a droghasználatot támogató csoportformációk és a személyközi és közvetlen szervezeti kapcsolatok (szülők, más kortársak, iskola stb.) kommunikációját. Valószínű, hogy a csoport szembenállást is kialakít a környezettel, és igyekszik neutralizálni vagy kifordítani az onnan érkező, drogra és a társadalmi értékekre vonatkozó kommunikációt. Különösen a középiskolás korosztályban szinte az elhatárolódást fokozó reverberatív köröket indíthatnak el a jóakarató, nevelő intelmek és magyarázatok.

4. Vizsgálatra méltó a média, a tömegkommunikáció droggal kapcsolatos üzeneteinek fogaadtatása a drogfogyasztó csoportokban. Igen valószínű, hogy a médiaszakemberek részéről szinte sablonszerű elrettentés visszacsap, ill. a média a drogokat mindig csak a felelősség, a gyógykezelés, a jogkövetkezmények vagy az ártalmak terminusaiban tárgyalja, és a fogyasztói élmény és szükségletek oldaláról általában képtelen megragadni. Ezzel viszont a „kontrakulturális” elhatárolódást segíti.

5. A ritualizált, társas, kizárólagos marihuána-fogyasztás társaslektani mechanizmusai éppúgy tanulmányozásra méltók lennének a prevenció szempontjából, mint a csoportból kiszakadó, magányos, hozzászokásos fogyasztás kialakulási mechanizmusa, és az így kialakuló beszerzési-terjesztési interakciók „pseudoközössége”. Interaktív viselkedési és kommunikációs szempontból érdekes a marihuána helye a kemény drogokat fogyasztók (és köztük a kezeltek, rehabilitáltak) körében.

Ilyen és hasonló kutatási témák még bőségesen adódnának a marihuána szociálpszichológiájából, és ezek esetleg elképzelhetővé tennék, hogy a marihuána-fogyasztás elleni akciók önálló prevenciók "főcsapást" jelenthetnének, ill. a csoportba, "szcénába", "aréna" belépő (akár az ártalomcsökkentés elemeit is hordozó) beavatkozások kipróbálásával érdemes foglalkozni. Már csak azért is, mert úgy tűnik, a marihuána lassan nyugat-európai méretekben van jelen, és valószínűleg nálunk is elősegíti a droggkultúrát, szocializál a kemény drogok irányába, politikai és közbeszédi turbulenciákat kelt (ártalmatlanságának vagy tolerálhatóságának mítosza révén) stb.

Felhasznált irodalom:

- Andrews, G. (2001). Placeboresponse in depression: bane of research, boon to therapy. Editorial. *British Journal of Psychiatry*, 178. pp 192-194.
- Bayer I. (2000). A drogok történelme. A kábítószeres története az ókortól napjainkig. Aranyhal Könyvkiadó, Budapest
- Becker, H. S. (1953). Becoming a marihuana user. *The American Journal of Sociology*, 59.
- Becker, H. S. (2001). Hogyan lesz valakiből marihuána-fogyasztó. in: Rácz (szerk.): 2001, 151-159. o.
- Brown, W. A. (1998). The Placebo Effect. *Scientific American*, pp 68-73.
- Davies, J. B. (1992). *The Myth of Addiction*. harwood medical publisher, Amsterdam
- Davies, J. B. (1997). *Drugspeak. The Analysis of Drug Discoure*. harwood medical publisher, Amsterdam
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S.(eds.) (1998). *The Landscape of Qualitative Research. Theories and Issues*. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi
- Demetrovics Zs. (szerk.) (2000). *A szintetikus drogok világa. Diszkrét drogok, drogfogyasztók, szubkultúrák*. Animula, Budapest
- Demetrovics Zs. (2001). *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein*. L'Harmattan, Budapest
- Drummond, D. C. et al (eds.) (1995). *Addictive Behaviour. Cue Exposure Theory and Practice*. John Wiley, Chichester, New York
- Ekman, P., Davidson, R. J. (eds.) (1994). *The Nature of Emotions. Fundamental Questions*. Oxford University Press, Oxford
- Elekes Zs., Paksi B. (2001). *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználat, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon*. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest
- Fejér B.: (2000). LSD és popkultúra. In: Demetrovics (szerk.): 2000, 34-59. o.
- Gerevich J. (2000). Az addiktológia spektruma. in: Németh A., Gerevich J. (szerk.): 2000, 9-18. o.
- Grinspoon, L., Bakalar, J. B. (1997). Marihuana. in: Lovinson, J. H, Ruiz, P., Millman, R. B., Langrod, J. G. (eds.): 1997, pp 199-206.
- Hahn, R. A.. (1997). The Nocebo Phenomenon: Scope and Foundations. in: Harrington, A. (ed.) 1997, *The Placebo Effect. An Interdisciplinary Explanation*. Harvard Univ. Press, Cambridge (Mass.), London
- Hyman, H. H., Singer, E. (eds.) (1968). *Readings in Reference Group Theory and Research*. The Free Press, New York
- Johnson, B. D., Muffler, J. (1997). Sociocultural. in: Lovinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B., Langrod, J. G. (eds.): 1997, pp 107-117.
- Kaptschuk, T. J. (1998). Powerful placebo: the dark side of the randomized controlled trial. *The Lancet*, 351., pp 1722-1725.
- Kavanaugh, R. D., Zimmerberg, B., Fein, S. (eds.) (1996). *Emotion. Interdisciplinary Perspectives*. Lawrence Erlbaum, Mahwah (N.J.)
- Khantzian, E. J. (1999). *Treating Addiction as a Human Process*. Jason Aronson, Northvale (N.J.), London
- Kovács L. (2002). Erdélyi középiskolások deviáns magatartásformáinak demográfiai áttekintése. A tiltottszere-fogyasztás családszociológiai háttere. Ph.D. disszertáció, BKÁE, Szociológiai Doktori Iskola, Budapest
- Kunz, D. (1998). „Heroin ist mein Benzin”. Sprachverhalten als Motor für den Verlauf der Rehabilitation Drogenabhängiger. in: Schwertl, W., Emlein, G., Staubach, M. L., Zwingmann, E. (Hrsg.): 1998, *Sucht in systemischer Perspektive. Theorie-Praxis-Forschung*. Vendenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Lovinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B., Langrod, J. G. (eds.) (1997). *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*. Williams & Wilkins, Baltimore (third ed.)
- Moncrieff, J. (2002). The antidepressant debate. Editorial. *British Journal of Psychiatry*, 180. pp 193-194.
- Németh A., Gerevich J. (szerk.) (2000). *Addikciók*. Medicina, Budapest
- Rácz J. (1989). Ifjúsági szubkultúrák és fiatalkori „devianciák”. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest
- Rácz J. (1992-1993). Az ifjúkori problémaviselkedések és a „pszi-intézmények” kapcsolata: elméleti megközelítések. Magyar Pszichológiai Szemle, XVIII-XLIX (új sorozat: 32-23), 5-6., 495-516. o.
- Rácz J. (1998). Ifjúsági (szub)kultúrák, intézmények, devianciák. Válogatott tanulmányok. Scientia Humana, Budapest
- Rácz J.: (szerk.) (2001). *Devianciák. Szabálykövet(él)ők és bajkeverők. Bevezetés a devianciák szociológiájába*. Új Mandátum, Budapest

- Schachter, S., Singer, J. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Bulletin*, 69. pp 379-399.
- Szalay, L. B., Strohl, J. B., Doherty, K. T. (1999). *Psychoenvironmental Forces in Substance Abuse Prevention*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, Boston

Marihuána: pszichológiai és antropológiai szempontok

DEMETROVICS ZSOLT

Bevezetés

A marihuána a legrégebb óta ismert és használt tudatállapot-módosító szerek egyike. Mind pszichoaktív hatását, mind gyógyászati felhasználásának lehetőségeit évezredekkel ezelőtt ismerte fel az emberiség (Bayer, 2000; Grinspoon és Bakalar, 1997a). Messzire visszatekintő múltja mellett azonban a jelenben sem elhanyagolható a marihuána szerepe. A kannabiszszármazékok Magyarországon, csakúgy, mint a világon mindenfelé, a legnépszerűbb illegális drogok. Az USA-ban, 1994-es adatok szerint, a népesség 8,5%-a, azaz 17,8 millió ember használt már életében kannabiszszármazékokat, és közülük több mint minden negyedik személy (5,1 millió) heti egy vagy több alkalommal teszi ezt (Stephens, 1999). Az Európai Unióban a 15-64 éves korosztályban a kannabiszszármazékokat kipróbálók aránya 10% (Finnország) és 20-25% (Dánia, Franciaország, Írország, Hollandia, Spanyolország, Egyesült Királyság) között változik (EMCDDA, 2001; Demetrovics, 2002). Magyarországon a 18-65 éves korosztály esetében ez az érték alacsonyabb, 5,7% (Elekes és Paksi, 2002). Tekintve azonban, hogy a kipróbálás legvalószínűbben 16 és 18 éves kor között következik be, s hogy viszonylagosan új jelenségről van szó, illetve, hogy a 16 éves középiskolások körében ennél lényegesen magasabb kipróbálási értékek mutatkoznak (Elekes és Paksi, 2000), a 15-64 éves korosztályra vonatkozóan hazánkban is magasabb érték a valószínű.

A kannabiszszármazékok mindazonáltal nem csak elterjedtségük miatt tartanak számot kiemelt érdeklődésre, akár a közvélemény, akár a kutatók számára. Ez az a drogcsoport, amelyet – a holland drogpolitika felosztása alapján – gyakran illetnek a „lág drog” elnevezéssel, elkülönítve ezáltal a marihuánát és a hasist a kemény drogoknak tartott egyéb klasszikus kábítószerektől, elsősorban a herointól és a kokaintól. Ez a „lág drog” besorolás számoltalan vitát gerjeszt, amelyek a közvélekedésből nem egyszer átszivárognak a tudományos világba is (Demetrovics, 2000).

Jelen tanulmány elsődleges célja, hogy képet fessünk ezen szerek fogyasztóiról, elsősorban pszichológiai jellemzőikről, illetve néhány antropológiai jelenségről, amelyek ezt a fogyasztói réteget jellemzik. Bár nem célom a „kemény drog” – „lág drog” vita részletekbe menő tárgyalása, kétségtelen, hogy a fenti célkitűzés több helyen érinteni fogja ezt a kérdést is. Egyáltalán nem célja azonban jelen tanulmánynak, hogy ezen kérdéskör jogi szempontjait tárgyalja (erről lásd TASZ, 2001).

Marihuána- és hasishasználat Magyarországon

Meglehetősen kevés kutatási adat áll rendelkezésre a hazai marihuánahasználó populációról. Tudjuk, hogy a másodéves középiskolások körében ez a legelterjedtebb drog; az 1999 tavaszi adatok szerint 16% használt legalább egyszer életében marihuánát vagy hasist (Elekes és Paksi, 2000). Tekintve, hogy a droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia-

értéke 19,1%, jól látható, hogy a valamilyen drogot használók többsége kipróbálta ezeket a szereket. Hasonló mondható el a felnőtt (18-64 éves) populációról is. A valaha drogot kipróbálók aránya 6,5%, míg a kannabiszszármazékokkal kísérletezőké 5,7% (Elekes és Paksi, 2002). Speciális mintán készült vizsgálatok hasonló arányokat jeleznek. Így 1999-ben a táncos szórakozóhelyeket látogató fiatalok körében a valaha drogot használók aránya 52,6% volt, s közülük közel mindenki használt valaha marihuánát vagy hasist (49,8%) (Demetrovics, 2001). Szinte ugyanezek az értékek mutatkoztak meg a 2000 nyarán a Pepsi Szigeten végzett vizsgálatban (Paksi, 2000). A droghasználat életprevalencia-értéke 52,7%, míg a marihuána/hasishasználat életprevalencia-értéke 49,7% volt. Az elterjedtség mutatói mellett azonban lényegesen kevesebb az adat a marihuánát használó populáció jellemzőire vonatkozóan.

Egységes populációról van-e szó?

Bár a droghasználókat, vagy akár konkrétan a marihuánahasználókat gyakran szokás szubkulturális csoportnak nevezni, ez a megjelölés semmi esetre sem szerencsés. A rendelkezésre álló adatok – mind általában a drogfogyasztó populációra, mind speciálisan a marihuána használókra vonatkozóan – inkább heterogenitást, mintsem egységes jellemzőkkel bíró szubkulturális csoportot jeleznek.

A marihuánahasználók tekintetében a heterogenitás első fokán a használat intenzitásában jelenik meg. A táncos szórakozóhelyeken végzett felmérésben (Demetrovics, 2001) a megkérdezettek mintegy fele jelezte, hogy kipróbált már valamilyen kannabiszszármazékot. Közülük mintegy minden ötödik személy a kérdezést megelőző évben már nem használta ezeket a szereket, míg valamivel több, mint minden második személyről elmondható volt, hogy a megelőző hónapban is használt marihuánát vagy hasist. Közöttük is jelentős különbségek mutatkoztak a használat intenzitásában. Így az elmúlt havi fogyasztók 16,2%-a jelzett napi, s további 22,1% heti egyszerűen intenzívebb használatot. Ugyanakkor mintegy minden negyedik-ötödik személy nyilatkozott úgy, hogy a kérdezést megelőző hónapban egyetlen alkalommal szívott marihuánát vagy hasist. Az intenzívebb használat egyértelműen a férfiak körében volt jellemzőbb.

Ugyanebben a vizsgálatban a marihuánahasználók két viszonylag jól elkülönülő csoportja mutatkozott meg. Azok, akik (1) a marihuána mellett egyéb szereket soha nem használnak és azok, akik (2) a marihuána mellett más szerekkel is próbálkoznak. Az elvileg lehetséges harmadik csoport – azok a személyek, akik (3) egyéb illegális szereket használnak, de marihuánával még soha nem próbálkoztak –, a gyakorlatban alig létezik. A táncos szórakozóhelyeken megkérdezettek körében (1507 fő) összesen 42 személy (2,8%) jelezte, hogy kannabiszszármazékokat soha nem használt még életében, de egyéb drogokat már kipróbált. (Közülük 19 személy az egyéb illegális drogot egy évnél régebben használta.) Ez a tapasztalat ugyanakkor nemcsak ebben a rekreációs droghasználattal jellemezhető populációban jelenik meg, hanem a klinikumban is. Gerevich és munkatársai (2001) 1007 fő, drogambulancián kezelt személy adatait dolgozták fel. Az elemzés nyomán hét droghasználói tí-

pust különítettek el. Fontos eredményük, hogy a marihuána az egyetlen olyan drog, amelynek használata, kisebb vagy nagyobb mértékben, de valamennyi droghasználói típusban megjelent. Ugyanebben a mintában megjelent ugyanakkor az első (1), tisztán kannabisz-használó csoport is.

Visszatérve a rekreációs használattal jellemezhető, szórakozóhelyeket látogató populációra, elmondható, hogy az első két csoport – a droghasználati szokásokat tekintve – itt is egyértelműen, egymástól jól elkülöníthető módon jelent meg. Így a valaha drogokat fogyasztók 38%-a marihuánán kívül más szert soha nem próbált ki. A droghasználati jellemzőkön kívül azonban az egyéb jellemzők nem bizonyultak igazán alkalmasnak a két csoport elkülönítésére. Megfelelő statisztikai eljárást (lépésenkénti diszkriminancia-analízist¹) alkalmazva azt találtuk, hogy a szociodemográfiai és a szórakozási szokásokra vonatkozó jellemzők mentén a legjobb becslés is igen nagy hibaszázalékkal dolgozik, azaz mindkét csoport tagjainak mintegy 40%-át, tévesen, a másik csoportba sorolná (ez azt jelenti, hogy a besorolás alig jobb a véletlennél). Ezt a két csoportot a drogokat soha nem használókkal összehasonlítva azt az eredményt kaptuk, hogy a legtöbb jellemző mentén a két droghasználó csoport hasonlóságot mutat egymással, s ugyanakkor eltéréseket jelez a drogokat egyáltalán nem használókkal összehasonlításban (Demetrovics, 2001). Ily módon – ebben a mintában – a drogokat nem használók átlagosan két évvel fiatalabbak, mint akár a csak marihuánát használók (1), akár az egyéb drogokat is használók (2), s valószínűbben kerülnek ki a férfiak, mint a nők közül. Mind a csak marihuánát kipróbálók, mind az egyéb drogokat is használók valószínűbben laktak a fővárosban. Mindkét drogfogyasztó csoport tagjai, de különösen az egyéb drogokat fogyasztók valószínűbben éltek egyszülős családban, s kisebb valószínűséggel ép családban, mint a drogokat soha nem fogyasztók. Érdekes és talán meglepő eredmény volt, hogy mindkét drogfogyasztó csoport (és szüleik is), magasabb iskolai végzettséggel voltak jellemezhetőek, mint a drogokat nem fogyasztók, s szintén magasabb egy főre jutó havi bevétel jellemezte őket. A két drogfogyasztó csoport tagjai gyakrabban jártak el otthonról, gyakrabban töltötték szabadidejüket táncos szórakozóhelyeken és több pénzt költöttek el egy este, ha szórakozni mentek. A szórakozás és a szórakozóhelyeken elköltött összeg mértékében azonban a két drogfogyasztó csoport is jelentősen különbözött. Az egyéb drogokat is fogyasztó csoport tagjai gyakrabban jártak táncos szórakozóhelyekre és több pénzt költöttek az ilyen alkalmakkor. Összességében tehát úgy tűnik, hogy ebben a mintában² a drogokat használók, drogfogyasztásuk jellegétől eltekintve, nem mutattak jelentős különbségeket egymás között, ugyanakkor számos jellemzőjük eltért, több esetben kedvezőbb irányba (pl. iskolai végzettség, kereset) a drogokat nem használóktól. Ezen eredmények értelmezésekor azonban nem szabad megfeledkezni arról, hogy itt egy rekreációs droghasználói rétegről van szó, azaz olyan személyekről, akik többségükben hetente-kéthetente vagy ennél ritkábban, és szinte kizárólag társas környezetben használtak illegális szereket (Demetrovics, 2001). Bár Gerevich és munkatársai (2001) klinikai mintájukban is azt tapasztalták, hogy a marihuánahasználó csoportot a többi droghasználó csoporttal összehasonlításban kedvezőbb anyagi helyzet, a szülők magasabb iskolai végzettsége és a sze-

mélyek ápoltsága jellemezte, ez a viszonylagosan kedvező kép nem minden szempontban jelentkezik a klinikumban megjelenő, problémás marihuánahasználó réteget tekintve³.

Társas kapcsolatok

A droghasználók, köztük marihuánát és egyéb hallucinogén szereket használó személyek társas kapcsolatait, klinikai mintán, 1996-ban elemeztük, Fonyó kontaktometriai módszerét alkalmazva. A vizsgálat során hallucinogéneket használók, opiáthasználók és kontrollszemélyek társas kapcsolati rendszerét hasonlítottuk össze. Az eredmények a két drogfogyasztó csoport társas mezőjének leszűkülését, illetve beszűkülését mutatták a drogokat nem fogyasztókhoz képest. Jelentős különbségek mutatkoztak a két droghasználó csoport kapcsolati rendszerének összehasonlításában is. Míg a drogokat nem használók átlagosan 29,2 (minimum 25, maximum 33), az opiáthasználók pedig átlagosan 29,7 (minimum 16, maximum 45) számukra fontos személyt soroltak fel⁴, addig ez a szám a hallucinogén szereket használók esetében mindössze 10,6 (minimum 5, maximum 19) volt. Utóbbi csoportban a személyek nem csak lényegesen kevesebb kapcsolatot említettek, de a felsorolt személyek besorolásához is lényegesen kevesebb kategóriát használtak fel a lehetséges 18-ból (átlagosan 5,2-t, szemben az opiáthasználók 8,3-es átlagával). Bár mindkét csoportban a droghasználattal összefüggésben megjelenő kapcsolatok voltak a dominánsak, ezek szerepe eltérő volt. Úgy tűnt, hogy míg az opiáthasználat esetében a kapcsolatok fenntartásának igen fontos tényezője a drog beszerzésében való együttműködés (és ennek érdekében ez a kapcsolati kör kiterjedtebb volt), addig a hallucinogéneket használó csoportban – a drogok olcsóbb és könnyebb beszerezhetősége miatt – nem annyira a beszerzésben való együttműködés, hanem sokkal inkább a közös használat játszotta a főszerepet. Ez egyben azt is indokolja, hogy az opiáthasználók átlagosan lényegesen több személyt (11,8) soroltak ide, mint a hallucinogén szereket fogyasztók (3,8).

