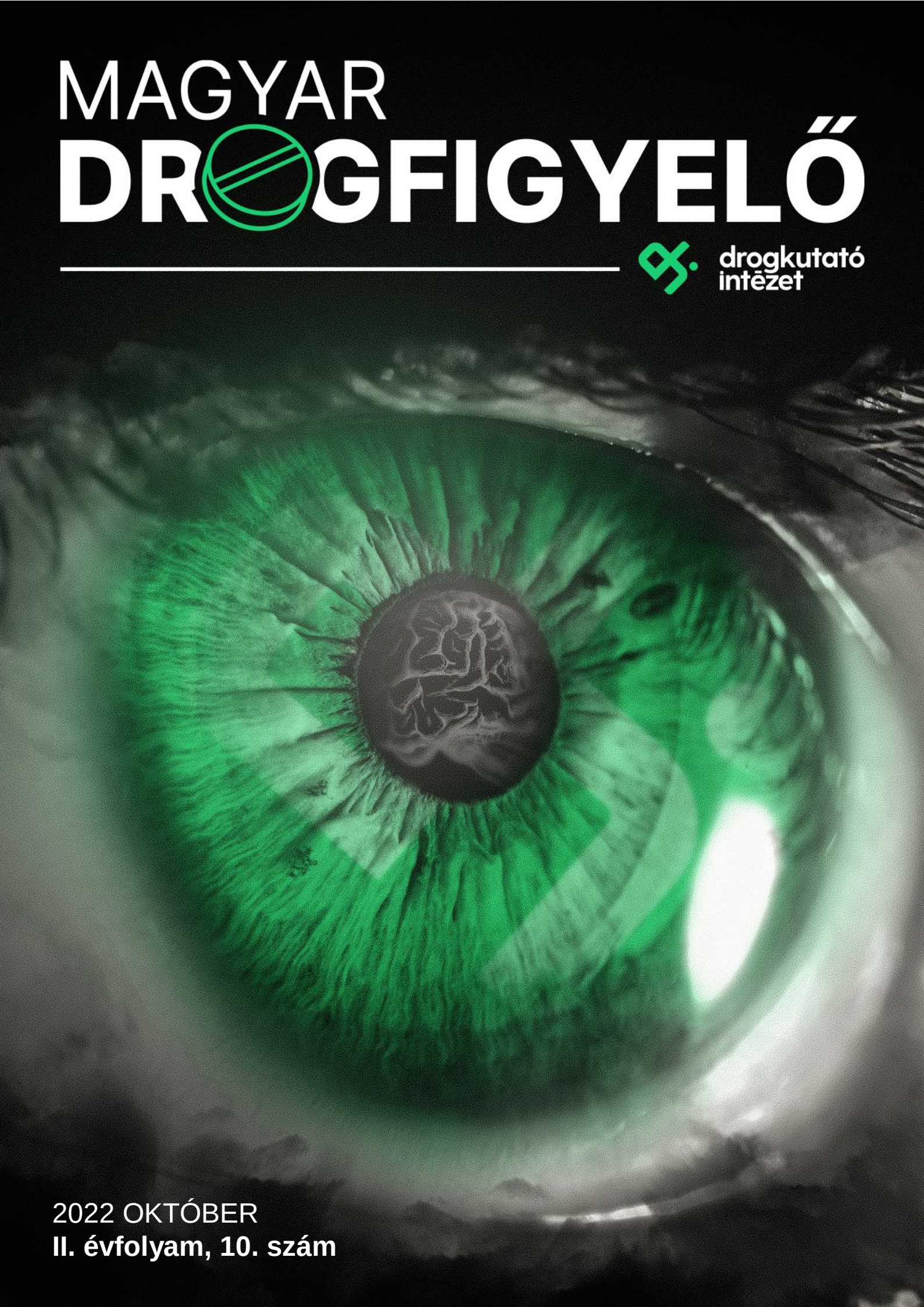
MAGYAR DROGFIGYELŐ

drogkutató intézet



2022 OKTÓBER
II. évfolyam, 10. szám

Magyar Drogfigyelő

A Drogkutató Intézet szakmai, tudományos folyóirata

Szerkesztőség

Szerkesztőbizottság: Dr. Bellavics Mária Zsóka
Dr. Christián László
Dési Ádám
Dr. Farkas Johanna
Dr. Fórizs Éva
Gubucz-Pálfalvi Sejla
Humli Viktória
Dr. Kovács István
Dr. Mátyás Szabolcs
Dr. Németh Zsolt
Raffai Gellért
Dr. Sivadó Máté

Főszerkesztő: Dr. Molnár István Jenő

Olvasószerkesztő: Pogácsás Nóra
Tóth Enikő

Szerkesztőségi munkatársak: Baráth Noémi Emőke

Kiadó: Drogkutató Intézet
1137 Budapest, Radnóti utca 25. II. emelet 2/A

Felelős kiadó: Pongrácz Bálint László ügyvezető

ISSN ISSN 2786-0906

A szerkesztőség elsősorban olyan kéziratokat vár közlésre, amelyek a pszichoaktív anyagok - elsősorban kábítószerek - kémiai, biológiai tulajdonságainak vizsgálatával, a szerhasználat orvos- és egészségtudományi, rendészeti, kriminológiai, szociológiai, jogi természetű elemzésével, értékelésével foglalkoznak. A szerkesztőség tudományos szakértő bevonásával a beérkezett kéziratot szakmai szempontból lektoráltatja, és fenntartja a jogot a kéziratok stilizálására, korrigálására, tipografizálására. A folyóiratban megjelenő publikációk nem a kiadó, illetve nem a szerkesztőség, hanem a szerzők saját, tudományos szabadságán alapuló álláspontját képviselik. Az el nem fogadott kéziratokat a szerkesztőség nem tárolja, azok mindegyike törlésre kerül. A szerkesztőség a folyóiratban másodközlést nem vállal.

TARTALOM

Interjú

TÓTH ENIKŐ

Dudits Dénes: Szokj rá a józanságra!

Havi aktuális

BARÁTH NOÉMI EMŐKE

Európa zászlóvivő állama marihuána legalizálásban: Málta

Drogmonitor

ERDŐS ESZTER

Felépülést támogató módszerek a ráckeresztúri drogterápiás otthonban

GULYÁS ÉVA

A kannabisz átprogramozza a még éretlen idegrendszer fejlődését

Ajánló

BOZSÓ DOROTTYA

Beszámoló a Egészségdokk Közhasznú Alapítványnál tett látogatásunkról

Poliszer

OLÁH-PAULON LÁSZLÓ

Mi is az Elf Bar valódi veszélye?

Magyar Drogfigyelő · 2022. október · II. évfolyam 10. szám

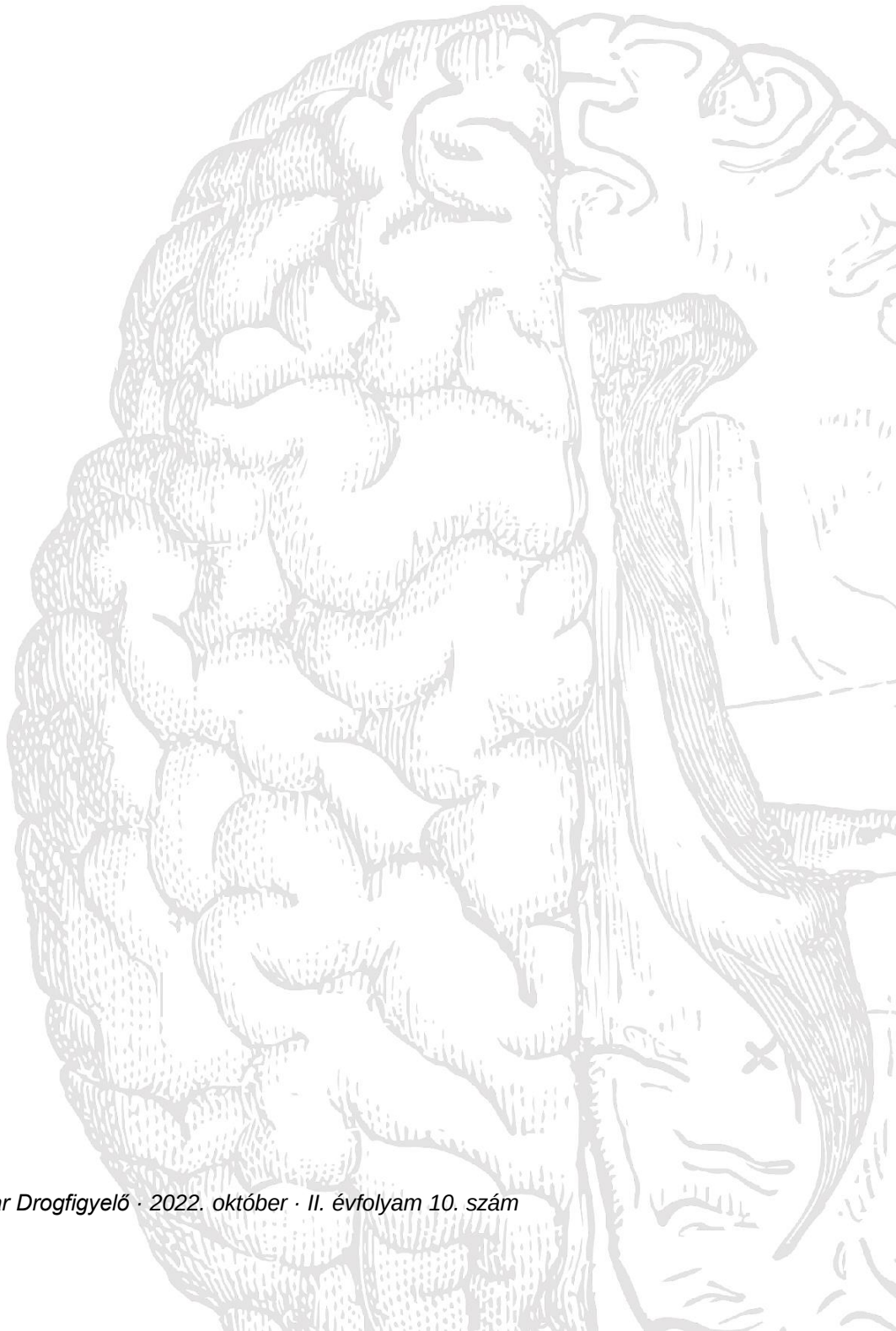
Recenziók

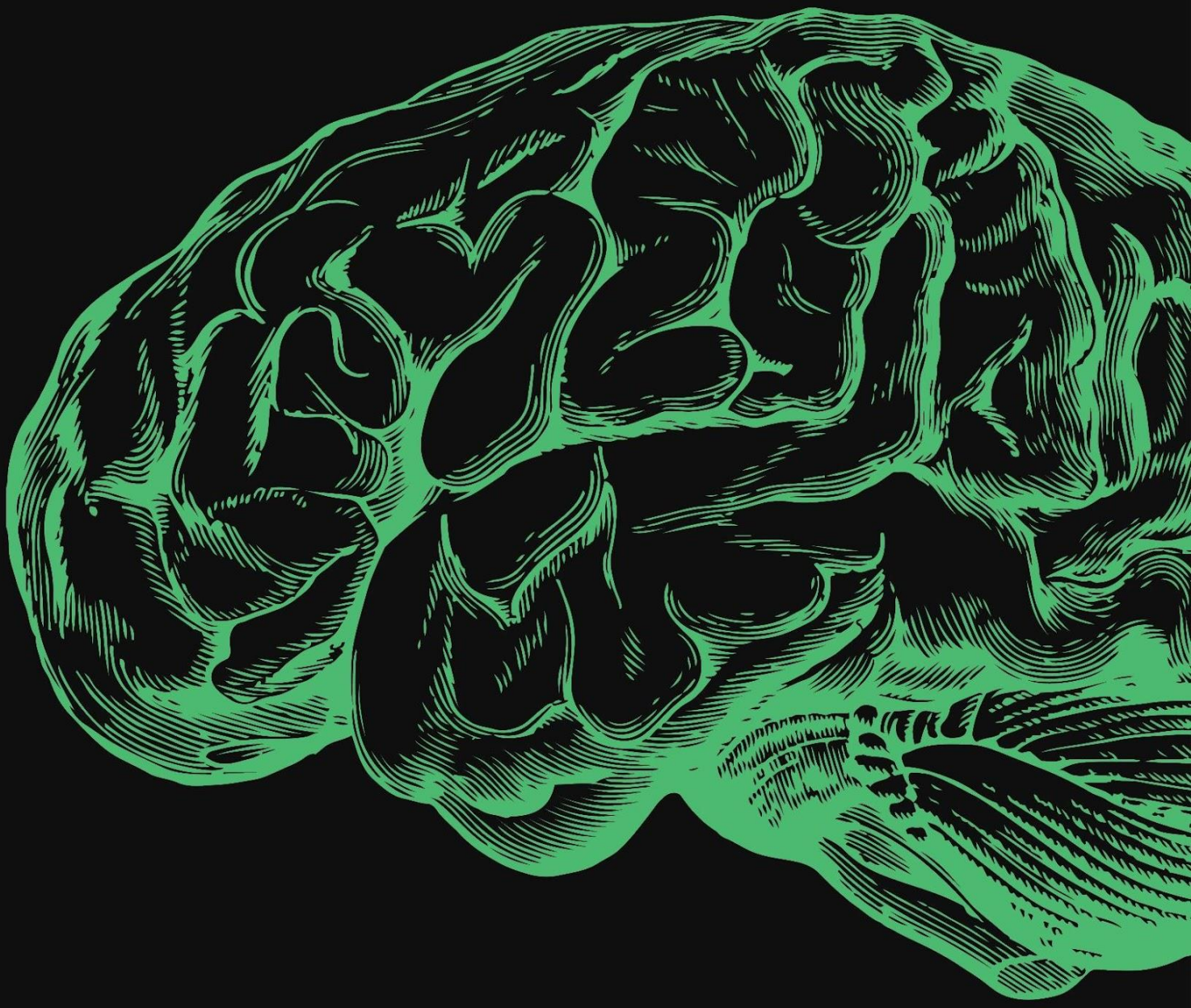
HUMLI VIKTÓRIA

EMCDDA miniútmutató – Börtönök és kábítószerek: egészségügyi és szociális válaszok

BARÁTH NOÉMI EMŐKE

A krónikus fájdalom csillapítása kannabisztermékekkel?





INTERJÚ

drogkutató intézet

DUDITS DÉNES: SZOKJ RÁ A JÓZANSÁGRA!

TÓTH ENIKŐ

Dudits Dénes szociális munkás, terápiás programigazgató és intervencionalista, 20 éve foglalkozik szenvedélybetegekkel. Ő maga is függő volt, drog- és alkohol problémákkal küzdött. Munkája során saját tapasztalataira is támaszkodik, mivel elmondása szerint életútja alapján függőségének kialakulása nem volt előre determinálható. Épp ezért hozta létre rendhagyó programját, melynek keretében magasabb társadalmi helyzetben lévő, illetve közismert emberekkel foglalkozik, akik függőségének oka szintén kevéssé egyértelmű vagy nehezen hozzáférhető. Különösen azért, mivel életüket látszólag jól menedzselik, függőségük számukra nem jelent egzisztenciális veszélyt, feladataikat megfelelően végzik, sokszor nagy nyomás alatt és társadalmilag elismerten. Beszélgetésünkben elmondja, hogy a különleges klienscsoport számára miért jelent nehézséget segítséget kérni a függőség leküzdéséhez. Interjúnk végén pedig induló, új programjának részleteiről is beszámol.

Hogyan kerültél kapcsolatba a szerekkel, hogyan jelent meg a szerhasználat az életedben?

Ha nagyon az elejére akarok visszamenni, hogy én hogyan lettem drogfüggő, akkor a cigarettával kezdeném. Olyan 14 éves

korom környékén indult. Szegeden nőttem fel egy panellakásban, és ha nem is voltam kulcsos gyerek, azért a szüleim elfoglaltak voltak, ezért sokat csatangoltam lent a téren a többiekkel és akkor adta magát, hogy cigizzünk, meg egyéb hasonló dolgokat csináljunk. Ebből a dohányzásból jött az alkoholfogyasztás, ahogyan az minden kamasznál lenni szokott - legalábbis azt tapasztalom, hogy ez a kísérletezés hozzátartozik a fiatal léthez.

Rólam azt kell tudni, hogy egy elég jó családból származom, én nem az a “tipikus drogos” vagyok. Tehát az én életemből egy jó Toxikóma című filmet nem nagyon lehetne csinálni. Én vagyok a középosztálybeli, elkényeztetett középső gyerek, akinek az apukája a Magyar Tudományos Akadémia alelnöke volt, pedagógus édesanyám és a két testvérem pedig szintén magasan kvalifikált. Én viszont valahogy soha nem értettem, hogy mi a tanulás lényege. Azt értettem, hogy milyen az, amikor kíváncsi vagyok, de annak az oka, hogy nekem miért kell leülni egy iskolapadba, hogy megmondják mit kell tanulni, az értelmezhetetlen volt. Emiatt nagyon hamar problémákat generáltam magam körül az iskolában, aztán az ebből fakadó érzelmi konfliktusokat, szorongást, kisebbségi komplexust valahogy kezelni akartam. Ez vezetett ahhoz, hogy 18 évesen kipróbáltam életem első marihuánás cigarettáját.

A fű élménye számomra egy belső összhangot, nyugalmat teremtett, egy olyan kiteljesedést, ami azonnal magával ragadt. Az első “betépésem” nagyon rossz volt, szenvedtem, túlszívtam magam. Viszont láttam, hogy a többiek csinálják és azt gondoltam, hogy én csinálok valamit rosszul és ezt biztos lehet okosabban, jobban csinálni. Aztán belejöttem és nagyon hamar megszólalt bennem az igény, hogy menjek tovább ezen az úton, mert ez kevés lesz. Így jött a máktea, a heroin és az amfetamin származékok. Nagyon őszinte voltam önmagammal, tudtam, hogy drogos leszek, nem áltattam magam. Nekem tetszett ez az életforma. Azt éreztem, hogy ezzel tudom önmagamat

megvalósítani és ebben tudok kiteljesedni. Ültünk hajnalban a buszmegállóban és röhögtünk a kispolgárokon, akik mentek dolgozni, mi pedig szabadok voltunk, legalábbis azt hittük, hogy szabadok vagyunk, mert azért nagyon hamar kiderül, hogy hosszútávon ez mégsem fog menni. Tehát körülbelül úgy a szerhasználatom harmadik évében már megfogalmazódott bennem, hogy ebből ki kéne szállni, vagy csökkenteni kellene a szerhasználatot. Próbálkoztam mindennel, de nem nagyon sikerült. Eljött az a pont, amikor viszont egyrészt nagymértékben fizikai függő lettem - a heroinhoz hamar hozzá lehet szokni - elvonási tüneteim voltak. Ekkor a családi neveltetésem, mint proaktív védőtényező bekapcsolt. Mindaz, ami ellen lázadtam (vallásos neveltetés), akkor az ott belül megszólalt. Amikor már elmúlt a drogok varázsa és jött a fájdalom, a szenvedés, feltettem magamnak a kérdést, hogy ki vagyok én valójában.

Megláttam a többieket, akikkel együtt voltam, és rájöttem, hogy ezek nem azok az emberek, akik nekem hosszútávon fontosak lennének.

Hogyan van jelen ez a tapasztalat a munkád során?

Tudom, hogy akik látják ezt az interjút, azokban vegyes érzelmek lehetnek, amikor az én történetemet hallják, mert nem a “tipikus drogos” vagyok. Nagyon régóta a szenvedélybetegekkel foglalkozom, több mint 20 éve. Látom azt, hogy hány féle színben, hány féle csomagolásban jönnek a függők, emiatt azt is tudom, hogy az emberekben van egy kép arról, hogy milyen a kábítószer-függő, és én ebbe a képbe nem passzolok bele. Nem tudok horror történeteket mesélni, nem tudok arról mesélni, hogy apám vert, anyám vert, hogy láttam azt milyen, amikor apám részegen jön haza és megveri az anyámat. Ahogy mondtam, én egy nagyon ideális közegben nőttem fel, egy olyan családban, amelyről mindenki álmodik, és ugye ennek ellenére mégis masszív heroinista lettem. Ebből adódóan jogos a kérdés, hogy én egy 10-es skálán mennyire vagyok függő, vagy mennyire

voltam igazi drogos. Ezt azért mondom, mert a drogos szubkultúrában vannak ilyen versenyek, hogy ki mennyire sérült, ki mekkora pofonokat kapott, ki mennyire volt mélyen. Én ilyen 5-ös 6-os voltam.

Nyilván mindenki a maga szintjén nyomorog, én úgy éltem meg, hogy nagyon komoly a helyzet, ha a szüleimet kérdeznénk meg, elmondanák, hogy ők pedig végképp úgy élték meg, hogy ez egy szörnyűség volt. Ha ők skáláznának, akkor tizenkettest mondanának. Ezt azért akarom hangsúlyozni a beszélgetésben, mert nagyon vigyázni kell azzal, hogy amikor valaki egy felépülési történetet néz, vagy egy ilyen típusú vallomást és vannak érintettségei, például kísérletezett a szerekkel, vagy ismer olyat, aki kísérletezik, akkor ne a riport alanyához mérje magát, ne abból induljon ki. Soha nem szabad egy másik függőhöz viszonyítva mérni a saját függőségünk súlyát, mert nagyon félrevihet.

Ha elvonatkoztatunk a trauma-központúságtól, akkor mik lehetnek azok a tényezők, amik szerepet játszanak a függőség kialakulásában?

Amikor a függőség eredetéről gondolkodunk, akkor érdemes egy háromlábú székben gondolkodni: a függőség kialakulásának hátterében mindig vannak biológiai okok, pszichológiai tényezők és nyilván az is nagyban meghatározó, hogy egy adott kultúrában/társadalomban milyen szerhasználati szokások vannak jelen. Egy olyan társadalomban, ahol a stresszkezelésnek elfogadott módja az ivás és az egyének stressz szintje is általánosságban magasnak mondható, az kedvez a függőség kialakulásának.

