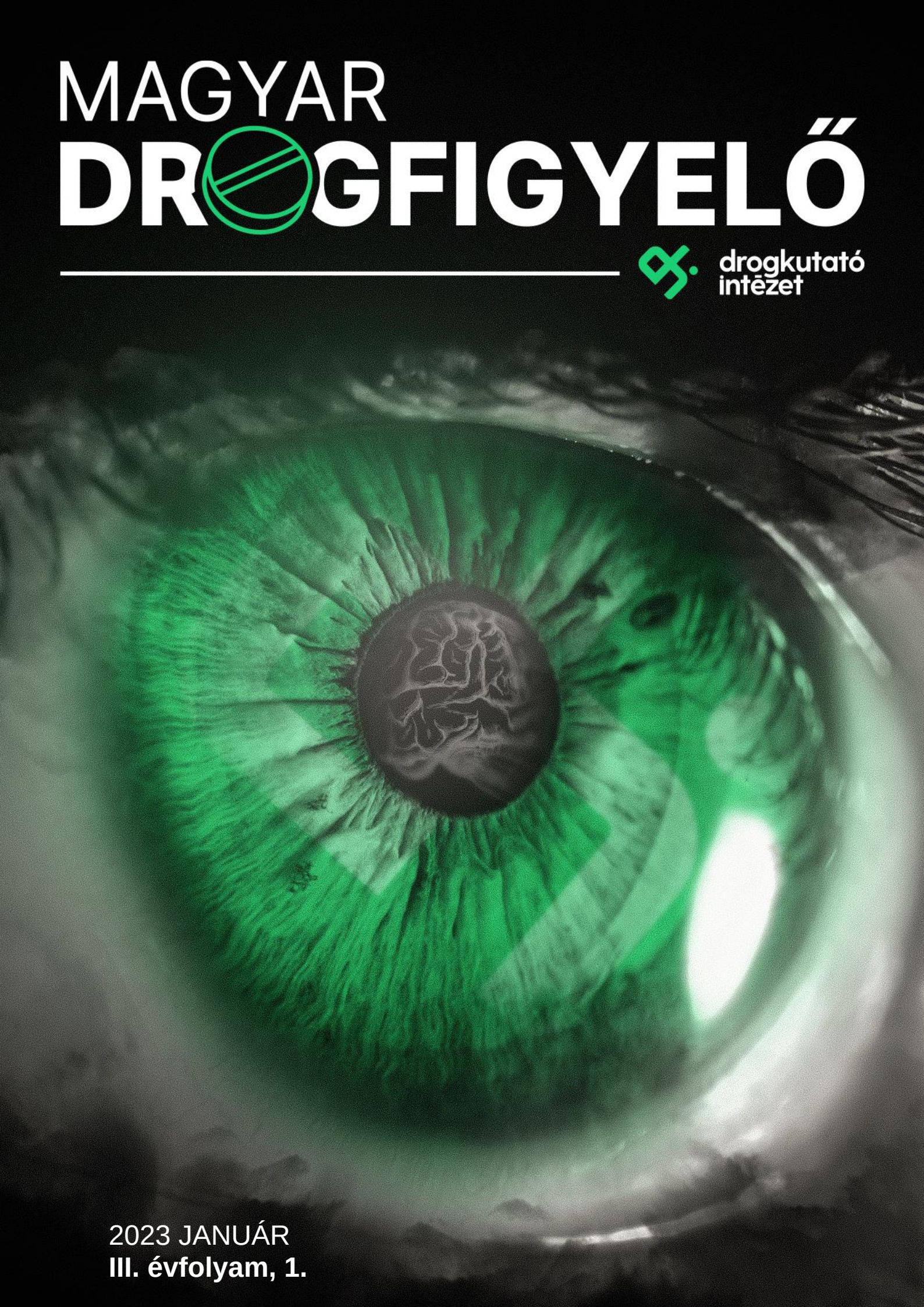
MAGYAR DROGFIGYELŐ

drogkutató intézet



2023 JANUÁR
III. évfolyam, 1.

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
Dr. Kovács István
Dr. Mátyás Szabolcs
Dr. Németh Zsolt
Dr. Sivadó Máté

Főszerkesztő: Dr. Molnár István Jenő

Olvasószerkesztő: Tóth Enikő
Gulyás Éva
Bozsó Dorottya

Szerkesztőségi munkatársak: Dallos Laura

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

Felelős kiadó: Gremsberger Bertalan 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.

A folyóirat a **Batthyány Lajos Alapítvány** támogatásával készült.

TARTALOM

Interjú

KIÚT A FÜGGŐSÉGEK RABSÁGÁBÓL – INTERJÚ CZELLER PÉTERREL

Tóth Enikő

Havi aktuális

SZIGOR ÉS KÖVETKEZETESSÉG: EREDMÉNYES DROGPOLITIKA IZLANDON

Dr. Molnár István Jenő

Drogmonitor

A MARIHUÁNA HASZNÁLATA ELŐSEGÍTI AZ OPIOID FÜGGŐSÉG KIALAKULÁSÁT

Bozsó Dorottya

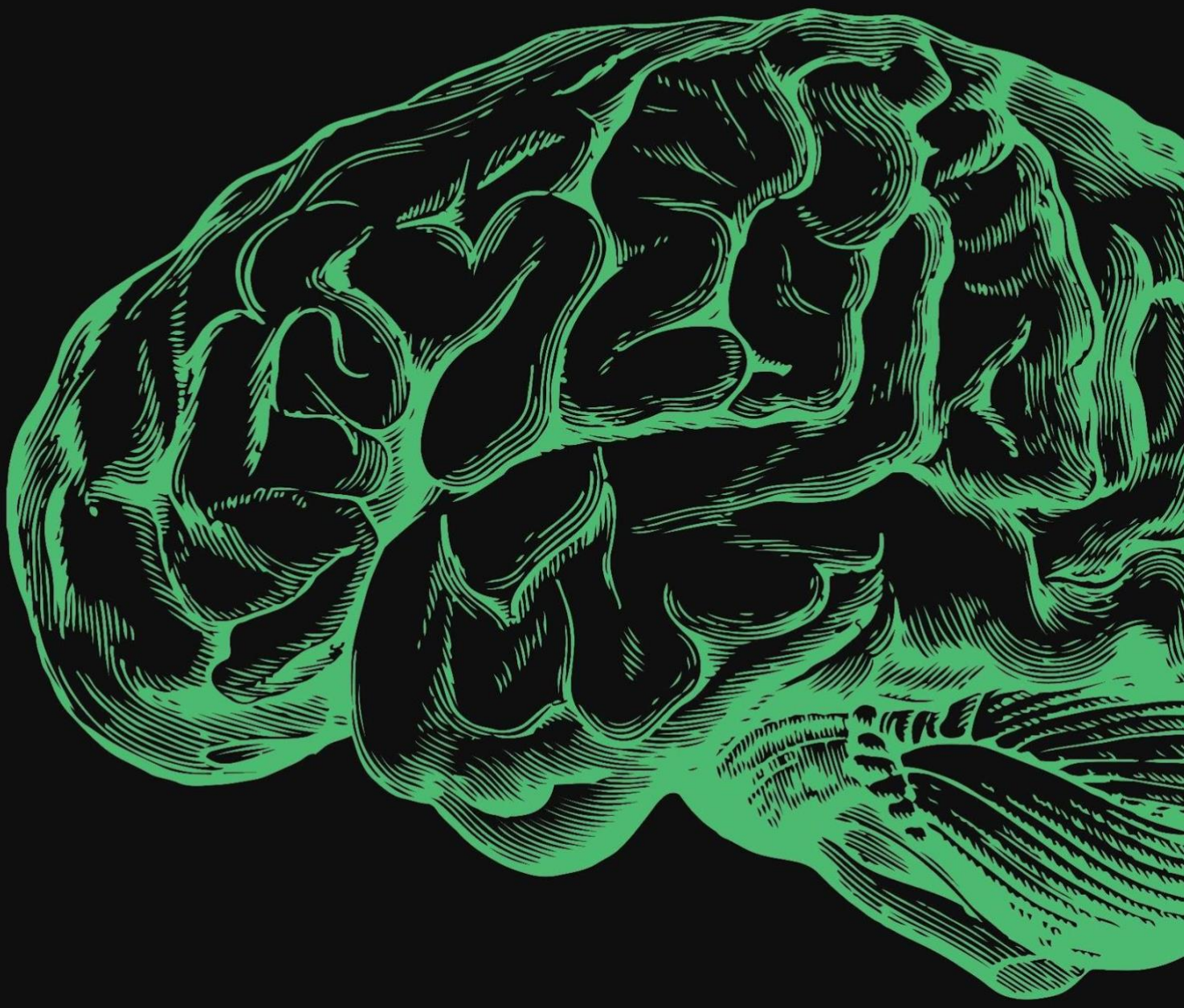
Recenzió

A CSILLAPÍTÓ TÁRSADALOM - A FÁJDALOM MA

Pék László

EMCDDA MINI ÚTMUTATÓ – HAJLÉKTALANSÁG ÉS KÁBÍTÓSZER: EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS VÁLASZOK

Gulyás Éva



INTERJÚ

drogkutató intézet

KIÚT A FÜGGŐSÉGEK RABSÁGÁBÓL – INTERJÚ CZELLER PÉTERREL

TÓTH ENIKŐ

„Szerintem mindig az okot kell megtalálni, hogy valaki miért kezd el kábítószert használni. Az, hogy ki mit használt és mennyi ideig, már csak abból a szempontból érdekes, hogy mennyire tudta a szer tönkre tenni az életét”

Czeller Péter a Bázis Addiktológiai Szolgálat munkatársaként a Nyírő Gyula Kórházban vezet addiktológiai csoportot és gondoz elő klienseket. Mellette az egyik televíziós csatornánál dolgozik, mint kameraman és szívügye az Empatika nevű önismereti és személyiségfejlesztő csoport vezetése, melyet a Fecske Egyesület és az Útitárs Szolgálatának keretében végez.

De nem volt ez mindig így, multiaddiktív személyiségként hosszú utat járt be idáig, 30 év masszív alkoholizmusa és kábítószer-függősége végig kísértette, hiába volt népszerű, polgárpukkasztó, rendszerellenes punk zenekarok frontembere, vagy éppen sikeres üzletember. Az alkohol,

marihuána, szipu, amfetamin, kokain, heroin, kristály és mindenfajta dizájner drog, amihez csak hozzájutott rabul ejtették, míg végül a szállókról is kitiltott, reménytelen esetnek bélyegzett hajléktalanként kapott egy utolsó esélyt.

Hogyan jelent meg az életedben a szerfogyasztás?

Polgári családból származom és aránylag jó neveltetést kaptam. Édesapám nem volt alkoholista, de szociálisan fogyasztott, viszont nem volt észrevehető hatással rá az alkohol. Vasárnapi ebéd után, mikor töltött magának egy sört, vagy fröccsöt, általában megkínált belőle. Én mindig szívesen fogadtam és éreztem a „jótékony" hatását. Megfigyeltem, hogyha fogyasztok, akkor oldottabb, felszabadultabb, közvetlenebb leszek, elmúlik a szorongásom, oldódnak a gátlásaim. Tudattalanul vadásztam ezekre az élményekre, amik aztán kezdtek egyre rendszeressebbé válni. Tizenhat évesen kezdtem az ivást, ami most már nem számít korai időpontnak, de abban az időben nekem még az volt. Mikor a barátaim körében is megjelent az alkohol és a kikapcsolódásunk része volt, megfigyeltem, hogy valamiért nekem ugyanannak a hatásnak az eléréséhez nagyobb mennyiség kell, mint a többieknek, rendszeresen túl is fogyasztottam. Akkor még nem tudtam, hogy ez már a függőség kialakulásának a jele.

Mi volt a függőséged következő tárgya?

Középiskolai osztálytársam, Pajor Tamás amikor megalapította a Neurotic együttest, aminek én is tagja voltam, a próbákon, illetve a fellépéseken mindenki fogyasztott alkoholt - úgy, hogy meg is látszott rajtunk, aztán

nem sokkal később bekerült a képbe a fűhasználat is. Abban a szubkultúrában, amiben mozogtunk a 80-as években ez nagyon jellemző volt, mivel Magyarországon akkor még nem volt ismert a kannabisz, így mindenféle korlátozás nélkül használhattuk akár nyilvános-, közösségi tereken, vagy koncerttermekben. A rendőrök nem ismerték fel a szagát, így nem is nagyon tudták ezt kontrollálni. Mi részben azért is használtuk, mert azt gondoltuk, hogy a fű növeli a kreativitást, amit talán egy ideig így is él meg az ember – bár egy nem olyan régi kutatás[A] eredményei alapján már kijelenthető, hogy megdőlt ez a tévhit[B]. Nekem az a tapasztalatom és az álláspontom, hogy egyetlen szer sem okoz – csak maximum nagyon rövid ideig kreativitást. Egy idő után ezek a szerek olyan beszűkült állapotot generálnak, ami inkább korlátozza a kreativitást.

Azt mondod magadról, hogy politoxikomán/ multiaddiktív szerhasználó voltál. A marihuána és az alkohol mellé az évek során jöttek más szerek is. Mik voltak ezek?

A függőségem következő állomása a szipu volt, amiről hiába köztudott, hogy mennyire káros, agysejt-romboló, mégis bevállaltam. Ezektől a különböző illó vegyületektől olyan önkívületi állapotba is tudtunk kerülni, hogy egyáltalán nem érdekelt, hogy mit szól a környezetünk. Olyan tetteket hajtottunk végre, amiket utólag jó lett volna el sem követni, megbánni, de a megbánásra inkább megint használtunk. Ez olyan mértékben elhatalmasodott az éppen tinédzserkor végén járó baráti társaságban, hogy tulajdonképpen reggeltől estig használtuk. Ekkor kezdtem el lopni, egyre nagyobb mértékben, és ha ennek a súlyosságát nézzük, akkor valószínűleg letöltendő börtönbüntetésre ítéltek volna. Ezt azért mondom így, hogy akik most hasonló helyzetben vannak, tudják, hogy milyen következmények várhatnak rájuk.

A sziput végül sikerült letennem, de csak azért, mert egyszer csak megszűnt a hatása. Elkezdtem fújni és már nem éreztem semmit, így ettől megmenekültem, de ezután jött mindenféle más.

Akkoriban még nem voltak jelen Magyarországon a mostanában beszerezhető drogok, viszont elérhetőek voltak különböző fogyasztó tabletták, amik amfetamint tartalmaztak. Mindenfélét használtam, miközben azzal nyugtattam magam, hogy ha maga a szer nem is legális, de mi a baráti társaságban „legalizáltuk” a használatukat. Persze nem beszéltünk erről senkinek, de nem éreztük a bennük rejlő veszélyt. Fellépésekkor különféle anyagok kombinációját használtam azért, hogy oldjam a szorongást, legyőzzem a lámpalázat. Ezek segítettek abban is, hogy felpörögjek és energikusan végig tudjam csinálni a koreográfiát is, miközben énekelek. Megalapítottam az ETA nevű punkegyüttest, aminek a frontembere lettem. Abban a szubkultúrában elég híresnek, polgárpukkasztónak és rendszerellenesnek számítottunk. Az, hogy ezeket a drog kombinációkat használtam, akkor még nem mutatkozott meg az egészségemen, a mentális állapotomon. Pedig annyi év szipu után egy csoda, hogy egyáltalán maradt ép agysejtem.

Aztán képbe került a heroin, ami a későbbiek folyamán egyre inkább előtérbe került. Így utólag látom, hogy mennyire kényszeres és megszállott voltam függőként, hiszen nekem első használatra a heroin egyáltalán nem jött be. A barátaimnak viszont igen, elkezdtem irigykedni, hogy ennyire felszabadultak, elbódultak és élvezik, engem pedig csak elfog a hányinger vagy a hányás. Aztán megfejtettük, hogy az én szervezetem érzékenyebb rá, és nekem kevesebb is elég. Így már én is el tudtam érni azt a vágyott állapotot és ezáltal meglett a választott szerem. Minden fajtáját használtuk, a metszett mákot, a mákteát, a köhögés gátlókat, kodein készítményeket, amit csak be tudtunk szerezni,

azt használtuk. Később áttértem az intravénás használatra. Mindemellett belépett a képbe az amfetamin is (speed, spuri), a kettő együtthatása a speedball, az volt a legkeményebb, a végkifejlet. Használtam kokaint, kipróbáltam a crack-et. Azért pedig, hogy a lejövő fázisban ne legyenek elvonási tüneteim, mindig ittam és gyógyszert szedtem (benzodiazepin). Leginkább a Rivotril-ra álltam rá, ami fokozatosan oly mértékben toleranciát alakított ki, hogy a végén már a 2 mg-osból 10-100 szemet (egy üveggel) is leöntöttem egyszerre.

Abban az időben tisztában voltatok vele, hogy melyik drognak milyen hatása van hosszú távon a szervezetetekre? Volt erről elérhető információk, tapasztalatotok?

Abban az időben - a 80-as években - igazából nem lehetett hozzájutni ezeknek a drogoknak a hatásmechanizmusához. Nyilván magunkon észrevettünk hatásokat, hogy melyik mit okoz. Hogy az alkohol durva kontrollvesztett állapotot okoz, hogy a fű mindig azt az érzést erősíti fel, amiben éppen van az ember – ha éhes, kirámolja a hűtőszekrényt, ha zenét hallgat, akkor azt érzi, hogy az a legjobb szám a világon, aztán másnap visszahallgatja és kiderül, hogy nem is úgy van. Másnap pedig sokszor ott a végtelen ürességérzet. Ha az ember mondjuk pánikol, vagy kialakul nála egy üldözési mánia, akár egy ellenőrzés, rendőri intézkedés, vagy lebukási veszély kapcsán, akkor az erősödik fel. Nekem a tartós fűhasználat azt okozta, hogyha a legjobb barátaimmal ültem egy asztalnál, azt feltételeztem, hogy azok, akikben a legjobban megbízok, összesúgnak a hátam mögött és rólam beszélnek. Onnantól kezdve, hogy ez a pánik és üldözési mánia megjelent nálam, minden használat ezt az érzést hozta elő, mindig ez ugrott be. Ezt nem is tudtam leküzdeni. Azt, hogy mennyire kényszeres a fű használata az is megmutatja, hogy hiába volt mindig ez a

rossz érzés bennem, még hosszú évekig használtam. Azért volt könnyebb a végén abbahagyni, mert tudtam, hogy már rég nem jó. Már rég nem okozott jó érzést, már nem okozott semmiféle pozitívumot, már rég nem hatott úgy rám, mint az elején. Egyszerűen csak jött a pánik, hogy ki mit gondol rólam, biztos lebuktam, észrevették, hogy vörös a szemem és biztosan csak rólam beszélnek. Én meg mindig adtam neki még egy esélyt, hogy hátha….