A használókkal készített interjúk alapján úgy tűnt, hogy az eltérésekért elsősorban az adott drog beszerzésének nehézségében, a használat módjában, illetve a drog hatásában mutatkozó különbségek tehetők felelőssé. Ezen tényezők közül talán az utóbbi a legfontosabb. Úgy tűnik ugyanis, hogy a marihuána enyhe hallucinogén hatása, tartós, napi használat esetén egy olyan, többé-kevésbé állandósult módosult tudatállapothoz vezet, amelynek következtében a használó kapcsolata jelentősen gyengülhet az őt körülvevő rationális világgal. Ennek következtében a használó életében fokozatosan egyre kisebb jelentőségűek lesznek azok a kapcsolatok, amelyek a drogokat nem használó személyekhez fűzik őt, hiszen a benne kialakult világ megosztása ezekkel a személyekkel nem lehetséges. Ezzel párhuzamosan ugyanakkor létrejön egy szűkebb baráti kör, amelyben a marihuánahasználat mindennapivá, s egyben a társaságot összetartó egyik legfontosabb erővé válhat. Ezen a körön belül ugyanis nincsenek meg azok a kommunikációs gátak, amelyek a nem használók irányában – mindkét oldalról – jelentős akadályát jelenthetik a kapcsolat fenntartásának. Ez a folyamat ugyanakkor tovább erősíti önmagát, hiszen a saját világába visszahúzódott használó számára a külső, „racionális” világ így még inkább szorongáskeltővé válik, ami hosszú

távon tovább növeli a külső világtól való elidegenedést. Ezt a jelenséget erősíti a marihuána hatásában megjelenő azon kettősség, hogy míg a drog maga alapvetően szorongáskeltő hatású (Stephens, 1999), addig az akut hatás, a külvilág racionális tényezőitől való eltávolodás révén csökkentheti a szorongást.

A marihuána veszélyei: érvek és ellenérvek

A fentiekhez szorosan kapcsolódó problémakör annak a kérdése, hogy a marihuána használata mi módon és milyen mértékben károsítja a használó gondolkodási és viselkedési funkcióit. A téma, már csak a bevezetőben felvetett „kemény drog – lágy drog” vita kapcsán is előkerül, így mindenképp érdemes vele röviden foglalkozni. Nadia Solowij (1998), néhány évvel ezelőtt teljes kötetet szentelt a téma szakirodalmának és saját kutatásainak összefoglalására. A szerző rámutat, hogy a mind saját, mind egyéb kutatások alapján jelentős kognitív sérülések nem tapasztalhatók a marihuánahasználóknál, ugyanakkor finomabb, a komplex információk integrálását és organizálását érintő, gyakran csak speciális mérési eljárásokkal kimutatható változások megjelenhetnek. Ezek előfordulásának valószínűsége a használat gyakoriságának és intenzitásának növekedésével párhuzamosan nő. Az eredmények alapján a problémák elsősorban ott jelentkezhetnek, hogy krónikus kannabiszhasználók, komplex ingerek esetében, kevésbé képesek figyelmen kívül hagyni az irreleváns információkat, s ennek következtében problémát jelent számukra a figyelem fókuszálása. Ismételten fontos azonban hangsúlyozni, hogy ezeket az eredményeket nem a mindennapi élet tapasztalatai alapján, hanem speciális kísérleti feltételek között mutatták ki. Ennek ellenére azonban a szerző felveti, hogy krónikus használat esetén ezek a finomabb sérülések idővel olyan – nem egyszer a használók által is észlelhető vagy észlelt – figyelmi és memóriazavarokhoz vezethetnek, amelyek a mindennapi életben, a tanulmányi előrehaladásban vagy a munkateljesítésben is problémát jelenthetnek.

Ehhez a problémakörhöz kapcsolódik a gyakran felvetett kérdés, miszerint a krónikus, intenzív kannabiszhasználat amotivációs szindróma kialakulásához vezetne. A 60-as, 70-es években felvetett lehetséges káros hatások közül talán ez, az előző fejezetben tárgyaltakhoz szorosan kapcsolódó veszély látszott a legreálisabbnak, miszerint a marihuána tartós használata a motiváció, a külvilág iránti érdeklődés csökkenéséhez vezetne. Bár az USA-ban 1970-ben létrehozott Shafer Bizottság (hivatalos nevén Nemzeti Bizottság a Marihuána és a Drogabúzus Vizsgálatára), rámutatott, hogy semmilyen pszichoaktív szer használata nem lehet teljességgel biztonságos, mindazonáltal nem találta bizonyítottnak, hogy a marihuána fogyasztása egészségügyi károsodáshoz, a kriminalitás növekedéséhez, promiskuitáshoz, megőrüléshez vagy az amotivációs szindróma kialakulásához vezetne. Tíz évvel később, 1982-ben az Orvosi Intézet (Institute of Medicine) és a Világegészségügyi Szervezet (WHO) ismételten áttekintette a rendelkezésre álló kutatási eredményeket és arra a konklúzióra jutott, hogy mérsékelt marihuána- használat esetén nem igazolható az egészségügyi ártalmak, a pszichés sérülések és a szociális diszfunkciók kialakulása. A tanulmányok mindazonáltal azt jelezték, hogy az intenzív kannabiszhasználók esetében előfordulnak problé-

mák (Zimmer és Morgan, 1997). A témában számos kutatás készült, mind diákok, mind dolgozók körében, mind pedig laboratóriumi körülmények között. Ezek végső konklúziója azt jelezte azonban, hogy a problémás használóknál megjelenő diszfunkciók nem köthetők direkt módon a marihuána használatához, így például ezek többnyire már a droghasználat kezdete előtt is jelen voltak a személyek életében. Az a tétel tehát, miszerint a marihuána farmakológiai hatása vezetne a motiváció csökkenéséhez, semmi esetre sem bizonyult tarthatónak.

Marihuánahasználat és néhány pszichológiai jellemző

A már korábban említett, táncos szórakozóhelyeket látogató fiatalok körében végzett vizsgálatban sor került néhány személyiségpszichológiai tényező vizsgálatára is. Úgy tűnt azonban, hogy ezek többsége nem alkalmas arra, hogy elkülönítse a marihuánahasználókat a nem használóktól, vagy azoktól a személyektől, akik a kannabiszszármazékok mellett egyéb drogokat is használnak. Ily módon sem a depresszió (CES-D) mértékében (Radloff, 1977), sem az önértékelésben (Rosenberg, 1965), sem az élettel való elégedettségben (Campbell és munkatársai, 1976) nem mutatkozott szignifikáns különbség a három csoport között. Különbség mutatkozott ugyanakkor a szenzoros élménykeresés dimenzióban (Zuckerman, 1989)⁵. A marihuánahasználók szignifikánsan magasabb értéket jeleztek, mint a drogokat nem használók, míg az egyéb drogokat is kipróbálók szignifikánsan magasabb élménykeresést jeleztek, mint a kizárólag marihuánát használók. Mindezek alapján úgy tűnik, hogy az ebben a populációban megjelenő droghasználat mögött nem annyira a hangulat befolyásolásának, korrigálásának igénye, mint inkább az izgalmak, új élmények iránti nyitottság játszik meghatározó szerepet.

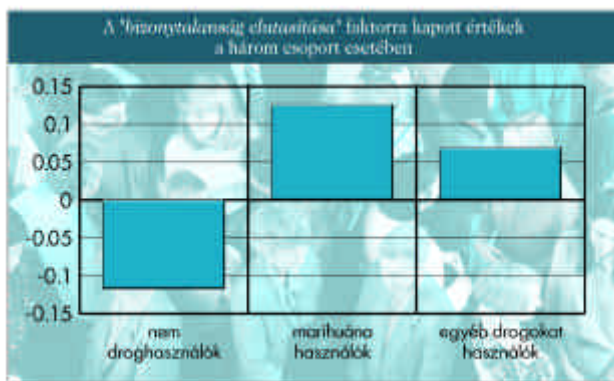
A kutatás során szintén megvizsgáltunk néhány, az értékválasztással, a világról alkotott elképzeléssel kapcsolatban álló attitűd-dimenziót.

Az anómiával kapcsolatosan hat kérdés szerepelt a kérdőívben, amelyeken főkomponens-analízist végeztünk. Ennek eredményeként két faktor nyertük. Az elsőt - Elekes és Paksi (2001) nyomán - a 'bizonytalanság és orientációhiány elutasításának', míg a másodikat a 'normátlanság általános elutasításának' neveztük. Mindkét faktor esetében a magasabb értékek a tételekkel való kisebb egyetértést fejezik ki⁶.

Az anómia-kérdéseken végzett varimax rotációs faktoranalízis eredménye (A kérdőívben a nagyobb értékek kisebb egyetértést jeleztek, ezért került az elutasítás szó a pozitív faktorsúlyú faktorok elnevezésébe)

tételek elutasítása	faktor I. bizonytalanság elutasítása	faktor II. normátlanság elutasítása
soha, semmiben nem lehetsz biztos az életben valójában senki sem tudja, mi is az, amit elvárnak tőle az életben	0,821	0,034
nehéz bármiben is bízni, mert minden változik	0,811	0,025
minden olyan szabályt megszeghetsz, amiknek szerinted nincs értelme	0,784	0,206
bármely szabályt betartok, amit be akarok tartani valójában nagyon kevés abszolút szabály van az életben (amit mindig, minden körülmények között be kell tartani)	0,074	0,713
	0,049	0,693
magyarozott variancia	0,222	0,632
	33,409	23,882

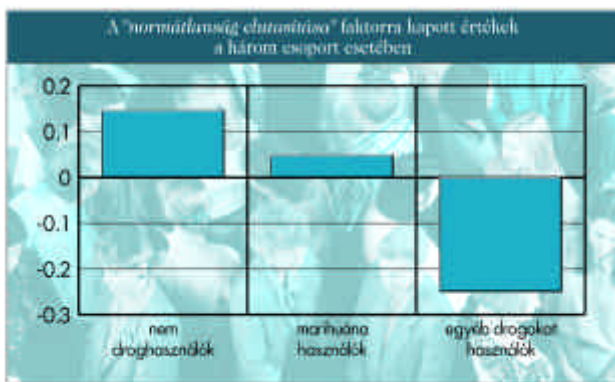
A nem droghasználó csoportot a bizonytalanság elfogadása, míg mindkét drogfogyasztó csoportot a bizonytalanság elutasítása jellemzi .



(A negatív érték a bizonytalanság, orientációhiány elfogadását, a pozitív érték az elutasítását jelzi.)

Az egyéb drogfogyasztókat (tehát akik a marihuánán kívül más szereket is fogyasztanak) a bizonytalanság elutasítása mellett a normátlanság elfogadása jellemzi. Nem értenek tehát egyet azzal, hogy semmiben sem bízhatnak, hogy minden változik körülöttük, ugyanakkor úgy tartják, hogy a szerintük értelmetlen szabályokat megszeghetik, nincsenek abszolút érvényű szabályok. Nem tartják tehát bizonytalannak, kiszámíthatatlannak a világot, de nem a társadalmi szabályok követésére támaszkodnak az élethelyzetekben, inkább az öntörvényű-

ség, a saját szabályok megalkotása jellemzi őket. Ezzel szemben kisebb mértékben a marihuánahasználókat, de különösen a drogokat nem fogyasztókat a normátlanság elutasítása jellemzi. Inkább hisznek tehát az abszolút szabályokban, s kevésbé válnak maguk a szabályalkotóvá. A nem droghasználók esetében a szabályok értelmességébe és elfogadhatóságába vetett hit, mint láttuk, a bizonytalanság elfogadásával társul, azaz a szabályok valószínűbb követése ellenére úgy érzik, hogy semmiben nem lehetnek biztosak, a világ állandóan változik körülöttük. A szabályok valószínűbb követése esetükben feltételezhetően pont ennek a bizonytalanságnak a következménye lehet. Ez a kép leginkább a merton „ritualizált” viselkedést idézi (Merton, 1980). A marihuánahasználók esetében ismét más képet kapunk. Ők a drogokat nem használóknál kevésbé, de az egyéb droghasználóknál inkább hisznek az abszolút érvényű szabályok elfogadásában, ugyanakkor a három csoport közül ők érzik a leginkább kiszámíthatónak az őket körülvevő világot. Ebben a vonatkozásban ők tekinthetők tehát a konvencionális keretek között önmagukat jól, biztonságban érző személyeknek, akik azonban nem ragaszkodnak a szabályok örökérvényűségéhez, míg a nem drogfogyasztók szintén konvenciók szerint, de bizonytalanságban élőknek tekinthetők.



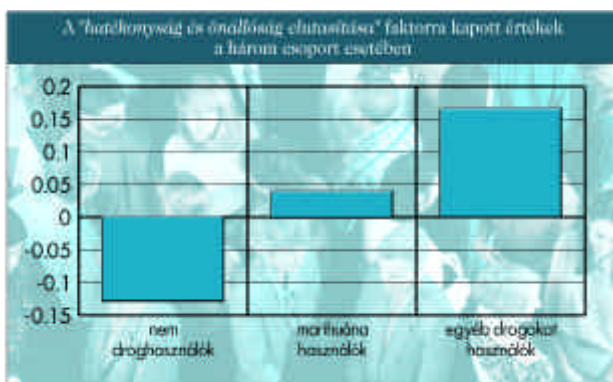
(A negatív érték a normátlanság elfogadását, a pozitív érték az elutasítást jelzi.)

Egy másik, szintén hat tételből álló kérdéssorban a személyek számára fontos értékekre kérdeztünk rá. A faktoranalízis itt is két faktort hozott létre. Az első faktort a „hatékony-ság és önállóság elutasításának”, míg a második faktort a „szeretet és a tolerancia elutasításának” neveztük.

Az értékekre vonatkozó kérdéssorra adott válaszokon végzett varimax rotációs faktoranalízis eredménye (A kérdőívben a nagyobb értékek kisebb egyetértést jeleztek, ezért került az elutasítás szó a pozitív faktorsúlyú faktorok elnevezésébe.)

tételek elutasítása	faktor I. hatékonyság és önállóság elutasítása	faktor II. szeretet és tolerancia elutasítása
az ember legyen törekvő, alkotószellemű és eredményes	0,793	-0,103
az ember legyen felelősségteljes és kötelességtudó	0,747	0,225
az ember tudjon helyesen viselkedni és uralkodjon önmagán	0,582	0,288
az ember legyen önálló és álljon ki a nézeteiért	0,563	0,276
az ember legyen elfogulatlan, előítéletmentes és igazságszerető	0,130	0,830
az ember legyen szeretetteljes, megbocsátó és segítőképz	0,182	0,824
magyarozott variancia	31,544	26,470

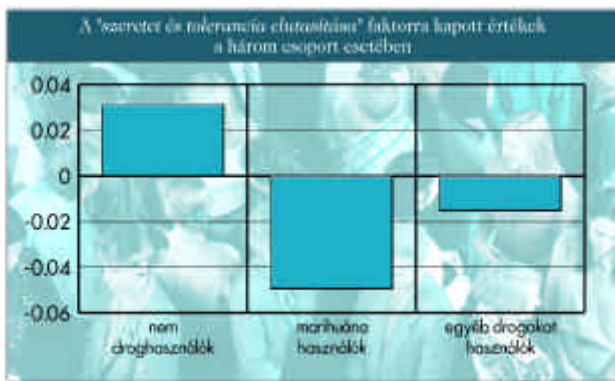
A nem droghasználók fontosnak tartják, hogy az életük során eredményesek, önállóak legyenek, helyesen, felelősségteljesen és kötelességtudóan viselkedjenek, míg az egyéb drogot fogyasztó csoport számára ezek az értékek nem tűnnek fontosnak. A csak marihuánát használók köztes helyet foglalnak el.



(A negatív pontszám a hatékonyság és az önállóság mint érték elfogadását, a pozitív pontszám ezek elutasítását jelzi.)

A fenti képet kiegészítendő, elmondható, hogy a toleranciát, az előítélet-mentességet, a segítőkészséget és a szeretetteljességet a marihuánát használók csoportja tartja a legfontosabb, míg a drogot nem használók csoportja a legkevésbé fontos értéknek. E tekintetben

a marihuánán kívül egyéb drogokat is használók köztes, de a fenti értékeket inkább fontosnak tartó helyet foglalnak el⁹.



(A negatív pontszám a szeretet és a tolerancia mint érték elfogadását, a pozitív pontszám ezek elutasítását jelzi.)

Összességében tehát úgy tűnik, hogy a marihuánahasználó csoport számára a teljesítmény, az eredményesség, a felelősségteljeség és az önállóság kevésbé, míg a szeretet, a tolerancia és az igazság lényegesen fontosabb értéként jelenik meg. Ezzel pont ellentétes képet mutatnak a drogokat egyáltalán nem használók, azaz a célratörőség inkább, a mások elfogadása kevésbé fontos érték a számukra. Az egyéb szereket is használók, értékpreferenciájukat tekintve, inkább a marihuánahasználókéval rokon képet mutatnak. Esetükben azonban kevésbé fontos tényező az igazság, a tolerancia és a szeretet, míg karakterisztikusabban jelenik meg a teljesítmény elutasítása.

Bár az oki tényezők jelen vizsgálata tükrében nem értelmezhetőek, mégis, amennyiben visszagondolunk az amotivációs szindrómával kapcsolatosan megfogalmazottakra, elmondhatjuk, hogy a marihuánahasználók esetében megjelenik a teljesítmény, az alkotás, az eredményesség, a felelősség és a kötelességtudás bizonyos fokú elutasítása, ezen értékek helyett azonban jelentős szerepet kap a szeretetteljeség és a tolerancia.

A „kapu-drog” elmélet

A marihuána kipróbálásával kapcsolatosan az egyik leggyakrabban emlegetett aggodalom az a nézet, hogy bár a marihuána önmagában nem veszélyes drog, használata mégis kockázatos lenne amiatt, mivel ennek a drognak a kipróbálása vezet el a későbbiek során a keményebb szerek használatához, illetve az ezektől való függővé váláshoz (Kandel, 1975). A már említett Shafer Bizottság ugyanakkor nem látta alátámasztottnak ezt a feltevést sem (Zimmer és Morgan, 1997), s más eredmények is azt jelzik, hogy a marihuána kipróbálása vagy akár intenzív használata semmiképp sem jelenti a lágy drogok használatáról történő törvényszerű áttérést a kemény drogok használatára. A gyakran hangoztatott populis-

ta szlogen, miszerint „még senki nem halt meg herointól úgy, hogy ne marihuána használatával kezdte volna a drogkarrierjét” többé-kevésbé igaz, az implikált tartalom azonban, hogy a marihuána kipróbálása szükségszerűen elvezet a heroin kipróbálásához, semmiképp sem valós (Demetrovics, 2000). A marihuána kipróbálásának ezen veszélye mellett érvelők többnyire arra helyezik a hangsúlyt, hogy a deviáns karrier alakulásában a lényeges lépés a legális szerekről (alkohol, cigaretta) az illegális drogra történő váltásban, azaz a marihuána kipróbálásában, az első deviáns aktusban, a deviáns viselkedés iránti elköteleződésben rejlik, ehhez képest a marihuánáról a heroinra történő váltás más sokkal kisebb konfliktust jelent a személy számára. Úgy tűnik azonban, hogy a fiatalok fejében ezen „jogi demarkációs vonal” mellett létezik egy másik határvonal is, amelyet a kannabiszszármazékok és az egyéb illegális szerek között húznak meg.

A tényleges adatok kétségtelenül igazolják az állítást, miszerint a marihuánát használók között magasabb a más drogokat is kipróbálók aránya, mint a normál populációban. (Ezzel összhangban a marihuána kipróbálása is szignifikánsan valószínűbb a dohányzók, mint a nem dohányzók, illetve az alkoholt fogyasztók, mint nem fogyasztók körében.) Ennek a statisztikai összefüggésnek azonban egyszerűen az a háttere, hogy a marihuána a legnépszerűbb illegális szer. A valaha marihuánát használók jelentős része azonban, mint azt fentebb is láttuk, nem kísérletezik más szerekkel. A táncos szórakozóhelyeken végzett vizsgálatban, a valaha marihuánát használók 44,7%-a más drogokat soha nem használt, annak ellenére, hogy jelentős hányaduk életében a marihuána használata több éves múltra tekintett vissza (Demetrovics, 2001). Hasonló adatokról számol be Paksi (2000) a 'Pepsi Sziget 2000' rendezvényen végzett felmérés alapján. Összességében tehát azt lehet mondani, hogy a fiatalok jelentős részénél, a dohányzás és alkohol után, a marihuána a végpontot jelenti a pszichoaktív szerek használatában, s nem a kaput.

