drogkutató intézet

BEST OF MAGYAR DROGFIGYELŐ

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

GERA ZOLTÁN: SPORT, HIT, PREVENCIÓ
Dallos Laura

KIÚT A FÜGGŐSÉG RABSÁGÁBÓL – INTERJÚ CZELLER PÉTERREL
Tóth Enikő

KUCSERA GÁBOR: MINDIG VAN TOVÁBB!
Tóth Enikő

Havi aktuális

AZ OPIOID VÁLSÁG NYOMÁBAN

Bozsó Dorottya és Gulyás Éva

ÖSSZEFOGLALÓ A NÉMETORSZÁGI MARIHUÁNA-LEGALIZÁCIÓS TÖREKVÉSEKRŐL

Tóth Enikő

SZIGOR ÉS KÖVETKEZETESSÉG: EREDMÉNYES DROGPOLITIKA IZLANDON

Dr. Molnár István Jenő

Drogmonitor

CSODASZER VAGY VESZÉLYES DROG? – A JANUS-ARCÚ MARIHUÁNA

Dr. Szabó Írisz

FELELŐTLEN EMBERKÍSÉRLET: A KANADAI DROGPOLITIKA MARGÓJÁRA

Dr. Molnár István Jenő

Ajánló

BESZÁMOLÓ AZ EGÉSZSÉGDOKK KÖZHASZNÚ ALAPÍTVÁNYNÁL TETT LÁTOGATÁSUNKRÓL

Bozsó Dorottya

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

Tóth Enikő

FÓKUSZBAN A KÖRNYEZET: A MEGELŐZÉS ÉS ÁRTALOMCSÖKKENTÉS JÓ GYAKORLATAI A NAGYVÁROSOKBAN

Dr. Molnár István Jenő

Poliszer

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

Dr. Molnár István Jenő

A SZER, AMI MEGVÁLTOZTAT

Nothoff Ingrid

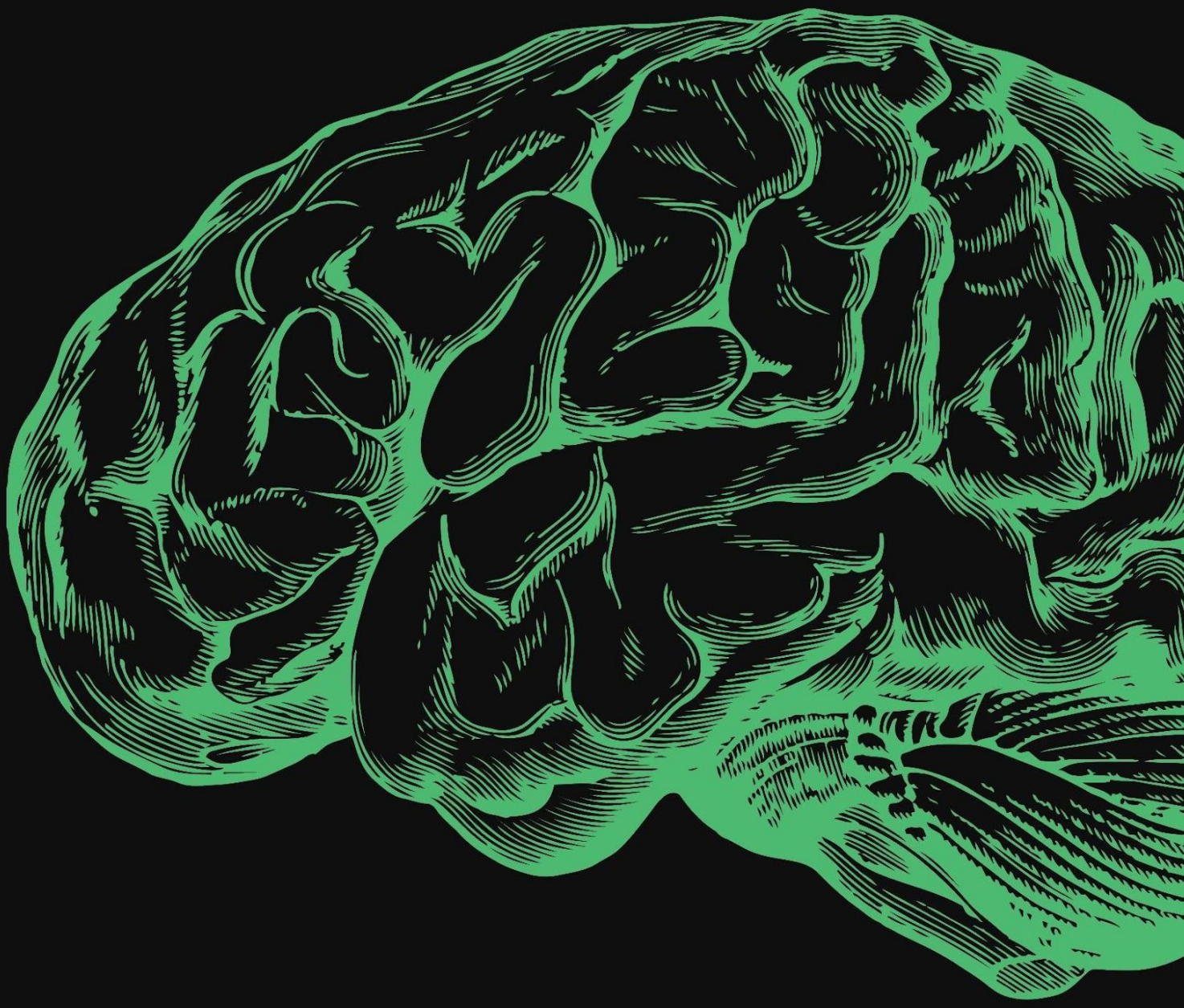
Recenzió

EMCDDA MINIÚTMUTATÓ – BÖRTÖNÖK ÉS KÁBÍTÓSZEREK: EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS VÁLASZOK

Humli Viktória

FELELŐTLEN VÁROSVEZETÉSI POLITIKA, AVAGY HOGYAN TESZIK TÖNKRE A METROPOLISZOKAT A PROGRESSZÍVEK

Csabai Dorottya



INTERJÚ

drogkutató intézet

GERA ZOLTÁN: SPORT, HIT, PREVENCIÓ

DALLOS LAURA

Sport, hit és drogprevenció című kerekasztal-beszélgetésünkön Gera Zoltánnal, 97-szeres volt válogatott labdarúgóval, és Dr. Menczel Zsuzsanna tanácsadó szakpszichológussal kerestük a választ, hogy miben és hogyan segíthet vagy éppen árthat a sport. A teljes beszélgetés megtekinthető Youtube-csatornánkon[1].

Korábban arról már többször is írtunk, hogy a sportnak – vagy bármilyen hasznos szabadidős tevékenységnek – nagy szerepe van a prevencióban. A különböző sporttevékenységek ugyanis fegyelemre, kitartásra, koncentrációra, alázatra, egyes esetekben pedig csapatmunkára tanítanak bennünket, ezek pedig mind a fejlesztik az egyén személyiségét [2]. A sport szeretete, vagy valamilyen sportfoglalkozáson való részvétel, legtöbbször már egészen fiatal korban az életünk szerves részévé válik. Nem volt ez máshogy Zolinál sem, aki úgy fogalmazott: "*amióta önmagammal tisztában vagyok, rúgtam a labdát"*.

A szabadidő hasznos eltöltésére a gyerekeket általában szüleik ösztönzik. A mai világban az okostelefonok és a számítógépek "fogságában" a szülők dolga, hogy kimozdítsák a négy fal közül a fiatalokat és a szabadidő hasznos eltöltésére alternatívát mutassanak, ami a sporton kívül lényegében bármilyen tevékenység lehet, amit a gyerekek szívesen csinálnak. Ahogy Zoli is kitért rá,ha egy gyereknek jó a

kapcsolata a szüleivel,akkor ők a példaképei és szeretnének rájuk hasonlítani. Ez nála sem volt másképp, hiszen édesapja is futballozott – bár csak amatőr szinten, de ő is a megszállottja volt ennek a sportnak. *„Az én futball szeretetem mondhatom, hogy apámtól jött, nekem ő volt a példaképem!”*

A délutáni foglalkozások, edzések, óriási segítséget nyújtanak a dolgozó szülőknek és az iskola után elkallódni hajlamos gyerekeknek is. Egy biztos környezet – mondhatni egy miniatűr társadalom –, ahol szabályokat kell betartani, ahol felelősséggel vagyunk társainkért és magunkért egyaránt, és ahol levezethetjük felesleges energiáinkat. Persze nem minden gyereknek van lehetősége különórára, foglalkozásra járni. Zoli és társai amikor csak tehették a térre jártak le rúgni a bőrt. Annak ellenére, hogy feltételezhetően szülői felügyelet nélkül, spontán alakultak ki ezek a játékok, mégis mindenkinek egyértelmű volt, hogy mik a grund törvényei. *„A grundnak a szabálya, a grundnak a törvénye, azért sok mindenre megtanított bennünket, és ezt később kamatoztattam a pályafutásom során”. - vallott Gera.*

Zoli életében a mélypont és a legnagyobb törés akkor jött el, amikor a szülei elváltak. Sajnos a statisztika is növekvő tendenciát mutat a válások tekintetében[3], így évről évre egyre több gyereknek kell szembesülni és megélni a válással járó új és sokszor embert próbáló élethelyzetet. Minden bizonnyal nehéz egy 10-11 éves gyereknek feldolgoznia mindezt. Pláne Zoli esetében, aki arról mesélt, hogy hirtelen, egyik napról a másikra történt meg a válás és a különköltözés. Ez akkora törést okozott számára, hogy – most már felnőtt fejjel visszagondolva – ez lehetett a lejtő kezdete: *„Magamba zárkóztam, agresszívvé váltam, szóval kerestem a helyemet. Nem tudtam egyszerűen reagálni, meg ezt a helyzetet hova tenni és innentől kezdve olyan banda felé hajlottam, akik már komolyabb dolgokat csináltak. Cigarettával kezdtük, alkohollal, szipózással, verekedésekkel, betörésekkel szóval mindent, amit ebben az időszakban lehetett rosszat tenni, abba én beleestem. Átváltozott a személyiségem és az volt az életcélom, hogy valami maffiózó leszek, vagy valami gazember és így éltem az életemet. Nem volt célom, abbahagytam az iskolát. A futballt is abbahagytam, arról teljesen lemondtam.”* – osztotta meg a közönséggel őszintén Zoli.

A történet teljesen magával ragadott minden résztvevőt, feszült csönd volt a teremben. Zoli pedig kérdés nélkül folytatta azzal, ami valószínűleg mindenkit a legjobban foglalkoztatott, mégpedig, hogy mi hozta meg a változást az életébe.

„A változás úgy történt, hogy édesapám elkerült egy gyülekezetbe, egy istentiszteletre és ott megtért. Elkezdett keresztény életet élni, és mondta nekem, hogy fiam (...) én már nem tudok rajtad segíteni, gyere, elviszlek egy istentiszteletre, meglátjuk, hogy Isten tud-e rajtad segíteni. Én ellenkeztem, mondtam, hogy hagyjon engem békén, engem ez nem érdekel, (...) aztán mégis valahogy elcsalt, kicsalt a kaszinóból és elmentem."

A család életünk első szocializációs színtere. Minden fiatal azokból a mintákból tud tanulni, amiket otthon tapasztal, így természetes, hogy a szüleinkkel való kapcsolatunk meghatározza a személyiségünket[4]. Ahogy ezt Zsuzsi is kiemelte, nagyon fontos, hogy Zoli édesapja ott volt a játékban. Adott neki egy szerepmintát, azzal, hogy közösen csináltak valamit, jelen esetben a focit. Ez volt Zoli életében az egyik protektív tényező. Ezért sem véletlen, hogy Zoli életének fordulópontja, a hit és a megtérés is apukájának köszönhető, aki sokáig próbálkozott, hogy megtalálja azt a csatornát, amivel vissza tudta őt hozni az elzüllött élethelyzetéből. Zsuzsi hozzátette, hogy tapasztalatai szerint a droghasználatnál az látható, hogy ha van egy fix pontja az embernek az életében – mint a család – akkor nem alakul ki olyan mély függőség.

„Az volt a legmegdöbbentőbb – hogy elkezdtem a Bibliával foglalkozni, keresztény életet élni, átadtam az életemet Istennek – hogy elkezdtem utálni és gyűlölni azokat a dolgokat, amiket előtte csináltam és amiktől nem tudtam megszabadulni. Bennem ez egy olyan változást hagyott és megdöbbentett, hogy onnantól kezdve egyik napról a másikra elvágtak minden fajta kísértést. Teljesen új ember lettem, és azóta soha nem volt kísértésem, hogy valami hülyeséget kellene csinálnom." – meséli Zoli.

Zsuzsi is úgy látja, hogy Zoli életében a templomi közösség megtartó erővel bírt. Előtte a „csibész" barátaival laza köteléket tudott csak kialakítani, így szülei válását követően üresnek érezhette magát. *„A templomban ott lenni egy ilyen istentiszteleten, annak van egy nagyon transzcendens érzése."* Minden esetben, amikor sok ember együtt van – például együtt énekelnek, mozognak, sportolnak, imádkoznak – annak van valamiféle emberen túlmutató, transzcendens jellege.

Az az érdekes, hogy az extrém sportokban és a drogokban is megvan az az érzés, hogy maximumig tolni a határokat, amikor éppen megcsap a halál szele, de nem történik meg. Sokszor ebben az esetben az érzések eltompultságáról van szó. Ahogy

Zsuzsi kifejtette, a noradrenalin rendszer felelős ezért az érzésért, amit az extrém sportok, vagy a drogok adnak, de ezt akár az élsport is tudja rendezni ezt a szélsőséges működést.

Az új életstílusnak köszönhetően felszabadult Zoli ideje, így újra visszaült az iskolapadba. Mindezek után szépen lassan visszatért a pályára is, így 16 éves korában, mondhatni újrakezdte az életét. *„Elkezdtem újra szépen, lassan, fokozatosan a futballt. Akkor jött bennem egy olyan, hogy nekem van tehetségem és Istennel sikerülni fog egy olyan pályafutást elérni. Felajánlottam az életemet Istennek, és azt mondtam, hogy ha én híres futballista leszek, akkor mindenhol el fogom mondani mit tettél velem."*

Visszatérésének történetében fontos szerepet játszottak a „jó időszakában" szerzett barátok, akik felajánlották Zolinak, hogy jöjjön vissza a régi csapatba. Először az edző gyanakvó volt vele, ahogy fogalmazott *„azt gondolta, hogy visszajön a botrányhős és tönkre fogja tenni a csapatot"*. Viszont Zoli alázata és kitartása meggyőzte az edzőjét, és innentől kezdődött el pályafutása.

Sajnos a korábban folytatott „csibész" életmódnak később nagy ára volt. Ahogyan Zoli mesélte, csont és bőr volt ebben az időben. A futball edzések felét abba kellett hagynia, mert fájtak a csontjai, szóval fizikumában hátrányba került társaihoz képest. 18 évesen kezdődött el a profi pályafutása a harkányi klubban. Úgy emlékezett vissza az ottani csapatra, hogy nagyon jó közeg volt, a játékosok befogadóak voltak és mindenben segítették. Egy nagy baráti társaság volt. Ezután Pécsre került, az ottani csapatban kezdett futballozni. Az edzője – az általa méltán dicsért Róth Antal – látta benne a tehetséget, de tudta, hogy még több hónap, mire pár percet is tudna játszani egy meccsen. Féltette, hogy összetörnék a pályán. Pályafutása lépésről-lépésre, fokozatosan haladt.

„Nem lehetett siettetni a pályafutásomat, mert az a pusztítás, amit végigvittem magamban, ahhoz nagyon sok idő kellett, hogy helyre jöjjön a fizikumom. Az a pusztítás sokat vett el a pályafutásomból."

Mint tudjuk Zoli azért mindezek ellenére is hatalmas karriert futott be. Profi pályafutásának egyik fontos állomása Anglia, ahol a West Bromwich Albion, majd a Fulham csapatában játszott. A profi sport természetesen nagyobb ismertséggel és nagyobb anyagi javakkal is jár, amit sokan nem tudnak a helyén kezelni.

„Kis kilengések nyilván azért voltak, fel kellett dolgoznom, hogy ismertebb lettem, vagy hogy nagyon hirtelen nagyon sok pénzt kaptam a futballért. Ami a pályán tudott tartani az az Istenbe vetett hitem volt. Tudtam, hogy hol az én helyem a futball világban, én egy kis hal vagyok a nagy tengerben. Azok a játékosok, akikkel én együtt játszottam a Premier Ligában világsztárok voltak. Én nem tartottam magam egyáltalán sztárnak, csak egy közepes szintű játékosnak." Zoli a legnagyobb alázattal erősítette meg minden hallgatóban, mennyire hálás Istennek, hogy mindent tőle kapott, a tehetséget, a sikereket és – tette hozzá nevetve – a feleségét is az istentiszteletnek köszönheti.

„A sikerhez elengedhetetlen, hogy legyen egy jó társ." – zárta ezzel a gondolattal megismerkedésük és közös életük történetének rövid kis bemutatását.

Szakértői szemmel az élsporttal járó stresszhelyzet feldolgozásához elengedhetetlenek a megfelelő alapok, például amit a családból hozunk. Mindemellett fontos a közösség hozzáállása is. A sok pénz, a hirtelen jött hírnév mellett is meg kell tartani a foci élvezeti értékét, hogy továbbra is ez jelentse a motivációt. A család – vagy Zoli esetében akár a hitből eredő értékrend az, ami egy nagyon erős alapot tud képezni. Ennek ellenére rengeteg sportoló keveredik dopping- illetve kábítószer-botrányba.

„Azoknak, akik beleesnek ebbe az ördögi körbe – a droghasználatba vagy a szteroid/dopping használatba – elképzelhető, hogy nincsenek meg azok a személyiség jegybeli készségeik, mint a magabiztosság, az önbizalom vagy az a fajta hit, (...)amit nevezhetünk optimizmusnak." – mondta Zsuzsi. Szerinte azoknak az embereknek, akik a kudarcok ellenére sem tudnak hinni magukban, azoknak egy mankót, egy kapaszkodót adhatnak ezek a szerek, és így lehet a legkönnyebben belefutni a szerhasználatba. *„Rövid távon ezek jól tudnak működni, mert felerősít, meg segíthet, de hosszú távon olyan negatív hatásai vannak, amik a szervezetet tönkreteszik testileg és lelkileg."*

Zoli is arról beszámolt, hogy nagyon sok olyan játékost látott, akiket a pályán sztárként kezeltek, maguk is úgy viselkedtek, otthon viszont egyedül voltak, és ezt az üresség érzetet alkohollal vagy droggal próbálták kezelni. Az ilyesfajta kettősséget nehéz megélni.

„Hirtelen sztár lett, és olyan gyorsan tűnt el, ahogy érkezett” – mesélte név nélkül Zoli az egyik csapattársáról.

Reflektálva Zsuzsi korábbi szavaira – miszerint nagyon fontos maga a játékostársak attitűdje és a közösség hozzáállása a sporthoz, valamint az élethez – Zoli mind a két végletet megtapasztalta. Ugyanis itthon sajnos nem mindig a legjobb közeg vette körül a játékosokat. *„Látták azt, hogy van egy ügyeletes sztár, akkor magunk mellé rántjuk, elvisszük az éjszakába. (...) Mutatjuk magunkat, hogy hozzánk tartozik, de a gyereket meg tönkre teszik.”*

Ezzel szemben Angliában azt látta, hogy a játékosok sokkal céltudatosabbak voltak. Érdekes módon nagyon korán családot is alapítottak, még a húszas éveik elején. Talán ennek köszönhetően ez összeszedettebbé, koncentráltabbá tette a külföldi játékosokat. A pályán kívül – ahogy Zoli fogalmaz – nem volt „bratyizás”, vagyis a szabadidejüket nem diszkózással és bulizással töltötték, hanem mindenki hazament edzés után a családjához pihenni. *„A pályán az látszott, hogy kisegítjük egymást és egységesek vagyunk!”*

Itthon hatalmas szükség lenne arra, hogy a fiatalok mellett folyamatosan legyen egy szakember, aki segít nekik feldolgozni a sikert és a hirtelen nyakukba szakadó anyagi javakat. Zoli arról számolt be, hogy az akadémista gyerekek közül nagyon rossz százalékkal jönnek ki játékosok és lesznek profi focisták, nem véletlenül. A fiatalok többségének nincs megtanítva, hogy milyen az elkötelezett életmód, milyen profi játékosnak lenni, mivel jár az anyagi jólét és egyáltalán hogyan kell kezelni a sikert. Éppen ezért Zoli – aki most az U-21-es válogatott utánpótlás edzője – szorgalmazza, hogy a játékosokat szakemberek segítsék ezen készségek elsajátításában, mivel sokan ezt a szülők által nem tanulták meg.

Azonban arról sem szabad megfeledkezni, hogy maga a sport is függőséget okozhat, akár csak a szerhasználat. Zsuzsi kutatásai alapján részletesebben is mesélt nekünk erről.

„Maga a testedzés-függőség definíció szerint azt jelenti, hogy a testi és lelki egészségre káros mértékű sportolás. Ez egy viselkedéses függőség, amire alapvetően ugyanaz jellemző, mint bármilyen szerhasználatra." Ebben az esetben ez azt jelenti, hogy a háromlábú szék – aminek lábai a család, a munkahely/iskola, valamint a szabadidő – egyik irányba megbillen. Már nem a családi és baráti idő válik fontossá, hanem csak a sport. Abban az esetben, ha élsportolóról beszélünk, akkor ez tulajdonképpen munkafüggőségnek is nevezhető, ezt érdemes elválasztani attól az esettől, amikor hobbi szinten alakul ki a sportfüggőség. Zsuzsi továbbá arról is mesélt, hogy tüneti szinten testileg ez megjelenhet fáradságból fakadó sérülésekben, amik már orvosi szemmel is komolynak számítanak, illetve, ha valaki komoly sérülés ellenére is folytatja az edzést. Anyagi vetülete is van ennek, ha például valaki az összes pénzét sporteszközökre költi, és ezeket részesíti előnyben az alapvető szükségletek kielégítése helyett. A sportfüggőség hátterében is – mint bármely más pszichés problémánál – valamilyen hiány, vagy valamilyen konfliktus áll.

Összességében tehát, ahogyan az a beszélgetésből is kiderült, a sportnak a prevenciós szerepe mellett árnyoldala is van, főleg az élsportolói körökben, ami legtöbbször egy gyenge kötődésből, instabil családi háttérből vagy bizonyos készségek hiányából adódhat. Éppen ezért kiemelkedően fontos a sportolóknak folyamatosan szakember segítségét kérni, hogy a lelki megpróbáltatásokat is le tudják győzni a pályán, és azon kívül is.

Köszönjük vendégeinknek, hogy elfogadták a meghívásunkat és egy ilyen színvonalas beszélgetésben vettek velünk részt!

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=0QYZTP7UVHQ
2. https://drogkutato.hu/wp-content/uploads/2022/07/Sport-mint-drogprevencios-eszkoz.pdf
3. https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0015.html
4. HTTPS://DROGKUTATO.HU/WP-CONTENT/UPLOADS/2022/05/AMIKOR-NEM-OLYAN-MELEG-A-CSALADI-FESZEK.PDF

KIÚT A FÜGGŐSÉG RABSÁGÁBÓL – INTERJÚ CZELLER PÉTERREL

TÓTH ENIKŐ

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

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

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

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

Hogyan jelent meg az életedben a szerfogyasztás?

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

Hogyan jelent meg az életedben a szerfogyasztás?