A szipuról tudtuk, hogy nagyon veszélyes, hogy nagyon káros, viszont mégis benne ragadtunk.

Az ópiátszármazékokról, főleg a heroinról azt is tartottuk, hogy még tartósít is, konzervál, pozitív tulajdonságai vannak. Nem láttunk nagy veszélyt benne, akkor nem láttuk, hogy a későbbiek folyamán milyen következményei lesznek.

Neked mi volt az a hajtóerő, az a hiány, amiből adódóan te fogyasztottál, függővé váltál?

Nagyon jól fogalmaztad meg, hogy mi volt az a hiány… Mert igazából a drog helyett nincs semmi, a drog van valami helyett. Ez egy hiánypótlás, egy menekülés. Miután én feldolgoztam a múltamat rájöttem az okokra, a kiindulópontokra. Én egészen visszavezettem nem csak a gyerekkorhoz, hanem a magzati korhoz. Ugyanis a magzat anyagcsere szinten a köldökzsinóron keresztül össze van kötve az anyával. Akármilyen fejletlen még az idegrendszere, mindent megérez, a stresszhormonokat, a kortizolt, minden más egyéb dolgot is. Ha nem ideális tehát a szülők hozzáállása, ha veszekednek, konfliktusos a várandósság, kiabálnak, megcsalás, bántalmazás történik, vagy ha az anya alkoholizál, dohányzik, az mind hatással van a magzatra. Én már a magzati korban sérültem, traumatizálódtam, aztán a születésem sem volt zökkenőmentes. Az utolsó

pillanatban oxigénhiánnyal, a köldökzsinórral a nyakam körül születtem. Szóval, ha valakinek valamilyen rendellenessége volt születéskor és az első, természetes megküzdési stratégiát nem tudta sikeresen elsajátítani (természetes szülés), vagy nem megfelelően ment végbe a folyamat, akkor nagy valószínűséggel ezek hatással lesznek az ember személyiségére. Nekem ez egyfajta magyarázat arra, hogy miért és hogyan alakultak ki azok a megmagyarázhatatlannak tűnő gyermekkori érzések, mint az elvetettség, mellőzöttség, kisebbrendűségi komplexus, alacsony önértékelés és önbecsülés, alkalmatlanság érzete, valamint az ebből kialakult szeretethiány. A szeretethiány olyan meghatározó aspektus, aminek kompenzációja lehet a túlzott megfelelési kényszer, a bizonyítási vágy. Ezek a meghatározó gyerekkori életérzések nálam azt is okozták, hogy idegennek éreztem magam. Volt a világ és voltam én, és nem tudtam megfelelni a világ elvárásainak, ebből jött a meggyőződés, hogy a világ az adósom. Én állandóan szenvedek, félek, szorongok és mivel nekem adósom a világ, elvehetek bármit. Álomvilágban kezdtem élni, azt gondoltam, hogy nem is a szüleimtől származom, teljesen kívülálló vagyok és emiatt vagyok ennyire rosszul. Egy UFO-nak képzeltem magam, ezt hívom én ufo-életérzésnek. Azt éreztem, hogy csak akkor fogok megnyugodni és lelki békét érezni, ha találok egy rokonlelket, akivel majd egymásra nézünk és felismerjük egymást. Ez végigkísérte az életemet. Aztán rájöttem a felépülési gyűléseken, hogy ezek a lelkek, akiket kerestem a felépülő társaim, mert ők ugyanilyenek. Szoktam is mesélni erről a csoportokban és ebben az érzésben valóban osztozunk.

Tizenhat éves koromban jött a gondolat, hogy sem a tanároknak, sem a szüleimnek, sem pedig a későbbi főnököknek nem tudok megfelelni, így senki nem fog szeretni. „Szeretet-koldussá” váltam és a

szeretetmorzsákért bármit megtettem volna. Ennek a hajszolása odáig fajult, hogy mindig nekem kellett a középpontban lennem, ebben volt egy adag nárcisztikusság és exhibicionizmus, viszont éppen ebből adódóan tudtam vezéregyéniség lenni és frontember. Ez a szereplési vágy, feltűnési viszketegség, szerintem a kisebbrendűségi komplexusból táplálkozik. Szakemberként látom, hogy ez több kliensemnél is így van, de bizonyos mértékben az én munkámat is segíti.

Ahogy növekedtem és egyre nagyobb felelősség került rám, egyre nehezebb volt az ezzel járó feszültséget, stresszt elhordozni. A zenélés után felépítettem egy teljes életet, vállalkozó voltam, egészen nemzetközi szintig jutottam. Olyan sportkocsijaim voltak, amik után a mai napig megfordulnának az emberek az utcán. Volt lakásom, élettársam, született tőle egy gyermekem, közben aktívan sportoltam, vízisíeltem.

Mialatt ilyen szép mederben folyt az életed az alatt is folyamatosan fogyasztottál?

Szokták mondani, hogy egyszerre nem lehet két urat szolgálni. Nekem emellett a háttérben ott volt a használat mindvégig. Az üzleti élettel járó stresszt, feszültséget le kellett vezetnem. Magas életszínvonalon éltem, irigykedtek, felnéztek rám, mondták, hogyha gyerekük lesz, olyanra akarják nevelni, mint amilyen én vagyok. Ez nagyon ambivalens érzést váltott ki belőlem, mivel ők nem tudták, hogy közben én végig drogoztam. Aztán jöttek a veszteségek, mindent, amit felépítettem, elveszítettem. Otthonról is kidobtak, kitagadott a családom – mindent elloptam, eladtam.

Mi történt ezután?

Voltam terápián 2004-ben egy évig, de nem vettem komolyan, nem maradtam benne a közösségben, nem dolgoztam magamon, így

visszaestem. Jött egy mélyrepülés, voltak állásaim, dolgoztam például pizzafutárként, de ott is elhatalmasodott rajtam a lopás és a kocsifeltörés. Börtönbe is kerültem 2009-ben, ültem egy évet, ott is égre-földre megesküdtem, hogy soha többet nem iszom, nem drogozom, de mikor szabadultam úgy ünnepeltem meg, hogy jól berúgtam. Jött az újabb mélyrepülés, majd újra elmentem terápiára, de igazából nem volt valós eredménye, mert kijöttem és inkább egy ilyen „megmutatom, hogy képes vagyok tiszta maradni és rendezni az életem” – féle szárazjózanság volt. Anyám, nővérem, volt élettársam és a lányom felé is bizonyítani akartam. De újra visszaestem és akkor jött a teljes önpusztítás, teljes önfeladás, minden mindegy alapon, elvesztettem mindent, mindenki elfordult tőlem, mert menthetetlen voltam, szinte mindenki - aki addiktológiával foglalkozott abban az időben - kezelt. Idővel megszakították velem a kapcsolatot, kitiltottak a kórházakból, amikor otthonról is kirúgtak, hajléktalanná váltam, éltem az utcán is, de szállóban is. Ez utóbbiban szabályokat szegtem, verekedtem, loptam, drogoztam, emiatt onnan is kitiltottak. Tulajdonképpen én zártam magam ki onnan, mert nem tartottam az együttműködési feltételeket. Csont és bőr voltam, hepatitis C-vel, 2 gyomorfekéllyel, egy lábfekéllyel, a kristálytól tátongó nyílt sebekkel a lábamon, amiken keresztül látni lehetett a sípcsontomat. Ekkor már a dizájner drogok is bejöttek a képbe: kristály, kati, ica, biofű, minden. Ekkor már 30 év önpusztítás után ott voltam teljesen leépülve az utcán. Még egy díler lakására fel tudtam menekülni, meghúztam magam, ő még ellátott valamennyire, de már a drogokat se fogadta be a szervezetem, kimentem a boltba, vettem egy vodkát, de azt is kiöklendeztem.

Csak tartozásaim voltak, behajtó cégek kerestek, rendőrség körözött. Annyira undorító voltam, hogy még a többi hajléktalan is undorodott tőlem, csontik hullottak ki a lábamból. Aztán az utcán egy járókelő megsajnált,

kihívta rám a mentőket, kiszállt a mentőorvos és mondta, hogy egy kórház sem fog fogadni. Majd hála az isteni gondviselésnek a Merényi kórházban - ahol akkor még volt pszichiátria - fogadtak, szerencsémre ott volt az a doktornő, aki régebben Lipótmezőn kezelt, mondta, hogy Péter többször láttam már nagyon súlyos állapotban, de ennyire leépülve még soha. Aztán kezelni kezdett. Egy barátom bejött hozzám látogatóba, elmondása szerint ott először látta rajtam az életben maradási ösztönt, hogy szeretnék élni, felépülni.

Hogyan sikerült ilyen mélyről indulva felépülni? Mi jelentette a segítséget?

Korábban is voltam terápiákon, ismertem a programokat és tudtam, hogy mivel nézek szembe: önmagammal. A legnagyobb félelem önmagam megismerése volt, de elmentem Nágocsra, végigcsináltam a terápiát, ami a 12 lépéses felépülési programra alapul. Elkezdtem feldolgozni a múltamat, megismerni a jellemhibáimat, feltárni a gyerekkori életérzéseim okait. Elkezdtem dolgozni a lépéseken. Az első négy lépés, kínokkal teli, gyötrelmes volt. Végigcsináltam, betartottam a program által javasolt feltételeket, 90 nap 90 gyűlés, volt szponzorom/segítőm és a hetedik hónap végén ott voltam a szobában, ahol egy spirituális, Istenélményem volt, azt éreztem, hogy akármennyire is velejéig romlott gazemberré váltam, mégis van egy lehetőségem egy új életre, megtisztultam. Megtértem és úgy gondoltam, hogy tiszta lappal újrakezdem az életemet és mások szolgálatába állok. Kiköltöztem Pécsre felvettem a kapcsolatot a Bázis Addiktológiai Szolgálattal, beköltöztem egy félutas házba és az ottani szabályrendszert is betartottam: a hármas absztinenciát, s hogy járok csoportra, dolgozom a felépülésemen. Szociális asszisztensnek tanultam, elmentem a gyülekezetbe, biblia iskolába, mellette dolgoztam, le kellett raknom az alapokat az életemben, hogy nem az van, amit én

gondolok, nem mehetek a saját fejem után, hanem vannak szabályok, amiket be kell tartanom. Egészen addig nem dolgoztam még soha alkalmazottként, de ezáltal alázatot tanultam, engedelmességet, együttműködést. A munkám és az iskola mellett önkénteskedni kezdtem a Bázisban. Az ottani főnököm készített fel a hivatásomra és mikor elvégeztem az iskolát, mentor lettem. Ott kezdtem el kliensezni, addiktológiai témájú csoportokat tartani.

Megismertem azt a nőt, aki mellett el tudtam köteleződni, megkértem a kezét, elvettem feleségül. Visszaköltöztem Budapestre és most már két éve előretolt helyőrsége vagyok a Bázisnak. A Nyírő Gyula Kórházban tartok addiktológiai csoportot és a Bázis felé gondozok elő klienseket. Mellette elhelyezkedtem az egyik televíziós csatornánál, mint kameraman. Ezen felül pedig szívügyem a Fecske Egyesület, ahol az Útitárs Szolgálat munkatársaként az Empatika csoportot vezetem. Ez számomra igazi hivatás. Hatalmas öröm és siker, ha megtapasztalom, hogy mások az én mentori szolgálatomnak köszönhetően épülnek fel.

A 30 év függőség így már nem tűnik eltékozolt időnek, hanem egy olyan tapasztalat, amiből merítve tudok most segíteni. Így lett értelme az egésznek. Sokszor egy volt függőt jobban elfogadnak a kliensek mentornak, ezáltal a saját tapasztalataim is hozzájárulnak a gyógyulásukhoz. Persze fontos volt, hogy megtanuljam, megértsem szakemberként is a függőség hátterét, működését.

Érezhető, hogy az Empatika csoport nagyon fontos számodra, mesélnél egy kicsit róla?

Maga az Empatika elnevezés egy mozaikszó, amiben benne van az empátia – az együttérzés, amire mindenkinek szüksége van. De többet is jelent ennél, mert el van rejtve benne a „passió” is, ami szenvedést jelent,

de ugyanakkor a „pátosz” is, ami az emelkedettséget, felemelkedést jelenti. A Patikában pedig benne van minden, amit a halálhoz, vagy az élethez gyógyszer szinten meg lehet kapni.

A Fecske egyesületen és az Útitárs Szolgálaton belül volt egy kezdeményezés, hogy csináljunk a nyolcadik kerületben élőknek férfi csoportot, amiben mindenki megoszthatja az érzéseit, gondolatait, őszintén beszélhet, lehetnének benne trauma feltárások – ugye nagy igazság az, hogy annyira vagyunk betegek, amennyi titkunk van. Aztán közbeszólt a koronavírus járvány, így nem tudtuk úgy és akkor elindítani, ahogyan terveztük. Időközben aztán újragondoltuk és kiterjesztettük a programot, ami már nem korlátozódik csak a nyolcadik kerületi lakosokra, bár az üléseket itt tartjuk, a Kálvária tér 18. szám alatt.

Az első klienseket, csoporttagokat a családlátogató mobil-teamünk munkássága hozta, a járvány alatt kimentünk a szegény, rászoruló családokhoz, akiket szükségük szerint segítettünk, miközben lelkileg is támogattuk őket. A másik találkozópont az úgynevezett prevenciós asztalunk lett, amivel kitelepültünk közterületre és vagy odajönnek hozzánk, vagy mi szólítjuk meg azokat, akiknek szüksége lehet információra, vagy egy jó beszélgetésre. Kiderült, hogy nagyon sok érintett van, nagyon sok szerhasználó (bevallottan, vagy nem bevallottan) és hozzátartozó. Szóval innen is volt kliensmerítés. Tehát most már bárhonnan várjuk a csoportra a részvevőket: lehetnek bevallottan, nem bevallottan szerhasználók, fontolgatók, bizonytalanok, a csoporton való részvétel egyetlen feltétele a változtatás igénye. Vannak, akik előrébb járnak, már felépülőként vesznek részt az alkalmakon, vannak, akik még csak érdeklődnek. Minden péntekre készülök egy témával, mint például a függőség, a függő játszmák, a hárítási minták, a szeretet, a boldogság, a lelkiismeret vagy a hit és félelem kérdése.

Amikor egy komolyabb témát együtt kielemzünk és mindenki valamilyen szinten magára ismer az azért nem mindig annyira örömteli, szóval az alkalmakat színesítem önismereti játékkal is. Egy függőnek, akinek alacsony az önértékelése, önbizalom és szeretethiányos, annak nagyon fontos a sikerélmény és az öröm megtapasztalása. Ezek által a játékok által mindezt megtapasztalhatják, de persze utána azt is kielemezzük, hogy kiből milyen érzéseket, milyen tulajdonságot váltottak ki. Ezeket tudatosítjuk, átbeszéljük, így lesznek képesek a csoporttagok egyre inkább az önreflexióra.

Tervben van, hogy az Empátia programot egy országos mozgalommá terjesztjük ki, hiszen a közösség a felépülés minden szakaszában nagyon fontos szerepet játszik, mindenkinek szüksége van rá. Szoktuk is mondani, hogy „Mi egymás sebeiben gyógyulunk”.

Mi az az üzenet, amit szeretnél átadni azoknak, akik még küzdenek a függőségükkel?

Igenis van kiút a függőségek rabságából. Az élet egy jellem kiképzőtábor, hit nélkül az ember jelleme nehezen fejlődik.

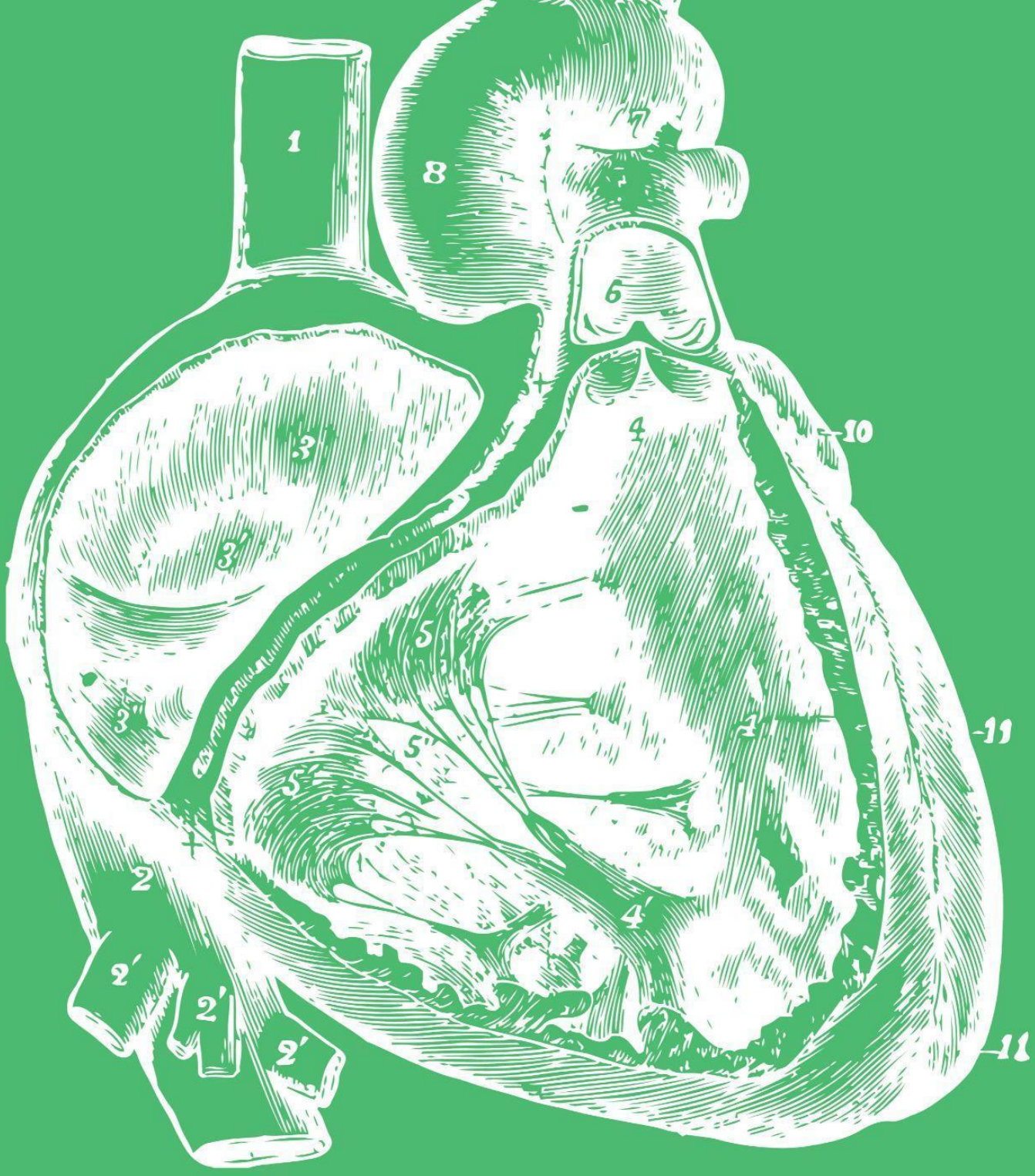
Merjenek segítséget kérni!