Van egy tanult tanulási folyamat is a függőség kialakulásában: ha valami nekem jó, érzem a pozitív hozadékait, akkor azt meg fogom ismételni, ha megismétlem és megint jó, akkor megint tenni fogom és így kialakul egy szokásrendszer.

Emellé pedig odatenném azt a gondolatot, ahogyan én meg szoktam közelíteni egy-egy esetet: A függő ember alapvetően egy olyan ember, aki nem megfelelő érzelemszabályozási technikákat használ. Példa erre a feleség, aki szeretne érzelmeket átélni és kifejezni józanul, de a férje mindenfajta impulzust elnyel. Ha ugyanezt ittasan teszi, az alkohol hatására sokkal erősebb ingereket tud kiváltani, üvölt, csapkod és erre a férj már reagálni fog. A feleség pedig azt gondolja, hogy erre fogom ezentúl használni az alkoholt, hogy végre kifejezhessem, hogy mit érzek, hogy mire vágyok. Ugyanígy hatnak más pszichoaktív szerek, segítenek az érzelmeket megélni, vagy elnyomni, tehát a függőkre lehet így is gondolni: nem megfelelő eszközt használnak arra, hogy úgy tudjanak élni, ahogyan az nekik jó, amire vágynak.

És persze lehet úgy is megközelíteni a függőség kérdését, hogyha én valakinek rendszeresen adagolok egy szert, akkor ahhoz a szervezete hozzá fog szokni. Ha valakit rendszeresen alkohollal itatunk, hozzászokik, de lehet, hogy pszichésen mégsem lesz függő. Példaként hozhatók az amerikai veterán katonák, akiknek a háborús szerhasználata hazatérésük után nem feltétlenül ugyanúgy folytatódik. Nem mindegy, hogy hova mennek haza: a gettóba, vagy egy középosztálybeli amerikai családba. Egyedül kell megküzdenie mindennel, vagy támogatják? Így kijelenthető, hogy a környezetnek megint csak óriási jelentősége van a függőségben.

Tapasztalatod szerint mi kell ahhoz, hogy valaki tiszta tudjon maradni?

Azok sikeresek a felépülésben és azok tudnak hosszútávon tiszták maradni, akik nagyon jól megalapozzák a leszokásukat, felkészülnek a függőségből, felkészülnek a leszokásból. Az út elején nem azt kell eldönteni, hogy én soha többet nem ihatok vagy drogozhatok, nem azt kell eldönteni, hogy néha füvet azért majd még használhatok. Általában akkor érkeznek hozzám a

kliensek, amikor a leszokás vágya megjelenik, de van még bennük egy belső bizonytalanság, hogy a teljes leszokás vagy csak a részleges-e a cél. Erre mindig azt szoktam mondani, hogy nyugi, erre még ráérünk, először nézzük meg, hogy mivel állunk szemben.

Tehát az egyik dolog, amit javasolnék bárkinek, aki azt érzi, hogy már feszíti a függősége, hogy jól készüljön fel, olvasson utána, foglalkozzon a témával, ismerje meg a függőség természetét, azt, hogy milyen leszokási eszközök, milyen szakemberek vannak, egyes szakemberek “mire valók”. A másik nagyon fontos része, hogy a szenvedélybetegek helyezzék a fókuszba az érzelmeiket, ahogy már korábban is mondtam ők általában nagyon sajátos viszonyban vannak az érzelmeikkel. Ennek az egyik megnyilvánulása az, hogy egyáltalán nem is akarnak érezni, le akarják hasítani az érzéseket. Nagyon fontos az érzelmeinket megtanulni szabályozni, ez talán az egyik legfontosabb része a leszokásnak.

A harmadik szempont pedig a közösséghez való tartozás, valamilyen felépülési közösséghez történő csatlakozás. A sorstársak támogatásnak óriási szerepe van, de hozzáteszem, hogy tudom, hogy vannak olyanok - mint például az ügyfeleim - akik nem akarnak csoportba menni és nem akarom őket sem elijeszteni. Ezért nekik inkább azt mondom, hogy az emberi kapcsolataik minőségén dolgozzanak.

Szerhasználóként, ha már érzem azt, hogy elindultam az úton, haladok, kevesebbet iszom, vissza tudok venni a szerhasználatból, már kezdem érteni az érzelmeimet, ki tudom azokat fejezni, akkor ezzel párhuzamosan nagy hangsúlyt kell fektetnem az emberi kapcsolataim javítására. Ha a függő nem akar csoportba menni, közösséghez tartozni, akkor kérjen segítséget akár egy külső szakembertől, ha ez sem megy, akkor valamilyen önsegítő módon kell elindulnia.

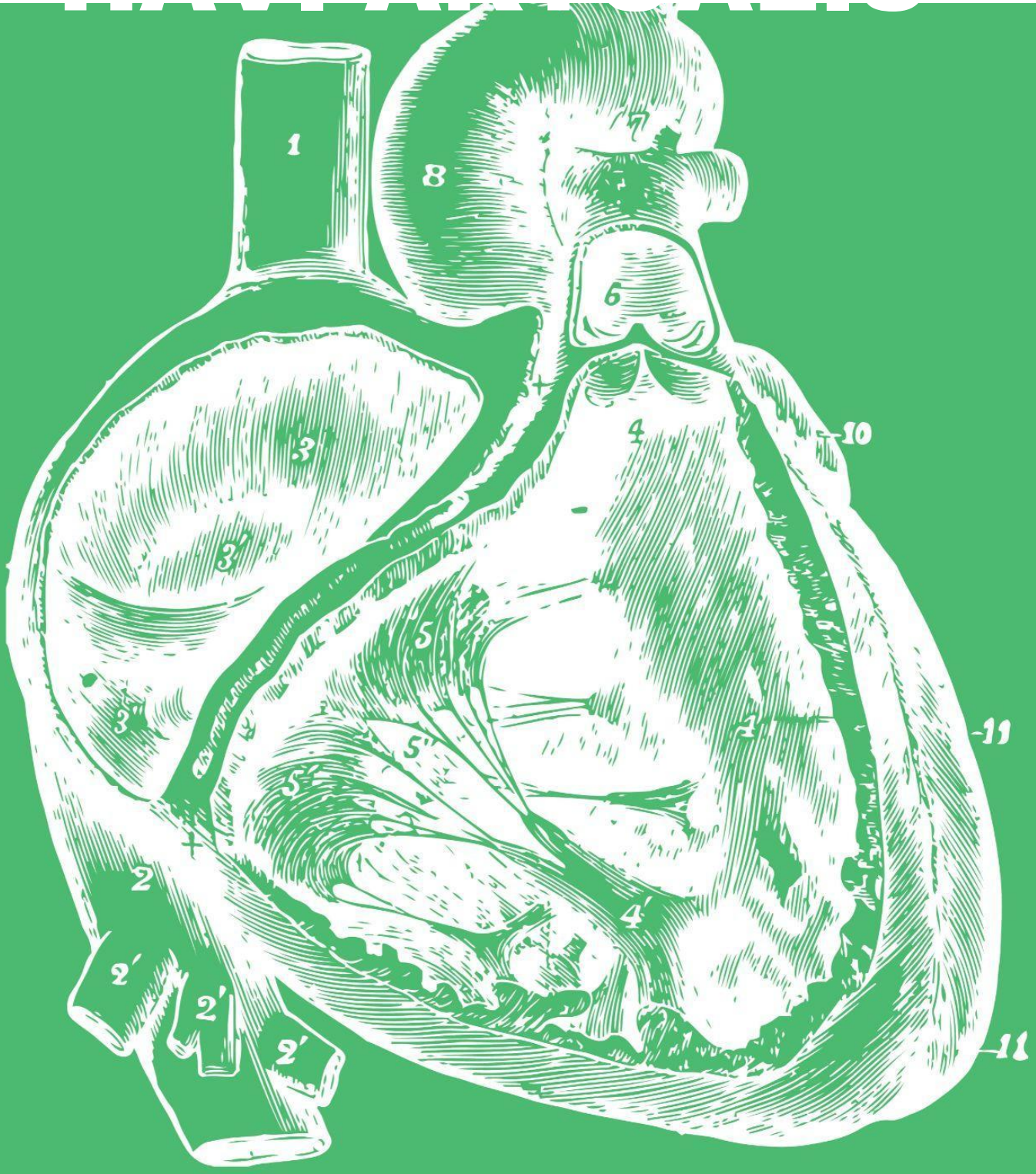
Novemberben akár ingyen is igénybe lehet venni az online felületünket, amely tulajdonképpen egy terápiás tudás- és eszköztár. Ha valaki regisztrál, akkor hozzájut mindahhoz a tudáshoz, amely ahhoz szükséges, hogy megalapozza a leszokását. Hamarosan pedig egy 3 hónapos program keretében, heti feladatok mentén is lehet dolgozni a felépülésen. Emellett csatlakozni lehet egy online közösséghez is a Facebookon. Így tulajdonképpen minden egyben van ahhoz, hogy valaki a függőség problémáját megértse, el tudjon indulni a fejlődés útján, és eljusson oda, hogy csökkentse a szerhasználatát, vagy teljesen tisztává váljon. Az online felület ezen a linken elérhető: https://www.optimatagsag.hu

Kedves Dénes, köszönjük az értékes interjút!

További információ Dénes programjairól a következő linkeken érhető el: www.fuggosegkontroll.hu , https://www.jozansag.hu/ , valamint hivatalos Facebook oldalán: https://www.facebook.com/jozansagprogramok

Dénessel készített videós interjúink elérhetők a Drogkutató Intézet Facebook oldalán és Youtube csatornáján.: https://www.youtube.com/watch?v=Tqb7X4cTFzU

HAVI AKTUÁLIS



HAVI AKTUÁLIS

drogkutató intézet

EURÓPA ZÁSZLÓVIVŐ ÁLLAMA MARIHUÁNA LEGALIZÁLÁSBAN: MÁLTA

BARÁTH NOÉMI EMŐKE

Európában új legalizálási minta jelent meg a holland drogpolitikai irány mellett, amely nem teljesedett ki úgy, ahogy tervezték és nem úgy ment végbe, hogy sikerként lehessen elkönyvelni.

A marihuána a leggyakrabban használt kábítószer világszerte (EMCDDA, URL1). Ennek legális és nem legális használati formái területi eltéréseket mutatnak. Nincs egyértelmű álláspont a tekintetben, hogy ez egy teljesen ártalmatlan szer (“gyógynövény”), amelynek hozzáférése támogatott, ellenőrzésmentes lehetne. Vannak országok, ahol az orvosi használat, azaz egyfajta gyógyszerként való alkalmazása már engedélyezett, így az orvosok a betegek részére felügyelet mellett, vénykötelesen javasolják használatát, kizárólag ellenőrzött mennyiségben és tisztaságban. Az orvosi használat kritériumrendszere az egészségügyi szektor hatáskörébe tartozik, annak részletes elemzése nem témája e cikknek. A marihuána legalizáció mellett érvelők számos esetben önmedikalizációként használják, például fájdalmak csillapítására, de az egyéb hatások vizsgálata így nem megoldott. Másik érv szokott lenni, hogy a legalizációval ellenőrzötté válna a használat, amivel csökkenthető lenne a szervezett bűnözés és az érintett kábítószer tisztasága is

standard mérce szerint biztosított lenne, nem utolsó sorban pedig a használók nem kerülnének összetűzésbe a törvénnyel.

A fogyasztás gyakran serdülőkorban kezdődik: a serdülők és fiatal felnőttek nagymértékű kannabiszfogyasztása súlyos negatív következményekkel járhat (Chenet al, 2009). Longitudinális vizsgálatok (Reiman, 2009) azt mutatják, hogy a heti rendszerességgel történő kannabiszfogyasztás, a problémás használat és a függőség kialakulása serdülőkorban az iskolai lemorzsolódás, az iskolakerülés és a munkanélküliség fokozott kockázatával jár (Degenhart et. al, 2001). A kannabiszhasználat depresszióval, szorongásos zavarral és öngyilkossági gondolatokkal is összefüggésbe hozható és bizonyos populációkban vagy környezetben egyéb nemkívánatos kimenetelekkel jár (Patton et al, 2002).

A máltai parlamentben 2021. december 14–én szavaztak a marihuána legalizálásáról.

Az országgyűlés 36 igen szavazattal és 27 nem ellenében elfogadta a „Hatóság a kannabisz felelősségteljes használatáról" című törvényjavaslatot. A jogszabály célja, hogy törvényi kereteket teremtsen a kannabisz felelősségteljes felhasználásához és ehhez hatósági felügyeletet is létrehozzon. Továbbá, a kannabisszal kapcsolatos tevékenységek egy körét dekriminalizálja, szem előtt tartva az egyéni szabadság és az egyéb társadalmi következményeket - olvasható a máltai parlament weboldalán a 241. számú törvényjavaslathoz kapcsolódóan. A jogszabály 2021. október 4-e és december 14-e között hét ülést követően került elfogadásra a 2021. évi LXVI. törvényként.

Az új jogszabály értelmében a legfeljebb hét gramm kannabisz birtoklása teljes mértékben dekriminalizált a 18 év feletti felnőttek számára. A norma azt is lehetővé teszi számukra, hogy akár négy növényt otthon neveljenek személyes használatra - úgy,

hogy az ne legyen látható a nyilvánosság számára, pl. az erkélyen nem lehet tartani a növényeket. 7-28 gramm közötti birtoklás esetén sem kerülnek még büntetőbíróság elé a fogyasztók, hanem 50-100 euró bírsággal sújthatók. Kannabisz klubok létrejöttét is engedélyezik, a klubok kannabiszt termeszthetek és szétoszthatják a tagok között, napi 7 grammig és havi 50 grammig. Ezek a "klubok" nonprofit egyesületek. A regisztrált tagok legálisan szerezhetik be a kannabiszt: legfeljebb naponta 7, havonta 50 grammnyit, a szaporításhoz havi 20 magot biztosíthatnak a megadott keretek között. Egy klubnak legfeljebb 500 tagja lehet, termékeit nem reklámozhatja, iskoláktól pedig minimum 250 méterre kell legyen a helység, továbbá adatszolgáltatási kötelezettsége van, egy személy csak egy klub tagja lehet és személyi igazolványával regisztrálhat.

Nyilvános helyen nem lehet fogyasztani a kannabisz termékeket - kivétel az egészségügyi ok miatti használó -, különben 235 Euróval büntethető a személy. Továbbá az, aki 18 éven aluli jelenlétében fogyaszt - akár magánterületen - marihuánát, 300-500 Euró bírsággal sújtható. A törvény hat részt tartalmaz. Az első rész a felelősségteljes használatot felügyelő hatóság létrehozásának szabályozását rögzíti. A létrehozandó hatóság megnevezése "Felelős Használat Hatóság", amely testület feladata a kannabisz gyógyászati vagy tudományos célú szabályozása és a kannabisz használatból eredő ártalomcsökkentés végrehajtása, valamint besegít a bűnüldözésben és a veszélyes kábítószerek elleni bűnözés elleni küzdelemben. A további részek a részletes szabályozást taglalják, kiemelve a felvilágosítás és a dekriminalizálás keretit.

A máltai jogrend már 2018-ban zöld utat adott a kannabisz alapú termékek kutatási és gyógyászati célú előállítását lehetővé tévő jogszabálynak. Ennek hatására számos cég fordult a marihuána termékek gyógyászati célú befektetése felé.

A Felelős Használat Hatóság vezetője Mariella Dimech, korábban legalizálás elleni volt, amikor még a Caritasnál

tevékenykedett programvezetőként. Most már úgy látja, hogy az ártalomcsökkentő megközelítés is fontos. Azt mondja, hogy az alkohol mellett a marihuána a második leggyakrabban használt szer. Hatóságként az a feladatuk, hogy felmérjék a kockázatokat és megteremtsék a biztonságos fogyasztást. "Az, hogy az ártalomcsökkentő megközelítéssel egyetértek, nem jelenti azt, hogy egyetértek a szerhasználattal." Elmondása szerint tisztában van vele, hogy a lakosság, azt hiszi, hogy a törvény növelheti a fogyasztást, de erre csak a kutatások adhatnak választ. Folyamatos kutatásokat terveknek megvalósítani a Hatóság felügyeletével. Korábban maga is végzett kutatást és arra jutott, hogy a használók 80%-a bántalmazott családi környezetből származott. "Mindannyian a kábítószer-rehabilitáció, a függőség, a pszichológia, a szociológia és a jog szakemberei vagyunk, és ez azt mutatja, hogy a kormány súlyt ad a mi hozzájárulásunknak egy értelmesebb, egészségesebb társadalomért." (URL4)

Még nem teljesen tiszta a kép

A törvény életbelépést követően még nem alakultak ki az úgynevezett “fogyasztói klubok”, ami azért lehet sürgető a fogyasztók szempontjából, mert nem mindenki képes az otthoni termesztéshez szükséges eszközöket előteremteni és így ennek hiányában a feketepiaci ellátáshoz kénytelen fordulni, ahonnan a beszerzés szintén bűncselekménynek minősül. A kannabisz felelősségteljes használatával foglalkozó hatóság elnöke és a különböző érdekelt felek, köztük a kábítószer-politika és a kannabiszszabályozás külföldi szakértői között találkozók zajlanak. A ReLeaf Malta egy helyi civil szervezettel közösen egy kutatáspolitikai dokumentumot mutatott be a hatóság elnökének, amelyben megvitatták annak fontosságát, hogy a kannabiszhasználat jogi keretének kidolgozása során a társadalmi méltányosság és a fenntartható környezetvédelmi gyakorlatok erős megfontolások is szerepeljenek. A kidolgozott szabályozás a gyakorlatban még - a végrehajtás szintjén -

gyermekbetegséget mutat, például a fogyasztás reklámozása tiltott, de a Felelős Használat Hatósághoz érkezett “tiltott reklámozást” esetében nem jogosultak eljárni, jogköre nagyon szűk.

Források

URL1:

https://parlament.mt/media/115003/act-lxvi-cannabis.pdf

URL2:

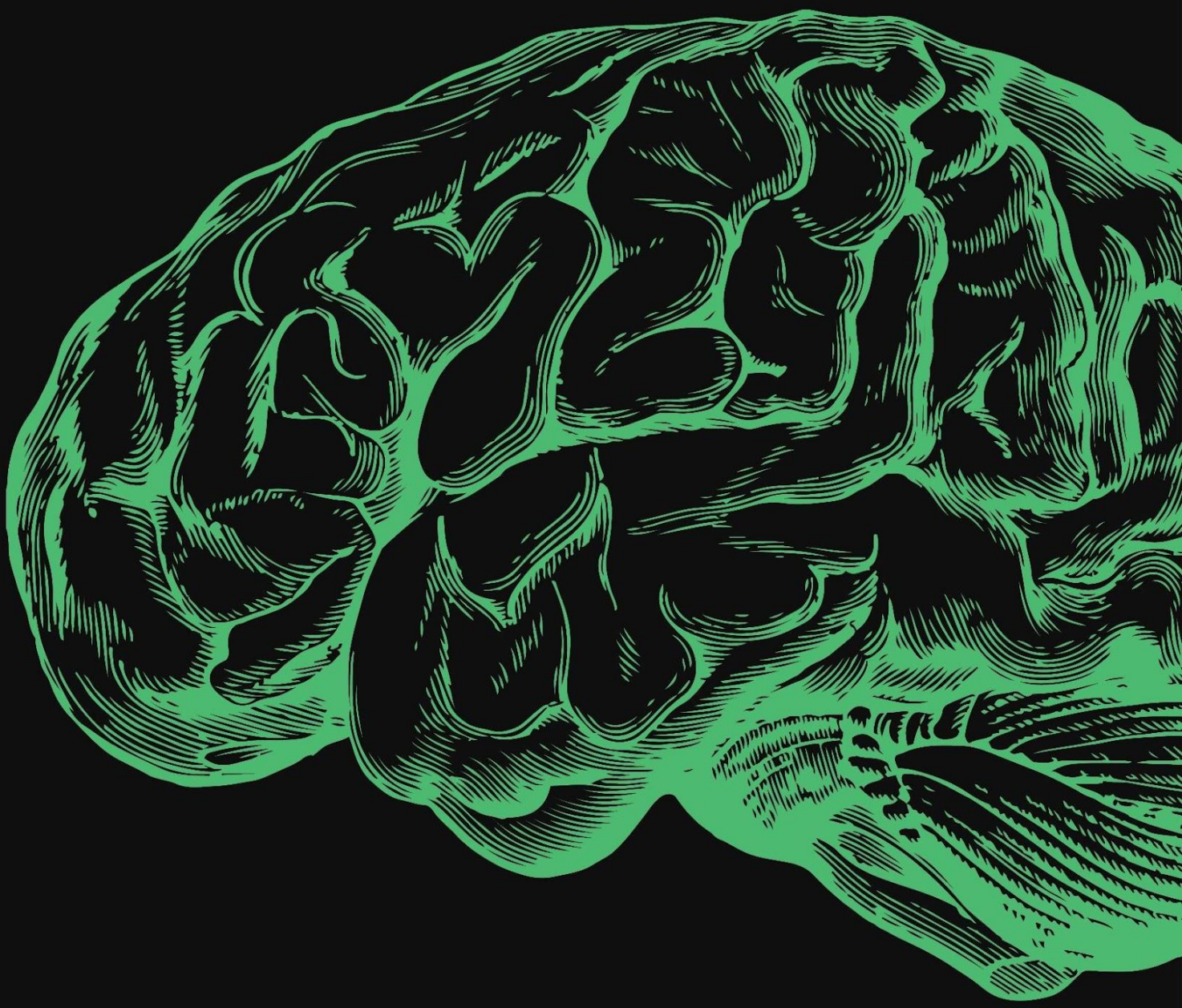
https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/search-by-country_en

URL3:

https://www.independent.com.mt/articles/2022-09-07/local-news/This-kind-of-advertising-is-illegal-Authority-for-Responsible-Use-of-Cannabis-6736245731

URL4:

https://timesofmalta.com/articles/view/malta-will-not-become-another-amsterdam-cannabis-authority-chair.928300



DROGMONITOR

drogkutató intézet

FELÉPÜLÉST TÁMOGATÓ MÓDSZEREK A RÁCKERESZTÚRI DROGTERÁPIÁS OTTHONBAN

ERDŐS ESZTER

Az Ökumenikus Tanács által létrehozott Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió 1983-ban alakult. 1984-ben kapott megbízást Erdős Eszter a református munkaág megszervezésére. Az első években Budapesten a Városligeti fasor esperesi hivatalában tartottak bibliaórákat, lelkigondozói és tanácsadó alkalmakat, kallódó, főleg drogfogyasztó fiatalok számára. A ráckeresztúri drogterápiás otthon 1986-ban, a zsibriki drogterápiás otthon 1989-ben jött létre kábítószeres fiatalok gyógyítására, kezelésére, érdekképviseletére és segítésére.