Középiskolai osztálytársam, Pajor Tamás amikor megalapította a Neurotic együttest, aminek én is a tagja voltam, a próbákon, illetve a fellépéseken mindenki fogyasztott alkoholt - úgy, hogy meg is látszott rajtunk, aztán nem sokkal később bekerült a képbe a fűhasználat is. Abban a szubkultúrában, amiben mozogtunk a 80-as években ez nagyon jellemző volt, mivel Magyarországon akkor még nem volt ismert a kannabisz, így mindenféle korlátozás nélkül használhattuk akár nyilvános-, közösségi tereken, vagy koncerttermekben. A rendőrök nem ismerték fel a szagát, így nem is nagyon tudták ezt kontrollálni. Mi részben azért is használtuk, mert azt gondoltuk, hogy a fű növeli a kreativitást, amit talán egy ideig így is él meg az ember – bár egy nem olyan régi kutatás[1] eredményei alapján már kijelenthető, hogy megdőlt ez a tévhit[2]. Nekem

az a tapasztalatom és az álláspontom, hogy egyetlen tudatmódosító szer sem okoz - csak maximum nagyon rövid távon – kreativitást. Egy idő után ezek a szerek olyan korlátolt állapotot generálnak, ami inkább korlátozza a kreativitást.

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

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

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

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

mutatkozott meg az egészségemen, a mentális állapotomon. Pedig annyi év szipu után egy csoda, hogy egyáltalán maradt ép agysejtem.

Aztán képbe került a heroin, ami a későbbiek folyamán egyre inkább előtérbe került. Így utólag látom, hogy mennyire kényszeres és megszállott voltam függőként, hiszen nekem első használatra a heroin egyáltalán nem jött be. A barátaimnak viszont igen, elkezdtem irigykedni, hogy ennyire felszabadultak, elbódultak és élvezik, engem pedig csak elfog a hányinger, vagy a hányás. Aztán megfejtettük, hogy az én szervezetem érzékenyebb rá, és nekem kevesebb is elég. Így már én is el tudtam érni azt a vágyott állapotot és ezáltal meglett a választott szerem. Minden fajtáját használtuk, a metszett mákot, a mákteát, a köhögés gátlókat, kodein készítményeket, amit csak be tudtunk szerezni, azt használtuk. Később áttértem az intravénás használatra. Mindemellett belépett a képbe az amfetamin is (speed, spuri), a kettő együtthatása a speedball, az volt a legkeményebb, a végkifejlet. Használtam kokaint, kipróbáltam a crack-et. Azért pedig, hogy a lejövő fázisban ne legyenek elvonási tüneteim, mindig ittam és gyógyszert szedtem (benzodiazepin). Leginkább a Rivotril-ra álltam rá, ami fokozatosan oly mértékben toleranciát alakított ki, hogy a végén már a 2 mg-osból 10-100 szemet (egy üveggel) is leöntöttem egyszerre.

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

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

és üldözési mánia megjelent nálam, minden használat ezt az érzést hozta elő, mindig ez ugrott be. Ezt nem is tudtam leküzdeni. Azt, hogy mennyire kényszeres a fű használata is megmutatja, hogy hiába volt mindig ez rossz érzés bennem, még hosszú évekig használtam. Azért volt könnyebb a végén abbahagyni, mert tudtam, hogy már rég nem jó. Már rég nem okozott jó érzést, már nem okozott semmiféle pozitívumot, már rég nem hatott úgy rám, mint az elején. Egyszerűen csak jött a pánik, hogy ki mit gondol rólam, biztos lebuktam, észrevették, hogy vörös a szemem és biztosan csak rólam beszélnek. Én meg mindig adtam neki még egy esélyt, hogy hátha….

A szipuról tudtuk, hogy nagyon veszélyes, hogy nagyon káros, viszont mégis benne ragadtunk. Az ópiátszármazékokról, főleg a heroinról azt is tartottuk, hogy még tartósít is, konzervál, pozitív tulajdonságai vannak. Nem láttunk nagy veszélyt benne, akkor nem láttuk, hogy a későbbiek folyamán milyen következményei lesznek.

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

Nagyon jól fogalmaztad meg, hogy mi volt az a hiány… Mert igazából a drog helyett nincs semmi, a drog van valami helyett. Ez egy hiánypótlás, egy menekülés. Miután én feldolgoztam a múltamat rájöttem az okokra, a kiindulópontokra. Én egészen visszavezettem nem csak a gyerekkorhoz, hanem a magzati korhoz. Ugyanis a magzat anyagcsere szinten a köldökzsinóron keresztül össze van kötve az anyával. Akármilyen fejletlen még az idegrendszere, mindent megérez, a stresszhormonokat, a kortizolt, minden más egyéb dolgot is. Ha nem ideális tehát a szülők hozzáállása, ha veszekednek, konfliktusos a várandósság, kiabálnak, megcsalás, bántalmazás történik, vagy ha az anya alkoholizál, dohányzik, az mind hatással van a magzatra. Én már a magzati korban sérültem, traumatizálódtam, aztán a születésem sem volt zökkenőmentes. Az utolsó pillanatban oxigénhiánnyal, a köldökzsinórral a nyakam körül születtem. Szóval, ha valakinek valamilyen rendellenessége volt születéskor és az első, természetes megküzdési stratégiát nem tudta sikeresen elsajátítani (természetes szülés), vagy nem megfelelően ment végbe a folyamat, akkor nagy valószínűséggel ezek hatással lesznek az ember személyiségére. Nekem ez egyfajta magyarázat arra, hogy miért és hogyan alakultak ki azok a megmagyarázhatatlannak tűnő gyermekkori érzések, mint az elvetettség, mellőzöttség, kisebbrendűségi

komplexus, alacsony önértékelés, - önbecsülés, alkalmatlanság érzete, és az ebből kialakult szeretethiány. A szeretethiány olyan meghatározó aspektus, aminek kompenzációja lehet a túlzott megfelelési kényszer, a bizonyítási vágy. Ezek a meghatározó gyerekkori életérzések nálam azt is okozták, hogy idegennek éreztem magam. Volt a világ és voltam én, és nem tudtam megfelelni a világ elvárásainak, ebből jött a meggyőződés, hogy a világ az adósom. Én állandóan szenvedek, félek, szorongok és mivel nekem adósom a világ, elvehetek bármit. Álomvilágban kezdtem élni, azt gondoltam, hogy nem is a szüleimtől származom, teljesen kívülálló vagyok és emiatt vagyok ennyire

rosszul. Egy UFO-nak képzeltem magam, ezt hívom én ufo-életérzésnek. Azt éreztem, hogy csak akkor fogok megnyugodni és lelki békét érezni, ha találok egy rokonlelket, akivel majd egymásra nézünk és felismerjük egymást. Ez végigkísérte az életemet. Aztán rájöttem a felépülési gyűléseken, hogy ezek a lelkek, akiket kerestem a felépülő társaim, mert ők ugyanilyenek. Szoktam is mesélni erről a csoportokban és ebben az érzésben valóban osztozunk.

Tizenhat éves koromban jött a gondolat, hogy sem a tanároknak, sem szüleimnek, sem pedig a későbbi főnököknek nem tudok megfelelni, így senki nem fog szeretni. Szeretet koldussá váltam és a szeretetmorzsákért bármit megtettem volna. Ennek a hajszolása odáig fajult, hogy mindig nekem kellett a középpontban lennem, ebben volt egy adag narcisztikusság és exhibicionizmus, viszont éppen ebből adódóan tudtam vezéregyéniség lenni és frontember. Ez a szereplési vágy, feltűnési viszketegség, szerintem a kisebbrendűségi komplexusból táplálkozik . Szakemberként látom, hogy ez több kliensemnél is így van, de bizonyos mértékben az én munkámat is segíti.

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

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

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

Mi történt ezután?

Voltam terápián 2004-ben egy évig, de nem vettem komolyan, nem maradtam benne a közösségben, nem dolgoztam magamon, így visszaestem. Jött egy mélyrepülés, voltak állásaim, dolgoztam például pizzafutárként, de ott is elhatalmasodott rajtam a lopás és a kocsifeltörés. Börtönbe is kerültem 2009-ben, ültem egy évet, ott is égre-földre megesküdtem, hogy soha többet nem iszom, nem drogozok, de mikor szabadultam úgy ünnepeltem meg, hogy jól berúgtam. Jött az újabb mélyrepülés, majd újra elmentem terápiára, de igazából nem volt valós eredménye, mert kijöttem és inkább egy ilyen „megmutatom, hogy képes vagyok tiszta maradni és rendezni az életem” – féle szárazjózanság volt. Anyám, nővérem, volt élettársam és a lányom felé is bizonyítani akartam. De újra visszaestem és akkor jött a teljes önpusztítás, teljes önfeladás, minden mindegy alapon, elvesztettem mindent, mindenki elfordult tőlem, mert menthetetlen voltam, szinte mindenki - aki addiktológiával foglalkozott abban az időben - kezelt. Idővel megszakították velem a kapcsolatot, kitiltottak a kórházakból, amikor otthonról is kirúgtak, hajléktalanná váltam, éltem az utcán is, de szállóban is. Ez utóbbiban szabályokat szegtem, verekedtem, loptam, drogoztam, emiatt onnan is kitiltottak. Tulajdonképpen én zártam magam ki onnan, mert nem tartottam az együttműködési feltételeket. Csont és bőr voltam, hepatitis C-vel, 2 gyomorfekéllyel, egy lábfekéllyel, a kristálytól tátongó nyílt sebekkel a lábamon, amiken keresztül látni lehetett a sípcsontomat. Ekkor már a dizájner drogok is bejöttek a képbe: kristály, kati, ica, biofű, minden. Ekkor már 30 év önpusztítás után ott voltam teljesen leépülve az utcán. Még egy díler lakására fel tudtam menekülni, meghúztam magam, ő még ellátott

valamennyire, de már a drogokat se fogadta be a szervezetem, kimentem a boltba, vettem egy vodkát, de azt is kiöklendeztem.

Csak tartozásaim voltak, behajtó cégek kerestek, rendőrség körözött. Annyira undorító voltam, hogy még a többi hajléktalan is undorodott tőlem, csontik hullottak ki a lábamból. Aztán az utcán egy járókelő megsajnált, kihívta rám a mentőket, kiszállt a mentőorvos és mondta h egy kórház sem fog fogadni. Majd hála az isteni gondviselésnek a Merényi kórházban - ahol akkor még volt pszichiátria - fogadtak, szerencsémre ott volt az a doktornő, aki régebben Lipótmezőn kezelt, mondta, hogy Péter többször láttam már nagyon súlyos állapotban, de ennyire leépülve még soha. Aztán kezelni kezdett. Egy barátom bejött hozzám látogatóba, elmondása szerint ott először látta rajtam az életben maradási ösztönt, hogy szeretnék élni, felépülni.

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

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

együttműködést. A munkám és az iskola mellett önkénteskedni kezdtem a Bázisban. Az ottani főnököm készített fel a hivatásomra és mikor elvégeztem az iskolát mentor lettem. Ott kezdtem el kliensezni, addiktológiai témájú csoportokat tartani.

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

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

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

Maga az Empatika elnevezés egy mozaikszó, amiben benne van az empátia – az együttérzés, amire mindenkinek szüksége van. De többet is jelent ennél, mert el van rejtve benne a „passió” is, ami szenvedést jelent, de ugyanakkor a „pátosz” is, ami az emelkedettséget, felemelkedést jelenti. A Patikában pedig benne van minden, amit a halálhoz, vagy az élethez gyógyszer szinten meg lehet kapni.

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

már nem korlátozódik csak a nyolcadik kerületi lakosokra, bár az üléseket itt tartjuk, a Kálvária tér 18. szám alatt.

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

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

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

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

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

Merjenek segítséget kérni!

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

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. https://psycnet.apa.org/record/2022-86119-001
2. https://index.hu/fomo/2022/11/07/marihuana-kutatas-kreativitas-tevhit-mitosz/

KUCSERA GÁBOR – MINDIG VAN TOVÁBB

TÓTH ENIKŐ

Intézetünk már többször foglalkozott a sport lehetséges prevenciós hatásaival, melyről idén folyóiratunkban több írás is megjelent, valamint esemény keretében Gera Zoltán válogatott magyar futballistával is beszélgettünk arról, hogy neki hogyan volt segítségére a sport élete mélypontján. Ennek a témának viszont van még egy aspektusa: Mi történik, ha az élsport válik a szerfogyasztás okává? Túl magas elvárások, magány, kudarcok.

Kucsera Gábor világbajnok kajakozóval, olimpikonnal készítettünk interjút, akinek pályafutása végét jelentette a vizeletében talált kokain. Bár az ezt követő időszakban mélypontot élt át, mégis sikerült újrakezdenie és újra felépítenie az életét. Hogyan alakult az ide vezető hosszú út? Mit jelentett neki a sport? Miből merített erőt, hogy új vizekre evezzen? Erről mesél nekünk.

Hogyan indult a sportkarriered? Milyen szerepet töltött be gyerekkorodban a sport?

Elég örökmozgó gyerek voltam és már általános iskolában is sporttagozatra jártam, illetve szerintem 4-5 éves lehettem, amikor a szüleim már levittek úszni a Margit-szigetre. Ez ilyen családi, vasárnapi program volt. Így indult a sportolói pályafutás, aztán az iskolában, mivel sport-tagozatos voltam, elég sok sportot ki kellett próbálni, (…) állandóan versenyről versenyre jártunk, úgyhogy már így gyerekként megtapasztaltam milyen versenyezni és ez mindig magával ragadott. Imádtam az ilyen téthelyzeteket, izgulós srác voltam egyébként, de ez a jó izgalom. Tudtam, ha nem izgulok verseny előtt akkor ott baj van, akkor nem fog sikerülni. Úgyhogy így indult. Kosárlabdáztam, vízilabdáztam és kajakoztam, ezt a hármat csináltam egyszerre és akkor az edzőim szóltak, hogy ideje dönteni, hogy mit csinálok, mert ez így nem fog beleférni és a szüleim is így gondolták. A kosárlabdát gyorsan elvetettem, mivel gyerekként is azt néztem, hogy mi az a sportág amiben nemzetközi szinten is sikeres tudok lenni, a kosárlabda azért nem ehhez a sportághoz tartozott abban az időben, így maradt a vízilabda meg a kajak, végül a kajak mellett tettem le a voksomat.

Gyermekkorban kiemelten fontos, hogy a szülők saját életükkel is példát mutassanak a gyerekeknek, hogy a jó szokásaikba bevezessék őket. A sport és a mozgás önmagában is örömforrás, valamint remek megküzdési stratégia lehet válsághelyzetben. Segít a feszültség levezetésében, a rendszeressége megtartó erővel bír a hétköznapokban, ad egyfajta ritmust az embernek. A csapatsportok során pedig fejlődik az empátia, a gyermek egy csapat tagjaként érzékeli magát, akikkel vállvetve egy kitűzött cél felé haladhat. Krízisek esetén - mint például az otthoni, vagy az iskolai nehézségek – támaszt nyújt számukra ez a közeg, valamint segít megtapasztalni, hogy valamiben, mindentől függetlenül, vagy éppen minden ellenére, sikert képes elérni, így növekszik az énhatékonyság érzése. A szülő felelőssége, hogy minél több lehetőséget teremtsen arra, hogy a gyermek megtalálhassa azt az utat (sportágat, vagy akár művészeti tevékenységet), amiben örömét lelheti.

Mikor kezdődött az élsport számodra, hol szerepeltél először nemzetközi versenyen?

Számomra már ahogy elkezdtem, egyből élsport lett. Ősszel kezdtem a pályafutásomat a Margit-szigeten az építőben kezdtem el kajakozni és következő évben már versenyem volt. Olyan kicsi voltam, hogy nem volt korosztályom ezért az idősebbek között indultam és ott sikerült nyernem. Onnantól kezdve teljesen magába szippantott a kajak, a víz, a természet szeretete és ott eldőlt, hogy én kajakozni fogok.

Az első nemzetközi versenyem serdülő koromban az EU-RV volt Pozsonyba mentünk éppen. Az előző években az idősebbek között is végig nyertem, csak nagyon rosszak voltunk és az edző azt mondta, hogy nem fog kivinni minket, ha így viselkedünk. Aztán amikor kijuthattam volna, nyáron eltörtem a kezemet, úgyhogy azért nem tudtunk menni. Aztán a rá következő évre összejött a lehetőség és akkor ott, serdülő koromban volt ez az első nemzetközi versenyem.

Serdülőkorban a fiataloknál előtérbe kerülnek a kortárs közösségek, a baráti, társas összejövetelek. Már nem a tekintélyi személyhez tudnak könnyebben kapcsolódni, hanem a saját korosztályokhoz. Emiatt gyakran előfordul, hogy korábbi – egyébként sikeres – tevékenységeik háttérbe szorulnak, vagy azokat teljesen leépítik, hogy ne nyomja a vállukat a felelősség és a kötelesség terhe. Ilyenkor a szülők részéről fontos, hogy bíztatással, elismeréssel próbálják tartani a gyermekükben a lelkesedést a korábbi tevékenység iránt és ne hagyják rájuk a dolgot, ne hagyják, hogy a kamasz felhagyjon azzal, amiben igazán jó. Gábor esetében a belső motiváció elmondása szerint nem lankadt, továbbra is szenvedélyesen szerette a sportágat, amit választott.

Mikor érezted, hogy ez nyomást jelent számodra, negatív értelemben?

A vége felé éreztem azt, hogy már nem találom magam benne, nem az én közegem, kiábrándultam sok mindenből, sok mindenkiből, az egész rendszerből. Akkor éreztem, hogy már teher, sokszor megfordult a fejemben, hogy most miért megyek le, miért csinálom, az már egy szenvedés volt.

Az olimpia volt a vízválasztó. Addig imádtam-szerettem, és az olimpia az egy olyan reccs, meg törés volt, hogy onnantól kezdve nem láttam ennek a szépségét és nem

tudtam élvezni. Nem volt az, hogy valaki átsegítsen ezen a ponton. Szerintem jól titkoltam ezt az egész dolgot, de bennem óriási harcok dúltak.

Lett volna lehetőséged, hogy segítséget kérj?

Biztos lett volna, de általában ezen a téren makacs ember voltam, hogy senkitől nem kérek segítséget, majd én magam megoldom, vagy nekem kell ezt megoldani. Gyerekként is vittek sportpszichológushoz, és ott is szembesültem vele, ha én ezt nem oldom meg magam, akkor senki nem fogja megoldani. Lehet, hogy rossz szakemberhez kerültem, de ez az 500 kérdés: igen-nem, megint 500 kérdés: igen-nem, meg az anyacsavart hány százszor tudom fel-letekerni dolog… csak ültem és nem értettem ennek mi a lényege, nem erre számítottam és akkor ott fogalmazódott meg bennem, hogy mindent magamnak kell megoldanom.

Mire lett volna szükséged?

Lehet egy jó beszélgetésre lett volna szükségem, meg egy „seggbe rúgásra”. Talán ott kellett volna kicsit jobban megfogni, vagy nyüstölni, kicsit túlságosan belementem az önsajnálatba és abból kellett volna kirángatni.

Egy kialakult, bejáratott, teljesítmény elérésére fókuszált rendszer sokszor hajlamos elfelejteni, hogy tagjai hús-vér emberek, akiknek akár a sporttal kapcsolatban, akár a magánéletben számtalan kihívással, nehézséggel kell szembenézniük nap, mint nap. Ez természetesen befolyásolja a teljesítményüket, hangulatukat, hozzáállásukat, hosszú távon pedig kiégéshez és a sportkarrier végéhez vezethet. Amellett, hogy a sportoló megtartása a csapat jól felfogott érdeke, mégis fontos, hogy a versenyző ne kerüljön azonosításra a szerepével. Ez azt jelenti, hogy a fizikai test erősítése és edzése mellett hangsúlyt kapjon a psziché gondozása – nem csak a sport teljesítmény fokozása szempontjából, hiszen ebben a zárt közegben, feszített tempó mellett, sokszor távol a szeretteiktől szükségük van valós, értő figyelmre, őszinte odafordulásra és segítségre.

Hogyan jutottál el a szerfogyasztásig? Korábbi vallomásaid alapján, kokaint használtál egy buliban, miért történt mindez?

A sportolói pályafutás nem ment, a magánéletbe gondok voltak, így minden összeadódott. Aztán egy rossz döntés. Emiatt döntés miatt megpecsételődött a sorsom is.

Igazság szerint szabadulni akartam a tehertől. Én elmondtam, nem árulok zsákbamacskát, többször kipróbáltam. Engem úgy tanítottak, hogy vállaljam a felelősséget, ezért is mondtam, hogy igen ezt én csináltam, és nem azt, hogy beleszórták az italomba - mint ahogy mindenki állandóan ezt szokta mondani - meg, hogy nem tudom, hogy került oda. Ez nyilván bullshit, mindenki tudja, hogy került oda, meg a szervezetébe. Szóval én nem akartam belemenni ebbe a történetbe, lehet, hogy ez lett a probléma is, hisz mondhattam volna, hogy valaki belekevert valamit az italomba, de azt nem éreztem volna őszintének, nem éreztem volna fairnek, azt magamban sem tudtam volna lerendezni.

Nem csak a serdülők esetében, hanem egy felnőtt ember életében is jöhetnek olyan pontok, hogy egy társaság, egy közeg felveti a szerhasználatot, mint gyors menekülési, lazítási alternatívát. Egy barát, ismerős saját szerrel kapcsolatos élményeire alapozva, szinte magától értetődően felajánlhat valamit, ami neki is segített, elfeledtette vele a bajokat. Mivel rövid távon jól hatott a szer, sikerült kikapcsolódnia általa, nem csoda, hogy újra megismétlődött a fogyasztás. A drogfüggőség kialakulásában különféle aspektusok játszanak szerepet, egyrészt a veszélyeztető/hajlamosító rizikófaktorok, másrészt a protektív tényezők. Ez utóbbiak segítenek abban, hogy a szerhasználatba „keveredve" az illető ne váljon függővé, hiába él át krízishelyzeteket. Egy biztonságos családi háttér, egy fontos cél, ami értelmet ad az életnek, szerető közösség, a sport és a vallás mind ezek közé tartoznak.

Gábor esetében szintén fontos, hogy kész volt vállalni a felelősséget, szembe mert nézni a lehetséges következményekkel. Ha az ember hasonló helyzetben nem őszinte, vagy hárítja a felelősséget, az elodázhatja a szerfogyasztással kapcsolatos következmények feldolgozását, valamint az amögött megbúvó valódi okokkal való konfrontálódást.

Mit adott neked a szer, amikor használtad?

Igazság szerint, amikor használtam le tudtam vetkőzni a gátakat, vagy ami bennem volt probléma, az akkor abban a pillanatban szertefoszlott, nem volt probléma. Viszont másnap, a háromszorosa-négyszerese nyomta a vállamat, szóval ezért csalóka és becsapós, mert a másnapok azok még rosszabbak, vagy a harmadnapok, szóval igen kemény depresszióval küzd meg utána az ember, vagy hát kire hogy hat. Rám így hatott, szóval azok a problémák, amik abban az esetben eltűntek és hú de jól önfeledten éreztem magam, az másnap vagy harmadnap tényleg háromszorosan-négyszeresen visszajöttek.

Említetted, hogy sokan azt mondják, hogy betették az italukba, meg nem vállalják a felelősséget. Neked azon túl, hogy így neveltek, és egy döntés volt, hogy felvállalod, benne volt esetleg az is, hogy akkor itt vége lesz és ki tudsz ebből szabadulni?

A pályafutásomnak, hogy vége lesz-e? Nem volt bennem… szóval pont nagyon rosszul jött ki (jó mondjuk mindig nagyon rosszul jön ki ez a történet). Akkor pont versenyt nyertem és kezdtem visszatalálni önmagamhoz. Ha nem nyerek versenyt, akkor az egész dolog nem derül ki, akkor nem tiltanak el. De ha nem nyertem volna versenyt, akkor már rég otthagytam volna az egészet, úgyhogy ez ilyen ördögi kör. Rossz csattanója lett ennek az egésznek. Így is abba hagytam volna, de akkor megint megtaláltam önmagam és elkezdtem megint élvezni meg szeretni a kajakozást, és hát így elég rosszul jött ki ez a lépés.

Szóval pont előtte volt, a verseny előtt történt másfél héttel, és a versenyt meg tudtam nyerni, ami adott egy olyan löketet, hogy vissza tudtam találni önmagamhoz, hogy de jó, akkor csináljuk. Rá pár héttel, pedig jött a hír, hogy mit találtak a vizeletemben. Úgyhogy ez így hirtelen fönt, majd hirtelen lent volt…

Ez hogy érintett akkor téged?