Az elmúlt hat év tapasztalatából kiindulva pedig az, hogy minden káros szenvedélytől meg lehet szabadulni, de azt a szabadságot szabadon is kell tudni tartani.

INTERNETES HIVATKOZÁSOK

A. Apa Psycnet: Cannabis use does not increase actual creativity but biases evaluations of creativity - https://psycnet.apa.org/-record/2022-86119-001 (letöltés ideje: 2023. január 23.)

B. Index: Megdőlt a sokat emlegetett hiedelem a marihuánáról - https://index.hu/fomo/2022/11/07/marihuana-kutatas-kreativitas-tevhit-mitosz/ (letöltés ideje: 2023. január 23.)



HAVI AKTUÁLIS

drogkutató intézet

Szigor és következetesség: eredményes drogpolitika Izlandon

Dr. Molnár István Jenő

A prevenciós politikák és stratégiák – beszéljünk éppen a bűn-, a baleset- vagy éppen a drogmegelőzésről – nagy kérdése, hogy milyen eszközökkel érjük el a kívánt hatást. Abban szinte valamennyi szakértő véleménye megegyezik, hogy az elrettentésen alapuló felvilágosító-tájékoztató előadások korszaka lejárt. De mit eredményeznek a végiggondolt, észszerű tiltó rendelkezések? A fiatalokat előtérbe helyező programok? Úgy tűnik Izlandon tudják! De vajon mi áll az izlandi csoda hátterében? Cikkünkben bemutatjuk a Planet Youth elnevezésű kezdeményezést, s annak egyedülálló eredményeit.

Izland, a biztonság szigete

Az Atlanti-óceán északi részén fekvő, alig több, mint 370.000 lakossal rendelkező sziget a Global Organized Crime Index 193 országot

magába foglaló 2021-es listáján a 166. helyet foglalja el. A 10-es skálát alkalmazó indexen elért 3.39-es pontszám (criminal score) azt jelenti, hogy **165 másik országnál is biztonságosabb a vizsgált szempontok alapján**. *(Megjegyzés: hazánk ezen a listán a 122. helyen végzett, megelőzve többek között Svédországot /116. hely/, Hollandiát /107. hely/, Németországot /95. hely/, vagy éppen Franciaországot /59. hely/, összesen 24 országot maga mögé utasítva a 44 európai országból.)*

Az index külön foglalkozik néhány kábítószer jelenlétével, így vizsgálták a heroin, a kokain, a kannabisz, valamint a szintetikus drogok piacának jelentőségét a szervezett bűnözés szemszögéből. A heroin vonatkozásában a 169., a kokain kapcsán a 80., a kannabisz terén a 133., míg a szintetikus kábítószereket illetően a 94. helyen szerepelnek. Ezen helyezések szinte mindegyike a legbiztonságosabbak közé sorolja a szigetországot.

Természetesen nem lehet figyelmen kívül hagyni a lakosságszámot, értelemszerűen, ahol többen laknak, több bűncselekményt követnek el. A nagyobb lélekszám ezzel párhuzamosan kevésbé integratív társadalmat is feltételeztet, másképpen: 370.000 fő között kisebb kihívásnak tűnik „rendet tartani", egymásra figyelni képes közösséget kialakítani. Megvizsgáltuk ugyanakkor azt is, hogy milyen helyezést értek el az 1.000.000 fő alatti lakosságszámmal rendelkező országok. Ebből kitűnik, hogy 36 ilyen ország közül 22 is Izland mögött végzett, illetve van olyan is, amelyik 622.000 lakosa ellenére is benne van az „első 100-ban", azaz korántsem biztonságos hely (Montenegró – 77. hely).

Ugyanakkor egy másik mutató szerint Izland ténylegesen is a legbiztonságosabb ország. A **Global Peace Index** 2022-es adatai **szerint a szigetország e lista 163 országa közül az 1. helyen végzett**, 1,11

pontot elérve az 5-ös skálán, ahol minél kevesebb pontot ér el egy nemzet, annál „békésebbnek” ítéltetik meg.

A lakosságszám tehát egyértelműen javítja a listán történő minél jobb helyezés elérésének lehetőségét, de mégsem törvényszerű a bűnözéscsökkenés akkor sem, ha valahol kevesen élnek. Izlandon valamit ténylegesen másképp, jobban csinálnak.

A biztonságért tenni kell

Izland nem magától lett biztonságos ország, a ’90-es években komoly kihívásokkal küzdöttek. A problémák középpontjában a fiatalok kábítószer- és alkoholfogyasztása állt. A **European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)** 1995-ben készült jelentése szerint a megkérdezett fiatalok 72%-a fogyasztott alkoholt, 60%-a volt részeg az elmúlt egy évben, 61%-a próbálta már a dohányzást, 10%-a pedig használt már marihuánát[1]. Egy amerikai pszichológus, Harvey B. Milkman egy tanulmányában ekképp fogalmaz: „*a '90-es évek végén péntek és szombat esténként mindennapos volt, hogy részeg tinédzserek hordáit figyelték meg, akik Reykjavik utcáit csőcselékszerű mulatozással szennyezték be*”[2].

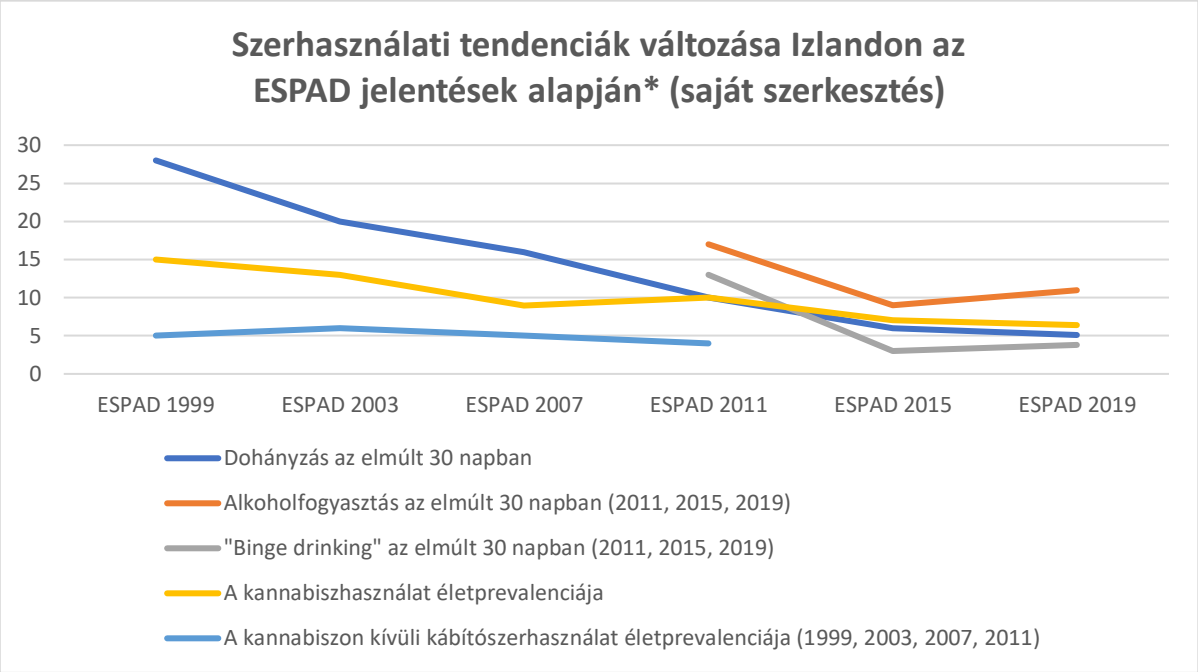
Ezek az eredmények és tapasztalások az Izlandi társadalmat és az izlandi parlament, az Alþingi képviselőit is sokkolták, így cselekvésre szánták el magukat. Az 1995-ös ESPAD jelentést követően a serdülőkori szerhasználat riasztó arányaira reagálva, valamint az izlandi kormány és a reykjavíki városi tanács által szponzorált finanszírozás segítségével politikai döntéshozók és közigazgatási vezetők, választott tisztségviselők és társadalomtudósok egy csoportja 1997-ben összeült, hogy új ötleteket vizsgáljon a szerhasználat megelőzésének egy másfajta, alulról felfelé

irányuló, együttműködésen alapuló megközelítésének elindítására, amely azóta Izlandi Megelőzési Modell (Icelandic Prevention Modell, a továbbiakban: IPM) néven vált ismertté[3], amely komplex módon kezeli az alkohol-, dohányzás- és kábítószerfogyasztás problémaköreit. Az akciótervként kezelt modell egyik projektjeként hirdették meg a Drogmentes Izland (Drug-free Iceland) elnevezésű kezdeményezést. Bár az elnevezés sok kritikát kapott, mondván a drogmentesség elérése életszerűtlen és megvalósíthatatlan, az izlandi vezetés kitartott mellette, **azzal az indokkal, hogy az egész társadalom mozgósítása és országos szintű konszenzus csak ilyen ambiciózus cél kitűzésével érhető el. Továbbá ez az egyetlen cél, amely a kábítószerprevenció soha véget nem érő harcában folyamatos cselekvésre ösztönöz**[4].

Az 1999-es jelentés – magától értetődően – még nem hozott megnyugtató eredményeket, ugyanis az adatfelvételkor a kilenc kiemelt szempont közül négyben átlag felett, egyben az átlagnak megfelelően, a többiben az átlagnál kicsit jobban teljesített az ország. A valós számokra tekintve azt láthatjuk, hogy ekkor is még a megkérdezett 10. osztályos fiatalok 56%-a számolt be arról, hogy volt „berúgva”, illetve 69% számolt be arról, hogy fogyasztott alkoholt egyéves időszakon belül és 15% nyilatkozott úgy, hogy használt már kannabiszt[5]. A csökkenés azonban elindult, úgy tűnt a prevenciós figyelem viszonylag rövid időn belül hatást ért el.

Érdekesség, hogy prevenciós törekvések korábban is voltak az országban, ezt megelőzően azonban Izland sok éven át a hagyományos módszereket alkalmazta a kábítószer-használat elsődleges megelőzésére, nevezetesen az egyéni, iskolai oktató-nevelő programokat, amelyek célja a fiatalok nevelése vagy elvezetése a szerhasználat megkezdésétől. **Úgy tűnik, nem ez a járandó út, a jelenlegi projekt nem tartalmaz direkt drogprevenciós-felvilágosító**

előadásokat. Ezzel kapcsolatosan Jón Sigfússon, a Planet Youth kezdeményezés igazgatótanácsának elnöke egyszer úgy fogalmazott: „***Nem szabad a gyerekeket felelőssé tenni a saját egészségükért, ez a mi felelősségünk***”[A].



* Sajnos az ESPAD jelentések készítésének kezdetén az alkohollal kapcsolatos kérdéseket az elmúlt 12 hónapra vonatkozóan vizsgálták, míg 2015-től nem jelölték meg külön a kannabiszon kívüli kábítószerhasználat életprevalenciáját.

Az Izlandi Prevenciós Modell, avagy a Planet Youth kezdeményezés

Az izlandi prevenciós sikerekről számtalan tudományos publikációban és még több cikkben számoltak be az elmúlt, most már több, mint 20 évben. Mindenki csodáról beszél, ugyanakkor meglepő vagy novumként értékelhető célkitűzéssel és utóbbiból eredeztethető intézkedéssel szinte nem is találkozik az IPM tanulmányozója. Az IPM és annak nemzetközivé váló Planet Youth változata Kristjansson és szerzőtársai által írt publikáció alapján **öt vezérelv köré szerveződik**:

- a prevenciós kezdeményezések tervezésének elméleti kiinduló pontja, hogy elsősorban a szociális környezet javítására kell törekedni;
- az állami iskolák szerepének növelése, akik vonzáskörzetükben a közösségi élet motorjai lehetnek, mindamellett, hogy a fiatalok egészségének, tanulásának és életsikereinek alapkövei is egyben;
- a helyi közösségek tagjainak bevonása, a döntések delegálása (szubszidiaritás) részükre, biztosítva a döntésekhez szükséges adatok hozzáférhetőségét;
- a kutatók, politikai döntéshozók, gyakorlati szakemberek és a közösségek szereplőinek integrálása egy olyan egységes csapatba, amely a komplex, valós problémák megoldására törekszik;
- hosszútávú megoldások hatékonyságának elismerése, ezekhez szükséges erőforrások biztosítása[3].

Az öt vezérelv további **tíz fő lépésre** bontható[7]:

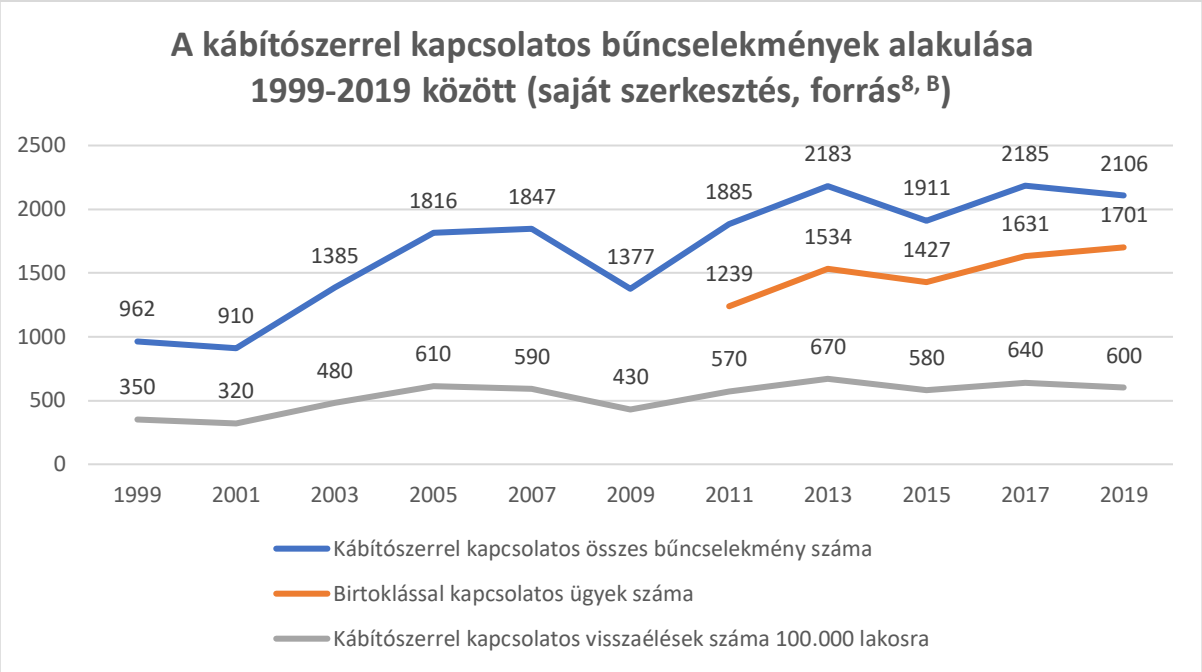
<table>
<tr><td colspan="6">I. szakasz: Közösségi kapacitások építése</td></tr>
<tr><td colspan="2">1. lépés</td><td colspan="2">2. lépés</td><td colspan="2">3. lépés</td></tr>
<tr><td colspan="2">Helyi együttműködések azonosítása, fejlesztése és kapacitásépítés</td><td colspan="2">Helyi együttműködések hosszútávú működtetése</td><td colspan="2">Adatgyűjtést megelőző tervezés és közösségi tájékoztatás, felkészítés</td></tr>
<tr><td colspan="6">II. szakasz: Az alapfolyamatok végrehajtása</td></tr>
<tr><td>4. lépés</td><td>5. lépés</td><td>6. lépés</td><td>7. lépés</td><td>8. lépés</td><td>9. lépés</td></tr>
<tr><td>Adatgyűjtés és feldolgozás</td><td>A közösségi részvétel és elkötelező-dés fokozása</td><td>Az eredmények közérthető közzététele</td><td>Közösségi célmeghatáro-zás és egyéb szervezett válaszok a megállapítá-sokra</td><td>Szakpolitikák és a gyakorlat összehan-golása</td><td>Fiatalok bevonása és elkötelezetté tétele a prevenciós célokban, üzenetekben</td></tr>
<tr><td colspan="6">III. szakasz: Ismétlés</td></tr>
<tr><td colspan="6">10. lépés: Értékelés, továbbfejlesztés, illetve az 1-9. lépés évenkénti ismétlése</td></tr>
</table>

Milyen valós intézkedéseket foglal magába a modell és a folyamat?

Bár a fenti lépések rendkívül modern projektmenedzsmentről és a társadalom széleskörű bevonásáról árulkodnak, többször is hangsúlyozva a társadalmi és az egyéni felelősségvállalás fontosságát, ez mégsem jelenti azt, hogy az izlandi állam ne gyakorolna kontrollt a droghasználat vonatkozásában az állampolgárok cselekedetei felett.

Szigor és tiltás

A tiltásnak Izlandon és úgy általában a skandináv országokban komoly múltja és hagyománya van[8]. Izland szigorú szabályokkal tiltotta az alkohol fogyasztását már a XX. század elejétől. Az 1915-ben elfogadott törvény tulajdonképpen 1989. március 1-jéig hatályban volt (Beer Day), azáltal, hogy a sör fogyasztását egészen eddig a napig nem engedélyezte állampolgárai számára. A tilalom eredetileg minden alkoholra vonatkozott, de 1922-től legalizálták a bort, 1935-ben pedig valamennyi alkoholtartalmú italt elérhetővé tettek, kivéve a 2,25%-nál magasabb alkoholtartalmú sört[9]. **Ez a restriktív szemlélet a mai napig érvényesül a kábítószerekkel kapcsolatos jogsértések területén is**, így a kábítószerekkel kapcsolatos valamennyi tevékenység, legyen az fogyasztás, birtoklás, tartás vagy kereskedelem büntetőjogi szankciókat von maga után. A kiszabható szabadságvesztés maximumát még 2021-ben is felfelé módosították[8].