Nemzetközi gyakorlatokat kutatva kezdetben egy svájci drogrehabilitációs modellt, 2002-ben pedig a kanadai Portage terápiás közösség programját adaptálta az intézmény.

A munkatársak segítői attitűdjének a rogersi nondirektivitás, a pozitív pszichológia megoldáskereső szemlélete és a keresztyén értékek megélése ad keretet.

Bevezetés – Mit gondolunk a drogbetegségről?

A drogfüggőség olyan betegség és rabság, amely az egész egzisztenciát érinti, többet jelent csupán a drog biokémiai hatásainál. Bár hasonlóak lehetnek a drogfüggőség tünetei, kialakulásának okai a klienseknél nem azonosak. A

drogprobléma nem egyetlen meghatározója a drogos személyiségének, de jelzést ad arról, hogy a személyiség beteg. Ha csupán „leszoktatjuk”, méregtelenítjük, azonban nem tanítunk neki teljesen új életvitelt, csak időlegesen segítettünk – hiszen a test és a lélek gyógyulása elválaszthatatlan egymástól. Amikor valaki bármilyen betegség tüneteit mutatja, a bölcs gyógyító az egész embert, helyzetével, körülményeivel együtt nézi meg közelebbről, és mindazok figyelembevételével állítja fel a diagnózist és írja elő a terápiát. A 21. században elterjedt specializáció eredményes ugyan bizonyos esetekben, de sokszor épphogy nagyon is hiányzik az egészleges ember gyógyítása. Vissza kell találnunk a holisztikus szemlélethez, mert csak így tudunk valódi eredményt elérni.

„Heroinnal könnyebben lehetett bűnözni, nincs az embernek lelkiismeretfurdalása. Nekem azért vált a bázisdrogommá, mert megtaláltam benne a nyugalmamat – nem érdekelt, hogy nincsenek már szüleim, hogy nem áll mellettem senki.” Bubu, (Szűcs, 2012, 38)

Ha egy szenvedélybeteg problémacsomagját közelebbről vesszük szemügyre, akkor abban mindenféle nehézséget megtalálunk. Testi problémákat – mindenekelőtt a fizikai függőség tüneteit, de gyakran elhanyagolt betegségeket garmadával, rettenetes fogazati állapotot, hepatitiszfertőzöttséget vagy aktív TBC-t, lebénult végtagokat és sorolhatnánk. Lelki problémáit felsorolni szinte lehetetlen – legtöbbször hátrányos helyzetű, nehézségekkel teli, feldolgozatlan gyermekkor, kudarcok tömkelege, téves megküzdési módok rögzülése, mint pl. a szerfogyasztás, deviancia stb. Szellemi hiányosságok, melyek vagy eleve adottak, vagy következményként jelentek meg – iskolázatlanság vagy félbehagyott tanulmányok, a neveltetés hiányosságai és annak vérző következményei és a többi. Szociális nézőpontból előzményként vagy következményként találkozunk ijesztő élethelyzetekkel, nemcsak anyagi-egzisztenciális hiányokkal, hanem a társas kapcsolatok teljes megszűnésével, illetve deformálódásával.

„Egy reggel otthon csengetésre ébredtem – jött a postás és meghozta apám nyugdíját. Gondoltam, hogy ezt elviszem, aztán napközben visszalopom a pénzt, és odaadom apámnak. De ez nem így történt, mivel két napig magamnál sem voltam – elnyomtam apám egész nyugdíját. Akkor nem is mentem haza egy hétig, nem tudtam apám elé állni.” Zsolt (Szűcs, 2012, 97)

Mivel a drogbetegség eredete és diagnózisa összetett, a kezelésben sem emelhetjük ki csupán a probléma egy szeletét, hanem az egész emberrel kell foglalkoznunk.

A mi intézményünkben azt tűztük ki célul, hogy a hozzánk fordulók egész emberségét és teljes problémacsomagját vesszük nagyító alá. Igyekszünk segíteni minden gondjában, legyen az egészségügyi, pszichológiai, szociális, jogi, pedagógiai vagy bármi egyéb természetű.

Úgy állítottuk össze a terápiás programunkat – és ami lényeges: önmagunk, a személyzet attitűdjét –, hogy készek vagyunk minden élethelyzettel kapcsolatosan, akár a legextrémebb problémák megoldásában is eredményorientáltan segíteni. Célunk nemcsak drogmentes, de önhordozó, teljes értékű, szermentes életvezetés kialakítása.

Hogyan történik a kezelés?

Komplex ellátás: testi–lelki–szellemi–szociális-spirituális

Testi ellátás

A méregtelenítésen, elvonáson túl fontos a testi gondozás: az elhanyagolt betegségek gyógyítása, a hepatitiszkezelés, esetleges műtétek, a fogak rendbehozatala stb. Emellett

harmonikus életritmust és étkezést, sportolási lehetőségeket biztosítunk.

Pszichológiai ellátás

Része az érzelmi, szellemi, interperszonális habilitáció; az önismeret-, személyiség-, készségfejlesztés. A közösségi élet strukturált életforma-műhelyként működik. Pszichoterápiás üléseket, életvezetési konzultációkat és beszélgetéseket tartunk egyénileg és csoportosan, a legkülönfélébb módszertannal és fókusszal a terápiás közösségi programok keretében. A rehabilitáció eszköze a családterápia, családgondozás, mediáció is. A kliensek művészetterápiás kreatív foglalkozásokon vesznek részt. Három nyári tábort szervezünk nekik – egy hét kerékpár-, egy hét kenutúrát, valamint egy keresztyén hittel foglalkozó lelki hetet.

Szociális ellátás

Segítünk a hiányzó papírok, okmányok beszerzésében. Felvállaljuk a jogi, rendőrségi, bírósági ügyek rendezését; elkísérjük a klienseket a tárgyalásokra; a nyomozókkal, pártfogókkal kapcsolatban vagyunk – mindezekben érdekképviseletet és intenzív érzelmi támogatást nyújtunk. A munkára nevelés része a napoknak, úgynevezett technikai személyzet nincs, a lakók önellátóan végzik a házi-, házkörüli teendőket, kert művelését, rendben tartását, karbantartást.

A szociális ellátás része a családlátogatás, családkonzultációk. Kimenőre első alkalommal munkatárs kíséri a klienst, majd az első fázisban (kb. 4 hónapig) egy idősebb lakó. Akinek nincs anyagi támogatója, annak zsebpénzt adunk.

Mindezeken túl a pszichológiai és a szociális ellátás ráirányul mindenre, ami a nálunk gyógyuló drogfüggő életéhez tartozik és az ő személyes problémacsomagjában megoldásra vár. Fontos a valóság megismerése, megértése, elviselése, legális örömforrások keresése és megtalálása a realitás világában.

Szellemi–pedagógiai ellátás

Értékrendet közvetítünk, a team modellszerepet vállal, bemutatja azt az értékkövető életvitelt, amely szerint mi magunk élünk, és megajánlja az erről való beszélgetéseket. Ismereteket adunk át, kognitív terápiát folytatunk pedagógiai, élménypedagógiai módszerekkel.

Bemutatjuk a szabadidő eltöltésének alternatíváit, melyeket megélhetnek és gyakorolhatnak – kirándulás, uszoda, társasjátékok, sportfoglalkozások, múzeum, színház stb. A programokat maguk találják ki és szervezik meg – azért, hogy megtanulják önmaguk szabadidejét megtervezni és menedzselni.

Az egyházi és állami ünnepeket méltó módon tartjuk meg, születésnapokat ünneplünk, megemlékezéseket, búcsúztatókat, józan bulikat szervezünk – tanítjuk és gyakoroltatjuk a hagyomány, a történelmi emlékezet szerepét a hétköznapokban, a szermentes, józan szórakozást. Kulturális, prevenciós, ismeretterjesztő, konzultációs alkalmakat szervezünk.

A terápiás koncepció fő gondolata az emberi értékek bemutatása és átadása. Legfőbb érték a szeretet, tisztelet és elfogadás, melyet a stáb közvetít a lakóknak. Mindezek egyenként, önmagukban is a gyakran integrált, szakmaközi beavatkozások, amelyek a különböző szakmák eszköztárának együttes alkalmazásával valósulnak meg.

A kezelés megkezdésekor nemcsak a tüneteket, hanem a kialakulás okait és körülményeit, valamint a motivációs rugókat, lehetőségeket is igyekszünk megismerni és feltárni.

„Aztán valaki szerzett marihuánát, és azt is elszívtuk. Többen összejöttünk, körben ültünk, és adtuk egymásnak, mint valami indián szertartáson. Mintha csak egy önsegítő csoportban lettünk volna, vagy egy családi együttléten. Nem

véletlenül, mert az is hiányzott az életünkből. Amikor végignéztem a srácokon, mindegyiküknek az arcára volt írva, hogy árva" Orsolics Zénó (Orsolics, 2018, 21)

A terápiás rendszer alapja: az élethez szükséges készségeket megtanuljuk, míg felnövünk, problémáink abból is adódnak, hogy nem vagy rosszul sajátítottunk el bizonyos készségeket. A terápia többek között tanulási folyamat, ami olyan kompetenciákat, készségeket tanít meg, amelyekkel a szenvedélybeteg képes lesz szer- és függőségmentes életformát kialakítani és megtartani. Egy új életformát megtanulni nem könnyű. Azzal segítjük, hogy minden készséget megtanítunk, amellyel győzhet, és úgy alakítjuk a környezetet, hogy ezek megtalálhatók és tanulhatók legyenek.

Az elérni kívánt kompetenciákat az érzések, lelki folyamatok és indítékok tisztázásával és a célravezető, helyzetnek megfelelő viselkedés tanításával érjük el. Hangsúlyt fektetünk a másiknak adott támogatás, a pozitív kezdeményezések, a segítés önbizalmat erősítő hatásaira. Hangsúly van az énközlések fontosságán, az érzések pontos kifejezésén, a konfliktusokban a felajánlott megoldások használatán.

A terápiás személyzet feladata, hogy biztonságot nyújtó háttérként garantálja a rendszert, miközben összes tudását átadja a lakóknak, és segít nekik jó döntéseket hozni. A lakó egyéni terápiás segítő kapcsolatban van a személyes mentorával (a terápiás munkatárssal), aki, mint esetkezelője, a terápia alatt legszemélyesebb segítője, támogatója, kezelője. A segítő személyzet legfőbb munkaeszköze saját maga, ezért nem mindegy, hogy milyen a személyisége.

„Arra a kérdésre, hogy egy drogbetegnek vajon mi segít, két dolgot tudok mondani: egyfelől a szeretet, az elfogadás – ezt persze "szakmai nyelvre" is le lehetne fordítani; másfelől pedig a beteggel foglalkozó ember személyisége. Tehát nem az illető szaktudása – persze az is fontos, hogy legyen

ismerete, ne kövessen el hibát.” Dr. Grezsa Ferenc (Szűcs, 2012, 106)

A kliensek a készségek, kompetenciák elsajátításával lépnek előre a terápiás szakaszokban, és kapnak egyre összetettebb és felelősségteljesebb feladatot. A terápia végén járó lakók feladata a napi munkák, terápiás összejövetelek szervezése, a folyamatok megfigyelése, irányítása, döntéshozatal a rájuk háruló feladatokban, és a hatékony kommunikáció biztosítása. Mintegy terapeutaként működnek, amely több előnnyel is jár: másoknak mindig könnyebb segíteni, mint önmagának; miközben másnak segít, a saját gondolkodása is megváltozik (= magát is meggyőzi), s javul a beleérző képessége; megtanul mások szemével látni.

A segítő szakmában a magasszintű tudás akkor hatékony, ha szeretetben nyújtjuk a kezelést, elsősorban az emberek közötti bizalmi, szeretetkapcsolat gyógyít. **A terápiát szakmai ismereteink és tapasztalataink segítségével, az emberiesség és a szeretet jegyében kívánjuk végezni, a terápiás közösség keretein belül**. Ha a szakmaiság az épület téglája, akkor az emberség, a szeretet a habarcs. Ma már a legmodernebb lélektani iskolák is megerősítik, hogy nem önmagukban a pszichoterápiás eszközök, hanem maga a kapcsolat gyógyít.

„A misszió egy másik bolygó volt számomra – amire talán mindig is vágytam… Erre a közvetlen légkörre, az őszinte szeretetre, az elfogadásra és a hitre. Isten megfejthetetlen szeretetére.” Orsolics Zénó (Orsolics, 2018, 56)

„A terápiás közösség keretein belül” azt jelenti, hogy maguk a betegek határoznak meg sok mindent a terápiás rendszerben, a napirendtől kezdve a csoportok tematikájáig, és maga a közös lét eseményei adják az önismereti, készségfejlesztő, konfliktuskezelő, személyiségfejlesztő csoportok témáját. Mintegy nagyító alá kerül a kliens működése, ahol megnézheti

saját magát, és dolgozhat a saját változásának megtervezésén, megvalósításán. A változásmenedzsment saját maga, a társai és a terápiás személyzet.

„És ahogy leültem beszélgetni az emberekkel, rádöbbentem, hogy nem vagyok egyedül az én fene nagy lelki fájdalmammal, mert itt mindenki ugyanígy van. Emlékszem – ez egy nagyon megdöbbentő és nagyon reményteli érzés volt” Zsolti (Szűcs, 2012, 11)

Változást csak érzelmekkel lehet elősegíteni

Az elmúlt évtizedekben a szeretet szó nemkívánatos meghatározás volt a segítő szakmai körökben. Nagyon örülök annak, hogy az utóbbi tíz-húsz évben ez a szó kezd szalonképessé válni Magyarországon is a pszichológiai szakirodalomban és szakemberek között. Már nem szégyen írni, beszélni arról, hogy a szeretet gyógyít, sőt, leginkább a szeretet gyógyít.

2000 májusában a Portage kanadai munkatársai egy budapesti ötnapos képzésen ismertették a terápiás modell mibenlétét, illetve csoportos gyakorlatok keretében oktatták azt. Dr. Vámos Péter pszichológus, az Addiktológiai Világszövetség (International Council on Alcohol and Addictions [ICAA]) elnöke e képzés előadásán beszélt az alábbi kutatásról:

Amerikában végeztek vizsgálatot több ezer neurotikus beteg gyerek bevonásával. Azt vizsgálták, hogyan viszonyul az állapotuk javulása ahhoz, hogy szeretik-e a terapeutájukat, vagy nem. Azok a gyerekek, akiknek javult az állapota, egytől egyig így nyilatkoztak a terapeutájukról: „szeretem”, „jó fej”, „kedves”, „alig várom, hogy találkozzunk”, „jó vele lenni” stb. Akik viszont azt mondták: „nem szeretem”, „utálom”, „félek tőle”, „hülye” stb., azoknak az állapota nem változott. Tehát nem gyógyultak, hiába kapták a gyógyszereket és vettek részt a terápiás üléseken. Sőt,

ami még figyelemreméltó: akik azt mondták, „nem is tudom”, „közömbös”, azok a gyerekek sem gyógyultak, nem változott az állapotuk. Ez aztán a meglepetés! Önmagában a gyógyszer nem gyógyít, hanem csak a szeretettel együtt?! Ezek után elvégezték ugyanezt a vizsgálatot felnőtt neurotikus betegekkel – s láss csodát, az eredmény 100%-ban ugyanaz! Tehát a felnőtt betegek is csak akkor gyógyultak, akkor javult a státuszuk, ha pozitív, szerető kapcsolatban voltak a terapeutájukkal.

Mi következik ebből? Ha csak a gyógyító technikát használjuk szeretet nélkül, akkor jó esetben nem csinálunk semmit, rossz esetben árthatunk is. Ha eredményesen akarunk dolgozni, nem az a legfontosabb, hogy milyen pszichoterápiás modellt használunk, hanem az, milyen kapcsolatban vagyunk a betegeinkkel! Ettől függ az eredmény. A kezelés annyiban hatékony, amennyiben emberi kapcsolataiban hiteles.

„A terápia elején nagyon bizalmatlan voltam, a közösség szeretetét nem tudtam egyből elfogadni, gyanakvó voltam, nem értettem, hogy mit akarnak ezek tőlem, miért ilyen kedvesek hozzám. Én nem ezt szoktam meg a közel tízéves drogkarrierem alatt.” Csaba (Szűcs, 2012, 88)

Az önsegítő elemeken a hangsúly

A szenvedélybeteg akkor gyógyul meg, ha önmagát sikerül meggyőznie – a kezelés tulajdonképpen erről szól, hogy ebben segítünk neki. A Névtelen Alkoholisták és Névtelen Narkósok sikereiből is kiderül, hogy önmagukat és egymást egész jó eredménnyel tudják gyógyítani, ezért a szenvedélybetegek kezelésében törekedni kell az önsegítő elemek minél hangsúlyosabb alkalmazására.

Miért? Egyrészt a szeretet, a partnerség, az embernek tekintés, a bajtársiasság motivációt ébresztő és motivációt erősítő hatása miatt – magyarul egy baráti, bizalmi kapcsolatban a védekező mechanizmusok lebontódnak, és el tud mozdulni a beteg

személyiség a változás irányába. Ez a gyógyulás első lépése: a motiváció megszületése, a változás akarása. A második lépés az, hogy ez beépül a személyiségbe, a gondolatai, érzései és az életvezetése szilárd részévé válik. Ezt pedig szintén az önsegítés technikáival tudjuk elérni.

Hogyan? Megkérjük a gyógyulófélben levő, tehát a változás szükségességét már akaró, és annak mibenlétét már értő szenvedélybeteg kliensünket/barátunkat, hogy segítsen nekünk, és segítsen a terápiás rendszerbe érkező, nagyon is rászoruló, de valójában még nem motivált szenvedélybeteg fogadásában, orientálásában. Az újonnan érkező szorongását csökkenti, és a változás iránti vágyat felkeltheti, ha nem a professzionális személyzet (akiket ő gyakran smasszernek tekint) vezeti be a terápiás közösségbe, hanem sorstárs, akiben kezdetben jobban megbízik. Tehát egy terápiában már járatosabb kliens vezesse be a rendszerbe, ő magyarázza el az újoncoknak a terápia mibenlétét, stratégiáját és játékszabályait stb. Persze megtanítjuk őt arra, hogy ezt hogyan tegye. Nem felsőbbrendű fölényeskedéssel, nem parancsolgatva, hanem önsegítő módon, tehát bajtársiasan, szeretettel és együttérzően.

„Úgy készültem ide, mint amikor a börtönbe kellett bevonulnom, de meglepetésemre itt teljesen más várt. Nem tudtam hová tenni magamban azt a megelőlegezett bizalmat és szeretetet, amit nyújtott ez a közösség, és amit mai napig is érzek.” Balázs (Szűcs, 2012, 115)

Ekkor 4 változás zajlik le a gyógyulófélben lévő szenvedélybetegben:

1. Egyrészt az újonnan érkező elesettsége, élethelyzete, negatív viselkedése tükör funkciót tölt be számára. Meglátja benne régi önmagát, és ez segíti abban, hogy a levetett, otthagyott drogos múlttól érzelmileg is eltávolodjon.

2. Másrészt, miközben mesél az életéről, újra és újra átértelmezi, jobban megérti önmagát, a pszichológia nyelvén átdolgozza a biográfiáját, ami lehetővé teszi számára a múlt torz megküzdési technikáival való szakítást, és a terápiában tanultak, megtapasztaltak értelmi és érzelmi szintű beépítését a személyiségébe.

3. Mialatt elmagyarázza az újonnan érkezettnek a terápia felépítését, részleteit, hasznosságát és lehetőségeit, elsősorban ő maga érti meg azokat. Mintegy leesik a tantusz, és aha élmények sorakoznak benne a foglalkozások alatt. Miközben az új fiú kíváncsi, értetlenkedő vagy lázadozó kérdéseire válaszolgat, saját maga számára találja meg az önmagát is meggyőző válaszokat.

4. Az újoncok rájuk hagyatkozása, bizalma, segítségkérése sikerélményekként érkeznek meg, és a pozitív megerősítés mechanizmusával segítik az új gondolkozás- és viselkedésmód beépülését.

Az önsegítő elemek alkalmazásának modelljei a segítő személyzet tagjai, akik bizonyos értelemben maguk is tagjai a csoportnak, többek között az énfeltárás kölcsönösségében. Ahogyan én szeretettel, kedvesen beszélek a kliensemmel, úgy tanítom őt arra, hogy ő is kedvesen beszéljen a sorstársával. Ahogyan én beszélek magamról, úgy tanul meg ő is beszélni magáról. Ez koncepciónk egyik fontos része.

Ellen Langer és munkatársai 1979-ben egy nyugdíjasotthonban végeztek vizsgálatot, melyben a kutatók az emlékezet működésére összpontosítottak. Először az otthon minden lakójával felvettek egy emlékezeti tesztet, majd hat héten át többször is meglátogatták őket, és újabb kérdéseket tettek fel korábbi életükkel, munkájukkal, családjukkal, jelenlegi életükkel, mindennapos eseményekkel kapcsolatban.