Nagyon rosszul érintett. Emlékszem, amikor csörgött a telefon és hívtak, mondták, hogy honnan keresnek, akkor pont mentem le a világbajnoki edzőtáborba, a 4-esen, Szolnok felé, és letettem a telefont, aztán így tényleg azon gondolkoztam, hogy jön a híd és jól rárántom a kormányt, aztán megoldódik minden probléma. De hát aztán utána a családdal közölni, na az volt az egyik legnehezebb.

Hogy tudtál ebből felállni? Mi az, ami tovább lendített ezen a lelkiállapoton?

Hát az nekem egy nagyon rossz időszak volt, minden összejött, ami egy embernek összejöhetett utána. Sodródtam az árral, kicsúszott alólam a talaj, az, amit szerettem, vagy csináltam gyerekkorom óta eltűnt, elvették tőlem, az én hibámból, de elvették. Olyan eltiltást kaptam, hogy se vízitelepre nem mehettem, se versenyzővel, se edzővel nem tarthattam semmilyen kapcsolatot. Lemehettem a Duna-partra, a kövekről vízre szállhattam volna, de nem érintkezhettem senkivel sem. Egy 4 éves eltiltást kaptam, amit általában a visszaesők kapnak, vagy akiknek már több doppingvétsége volt. Ugye hát nekem ez volt az első, úgyhogy egy fellebbezés miatt ezt kettőre módosították, de tökmindegy, hogy 4 vagy 2 év volt, egy ilyen eltiltásban nem tudsz edzeni, nem mehetsz az egyesületbe. Eléggé meglepett ez az erős szankció, ez az erős eltiltás. Úgyhogy nagyon rosszul éltem meg, ugye a rendszer eltűnt az életemből és én állítom, hogy egy sportolónak a rendszer az, ami korlátokat szab, illetve az, hogy rendszerben éltünk (az edzőtáborban megszabott, hogy mikor kelsz, edzel, reggelizel, tartasz pihenőt és edzel megint, aztán délután program, alvás), ez totálisan felborult és így abszolút nem találtam a helyem.

Az utóbbi 2-3 évben kezdődött el bennem egy ilyen tök jó folyamat, hogy azokat az embereket ki tudtam zárni és le tudtam morzsolni, akikkel kapcsolatban úgy éreztem, hogy nem tesznek hozzá az életemhez. Szóval ez egy elég hosszú folyamat volt, de megbirkóztam vele.

Szerinted az, hogy akkor ehhez a megoldáshoz nyúltál, összefüggésben van azzal, hogy az életednek egy célja volt, és az a sport volt?

Nem, abszolút nem. Teher nem volt a sport miatt soha. Én az a típus voltam, aki imádta, és a mai napig imádom a terheket. Néha saját magamnak bonyolítom meg az életem, szeretem a kihívásokat. Bennem sose volt ez teher, hogy egy lapra raktam fel az életem, sosem gondolkodtam így. Szerintem nem is szabad ezt így nézni, hogy most egy lapra raktad fel az életed, és akkor ezen kell remegni. Mindig azt mondom, hogy saját magadra ne rakj több terhet (mondom én, aki pakolja magára a sok szart). De én ilyen típus vagyok, szeretem a kihívásokat, szeretek új dolgokat kipróbálni, új dolgokba belevágni és kipróbálni önmagam, hogy hogy tudok ott helytállni.

Összeraktad magad és most van két nagyon erős projekted a magánéletedben. Mesélnél erről, hogy ezek, hogy jöttek, hogy jöttél rá, hogy érdekel?

Ezek így egy szinten vannak a dobogó felső fokán, de kezdem az asztalossággal. Gyerekként imádtam nézni, hogy emberek, hogy értenek a szakmához, vagy hogy mit tudnak a fából kihozni és gondolom innen jött a természet meg a fa szeretete. Gondolom ez a sportból jött, ezt a kajakozás nagyon megadta nekem. A Margit-szigeten kezdtem, gyönyörű környezetben, a mai napig imádok kimenni a Duna-partra, csak kiülni oda és nézni, hallgatni a víz sodrását. Jött a pandémia és mindenkiből mást hozott ki. És akkor volt az, hogy tönkrementek a kerti bútorok, hogy akkor vegyünk újat, mondtam, hogy én nem fogok vásárolni, majd én megcsinálom, és akkor onnan jött. Ezek tök ilyen sorsszerű, véletlenek voltak, hogy pont az egyik haverom (aki most már az üzlettársam), kiderült, hogy van egy asztalos cége, és nekünk csinált bútorokat. Vele beszélgettem, hogy ez tök jó szakma, szereti, és mondtam, hogy engem is érdekelne. Közben egy másik barátomnak meg elmondtam ugyanezt, kiderült, hogy van egy műhelye és szeretné eladni. Úgyhogy így jött teljesen véletlenszerűen ez az egész. Aztán egy éve augusztusban pontot tettünk ennek a projektnek a végére, megvásároltam a gépeket, átvettem Dunakeszin a műhelyt, amit Marika nénitől bérlek.

Így indult és eszméletlenül szeretem, élvezem, azt érzem, hogy megtaláltam azt, ami tényleg megint olyan számomra, mint a kajak volt, hobbi, sport és szerelem. Nem mondom, hogy egyszerű, hogy nem voltak nehéz pillanatok az elején, amikor ezt el kellett indítani, de a sport múltamnak köszönhetően, tényleg kitartó vagyok, szeretek küzdeni és nem szeretem feladni a dolgokat, illetve az álmaimat. És akkor egy év alatt elkezdtem tanulgatni, megtanulni, úgy voltam vele, hogyha ezt csinálom, akkor ehhez jó lenne valami papír is. Elindult most szeptemberben egy esti felnőttképzés, szóval most asztalosnak tanulok.

Az új célok kitűzése, az apró lépések megtétele és egyes feladatok elvégzése folyamatosan motiváltan tartja az embert. Ennek biológiai oka, hogy mindezek serkentik az agy dopamin ellátását, ami a jutalmazás érzéséért felelős. Kokainfogyasztás esetén szintén nagy szerepet játszik az agyban felszabaduló, túláradó „dopamin-fröccs”. Ettől érzi magát a fogyasztó mindenre képesnek, fókuszáltnak és „legyőzhetetlennek”.

Viszont míg a kokainfogyasztás önmagában nem kapcsolódik az élet teljességéhez szükséges célok teljesítéséhez, a feladatteljesítés és célkitűzés valós, másnap és hosszú távon is látható eredményeket hoz magával. Mint ahogy Gábor szavaiból is egyértelműen kiolvasható egy igazi „szerelem-projekt" került megvalósítására, amelynek keretében új emberek kerültek az életébe, régi barátságok mélyültek el, illetve folyamatos szellemi és lelki fejlődést él meg.

Akkor ez is keretet ad az életednek!

Az biztos! Az esti iskola kicsinál, ezért így elgondolkoztam előző héten, hogy miért kellett ez, de ez is kihívás meg ez is kell, úgy vagyok vele, hogyha ezt szeretném csinálni, akkor csak úgy tudok hiteles lenni, hogy ezt megtanulom.

Aztán a következő nagy szerelem az a táboroztatás, illetve a gyerekekkel való foglalkozás, nagyon szeretem a gyerekeket. Valahogy olyan kisugárzásom van, hogy vonzom a gyerekeket, mindig körül ugrálnak. Egy tévéműsor és a gyerekkorom indította el azt bennem, hogy kéne csinálni egy tábort, milyen jópofa és mennyire jól éreztem én is a műsorban magam, és lehet, hogy ez tetszene a gyerekeknek is. Az ember mindig gondolkozik olyan dolgokon, hogy mit tudna csinálni, általában az emberek nagyban gondolkoznak, miközben tényleg az ilyen kézenfekvő dolgok ott vannak előtted. Én is vártam egy nagy dolgot, amibe bele tudok vágni, aztán 40 év után én is megtaláltam, hogy itt feküdt előttem. Aztán tavaly csináltam egy próba tábort, ami tényleg nagyon jó sikerült, (…) nagyon jó visszajelzéseket kaptam. Ezt egy hiánycikknek éreztem… Az a gyerekkor, ami nekünk volt, az nincs meg a mai gyerekeknek, és én ezt akartam visszaadni nekik. Élményeket, emlékeket, barátokat szerettem volna nekik adni, pont azért, hogy ezekhez a dolgokhoz vissza tudjanak nyúlni, ha rossz napjuk van, vagy valami kudarc éri őket, hogy ezekből az emlékekből, élményekből tudjanak táplálkozni. Illetve egy olyan közösséget akartam kialakítani, hogy nyugodtan hívhatnak, írhatnak, ha bármi van, akkor én ott vagyok és segítek nekik, ez lényegében egy ilyen mentor szerep. Mindig szerettem volna gyerekekkel foglalkozni, és akkor el is fogadtam, hogy a kajak nem az én utam, edző nem akartam lenni, ebben pedig tökre megtaláltam magam.

Mit csináltok a táborban?

A tábor 6 nap 5 éjszakából áll, ottalvós, 8 éves kortól 15 éves korig lehet jelentkezni. Nagyon fontos, hogy kütyümentes, a telefont elveszem a gyerekektől, este kapják csak vissza egy fél órára, akkor lehet a szülőkkel beszélni. Két-három nap után vannak olyanok, akik már nem is kérik el a telefont, hanem szerencsére és csak játszanak egymással. A vidéki életet, a tanyasi világot próbálom nekik megmutatni, illetve azt, hogy régen nem úgy volt, hogy bementél a boltba és megvetted a kenyeret, a tejet, a túrót, hanem ezeket saját magadnak kellett megcsinálni. És akkor ezekbe a folyamatokba tekintenek be. A tábor vasárnap kezdődik, aznap mindig egy kis ismerkedés van. Hétfőn sajtkészítés van a gyerekeknek, megtanulják hogyan kell elkészíteni a sajtot. Minden délelőtt vezetett program van, (...) mint például a szénabálázás, az a legnehezebb, de azt élvezik a legjobban. Szerdán a gyerekek kipróbálhatják a lovaskocsizást. Csütörtökön Balatonozunk, pénteken pedig már jönnek a szülők. Ebből áll a tábor, nagyon szeretik. Jövőre új projekt indul, szerintem megcsinálom a felnőtt tábort is, mert sok visszajelzés van, hogy felnőttek is szeretnének jönni. Azt gondolom, hogy hiányzik ez a felnőtteknek is, hogy kiszakadjanak és kicsit a telefont letegyék.

Az első tavalyi tábornál azért én is meglepődtem, megijedtem, hogy Úristen hogy fogjuk ezt a tábort végigvinni. Nagyon ijesztő volt, nagyon meglepő volt látni, hogy 14 gyerek egy tanyán 14 különböző helyen ül, egyik sem a másik mellett, vagy ha beszélgetnek, akkor is abban a pózban ülnek, mintha a telefont nyomkodnák. Akkor láttam, hogy nagyon kell ez a tábor, mert ez nincs a gyerekek életében, és akkor honnan fogják tudni, hogy hogyan kell örömet szerezni, vagy élményt. Tök jó, hogy a mai napig barátságok alakultak ki, tartják a kapcsolatot egymással a táborozóim. Télen is szoktam kis összeröffenést tartani a gyerekeknek, összehozni őket újból.

Gábor táboros programja kigondolásakor nagyszerűen rátapintott arra, hogy a mai gyerekeknek mire van igazán szükség. A kütyümentesség önmagában is nagyon fontos tapasztalat számukra, hiszen a mai világban rendkívül korán kialakul náluk a telefon/közösségi média/játékfüggőség. A táborban alternatívát kapnak arra, hogy hogyan lehet élményt szerezni mindezek nélkül. Ehhez később bármikor visszanyúlhatnak. A másik kiemelt tényező a közösségépítés, hogy a gyerekek segítséget kapnak a valós, személyes kapcsolatok kialakítására. A programok pedig

megtapasztaltatják velük a valódi énhatékonyságot, azt hogy képesek alakítani és formálni a körülöttük lévő világot. A természet közelsége, a fárasztó „munka" pedig bizonyítottan jó hatással van az idegrendszerükre.

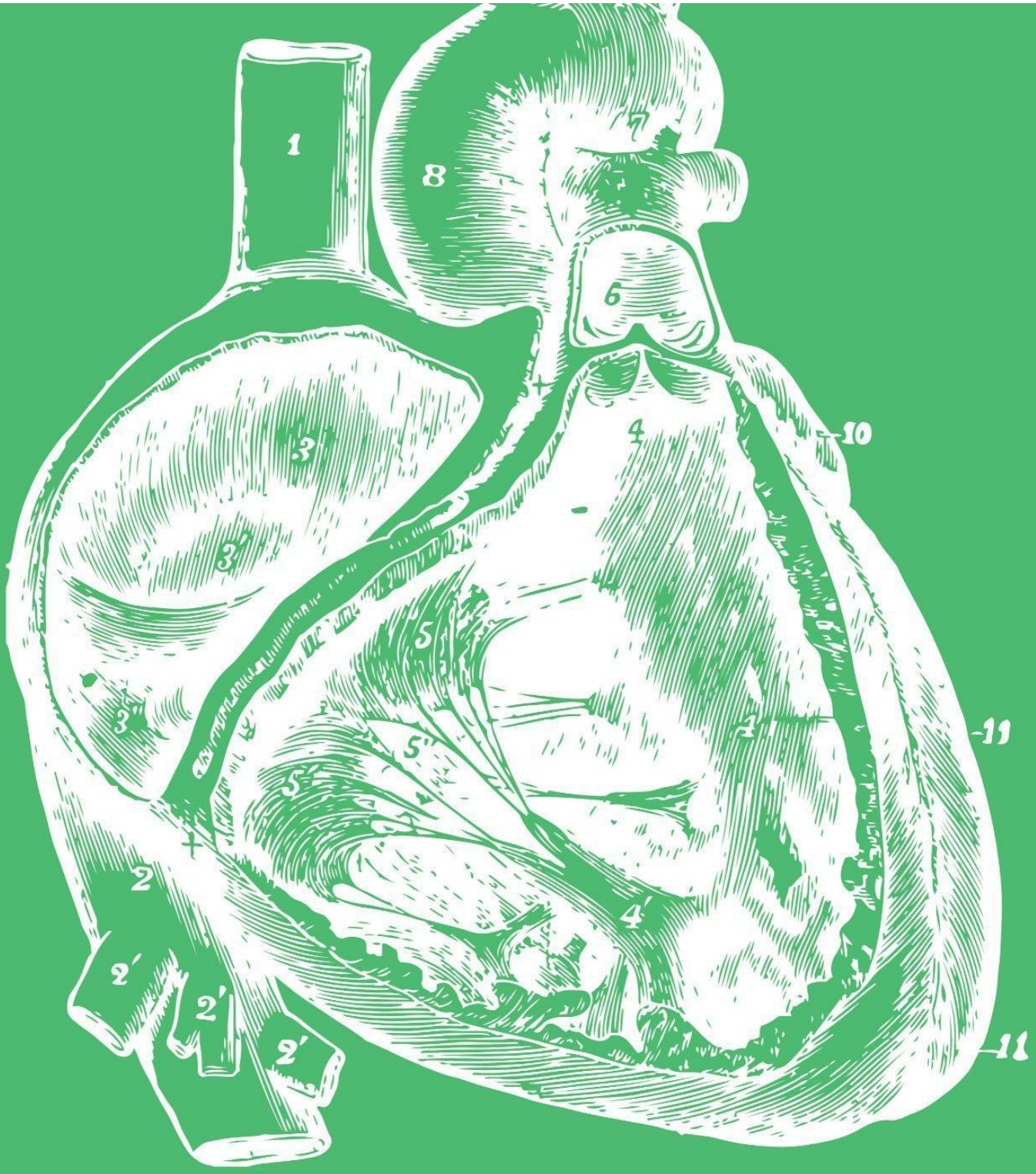
Mennyire veszel részt a tábor lebonyolításában?

Abszolút 100%-ig benne vagyok! Mindig mondják, hogy biztos csak a nevemet adom hozzá, de nem, én tényleg mindig ott vagyok. Most három hetet voltunk lent, én is ott alszom, csak úgymond kivonom magam kicsit a táborból, szóval nem én vagyok a központ. Oké, hogy Kucsera Gábor tábora, de ez nem rólam szól. Lépek egyet hátra, a táborvezetőim tökéletesen fel vannak készítve, és nagyon jó szakemberek, úgyhogy ők foglalkoznak a gyerekekkel. Én beállok a gyerekekkel játszani, én is visszamegyek gyerekbe, ott vagyok velük. Ha a tábor kicsit kezd elszabadulni, akkor szoktam fellépni és beszélgetni a gyerekekkel egyet.

Most csináltam egy apa-fia tábort is, szerencsére oda is sok jelentkező jön, az is ilyen nagy szerelemprojekt. Mindig kicsit magamból indulok ki, amiket én tapasztaltam az életem során. Nekem az apukámmal a kommunikáció az nehezen ment. Pont ezért jöttem rá, hogy az apa-fia kapcsolat vékony jégen táncol, általában a fiúk anyásak, az apák pedig sokszor, amit nem tudtak elérni az életükben, azt a fiúkba akarják erőltetni. Szerencsére nálam ez nem így történt, szerintem ezért is tudtam kimagasló eredményeket elérni a sportágban. Innen jött ez az ötlet, hogy egy apa-fia tábor jó lehetőség, hogy a szülő kicsit több időt töltsön a gyerekkel.

A hétköznapokban valóban sokszor leredukálódik a szülő-gyermek kapcsolat a gyerek gondozására, számonkérésére. A rohanó világban a rengeteg munka után a szülők sokszor kimerültek, fáradtak, így nem is csoda, hogy nem tud fókusz kerülni az együtt töltött minőségi időre. Egy ilyen tábor kiváló lehetőség arra, hogy a hétköznapok körforgásából kikerülve egy nagy közös élményben lehessen része a felnőtteknek és gyerekeknek egyaránt.

Nagyon köszönjük Kucsera Gábornak az értékes interjút és további sok sikert kívánunk!



HAVI AKTUÁLIS

drogkutató intézet

AZ OPIOID VÁLSÁG NYOMÁBAN

BOZSÓ DOROTTYA ÉS 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 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 Freidrich 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 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 abszurdumnak tűnik), hamarosan világossá vált, hogy a heroin erősebb függőséget okozó hatású, 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:

1. **Természetben előforduló opioidok:** ide sorolhatók a máknövény alkaloidjai (morfin, kodein), valamint az állati és emberi szervezetben termelődő úgynevezett endogén opioidok (enkefalin, endorfin, dinorfin).

2. **Félszintetikus morfinszármazékok:** a máknövény alkaloidjaiból kiindulva előállított származékok, melyek a természetben nem fordulnak elő (heroin).

3. **Szintetikus opioidok:** teljes egészében mesterséges módon előállított származékok, melyeknek a morfintól jelentősen eltérhet a kémiai szerkezetük[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 vényköteles 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 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

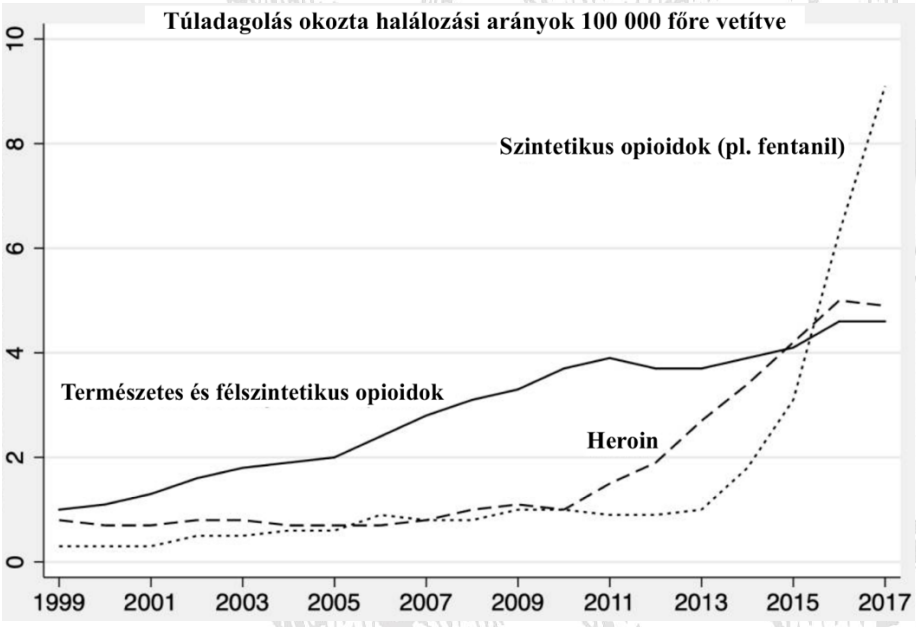
függőséget vagy mennyire hajlamos a visszaélésre. Az F.D.A. azonban egy szokatlan lépéssel jóváhagyta az OxyContin betegtájékoztatóját, amely bejelentette, hogy a gyógyszer biztonságosabb, mint a riválisfájdalomcsillapítók, mivel a szabadalmaztatott késleltetett felszívódási mechanizmus "vélhetően csökkenti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

Intézetünk elfogadhatatlannak tartja a Brit-Kolumbiában zajló dekriminalizációs eseményeket. 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 már jogi következmények nélkül, tizenéves fiatalok napi szinten használhatnak? 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? Szintén óriási 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. 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), Sankar Bandyopadhyay, 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

ÖSSZEFOGLALÓ A NÉMETORSZÁGI MARIHUÁNA-LEGALIZÁCIÓS TÖREKVÉS ELŐZMÉNYEIRŐL, MEGVALÓSULÁSÁRÓL, CÉLJAIRÓL ÉS NEMZETKÖZI JELENTŐSÉGÉRŐL

TÓTH ENIKŐ

Olaf Scholz kancellár szociáldemokratákból (SPD), szabaddemokratából (FDP) és a Zöldekből álló kormánykoalíciója (közlekedésilámpa-koalíció) júniusban ismét megerősítette a tavaly decemberben aláírt koalíciós megállapodásban tett fogadalmát, mely szerint az országban megvalósítja a marihuána legalizációját.

2022-2023 kiadott Magyar Drogfigyelő válogatott tanulmányai

A tervezett német legalizáció nagyobb szabadságot jelent, mint a más országokban már (Ausztria, Belgium, Csehország) bevezetett dekriminalizáció. Ez utóbbi esetén a rekreációs célból marihuánát fogyasztókat nem vonják büntetőjogi eljárás alá, viszont legtöbb esetben a növény termesztése, illetve az anyag árusítása már bűncselekménynek számít. A tervezett német szabályozás engedélyezné a kannabisz termesztését és az állam által szabályozott körülmények között való kereskedelmet is.

2021-ben más uniós tagállamok is megkezdték a rekreációs kannabiszra vonatkozó szakpolitikájuk kidolgozását. Az előző év decemberében Málta jogszabályt fogadott el az otthoni termesztésről és a saját célú használatáról, valamint a szabadidős célú nonprofit kommunális klubokról. Luxemburg az otthoni termesztés engedélyezését tervezi, de az Unión kívül Svájcban is politikai tárgyalások folynak a legális rekreációs célú kannabiszértékesítésről.

Miért foglalkoznak az európai államok ilyen mértékben egy illegális pszichoaktív szerrel?

1. Az EMCDDA éves jelentéseit fellapozva sokéves, szinte már egyértelmű tendencia, hogy a kannabisz az Európában leggyakrabban fogyasztott tiltott kábítószer. Közel 48 millió férfi és mintegy 31 millió nő számolt be arról - a látenciát nem foglalják magukba ezek a számok -, hogy használta már ezt az anyagot.

A becslések szerint az Európai Unióban a felnőttek (15 és 64 év közöttiek) 29 %-a, vagyis körülbelül 83,4 millió fő használt már tiltott kábítószert, köztük több férfi (50,5 millió), mint nő (33 millió), ebből az elmúlt évben a jelentések szerint több mint 22 millió európai felnőtt fogyasztott marihuánát.[1]

2. Befolyásolják az állami- és közgondolkodást a kannabisz felhasználásának új formái és az abban rejlő kereskedelmi lehetőségek, valamint a kenderben jelenlevő egyéb anyagokkal történő kísérletezések eredményei. Az elmúlt években egyre több kannabisz kivonatot tartalmazó fogyasztási cikk, kozmetikum, étrendkiegészítő jelenik meg a piacon, s ezek köre folyamatosan bővül.

