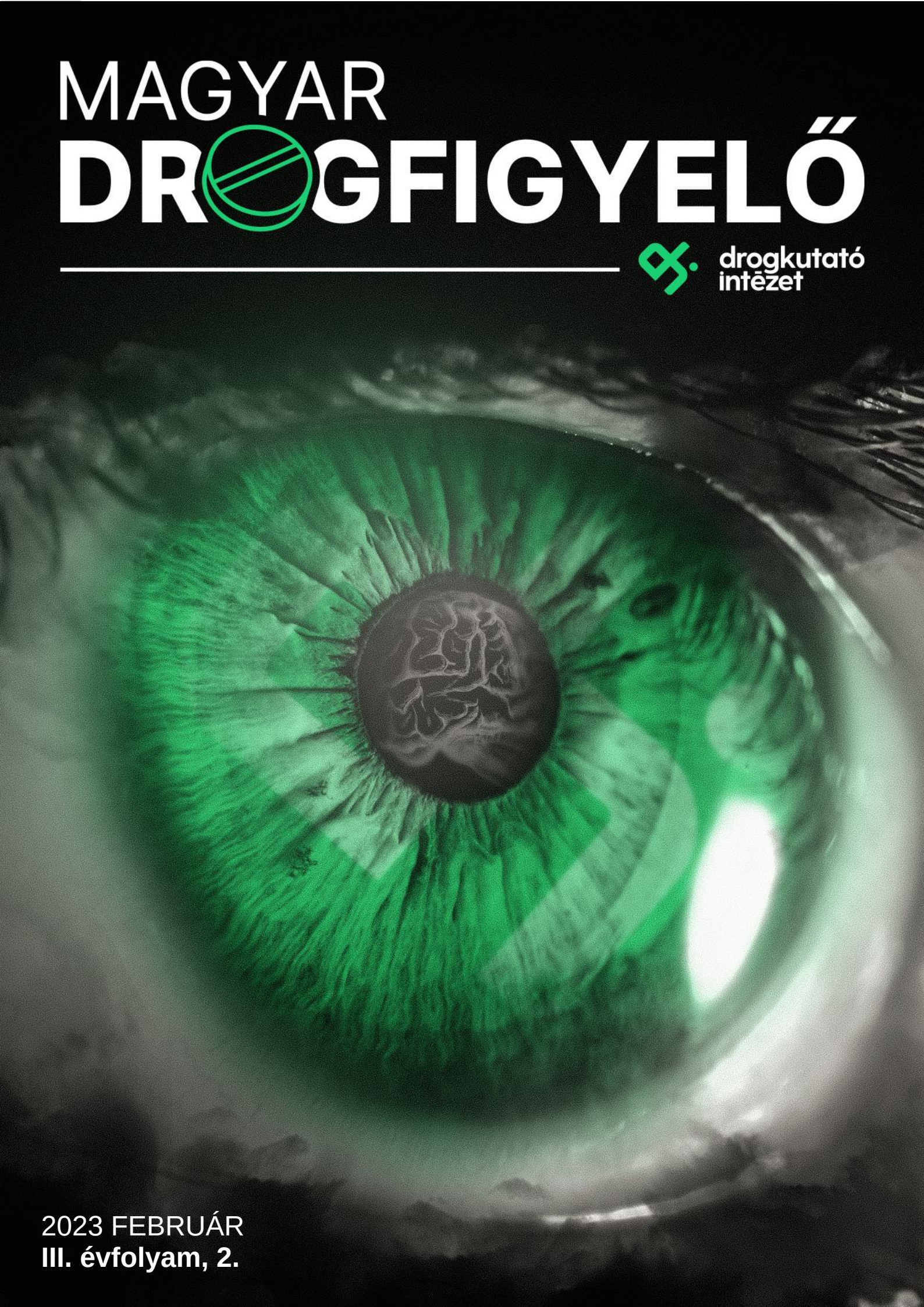
MAGYAR DROGFIGYELŐ

drogkutató intézet



2023 FEBRUÁR
III. évfolyam, 2.

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

A FIATALOK “BULIKULTÚRÁJÁNAK” ÁTALAKULÁSA

Dallos Laura

Havi aktuális

AZ OPIOID VÁLSÁG NYOMÁBAN

Bozsó Dorottya – Gulyás Éva

Drogmonitor

FELELŐTLEN EMBERKÍSÉRLET: A KANADAI DROGPOLITIKA MARGÓJÁRA

Dr. Molnár István Jenő

Ajánló

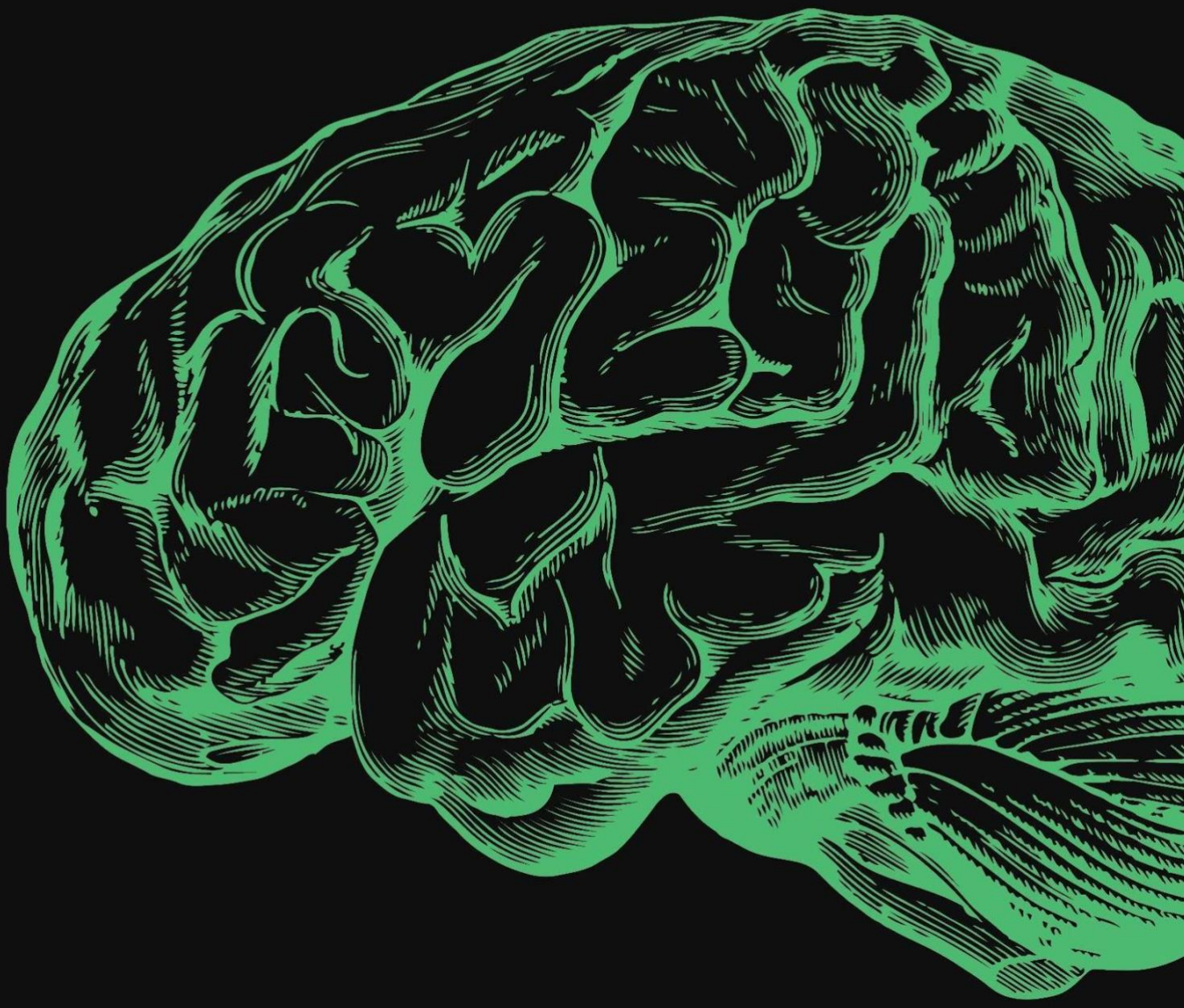
EMPATIKA CSOPORT: A FELELŐSSÉGVÁLLALÁS, MINT A FELÉPÜLÉS EGYIK FŐ PILLÉRE

Tóth Enikő

Poliszer

„A KÁBÍTÓSZER MEGVÁLTOZTAT, AZ MÁR NEM TE LESZEL!” – INTERJÚ SZARVAS ERIKÁVAL ÉS LINGVAI PÉTERREL, AZ ÚJPESTI RENDŐRTÁMADÁS RÉSZTVEVŐIVEL

Dr. Molnár István Jenő



INTERJÚ

drogkutató intézet

A FIATALOK “BULIKULTÚRÁJÁNAK” ÁTALAKULÁSA

DALLOS LAURA

Bulizz határokkal! című eseményünkön két vendégünkkel, DJ Yaminával és D. Tóth Norbert rendőr törzszászlóssal kerestük a választ arra, milyen okok húzódhatnak meg a fiatalok felelőtlen szórakozása mögött és górcső alá vettük az éjszakai élet szereplőinek felelősségét is.

Korábban már foglalkoztunk több írásunkban is az éjszakai élet veszélyeivel, az ártalomcsökkentéssel, és a felelősségteljes szórakozással. Ebben a tanulmányban a vendégeink által kiemelt, fontosnak vélt témákról értekezünk, elsősorban a kábítószerekre helyezve a fókuszt. Természetesen az éjszakai élet és az alkoholfogyasztás kéz a kézben járnak, és tény, hogy számos egészségkárosító hatással rendelkeznek, valamint bűncselekmények kiváltó okai is lehetnek, azonban ezzel a témával a teljesség igénye nélkül, csak érintőlegesen foglalkozunk.

Yamina, hazánk egyik legelismertebb női DJ-je, aki nem csak a koncerteken van nagy hatással a közönségére, hanem a közösségi média felületein is aktívan segít és példát mutat százezres követőtáborának. Yamina talán az egyedüli éllovas abban, hogy a fiataloknak segítsen azzal, hogy értéket közvetít és példát nyújt számukra a közösségi médiafelületein. Nyílt őszinteséggel beszél pánikbetegségéről, életmódról, egészséges testképről és a szakmájában tabutémának számító alkohol- és drogproblémáról. Bár ő maga nem élt soha kábítószerekkel, de a bulikban látottak alapján zászlajára tűzte, hogy kifejezi aggodalmát a felelőtlen szórakozás kapcsán, amikor is – ahogy ő fogalmaz – a fiatalok túltolják a határokat. Nem véletlen, hogy idén jelölték a Glamour „Women of the Year" díjra, amihez ezúton is gratulálunk!

Másik vendégünk, D. Tóth Norbert rendőr törzszászlós a III. kerületi rendőrkapitányságon rengeteg tapasztalatot szerzett ebben a témában, például nyaranta a kerületben megrendezésre kerülő Sziget fesztivál miatt, illetve a környék egyéb szórakozóhelyeinek folyamatos ellenőrzése és a közrend fenntartása végett. Norbert állami gondozásban nevelkedett, ami elmondása szerint hátrányt jelent más gyerekekhez képest, ezért társai könnyen belekeveredtek az alkohol és a kábítószerek világába, hogy problémáikat enyhítsék. Őt azonban az a cél hajtotta előre, hogy szeretné az élettől kapott hátrányt ledolgozni és kitörni ebből a helyzetből, ezekből a "toxikus" társaságokból.

Az elmúlt évtized változásai:

Mindkét vendégünk már legalább közel egy évtizede tevékenykedik szakmájában, így van viszonyítási alapuk a tekintetben, hogy változtak-e valamit a bulizási szokások, a trendek, a hangulat a szórakozóhelyeken,

fesztiválokon.

Megdöbbentő módon az elmúlt 2-3 évben azt tapasztalják az előadók, a dj-k, hogy **a klubélet kezd kihalni**, és teljesen más szerepet tölt már be az emberek életében, mint anno. Régebben ismerkedni, beszélgetni jártak a szórakozni vágyók a klubokba, ezért a zene is ehhez igazodott. Manapság ez már szinte teljesen eltűnt, a fiataloknak olyan magasan van az ingerküszöbük, és olyan állapotban érkeznek meg a helyszínre, hogy nincs idő felvezetésre, a dj-nek a felfokozott állapothoz igazodó zenével kell készülnie, ami egyre jobban hasonlít egy fesztiválra szánt előadásra. Természetesen számtalan különböző, műfajspecifikus klub létezik hazánkban is és világszerte, ezen bulikra és a bulizó közösségekre más és más szokások érvényesek.

Egy belgiumi kutatás[1] azt vizsgálta, hogy befolyásolják-e az illegális kábítószer- és alkoholfogyasztás gyakoriságát olyan tényezők, mint a zene műfaja vagy a szórakozóhelyre járás gyakorisága. 775 személy megkérdezésével arra az eredményre jutottak, hogy **a tánczene kedvelők 2,5-szer nagyobb valószínűséggel nyúlnak illegális kábítószerekhez, míg goa partikon közel 5-ször nagyobb valószínűséggel**. Emellett a rockzenét kedvelők körében ritkább drogfogyasztásról számoltak be. A klubok látogatása kapcsán pedig 2-szer nagyobb a kábítószerek használatának esélye. Az alkohol mellett a kannabisz, az MDMA és a kokain, ezektől kicsivel lemaradva pedig az amfetamin tartoznak a leggyakrabban fogyasztott szerek közé. Az MDMA jelenléte, melynek egyik közismert formája az ecstasy tabletta, gyakoribb a táncos rendezvényeken, valamint a klubokban[1].

Mára sajnos a szabadidős drogfogyasztás egyre inkább normalizálódni látszik, így válva a kultúra részévé, köszönhetően globális trendeknek,

illetve többek között a médiának, és a manapság egyre gyakoribbá váló dekriminalizációs/legalizációs hullámoknak.

A 2021-es adatok alapján[2] **a marihuána- és hallucinogén használat a 19-30 év közötti fiatal felnőttek körében** jelentősen nőtt, sőt, **történelmi csúcsot ért el**. Ebben az évben a marihuána fogyasztásról beszámoló fiatal felnőttek aránya elérte a 43%-ot. Viszonyításképp ez az arány 10 évvel korábban, 2011-ben még csak 29% volt. A hallucinogének tendenciája az elmúlt évtizedben nem mutatott különösebb kiugrást, ám 2020-ban drámai növekedés volt tapasztalható. 2021-ben a fiatal felnőttek 8%-a nyilatkozott hallucinogén fogyasztásról, tíz évvel korábban csupán 3%-uk. A résztvevők által fogyasztott hallucinogének közé tartozik az LSD, az MDMA, a meszkalin, a gomba és többek között a pszilocibin is.

Éjszakai élet és fesztiválok:

A nyári hónapok a szerhasználat tekintetében mindig kiemelkedő időszakot jelentenek. Az iskolai szünet adta szabadságérzet, a kevesebb felnőtt általi felügyelet, valamint a fesztiválok és bulik a többi évszakhoz mért növekedése együttesen vezethet illegális és nem illegális szerek kipróbálásához[3].

Az Egyesült Államokban végzett kutatások kimutatták[4], hogy az LSD használat több mint egyharmada, a kannabisz-, kokain- és ecstasy-használat több mint egynegyede a nyári hónapokban kezdődik az országban. Az egyének a megnövekedett szabadidő és a kábítószer-használati hajlandóságot növelő társadalmi tevékenységek miatt hajlamosabbak lehetnek a szerhasználat megkezdésére. Az eredmények alapján arra a következtetésre jutottak a kutatást végzők, hogy mivel az év több hónapjában az említett szerek fogyasztása állandónak minősül,

de a nyáron némileg megnő, így a megelőzésnek fontos szerepe lehet a fogyasztás visszaszorításában.

Az éjszakai életben és a beltéri szórakozóhelyeken azonban egész évben várják a bulizni vágyókat, évszaktól függetlenül, így a kábítószerek megjelenése és fogyasztása minden időszakban tetten érhető.

Egy svéd felmérés alapján[5] a 18-34 évesek 59%-a használt tiltott kábítószert az éjszakai szórakozóhelyeken, ecstasyt, kokaint és amfetamint, míg kannabiszt leginkább otthon fogyasztottak. A kábítószer-használat következményei leggyakrabban a mentális egészséghez kapcsolódtak, legyen szó alvás- vagy memóriaproblémákról és rossz hangulatról. Ezek mellett fizikai problémákat is észleltek a megkérdezettek, mint például fokozott szívdobogás, összeesés.

Általánosságban alkalmi fogyasztásról beszélhetünk az éjszakai élet vagy a fesztiválok kapcsán, tehát olyan egyszeri, vagy kizárólag “bulifogyasztókról”, akik tiltott szerekkel szeretnék fokozni hangulatukat. Egy több napos fesztivál során például az alváshiány és a testi fáradtság legyőzésére szednek be kábítószereket, de hasonlóan az egy éjszakán át tartó buliknál is, a cél általában az élmények fokozása. Ez a kereslet pedig kínálatot generál, amit a dílerek ki is használnak. Az illegális szerek megvásárlásánál pedig nem feltételezhető, hogy a kábítószert eladó személy foglalkozik a vevő életkorával és aktuális fizikai vagy lelki állapotával, ugyanis az eladók célja minden esetben a profitszerzés. Ebből kifolyólag az **alkohol megvásárlása egy kiskorú személynek talán több akadályba ütközhet egy rendezvényen, mint az illegális kábítószerhez jutás**.

Ha már vásárlás, akkor érdemes azt is összehasonlítani, hogy mennyibe kerülnek az alkoholos italok a rendezvényeken, és mennyiért lehet ma kábítószerhez jutni.

Átlagosan alkoholt 1000-2000 forintért már lehet vásárolni boltban, gondoljunk csak sörre vagy borra, ugyanakkor természetesen az olcsó ár nem mindig jelent magas minőséget. Fesztiválokon az alkoholok sokszorosára drágulnak, így a helyszíni fogyasztás nem kifizetődő egy fiatal számára. Hasonló a helyzet koncerteken és az éjszakai életben is. Ezzel magyarázható, hogy Norbert és Yamina is arról számoltak be, hogy a fiatalok már a fesztiválra érkezés előtt olyan felfokozott állapotban vannak, ami nem csak a boldogságnak és izgalomnak tudható be. Mivel a fesztiválok területén nem túl pénztárca barát az alkoholfogyasztás, ezért erről már a bejutás előtt gondoskodnak.

Míg az alkohol ára több tényezőtől is függhet, addig a kábítószerek piaci ára nagyjából egységesnek mondható. 2017-es adatok alapján[6] legolcsóbban kábítószerhez, konkrétan a herbálhoz már körülbelül 1200 forintért hozzá lehet jutni. LSD-t, amfetamint vagy metamfetamint 2-3 ezer forintos piaci áron számolják. Természetesen ezzel nem a feketepiacnak szeretnék reklámot csinálni, sokkal inkább felhívni arra a figyelmet, hogy ma már **a kábítószer fogyasztás nem pénz kérdése**. Egy tizenéves gyereknek manapság pár ezer forint biztos van a zsebében, és ez az összeg nem is tűnik jelentősnek. Az, hogy ebből mit vesz, az ő döntése.

Korosztályok és büntethetőség:

„A 14-16 évesek járnak bulizni. Nagyon ritka, hogy 20 éven felülieket látok” – mesélte Yamina.

A hazai fesztiválok házirendje szerint csak a 14 éven aluli személyeknek kötelező a felnőtt kíséret, tehát 14 évesen a gyerekek szabadon bulizhatnak, szülői felügyelet nélkül. Bár fesztiválok területén elhelyezett vendéglátó egységek esetében is az alkoholos ital kiadása 18 éves korhoz kötött, a kiskorúak könnyen kapcsolatba kerülhetnek az alkohol mellett egyéb illegális kábítószerekkel is. A budapesti és más nagyvárosi szórakozóhelyek meghirdetett Facebook eseményeit megnézve megfigyelhető, hogy több rendezvényre már 16 éves kortól lehet jegyet venni. Ugyanakkor természetesen akadnak kifejezetten olyan bulik is, ahol a korhatárt 18 évnél húzzák meg. Bizonyos esetekben a fiatalabbakat ilyenkor megkülönböztetett karszalaggal szokták beengedni, mely a vendéglátók számára jelzi, hogy az adott személy még kiskorú, ezért alkohollal kiszolgálni őt nem lehet. Hasonlóan a fesztiválokhoz, az alkohollal és kábítószerekkel való találkozás, ha nem is első, de másodkézből, azaz egy felnőtt ismerősön vagy akár ismeretlenen keresztül könnyen megtörténhet.

Norbert tapasztalatai rendőrként azt mutatták, hogy a kábítószerrel kapcsolatban a munkája során leginkább a 18-19 évesekkel találkozott. Ahogy mesélte, amikor megindul egy büntetőeljárás kábítószer fogyasztás miatt, akkor hirtelen a fiataloknak szükségük van a szüleikre, ekkor jön a felismerés, hogy amit elkövettek az több, mint egy buli. A 18. életévét betöltött személynek jogilag már nincs szüksége szülői felügyeletre egy rendőri eljárás kapcsán, mégis ebben az életkorban még a legtöbben a szülői biztonságra hagyatkoznak a bajban.

A tapasztalataink alapján, amikor fiatalokkal beszélgettünk a felelősségvállalásról és a következményekről, gyakran kiderül, hogy a többség nincs tisztában azzal, hogy jogilag hány éves kortól vonható felelősségre bizonyos tettekért.

A Büntető Törvénykönyv alapján **14. életévét betöltő személy büntethető, de súlyosabb esetekben** (például emberölés, halált okozó testi sértés, rablás) **már 12 éves kortól vállalnunk kell a tetteink következményeit**. Utóbbi esetben rendelkeznie kell a gyermeknek a következmények felismeréséhez szükséges belátással[7]. A legtöbbek fejében a büntethetőség korhatára valahol 16-18 év környékén húzódik meg. A felismerés pedig, hogy a tetteinkért és döntéseinkért csak mi felelhetünk, és minden esetben viselnünk kell a következményekkel járó esetleges büntetést, csak későn jut a fiatalok eszébe, ezért szorulnak a Norbert által is említett szülői támaszra.

„Sokszor a fiatal nincs azzal tisztában, hogyha elkezd verekedni kint az utcán, azzal milyen bűncselekményeket valósít meg, hanem azt gondolják, hogy ez még belefér. Vagy ha elszívnak egy spanglit, akkor ez a fiatalságba még belefér, pedig nem! Ennek van egy komoly büntetőjogi felelőssége is, amivel aztán szembesülnek, amikor megérkezik az idézés a gyanúsítotti kihallgatásra." – fogalmazott Norbert.

A törvény nem ismerése senkit nem fog felmenteni a felelősség alól! Ezért azt ajánljuk, hogy mielőtt bármit teszünk, gondoljuk át a pozitív és negatív vonzatait cselekedetünknek, mérlegeljünk. Amennyiben nem áll rendelkezésünkre elég információ, tájékozódjunk hiteles forrásból.

Ártalomcsökkentés:

Az ártalomcsökkentéssel korábban már bővebben is foglalkoztunk, így röviden itt most csak annyit emelünk ki, hogy azokat a beavatkozásokat nevezzük így, amelyek célja a kábítószer fogyasztás okozta egyéni és társadalmi kockázatok mérséklése[8]. A gyakorlatban például ez azt jelenti, hogy egy erre szakosodott személyzet az adott helyszínen fokozott figyelemmel kíséri a bulizókat, és probléma esetén közbe tud avatkozni.