A történet most kezd igazán érdekessé válni. Az otthon lakóit ugyanis két csoportra osztották. Az egyik csoportba tartozó

nyugdíjasokkal úgy készítették az interjúkat, hogy a vizsgálatot végző, miközben kérdezett, a saját életéről is mesélt, bekapcsolódott a beszélgetésbe saját tapasztalataival, élményeivel. A kutatók „viszonzott énfeltárásnak” nevezték el ezt a módszert. Az idősödő emberek másik csoportjával úgy készültek a beszélgetések, hogy bár az interjú készítője őszinte érdeklődést tanúsított, miközben kérdezett, önmagáról nem beszélt, nem viszonozta az interjúalany élményeit a sajátjaival.

A látszólag egyszerű különbségtétel ellenére az otthon lakóinak két csoportja között igen lényeges eltérés volt kimutatható. A viszonzott énfeltárásban részesülő nyugdíjasok messze felülmúlták a másik csoportban kérdezett társaikat, lényegesen jobb eredményeket mutattak az emlékezet működésében, összpontosításban, intellektuális teljesítményben (Debreczenyi & Tóth, 2004, 119). A szenvedélybetegek gyógyításában úgy kell berendezni a terápiás folyamatot, hogy abban nagy hangsúllyal szerepeljenek az önsegítő elemek. A hosszú távú eredményesség érdekében rendkívül fontos az utógondozás, hiszen a szabadult szenvedélybeteg számára az igazi harc a kezelés után kezdődik. Ilyenkor a családnak, az önsegítő csoportnak és a professzionális segítőknek egyaránt támogatniuk kell/ene a felépült szenvedélybeteget.

A terápia alappillérei

Önsegítés

A szenvedélybeteg akkor gyógyul meg, ha önmagát meg tudja győzni a kezelés sikeréről, de ehhez szüksége van a terápiás személyzet támogatására is. Ha nem kedvező a pszichológiai környezet, motiváció helyett csupán konformitás működik a betegekben. Hogy ezt elkerüljük, folyamatosan figyelnünk kell arra, hogy ne döntsünk helyettük, hanem segítsük őket dönteni a saját életük kérdéseiben, és ne tekintsük őket bajkeverőknek,

ha nem követik a mi elképzeléseinket. A mi dolgunk az, hogy segítsük őket, találják meg saját megoldásaikat a problémáikra.

Munkaterápia

Ez elsősorban a házi- és a ház körüli munkákat jelenti: takarítást, főzést, mosogatást, mosást, karbantartást, kertművelést. Az intézményben úgynevezett technikai személyzet nincs, az önellátást munkakoordinátor segíti.

Közösségi élet és egyéni lelkigondozás

Egyéni lelkigondozás alatt a négyszemközti beszélgetést értjük, amelyet a kliens mentora (főként az ő feladata ez), a pszichológus, a pszichiáter, az intézeti lelkész, a programvezető, az otthonvezető folytat spontán és segítő beszélgetés formájában a lakóval. Minden kliensnek van esetkezelője (vagyis mentora), akivel rendszeresen, egyéni terápiás terv alapján beszélget. Ezek célja a feltárás, az érzelmi támogatás, az önismeret elmélyítése, a jövő megtervezése, a gyógyulás segítése. A beteg hetente minimum egyszer, de általában ennél többször lelkigondozói beszélgetésen vesz részt.

„Az Otthonban találkoztam egy tükörrel, ami tisztának és hatalmasnak tűnt. Valamivel, ami megbocsátó, de nem elmismásoló, valamivel, ami nem vágja a fejemhez lépten-nyomon a hibáimat, de világosan tudatja, min kéne még változtatnom ahhoz, hogy szabad legyek.” Zoo (Szűcs, 2012, 70)

„Belenéztem ebbe a tükörbe, és azt mondtam, hogy ezt már nem akarom. Nem akarok lopni, csalni, hazudni, gyomorideggel ébredni, szenvedni a heroinelvonástól, másokat megbántani, kihasználni, lehúzni, és nem akarok idő előtt meghalni. Mert ez a végállomás.” Orsolics Zénó (Orsolics, 2018, 67)

Csoportos közösségi programok alatt a reggeli, délutáni, esti találkozásokat és a délutáni csoportfoglalkozásokat értjük (hétköznap 5 csoport van). A délutáni foglalkozások közé tartozik a bibliaóra, szemináriumok (tematikus beszélgetések), lakótársi megbeszélések (önsegítő csoport), lakógyűlés (nagycsoport), visszaesést megelőző csoport (önsegítő csoport), önismereti, párterápiás, családterápiás, kompetenciafejlesztő módszertant alkalmazó csoportok, konfliktuskezelő csoport, problémamegoldó ülések, kommunikációs, valamint egyéb tematikus és alkalmi csoportok. A mindennapos sport szintén fontos része a stratégiának. A napot az esti áhítat és az azt követő esti találkozás (önreflektív csoport) zárja.

Hétvégén kimenőre mennek az arra már jogosult lakók, illetve közös kirándulásokat, múzeum- vagy uszodalátogatást és egyéb programokat szervezünk az évszaknak, ünnepkörnek, valamint a kliensek érdeklődésének megfelelően. Nyáron három hétnapos túrán (bicikli-, kenutúrán és lelki héten) vesz részt minden kliens.

A gyógyulás esélyei

Ami a rendszert hatékonnyá teszi: munkamódszereink demokratikusak, minden tudás megosztható, minden érzés felvállalható. A személyes gondoskodást átengedjük a lakó-lakó közötti kapcsolatba. A vállalt feladatok ellenőrzésének és a visszajelzéseknek módja tiszteletet tükröz. A fejlődés nyomon követhető. A terápia tág keretek közt szabható az egyénre.

Akkor eredményes a kezelés, ha a betegek nem elfojtják, hanem felvállalják az érzéseiket. Meg kell tanulniuk felelősséget vállalni tetteikért, ezért rájuk bízzuk, hogy gondoskodjanak egymásról. A segítőknek az egyénre szabott terápia során folyamatosan figyelemmel kell követniük a kliens fejlődését, ellenőrizni kell, hogyan végezte el a rá bízott feladatokat, és azt is, képes-e együttműködni társaival és a terápiás személyzettel.

A terápia végére a gyógyuló szenvedélybetegnek több készséget is el kell sajátítania ahhoz, hogy boldogulni tudjon a szermentes életben, pl. a kezdeményezőkészséget és az empátiát. Tudnia kell csapatban dolgozni, ehhez pedig szüksége van arra, hogy következetes, megbízható és szavahihető legyen. Tudnia kell megoldani a konfliktusait, merjen és tudjon dönteni, ha választás elé kerül, de ha szükséges, legyen képes segítséget is kérni. Számtalan olyan kockázatos helyzetbe és érzelmi állapotba kerülhet valaki a hétköznapok során, melyek elkerülése lehetetlen, és ha az érintett szenvedélybeteg nem tud mindezzel megbirkózni, kiszolgáltatott helyzetbe kerülhet. A kiszolgáltatottság pedig olyan stresszforrássá válhat, amely alkalmi szerhasználathoz, vagy akár visszaeséshez is vezethet. Szükséges, hogy a kliens rendelkezzen pontos énképpel, tudja kezelni az érzelmeit, megvalósítható célokat tűzzön ki maga elé, tervezze meg mindennapjait.

„Ebben az Otthonban azt kapjuk meg, amit a szülők nem adtak meg, mert nem volt senki, aki sínre tegyen minket, nem volt senki, aki szépen elmagyarázza, hogyan kell élni. Ezt próbálják itt pótolni.” Vudi (Szűcs, 2012, 26)

A terápiás folyamat és program a következő 22 kompetencia elsajátítását célozza meg:

1. objektivitást mutatni
2. kezdeményezőkészség
3. empátiás készség
4. megfelelő önkifejezés
5. aktív részvétel a programban
6. mások bátorítása
7. tervezőképesség
8. következetesség
9. megbízhatóság, szavahihetőség
10. energikusság, lelkesedés
11. problémamegoldó-döntéshozó képesség

12. csapatmunka
13. napi tevékenység strukturálása
14. strukturált tevékenység végrehajtása
15. konfliktuskezelés képessége
16. segítségkérés képessége
17. pontos énkép
18. tanultak átadásának képessége
19. visszajelzés elfogadása, az érzelmek kezelésének képessége
20. hatékony kommunikációs képesség
21. reális célok kitűzése az utókezeléshez
22. társas érintkezés

„Ahogy egyre többet foglalkoztam magammal, rájöttem, hogy nemcsak anyagoznom nem szabad, ha józan akarok lenni, hanem az egész életemet gyökeresen meg kell változtatnom, és ami még durvább, nekem is meg kell változnom. Figyeltem a munkatársakat, akik szintén drogosok voltak, és most tiszták, családjuk van, iskolába járnak, békében élnek.” Puhi (Szűcs, 2012, 109)

Nem a drogokról van szó, hanem emberekről. Nem a drogosokról szól a kezelés, hanem emberekről, akiknek problémáik vannak. A terápia végén megkérdezzük: miben különbözik ez a nap attól az első naptól, amikor megérkeztél? A válaszokból az derül ki: az üresség állapotából eljutottak a gyógyult drogos állapotába; a drogos identitásból az exdrogos identitásba; az egyik szubkultúrából egy másik szubkultúrába.

„…az egyik legkeményebb leckét az jelentette számomra, hogy újra megtanuljak őszintén beszélni. Mindig azt mondani, ami éppen van. Bennem vagy velem. Ez átütő erejű. Nem szerepeket játszani, nem azt mondani, amit a másik hallani akar. Az évek során eltorzított az anyag. Pedig milyen egyszerű ez… Haragot érzek veled kapcsolatban, mert ezt vagy azt mondtad. Örülök neked, vagy kedvellek, amiért ezt tetted. Konkrét, húsig hatoló, igaz beszéd. S amikor kimondom, ami bennem van, egyszerre

megkönnyebbülök, és erősnek érzem magam – a gyengeségeim által. Ez meglepően új, sőt ez a valódi erő.” Orsolics Zénó (Orsolics, 2018, 51)

Kit tekintünk úgy, mint aki lezárta a kezelést?

Gyógyult szenvedélybetegnek azt tekintjük, aki sikerrel végezte el a programot, önreflexivitásra képes, van munkahelye és lakhelye, rendezte a kapcsolatát közvetlen hozzátartozóival (ez akár szakítást is jelenthet), tagja az utógondozó csoportnak, illetve valamilyen támogató vagy józan csoportnak, ami lehet bármilyen pozitív közösség.

A terápiás időszakot követően az utógondozás célja a tartós és stabil absztinencia megtartása, munkára, drogmentes szociális kapcsolatokra való készségek fejlesztése és begyakorlása. Az absztinenciát veszélyeztető folyamatok csökkenthetők, ha a volt drogfogyasztó a kezelést követő időszakban nem marad magára, és segítséget kap a visszailleszkedésben.

Összefoglalás

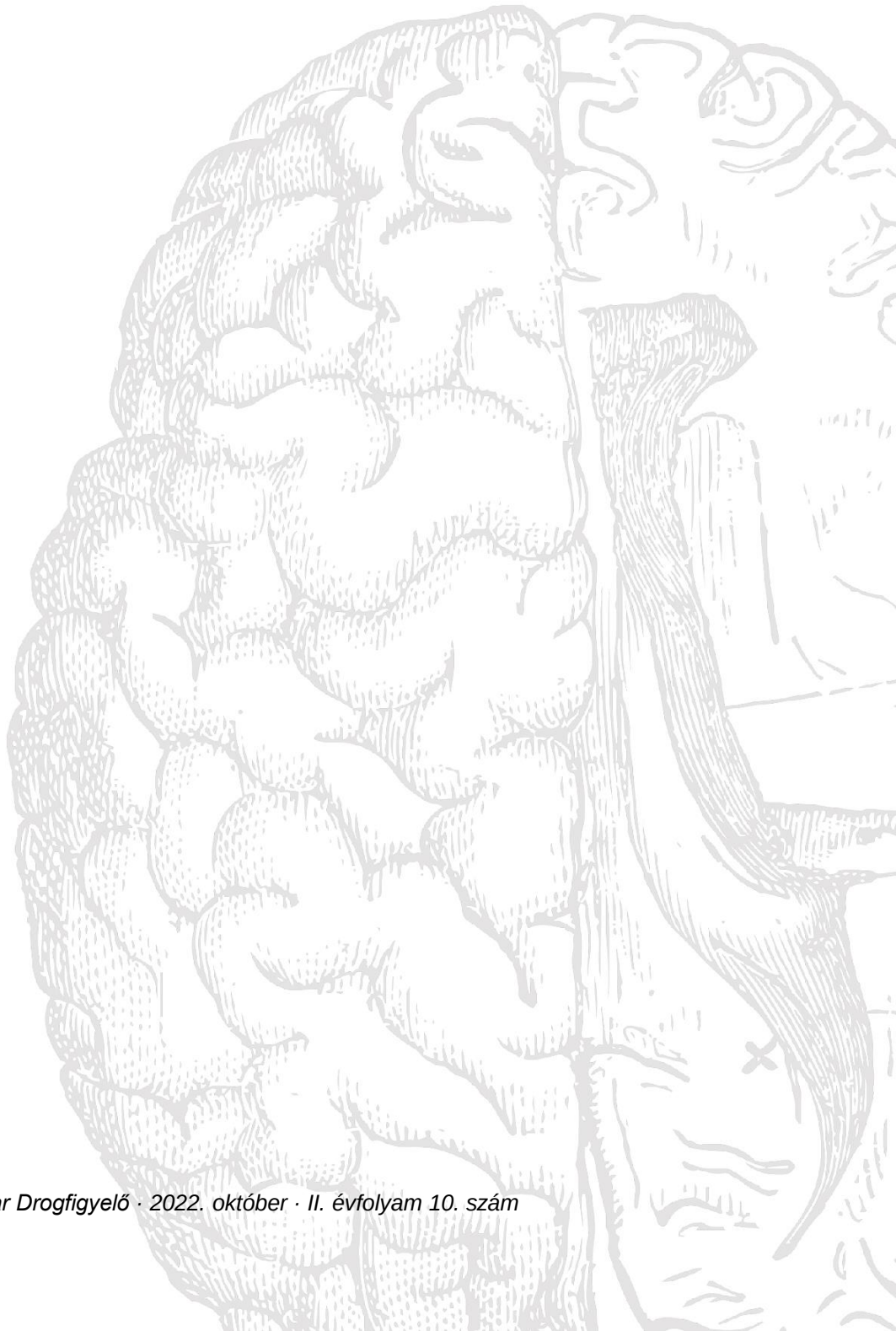
A gyógyulás igen összetett folyamat, hiszen a méregtelenítésen kívül az elhanyagolt testi betegségek kezelését, a kliensek jogi helyzetének tisztázását is jelenti, ugyanakkor fontos része a személyiség fejlesztése, a családterápia, a munkára nevelés is. A függőségmentes életre vágyónak meg kell tanulnia a szabadidő eltöltésének módját is, megismernie, megértenie és elviselnie a valóságot, hogy képes legyen örömet találni benne, és ne meneküljön ismét az álmok világába. A terápia tehát nem más, mint a szenvedélybeteg mindennemű problémájának párhuzamos, holisztikus szemléletű kezelése, melynek vivőanyaga a szeretet.

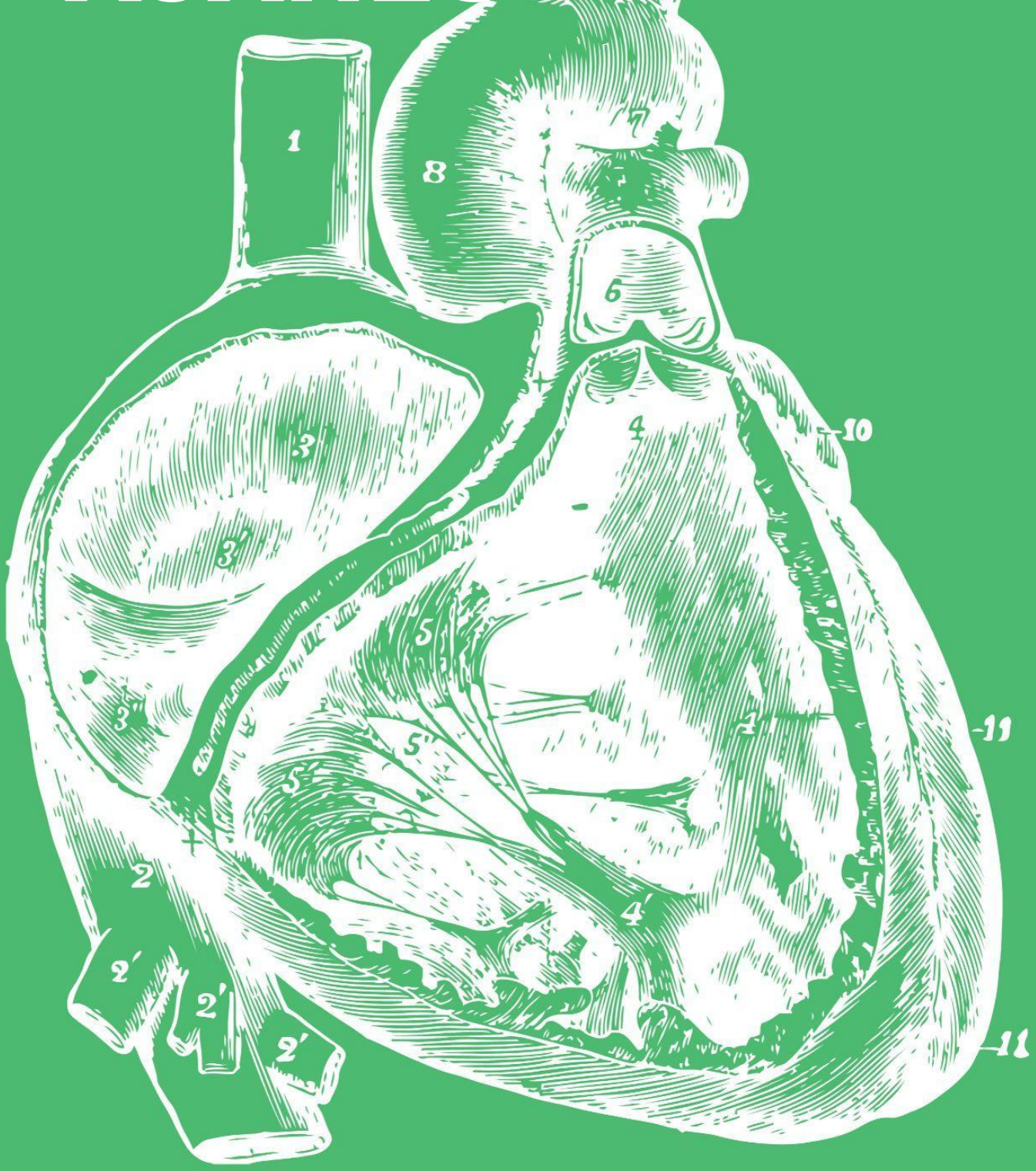
Források

Debreczenyi Károly – Tóth Mihály (2004). Életesemények a pásztori lélektan és a filozófia tükrében. Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány, Budapest

Orsolics Zénó (2018). Flashback – Visszatértem a függőségből. Harmat Kiadó, Budapest

Szűcs Teri (2012). Történeteink. Kálvin Kiadó, Budapestkapcsolatban.





AJÁNLÓ

drogkutató intézet

BESZÁMOLÓ A EGÉSZSÉGDOKK KÖZHASZNÚ ALAPÍTVÁNYNÁL TETT LÁTOGATÁSUNKRÓL

BOZSÓ DOROTTYA

Intézetünk munkatársai a Székesfehérváron található Egészségdokk Közhasznú Alapítvány VÁLASZ Szenvedélybeteg-segítő és Drogprevenciós Központjában jártak. Munkatársaink a fél napos program ideje alatt az alapítvány vezetőivel szakmai beszélgetéseken vettek részt, betekintést nyerhettek az intézmény működésébe és meglátogatták a Tini Rehab lakóit.

Az alapító tagokban 2006 és 2010 között fogalmazódott meg, hogy nagy szükség lenne egy olyan alapítvány létrehozására és intézmény működtetésére, ahol azok a személyek, akiknek rossz életvezetési gyakorlatba fordult az életük, menedéket, elfogadást, megértést kaphatnak. Rajtuk és nekik kívánnak segíteni, támogatni a közösségbe való beilleszkedésüket, feltárni a problémáikat, és ha már valamilyen szert használnak, akkor esélyt kaphatnak arra, hogy megtapasztalhassák, van kiút a szerhasználatból, lehet szer nélkül is teljes életet élni. A segítő szakemberek közé bárki csatlakozhat, de alapvetés egymás elfogadása, tisztelete, önmaguk és mások megismerése. A munkatársak személyes motivációja Istentől kapott elhivatottságukban rejlik. Szakmai vezetőjük, Gönczi Gábor gyógyult szenvedélybeteg múltja további erőt és reményt nyújt mindannyiuk számára.

Kijelenthető, hogy az alapítvány munkája az egész országban egyedülálló módon történik. Üzemeltetnek felnőtt-, ifjúsági, - és gyermek addiktológiát, lehetőség van nappali és közösségi

ellátásra, előgondozási programba kerülhetnek azok, akik később támogatott lakhatáshoz szeretnének jutni és az elterelésben is tudnak segítséget nyújtani, továbbá iskolai prevenciós munkát is végeznek. Ajánlónkban igyekszünk bemutatni ezen “szolgáltatásokat”.

Felnőtt addiktológia

Az addiktológiai ellátás járóbeteg rendszerben történik, amely igénybevétele ingyenes. A beteg igényeihez alkalmazkodva rövid- és hosszú távon gyógyszeres, illetve pszichoterápiás kezelést végeznek, egyénileg és családterápiás formában egyaránt. Minden esetben fontos, hogy a család is bevonásra kerüljön a terápiába, hiszen utóbbi fókuszában a családi kapcsolatok állnak. Ahhoz, hogy a felépülés tartós legyen a függőnek meg kell találnia ebben a rendszerben a helyét, illetve a családnak is alakulnia szükséges, hogy ez a közösség támogató módon, egészségesebben működhessen.