Tartós marihuánahasználat: lehetséges pszichiátriai következmények

A marihuánának halásos dózisa nincs, s nagyobb mennyiségben sem bizonyult a szervezetet romboló hatásúnak. Alacsony addikciós potenciálja mellett ez az az ok, ami miatt létrejött a kannabiszszármazékokat jelölő „lágy drog” kategória. Régi vita azonban, hogy használata mennyire játszhat szerepet egyes pszichiátriai betegségek kialakításában, felerősítésében. Az eredmények összegzése valahogy hasonlóképp hangozhat, mint akár az amotivációs szindróma, akár a kapu-drog elmélet tekintetében. Azaz, úgy tűnik, hogy az összefüggés létezik, de az oki tényezők nem teljesen egyértelműek. A marihuána akut használata során, különösen nagyobb mennyiség esetén, előfordulhat fokozott szorongás, pánikroham, egyes esetekben toxikus pszichózis (homályos tudat, nyugtalanság, zavartság, az orientáció zavara, hallucinációk, félelem) kialakulása. Ezek a tünetek azonban, az esetek többségében, a hatás elmúltával megszűnnek, s megjelenésük is általában nagyobb valószínűséggel fordul elő a kannabisz ételben történő fogyasztását követően, mint cigarettában történő elszíváskor, illetve nagyobb mennyiség fogyasztásakor. Ugyanakkor, bár a drog közvetlen pszichóziskiváltó hatása nem bizonyított, úgy tűnik, hogy az arra érzékeny személyeknél a tartós használat el-

indíthat súlyos pszichiátriai diszfunkciókat (Grinspoon és Bakalar, 1997b). A leggyakrabban említett problémák a paranoid gondolatok, illetve a pánikbetegség, de ritkábban depresszív reakciók is megjelenhetnek (többnyire enyhébb lefolyású, nem pszichotikus mértékű, átmeneti depresszióról van szó). Mint említettem, az oki tényezők azonban nem tisztázottak, s inkább valószínű, hogy körkörös oksági kapcsolatról van szó, mint arról, hogy egyszerűen a marihuána használata váltaná ki a tüneteket. Azaz, az esetek többségében kimutatható, hogy a pszichiátriai problémák már a használatot megelőzően is jelen voltak, s akár kiváltó okként is szerepet játszhattak a marihuánahasználat elindításában. A szer használata azonban ezeket a tüneteket tovább erősítheti. Érdemes itt megemlíteni egy nemrégiben elvégzett hazai vizsgálatot is. Dolmányos Katalin és Németh Attila (2002) arról számoltak be, hogy az osztályukon kezelt első pszichotikus epizódjukkal felvett betegek 28%-ánál merült fel a drog szerepe a pszichózis elindításában. Azaz az először pszichotikus tüneteket mutató populációban lényegesen magasabb a megelőző droghasználat, mint a normál populációban. Kétségtelen, a minta kicsi (46 fő), illetve az előzményt jelentő droghasználatban nem csak a marihuána fogyasztása játszott szerepet, de az adatok mindenképp felvetik annak a lehetőségét, hogy ha direkt indító szerepe nem is, de katalizátor funkciója mindenképp lehet a tartós droghasználatnak a pszichotikus állapotok kialakításában.

A problémás marihuánahasználók

Bár több helyen érintettük már a kérdést, néhány gondolat erejéig érdemes visszatérni a problémás marihuánahasználat jelenségéhez. A fogalom alatt elsősorban az értendő, hogy a függőség diagnosztizálásától függetlenül, kétségtelen, hogy a használók egy kicsi, de létező hányadánál a marihuána tartós használata komoly életviteli nehézségekkel jár együtt. A fentiekkel összhangban nem állíthatjuk, hogy a marihuána kizárólagos oki tényezőt jelent ezekben az esetekben, de a klinikai tapasztalatok azt mutatják, hogy a szer fogyasztása hozzájárulhat a tünetek kialakulásához és/vagy felerősödéséhez. A társas kapcsolatok elemzésénél megfogalmazottakkal összhangban, a legjelentősebb tünet általában az élettér beszűkülése, a munkatevékenység és a tanulási teljesítmény romlása, az érdeklődés csökkenése. A droghasználatot ezekben az esetekben a folyamatos használat jellemzi, azaz a marihuána fogyasztása a mindennapi életritmus szerves részévé, sőt annak szervezőerejévé válik. Annak ellenére így van ez, hogy, mint ismeretes, a marihuána érdemi fizikai függőséget nem alakít ki. A heroinnal ellentétben általában nem következik be a használó kriminalizálódása, egyrészt az olcsóbb beszerezhetőség, másrészt az alacsonyabb függőségi potenciál (azaz elvonási tünetek keltette nyomás alacsony volta) miatt. Az illegális cselekedetek így többnyire a drog terjesztésére korlátozódnak. Ezzel együtt, ez a mégoly szűk réteg is jelentős életviteli és pszichiátriai problémákat mutathat.

A marihuána használatának körülményei

A már többször említett, táncos szórakozóhelyeken végzett vizsgálat szolgál néhány adattal a marihuána használatának körülményeit illetően. Az illegális szerek közül a marihu-

ána kipróbálása köthető a legfiatalabb életkorhoz; a vizsgált mintában a megkérdezettek több mint fele 16 éves korára túl volt az első próbálkozáson, míg a többi drog esetében ez 18 éves vagy későbbi életkorban történt meg. Az első használatról elmondható, hogy az esetek háromnegyedében a fogyasztó ismerőstől, barátától kapja a drogot, s az első használat helyszíne is többnyire valamilyen ismerős otthona (38,5%). (Fontos megjegyezni, hogy bár a későbbiek folyamán ebben jelentős változás áll be, még így is a használók közel 40%-a, elsősorban a kevésbé intenzív fogyasztók, úgy nyilatkoznak, hogy ingyen jutnak hozzá a marihuánához.) Mind az első, mind a későbbi használat esetében azonban jellemzőek az egyéb helyszínek is, így a marihuána használata gyakorlatilag valamennyi lehetséges helyszínen elképzelhető. Szemben az amfetaminszármazékokkal például, nem jellemző a táncos szórakozóhelyek dominanciája, hanem a használók mintegy harmada úgy nyilatkozik, hogy egyforma valószínűséggel használja ezt a szert bármilyen helyszínen, s valamivel több mint 50% esetében inkább nem a szórakozóhelyekhez kötődik ennek a szernek a használata. Mindenképp domináns azonban a társas használat, négyből hárman elsősorban barátokkal, ismerősökkel, s további 16,5% partnerével használja a marihuánát és a hasist. Azok aránya, akik elsősorban egyedül szívnak marihuánát, nem éri el a 2%-ot.

Egy külön populáció: a marihuána gyógyászati használata

Mint azt a bevezetőben említettük, a marihuána használatának egyik – évezredek óta létező – oka a gyógyászati felhasználás (Grinspoon és Bakalar, 1997a és 1997b; Rosenthal, Mikuriya, és Gieringer, 1997; TASZ, 2001). A marihuána szerepe a betegségek esetében alapvetően kétféle lehet. Míg egyes betegségeknél gyógyító vagy tünetcsökkentő hatást találunk (pl. reumás betegségek, zöld hályog), máshol (pl. kemoterápia, AIDS gyógyszeres kezelése) a kezelés okozta mellékhatások (hányinger, étvágytalanság) tolerálását, kivédését segíti a növény. Egyes területekről jelentősebb tudományos anyag gyűlt össze, míg vannak kevésbé vizsgált betegségek, amelyek esetében a marihuána jótékony hatásáról nagyrészt vagy szinte kizárólag anekdotikus információnak van. Kevésbé feltárt területek, ahol felmerül a marihuána hatékonysága az asztma, az insomnia, az antibakteriális hatások, a dystóniás problémák, a felnőttkori figyelemzavar, a skizofrénia, a scleroderma, a poszttraumás stressz szindróma, a fantomvégtag-fájdalom. A terület részletes tárgyalására e helyütt nincs mód kitérni, inkább csak azt fontos megemlíteni, hogy a használók egy része, a marihuána ezen hatásait felismerve, vagy ezekről informális úton ismereteket szerezve fordul a marihuána felé. Feltehetőleg viszonylag kicsi, de annyiban mégis jelentős populációról van szó, hogy esetükben a szer fogyasztásának motivációja, és ennek következtében feltehetőleg a használat jellegzetességei is teljes mértékben eltérnek a droghasználati célú szerfogyasztóknál tapasztaltaktól. Magyarországon, az ilyen jellegű használatról kizárólag anekdotikus ismeretek állnak rendelkezésre.

Összefoglalás

A fentiek tükrében elmondhatjuk, hogy a marihuánát használók meglehetősen heterogén populációt képeznek. A használat intenzitása mentén beszélhetünk kipróbálókról csakúgy, mint alkalmi, rekreációs droghasználókról, s bár más drogokkal összehasonlítva kisebb mértékben, de a kannabiszszármazékok esetében is előfordul a dependens használati mód, amelyet a drog naponta többszöri adagolása, és ezzel párhuzamosan az életvitel jelentős károsodása jellemez. Bár fizikai elvonási tünetek a marihuána esetében nem fordulnak elő, pszichés függőség, illetve problémás használat kialakulhat, s az esetek egy részében ki is alakul. Ellentmondásosnak tűnik, hogy a marihuána széles körű elterjedtsége ellenére viszonylag szerény irodalma van a problémás kannabiszhasználatnak (Stephens, 1999). Ennek okát elsősorban abban láthatjuk, hogy a nagymértékű elterjedtség ellenére a marihuána használata ritkán okoz klinikai szintű problémát, és a használat miatt kezelésbe kerülők aránya elhanyagolható méretű az egyéb drogokkal összehasonlításban.

Jegyzetek:

¹Az eljárás azt vizsgálja, hogy a két csoportot a bevont nagyszámú változó segítségével, mely változók mentén lehet egymástól a legjobban elkülöníteni.

²Fontos megjegyezni, hogy a táncos szórakozóhelyeken végzett vizsgálatban nem reprezentatív mintán történt az adatfelvétel.

³Meg kell jegyezni, hogy Magyarországon az elmúlt években kezelésbe került marihuána használók speciális csoportot alkotnak, abban a tekintetben, hogy nagyobb részük nem önként, és nem saját problémáit felismerve kérte a kezelését, hanem büntetőeljárás alternatívájaként került az ellátórendszerbe. Egy részük így, bár önmagát nem tartja problémás használónak, valójában mégiscsak számos életvezetési problémával küzd, egy másik részük azonban a jogi problémákon kívül nem mutat életviteli vagy egyéb nehézségeket.

⁴Az instrukció a személy számára fontos 30 személy felsorolása, kategorizálása és jellemzése volt.

⁵A dimenzió az új, izgalmas vagy akár veszélyes élmények iránti fokozott nyitottságot, a kalandkeresésre való igény, illetve az unalmas környezet elviselhetőségének mértékét méri.

⁶A fent bemutatott két faktor megegyezik az Elekes és Paksi (2000) által nyert faktorokkal, akik középiskolás vizsgálatukban ugyanezekben a tételken végeztek elemzést.

⁷A tételeket az „ESPAD 1999” vizsgálatból vettük át (l. Elekes és Paksi, 2001)

⁸A különbség a drogot nem használók és a másik két csoport összehasonlításában szignifikáns, míg a két drogfogyasztó csoport között nem szignifikáns az eltérés.

⁹A különbség nem szignifikáns.

Felhasznált irodalom:

- Bayer I. (2000). A drogok történelme. Aranyhal könyvkiadó, Budapest
- Campbell, A.-Converse, P. E.-Rogers, W. L. (1976). The Quality of American Life. Russell Sage Foundation, New York
- Demetrovics Zs. (1996). Drogfogyasztók társas kapcsolatainak személyközpontú felmérése: kezdeti eredmények. Szenvédegybetegségek, 4(6):424-435. o.
- Demetrovics Zs. (2000). Kell-e nekünk absztinencia? Drogfogyasztók és drogpolitika. Café Babel, 38(4):125-134. o.
- Demetrovics Zs. (2001). Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein. L'Harmattan Kiadó, Budapest
- Demetrovics Zs. (2002). Drogfogyasztási trendek az Európai Unióban 2001-ben. Addiktológia (megjelenés alatt)
- Demetrovics Zs.-Rózsa S. (2000). Drogfogyasztás és depresszió. A Magyar Pszichológiai Társaság XIV. Országos Tudományos Nagygyűlése. 2000. május 30. - június 2. Budapest, Abstracts, 335. o.
- Dolmányos K.-Németh A. (2002). A drogfogyasztás gyakorisága az első pszichotikus epizóddal felvett betegek körében.

- A Magyar Pszichiátriai Társaság V. Nemzeti Kongresszusa. 2002. március 20-23. Budapest, Abstracts, 53. o.
- Elekes Zs.-Paksi B. (2000). Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon. ISMertető 8., Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest
- Elekes Zs.-Paksi B. (2002). A felnőtt népesség droghasználata és alkoholfogyasztása Magyarországon. Kézirat, Budapest
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2001). Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2001. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg
- Gerevich, J.-Bácskai E.-Rózsa S. (2001). Máktea-fogyasztók: egy önálló drogfogyasztó populáció. *Psychiatria Hungarica*, 16(1):21-30.
- Grinspoon, L.-Bakalar, J. B. (1997a). *Marihuana, the Forbidden Medicine*. Yale University Press, New Haven, London
- Grinspoon, L.-Bakalar, J. B. (1997b). *Marihuana*. In: Lowinson, J. H.-Ruiz, P.-Millman, R. B.-Langrod, J. G. (eds.) *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*. Williams & Wilkins, Baltimore, pp. 199-206.
- Kandel, D. B. (1975). Stages of Adolescent Involvement in Drug Use. *Science*, 190. pp. 912-914.
- Merton, R. K. (1980). *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra*. Gondolat, Budapest
- Paksi B. (2000). A "lázadó értelmiség" szigete. Kézirat, Budapest
- Solowij, N. (1999). *Cannabis and Cognitive Functioning*. Cambridge University Press, Radloff, L. S. (1977.: The Ces-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, Cambridge, 1. 3. 385-401.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press, NY
- Rosenthal, E.-Mikuriya, T.-Gieringer, D. (1997). *Marijuana Medical Handbook. A Guide to Therapeutic Use*. Quick American Archives, Oakland, USA
- Stephens, R. S. (1999). Cannabis and Hallucinogens. In: McCrady, B. S. and Epstein, E. E. (eds.) *Addictions. A Comprehensive Guidebook*. Oxford University Press, Oxford, pp. 121-140.
- TASZ (2001): Kender-könyv. TASZ Drogpolitikai füzetek, 2. szám. *Társaság a Szabadságjogokért*, Budapest
- Zimmer, L.-Morgan, J. P. (1997). *Marijuana, Myths, Marijuana Facts. A Review of the Scientific Literature*. The Lindesmith Center, New York
- Zuckerman, M. (1989). Ingerkeresés. In: Szakács F. (szerk.) *Személyiséglélektani Szöveggyűjtemény IV/1*. Tankönyvkiadó, Budapest, 291-362. o.

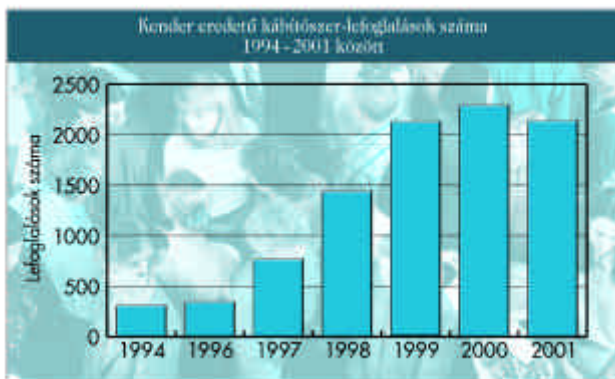
A kender eredetű kábítószeresek hatóanyag-tartalma és annak változásai

DR. NAGY JÚLIA

Az ORFK Bűnügyi Szakértői- és Kutatóintézet adatbázisában 1998. évtől kezdődően megtalálhatók az ország területén lefoglalt kábítószergyanús anyagok vizsgálati eredményei. Kevésbé részletes adatokkal rendelkezünk a korábbi években az Intézetbe érkezett kábítószeresekre vonatkozóan is.

A kender eredetű kábítószeresek közé a marihuána, a hasis és a hasisolaj tartozik, amelyek közül a marihuána fordul elő leggyakrabban a magyarországi kábítószer-piacon. A hasislefoglalások száma nem sokat változott az elmúlt évek során, ez általában évente 50-100 tértelt jelent. Hasisolajat a kirendelő hatóságok eddig még nem küldtek a vizsgáló laboratóriumokba.

A rendelkezésre álló adatok alapján egyértelműen megállapítható, hogy a kender eredetű kábítószer-lefoglalások száma (marihuána és hasis együttesen) a 90-es évek második felében jelentős növekedést mutat. 1994 és 2001 között mintegy hétszeresére emelkedett az e kábítószeresek hatóanyagát, a delta-9-THC-t (delta-9-tetrahidrokannabinol, továbbiakban: THC) tartalmazó minták száma.



Érdeemes megfigyelni, hogy ez a kábítószerfajta, előfordulási gyakoriságát tekintve, mennyire kiemelkedő szerepet játszik a többi visszaélésre alkalmas anyag mellett. A marihuána és a hasislefoglalások együttes számának aránya az összes többi kábítószerfajtahoz viszonyítva évről évre nő, 2001-ben az összes lefoglalt kábítószer több mint 60%-a THC hatóanyagot tartalmazott.



Jogi kérdések

A marihuána (cannabis), a hasis (resina cannabis) és a hasisolaj (extracti et tincturae cannabis) az 1/1968. (V. 12.) BM-EüM számú együttes rendelet alapján kábítószernek minősül.

A kender eredetű kábítószeres biológiai hatásáért felelős THC a pszichotróp anyagokra vonatkozó, 4/1980. (IV. 24.) EüM-BM számú rendelet II. számú jegyzékében szerepel, tehát – a Legfelsőbb Bíróság Büntető Kollégiumának 155. számú állásfoglalása szerint – a THC-re a kábítószeresekre vonatkozó rendelkezések az irányadók.

A kábítószerrel való visszaélés bűncselekmény jogi minősítése, illetve a büntetési tételek meghatározása során alapvető fontosságú a lefoglalt kábítószer tiszta hatóanyag-tartalma. A Btké. 23. §-a alapján THC esetén a csekély mennyiség felső határa 1,0 gramm, a jelentős mennyiség alsó határa 20,0 gramm. Ennek megfelelően, marihuánás cigarettából – figyelembe véve, hogy egy darab cigarettában átlagosan 0,5 gramm marihuána található, valamint 1 százalékos THC-tartalmat feltételezve – 200 db cigaretta éri el a csekély mennyiség felső határát, illetve 4000 db cigaretta éri el a jelentős mennyiség alsó határát.

A Btké. 23. §-a a kendernövényegyedek száma alapján is meghatározza a csekély, illetve a jelentős mennyiség határát. Ennek értelmében – a növényegyedek fejlettségétől függetlenül – „a kábítószer csekély mennyiségű, ha kannabisznövény esetén a növényegyedek száma legfeljebb öt, jelentős mennyiségű, ha a növényegyedek száma több mint 100”. A tőszámhoz kötődő szabályozás szükségességét jól szemlélteti az alábbi példa:

Néhány évvel ezelőtt a rendőrség egy vidéki tanyán több mint 150 db, ún. „indoor” technológiával termesztett kenderpalántát foglalt le. Ezzel a korszerű eljárással (speciális megvilágítás, öntözés, tápanyagellátás) igen magas THC-koncentrációjú növények termesztethetők. A fejletlen palánták THC-tartalma azonban alig érte el a 0,1 százalékot, ami érthető, hiszen a kendernövények THC-koncentrációja a tenyésztő alatt jelentősen változik, a legmagasabb hatóanyag-tartalom általában az érési időszakban, a természetes ágvégződéseken mérhető. A palánták kis mérete miatt a kábítószer előállítására alkalmas részek együttes tömege is kevés volt, ennek következtében – az akkori jogi szabályozás mellett – a lefoglalt anyagban található THC-tartalom a csekély mennyiség felső határát sem érte el.