3. A kender hétköznapi – nem tudatmódosító célú felhasználása mellett jelentős szerep jut a kannabisz és a kannabinoidok orvosi célú felhasználásának előmozdításának is, ami a legtöbb uniós tagállamban már jelenleg is valamilyen

formában engedélyezett. „A nemzeti megközelítések azonban jelentősen eltérnek a megengedett termékek és az alkalmazott szabályozási keretek tekintetében”.[1]

Ennek kapcsán viszont fontos megjegyezni, hogy a marihuána potenciális gyógyászati alkalmazása nem azt jelenti, hogy önmagában - az „utcán” elérhető formában, utcai adagolásban és az általános fogyasztási módokon – gyógyszer. Bizonyos betegségekben a marihuána egyes hatóanyagainak vannak kedvező hatásai: hányáscsökkentő, étvágygyerjesztő, illetve bizonyos krónikus fájdalmakat szintén hatásosan enyhít, valamint szerepe van a szorongás oldásában is, viszont mint minden más vegyület orvosi alkalmazását sokévnyi kutatómunka kell, hogy megelőzze. „Ennek fő oka, hogy a kutatók igyekeznek olyan hatóanyagot előállítani, amely tiszta formában alkalmazva, a lehető legkevesebb mellékhatással képes kifejteni a kívánt hatást”.[2] Ilyen kannabisz-hatóanyagú gyógyszer a Sativex is, melyről további információ ezen a linken érhető el.

4. A legalizációs érvelés negyedik, kiemelt indoka az ártalomcsökkentés. Az EMCDDA 2021. évi jelentésében külön kitér a szintetikus kannabinoidokkal, különösen az alacsony THC-tartalmú növényi és gyantatermékekkel hamisított kannabisz okozta nemzetközi problémára.
   „A szintetikus kannabinoidok a kannabisz pszichoaktív hatásaiért elsődlegesen felelős anyagok, a THC hatásait utánozzák, ám nagy hatáserősségűek és mérgezőek is lehetnek”.[1]
   Ez azt jelenti, hogy a fogyasztók természetes kannabiszt szándékoznak vásárolni, ami helyett egyre jellemzőbben alacsony THC-tartalmú, olcsó ipari kendert kapnak, a megfelelő hatás elérése érdekében – szintetikus kannabinoid porral „felütve”.
   Ezek a hamis hatóanyagok kifejezett veszélyt jelentenek a fogyasztók számára, mivel a hamis alapanyagok gyakran egyenlőtlenül oszlanak el a termékben, így akár egy adott (megszokott) adagban mérgező mennyiségben fordulhatnak elő. A nagy hatáserősségű szintetikus kannabinoidok intenzívebb mérgezést, valamint mentális, fizikai és viselkedési hatásokat okozhatnak, mint a kannabisz, emellett Európa szerte egyre több súlyos és halálos kimenetelű mérgezésről is beszámoltak.[1]
5. Végül pedig egy újabb statisztika 2021-ből, hogy „a 25 országból rendelkezésre álló adatok azt mutatják, hogy 2020-ban Európában mintegy 80 000 ember vett

igénybe speciális kábítószer-kezelést kannabiszhasználattal kapcsolatos problémák miatt, közülük mintegy 43 000 fő (szintén a kannabiszhasználat miatt) első alkalommal. A kannabisz az új kezelésben részesülők által leggyakrabban említett fő probléma, és Európában az első kezelésre jelentkezők 45 %-át érinti".[1]

Talán ez a legellentmondásosabb pont a legalizáció-pártiak számára, hiszen ezek a kezelések jellemzően állami finanszírozásból kerülnek megvalósításra, így tehát kiadást jelentenek az egészségügy számára. Hogyan szolgálná tehát a marihuána legalizálása a nemzetek érdekeit, ha éppen e szer fogyasztásából adódóan vesznek igénybe a használók gyógykezelést?

6. Erre a válasz jellemzően az, hogy a kannabisz legális, állam által szabályozott, felügyelt és megadóztatott kereskedelme (egyben a feketepiaci kereskedelem visszaszorítása) évente több milliárd eurós bevételt hozna az államháztartásnak – a befolyt pénzből pedig jelentős összeget fordítanának a fiataloknak szánt felvilágosításra, amelynek célja a droghasználat megelőzése, illetve az egészségügyi következményeinek felelős mérlegelése lenne.

   A fentiekből kitűnik, hogy a kannabiszra vonatkozó szakpolitikák és szabályozási válaszok megalkotása korántsem egyszerű feladat. Az unión belüli államok szabályozása is jelentősen eltér egymástól, sőt egy-egy adott nemzet kormányán belül is parázsviták alakulhatnak ki ezzel kapcsolatban.

A holland precedens

Jogosan merül fel bennünk a kérdés, hogy miért jelentek meg olyan cikkek, melyek szerint a németországi legalizációs törekvések jogi akadályok miatt elbukhatnak, ha Hollandiában coffee-shopokban 2006-ig bárki, azóta pedig a holland állampolgárok számára hozzáférhető a marihuána. Azonban ez nem jelent legális joggyakorlatot, mivel az Európai Unió Tanácsa 2004-ben egy kerethatározatban, minden tagállam számára egyértelműen meghatározta a kábítószer-kereskedelem területén alkalmazandó minimumszabályokat. Eszerint „minden tagállam meghozza a szükséges intézkedéseket annak érdekében, hogy a következő szándékos cselekmények – amennyiben azokat jogellenesen követték el – büntetendőek legyenek: a kábítószerek termelése, előállítása, kivonása, készítése, felajánlása, értékesítésre való felajánlása, forgalmazása, értékesítése, bármilyen feltétel mellett való szállítása, közvetítése, feladása, tranzitálása, fuvarozása, importálása vagy

exportálása.” Viszont ugyanitt találhatunk egy kivételt: a „leírt cselekmény nem tartozik e kerethatározat alkalmazási körébe, amennyiben az elkövetők azt kizárólag saját, személyes fogyasztásukra hajtják végre, a nemzeti jogban meghatározottak szerint”.[3]

Tehát Hollandia, mint EU tagállam, nem támogathatja a tiltott kábítószerek kereskedelmét – tehát a coffee-shopok a marihuánát (mint árut) legálisan nem szerezhetnék be, mert ahhoz részt kell vállalni a tiltott kereskedelemben, viszont itt van segítségükre a kitétel, hogy a nemzeti szabályozás kapott némi szabadságot. Ezáltal tudták kidolgozni „toleranciapolitikájuk” alapjait.

E politika különbséget tesz az elfogadhatatlannak ítélt „kemény” és a tolerált „könnyű” drogok között, másrészt a College van procureurs-generaal (a főügyészi kollégium) által kiadott utasításoknak megfelelően „az illetékes hatóságok így az eljárások célszerűségének elvére támaszkodtak a szelektív bűnüldözési politika folytatása céljából. A büntetőeljárások hatékonysága érdekében a kannabisz árusítása – szigorúan korlátozott mennyiségben és ellenőrzött körülmények között – megengedett, és így továbbra is a veszélyesebbnek tekintett egyéb bűncselekmények felszámolása élvez prioritást”.[4]

A toleranciapolitika vonatkozik a coffee-shopok létesítésére és üzemeltetésére is, amit a helyi hatóságok csak bizonyos feltételek betartása esetén engedélyezhetnek.

„Azokat a feltételeket, amelyek mellett a kannabisz coffee-shopokban történő értékesítése megtűrt lehet, nemzeti szinten az Openbaar Ministerie (ügyészség) utasításai határozzák meg. E feltételek, közismert nevükön az „AHOJG-kritériumok” (a továbbiakban: AHOJG-kritériumok) a következők:

A (affichering): a kábítószer nem reklámozható; H (harddrugs): semmilyen kemény drog nem árusítható; O (overlast): a coffee-shop nem járhat a környéken lakók nyugalmának zavarásával; J (jeugdigen): kiskorúak (18 éven aluliak) számára tilos a kábítószer árusítása és a helyiségek látogatása; G (grote hoeveelheden): ügyletenként és személyenként 5 grammot meghaladó mennyiség nem árusítható. Ezenfelül a toleranciapolitika révén megtűrt coffee-shopok készlete (handelsvoorraad) nem haladhatja meg az 500 gramm mennyiséget”.[4]

Holland nehézségek

Mivel az országban régóta - az 1970-es évektől – az EU-ban elsőként legálisan hozzáférhető a marihuána, így nem csoda, hogy sok turistát vonzott ide a kannabisz nyújtotta élvezet elérhetősége.

Ez a turizmus viszont nem mindig jelent örömet az adott város lakóinak, sőt a határ menti városok lakóit kifejezetten megterhelte az éjszakai élettel járó hangzavar, a közbiztonság és a szubjektív biztonságérzet csökkenése, valamint a szemét és felfordulás.

Ennek következtében a maastrichti önkormányzat olyan politikát fogadott el, amely szigorítja a coffee-shopok üzemeltetésének szabályozását és maximalizálta a számukat tizennégyben. Emellett a képviselőtestület a kábítószer-turizmus csökkentése, illetőleg megakadályozása érdekében 2006 januárjától a marihuánát árusító létesítmények üzemeltetője csak a belföldi lakosok számára engedheti meg a belépést és az ott-tartózkodást. Belföldi lakos - a rendelet szerint - Hollandiában ténylegesen lakóhellyel rendelkező személyt jelent.[4]

Ez utóbbi szabály bevezetése olyan szabadságjogi és diszkriminációra hivatkozó vitákat eredményezett, melyek egészen az Európai Bíróságig jutottak. Az ítélet, pedig megerősíti az Unió kábítószer-kereskedelemmel kapcsolatos határozott állásfoglalását: „a szolgáltatásnyújtás szabadsága és az egyéb szabadságjogokra való hivatkozás nem írhatja felül a kábítószer elleni küzdelem melletti érdekeket”.[4]

Mivel Hollandia azóta is a tolerancia politikát alkalmazza, így a kannabisszal kapcsolatos szabályozások még mindig nem egyértelműek, így nincs kizárva, hogy az ezzel összefüggő jogérvényesítés továbbra is akadályokba ütközzön.

Honnan indul tehát Németország? – jogi buktatók

Az Unió számára egy létező tendenciát „tolerálni” egy nemzet esetében talán könnyebb, mint egy teljesen új metódus bevezetését engedélyezni. Németországnak tehát a marihuána legális fogyasztását illetően azonban nincs múltja, tehát kétségtelenül új utat kell választania.

A „maastrichti precedens”[4] ítéletből kitűnik, hogy 2010-ben az EU még határozottan tette le voksát a kábítószer elleni küzdelem mellett, azóta ugyan eltelt 12 év, változott a világ és sok ország fellépett a dekriminalizáció és a legalizáció igényével. A jelenlegi német koalíció azonban nem elégszik meg egy viszonylagos szabályozással, teljes legalizációt kíván, az állam által biztosított saját termesztést, saját kereskedelmet a rekreációs használattal összefüggésben. Ennek kidolgozása nem kis feladat, pláne úgy, hogy jó néhány EU-s tagállam is érdeklődve figyeli a fejleményeket, akiknek eddigi szabályozására hatással lehet a német modell.

Felmerül a kérdés, hogy a németek milyen forrásból kívánják beszerezni a rekreációs célra szánt kannabiszt. Logikusnak tűnik a megoldás, hogy azt régi kannabisztermelő országokból (mint például Marokkó és Libanon) importálják, ahogyan az orvosi célra szánt marihuána 85%-át is. Ám míg az orvosi felhasználású anyag importja nemzetközileg elfogadott, a szabadidősé az EU rendelkezéseivel és az ENSZ 1965. évi 4. kábítószerrel kapcsolatos törvényerejű rendeletével is szembe megy. [9]

Burkhard Blienert, az SPD politikusa szerint az ENSZ 1960-as években született egyezménye – mely szerint a marihuánát szigorúan üldözni szükséges – már elavult, így az évtizedek változásaira való tekintettel újraértelmezése indokolt. Az ENSZ nemzetközi kábítószer-ellenőrzési egyezményeinek végrehajtását felügyelő ellenőrző szerv, a Nemzetközi Kábítószer-ellenőrzési Testület (INCB) nemrég módosította a szövetség állásfoglalását, hogy „azok az intézkedések, melyek kis mennyiségű kábítószer személyes használatának és birtoklásának dekriminalizálására irányulnak, nem sértik az ENSZ kábítószerügyi egyezményeinek rendelkezéseit”. [5]

E változtatás azonban továbbra sem foglalja magában a – Németországban megvalósítani kívánt – teljes legalizáció támogatását, azaz a kannabisz külföldi beszerzése és termesztése is, továbbra is az egyezmények előírásaiba ütközne.[5] A szövetségi kormány idén őszre tervezi a legalizációs csomag részleteinek bemutatását, az azonban sejthető, hogy sikerült egy olyan jogi „kiskaput” találniuk, amely a 2004-es EU-s saját nemzeti jogra való hivatkozásán alapul – csakúgy, mint a holland helyzet, másrészt az „amennyiben jogellenesen követik el” kitételre alapoz, tehát, ha a saját nemzeti joguk nem tartja többé jogellenesnek a kannabisz kereskedelmét és fogyasztását, akkor a kerethatározat sem vonatkoztatható rá. [6]

Németország nemzetközi felelőssége

Ha a legalizációs törvénykezéshez magát az Unió kerethatározatát használják fel, az valószínűleg hatással lesz a többi EU tagállam kábítószerrel kapcsolatos szabályozására is, hiszen más országokban is megoldást keresnek az illegális kábítószer-fogyasztás megoldására.

Franciaországban a felnőttek körében történő illegális kannabiszhasználat elképesztően magas: 44,8 % -os[1], így ha a német kormány úttörőként elindul ezen az úton, a többi tagállamnak kész, kidolgozott modellt nyújthat a legalizációt illetően.

Célkitűzések

A németországi legalizáció belföldi megvalósulása is igen összetett, ugyan leginkább az Egészségügyi Minisztériumot érinti, de gyakorlatilag „minden tárca működési területén adódnak idevonatkozó ügyek” [5], amelyek szabályozásra szorulnak. Burkhard Blienert a marihuána legalizálásának előkészítésével megbízott szövetségi biztos kijelentése szerint „a szükséges intézkedések átívelnek a mezőgazdaságon, az ifjúságvédelmen, a rendőrségen, és nem érnek véget az adózással kapcsolatos kérdéseknél”.[5]

A **közlekedésilámpa-koalíció** közleményében egyértelműen kifejezi, hogy a legalázáció egyik fő célja, hogy „megakadályozza a szennyezett anyagok továbbadását, és biztosítsa a kiskorúak védelmét”.[7]

A megállapodás döntő pontja az engedéllyel rendelkező üzletek létesítése, amelyeknek meg kell felelniük a minőségi előírásoknak, valamint felelősséget kell vállalniuk, hogy csak felnőttek részére árusítanak.

Szintén az üzletek létrehozásában látja a kormány kannabisz feketepiacának felszámolását, hiszen amíg ez nem megoldott addig a kábítószerek nem ellenőrzött minőségben és szabadon hozzáférhetők a gyerekek és fiatalok számára is.

A Zöldek társfőnöke, Robert Habeck azzal érvelt a legalizáció mellett, hogy a kannabiszpiac megadóztatása „elég bevételt adna az államnak ahhoz, hogy elegendő oktatási és prevenciós kampányt lehessen folytatni".[7]

Egy másik felhozott érv a rendőrség és az ügyészség tehermentesítése, mivel a marihuánafogyasztás jelenleg bűncselekmény a hatóságok kötelesek az eljárások lefolytatására. Németországban ez nem csekély mennyiség, hiszen napjainkban átlagosan minden harmadik percben a rendőrség vagy az igazságszolgáltatás hatókörébe kerül egy kannabiszfogyasztó .[5]

A fogyasztók számára ugyan megkönnyebbülést jelentene, hogy nem vonják őket eljárás alá, viszont a tapasztalat azt mutatja, hogy a feketepiac kiszorítása más országokban sem valósult meg, ahol államilag biztosított a kannabisz fogyasztása. Uruguayban például 2013 óta legális a marihuána, de a fogyasztók 70%-a még mindig a feketepiacon vásárol, Kaliforniában a legális kereskedelem képtelen felvenni a versenyt az illegális árusokkal,[8] Kanadában pedig, ugyan sok kábítószer-kereskedő profilt váltott és keményebb drogokkal üzletel, mégsem maradt el teljesen a fogyasztók érdeklődése a feketepiacon vásárolható kannabisz iránt.

Összefoglalva az FDP szerint, ha a kannabiszt a cigarettához hasonló módon adóztatnák, évente akár egymilliárd eurós bevételre is számíthatna a kormány[7], viszont a német kannabisziparág azt szeretné elérni, hogy az állam grammonként 10 eurónál ne vessen ki magasabb adót a szerre, mert az továbbra is az illegális kereskedők malmára hajtaná a vizet.[8]

További „passzív” jövedelmet jelentene az állam számára a büntetőeljárások megszüntetése, valamint a kannabisszal kapcsolatban a német kenderszövetség 27 ezer új munkahely létesítésének bevételével számolt. Így a becslések szerint a legalizáció akár 4,7 milliárd eurónyi előnyt jelentene a német államnak.

Egyéb megfontolások

Érdekes, hogy a legtöbb érv a németországi legalizáció mellett csupán gazdasági. Ezeket követik az olyan egészségügyi megfontolások, amelyek az ártalomcsökkentésre irányulnak, például a használók "tisztább” anyaghoz jutása. A szabadságjogokra való hivatkozás – amit a legtöbb civil szervezet hangsúlyoz elveszett az intézkedések indoklásai között. Ennek oka lehet, hogy a legalizáció erre alapuló keretszabályozása az Unió felé kevésbé kommunikálható a már említett maastrichti precedens miatt, melynek ítélete külön hangsúlyozza, hogy „a

szolgáltatásnyújtás szabadsága és az egyéb szabadságjogokra való hivatkozás nem írhatja felül a kábítószer elleni küzdelem melletti érdekeket”.[4]

Valószínűleg veszélyes is lenne ilyen szinten a szabad önrendelkezésre hivatkozni, hiszen akkor mi a helyzet a szabadsággal, ha az egyén a marihuánán kívül egyéb illegális kábítószert is kíván fogyasztani?

Az állam működésének elengedhetetlen feltétele az egészséges, megújuló társadalom, melynek minősége és összetétele az egyénektől függ, így az egyén önpusztító magatartásának támogatása az állam részéről alapvetően ésszerűtlen.

Példaként hozhatóak a piacon legálisan beszerezhető drogok is, mint a cigaretta, gyógyszerek és az alkohol, melyeknek mértéktelen fogyasztása szintén számos negatív közegészségügyi (és egyéb) következménnyel járhat. Azonban, ahogyan az USA-ban bevezetett „szesztilalom is bizonyította, hogy a drogokkal kapcsolatos társadalmi problémák pusztán törvényi eszközökkel nem orvosolhatók.” [10]

Tehát akár legális, akár illegális droghasználatról beszélünk, fontos szempont, hogy mindez az egyén döntésén alapul, és mint ahogyan az állam az öngyilkosságot sem tudja közvetlenül megakadályozni, így csupán közvetett beavatkozásra van lehetősége. Minden szabályozásnak az egyén testi és pszichés egészségét kell céloznia és támogatnia, tekintetbe véve azt, hogy nem dönthet helyette.

Burkhardt Bienert, a kábítószerekkel foglalkozó német biztos is megjegyezte, a piac szabályozásával kívánják a serdülők intenzív kannabiszhasználatba kezdését megakadályozni, hogy ne ismételjék meg az „alkohollal elkövetett hibákat".[8] Így viszont felmerül a kérdés, hogy nem lenne-e ésszerűbb megpróbálni rendezni a már legális drogokkal kapcsolatban felmerült problémákat, hogy később egy kipróbált és bevált modellt alkalmazhassanak a marihuánával összefüggésben is.

Daniela Ludwig (CSU) a jelenleg még megbízását töltő szövetségi kábítószer-biztos a marihuána okozta pszichózisra, más pszichés- és egészségügyi károsodás veszélyére hívta fel a kormány figyelmét, hiszen szakértők szerint 20 éves korban még nem fejeződik be a központi idegrendszer és az agy érése. Ebből fakadóan pedig a „felnőttek” részére történő legális árusítás korhatára átgondolásra szorul.

Minél korábban, gyakrabban és intenzívebben fogyasztanak a fiatalok kannabiszt, annál nagyobb a kockázata annak, hogy a szer pszichózist vagy skizofréniát okoz. A kannabiszt használó serdülőknek nagyobb valószínűséggel vannak tanulási nehézségei az iskolában, és emiatt gyakrabban esnek ki az oktatásból.

A rövid ideig tartó bódító érzés mellett a kannabisz csökkenti az éberséget és korlátozza a pszichomotoros készségeket, vagyis a mentális folyamatok által befolyásolt mozgásokat, mint a járás és a beszéd. Ezáltal növekszik a munkahelyi és közlekedési balesetek kockázata.

Ezenkívül a krónikus kannabiszhasználat növeli az egyéb betegségek, például a légúti megbetegedések és a hererák valószínűségét is. [7]

„Az állam – funkciójából eredően – köteles gondoskodni polgárairól, így mind a szerhasználattal közvetlen összefüggésben, mind pedig a közvetetten egészségügyi károsodásokat szenvedő személyek ellátásáról intézkedni kell”.[7]

Ez azt jelenti, hogy míg az egyik oldalon jelentős adóbevételre és a bűnügyi költségek megspórolására számít a koalíciós kormány, addig a másik oldalon jelentős egészségügyi kiadások keletkeznének, amelyek egyébként (feltehetőleg) nem terhelnék a közös vagyont.[10]

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/2022.2419_HU_02_wm.pdf
2. József, Haller (2021). A kannabisz gyógyászati felhasználásának dilemmái, előadás. https://drogkutato.hu/cikkek/a-kannabisz-gyogyaszati-felhasznalasanak-dilemmai-eloadasunk-a-muveszetek-volgyen/
3. Az Európai Unió Tanácsának 2004/757/IB kerethatározata a tiltott kábítószer-kereskedelem területén a bűncselekmények tényállási elemeire és a büntetésekre vonatkozó minimumszabályok megállapításáról https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:32004F0757&from=EN
4. BÍRÓSÁG ÍTÉLETE (2010). A C-137/09. sz. ügyben. https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf;jsessionid=FC1B39DDECEBF3FB1C7C964A99FFB4C6?text=&docid=79389&pageIndex=0&doclang=HU&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=136295
5. https://hvg.hu/elet/20220827_A_marihuana_teljes_koru_legalizalasara_keszul_Nemetorszag
6. https://precedens.mandiner.hu/cikk/20220111_eu_nemetorszag_kannabisz_legalizacio
7. https://www.zdf.de/nachrichten/politik/cannabis-legalisierung-ampel-100.html
8. https://infostart.hu/kulfold/2022/07/03/ensz-egyezmenyt-is-erint-a-kannabisz-nemet-legalizalasa#
9. 1965. évi 4. törvényerejű rendelet a New-Yorkban, 1961. március 30-án kelt Egységes Kábítószer Egyezmény kihirdetéséről, https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=96500004.tvr
10. Ákos, Erdős (2015). Droghelyzet: tiltás kontra legalizáció. Magyar Rendészet 2015/3. 11-26.

SZIGOR ÉS KÖVETKEZETESSÉG: EREDMÉNYES DROGPOLITIKA IZLANDON

DR. MOLNÁR ISTVÁN JENŐ

A prevenciós politikák és stratégiák – legyen az bűn–, baleset- vagy éppen drogmegelőzés – nagy kérdése, hogy milyen eszközökkel érjük el a kívánt hatást. Abban szinte valamennyi szakértő véleménye megegyezik, hogy az elrettentésen alapuló felvilágosító-tájékoztató előadások és önmagában a tiltás korszaka lejárt. De akkor mi vezethet mégis eredményre? Úgy tűnik Izlandon tudják! De vajon mi áll az izlandi csoda hátterében? Cikkünkben bemutatjuk a Planet Youth elnevezésű kezdeményezést, s annak egyedülálló eredményeit.