Gyermek és ifjúsági addiktológia

A serdülők addiktológiai gondozása egyedülállóként országos ellátási körrel, 5 éve működik az intézményben. Ezen a részlegen olyan 10-18 éves gyermekekkel és fiatalokkal foglalkoznak, akiknek problémájuk van a droggal, alkohollal, gyógyszerrel vagy valamilyen viselkedési függőségük van. Ellátásukban pszichológus, pszichiáter, családterapeuta és szociális munkás egyaránt részt vesz. Cél, a pszichés tünetek enyhítése, megszüntetése. A szülőket nevelési tanácsokkal látják el, hiszen a program szoros része a szülő- és családkonzultációkon való aktív részvétel, a pszichoterápia, a tanulási tréning, illetve szükség esetén gyógyszeres segítséget is biztosítanak. Ezen részlegesen olyan gyermekek is tartózkodhatnak, akiknek valamelyik szülője bentlakásos program résztvevője.

Előgondozási program

Az előgondozási program olyan személyeknek jött létre, akikben már megfogalmazódott a szermentes élet iránti igény. A találkozók célja, hogy a páciens megismerkedjen a drogterápiás otthonok programjaival, ezenkívül elvégezhetik a szükséges egészségügyi szűréseket (HIV, hepatitis, tüdőszűrő). Ebben a programban még nem feltétel az abszcinenciatartás.

Szenvedélybetegek nappali ellátása

Az alapítvány nappali ellátása önkéntes formában vehető igénybe, térítésmentesen, névtelenül, az absztinencia nem feltétele az együttműködésnek, ugyanakkor célja, hogy a programban részt vevő személy eljusson erre a szintre. Hetente 1 óra ingyenes konzultáció tartozik az ellátáshoz, valamint szintén fontos eleme a családterápia. Ezenkívül lehetőséget biztosítanak mosásra, tisztálkodásra, közösségi tereik használatára, szabadidős programokon, beszélgetéseken való részvételekre, de segítenek munkaügyi és egyéb hivatalos ügyek intézésében is.

Támogatott lakhatás

Az alapítvány által fenntartott lakásokban férőhelyet biztosítanak olyan gyógyuló/gyógyult szenvedélybetegnek, akik az ellátás feltételeinek megfelelnek úgy mint tiszta, szermentes élet és munkahely. Az itt lakók hetente egyéni és csoportos konzultációkon vesznek részt, segítik a mindennapokban való önálló életet és hiányos készségeik fejlesztésre kerülnek. A programban résztvevő felnőttek sok esetben “nagyra nőtt gyermekek”, akik nem tudják, hogy mi a jó és mi a rossz, hogyan kell hivatalos ügyeiket intézni vagy épp a mindennapokban helyt állni.

Elterelés

A program olyan nem függő szerhasználóknak szól, akik ellen eljárás indult, de a büntetés elkerülésére választhatják a megelőző-felvilágosító szolgáltatást. Az ellátás ideje minimum 6 hónap, kétheti találkozásokkal, mely alkalmakkor a megfelelő szakemberekkel egy-egy témát járnak körül, önismereti gyakorlatokat végeznek és kreatív alkotóműhelyen vesznek részt.

Edokk Junior Tini Rehab

Az intézmény 2021.09.01-jén nyitotta meg kapuit, ahol jelenleg 12-18 éves lányokat tudnak fogadni. Az addiktológiai - és pszichiátriai bentlakásos rehabilitációs program időtartama 3-6 hónap, egyéni terv szerint haladva. A rehabilitációs program a kognitív viselkedésterápia, sématerápia, dinamikus rövidterápia és a Portage-program elemeit használja, kiegészítve élménypedagógiai elemekkel. A programban részt vevők pedagógus segítségével tudnak haladni az évfolyamuknak megfelelő tananyagokkal, ám állapottól függően magántanulói státuszba kerülnek a gyermekek. Ebben az esetben is kiemelt szerepet kap a családdal való együttműködés, a családterápia. Az itt lakó fiataloknak szigorú napirendjük van, komoly szabályrendszerben kell élniük és 0-24 órás felügyelet biztosított számukra. A részlegre általában olyanok kerülnek, akiknek nem csak egy problémájuk van, esetükben általában a szerhasználathoz önsértés is társul, így egyszerre több problémával is meg kell küzdeniük, melyhez mindennemű támogatás biztosított az otthonban.

Intézetünk munkatársai lehetőséget kaptak az Edokk Junior Tini Rehab meglátogatására, ahol a bentlakó fiatalokkal beszélgethettek. A lányok nagyon kedvesen fogadták a vendégeket, a régebb óta bent lakók ismertették a szabályokat, a komplex terápia szakaszait, megmutatták lakókörnyezetüket és néhányan meséltek az itteni életükről, nehézségekről, múltjukról és jövőbeni terveikről.

Sajnos a fent említett problémákkal küzdő fiataloknak általában nagyon korlátozott lehetőségeik vannak a gyógyulásra. Az önsértő vagy szerhasználó fiatalkorúakat nem tudják rendszerszinten ellátni. Adott problémával bekerülhetnek a pszichiátriára, ahonnan nagyon rövid időn belül - ez lehet 2 nap, de maximum 2 hét - kikerülnek. A hasonló nehézségekkel küzdőket ellátó intézmények jelentős része pedig csak nagykorúakkal foglalkozik, így ezek a fiatalok gyakran ellátás nélkül maradnak. A fiatal lányok legjellemzőbb pszichés és viselkedéses problémái az önsértés, a táplálkozási zavarok, depresszió, szorongás és ezek mellé társul valamilyen függőség vagy szerhasználat. Legtöbb esetben nehéz kideríteni, hogy melyik probléma jelentkezett előbb, így valóban nagyon komplex kezelésre van szükség.
Annak ellenére, hogy a fiatalokkal való találkozás egy rendkívül nehéz és kétségbeejtő realitást tárt elénk, mégis felemelő volt látni, hogy van egy hely Székesfehérváron, ahol lelkes és elhivatott szakemberektől valódi figyelmet és segítséget kaphatnak.

Az alapítvány elérhetőségei

Szükség esetén keressék bizalommal az alapítvány munkatársait az alábbi elérhetőségek valamelyikén.

http://egeszsegdokk.hu/

drogambulancia@egeszsegdokk.hu,
valaszteam@gmail.com

+36309837470, +36308490122

A KANNABISZ ÁTPROGRAMOZZA A MÉG ÉRETLEN IDEGRENDSZER FEJLŐDÉSÉT

GULYÁS ÉVA

Az elmúlt évek során az egészségügyi előnyök és kockázatok újraértékelésével a kannabisz-használat egyre inkább elfogadottabbá vált. A fogyasztók számának növekedésével terhes nők, fiatal anyukák és tinédzserek is könnyebben hozzájuthatnak a szerhez, mely azonban számos idegrendszeri következménnyel járhat. A Nature tudományos folyóiratban 2021-ben megjelent összefoglaló alapján a következőkben ezen hatásokat járjuk körbe (Bara és mtsai, 2021). A tanulmányban a prenatális/perinatális (születés előtti/ és körüli időszak) és a serdülőkori kannabinoid-expozíció neurobiológiai következményeiről olvashatnak.

Az utóbbi években a kannabisz-használat ártalmainak társadalmi megítélése pozitív irányba változott. Rekreációs és gyógyászati célú használatát a világ számos országában engedélyezték, dekriminalizálták. A kannabisz fogyasztás ártalmai azonban fokozott aggodalomra adnak okot, ha terhes nők, gyermeküket szoptató anyukák és tinédzserek élnek e szerrel. Az utóbbi évek folyamán folyamatosan nőtt a kannabisz THC tartalma, mely az egészségügyi aggályokat is tovább erősítik. Míg az 1960-as és 80-as évek között a kannabisz THC tartalma kevesebb, mint 2 % volt, napjainkra a legnépszerűbb

fajták esetében a THC tartalom a 17-28 % közötti értéket is elérheti (Stuyt, 2018).

Az agy fejlődése dinamikusan és precízen szabályozott folyamat, amely viszonylag későn - fiatal felnőtt korban - fejeződik be. Az idegrendszer fejlődési szakaszaiban és a felnőttkori szabályozásban egyaránt kiemelt szerepe van az endokannabinoid rendszernek. Az endokannabinoid rendszerbe (ECS) tartozó kannabinoid-receptorok (CB1R és CB2R) a THC elsődleges célpontjai.

A CB1 receptorok már a terhesség 9. hetétől kezdve jelen vannak a fejlődő magzatban. Fontos szerepe van az egyes sejtek differenciációjában és sokasodásában az olyan agyi területekben, mint az agykéreg, bazális előagy, kisagy, és hipotalamusz. A receptorok megjelenése szabályozhatja az agyban a neuronok és gliasejtek közötti arányt, és mennyiségi változásai a magzati fejlődés során módosíthatja az agykéreg és a hippokampusz közötti összeköttetést. A receptorok kifejeződése dinamikusan változik a születéstől a serdülőkorig, majd a korai felnőtt korra nagy számban fordulnak elő elsősorban az agykéregben, a bazális ganglionok hippokampuszában, a kisagyban és a viselkedések széles körét szabályozzák, beleértve a kognitív folyamatokat, a motoros funkciókat, az érzelmeket, a jutalmazást, a memóriát és a táplálékfelvételt.

Kannabisz-expozíció a terhesség alatt

Figyelembe véve az ECS fontos szerepét a sejtek számának növekedésében, migrációjában, differenciálódásában és a neuronok érésében, nem meglepő az a tény, hogy a terhesség alatti kannabisz-expozíció káros hatással bír a magzat fejlődő idegrendszerére. Rágcsálómodellekben születés előtt (5.-20. terhességi napig, ami az emberek esetében az első és második trimeszternek felel meg) a CBR-agonisták (olyan anyagok, amelyek kannabinoid receptorhoz kötődnek és azon biológiai választ idéznek elő) alkalmazása többször kimutatta, hogy

hatásukra megváltoznak a jelátviteli rendszerek (glutamáterg, GABAerg, dopamingerg, opioiderg, szerotonerg). Az állatmodellek során megfigyelt károsodások egy része a méhen belüli kannabisz-használatnak kitett magzatok agyában is kimutatható. Ezen gyermekek és serdülők esetében a tanulási képesség- , a memória-, és a figyelem romlását, illetve agresszív viselkedést figyelték meg. Ezenkívül az állatmodellekben leírt dopaminerg rendszer változásai tükrözhetik a depressziós tüneteket, a szorongás-szerű viselkedést és a gyermekkorban, serdülőkorban és fiatal felnőttkorban megfigyelt fokozott kábítószer-használatot.

Kannabisz-expozíció szoptatás ideje alatt

Becslések szerint az USA-ban a szoptató nők 15 %-a használ kannabiszt, azonban ennek a csecsemőkre gyakorolt hatásairól egyelőre keveset tudni. Mivel lipidmolekulákról van szó, ezek a kannabinoidok átkerülnek az anyatejbe és megváltoztathatják annak összetételét. A kannabisz metabolitjai megtalálhatók az anyatejben, és a rendszeres fogyasztás során nagyobb koncentrációban felhalmozódhatnak, ami jelentős hatással lehet a csecsemők egészsége (Josan és mtsai, 2022).

A gyermekkori agyfejlődés rendkívül érzékeny a környezeti ingerekre és az expozíció jelentős következményekkel járhat, hiszen az idegsejtek közötti kapcsolatok kiépítése a születés utáni időszakban a legaktívabb.

Tekintettel a humán vizsgálatokkal kapcsolatos kihívásokra, az állatmodellek döntő fontosságúak a neurobiológiai betekintéshez. Néhány tanulmány elkezdte vizsgálni a szoptatás alatti expozíciót rágcsálómodellekben. E vizsgálatok egyik vonala a GABAerg rendszerre összpontosított, mivel a GABA jelátvitel kritikus fontosságú a normális spontán hálózati aktivitáshoz, valamint a neuronhálózatok éréséhez és finomításához. Fontos, hogy bár a GABA a központi idegrendszer fő gátló neurotranszmittere (kémiai hírvivő

molekulája), fejlődési útját az éretlen agyban serkentő hatásúként kezdi. Ez az áttérés a posztnatális fejlődés második hetében megy végbe a rágcsálókban. A legújabb tanulmányok most bizonyítékot szolgáltatnak arra, hogy a THC-expozíció a laktációs időszakban késlelteti a GABA átkapcsolását.

Bár a csecsemőkori kannabisz-expozíció hatásait illetően továbbra is nagy az ismerethiány, a kezdeti preklinikai modellek arra utalnak, hogy az anyatejen keresztüli THC hatás az idegsejtek közötti kapcsolatok dinamikus változásának képességét (szinaptikus plaszticitás) rontja és viselkedési zavarokhoz vezethet.

Másodlagos kannabisz-expozíció

A születés utáni kannabisz-expozíció egy másik, figyelmet érdemlő aspektusa a fiatalkori másodlagos expozíció. A bizonyítékok rendkívül korlátozottak arra vonatkozóan, hogy a másodlagos kannabisz füst hatással van a fejlődésre. Dokumentálták azonban, hogy a kannabisz füstjének kitett gyermekek szájnedvében, vérében és/vagy vizeletmintáiban jelentős THC- és egyéb THC-metabolit koncentráció található. Az Egyesült Államokban a gyermekes szülők kannabisz-használata 2002 és 2015 között 4,9%-ról 6,8%-ra nőtt.

Ezen túlmenően a 14 évnél fiatalabb, legalább egy gyermeket nevelő családok közel 300 otthonában végzett légszennyezőanyag-monitorozás 15,1%-nál kimutatta a beltéri kannabisz füst jelenlétét. Ezek a tendenciák nyugtalanítóak, mivel a passzív kannabisz füstnek kitett kisgyermekek kognitív és érzelmi problémákat mutatnak. Azonban továbbra is hiányosak azon vizsgálatok, amelyek a lehetséges rövid és hosszú távú neurobiológiai hatásokkal kapcsolatos tudásbeli hiányosságokat pótolják.

Kannabisz-expozíció serdülőkorban

A serdülőkort a tudomány egy különösen érzékeny, kritikus időszaknak tekinti. A fiatalkori neurobiológiai folyamatokban és viselkedésformákban jelentős mértékű finomodás következik be, különösen a kognitív funkciók, a jutalmazás és az érzelmek szempontjából fontos területeken. A serdülőkori kannabisz-használat és a pszichés zavarok kialakulásának kockázata közötti fokozott összefüggést számos tanulmány dokumentálja. Az ilyen állapotok közé tartozik a szorongás, a depresszió, a függőség és a pszichózisos zavarok. Az ECS jelentős változásokon megy keresztül serdülőkorban és kritikus szerepet játszik az agy végső felépítésének kialakításában. A serdülőkori THC-expozíció megváltoztatja az ECS normál egyéni fejlődését. A THC továbbá jelentősen befolyásolja a CB1 receptor kifejeződését és funkcionalitását. Állatkísérletekben a nőstény patkányok érzékenyebbek a serdülőkori THC-expozícióra, mely depresszió-szerű viselkedést, szociális elkerülést és memória zavarokat okoz, míg a hím patkányok munkamemória-hiányt és nagyobb érzékenységet mutatnak a THC jutalmazó hatásaira.

Ezek a nemi különbségek összhangban vannak az emberek nemek közötti hatásainak különbségeivel, ahol a kannabisz-használó nők nagyobb hajlamot mutatnak a depresszióra, a férfiak pedig hajlamosabbnak tűnnek a függőségre, beleértve a kannabisz-használati zavar kialakulásának nagyobb kockázatát.

Továbbá a serdülőkori kannabiszhasználat a kábítószerekkel szembeni fokozott fogékonysággal jár együtt. A preklinikai modellek megismételték ezeket az eredményeket: a serdülőkori THC-expozíció a későbbi életkorban a kokain, a heroin és a kannabinoidok iránti fokozott érzékenységgel jár együtt. A dopaminerg rendszer fent leírt változásai mellett, amely régóta szerepet játszik a függőséget okozó viselkedés kialakulásában és fenntartásában, úgy tűnik, hogy a genetika és a viselkedésbeli

tulajdonságok is szerepet játszanak a serdülőkori THC-indukált opioid-érzékenységben.

A tinédzserkori kannabisz-használat negatív hatásai megmutatkoznak a neurokognitív teljesítményben, az agy makro- és mikroszerkezeti fejlődésében, valamint az agyműködés megváltozásában. A jövőben több serdülőkori longitudinális vizsgálatra van még szükség, amely képes elkülöníteni a meglévő egyéni különbségeket a kannabisz-használat következtében kialakultaktól. A longitudinális kutatások segítenének tisztázni azt is, hogy a már meglévő különbségek és/vagy a serdülőkori krónikus kannabisz-használat milyen mértékben járul hozzá a pszichiátriai rendellenességek és a kognitív károsodás kialakulásához felnőttkorban (Jacobus és Tapert, 2014).

Epigenetikai hatások

Az "epigenetika" kifejezést általában olyan molekuláris biológiai mechanizmusok leírására használják, amelyek a genetikai kód megváltoztatása nélkül módosítják a génkifejeződést. Az ECS-t - más biológiai rendszerekhez hasonlóan - nagymértékben szabályozza az epigenetika és ezek a folyamatok kritikus szerepet játszanak mind a rövid és hosszú távú idegsejtek közötti kommunikációban, mind a plaszticitás különböző aspektusainak szabályozásában a korai életben, a felnőtt agyban és a különböző neuropszichiátriai rendellenességekben.

Az epigenetika és a kannabisz-expozícióval kapcsolatban meglepően kevés tanulmány készült. Azonban kimutatták a dopamin D2 receptorhoz köthető epigenetikai folyamatok megváltozását, amely potenciálisan fokozza a függőségre való hajlamot.

Generációk közötti hatás

Egyre több bizonyíték van arra, hogy a kannabisz a csíravonalon keresztül is hatással lehet a szinaptikus fejlődés és a viselkedés

generációkon átívelő alakítására. Az első kísérlet ennek a lehetőségnek a vizsgálatakor hím és nőstény patkányokat kis dózisú THC-nek tettek ki időszakosan serdülőkorukban, és felnőttkorukban párosodtak. Meglepő módon a hím utódaik fokozott hajlandóságot mutattak a heroin önadagolására, és rendellenes viselkedést figyeltek meg annak megvonása során.

Ezzel szemben a felnőttkorban alacsony vagy mérsékelt dózisú THC-nek kitett hímek mindkét nemben csökkent figyelmi teljesítményű, serdülőkori hiperaktivitású, valamint károsodott tanulási és emlékezeti képességű utódokat hoztak világra. További kutatásokra van szükség, de ezek az eredmények azt sugallják, hogy a kannabinoid-expozíciónak a férfi és női csíravonalakon keresztül közvetített egyedi, generációkon átívelő hatásai lehetnek.

Az ECS nemcsak a különböző testi sejtek és élettani rendszerek fejlődésében játszik kritikus szerepet, hanem a reprodukcióban is. Ismert, hogy mind a hím, mind a női reproduktív szövetek kannabinoid-receptorokat és endokannabinoidokat expresszálnak. A kannabiszt használó nőkről ismert, hogy rosszabb minőségű petesejteket termelnek, ami alacsonyabb terhességi rátával jár. A férfiaknál a THC megzavarhatja a spermiumok normális fejlődését és mind az emberi kannabisz-használat, mind a rágcsálók THC-expozíciója csökkent spermiumszámmal és megváltozott spermiummotilitással jár.

Összefoglalás

Egyre több bizonyíték támasztja alá, hogy a kannabisz-expozíció a fejlődés kritikus időszakaiban megváltoztathatja a normál idegi fejlődést, amely később viselkedési zavarok kialakulásához vezethet. A kannabisz-használat nemcsak az egyén életében, hanem generációkon átívelően is kifejezheti káros következményeit. A növekvő szakirodalom ellenére továbbra is nagy hiányosságok vannak a korai kannabinoid-

expozícióval kapcsolatos egyéni különbségekkel kapcsolatos ismeretekben, beleértve a genetikát, a nemet, a fejlődés során bekövetkező egyéb környezeti hatásokat (például trauma/stressz, toxinok és egyéb drogok) és az expozíció mennyiségét/gyakoriságát.

A téma iránt részletesebben érdeklődők figyelmébe ajánljuk intézetünk YouTube csatornáján elérhető, Dr. Sófi Gyulával, a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Gyermek és Serdülő Pszichiátriai Osztályának osztályvezető főorvosával készített videós interjút. A videó ezen a linken érhető el: https://www.youtube.com/watch?v=7b9FZhVQ1_I.