A növények kifejlődése esetén bizonyosan jelentős mennyiségű, legalább 8 kilogramm tömegű, jó minőségű marihuánához jutott volna a termesztő.

A kábítószereknek minősülő anyagokra vonatkozó rendeletek szerint, a rendeletekben felsorolt vegyületek bármilyen töménységű szilárd vagy folyékony hígításait is kábítószernek kell tekinteni. Ennek következtében a Magyarország területén igen sok helyen megtalálható vadon termő kender (ún. „vadkender”) is kábítószernek minősül, annak ellenére, hogy az általában mintegy 0,01 százalék THC-t tartalmazó növényi anyagból 100-150 grammot kellene elfogyasztani ahhoz, hogy a hatásos adagnak megfelelő 10-15 mg THC a szervezetbe kerüljön. A mérési eredmények azt mutatják, hogy a hazánkban marihuánaként lefoglalt növényi anyagok jelentős része még mindig az árokparton, útszélen, erdősavokban, vadon termő kenderből származik.

Fentiek alapján gondot jelenthet a kendermagok jogi megítélése. A kendermagok felülről ugyanis kimutatható a THC, tehát ennek alapján kábítószernek minősülnek, de az 1961. évi Egységes Kábítószer Egyezmény a növényi magvakra nem vonatkozik.

A kábítószernek előállítására alkalmas növények termesztésének engedélyezési eljárásainak szabályairól szóló 10/1998. (VIII. 7.) FVM-EüM együttes rendelet kimondja, hogy Magyarországon 0,3 százalék-ot meghaladó THC-tartalmú kender és annak vetőmagjának előállításával és termeltetésével csak a Minisztérium engedélyével rendelkező intézet foglalkozhat.

A kábítószerrel való visszaélés előkészületére vonatkozóan a Btk. 283/A §-a rendelkezik.

Kender eredetű kábítószeres THC-tartalmának meghatározása

A hazai törvényi szabályozás szerint a kábítószerrel való visszaélés bűncselekmény minősítése szempontjából alapvető fontosságú a lefoglalt kábítószeres tiszta hatóanyag-tartalmának megállapítása, azaz kender eredetű kábítószeres esetén a THC-tartalom meghatározása. A feladat látszólag egyszerű, de a mérési eredmények értékeléséhez a növényben megtalálható kannabinoid vegyületek alaposabb ismerete szükséges. Különböző analitikai eljárás alkalmazása ugyanis analitikai szempontból korrekt, de mégis eltérő mérési eredményhez vezethet.

Ennek oka, hogy a kender eredetű kábítószeresekben a THC mellett annak megfelelő savszármazéka (THC-sav) is megtalálható, sőt a frissen gyűjtött növényekben a THC túlnyomó többsége savszármazék formájában van jelen. A THC-sav nem rendelkezik pszichoaktív hatással, továbbá nem szerepel sem a kábítószeres, sem a pszichotróp anyagok jegyzékein. Ennek ellenére valószínűleg potenciális hatóanyag, mivel a vegyület a tárolás, a szárítás, illetve a felhasználás során – a biológiai hatásért felelős – THC-vá alakul. A kender eredetű kábítószereseket (marihuána, hasis) elsősorban dohányzás formájában fogyasztják, melynek során a magas hőmérséklet hatására ez az átalakulás szintén lejátszódik. Így dohányzáskor a fogyasztóra sok esetben az eredetileg jelenlevő, ún. szabad THC-mennyiség többszöröse hat. Az általunk használt nagyhatékonyságú folyadék-kromatográfiás módszerrel a mintában ténylegesen jelen levő „szabad THC”-tartalmat határozzuk meg.

Ezzel szemben Németországban, az érvényben lévő jogszabálynak megfelelően, a ken-

der eredetű kábítószeres esetén hatóanyag-tartalomként a szabad THC és a THC-savval kémiai egyenértékű THC együttes mennyiségét, az ún. „teljes-THC”-t adják meg. A gázkromatográfiás analitikai eljárás ezt a „teljes-THC”-t szolgáltatja eredményként, mivel ennél a technikánál magas hőmérsékletet alkalmaznak, melynek hatására lejártszódik a THC-sav átalakulása THC-vá.

Kísérleti eredmények alapján – a mintában található THC-sav mennyiségétől függően – a „teljes-THC”-tartalom a „szabad-THC”-koncentrációnak akár 20-szorosa is lehet. Figyelembe véve, hogy a jogi értelemben vett csekély és jelentős mennyiség között is húsz a szorzószám, előfordulhat, hogy a kétféle analitikai eljárás alkalmazása következtében az egyik vegyészszakértői vélemény szerint csekély, a másik vegyészszakértői vélemény szerint jelentős mennyiségű kábítószerrel való visszaélésről kell bírói döntést hozni. Az ítélet az egyik esetben esetleg csak pénzbüntetés, a másik esetben minimálisan 5 év börtönbüntetés.

Mivel a THC-sav nem szerepel a vonatkozó rendeletekben, a feladatunk a lefoglalt anyagokban jelen levő „szabad-THC” mennyiségének meghatározása, tehát az általunk megadott THC-koncentrációk – a Magyarországon érvényben lévő jogszabályoknak megfelelően – nem tartalmazzák a THC-savval kémiai egyenértékű THC-hányadot.

Az előzőekben vázoltakból következik, hogy feltétlenül szükséges az országban alkalmazott vizsgálati módszerek egységesítése.

A kenderültetvények vizsgálata

A rendőrség felderítő munkája során számos esetben szántóföldeken vagy fóliasátrokban elültetett nagy mennyiségű élő kendernövény kerül lefoglalásra. A szabadtéri, illetve fóliasátras termesztésnél lefoglalt, esetenként több száz kilo élő növény teljes mennyiségének vizsgálata nem valósítható meg. Ilyenkor a megoldást a botanikus szakértő által biztosított reprezentatív mintavételezés jelenti. A botanikus szakértő mérlegeli, hogy az adott növény-populációt azonos vagy különböző fajta növények alkotják, továbbá azok eltérő vagy meg egyező fejlettségi állapotát is szakszerűen megállapítja. Megfelelő mintavételezés esetén a mintában mért hatóanyag-koncentráció alapján megbecsülhető az összes lefoglalt növényben megtalálható THC mennyisége. A botanikus szakértő által elvégzett reprezentatív mintavételezés után a lefoglalt ültetvények megsemmisítése elrendelhető.

Kriminálisztikai szempontból az első feladat annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy a lefoglalt növényi anyag tartalmaz-e kábítószernek minősülő hatóanyagot, azaz kimutatható-e a mintából a THC. Második lépésként el kell döntenie, hogy a lefoglalt kábítószer csekély vagy jelentős mennyiségű, tehát a THC-koncentráció meghatározása szükséges. Mindezek mellett a további nyomozati munka szempontjából a kirendelő hatóság részére fontos információt nyújthat a kendernövény fajtájának becslése.

A kendernövényekben megtalálható kannabinoid vegyületek koncentrációja a kender fajtájának és fejlettségi fokának függvénye. A kannabinoid vegyületek közül a főkomponensek – a THC, a CBD (kannabidiol) és a CBN (kannabinol) – abszolút és relatív mennyisége alapján a kender fajtája „megbecsülhető”, illetve egy-egy fajta „kizárható”:

- a) A hazai körülmények között **vadon termő kenderre** a kicsi, kb. **0,01%-os THC**-tartalom, és a viszonylag nagyobb, 0,1-0,5% CBD-tartalom jellemző.
- b) Az ipari célokra termesztett **rostkender** THC- és CBD-tartalma közel azonos, vagyis a **THC-tartalom 0,1-0,3%**, a CBD 0,1-0,5% között változik.
- c) Az **ún. indiai kender** nagyobb mennyiségű, **1,5-6% THC** mellett viszonylag kevés, 0,04-0,10% CBD-t tartalmaz.

Az eddigi mérési eredményeink azt bizonyítják, hogy a magyarországi éghajlati viszonyok mellett szabadföldön termesztett indiaikender-fajták THC-tartalma a vártnál alacsonyabb, általában 0,3-1% között változik.

- d) A magas hatóanyag-tartalmú, speciális körülmények között termesztett **sinsemilla** THC-tartalma általában 10% körül változik, de elérheti a 15-20%-ot is. A sinsemilla kannabinoid-vegyület profiljára jellemző, hogy nem tartalmaz CBD-t és CBN-t, azt csaknem teljesen a THC alkotja.

A lefoglalt marihuánaminták THC-tartalmának alakulása

A 90-es évek elején a marihuána megjelenési formája elsősorban zöld színű növényi törmeléklet jelentett, az ezredfordulóhoz közeledve viszont egyre gyakrabban kerültek lefoglalásra tömör, gyantában gazdag ágvégződések, melyek THC-tartalma messze meghaladta a korábban megszokott értékeket.

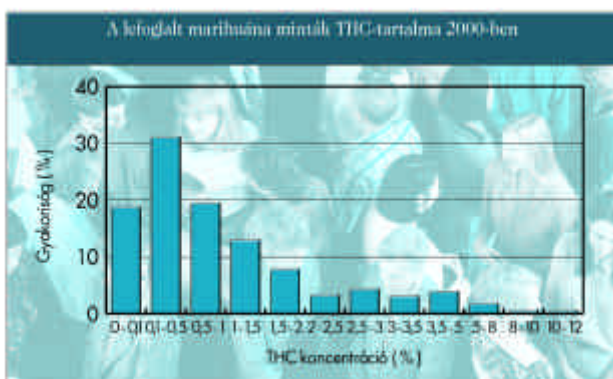
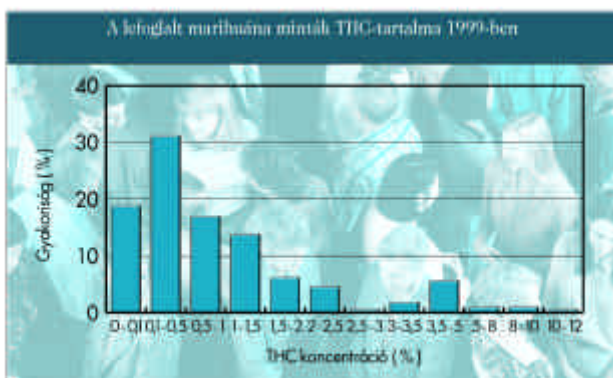
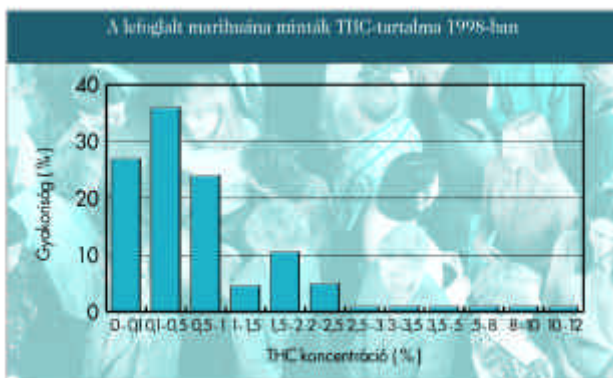
Az utóbbi 4 év során jelentős változások láthatók a Magyarországon lefoglalt marihuánaminták koncentrációjának alakulásában. Annak ellenére, hogy a vizsgálatra kerülő növényi anyagok jelentős része még mindig nagyon alacsony koncentrációjú, az elmúlt évben a minták 1/5 részének THC-tartalma 0,1 százalékot sem haladta meg, egyre több magas hatóanyag-tartalmú minta is lefoglalásra kerül.

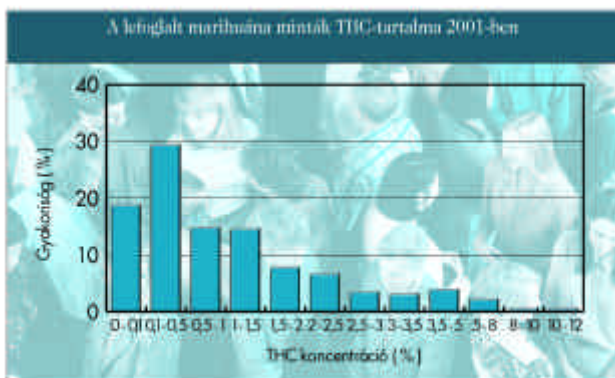
Az 1998-ban vizsgálatra érkezett marihuánaminták több mint 86 százalékának a koncentrációja az 1 tömegszázalékot sem érte el. A statisztikai adatok elemzése alapján úgy tűnik, hogy 1999-ben ugrásszerű változás következett be. Míg a korábbi években vizsgált marihuánaminták maximális THC-tartalma 2,5 százalék alatt maradt, 1999-ben már 8,5% THC-t tartalmazó anyag is érkezett a laboratóriumba, 2001-ban pedig 10% feletti koncentrációt is mértünk.

A tavalyi év során lefoglalt növényi anyagok 1/6 részének THC-tartalma meghaladta a 2%-ot.

A következő években a marihuánaminták hatóanyag-tartalmának további növekedése várható.

A mellékelt ábrán az 1998-2001 között lefoglalt marihuánaminták – nagyhatékonyságú folyadék-kromatográfiás eljárással meghatározott – koncentrációjának eloszlása látható.





A lefoglalt hasisminták THC-tartalmának alakulása

A hatóságok által lefoglalt kábítószereszek statisztikai adatai azt mutatják, hogy a magyarországi kábítószerpiacon viszonylag kis mennyiségben fordul elő hasis. Éves szinten általában összesen néhány kilogramm érkezik a laboratóriumba, az elmúlt évben lefoglalt hasis együttes tömege az 1 kilogrammot sem érte el. Egy-egy kiugró mennyiségű kábítószerfogás természetesen ettől a tömegtől jelentős eltérést okozhat. 1996-ban például csaknem 800 kilogramm hasis került lefoglalásra.

A vizsgált minták koncentrációja általában 1-20 százalék között változik, de a tavalyi év során a vizsgálatra került anyagok koncentrációja nem haladta meg a 10 százalékot, és előfordultak olyan hasisminták is, melyek THC-tartalma 1% alatt maradt.

A 90-es évek elejéig többnyire igaznak látszott az a megállapítás, hogy a kender eredetű kábítószereszek közül a hasis a veszélyesebb, mivel THC-tartalma magasabb a marihuána koncentrációjánál. A nagy hatóanyag-tartalmú kenderfajták megjelenése, az új termesztési technológiák elterjedése következtében az utóbbi években a marihuánaminták koncentrációja számos esetben eléri, sőt meghaladja a hasisminták THC-tartalmát.

A rendelkezésre álló statisztikai adatok alapján úgy tűnik, hogy a hasis fokozatosan háttérbe szorul a magyarországi kábítószerpiacon.

Kannabisz- (marihuána-) használók kezelése

DR. RÁCZ JÓZSEF

A kannabiszhasználók kezelésével kapcsolatos vélemények rendkívül megoszlanak a szakirodalomban. Ez a megosztottság tükrözi azt a másik véleménybeli megosztottságot, hogy vajon a kannabiszhasználat milyen és mekkora egészségügyi károsodással jár. Emögött pedig a kannabiszfélék jogi/büntetőjogi megítélése húzódik meg, ami polarizálja a véleményeket, fokozza, sőt létrehozza a megosztottságot, és sokszor szinte lehetetlenné teszi a tudományos vitát (Hall és Solowij, 1998). Noha a kannabiszhasználat évezredes múltra tekint vissza, és a nyugati társadalmakban is évtizedek óta fogyasztják tömegesen, valójában – mindehhez, a használók tömegéhez képest – kevés tudományosan megalapozott vizsgálattal találkozunk. A tudományos vizsgálatok felépítését és értelmezését is végigköveti a használat erkölcsi és jogi megítélése, ezért nagyon sok esetben, főleg a korábbi vizsgálati eredményeket revideálni kell; sok esetben kiderült, hogy azok olyan körülmények között születtek, melyek a tudományosság próbáját nem állják ki.

Miért válhat szükségessé a kannabiszhasználók kezelése?

Kezelésre a nem várt, illetve káros egészségügyi következmények miatt kerülhet sor. Akut és krónikus tünetek léphetnek fel, melyek kezelést igényelhetnek.

A kannabiszhasználat akut és krónikus káros hatásai: valószínű és lehetséges következmények (Hall, 2000)

Használati mintázat	Adverz effektus
Akut	
Valószínű	szorongás, nyomott hangulat, pánik, kognitív károsodás, pszichomotoros károsodás
Lehetséges[*]	közlekedési balesetek valószínűsége nő, pszichózis, kissúlyú újszülöttek
Krónikus	
Valószínű	krónikus bronchitis, immunsejtek rákos betegsége, dependencia, enyhe kognitív zavarok, a pszichózisok jelentkezése gyakoribbá válik
Lehetséges[*]	leszármazottaknál rákos megbetegedések, károsodott immunitás

[*] Lehetséges, de bizonytalan: kontrollált tanulmányokkal kell megerősíteni ezeket az eredményeket.

A szorongás és a pánik inkább az új használóknál lép fel, és gyakran a további használat feladását vonja maga után. Általában a használatot követő első két órában alakulnak ki a tünetek; az elhúzódó szorongás is ritkán tart 24 óránál tovább (Galanter és Kleber, 1994). Krónikus használóknál a megszokottnál jóval nagyobb THC-tartalom okozhat ilyen tüneteket.

A krónikus tünetek közé tartozik a dependencia fellépése. Gyakori használóknál (heavy smokers: nincs pontos definíció, általában a legalább naponta használókat értik a kifejezés alatt) megfigyelték a tolerancia és az elvonás jelenségét is (pl. Wiesbeck és munkatársai, 1996; McGee és munkatársai, 2000). Mindkettő azonban erősen szubjektíve színezett; nem annyira egyértelműek, mint pl. az opiát- vagy az amfetaminhasználóknál. Ezért a klinikusok ezek előfordulását, illetve súlyosságát alábecsülik. A dependenciára ugyanazok a tünetek jellemzők, mint minden más függőségi állapotra: kontrollálási képtelenség, az észlelt negatív következmények ellenére folytatódó használat, sóvárgás, életviteli változások. A dependenciát az alkoholfüggőséghez lehet hasonlítani (McGee és munkatársai, 2000). Hall és munkatársai (1994), valamint Wiesbeck és munkatársai (1996) a marihuána-abúzus és -függőség elvonási tüneteinek jellegét és erősségét pedig a nikotinelvonáshoz találták hasonlóknak a használók jellemzése alapján. Viszont nem találták kétségesnek az elvonás jelenségének létezését a krónikus, napi használók körében (ahogy említettem, ezt az álláspontot nem minden klinikus osztja, pl. Schuckit, 1995).

A dependencia előfordulása: a valaha kannabiszt használók között tízből egy esetben alakul ki dependencia a leggyakoribb használat 4-5 évében, legalább egy időintervallumban (ez az alkoholhoz hasonlítható, nikotin és opiátok esetében a dependencia kialakulásának valószínűsége nagyobb) (Hall és Solowij, 1998; Hall és munkatársai, 1999). Hall és munkatársai (1999) ugyanezt a tízből egy arányt említik, azonban ők a napi használókat említik (tehát tíz, napenkénti használóból egyenél alakul ki dependencia). Ez kis aránynak mondható, ha azonban a kannabiszhasználat prevalenciájára gondolunk, összességében igen sok embert éríthet a dependencia. Egy amerikai epidemiológiai vizsgálat szerint a felnőtt lakosság 3%-ánál alakul kannabisz-abúzus vagy dependencia (McGee és munkatársai, 2000).

A pszichózis kialakulásának valószínűsége kicsi; ha mégis kialakul, általában rövid idő után elmúlik. Fokozhatja arra hajlamos egyéneknél a skizofrénia megjelenését, azonban magát a betegséget nem idézi elő.

Kettős diagnózis

A fogalom arra utal, hogy kannabisz-abúzus vagy függőség mellett az egyénnek más pszichiátriai diagnóza is van. Ez a leggyakrabban alkohol-abúzus vagy dependencia, nikotinfüggőség, illetve más kábítószeres használata. Ezekből eltérő pszichiátriai zavar is kb. 30%-ban fordul elő marihuánát krónikus, napi rendszerességgel használóknál (Troisi és munkatársai, 1998).