Izland, a biztonság szigete

Az Atlanti-óceán északi részén fekvő, alig több, mint 370.000 lakossal rendelkező sziget a Global Organized Crime Index 193 országot magába foglaló 2021-es listáján a 166. helyet foglalja el. A 10-es skálát alkalmazó indexen elért 3.39-es pontszám (criminal score) azt jelenti, hogy **165 másik országnál is biztonságosabb a vizsgált szempontok alapján**. *(Megjegyzés: hazánk ezen a listán a 122. helyen végzett,*

megelőzve többek között Svédországot /116. hely/, Hollandiát /107. hely/, Németországot /95. hely/, vagy éppen Franciaországot /59. hely/, összesen 24 országot maga mögé utasítva a 44 európai országból.)

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

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

Ugyanakkor egy másik mutató szerint Izland ténylegesen is a legbiztonságosabb ország. A **Global Peace Index** 2022-es adatai **szerint a szigetország e lista 163 országa közül az 1. helyen végzett**, 1,11 pontot elérve az 5-ös skálán, ahol minél kevesebb pontot ér el egy nemzet, annál „békésebbnek" ítéltetik meg.

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

A biztonságért tenni kell

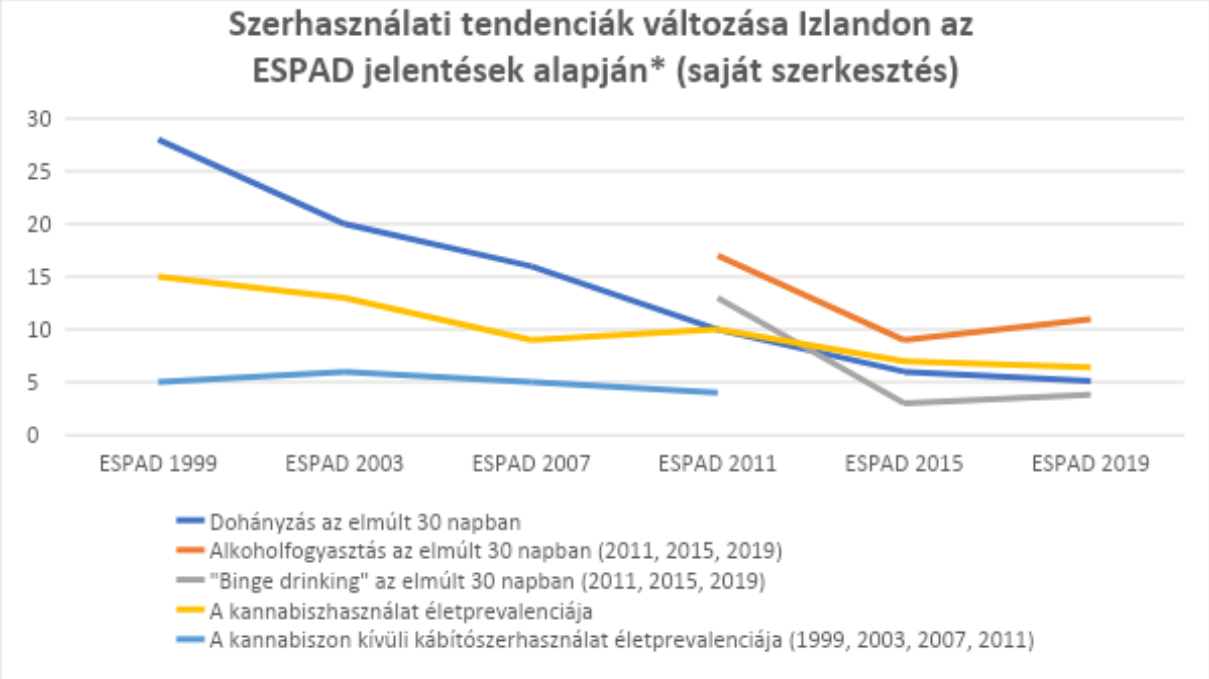
Izland nem magától lett biztonságos ország, a '90-es években komoly kihívásokkal küzdöttek. A problémák középpontjában a fiatalok kábítószer- és alkoholfogyasztása állt. A **European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)** 1995-ben készült jelentése szerint a megkérdezett fiatalok 72%-a fogyasztott alkoholt,

60%-a volt részeg az elmúlt egy évben, 61%-a próbálta már a dohányzást, 10%-a pedig használt már marihuánát[1]. Egy amerikai pszichológus, Harvey B. Milkman egy tanulmányában ekképp fogalmaz: „*a '90-es évek végén péntek és szombat esténként mindennapos volt, hogy részeg tinédzserek hordáit figyelték meg, akik Reykjavik utcáit csőcselékszerű mulatozással szennyezték be*”[2].

Ezek az eredmények és tapasztalások az Izlandi társadalmat és az izlandi parlament, az Alþingi képviselőit is sokkolták, így cselekvésre szánták el magukat. Az 1995-ös ESPAD jelentést követően a serdülőkori szerhasználat riasztó arányaira reagálva, valamint az izlandi kormány és a reykjavíki városi tanács által szponzorált finanszírozás segítségével politikai döntéshozók és közigazgatási vezetők, választott tisztségviselők és társadalomtudósok egy csoportja 1997-ben összeült, hogy új ötleteket vizsgáljon a szerhasználat megelőzésének egy másfajta, alulról felfelé irányuló, együttműködésen alapuló megközelítésének elindítására, amely azóta Izlandi Megelőzési Modell (Icelandic Prevention Modell, a továbbiakban: IPM) néven vált ismertté[3]. A modell komplex módon kezeli az alkohol-, dohányzás- és kábítószerfogyasztás problémaköreit. Az akciótervként kezelt modell egyik projektjeként hirdették meg a Drogmentes Izland (Drug-free Iceland) elnevezésű kezdeményezést. Bár az elnevezés sok kritikát kapott, mondván a drogmentesség elérése életszerűtlen és megvalósíthatatlan, az izlandi vezetés kitartott mellette, **azzal az indokkal, hogy az egész társadalom mozgósítása és országos szintű konszenzus csak ilyen ambiciózus cél kitűzésével érhető el. Továbbá ez az egyetlen cél, amely a kábítószerprevenció soha véget nem érő harcában folyamatos cselekvésre ösztönöz**[4].

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

Érdekesség, hogy prevenciós törekvések korábban is voltak az országban, ezt megelőzően azonban Izland sok éven át a hagyományos módszereket alkalmazta a kábítószer-használat elsődleges megelőzésére, nevezetesen az egyéni, iskolai oktató-nevelő programokat, amelyek célja a fiatalok nevelése vagy elvezetése a szerhasználat megkezdésétől. **Úgy tűnik, nem ez a járandó út, a jelenlegi projekt nem tartalmaz direkt drogprevenciós-felvilágosító előadásokat**. Ezzel kapcsolatosan Jón Sigfússon, a Planet Youth kezdeményezés igazgatótanácsának elnöke egyszer úgy fogalmazott: „***Nem szabad a gyerekeket felelőssé tenni a saját egészségükért, ez a mi felelősségünk***”[6].



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

Az Izlandi Prevenciós Modell, avagy a Planet Youth kezdeményezés

Az izlandi prevenciós sikerekről számtalan tudományos publikációban és még több cikkben számoltak be az elmúlt, most már több, mint 20 évben. Mindenki csodáról beszél, ugyanakkor meglepő vagy novumként értékelhető célkitűzéssel és utóbbiból eredeztethető intézkedéssel szinte nem is találkozik az IPM tanulmányozója. Az IPM

és annak nemzetközivé váló Planet Youth változata Kristjansson és szerzőtársai által írt publikáció alapján **öt vezérelv köré szerveződik**:

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

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

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

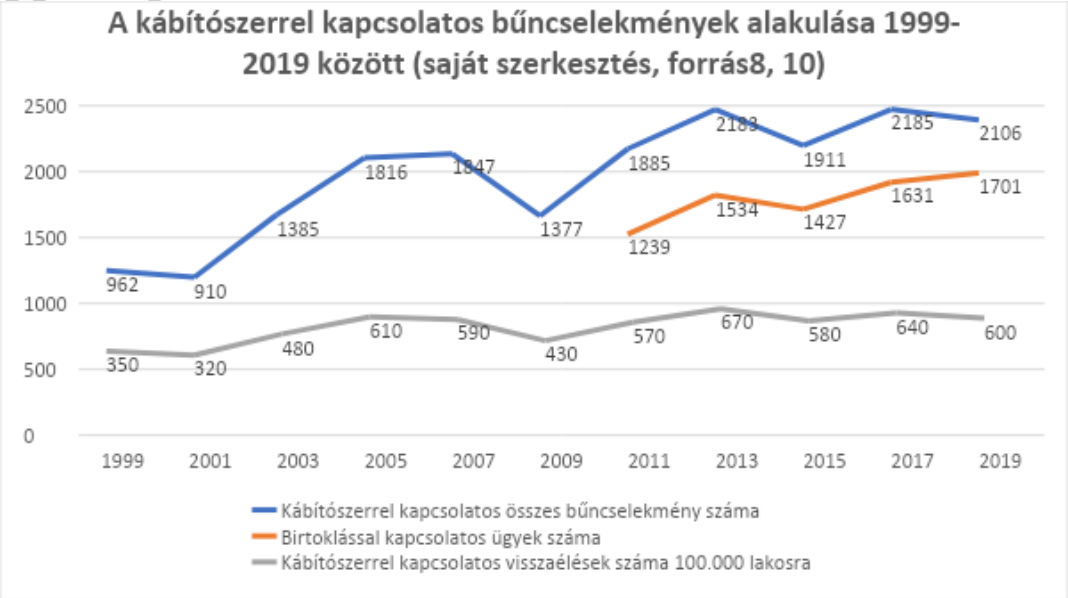
Milyen valós intézkedéseket foglal magába a modell és a folyamat?

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

Szigor és tiltás

A tiltásnak Izlandon és úgy általában a skandináv országokban komoly múltja és hagyománya van[8]. Izland szigorú szabályokkal tiltotta az alkohol fogyasztását már a XX. század elejétől. Az 1915-ben elfogadott törvény tulajdonképpen 1989. március 1-jéig hatályban volt (Beer Day), azáltal, hogy a sör fogyasztását egészen eddig a napig nem engedélyezte állampolgárai számára. A tilalom eredetileg minden alkoholra vonatkozott, de 1922-től legalizálták a bort, 1935-ben pedig valamennyi alkoholtartalmú italt elérhetővé tettek, kivéve a 2,25%-nál magasabb alkoholtartalmú sört[9].

Ez a restriktív szemlélet a mai napig érvényesül a kábítószerekkel kapcsolatos jogsértések területén is, így a kábítószerekkel kapcsolatos valamennyi tevékenység, legyen az fogyasztás, birtoklás, tartás vagy kereskedelem büntetőjogi szankciókat von maga után. A kiszabható szabadságvesztés maximumát még 2021-ben is felfelé módosították[8].



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

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

A kábítószer birtoklásáért kiszabott minimális bírság összege kannabisz esetében 2021-es adatok alapján körülbelül 350 euró, ecstasy és kokain esetében pedig ennél magasabb. Ha a lefoglalt kannabisz mennyisége 10 gramm, a bírság körülbelül 650 euró körüli összeg.

Szigorúan jártak el ugyanakkor hétköznapibb esetek vonatkozásában is. **Az IPM egyik meghökkentő és egyben radikális eleme volt a fiatalokat érintő kijárási tilalom. Ma is hatályban lévő törvényben tiltották meg a 13 és 16 év közötti fiatalok számára, hogy a téli időszakban 22.00, a nyári időszakban éjfél után kint tartózkodjanak[11].**

Fókuszban a család

A tiltó rendelkezések széles palettája mellett a fókusz az első számú vezérelv (lásd: itt) alapján a családra helyeződött. A korábban már idézett Sigfússon így vélekedik: „*A szülők jelentik a legnagyobb preventív faktort a gyermekek életében*”[6]. Ismét törvényi rendelkezés alapján az iskoláknak kötelezettségként jelent meg a családokkal történő szorosabb kapcsolattartás, a szülői közösségek építése. **A szülőket arra biztatták, hogy vegyenek részt olyan beszélgetéseken, amelyek arról szóltak, hogy az alkalmankénti minőségi idő helyett fontosabb, hogy sok időt töltsenek gyermekeikkel**. Beszéljenek gyermekeikkel az életükről, tudják meg, kikkel barátkoznak és gondoskodjanak arról, hogy otthon tartsák gyermekeiket esténként a kijárási tilalomnak megfelelően[11].

Emellett Izlandon a szülők aláírnak egy **"szülői szerződést"**, amely a szülők és a gyermekek számára egyaránt meghatározza az együtt töltött időre vonatkozó szabályokat, a gyermekek alkohol- és drogfogyasztására vonatkozó kikötéseket, valamint azt, hogy a gyermekeknek mikor kell otthon lenniük[6].

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

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

NE CSINÁLJ ROSSZ ÜZLETET!

Alkohol vásárlása tinédzserek számára illegális és büntetendő!

NE CSINÁLJ ROSSZ ÜZLETET!

A tinédzserek világos üzeneteket akarnak – ne vegyünk nekik alkoholt!

NE CSINÁLJ ROSSZ ÜZLETET!

Az ittas tinédzserek veszélyben vannak![13]

Kulcs: a szabadidő hasznos eltöltése

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

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

E kezdeményezés igényelte talán a legtöbb forrást. Nem véletlen, hogy Reykjavík városában a tanács költségvetésének 7%-át fordítják ifjúsági tevékenységekre. A város úgy tekint erre a pénzre, mint a fiatalokba való befektetésre, és hosszú távon pénzt takarít meg. Ahhoz, hogy a tevékenységek preventív jellegűek legyenek, szervezettnek és magas színvonalúnak kell lenniük[6].

A forrásokat mindenféle sportpályák, szabadidős központok kialakítására fordították, abból a megfontolásból, hogy a sokszínű foglalkozások képesek biztosítani a gyermekek megfelelő agyi fejlődését.

Az ötlet az volt, hogy ezek a különböző órák sokféle változtatást idézhetnek elő és biztosíthatnak a gyerekek agyban lejátszódó kémiai folyamataiban, és megadhatják nekik azt, amire szükségük van ahhoz, hogy jobban megbirkózzanak az élettel: egyesek olyan élményre vágyhatnak, amely segíthet csökkenteni a szorongást, mások pedig „pörgésre" vágynak[11].

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

ami gyermekenként évi 35.000 koronát (~90.000 Ft) ad a családoknak a szabadidős tevékenységek kifizetésére[11].

Összegzés

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

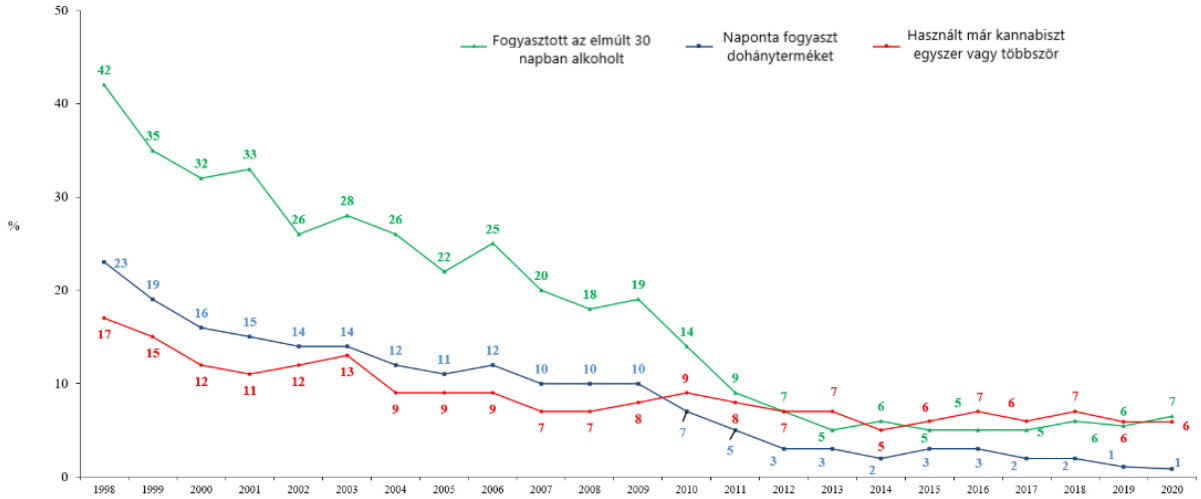
Ne feledjük ugyanakkor, hogy az Izlandi modell **bizonyíték-alapú (evidence-based) kutatások eredményeire támaszkodik.** A vizsgálatok egyértelműen kimutatták, hogy a szigetország fogyasztóinak túlnyomó többsége „hétköznapi" ember, aki semmilyen szempontból nem „hátrányos helyzetű", s akinek nincsenek a szerhasználatot, mint "traumagyógyító" megoldást kikényszerítő bio-pszicho-szociokulturális problémái.

Az izlandi fogyasztók zöme valódi alkalmi-élvezeti fogyasztó. E fogyasztók azzal a cselekedetükkel, hogy tudatosan és szándékosan tiltott szert használnak a hétvégi szórakozáshoz, rekreációjukhoz[8], **veszélyeztetik a teljes közösség értékrendjét átható célkitűzések elérését, keresletet generálnak, mellyel életben tartják a szervezett bűnözéshez megannyi szálon kapcsolódó terjesztést, így igenis vállalniuk kell a felelősséget.**

Ennek ellenére még a hírhedten szigorú izlandi hozzáállás is lazult, 2018 óta már nem kerülnek bűnügyi nyilvántartásba azok, akik 100.000 korona alatti bírságot kapnak[8]. Egyre több olyan módszerrel is bővítik a prevenciós eszköztárat, melyek jelzik, hogy a kábítószer probléma büntetőpolitikai és közegészségügyi szemüvegen keresztül együttesen tekintenek (pl. egészségügyi állomások).

Az izlandi modell eredményei

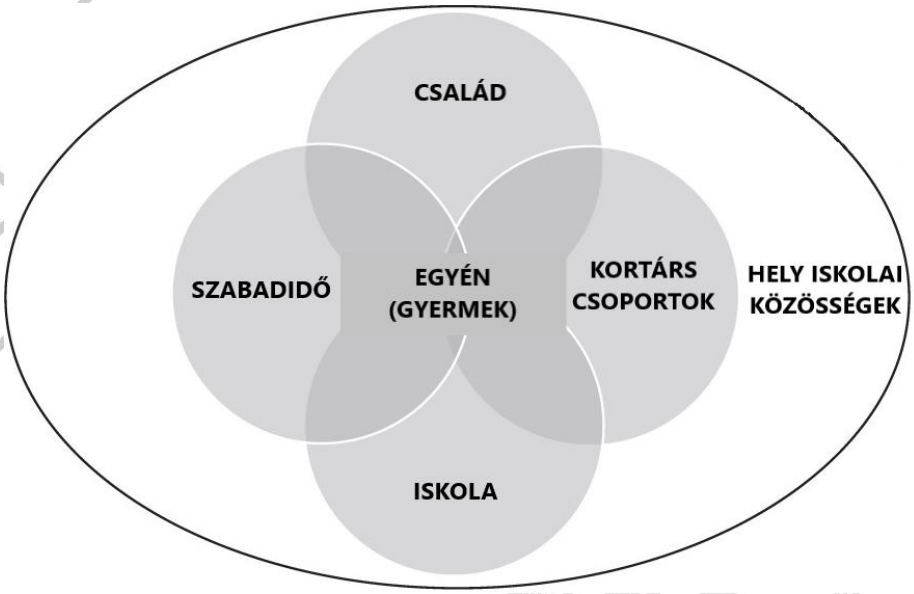
A legmagasabb és a legalacsonyabb kábítószerhasználati arány a 15-16 éves tanulók körében



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

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

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a sikeres drogpolitika minden esetben a legveszélyeztetettebb társadalmi csoportra, azaz a gyerekekre irányítja a figyelmet. Ebben a figyelemben helyet kell kapjon a család, az iskola és a kortársak, valamint a fiatalokhoz csatornát biztosító tevékenységek összessége. Legyen az sport, művészet, zene, bármi, amelynek révén gyermekeink személyes kompetenciái, reziliencia- és megküzdési képességei fejlődhetnek.



Az Izlandi Prevenciós Modell pillérei[3]

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

FELHASZNÁLT IRODALOM

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Inga Dóra Sigfúsdóttir, Thorolfur Thorlindsson, Álfgeir Logi Kristjánsson, Kathleen M. Roe, John P. Allegrante, Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model, Health Promotion International, 2009, Volume 24, Issue 1, Pages 16–25, DOI: https://doi.org/10.1093/heapro/dan038

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

INTERNETES HIVATKOZÁSOK

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

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

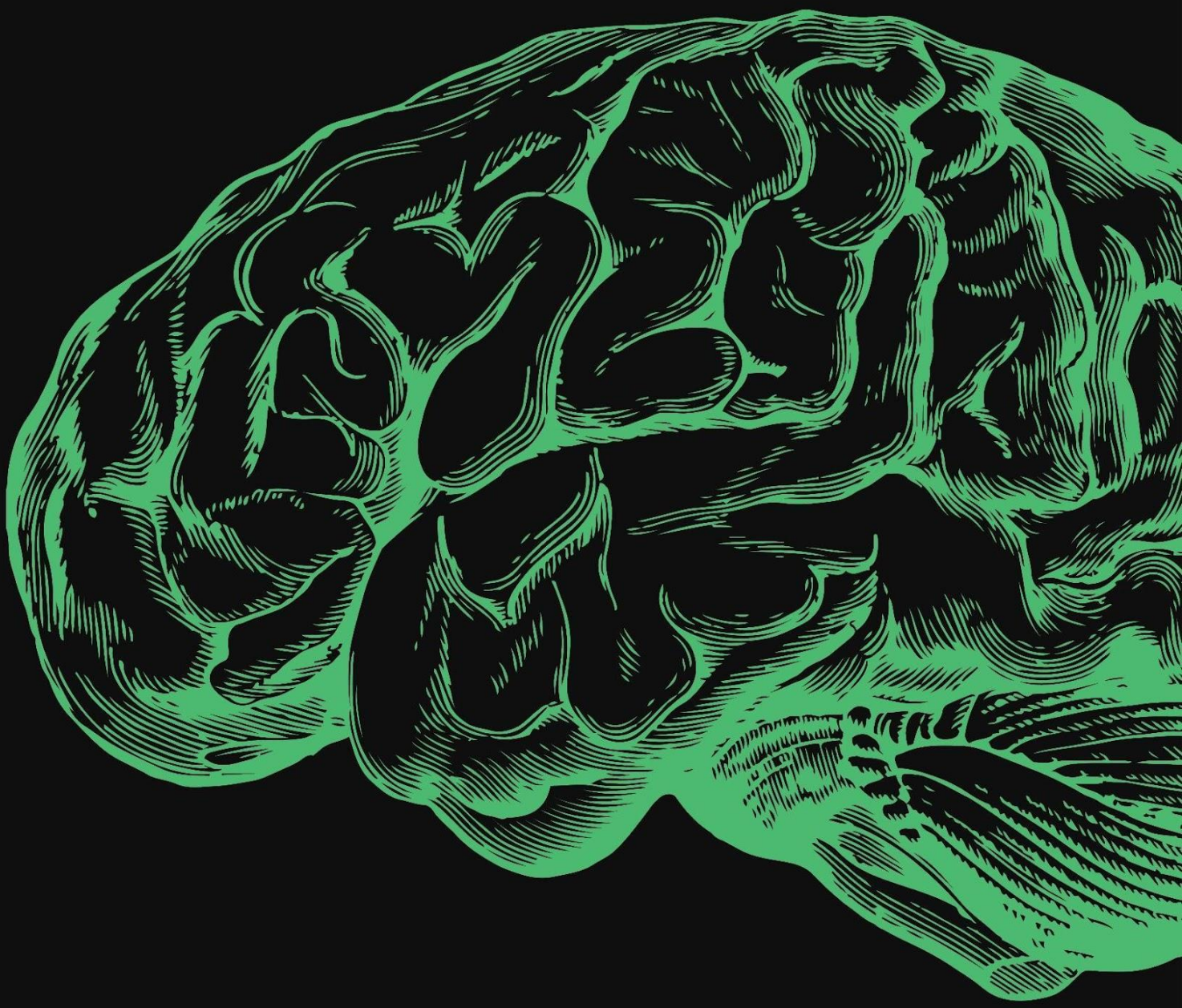
C. The Atlantic: How Iceland Got Teens to Say No to Drugs - https://www.theatlantic.com/health/archive/2017/01/teens-drugs-iceland/513668/ (letöltés ideje: 2023. január 10.)