Általában a vízosztással, a különböző vitaminok bevitelével, levegőzéssel és tanácsadással segítik azokat, akik valamilyen szer hatása alatt állnak és ebből kifolyólag fizikai vagy lelki nehézségeket élnek meg. Súlyosabb esetben pedig alap egészségügyi ellátást is tudnak nyújtani. Az ártalomcsökkentés több tényező és szereplő összehangolt munkájától lesz sikeres. Azonban most nem a megfelelő táplálkozás és elegendő vízfogyasztás aspektusából vizsgáljuk.

Az ártalomcsökkentés egyik stratégiájaként szokták említeni a **kábítószer-ellenőrzést**, amely lehetővé teszi a felhasználók számára, hogy ellenőrizzék a tiltott kábítószerek tartalmát és tisztaságát. Elsőre ez a módszer talán aggodalomra adhat okot, hogy így a fiatalok nagyobb kedvet kapnak a drogfogyasztáshoz, de egy ausztrál felmérés szerint[9] ez segíthetné a fogyasztókat abban, hogy segítséget kérhessenek. Ugyanis ezek a szolgáltatások ártalomcsökkentéssel kombinálva megelőzhetik azt, hogy a szerhasználó ellenőrizetlen anyagokhoz jusson hozzá. Mivel általános problémát jelent az, hogy a különböző kábítószerekbe a szó szoros értelmében bármit belekevernek, ez az emberekre leselkedő kockázatot is fokozza. Naiv dolog lenne azt állítani, hogy egy kíváncsi fiatalt bármi meg tud állítani abban, hogy kipróbálja a kábítószert, ha szeretné. Azonban a kutatás szerint ez a módszer segíthet a kellemetlen meglepetések, tragédiák elkerülésében. A 642 megkérdezett arra a kérdésre, hogy a drogellenőrzés eredményei befolyásolnák-e a droghasználati magatartásukat azt válaszolták, hogy **nem vennének be olyan anyagokat, amelyekről kiderült, hogy metamfetamint, ketamint vagy para-metoxi-amfetamint tartalmaznak**.

Persze joggal merül fel a kérdés, hogy ki és hogyan végezhet ilyet. Mennyire lehetünk biztosak a gyorstesztek eredményeiben? Ez a módszer ennek okán több aggályt is szül, nem véletlenül nem terjedt el

általánosan egyetlen országban sem. Senki nem kívánja ugyanis a jogi felelősséget vállalni, ha esetleg egy tablettára azt mondta, hogy nincs benne veszélyes anyag és végül valaki mégis rosszul lesz, esetleg meghal.

Utópia szintjén tehát jó megoldás lenne az ellenőrzés, ugyanakkor az említett tisztázatlan kérdések miatt kevésbé járható út. Nem beszélve arról, hogy a fő üzenetnek nem annak kellene lennie, hogy ezt vagy azt fogyassz bátrabban, hanem annak, hogy ezek nélkül is élvezheted a fesztivált!

Mikor Yaminának tettünk fel kérdést az ártalomcsökkentésről, akkor ő a biztonsági szolgálat hozzáállását és jelenlétét emelte ki. Azt mesélte, hogy legnagyobb problémának azt érzékeli a dj-pultból, hogy amikor a szórakozóhelyeken valamilyen baj történik, gondolunk itt például verekedésre vagy rosszullétre, akkor elmondása szerint a biztonsági szolgálat nem elég felkészült. Van, hogy hosszú perceket kell várni, amíg valaki rendet nem tesz a verekedők között. Ezen tapasztalat kapcsán érdemes kiemelni a partyszervíz szolgáltatást nyújtó szakemberek jelenlétét, akik a bulizók között sétálgatva segítenek a rosszul lévők ellátásában, ápolásában. Ezen szervezetek sajnos nem találhatóak meg minden rendezvényen, pedig a biztonsági szolgálatot kiegészítve egy sokkal hatékonyabb szolgáltatást tudnának adni a szórakozni vágyók biztonsága érdekében.

Előadói felelősségvállalás:

Na de mit is tehet maga az előadó onnan a színpadról? Egyáltalán van-e felelőssége a közönsége iránt?

A színpad kialakítása nem csak azt teszi lehetővé, hogy az emberek jól lássák kedvencüket, hanem fordítva, a színpadon álló előadó is jól át tudja látni az egész nézőteret. Mivel ebből a helyzetből mindent látnak, ezért könnyen kiszúrhatnak a tömegben egy verekedést vagy épp egy segítségre szorulót. Helyzetüknél fogva pedig ők vannak a legnagyobb hatással a tömeg irányítására. Yamina azt mesélte, ő többször szokott látni verekedést vagy összeszólalkozást, és erre az ő bevált módszere, hogy teljesen lehúzza ilyenkor a zenét, és addig nem engedi tovább a bulit, amíg egy biztonsági őr vagy valaki nem tesz rendet. Ahogy fogalmazott, valamilyen szinten **az előadónak kell koordinálni a buli, és abban az 1-2 órában figyelni és pásztázni kell a közönséget**. Ezzel a hozzáállással könnyen megelőzhető a súlyosabb kimenetelű tragédia.

Nem csak Yamina vált példaképpé rajongói számára. Gyakori jelenség, hogy híres emberekre, művészekre az átlag polgárok felnéznek, példaként tekintenek és sokszor hamis illúzióba ringatják magukat. Ezek a képek – és pláne a közösségi média, valamint az internet fénykorában – gyakorta nem a valóságot tükrözik, becsapva ezzel a gyanútlan és fiatal korukból adódóan naiv gyerekeket. Egyáltalán az sem biztos, hogy el tudja dönteni, hogy a kedvenc művésze által közvetített értékek helytállóak-e egy hétköznapi ember számára vagy sem. A mai zenékben és az interneten is hallhatunk pénzről, fényűző életről, szerelemről, ruhákról és persze kábítószerekről. Yamina felháborodottan mesélt arról, hogy hazai sztárok, magas követőszámmal gyakran Instagramon vagy TikTokon isznak, füveznek, ezeket az „értékeket” közvetítve rajongóiknak. *„Tudom, hogy rengeteg DJ és előadó használja ezeket a szereket, és van egy sztereotípia, hogy az éjszakában dolgozók máshogy nem bírnák. Én nem tudom elképzelni, hogy alkohollal és droggal hogyan tudnám a havi 17-20 bulimat teljesíteni.”*

Az előadóknak, mint minden híresség igenis felelőssége van a követőik iránt. Nem véletlenül hívják őket általánosságban influenszereknek, hisz már magában a szóban is benne van a befolyásolás. Ezért bármit tesznek, bármiről írnak számot, tulajdonképpen minden, amit megmutatnak magukból, nagy hatással bír.

Hazánkban a drog az előadói körökben kifejezetten tabutémának számít. Senki nem beszél arról, hogy ki az, aki használ illegális szereket a fellépésekhez, ki az, aki nem. Így mikor Yaminától azt kérdeztük, ki az vagy kik azok az előadók, akiket maga mellé tudna állítani, hogy együtt kiálljanak a kábítószermentes szórakozásért, nagyon nehezen tudott válaszolni.

Azzal az állásfoglalással, amit Yamina képvisel a szermentes szórakozásról teljes mértékben egyetértünk, Yamina küldetése példaértékű és biztatnánk mindenkit arra, hogy álljanak ki mások is amellett, hogy helyes példát mutassanak a fiataloknak.

Köszönjük vendégeinknek, hogy elfogadták meghívásunkat és megosztották velünk gondolataikat, tapasztalataikat!

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. T. Van Havere, W. Vanderplasschen, J. Lammertyn, E. Broekaert, M Bellis – Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy (2021) https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-6-18 (letöltés ideje: 2023. 02. 23.)

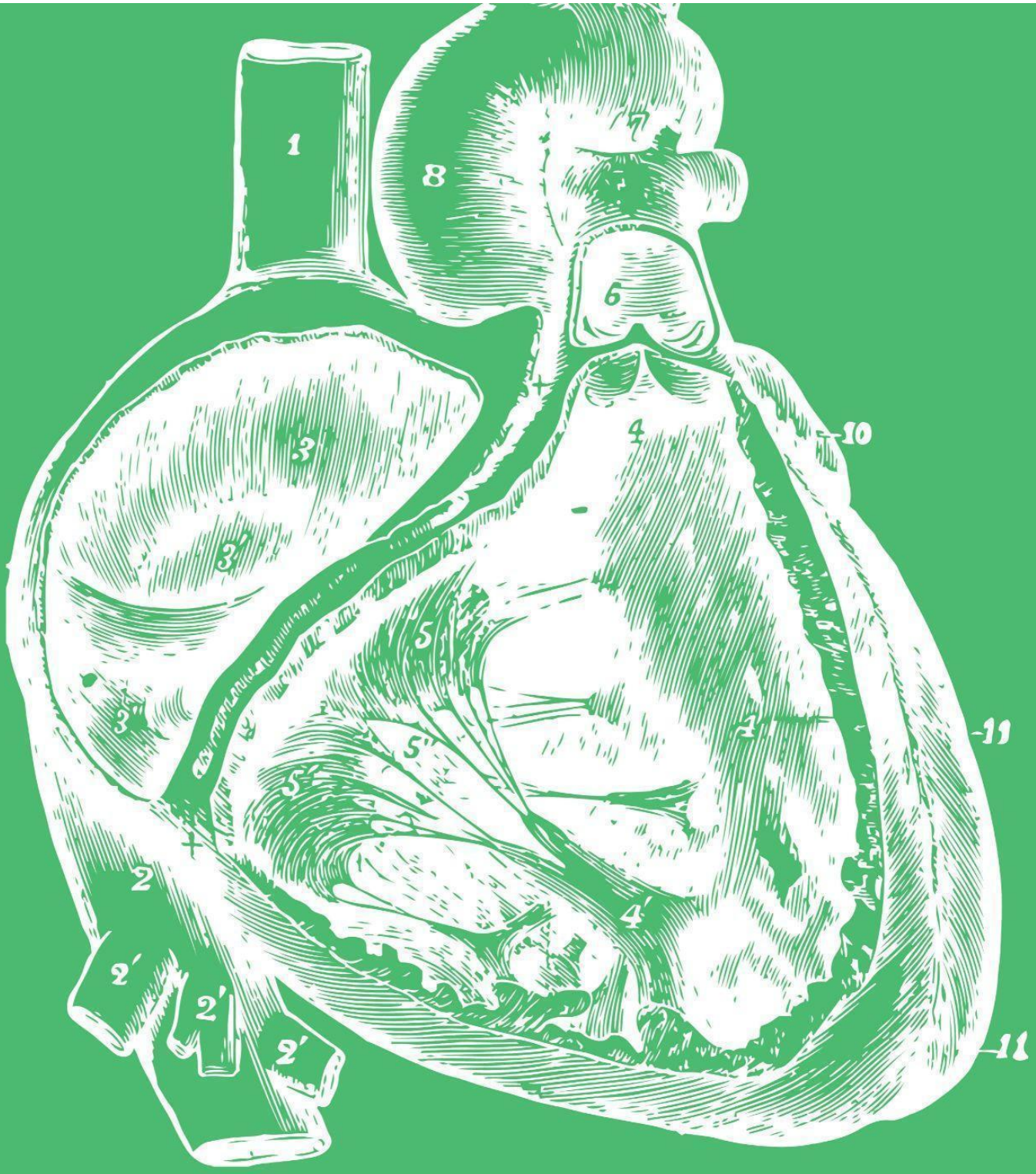
2. National institute on Drug Abuse – Marijuana and hallucinogen use among young adult reached all time-high in 2021 https://nida.nih.gov/news-events/news-releases/2022/08/marijuana-and-hallucinogen-use-among-young-adults-reached-all-time-high-in-2021 (letöltés dátuma: 2023. 02. 23.)

3. Bozsó D., Gulyás É. – rekreációs kábítószer-használat a fesztiválokon https://drogkutato.hu/wp-content/uploads/2022/08/kabitoszer-fesztivalokon.pdf (letöltés dátuma: 2023. 02. 24.)

4. J. J. Palamar, C. Rutherford, K. M. Keyes – Summar as a Risk Factor for Drug Initiation https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-019-05176-3 (letöltés dátuma: 2023. 02. 24.)

5. K. Feltmann, T. H. Elgán, A. K. Strandberg, P. Kvillemo, N. Jayaram-Lindström, M. Grabski, J. Waldron, T. Freeman, H. V. Curran, J. Gripenber – Illicit Drug Use and Associated Problems in the Nightlife Scene: A Potential Setting for Prevention https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8125188/ (letöltés dátuma: 2023. 02. 24.)

6. Index.hu – Miért nem drágulnak a drogok? https://index.hu/gazdasag/2019/06/19/miert_kerul_ugyanannyiba_a_drog_kabitoszer_inflacio_dragulas_kockazat/ (letöltés dátuma: 2023. 02. 25.)



HAVI AKTUÁLIS

drogkutató intézet

AZ OPIOID VÁLSÁG NYOMÁBAN

BOZSÓ DOROTTYA – GULYÁS ÉVA

Amerikában minden eddiginél nagyobb méreteket ölt a kábítószerek, azon belül az opioidok okozta halálesetek száma. A vényköteles opioidok akut és krónikus fájdalomcsillapításra történő túlzott használata, az azokkal történő visszaélések számának megugrása, valamint a heroin és az illegális fentanil növekvő kínálata együttesen okozza azt a közegészségügyi válságot, amellyel az amerikai társadalomnak szembe kell néznie. A legtöbb kutatási eredmény szerint nem segíti a kialakult helyzetet a jelenleg zajló dekriminalizációs hullám sem, melynek hatására a legveszélyesebb opioidokból is jogi következmények nélkül, már 18 éves kortól tarthatnak maguknál és használhatják azokat több amerikai és kanadai tartományban.

A fájdalom csillapítására való törekvés egyidős az emberiséggel. A fájdalom ugyanakkor egyszerre hasznos és rettegett: hasznos, mert figyelmezteti a testet a sérülésekre és betegségekre, és rettegett, mert intenzitásától és időtartamától függően drasztikusan befolyásolhatja az

életminőséget[1]. Egészen Hippokratésztól kezdve a 19. század közepéig a fájdalomcsillapítás elsősorban a beteg részek eltávolítását jelentette. A középkorban az egyházi dogmák gátolták az orvoslás fejlődését, úgy tartották, hogy a betegséget Isten mérte ránk és csakis ő veheti el. Az orvoslás leginkább a szerzetesek feladatkörébe tartozott. Gyakorta gyógyíthattak felcserek végzettség nélkül, mely hatalmas áldozatot követelt a szenvedő emberektől. Baselben jelent meg Andreas Vesalius anatómusnak és sebésznek az orvostudomány diadalútjának kezdetét jelentő műve a „De humani corporis fabricá". Anatómiai könyvében állatokon végzett kísérletek segítségével bizonyította az élő szervezetek felépítésének hasonlóságait és eltéréseit. A boncolások ekkortájt nagy látványosságnak számítottak[2].

A 19. század közepéig a sebészeti beavatkozások elképzelhetetlen fájdalommal jártak. 1846. október 16-án William Morton amerikai fogorvos elvégezte az első nyilvánosság előtti inhalációs éternarkózisban történő sebészeti beavatkozást. Ez a nap később úgy híresült el, mint az Éter-nap (Ether-day) vagy "A fájdalom halálának napja" (The day pain died.). A siker új távlatokat nyitott meg az orvoslásban és talán mi sem írja le jobban az ezt megelőző időszakot, mint Bertrand Gosset következő mondata: "...Minden, ami előtte volt, csupán éjszakája a tudatlanságnak, a kínnak és a sötétben való meddő tapogatózásnak."[2,3]

A morfium és a heroin az orvoslásban

Nem kell sokat előre mennünk az időben, míg a morfium és a heroin megjelenik az orvoslásban, mint fájdalomcsillapítók. Habár az ópium használata nem új fejlemény, a legkorábbi fennmaradt receptjeit 8000 éves, megkeményedett sumér agyagtáblákon találták meg. Az ókori görögök, indiaiak, kínaiak, egyiptomiak, rómaiak, arabok, a középkor

emberei, az európaiak a reneszánsztól napjainkig is ismerték már az ópiumot, mint a csodaszert minden betegségre[4].

Az 1800-as évek elejére az orvosok és a tudósok tisztában voltak az ópium függőséget okozó tulajdonságaival, és elkezdték keresni az ópiátok biztonságosabb módját a fájdalom- és köhögéscsillapításra. Az ópium főbb hatóanyagainak, az opiátoknak (morfium, papaverin, kodein stb.) az azonosítása azonban csak a 19. században történt meg.

Ekkor kezdett kísérletezni az ópiummal Friedrich Sertürner, egy 21 éves gyógyszerészsegéd. 1803-ban izolált egy szerves alkaloidot - egy olyan növényi vegyületet, amely élettani hatással van az emberre - az ópiummák növény gyantaszerű gumijából[5]. Több évig tartó kísérletezés után (főleg saját magán) Sertürner felismerte, hogy az alkaloid lényegesen erősebb fájdalomcsillapító és köhögéscsillapító, mint maga az ópium. Az 1800-as évek közepére a morfiumot már kereskedelmi forgalomba hozták, és az injekciós tű feltalálásával a morfiumot könnyebbé vált beadni. Az orvosok rendszeresen ajánlották krónikus fájdalom esetén, és még az ópiumfüggőség leküzdésének egyik módjaként is reklámozták. A korai utalásokat, amelyek szerint a morfiumot óvatosan kell használni, nagyrészt figyelmen kívül hagyták. Sajnos a morfium káros hatásai hamar nyilvánvalóvá váltak. Az amerikai polgárháború (1861-1865) alatt a sebesült katonákat morfiummal kezelték, és néhányan a háború után élethosszig tartó függőséggel küzdöttek - ami néha túladagoláshoz és halálhoz vezetett[6,7].

Mivel a fájdalomcsillapításra nem volt sok más lehetőség, az orvosok továbbra is morfiumot adtak a betegeknek a krónikus fájdalmak kezelésére. Ráadásul az 1880-as évek társadalma a morfiumfüggőséget

orvosi kérdés helyett erkölcsi hiányosságnak tekintette. 1870 és 1880 között az egy főre jutó morfium fogyasztás megháromszorozódott[6].

Az első fél-szintetikus opiátot, a heroint – tudományosabb nevén diacetil-morfint – egy angol vegyész, Robert Alder Wright, szintetizálta először 1874-ben, a morfiummal végzett kísérletei során. Az 1898-ban a heroint köhögés elleni gyógyszerként szabadalmaztatta a német Bayer gyógyszercég és kisgyerekeknek is rendszeresen felírták. Bár a heroint eredetileg a morfiumfüggőség kezelésére szánták (ami mai szemmel valóban abszurdnak tűnik), hamarosan világossá vált, hogy a heroin erősebb függőséget okoz, mint a morfium[7,8].

Az 1900-as évek előtt az opioid drogokat kevéssé szabályozták. A morfiumot és az ópium mákot legálisan, orvosi recept nélkül lehetett használni. Az ópium és az opioidok behozatala és forgalmazása is legális volt. A kormányok azonban világszerte elkezdték fontolgatni a morfiummal való visszaélés korlátozását célzó szabályozást.

Az Egyesült Államokban az 1906. évi Pure Food and Drug Act előírta a bódító hatású anyagokat, például morfiumot tartalmazó gyógyszerek címkézését. 1914-re a kongresszus elfogadta a Harrison-féle kábítószer törvényt, amely szabályozta és megadóztatta az opioidok gyártását, importját és forgalmazását. Ez lényegében az opioidok használatát is a fájdalomcsillapításra korlátozta. A felírók, például az orvosok és a gyógyszerészek hatáskörébe került az opioidok kiadásának irányítása. Néhány évvel később az 1924-es herointörvény betiltotta a heroin mindenfajta használatát. Ezek a szabályozások a morfium és más opioidok használatának drámai csökkenéséhez vezettek[6].

Érdekes, hogy hiába a heroin erős fájdalomcsillapító hatása, ekkortájt a fájdalomcsillapításnak nem volt még akkora piaca, mint manapság.

A fájdalom mint orvosi terület kialakulása az 1960-as években kezdődött. Az 1970-es évekre a területnek már külön kutatási folyóirata (Pain) és egyesülete (International Association for the Study of Pain) is volt. Az 1980-as években több neves fájdalomspecialista azt javasolta, hogy az opioidokkal kapcsolatban "alacsony az addiktív viselkedés valószínűsége", és a gyógyszerek fokozott használatát szorgalmazták a hosszú távú, nem rákos fájdalmak kezelésére. Így kezdődött egy 20 évig tartó, a gyógyszeripar által támogatott kampány, amely sok orvost meggyőzött arról, hogy szabadabban és nyugodt lelkiismerettel írhatnak fel opioidokat. A későbbiekben majd olvashatjuk, hogy ez is hozzájárult a jelenlegi opioid-válság kialakulásához[1].

Mindenekelőtt ahhoz, hogy megértsük, hogy hogyan változtatták a receptköteles opioidok függővé a gyógyulni vágyó amerikaiakat, vessünk egy pillantást az opioidok hatásmechanizmusára. Hogyan érik el a fájdalom csillapítását? Mitől ilyen könnyű ezeknek a szereknek a rabjává válni? És melyek a leggyakoribb receptköteles opioidok?

Agyunk egyes idegsejtjeinek felszínén opioid-receptorok vannak, amelyeken az opioid-tartalmú gyógyszerek hatni tudnak. Az opioid receptorok három fő családját különböztetjük meg: mu-, kappa- és delta-opioid receptorok. Szervezetünk ugyanakkor nem az exogén (külsőleg bevitt) opioidok miatt rendelkezik a sejtek felületén ilyen receptorokkal, hanem mert saját magunk is termelünk úgynevezett endogén opiátokat (enkefalinok, endomorfinok, endorfin). Ezek információt közvetítenek az idegsejtek között és szigorúan meghatározott mennyiségben termelődnek, mindig pontosan annyi, amennyire szüksége van a szervezetnek. Az exogén és endogén ópiátok egyaránt más-más típusú receptorhoz kapcsolódnak és más-más hatást váltanak ki.

A legaddiktívabb opioidok (heroin, fentanil, hidrokodon, oxikodon) a mu-receptorokhoz kapcsolódnak[9].

Az opioidok többsége **fájdalomcsillapító hatású**. Képesek a fájdalom elnyomására a gerincvelő fájdalmat közvetítő idegsejtjeinek a becsapásán keresztül. A másik legfőbb hatása – amely az abúzus oka is egyben – az **eufória, a boldogság** érzése. Ezt egy másik fontos ingerületátvivő anyag, a dopamin felszabadulásának serkentésével éri el, mely köztudottan az örömérzetet okozza. Emellett az opiátok gátló hatást fejtenek ki az idegsejtekre, így **nyugatóként** is hatnak. Az eufória és nyugtató hatás kettőssége teszi az opioidokat ilyen népszerűvé. Természetesen ezek mellett más élettani hatásaik is vannak: szedáció, légzésdepresszió (olyannyira, hogy egy nagyobb dózis a légzés leállását okozhatja), pupillaszűkület, obstipáció (székrekedés)[10].