Kezelési formák

Kannabiszhasználóknál speciális kezelési formákról általában nem beszélünk; gyakorlatilag ugyanazokon az elveken építjük fel a kezelést, mint más – fizikai függőséget nem oko-

zó – drogok esetében. Javallt a rövid intervenció, a kognitív-viselkedéses terápia, az öngyógyító, illetve visszaesést megelőző csoportokon való részvétel, és sokszor célszerű családterápia indikálása. Ez utóbbi főleg a fiatal, 14-16 éves, akár alkalmoszerű marihuána-használóknál válhat szükségessé. A családterápiákról általában elmondható, hogy hatékonyabbak, mint a csak a droghasználót megcélzó kezelések. A kezelések akkor járnak igazán sikerrel, ha a kannabiszhasználó életstílusában változást képes elérni, a drog alternatívájául szolgáló értékeket és aktivitásokat sikerül a kliensnek/betegnek megtalálnia. Legeredményesebbnek a néhány alkalomból álló kognitív-viselkedéses terápiákat (Copeland és munkatársai, 2001; Sampl és Kadden, 2001) és a rövid intervenciót (Lang és munkatársai, 2000) találták, utóbbit öngyógyító irodalom tanulmányozásával kötötték össze. Mindkét vizsgálatban a kezelést maguk kereső kannabiszhasználókról volt szó, akik ilyen módon önmaguk minősítették problémásnak droghasználatukat – vagy ha éppen a droghasználatot nem is, de a hozzá társuló egészségügyi és lelki következményeket igen.

Az emlegetett kezelési igény többnyire függő, azaz krónikusan, hosszabb ideje (évek óta) napi vagy naponta többszöri rendszerességgel kannabiszt használóknál merül fel. Ugyancsak ez az a csoport, ahol viszonylag nagy arányban kell számolni más drogok használatával, illetve más pszichiátriai zavarokkal. Szó volt arról, hogy a kannabisz-dependencia létét és súlyosságát a szakemberek sokszor alábecsülik, máskor pedig a kliens által eltúlzott, kiszínezett reakciónak tartják. Mint látjuk, a szakirodalomban erősödik az a nézet, hogy a krónikus, napi rendszerességgel használóknál „valódi” pszichopatológiai tünetegyüttesről, nem pedig pusztán szubjektív érzetéről van szó. Egyébként pszichoterápiás értelemben ha valakinek a szubjektív realitásában valami problémaként jelenik meg – pl. akár a kísérletező kannabiszhasználat is – az már elegendő ok lehet a kezelésre. Legfeljebb hamarosan kiderül, hogy a kezelés fókuszában nem a kannabiszhasználat áll, hanem más lelki probléma.

A kezelés fázisai

A droghasználat megszakítása: elsőrendű cél a megfelelő terápiás szövetség kialakítása a klienssel/beteggel. Ez gyakran nehéz, hiszen a kannabiszhasználat egy lázadó életkorszak vagy életstílus része lehet, amikor a fiatal minden autoritást elutasít. Ilyenkor a terapeuta részéről az elfogadás, aktív magatartás a helyes. Célszerű vizeletkontrollal meggyőződni a kezelés előrehaladásáról; ugyanakkor a vizeletkontroll az előrehaladás indikátora, nem pedig fegyelmező eszköz.

Az absztinencia-szindróma: a szakirodalomban vita van arról, hogy klasszikus megvonási tünetegyüttesről beszélhetünk-e, illetve ennek súlyossága milyen. Ahogy erről szó esett, a jelenséget nem tagadják a szakemberek, de megítélésével kapcsolatban megoszlanak a vélemények. Speciális kezelés ritkán válik szükségessé; ennek hatékonyságáról is megoszlanak a vélemények.

Korai felépülés: általában 2-12 hónapig tart. Célja a visszaesés megelőzése és az új, nem droghasználó életstílus kialakítása. Itt szerepe lehet azon jelzések felismerésének, melyek a droghasználatot kiválthatják (a drog kizárólagos jó hatásairól szóló emlékek megjelenése,

speciális kognitív, gondolkodásbeli automatizmusok jelentkezése), illetve olyan helyzetekbe kerülés, melyek triggerelhetik a droghasználatot (pl. olyan helyzetek, melyekben korábban droghasználat történt). Ebben az időszakban lehet jelentősége a készségfejlesztéseknek; sokan azért használnak drogokat, mert nem rendelkeznek olyan készségekkel, hogy problémáikat drog nélkül is meg tudják oldani, vagy éppen örömet tudnának szerezni maguknak drog nélkül is.

Hosszú távú kezelés: heti egyszeri kezelés, sokszor csoportkeretek között is elegendő már ebben a fázisban. Az amerikai irodalomban javasolják, hogy a felnőtt kannabiszhasználó névtelen csoportokat látogasson hosszabb távon. Itt drogosnak tartják, aki felépülésben van. Fiataloknál ennek a betegségképek az elfogadása nem célszerű (Galanter és Kleber, 1994).

Akut állapotok, intoxikációk kezelése: ilyenkor a megfigyelés, a megnyugtatás, a „szóval tartás”, a biztonságos környezet kialakítása a legfontosabb – hiszen többnyire szorongásos állapotokról van szó. A gyógyszeres kezelés – ha szükséges – csak átmeneti. A kannabiszhasználók hosszú távú gyógyszeres kezeléséről megoszlanak a vélemények: vannak olyan sóvárgáscsökkentő szerek, melyek általában a drogok iránti sóvárgást csökkentik; kannabiszhasználóknál is előfordulhat, hogy indokolt lehet alkalmazásuk (Galanter és Kleber, 1994). A kannabiszhasználóknál is megjelenhet a „flashback” jelensége; idővel a percepció torzítással járó, visszatérő epizódok száma és intenzitása csökken. Ritkábban pszichoterápiás beavatkozás, még ritkábban átmeneti gyógyszeres kezelés válik szükségessé.

A kezelés intenzitása kannabiszhasználóknál

Kannabiszhasználóknál bizonyítékokon alapuló kezelést még nem találtak. Ezért bizonyos általános kezelési irányelvek betartását javasolják, melyeket más drogok használóinál is alkalmaznak. A terápiás intervenció kiválasztására a következő megfontolások alkalmasak:

- Terápiás cél
- Bizonyított hatékonyság
- A hozzáférhető legkisebb intenzitású kezelés
- A normális élet legkisebb fokú korlátozása
- Legalacsonyabb költség
- A pozitív eredmény elfogadhatóan bizonyítható
- Ha a legkisebb intenzitású kezelés ismételt hatástalannak bizonyul, csak akkor kell nagyobb intenzitású kezeléshez fordulnunk. Utóbbi „ára” a magasabb költség és a több korlátozás, amit a kliensek/betegek esetleg nehezebben tűnnek, és kilépnek a kezelési programból.

Az alacsony intenzitású kezelések közé tartozik az öngyógyító csoportban történő részvétel, rövid intervenció (4-10 ülés), a szociális készségfejlesztés; már egy szinttel magasabb intenzitást jelent a gyógyszeres kezelés, a közösségi megerősítő megközelítés (ami egy komplex pszicho- és szocioterápiás módszer), a kognitív terápia. Az általános konzultáció, a dinamikus pszichoterápia és a milióterápia (pl. terápiás közösség) pedig nem kellően bizonyított vagy hatástalan, ámde drága kezelési formáknak felelnek meg. Nagy intenzitású

programok a nappali, a nappali-éjszakai kórház és a bentlakásos kezelés. Utóbbiak kannabiszhasználóknál igen ritkán jönnek számításba – pl. akkor, ha társuló pszichiátriai zavarral kell számolni (Schippers, 2001).

Kell-e kezelni minden kannabiszhasználót?

Az előző szakaszban arról esett szó, hogy mikor, milyen tünetek esetén jön szóba a kezelés. De mi a helyzet olyankor, ha valakiről megállapítást nyer, hogy kannabiszhasználó, de az előző tüneteket nem mutatja, továbbá ő maga nem keres terápiás segítséget, hanem pl. szülei hatására jelenik meg a kezelőhelyen vagy rendőrségi eljárás (elterelés) miatt. Véleményem szerint ilyenkor is szükség van állapotfelmérésre: előfordulhat, hogy valamilyen pszichopatológiai állapot miatt, „öngyógyítási” célból használ valaki kannabiszt, és akkor ezt az állapotot esetleg szükséges kezelni. Előfordulhat az is, hogy egy súlyos pszichopatológiai állapotot maszkíroz a droghasználat; ilyenkor is indokolt az alapos kivizsgálás. Ha mindezek az állapotok kizárhatók, akkor a kezelés indikálása komoly szakmai és etikai kérdéseket vet fel.

Az orvostudomány egyik alapvető kiindulási pontja a „ne árts” elve. Minden kezelésnek vannak nemkívánatos hatásai, kockázatai; már maga a kezelés kezdeményezése, a kliens/beteg-szerep megajánlása is járhat nemkívánatos mellékhatásokkal: medikalizálhat életstílusokat, „mindennapi életben” előforduló problémákat, kialakíthat egy passzív, segítséget váró betegszerepet, minősítést, stigmatizációt vonhat maga után, megszakíthatja egy fiatal iskolai karrierjét stb. (Galanter és Kleber, 1994). A kezelés kára nagyobb, mint a kezelés elmaradásáé. Ilyenkor a felvilágosítás, a konzultatív, tanácsadás jellegű kapcsolat kialakítása célszerűbb lépésnek tűnik – ha erre mégis szükség van –, mint a szorosabb értelemben vett orvosi vagy pszichológiai kezelés.

A kannabiszhasználat kezelése gyakran úgy merül fel, hogy ha valaki potensebb, veszélyesebb szert használ, arról leszokik, akkor maradhat-e a kannabiszhasználat, vagy azt is kezelni kell a teljes absztinenciáig. A szakemberek véleménye ebben a kérdésben elég egységes, ha valaki drogdependenciában szenved, akkor az összes drogtól való absztinencia az igazi segítség számára. Hiszen minden drog (ideértve az alkoholt és a kannabiszt is) többek között kondicionálásos vagy gátlástalanítási folyamatokon keresztül fokozza a veszélyesebb drog használatához történő visszaesés valószínűségét.

Felhasznált irodalom:

- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R. és Stephens, R., (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive—behavioral interventions for cannabis use disorder .*Journal of Substance Abuse Treatment*, 21,2: 55-64.
- Galanter, M., és Kleber, H.D., (szerk) (1994). *Textbook of substance abuse treatment*. American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC
- Hall, W. (2000). The cannabis policy debate: finding a way forward. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 2000, 162,12:1690-1693.
- Hal, I W., Johnston, L. és Donnelly, N. (1999). The epidemiology of cannabis use and its consequences, in: Kalant H, Corrigall W, Hall W és Smart R. (Eds): *The Health Effects of Cannabis*, pp. 69-125 (Toronto, Addiction Research Foundation)
- Hal, I W. és Solowij, N., (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet*; Nov 14. 352, 9140:1611-6

- Hall, W., Solowij, N. és Lemon, J., (1994). The health and psychological consequences of cannabis use. National Drug Strategy Monograph Series no 25. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1994
- Lang, E., Engeland, M., és Brooke T., (2000). Report of an integrated brief intervention with self-defined problem cannabis users. *J Subst Abuse Treat*, 19(2):111-6.
- McGee, R., Williams, S., Poulton, R., és Moffitt, T., (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*; 95,4:491-503.
- Sampl S és Kadden RK (2001): Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users: 5 sessions. U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment, Rockville, MD.
- Troisi, A., Pasin, i A., Saracco, M., és Spalletta, G., (1998). Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs. *Addiction*; 93,4:487-92.
- Wiesbeck, G.A., Schuckit, M.A., Kalmijn, J.A., Tipp, J.E., Bucholz, K.K., és Smith, T.L., (1996). An evaluation of the history of a marijuana withdrawal syndrome in a large population. *Addiction*; 91,10:1469-78.

Kannabisztermelés és -fogyasztás - új nemzetközi fejlemények

DR. SZENDREI KÁLMÁN

Miközben Európa és a világ nagy részének figyelmét a heroinnal kapcsolatos szaporodó halálesetek, a terjedő kokain (crack) -fogyasztás, vagy a szintetikus drogepidémia gyors expanziója köti le, egy kevésbé látványos, de konzekvenciáiban fontos folyamatra kevesebb figyelem esik, még kevesebb erő jut annak hatékony kezelésére. Ez a folyamat az illegális kannabisztermelésben, a hagyományos és újabb termékek terjesztésében és fogyasztásában jelenik meg, és elsősorban a világ iparilag fejlett részét, Európát és Észak-Amerikát érinti (1-5). Eredetét, pontos dimenzióit – illegális jellegéből következően – lehetetlen pontosan meghatározni. Az azonban ma már biztosan megállapítható, hogy következményei túlmutatnak a két kontinensen, magán a kannabiszproblémán, alapvetően megváltoztathatják a kábítószer-termelésről, -csempészetéről és -fogyasztásáról kialakult hagyományos felfogást.

Az illegális kannabisz globális terjedésében az elmúlt évtizedekben nagy vonalakban két nagyobb fázis különíthető el:

- a hatvanas évektől a hagyományos kannabisz* -termékek fogyasztása gyorsan népszerűsödött az egész iparilag fejlett világban. Ezt követve nőtt a főbb termesztőterületeken a termesztés, és a már ismert illegális termékek (marihuána, hasis, hasisolaj) előállítása és csempészete az új fogyasztói régiók irányában. Az expanzió eredményeként a kannabisz egyértelműen univerzális droggá lépett elő a termelt és forgalmazott drogmennyiségek és a fogyasztók száma tekintetében egyaránt. A hagyományos termékek fő forrásai között újak jelentek meg Afrikában, pl. a Dél-Afrikai Köztársaság, illetve a volt Szovjetunió ázsiai területei. Egy viszonylag rövid ideig tartó lassulási folyamat után a nyolcvanas évek második felétől újabb dinamikus növekedési szakasz figyelhető meg mind a fogyasztás, mind a termelés tekintetében, főleg Európában (4), és lassúbb tempóban, de folyamatosan a világ többi részén is (5).
- a legutóbbi 10-15 év folyamán Európában és Észak-Amerikában megjelent egy magasabb fejlettségi szintű illegális kannabisztermesztés, és az abból származó új minőségű termékek. Az új típusú termesztés terjedése ma is tovább tart, kiterjeszti az illegális kannabisztermelés geográfiai határait, és minőségileg megváltoztatja a termékek jellegét, palettáját. Amennyiben ez a folyamat tovább tart, fennáll annak lehetősége, hogy az új technológia hatására lassan megváltozik, teljesen átalakul az illegális kábítószer-termelésnek ez az ősi tradíciókon alapuló ága (1-3).

Bonyolítja a helyzetet, gyakran téves értelmezésekhez vezet a kannabisszal kapcsolatban két további, viszonylag új keletű folyamat: az ún. rostkender mint ipari-gazdasági nyersanyag újabb népszerűsödése (8) és a kannabisz engedélyezett gyógyszerként történő alkalmazásának proponálása (5,9,10). Az elmúlt két-három évtizedben megnövekedett az engedélyezett kender-termőterületek és a rostkendertermesztők száma, újra fellendült, korszerűsödött az ipari feldolgozás Európa számos országában (Franciaország, Hollandia, Ausztria, Olaszor-

szág). Az Európai Unió határozottan támogatja a folyamatot. Fontos vonás, hogy ezek a folyamatok is elsősorban Európát és Észak-Amerikát érintik, tehát mintegy párhuzamosak a kannabisz élvezeti célú népszerűsödésével. Mindkét folyamatot jelentős figyelem és vita kíséri. Végső kimenetele a kannabiszkérdés egészét tágabb értelemben is érinteni fogja.

Az említett folyamatok tekintetében a szűkebb régió és Magyarország sem kivétel. A kísérletezések időszaka után, amikor a kannabisz iránt érdeklődők néhány magból próbáltak marihuánát előállítani a balkonon, vagy a vidéken kivadult állapotban gyakran előforduló kenderpéldányokról gyűjtöttek alig élvezhető „füvet”, mára a hagyományos termékek – főleg a marihuána – kínálati piaca kialakult, a „high-tech” kannabisztermesztés pedig hazai tradíciókkal is rendelkezik. Az átlagos termesztő, terjesztő és fogyasztó tájékozottsági szintje gyorsan közelít a nyugat-európai átlaghoz.

A következőkben áttekintünk néhány új fejleményt a kannabiszkereslet és -kínálat területén. Ezek a fejlemények, a nagyobb figyelemmel kísért heroin-, kokain- és amfetamingondok mellett – elvi vagy gyakorlati megfontolásokból – deklaráltan vagy nem – gyakran alárendelt jelentőségűnek minősülnek, vagy megfelelő erőforrások hiányában nem kapnak kellő figyelmet. Talán éppen ennek tudható be, hogy a kannabiszkérdés ma az iparilag fejlett világban egyre több megoldatlan problémát okoz. A probléma egészének mintegy „továbbgörgetése” a megoldás(ok) helyett egyrészt kielezett szakmai vitákat, másrészt izolált nemzeti vagy helyi „kísérletek” sorát eredményezi (1,4). Bár a viták és „kísérletek” több gócpontja Európában található, ezek mára elérték a fejlődő világ nagy részét is. Ma úgy tűnik, a kannabiszkérdés lassan túlnő saját specifikus keretein, a nemzeti és nemzetközi kábítószerellenőrzés (egyik) próbakövévé kezd válni. Röviden foglalkozunk e viták és fejlemények néhány európai aspektusával is.

A bőség zavara, feltűnő hiányosságokkal

Ismert, hogy minden nemzetközi szintű elemzést jelentősen nehezít a közvetlenül összehasonlítható adatok hiánya. Érvényes ez a megállapítás mindegyik illegális szerre és bizonyos specifikumokkal (terminológiai pontatlanságok, volumenek, alacsonyabb prioritás) hangsúlyozottan a kannabiszra. Bár a tanulmányok végtelen sora jelenik meg a kannabiszról évente, ezek nagy többsége célkitűzésében és/vagy módszereiben a mai napig rendkívül heterogén mind a kínálat, mind a fogyasztói oldal leírásában, elemzésében. Bonyolító tényezőként jelenik meg az utóbbi években az egyre változó és diverzifikálódó jogalkotási és végrehajtási háttér is. Ez különösen a kannabisz esetében igaz. Fonák módon tovább korlátozza az átfogóbb nemzetközi összehasonlítást az is, hogy amíg pl. Európában az utolsó évtizedben jelentős erőfeszítések történtek a kábítószer-fogyasztást jellemző közvetlen és közvetett indikátorok pontosabb meghatározására, az egyes országok közötti összehangolásra, ugyanez nem mondható el a világ jelentős részéről. Így az európai adatok még az észak-amerikai és ausztrál adatokkal is gyakran csak nagy megszorításokkal vethetők egybe. A többi kontinensről (Ázsia, Afrika, Dél-Amerika, Karib-térség) jószerivel csak indirekt becslésekkel rendelkezünk (2,4,5). Az összehasonlíthatóság korlátait a drogprobléma egyes részte-

rületein számtalan nemzeti és nemzetközi munka elemzi, így a múlt évi nemzeti jelentésben Paksi tanulmánya (11). Az elemzéseket a kannabiszra vonatkozóan külön specifikus limitáló tényezők nehezítik, így a drog nem egyértelmű, pontatlan jellemzése (lásd később), a kannabisszal kombinált droghasználat rendkívül magas volta. Ez utóbbit gyakran „elnyeli” a „polydrug use” kategória, ezáltal csökkentve a magas kannabiszfogyasztási szinteket, adatokat. A tisztán módszertani problémákon túl nem kis mértékben befolyásolják, limitálják a nemzetközi (vagy regionális) elemzések megbízhatóságát, értékét azok a hangsúlykülönbségek is, amellyel az egyes országok a kannabiszkérdés fontosságát, súlyát a kábítószerkérdés egészén belül mérlegelik.