2016-ig a kábítószerekkel kapcsolatos visszaéléseket a többi rendőri egységtől különálló rendőri szervezet vizsgálta, amelynek létszáma a 2000-es évek elejéig folyamatosan nőtt. 2016 után létrehoztak egy központosított rendőri egységet, amelynek továbbra is kiemelt feladata a kábítószerekkel kapcsolatos deliktumok megakadályozása, leginkább az országba történő behozatalok felszámolása.

A kábítószert érintő eljárások száma, vélelmezhetően részben a még nagyobb rendőri figyelemnek, részben az új szerek megjelenésének köszönhetően a 2000-es évek elején megugrott, majd 2015 óta az összlétszám minden évben stabilabbá vált, és évente körülbelül 2000 bűncselekményt regisztrálnak az izlandi rendőrség nyilvántartásában, beleértve a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények gyanúja miatt folytatott rendőrségi nyomozás alatt álló eseteket is[8].

A kábítószer birtoklásáért kiszabott minimális bírság összege kannabisz esetében 2021-es adatok alapján körülbelül 350 euró, ecstasy és kokain

esetében pedig ennél magasabb. Ha a lefoglalt kannabisz mennyisége 10 gramm, a bírság körülbelül 650 euró körüli összeg.

Szigorúan jártak el ugyanakkor hétköznapibb esetek vonatkozásában is. **Az IPM egyik meghökkentő és egyben radikális eleme volt a fiatalokat érintő kijárási tilalom. Ma is hatályban lévő törvényben tiltották meg a 13 és 16 év közötti fiatalok számára, hogy a téli időszakban 22.00, a nyári időszakban éjfél után kint tartózkodjanak**[C]**.** Ezzel párhuzamosan megtiltották a 18 év alattiak számára a dohánytermékek, a 20 év alattiak számára az alkohol vásárlását. Tilos lett a drognak minősülő termékek bárminemű reklámozása.

Fókuszban a család

A tiltó rendelkezések széles palettája mellett a fókusz az első számú vezérelv (lásd: ITT) alapján a családra helyeződött. A korábban már idézett Sigfússon így vélekedik: „*A szülők jelentik a legnagyobb preventív faktort a gyermekek életében*”[A]. Ismét törvényi rendelkezés alapján az iskoláknak kötelezettségként jelent meg a családokkal történő szorosabb kapcsolattartás, a szülői közösségek építése. **A szülőket arra biztatták, hogy vegyenek részt olyan beszélgetéseken, amelyek arról szóltak, hogy az alkalmankénti minőségi idő helyett fontosabb, hogy sok időt töltsenek gyermekeikkel**. Beszéljenek gyermekeikkel az életükről, tudják meg, kikkel barátkoznak és gondoskodjanak arról, hogy otthon tartsák gyermekeiket esténként a kijárási tilalomnak megfelelően[C].

Emellett Izlandon a szülők aláírnak egy "**szülői szerződést**", amely a szülők és a gyermekek számára egyaránt meghatározza az együtt töltött időre vonatkozó szabályokat, a gyermekek alkohol- és drogfogyasztására

irányuló kikötéseket, valamint azt, hogy a gyermekeknek mikor kell otthon lenniük[A].

Ennek eredményeképp már a 2007-ben végzett felmérések azt mutatták, hogy jelentősen megnőtt azoknak a serdülőknek az aránya, akik arról számoltak be, hogy szüleikkel töltik az időt, és hogy szüleik tudták, hogy ők kivel barátkoznak és vannak szabadidejükben[12].

A fentieken túl számtalan konferenciát, rendezvényt szerveztek a szülők részére, továbbá különféle kampányokkal is igyekeztek megszólítani őket. Az egyik ilyen kampánysorozatot az alkoholt árusító drogériákba szervezték, a következő felhívásokkal:

NE CSINÁLJ ROSSZ ÜZLETET!

Alkohol vásárlása tinédzserek számára illegális és büntetendő!

NE CSINÁLJ ROSSZ ÜZLETET!

A tinédzserek világos üzeneteket akarnak – ne vegyünk nekik alkoholt!

NE CSINÁLJ ROSSZ ÜZLETET!

Az ittas tinédzserek veszélyben vannak![13]

Kulcs: a szabadidő hasznos eltöltése

„*Voltak korábban is a szerhasználat megelőzését célzó erőfeszítéseink és programjaink. Ezek többsége az edukáción alapult. A gyerekeket figyelmeztettük az alkohol- és droghasználat veszélyeiről, de ahogy Milkman Professzor Úr kimutatta az USÁ-ban, ezek a programok nem működnek.*” – nyilatkozott Inga Dóra Sigfúsdóttir még 2017-ben, a Reykjavik Egyetem professzora, a 2016-os esztendő ’Woman of the Year” nyertese, aki a kezdetektől fogva aktív szereplője volt az IPM-nek[C].

Új megközelítésre volt szükség, amelyet az IPM kidolgozói **a szabadidő hasznos eltöltésének sokkal szervezettebb és szerteágazóbb lehetőségeket biztosító formájában láttak megvalósíthatónak**.

E kezdeményezés igényelte talán a legtöbb forrást. Nem véletlen, hogy Reykjavík városában a tanács költségvetésének 7%-át fordítják ifjúsági tevékenységekre. A város úgy tekint erre a pénzre, mint a fiatalokba való befektetésre, és hosszú távon pénzt takarít meg. Ahhoz, hogy a tevékenységek preventív jellegűek legyenek, szervezettnek és magas színvonalúnak kell lenniük[A]. A forrásokat mindenféle sportpályák, szabadidős központok kialakítására fordították, abból a megfontolásból, hogy a sokszínű foglalkozások képesek biztosítani a gyermekek megfelelő agyi fejlődését.

Az ötlet az volt, hogy ezek a különböző órák sokféle változtatást idézhetnek elő és biztosíthatnak a gyerekek agyban lejátszódó kémiai folyamataiban, és megadhatják nekik azt, amire szükségük van ahhoz, hogy jobban megbirkózzanak az élettel: egyesek olyan élményre vágyhatnak, amely segíthet csökkenteni a szorongást, mások pedig „pörgésre” vágynak[C].

Fentiekre tekintettel növelték a sport-, a zenei-, a művészeti-, a táncos- és egyéb egyesületek számára nyújtandó állami támogatások mértékét, hogy a gyerekek minél több alternatív közösség tagjai lehessenek és minél több helyen érezzék jól magukat. Mindezt úgy, hogy nem alkoholt és kábítószert fogyasztanak. Annak érdekében, hogy minden gyerek részt vehessen ezeken a foglalkozásokon, az alacsony jövedelmű családok gyermekei támogatásban részesülnek. Reykjavikban például, ahol az ország lakosságának több mint egyharmada él, bevezették az ún. ’Leisure

Card' lehetőségét, ami gyermekenként évi 35.000 koronát (~90.000 Ft) ad a családoknak a szabadidős tevékenységek kifizetésére[C].

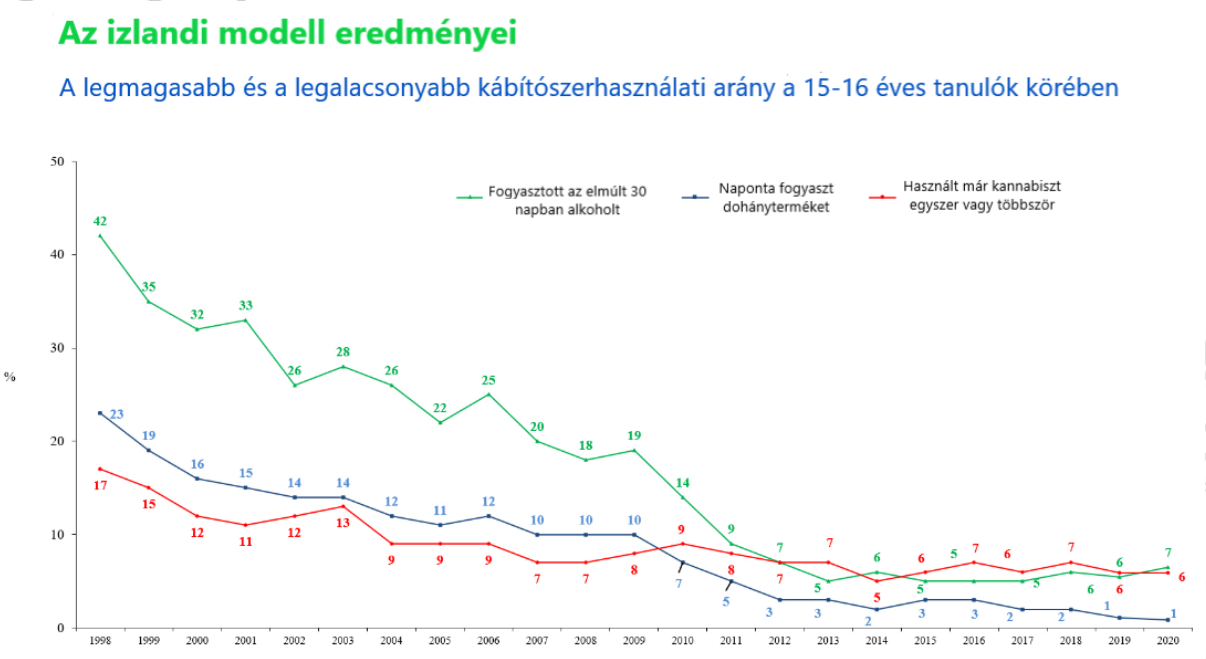
Összegzés

Az izlandi modell egyértelműen bizonyítja, hogy **a felvilágosító-tájékoztató jellegű előadások nem szükségszerű és nélkülözhetetlen elemei a hatékony prevenciónak**. Úgy tűnik, hogy **a kissé pragmatikus, olykor konzervatív értékeken nyugvó, punitív büntetőpolitika sem gátja az eredmények elérésének**, a kínálatcsökkentés oldalán arra amúgy is szükség van. Kérdés persze, hogy a fogyasztót kell-e, s ha igen, milyen mértékben kell büntetni.

Ne feledjük ugyanakkor, hogy az Izlandi modell **bizonyíték-alapú (evidence-based) kutatások eredményeire támaszkodik.** A vizsgálatok egyértelműen kimutatták, hogy a szigetország fogyasztóinak túlnyomó többsége „hétköznapi" ember, aki semmilyen szempontból nem „hátrányos helyzetű", s akinek nincsenek a szerhasználatot, mint "traumagyógyító" megoldást kikényszerítő bio-pszicho-szocio-spirituális problémái. Az izlandi fogyasztók zöme valódi alkalmi-élvezeti fogyasztó. E fogyasztók azzal a cselekedetükkel, hogy tudatosan és szándékosan tiltott szert használnak a hétvégi szórakozáshoz, rekreációjukhoz[8], **veszélyeztetik a teljes közösség értékrendjét átható célkitűzések elérését, keresletet generálnak, mellyel életben tartják a szervezett bűnözéshez megannyi szálon kapcsolódó terjesztést, így igenis vállalniuk kell a felelősséget.**

Ennek ellenére még a hírhedten szigorú izlandi hozzáállás is lazult, 2018 óta már nem kerülnek bűnügyi nyilvántartásba azok, akik 100.000 korona alatti bírságot kapnak[8]. Egyre több olyan módszerrel is bővítik a

prevenciós eszköztárt, melyek jelzik, hogy a kábítószerproblémára büntetőpolitikai és közegészségügyi szemüvegen keresztül együttesen tekintenek (pl. egészségügyi állomások).

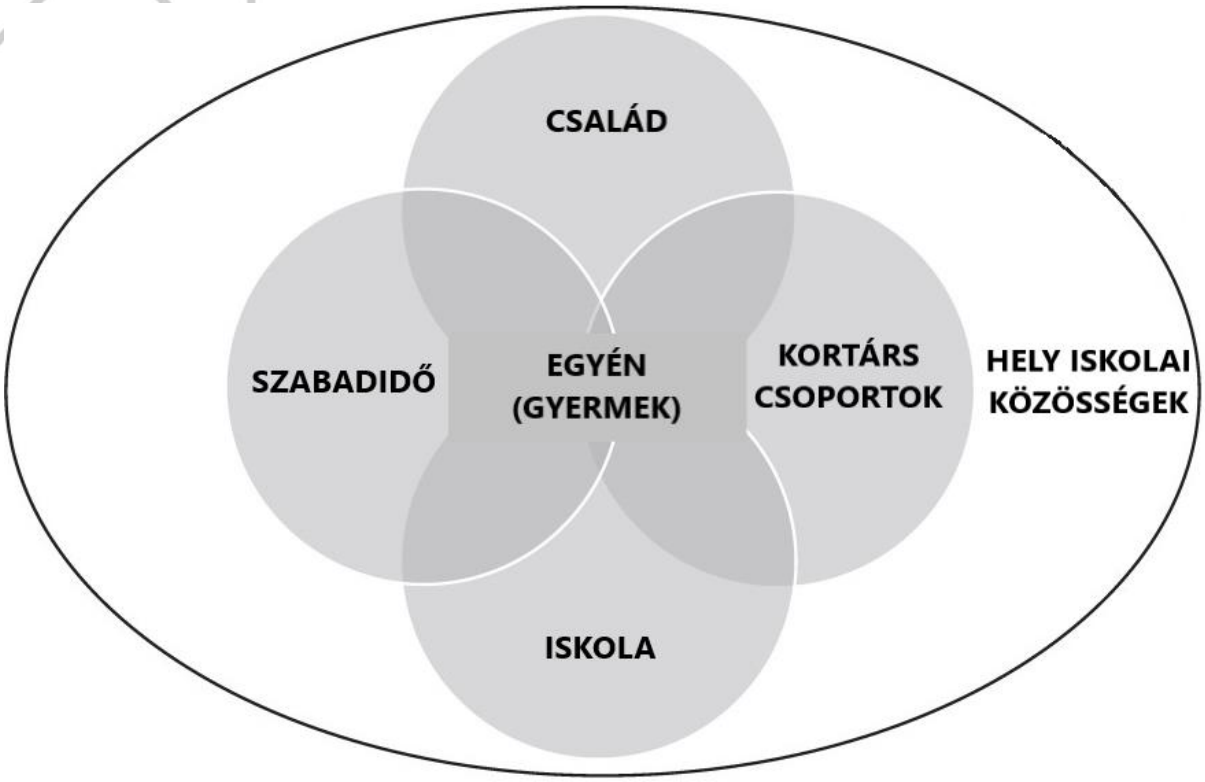


(Forrás: https://planetyouth.org/the-method/qa/, letöltés ideje: 2022. december 15.)

A fenti eredmények ellenére az izlandi társadalmi és szakmai vitákban is megjelentek **dekriminalizációs és legalizációs gondolatok, születtek enyhítéssel kapcsolatos törvényjavaslatok, de azokat egyelőre az Alþingi tagjai elutasították, tekintettel az ország múltjára, hagyományaira, illetve arra is, hogy a közvéleménykutatások határozottan arról árulkodnak, hogy az izlandi társadalomban széleskörű ellenállás tapasztalható a fogyasztással szemben**[8].

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a sikeres drogpolitika minden esetben a legveszélyeztetettebb társadalmi csoportra, azaz a gyerekekre irányítja a figyelmet. Ebben a figyelemben helyet kell kapjon a család, az iskola és a kortársak, valamint a fiatalokhoz csatornát biztosító tevékenységek összessége. Legyen az sport, művészet, zene, bármi,

amelynek révén gyermekeink személyes kompetenciái, reziliencia- és megküzdési képességei fejlődhetnek.



A Planet Youth program prioritásai (saját szerkesztés)

Természetesen Izlandon sem dőlhetnek hátra, egyes statisztikák a vényköteles gyógyszerek használatával kapcsolatosan mutattak ki „kóros" elváltozásokat, néhány adat pedig a felnőttek droghasználati szokásaira vonatkozóan volt kedvezőtlen, ugyanakkor az IPM-ből kinövő Planet Youth programjuk eredményessége igazolja, hogy jó úton járnak: **az elmúlt 15 évben 16 országban többszáz települési önkormányzat adaptálta programjukat, melyet szerte a világban folyamatosan népszerűsítenek**.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Björn Hibell, Barbro Andersson, Thoroddur Bjarnason, Anna Kokkevi, Mark Morgan, Anu Narusk, The 1995 ESPAD Report - Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The Pompidou Group at the Council of Europe and the authors, 1997, ISBN 91-7278-065-7, (http://www.espad.org/sites/espad.org/files/The_1995_ESPAD_report.pdf)

2. Jonsson, Gudberg, Milkman, Harvey, Perspective: Iceland Succeeds at Preventing Teenage Substance Use, Future Governments Vol: 7 (Chapter 17), Publisher: Emerald Publishing Limited, 2019, DOI: 10.1108/S2048-757620190000007017 (https://www.researchgate.net/publication/330347576_Perspective_Iceland_Succeeds_at_Preventing_Teenage_Substance_Use)

3. Alfgeir L. Kristjansson, Michael J. Mann, Jon Sigfusson, Ingibjorg E. Thorisdottir, John P. Allegrante, and Inga Dora Sigfusdottir, Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use, Health Promotion Practice, 2020 21:1, 62-69, DOI: 10.1177/1524839919849032

4. Dögg Pálsdóttir, A Drug Free Iceland - a Five-Year Project Aims, Means and Achievements, Conference of the European Cities Against Drugs, 2002, Reykjavik (http://www.ecad.net/conf/conf2_5.html)

5. Björn Hibell, Barbro Andersson, Salme Ahlström, Olga Balakireva, Thoroddur Bjarnason, Anna Kokkevi, Mark Morgan, The 1999 ESPAD Report - Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The Pompidou Group at the Council of Europe and the authors, 2000, ISBN: 91-7278-080-0 (http://www.espad.org/sites/espad.org/files/The_1999_ESPAD_report.pdf)

6. Alfgeir L. Kristjansson, Michael J. Mann, Jon Sigfusson, Ingibjorg E. Thorisdottir, John P. Allegrante, and Inga Dora Sigfusdottir, Implementing the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use, Health Promotion Practice, 2020 21:1 70-79, DOI:10.1177/1524839919849033

7. Helgi Gunnlaugsson, Drug Controls in Iceland: Any Retreat in Sight? In: Retreat or Entrenchment? - Drug policies in the Nordic countries at a crossroads, Ed. by: Henrik Tham, Stockhol University Press, 2021, ISBN: 978-91-7635-160-4, DOI: https://doi.org/10.16993/bbo

8. Helgi Gunnlaugsson, An extreme case of lifestyle regulation: The prohibition of beer in Iceland In: A welfare policy patchwork – Negotiating the Public Good in Times of Transition, Ed. by: Matilda Hellman, Gun Roos, Julius von Wright, Nordic Centre for Welfare and Soical Issues, 2012

9. Inga Dóra Sigfúsdóttir, Thorolfur Thorlindsson, Álfgeir Logi Kristjánsson, Kathleen M. Roe, John P. Allegrante, Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model, Health Promotion

International, 2009, Volume 24, Issue 1, Pages 16–25, DOI: https://doi.org/10.1093/heapro/dan038

10. Final Report: The programme Drug-free Iceland (2003): https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item10661/IAE_final2003.pdf (letöltés ideje: 2023. január 20.)