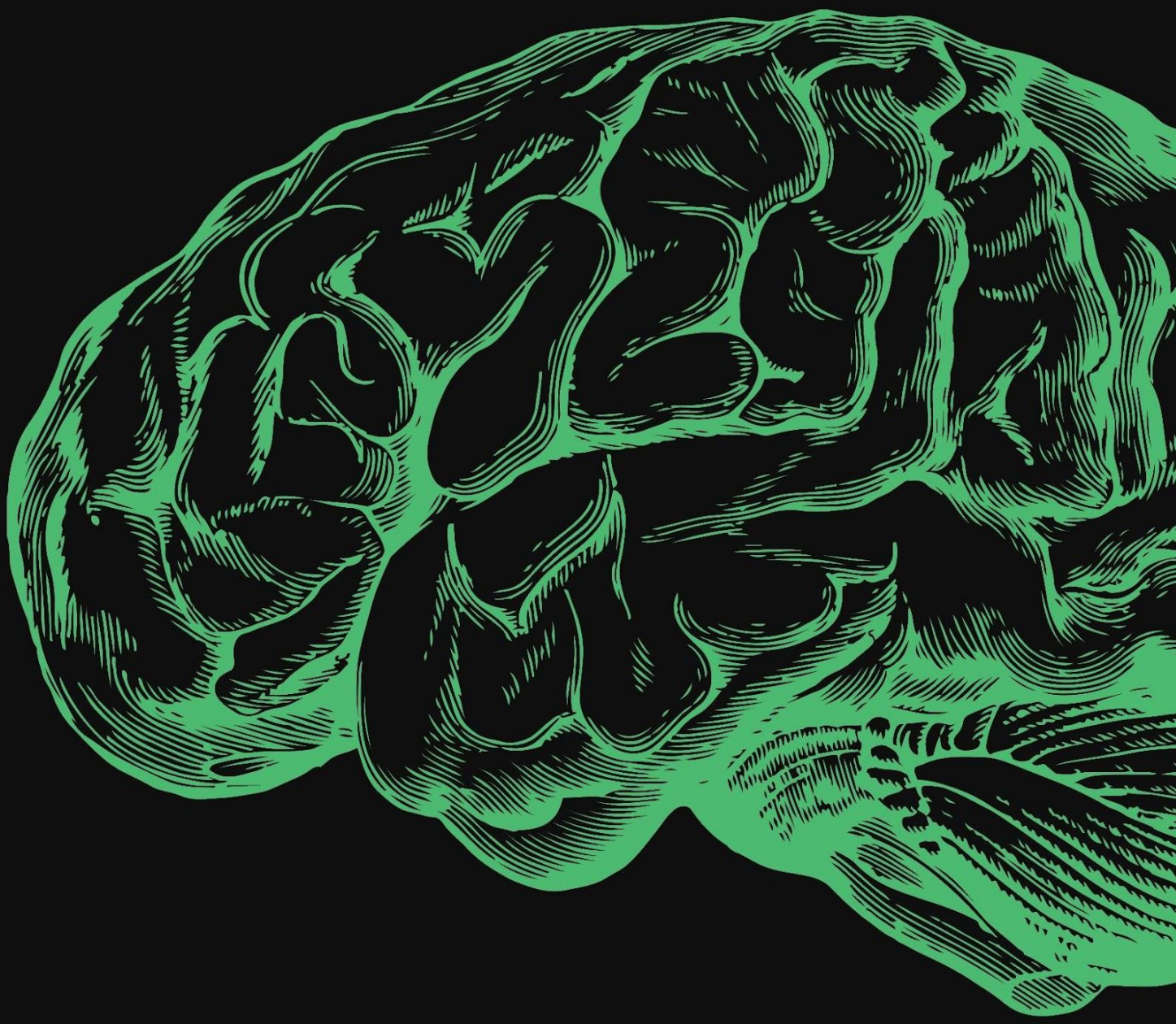
Források

Bara A, Ferland JN, Rompala G, Szutorisz H, Hurd YL. Cannabis and synaptic reprogramming of the developing brain. Nat Rev Neurosci. 2021 Jul;22(7):423-438. doi: 10.1038/s41583-021-00465-5. Epub 2021 May 21. PMID: 34021274; PMCID: PMC8445589.

Jacobus J, Tapert SF. Effects of cannabis on the adolescent brain. Curr Pharm Des. 2014;20(13):2186-93. doi: 10.2174/13816128113199990426. PMID: 23829363; PMCID: PMC3930618.

Josan, C., Shiplo, S., Fusch, G. et al. Cannabis use during lactation may alter the composition of human breast milk. Pediatr Res (2022). https://doi.org/10.1038/s41390-022-02315-1

Stuyt E. The Problem with the Current High Potency THC Marijuana from the Perspective of an Addiction Psychiatrist. Mo Med. 2018 Nov-Dec;115(6):482-486. PMID: 30643324; PMCID: PMC6312155.



drogkutató intézet

MI IS AZ ELF BAR VALÓDI VESZÉLYE?

OLÁH-PAULON LÁSZLÓ

Oláh-Paulon László rendőr alezredes, az ORFK Bűnmegelőzési Osztályának vezetője egyben családapa, aki saját tapasztalatát és aggodalmait is összefoglalja az Elf Barról szóló véleménycikkében.

Tavasszal találkoztam először a 13 éves fiam kabátzsebéből éppen a földre eső Elf Barral. Akkor nem is tudtam mivel állok szemben. Első ránézésre petárdának tűnt, mondjuk az sem lett volna meglepő, hisz pár nappal előtte az volt a zsebében, de láttam, hogy kemény műanyag és határozottan gyümölcs illata van. Az eredetéről zavaros történetet kellett végighallgatni, hogy a fiam vette, kapta vagy találta, a nagy fiúktól került hozzá ez a valami. Mert, hogy mi is ez, pontosan azt ő sem tudta. Csak azt, hogy nagyon finom gyümölcs illatú füstje és íze van, és olyan felnőttes dolog.

Tájékozott felnőtt létemre böngészőm képkeresőjét kellett segítségül hívni, így leltem rá először az Elf Barra, Manórúdra, illetve még számtalan néven illetett e-cigire.

Őszinte leszek nem nagyon érte el az ingerküszöbömet. Kb. 100 találat volt, csak az első pár oldalon. Magyarnak tűnő online webshopok hirdették a nem túl drága portékát. Nem tűnt olyan terméknek, mely illegális lenne – még ha talán gyanús is volt - hogyha ez cigi, akkor miért nem a Nemzeti Dohányboltok polcán látom. Ezen túl nem is foglalkoztam vele, kidobtuk és kész.

Aztán tavasz végén arra lettem figyelmes, hogy a legnagyobb közösségi oldalon egy Nagykovácsi csomagátvételre szerződött trafikos, felhívást tett ki az oldalára, amit pár nap alatt több ezren osztották meg.

„Bizonyára sokan tudjátok, hogy mi egy Csomagpont is vagyunk, naponta 30-40 ember veszi át nálunk az innen-onnan érkező csomagját. Körülbelül 3 hónapja felfigyeltünk rá, hogy 13-14 éves gyerekek hetente vesznek át nem kis összegért, ugyanonnan érkező csomagokat és jellemzően 1000 Ft-os címletekben fizetik ki. Igen, az ELF-BAR eldobható elektromos cigaretta a Nagykovácsi kistinédzserek körében is nagyon népszerű lett. Sok aggodalomra okot adó kérdést vet fel ez az új divat... mi egyelőre azt tehetjük, hogy kérjük nézzetek rá, mire költik a gyerekek a zsebpénzüket. A csomagkiadást nem tagadhatjuk meg...”

Innentől kezdve elindult az „őrület”. Tulajdonképpen nem volt olyan média felület, amelyen ne találkozhattunk volna ezzel a kis színes, szagos valamivel. De nemcsak közösségi oldalakon jött szemben, hanem a hírekben is. Nemzeti Adó- és Vámhivatal, karöltve a Szabályozott Tevékenységek Felügyeleti Hatóságával, állt ki a „manórúd” ellen. Utóbbi odáig is elment, hogy az utolsó tanítási napon a KRÉTA rendszerben küldött üzenetet középiskolás gyerekek szüleinek. Eddig erre nagyon nem volt példa, nem használták riasztásra a rendszert.

Továbbá sajtótájékoztató keretében álltak ki ezek a hatóságok és dicsekedtek el, hogy milyen jelentős mennyiségben foglaltak le, illegálisan behozott, postán vagy éppen repülővel Ázsiából rendelt, raklapnyi rudacskát. Jó volt látni a gyors összefogást, de közben félelem fogalmazódott meg bennem.

Vajon nem mi leszünk-e a legnagyobb reklámozói ennek az új terméknek?

Ezen kételyemet több szakmai portál is megfogalmazta, mint az egyik legnagyobb követő bázissal rendelkező e-cigaretta párti egyesület, a FÜSTMENTESEN blogja, júniusi végi bejegyzésében is, mint legnagyobb ingyen reklámot említette meg. És hálásak lehetnek, mert ezzel a hírveréssel ők sem járták rosszul. Mert ha tilos, akkor annak csak illegális piaca lehet. Márpedig azon logika mentén haladva, hogy van, akit a büntetési tétel riaszt el a használattól, akkor komoly esély van arra, hogy ezeket a fogyasztókat a legális piac felé terelik.

A fent említett két nagy szervezeten kívül a Belügyminisztérium, Kopp Mária Intézet, valamint a Gazdasági Versenyhivatal, a Nemzeti Közszolgálati Egyetem, a Nemzeti Népegészségügyi Intézet de még a Drogkutató Intézet is összefogott a jelenség ellen.

Mint ahogy Bíró Marcell a Szabályozott Tevékenységek Felügyeleti Hatóságának elnöke megfogalmazta: **„Az Elf Bar elleni fellépés közös ügyünk, kudarcra vagyunk ítélve, ha az állam mellett ebben a munkában nem vesznek részt a pedagógusok, szülők, családszervezetek és egészségügyi szakemberek. A közösen létrehozott és minden elhivatott szervezet számára nyitott kerekasztal célja a gyors és hatékony fellépés a gyermekeinket érintő aktuális küzdelemben, valamint a tudásmegosztás és az edukáció összehangolása a későbbi kihívások megelőzésére. Fontos, hogy szövetségben, hatékonyan dolgozzunk és védjük meg az iskoláskorúakat az ilyen veszélyektől.”**

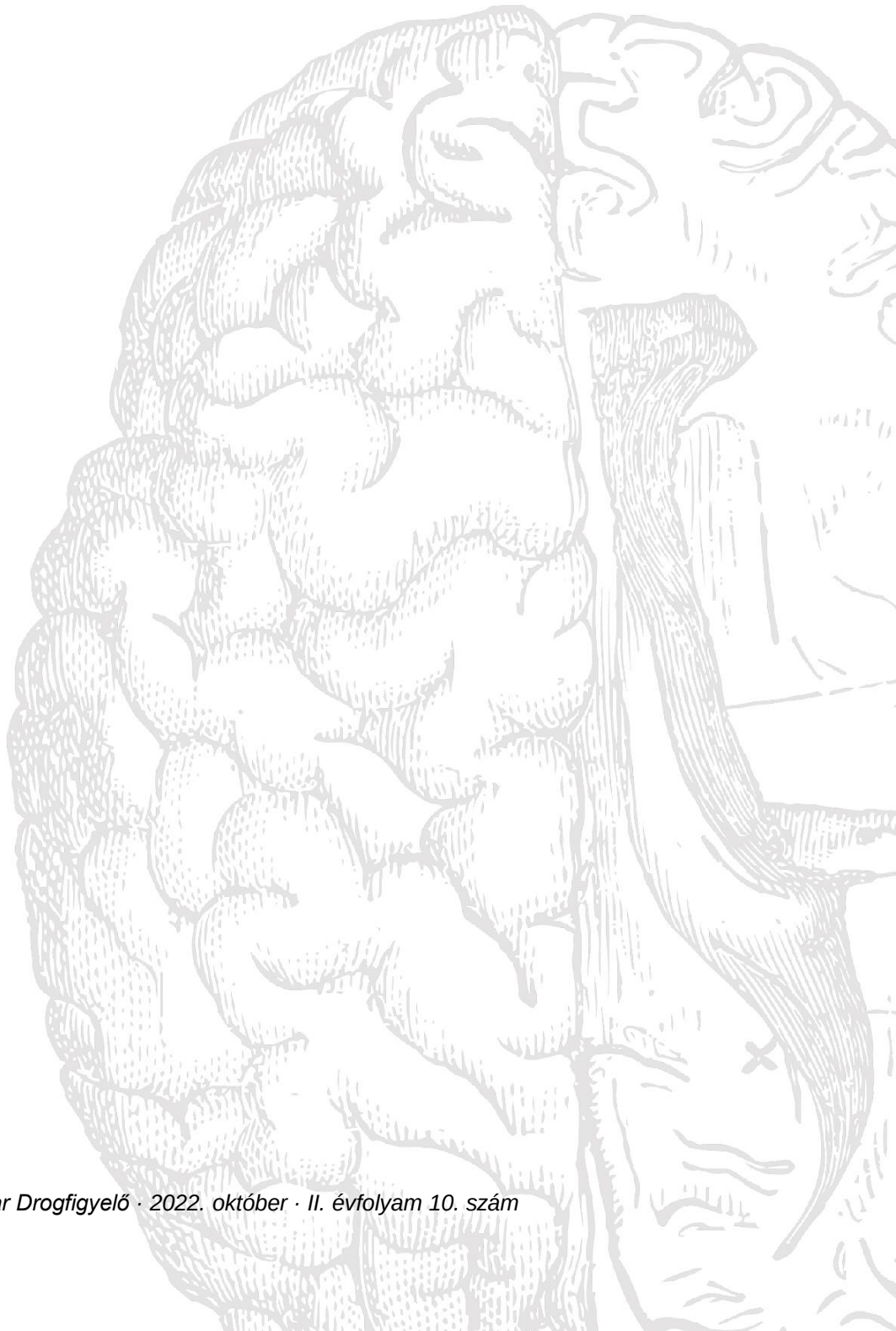
Ennek az együttműködésnek részese az Országos Rendőr-főkapitányság, melynek bűnmegelőzési osztálya feladatul kapta, hogy vegyen részt az együttműködésben. Mi rendőrök oda is tettük magunkat. Mert ugyan a termékkel kapcsolatban, nincs közvetlen rendőri feladat, hisz a Nemzeti Adó- és Vámhivatal illetékes eljárni a kapcsolódó büntető ügyekben. De a legfontosabb célt, a tájékoztatást a diákok, szülők és pedagógusok széles körű elérését velünk együttműködve tudták az összefogásban résztvevők elérni.

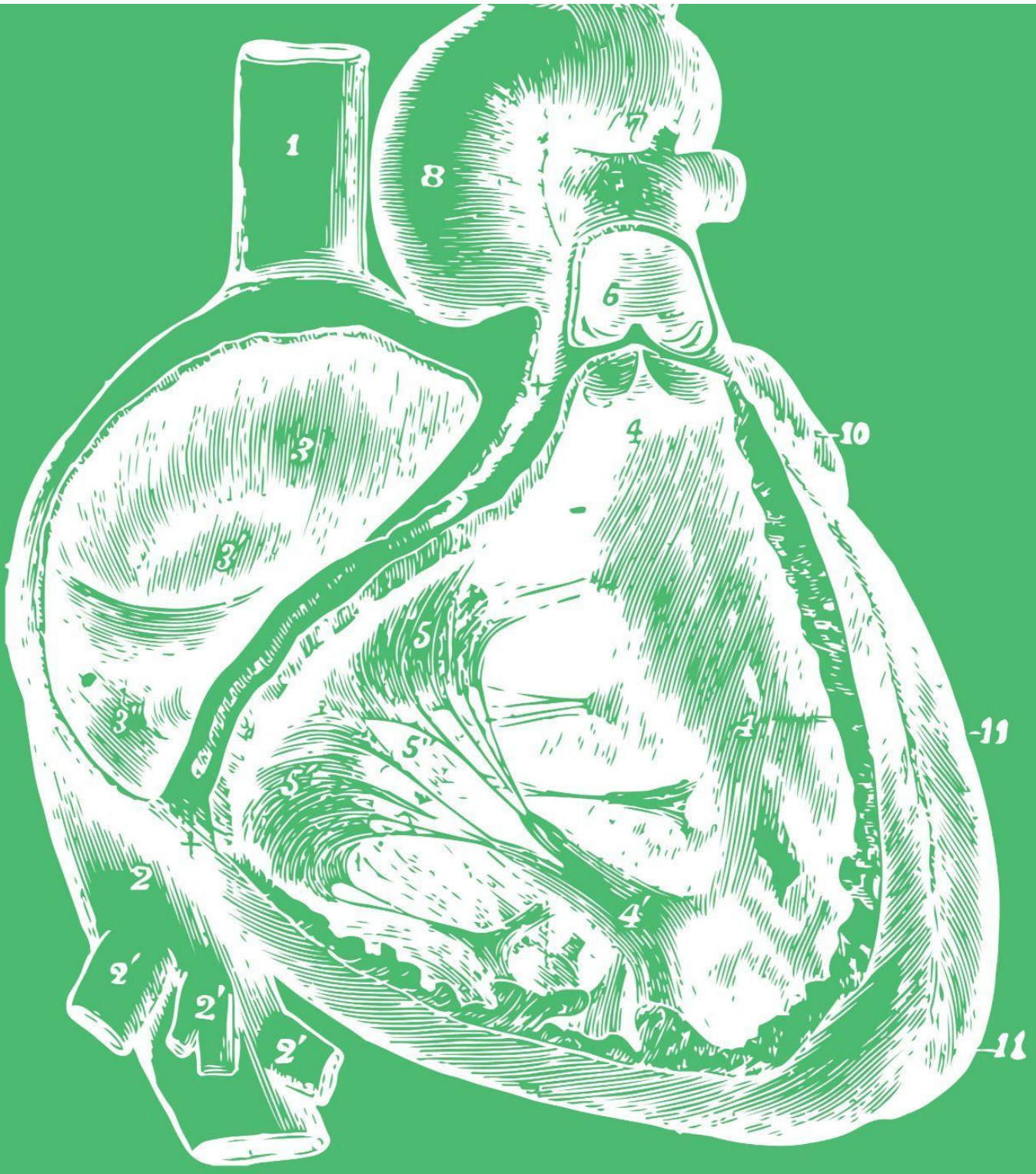
Mi megtettük, amit vállaltunk. A tanév első hónapjában „felpergettük" a motort a prevenció területén. Közoktatási intézményekben folytatott prevenciós feladatokat ellátó kollégáink mindent megtettek, hogy felhívják a figyelmet az Elf Bar veszélyeire.

Az írott formában elkészített tájékoztató anyagot eljuttattuk a kollégáink részére, így az tanévkezdésre rajtuk keresztül eljuthatott az intézmények, diákok, pedagógusok és szülők felé. Országosan 352 rendőr (aki valamilyen prevenciós szakterületen felkészült és rendszeresen tart foglalkozásokat) tartott 1907 előadást 1109 intézményben. Így az információk összesen 72 621 diákhoz jutottak el. Egyéb csatornákon keresztül - iskolai hírlevelek, plakátok, elektronikus és nyomtatott formában - 118 016 szülőhöz és 15 124 pedagógus jutottunk el. Mindeközben közel 500 iskolaőrt is bevontunk abba a körbe, akik felkészültek, és ugyan előadást nem tartanak, de pontos és konkrét tudásuk van az Elf Barról. Tanévkezdéskor már megszokott kép, hogy rendőr, úgynevezett iskolarendőr, teljesít szolgálatot a közoktatási intézmény közelében egész szeptember hónapban. Ezt a több mint 2200 közrendvédelmi területen szolgáló rendőr is felkészült, megismerhette az Elf Bart.

Az adóügyi problémákon túl abban látom igazán az Elf Bar veszélyét, hogy ha megengedjük, elfogadjuk, hogy kisiskolás gyerekek szájában legyen, mondván, ez csak egy játék, nincs

valódi egészségkárosító hatása, azzal a szülők ingerküszöbét visszük egyre lejjebb, az Elf Bar után már nem lesz akkora megdöbbenés, ha cigarettázni fog, ha e-cigit szív gyerekünk, ami bár adóügyileg rendezett dolog, de az egyéni egészség és a népegészségügy szempontjából, az addikció kialakulása miatt komoly veszély.





RECENZIÓK

drogkutató intézet

BÖRTÖNÖK ÉS KÁBÍTÓSZEREK: EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS VÁLASZOK

EMCDDA miniútmutató

HUMLI VIKTÓRIA

A mostani EMCDDA miniútmutató áttekintést nyújt arról, hogy mit kell figyelembe venni a börtönökben tapasztalt kábítószerrel kapcsolatos problémákra adott egészségügyi és szociális válaszok tervezésekor vagy megvalósításakor. Továbbá betekintést ad a rendelkezésre álló beavatkozásokba és azok hatékonyságába. A szakpolitikára és a gyakorlatra gyakorolt hatásokat is megvizsgálja.

Áttekintés

A bűncselekményeket elkövető, és a büntető igazságszolgáltatási rendszerbe kerülő személyek körében magasabb a kábítószer-fogyasztás és az intravénás szerhasználat aránya, mint a lakosság körében.

A kábítószer-fogyasztás többféleképpen is összefügghet a bűnelkövetéssel:

- a kábítószer-problémákkal küzdő elkövetők egy része a kábítószer fogyasztása vagy birtoklása miatt kerül börtönbe;

- sokan mások más kábítószerrel kapcsolatos törvénysértés vagy bűncselekmény elkövetése miatt kerülnek börtönbe.

Ezeknek az egyéneknek az egészségügyi szükségleteit a börtönbe kerüléskor fel kell mérni, és ezt követően rendszeresen nyomon kell követni.

A börtönökben is előfordul kábítószer-fogyasztás, amely mind a fogvatartottak, mind a börtönőrök számára közegészségügyi és közbiztonsági kockázatot jelent.

A nemzetközi kábítószerügyi egyezmények elismerik, hogy a kábítószer-függőségi problémákkal küzdő embereknek egészségügyi és szociális támogatásra van szükségük, és a kényszerítő szankciók helyett alternatívákat tesznek lehetővé a kábítószer-használati problémák megoldására.

Általánosságban elmondható, hogy a közösségben a kábítószer-problémák kezelésében hatékony beavatkozások a börtönökben is eredményesnek bizonyulnak, bár ezt általában kevesebb tanulmány támasztja alá.

A börtönben végzett egészségügyi beavatkozások két fontos alapelve a közösségben nyújtott ellátással való egyenértékűség, valamint az ellátás folyamatossága.

A kábítószer-fogyasztó elkövetők kezelésre való ösztönzése megfelelő alternatívát jelenthet a börtönbüntetés helyett, és ez a megközelítés számos pozitív hatással járhat.

- Számos olyan beavatkozást, amely a közösségben a kábítószer-kereslet csökkentése, valamint a fertőző betegségek megelőzése és visszaszorítása érdekében hatékonynak bizonyult, már végrehajtottak a börtönökben is.
- Bár a börtönökben alkalmazott opioid-agonista kezelésről majdnem minden ország beszámolt, az

továbbra is csak a rászorulók kis hányada számára érhető el.