Univerzális növény, globális drog – Egy különös kínálat-keresleti viszony

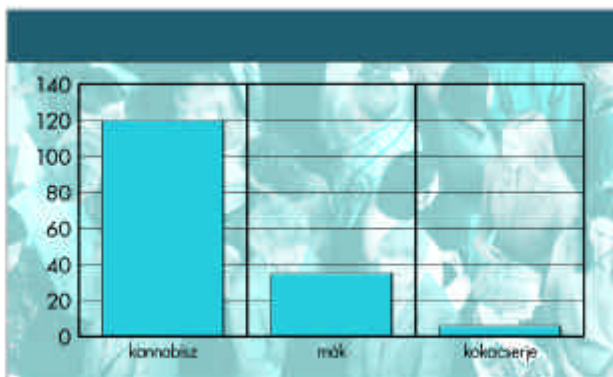
Minden adathiány és pontatlanság ellenére a kannabisszal kapcsolatban egy ponton valamennyi elemzés egybehangzó eredményre jut: a drog valamilyen formája ma minden kontinensen és csaknem minden országban ismert, többnyire jelen is van a helyi droginálatban. Alátámasztásul elegendő bizonyítékul szolgálnak az ENSZ által évente feldolgozott adatok. Az éves kormányjelentések között ma kevés olyan akad, amely ne említene problémaként a kannabisz helyi termesztését, gyűjtését, az illegális termékek helyi terjesztését vagy a terjedő fogyasztást (5).



Minden más drog előállítása, csempészete és illegális fogyasztása jelentős regionális eltérésekben, koncentrációban jelenik meg a drogot szolgáltató növény (mák, kokacserje) biológiai adottságainak, vagy a drog-előállítási technológiai ismeretek függvényében (szintetikus drogok). Ezzel szemben a kender, rendkívüli biológiai alkalmazkodóképessége folytán, az egészen extrém klimatikus viszonyok kivételével csaknem mindenütt termeszthető. A hagyományos termesztés és „feldolgozás” pedig jóval egyszerűbb feltételeket, felkészültséget igényel, mint a kokain vagy a morfin-heroin előállítása. A marihuána- és a hasis-előállítás a kábítószernyerés legősibb formájának tekinthető, amely a tradicionális területeken (Pakisztán, Afganisztán, Mexikó, Marokkó) nem sokat változott az elmúlt évszázadok alatt. Ugyanakkor jelentős mértékben szétszóródtak az utolsó évtizedekben a hagyományos fő termesztő

tési területek határain túl megjelenő kannabiszállományok szinte mindegyik kontinensen. Ezekről legtöbbször nem állnak rendelkezésre még tájékoztató becslési szinten sem használható adatok. Ilyen adatok megállapítása meghaladja az érintett kormányok lehetőségeit. Ebből következően a megbízható nemzetközi összegzések is hiányoznak, illetve sokszor csupán anekdotikus információra épülnek. Az illegális mák- és kokatermesztési területeket és a várható ópium-morfin-heroin-, illetve kokainprodukciónak becsült éves volumenét terepszintű és szatellitok segítségével végzett programok segítségével rendszeresen értékeli. Évente becsült adatok állnak rendelkezésre a termesztésbe vont területek méreteiről, geográfiai helyzetéről és a várható hozamokról, gyakran két eltérő, egymást kiegészítő becslési technika segítségével. Az adatok szerepelnek a drogtínálatot jellemző alapindikátorok között a nemzeti és nemzetközi összegzésekben és stratégiai dokumentumokban (5, 11-15). Az illegális kannabisztermesztés méreteiről (a területek becsült nagyságáról) csupán az Amerikai Egyesült Államok közöl adatokat. Ezek az elemzések azonban kizárólag az észak-amerikai kannabiszpiac szempontjából jelentős termesztőkkel foglalkoznak (pl. Mexikó, Kolumbia, helyi termesztés). Minden más becslés (Interpol/ICPO, Europol, európai kormányok adatai) a nemzetközi csempészetből, illetve helyi drogpiacokon lefoglalt drogmennyiségekből és a megjelenő drogtípusok elemzéséből, vagy éppen a fogyasztási adatokból levont következtetésekre, becslésekre alapul.

Jellemző, hogy minden erőfeszítés dacára sem sikerült a mai napig megbízható képet kapni arról sem, hogy a világnak hány országában és megközelítőleg mekkora területeken folyik ma illegális kannabisztermesztés. Egy 1996-os Interpol közlés nem kevesebb, mint 79 országot sorol fel kannabiszforrás-országgént. Az 1998-1999-ben készített ENSZ/ODCCP Global Illicit Drug Trends c. becslés a világon folyó illegális kannabisztermesztés összterületét mintegy 670 000 és 1 800 000 hektár közöttire, a termelt drog mennyiségét pedig 20-30 000 tonnára tette. Az 1999-es évben 81 ország közzé tette, hogy területén illegális kannabisztermesztés folyt. Egy 1998-ban közzétett retrospektív elemzés szerint viszont az 1990-1996-os időszakban nem kevesebb, mint 120 kormány jelentett illegális termesztést az országa területén (1,5). Ezek közül a UNDCP tíz országot jelölt meg a nemzetközi csempészetben megjelenő kannabisztermékek jelentősebb forrásaként: Marokkót, Nigériát, Dél-Afrikát, Jamaicát, Mexikót, Kolumbiát, Afganisztánt, Pakisztánt, Kambodzsát és Thaiföldet. Első pillantásra látható, hogy egész sor olyan ország hiányzik e felsorolásból, ahol elsősorban saját belföldi fogyasztásra termeltek illegális kannabiszt jelentősebb mennyiségben, de már akkor jelentős hatással voltak a nemzetközi kannabisz kínálati és -fogyasztói piacra is (pl. Egyesült Államok, Hollandia) (14-18). Ugyanez a forrás „mindössze” 35 ismert (legális és illegális) máktermesztő országot és csupán 6 kokatermesztőt említ (1,5). Bár az adatok pontosságáért nehéz lenne felelősséget vállalni, kiválóan jelzik a kannabiszprobléma globális jellegét, szemben a többi növényi alapú drog régió- és sokszor országspecifikus származásával.



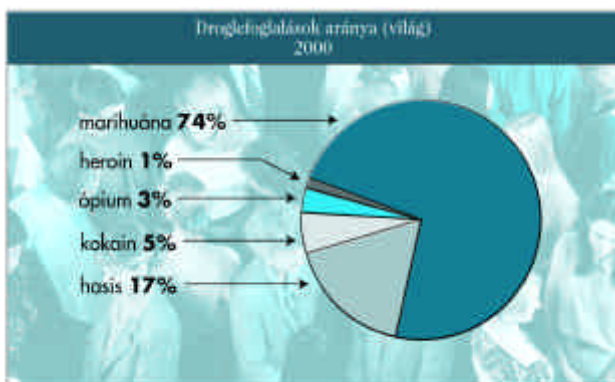
A későbbi, 2000. és 2001. évi ODCCP éves összefoglalók lakonikusan csak a következőket tudják megállapítani: „a kannabisztermesztés méreteinek globális becsléséhez nem állnak rendelkezésre adatok” (5). Így az a fonák helyzet áll fenn, hogy a világméretekből legnagyobb mennyiségben és leggyakrabban fogyasztott kábítószer előállításának méreteiről csak felületes és nagyon hiányos adatok állnak rendelkezésre. Erre vonatkozóan a fenti dokumentumok a következőket közlik: „a lefoglalások emelkedése a termelés folyamatos növekedését sugallja”. Hasonló módon kerül meg a dilemmát az éves EMCDDA elemzések is. Először az 1999. évi beszámoló foglalkozott részletesebben a kannabiszfogyasztás és -kínálat európai helyzetével, az új, nyugtalanító fejlemények egyes aspektusaival (4).

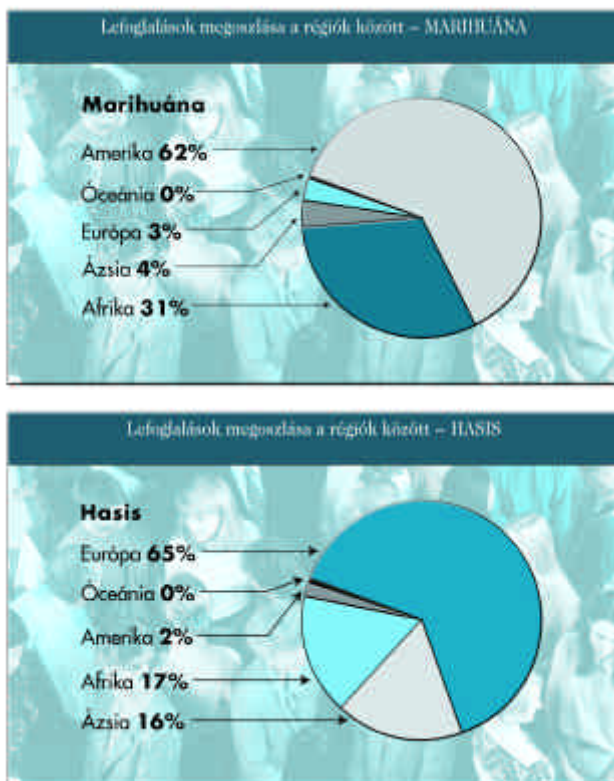
A kender világméretű legális és illegális újabb térhódítása láttán célszerű leszögezni, hogy bár ezeket a látványos folyamatokat az évszázadok óta tartó, időben és térben változó emberi érdeklődés, igények váltották ki és viszik előre, mégis a kannabisznövény szinte páratlan biológiai és biokémiai tulajdonságai, változékonysága, alkalmazkodási képessége tette lehetővé. Ezek olyan biológiai alapot jelentenek, amellyel egyetlen pszichoaktív növény (mák, kokacserje, hallucinogén növények) sem tud versenyezni a „legnépszerűbb, leguniverzálisabb és ugyanakkor a legváltozatosabb kábítószer” státusért folyó versenyben (1,9).

Jellemző a szinte átláthatatlan kannabiszkínálati oldalra Kazahsztán és Dél-Afrika esete a kilencvenes évekből. Mindkét országban régi tradíciói voltak az élvezeti célra történő kendertermesztésnek, majd – eltérő okokból – jelentéktelenné vált ez az illegális mezőgazdasági tevékenység. A kilencvenes évek elején riasztó meglepetés erejével hatottak a beszámolók előbb Kazahsztán, majd Dél-Afrika, mint jelentős marihuána-, majd hasistermelő megjelenéséről a világ kábítószerpiacán. Egyre több kannabisz-drogszállítmány esetében jelent meg mindkét területen feltételezett forrásként, illetve fontos tranzitállomásként. Gyorsan nemzetközi fogalomná vált a kazahsztáni Csu-völgy mintegy 140 000-180 000 hektárra becsült („illegális, magas THC-tartalmú”) kenderállománya, amely a világ legnagyobb egy tömegben előforduló kannabiszforrásának tűnt (1,2,5,6). Bár ennek biológiai háttere (spontán, kultúrából elvadult vagy célzottan termesztett), az ott folyó drogfeldolgozás valódi méretei és a termékek pontos eredete, minősége (magas vagy alacsony THC-szint) a

mai napig sem tisztázódtak megnyugtatóan, továbbra is fennáll a veszélye annak, hogy ez a hatalmas állomány olyan kínálati nyomást okozhat – főleg Európában – ami teljesen új helyzetet teremt az illegális kannabiszpiacra. A Kazahsztánon keresztül Európába áramló kannabisz (herba és hasis) ma változatlanul gondokat okoz az Unió több államában (16).

Elfogadva a kormányjelentéseken és indirekt adatokon nyugvó elemzésekben rejlő jelentős hibalehetőségeket, feltűnhet, hogy a nemzetközi elemzésekben jószérivel hiányoznak a kannabisz elosztására és fogyasztására vonatkozó, a drog kvalitatív minőségét is figyelembe vevő elemzések. Az illegális kábítószerpiacnak is egyik alapvető törvényszerűsége, hogy a tartósan fennálló, vagy növekvő kínálat generálja, követi, vagy jelzi a fogyasztást. Ennek a fordítottja is igaz. Ebben a perspektívában feltűnő a két fő kannabisztermék, a marihuána és a hasis nemzetközi csempészetében és elosztásában több mint egy évtizede meglévő, sőt növekvő különös aszimmetria a nagy fogyasztó régiók, elsősorban Európa és Észak-Amerika között. A jelenségre gyakorlatilag minden olyan elemzés rámutat (UNDCP, Interpol/ICPO, Europol, USA-INM, BKA), amely a kínálati oldallal foglalkozik, anélkül azonban, hogy annak mélyebb okait, vagy az esetleges okokat és konzekvenciákat a fogyasztói oldalon is elemezné (2,5,13-15,17,18). A kannabiszfogyasztással foglalkozó nemzetközi vagy európai elemzések egyszerűen a „kannabisz” kategória alatt gyűjtik és összegzik az adatokat. Miközben szinte minden összehasonlító elemzés kellő óvatossággal hangsúlyozza a nemzetek és régiók közötti összevetések jelentős módszertani korlátait, a droginóségre irányuló alapvető tényező gyakorlatilag rejtve marad, azt a téves benyomást keltve, hogy „minden kannabisz ugyanaz a kannabisz” (lásd erről Bayer (6) okfejtését). Így ebben a vonatkozásban elemzésünkben is többnyire a kínálati oldalról származó adatokra kell hagyatkoznunk. Azonban a nemzetközi tanulmányoknak, elemzéseknek ezt a korlátját, gyengeségét itt is hangsúlyozni kívánjuk.

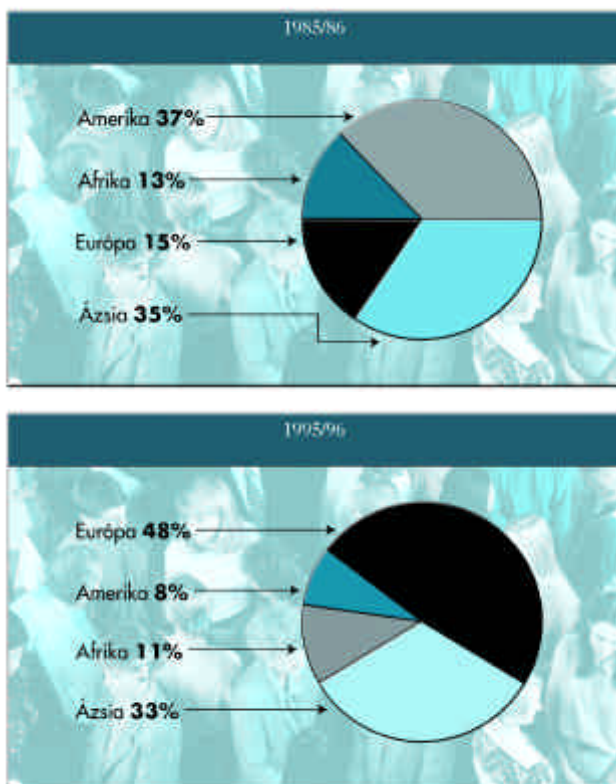


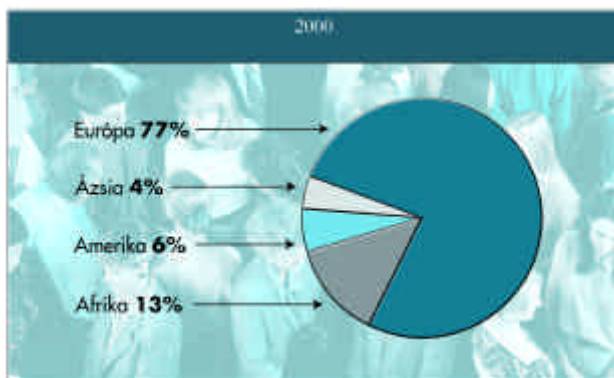


Az ábráról látható, hogy már 1985-86-ban is Európa volt a hasiscsempészet legfőbb célpontja (az összes lefoglalt hasis 49%-át Európában fedezték fel). A trend azóta tovább tart. Nem csupán az abszolút értékek nőttek meg jelentősen az elmúlt mintegy 15 év alatt (465 tonnáról 2000-re 682 tonnára), hanem Európa mint célkontinens „vezető szerepe” is tovább nőtt a többi kontinenssel szemben. Európán kívül csupán Afrika „részesedése” növekedett ugyanezen periódus alatt. Ez összhangban van az illegális drogfogyasztás általános terjedésével az afrikai kontinensen. Ugyanakkor az adatokból arra lehetne következtetni, hogy Ázsiában jelentősen visszaesett, Észak-Amerikában pedig csaknem megszűnt a hasis részesedése a lokális kannabiszpiacon. Míg a látványos ázsiai visszaesés külön részletesebb elemzést érdemel – és valószínűleg csak a következő évek-évtizedek fogják megmutatni, mi történik a számadatok háttérében –, Észak-Amerikában egyértelműen a marihuána relatív súlya növekszik. Amint a következő részben látni fogjuk, a növekvő lokális drogprodukciónak is szerepe lehet ebben a folyamatban.

Hangsúlyozandó, hogy a kérdés nem csupán akadémiai jellegű. Így például lényeges feladatnak tűnik a nemzeti és regionális drogpolitika szempontjából annak elemzése, hogy az intenzív és folyamatosan növekvő marihuána- és hasiscsempészet Európa irányába milyen

összefüggésben áll a növekvő fogyasztási adatokkal és ez milyen összefüggésben van az egyre több európai országban változó jogi háttérrel, annak sokhelyütt lazuló végrehajtási gyakorlatával (lásd később). Figyelemre méltó jelenség például, hogy amíg az európai kannabiszlefoglalások volumene csaknem 700%-os növekedéssel meredeken emelkedett 1990-2001 között, a lefoglalási esetek száma csak mintegy 300%-al nőtt (4). A jelenség több lehetséges magyarázata között szerepelhet a csempészet struktúrájának megváltozása (pl. kevesebb, de egyre nagyobb volumenű szállítmány), de szerepe lehet a nemzeti joggyakorlatban, a kannabisz európai megítélésében észlelhető fokozatos változásoknak is.





Feltűnő, hogy ez ideig hiányzik az európai elemzésekből annak követése is, hogy az új típusú, magasabb THC-tartalmú marihuána megjelenése, majd látványos terjedése (lásd később) milyen hatással van a kannabiszfogyasztásra.

Új minőség - a technikai fejlődés és információ hatása

Az utolsó évtized egyik fontos fejleménye a nemzetközi és ma már a hazai kannabiszkereslet-kínálati piac szempontjából is az úgynevezett „high-tech” termesztés, és az abból származó termékek megjelenése. Ennek mintegy előfutáraként tekinthető az Egyesült Államok déli területein a kormány radikális intézkedései ellenére létező, kiterjedt helyi marihuánatermelés. Itt az intenzív rendőri ellenőrzések, razziák és a herbiciddel (Paraquat) végzett irtás hatására a termesztők egyrészt beltéri, meglegházi termesztésre tértek át, másrészt a technológiai színvonal emelésével növelik a hozamokat és a termék minőségét. Egyik sajátos formája ennek a szokásos marihuána helyett az ún. sinsemilla előállítás, amelynek előzményei Mexikóba, és még régebben Indiába vezetnek vissza. Az amerikai termelők ezáltal csökkentik a termőterületeket és a felfedezés valószínűségét (17,18). A helyben termelt drog fogyasztásával csökken a nemzetközi csempészettel járó jelentős rizikó is. Az ún. „hazai” drogtermelés szórványos megfelelői Európa egyes országaiban is léteztek és ma is léteznek, de az így produkált, levelekből és szárvégekből álló drog minősége rendszerint alacsony volt (3).

A kilencvenes évektől a lefoglalt marihuánaminták rendszeres laboratóriumi analízise növekvő THC-tartalmú minták megjelenését jelzi egyre nagyobb gyakorisággal mind Európában, mind Észak Amerikában. E drogmintákról bebizonyosodott, hogy nem a hagyományos termelő országokból, hanem belföldi (illetve kontinensen belüli) termesztésből származnak, és egyre egyenletesebben jó minőségűek. Ennek megfelelően egyre népszerűbbek a fogyasztók körében is. Hollandiában, az Egyesült Királyságban, majd a kilencvenes évek közepétől egyre több európai országban jelentek meg a korszerű technikával felszerelt beltéri (fóliasátras, üvegházi) kannabisztermesztések. Ezekben korszerű mezőgazdasági-kertészeti ismeretek alapján szelekciós és keresztezéses nemesítést, vegetatív szaporítást és meglegházi körül-

mények között termesztésoptimalizálást alkalmaznak (1-3, 14, 15, 19-23). Magas színvonalú nyomtatott irodalom is az érdeklődő „önjelölt termesztő” rendelkezésére áll nemzetközi terjesztésben (24, 25). Ma már szervezett, multidiszciplináris cégek állnak a háttérben, amelyek intenzív marketing- és reklámtevékenységgel támogatják ezt az illegális „iparágat”. A célzottan szelektált, „nemesített” kenderfajták magjának lucatjait hirdetik egymással konkuráló cégek on-line a világhálón. Tíz-tizenöt „garantált minőségű” magot szállítanak on-line rendelésre 30-120 angol font áron (26, 27). Csupán az a kérdés, hogy a termesztő, de főleg a drogért drágán fizető fogyasztó számára a „garanciára” mi jelenti a garanciát? A „Compendium of Cannabis Varieties” részletes leírást ad 35 fő és mintegy 160 altípusról, megadva azok „eredetét”, a nemesítés fő fázisait és a növény, illetve a termék (ágcsúcsok) fontosabb minőségi jellemzőit (26). A korszerű információs technológia és a maganyag-terjesztés előnyeit felhasználva a holland kannabisz külön nevet kapott (nederwiet vagy netherweed), és hamar világhírnévre tett szert, mint a legjobb minőségű marihuána forrása. Ezzel tulajdonképpen egy új, jelentős változáson megy át a megszokott kannabisz kínálati és keresleti termékstruktúra az európai és az észak-amerikai kábítószerpiacon.