EGYÉB INTERNETES HIVATKOZÁSOK

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

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

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



DROGMONITOR

drogkutató intézet

CSODASZER VAGY VESZÉLYES DROG? – A JANUS-ARCÚ MARIHUÁNA

DR. SZABÓ ÍRISZ

Rengeteg anekdota és közhiedelem kering a kannabisz használatával kapcsolatban mind a kannabisz gyógyhatásaiban kételkedő, mind pedig a kannabiszt, mint csodaszert számontartó oldalon. A jelenlegi tanulmány célja a kannabisz használat lehetséges pozitív és negatív következményeinek a bemutatása, amely lehetővé teszi mindkét oldal számára a kannabisz hatásainak árnyaltabb megítélését.

A marihuána az egyik leggyakrabban használt drog világszerte, ez valószínűleg annak a közvélekedésnek köszönhető, hogy a kannabisznak van a legkevesebb mellékhatása és hosszú távú következménye más drogokhoz képest. A kannabisz és származékainak használata az egyre terjedő legalizáció miatt megnövekedett az elmúlt néhány évben1,2,3. Noha a marihuána gyógyászati célú felhasználásának a kísérletek alapján úgy tűnik valóban van létjogosultsága, és a kezelhető betegségek közül sokat tárgyalunk majd ebben a tanulmányban is, fogyasztása nagyszámú mellékhatással jár. Jelenleg a kannabiszfogyasztás biztonságosságát és hatásosságát intenzíven tanulmányozzák. A marihuánahasználat szabadelvű

felfogása és legalizálása a kannabisz rendszeres használatával kapcsolatos kockázatok figyelembevételének csökkenéséhez vezethet, leginkább a fiatalok körében. 2012 és 2018 között a középiskolások körében csökkent a marihuána alkalmi használatának kockázati megítélése3, pedig a fiatal populáció számára a marihuána használata az idegrendszeri jellemzőik miatt nagyobb veszéllyel jár, mint a felnőtt populáció esetén. A kannabisz hatásának komplexitása abból is egyértelműen kivehető, hogy míg egyes fogyasztók rendkívüli örömérzetet, ellazulást és eufóriát tapasztalnak, mások szorongást és depressziót éreznek a kannabiszhasználat következményeként.

Rengeteg anekdota és közhiedelem kering a kannabisz használatával kapcsolatban mind a kannabisz gyógyhatásaiban kételkedő, mind pedig a kannabiszt, mint csodaszert számontartó oldalon. A jelenlegi tanulmány célja a kannabisz használat lehetséges pozitív és negatív következményeinek a bemutatása, amely lehetővé teszi mindkét oldal számára a kannabisz hatásainak árnyaltabb megítélését.

A kannabisz történelme röviden

A Cannabis sativa egy egynyári, szél által beporzott növény, mely valószínűleg a közép-ázsiai sztyeppékről származik, legnagyobb valószínűséggel Mongóliából és Dél-Szibériából[2,4]. A 12 000 éves fosszíliák arra utalnak, hogy a kannabisz növény a legrégebbi haszonnövényünk[4]. A kannabisz magját i.e. 6000-ben élelmiszerként fogyasztották Kínában, míg i.e. 4000-ben a leletek alapján a kínaiak kenderből már textilt készítettek[4]. Az első feljegyzés a kannabisz orvosi célú felhasználásáról i.e. 2727-ből való szintén Kínából[4]. A hagyományos kínai orvoslásban általában székrekedés, malária, reumás fájdalmak, valamint szülés közbeni fájdalmak enyhítésére használták[4]. I.e. 1500-ban a kannabiszt leginkább élelmiszer- és rostforrásként termesztették[4]. A kannabisznak napjainkban is számos felhasználási területe van, mint például papíripar, gyógyszeripar, építőipar, textilipar, de állati alomként és testápolási termékek előállításánál is felhasználják[4].

A kannabisznövény hatóanyagai

A kannabisz növényben fellelhető a különböző kémiai osztályokba tartozó vegyületek gazdag sokfélesége, mint például kannabinoidok, alkaloidok, flavonoidok, terpenoidok, szteroidok, zsírsavak, aminosavak stb. A kannabiszban több mint 500 dokumentált kémiai hatóanyag található, amelyek közül több mint 100 kannabinoid[1]. A kannabisz egy kis „gyógyszertár", amely táplálkozási és gyógyszerészeti szempontból fontos anyagok gazdag választékával rendelkezik. Eddig 113 fitokannabinoidot és 120 terpént karakterizáltak részletesen, de a nem- kannabinoidok vagy a polifenolos másodlagos metabolitok jelentőségét és szinergikus kölcsönhatását még nem vizsgálták behatóan[4]. A fitokannabinoidok közül legtöbbet vizsgált két hatóanyag a sokat emlegetett tetrahidrokannabinol (THC) és a kannabidiol (CBD).

Léteznek a fitokannabinoidokból, leginkább a THC-ból kiindulva mesterségesen előállított szintetikus kannabinoidok is. A szintetikus kannabinoidok több mint 100-szor erősebbek lehetnek, mint a hagyományos THC és rengeteg káros hatásuk van. Ezek hatásait a szervezetre ebben a kéziratban nem célunk tárgyalni. A Drogkutató Intézet által közölt korábbi „Az új szintetikus kábítószerek világméretű járványa" című tanulmánysorozat harmadik része a „Szintetikus kannabinoidok" behatóan foglalkozik az általuk jelentett veszélyekkel, melyet az olvasók figyelmébe ajánlunk.

A kannabisz metabolizációja

A marihuána hatóanyagainak bevitele a szervezetbe sokféleképpen lehetséges – orálisan, szublinguálisan (nyelv alatt) vagy helyileg alkalmazva. Cigarettaként elszívható, ételekbe keverhető és teaként is elkészíthető. A kannabiszt jellemzően cigarettaként szívják el, amelynek az az előnye, hogy lehetővé teszi a keringésbe és végül az agyba való gyors eljuttatását. A marihuána füst belélegzése esetén a THC csúcskoncentrációját a plazmában körülbelül 3-12 perc után éri el, míg lenyeléskor 2-4 óra után[2,4]. A hatása belélegzés esetén 6-12 perc, szájon át történő fogyasztás esetén 30-60 perc után tapasztalható[4]. A kannabinoidok zsírban oldódó vegyületek és 97–99%-uk fehérjéhez kötődve szállítódik a vérben, így jutva el a különféle szervekbe, mint például az agy, a szív, a vesék, a máj és a nyálmirigyek[4]. A kannabinoidok a májban metabolizálódnak és a kiválasztásuk az epén keresztül történik meg[4]. Öt

nappal a fogyasztás után a marihuána összetevőinek hozzávetőlegesen 80-90%-a ürül ki a szervezetből[4].

A két legfontosabb receptor a kannabinoidok hatásmechanizmusát tekintve a kannabinoid 1 (CB1) és a kannabinoid 2 (CB2) receptor. A CB1 receptor a kannabinoidok által előidézett hatások középpontjában áll. A CB1 receptorok a madarakban, a halakban, az emlősökben és a hüllőkben is megtalálhatóak[4]. A CB1 és CB2 receptorok az egész testben, többféle szövetben előfordulnak, és az endokannabinoid rendszer működését szabályozzák. Az endokannabinoid rendszer különféle funkciók és folyamatok, például fájdalom, hangulat, étvágy, alvás, memória, reprodukciós és immunfunkciók modulálásáért felelős. A kannabinoid receptorok többsége idegi funkciókat szabályoz, és a központi és perifériás idegrendszerben expresszálódik leginkább[1]. A bennünk található endokannabinoidok (szervezetünkben az anandamid és a 2-AG) az agyi funkciók széles skálájában vesznek részt: gátolják a tanulást és az információ tárolását a hippocampusban, szabályozzák a mozgást és a bazális ganglionok által közvetített jutalmazási köröket, valamint modulálják az étvágyat a hipotalamuszban[4]. A THC a CB1 és CB2 receptorok részleges agonistája, nagy kötődési affinitással a CB1-hez. A CBD-nek nincs pszichoaktív hatása, és alacsony kötődési affinitást mutat a CB1 és CB2 iránt. A CBD- ről kimutatták, hogy a szerotonin receptor részleges aktivátoraként működik. Ezenkívül az opioid receptorok alloszterikus modulátora is, vagyis közvetett módon szabályozza a működésüket[1].

Kannabisz gyógyászati felhasználása

A kannabiszban rejlő gyógyászati lehetőségek mellett nem lehet elmenni, de fontos megjegyezni, hogy nagyon kevés az olyan randomizált, jól kontrollált vizsgálat, amelyre ténylegesen lehetne támaszkodni annak megítélése kapcsán, hogy a kannabisz valóban hasznosnak bizonyul-e egyes betegségek tüneteinek enyhítésében[4]. Összeségében elmondható, hogy a tudomány jelenlegi állása szerint a marihuána fő orvosi javallata a tünetek enyhítése, nem pedig a betegségek gyógyítása. A számos sikeres betegség kezelésről szóló anekdota sokszor pusztán a kannabisz nagyfokú placebohatását tükrözi, és a társadalom ezek alapján tévesen ítéli meg a hosszútávú gyógyászati alkalmazás sikerességének kérdését[5]. Ezért a

lehetséges egészségügyi kockázatokat és egészségügyi előnyöket gondosan fel kell mérni a betegségek kezelését érintő megfelelő döntések meghozásának érdekében.

Számos betegség esetében mutatták már ki a kannabisz vagy a THC pozitív hatásait, mint például krónikus neuropátiás fájdalom, rákos fájdalom, kemoterápia indukálta mellékhatások (émelygés, étvágytalanság, hányás), alvási apnoe, fejfájás, Alzheimer-kór és szklerózis multiplex[3,4]. Számos vizsgálat kimutatta lehetséges jótékony hatását alvászavar, glaukóma, poszttraumás stressz szindróma (PTSD) és gasztroparézis esetén is[4]. A marihuánával feltételezhetően kezelhető egészségügyi állapotok közé tartozik a Parkinson-kórra jellemző remegés, az epilepszia egyes fajtái, a szorongásos zavar, a Tourette-szindróma és a Crohn-betegség is[7]. 1985-ben a gyógyszergyárak engedélyt kaptak a THC-készítmények (dronabinol és nabilon) terápiás célú fejlesztésének megkezdésére[3]. Azóta több kannabinoid-alapú gyógykészítményt állítottak elő, melyeket az 1. táblázatban foglaltunk össze. Ugyan jelen tanulmány leginkább a kannabisz okozta hatásokra fókuszál, de a kannabisz termékekkel kapott pozitív eredményeket nehéz az egyes témák tárgyalásakor leválasztani.

							Kannabisz-eredetű kannabinoid-alapú hatóanyag	
		Delta-9-tetrahidro-kannabinol	Kannabidiol	Rimonabant	Dronabinol	Nabilone	Sativex	Epidiolex
Alternatív elnevezés	Marijuana	THC	CBD olaj, kenderolaj	Szintetikus CBD	Szintetikus THC, Marinol, Syndros	Szintetikus THC, Gesamet	Nabiximols	-
Kannabinoid profil	Több mint 100-féle kannabinoid	THC	CBD	CBD analóg	THC analóg	THC analóg	THC:CBD kb. 1:1 arányban	CBD
Bejuttatás módja	Változatos	Orális, intravénás	Orális, adagolószelepes inhalátor	Orális	Orális	Orális	Orrspray	Orális

1. táblázat: A leggyakoribb kannabinoidok és kannabinoid-alapú termékek áttekintése[9]

Kemoterápia-indukálta hányinger és hányás

A kannabisz-alapú gyógyszerekkel kapcsolatos klinikai kísérletek zöme a kemoterápia által kiváltott hányingerre és hányásra összpontosul. Különféle orvosi kannabisz-dózisokat és -készítményeket teszteltek már, beleértve a kannabisz cigarettát, a THC-olajokat és a kannabisz alapú gyógyszereket: a nabiximolst, a dronabinolt és a nabilont[6]. Összességében elmondható, hogy az orvosi kannabisz és a THC használata émelygés és hányás csillapításának céljára alkalmas, és hatása

egyenértékű néhány hagyományos hányás elleni szerrel[3,6]. Sőt, a dopamin 2 receptor antagonistával összehasonlítva a kutatások kimutatták, hogy a THC legalább olyan hatékony, ha nem hatékonyabb az émelygés és a hányás csökkentésében[3]. Annak ellenére, hogy a kannabisz hányáscsillapítóként igen hatékony, nem használják első vonalbeli terápiaként mellékhatásai miatt, amelyek közül sokat fogunk még tárgyalni ebben a kéziratban. A megnövekedett nemkívánatos tünetek ellenére számos tanulmány kimutatta, hogy a betegek mégis előnyben részesítik az orvosi kannabiszt más szerekkel szemben[6].

A kemoterápia okozta mellékhatásokhoz hasonlóan az orvosi kannabisz alkalmazása HIV-fertőzött vagy AIDS-ben szenvedő betegeknél is a betegséggel összefüggő tünetek (pl. étvágytalanság, cachexia (kóros sovány ság), hányinger/hányás, neuropátiás fájdalom) vagy az antiretrovirális terápia káros mellékhatásai kezelésére szolgálhat[6]. A pozitív eredményekkel szemben állnak azok a megfigyelések, amelyek a kannabisz káros hatásait hangsúlyozzák a HIV- fertőzött betegek esetén, mind például a további kognitív romlás vagy a további fertőzéseknek való nagyobb kitettség (tüdő esetén a kannabisz elszívása miatt)[6].

A fájdalom

A fájdalom összetett, többtényezős, nehezen kezelhető, krónikus állapot, amelyet gyakran olyan kísérőbetegségek súlyosbítanak, mint a depresszió és a szorongás. A kannabisz és a kannabinoidok krónikus fájdalom kezelésére való alkalmazása ellentmondásos[6,7]. Egy nemrégiben megjelent metaanalízis tanulmány szerint a közepestől a nagy megbízhatóságig terjedő vizsgálatok azt mutatják, hogy a placebóhoz képest a nem- belélegzett orvosi kannabisz vagy kannabinoidok használata kismértékben, vagy nagyon kis mértékben növelik a javulást tapasztaló krónikus rákos és nem- rákos megbetegedéstől szenvedő emberek arányát[13]. A betegek jelentős javulást tapasztaltak a fájdalomcsillapítás, a fizikai funkciók és az alvás minősége terén, de számos negatív mellékhatása volt a kannabisz-alapú gyógykezelésnek[13]. Egy másik metaanalízis tanulmány szintén arra a következtetésre jutott, hogy a kannabisz elszívása hatásos lehet a neuropátiás fájdalom rövid távú enyhítésében, ám további hosszú távú vizsgálatokra van szükség a kockázatok felméréséhez, mert a kannabisz használatának itt is számos mellékhatása volt[2]. Az ilyen típusú vizsgálatokban sokan felhagynak a kezeléssel a kannabisz okozta számos

mellékhatás miatt[2]. Habár a kannabisz-alapú gyógyszerek úgy tűnik a reumás fájdalom enyhítésére is szolgálhatnak, egyelőre nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték atekintetben, hogy a reumás betegségekben szenvedők fájdalomcsillapítására az orvosok ajánlhassák a kannabisz-tartalmú termékek használatát[2]. Ezeknél a vizsgálatoknál is elmondható, hogy számtalan mellékhatással járt a kannabisz- alapú gyógyszerek használata. A bizonyítékok túlnyomó része nem mutat szignifikáns jótékony hatást a rákkal összefüggő fájdalom orvosi kannabisszal történő kezelése esetén sem[6]. Az ilyen típusú vizsgálatoknál is több, orvosi kannabiszt kapó beteg lépett ki a vizsgálatokból a nem kívánatos mellékhatások miatt. Számos olyan vizsgálat létezik, amelyek eredményeik alapján a kannabisz-alapú termékek fájdalomcsillapításban betöltött fontos szerepét szorgalmazzák, de az eredmények nagyon vegyesek, és a kísérletek nem megfelelő minőségűek ahhoz, hogy biztosan alátámasszák a rutinszerű, klinikai gyakorlatban történő felhasználást[5].

Szklerózis multiplex

A szklerózis multiplex (SM) egy súlyos betegség, mely az idővel fokozatosan rosszabbodik. A betegség lényege, hogy a beteg immunrendszere megtámadja az idegsejtek mielinhüvelyét alkotó sejteket, elpusztítva azokat és ezzel különféle idegrendszeri károsodást okoz. Az olyan betegségek esetén, ahol az immunrendszer túlműködése okozza a gondot, a marihuána használatának számos pozitív hatása lehet[4]. Az orvosi kannabisz hatékonyságát vizsgálták számos SM-hez társuló tünet kezelésére, beleértve a húgyhólyag-működési zavarokat, a központi neuropátiás fájdalmat, valamint az izomgörcsöket vagy spaszticitást is[6]. Sőt, SM állatmodelljeiben a neuroinflammatorikus folyamatok lelassulását elősegítette a THC és CBD együttes alkalmazása[4]. Az adatok többsége arra utal, hogy az orvosi kannabisznak legjótékonyabb hatása a spaszticitás kezelésében van[6]. A pozitív eredményeket leginkább a kannabisz-alapú gyógyszerekkel érték el, például a nabiximols-al (Sativex)[6]. Megjegyzendő viszont, hogy az orvosi kannabisz neuroprotektív hatására korlátozott bizonyíték van, és egyelőre nincs bizonyíték arra sem, hogy magát a szklerózis multiplexet gyógyítaná[6].

Epilepszia

Sikereket értek el a CBD felhasználásával a gyógyszer-rezisztens epilepszia, a Dravet szindróma és Lennox-Gastaut szindróma kezelésében[5]. A CBD-t tartalmazó Epidiolex elnevezésű epilepszia gyógyszer képes csökkenteni az epilepsziában szenvedő betegek rohamainak számát és gyakoriságát[5]. A sikeres alkalmazás mellett ugyan meg kell jegyezni, hogy az Epidiolex használata is számos mellékhatás megjelenését okozta, illetve elvonási tüneteket figyeltek meg a kezelés abbahagyása után[5].

Alzheimer-kór

Bár egyelőre nem utalnak arra humán vizsgálati eredmények, hogy az orvosi kannabisz lassíthatja vagy gyógyíthatja az Alzheimer-kórt, néhány publikált klinikai adat azt mutatja, hogy az orvosi kannabisz javíthatja a demenciával összefüggő neuropszichiátriai tüneteket, ilyen pl. az izgatottság, az anorexiával összefüggő súlycsökkenés és az alvási zavarok[6]. Ám összességében elmondható, hogy a demenciával összefüggő neuropszichiátriai tünetek orvosi kannabisszal történő kezelésével kapcsolatos eredmények kétértelműek[6]. Egyes klinikai eredmények arra engednek következtetni, hogy az orvosi kannabisz biztonságos és az Alzheimer-kórban szenvedő betegek jól tolerálják, míg más vizsgálatok arra utalnak, hogy az orvosi kannabisz fogyasztása eufóriával, zavartsággal és aluszékonysággal járhat együtt[6]. A kannabisz-alapú termékek a mozgáskoordinációra való negatív hatásuk miatt növelhetik az elesések kockázatát is, különösen nagyobb dózisok esetén[6].

Poszttraumás stressz szindróma

Korlátozott és ellentmondásos bizonyíték áll rendelkezésre az orvosi kannabisz PTSD kezelésére történő alkalmazására vonatkozóan[6]. Úgy tűnik, hogy összetett kapcsolat van a PTSD és a kannabiszhasználat között: a PTSD súlyossága összefüggést mutatott a gyakoribb kannabiszhasználattal, melynek ugyancsak oka lehet az öngyógyítás vagy a betegséggel való szembenézés elkerülése is[6]. A vizsgálatok értelmezésénél problémát jelent, hogy a kísérletek gyakran szubjektív megfigyeléseken alapulnak, így eleve nagy az elfogult eredményismertetés esélye[6]. Vannak azonban adatok, amelyek arra utalnak, hogy mind a kannabisz-alapú termékek, mind a nabilon jótékony hatást fejthetnek ki a PTSD-vel összefüggő

alvászavarok és a rémálmok kezelésében, amelyek a hagyományos gyógyszeres kezeléssel nem enyhíthetőek[6].

Egyéb pszichiátriai megbetegedések

Korlátozott számú azoknak a kísérleteknek a száma, amelyek a kannabinoidok pszichiátriai rendellenességek kezelésére történő alkalmazását vizsgálják[9]. Jelenleg megbízható vizsgálat nem támasztja alá egyik kannabinoid használatát sem az ADHD kezelésére[9]. Úgy tűnik viszont, hogy a dronabinol mérsékelten hatékony lehet az anorexia nervosa-ban szenvedő betegek súlygyarapodásának fokozására[9]. Ami a szorongásos betegségeket illeti, a CBD enyhe, rövid időtartamú szorongásoldó hatását mutatták ki szociális fóbia esetén[9]. A CBD szorongásoldó és depresszió csökkentő hatását több preklinikai vizsgálatban is kimutatták már, de ezek állatokon végzett kísérletek és jó minőségű humán vizsgálatokkal még nem bizonyították[1]. Továbbá a dronabinol a Tourette-betegségben jelentkező tik kezelésére alkalmas lehet[9]. A jelenlegi bizonyítékok viszont nem támasztják alá egy pszichiátria betegség esetén sem a kanabisszal történő öngyógyítás sikerességét[9].

A pszichiátriai betegségek és a kannabisz gyógyhatásainak értékelése során megjegyzendő, hogy nincs igazán megbízható, jó minőségű, randomizált, és jól kontrollált kutatás, amely a kannabinoidok hatásait vizsgálná a hangulati rendellenességekre vonatkozóan, mint például a depresszió vagy a bipoláris zavar[9]. Mindamellett, hogy a kannabiszt nagyon gyakran használják a depresszióban szenvedők öngyógyítás céljából, nagy a vita a kannabisz hatásosságát tekintve a depresszió és más hangulati zavarok tüneteinek enyhítésében. Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy egyre több bizonyíték utal arra, hogy a rendszeres kannabiszhasználat idővel ronthatja a depressziós állapotot[9].

A Drogkutató Intézet legutóbbi tanulmányában részletesen vizsgálta a depresszió és a kannabiszfogyasztás kapcsolatát, amelyben azt konkludálták, hogy az elérhető vizsgálatok alapján a kannabisz nem javítja a depresszió tüneteit[12].

Palliatív kezelés

Számos összefoglaló cikk tárgyalja az orvosi kannabisz használatának lehetséges előnyeit a halálos betegségben szenvedő, hospice vagy palliatív ellátásban részesülő

betegek számára. Azonban korlátozott számú olyan klinikai vizsgálat létezik, amely kifejezetten a hospice/palliatív ellátásban résztvevőket mérte volna fel, és leginkább közvetlen adatokra támaszkodnak[6]. Mivel nem igen állnak rendelkezésre kifejezetten ezekre a betegekre vonatkozó adatok, az orvosi kannabisz végstádiumú betegségek és a hospice-ellátásban résztvevő betegek kezelésére vonatkozó ajánlása nagyrészt a nem palliatív kezelésben részesülő populációkból származnak[6]. A palliatív ellátásban részesülő vagy terminális betegségben szenvedő betegeken végzett vizsgálatok eredményei viszont ellentmondásosak[6]. A jobb minőségű tanulmányok többsége arról számol be, hogy az orvosi kannabisz kezelés nem fokozza a kalóriabevitelt, nem csökkenti az émelygést/hányást és nem javítja az általános életminőséget. Szintén elmondható, hogy nem csökkenti a napi bevitt opioid mennyiségét sem a hospice/palliatív ellátásban részesülő betegeknél, ezzel szemben számos mellékhatását leírták[6].