INTERNETES HIVATKOZÁSOK

A. Drugs and Alcoholni: The Icelandic modell - https://drugsandalcoholni.info/iceland/ (letöltés ideje: 2023. január 23.)

B. Statistics Iceland: Number of offenses registerd by the police 1999-2015 https://px.hagstofa.is/pxen/pxweb/en/Samfelag/Samfelag__domsmal__afbrot/DOM0501.px (letöltés ideje: 2023. január 20.)

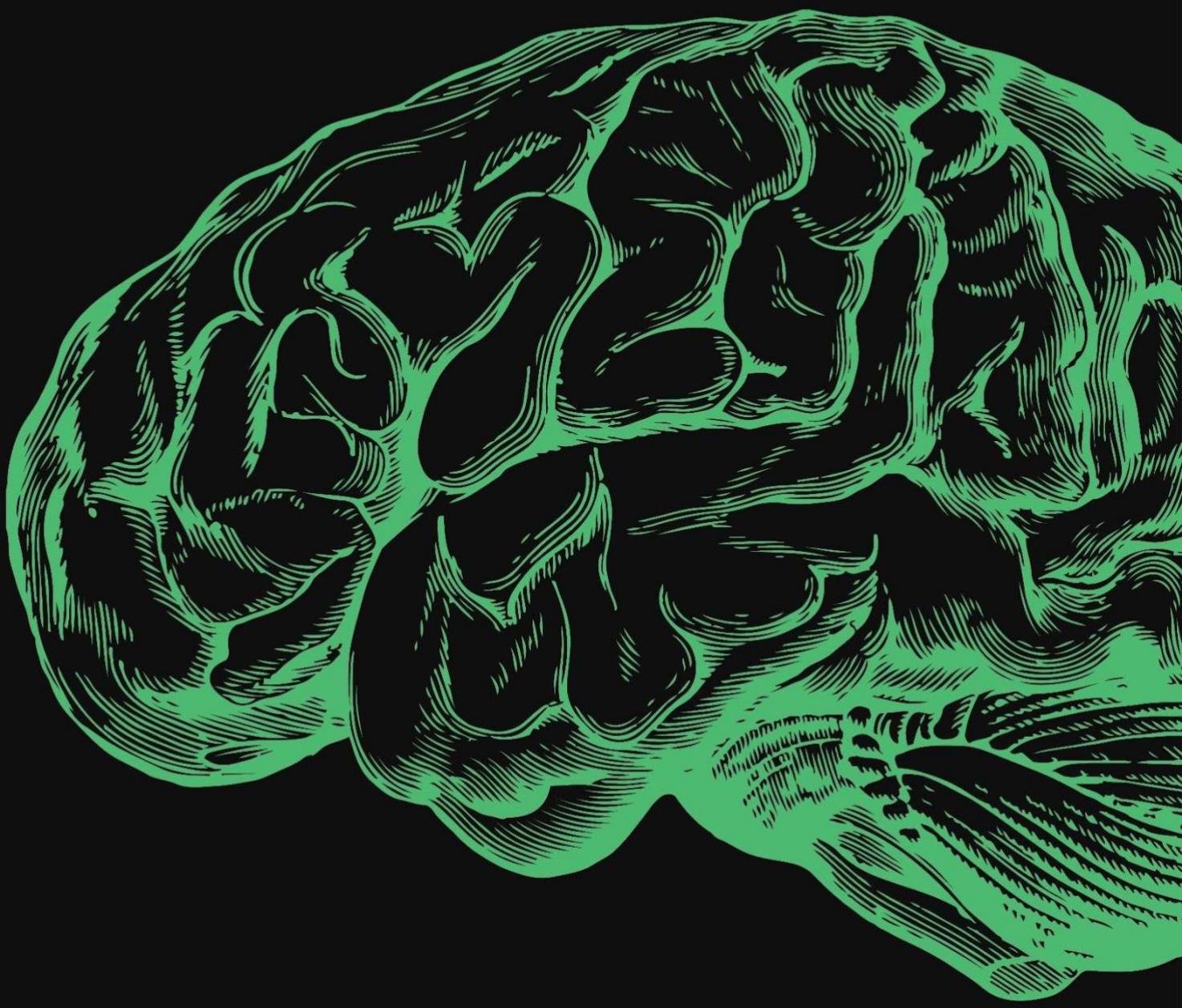
C. The Atlantic: How Iceland Got Teens to Say No to Drugs - https://www.theatlantic.com/health/archive/2017/01/teens-drugs-iceland/513668/ (letöltés ideje: 2023. január 10.)

EGYÉB INTERNETES HIVATKOZÁSOK

Global Organized Crime Index: https://ocindex.net/ (letöltés ideje: 2023. január 17.)

Global Peace Index: https://www.visionofhumanity.org/maps/#/ (letöltés ideje: 2023. január 22.)

Planet Youth: https://planetyouth.org/the-icelandic-prevention-model/ (letöltés ideje: 2022. december 17.)



DROGMONITOR

drogkutató intézet

A MARIHUÁNA HASZNÁLATA ELŐSEGÍTHETI AZ OPIOID FÜGGŐSÉG KIALAKULÁSÁT

BOZSÓ DOROTTYA

A kapudrog, mint kifejezés legtöbbször a marihuána vonatkozásában hangzik el. Az egyik megfogalmazás szerint ugyanakkor mindazon szereket kapudrognak tekintjük, melyek használata erősebb, függőséget okozó anyagok szükségszerű használatához vezet[A]. Ezen állítás rendkívül megosztó, két táborra osztja mind a közvéleményt, mind a kutatókat, de még a politikában is érezhető feszültségeket kelt.

Más szempontból egy neurobiológiai eredetű fogalomról beszélünk, mely két egymással összefüggő mechanizmust takar: a THC hat az endokannabinoid jelátvitelre, ami része azon idegrendszeri folyamatoknak, melyek kialakítják a drogfüggőséget[A]. Fontos, hogy ez kockázatot jelent, nem ok-okozati összefüggést. A tanulmányunkban vizsgált kutatási eredmények alapján kijelenthető, hogy a kannabisz használata, ha nem is szükségszerűen, de mindenképpen

növeli annak az esélyét, hogy a gyengébb szert használó személy keményebb drogok alkalmazásához folyamodjon.

A fent említett állítást kutatók egy csoportja igyekszik alátámasztani, míg mások cáfolni. Az ellentétes álláspontok egyik fő oka, hogy sok esetben a tanulmányok és az elvégzett adatelemzések pusztán arra térnek ki, hogy a marihuána használatát követően a későbbiekben megjelenik-e a különböző opioidok használata, vagy súlyosabb esetben ez vezethet-e opioid függőség kialakulásához. Kutatások jelentős része figyelmen kívül hagy olyan fontos, egyéb befolyásoló faktorokat (fizikális és mentális állapot, környezeti hatások, stb), melyek önmagukban is magyarázhatják a szerhasználat kialakulását. Ezek egyáltalán nem elhanyagolható információk abban az esetben, ha kábítószer-függőséget, súlyosabb szerhasználatot, ok-okozati összefüggéseket kívánunk áttekinteni.

Az opioid használati rendellenesség az illegális kábítószer-használatból eredő betegségek globális terhének egyik vezető tényezője, mely a 2000-es évek óta több, mint 50%-kal nőtt[1]. 2015-ben az USA-ban a vényköteles opioidokhoz kapcsolódó szerhasználati zavarok száma az egekbe szökött, elérte a 2 milliót. Ebben az évben a nem szándékos kábítószer-túladagolások több, mint 47 ezer ember életét követelték[2]. 2019-ben Európában 66.000 fő, a kezelésre jelentkezők 28%-a jelölte meg a döntése fő okaként az opioidok használatát[B]. Becslések szerint napjainkban 100 ezer emberből 353 él különböző opioidokkal világszerte, a magasabb jövedelmekkel rendelkező észak-amerikai országokban pedig ez a szám aránytalanul magas, 100 ezer főre 1168 opioid függő jut[1]. Ezek az adatok a vényköteles opioidok nem orvosi célú fokozódott használatával, valamint az opioidok miatt kialakuló függőségek növekedésével kapcsolódnak össze, továbbá a jóval erősebb szintetikus

opioidok (pl. fentanyl) megjelenésével vonhatók párhuzamba[1]. **A vényköteles opioidok nem orvosi célú használata nem csak a használó egyénre, hanem annak családjára, közvetlen környezetére is súlyos terhet ró.** Ez arra késztette a szövetségi döntéshozókat az USA-ban, hogy a vényköteles opioid használati rendellenességet közegészségügyi fenyegetésnek tekintse. Ezzel összefüggésben megnőtt a közvélemény és a szakma érdeklődése az iránt, hogy a kannabisz milyen befolyással bír ezen jelenségre, segíthet-e az opioid függőséggel küzdők számának megfékezésében, illetve a megelőzésében, vagy esetlegesen negatívan befolyásolja azt és ellenkező módon a kannabisz használata vezet fokozott opioid expozícióhoz[2].

Folyamatosan érkeznek hírek azzal kapcsolatban, hogy az USA-ban, Kanadában és egyre több európai országban is a marihuána, sőt további kábítószerek dekriminalizálása és legalizálása történik. Ezen törekvések fő célja a feketepiaci kereskedelem visszaszorítása, illetve kevésbé hangoztatott, de magától értetődően valós cél a legálissá tett kereskedelem adóztatása révén bevételi források biztosítása az állami kincstár számára. Ugyanakkor a rendvédelmi szervek tapasztalata azt mutatja, hogy az illegális kereskedelem egyáltalán nem szorul vissza ezekben az országokban[3]. A másik nagy probléma, hogy bár szabályozva van, hogy mely életkortól juthatnak hivatalosan ezekhez a szerekhez az egyének, de a fiatalkorúak ugyanúgy, illegális formában megszerzik és fogyasztják is azokat, mint a dekriminalizáció előtti időkben[3]. A fiatal korban történő gyakori kannabisz fogyasztás és az egyéb kábítószerekkel való későbbi visszaélés megnövekedett kockázatának összefüggéséről számoltak be Ausztráliában és Hollandiában is, ahol a marihuána bárki számára könnyen hozzáférhető[2].

A különböző kábítószerek fogyasztása esetén a fiatalkorúak tekinthetők a legveszélyeztetettebb korosztálynak. A klinikai kutatásokban bemutatott eredmények alapján a kannabisz használata „viselkedési gátlástalansághoz” vezethet, ami a kortárs kapcsolatokon keresztül más, már keményebb drogoknak számító illegális kábítószerekkel való fokozott elérhetőséget és társadalmi kitettséget is biztosíthat[2]. Számos tanulmányban kimutatták, hogy a marihuána negatívan befolyásolja a serdülők kognitív fejlődését, sok esetben eredményezhet későbbi opioid használatot, ami függőség kialakulásához is vezethet[3]. Fontos megjegyezni, hogy azokban az országokban és államokban, ahol a marihuána legalizálva vagy dekriminalizálva van, **az államnak feladata lenne a fiatalokat megvédeni a marihuána használatra serkentő reklámoktól és a marihuána tartalmú élelmiszerek fogyasztásától**. Nem túlzás azt mondani, hogy ezek az óvintézkedések, segíthetnek abban, hogy a serdülők és fiatal felnőttek idegrendszeri fejlődését, későbbi mentális egészségét védjék[3].

Az agy fejlődése nem áll le csecsemőkorban, még fiatal felnőtt korban is folytatódik, ám a marihuána használata hatással van ezekre a folyamatokra és közvetlenül érint olyan kulcsfontosságú területeket és jelátviteli útvonalakat, melyek a szerhasználati zavarok neuropatofiziológiájában is részt vesznek. Ronthatja a mentális egészségi állapotot, befolyásolja az érzelmi és kognitív folyamatokat, a memóriát[4], hosszú távú és nagy potenciálú használata a szorongás, a pszichózis, a depresszió és a PTSD tüneteit okozza vagy súlyosbítja azokat. A kannabisz elvonás is okozhat elhúzódó szorongásos tüneteket, ingerlékenységet, álmatlanságot, fájdalmakat, amelyek enyhítésére opioidokat alkamazhatnak. Egy 23 ezer személyt érintő metaanalízis megállapította, hogy **a serdülőkori kannabiszfogyasztás a depresszió**

és az öngyilkosság későbbi életkori kialakulásának fokozott kockázatával jár együtt. Elmondható, hogy egyes veszélyeztetett egyének esetében a genetikai és környezeti tényezők kombinációja révén nagy valószínűséggel a serdülőkori marihuána fogyasztás jelentősen növelheti az opioid használat megkezdését és az opioid használati zavar kialakulásának kockázatát[4]. Sok platformon igyekeznek azzal magyarázni a kannabisz használatát, hogy jótékony hatásai, valamint erős fájdalomcsillapító tulajdonságai miatt alkalmazzák azt. Az amerikai felnőtt lakosság körében **a marihuánával való visszaélések jelentős része nem fájdalomcsillapítás miatt történik, hanem annak egyéb, például nyugtató- vagy szorongáscsökkentő hatása miatt[2].**

Egy másik nézőpont szerint a kannabisz-expozíciót az opioidokkal kezelt krónikus fájdalommal küzdő betegek körében fokozott fájdalomcsillapítással hozták összefüggésbe, ami utalhat arra, hogy a kannabisz erősítheti az opioidok antinociceptív (fájdalomérzékelést csökkentő) hatását, lehetővé téve az opioidok alacsonyabb és biztonságosabb adagolását, hasonló mértékű fájdalomcsillapítás elérése érdekében. Ugyanakkor erről a tényről konkrét tanulmány még nem készült és megfelelő bizonyítékok sem állnak rendelkezésre, **egyetlen epidemiológiai vagy klinikai vizsgálat sem támasztja alá azt, hogy a kannabisz használat csökkentené az opioidok használatának szükségességét.** Sőt számos epidemiológiai kutatás utal arra, hogy a **kannabisz valójában növeli más kábítószerek használatának zavarát**, köztük az opioidokét. Egy ausztrál ikervizsgálatban a szerzők arról számoltak be, hogy a kannabisz használat korai megkezdése összefüggésbe hozható az egyéb kábítószer használat vagy visszaélés és függőség megnövekedett kockázatával, beleértve az opioidhasználatot, valamint az opioidokkal való visszaélést, függőség

kialakulását. Egyéb epidemiológiai vizsgálatok arra is rámutattak, hogy **a kannabisz használat más kábítószerek használatának kockázatát növeli**. Azonban korábban nem vizsgálták a kannabisz használat és az opioid használat vagy az opioid használati zavar közötti konkrét összefüggést, annak érdekében, hogy a klinikai gyakorlat és a szakpolitika számára tájékoztatást nyújtsanak. Éppen ezért megvizsgálták egy kutatás keretei között a kannabisz használat, valamint a 3 évvel későbbi illegális opioid használat közötti összefüggéseket és az orvosi rendelvényhez kötött opioid használattal rendelkező felnőttek kannabisz használata közötti esetleges kapcsolatokat. Az illegális, nem gyógyászati célú opioidokat használó felnőttek körében a kannabisz használata összefüggött az opioid expozíció szintjének növekedésével[2]. Felmerül a kérdés, hogy vajon a marihuána dekriminalizációja, illetve legalizációja hozzájárulhat-e a folyamatosan növekvő opioidválsághoz? **Amennyiben a marihuána fogyasztása hajlamos növelni az opioid használatot, lehetséges, hogy a kannabisz használat közelmúltbeli növekedése súlyosbítja az opioid válságot[2].** Ám ezzel a kérdéssel foglalkozó releváns tanulmányt kutatómunkánk során nem találtunk, csupán feltételezésként jelent meg több tanulmányban, bizonyítani eleddig nem sikerült[2,9]. Számos tényező járulhat hozzá ahhoz, hogy marihuánát fogyasztó egyének hajlamosak az opioid használati zavar kialakulására, vagy növelhetik az opioid fogyasztásának gyakoriságát[2].