Az opioid-tolerancia kialakulása során az opioid receptorokkal rendelkező neuronok egyre kevésbé reagálnak az opioid stimulációra. Ezért egyre több opioidra van szükség a korábbi hatás eléréséhez. Továbbá az olyan általános tevékenységek, mint például az evés, a szexuális együttlét, már nem fognak elegendő örömet okozni és ez pedig az opiodoknak újbóli használatátot segíti elő. A hosszan tartó használat tartósabb változásokat eredményez az agyban, amelyek a függőséget jellemző kényszeres drogkereső viselkedést eredményezi. A fogyasztó egyre gyakrabban nyúl a szerhez annak érdekében, hogy a megvonás kellemetlen tüneteit, mint pl. hányingert, hasi görcsöket, izgatottságot és tachycardiát elkerülje[11,12]. Rendkívül veszélyes helyzetet idéz elő, amikor kisebb-nagyobb kihagyás után a szerhasználó a korábban használt, emelt mennyiség bevitelével folytatja az adott szer fogyasztását. A korábban kialakult tolerancia visszaáll, ezért a drasztikusan megnövelt mennyiség bevitele után rendkívül súlyos, túladagolásos állapot alakul ki. A túladagolás általános

tünetei közé tartoznak a szédülés, homályos látás, a hányás, a hányinger, verejtékezés, hideg és fehér vagy kékes színű bőr és ajkak, légzésnehézség, légzésdepresszió, lassú szívverés, eszméletvesztés, kóma, remegés, görcsök, zavartság és szívleállás, halál. A túladagolás kockázatát növeli, hogy a legtöbb opioidfüggő nem tisztán, önmagában használ egy adott szert, hanem úgynevezett polidrog használat jellemző, tehát egyszerre több szert, keverve alkalmaznak. A legveszélyesebb, ha alkohollal, barbiturátokkal, benzodiazepinekkel és más opiátokkal kevernek egy szert. Ennek veszélyét még tovább fokozza, hogy a használó sok esetben nem tudja, hogy az illegálisan vásárolt szer pontosan mit tartalmaz[13]. Érdemes megemlíteni, hogy a legtöbb gyógyszernek elnyújtott felszívódású hatása van, így ha azt összetörik és por formájában juttatják a szervezetükbe, akkor a teljes hatás egyszerre érvényesül, mely életveszélyes állapotot idéz elő[13]. Az agyi hipoxiához vezető légzésdepresszió talán a legveszélyesebb tünete az opioidokkal való akut mérgezésnek, mely halálos kimenetelű lehet[14].

Az opioid használati zavar (OUD) krónikus, progresszív betegség és befolyásolja az agy működését. Az OUD a leghatékonyabban az egész embert érintő megközelítéssel kezelhető, amely magában foglalja mind a gyógyszeres kezelést, mind a pszichoterápiás technikákat, amelyek keretében foglalkoznak azzal, hogy a függőség hogyan hatott az emberre, beleértve a fizikai, mentális, érzelmi, szociális állapotot[15].

Nézzük meg a leggyakrabban használt opioidokat, valamint azok csoportosítását és rövid jellemzését.

Az opioidok eredet szerinti csoportosítása:

- **Természetben előforduló opioidok:** ide sorolhatók a máknövény alkaloidjai (morfin, kodein), valamint az állati és emberi

szervezetben termelődő úgynevezett endogén opioidok (enkefalin, endorfin, dinorfin).

- **Félszintetikus morfinszármazékok:** a máknövény alkaloidjaiból kiindulva előállított származékok, melyek a természetben nem fordulnak elő (heroin).
- **Szintetikus opioidok:** teljes egészében mesterséges módon előállított származékok, melyeknek a morfintól jelentősen eltérhet a kémiai szerkezetük (fentanil)[16].

Morfin (morfium)

A morfin egy erős opioid fájdalomcsillapító gyógyszer, amely életveszélyes hatással járhat azoknál, akik visszaélnek vele. Morfin tartalmú készítmények pl.: Apomorfin, Decapton, Roxanol, Kadian. A morfiumfüggőség és a túladagolás egyre nő az Egyesült Államokban - 2000 óta az opioid-túladagolás aránya 200%-kal nőtt. Légzőszervi megbetegedésben szenvedő egyéneknek nem ajánlott ezen készítmények alkalmazása. Egyéb szerekkel való kevert alkalmazása növeli a végzetes kimenetellel járó következményeket. Használata rendkívül súlyos függőség kialakulásához vezethet[17].

Heroin

A heroin egy illegális és erőteljes függőséget okozó félszintetikus morfinszármazék. A 2020-ban bekövetkező összes opioid-túladagolásos haláleset több mint 19%-a heroinra vezethető vissza. A heroint használó személyek szinte mindegyike legalább egy másik kábítószert is használ, például kokaint vagy további vénykötelés opioidokat. 2019 és 2020 között a heroin okozta túladagolásos halálesetek száma közel 7%-kal csökkent. A csökkenéséhez hozzájárulhatnak olyan tényezők, mint a heroin használatot kezdő személyek számának csökkenése, a heroin alapú

piacról a fentanyl alapú piacra való áttérés, a heroin használó személyek számára biztosított kezelések számának növekedése és a naloxonhoz való hozzáférés kiterjesztése[18].

Oxikodon

Az oxikodon félszintetikus opioid fájdalomcsillapító, az alábbi márkaneveken ismeretes: OxyContin, Percocet, Percodan és Roxicet. Az oxikodonnal visszaélő személyeknél nagy a túladagolás kockázata, ami végzetes lehet. Csak 2015-ben közel 18 000 ember halt meg oxikodon túladagolás miatt. Az oxikodon készítmények használata rendkívül veszélyes, a vényköteles irányelvek szigorú betartása szükséges[19].

Hidrokodon

Félszintetikus opioid, mely erős köhögéscsillapító és jelentős fájdalomcsillapító hatással rendelkezik. Anexsia, Vicodin, Vicoprofen, Norco nevű vényköteles gyógyszerek hatóanyaga. Az Egyesült Államokban a leggyakrabban felírt opioid fájdalomcsillapító és a 2000-es évek elején nagyobb arányban élnek vissza vele, mint bármely más legális vagy illegális fájdalomcsillapítóval. A hidrokodon 2015-ben közel 18 ezer ember halálát okozta. A túladagolás tüneteit szinte azonnal fel kell ismerni és segítséget kell kérni, ugyanis végzetes kimenetele lehet[20].

Hidromorfon

A morfin elsőszámú alternatívája, félszintetikus opioid fájdalomcsillapító[21]. Hidromorfon tartalmú készítmények a Dilaudid és az Exalgo, melyek tabletta, folyadék és injekciós oldat formájában is kapható, vényköteles gyógyszerek. A kábítószer-ellenes hatóság (DEA) jelentése szerint akár 1 millió ember is visszaélt már életében egyszer a hidromorfonnal. A hatóanyag felszívódása elnyújtott, ami plusz kockázatokat rejt magában,

hiszen ha összetörik a tablettát, akkor a teljes hatása egyszerre érvényesülhet. Elsöprő mámort okoz, tovább fokozva a függőség kialakulásának esélyét, mely rendkívül gyorsan vezet halálos túladagoláshoz. Könnyebben alakul ki túladagolás, ha más szerekkel (alkohol, barbiturátok, benzodiazepinek) keverve alkalmazzák. Hosszútávú hatásai közé tartozik meglévő szorongásos zavar súlyosbodása, tartós agykárosodás (oxigénhiányos állapot miatt), kóma. Potenciálisan összefüggésbe hozható a döntési képességek, a viselkedésszabályozás, a stresszre adott válaszreakció károsodásával. A szer rendkívül erős hatását jelzi, hogy még azoknál a személyeknél is könnyen kialakul függőség, akik az orvosi utasításoknak megfelelően alkalmazzák azt[22].

Tramadol

A tramadol centrálisan ható gyenge opioid fájdalomcsillapító, mely a szerotonin, valamint a noradrenalin visszavételét gátolja. Tramadol tartalmú gyógyszer például a Zaldiar vagy Doreta. Elsősorban idegrendszeri eredetű fájdalmak csillapítására használják. A tramadollal visszaélő egyének szintén túladagolásnak esélyének teszik ki magukat, bár toxicitása alacsonyabb, ha a gyógyszert önmagában alkalmazzák. Túladagolás jellemzően akkor fordul elő, ha más gyógyszerekkel, főképp opioidokkal vagy antidepresszánsokkal együtt alkalmazzák[23].

Fentanil

A fentanil egy szintetikus opioid, melyet súlyos fájdalmak, jellemzően előrehaladott vagy végstádiumú rákos egyének fájdalmainak csillapítására fejlesztettek. Fentanil tartalmú készítmény a Fentanil-Ratiopharm, Lazanda, Duragesic, Abstral. A morfinnál 50-100x erősebb, transzdermális tapaszok vagy paszták formájában írják fel. Az Egyesült

Államokban illegális használata rendkívül mód elterjedt. Heroinszerű hatása miatt az illegális piacokon értékesítik és gyakran keverik heroinnal és/vagy kokainnal, annak érdekében, hogy fokozzák az eufórikus hatást. 2020-ban több, mint 56 ezer ember halt meg szintetikus opioidok miatti túladagolástól[24]. A fentanil drasztikus terjedését mi sem bizonyítja jobban, minthogy 2011-ben 2 666 halálos kimenetelű túladagolást jegyeztek, ez a szám 2018-ra 31 335-re emelkedett. Pusztán 7 év alatt, több, mint 10-szeresére nőtt a fentanil miatti halálesetek száma[25].

Kodein

A kodein egy közkedvelt opioid, melyet fájdalomcsillapításra, hasmenés ellen és köhögéscsillapításra használnak. Emellett eufóriát és relaxált állapotot okoz, ezért előszeretettel használják illegálisan is. Kodein tartalmú gyógyszer a Codinep. Túladagolása rendkívül egyszerű, más szerekkel (alkohol, benzodiazepinek, kokain) együtt használva életveszélyes állapotot idézhet elő[26].

Metadon

A metadon opioid agonista gyógyszer, mely stimulálja az opioid receptorokat. Segíti az elvonási tünetek elnyomását, csökkenti az opioidok utáni sóvárgást és blokkolja az opioidok hatását. Dolophine és Methadose márkanéven forgalmazzák. Alkalmas lehet az OUD önálló kezelésében is. A metadon használat mellékhatásai közé tartozik nyugtalanság, hányás, hányinger, légzési nehézség, szédülés, zavartság, hallucináció, ájulás. Más szerekkel (alkohol, benzodiazepinek) együtt alkalmazva légzésdepressziót, de akár halált is okozhat. Bár a metadont más opioid szerek leszokásban való támogatására használják, sajnos szintén függőség kialakulásához vezethet, ezért fokozatosan szükséges elhagyni a szedését, az orvosi utasítások szigorú betartása mellett[27].

Buprenorfin

Alkalmazása számos előnnyel jár az opioid használati rendellenességek kezelésében. Míg a túl sok opioid lelassítja, vagy leállítja a légzést, addig a buprenorfin másképp fejti ki hatását és a többi opioidhoz képest kisebb valószínűséggel okoz légzésdepressziót, ezért csökkenti a halálos túladagolások kockázatát. Naloxonnal keverve egy olyan készítményt hoztak létre, amely nem okoz eufóriát, de az elvonási tüneteket elnyomja és csökkenti az opioidok utáni sóvárgást. Előnyei ellenére a buprenorfinnak is vannak nem kívánt mellékhatásai, melyek a következők lehetnek: székrekedés, szédülés, szájszárazság, fejfájás, izzadás, álmatlanság, hányás, hányinger, csalánkiütések, fizikai függőség kialakulása, ezért abbahagyása fokozatosan javasolt, alacsony vérnyomás. Mint az összes többi opioidnak, úgy a buprenorfin túladagolása is halálos lehet, különösen ha más anyagokkal együttesen alkalmazza[28].

Az Egyesült Államokban egyre súlyosbodó opioid-válság közegészségügyi veszélyt jelent, mely magában hordoz jelentős társadalmi és gazdasági következményeket is. De pontosan hogyan is jutottunk el egy ilyen mértékű, egy egész kontinensre kiterjedő problémához? Az opioid-válság kialakulásának megértéséhez egy oxikodon tartalmú gyógyszer, az úgynevezett OxyContin 1995-ös piacra kerüléséig kell visszamenni.

Az Oxycontint a Purdue Pharma nevű gyógyszercég szabadalmaztatta, melyet 1952-ben vásárolt meg Mortimer, Raymond és Arthur Sackler. Mindhárom testvér orvosi egyetemet végzett és különösen a pszichiátriai rendellenességek biológiai aspektusai érdekelték, valamint a század közepén alkalmazott módszerek, például az elektrosokk-terápia és a

pszichoanalízis gyógyszerészeti alternatívái. A testvérek azonban inkább a kereskedelemben, mintsem az orvosi praxisban szereztek vagyont. Közös volt bennük a vállalkozói hajlam[28]. A nyolcvanas években Raymond és Mortimer Sackler nagy sikert aratott a Purdue cégnél az MS Contin nevű innovatív fájdalomcsillapítóval, egy morfiumtablettával, amelynek szabadalmaztatott "szabályozott felszabadulású" formulája volt: a gyógyszer több óra alatt fokozatosan oldódott fel a véráramban (a "Contin" a "folyamatos" rövidítése volt). Az MS Contin a Purdue történetének legnagyobb eladási példányszámú gyógyszerévé vált. A nyolcvanas évek végén azonban a szabadalom lejárta előtt állt, és a Purdue vezetői elkezdték keresni, hogy milyen gyógyszer lépjen a helyébe. Az oxikodont, amelynek előállítása olcsó volt, már korábban is használták más gyógyszerekben, más hatóanyagokkal keverve. A Purdue kifejlesztett egy tiszta oxikodonból készült tablettát, amelynek az MS Continhez hasonló, időzített hatóanyag-leadású formulája volt. A vállalat úgy döntött, hogy olyan alacsony dózisokat gyárt, mint a tíz milligramm, de olyan óriás tablettákat is - nyolcvan milligramm és százhatvan milligramm -, amelyek hatékonysága messze meghaladta a piacon lévő bármely vényköteles opioidét. Ahogy Barry Meier írja a "Pain Killer" című könyvében: "A kábítószerek tűzerejét tekintve az OxyContin egy nukleáris fegyver volt"[28,29].

A cég számára szerencsés egybeesés, hogy miközben a vállalat az OxyContin kifejlesztését végezte, néhány orvos azzal kezdett el érvelni, hogy az amerikai orvoslásnak újra kellene vizsgálnia az opioidokkal kapcsolatos előítéletet. Az Egyesült Államok Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hivatala (F.D.A.) 1995-ben hagyta jóvá az OxyContint a közepes és súlyos fájdalom kezelésére. A Purdue nem végzett klinikai vizsgálatokat arról, hogy a gyógyszer mennyire okozhat függőséget vagy

mennyire hajlamos a visszaélésre. Az F.D.A. azonban egy szokatlan lépéssel jóváhagyta az OxyContin betegtájékoztatóját, amely bejelentette, hogy a gyógyszer biztonságosabb, mint a riválisfájdalomcsillapítók, mivel a szabadalmaztatott késleltetett felszívódási mechanizmus "vélhetően csökkenti a visszaélés kockázatát”.

Az Oxycontin piacra dobásával megkezdődött a történelem eddigi legnagyobb gyógyszeripari marketingkampánya. Felismerték, hogy az új gyógyszerek eladásához nemcsak a beteg, hanem a receptet felíró orvos meggyőzésére is szükség van. Az értékesítési kampány egyik fő irányvonala az volt, hogy az OxyContint nem csupán a műtéttel vagy rákkal kapcsolatos súlyos, rövid távú fájdalmakra kell felírni, hanem kevésbé akut, hosszabb ideig tartó fájdalmakra is: ízületi gyulladás, hátfájás, sportsérülések. Az OxyContin-al kezelhető állapotok száma szinte korlátlannak tűnt. Az OxyContint felíró orvosok nem sokkal később kezdték jelenteni, hogy a betegek elvonási tünetekkel (viszketés, hányinger, remegés) jelentkeznek náluk és több gyógyszert kérnek. A Purdue válasza a következő volt: **ezek a betegek valójában nem függők, csak pszeudó-függők, és csak emelni kell a dózisukat**[30].

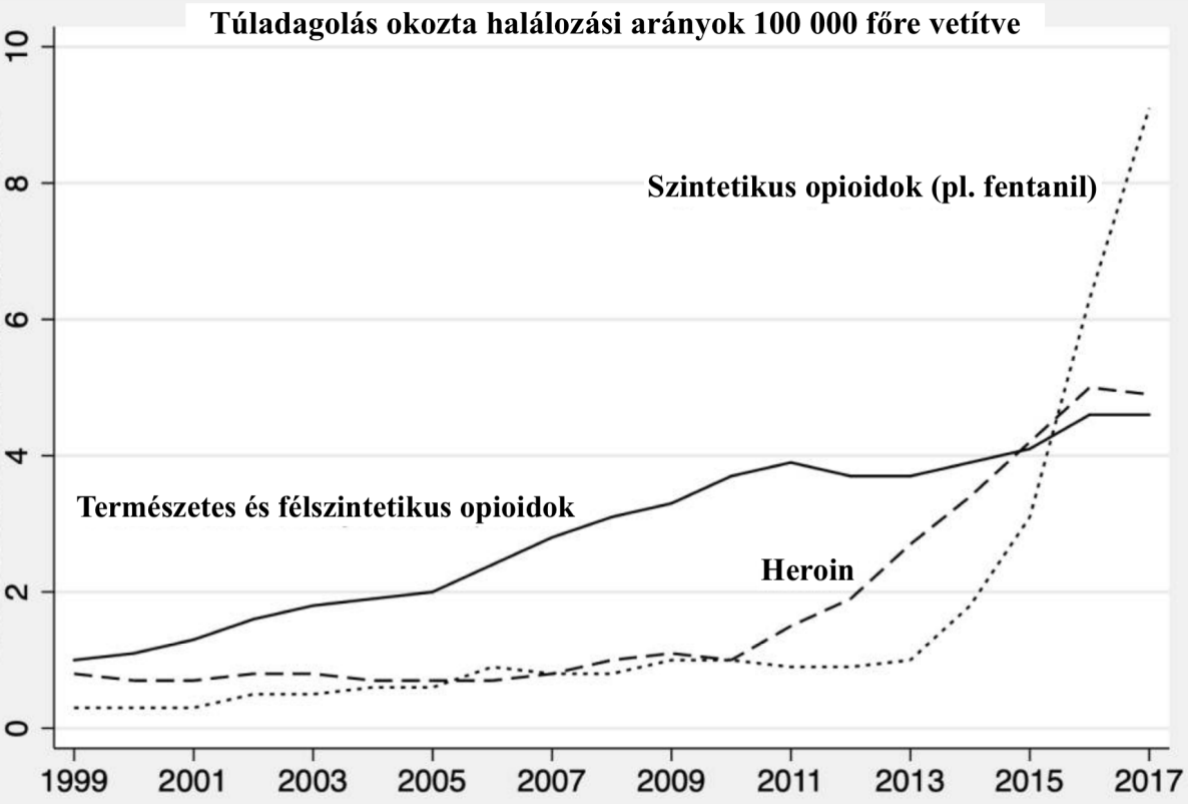
A gyógyszer megjelenése után nem sokkal a visszaélések száma is megnőtt. Rájöttek, ha a tablettákat ledarálták és felszippantották, vagy folyadékban feloldották és befecskendezték, akkor felülbírálták az időzített hatóanyag-leadás mechanizmusát, és egyszerre hatalmas kábítószer-mennyiséget juttattak a szervezetbe. Abszurd módon erről a recepthez mellékelt figyelmeztető címke elolvasásából értesülhettek, amelyen ez állt: "Az összetört vagy szétrágott OxyContin tabletták bevétele potenciálisan mérgező dózis gyors felszabadulásához és felszívódásához vezethet". Mivel egyre több orvos írt fel OxyContint a tünetek egyre szélesebb körére, egyes betegek elkezdték eladni a tablettáikat a

feketepiacon. A vállalat azonban nem vonta vissza a gyógyszert a polcokról, és nem ismerte el, hogy az függőséget okoz. Ehelyett a Purdue ragaszkodott ahhoz, hogy az egyetlen probléma az volt, hogy nem az előírásoknak megfelelően szedték az OxyContint.

Az Oxycontin miatt több millió amerikai vált az opioidok rabjává. 2007-ben a Purdue Pharma bűnösnek vallotta magát és beismerte, hogy a vállalat félrevezette a hatóságokat, az orvosokat és a betegeket az OxyContin függőségi és visszaélési kockázatáról. Ahogy az opioidok felírásának csökkentésére irányuló korai erőfeszítések kezdtek hatni, és a vényköteles opioidok beszerzése nehezebbé vált, illetve a gyógyszer összetételének megváltoztatása miatt alkalmatlanná vált az injekciós beszúrásra, a hangsúly a heroinra, egy olcsó, széles körben elérhető és erős illegális opioidra terelődött. Az opioid-krízis második hulláma a 2010-es években vette kezdetét, a heroinnal való visszaélésből eredő halálesetek gyors növekedésével. A heroin használata mindkét nemben, a legtöbb korosztályban és minden társadalmi-gazdasági csoportban megnőtt. Egyre több HIV/AIDS-es, valamint hepatitisz B és C fertőzött beteget regisztráltak. **A heroin okozta túladagolás miatti halálesetek száma 2002 és 2013 között 286%-kal nőtt, és a heroinhasználók mintegy 80%-a elismerte, hogy a heroinra való áttérés előtt visszaélt a vényköteles opioidokkal[31,32].**

A járvány harmadik hulláma 2013-ban kezdődött, amikor megnőtt a szintetikus opioidokhoz, például a fentanilhoz kapcsolódó halálesetek száma (ld. 1. ábra). A kábítószerrel kapcsolatos halálesetek számának legjelentősebb növekedése 2016-ban következett be, amikor több mint 20 000 haláleset származott a fentanilból és a rokon kábítószerekből. A fentanil okozta halálozások számának növekedése a más visszaélési kábítószerek helyettesítésére vagy hamisítására használt, illegálisan

előállított fentanilhoz (nem az eltérített orvosi fentanilhoz) köthető. Gyakran por alakban "heroin" néven, vagy hamisított opioid- vagy benzodiazepin tablettaként értékesítik[33]. A válság harmadik hulláma jelenleg is tart és minden eddiginél több emberéletet követel.



1. ábra: Opioid-túladagolás okozta halálesetek opioid-típusonként[34].

Az opioid-válság sokkoló adatai számokban[35]:

- Amerikában naponta csaknem 100 ember hal meg opioid-túladagolásban - több, mint autóbalesetben és lövöldözésben együttvéve.
- 2021-ben több, mint 107 000 amerikai halt meg kábítószer-túladagolásban.

- A fentanilt és más szintetikus opioidokat érintő túladagolások száma meghaladta a 71 ezret, ami 23%-kal több, mint egy évvel korábban, 2020-ban[36].
- Az opioid túladagolás okozta halálesetek száma a 2010-ben 21 089-ről 2017-re 47 600-ra emelkedett. Ezt követően 2020-ban szintén jelentős növekedés következett be 68 630 bejelentett halálesettel, ami 2021-ben 80 411 halálesetre emelkedett.
- 2017-ben több, mint 191 millió opioid receptet adtak ki amerikai betegeknek - az egyes államok között igen nagy eltérésekkel[10].

Az amerikai opioid-krízisről dokumentumfilmek (pl. Az évszázad bűnténye), minisorozatok (Dopesick, amely Beth Macy azonos című könyve alapján készült) könyvek (pl.: Empire of Pain – The Secret History of the Sackler Dinasty; Dopesick) sokasága jelent meg, melyek igyekeznek feltárni, hogy mi vezetett az amerikai közegészségügyi válsághoz.