Egyéb betegségek tüneti kezelése

Egyre több bizonyíték utal arra, hogy bizonyos kannabisz-összetevők, például a CBD rendkívül pozitív hatással vannak a szív- és érrendszer egészségére[1]. A CBD számos szívvédő hatását kimutatták már, mivel a THC-val ellentétben antioxidáns és antiapoptotikus hatásúnak bizonyult preklinikai vizsgálatokban[4]. Összefüggést mutattak ki a kannabinoidok és az anyagcsere-folyamatok között is, mert azt találták, hogy a marihuánafogyasztók körében alacsonyabb az elhízás és a diabetes mellitus előfordulása, mint a marihuánát soha nem használóknál[4]. Kimutatták, hogy a THC csökkenti az intraokuláris nyomást, de jelenleg egyetlen jelentős szemészeti szervezet sem támogatja az orvosi kannabisz használatát a glaukóma (zöld hályog) kezelésére[7]. A gyulladásos bélbetegségek, például a Crohn-betegség és a fekélyes vastagbélgyulladás kezelésének céljából történő orvosi kannabisz-használatra vonatkozó eredmények ellentmondásosak és kis mintaszámú vizsgálatokra korlátozódnak[6]. Azok a klinikai adatok, amelyek az orvosi marihuána alkalmazására vonatkoznak az amiotrófiás laterál szklerózis (ALS) tüneteinek enyhítése esetén szintén igencsak ellentmondásosak[6]. Néhány vizsgálat nem találta a kannabiszt hatékonynak az ALS-ben szenvedő betegek izomgörcsösségének enyhítésére, míg mások pozitív eredményeket értek el kannabisz-alapú gyógyszeres kezelésekkel[6].

A gyógyhatások vizsgálatának főbb észrevételei

Összességében elmondható, hogy a marihuána gyógyhatásait vizsgáló kísérletek ellentmondásosak, és általában kis mintaméretűek, rövid vizsgálati időtartamúak, nem kontrolláltak (nincs összehasonlító csoport), valamint megfigyelésekre és a betegek által jelentett szubjektív eredményekre, nem pedig konkrét mérésekre támaszkodnak[6]. Kiemelendő, hogy a kontrollcsoporttal végzett vizsgálatok során következetesen nagy placebohatást figyeltek meg[6]. Nehezíti az összehasonlítást és az egyértelmű következtetés levonását a vizsgálatokban használt kannabisz-alapú termékek nagy változatossága[6]. Különösen szembetűnő a közvélemény és a kutatások eredményei közötti ellentét, mivel ezutóbbiak valójában csak korlátozott számú terápiás felhasználási lehetőséget támasztanak alá[9]. A legtöbb szakmai szervezet arra figyelmeztet, hogy nincs elegendő bizonyíték arra nézve, hogy az orvosi kannabiszt más, jóváhagyott terápiákkal szemben alkalmazzák, ezért egyáltalán nem ajánlják az orvosi kannabisz használatát és a betegségek kezelését leíró irányelvek sem tartalmazzák. Kivételek közé tartoznak a Brit Neurológusok Szövetsége és a National Institute for Health and Care Excellence. Kiemelik a kannabisz-alapú terápia szerepét az SM- ben jelentkező spaszticitás esetén, de az irányelvben kifejezetten a nabiximolsra (Sativex) hivatkoznak, nem pedig az orvosi marihuánára[6].

Kannabisz okozta lehetséges mellékhatások a gyógykezelés mellett

Habár a vizsgálatok eredményei egyértelműen bizonyítják a marihuána jótékony hatását egyes betegségek tüneteinek enyhítésében, a használatot kísérő számos mellékhatás miatt csökkent a kannabinoidok gyógyászati terápiaként való megítélése[9]. Különös aggodalomra ad okot, hogy a kannabisz és a THC tartalmú gyógyszerek ronthatják a betegek pszichiátriai állapotát[9]. A rövid-távú mellékhatások közül a kognitív károsodás különösen jelentős. Egyéb gyakori mellékhatások közé tartozik a fokozott gyengeség, fáradtság, szédülés, mérgezés érzése, szájszárazság, hányinger, tájékozódási zavar, eufória, zavartság, szívfrekvencia-emelkedés és légzési problémák[2,7]. A súlyosabb rövid távú mellékhatások közé tartozik, amelyek jellemzően magasabb THC- koncentrációhoz kapcsolódnak: a diszfória, a szorongás, a pánikroham és a pszichózis[2]. Az alvászavarok előfordulását a marihuána fogyasztást követő alvásra jellemző REM fázis (rapid eye movement: gyors szemmozgás)

csökkenése és a nem-REM fázis növekedése is bizonyíthatja, és kiderült, hogy ez nem áll helyre absztinenciával[2]. Viselkedésbeli változások, sőt öngyilkossági gondolatok is szerepelnek a rövid távú mellékhatások között[2].

Noha jól megalapozott vizsgálatok állnak rendelkezésre a kannabisz rövid távú hatásairól, a hosszú távú káros hatások már nem ilyen jól vizsgáltak. A marihuána-fogyasztás leginkább nem kívánt hatása a szerhasználati zavar kialakulása, amely 10-ből 1 fogyasztót érint[3,4]. Az elvonási tünetek megléte, valamint a felépülés is sokáig tartanak. A marihuána elvonási tünetei közé tartozik az alvászavar, a nyugtalanság, az ingerlékenység, a szorongás, az étvágyváltozások és a fogyás, valamint a kézremegés[3,7]. Hosszú távú negatív mellékhatások között szerepel a légzőrendszer gyulladása és elváltozása a marihuána elszívása esetén, akut érrendszeri megbetegedések (szívinfarktus és stroke), gyengébb iskolai és munkahelyi teljesítmény, fokozott hangulati vagy pszichotikus rendellenességek kialakulása, valamint a rövid távú memória és a kognitív funkciók csökkenése[2,7]).

Orvosi ellenjavallatok marihuána használata kapcsán a következők: a szív- és érrendszeri betegségek (szívritmuszavarok, nem kontrollált magas vérnyomás, súlyos szívelégtelenség), pszichotikus rendellenesség az anamnézisében, nyolc év alatti betegek, terhes nők vagy szoptató anyák[7].

A kannabiszfogyasztás negatív hatásai

A számos jótékony hatása mellett elmondható, hogy a kannabiszfogyasztás veszélyt jelent a szervezetünkre nézve, amely a szervezet szinte minden részét érinti. A CB1 és CB2 receptorok testszerte megtalálhatóak, és a kannabiszt alkotó hatóanyagok fehérjékhez kötődve a test összes szervébe eljutnak, így befolyásolva a szervek működését.

A marihuánafogyasztás negatív hatásai nem korlátozódnak pusztán az orvosi problémákra, de a személy társadalmi életét is befolyásolják. Nehezebbé teszi a munkahelyi fejlődést és előmenetelt, letargiát és bezártságot okoz[4]. Elszigeteli a fogyasztót a szociális környezetétől, például a barátoktól és a családtól[4]. Végül a fogyasztása pénzügyi nehézségekhez vezethet, amely bűncselekmények elkövetésére késztetheti a kannabiszhasználót[4].

A marihuána letális (halált okozó) dózisát állatokban, például macskákban és kutyákban nem tudták meghatározni[4]. Egy kísérlet során a kutatók azt találták, hogy a delta 9-THC és a delta 8-THC szájon át történő lenyelése 3000 és 9000 mg/kg közötti dózisban kutyáknál nem volt halálos, és 24 órán belül minden kutya ismét jól volt[4]. A patkányok 3600 mg/kg THC-val

történő kezelése enyhe vagy súlyos léziók megjelenését eredményezte. Ezen kívül mellékvese pangás, vérzés, tüdőpangás, tüdőgyulladás, lép hypocellularitás és csecsemőmirigy pangás volt megfigyelhető az állatoknál, de halálozás nem történt a kísérlet ideje alatt[4].

A kannabisz potenciális szennyezettsége

A marihuánahasználat biztonságosságának megfelelő megvitatása érdekében fontos kiemelni a rekreációs termékekben található szennyeződések jelenlétét, amelyek hatással lehetnek a rekreációs felhasználással kapcsolatos tanulmányok eredményeire. A marihuánához köthető opportunista növényi kórokozók egy részéről, például az Aspergillus fumigatus és egyes Mucor fajok spóráiról kimutatták, hogy a marihuánafüstbe kerülve lejuthatnak a tüdőbe[3]. Más tanulmányok lehetséges Cryptococcus spp. fertőzésre is utaltak, valamint bakteriális kórokozók, például Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli és Klebsiella pneumoniae fertőzésre[3]. A marihuánafogyasztók körében felmerül ezeknek a fertőződéseknek a kockázata, amelynek a felismerése klinikailag nélkülözhetetlen. Kiemelkedően fontos ezt figyelembe venni az immunhiányos populációban (pl.: rákbeteg, AIDS beteg), hiszen az immunhiányos betegségben szenvedő egyének esetében végzetes lehet a fertőződés. Továbbá aggodalomra ad okot az illegális peszticidek marihuána-növényeken való használata is[3]. Kimutatták, hogy a kannabisz növény a szöveteiben képes nehézfémeket felhalmozni, amelyek az emberi szervezetben történő felhalmozódásuk esetén egészségügyi problémákat okozhatnak és súlyos mérgezéshez vezethetnek[3]. A nehézfémeket a növény felveheti növekedése közben a földből, de azt is megfigyelték már, hogy mesterségesen adják a növényi részekhez a nehézfémeket, így megnövelve a növényi anyag tömegét és megtévesztve a fogyasztókat[3].

A nem államilag szabályozottan előállított kannabiszhoz továbbá más pszichotróp anyagokat keverhetnek, például fentanilt, ópiumot, LSD-t, metamfetamint és dohányt[1].

Ez növeli ugyan a drog tudatmódosító hatását, de közben növeli a negatív mellékhatások előfordulásának a valószínűségét is.

A kannabisz hatása az agyműködésre

A THC elsősorban a már fentebb tárgyalt kannabinoid receptorokhoz kötődik az agyban, és ezek aktivációjának hatására alakul ki a „betépés" érzése. A CB1 receptorok kannabinoidokkal történő stimulációja elnyomja az idegi ingerlékenységet és gátolja a neurotranszmissziót. A kannabinoid receptorok száma agyi régiónként változik. A kannabinoid receptorok nagy számban találhatók az agynak azon régióiban, amelyek szabályozzák a gondolkodást, a memória konszolidációt, a koncentrálást, az örömérzet kialakulását, az érzékelést és a mozgás koordinációt[4]. A THC-mérgezés rontja a kognitív funkciókat – az alapvető motoros koordinációtól a bonyolultabb feladatok végrehajtásáig, mint például a tervezés, a szervezés, a problémák megoldása, a döntéshozatal, az emlékezés, valamint az érzelmek és viselkedés szabályozásának képessége[8]. A kutatók azt találták, hogy a marihuána kognitív hatása krónikus fogyasztás esetén néhány naptól akár egy hétig is tarthat[4]. A kutatások azt is megállapították, hogy a marihuána krónikus fogyasztása agyi anatómiai elváltozásokat okoz, hasonlóan más kábítószerekhez[4]. Ebbe beletartozik a kisebb méretű hippokampusz, illetve a szürkeállomány megvastagodása az agyi jutalmazó központ területén[3].

A marihuánában lévő anyagok tehát a központi idegrendszerben lévő neuronok receptoraihoz kötődnek, és beavatkoznak a neuronok közötti normális kommunikációba, akadályozzák azt[4]. Például, ha a kannabiszfogyasztó a rövidtávú memóriából vissza szeretne nyerni egy információt, a kannabinoid receptorokkal való kölcsönhatása ellentétes funkciók elvégzésére kényszeríti az ebben szerepet játszó idegsejteket a hippokampuszban[4]. Ezért jelent problémát a marihuánafogyasztó számára, hogy felidézze, mit tett az elmúlt 5 percben[4]. A legkonzisztensebb megállapítás a kannabisszal való krónikus visszaélés hatásával kapcsolatban az, hogy károsítja a verbális tanulást és a memóriát, amelyet számos, jól kontrollált tanulmány kimutatott[3]. A marihuána negatív hatással van az érzelmekre. Előfordulhat, hogy egyik pillanatban a fogyasztó boldogságot érez, míg a másik pillanatban paranoiás gondolatai támadnak[4]. Az érzelmek ilyen szintű változásai a THC limbikus rendszerre történő hatásának eredménye[4]. A limbikus rendszer az agy azon része, amely

szabályozza az ember érzelmeit és viselkedését. Különböző tanulmányok azt is kimutatták, hogy a krónikus használat mozgásszervi rendellenességekhez, megváltozott időérzékeléshez, rögeszmék kialakulásához és fáradtsághoz vezethet[4]. Egyes, a kannabiszfogyasztás által károsított kognitív funkciók javulnak a kannabiszhasználat abbahagyása után, de egyre több bizonyíték utal arra, hogy más károsodások azután is fennmaradnak[8].

A kognitív károsodás mértéke az elfogyasztott kannabisz mennyiségétől és a használat időtartamától függ, illetve az is befolyásoló tényező, hogy a fogyasztó hány éves korában kezdte el a kannabisz használatát[8]. A 17 éves koruk előtt kannabiszt fogyasztó felnőtteknél jelentős károsodás volt kimutatható kognitív funkcióik tekintetében, beleértve az absztrakt érvelést, a beszéd folyékonyságát, valamint a verbális tanulást és a memóriát a kontrollokhoz képest (nem kannabiszhasználók), vagy azokhoz képest, akik később kezdték a kannabisz fogyasztását[8]. Nem csak a krónikus, nagymértékű kannabiszfogyasztás, de már az alkalmi fogyasztás is károsíthatja a kognitív funkciókat. A munkamemória (rövidtávú memória) jelentősen romlik már akut kannabiszhasználat után is, de tartós absztinenciával ez a leromlás visszafordítható[8]. Már az alkalmi kannabiszhasználat is súlyosan csökkentheti a koncentrációt, nehézkessé teheti a döntéshozatalt és fokozhatja az impulzivitást[8].

A kannabisz hatása a tüdőre

A kutatók úgy vélik, hogy a füst mély, gyakran szűrő nélküli belégzése és hosszabb benntartási ideje miatt káros a marihuána kifejezetten a tüdőre[4]. Ugyanis a füst tüdőszövettel való érintkezési idejéből adódóan irritáció lép fel, és károsítja a tüdő normális működését[4]. A kannabisz fogyasztása vérzéssel járó tüdőödémához vezethet[4]. A rendszeres kannabiszfogyasztás és a légúti gyulladás között összefüggés fedezhető fel, továbbá hörghurut tünetei és a tüdő fokozott légúti ellenállása figyelhető meg a fogyasztóknál[4]. A kannabisz elszívása kapcsán végzett közelmúltbeli kísérletek megerősítették, hogy krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) kialakulásához vezethet a fogyasztása[3,4,7]. Az elvégzett felmérések kimutatták, hogy a köhögés és a köpettermelés jóval gyakrabban fordul elő a kannabiszt fogyasztók körében, ez mellkasi fájdalom kialakulásához vezethet, illetve megnöveli a fertőzéses tüdőbetegségek kockázatát[4,7]. Meg kell jegyezni, hogy az eddigi humán vizsgálatok

vegyes eredményeket hoztak: vannak, amelyek akut hörghuruttal és tüdőtágulattal hozzák összefüggésbe a kannabiszfogyasztást, és olyanok is, amelyek nem[4].

A kannabisz füstjének belégzése károsítja a bronchusokat felépítő sejteket az örökítő anyag szintjén is[4]. A kannabisz összetevői ugyanis karcinogének, vagyis rákkeltőek, így tüdőrák kialakulását okozhatják[3,4]. Ezzel ellentétben áll pár kutatás, amely épp az ellenkezőjét, vagyis a marihuána egyes összetevőinek antitumor hatását bizonyítja[4,6] vagy éppen azt, hogy a marihuána fogyasztás nem okoz tüdőrákot[3].

A kannabisz hatása a vérkeringésre

A kannabisz által közvetített kardiovaszkuláris hatásokat a feltételezések szerint a THC vegetatív idegrendszerre gyakorolt hatása okozza, különösen a CB1 receptor aktiválása révén[3]. A marihuána és a THC fogyasztása pulzusemelkedést és rövid ideig tartó vérnyomás-emelkedést okoz hanyatt fekvő helyzetben, míg ritka esetekben jelentős hipotenziót (alacsony vérnyomást) okozhat álló testhelyzetben[4]. A szem kötőhártyáját alkotó ereket kitágítva pedig a jól ismert szemvörösség figyelhető meg a hatására.

A marihuána fogyasztás a szívizom- összehúzódások átmeneti gyengülését okozza[1,4]. Ebből fakadóan marihuána- fogyasztás esetén az adott egészségügyi problémákkal küzdők mellkasi fájdalmat tapasztalhatnak, mivel a szív oxigén ellátottsága csökkenhet[4]. Egy tanulmány kimutatta, hogy a marihuána súlyosbíthatja a már meglévő szívbetegséget, amely akár ötszörösére is növelheti a szívroham kockázatát egy órával a marihuána elszívása után[7]. Egyre több bizonyíték utal arra, hogy a kannabiszhasználat három különböző mechanizmuson keresztül – vaszkulitisz (érgyulladás), vazospazmus (érgörcs) és vérlemezke-aggregáció – hat negatívan az érrendszer működésére[1]. Egyéb marihuána-fogyasztás után jelentett akut kardiovaszkuláris események közé tartozik még a stroke, az aritmia és a szívmegállás[3]. Akut használat esetén a THC szimpatikus aktiválást vált ki, ám hosszan tartó adagolás esetén a szimpatikus idegrendszer gátlása következik be. Ezért a marihuána krónikus fogyasztása csökkent pulzusszámot és ezt követő vérnyomásesést okoz (ortosztatikus hipotenzió is kialakulhat)[3].

A kannabinoid-indukálta hiperemezis szindróma

Ugyan a marihuána ismert hányáscsillapító, mégis előfordulhat, hogy a marihuánával való túlzott stimuláció csillapíthatatlan hányingert és hányást okozhat. A krónikus marihuána-használat fő gyomor- bélrendszeri hatása az intenzív hányás, amelyet kannabinoid-indukálta hiperemezis szindrómaként jegyez az orvostudomány[3,7]. A legtöbb jelentett megbetegedés olyan férfiak esetében fordult elő, akik tinédzser korukban kezdték el a napi kannabiszfogyasztást, majd évekig tartó napi kannabiszhasználat után jelentkeztek a tüneteik[3]. A kannabisz által kiváltott hányás teljes patofiziológiája nem teljesen ismert. Feltételezik, hogy a CB1 receptorok megtalálhatók a gyomor-bél traktusban (különösen az mienterikus plexusban) és aktiválódásuk hányást vált ki[3]. Egy másik hipotézis szerint a kannabisz fogyasztása olyan hormonális változásokat okoz, amely hányást indukál[3]. Valószínűsíthető, hogy a hipotalamusznak köze van a betegség megjelenéséhez, mivel a forró fürdő általában enyhíti a tüneteket[3]. A hipotalamusz szervezetünkben többek között a termoregulációért felelős. Az is előfordulhat, hogy a forró fürdő hatására a beteg bőre „ellopja” a vért az emésztőszervektől és ez enyhíti a tüneteket.

A kannabisz krónikus használata akut pankreatitisz kialakulásához is vezethet[3]. Azoknál a betegeknél, akik jelentős mértékben használnak marihuánát, a kannabisz okozta akut hasnyálmirigy-gyulladás klasszikus tünetei utánozzák az egyéb okokból kialakuló hasnyálmirigy-gyulladást, beleértve az epigasztrikus hasi fájdalmat, hányingert és hányást[3].

A kannabisz, mint immunszuppresszáns

A kannabisz összetevői által megcélzott CB1 és CB2 receptorok nagy számban megtalálhatók az immunrendszert alkotó sejteken. A THC hatásai közé tartozik, hogy csökkenti az immunrendszer működését, ennek következtében a tüdő védekezőképessége is csökken[4]. Megfigyelték, hogy a védekezésért felelős sejtek kevésbé képesek ellátni a feladataikat a marihuánát fogyasztók tüdejében[4]. Elmondható, hogy a marihuána egy immunszuppresszáns, amely csökkenti a gazdaszervezet védekezőképességét, ennél fogva növeli az egészségügyi kockázatokat a rákban vagy AIDS-ben szenvedők és szervátültetésen átesett betegek

esetében[4]. Több kutatás is rámutatott arra a tényre, hogy ezért ellenjavallott a marihuána alkalmazása az ilyen típusú betegségek esetén[4].

A kannabisz hatása a májra

A hepatotoxicitás a kábítószer-használat lehetséges szövődménye, tehát a marihuánafogyasztás szövődménye is. A marihuánafogyasztás hatásával a májra kevés kutatás foglalkozik, de káros hatása egyértelműen kimutatható[4,3]. Ezért a hepatitis C-ben szenvedők számára tilos a marihuána fogyasztása, mert tovább fokozhatja a májgyulladást[4]. Továbbá azt találták, hogy nő a májfibrózis kockázata azoknál, akik közepesen vagy nagy mennyiségben fogyasztanak alkoholt a kannabisz használata mellett[4]. Ezenkívül májkárosodás gyanúja merült fel randomizált, kontrollos vizsgálatokban egészséges felnőttek esetén, akik kb. 3,5 hétig kaptak terápiásan naponta CBD-t[4].

Kannabisz és a fertilitás

A kannabiszfogyasztás hatására csökkenhet a nemi hormonok szintje, amely nőknél menstruációs zavar kialakulásához, férfiaknál pedig kevesebb és életképtelenebb spermium termelődéséhez vezet, így csökkentve a fertilitást[4]. Ezenkívül a marihuána a férfiak esetében impotenciát okozhat[4]. A THC átjut a placentán, és befolyásolja a magzat fejlődési folyamatát is[4]. Marihuána fogyasztása a terhesség alatt a születendő gyermek lassú fejlődését, illetve a születés után egészségügyi problémákat, kognitív károsodást, sőt, elvonási tüneteket okozhat a babának[4]. Egyes tanulmányok azt is megerősítették, hogy a marihuánát fogyasztó anya magas koncentrációban visz be kannabinoidokat a csecsemő szervezetébe a szoptatással[4].

A kannabisz szerepe a polidrog használatban

A „polidroghasználat” azt jelenti, hogy a fogyasztó egynél több drogot használ egyidejűleg, vagy meghatározott időn belül egymást követően[10]. Polidroghasználatba beletartoznak az illegális szereken kívül a legális drogok is, így tehát az alkohol, a dohány, az új pszichoaktív anyagok és a gyógyszerek visszaélésszerű használata. Polidroghasználat akkor is előfordulhat, amikor az elfogyasztott kábítószerbe a fogyasztó tudtán kívül kevernek másféle szereket[10]. Ez utóbbit a 3.1- es fejezetbe tárgyaltuk a kannabisz kapcsán. Európában a kezelést igénybe vevő betegek körében

a leggyakoribb kábítószer-kombinációk a kannabisz, mint elsődleges kábítószer, amelyet alkohollal és kokainnal fogyasztanak; az opioidok, mint elsődleges kábítószer, kannabisszal és kokainnal együtt fogyasztva; a kokain, mint elsődleges kábítószer, kannabisszal és alkohollal együtt fogyasztva; és egyéb stimuláns szer (nem kokain), mint elsődleges kábítószer, alkohollal és kannabisszal együtt fogyasztva[10].

Fontos ezért megjegyezni, hogy a kannabisz káros hatásait nem csak maga a kannabisz, de másodlagosan a kannabisz mellett fogyasztott egyéb tudatmódosító szerek is okozhatják. Mivel előfordul, hogy egyéb szerek fogyasztására nem szűrnek a kannabisz káros hatásait vizsgáló kísérletekben, illetve önbevalláson alapul az ilyen alanyok kizárása, ezért a kannabisz mért káros hatásai sokszor az ilyen kutatásokban megkérdőjelezhetőek.