Szakmai és politikai körökben egyaránt vita tárgyát képezi a kriminológiai változók szerepe a szerhasználat etiológiájában. A The National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health adatai felhasználásra kerültek a kapudrog elmélet tesztelésére. A kapott eredmények azt tükrözik, hogy a kannabisz használat gyakorisága növeli az opioidok későbbi használatának valószínűségét, de ez a kapcsolat nem

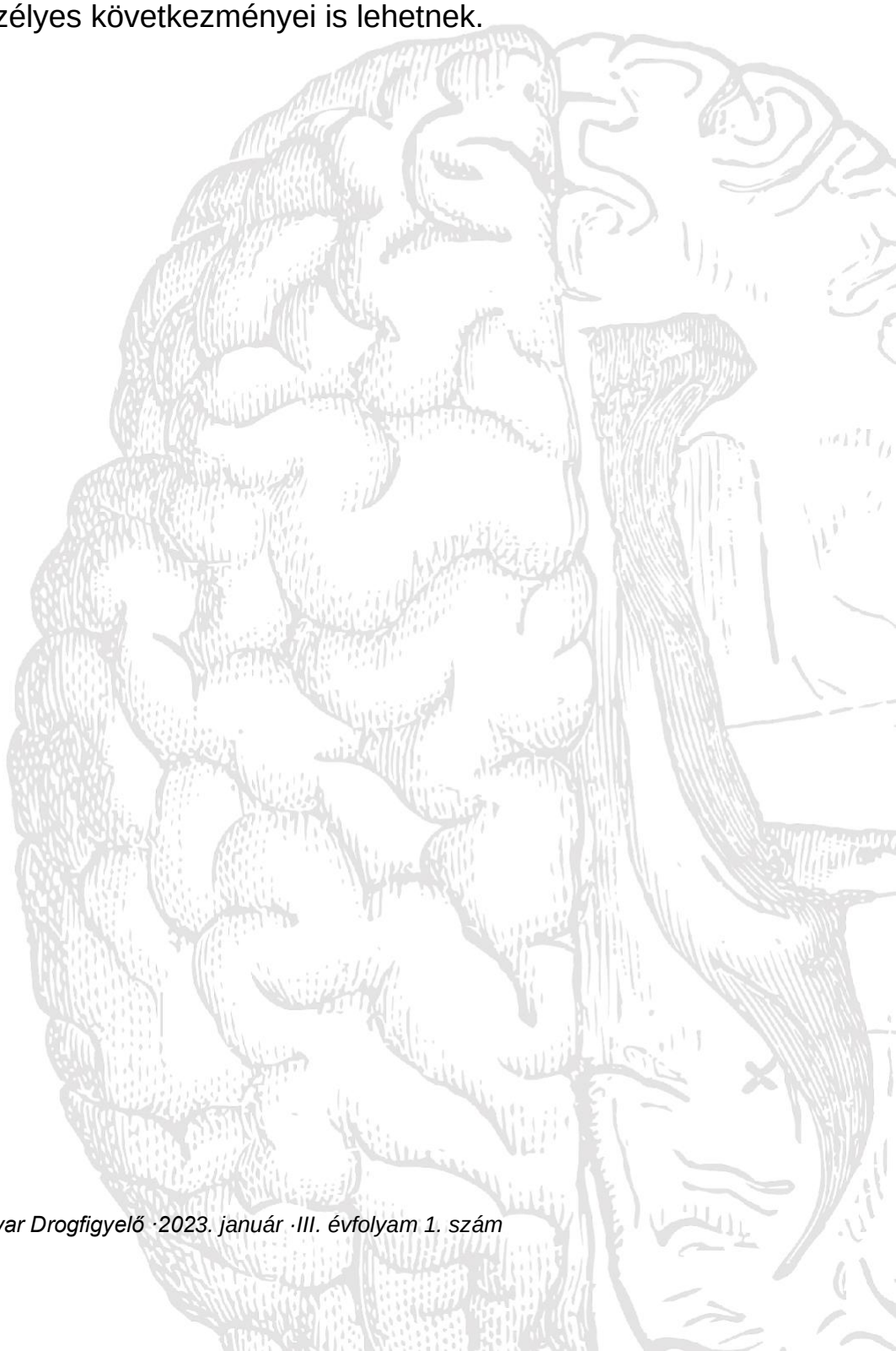
egyértelműen abból fakad, hogy előzetesen gyengébb szert, pl. marihuánát fogyasztott az illető, hanem kialakulhat a fokozódott, magasabb stresszhatások miatt is. Főképp tinédzserek körében az iskolával vagy családdal kapcsolatos stresszhatások devianciához vezethetnek kábítószer-fogyasztás formájában. Eképpen a **kannabisz használatának megkezdése és a későbbi opioidok használata közötti kapcsolat erősebb a nagyobb stressznek kitett emberek esetében**, mivel a negatív érzelmeket korrigálni igyekeznek és a megszokás miatt már erősebb szerekre lesz a használónak szüksége. Fontos kiemelni, hogy sajnos igen kevés tanulmány vizsgálta a kapudrog effektus és a stresszorok kapcsolatát[5].

Az USA-ból, Ausztráliából és Új-Zélandról származó releváns adatokat feldolgozó tanulmányban, 1977 és 2017 között gyűjtött adatokból, összesen 102 461 résztvevővel végeztek kutatást. A tanulmány azt mutatta ki, hogy a **kannabiszt használó személyek aránytalanul nagyobb valószínűséggel kezdenek opioidok használatába, mint a kannabiszt nem használó személyek**. A kutatás során egyéb zavaró tényezőket nem vettek figyelembe, úgy, mint például családi állapot vagy stressz[6].

Összegzés

Összességében tehát elmondható, hogy az általunk áttekintett kutatási eredmények mindegyikében **arra a megállapításra jutottak a szakértők, hogy a kannabisz használata, ha nem is szükségszerűen, de mindenképpen növeli annak az esélyét, hogy a gyengébb szert használó személy keményebb drogok alkalmazásához folyamodjon**. Fiatalkorban történő szerhasználat esetében, akár a szabályok ellen való lázadás miatt, akár bizonyítási vágy okán, de családi vagy iskolai

problémák miatt is opioidok alkalmazásához folyamodhatnak a fiatal felnőttek. Ez későbbi életére is kihat, ezeknél az egyéneknél jóval gyakoribb különböző mentális problémák megjelenése, köztük depresszió és öngyilkosságra való hajlam egyaránt. Természetesen az itt leírtak nem azt jelentik, hogy ha valaki alkalmanként marihuánát használ, akkor kötelező jelleggel opioid függővé fog válni, de be kell látni, hogy mindenképp növeli a keményebb szerhasználat esélyét, melynek igen súlyos, akár életveszélyes következményei is lehetnek.



FELHASZNÁLT IRODALOM

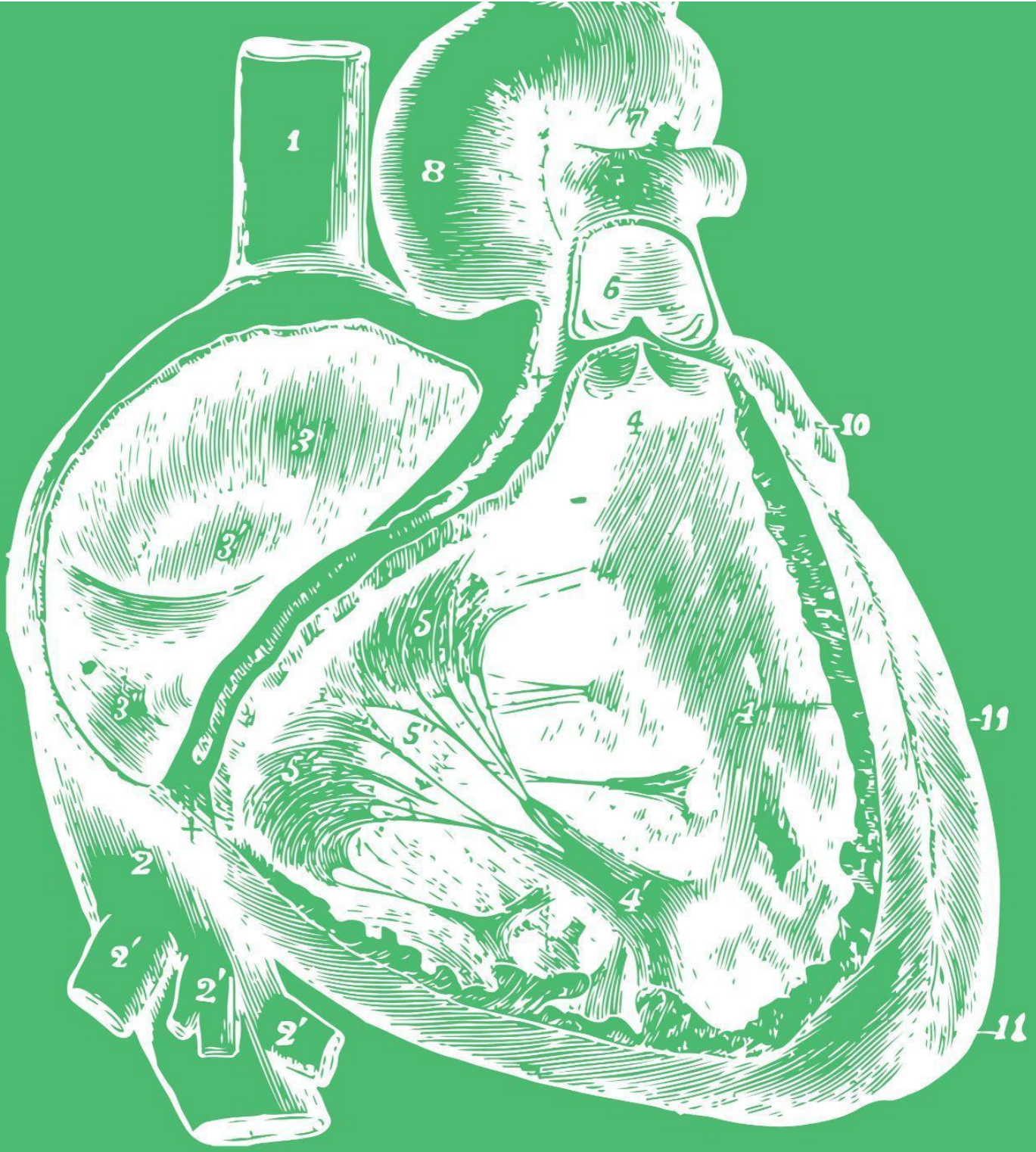
1. **Lake, S., & St Pierre, M. (2020).** The relationship between cannabis use and patient outcomes in medication-based treatment of opioid use disorder: A systematic review. *Clinical psychology review*, *82*, 101939. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101939
2. **Olfson, M., Wall, M. M., Liu, S. M., & Blanco, C. (2018).** Cannabis Use and Risk of Prescription Opioid Use Disorder in the United States. *The American journal of psychiatry*, *175*(1), 47–53. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17040413
3. **Arnold, J. F., & Sade, R. M. (2020).** Regulating Marijuana Use in the United States: Moving Past the Gateway Hypothesis of Drug Use. *The Journal of law, medicine & ethics : a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, *48*(2), 275–278. https://doi.org/10.1177/1073110520935339
4. **Williams A. R. (2020).** Cannabis as a Gateway Drug for Opioid Use Disorder. *The Journal of law, medicine & ethics : a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, *48*(2), 268–274. https://doi.org/10.1177/1073110520935338
5. **McCutcheon, J. C., & Watts, S. J. (2018).** An Examination of the Importance of Strain in the Cannabis Gateway Effect. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, *62*(11), 3603–3617. https://doi.org/10.1177/0306624X17729433
6. **Wilson, J., Mills, K., Freeman, T. P., Sunderland, M., Visontay, R., & Marel, C. (2022)**. Weeding out the truth: a systematic review and meta-analysis on the transition from cannabis use to opioid use and opioid use disorders, abuse or dependence. *Addiction (Abingdon, England)*, *117*(2), 284–298. https://doi.org/10.1111/add.15581

7. **Hill, K. P., & Saxon, A. J. (2018)**. The Role of Cannabis Legalization in the Opioid Crisis. *JAMA internal medicine*, *178*(5), 679–680. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0254

EGYÉB INTERNETES HIVATKOZÁSOK

A. Belügyi Szemle: Interjú Haller Józseffel - HTTP://REAL.MTAK.HU/129129/1/INTERJU-DANOSSZABOCS-BELUGYI-SZEMLE2021.EVI9.SZAM1673-1680.PDF (Letöltés ideje: 2023. január 15.)

B. EMCDDA: Európai kábítószerjelentés 2022 - HTTPS://WWW.EMCDDA.EUROPA.EU/SYSTEM/FILES/PUBLICATIONS/14644/20222419_TDAT22001HUN_PDF.PDF (Letöltés ideje: 2023. január 16.)



RECENZIÓ

drogkutató intézet

A CSILLAPÍTÓ TÁRSADALOM - A FÁJDALOM MA

PÉK LÁSZLÓ

Vitathatatlan, hogy a kábítószerfogyasztás korunk egyik égető egyéni és társadalmi problémája is egyben. Számos okot sorolhatunk fel, hogy miért fogyasztanak az emberek kábítószert, még akkor is, ha ezzel a saját egészségüknek ártanak. Okolhatjuk a genetikai hajlamot, a gyermekkori traumákat, a nem megfelelő családi állapotot, vagy éppen a rosszul működő társadalmunkat.

Han, a *csillapító társadalom – a fájdalom ma* című könyvében a fájdalom szerepének egy érdekes aspektusát világítja meg. Azt állítja ugyanis, hogy a nyugati társadalom egy paradigmaváltáson ment keresztül, a „fegyelmező" hatalom szerepét felváltotta a pozitív pszichológia.

E korszakváltás határát az amerikai opioid válság jelzi. Eljött a pozitív pszichológia kora, amelyben a fájdalom botrány, egyszerűen nem trendi, ezért azt el kell leplezni. Kellemesen akarunk élni és ebbe a fájdalommal és a halállal való szembesülés nem fér bele. A fájdalomcsillapítók és kábítószerek vették át a gyógyító érintések és beszélgetések szerepét. Han állítása szerint a

fájdalom nélküli élet felelőtlen túléléssé válik, ezzel pedig az emberségünket veszítjük el.

Az utóbbi évtized egyik legfelkapottabb gondolkodója kétségkívül a Németországban élő, koreai származású filozófus: **Byung-Chul Han**. Saját bevallása szerint ott olvassák őt legtöbben, ahol az emberek szomorúak[A], és bizony hazánkban is nagy népszerűségnek örvend. Könyvei a Typotex kiadó jóvoltából 2019 óta magyar nyelven is olvashatóak. Tavaly nyáron pedig a Koreai Kulturális Központ, a Typotex Kiadó és a Goethe Intézet szervezésében hazánkban is több előadást tartott.

De minek is köszönheti a népszerűségét, Han? Talán annak, hogy olyan mindenki számára aktuális témákkal foglalkozik, amelyek mindannyiunkat közvetlen közelről érintenek: önkizsákmányolás, a pszichopolitika, a digitalizáció kérdései, a szépség fogalmának átalakulása, valamint a fájdalom elleplezése. Mielőtt rátérnénk a recenziónk témájára fontos megjegyeznünk, hogy Han a gondolatmenetében sokszor következetlenül alkalmaz fogalmakat. Az említett fogalmakat nem határozza meg tudományos igényességgel, sokszor az az ember érzése, hogy a gondolatai mélysége a retorikája áldozatául esik.

Recenziónkban a *Csillapító társadalom - A fájdalom ma* című könyvét fogjuk bemutatni. Elsőre talán furcsának tűnik az, hogy a fájdalom mellett érvel valaki, hiszen hajlamosak vagyunk ösztönösen azt gondolni, hogy ami fáj, az rossz és káros, ezért igyekszünk mihamarabb megszüntetni. *„Mondd meg, hogyan viszonyulsz a fájdalomhoz, és én megmondom ki vagy!”* - ezzel az Ernst Jünger idézettel kezdi könyvét Han, majd pedig megállapítja, hogy a nyugati társadalom egy paradigmaváltáson ment keresztül, amelyet ő pozitív pszichológiának nevez. Ennek a

paradigmaváltásnak pedig a meghatározó példája az amerikai opiod válság. Amerikában az opioidok az 1990-es években váltak népszerűvé az orvosok körében. A műtéten vagy rákkezelésen átesett betegek fájdalomcsillapítására használták, de a 2000-es években az orvosok egyre gyakrabban írták fel krónikus betegségek fájdalomcsillapítására is, például hát és ízületi fájdalmakra, annak ellenére, hogy aggályok merültek fel a biztonságosságukkal és hatékonyságukkal kapcsolatosan. Ennek az lett a következménye, hogy az opioidokkal kapcsolatos túladagolási halálesetek száma 1999 óta több mint hatszorosára nőtt. Az opioidokkal összefüggő halálesetek száma a felírt opioidok mennyiségével párhuzamosan növekedett. Ennek az a magyarázata, hogy sok felhasználó a heroinhoz és más illegális kábítószerhez fordul, miután már nem tud elegendő mennyiséget beszerezni a felírt gyógyszerből. A CDC (Betegségellenőrzési és Megelőzési Központ) megjegyzi, hogy a heroint és a fentanilt leggyakrabban más drogokkal, például kokainnal vagy alkohollal együtt használják, ami növeli a túladagolás kockázatát[B]. A válságért Han nem csupán a gyógyszercégek anyagi haszonszerzését okolja, hanem az emberek fájdalomtól való irtózását, valamint a tartós jó közérzet ideológiáját is. Hiszen abban a társadalomban, amelyben a „fájdalom botrány", az emberek már nem képesek megélni és kibeszélni azt. Ha pedig az emberek nem képesek megélni a fájdalmukat, akkor elsilányul az örömük is. Ezt a problémát Han egy marxi fogalommal élve, úgy fogalmazza meg, hogy: „**minden fájdalmat elutasító élet „eldologiasodott élet"**. Han a modern pozitív pszichológiával szemben a premodern, „hősies világképet" hozza fel példaként. A hősies világkép alapján az ember mindig készen állt elviselni a fájdalmat, ami azt jelenti, hogy egy felsőbb hatalom parancsára, egy magasabb cél érdekében bevethető volt. Akik vonakodtak feláldozni az életüket a családért és a hazáért, azokat minden kultúrában megvetették. Modern

társadalmunkban, ahol a „pozitív pszichológia” az uralkodó ideológia, a test öncél, a test „hedonisztikus” értékké vált.
A kultúránk megváltozásának köszönhetően a hatalom központi intézményei is megváltoztak. A foucault-i fegyelmező hatalmat, amely hajléktalanszállókból, bolondok házából, börtönökből, kaszárnyákból és gyárakból áll, felváltotta egy más világ, amely sokkal inkább fitneszszalonokból, irodaházakból, bankokból, repülőterekből, bevásárlóközpontokból és genetikai laborokból áll. Az okoshatalomnak az az érdeke, hogy magunkkal foglalkozzunk, és ne kérdezzünk rá kritikusan a fennálló társadalmi viszonyokra. *„A fájdalom kizárólag orvosi és gyógyszerészi megközelítése megakadályozza, hogy a fájdalomból beszéd, mi több kritika legyen.”*[1]. Ennek következtében nem forradalmárok, hanem *motivációs trénerek* hatnak az emberek lelkiállapotára.
Han a fájdalmat pszichoszomatikus keretek közé helyezi, és megállapítja, hogy a csillapító (palliatív) beszélgetések és érintések helyett teljes mértékben a fájdalomcsillapítókban és a gyógyszerekben bízunk. A pandémia pedig még inkább elidegenítette egymástól az embereket, az egymás felé való bizalmatlanság abból adódóan is növekedett, hogy a másik potenciális vírushordozóvá vált, ezzel egyre kevesebb lett a testi kontaktus az emberek között. A fájdalom enyhítése érdekében ma már nem beszélgetünk, nem mesélünk egymásnak történeteket, hamarabb nyúlunk az okostelefonjainkhoz, mint a szeretteink kezéhez.
A fájdalom kibeszéléséhez tartozik az írás és a művészet, sőt a filozófia is. Han Kafkát, Proustot és Schubertet hozza példaként. Kafka, ha éjjel szorongott és nem tudott aludni, akkor írt. Proust az asztmája miatt egész életében szenvedett, élete végén magából a halálból is beszédet csikar ki azáltal, hogy megfigyelte saját állapotát, így az *Eltűnt idő nyomában* egyik

főhőse Bergotte halálát még érzékelhetőbbé tette. Schubert Pedig a *Téli utazás* című dalciklusát a fájdalmas higanykezelése alatt írta.