- Számos európai országban a börtönökben működő egészségügyi szolgálatok és a közösségi szolgáltatók között partnerségek működnek, hogy biztosítsák az ellátás folyamatosságát a börtönbe való belépéskor és a szabaduláskor.
- A legtöbb ország beszámolt a börtönből való szabadulásra való felkészítésről, beleértve a társadalmi reintegrációt és az opioidot használók túladagolásának megelőzését.
- A börtön alternatívái számos európai országban rendelkezésre állnak, bár az elterelésre vonatkozó megközelítések jelentősen eltérnek, és összességében az elérhetőség és a végrehajtás továbbra is korlátozott.

A börtönnel és a kábítószerrel kapcsolatos legfontosabb kérdések

A bűncselekményeket elkövető, a büntető igazságszolgáltatási rendszerbe és a börtönökbe kerülő személyek magas arányban számolnak be élethosszig tartó kábítószer-használatról és károsabb használati szokásokról (pl. injekciózás). Ez teszi a börtönöket és a büntető igazságszolgáltatási rendszert a kábítószerrel kapcsolatos beavatkozások fontos helyszínévé. A kábítószer-használat többféleképpen is összefügghet a bűnelkövetéssel: a kábítószer-használat vagy -birtoklás a törvények megsértésének minősülhet; bűncselekményeket lehet elkövetni a kábítószer megszerzése vagy megvásárlásának finanszírozása érdekében; bűncselekményeket lehet elkövetni kábítószer hatása alatt; és vannak olyan bűncselekmények is, amelyek a kábítószer-kereskedelemhez kapcsolódnak, mint például a dílerek különböző csoportjai közötti erőszak.

A legtöbb uniós országban a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények többsége kannabisz használattal vagy -

birtoklással kapcsolatos. A kábítószer-fogyasztás finanszírozása érdekében elkövetett bűncselekmények, pl. rablás, lopás és betöréses lopás, gyakrabban fordulnak elő a problémás fogyasztási szokásokkal rendelkező személyek körében. Ez utóbbi csoport tagjai gyakran visszaeső bűnelkövetők, és a börtönlakók jelentős részét tehetik ki.

A nemzetközi kábítószerügyi egyezmények elismerik, hogy a kábítószer-függőségi problémákkal küzdő embereknek egészségügyi és szociális támogatásra van szükségük, és a kényszerítő szankciók helyett alternatívákat tesznek lehetővé a problémák kezeléséhez. Ennek ellenére még mindig sok problémás kábítószer-használó ember van börtönben.

A börtönökben előforduló kábítószer-használat közegészségügyi és közbiztonsági kockázatot jelenthet a börtönben tartózkodók és a börtönőrök számára is. A börtönben lévő kábítószer-fogyasztók összetett egészségügyi szükségletekkel rendelkezhetnek, amelyek hatással vannak a bekerüléskor, a bebörtönzés alatt és a szabadulás után nyújtott reakciókra (1. ábra). Mivel e csoport esetében a börtönbüntetés átlagos időtartama néhány hónap, ami közegészségügyi következményekkel jár. A börtönökben a kábítószerrel kapcsolatos problémák kezelésével az egészségi állapot javulhat, ami össztársadalmi előnyökkel jár.

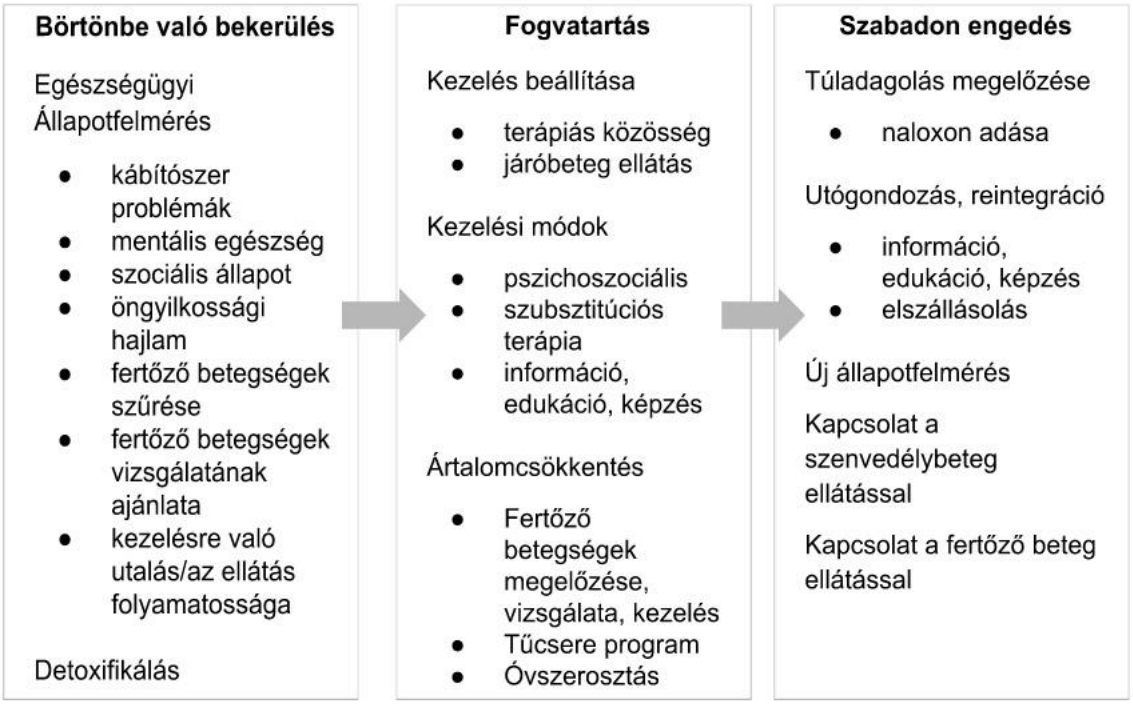
Egyes országokban különös aggodalomra ad okot a szintetikus kannabinoidok növekvő használata a börtönökben. Ezek az anyagok általában nem mutathatók ki a börtönökben alkalmazott szúrópróbaszerű drogtesztekkel, és olcsóbbak, mint más kábítószerek, valamint könnyebb becsempészni őket a börtönbe (URL1).

A börtönökben előforduló kábítószerrel kapcsolatos problémákra adott bizonyítékok és válaszok

Európában számos, a közösségben hatékonynak bizonyult, kábítószerrel kapcsolatos beavatkozást hajtottak végre a börtönökben.

A börtönben végzett egészségügyi beavatkozások két fontos alapelve a közösségi ellátással egyenértékű ellátás, valamint a börtönből való szabadulás előtti és utáni ellátás folyamatossága. Az ember jogi elveket is tiszteletben kell tartani: a fogvatartottaknak emberséges bánásmódot kell biztosítani, és hozzáférést kell biztosítani az ellátáshoz, míg a betegek beleegyezését és a titoktartást tiszteletben kell tartani, a legkiszolgáltatottabb személyek számára pedig humanitárius segítséget kell nyújtani. A börtönben dolgozó egészségügyi személyzet szintén fontos a kezeléshez való hozzáférés biztosítása érdekében. Az ellátás egyenértékűségének elve arra kötelezi a börtönök egészségügyi szolgálatait, hogy a börtönben lévő személyeknek olyan minőségű ellátást nyújtsanak, amely egyenértékű az ugyanabban az országban a lakosság számára elérhetővel, beleértve az ártalomcsökkentő beavatkozásokat is. A jogi vagy strukturális akadályokat le kell küzdeni annak érdekében, hogy a börtönben lévő személyek számára magas színvonalú kezelést és ellátást lehessen biztosítani.

Biztosítani kell az ellátás folyamatosságát a közösségi és a börtönbeli szolgáltatások között mind a börtönbe való bekerüléskor, mind a szabaduláskor. Ennek az elvnek a kábítószer-kezelésre -beleértve az opioid agonista kezelést- és az egészségügyi ellátás minden típusára vonatkoznia kell (1. ábra).



1. ábra. Kábítószerrel kapcsolatos és egyéb egészségügyi és szociális beavatkozások, amelyek a börtönben kábítószert fogyasztó személyeket célozzák, a szabadságvesztés szakaszai szerint.

Beavatkozások a börtönbe való bekerüléskor

Az ellátás folyamatosságával és minőségével kapcsolatos alapvető követelmények teljesítése érdekében a börtönbe való bekerülési rutinok között olyan rendszereknek kell szerepelniük, amelyekkel azonnal a bekerüléskor azonosítani lehet a kezelésre szoruló egyéneket. A börtönbe való belépéskor végzett egészségügyi vizsgálat a börtönök egészségügyi ellátási rendszereinek alapvető gyakorlata. A cél a fizikai vagy mentális betegségek diagnosztizálása, a szükséges kezelés biztosítása és az orvosi ellátás folytatásának biztosítása. Ezenkívül megfelelő szükségletfelmérést és felülvizsgálatot kell végezni annak biztosítása érdekében, hogy a kezelés az egyes személyek szükségleteihez igazodjon. Amennyiben a detoxikálás megfelelő, azt megfelelően kell kezelni. Az akut detoxikáció kezelése magában foglalhatja az elvonás hatásainak tüneti kezelését is. A börtönbe való belépéskor tartott orvosi konzultáció lehetőséget nyújt arra is, hogy az egyén tájékoztatást

kapjon a kezelésről és a megelőzésről, felhívja a figyelmét a kockázatokra, és az ártalomcsökkentésre.

Intervenciók a börtönben tartózkodás alatt

A börtönben folytatott kábítószer-kezelési programok többféleképpen is megvalósíthatók. A járóbeteg-ellátás klinikákon vagy a börtönökön belüli közös helyiségekben végezhető, és magában foglalhat pszichoszociális beavatkozásokat, farmakológiai kezelést és képzési tevékenységeket is.

A börtönön belüli kezelés speciális egységekben történik, ahová a kábítószerrel kapcsolatos problémákkal küzdő személyeket a szükségleteik felmérése után osztják be. A terápiás közösségek a börtönben nyújtott kezelés fő formája, és a közösségi bentlakásos programokhoz hasonlóan működnek. A hatékonyságra vonatkozó adatok korlátozottak, de azt sugallják, hogy a börtönben működő terápiás közösségek előnyösek lehetnek a kábítószer-fogyasztás, az újbóli letartóztatások és az újbóli bebörtönzések csökkentése szempontjából. A börtönökben rendelkezésre állnak a kábítószermentes egységek is - ezek olyan speciális részlegek, amelyek bár nem feltétlenül a kábítószer-kezelésre összpontosítanak, a börtönben kábítószermentes környezetet igyekeznek biztosítani, hogy támogassák az embereket az absztinencia megőrzésében. A hatékonyságukra vonatkozó bizonyítékok azonban hiányoznak.

Pszichoszociális beavatkozások

A pszichoszociális beavatkozások olyan strukturált terápiás folyamatokat foglalnak magukban, amelyek a kliens viselkedésének pszichológiai és szociális aspektusait egyaránt érintik, és amelyek időtartama és intenzitása változó. A pszichoszociális beavatkozás három általános típusát alkalmazzák a kábítószer-fogyasztó személyek kezelésére: a kontingencia-menedzsmentet, a kognitív viselkedésterápiát és a motivációs interjúkészítést. Ezeket a technikákat gyakran

alkalmazzák farmakológiai beavatkozásokkal együtt. Míg a közösségben való alkalmazásuk hatékonyságára van bizonyíték, a börtönkörnyezetben több adatra van szükség.

Opioid agonista kezelés

Európában a metadon vagy a buprenorfin a fő kezelés az opioidfüggőség kezelésére. Azokban a börtönökben, ahol ez elérhető, azok, akik a közösségben részesültek benne, a börtönben is folytathatják a kezelést. A terápia a börtönben is megkezdhető, vagy a büntetés lejárta előtt újra megkezdhető. Bizonyítékok utalnak arra, hogy a metadon a börtönbüntetés alatt csökkenti az injekciózás kockázatát, és növeli a börtönből való szabadulás után a közösségi kezelésbe való bekapcsolódást. Az ellátás folyamatossága a börtönbe való bekerüléskor és onnan való távozáskor kritikus kérdés, mivel a kezelés megszakításakor nagy a túladagolás és a hepatitis C-vírus (HCV) fertőzés átvitelének kockázata. Bár a rendelkezésre álló bizonyítékok korlátozottak, a szubsztitúciós terápia börtönben történő biztosítása, különösen ha a közösségben is folytatódik, csökkentheti a börtönből való szabadulás utáni halálozást. A nyújtott hatóanyag-leadású naltrexon (teljes mü-opioid receptor antagonista) havonta injektálható. Az naltrexon alkalmazása előnyös lehet az opioidhasználat visszaesésének csökkentésében, de még további vizsgálatokra van szükség.

Egyenrangú beavatkozások

A börtönviselt vagy volt börtönviseltek által a börtönviselteknek nyújtott intervenciók célja az egyének egészségi állapotának javítása és a kockázati tényezők csökkentése. A társak közötti tevékenységek különböző módjait ismerjük, úgymint az oktatást, a támogatást, a mentorálást és a hídszerepet. Bár egyes tanulmányok szerint ezek a beavatkozások hatékonyan csökkenthetik a kockázati magatartást, különösen az új pszichoaktív anyagok használatának tekintetében, erre egyelőre nincs szilárd bizonyíték. A büntetés-végrehajtási egészségügyi

szolgálatok és a közösségi szolgáltatók közötti partnerségek szintén fontos szerepet játszanak az új pszichoaktív anyagok használatára és a kapcsolódó ártalmakra vonatkozó egészségügyi felvilágosító és kezelési beavatkozások börtönökben történő megvalósításában.

Az ártalomcsökkentés

Az ártalomcsökkentő beavatkozásokat a börtönökben a kábítószer-használatból származó, az egyénekre és a börtön közösségére gyakorolt egészségügyi és társadalmi ártalmak csökkentése érdekében hajtják végre. A börtönök különösen fontos helyszínt jelenthetnek az intravénás kábítószerhasználókkal való kapcsolattartásban, akiket a közösségben esetleg nehezen lehetett elérni, lehetővé téve az ártalomcsökkentő, tanácsadási, tesztelési és kezelési ellátások nyújtását, mielőtt visszatérnének a közösségbe.

A kábítószer-használathoz kapcsolódó ártalmak csökkentése érdekében számos intézkedés javasolt. Ezek közé tartozik az opioid agonista terápia, a fertőző betegségek tesztelése és kezelése, a védőoltás, a steril injekciós felszerelések kiosztása, valamint a biztonságosabb szerhasználati magatartásra összpontosító egészségfejlesztési beavatkozások. A börtönbe való bekerüléskor és a szabaduláskor a különböző fertőzések (vérrel terjedő vírusok, szexuális úton terjedő fertőzések és tuberkulózis) tekintetében önkéntes tesztelési programok biztosítása, valamint szükség esetén a gyors kezelés biztosítása csökkentheti a fertőző betegségek terjedését a börtönben és a szélesebb közösségben is (URL2). A börtönök egészségügyi személyzetének a fertőző betegségekkel kapcsolatos képzése és a tesztelés elősegítése növeli az aktív esetfeltárást is. A WHO iránymutatása ajánlja az ártalomcsökkentő intézkedések biztosítását a börtönökben, beleértve a tű- és fecskendőprogramokat is, de az ilyen gyakorlatok jelenleg ritkák - e programok kiterjesztése jelentősen hozzájárulhatna az egészség javításához.

Beavatkozások a börtönből való szabadulás után

A szabadulást megelőzően különleges intézkedésekre van szükség a kábítószert használó vagy korábban használt személyek esetében, mivel a börtönből szabaduló személyek egészségi állapota különösen sérülékeny, beleértve a kábítószer-fogyasztás visszaesésének, a túladagolás és a túladagolás okozta halálozás, valamint a fertőző betegségek átvitelének kockázatát. A közösségi kezelésbe való könnyebb átmenet biztosítása érdekében különösen fontos a börtönben működő szolgálatok és a kinti egészségügyi és szociális szolgálatok közötti együttműködés. A börtönből való szabadulásra irányuló beavatkozásoknak két kulcsfontosságú, egymással összefüggő összetevője van: a közösségben működő szolgálatokkal való kapcsolat, hogy a kábítószer-használati problémák és a fertőző betegségek folyamatos kezelése folytatódjon; valamint a túladagolás okozta halálesetek megelőzése a börtönből való szabadulást közvetlenül követő időszakban. A túladagolás okozta halálozás kockázata az opioidokat használó személyek esetében különösen magas röviddel a börtönből való szabadulás után. Az opioidokkal kapcsolatos halálesetek csökkentésére irányuló fő válaszlépések mind a közösségben, mind a börtönben egy sor olyan beavatkozást foglalnak magukban, amelyek célja, hogy megelőzzék a túladagolás kialakulását, és a túladagolás bekövetkezésekor előforduló halálesetek megelőzésére összpontosítanak. A túladagolás veszélyének csökkentése érdekében számos beavatkozást hajtanak végre, többek között a szabadulás előtti tanácsadást, az elsősegélynyújtás és a túladagolás kezelése terén nyújtott képzést, a kábítószer-kezelés folytonosságát biztosító beutalások optimalizálását, valamint a naloxon kiosztását. Az elmúlt években egyre szélesebb körben terjedtek el a “hazavihető” naloxonprogramok, amelyek túladagolási képzést nyújtanak, és elérhetővé teszik a gyógyszert azok számára, akik valószínűleg szemtanúi lesznek

opioid-túladagolásnak. Bár elfogadott, hogy a naloxon visszafordíthatja az opioid-túladagolás potenciálisan halálos hatásait, több adatra van szükség annak megerősítéséhez, hogy a házhoz vitt naloxonprogramok milyen hatással vannak a halálozásra.

A kábítószerrel kapcsolatos probléma csak egy a sok közül, amelyekkel azok az emberek szembesülnek, akik életük egy részét börtönben töltik. A társadalmi marginalizáció és az egyenlőtlenségek jelentős kockázati tényezői mind a kábítószer-fogyasztásnak, mind a bűnelkövetési magatartásnak, ezért olyan integrált, több szervezetet érintő megközelítésekre van szükség, amelyek a kábítószer-fogyasztással és a kábítószerrel kapcsolatos problémákkal együtt kezelik az egyéb fontos egészségügyi és szociális problémákat.

A kényszerintézkedések és büntetések alternatívái

A kényszerítő szankciók alternatívái csökkenthetik a kábítószerrel kapcsolatos károkat azáltal, hogy a kábítószer-problémákkal küzdő elkövetőket olyan programokba terelik, amelyek segíthetnek nekik a kábítószerrel való visszaélés kezelésében, amelyek gyakran a bűncselekmények elkövetésének hátterében állnak. A problémás kábítószer-használattal küzdő elkövetők rehabilitációjának és a bebörtönzéstől való eltérítésének számos pozitív hatása lehet, például a fogva tartás káros hatásainak megelőzése és a börtönrendszer költségeinek (pl. infrastruktúra, személyzet stb.) csökkentéséhez való hozzájárulás. Eddig azonban kevés programot értékeltek, ezért a tudásbázis korlátozott. Ahol voltak értékelések, azokat többnyire Európán kívül végezték.

A kényszerítő szankciók alternatíváinak számos típusa létezik, és ezeket a büntetőjogi eljárás különböző szakaszaiban lehet alkalmazni, a letartóztatástól az ítélethozatalig. Egy nemrégiben készült európai tanulmány szerint a 27 uniós tagállamban a kényszerintézkedések alternatíváinak 13 különböző formája áll

rendelkezésre. Ezek az egyszerű figyelmeztetéstől, vagy az intézkedés mellőzésétől kezdve a speciális kábítószer-kezelésre való beutalásig terjedtek. A börtönnel szembeni alternatívák a kényszerintézkedések egy speciális típusát jelentik, és magukban foglalják a felfüggesztett büntetést, amelynek feltétele a kábítószer-ellenes kezelésen való részvétel, vagy a börtönben történő kezeléshez való hozzájárulás a bebörtönzés időtartamának lerövidítése érdekében.

Bár a bizonyítékok nem erősek, úgy tűnik, hogy a siker kulcsa mégis az, hogy a különböző típusú és szintű kábítószer-problémákkal küzdő egyének igényeinek megfelelő beavatkozások a rendelkezésre állnak. További tanulmányokra van szükség a kényszerítő szankciók alternatíváival kapcsolatos tudásbázis javításához, különös tekintettel azokra a csoportokra, amelyek a legtöbbet profitálhatnak belőlük, valamint a büntető igazságszolgáltatási folyamat azon szakaszaira, amelyekben a legjobban alkalmazhatóak.

Európai kép: a kábítószerrel kapcsolatos intervenciók elérhetősége a börtönökben

Az európai országokban számos olyan intézkedést vitattak meg és hajtottak végre, amelyek potenciálisan befolyásolhatják a bebörtönzések arányát, csökkentve a kábítószer-fogyasztás és a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények miatt börtönbüntetést töltő vagy más büntetési formáknak alávetett személyek számát. Ezek közé tartozik a kábítószer-fogyasztás dekriminalizálása, a 12 hónapnál rövidebb időtartamú büntetések eltörlése és a kényszerítő szankciók alternatíváinak biztosítása.

A börtön helyett számos európai országban léteznek alternatívák, bár az elterelés megközelítései jelentősen eltérnek egymástól, és a rendelkezésre álló lehetőségek korlátozottak. Néhány európai ország úgy döntött, hogy széles körű rehabilitációs megközelítést alkalmaz. Ott, ahol ilyen

szabályozást fogadtak el, gyakran utánkövetés vagy értékelés nélkül hajtják végre, noha az ilyen kezdeményezések hosszú távon kifizetődők lehetnek, mivel olyan információkat szolgáltatnak, amelyek felhasználhatók e programok hatékonyságának és eredményességének javítására.