Kiút a válságból

Az opioid járvány visszafordításához javítani kell a fájdalom kezelésének módján. Meg kell előzni a visszaélést, a függőséget és a túladagolást, mielőtt azok elkezdődnének. Bárki, aki vényköteles opioidokat szed, függővé válhat tőlük. Valójában minden negyedik beteg, aki hosszú távú opioid terápiában részesül, opioid függővé válik. Aki egyszer az opioidok rabjává válik, nehezen fogja azt abbahagyni. 2016-ban több mint 11,5 millió amerikai számolt be arról, hogy az elmúlt évben vényköteles opioidokkal élt vissza. A vényköteles opioid-túladagolás okozta halálesetekhez gyakran benzodiazepinek is társulnak. A benzodiazepinek központi idegrendszeri depresszánsok, amelyeket nyugtatásra, elalvás kiváltására, görcsrohamok megelőzésére és szorongásoldásra

használnak. Ilyen például az alprazolám (Xanax®), a diazepám (Valium®) és a lorazepám (Ativan®). A függőség, a visszaélés és a túladagolás súlyos kockázatai mellett a vényköteles opioidok használata számos mellékhatással járhat, még akkor is, ha az előírás szerint szedik őket. Ezek a következők: tolerancia, fizikai függőség - a gyógyszer szedésének abbahagyásakor elvonási tünetei jelentkeznek, fokozott fájdalomérzékenység, székrekedés, hányinger, hányás és szájszárazság. Álmosság és szédülés, zavarodottság, depresszió, viszketés és izzadás, valamint alacsony tesztoszteronszint, ami alacsonyabb nemi vágyat, energiát és erőt eredményezhet[10]. Az opioidokkal való visszaélés kezelésének legjobb megközelítése a megelőzés. Az orvostársadalom az opioidok felírásának korlátozására irányuló intézkedések bevezetésével kezd reagálni. Az elsősegélynyújtókkal és más sürgősségi egészségügyi dolgozókkal együtt egyre több kábítószerfüggő személyt látnak el naloxon-készletekkel[23]. Ezentúl új terápiás irányvonalakat kell találni, melyek lehetőség szerint mellőzik az opioidok alkalmazását. Az új terápiák végső soron a fájdalom biológiájának teljesebb megértéséből fognak kialakulni. Hosszú távon ezen területnek a fejlődése a leghatékonyabb eszköz lehet, a biztonságosabb és hatékonyabb fájdalomcsillapítók kifejlesztésének felgyorsítására és az opioid-járvány megszüntetésére[37].

2023. január 31-étől Brit Kolumbiában a fent ismertetett tények ellenére is a 18 éven felüliek szabadon, mindenféle jogi következmény nélkül tarthatnak maguknál 2,5 grammot, többek között fentanilból és heroinból.

A cikkben felsorolt szerek mindegyike önmagában is több tízezer emberéletet követel évente, 2021-ben a rendelkezésre álló adatok szerint több, mint 80 000 amerikai halt meg opioidok miatt. Vajon milyen súlyos következményei lesznek annak, ha ezeket a szereket az érintett tartományban már jogi következmények nélkül, tizenéves

fiatalok napi szinten használhatják? Minden bizonnyal volt egy réteg, akik ezen szerek illegalitása miatt igyekeztek elhatárolódni a szerhasználattól, ám ettől kezdve már ez sem lesz visszatartó erő, hiszen mi baj történhet? További kérdésként vetődik fel, hogy bár az opioidokkal való kereskedelem továbbra is illegális, ám ki és milyen formában fogja ellenőrizni, hogy az adott illető csak önmagának kíván néhány eufórikus órát okozni vagy azt kiskorú barátaival is megosztja? Vajon a feketepiacra milyen hatással lesz? Feltételezéseink szerint a jelenleginél is jobban felvirágoztatják azt a folyamatban lévő dekriminalizációs események. Ha kiutat keresünk az opioid válságból minden bizonnyal más utakon kell elindulni.

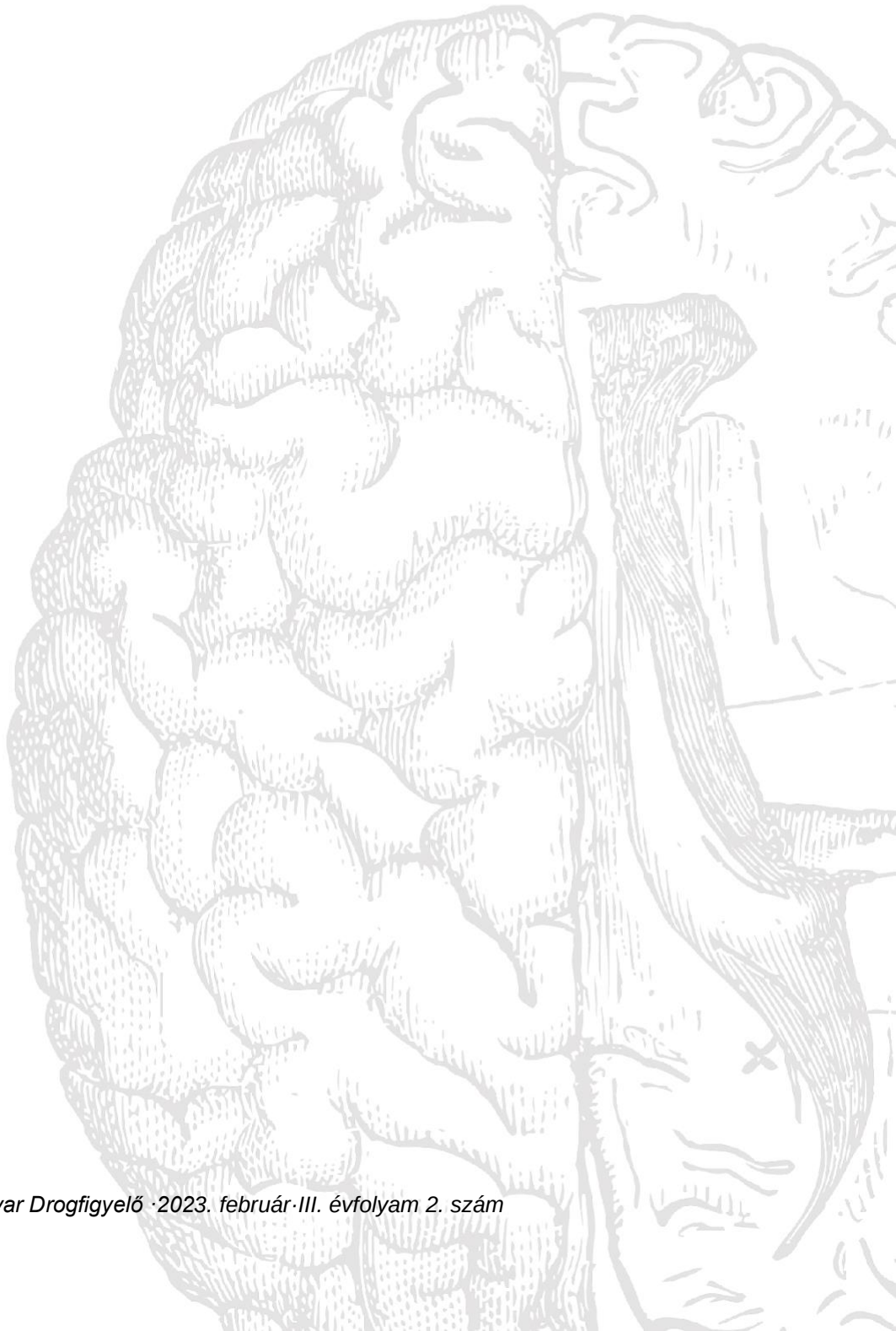
FELHASZNÁLT IRODALOM

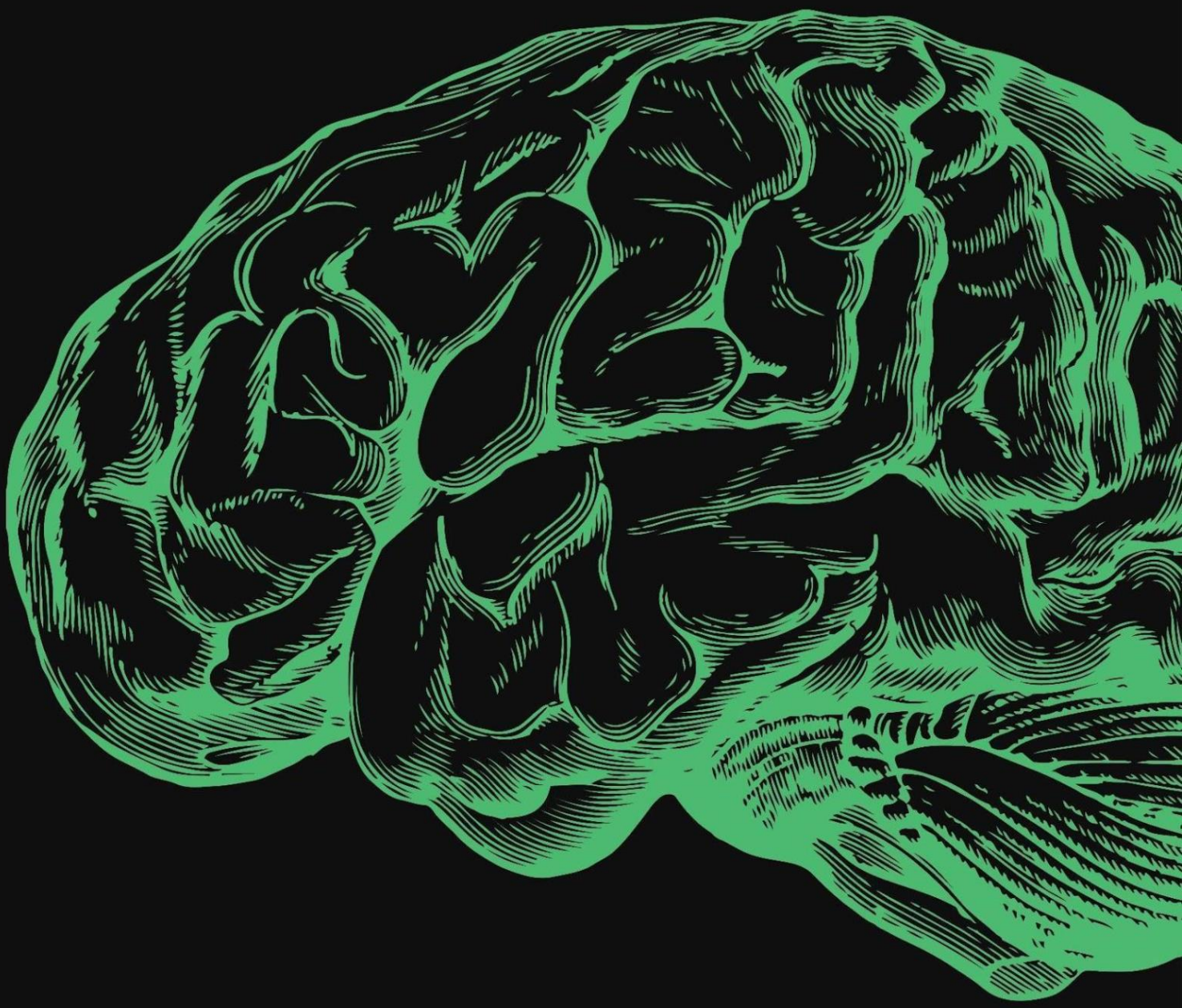
1. Collier R. A short history of pain management. CMAJ. 2018 Jan 8;190(1):E26-E27. doi: 10.1503/cmaj.109-5523. PMID: 29311105; PMCID: PMC5760261.
2. Prof. Dr. Wéber György Dr. Lantos János Dr. Borsiczky Balázs Dr. Ferencz Andrea Dr. Jancsó Gábor Dr. Ferencz Sándor Dr. Horváth Szabolcs Dr. Bahri Hossein Dr. Takács Ildikó Dr. Balatonyi Borbála, Műtéttani alapismeretek., Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar https://sotepedia.hu/_media/aok/mutettanialapismeretek.jegyzet.pdf (Letöltés ideje: 2023.02.25.)
3. Chaturvedi R, Gogna RL Retd. Ether day: an intriguing history. Med J Armed Forces India. 2011 Oct;67(4):306-8. doi: 10.1016/S0377-1237(11)60098-1. Epub 2011 Oct 22. PMID: 27365835; PMCID: PMC4920664.
4. Bandyopadhyay, S (2019). An 8,000-year History of Use and Abuse of Opium and Opioids: How That Matters For A Successful Control Of The Epidemic ? (P4.9-055), Neurology Apr 2019, 92 (15 Supplement) P4.9-055;
5. Norn S, Kruse PR, Kruse E. Opiumsvalmuen og morfin gennem tiderne [History of opium poppy and morphine]. Dan Medicinhist Arbog. 2005;33:171-84. Danish. PMID: 17152761.
6. mcpress.mayoclinic.org, Rach M. - A brief history of morphine use https://mcpress.mayoclinic.org/opioids/history-of-morphine/ (letöltés ideje: 2023.02.25.)
7. georgetownbehavioral.com, The Origin and Causes of the Opioid Epidemic https://www.georgetownbehavioral.com/blog/origin-and-causes-of-opioid-epidemic (letöltés ideje: 2023.02.26.)
8. index.hu, A heroin eredetileg köhögés elleni gyógyszer volt https://index.hu/tudomany/til/2015/03/15/a_heroin_eredetileg_kohoges_elleni_gyogyszer_volt/ (letöltés ideje: 2023.02.24.)
9. Dhaliwal A, Gupta M. Physiology, Opioid Receptor. [Updated 2022 Jul 25]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546642/
10. Prescription Opioids | Opioids | CDC https://www.cdc.gov/opioids/basics/prescribed.html (letöltés ideje: 2023.02.26.)

11. Kosten TR, George TP. The neurobiology of opioid dependence: implications for treatment. Sci Pract Perspect. 2002 Jul;1(1):13-20. doi: 10.1151/spp021113. PMID: 18567959; PMCID: PMC2851054.
12. Ballantyne, Jane C., The brain on opioids. PAIN 159():p S24-S30, September 2018. | DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001270
13. https://www.cdc.gov/opioids/basics/ (letöltés ideje: 2023.02.23.)
14. Kiyatkin E. A. (2019). Respiratory depression and brain hypoxia induced by opioid drugs: Morphine, oxycodone, heroin, and fentanyl. *Neuropharmacology*, *151*, 219–226. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.02.008
15. Miller, L. (2023). Buprenorphine: Treatment for Opioid Use Disorder, https://drugabuse.com/treatment/buprenorphine/ (letöltés ideje: 2023.02.26.)
16. https://egeszsegvonal.gov.hu/o-o/720-opioidok.html (letöltés ideje: 2023.02.26.)
17. Cornell, L. (2023). Morphine Overdose Symptoms, Signs & Treatment, https://drugabuse.com/opioids/morphine/overdose/ (letöltés ideje: 2023.02.26.)
18. https://www.cdc.gov/opioids/basics/heroin.html (letöltés ideje: 2023.02.26.)
19. Cornell, L (2023). Oxycodone Overdose Symptoms, Signs & Treatment, https://drugabuse.com/opioids/oxycodone/overdose/ (letöltés ideje: 2023.02.26.)
20. Brande, L (2023). Hydrocodone Overdose Symptoms, Signs & Treatment, https://drugabuse.com/opioids/hydrocodone/overdose/ (letöltés ideje: 2023.02.26.)
21. Murray, A., & Hagen, N. A. (2005). Hydromorphone. *Journal of pain and symptom management*, *29*(5 Suppl), S57–S66. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.01.007
22. Patterson, E (2023). Effects of Hydromorphone Abuse: Short-Term, Long-Term, Side Effects, and Treatment, https://drugabuse.com/opioids/hydromorphone/ (letöltés ideje: 2023.02.26.)
23. Brande, L (2023). Tramadol Overdose Symptoms, Signs & Treatment, https://drugabuse.com/opioids/tramadol/overdose/ (letöltés ideje: 2023.02.26.)
24. Fentanyl | Opioids | CDC https://www.cdc.gov/opioids/basics/fentanyl.html (letöltés ideje: 2023.02.26.)
25. Drug Fact Sheet: Fentanyl

26. American Addiction Centers Editorial Staff, Codeine Overdose Symptoms, Signs, & Treatment, https://drugabuse.com/opioids/codeine/overdose/ (letöltés ideje: 2023.02.26.)
27. Effects of Methadone Use: Short-Term, Long-Term, Side Effects, and Treatment https://drugabuse.com/treatment/medications/methadone/effects-use/ (letöltés ideje: 2023.02.26.)
28. The Family That Built an Empire of Pain | The New Yorker https://www.newyorker.com/magazine/2017/10/30/the-family-that-built-an-empire-of-pain (letöltés ideje: 2023.02.25)
29. Napi 200 halott a modern orvoslás egyik legnagyobb hibája miatt | 24.hu https://24.hu/kulfold/2019/03/02/opioidkrizis-usa-drogfuggoseg-heroin-fentanil-magyarorszag/ (letöltés ideje: 2023.02.26.)
30. Így tették gyógyszerfüggővé az amerikaiakat – nem a covid okozta az USA legnagyobb egészségügyi krízisét | 24.hu https://24.hu/kultura/2021/05/24/az-evszazad-buntenye-opioid-krizis-alex-gibney-dokumentumfilm-sorozat-hbo-go/ (letöltés ideje: 2023.02.25)
31. History of the Opioid Epidemic: How Did We Get Here? https://www.poison.org/articles/opioid-epidemic-history-and-prescribing-patterns-182 (letöltés ideje: 2023.02.26)
32. Meet the Sacklers: the family feuding over blame for the opioid crisis https://www.theguardian.com/us-news/2018/feb/13/meet-the-sacklers-the-family-feuding-over-blame-for-the-opioid-crisis (letöltés ideje: 2023.02.25.)
33. Understanding the Opioid Overdose Epidemic | Opioids | CDC https://www.cdc.gov/opioids/basics/epidemic.html (letöltés ideje: 2023.02.25)
34. Ciccarone D. The triple wave epidemic: Supply and demand drivers of the US opioid overdose crisis. Int J Drug Policy. 2019 Sep;71:183-188. doi: 10.1016/j.drugpo.2019.01.010. Epub 2019 Feb 2. PMID: 30718120; PMCID: PMC6675668
35. Drug Overdose Death Rates | National Institute on Drug Abuse (NIDA) https://nida.nih.gov/research-topics/trends-statistics/overdose-death-rates (letöltés ideje: 2023.02.24)
36. US Overdose Deaths Hit Record 107,000 Last Year, CDC Says https://www.usnews.com/news/health-news/articles/2022-05-11/us-overdose-deaths-hit-record-107-000-last-year-cdc-says (letöltés ideje: 2023.02.25.)

37. Skolnick P. (2018). The Opioid Epidemic: Crisis and Solutions. *Annual review of pharmacology and toxicology*, *58*, 143–159. https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-010617-052534





DROGMONITOR

drogkutató intézet

FELELŐTLEN EMBERKÍSÉRLET: A KANADAI DROGPOLITIKA MARGÓJÁRA

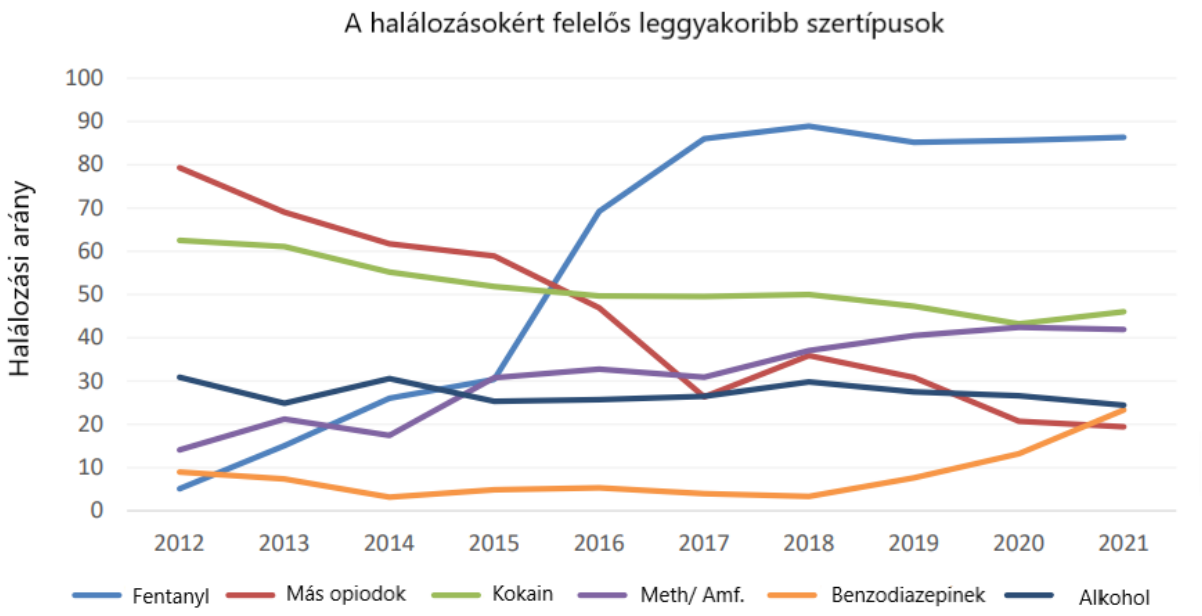
DR. MOLNÁR ISTVÁN JENŐ

Kanada harmadik legnagyobb tartományában, Brit Kolumbiában 2023. január 31-étől 2026. január 31-ig a Kanadai Egészségügyi Minisztérium (Health Canada) felmentést adott a kábítószerekre vonatkozó törvény (CDSA[1]) bizonyos paragrafusai alól. A tartományi döntés eredményeképp a helyi, 18. életévet betöltött fiatalok előbb használhatnak legálisan heroint, kokaint, vagy éppen a súlyos közegészségügyi válság kiváltójaként emlegetett, az elmúlt évek túladagolásainak túlnyomó többségéért felelős fentanylt, mint alkoholt. Utóbbi ugyanis 19 éves kor alatt nem fogyasztható. Racionális, empirikusan igazolt, tudományosan megalapozott tények hiányában két lehetséges magyarázata lehet a döntésnek: elkeseredett,

reménytelen kiútkeresés a jelenlegi helyzetből, bízva abban, hogy a tartományi kormány honlapján olvasható indoklás, miszerint így a jövőben nem stigmatizált fogyasztók bátrabban kérnek segítséget valóban megvalósul, vagy ez is csak része a mainstream, haladó szellemiségűnek vélt liberális, az elfogadást minden józan ész, hagyomány és tradíció elé helyező általános- és drogpolitikának.

A döntés komoly sajtóvisszhangot keltett az elmúlt napokban, hiszen ehhez hasonló kezdeményezés a múltban ilyen formában még nem született. Mit is tartalmaz a most bevezetett szabályozás? 2023. január 31-én lépett hatályba az a norma, mely szerint a pilotprojekt időszaka alatt, valamennyi 18. életévét betöltött, Brit Kolumbiában tartózkodási hellyel rendelkező kanadai állampolgár birtokolhat, tulajdonképp a legtöbb halálesetért felelős (1. ábra) bármelyik szerből 2,5 gramm mennyiséget, azaz

- az ún. opioid származékokból (ide tartozik a heroin, a morfin és a fentanyl);
- a kokainból és a crack kokainból;
- a metamfetaminból (speed, kristály, meth)
- valamint az MDMA-ból (ecstasy).



1. ábra

Forrás: British Columbia, Coroners Service, Drug Types Relevant to Death, 2012-2021[20]

A fenti szerek birtoklása továbbra is tiltott marad a különféle nevelési-oktatási intézményekben és azok környékén, a repülőtereken, illetve a közlekedésben is hatályban maradnak korlátozó intézkedések. Az illetékességi szabályokra tekintettel a biztosított engedmény csak és kizárólag a Brit Kolumbiában élőkre vonatkozik, így minden más tartomány vagy állam polgára jogellenes és büntetendő cselekedetet követ el, ha a fenti szerekből tart magánál. A határokon történő átvitel és szállítás is büntetőjogi szankciókat von maga után. A társadalom egyes csoportjai is kirekesztésre kerülnek a norma hatálya alól, így nem vonatkozik a szabályozás többek között a rendőrökre, a katonákra, azaz a fegyveres szervek képviselőire[2].