Az Európában és Észak-Amerikában terjedő új, „high-tech” kannabisztermesztés minőségileg új fázist képvisel, és potenciálisan újabb fordulat kiindulópontja lehet a globális kannabiszpiacon. Szemben a tradicionális kannabisz kínálattal és -fogyasztással, minőségileg fontos, új vonások:

1. A kereslet-kínálat egésze a fejlett világba tevődhet át, szükségtelemné téve a fejlődő világban folyó alacsonyabb technológiai színvonalú termesztést, drogelőállítását.
2. A zárt rendszerű, mesterséges feltételek között folyó termesztés gyakorlatilag független a geográfiai adottságtól, rugalmasan követi a fogyasztói piac mozgását, preferenciáit.
3. A magasabb technológiai és információs színvonal jelentős hozam- és termékminőségjavulást eredményez. A melegházi termesztés két-három termesztési ciklust is lehetővé tesz évente, homogénebb, megbízhatóbb termékminőséggel, magasabb hatóanyag-tartalommal. Ugyanakkor a növény tulajdonságai, s ezzel a termék minősége széles határok között változtatható a fogyasztói igényekhez igazodva.
4. A fogyasztóhoz közeli előállítás, a rövidebb távú, sokszor egyetlen országon belüli terjesztés csökkenti, kiküszöböli a nemzetközi, interkontinentális terjesztéssel járó rizikót, megnehezíti a felfedezést. A „high-tech” kannabisztermesztés kifejezetten kedvez az európai jogi környezetben az ún. önellátásnak is. A fogyasztó néhány „netherweed” magból, a megfelelő információ birtokában gyakran önellátásra tér át, teljesen zárt környezetben.
5. Európai vonatkozásban fontos szempont lehet, hogy a magas THC-tartalmú „netherweed” jellegű kannabisz hatóanyag-tartalma elér(het)i, sőt esetenként meghalad(hat)ja a hasis THC-tartalmát, hatáserősségét. Ezzel potenciális helyettesítőként jelenhet meg azon a piacon, ahol a hasis iránti igény jelentős (21-25)

Az egyre javuló drogminőség jelzi, hogy a fogyasztói oldalon is létrejött, illetve kialakul

lóban van az igény egyrészt az egyre jobb, megbízhatóbb minőségű, másrészt a „hazai”, „homegrown” marihuána iránt. Ezt a folyamatot jelezte az elmúlt évtizedekben Észak-Amerikában a sinsemilla és a távol-keleti „Thai sticks” típusú drog növekvő népszerűsége és a szokványos marihuánánál magasabb ára (19-21).

Tulajdonképpen az új „high-tech” kannabiszprodukciónak és a magas THC-tartalmú termékek népszerűsödése logikusan illeszkedik az utolsó két évtized kábítószer-fogyasztási tendjeihez, jól tükrözi azokat ezen a konzervatívnak tekintett területen. Több szempontból feltűnőek a rokon vonások egyrészt a kábítószer-előállítás gyorsan növekvő technikai színvonalával, a szintetikus drogok globális terjedésével. A „know-how” és a technikai feltételek szabad elérhetősége végleg és teljesen függetlenné teszi ezt a kábítószer-előállítást is a földrajzi, klimatikus viszonyoktól. Ugyanakkor összhangban áll a fogyasztói igények, preferenciák differenciálódásával, individualizálódásával. Jellemző, hogy ma már az így előállított drogmintákat külön kategóriaként, és ezen belül is külön minőségekként árulják, sokkal összetettebb árstruktúrában, mint korábban. Az ilyen magasabb minőségű ágcsúcs-drogok ára ma a nyugat-európai piacon gyakran kétszerese a hagyományos marihuánának (14, 15, 19, 22-23, 27).

Összegzőként megkockáztatható az a vélemény, hogy az évtizedekkel ezelőtti néhány jelentős marihuána- és hasistermelő országból kiinduló csempészet helyett mára a kannabisz „előállítása”, forgalmazása szó szerint minden kontinensen jelen van, és közelebb került a fogyasztóhoz. A tapasztalt fogyasztó a minőségek szélesedő palettájáról választhat, egyre több országban azt is eldöntheti, hogy marokkói vagy afgán hasist, keleti marihuánát, vagy éppen helyben termesztett sinsemillát, esetleg „sensi” típusú netherweed-et vásárol, mert ahhoz van inkább kedve.

A kannabisz kínálati oldalon lezajló fenti változásoknak két további olyan fontos következménye van, amelyek a globális drogellenőrzési politika és stratégia szempontjából jelentőséggel bírnak. Az egyik az, hogy a „high-tech” kannabiszprodukciónak már évek óta kinőtte a szórványos kísérletezés dimenzióit. Miközben a regionális és globális beszámolók továbbra is túlnyomóan a fejlődő világ irányából folyó kannabiszcsempészetre szorítkoznak, a kilencvenes évek első felétől bőségesen állnak rendelkezésre adatok, elsősorban a hollandiai és angol belföldi kannabisztermesztés gyorsan növekvő üteméről és arról, hogy mindkét országban a „lokális ellátás” egyre szignifikánsabb dimenziókat ölt a hagyományos kannabisztermékekkel szemben. A becslések szerint az Egyesült Királyságban az utolsó évtizedben kb. megkétszereződött a honi eredetű, melegházi kannabisztermékek mennyisége a drogpiacon, és a fogyasztók preferenciája jelentős változáson ment át (21, 27). A holland kannabiszpiacon a „netherweed” részaránya Lap és Drucker adatai szerint már 1993-ban elérte az összes kannabiszforgalomnak és a fogyasztásnak legalább 50%-át (28), és egyre nagyobb mennyiségben került exportra a környező országok, főleg Németország, Belgium és az Egyesült Királyság felé is. Ezen túl a holland előállítók és szervezett forgalmazók évek óta végzik a termék, a szaporítóanyag és a színvonalas információ terjesztését világszerte. Ennek jeleivel ma Európa valamennyi országában találkozunk, így egyre nagyobb gyakori-

sággal Magyarországon is. Az elmúlt évek hazai beszámolóí már ismételten jelezték a holland eredetű kannabisz, a szaporítóanyag és/vagy a „know-how” jelenlétét, terjedését (29). Így megkísérélhető az a hipotézis, hogy a globális kannabiszpiac fokozatos, lassú újrafelosztásának vagyunk szemtanúi, amelyben újabb konkurencia jelent meg új minőséggel. Ez a folyamat, mintegy mellékreakcióként, előbb-utóbb kihat a tradicionális termesztők, ezen keresztül a világ fejlődő részének magatartására is.

Erózió az ellenőrzésben – „kísérletek” Európában és másutt

Az új nemzetközi fejlemények rövid tárgyalása ma nem lehet megközelítően sem teljes azoknak a szaporodó és egyre határozottabban politikai szintű kísérleteknek és döntéseknek az említése nélkül, amelyek technikailag különböző megoldásokon keresztül, de végső célként a kannabisz mint kábítószer ellenőrzési szintjét óhajtják csökkenteni (extrém esetben teljesen megszüntetni). E törekvések színterei előbb szakmai vagy politikai csoportok, szerveződések, később szervezett szakmai szövetségek voltak, újabban a viták már kormányok és nemzeti parlamentek keretein belül zajlanak. A jelentős médiafigyelemmel kísért vitákról a közlemények tömege számolt be az utóbbi években; állítható, hogy ma a kannabisszal kapcsolatos közlések messze legterjedelmesebb hányada az ellenőrzés adekvát vagy inadekvát voltával foglalkozik. A változást proponáló és támogató kezdeményezések a jelenlegi globális kábítószerhelyzetből kiindulva úgy ítélik, hogy

1. a kannabisz helye a nemzetközi és ennek megfelelő nemzeti ellenőrzés rendszerében módosításra szorul; a jelenlegi szintű, korábban egységesen elfogadott besorolás indokolatlan terheket ró a nemzeti ellenőrző szervekre és felhívítja az erőfeszítéseket, elvonja a szükséges erőforrásokat az olyan, fontosabb problémáktól, mint a heroin- és kokainfogyasztás terjedése;
2. a kannabisz-ellenőrzés alapjául szolgáló korábbi tudományos értékelések annak „veszélyességéről” az egyénre (fogyasztóra), annak környezetére és a társadalomra túlértekelték, nem felelnek meg a tudományos ismeretek mai szintjének és az utóbbi évtizedekben felhalmozódott gyakorlati tapasztalatnak;
3. a kannabisz megkérdőjelezett, illetve erősen limitáltnak tartott terápiás értékét vitathatónak, az anyagot sokoldalúan használható gyógyszer-alapanyagnak tartják. A kannabisz drogként történő jelenlegi besorolásában a terápiás alkalmazás komoly akadályát látják.

A javaslatok, politikai, jogalkotási és egyéb adminisztratív változtatások, kísérletek egész sora jött létre a fenti három fő argumentum mentén az elmúlt tíz-tizenöt év alatt Európában és azon túl (pl. Ausztrália, Kanada). Ezek a változtatások a problémaként jelentkező szituációból izolált, egyedi, nemzeti szintű kiutakat, a kiutak keresését jelzik.

A próbálkozások nemzetközi szintű értékelésének sorából e helyen csupán az ENSZ Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szervének 2001-es elemzésére hivatkozunk. A Szerv hangsúlyozza, hogy az izolált, egyedi „kísérletek” ellentétesek a globális erőfeszítések szükségességével, és felhívja a kormányok figyelmét a nemzetközi egyezmények keretein belüli lehetséges megoldásokra, azok előnyeire. Ehhez hozzátehetjük, hogy egy gyorsan glo-

balizálódó világban az összehangolatlan próbálkozások sora egy ilyen probléma lényegét aligha oldhatja meg. Ellenkezőleg, csak újabbakat halmozhat fel, és ezzel valóban eltéríti a szükséges erőforrásokat és figyelmet az összehangolt erőfeszítésektől.

Jegyzetek

* A kannabisz-fogalom különböző értelmezéseiről, a jelentkező terminológiai problémákról kitűnő tájékoztatást nyújt Bayer professzor könyve, „A drogok történelme” (6). A növényvel kapcsolatos botanikai alapfogalmak korrekt használatával kapcsolatban gyakran jelentkező pontatlanságokról („vadkender”, „indiai kender”, „indiai vadkender” stb.) Bócsa (7) és Szendrei-Nagy (1) nyújtanak tájékoztatást.

Felhasznált irodalom:

1. Szendrei K. (1997/1998). Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality. Bulletin on Narcotics 49/50 (1/2), pp 1-22.; Szendrei K.-Nagy G. (2002). Nem árt, ha tudsz róla. 3. A rostkenderről a "netherweed"-ig - egy ősi növény újabb metamorfózisa. Gyógyszerészet 46, 400-413. o. és ott idézett források
2. UNDCP Research Section (1997/1998). Cannabis as an illicit narcotic crop: a review of the global situation of Cannabis consumption, trafficking and production. Bulletin on Narcotics 49/50 (1/2), pp 45-84.
3. Bone, C. and Waldron, S.J. (1997/1998). New trends in illicit Cannabis cultivation in the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. Bulletin on Narcotics 49/50 (1/2), pp 117-128.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1995-2001). Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union.
5. ODCPP Studies on Drugs and Crime(1998-2001). Global Illicit Drug Trends. United Nations, Vienna
6. Bayer I. (2000). A drogok történelme. Aranyhal Könyvkiadó, Budapest
7. Bócsa I. (1998). Megjegyzés az Élet és tudomány 1998. 15. számában a kenderről megjelent cikkhez. Interneten: www.sulinet.hu/eletestudomány/archiv1998/9821/kedv/kedv.html
8. Mignoni, G. (1997/1998). Cannabis as a licit crop: recent developments in Europe. Bulletin on Narcotics 49/50 (1/2), pp 23-44. és ott idézett források
9. Szendrei K. (2002). Nem árt, ha tudsz róla. I. Lesz-e újra gyógyszer a kannabiszból? Lesz-e kannabisz herba a patikákban? Gyógyszerészet 46, 337-347 o.
10. Health Council of the Netherlands Standing Committee on Medicine (1996). Marihuana as Medicine. Report No 1996/21E, Rijswijk 3 December; National Institutes of Health: Report of the Ad Hoc Group of Experts on the Medical Utility of Marijuana (1997). National Academy Press, Washington DC; Institute of Medicine (USA) (1999). Marijuana and Medicine. Assessing the Science Base. National Academy Press, Washington D.C.; Smith, D. E. (1998). Review of the AMA Council on Scientific Affairs Report on Medical Marijuana. J. Psychoactive Drugs 30 (2), 127-136; British Medical Association (1997). Therapeutic Uses of Cannabis. Harwood Academic Press, Amsterdam; Report of the International Conference on Medicinal Cannabis. (2001). The Hague, 22-23 November
11. UNDCP (1994). Present Status of Knowledge on the Illicit Drug Industry. United Nations, Vienna; Paksi B. (2001). Magyarországi droghelyzet az európai adatok tükrében. Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. ISM, Budapest
12. UNDCP (2002). Yield Assessment of Opium Gum and Coca Leaf. ST/NAR/33. United Nation, New York, 2001; UNDCP: Opium Yield Survey in Myanmar
13. US. Department of State International Narcotics Control Strategy Report 2000. (2001).
14. International Criminal Police Organization (ICPO-Interpol) (1997). Cannabis Influx in Europe, New Dimensions and Trends. Lyon, 1996; Cannabis Situation in Europe in 1997, Lyon 1998; Worldwide Traffic in Cannabis in 1996, Lyon
15. Bundeskriminalamt (1997). Cannabis situation in Europe (Internal report) BKA, Wiesbaden,
16. UNDCP (2002). szóbeli közlés, 2002. augusztus 22.
17. Chalsma, A. L. and Boyum, D. (1994). Marihuana Situation Assessment BOTEK Analysis Corp., Cambridge, MA. pp 1-51.

18. Clayton, R. R. (1995). Marihuana in the "Third World": Appalachia, USA. United Nations Research Institute for Social Development/ United Nations University (UNRISD/UNU). Lynne Rienner Publishers, London
19. Chait, L. D. and Burke, K. A. (1994). Preference for high- versus low-potency marihuana. *Pharmacol. Biochem. and Behavior* 49, (3), pp 643-647.
20. Zhu-Chin Wu et al. (1988). Influence of marihuana potency and amount of cigarette consumed on marihuana smoking patterns. *J. Psychoactive Drugs*, 20 (1), pp 43-46
21. Atha, M. J. (1997). Types of Cannabis Available in the UK. Interneten: <http://www.idmu.co.uk/can.htm>; Atha, M. J. and Blanchard, S.: Regular users self-reported drug consumption and attitudes to drugs among 1333 regular Cannabis users. Independent Drug Monitoring Unit Report
22. Huizer, H. (1993). About professional hemp cultivation in the Netherlands; Előadás, Linköping, 1992. június 16.; Huizer, H.: Netherweed, hemp cultivation in the Netherlands. Kézirat, Rijswijk,
23. Bundeskriminalamt (1996). Illegaler Cannabisanbau in Deutschland. BKA Rauschgiftkurier, (3), pp 13-15.
24. Frank, M. (1988). Marihuana Grower's: Insider's Guide. Red Eye Press, Los Angeles, 1988
25. Cervantes, J. (1994). Marihuana binnen, Woord Noord, Educare b.v., Amsterdam
26. StrainBase: A Compendium of Cannabis Varieties. v.1.1, part 1. Interneten: norcan.lav10.nu/phpBB/abc/artikler/StrainBase/SB1-SB4_NewWorld.pdf
27. Anonim: Types of Cannabis Available on the Illicit Market in the UK. Internet: www.idmu.co.uk/hol2.htm; Independent Drug Monitoring Unit: Cannabis Potencies. Internet: <http://www.idmu.co.uk/skunkfaq.htm>
28. Lap, M. and Druker, E. (1994). Recent changes in the Dutch Cannabis trade: the case for regulated domestic production. *The International J. of Drug Policy* 5, pp 249-253.; Lap, M.: About netherweed and coffeeshops, De-Americanizing Drug Policy. Interneten: www.drugtext.org/articles/paper1.html
29. Hollósi Gy. (2000). Az illegális drogpiacon jellemzői Magyarországon 2000-ben. Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. ISM, Budapest
30. International Narcotics Control Board: Annual Report 2001. (2002). United Nations, New York, , pp. 33-37

I. MELLÉKLET

Jogszabályi környezet változásai

Az elkobzás

77. § (1) El kell kobozni azt a dolgot,

- a) amelyet a bűncselekmény elkövetéséhez eszközül használtak, vagy arra szántak,
- b) amelynek birtoklása a közbiztonságot veszélyezteti, vagy jogszabályba ütközik,
- c) amely bűncselekmény elkövetése útján jött létre,
- d) amelyre a bűncselekményt elkövették.

(2) El kell kobozni azt a sajtóterméket, amelyben a bűncselekmény megvalósul.

(3) Az (1) bekezdés a) és d) pontja esetében az elkobzást nem lehet elrendelni, ha a dolog nem az elkövető tulajdona, kivéve, ha a tulajdonos az elkövetésről előzetesen tudott, feltéve, hogy az elkobzás mellőzését nemzetközi jogi kötelezettség nem zárja ki.

(4) Az elkobzást akkor is el kell rendelni, ha az elkövető gyermekkor, kóros elmeállapot vagy a cselekmény társadalomra veszélyességének csekély foka miatt nem büntethető.

(5) Nincs helye elkobzásnak a cselekmény büntethetőségének elévülésére megállapított idő, de legalább öt év elteltével.

(6) Nem lehet elrendelni annak a dolognak az elkobzását, amelyre a vagyonelkobzás kiterjed.

(7) Az elkobzott dolog tulajdonjoga az államra száll.

A gépkocsi rendeltetésszerű használatához szükségtelen, kifejezetten a csempészet véghezvitelét célzó átalakításon átesett gépjármű, melyet utóbb a csempészet elkövetéséhez fel is használtak, elkobzás alá esik (BK 67. számú állásfoglalás). Az ilyen jármű – mivel veszélyezteti a közbiztonságot – akkor is elkobzandó, ha az nem az elkövető tulajdona (BH1982. 362). A gépkocsi – az ilyen célra való átalakítás hiányában – nem tekinthető a csempészet eszközének azon az alapon, hogy utasai a járműben elrejtve egy alkalommal jelentős mennyiségű kábítószerrel akartak csempészni az országba, ezért a gépkocsi elkobzásának nincs helye [Btk. 77. § (1) bek. a) pont, 282. § (1) bek., (3) bek. a) pont, BK 67. sz.].

77/A. § (1) A 77. § (1) bekezdésének a) és d) pontjában meghatározott esetben az elkobzás kivételesen mellőzhető, ha az elkövetőre vagy a tulajdonosra a bűncselekmény súlyával arányban nem álló, méltánytalan hátrányt jelentene, feltéve, hogy az elkobzás mellőzését nemzetközi jogi kötelezettség nem zárja ki.

(2) Az (1) bekezdés nem alkalmazható, ha az elkövető a bűncselekményt bünszervezetben követte el.