Számos országban léteznek partnerkapcsolatok a börtönökben működő egészségügyi szolgálatok és a közösségi szolgáltatók között annak érdekében, hogy biztosítsák az egészségügyi felvilágosítást és kezelést a börtönben, valamint az ellátás folyamatosságát a börtönből való szabadulás után is.

A 2000-es évek elejéhez képest számos európai országban javult a börtönben lévő kábítószer-fogyasztó személyek szükségleteire irányuló ellátási szolgáltatások elérhetősége és szintje; ugyanakkor a legtöbb esetben ezek az egyének a kezelési lehetőségek korlátozott választékával szembesülnek, és az egyenértékűség és az ellátás folyamatosságának elve az európai országok többségében továbbra sem valósultak meg.

Számos, a közösségben hatékonynak bizonyult kábítószer-keresletcsökkentő beavatkozást végrehajtottak a börtönökben is, de gyakran késéssel.

A börtönben alkalmazott ártalomcsökkentő intézkedések megközelítései, célcsoportjai és módozatai országonként eltérőek. A fertőző betegségek megelőzésére és ellenőrzésére irányuló beavatkozások, beleértve a tesztelést és a hepatitis B-vírus (HBV) elleni védőoltást, valamint a HIV és a hepatitis C kezelését, továbbá a fertőzések kockázatáról és megelőzéséről szóló oktatást, a legtöbb országban elérhetőek. A gyakorlatban azonban a teszteléshez és kezeléshez való hozzáférés továbbra is alacsony. A tiszta injekciós eszközök biztosítása ritka, és csak néhány európai börtönben áll rendelkezésre.

Számos európai ország arról számol be, hogy nem adnak megfelelő reakciókat az új pszichoaktív szerek börtönökben történő használatára. Egyes esetekben a börtönszemélyzet

számára képzéseket biztosítanak, amelyek középpontjában ezek az anyagok állnak. A világ más részein rendelkezésre álló válaszok szintén korlátozottak, de az Egyesült Királyságban az új pszichoaktív anyagok elleni küzdelemre átfogó programot hajtottak végre, amely a kapcsolódó jogszabályi változásokra vonatkozó rendelkezéseket tartalmazott. Ide tartozik még a nemzeti stratégia és cselekvési terv, a dohányzási tilalom, új drogtesztek kifejlesztése, tájékoztatási kampányok, és a program tartalmazott egy eszköztárat (URL3) is, amely a börtönszemélyzetet segíti az ilyen kábítószerek használatának felismerésében.

A legtöbb európai ország beszámol a börtönökben végzett drogtesztekről. A drogtesztek alkalmazásának mértéke, valamint az azt kiváltó alkalmak és körülmények azonban joghatóságonként eltérőek. Finnország például jellemzően évente több ezer elvégzett drogtesztről számol be, míg Luxemburgban csak a kábítószer-használat gyanúja esetén kerül sor drogtesztelésre, és még akkor is ritkán alkalmazzák.

A legtöbb országban valamilyen módon előkészítik a börtönből való szabadulást, beleértve a társadalmi reintegrációt és a külső szolgáltatásokhoz való irányítást. Számos ország számolt be olyan programokról, amelyek célja, hogy a börtönből való szabadulást követő időszakban csökkentsék a kábítószer-túladagolás okozta halálozás magas kockázatát. Ezek a kezdeményezések magukban foglalják a túladagolásról szóló tájékoztatást, valamint néhány esetben szabaduláskor az egyének naloxonnal való ellátását.

Elvek és gyakorlat - összefoglalás

Az ellátás egyenértékűségének és folyamatosságának elve megköveteli, hogy a börtönben lévő kábítószer-problémákkal küzdő személyek számára ugyanolyan, bizonyítékokon alapuló beavatkozásokat biztosítsanak, mint amilyenek a közösségben

is rendelkezésre állnak. Ez különösen fontos a rövid időre bebörtönzöttek esetében.

Számos, a közösségben hatékonynak bizonyult, kábítószerrel kapcsolatos beavatkozást alkalmaznak a börtönökben Európa-szerte, azonban még mindig korlátozott kezelési lehetőségekkel szembesülnek a fogvatartottak.

Fontos, hogy a börtönből való szabadulásra való felkészülés magában foglalja a társadalmi reintegrációt támogató tevékenységeket és a túladagolás megelőzésével kapcsolatos képzést.

A nemzetközi egyezmények potenciálisan értékes lehetőségként ismerik el a kényszerítő szankciók alternatíváit.

A börtön olyan környezetet biztosít, ahol a beavatkozások elérhetik a kábítószer-fogyasztó személyek bizonyos csoportjait, akiket a közösségben működő kábítószer- és egészségügyi szolgálatok gyakran nehezen érnek el.

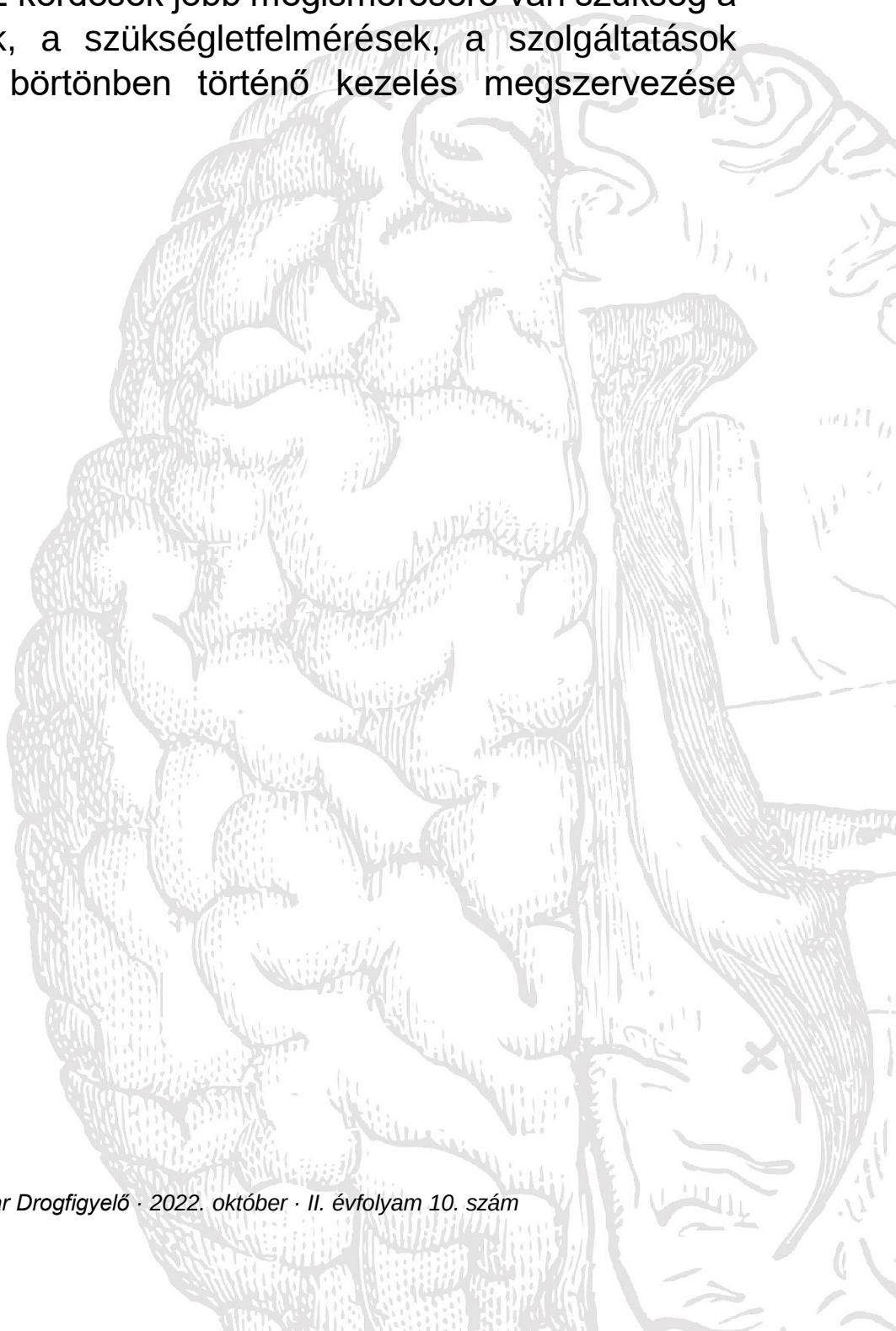
Ha a börtönben lévő személyek számára ártalomcsökkentő, tanácsadási, tesztelési és kezelési szolgáltatásokat nyújtanak, mielőtt visszatérnének a közösségbe, a börtönben lévők és a közösség egészségi állapota is javulhat, ami össztársadalmi előnyökkel jár.

A kényszerítő szankciók alternatíváinak használatának növelése, továbbá az alkalmazásukat szabályozó jogszabályok felülvizsgálata, valamint a közvélemény és a szakemberek hozzáállásának kezelése javíthatja a hosszú távú eredményeket és csökkentheti a büntető igazságszolgáltatás kiadásait.

Bár a legtöbb európai ország beszámolt arról, hogy a börtönökben opioid-agonista kezelést biztosítanak, az opioidokat használó személyek számára nyújtott ilyen szolgáltatások elérhetősége és azok lefedettsége sok országban továbbra is alacsony - e programok bővítése jelentősen hozzájárulna az egészségügy javulásához.

Tanulmányokra van szükség a kényszerítő szankciók alternatíváival kapcsolatos tények megismeréséhez, különös tekintettel azokra a csoportokra, amelyek a legtöbbet profitálhatnak belőlük, valamint a büntetőjogi eljárás azon szakaszaira, amelyekben a legjobban alkalmazhatóak.

Továbbra is kevés adat áll rendelkezésre a kábítószer-fogyasztás elterjedtségéről a bebörtönzött személyek körében, a szolgáltatások iránti igényről és az ilyen beavatkozások elérhetőségéről. E kérdések jobb megismerésére van szükség a politikai döntések, a szükségletfelmérések, a szolgáltatások tervezése és a börtönben történő kezelés megszervezése érdekében.



Források

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2022), Prisons and drugs: health and social responses, https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/prisons-and-drugs-health-and-social-responses_en

URL1: https://www.emcdda.europa.eu/spotlights/synthetic-cannabinoids_en

URL2: https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/drug-related-infectious-diseases-health-and-social-responses_en

URL3: https://www.gov.uk/government/publications/new-psychoactive-substances-toolkit-prison-staff

A KRÓNIKUS FÁJDALOM CSILLAPÍTÁSA KANNABISZ TERMÉKEKKEL?

BARÁTH NOÉMI EMŐKE

A legújabb amerikai szakirodalom elemzés eredményei szerint a kannabisz termékek rövid távon csökkentik a krónikus fájdalmat, de más hatásai is vannak még. A kannabisz és a kapcsolódó termékek hatása azon alapul, hogy képesek utánozni a szervezet saját endokannabinoid rendszerét. A rendszer az idegrendszerben található receptorokból és enzimekből áll, amelyek szabályozzák a testi funkciókat és befolyásolhatják a fájdalomérzetet. A minták áttekintésében a kutatók a terméktípusokat magas, összehasonlítható és alacsony THC-CBD arányok szerint osztályozták, és összehasonlították a jelentett előnyeiket és mellékhatásaikat.

Az Oregon Egészségügyi és Tudományos Egyetem kutatói által készített áttekintés szerint a kannabiszhoz kapcsolódó termékek krónikus fájdalom kezelésére szolgáló hatékonysága mögött meglepően kevés bizonyíték áll rendelkezésre.

A szövetségi finanszírozású felülvizsgálatot, amelyet folyamatosan frissítenek, júniusban tették közzé az Annals of Internal Medicine-ben.

A kutatók bizonyítékot találtak arra vonatkozóan, hogy kannabisz a perifériás idegek károsodása által okozott neuropátiás fájdalom kezelésében rövid távú előnyökkel járhat. A felülvizsgálat szerint az FDA által jóváhagyott szintetikus termék a dronabinol (Marinol

márkanéven) és a nabilon (Cesamet) jelentős mellékhatásokhoz vezet, beleértve az ájulást és a szédülést.

Egy másik termék, a kannabisz növényből kivont, egyenlő arányban THC-t és kannabidiolt vagy CBD-t tartalmazó szublingvális spray, az úgynevezett nabiximol esetében szintén a neuropátiás fájdalom tompítható, bár ez a termék nem kapható az Egyesült Államokban, de olyan mellékhatásokkal kell számolnia a használónak mint, például hányinger, szedáció jellegű ellazult állapot és szédülés.

"Általánosságban elmondható, hogy a bizonyítékok korlátozott mennyisége mindannyiunkat meglepett" - mondta Marian S. McDonagh, a vezető szerző, a Pharm. D., az OHSU Orvostudományi Karának orvosi informatika és klinikai epidemiológia emeritus professzora. „A kannabiszhoz kapcsolódó termékek körüli nagy felhajtás és a szabadidős és gyógyászati célú marihuána sok államban való könnyű elérhetősége miatt a fogyasztók és a betegek azt feltételezhetik, hogy több bizonyíték áll rendelkezésre az előnyökről és a mellékhatásokról.

Sajnos nagyon kevés tudományosan megalapozott kutatás létezik a legtöbb ilyen termékkel kapcsolatban. A kannabisszal kapcsolatos kohorsz tanulmányok között csak egy kis csoport található, akik nem a krónikus fájdalom kezelésvel kapcsolatos választ tűzték zászlójukra."

Oregonban, Washingtonban és 20 másik államban a szavazók legalizálták az orvosi és rekreációs célú marihuánát, azonban a kutatók azt találták, hogy az Egyesült Államok gyógyszertáraiban jelenleg kapható termékek közül sokat nem tanulmányoztak alaposan.

"Egyes kannabisz termékekre, például a teljes növényi termékekre vonatkozó adatok nem voltak teljeskörűek, pont hatás becslésekkel dolgoztunk ezért a tanulmányoknak módszertani korlátai voltak" - írják a szerzők.

“Ez a helyzet megnehezíti a betegek tájékozódását. A kannabisz termékek kémiai összetételüket tekintve meglehetősen eltérőek, számolni kell a betegek szempontjából a kockázatokkal és előnyökkel is." - Roger Chou, M.D.szerző, az OHSU Pacific Northwest Evidence-alapú gyakorlati központjának igazgatója.

Az irodalomkutatást, beleértve az eredmények vizuális absztrakt összefoglalását, egy új webalapú eszközön is megosztják, amelyet az OHSU és a VA Portland Health Care System indított az év elején, hogy segítse a klinikusokat és a kutatókat értékelni a legfrissebb eredményeket, abban az esetben, ha a beteg kannabiszt használ. A marihuánával kapcsolatos bizonyítékok szisztematikus tesztelése vagy STEM néven ismert projekt „klinikusok rövid ismertetőit” tartalmazza, amelyek segítenek az egészségügyi dolgozóknak a klinikai következmények, hatások értelmezésében.

"Ez az új bizonyítékokat áttekintő tanulmány pontosan az a fajta erőforrásként is szolgálhat a klinikusoknak, hogy milyen ígéretes területek kezelése kapcsán tűnik jónak a beteg szempontjából, valamint rávilágíthat arra, hogy ismeretbeli hiányosságok vannak a kannabisz-készítményekkel kapcsolatban” - mondta a társszerző, Devan Kansagara, az OHSU Orvostudományi Iskola orvosprofesszora és a VA portlandi intézet munkatársa.

A kutatók ez év januárjában több, mint 3000 tanulmányt kerestek a tudományos szakirodalomban, és összesen 25 tudományosan érvényes bizonyítékot tartalmazó vizsgálatot találtak – 18 randomizált, kontrollált vizsgálat és hét, legalább négyhetes megfigyeléses vizsgálati kitételnek megfelelően.

A dronabinol és a nabilon a magas THC/CBD arány kategóriába illeszkedik, 100%-os THC-vel (CBD nélkül), ami a legtöbb előnyt mutatja a vizsgált termékek közül, a hat randomizált, kontrollos

vizsgálat metaanalízise pedig statisztikailag érvényes előnyöket mutat a neuropátiás fájdalom enyhítésében.

Két placebo-kontrollos RCT (n = 297) a teljes növényi kannabiszból kivont magas THC-CBD arányú termékeket tanulmányozta. A vizsgált termékek nagymértékben különböztek mind a THC-CBD arányban (1,4-3:1 vs. 48-60:1), mind a napi adagban (5-25 mg THC vs. átlagos napi 4,4 mg THC). Az összevont elemzésben a fájdalom súlyossága javult ezekkel a magas THC-CBD arányú extrahált termékekkel, de a hatás nem volt statisztikailag szignifikáns a haszon mértékének heterogenitása miatt. Ebben a kombinált becslésben nagyfokú heterogenitás volt, ami nem tette lehetővé a következtetések levonását. Fájdalomreakcióról (a fájdalom ≥30%-os javulásának aránya) nem számoltak be. A másodlagos kimenetelek tekintetében a fibromyalgiában szenvedő betegek 1 RCT-je (n = 17) arról számolt be, hogy a fizikai működés nem javult (Fibromyalgia Impact Questionnaire, 0-10 alskála; MD, 1,75 [CI, -0,46-3,98]), és hogy az életminőség javult (Fibromyalgia Impact Questionnaire 0-100 skála; MD, 36,0; P = 0,005) a placebóhoz képest magas THC-CBD arányú extrahált termékekkel. Ezeket az elemzéseket azonban nem korrigálták a csoportok közötti potenciálisan fontos különbségekhez az alapértékekben. A depresszió és a szorongás tekintetében nem találtak különbséget a csoportok között. A sclerosis multiplexben szenvedő betegek nagyobb vizsgálatában (n = 277) a magas THC-CBD arányú extrahált termékek a nemkívánatos események miatti vizsgálatból való kilépés nagymértékben megnövekedett kockázatával jártak együtt (13,9% vs. 5,7%; RR, 3,12). CI, 1,54-6,33]) és szédüléssel (62,2% vs. 7,5%; RR, 8,34 [CI, 4,53-15,34]) a placebóval összehasonlítva. A súlyos nemkívánatos események aránya nem különbözött statisztikailag szignifikánsan a csoportok között (4,9% vs. 2,2%; RR, 2,19 [CI, 0,58-8,28]).

A tanulmány egyik fontos erőssége, hogy kategórizálja a kannabisztermékeket a THC és a CBD mennyisége szerint,

potenciális keretet biztosítva az ezen a területen végzendő jövőbeni tanulmányokhoz. Ez az osztályozási rendszer tette lehetővé azt, hogy eltérő következtetésekhez jussanak a kutatók. Például egy közelmúltban végzett, magas színvonalú áttekintés közepes bizonyosságú érvet talált arra vonatkozóan, hogy a nem belélegzett kannabinoidok csekély hatást gyakoroltak a fájdalomra a placebóval szemben, és a kannabinoidokat csak a beadás módja szerint kategorizálták. Ez az áttekintés nem vette figyelembe a THC-CBD arányt, beletartozott a kannabinoidok közé nem sorolt termékekbe, 4 hétnél rövidebb vizsgálatokat tartalmazott, és nem rétegzett a nyomon követés időtartama szerint, ami potenciálisan korlátozza az eredmények alkalmazhatóságát. A krónikus fájdalom kezelésére szolgáló kannabisz alapú termékekre vonatkozó bizonyítékok alapja számos fontos korláttal rendelkezik, amelyek befolyásolják a leletek alkalmazhatóságát és azt a képességünket, hogy megértsük az egyes termékek adott betegekre gyakorolt hatását. A fő korlát az egyes kannabisz termékekről (például a THC-CBD arányról vagy a kivont termékek tisztaságáról) szóló, nem szabványosított és következetlen jelentések, valamint a különböző termékekre vonatkozó megfelelő vizsgálatok hiánya, amelyek lehetővé tennék az olyan tényezők elemzését, mint a készítmény, az adagolás módja, az adagot vagy adagolási rendet. Az Egyesült Államok Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hivatala által jóváhagyott két gyógyszerkészítményen (dronabinol [Marinol, AbbVie Pharmaceuticals] és nabilonon [Cesamet, Bausch Health]) kívül minden esetben nem világos, hogy a vizsgált termékek elérhetők-e az Egyesült Államokban. Egyes kannabisz termékekre, például a teljes növényi eredetű termékekre vonatkozóan az adatok szűkösek, a hatásoknak pontatlan becslései vannak, és a vizsgálatoknak módszertani korlátai voltak. További korlátozások közé tartoznak a populációk (korlátozott adatok a neuropátiás fájdalmon kívüli állapotokról; pszichiátriai betegségben vagy más társbetegségben szenvedő betegek, mint például fájdalom nélküli görcsösség; idősebb felnőttek és gyermekek) és az eredmények (a klinikailag fontos betegség valószínűségére vonatkozó adatok hiánya vagy nem megfelelő a fájdalom, a funkció, az opioidhasználat vagy a

hosszú távú kimenetelek javulását, beleértve a fontos ártalmakat).

Összefoglalva, az orális, szintetikus, magas THC-CBD arány és a nyelv alatti, növényi kivonatú, összehasonlítható THC-CBD arányú kannabisz-beavatkozások összefüggésbe hozhatók az elsődlegesen neuropátiás krónikus fájdalom rövid távú javulásával, valamint a szédülés és a szedáció fokozott kockázatával. A többi termékkel kapcsolatos bizonyíték nem volt elegendő, vagy hiányzott. További tanulmányokra van szükség a hosszú távú eredményekről és a termékösszetétel hatásainak további értékeléséről.

"Őszintén szólva, a legjobb tanács az, hogy beszéljen az elsődleges orvosával a krónikus fájdalom lehetséges kezeléseiről" - mondta McDonagh. "Ha fontolóra szeretnéd venni a kannabiszt, beszélned kell az orvosoddal."

Az eredeti cikk itt olvasható:

Marian S. McDonagh, Benjamin J. Morasco, Jesse Wagner, et al; Cannabis-Based Products for Chronic Pain: A Systematic Review. Ann Intern Med. [Epub 7 June 2022]. doi:10.7326/M21-4520