Jogi kitekintés: legalizáció, dekriminalizáció, depönalizáció, diverzió

A köznyelvben gyakran keveredik a **legalizáció** és a dekriminalizáció fogalma, amely könnyen téves következtetések levonását eredményezheti. Előbbi esetén **az adott tevékenység teljes mértékben kikerül a büntetőjogi szankciórendszer hatálya alól**, ily módon a kábítószerrel kapcsolatos valamennyi tevékenység, legyen az előállítás, szállítás, kereskedelem vagy fogyasztás (birtoklás, tartás) általános, jó esetben szabályokhoz és engedélyek megszerzéséhez kötött kereskedelmi-piaci tevékenységnek minősül. Ilyen döntés azonban még egyetlen országban sem született, a tévhit ellenére Hollandia sem tartozik ide, még a marihuána kapcsán sem.

A **dekriminalizáció** az előzőekből következően kisebb mértékű **jogalkotói engedményt foglal magába, nevezetesen azt, hogy a fogyasztás szankcionálásától eltekintenek**. Ezzel párhuzamosan minden más kapcsolódó magatartás büntetendő, tehát azzal szemben, aki kábítószert előállít, szállít, forgalomba hoz, kínál, átad stb., továbbra is eljárás indítható és büntetés is kiszabható.

Még enyhébb variáció lehet, ha továbbra is büntetendő a fogyasztás, de a büntetés mértékét csökkentjük. A **depönalizáció** *„a törvény által előírt büntetési tételek enyhítését jelenti. A kábítószerek, különösen a kannabisz esetében a depönalizáció többnyire a szabadságvesztés büntetés megszüntetésével jár. A tilalom továbbra is érvényben marad, de szabadságvesztés büntetést nem szabnak ki, még ha más büntetőjogi szankciók (pénzbüntetés, bűnügyi nyilvántartásba vétel vagy egyéb joghátrány) fenn is maradhatnak”*[3].

A **diverzió** egy sokkal ritkábban, leginkább a jogi terminológiában alkalmazott kifejezés, ugyanakkor a magyar szabályozási rendszer megértése miatt szükséges a tárgyalása. A diverzió „*esetében sem mondanak le a hagyományos igazságszolgáltatás apparátusáról, csupán a formális eljárást mellőzik, úgy, hogy az ügyet elterelik a büntető útról. A 'justice modell' helyére az ún. 'medical modell' lép"*[4]. Tulajdonképpen e magyarázatnak köszönhetően hívjuk a kábítószer-fogyasztók számára biztosított alternatív lehetőséget elterelésnek. Hazánkban az elterelés révén az állam háromféle szolgáltatást biztosít a 48/2008. (XI.14.) EüM-SZMM együttes rendelet alapján, az előzetes állapotfelmérést követően:

- egyrészről részt vehet az eljárás alá vont személy kábítószer-függőséget gyógyító kezelésen, amennyiben az addikció már kialakult nála;
- másrészről részesülhet kábítószer-használatot kezelő más ellátásban;
- harmadrészt az alkalmai fogyasztók számára elérhető a megelőző-felvilágosító szolgáltatás.

Jól látható, hogy **Brit Kolumbiában a dekriminalizáció eszközével éltek a jogalkotók, így a lajstromozott termékekkel kapcsolatos kereskedelmi tevékenységek nem váltak törvényessé és szabályozottá sem, illetve coffee shopok, vagy hasonló „drogériák" nyitását sem tették lehetővé ezen szerek forgalmazására. Ennek egyenes következménye, hogy a fogyasztók továbbra is a fekete piacról tudják csak beszerezni a vágyott anyagot**. Erről később még külön értekezünk (**ITT**).

A jogalkotás kapcsán érdemes megvizsgálni a legalizáció pártján állók által olykor említett „**büntető (punitív) populizmust**", amely Lévay Miklós* szerint akkor valósul meg, ha „*büntetőpolitikának halványul a*

szakmapolitikai jellege, bizonyos, a társadalmilag különösen érzékeny területen a bűnözéskontrollt sokkal inkább a szavazat-maximalizálás vezérli, nem pedig szakmai szempontok befolyásolják”[5]. Gönczöl Katalin** talán ennél is keményebben fogalmaz, amikor azt mondja, hogy büntető populizmusról akkor beszélhetünk „*ha az uralkodó elit a közvélemény nyomására hivatkozva a bonyolult társadalmi jelenségekre – különösen a bűnözésre, valamint más ön- és közveszélyes deviáns magatartásokra – folyamatosan leegyszerűsítő, látványos és gyors sikereket ígérő módon reagál*”[6].

Érdekes kérdés, hogy mindez inverz módon nem lehet-e jogfilozófiai tétel. **Nem létezhet-e ún. megengedő, dekriminalizáló populizmus?** Nem lehetséges-e, hogy valamely enyhítő intézkedés meghozatalára, bizonyos korlátozások eltörlésére hasonlóképpen szavazatszerző jelleggel kerül sor? **Miért magától értetődő, hogy ami szigorú, konzervatív, pragmatikus az populista és hatástalan, ami liberális az haladó szellemű és megdönthetetlen módon szakmailag, illetve politikailag is korrekt.**

Ha a jelenlegi kanadai kormány vezetésére tekintünk, akkor a Justin Trudeau miniszterelnök vezette koalíció, a Liberális Párt és az Új Demokraták Pártjának (NDP) programjába illeszkedő lépésként is értékelhetjük azt az engedményt, melyet Brit Kolumbia tartománya és döntéshozói apparátusa kapott.

A Konzervatív Párt vezetője, Pierre Poilievre szerint a jelenlegi helyzet a korábbi intézkedések bukott „*kísérleteinek eredménye, mely a jelenlegi kormány szándékos politikájának köszönhető, amelynek keretében az adófizetők által finanszírozott kábítószereket biztosítanak a*

fogyasztóknak, elárasztják az utcákat, így könnyen hozzáférnek az emberek ezekhez a mérgekhez”[7].

Bár a társadalmi és szakmai vitákban gyakran hangzott el a „safe supply”, azaz a „biztonságos ellátás/kínálat” kifejezés, azok a programok, amelyekben engedélyezte a Trudeau nevével fémjelzett kormány, hogy opioid és opioid-analógokat írjanak fel a kábítószer-használóknak, abban a reményben, hogy a szabályozott, legális és következetes gyógyszerellátás csökkentheti ezeket a véletlen mérgezéseket és túladagolásokat, a kábítószer-használók csak kis hányadát érték el és nem vezettek igazán eredményre[8]. Poilivre egy Twitteren közzétett videójában[9] ezzel kapcsolatosan úgy fogalmazott, hogy „*az egyik legfontosabb lépés az adókból támogatott veszélyes kábítószerek biztosításának megállítása, melyet a meglehetősen ironikusan „safe supply”-nak hívott eszme mögé bújtatnak. Ez ugyanakkor nem létezik, ezeknek a drogoknak nincs biztonságos felhasználási módjuk, mert halált okoznak és könyörtelenül addiktívak*”[9].

Alberta állam miniszterelnöke, Jason Kenney még borúsabban látja a helyzetet, aggódalmát fejezte ki a Brit Kolumbiának adott mentességi döntés kapcsán. Meglátása szerint ez egy meglehetősen csúszós lejtő (slippery slope), épp ezért nem is érti, hogy a többi tartománnyal miért nem konzultáltak arról a tervről, amellyel kapcsolatosan szerinte nem nehéz belátni, hogy kontraproduktív és hogy hová vezet[10].

---

* Lévay Miklós (1954-): volt alkotmánybíró, jogtudós, kriminológus, egyetemi tanár

** Gönczöl Katalin (1944-): korábbi ombudsman, miniszteri biztos, szakállamtitkár, jogász, kriminológus, egyetemi tanár

Jogalkalmazási dilemmák

Egy rövid időre maradjunk még a jog tudományterületén, azon belül pedig ezúttal a jogalkalmazásra fókuszálva. A jog kapcsán gyakran hangoztatott teoréma, hogy minden szabály annyit ér, amennyit abból betartanak.
Ha nem is hiszünk a represszív büntetőjogban, abban talán mindenki egyetért, hogy a szabályok alkalmazását alkalom- vagy szúrópróba-szerűen azért célszerű ellenőrizni, s legalább a figyelmét felhívni azoknak, akik normasértő módon viselkednek.

A most bevezetett szabály azonban komoly kihívások elé állítja a jogalkalmazás letéteményeseként funkcionáló rendőrség egyes tagjait. Kérdésként merül fel ugyanis, hogy miként lehet az új előírásokat ellenőrizni és betartatni. Hogyan és milyen módon tudja a rendőr az utcán foganatosított intézkedés során megállapítani, hogy az adott személynél 2,5 grammot meg nem haladó mennyiségű kábítószer található? A jövőben a kényszerítő eszközök (pl. szolgálati fegyver, bilincs stb.) és a Naloxone csomag*** mellett úgy tűnik célszerű lesz patikamérleget is maguknál tartani a rend őreinek.

S ha már a mennyiség megállapítása akadályokba ütközik, akkor talán még nagyobb nehézséget jelent a kábítószer típusának detektálása. A szabályozás ugyanis nem terjed ki valamennyi kábítószerre, így a jogbiztonságba vetett hit komolyan csorbulhat, ha a rendőrök a szabály érvényesülését ezen „technikai bökkenők” okán egyáltalán nem ellenőrzik a jövőben. Nincs az a gyorsteszt ugyanis, ami egy büntetőeljárásban kellő bizonyító erővel bírna.

A megoldás egyelőre meglehetősen profánnak tűnik a kanadai vezetés meglátásában: **a rendőröknek képzéseket tartottak arról, hogy hogyan nézhet ki (?!) 2,5 gramm az adott szerekből, a szer típusát**

pedig nemes egyszerűséggel úgy fogják ellenőrizni, hogy megkérdezik az intézkedés alá vont személyt, hogy minek a birtoklását hiszi[11]. Az intézkedések során egy indokoltnak tűnő lépés azonosítható: **a rendőröknek ún. „egészségügyi szolgáltatási beutalókártyákat”** (health service referral cards) **kell kiosztaniuk, amelyen a fogyasztók azzal kapcsolatos információkhoz juthatnak, hogy hol és kitől kérhetnek szakszerű segítséget**[8].

Mennyiségi korlátozás

Az illegális szerek világa meglehetősen változatos, így vannak olyanok, amelyek tulajdonképpen korlátlan mennyiségben fogyaszthatóak (pl. LSD), fizikai túladagolásuk szinte lehetetlen, és léteznek olyan szerek is, amelyekből elegendő egy-két milligramm (pl. fentanyl) a letális (halálos) dózis eléréséhez. **Épp ezért meglepő, hogy szertípusonként semmiféle eltérő mennyiség-meghatározással nem éltek a kanadai jogalkotók, egységesen 2,5 grammban állapították meg a birtokolható mennyiség felső határát**.

A matematika nyelvén mindez a következőket jelenti: **a gramm (gr) ezredrésze a milligramm (mg), míg milliomodrésze a mikrogramm (µg)**. Az USA-ban működő, a világ legismertebb kábítószer-ellenes hivatala, a DEA (Drug Enforcement Administration) honlapján elérhető tájékoztatás[12], illetve az EMCDDA (Eurpean Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) beszámolója[13] szerint is a fentanyl halálos dózisa **2 mg környékére tehető**, amely természetesen függ a fogyasztó testméretétől, toleranciájától és korábbi használataitól.

*** A kanadai rendőrök a számtalan túladagolásos eset miatt egészségügyi képzésen vettek részt az elmúlt években, s szinte valamennyi rendőrnél van egy ún. Naloxone csomag, amelyben található orrspray segítségével azonnali segítséget tudnak nyújtani az eszméletüket vesztő, a halál kapuján belépő fogyasztóknak.

Ez az adat azt jelenti, hogy a fentanyl ~50-szer erősebb a heroinnál, és ~100-szor hatásosabb a morfinnál.

Az OGYÉI (Országos Gyógyszerészeti és Élelmiszer-egészségügyi Intézet) honlapján elérhető egyik kísérőirat[14] tanúsága szerint, amely a Fentanyl-Zentiva tapasz használati utasításait, illetve különféle átváltásokhoz szükséges táblázatokat tartalmazza, a tapasz óránként **25 µg fentanyl hatóanyag leadását teszi lehetővé**. Tehát óránként 0,025 mg (0,000025 gr) fentanylt kap krónikus fájdalmára az, aki vélelmezhetően végstádiumú, palliatív ellátásra szorul.

Viszonylag gyors és rövid számolással megállapítható, hogy a fentanyl esetében a 2,5 gr azt jelenti, hogy hozzávetőlegesen a halálos dózis 1250-szeresét tarthatja magánál bármely fogyasztó. Természetesen ez a szám így nem helytálló, hiszen ebből ki kell vonni a tabletta, vagy a por egyéb összetevőinek a tömegét. Ha egy átlagos tabletta súlyával számolunk, akkor is magától értetődő, hogy a halálos dózisnak a sokszorosát tarthatja magánál a fogyasztó.

Mindez még ijesztőbb, ha ismerjük a DEA egyik, 2021-ben kiadott tájékoztató anyagát, melyben arról olvashatunk, hogy a DEA által tesztelt 'pirulák' alapján 10 tablettából 4-ben halálos mennyiségű fentanyl diagnosztizálható. A legtöbbször ráadásul hamisított tablettákkal igyekeznek a bűnözök kihasználni az opioid válságot, csak 2021-ben 20 millió ilyen tablettát foglaltak le[15].

Szemléltetésképpen íme még néhány halálos dózisra vonatkozó adat:

- az amfetamin túladagolható, egy 70 kg-os ember esetében a letális mennyiség 1.400 mg és 1.750 mg (1,4-1,75 gr.)[16,17] közé tehető;

- egy átlagos, egészséges, 70 kg-os felnőtt ember esetében, akinél nem alakult ki tolerancia az anyaggal szemben, és akinek a szervezetében nem maradtak korábbi anyagok maradványai:
  - a kokain vonatkozásában 1.200 mg (1,2 gr.),
  - a heroin kapcsán 50 mg (0,05 gr.),
  - MDMA használatakor 2 gr.,
  - metamfetamin bevitelekor 150 mg (0,15 gr.) a halálos mennyiség[18].

Érdekes, hogy a fenti aggályok ellenére Kanadában a közéleti diskurzusban külön vita tárgyát képezi, hogy a 2,5 gramm elegendő-e. Egyesek nevetségesen kevésnek (ridiculously low) tartják a megjelölt mennyiséget. Az e táborba tartozók azzal érvelnek, hogy egy korábbi tanulmány eredményei szerint a legsúlyosabb kábítószer-használati zavarokkal küzdő emberek jellemzően napi 4 gr opioidot, vagy 5 gr kokaint, vagy 6 gr amfetamint fogyasztanak. Ez az alacsony birtoklási határérték a kábítószerek nagyobb hatásfok-növelését eredményezheti, ami potenciálisan több kárt okozhat, és egyben további félelmet jelenthet a segítségkérők számára[10].

A döntéshez vezető út

Az opioidválság nem ma kezdődött Észak-Amerikában, így Kanadában sem, de a közegészségügyben igazán rémisztő tendenciák az elmúlt néhány évben jelentkeztek. Az ország egészét tekintve megdöbbentő, sokkoló számadatokkal találkozhatunk:

- 2016 és 2022 júniusa között 32.632 fő halálozott el bizonyíthatóan opioid mérgezésben;
- csak 2022 első félévében 3.556 fő hunyt el, ami napi 20 áldozatot jelent;

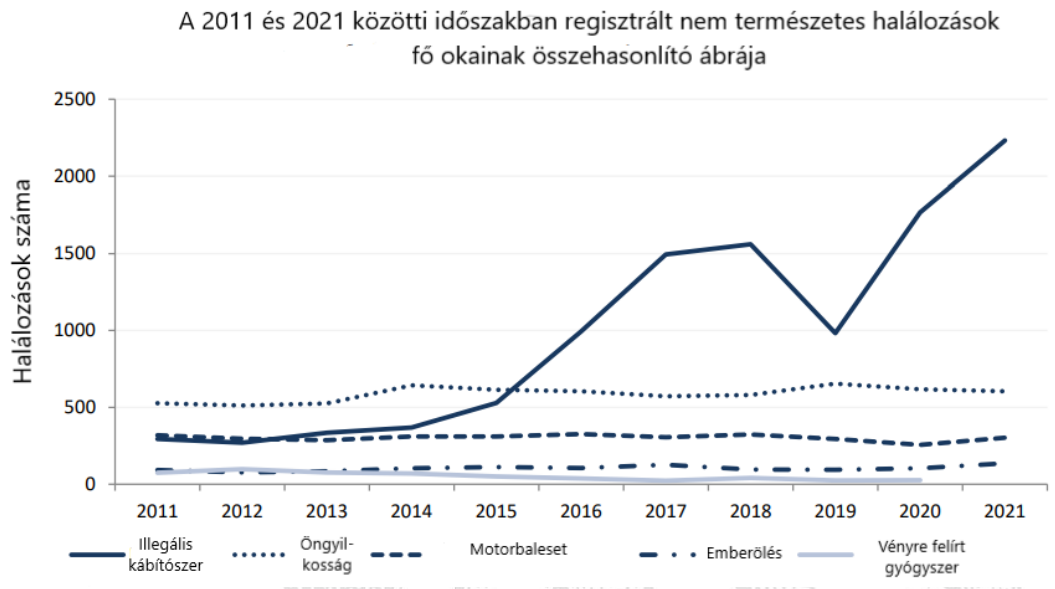
- a halálozások mellett 33.493 fő opioid-, 14.606 fő pedig pszichostimulánssal kapcsolatos mérgezés miatt szorult kórházi kezelésre;
- a legtöbb mérgezéses kórházi kezelésre a férfiak és a 20 és 49 év közötti személyek körében került sor[19].

A hozzávetőlegesen 5 millió lakossal bíró Brit Kolumbia szinte valamennyi mutatóban kiemelkedett, ebből fakadóan nem meglepő, hogy az országban elsőként ők szánták el magukat az elkeseredett kiútkeresésre. A tartományban felfoghatatlan, rémisztő állapotok uralkodnak:

- 2022-ben 2.272 illegális kábítószer-mérgezés gyanúja miatt bekövetkezett haláleset történt. Ez a második legtöbb feltételezett haláleset, amelyet valaha egy naptári év alatt regisztráltak, 2021 (2.306) után;
- 2022 novemberében és decemberében 182, illetve 210 illegális kábítószer-mérgezéssel kapcsolatos haláleset történt;
- a 2022. novemberi és decemberi illegális kábítószer-mérgezés okozta halálesetek száma naponta körülbelül 6,4 halálesetnek felel meg;
- 2022-ben a tiltott kábítószer-mérgezés okozta halálesetek 84%-a történt falakon belül (magánlakások, szállodák, szociális ellátók és egyéb beltéri helyszínek), 15% pedig kint, járműveken, járdákon, utcákon, parkokban[20].

2. ábra

Forrás: British Columbia, Coroners Service, Illicit Drug Death in BC[20]



3. ábra

Forrás: British Columbia, Coroners Service, Comparison to Other Common Causes of Unnatural Deaths from 2011 to 2021[20]

A valódi okok megértéséhez ugyanakkor időben kissé hátrébb kell lépnünk, mert ezek a számok sem okok csupán, hanem maguk is okozatok és egyben bizonyítékai annak, hogy nem a szigorú drogpolitika vezetett a katasztrófához.

Az okok hátterében a **gyógyszeripar meglehetősen agresszív és felelőtlen lobbija húzódik meg**[21, 22]. Az 1990-es évektől ugyanis mind az Amerikai Egyesült Államokban, mind pedig Kanadában egyre több olyan fájdalomcsillapítót írtak fel az orvosok, amelyek hatóanyaga valamilyen opiát- vagy opioid-származék volt. Számtalan dokumentumfilm (pl.: Az évszázad bűnténye), oknyomozó riport és könyv (pl.: Empire of Pain – The Secret History of the Sackler Dinasty), tudományos publikáció szerzője igyekezett feltárni a sokszor krimibe illő összefüggéseket, melyek lényege az alábbiakban foglalható össze:

- az 1980-as évek végén, illetve az 1990-es évek elején a gyógyszerészek egy csoportja, kiemelkedő jelentőséggel a Sackler-fivérek[23] rájöttek, hogy bizonyos mentális betegségekre, illetve bármiféle fájdalom csillapítására kiváló gyógyírt jelenthetnek az opiát- és opioid alapú gyógyszerek (pl. OxyContin, Vicodin, Percocet);
- tekintettel arra, hogy a „feltalált" gyógyszereket elsősorban a hospice kezelések és a palliatív (életvégi enyhítő) ellátások keretében használták, szükséges volt a gyógyszerek reklámozása, a használat kiterjesztése baleseti, műtéti és krónikus fájdalmak enyhítésére, hiszen a halál előtt állók száma piaci szempontból hosszútávon nem tűnt kifizetődőnek;
- a gyógyszergyártó cégek a brókervilágot megszégyenítő ügynökhálózatot építettek ki, az új szemléletű orvoslátogatók pedig mindent bevetettek, hogy meggyőzzék a vényt felírni jogosult orvosokat arról, hogy portékáiknak semmiféle hosszútávon jelentkező káros hatása nincs, az addikció kialakulásának esélye a forradalmi technikáknak (pl.: contin-technológia -> contin delivery system) köszönhetően csekély;

- az emberek ezt követően kisebb-nagyobb fájdalmaikra is használni kezdték a szakorvosok által felírt gyógyszereket, így sokaknál kialakult a függőség[24,25].

A fenti helyzet a kanadai viszonyoknak maradéktalanul megfeleltethető. A Kanadai Orvosi Kamara annyiban árnyalta a képet a 2015-ös éves közgyűlésen, hogy a "gyenge" orvosok, akik nem tudnak nemet mondani a betegeiknek, okozzák Kanada vényköteles opioid-járványát[26]. E találkozón került az is napirendre, hogy egy akkor új tanulmány szerint a krónikusan magas dózisok okozta halálozási kockázatot valószínűleg erősen alábecsülték[26], melyet a későbbi évek adatai bizonyítottak is.
A kanadai, csakúgy, mint az USA-beli válság kialakulásának okaként az alábbi tényezőket azonosíthatjuk:

1. A 2000 óta egyre nagyobb számban felírt és egyre erősebb orvosi opioidok számának növekedése. A túlzott receptfelírási gyakorlat miatt Kanada opioidfogyasztása az USA után a második helyre jött fel és nagyszámú kanadai került be a nagyon addiktív opioid jellegű drogok hatása alá. A csúcsévekben (pl. 2008-2010) **minden ötödik** (!) kanadai használt orvosi opioidot.
2. Amint nyilvánvalóvá váltak a túlzott opioid-expozíció káros következményei, számos erőfeszítés indult az orvosi opioidellátás és a kapcsolódó ártalmak visszaszorítására. Ezek közé tartozott egyes opioidkészítmények (pl. a lassan felszabaduló oxikodon) engedélyezésének megszüntetése, a vényköteles gyógyszerek fokozott ellenőrzése és a vényköteles gyógyszerek felírására vonatkozó korlátozó iránymutatások.
3. Bár az iménti intézkedések jószándékúak voltak, nem számoltak a fokozott kockázatnak kitett opioidhasználók növekvő populációjára gyakorolt következményekkel, így az opioidellátás változékony és

veszélyes dinamikájának alakulásával sem. Az orvosi opioidok felírásának 2012 körül kezdődő csökkenésével párhuzamosan a fokozatosan erősödő opioidok illegális kínálata egyre jobban elterjedt, kitöltve a Kanadában az orvosi opioidok elérhetőségének csökkenése miatt keletkezett ellátási hiányosságokat.