Nietzschénél a fájdalom az élvezettel ellentétben reflexiós folyamatot indít el. Nietzsche a fájdalomról a következőket írja: *„a pokoli kínokban, amelyeket a nem szűnő fájdalom okoz a keserves nyálkahányás közben, par excellence dialektikus tisztánlátással rendelkezem, és olyan dolgokat gondoltam át, amelyekhez egészségesebb állapotomban nem értem föl, nem voltam elég kifinomult....”*[1]. Heidegger pedig azt állítja, hogy *„a fájdalom a halál kicsiben – a halál a fájdalom nagyban”,* így a fájdalom az emberi végesség alaphangoltsága[1]. Han leginkább Nietzsche és Heidegger fogalmait használja a fájdalom apológiája (védelme) érdekében. A fájdalomnak való „kitettség” heidegger-i fogalomával ragadja meg azt az állapotot, amelyben az ember védtelen a másikkal szemben. Az emberi kapcsolatok ugyanis „kitettségen” alapulnak, hiszen amely embertársunk felé „kitettek” vagyunk, afelé részvétet is érzünk és konfliktus esetén mélyebb fájdalmat élünk meg.

Az „okos” társadalomban ez a kitettség egyre inkább megszűnik, a kapcsolatok pedig instrumentalizálódnak (eszközszerűvé válnak), a másikkal való konfrontáció elől menekülve zárkózunk önmagunkba, és az online térben keressük a vigaszt, és ezzel együtt saját magunk igazolását. Csak a másik miatti szorongás tanítja meg, hogy ki vagyok, állítja Han, majd Elias Canettitől, idézi: *„olyan embereket szerettem, akikért szorongtam”*[1]. A szorongástól és a fájdalomtól való kóros menekülés hozza majd el az „utolsó embert”. Han Nietzsche *Imigyen szóla Zarathustra* című művéből kölcsönzi az utolsó fejezetének a címét, amely az utolsó emberről szól. Ebben a fejezetben rávilágít arra, hogy az utolsó ember a szabadságát nem kényszerből, hanem belső szükségletből áldozza fel és fel sem tűnik neki, hogy elvesztette azt. Mivel az online

térben minden személyes adatunk megtalálható, hiszen mi magunk töltöttük fel azokat, ezért Han ezt digitális felügyeleti rendszernek nevezi, amely kedvez a biopolitikának, az emberi élet felett gyakorolt stratégiai hatalomgyakorlásnak.

Nietzsche szinte megjövendölte a szabadságát önként átadó utolsó ember és a fájdalomnélküliség eljövetelét[1], csakhogy ezt az állapotot az ember csak rövid ideig képes élvezni, mivel rövidesen beáll az unalom. Talán a halál megszüntetése és a transzhumanizmus a kiút ebből a nihilizmusból? Ebben az esetben viszont, fájdalom és unalom nélkül az ember megszűnik ember lenni. Vagy újra visszatalálunk egymáshoz és azokhoz az értékekhez, amelyek a társadalmunk eddigi fennmaradását biztosították.

Han tehát egyrészt amellett érvel, hogy a kábítószerfogyasztás, mint a szorongástól, fájdalomtól való menekülés önző dolog, másrészt pedig nem arról van szó, hogy indokolt esetben ne használjunk orvosok által felírt fájdalomcsillapítót, hanem arról, hogy közben ne feledkezzünk meg egymásról, a gyógyító érintésekről és beszélgetésekről. Konklúzióként talán azt vonhatnánk le, hogy ne féljünk a fájdalomtól, ne akarjuk rögtön és mindenáron csillapítani, mert a fájdalom a valósághoz tartozik, a fájdalom elviselése hatással van a világképünkre, jellemünkre, emberségünkre. Ne higgyünk azoknak a hangoknak, amelyek a médián keresztül azt sugallják, hogy az egyetlen járható út az önző, egyéni érdekeket mindenek fölé helyező boldogságkeresés, amelybe nem fér bele a fájdalom, használjunk akár kábítószert a csillapítására, hogy a boldogság minden pillanatban hazug Instagram-képek százait eredményezhesse. Ne feledjük Han szavait, ha megszüntetjük a fájdalmat, elveszíthetjük emberségünket. Az emberi élet pedig puszta önző túléléssé válhat.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Byung-Chul, H., (2021), Csillapító társadalom, Typotex Kiadó, Budapest, 23, 64, 70, 82, 89. o

INTERNETES HIVATKOZÁSOK

A. HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=UOQJWW-IMRU

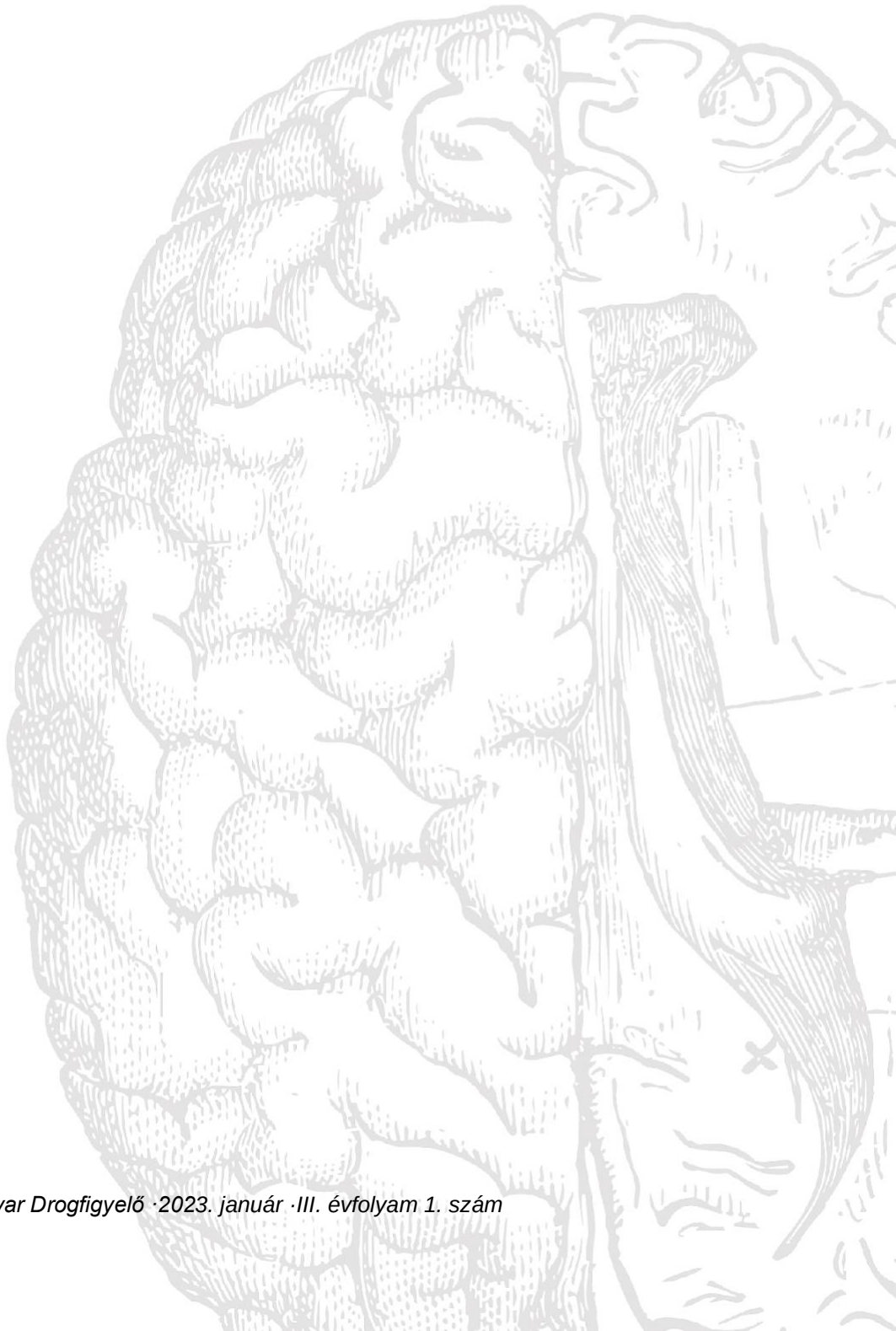
B. Council of Foreign Relations: The U.S. opioid epidemic – HTTPS://WWW.CFR.ORG/BACKGROUNDER/US-OPIOID-EPIDEMIC (Letöltés ideje: 2023. január 17.)

C. Magyar Hang: A másikhoz való visszatalálást hirdette a sztárfilozófus, akit még a pápa is olvas – HTTPS://HANG.HU/KULTURA/A-MASIKHOZ-VALO-VISSZATALALAST-HIRDETTE-A-SZTARFILOZOFUS-AKIT-MEG-A-PAPA-IS-OLVAS-142692 (Letöltés ideje: 2023. január 17.)

D. Qubit: Byung-Chul Han: A neoliberális társadalom már a fájdalmat is megölte – HTTPS://QUBIT.HU/2022/01/02/BYUNG-CHUL-HAN-A-NEOLIBERALIS-TARSADALOM-MAR-A-FAJDALMAT-IS-MEGOLTE (Letöltés ideje: 2023. január 17.)

E. Horváth Gábor: Byung-Chul Han: Csillapító társadalom – A fájdalom ma – HTTPS://WWW.GYORISZALON.HU/NEWS/16213/66/BYUNG-CHUL-HAN-CSILLAP%C3%ADT%C3%B3-T%C3%A1RSADALOM-A-F%C3%A1JDALOM-MA (Letöltés ideje: 2023. január 17.)

F. The Nation: The Limits of Understanding the Pandemic Philosophically – HTTPS://WWW.THENATION.COM/ARTICLE/CULTURE/PALLIATIVE-SOCIETY-BYUNG-CHUL-HAN/ (Letöltés ideje: 2023. január 17.)



EMCDDA MINIÚTMUTATÓ - HAJLÉKTALANSÁG ÉS KÁBÍTÓSZER: EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS VÁLASZOK

GULYÁS ÉVA

Az EMCDDA tavaly decemberében megjelent miniútmutatója[1] áttekintést nyújt a kábítószert fogyasztó hajléktalan személyek számára nyújtott egészségügyi és szociális intézkedések megtervezéséről, illetve ezek megvalósításakor figyelembe veendő legfontosabb szempontokról. Továbbá áttekinti ezek elérhetőségét és hatékonyságát, valamint vizsgálja a szakpolitikára és gyakorlatra kifejtett hatásokat. Cikkünkben ezen útmutatóban ismertetett lépéseket és válaszokat járjuk körül.

Áttekintés

A hajléktalanság a társadalmi kirekesztés intenzív formájának tekinthető. Általánosságban a hajléktalanság olyan személyeket foglal magában, akiknek nincs stabil, állandó és elfogadható lakhatásuk, vagy akiknek nincs kilátásuk, eszközük és képességük arra, hogy ilyen lakhatást szerezzenek. Ez az állapot negatívan befolyásolja ezen személyek fizikai és mentális egészségét, életminőségét, valamint a foglalkoztatáshoz vagy más szolgáltatásokhoz (gazdasági, szociális, egészségügyi) való hozzáférését. Az ilyen körülmények közötti kábítószer fogyasztás pedig tovább növeli a társadalmi, mentális és fizikai egészségügyi kockázatokat, s mindezek végső soron megbetegedésekhez és halálozásokhoz vezethetnek.

A hajléktalanság és a kábítószer-használat közötti kapcsolat összetett. Azok a személyek, akik tartósan vagy epizódikusan (visszatérően) kerülnek ilyen kiszolgáltatott helyzetbe nagyobb valószínűséggel használnak kábítószert. Ezzel szemben a rövid távú vagy átmeneti hajléktalanságot megtapasztalók körében a kockázatos kábítószer-használat nem tűnik magasabbnak, mint az átlagnépesség körében. Fontos kiemelni, hogy a kábítószer-használat és a hajléktalanság két irányban is összefügg egymással: **egymás okai és következményei lehetnek.**

A hajléktalansággal és a kábítószer-használattal kapcsolatos legfontosabb kérdések

A hajléktalanságot többféleképpen lehet meghatározni. Ez megnehezíti ezen személyek kábítószer-fogyasztásának nyomon követését. A hajléktalanság európai tipológiája (ETHOS) négy hajléktalansági és

lakhatási kirekesztettségi kategóriát javasol megkülönböztetni, nevezetesen:

- fedélnélküliség (pl. fedél nélkül élő vagy éjjeli menedékhelyen tartózkodó emberek);
- hajléktalanság (pl. hajléktalanok számára fenntartott szálláshelyeken élő emberek);
- bizonytalan lakhatás (pl. erőszak vagy kilakoltatás veszélye alatt élő emberek);
- nem megfelelő lakhatás (pl. extrém zsúfoltságban élők).

1. *Kockázatos kábítószer-használat és mentális egészségügyi problémák egyidejű fennállása*

A hajléktalanságot megtapasztaló emberek körében gyakran figyelhetők meg mentális egészségügyi problémák. Egy átfogó felmérésben a leggyakoribb diagnosztikai kategóriák az alkoholfogyasztási- és a kábítószer-használati zavarok, a skizofrénia spektrumzavarok és a major depresszió voltak, mindezek különös figyelmet igényelnek a szolgáltatások fejlesztése során[2]. Minél súlyosabb a hajléktalanság szintje, (például a hosszú távú és ismétlődő hajléktalanságot megtapasztalók körében), annál valószínűbb a rosszabb mentális egészségi állapot. A kockázatos kábítószer-használathoz hasonlóan az ok-okozati összefüggés iránya sem egyértelmű. Egyes tanulmányok szerint a mentális egészségügyi problémák növelhetik a hajléktalanság kockázatát, míg mások szerint fordítva. Összességében a hajléktalanságot megtapasztaló, mentális betegségekben szenvedő emberek a társadalom leginkább megbélyegzett emberei közé tartoznak, ami tovább súlyosbodik, ha kábítószert is használnak. A megbélyegzés az

egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyik fő akadálya e csoportok számára.

2. Tartós és visszatérő hajléktalanság

A tartós vagy ismétlődő hajléktalanságot megélő emberek - akiknél magas a kockázatos kábítószer-használat és a súlyos mentális betegségek aránya - számos országban a beavatkozások fontos célpontját képezik. Ezeket a csoportokat általában a tartós munkanélküliség és a büntető igazságszolgáltatási rendszerrel való kapcsolat magas aránya is jellemzi. Úgy tűnik, hogy e csoportok körében **"egymást erősítő" kapcsolat van a hajléktalanság, a kockázatos kábítószer-használat, a súlyos mentális betegségek és a rossz fizikai egészség között.**

A hosszú távú és visszatérő hajléktalanság a fedélnélküliséget megtapasztalók mintegy 20 %-át teszi ki. Ezek a csoportok számos kutatás középpontjában állnak, különösen a hajléktalanság és a kockázatos kábítószer-használat közötti összefüggésekkel kapcsolatban.

3. Átmeneti hajléktalanság

Az átmeneti hajléktalanság általában nem jár együtt a magas kockázatú kábítószer-használattal. A rendelkezésre álló adatok arra utalnak, hogy a hajléktalanságot elsősorban gazdasági és társadalmi tényezők váltják ki, és az illető végül képes a hajléktalanságból való kilépésre. Így a magas kockázatú kábítószer-használat nem fordul elő nagyobb arányban, mint az átlagnépességben. Azonban ezen személyek szociális, mentális és fizikai egészségügyi problémái súlyosbíthatják a kábítószer-használattal kapcsolatos kockázatokat.

4. Nők és hajléktalanság

A nők körében a hajléktalanság eltérő megoldásokat és ellátást igényel. Esetükben a hosszú távú és időszakos hajléktalanság magában foglalhatja a barátoknál, rokonoknál és ismerősöknél való többszöri vagy hosszabb ideig tartó tartózkodást, valamint a bizonytalan életkörülmények közötti váltakozást. Emiatt a hajléktalanságot megtapasztaló nők alulreprezentáltak lehetnek az adatgyűjtésben.

A nők körében a hajléktalanság eltérő megoldásokat és ellátást igényel. Esetükben a hosszú távú és időszakos hajléktalanság magában foglalhatja a barátoknál, rokonoknál és ismerősöknél való többszöri vagy hosszabb ideig tartó tartózkodást, valamint a bizonytalan életkörülmények közötti váltakozást. Emiatt a hajléktalanságot megtapasztaló nők alulreprezentáltak lehetnek az adatgyűjtésben.

A nők hajléktalanság alatti kábítószer-használati szokásai eltérhetnek a férfiakétól. A nők például nagyobb valószínűséggel kezdenek heroinozni fiatalabb korban, nagyobb valószínűséggel használnak injekciót, és nagyobb valószínűséggel vezetik be őket a kábítószer használatba szexuális partnerük révén. A trauma és a nemi alapú erőszak is hozzájárulhat a kockázatos kábítószer-használathoz. Ezért a hajléktalansággal és a kábítószer-használattal kapcsolatos hatékony beavatkozásoknak nemek szerinti megközelítést kell alkalmazniuk.

A hajléktalanságban élő emberek kábítószerrel kapcsolatos problémáira vonatkozó kérdések és válaszok

A hajléktalanságot megtapasztaló és kábítószer-fogyasztó emberek támogatásában a legfőbb kihívást az állandó lakhely hiánya jelenti, amely

megnehezíti az egészségügyi és szociális ellátást. Az instabilitás, a bizonytalanság, a nem kívánt költözések, a többféle kockázati és stresszforrásnak való kitettség, a nem diagnosztizált és kielégítetlen fizikai és mentális egészségügyi kezelési szükségletek, valamint a biztonságos, állandó és megfelelő alvóhely hiánya mind-mind kihívást jelentenek a hatékony intézkedések előtt e csoport esetében.

Európában egyelőre nem vezettek be egységes eljárási protokollt a hajléktalanságot megtapasztaló és kábítószert használó emberek számára. Azonban a hajléktalansággal foglalkozó szolgálatok az általános egészségügyi és szociális ellátórendszerekkel összehangoltan működhetnek.

Általában hiányoznak a kifejezetten a hajléktalanságot megtapasztaló és kábítószer-fogyasztó embereket célzó szolgáltatások. Következésképpen az ilyen emberek jellemzően más, alacsony küszöbű hajléktalansági vagy kábítószer-ellenes szolgáltatásokat vesznek igénybe, például a kábítószer-fogyasztási helyiségeket, a mobil ártalomcsökkentő klinikákat, valamint a tű- és fecskendőprogramokat. Ezek a szolgáltatások néha olyan speciális jellemzőkkel rendelkeznek, amelyek a hajléktalanságot megtapasztaló emberek szükségleteire irányulnak. A kábítószer-fogyasztási helyiségek például étkezést, zuhanyzási lehetőséget, öltözőszekrényeket és ruházatot biztosítanak, és éjszakai szállást nyújtó menedékhelyekkel is összekapcsolódhatnak. Tágabb értelemben megkönnyíthetik a szociális és egyéb kezelési programokhoz való irányítást.