Vagyonelkobzás

77/B. § (1) Vagyonelkobzást kell elrendelni arra

- a) a bűncselekmény elkövetéséből eredő vagyonra, amelyet az elkövető a bűncselekmény elkövetése során vagy azzal összefüggésben szerzett,
- b) a vagyonra, amelyet az elkövető bünszervezetben való részvétele ideje alatt szerzett,

c) a vagyonra, amely a bűncselekmény elkövetéséből eredő, a bűncselekmény elkövetése során vagy azzal összefüggésben szerzett vagyon helyébe lépett,

d) a vagyonra, amelyet a bűncselekmény elkövetése céljából az ehhez szükséges vagy ezt könnyítő feltételek biztosítása végett szolgáltatottak vagy arra szántak.

(2) A vagyonelkobzást el kell rendelni arra a bűncselekmény elkövetéséből eredő, a bűncselekmény elkövetése során vagy azzal összefüggésben szerzett vagyonra is, amellyel más gazdagodott. Ha gazdálkodó szervezet gazdagodott ilyen vagyonnal, a vagyonelkobzást vele szemben kell elrendelni.

(3) Ha az elkövető, vagy a (2) bekezdés szerint gazdagodott személy meghalt, illetőleg a gazdálkodó szervezet átalakult, a vagyonelkobzást a jogutóddal szemben kell elrendelni arra az (1) bekezdés szerinti vagyonra, amelyre a jogutódlás történt.

(4) Az (1) bekezdés b) pontja esetében, az ellenkező bizonyításáig vagyonelkobzás alá eső vagyonnak kell tekinteni a bünszervezetben való részvétel ideje alatt szerzett valamennyi vagyon.

(5) Vagyonelkobzás nem rendelhető el

a) arra a vagyonra, amely a büntetőeljárás során érvényesített polgári jogi igény fedezetül szolgál,

b) arra a vagyonra, amelyet jóhiszeműen, ellenérték fejében szereztek,

c) az (1) bekezdés b) pontja esetében, ha a vagyon törvényes eredete bizonyított.

77/C. § (1) A vagyonelkobzást pénzüsszegben kifejezve kell elrendelni,

a) ha a vagyon már nem lelhető fel,

b) ha a 77/B. § alapján vagyonelkobzás alá eső vagyon az egyéb vagyontól nem különíthető el, vagy az elkülönítése aránytalan nehézséget okozna,

c) a 77/B. § (5) bekezdésének b) pontjában meghatározott esetben.

(2) A vagyonelkobzást akkor is el kell rendelni, ha az elkövető gyermekkor, kóros elmeállapot vagy a cselekmény társadalomra veszélyességének csekély foka miatt nem büntethető.

(3) Az elkobzott vagyon törvény eltérő rendelkezése hiányában az államra száll.

(4) A 77/B. § és a 77/C. § alkalmazásában vagyonon annak hasznát, a vagyoni értékű jogot, követelést, továbbá bármely pénzben kifejezhető értékkel bíró előnyt is érteni kell.

Pénzmosás

303. § (1) Aki szabadságvesztéssel büntetendő cselekmény elkövetéséből származó dolgot az eredetének leplezése céljából gazdasági tevékenység gyakorlása során felhasználja, a dologgal összefüggésben bármilyen pénzügyi vagy bankműveletet végez, büntettet követ el, és öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(2) A büntetés két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztés, ha a pénzmosást

a) üzletszerűen,

b) különösen nagy, vagy azt meghaladó értékre,

c) pénzügyi intézmény, befektetési vállalkozás, befektetési alapkezelő, elszámolóház, biztosítóintézet vagy szerencsejáték szervezésével foglalkozó szervezet tisztségviselőjeként vagy alkalmazottjaként,

d) hivatalos személyként,

e) ügyvédként

követik el.

(3) Aki pénzmossás elkövetésében megállapodik, vétséget követ el, és két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(4) Nem büntethető pénzmossás miatt, aki a hatóságnál önként feljelentést tesz, vagy ilyet kezdeményez, feltéve, hogy a cselekményt még nem, vagy csak részben fedezték fel.

(5) Az (1) bekezdés szerinti dolgon a vagyoni jogosultságot megtestesítő olyan okiratot, dematerializált értékpapírt is érteni kell, amely a benne tanúsított vagyoni érték vagy jogosultság feletti rendelkezést önmagában -, illetve a dematerializált formában kibocsátott értékpapír esetében az értékpapírszámla jogosultjának - biztosítja.

303/A. § (1) Aki a más által elkövetett büntetendő cselekményből származó

a) dolgot gazdasági tevékenység gyakorlása során felhasználja,

b) dologgal összefüggésben bármilyen pénzügyi vagy bankműveletet végez, és gondatlanságból nem tud a dolog eredetéről, vétség miatt két évig terjedő szabadságvesztéssel, közérdekű munkával vagy pénzbüntetéssel büntetendő.

(2) A büntetés vétség miatt három évig terjedő szabadságvesztés, ha az (1) bekezdésben meghatározott cselekményt

b) pénzügyi intézmény, befektetési vállalkozás, befektetési alapkezelő, elszámolóház, biztosítóintézet vagy szerencsejáték szervezésével foglalkozó szervezet tisztségviselőjeként vagy alkalmazottjaként,

c) hivatalos személyként

követik el.

A bűncselekmény címét és szövegét az 1994. évi IX. tv. 23. §-a iktatta be a Btk.-ba 1994. május 15. napjával, majd az 1997. évi LXXII. tv. 45. §-a 1997. szeptember 15. napjával kiegészítette, illetve módosította a bűnszervezet tagjakénti elkövetés beiktatásával. Ezt követően az 1998. évi LXXXVII. tv. 74. § (2) bekezdése 1999. március 1. napjával a 303. § (4) bekezdését, majd az 1999. évi CXX. tv. 19. § az (1) bekezdést módosította.

Ilyen előzmények után a 2001. évi CXXI. tv. a bűncselekmény megnevezésének érintetlenül hagyása mellett új törvényi tényállást fogalmazott meg a pénzmossással kapcsolatosan.

1990. november 8-án Strasbourgban elfogadták a 141/1990-es Európa Tanácsi Egyezményt, amelynek fő célja az volt, hogy az 1988-as Bécsi Egyezményben meghatározott nemzetközi együttműködésre vonatkozó elveket, a bűncselekményből származó vagyoni értékek nyomozására, lefoglalására és elkobzására nézve konkretizálja.

Az Európa Tanácsi Egyezményt Magyarországon 2000. szeptember 5-én fogadta el az Országgyűlés és azt a Pénzmossásról, a bűncselekményből származó dolgok felkutatásáról, lefoglalásáról és elkobzásáról szóló 2000. évi CI. törvénnyel hirdette ki.

A pénzmosással kapcsolatos bejelentési kötelezettség elmulasztása

303/B. § (1) Aki a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben a pénzügyi szolgáltató szervezet számára előírt bejelentési kötelezettségnek nem tesz eleget, bűntettet követ el, és három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(2) Aki az (1) bekezdésben említett bejelentési kötelezettségének gondatlanságból nem tesz eleget, vétséget követ el, és két évig terjedő szabadságvesztéssel, közérdekű munkával vagy pénzbüntetéssel büntetendő.

A törvény címét és szövegét a 2001. évi CXXI. tv. 62. §-a 2002 április hó 1. napjával iktatta be a Btk.-ba. A miniszteri indokolás megállapítása szerint a törvény gyakorlatilag változatlan tartalommal bünteti a pénzmosással kapcsolatos bejelentési kötelezettség elmulasztását, azonban önálló törvényi tényállásban fogalmazta meg ezt, mivel a bejelentési kötelezettség nem vonható a pénzmosási tevékenység fogalmába.

Pszichiátriai Szakmai Kollégium módszertani levele a metadon kezelés szakmai irányelveiről

Általános megjegyzések

Ezt az irányelvet a Pszichiátriai Szakmai Kollégium által összehívott konszenzus-konferenciákon dolgozták ki.

Jelen szakmai irányelv alapgondolata az, hogy a hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelés olyan gyógyító beavatkozás, amely egy krónikus betegség, az opioid-addikció tüneti kezeléseként, a szervezet opioid-hiányának megszüntetésére irányuló gyógymódként (szubsztitúciós, illetve diabetes-modell), illetve az opioid-fogyasztó páciensek további ártalmának csökkentésére irányuló orvosi beavatkozásként (az ártalomcsökkentés modellje) fogható fel. A metadon az exogén, opioid tartalmú drogok agonista szere, és kedvező farmakológiai tulajdonságai lehetővé teszik a tartós, esetenként akár több évig, vagy évtizedig tartó adagolást. A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelés része a drog-addikció harmadlagos megelőzésének (prevenciós modell).

A metadon kezelésnek két fajtája van: 1. a metadon detoxikáció, 2. a hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelés.

1. A metadon detoxikáció

A metadon detoxikáció két lépcsőből áll. Az első lépcsőben a beteget a rövid hatástartamú opioid típusú drogról átállítjuk a hosszabb hatástartalmú és orálisan adagolható metadonra. A második lépcsőben az egyénileg kialakított metadon adagolás mértékét lehetőség szerint egy hónapon belül (ideális esetben 10 nap alatt), maximálisan hat hónapon belül fokozatosan csökkentjük nulláig.

2. Hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelés

Hazánkban az elmúlt években kialakult az opioid-fogyasztóknak egy markáns köre, amelynek szüksége van a metadon tartós adására. A hazai pszichiátria és addiktológia e szakmai grémiuma ezeknek az irányelveknek a megfogalmazásával kívánja deklarálni, hogy átveszünk egy nemzetközileg kipróbált, elfogadott és elismert módszert a fenti populáció gyógykezelése céljából.

A tartós metadon kezelést igénylő opioid-fogyasztókat az jellemzi, hogy náluk aktuálisan az opioidokra vonatkozóan teljes absztinencia nem alakítható ki.

A metadon-terápiás intézmény vezetője időszakonként (félévente) absztinenciára felkészítő motivációs programot indít.

A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelés szakmai elvárásai:

- Szakmai kontroll
- Indikáció
- Intézményes keretek

- Hatékonyság-ellenőrzés
- Társadalombiztosítási támogatás
- Az adagolás technológiája és biztonsága
- Dozírozás

1. Szakmai kontroll:

A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelésről a kezelő helyen dolgozó háromtagú munkacsoport dönt az előzmény, a klinikai állapot, a drogkarrier, a beteg pszichoszociális helyzete alapján. A munkacsoportban ketten szakorvosok, szükség esetén a döntésben külső szakorvos vesz részt. A munkacsoport harmadik tagja felsőfokú végzettséggel rendelkező munkatárs (addiktológus szakorvos, pszichiáter, háziorvos vagy egyéb szakképesítéssel rendelkező orvos, pszichológus, szociális munkás, konzultáns). A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelést pszichiáter, vagy addiktológus szakorvos indikálja és folytatja speciális tanfolyam elvégzését követően (lásd melléklet). A metadon kezelést folytató ambulanciák szakorvosaiból álló országos bizottság háromhavonta felülvizsgálja a folyamatban lévő kezelések hatékonyságát és az indikáció további fenntartását.

2. Indikáció:

Többéves igazolt opioidfüggőség: (legalább három év), valamint 18 éven felüli életkor.

Ismételt sikertelen, absztinenciát célul kitűző kezelési programból való lemorzsolódás. Ismételt relapszusok a droghasználatban (relapszus: absztinencia kialakítását követően az eredeti, absztinencia előtti szintre kerül vissza a fogyasztás).

3. Intézményes keretek:

Hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelést olyan drogambulancián (metadon-terápiás helyen) javasolt alkalmazni, ahol ennek megvannak a speciális személyi, tárgyi és biztonsági feltételei, és ahol a metadon kezelés egy komplex addiktológiai kezelés részeként jelenik meg.

A metadon-terápiás helyre vonatkozó alternatívák:

- speciális metadon-terápiás központ, amely funkcionális kapcsolatban áll pszichiátriai, illetve addiktológiai szolgáltatásokkal
- metadon-terápiás részleg, mely a komplex addiktológiai szolgáltatás szervezeti egységként működik
- drogambulancia

4. Nyilvántartás:

A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelésben részesülő páciensek nyilvántartását a metadon kezelést végző addiktológiai szolgáltatások biztosítják. A nyilvántartás az érvényben lévő kábítószer rendészeti jogszabályok alapján történik.

Ezenfelül minden megkezdett hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelést az intézet bejelenti a regionális addiktológus szakfőorvosnak.

A kezeltek az anonimitást biztosító kód alapján országos regiszterbe kerülnek. A regisztert a Jász utcai Drogambulancia vezeti. A Jász utcai Drogambulancia vezetője az országos összesített adatokat és a havonta felhasznált metadon mennyiséget elküldi az Országos Alkohológiai Intézet igazgatójának, és az országos tisztifőgyógyszerésznek.

5. Hatékonyság-ellenőrzés:

A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelés szigorú szakmai szabályok szerint történő orvosi beavatkozás, amelyet komplex pszichoszociális beavatkozás kell, hogy kiegészítsen, a hatékonyság értékeléséhez pedig elengedhetetlenül szükséges a pszichoszociális tényezők elemzése. A pszichés függőséget más eljárásokkal (mint pl. csoportterápia, életvezetési tanácsadás stb.) kell megközelíteni. A kezelés megkezdését követően a páciens droghasználatában csökkenés, pszichoszociális helyzetében javulás várható. Javasolt a szervezetben lévő drogok kimutatására a beteg időszakos, véletlenszerű vizelet ellenőrzése (legkevesebb évi négy alkalommal), és a társadalmi reintegráció mértékének - munka, tanulás, családi élet - megállapítása. A drogkimutató módszereivel a kezelés hatékonysága, és nem a beteg vagy az orvos ellenőrzése a cél. Az ellenőrzés véletlenszerű mintavétel alapján történik, illetve minden olyan esetben javasolható, ahol a kezelőszemélyzetben felmerül a gyanú párhuzamos droghasználatra.

6. Társadalombiztosítási támogatás:

A támogatás részletes szabályait az ágazati jogszabályok tartalmazzák.

7. Az adagolás technológiája és biztonsága:

A metadon adagolása kizárólag folyadék (oldat, solutio, suspensio, feloldott tabletta, feloldott por, pezsgőtabletta) formájában javasolt. Az adagolás alapelve az, hogy a metadon lehetőség szerint ne kerüljön a páciens kezébe. Ezért az adagolás naponta kell, hogy történjen, és munkaszüneti napokon is biztosítani kell, hogy a gyógyszer adagolása egészségügyi szakszemélyzet jelenlétében történjen.

A kezelés teljes időtartama alatt folyamatos és rendszeres ellenőrzés szükséges.

Az adagolás biztonsága érdekében a metadon-terápiás helyeken történjen a metadon tárolása. A biztonsági feltételeket az érvényben lévő kábítószer rendszeti jogszabályok alapján kell kialakítani.

8. Dozírozás:

A napi metadon adagok meghatározása egyéni megítélés tárgyát képezi. Ez a dózis a kívánt szubsztitúciós hatás eléréséhez szükséges minimum szint. A hazai és nemzetközi tapasztalatok alapján az átlag dózis 50-150 mg/nap. A szükséges minimum szubsztitúciós dózis felépítése biológiai titrálással, több napon keresztül, fokozatosan emelt adagok adásával történik (nemzetközi protokollok javaslata alapján: első nap 30+5 mg, ezt követően napi 5-10 mg-mal való emelés). A megfelelő gyógyszer szint elérése a beteg klinikai vizsgá-

lata (pszichés státusz, vegetatív paraméterek), explorációja, vizeletvizsgálata, illetve hetero-anamnézis alapján állapítható meg.

9. Az opioidfüggő terhes anyák, újszülöttjeik, a 18 éven aluliak, a HIV, illetve a hepatitis B és C fertőzésben szenvedő opiátfüggő betegek kezelésére külön szakmai irányelv készül.

TARTALOMJEGYZÉK

Előszó	5
Beköszöntő	6
ÖSSZEFOGLALÁS	8
I. Nemzeti stratégia: intézményi és jogi keretek	8
II. A kábítószer-fogyasztás elterjedtsége – epidemiológiai helyzetkép	11
III. Beavatkozások a keresletcsökkentés terén	14
I. NEMZETI STRATÉGIA: INTÉZMÉNYI ÉS JOGI KERETEK	19
1. A Nemzeti stratégiában megfogalmazott célok és feladatok végrehajtása 2001-ben	19
1.1. A kábítószerhelyzet befolyásolásának politikai keretei	19
1.1.2. Eredmények	22
1.2. A jogszabályi környezet változása	29
1.3. A kábítószerrel visszaélés büntetőjogi szabályozásának végrehajtása, hatásossága	31
1.4. A kábítószer-jelenség kezelésének költségeiről	37
II. EPIDEMIOLOGIAI HELYZETKÉP	42
2. A drogfogyasztás prevalenciaértékei, mintázata, tendenciái	42
2.1. Főbb tendenciák az epidemiológiai vizsgálatok tükrében	42
2.2. Az átlagnépesség körében készült vizsgálatok	49
3. Egészségügyi következmények	57
3.1. A kezelési igény alakulása – Egészségügyi statisztikai adatok a kábítószer-fogyasztásról – 2001	57
3.1.1. Az egészségügyi kábítószer-statisztika jellemzői	57
3.1.2. A kábítószer-fogyasztók számának alakulása	63
3.2. A kábítószer-használattal összefüggő halálozások alakulása	75
3.3. Az intravénás droghasználat fertőzési kockázatai.	81
3.4. Drogtúladagolások - fővárosi helyzetkép	89
3.5. Problémás kábítószer-használat	94
3.5.1. Kockázati magatartások intravénás droghasználók körében	94
4. A kábítószer-bűncselekmények és jogkövetkezményeinek hazai alakulása	97
4.1. A kábítószer-bűnözés jellemzői a bűnügyi statisztikai adatok tükrében	97
4.2. A kábítószerrel visszaélés miatt elítéltek jellemzői 2001-ben	109
5. Az illegális kábítószerpiac	112
5.1. A kínálati oldal változásai - hozzáférhetőség, kábítószer-kínálat	112
5.2. A kábítószer-lefoglalások alakulása	116
5.3. Az illegális kábítószerek hatóanyag-tartalmának változása, trendek a feketepiacon	119
III. KERESLETCSÖKKENTÉSSSEL KAPCSOLATOS BEAVATKOZÁSOK	125
6. A keresletcsökkentési stratégia	125

6.1. A keresletcsökkentés hazai eszközei és lehetőségei	125
6.2. A keresletcsökkentéssel kapcsolatos stratégiai célok megvalósulása 2001-ben	129
7. Prevenció	133
7.1. Az iskolai prevenció helyzete 2001-ben	137
7.2. Ifjúsági programok	149
7.3. Család és gyermekkor	154
7.3.1. Drogprevenció az óvodában	154
7.3.2. Önszegítő szülőcsoportok	154
7.4. Egyéb preventációs programok	161
7.4.1. Kortárssegítő programok	161
7.4.2. Telefonos segélyszolgálatok	162
7.4.3. Közösségi programok	167
7.4.4. Médiaprogramok	168
7.4.5. Internet	169
8. Kezelések	171
8.1. Az absztinenciát célzó kezelések	171
8.2. Ártalomcsökkentés	179
8.2.1. Elérési programok	186
8.2.2. Szubsztitúciós és fenntartó kezelések, programok	192
8.3. Rehabilitáció – A rehabilitációs intézmények és rehabilitációs programokban részt vevők jellemzői	199
8.4. Reintegrációs programok	208
9. Beavatkozások a büntető igazságszolgáltatás rendszerében	215
10. Minőségbiztosítás	218
A KANNABISZ-SZÁRMAZÉKOK FOGYASZTÁSÁNAK HAZAI ÉS NEMZETKÖZI JELLEMZŐI	222
DR. BAYER ISTVÁN: Kenderkörút	223
DR. WENGER TIBOR: MARIHUÁNA-KANNABISZ-KANNABINOIDOK Amit hatásukról az orvostudományi kutatás megismert	231
DR. BUDA BÉLA: Marihuána: Szociálpszichológiai tényezők és folyamatok, prevenációs tanulságok -	241
DEMETROVICS ZSOLT: Marihuána: pszichológiai és antropológiai szempontok	251
DR. NAGY JÚLIA: A kender eredetű kábítószer hatóanyag-tartalma és annak változásai	266
DR. RÁCZ JÓZSEF: Kannabisz- (marihuána-) használók kezelése	273
DR. SZENDREI KÁLMÁN: Kannabisztermelés és -fogyasztás - új nemzetközi fejlemények	279
I. Melléklet	293
TARTALOMJEGYZÉK	302