4. Ez magában foglalta a szintetikus opioidok (pl. a fentanyl) és a veszélyes analógok, például a carfentanyl hozzáférhetőségének példátlan mértékű növekedését, amelyek a hagyományos opioidokhoz képest exponenciálisan nagyobb túladagolási kockázatnak tették ki az opioidhasználókat.
5. A vázolt körülmények lényegében a jelenlegi kanadai opioidhalálozási válságot a toxikus kábítószer-expozíció válságává teszik, amelyet a közegészségügyi és beavatkozási rendszerek mindeddig nem tudtak hatékonyan kezelni. Az 1990-es évek elejétől, ugyan a beavatkozások jelentős elmozdulást mutattak az egészség-orientáltabb válaszok irányába, figyelemmel arra, hogy az illegális kábítószer-használók akkor leginkább a HIV szempontjából voltak fokozottan veszélyeztetettek, az eredmények nem jöttek. Ezt követően Kanadában például bevezették és kiterjesztették a fecskendő- és naloxoneosztást, az opioidhelyettesítő kezelést és a felügyelt fogyasztási helyeket. Az egészségügyi beavatkozások fejlődése ellenére továbbra is fennmaradtak a problémák és jelenleg is katasztrofálisan magas a kábítószerrel összefüggő halálozások száma[27].

A (2) pont kapcsán szokták tévesen a szigorú drogszabályozást a kialakult válsághelyzet egyik okaként megjelölni. **A történelmi áttekintés azonban jól mutatja, hogy sokkal inkább okolható a korábbi megengedő, nem kellően erőskezű szabályozás**, amely lehetővé tette

különféle profitorientált cégeknek, hogy orvosok „ilyen-olyan megvásárlása” révén rázúdítsák e halálos szereket a társadalom tagjaira. Jelen tanulmánynak nem tárgya és a terjedelmi korlátok nem is teszik lehetővé, de célszerű lenne kifejteni azt is, hogy a társadalomban bekövetkező folyamatok hogyan generálták a fájdalomcsillapító szerek keresletét. Korábbi cikkünkben ezzel részletesebben foglalkoztunk, most csak az utolsó, összefoglaló bekezdést emeljük ki belőle: *a kábítószer-fogyasztás, mint a szorongástól, fájdalomtól való menekülés önző dolog. Persze 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 vonhatjuk 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***[28].

A gyógyszeripar lobbija és gátlástalan nyomulása, a sikertelen egészségügyi intézkedések, az imént érintőlegesen említett kedvezőtlen társadalmi folyamatok ellenére is 2018 októberében a kanadai kormány dekriminalizálta a marihuána fogyasztását és részlegesen annak terjesztését, így a jelenlegi helyzethez vezető út állomásaként és köztes jogi megoldásként kell tekintsünk a Cannabis Act-re.

A marihuána dekriminalizációja: a „keménydrogok” engedélyezésének előszobája

A Cannabis Act elnevezésű törvény céljainak meghatározásáról szóló bekezdésben az alábbiakat találjuk:

a) a fiatalok egészségének védelme a kannabiszhoz való hozzáférésük korlátozásával;
b) a fiatalok és mások megóvása a kannabisz fogyasztásra való ösztönzéstől;
c) a kannabisz törvényes előállításának biztosítása a kannabiszhoz kapcsolódó tiltott tevékenységek visszaszorítása érdekében;
d) megfelelő szankciók és végrehajtási intézkedések révén a kannabiszhoz kapcsolódó tiltott tevékenységek visszaszorítása;
e) a büntető igazságszolgáltatási rendszerre nehezedő terhek csökkentése;
f) a kannabisz minőségileg ellenőrzött kínálatához való hozzáférés biztosítása;
g) és a nyilvánosság kannabisz fogyasztással kapcsolatos tudatosságának, valamint az egészségügyi kockázatokkal kapcsolatos informáltságának fokozása[29].

A célok a formál logikai szabályai szerint is sok esetben egymásnak, valamint a szabályozással szemben is ellentmondóak. Kérdés ugyanis, hogy ha valamit engedünk, ráadásul boltok létrehozásával, az miért lenne korlátozó erő például a fiatalok számára. Mindez annak okán sem érthető, hogy a törvény 8 (1) e) pontja valójában lehetőséget biztosít a 18 év alattiaknak is a birtoklásra, 5 gr felső határ kikötésével. Hasonlóképpen az is nehezen magyarázható, hogy a dekriminalizációs lépés után hogyan is lehetne arról beszélni, hogy cél a fogyasztásra ösztönzéstől megóvás.

Talán pont ezen ellentmondásosság okán három nagy csoportba szintetizálva, egyszerűsítve közli a célokat a honlapján maga a kanadai kormány is. Eszerint az enyhítő jellegű jogi lépés a **(1) fiatalok kannabisztól történő védelmét és távol tartását, (2) feketekereskedelem visszaszorulását, illetve (3) társadalom egészségügyi megvédését szolgálja**[30]. Külön érvként szokták felhozni az igazságszolgáltatás terheinek enyhítését.

A Drogkutató Intézet 2022 júniusában konferenciát szervezett, amelyen Kanadából érkező vendégeink (Jeffery Zammit és Balázs Zanati, a Toronto Police Service rendőrei) arról számoltak be előadásukban, hogy azok a célkitűzések, amelyeket a marihuána legalizálásával kapcsolatosan fogalmaztak meg a jogalkotók, nem teljesültek. A szervezett és szabályozott körülmények közötti árusítás sem a fekete piac forgalmát nem csökkentette, sem azt nem eredményezte, hogy a fiatalok kontrollált, a segítség azonnali nyújtásának lehetőségét biztosító falak között (cannabis cafe) fogyasszák el a vásárolt terméket.

Az eredménytelenség okai viszonylag egyszerűek:

1. a ’cannabis cafekra’ vonatkozóan a törvényi szabályozás megkötéseket tartalmaz a THC tartalomra vonatkozóan, így egyes fogyasztóknak a legálisan vásárolható termék nem elég „erős”, ennek következményeképp azonnal a feketepiac felé fordulnak;
2. a ’cannabis cafek’ fenntartása, üzemeltetése költségekkel jár, amelyeket a tulajdonosok az árakban megjelenítenek, ennek okán a termékeik drágábbak, mint a fekete piacon, így a rendszer ismét a tiltott kereskedelem felé irányítja a fogyasztót;

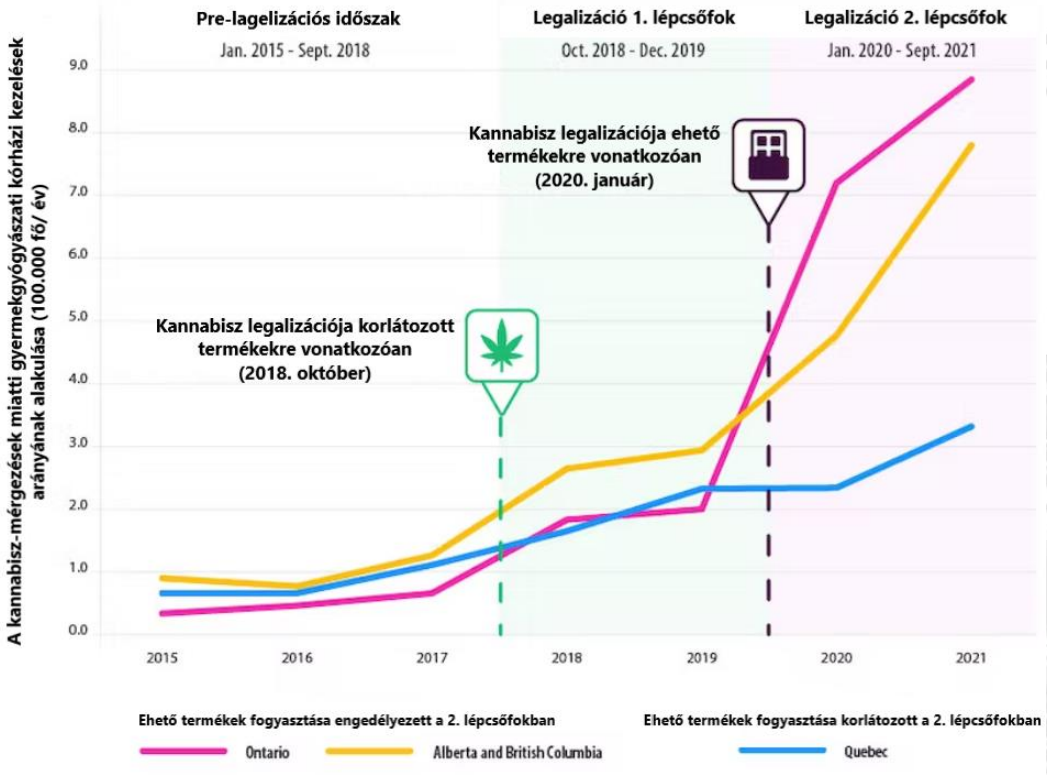
3. mivel a boltokban drága és gyenge az elérhető termék, illetve a 18 év alattiak nem mehetnek be ezekre a helyekre, így a fiatalok védelme sem valósult meg maradéktalanul.

Fentieken túl ma már elérhetőek tanulmányok arról is, hogy a dekriminalizálás ötödik évébe lépve milyen eredmények, milyen tendenciák mutatkoznak. Egy 2022-es publikáció szerzői szerint **a 25 évnél idősebb kanadaiak körében a fogyasztás nyilvánvaló növekedését hozta magával a törvény** és bár a fiatalok esetében az általuk vizsgált tanulmányok többsége nem mutatott kiugró növekedést az **kijelenthető, hogy a kanadai fiatalok körében a kannabisz legalizálása miatt megnövekedett a kannabiszhoz kapcsolódó kórházi és sürgősségi osztályos látogatások száma**[31]. Ugyanezen tanulmányban olvashatunk arról is, hogy bár a jelenlegi kutatási adatok meglehetősen ellentmondásosak, s több tanulmány is van, amely nem mutatott ki növekedést, vannak olyan felmérések, melyek eredményei ennek ellenkezőjét támasztják alá: *„a gyűjtött adatok azt mutatják, hogy a használat gyakorisága 16,3%-ra nőtt a 2017-es 10,7%-hoz képest a 12-24 évesek körében. 2018-ban a 16-19 éves kanadaiak 36%-a erősítette meg a kannabisz használat tényét. Ez az arány 2019-ben és 2021-ben 44%-ra emelkedett. Egy másik felmérés a 20-24 éves kanadaiak körében is növekedést mutatott a kannabiszhasználat tekintetében: a 2018-as 44%-ról 2019-ben 51%-ra, 2020-ban pedig 52%-ra nőtt a prevalencia”*[31].

Egyelőre azonban úgy tűnik, hogy nem a fogyasztás és/ vagy a fogyasztók számának esetleges növekedése, hanem a gyerekeket érintő mérgezések számának a megugrása jelent valódi és bizonyított veszélyt. Két tanulmány[32, 33] szerzői is azt közölték, hogy **a kannabisz dekriminalizációjának második lépcsőfoka megnövelte a**

gyermekek kannabisz-mérgezés miatti kórházi ellátásának a számát.

A kétlépcsős rendszerben, a dekriminalizáció folyamatának első szakaszában a kannabiszvirág, -magok és -olajok árusítására, majd a második periódusban, 1 év elteltével a termékek szélesebb körére terjedt ki a szabályozás, beleértve az ehető kannabisztermékeket is.



4. ábra

Forrás: https://theconversation.com/legalizing-cannabis-led-to-increased-cannabis-poisonings-in-canadian-children-it-could-get-a-whole-lot-worse-191938[32] (letöltés ideje: 2023. február 11.)

A Myran és társai által jegyzett kutatás[32] eredményei szerint **a vizsgált időszakban a gyermekek kannabisz expozíció miatt 522 esetben kerültek sürgősségi betegellátásba, ebből 81 látogatás a legalizálás előtti időszakban, 124 látogatás az 1. időszakban és 317 látogatás a 2. időszakban történt.** A kannabiszhoz kapcsolódó,

kórházi kezeléssel járó sürgősségi kezelések aránya szignifikánsan megnőtt az ehető termékek bevezetése.

A másik tanulmány[33] szerzői hasonló eredményekre jutottak, azzal a különbséggel, hogy külön hangsúlyt fektettek az egyes tartományokra (4. ábra). Összefoglalóan azt állapították meg, hogy **a dekriminalizálás előtt a gyermekek kórházi kezelésének aránya hasonló volt az egyes tartományokban** (0,95/100.000 fő/év, ahol engedélyezték a második periódusban az ehető termékek fogyasztását (kísérleti tartomány), míg a kontroll tartományban 0,93/100.000 fő/év). **A legalizálás első időszakában a kórházi kezelések aránya a kísérleti tartományokban 2,6-szorosa volt a kontroll tartományéhoz képest. A dekriminalizációs folyamat második időszakában a kórházi kezelések aránya a kísérleti tartományokban 7,5-szerese volt a legalizálás előtti értéknek, a kontroll tartományhoz képest pedig 3-szoros érték volt megállapítható**.

A fenti két tanulmány eredményei azt jelentik, hogy a kanadai kannabisz dekrimininalizálást követően a 10 évesnél fiatalabb gyermekek (**átlagéletkoruk 3,5 év**) körében **kilencszeresére nőtt a sürgősségi osztályokon tett látogatások és hatszorosára a kórházi kezelések száma kannabiszmérgezés miatt. Ezek a növekedések olyan jelentősek voltak, hogy a kannabisz ma már a kórházi mérgezések vezető oka ebben a korcsoportban**[34]**.**

Fenti negatív tapasztalatok, aggodalomra okot adó kételyek, nem tisztázott eredmények sem jelentettek tehát visszatartó erőt a további dekriminalizációs intézkedések bevezetése szempontjából Brit Kolumbiában. A bűnügyi és kábítószer-használati adatok, valamint a

halálozási tendenciák természetesen cselekvési kényszert eredményeztek, nagy kérdés, hogy valóban ez a fajta, használók számára biztosított szabadság lesz-e a jó megoldás.

Összegzés

Egy biztos: amennyiben a jelenlegi tendenciák folytatódnak, s nem kerül sor azonnali és hatékony beavatkozásra, úgy az évtized végére a ma már meglehetősen pontosnak mondható előrejelzések szerint az Egyesült Államokban és Kanadában 1,2 millió ember fog meghalni opioid-túladagolásban, az 1999 óta meghalt több mint 600.000 ember mellett[35]. Egyre több olyan videó[36] fog napvilágot látni, amelyet pár évvel, évtizeddel ezelőtt csak disztópia-filmekben láthattunk. Feldúlt utcák, szeméttel ellepett közterek, „zombik" módjára élő és közlekedő hajléktalanok, köztük lázadónak és szabadnak tűnő, de az élettől meggyötört fiatalok, totális káosz, félelem, kilátástalanság, nyomor. Természetesen mind az opiod-válság, mind a kábítószer-függőség előidézte problémák mögött a társadalmat érintő összetett oksági viszonyrendszerek húzódnak meg. **Magától értetődő, hogy az alkalmi fogyasztástól a függőségi szintre jutásig, majd a marginalizálódásig és a perifériára kerülésig számtalan** (szociális, szocializációs, pszichológiai, gazdasági, társadalompolitikai) **faktor játszik szerepet, melyek közül csak egy a jogi környezet**. Úgy tűnik ugyanakkor, hogy valamennyi szereplő számára utóbbi a legfontosabb, így volt ez Brit Kolumbiában is.

A kérdés csak az, hogy a prohibíciós drogpolitika elvetésével létrejövő dekriminalizált normatív, az alább részletezettek okán kaotikusnak tekinthető környezet mennyiben szolgálja azon célok elérését, melyek miatt kialakították. A legalizáció pártiak mindig azzal érvelnek, hogy a

tiltó *drogpolitika megbukott, hiszen egy átláthatatlan és kiszámíthatatlan kábítószer-fogyasztási kultúra jött létre általa, így aztán az abszolút és kizárólag kriminálpolitikai elemekre építkező állami szabályozás nem szolgálhat megoldásként*[37]. De mi változik az új szabályozással Brit Kolumbiában? **A kábítószerek beszerzése ugyanúgy a szervezett bűnözéshez ezer szálon kötődő fekete piacról fog történni, így**

- **továbbra is bizonytalan összetételű és ismeretlen hatásmechanizmussal bíró szerek fogyasztására kerül sor;**
- **a jelenség a jövőben is összemosódik az illegalitással, ily módon az elítélendőséggel is;**
- **kizárásra kerül annak lehetősége, hogy az állam adók formájában a prevencióra vagy a rehabilitációra fordítható bevételekhez juthasson.**

Tekintettel arra, hogy nincs egységes álláspont a tartományok között, az is problémát jelenthet a későbbiekben, hogy a határokon való áthaladás és átlépés nem igényel-e majd fokozottabb rendőri jelenlétet. A bevezetett intézkedés komoly felháborodást váltott ki a szomszédos Alberta tartományban, amelynek korábban már idézett vezetője, Jason Kenney nincs elragadtatva a döntéstől: „*Kanada számos városában már évek óta a kábítószerek dekriminalizálásának de facto állapotában élnek. A nagyvárosok, például Vancouver területeinek rendfenntartás-mentessé tétele a rendbontás, a bűnözés, a kábítószer-használat és a haláleset számának jelentős növekedéséhez vezetett…Alberta kormánya soha nem fogja megengedni, hogy közösségeink a kartellek és drogkereskedők menedékhelyévé váljanak. Ez az intézkedés valószínűleg a drogfogyasztás, az erőszak, a kábítószer-kereskedelem*

és a függőség drámai növekedését fogja eredményezni - olyasmit, amivel az egészségügyi rendszerek már most is túlterheltek”[38].

Amennyiben ez az ellentét fennmarad, a határok „védelme” rendészeti erők biztosítását igényli majd, **így még az az általános célkitűzés sem teljesül maradéktalanul, amely azt a célt szolgálta, hogy az igazságszolgáltatás és a rendvédelem terhei csökkenjenek. Amit az egyik oldalon megspórolnak, a másikon kiadásként jelentkezhet.**

Fontos látni azt is, hogy a legalizációért (dekriminalizálásért) küzdők mindig elfelejtik, hogy a fogyasztók jelentős része nem válik függővé és nem nyomorúságos életének problémáit elfedő célzattal[39] vesz a kezébe illegális szert. Nagyon sokan vannak, akik alkalmi fogyasztóként kezdik és azok is maradnak. Mondhatnánk, hogy ha valaki nem válik függővé, ily módon a társadalom szempontjából diszfunkcionálissá sem, akkor miért ne tehetné, hiszen senkinek nem árt. Ne feledjük azonban, hogy ő sem tudja máshonnan, mint a fekete piacról beszerezni a rekreációs célzatú adagját. **Ekkor azonban keresletet generál, s a fizetett összeggel hozzájárul egy olyan törvényen kívüli rendszer fennmaradásához, amely a kábítószer kereskedelmén túl gyakorta kapcsolódik olyan súlyos bűncselekményekhez, mint a pénzmosás, a prostitúció, a fegyverkereskedelem, vagy éppen a csempészet. Talán érthető, hogy ezért a (büntetőjogi) felelősséget vállalni kell**.

Az imént felsorolt dilemmák túlnyomó többségét a teljes legalizációval lehetne orvosolni, de ilyenre még senki nem vállalkozott. Nem véletlenül! Túl sok a kétely, az ellentmondásos szakmai és tudományos érv, de talán leginkább azért, mert, ha minden tudományos eredményt

és szakmai tapasztalást kártyalaponként kiterítünk az asztalra, akkor mindenki érzi, hogy a gyeplő teljes elengedése járhatatlan ösvény.

Ennek ellenére mégis elindultunk ezen a bizonyos úton, elfelejtve a végtelen liberalizmusukról híres hollandok legalizációs kitételét, miszerint a marihuánát azért választották le a többi kábítószertől, mert nem jelent „elfogadhatatlan kockázatot” (unacceptable risk)[40]. Kérdés, hogy ezen szemüvegen keresztül vizsgálta-e bárki a most engedélyezett szerek listáját Brit Kolumbiában? Nagyon úgy tűnik, hogy ez elmaradt, s lassan elrugaszkodunk a normalitás talajáról valami bizonytalan ismeretlen irányába.

Talán nem kellene kísérletezgetni az emberek életével, s labornak tekinteni a társadalmunkat, csak egyszerűen az ősi alapelvhez, az ’aurea mediocritashoz’ visszatérve azt mondani: **a függők betegek, akik segítségre szorulnak, ezért a jövőben érzékenyítjük a rend őreit, összekötjük a közbiztonsági törekvéseket a közegészségügyiekkel, de fenntartjuk államként a jogot, hogy az elfogadhatatlan kockázatoktól akár tiltással is megvédjük a polgárainkat**.

Esetünkben nem kell messze menni, a mindig kritizált büntetőpolitikánk két évtizede biztosítja az elterelés jogintézményét, éppen azért, hogy aki segítségre szorul, azt megkaphassa. Ugyan nem állítjuk, hogy a magyar rendszer nem javítható, de az arany középút eszmeiségének megfelelve mérsékelt és józan utat mutat ebben az abszurdnak tűnő világban.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Justice Laws Website Canada: Controlled Drugs and Substances Act – https://laws-lois.justice.-gc.ca/eng/acts/c-38.8/page-1.html (letöltés ideje: 2023. február 4.)
2. British Columbia: Decriminalizing people who use drugs in B.C. - https://www2.gov.bc.ca/gov-/content/overdose/decriminalization (letöltés ideje: 2023. február 5.)
3. Drog Fókuszpont (2005): Kábítószer-használat az Európai Unióban: jogalkotási megközelítések, szerk. Varga Orsolya, Eredeti cím: Illicit drug use in the EU: legislative approaches címmel, Drog Fókuszpont, Budapest (http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/illegalis_kabszer_jogalkotasi_hu.pdf)
4. Kiss A. (2006). A sértett szerepe a büntetőeljárásban (Ph.D. értekezés). Miskolc, Miskolci Egyetem Deák Ferenc Állam- és Jogtudományi Iskola. 189. (http://midra.uni-miskolc.hu/JaDoX_Portlets/documents/document_5527_section_1156.pdf)
5. Lévay M. (2020). A szavazat-maximalizáló büntetőpolitikáról. Miskolci Jogi Szemle. 15/1. 172.
6. Gönczöl K. (2014). A punitív kriminálpolitika és a büntető populizmus – egymást fedő fogalmak?. Jogtudományi Közlöny 69/11., 542-543. (http://real-j.mtak.hu/1027/51/jk1411.pdf)
7. Kenora Miner&News: FIRST READING: Vancouver objects to 'hell on earth' characterization by Poilievre - https://www.kenoraminerandnews.com/opinion/vancouver-pierre-poilievre-drug-addiction (Letöltés iedeje: 2023. február 8.)
8. The Guardian: ‘Gets police out of the lives of drug users’: decriminalization move takes effect in Canadian province - https://www.theguardian.com/society/2023/feb/03/gets-police-out-of-the-lives-of-drug-users-decriminalization-move-takes-effect-in-canadian-province (letöltés ideje: 2023. február 8.)
9. Twitter - Pierre Poilievre: Everything feels broken. But we can fix it.- https://twitter.com/PierrePoilievre/status/1594331791481278464?ref_src=twsr

c%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwterm%5E1594331791481278464%7Ctwgr%5E658b161aa5decde5086e47696f1e2a29bf98d0c1%7Ctwcon%5Es1_c10&ref_url=https%3A%2F%2Fnationalpost.com%2Fopinion%2Fvancouver-pierre-poilievre-drug-addiction&fbclid=IwAR09HUtKcXI3agRod-TakmLaFeie3_zWvxUxN0b-P6hCKEziqtDMeRu8nTE (Megtekintés ideje: 2023. február 8.)