A hatékony szolgáltatásnyújtás alapelvei:

1. Stabil lakhatás

A stabil lakhatást a hajléktalanságra adott válasz alapvető elemének tekintik. A kockázati magatartás gyakran összefügg a lakhatás instabilitásával. Ha az embereket olyan környezetbe engedik ki a kezelésből, ahol hajléktalansággal kell szembenézniük, vagy ha a kezelés lakhatás nélkül történik, az további károkat okozhat. Ezért a lakhatás gyakran az első válasz, amelyet holisztikus támogatással kombinálnak, hogy biztosítsák az egyéni szükségletek kielégítését és a társadalomba való visszailleszkedés elősegítését.

Az úgynevezett "Housing First" egy olyan szolgáltatás, amely számos európai országban a hajléktalanságra adott első válaszként lakhatást biztosít. A támogatás holisztikus kombinációját nyújtja, hogy biztosítsa az ügyfelek egyedi szükségleteinek kielégítését és elősegítse a társadalomba való visszailleszkedést.

A program a hajléktalanságot megtapasztaló, összetett szükségletekkel rendelkező emberek számára készült, beleértve a magas kockázatú kábítószer-használattal, súlyos mentális betegségekkel és pszichiátriai rendellenességekkel küzdőket.

Két nagy, Franciaországban és Kanadában végzett véletlen besorolásos kontrollvizsgálat, valamint az egyes programok európai értékelései szerint a Housing First szolgáltatások ígéretesnek bizonyultak a hajléktalanság megszüntetésében.

Ugyanakkor egy 2021-ben publikált szisztematikus áttekintés a kábítószer-használati probléma esetében minimális hatást mutatott ki. Mivel az ártalomcsökkentés eredményeit a Housing First keretében

továbbra is kevéssé vizsgálták, így a beavatkozás hatásaira vonatkozó következtetések e téren koraiak lennének[3].

2. Ártalomcsökkentés

Az ártalomcsökkentés a hajléktalanságban élő emberek számára nyújtott szolgáltatások alapvető eleme. A szolgáltatások közé tartozhatnak tűcsereprogramok, kábítószer-fogyasztási helyiségek, mobil klinikák és a kábítószer-használati zavarok farmakológiai kezeléséhez való hozzáférés, mint például az opioid agonista kezelés (OAT), valamint az opioid-túladagolás okozta légzésdepresszió visszafordítására szolgáló naloxon biztosítása. Számos tanulmány kimutatta, hogy az ártalomcsökkentés hatékonyan javíthatja a kábítószer-fogyasztó és hajléktalanságban élő emberek egészségét és jólétét. A kortársak részvétele szintén javíthatja az ilyen típusú szolgáltatások iránti elkötelezettséget.

3. Integrált szolgáltatások

Az integrált stratégiák túllépnek az egyféle beavatkozási modellen - például egy olyan klinikán, amely csak egy bizonyos kezelési formát nyújt - és az egymással összekapcsolt támogatás hálózatát alkotják. Az ilyen hálózatok ígéretesnek bizonyultak magának a hajléktalanságnak és a hajléktalanságot megtapasztaló és kábítószert használó emberek összetett szükségleteinek kezelésében. Az integrált stratégiák magukban foglalhatják az ártalomcsökkentést, a kezelést, az oktatást, a foglalkoztatást és a támogató szolgáltatásokat, a sürgősségi és átmeneti szállásokat vagy a rendezett és állandó lakhatást, amelyek mindegyike integrált hálózatként működik.

Európai kép

A COVID-19 világjárvány előtt a becslések szerint Európában 700.000 ember volt hajléktalan. Ez 70%-os növekedést jelent az elmúlt évtizedben, ami valószínűleg a növekvő lakhatási költségek, valamint a szociális programok és juttatások finanszírozásának csökkenése miatt következett be. Ez a becslés nem tartalmazza azokat a személyeket, akik az úgynevezett "rejtett hajléktalanságot" tapasztalják, például a barátoknál és családtagoknál informális életformát alkalmazó, vagy a hivatalos társadalmon kívül, nem szabályozott településeken (például elhagyatott lakásokban, lakókocsikban vagy sátrakban) élő embereket.

A hajléktalanság jellege Európa-szerte változó, mivel a kulturális attitűdök, a megbélyegzés és a különböző szolgáltatási kínálat megváltoztathatja, hogy mit jelent a hajléktalanság megtapasztalása, és milyen szolgáltatásokhoz lehet hozzáférni. Egyes országokban a hajléktalanságot megtapasztaló emberek, sokkal inkább a családra, barátokra, ismerősökre támaszkodnak, vagy a hivatalos társadalmon kívül, szabályozatlan településeken élnek. Némely európai városokban a hajléktalanellátás nem terjed túl az alapvető, élelmet és ágyat kínáló szükségszállásokon. Az ilyen helyzetekben elérhető addiktológiai szolgáltatások az általános lakosság számára igénybe vehető szolgáltatások közé tartoznak és nem kifejezetten a hajléktalanságot megtapasztaló embereknek készültek. Más országokban viszonylag kiterjedt hajléktalan ellátási szolgáltatások, például stabil lakhatási lehetőségek állnak rendelkezésre, amelyek közül néhány kifejezetten a hajléktalanságot megtapasztaló és kábítószer-fogyasztó embereket célozza meg.

Ahol léteznek hajléktalan ellátó szolgáltatások, ott az ágazat és az azon belül kínált szolgáltatások igen eltérőek, de általában szubnacionális szinten szerveződnek, és gyakran civil társadalmi szervezetek működtetik őket. Ez azt jelenti, hogy az adatokat gyakran nem gyűjtik vagy elemzik nemzeti szinten. Ennek eredményeképpen nincs világos, átfogó kép a hajléktalanságot általában véve, és különösen a kábítószer-fogyasztók számára nyújtott szolgáltatásokról az EU-ban vagy az egyes tagállamokon belül. Nemzet szinten a definíciós nehézségek tovább nehezítik az ezzel kapcsolatos adatgyűjtést.

Politikai keretek

Uniós szinten 2021 júniusában fogadták el a hajléktalanság elleni küzdelem európai platformjáról szóló lisszaboni nyilatkozatot. Az ENSZ fenntartható fejlődési céljaival összhangban a nyilatkozat megerősíti az EU azon törekvését, hogy 2030-ig felszámolja a hajléktalanságot[4]. A nyilatkozat előirányozza egy, a hajléktalanság elleni küzdelemmel foglalkozó európai platform elindítását, amely támogatja a tagállamokat és a szolgáltatókat a bevált gyakorlatok megosztásában és a hatékony, innovatív megközelítések meghatározásában, ideértve a mindenki számára elérhető árú lakhatáshoz való hozzáférés előmozdítását.

Tagállami szinten a hajléktalanság és a kábítószer-használat számos európai ország nemzeti kábítószer-politikai cselekvési tervében szerepel, amelyek az ilyen körülmények között élő embereket gyakran különösen veszélyeztetett csoportként azonosítják. Néhány ország nemzeti politikai keretrendszerében szerepelnek a hajléktalanságot megtapasztaló személyek számára nyújtott speciális szolgáltatások, például lakhatási és ártalomcsökkentő szolgáltatások, akár önálló beavatkozásként, akár integrált programként. Mások a szociális, egészségügyi és

szenvedélybeteg-ellátási szolgáltatások igényeinek kielégítése révén reagálnak e csoport szükségleteire.

Támogatott lakhatás

2020 novemberében az Európai Parlament felszólította a tagállamokat, hogy fogadják el a "Housing First" elveit, amelyek azon a koncepción alapulnak, hogy az otthon alapvető emberi jog. Néhány európai országban a támogatott lakhatás része a hosszú távú és visszatérő hajléktalanságra adott integrált válasznak. Finnországban a hajléktalansággal kapcsolatos integrált stratégia egy tágan értelmezett "Housing First" megközelítést tükröz, amely a szolgáltatások széles skáláját alkalmazza a gyors lakhatás biztosítása mellett. Ez bizonyos sikereket mutat a lakhatás bizonytalanságának csökkentésében a tartósan hajléktalanok körében. Más európai országokban támogatott lakhatást biztosítanak a kábítószer-fogyasztók számára, akik éppen befejezték a kezelést. A lakhatás célja a társadalomba való visszailleszkedés támogatása, valamint a visszaesés és a hajléktalanság megelőzése.

Alacsonyküszöbű és célzott szolgáltatások

A hajléktalanságot megtapasztaló, kábítószer-fogyasztó emberek gyakran az alacsony küszöbű kábítószer-kezelési és ártalomcsökkentő szolgáltatások igénybevevőinek nagy részét teszik ki Európa-szerte. E szolgáltatások némelyike kifejezetten erre a csoportra irányul, vagy kifejezetten őket célzó sajátosságokat tartalmaz (pl. zuhanyzók és menedékhelyek a kábítószer-fogyasztási helyiségekkel kapcsolatban).

Míg a hajléktalanságot megtapasztaló és kábítószer-fogyasztó emberek bizonyos alcsoportjai, például a fiatalok, a nők és a migránsok számára nyújtott szolgáltatások látszólag nem terjedtek el széles körben, az egyes

országokban vannak kivételek. Franciaországban a Travail alternatif payé à la journée (TAPAJ) program elősegíti az utcán élő fiatalok társadalmi integrációját. A program elősegíti az egészségügyi, szociális és lakhatási beavatkozások folytonosságát azon kiszolgáltatott fiatalok számára, akik rendkívül instabil élethelyzetben vannak. Írországban 2019-ben indult el egy hasonló program, az UBU Your Place Your Space (UBU - A helyed a helyed) elnevezésű program. Ez a program a 10-21 éves fiatalokat célozza meg a magas kockázatú kábítószer-használat, munkanélküliség és hajléktalanság által jellemzett területeken. A kábítószer-használat megelőzése és csökkentése a program egyik kiemelt célja.

A nemek közötti eltérő igényű ártalomcsökkentő szolgáltatásokat a spanyolországi Katalóniában a Metzineres nonprofit szövetkezet valósította meg, amely az ártalomcsökkentésen, az emberi jogokon és a nemek közötti esélyegyenlőség általános érvényesítésén alapul.

COVID-19 és hajléktalanság

A COVID-19 aránytalanul nagy mértékben érintette a kábítószer-fogyasztók már kiszolgáltatott és marginalizált csoportjait, beleértve a hajléktalanokat is. A hajléktalanságot megtapasztaló emberek esetében nagyobb a kockázata a vírus súlyos káros következményeinek. A COVID-19 miatt számos hajléktalanellátó programnak át kellett alakítania szolgáltatásait. Ez érintette azokat a szolgáltatásokat, ahol az emberek összegyűlnek, vagy amelyek közösségi jellegűek, például a hajléktalanszállókat, ahol az emberek közös alvó- és lakóhelyet használnak.

Miközben a COVID-19 számos sebezhetőséget tárt fel az egészségügyi és szociális szolgáltatások nyújtásában, a világjárványra adott válaszlépések számos európai országban pozitív fejleményekhez vezettek. Néhány országban javult a hajléktalanságban szenvedő emberek lakhatáshoz való hozzáférése, bővült az ártalomcsökkentő intézkedésekhez való hozzáférés, és enyhültek bizonyos korlátozások, például az otthonról elvihető OAT-gyógyszerekre vonatkozó korlátozások.

Írországban az absztinencia-alapú megközelítésről az ártalomcsökkentésre való áttérés a "Housing First" keretén belül ígéretesnek bizonyult a COVID-19 terjedésének megfékezésében és a vírus okozta halálozás csökkentésében a hajléktalanságban élő emberek körében. Két kulcsfontosságú változás történt az OAT-ellátásban. Először is, nemzeti készenléti iránymutatásokat adtak ki, amelyek lehetővé tették a várakozási idő csökkentését és az OAT-programokba való felvételt. Másodszor, javult az OAT-hoz való hozzáférés azáltal, hogy a szolgáltatásnyújtást más klinikákra is kiterjesztették, és lehetővé tették ezen gyógyszerek szállítását az ügyfelek szállására.

A hajléktalanságot megtapasztaló emberek számára biztosított szállásokat számos más európai országban is bővítették. Görögországban úgynevezett "pandémiás szállókat" hoztak létre[5]. Míg a COVID-19 világjárvány idején biztosított sürgősségi szállások egy része ideiglenes volt, számos létesítmény a hajléktalanság elleni küzdelem állandó elemévé vált.

Összefoglalás

A hajléktalanságot megtapasztaló emberek körében a magas kockázatú kábítószer-használat különösen a tartósan és visszatérő hajléktalanok

körében koncentrálódik. Mivel gyakran jelentős akadályokkal szembesülnek az egészségügyi ellátáshoz, az ártalomcsökkentéshez és a kábítószer-kezeléshez való hozzáférés terén, így a jövőben még inkább célzott intézkedésekre lesz szükség. Általában a kábítószer-fogyasztó személyek más csoportjainak szóló programokat veszik igénybe, különösen az alacsony küszöbű szolgáltatásokat. A támogatott lakhatás, ártalomcsökkentő intézkedések és az integrált stratégiák alkalmazása ugyanakkor ígéretesnek lépéseknek bizonyulnak.

A hajléktalanságot megtapasztaló és kábítószer-használó emberek számára nyújtott szolgáltatások mértékéről és jellegéről korlátozottak az adatok, így a jövőben további kutatások, felmérések szükségesek ezen információk pontosabb feltárásához.

Foglalkozni kell a nemspecifikus szolgáltatások hiányával és további kutatásokra van szükség a fiatalok, a migránsok és a menekültek vonatkozásában, beleértve a hajléktalanság során rájuk váró egyedi kihívásokat és az igényeiknek leginkább megfelelő szolgáltatásokat.

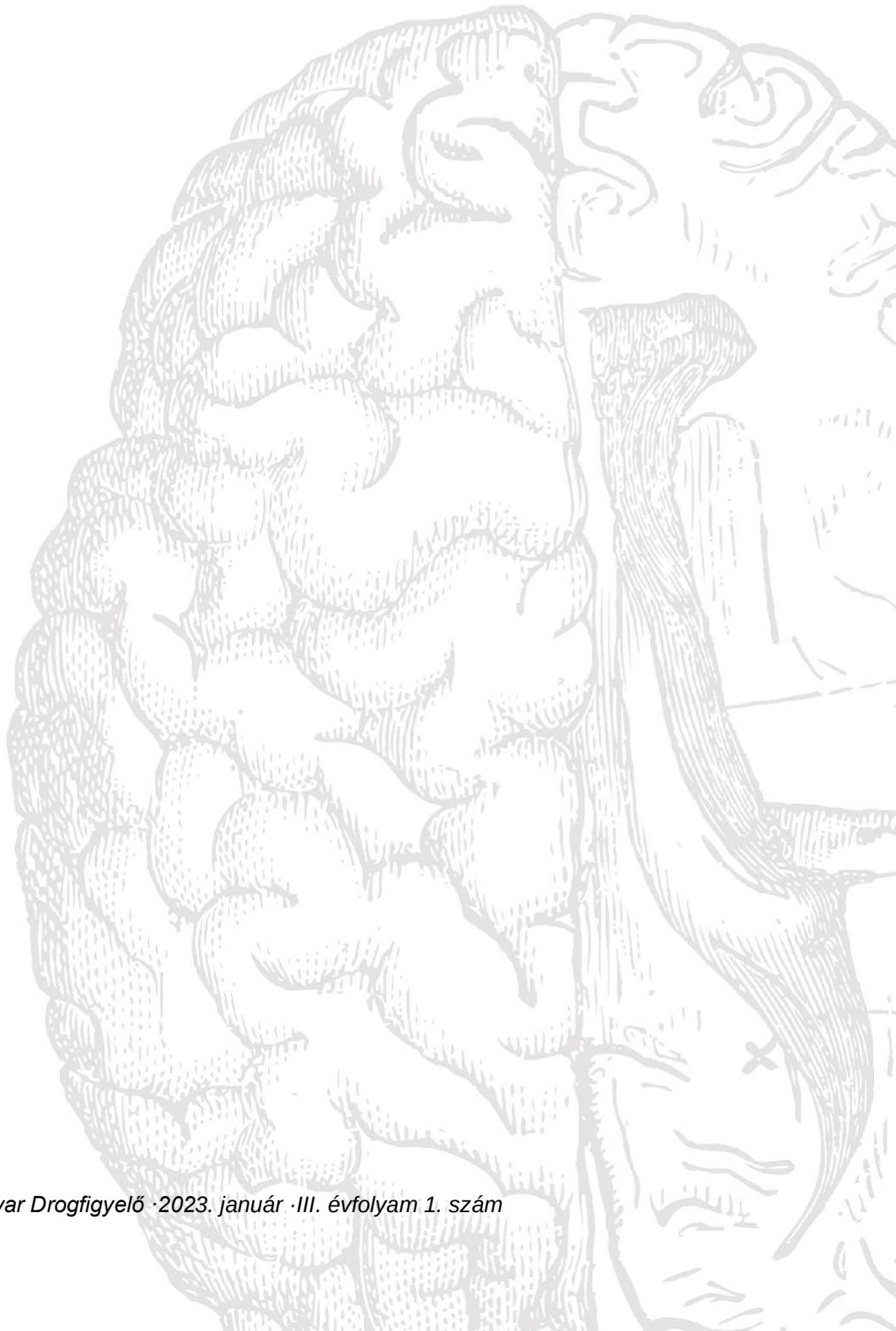
FELHASZNÁLT IRODALOM

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

2. Gutwinski S, Schreiter S, Deutscher K, Fazel S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. PLoS Med. 2021 Aug 23;18(8):e1003750. doi: 10.1371/journal.pmed.1003750. PMID: 34424908; PMCID: PMC8423293.

3. Kerman N, Polillo A, Bardwell G, Gran-Ruaz S, Savage C, Felteau C, Tsemberis S. Harm reduction outcomes and practices in Housing First: A mixed-methods systematic review. Drug Alcohol Depend. 2021 Nov 1;228:109052. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.109052. Epub 2021 Sep 24. PMID: 34601279.

4. Európai Parlament: Konkrét lépéseket javasol az EP a hajléktalanság felszámolásához az EU-ban https://www.europarl.europa.eu/news/hu/headlines/society/20201119STO92006/konkret-lepeseket-javasol-az-ep-a-hajlektalansag-felszamolasahoz-az-eu-ban (Letöltés ideje: 2023.01.23.)

5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Impact of COVID-19 on drug markets, use, harms and drug services in the community and prisons, ISBN: 978-92-9497-580; Pub. DOI:10.2810/498734; Catalog Number: TD0321143ENN

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13745/TD0321143ENN_002.pdf (Letöltés ideje: 2023.01.24.)