10. Vancouver Sun: Critics say baby steps to decriminalize possession of illicit drugs in B.C. are not enough - https://vancouversun.com/news/local-news/canada-to-make-important-announcement-with-b-c-on-overdose-crisis (Letöltés ideje: 2023. február 8.)
11. CBC: What you need to know about the decriminalization of possessing illicit drugs in B.C. - https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/what-you-need-to-know-drugs-british-colu-mbia-1.6727814 (letöltés ideje: 2023. február 8.)
12. DEA: Facts about fentanyl - https://www.dea.gov/resources/facts-about-fentanyl (letöltés ideje: 2023. február 5.)
13. EMCDDA: Fentanyl drug profile - https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/fentanyl_en (letöltés ideje: 2023. február 5.)
14. OGYÉI: Fentanyl Zentiva - https://ogyei.gov.hu/kiseroirat/ah/ah_0000024293_20150212142857.doc (letöltés ideje: 2023. február 5.)
15. DEA: One pill can kill - https://www.dea.gov/sites/default/files/2021-12/DEA-OPCK_FactSheet_December%202021.pdf (letöltés ideje: 2023. február 05.)
16. Healthline: Can You Overdose on Adderall? - https://www.healthline.com/health/can-you-overdose-on-adderall#lethal-dose (letöltés ideje: 2023. február 10.)
17. PubChem: Amphetamine - https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/source/hsdb/3287 (letöltés ideje: 2023. február 10.)
18. Gable, R.S. (2004). Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances Addiction. 99(6), 686-96. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00744.x.
19. PHAoC: Apparent Opioid and Stimulant Toxicity Deaths, Surveillance of Opioid- and Stimulant-Related Harms in Canada - https://health-

infobase.canada.ca/src/doc/SRHD/Update_Deaths_2022-12.pdf (letöltés ideje: 2023. január 30.)

20. BC – Coroners Service: Illicit Drug Death in BC - https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicit-drug.pdf (letöl-tést ideje: 2023. február 10.)
21. Rutgers: The Four-Sentence Letter Behind the Rise of Oxycontin - https://alcoholstudies.rutgers.edu/the-four-sentence-letter-behind-the-rise-of-oxycontin/ (letöltés ideje: 2023. február 12.)
22. Leung P.T.M. & Macdonald E.M. & Dhalla I.A. & Juurlink D.N. (2017). A 1980 Letter on the Risk of Opioid Addiction. The New England Journal of Medicine 376, 2194-2195 Doi: 10.1056/NEJMc1700150
23. Jewish Telegraphic Agency: Who are the Sacklers, the family at the center of the opioid crisis? - https://www.jta.org/2019/05/22/united-states/who-are-the-sacklers-the-family-at-the-center-of-the-opioid-crisis (letöltés ideje: 2023. február 10.)
24. Nature: Tracing the US opioid crisis to its roots - https://www.nature.com/articles/d41586-019-02686-2 (letöltés ideje: 2023. február 10.)
25. Jones M.R. & Viswanath O. & Peck J. & Kaye A.D. & Gill J. S. & Simopoulos T. T. (2018). A Brief History of the Opioid Epidemic and Strategies for Pain. Medicine. Pain Therapy. 7(1), 13-21. Doi: 10.1007/s40122-018-0097-6.
26. Dyer, O. (2015). Canada's prescription opioid epidemic grows despite tamperproof pills. BMJ. 351 :h4725 Doi: https://doi.org/10.1136/bmj.h4725
27. Fischer B. & Pang M. & Tyndall M. (2019). The opioid death crisis in Canada: crucial lessons for public health. Lancet Public Health. 4(2) e81-e82. Doi: 10.1016/S2468-2667(18)30232-9.
28. Pék L. (2023). A csillapító társadalom – A fájdalom ma. Magyar Drogfigyelő 3(1) 49-56. ISSN: 2786-0906
29. S.C. 2018, c. 16, The Cannabis Act - https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-24.5/page-1.html#h-76878 (letöltés ideje: 2023. február 11.)
30. Government of Canada: Cannabis Legalization and Regulation - https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/cannabis/ (letöltés ideje: 2023. február 11.)

31. Rubin-Kahana, S. R. & Crepault, JF. & Matheson J. & Le Foll, Bernard (2022). The impact of cannabis legalization for recreational purposes on youth: A narrative review of the Canadian experience. Frontiers Psychiatry, Volume 13. Doi: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.984485
32. Myran D.T. & Cantor N. & Finkelstein Y. & Pugliese M. & Guttmann A. & Jessemann R. & Tanuseputro P. (2022). Unintentional Pediatric Cannabis Exposures After Legalization of Recreational Cannabis in Canada. JAMA Netw Open. 5(1) e2142521. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.42521
33. Myran D.T. & Tanuseputro P. & Auger N. & Konikoff L. & Talarico R. & Finkelstein Y. (2022). Edible Cannabis Legalization and Unintentional Poisonings in Children. The New England Journal of Medicine 387:757-759 Doi: 10.1056/NEJMc2207661
34. The Conversation: Legalizing cannabis led to increased cannabis poisonings in Canadian children. It could get a whole lot worse. - https://theconversation.com/legalizing-cannabis-led-to-increased-cannabis-poisonings-in-canadian-children-it-could-get-a-whole-lot-worse-191938 (letöltés ideje: 2023. február 11.)
35. Harvard T.H. Chan: What led to the opioid crisis—and how to fix it - https://www.hsph.harvard.edu/news/features/what-led-to-the-opioid-crisis-and-how-to-fix-it/ (letöltés ideje: 2023. február 10.)
36. Videók az Észak-Amerikában tapasztalható opiod krízisről:
    - https://www.youtube.com/watch?v=PT8OU8Yhs_s (megtekintés ideje: 2023. február 12.)
    - https://www.youtube.com/watch?v=OUf1WaiZbvc (megtekintés ideje: 2023. február 12.)
    - https://www.youtube.com/watch?v=eV0lsiEyDgI (megtekintés ideje: 2023. február 12.)
    - https://www.youtube.com/watch?v=MhvvxoIgNPg (megtekintés ideje: 2023. február 12.)
37. Erdős Á. (2015). Droghelyzet: tiltás kontra legalizáció. Magyar Rendészet 2015/3. 11-26.
38. DH News: Alberta's premier slams decision to decriminalize certain drugs in BC - https://dailyhive.com/vancouver/jason-kenney-alberta-bc-controlled-drug-decriminalize (letöltés ideje: 2023. február 12.)

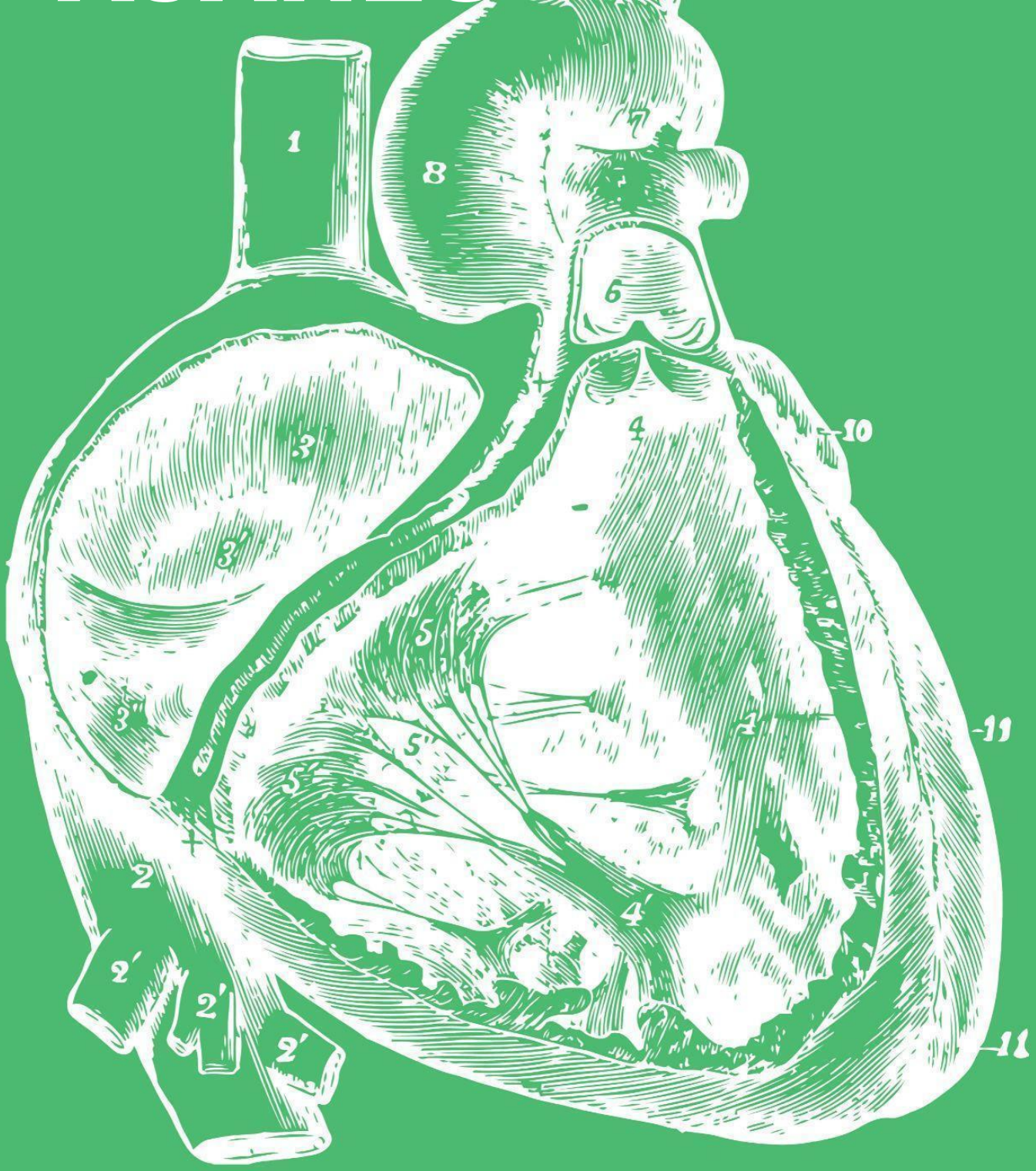
39. Schlag AK. (2020). Percentages of problem drug use and their implications for policy making: A review of the literature. Drug Science, Policy and Law. 2020/6. Doi:10.1177/2050324520904540
40. Van Laar M. & Van Der Pol P. & Niesink R. (2016). Limitations to the Dutch cannabis toleration policy: Assumptions underlying the reclassification of cannabis above 15% THC, International Journal of Drug Policy, Volume 34, 58-64, Doi: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.02.011.

EGYÉB INTERNETES FORRÁSOK:

Health Canada - https://www.canada.ca/en/health-canada.html

FELHASZNÁLT NORMÁK:

42/2008. (XI. 14.) EüM–SZMM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól (letöltés ideje: 2023. február 5.) Jogszabálykereső: https://njt.hu/jogszabaly/2008-42-20-0B



AJÁNLÓ

drogkutató intézet

EMPATIKA CSOPORT: A FELELŐSSÉGVÁLLALÁS, MINT A FELÉPÜLÉS EGYIK FŐ PILLÉRE

TÓTH ENIKŐ

Januári folyóiratunk interjú rovatában Czeller Péter felépülő függő mesélte el történetét, valamint mutatta be, hogy gyógyulása óta szakemberként milyen színtereken igyekszik segíteni azokon, akik még jelenleg is küzdenek függőségükkel. Ezek közül kiemelt szerepet játszik életében az Empatika közösség csoportfoglalkozásainak vezetése. Péter ezt jellemkiképző tábornak nevezi, és a hivatásának tartja, ahol a résztvevők egymás sebeiben gyógyulnak. Egy ilyen alkalomra látogattunk el hozzá.

Az emeleti terembe lépve sokszínű társaság beszélgetett kötetlenül a nagy asztal körül, amin üdítő, ropi és egyéb harapnivalók voltak kirakva. Péter nagy mosollyal fogadott és bemutatott a résztvevőknek, akik közt van már évek óta tiszta, sokadszorra nekikezdő és a leszokást fontolgató függő is. A csoporton való részvétel feltétele csupán a változtatás igénye. Ezek a különbségek nem emelnek közéjük falat, nem volt érezhető semmiféle „hierarchia". A csoportbeszélgetés során mindenki saját gondolataival, érzéseivel, tapasztalataival gazdagította a többieket. Voltak nézetkülönbségek, alakultak ki viták, viszont ezek egy biztonságos közegben, Péter által moderálva sértettség és agresszió nélkül kerülhettek megbeszélésre. Ez már önmagában nagyon fontos a függőséggel és személyiségzavarokkal küzdő személyek számára, hiszen a hétköznapi közegükben folyamatosan úgy érezhetik, hogy meg kell védeniük magukat és erősnek kell mutatkozniuk. Sokszor ez valóban így van, hiszen szerhasználó életmódjuk következtében valós veszélyekkel is szembesülnek.

Sokuk olyan családi környezetből érkezik, ahol a verbális és fizikai bántalmazás természetes és mindennapos volt, ami a szociális működés hibás elsajátítását eredményezi és gátolja a sikeres szocializációt[1]. A negatív gyerekkori élmények (ACE = adverse childhood experience) bizonyítottan hatással vannak az egyén személyiségfejlődésére. Minél több ACE van jelen az egyén életében, annál nagyobb a valószínűsége a pszichés betegségek és az addikció kialakulásának, valamint az öngyilkosságnak.[2]

Kiemelt fontosságú tehát az Empatika és a hozzá hasonló józanságmegtartó csoportok működése, mivel egy rehabilitációs programon való részvétel - bár önmagában gyógyító és katartikus lehet – nem jelent zálogot a teljes gyógyulásra. A biztonságos falak közül

visszakerülve a hétköznapi nehézségek viharába, újraélve konfliktusokat a régi szociális közegben, folyamatos szakemberi, vagy sorstársi támogatás nélkül a szerhasználat kiújulásához vezethet. „A józan identitás felépítésében komoly jelentősége van a gyógyuló függőt körülvevő közegnek”[3], hiszen a korábbi (szerhasználathoz köthető) élettérben könnyű visszatérni a régi kommunikációs sémákhoz, így az asszertív kommunikáció heti rendszerességgel való gyakorlása, megtapasztalása, illetve a nehézségek megosztásának gyakorlása egy biztos közegben fontos szerepet játszik a mentális egészség fenntartásában. Ezáltal válik a csoport indirekt módon is edukációs színtérré és „gyakorlópályává”.

A témaválasztást tekintve hétről-hétre az emberi élet és a társas kompetenciák fontos aspektusai kerülnek feldolgozásra. Péter mindig alaposan felkészül, de nem ragaszkodik ahhoz, hogy elmondja, amit ő olvasott a témában, szabad beszélgetést kezdeményez, ahol a főszabály, hogy mindenki végighallgatja a másikat.

Az aktuális téma látogatásunkkor a felelősségvállalás volt, aminek lényegében minden szintjét és irányát sikerült kibontani: a fizikai, a lelki, a másokért és az önmagunkért vállalt felelősséget, az ezzel kapcsolatos egészséges határok felállítását, Isten/a sors/az élet szerepét – kinek világnézete szerint rugalmasan értelmezve – az ember életében is átbeszéltük. Az alkalom fontos momentuma volt, mikor Péter rávilágított, hogy a szerhasználat az egyénben mindennemű felelősséget kikapcsol. Mindezt biológiai magyarázattal is alátámasztotta: mivel a felelősségközpont az agy homloklebeny területén helyezkedik el, ahol a különféle szerek a hatásukat kifejtik, ezáltal jelentősen károsodik annak működése. Ennek következtében a legfeltűnőbb az erkölcsi elvek gyengülése, a romló társas kapcsolatok, a hiányzó empátia és előrelátó képesség - vagyis a tettek következményeinek felmérésére való

készség.5 A terület sérülése miatt problémák jelentkezhetnek a magatartás szabályozása, az érzelmi élet, az ösztönélet, valamint a kognitív és intellektuális funkciók terén.[4] Szintén a frontális lebeny a felelős a döntésekért, a változtatás vágyáért, az elhatározások szilárdságáért.[5]

A téma „tudományos” kifejtése a felismerések és a saját működés megmagyarázása szempontjából valószínűleg sokaknak segítő, gyógyító hatású volt. Ezután még sokáig folyt a beszélgetés, mindenki olyan jól érezte magát, hogy nehéz volt lezárni az alkalmat. Mikor mégis eljött az idő egy közös imával zártuk a csoportot, amit egy éppen kórházban lábadozó társuk gyógyulásáért ajánlottunk fel. A közösség nem minden tagja nyitott a hitélet felé, az elhangzott szöveg megtanulása mégis szinte mindannyiuk számára fontos momentum volt a felépülésben.

Terápiás ima

"Azért vagyok itt mert nincs menedék önmagam elől.

Mindaddig menekülök, míg meg nem látom magamat mások szemében és szívében.

Mindaddig nem vagyok biztonságban mások elől, míg meg nem osztom velük végre titkaimat.

Míg attól félek, hogy megismernek, sem magamat, sem másokat nem ismerhetem meg és egyedül leszek.

Hol találhatnék egy ilyen tükörre, ha nem közösségünkben!

Itt végre másokkal együtt tisztán megmutatkozhatom önmagam számára.

Nem álmaim óriásaként, és nem is félelmeim törpéjeként, hanem úgy, mint olyan valaki, aki része az egésznek és részesedik az egész céljából.

Ebben a közös alapban ereszthetek gyökeret és ebből növekedhet.

Nem leszek többé egyedül, mint a halálban, hanem élni fogok önmagam és mások számára!”

Az Empatika csoport szeretettel vár minden felépülni, gyógyulni vágyót péntekenként 17:30-tól a Kálvária tér 18. szám alatt, Budapesten. További információ a Facebook oldalukon https://www.facebook.com/utitarsszolgalat és januári folyóiratunk interjú rovatának végén:

https://drogkutato.hu/wp-content/uploads/2023/02/MDF_KIUT-A-FUGGOSEGEK-RABSAGABOL-%E2%80%93-INTERJU-CZELLER-PETERREL.pdf

Köszönjük Czeller Péternek, hogy részesei lehettünk a felemelő közösségi élménynek!

FELHASZNÁLT IRODALOM

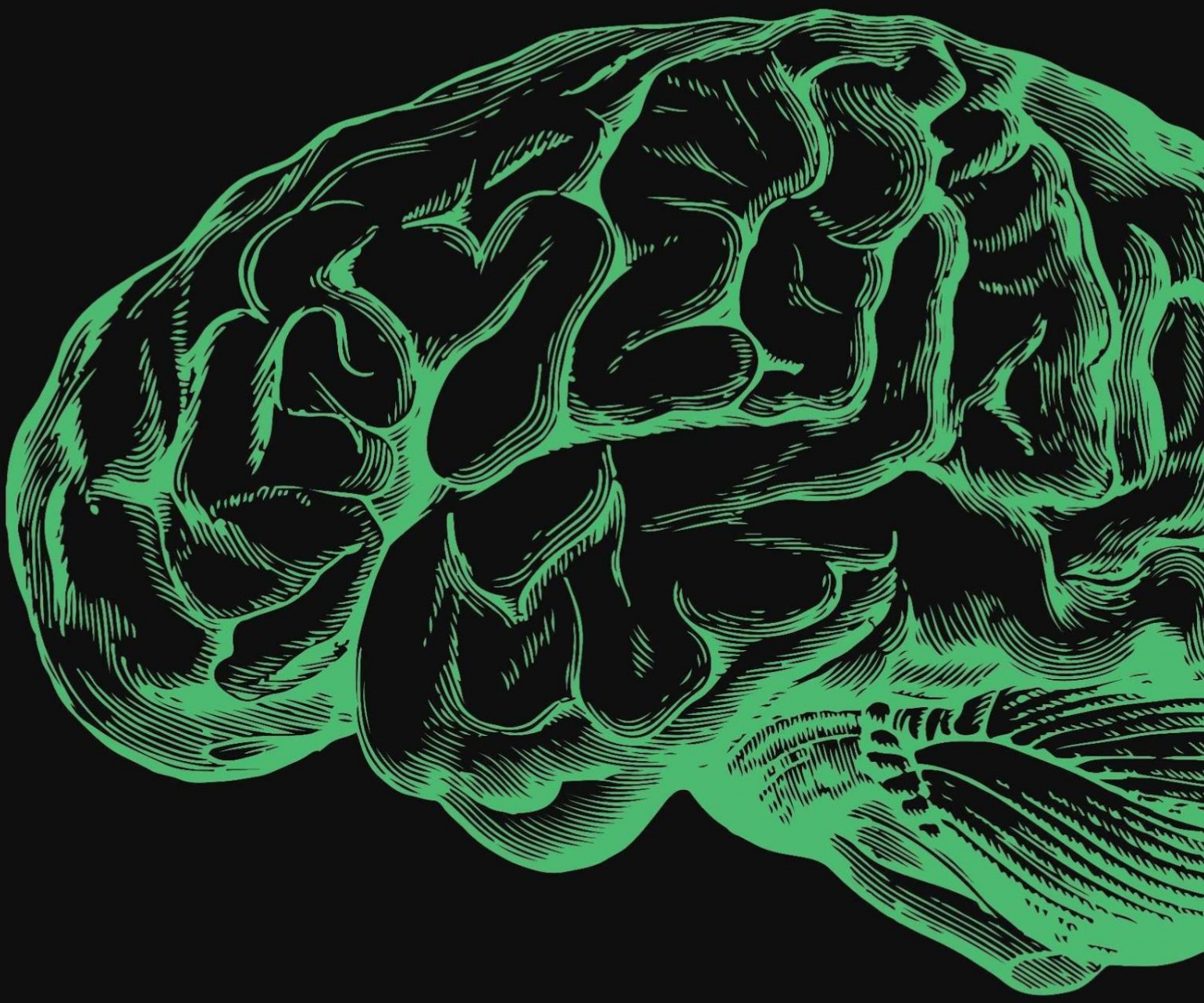
1. Kalapos M. P. (2016). Bevezetés az addiktológiába. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.

2. Fekete-Gál M, Matuszka B, Makara M. (2022). A pofonoktól a tűig – a negatív gyermekkori élmények és a szerhasználat. Interdiszciplináris Drogszemle, 3. évf. 1. szám.

3. Balikó F., (2020). Narratív szemléletmód a szerfüggő önéletírások és felépüléstörténetek mögött. Interdiszciplináris Drogszemle, 1. évf. 1. szám.

4. Túri V., (2010). A pszichés terhelés hatása különleges helyzetekben, különös tekintettel a megküzdési stratégiák nemek szerinti változataira. https://nkerepo.uni-nke.hu/xmlui/bitstream/handle/123456789/12198/ertekezes.pdf;jsessionid=F7504E0DB7FB054B318B98C5716B99AF?sequence=1 , Letöltés ideje: 2023. 02. 14.

5. Végh József: Személyiségünk titkai - a homloklebeny működése, https://www.youtube.com/watch?v=FjGu7DlYNNE , Letöltés ideje: 2023. 02. 14.



POLISZER

drogkutató intézet

„A KÁBÍTÓSZER MEGVÁLTOZTAT, AZ MÁR NEM TE LESZEL” – INTERJÚ SZARVAS ERIKÁVAL ÉS LINGVAI PÉTERREL AZ ÚJPESTI RENDŐRTÁMADÁS RÉSZTVEVŐIVEL

DR. MOLNÁR ISTVÁN JENŐ

Hazánkban a rendőr(ök) halálával végződő intézkedés ritka, a 2023. január 12-én, Budapest XI. kerületében történt, a helyszínre kiérkező járőr életét követelő késelés ugyanakkor ráirányította a figyelmet az egyenruhásokat érintő agresszióra. Testi sértéssel, egyéb sérülésekkel járó esetek ugyanis minden évben előfordulnak, nem

elhanyagolható esetszámban, melyekben majdnem mindig szerepe van a kábítószer tudatmódosító hatásának. Ezek egy részében az intézkedés alá vont maga is sérülést szenved, ezek közül kiemelkedő volt a 2020 decemberében történt újpesti eset, ahol végül a rendőrre támadó és az egyik járőrt megkéselő férfit a megsebesített járőr társa több lövéssel ártalmatlanította, aki sérüléseibe belehalt. Cikkünkben az érintett rendőrök, Szarvas Erika és Lingvai Péter r. őrmesterek osztják meg tapasztalataikat, meglátásaikat az ilyen típusú intézkedésekkel kapcsolatosan.

Sajnos hivatalos statisztikák egyelőre nem állnak rendelkezésre, de egy korábbi cikkünkben beszámoltunk róla, hogy a médiában fellelhető, rendőrök ellen irányuló erőszakos esetek túlnyomó többségében a támadó viselkedését kiváltó okok kapcsán szóba került a kábítószer használata. Szomorú felismerés, hogy a kábítószerek egy része képes a tudatot oly mértékben módosítani, hogy a bódult és befolyásolt állapotban lévő személy képtelen legyen a körülmények megfelelő felmérésére és értelmezésére, cselekménye következményeinek azonosítására, s vagy nem létező ellenséget lásson a rendőrben, vagy csak egyszerűen agresszivitással próbáljon ellenállni a rendőri utasításoknak. Mindez azt jelenti, hogy nemcsak az alkohol, de más pszichoaktív szerek is képesek a magatartás negatív irányú, diszfunkcionalitást eredményező megváltoztatására.

Mindezt már 1985-ben részletesen megvizsgálta **Paul J. Goldstein**, aki szerint a kiváltott agresszió három altípusa különböztethető meg:

- az erőszak hátterében a szer pszichofarmakológiai hatásai állnak;
- az agresszív cselekedetet a drog beszerzése, tehát egyfajta gazdasági indíttatás eredményezte;
- a durva, támadó jellegű magatartás a kábítószer illegalitása okozta konfliktusok következménye[1].

Mindebből következik, hogy a rendőrök számos közvetett és közvetlen, kábítószerhez köthető ok kapcsán kerülhetnek konfrontatív helyzetbe a szerhasználó fogyasztóval. Ezek közül legkézenfekvőbbnek az tűnik, amikor az intézkedés alá vont kábítószert fogyaszt, s ellenáll, ugyanakkor sok összetűzés épp abból ered, hogy a függő személy még nem jutott hozzá az elvonási tüneteiből adódó fájdalmai csillapításához szükséges dózishoz, melynek beszerzéséhez kénytelen vagyon elleni bűncselekmények elkövetéséhez folyamodni. Az ilyen állapotú személyt érintő tettenérés gyakran eredményez erőszakos viszontválaszokat.

Intézkedéstaktikai üzenet: a szerhasználókkal szembeni intézkedés kiszámíthatatlan

Nem egyszerű tehát a dolga a rendőröknek, épp ezért kerestük fel **Lingvai Péter** és **Szarvas Erika r. őrmestereket**, akik testközelből tapasztalhatták meg 2020. december 24-én, az újpesti intézkedésük során, hogy milyen is egy önkívületi állapotban lévő személlyel szemben intézkedni. Lingvai Pétert a férfi 13 alkalommal szúrta meg, felépülése lassú folyamat volt, azért sokáig, sokan imádkoztak és dolgoztak.

Nagy kérdés tehát, hogy abban az esetben, ha valaki „bedrogozott” állapotban van, képes-e a hozzá intézett szavakat megérteni, vajon lehet-

e vele szemben kommunikációs fogásokkal eredményt elérni. Lingvai Péter meglátása szerint ***„általánosságban kijelenthető, hogy a kábítószert fogyasztó intézkedés alá vontak viselkedése sokkal kiszámíthatatlanabb, mint például egy ittas személyé. Sokkal rövidebb idő alatt változik a magatartása passzív ellenszegülőből támadóvá, váltakozik az agresszív, indulatos, illetve a csendes (bódult) állapot között. Az, hogy szavakkal hatni lehet-e a kábítószer hatása alatt álló személyekre nagyon változó, van, hogy eleinte szavakkal látszólag sikerül megoldani a helyzetet, együttműködő magatartást tanúsít az intézkedés alá vont személy, majd a következő pillanatban váratlanul ellenszegülővé válik a magatartása, (láthatóan nincs teljesen tudatában annak, hogy mi történik vele, körülötte)”***.

Mindezt megerősítette Szarvas Erika is, aki szintén a hirtelen kiszámíthatatlanságot emelte ki, mondván, „***míg a nem fogyasztót lehet irányítani az intézkedés alatt, meggyőzhetőbb, kiszámíthatóbb, addig egy szerfogyasztóval más a helyzet. Nyilván ez több szemponttól is függ; a használt szertől és a fogyasztott szer mennyiségétől. Sajnos azt pontosan felmérni, hogy mennyire lesz az intézkedés alá vont személy kiszámíthatatlan és veszélyes teljes pontossággal lehetetlen, sem az intézkedés elején, sem az intézkedés közepén.***

Egy biztos: ha már felmerül bennünk, hogy a személy kábítószert fogyasztott, az már önmagában beláthatatlan intézkedés, amit 150 százalék figyelemmel, kellő távolságmegtartással és óvatossággal kell kezelni.

Az átélt eset után kijelenthető, ha minimális esély is van rá, hogy az intézkedés alá vont személy zavart, agresszív, vagy egyszerűen nem lehet vele kommunikálni; megfelelő távolságtartással, egymást

biztosítva a „bármikor bármi megtörténhet” mondattal a fejünkben lépjünk oda, majd kezdjük meg az intézkedést. A rutinszerű hozzáállást fel kell, hogy váltsa a maximális figyelem és óvatosság”.

Ez a fajta ambivalencia természetesen kémiai hatásmechanizmusok megértésével magyarázható. Az agy egy összetett rendszer, amelynek funkcionális alegysége a neuron, a kommunikáció pedig a neurotranszmittereknek nevezett kémiai anyagokon keresztül történik. Ez a sajátos információáramlás és a kapcsolatok szabályozzák az egyén viselkedését és gondolkodását. Kábítószer-fogyasztás esetén a legtöbbször a csupán örömhormonként emlegetett dopamin játszik kiemelkedő szerepet, ami neurotranszmitterként ugyanakkor meglehetősen sokoldalú: szerepe van a mozgás koordinálásában, a motivációban, a jutalom-érzésben és predikcióban, a függőség kialakulásában, a munkamemóriában és a végrehajtó funkciókban. A fogyasztás és függőség eredményeképp kialakult „dopaminkáosz” felborítja az addigi működési folyamatokat, ennek egyenes következménye, hogy **az ismételt kábítószer-használat zavarokat okoz az agy magasan fejlett frontális kérgében, amely olyan kognitív tevékenységeket szabályoz, mint a döntéshozatal, a válaszadás gátlása, a tervezés és a memória**[2]. A kábítószer-használati abúzusra tehát jellemző a döntéshozatal, az impulzivitás és a kockázatvállalás zavara.

Támadás a szeretet ünnepén

Sajnos ugyanakkor ez nem minden esetben látszik azonnal az intézkedés alá vont személyen, ezért is szükséges potenciális veszélyhelyzetként tekinteni valamennyi rendőri intervencióra. Ebben az esetben nem volt kérdés, hogy a gyanúsítottal nincs minden rendben. A megsebesített

rendőr ekképp emlékszik vissza a történtekre: „***Már a lépcsőházba belépve lehetett sejteni, hogy az elkövető vagy mentálisan beteg, vagy valamilyen szer hatása alatt áll. Ahogy intézkedés alá vontam, próbáltam kommunikálni vele, kérdeztem a nevét, hogy miért van ott a lépcsőházban, szüksége van-e segítségre, viszont a hörgésen, macskanyávogás-szerű hangon kívül egyetlen értelmes szót sem szólt a kérdésekre***. ***Amíg próbáltam szóra bírni a viselkedése egyre inkább agresszívvá vált, ökölbe szorította a kezeit és maga mellett ütni kezdte az ajtót, falat, szekrényajtót, ami kartávolságon belül volt, majd próbált felállni, eközben egyre hangosabban üvöltözött. A viselkedése egyértelműen arra utalt, hogy támadásától lehet tartani, ezért próbáltuk megbilincselni.***

A támadás az első szúró mozdulattal kezdődött, amikor a kezébe tudott venni egy kést, az első szúrás olyan érzés volt nekem, mintha ököllel mellkason ütöttek volna, tompa fájdalommal járt, majd egy melegség futott át az egész testemen. Láttam, ahogy a mellkasomból húzza vissza a kést, és emeli felfelé, hogy újra szúrjon vele. A körülöttem lévő hangok eltompultak, volt, amit hallottam, például, ahogy a társam felszólítja őt, hogy fejezze be, illetve a látótér is teljesen beszűkült, szinte csak az ember kezét és benne a kést láttam és próbáltam kézzel lábbal ellökni, távol tartani magamtól. Azt a néhány másodpercet szinte teljes percnek éreztem.

Miután fel tudtam állni és lejjebb lépni néhányat a lépcsőn, még a hátamon éreztem néhány éles szúró fájdalmat egy-egy pillanatra, ezután láttam meg először, hogy vérzek, akkor tudatosult bennem, hogy megszúrt az elkövető, itt újra ugyanaz a melegségérzés futott végig az egész testemen. Utólag tudtam meg, hogy összesen 13 helyen sebesített meg, ezekből csak az első tompa és az utolsó 2-3

éles fájdalmat éreztem. A támadást követően mikor elindultam lefelé a lépcsőn, akkor sem éreztem fájdalmat, csak a hasamban belülről éreztem egy nagyon erős tompa nyomást, mintha folyamatosan szorulna egyre összébb.

A támadást követően, ahogy lejjebb tudtam lépni a lépcsőn, szinte azonnal vettem magamhoz az EDR rádiót és kértem segítséget, szerencsére tudtam mondani a címet, ahol vagyunk, és hogy megsérültem. A vérmennyiséget látva biztos voltam benne, hogy azt, ami történt nem fogom túlélni, próbáltam minél hamarabb segítséghez jutni és túlélni valahogy. Kimentem a lépcsőház elé a hidegre, levettem a kabátot, felhúztam a felső ruházatot magamon, teljesen szabaddá téve a mellkasomat és a sebet, amit ekkor láttam, hogy mennyire mély és széles. Ezzel is azt akartam elérni, hogy a kiérkező mentőknek ezzel se menjen az idő, és feltételeztem, hogy ennyi vérveszteség mellett el fogok ájulni, vagy elaludni. Mivel nem tudtam, hogy mikor érkeznek meg a kollegák, a fegyveremet az egész taktikai övvel együtt betettem a rendőrautóba és azt lezártam. Itt már nagyon erős volt a hasamban lévő nyomó érzés, ezért próbáltam a rádión sürgetni a mentőt, elmondtam, hogy hol, mekkora sebem van, majd néhány perccel később a mentő oda is ért, és megkezdték az ellátásomat.

A lövések hangját hallottam miután fel tudtam állni, de abban a pillanatban láttam a rengeteg vért magam körül, ekkor jöttem rá, hogy súlyosan megsérültem, ezért a lövések számát sem tudom felidézni, illetve ahogy haladtam lefelé a lépcsőn, úgy én nem láttam az eseményeket. Csak néhány másodperccel később fogtam fel azt, hogy azok az éles hangok lövések voltak, és hogy Erika használta a fegyverét. Utólag ez volt, ami miatt a leginkább hibáztattam magam,

hogy a túlélés annyira prioritás lett ott nekem abban a pillanatban, hogy emiatt úgy éreztem magára hagytam a társam.

Vannak olyan pillanatok, ahonnan csak egy-egy emlékkép maradt meg. A lépcsőház, ahol történt az intézkedés emlékezetemben háromszor tágasabb, mint valójában, valamint kollégák elmondásából tudom, hogy amikor odaértek hozzám a lépcsőház előtt, akkor azt ismételgettem nekik, hogy Erika még bent van, Erika még bent van".

Szarvas Erika négy szóval jellemezte az intézkedés alá vont személyt: **zavart, passzív, agresszív, támadó,** melyek egyben a folyamat egyes stációit is jelölik. „***Az intézkedés első fázisában mindketten biztonsági intézkedésre*** (a rendőrségi törvény alapján olyan rendőri intézkedés, amelynek a célja az önveszélyes állapot kezelése, például mentő hívása) ***gondoltunk a férfi zavartságából adódóan. Magzatpózban guggolt egy panellakás hatodik emeleti lépcsőforduló részénél, két lakás metszetében, befelé fordult, és macskanyávogást imitált, ebből adódóan először mentális betegségre gyanakodtunk, és folyamatosan feltettük neki ugyanazt a kérdést: Szüksége van-e mentőre? Jól van? Ezután azonban hirtelen megváltozott a viselkedése a teljes passzivitásból és macskanyávogásból, kaparó, majd lökő mozdulatok jöttek az irányunkba, elkezdte a falat és az ajtót folyamatos lefejelni, teljes erejéből, aztán ijesztő hörgés. A bilincselés kísérleténél pedig azonnal megtámadta a társamat"*.**

Jelen esetben kérdésként merül fel, hogy vajon van-e legalább jelképes szerepe annak, hogy mindezen szörnyűségekre épp szenteste napján került sor. Mindamellett, hogy tudományosan bizonyított tény, hogy a karácsonyi ünnepek nem növelik az öndestruktív és szuicid esetek

számát[3], biztosak lehetünk abban, hogy az együttlét idejét jelentő karácsonyi időszakhoz köthető téli ünnepek során a valahova tartozás érzésének hiánya fokozhatja a szerek még polarizáltabb és szélsőséges hatásait.

Feldolgozni a feldolgozhatatlant

Ritkán foglalkozunk azzal, hogy ilyen esetben mit érezhet a rendőr, mit él át a sérült és hogyan dolgozza mindezt fel a társa. Szarvas Erika a magyar rendőri történelem részévé vált azzal, hogy megvédte társát és önmagát, de mindezt sem a helyszínen, sem később nem lehetett egyszerű megélni, érzelmi szempontból kezelni és megfelelően keretezni. Talán nincsenek is rá szavak. Maga is úgy fogalmazott, hogy „***az átéltek után ezt szimpla szavakkal nem lehet kifejezni. A legtehetetlenebb és legszörnyűbb helyzetbe kerültem - muszáj volt használnom a lőfegyvert. Hálás vagyok, hogy sikerült helytállni és a legfontosabb, hogy a társam él***”.

A történteket követően Lingvai Péter sokáig kórházban volt, felépülése lassú folyamat, nem remélt eredménye. Bevallása szerint ugyanis „***a mentőben úgy csukta be a szemét, hogy lehet többé nem ébred fel***”. Ezt követően azonban csupa pozitív dolog érte, ezek közül elsőként az alábbiakat emelte ki: „***a legelső ezek közül, hogy amint lehetett a családommal együtt Erika is meglátogathatott a kórházban, láttam, hogy neki fizikailag nem esett baja, ami az én lelkemnek nagyon megnyugtató volt. Emellett ott volt a kollégák, parancsnokaim és az egész BRFK érezhető támogatása tettekkel és szavakkal egyaránt. Pozitív számomra az is, hogy teljesen felépültem, nincs olyan maradandó sérülésem, ami akadályozna a mindennapi életem, vagy a munkám során***”.

Ilyen esetben rendkívül fontos a munkahelyi támogató attitűd. Lingvai Péter fél év után térhetett vissza a munkába, s mivel akkor még mondhatni friss volt az élmény, ezért Budapest Rendőrfőkapitánya felajánlotta számukra, hogy biztosít részükre a teljes felépülés idejére, vagy akár azon túl is lehetőséget, hogy más területen is kipróbálják magukat. Péter így a Bűnmegelőzési Osztályra került és aktívan részt vesz a kábítószer-prevenciós előadások megtartásában, amit a történtek után mondhatni küldetésének érez.

„Ma már a családom is megnyugodott, óriási kő esett le a szívükről, amikor hazamentem a kórházból, ők is ugyanúgy hálásak Erikának, ahogyan én” – zárja a történtekkel kapcsolatos beszámolóját Péter.

Míg Péter kórházban lábadozott, addig Erikának is a felépüléssel telt az ideje, neki elsősorban pszichés oldalról kellett a történteket feldolgoznia. „***A feldolgozás mindenkinek más és mást jelent. Szerintem az idő mindenben segít. Fél évet hagytam ki. Néhány hónapig jártam pszichológushoz és pszichiáterhez, legfőképp a kialakult alvászavar miatt, amit azóta sikerült leküzdeni”.*** Az eset természetesen a mai napig eszébe jut, egyrészről azért, mert prevenciós előadásokon szóba kerül, de néha ettől függetlenül is. „***Természetesen mivel előadást tartunk róla, így eszembe jut, de már a lehető legjobb módon kezelem. Vannak/akadnak elvétve rosszabb napok, de a Párom, a Családom, és a Barátaim nem hagynak belezuhanni ebbe a negatív spirálba. Szerencsés ember vagyok, mert Nélkülük nem tudtam volna így feldolgozni ezt az esetet, és meggyógyulni lelkileg”.***

Nem várt fordulat a történetben

Szarvas Erika akkurátus rendőr, így visszatérését követően érdekes összefüggésre talált korábbi intézkedéseinek átnézésekor: ***„Hónapokat***

hagytam ki az eset után, és mivel én olyan rendőr vagyok, aki minden kisebb-nagyobb írásos munkáját lementi, adta magát a helyzet, hogy egyik szolgálatom üres órájában átfésültem és újra olvastam a megőrzött jelentéseimet annak érdekében, hogy felfrissítsem a tudástáramat. Majd hirtelen megakadt a szemem egy 2019. év végén történt helyszíni bírság kiadásán. Az adatokból láttam, hogy ez a férfi, akivel szemben egy kisebb szabálysértés miatt kellett intézkednem 19'-ben, az ugyanaz a férfi, aki egy késsel támadt ránk karácsonykor, majdnem pontosan egy évre rá.

Annyit megosztott velem a korábbi intézkedésnél, hogy kissé félresiklott az élete, és ideiglenesen Újpesten fog élni. Jól szituált volt, közlékeny, és többször is elnézést kért a helyszíni bírság miatt. Vélhetően ezután nyúlt kábítószerhez és ez a folyamat változtathatta meg annyira, hogy a jól szituált férfiből, egy bedrogozott késes támadó lett. Mindez egy év alatt.

Ez az a kontraszt, a támadónk önpusztítása, ami teljesen beleillik „A szer, ami megváltoztat" című drogprevenciós előadásba, így ezeket összemosva próbálunk rávilágítani rendezvényeken, és iskolákban egyaránt, hogy mit is tesz a drog, és mivé változtat. Reméljük, hogy a mi történetünk még jobban elrettenti az embereket a szer használatától, vagy akár kipróbálásától, hiszen ez egy szörnyű folyamat, aminek nem tudni, mi lesz a vége".

Mindez azt sugallja, hogy a támadó szerhasználati zavara viszonylag gyors leépüléshez vezetett. Ebben közrejátszhatott, hogy a Kielholz-féle klasszikus addikciós háromszög[4] több eleme is azonosítható a személynél. E teória szerint ugyanis három feltétel szükséges a szerhasználati zavar kialakulásához: **a személy biológiai és**

pszichológiai sajátosságai, a szociokulturális környezet és maga a pszichoaktív szer[5]. A kialakult élethelyzet okozta szociokulturális környezet adott volt, az elmúlt években pedig nem nehéz olyan Új Pszichoaktív Szerek (ÚPSZ) és rossz minőségű kábítószerek beszerzése, amelyek hatásmechanizmusa, szervezetre gyakorolt magatartásbefolyásoló ráhatása kiszámíthatatlan és sok esetben jóval szélsőségesebb, mint a korábbi, klasszikus kábítószerek esetében.

Üzenet a kollégáknak és a fiataloknak

Minden esetből tanulni érdemes, így arra kértük Erikát és Pétert, hogy fogalmazzák meg útravaló üzenetüket, mind a kollégáik, mind pedig azok számára, akik fogyasztást fontolgatnak vagy már kipróbálták, de még nincsenek a függőség stádiumában. ***Erika szerint „bármikor bármi megtörténhet. Mindenkiben ott munkál az öntagadás, hogy „velem ez úgy sem történhet meg.” Mi sem sejtettük 2020 karácsonyának reggelén, hogy egy késes támadás áldozatai leszünk. Váltsa fel a rutinszerű szót az óvatosság és a teljes figyelem, mert túl furcsa és veszélyes irányt vett a világ, ahhoz, hogy rutinból vigyünk végig egy intézkedést. A bajtársiasság és a társunk iránti tisztelet is nélkülözhetetlen, hiszen szolgálatban, abban a tizenkettő vagy tizennégy órában csak egymásra számíthatunk. Aznap reggel is csak egymásra számíthattunk és egymás nélkül nem ez lett volna a végkimenetel. Ha Peti nem gabalyodik össze és „birkózik” a támadóval, akkor engem is megszúr, és ha én nem lövök, akkor lehet, hogy nem éljük túl. A társad tisztelete nélkül sokkal nehezebb”.***

Péter hasonlóképpen foglalta össze a lényeget: ***„a leendő rendőrkollégáknak szoktunk előadást tartani, ahol elmondjuk, hogy bármelyik mindennapinak tűnő intézkedésből alakulhat ki egészen***

váratlanul olyan veszélyes helyzet, amit meg kell oldani, ezért amennyire lehet, fejben fel kell készülni erre is”.

A fiatalok számára fontos intelem Péter részéről: ***„a kábítószerek annyira ki tudják kapcsolni az ember gátlásait és átírni a tudatát, hogy olyan dolgokat is képes megtenni olyankor, amit józan állapotában sohasem tenne. Az is lehet, hogy mire kitisztul nem is emlékszik rá, hogy mit tett, de ettől függetlenül a tetteinek következményei vannak és sokszor olyan következmények, amiket lehetetlen helyrehozni”.***

A következmények közül kiemelkedő, amire Erika hívja fel a figyelmeztet: ***„(A szer) megváltoztat. Az már nem te leszel. Olyanfajta változási folyamatot vállalsz be a kábítószerrel, amibe neked már nem lesz beleszólásod. A mi támadónk egy év alatt érte el a teljes önpusztítását és mi ezt személyesen, testközelből éltük át. Megéri ezen legalább egyszer elgondolkodni”.***

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Goldstein, P. J. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. Journal of drug issues, 15(4), 493-506. DOI: https://doi.org/10.1177/002204268501500406
2. Carpenter, S. (2001). Cognition is central to drug addiction. American Psychological Association, Vol 32, No. 5 (https://www.apa.org/monitor/jun01/cogcentral)
3. Alapítvány az Öngyilkosság Ellen: Gyakori tévhitek az öngyilkossággal kapcsolatosan - https://ongyilkossagmegelozes.hu/az-ongyilkossaggal-kapcsolatos-gyakori-tevhitek/ (letöltés ideje: 2023. február 26.)
4. Kielholz, P., & Ladewig, D. (1972). Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen. Lehmann.
5. Erdő Á. (2021). A szerhasználati zavarok (függőség) multifaktoriális etiológiája. Magyar Drogfigyelő, 2021/5, 3-19.