Dohány vs. marihuána

Egyelőre nem tisztázott, hogy a marihuána füstje valóban veszélytelenebb-e a dohány füstjénél. A kutatók különféle kísérleteket végeztek a marihuána és a dohány füstjének összehasonlítására. Az értékelés során kiderült, hogy mindkét mintában ugyanazok a légzőrendszerre veszélyes összetevők voltak jelen[4]. A marihuána és a dohány kátránya is nagyon hasonló összetevőket tartalmaz, kivéve, hogy a dohány kátrányában nem található THC és vice versa, a marihuána kátrányába nem található nikotin[4]. Annak ellenére, hogy a kannabiszfüstben úgy tűnik magasabb a rákkeltő policiklusos aromás szénhidrogének szintje, mint a dohányfüstben, a kannabiszfüstben lévő THC megakadályozhatja a rákkeltő előanyagok aktiválódását[11]. A THC és a nikotin általi receptor aktiválás és a „downstream" folyamatok hatása bonyolult és alapvetően nagyon különbözik a két hatóanyagot összevetve (Melamed 2005).

Ám fontos megjegyezni azt is, hogy a marihuánás cigaretta elkészítésekor sokszor nem használnak szűrőt, így a tüdőben lévő kátrány lerakodása a duplája lehet a szűrővel ellátott dohányt tartalmazó cigaretta használatakor mérthez képest[4]. Továbbá marihuána elszívása esetében a légzési térfogat mintegy kétharmadával nagyobb, a füst belélegzés mélysége 40%- kal nő, a légzés visszatartási ideje pedig négyszerese a dohányzáséval összevetve[4]. A marihuánafüst belégzése négyszeres mennyiségű kátrány lerakódását okozhatja a tüdőben egy cigaretta elszívása alkalmával a

dohánnyal összehasonlítva[11]. Ennek eredményeként a kannabisz gyógyászati potenciálja, mint elszívással használható gyógyszer lehetséges negatív hatásai miatt kevésbé támogatott.

Konklúzió

Jó minőségű klinikai vizsgálatok és a marihuána univerzálisan használható formájának hiányában jelentős ellentmondások merülnek fel a marihuána klinikai előnyeit illetően. A témában megszülető szisztematikus review-k és metaanalízisek nagyon hasznosak lehetnek, de csak ha jó minőségű randomizált kontrollált vizsgálatokra épülnek. A randomizált kontrollált vizsgálatok esetében egyértelműen meghatározott populációkra, egységes kannabisztermékekre és jól összeállított kontroll csoportokra van szükség ahhoz, hogy megbízható eredményeket hozhassanak[5].

Amíg a randomizált klinikai vizsgálatokból származó adatok nem állnak megfelelő számban és minőségben rendelkezésre, addig a marihuána felírását a legtöbb betegség esetén nem támogatják, mivel a kétséges hasznosíthatóság mellett számos mellékhatással járhat a hosszú távú fogyasztása.

A marihuána státuszának megváltozása kábítószerről legalizált droggá nem megfelelőképp közvetíti a gyógyszerként való alkalmazással kapcsolatos törekvéseket. A kannabisz legalizálása jelentősen felgyorsítja a tudatmódosító szerként való elterjedését. Egy jelentés szerint csaknem 65%-kal nőtt a marihuánafogyasztás a serdülők körében a legalizálása óta, amely valóban aggasztó[4]. A társadalmi normák megváltozása és a tiltott és rekreációs célú kannabiszhasználat növekedése csökkenti a bizonyítékalapú orvosi jóváhagyás fontosságát és több, nem kívánt mellékhatás előfordulásához vezethet a betegeknél[5]. Sok mellékhatás manifesztálódása évekbe telhet a legalizálás után, hacsak a marihuána krónikus használata nem a legalizálás előtt kezdődött.

Tény, hogy a marihuána egyes fitoösszetevői rendelkeznek terápiás potenciállal, de a kezelésben történő alkalmazásukat szigorú klinikai vizsgálatoknak kell megelőznie. Sem az orvosok, sem a marihuána-fogyasztó fiatalok és felnőttek, sem pedig a hatóságok nem hagyhatják figyelmen kívül azt a tényt, hogy a marihuánafogyasztásnak rövid és hosszú távon is megvannak a káros

következményei, amelyeket tudományosan igazoltak mind állatkísérletek, mind pedig humán vizsgálatok során.

Számos tanulmány nem támogatja az „orvosi kannabisz” kifejezést sem a marihuána jelentős számú bizonyítottan toxikus hatása miatt. Az „orvosi kannabisz” definíciója valóban pontosításra szorul, ugyanis hiányzik a termékek egységessége, a beadási módok nem egyértelműek, és az egyes betegségekre gyakorolt hatás is változó[5]. A kannabiszkutatás jelenlegi korlátainak kezelése érdekében a jövőbeni tanulmányoknak az egyes kannabinoidok – leginkább a THC és a CBD – eltérő terápiás és farmakológiai profiljára kell összpontosítaniuk, ahelyett, hogy az „orvosi kannabisz” gyűjtőfogalom alá csoportosítanák őket.

Az eddig megjelent szakirodalmak átfogó vizsgálata alapján egyelőre elmondható, hogy a marihuána fogyasztása még akkor sem tekinthető biztonságosnak, ha orvos írja fel (4). A kannabisz- alapú termékek hatékonyságát megdönthetetlen bizonyítékokra kell alapozni ahhoz, hogy a gyógyászatban használhatóak legyenek, és ugyanolyan alapossággal kell vizsgálni az okozott mellékhatásokat is. Ehhez jó minőségű randomizált kontrollált vizsgálatok elvégzése szükséges, amelyek eredményeit összesítve érhető csak el a szigorúan bizonyítékokon alapuló gyakorlati használat.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Adamson, M. B., Di Giovanni, B., Delgado, D. H. (2020). The Positive and Negative Cardiovascular Effects of Cannabis Expert Rev Cardiovasc Ther. 18(12):905-917.

2. Dume, R., Lammers, E. (2020). Demystifying Cannabis: A Review of Its Pharmacology, Use in Pain, and Safety Concerns Orthop Nurs. 39(4):264-267.

3. Kichloo, A., Albosta, M., Aljadah, M., El- Amir, Z., Goldar, G., Khan, M. Z., Singh Dahiya, D., Vallabhaneni, S., Wani, F., Singh, J. (2021). Marijuana: A systems- based primer of adverse effects associated with use and an overview of its therapeutic utility SAGE Open Med. 9:20503121211000909.

4. Datta, S., Ramamurthy, P. C., Anand, U., Singh, S., Singh, A., Singh Dhanjal D., Dhaka, V., Kumar, S., Kapoor, D., Nandy, S., Kumar, M., Koshy, E. P., Dey, A., Procków, J., Singh, J. (2021). Wonder or evil?: Multifaceted health hazards and health benefits of Cannabis sativa and its phytochemicals Saudi J Biol Sci. 28(12):7290-7313.

5. Braithwaite, I., Bhagavan, C., Doppen, M., Kung, S., Oldfield, K., Newton-Howes, G. (2021). Medicinal applications of cannabis/cannabinoids Curr Opin Psychol. 38:1-10.

6. Inglet, S., Winter, B., Yost, S. E., Entringer, S., Lian, A., Biksacky, M., Pitt, R. D., Mortensen, W. (2020). Clinical Data for the Use of Cannabis-Based Treatments: A Comprehensive Review of the Literature Ann Pharmacother. 54(11):1109-1143.

7. Turner, A. R., Agrawal, S. (2021). Marijuana In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.

8. Crean, R. D., Crane, N. A., Mason, B. J. (2011). An Evidence-Based Review of Acute and Long-Term Effects of Cannabis Use on Executive Cognitive Functions J Addict Med. 5(1):1-8.

9. McKee, K. A., Hmidan, A., Crocker, C. E., Lam, R. W., Meyer, J. H., Crockford, D., Trépanier, A., Aitchison, K. J., Tibbo, P. G. (2021). Potential therapeutic benefits of cannabinoid products in adult psychiatric disorders: A systematic review and meta- analysis of randomised controlled trials J Psychiatr Res. 140:267-281.

10. Health and social responses to drug problems: a European guide 2021 - Polydrug use: health and social responses EMCDDA 2021 utolsó frissítés: 2021. október 22.

https://www.emcdda.europa.eu/publicati ons/mini-guides/polydrug-use-health-and- social-responses_en

11. Melamede, R., (2005). Cannabis and tobacco smoke are not equally carcinogenic Harm Reduction Journal volume 2, Artical number: 21

12. Szabó, Í., Humli, V., Baráth, N. E., Erdős, Á., Raffai, G., Haller, J. (2021). Kannabiszfogyasztás és depresszió kapcsolata: kutatási összefoglaló 2017- 2021 Interdiszciplináris Drogszemle II. évfolyam 4. szám

13. Wang, L., Hong, P. J., May, C., Rehman, Y., Oparin, Y., Hong, C. J., Hong, B. Y., AminiLari, M., Gallo, L., Kaushal, A., Craigie, S., Couban, R. J., Kum, E., Shanthanna, H., Price, I., Upadhye, S., Ware, M. A., Campbell, F., Buchbinder, R., Agoritsas, T., Busse, J. W. (2021). Medical cannabis or cannabinoids for chronic non-cancer and cancer related pain: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials BMJ. 374:n1034.

FELELŐTLEN EMBERKÍSÉRLET: A KANADAI DROGPOLITIKA MARGÓJÁRA

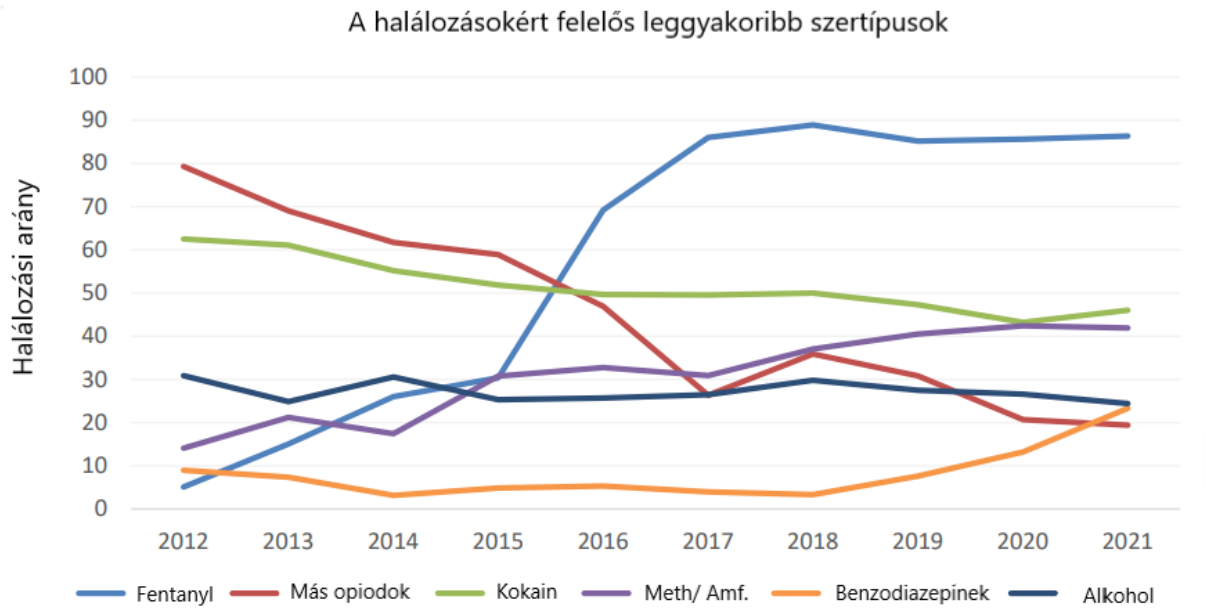
DR. MOLNÁR ISTVÁN JENŐ

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 bűntetőjogi 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 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 kábítószerfogyasztók 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 kábítószerfüggőséget 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. 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.

*** 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.

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.),
    - a 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:

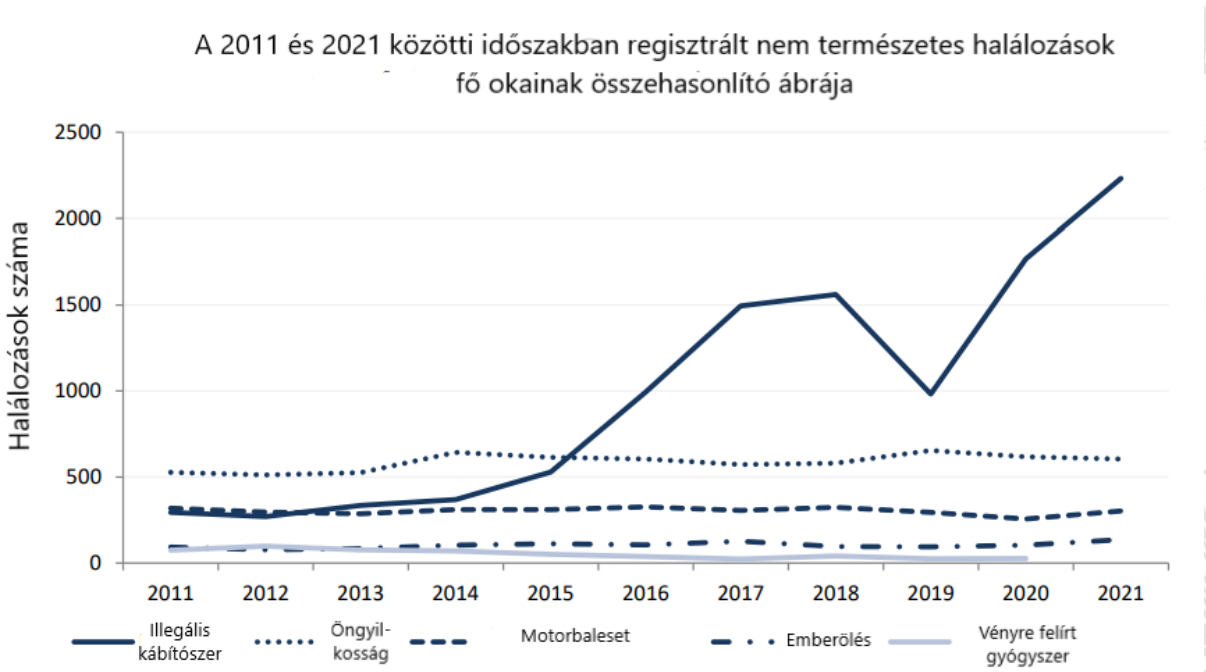
- 2016 és 2022 júniusa között 32.632 fő halálozott el bizonyíthatóan opioid mérgezésben;
- csak 2022 első félévében 3.556 fő hunyt el, ami napi 20 áldozatot jelent;
- a halálozások mellett 33.493 fő opioid-, 14.606 fő pedig pszichostimulánssal kapcsolatos mérgezés miatt szorult kórházi kezelésre;
- a 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 kábítószerfogyasztás, 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:

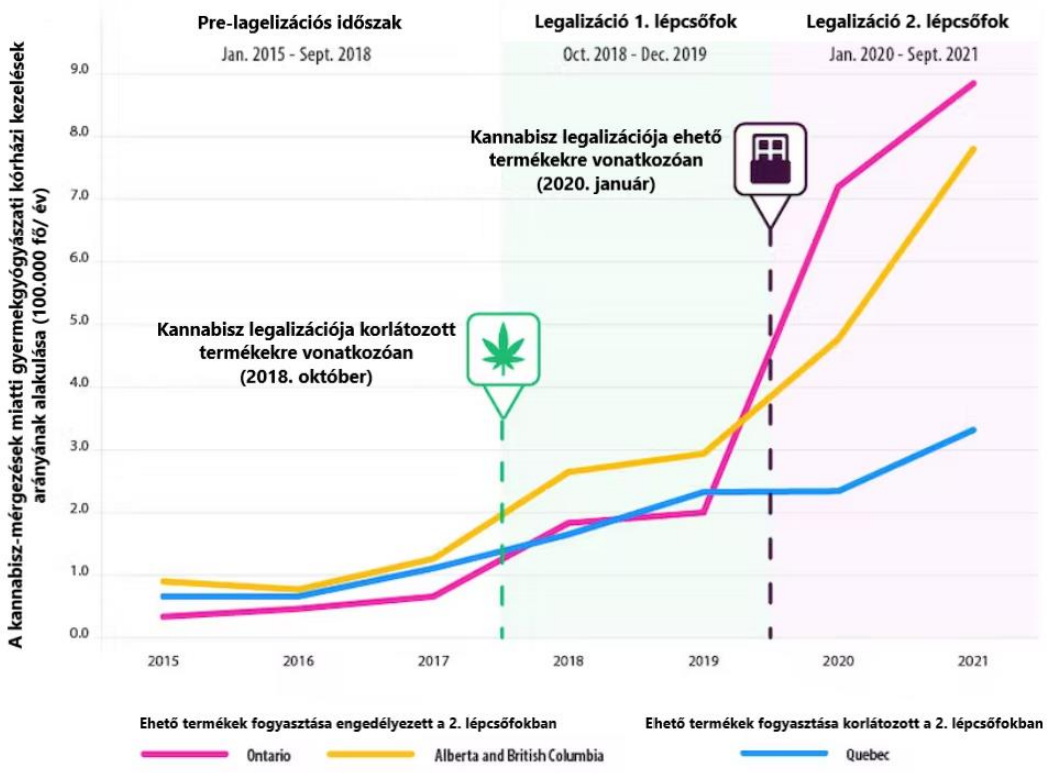
1. a 'cannabis cafekra' vonatkozóan a törvényi szabályozás megkötéseket tartalmaz a THC tartalomra vonatkozóan, így egyes fogyasztóknak a legálisan vásárolható termék nem elég „erős", ennek következményeképp azonnal a feketepiac felé fordulnak;
2. a 'cannabis cafek' fenntartása, üzemeltetése költségekkel 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 halálesetek 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 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=twsrc%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.)

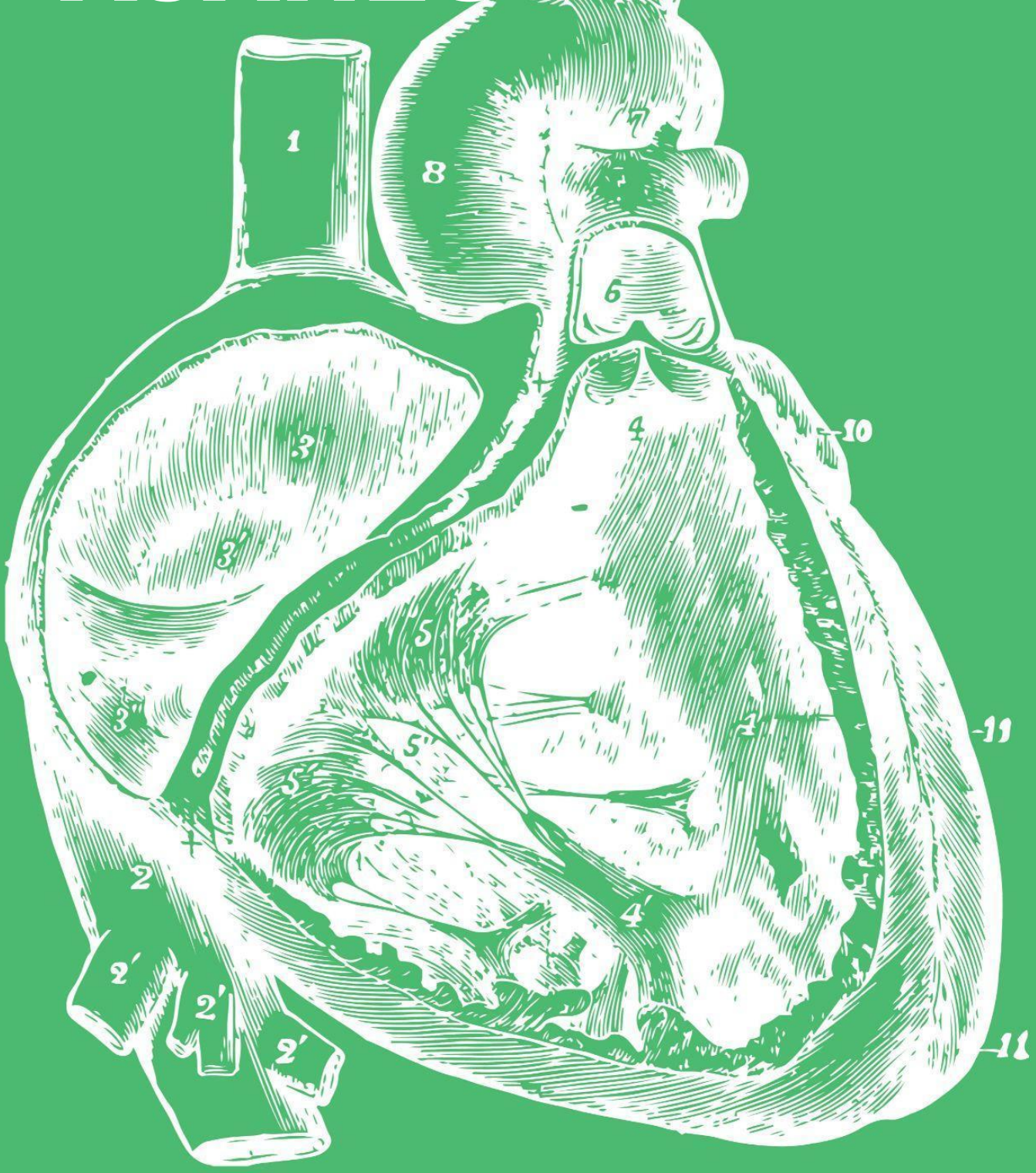
37. Erdős Á. (2015). Droghelyzet: tiltás kontra legalizáció. Magyar Rendészet 2015/3. 11-26.
38. DH News: Alberta's premier slams decision to decriminalize certain drugs in BC - https://dailyhive.com/vancouver/jason-kenney-alberta-bc-controlled-drug-decriminalize (letöltés ideje: 2023. február 12.)
39. 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

BESZÁMOLÓ AZ EGÉSZSÉGDOKK KÖZHASZNÚ ALAPÍTVÁNYNÁL TETT LÁTOGATÁSUNKRÓL

BOZSÓ DOROTTYA

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

Az alapító tagokban 2006 és 2010 között fogalmazódott meg, hogy nagy szükség lenne egy olyan alapítvány létrehozására és intézmény működtetésére, ahol azok a személyek, akiknek rossz életvezetési gyakorlatba fordult az életük, menedéket, elfogadást, megértést kaphatnak. Rajtuk és nekik kívánnak segíteni, támogatni a közösségbe való beilleszkedésüket, feltárni a problémáikat, és ha már valamilyen szert használnak, akkor esélyt kaphatnak arra, hogy megtapasztalhassák, van kiút a szerhasználatból, lehet szer nélkül is teljes életet élni. A segítő szakemberek közé bárki csatlakozhat, de alapvetés egymás elfogadása, tisztelete, önmaguk és mások

megismerése. A munkatársak személyes motivációja Istentől kapott elhivatottságukban rejlik. Szakmai vezetőjük, Gönczi Gábor gyógyult szenvedélybeteg múltja további erőt és reményt nyújt mindannyiuk számára.

Kijelenthető, hogy az alapítvány munkája az egész országban egyedülálló módon történik. Üzemeltetnek felnőtt-, ifjúsági, - és gyermek addiktológiát, lehetőség van nappali és közösségi ellátásra, előgondozási programba kerülhetnek azok, akik később támogatott lakhatáshoz szeretnének jutni és az elterelésben is tudnak segítséget nyújtani, továbbá iskolai prevenciós munkát is végeznek. Ajánlónkban igyekszünk bemutatni ezen “szolgáltatásokat”.

Felnőtt addiktológia:

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

Gyermek és ifjúsági addiktológia:

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

Gyermek és ifjúsági addiktológia:

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

Szenvedélybetegek nappali ellátása:

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

Támogatott lakhatás:

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

Elterelés:

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

Edokk Junior Tini Rehab:

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

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

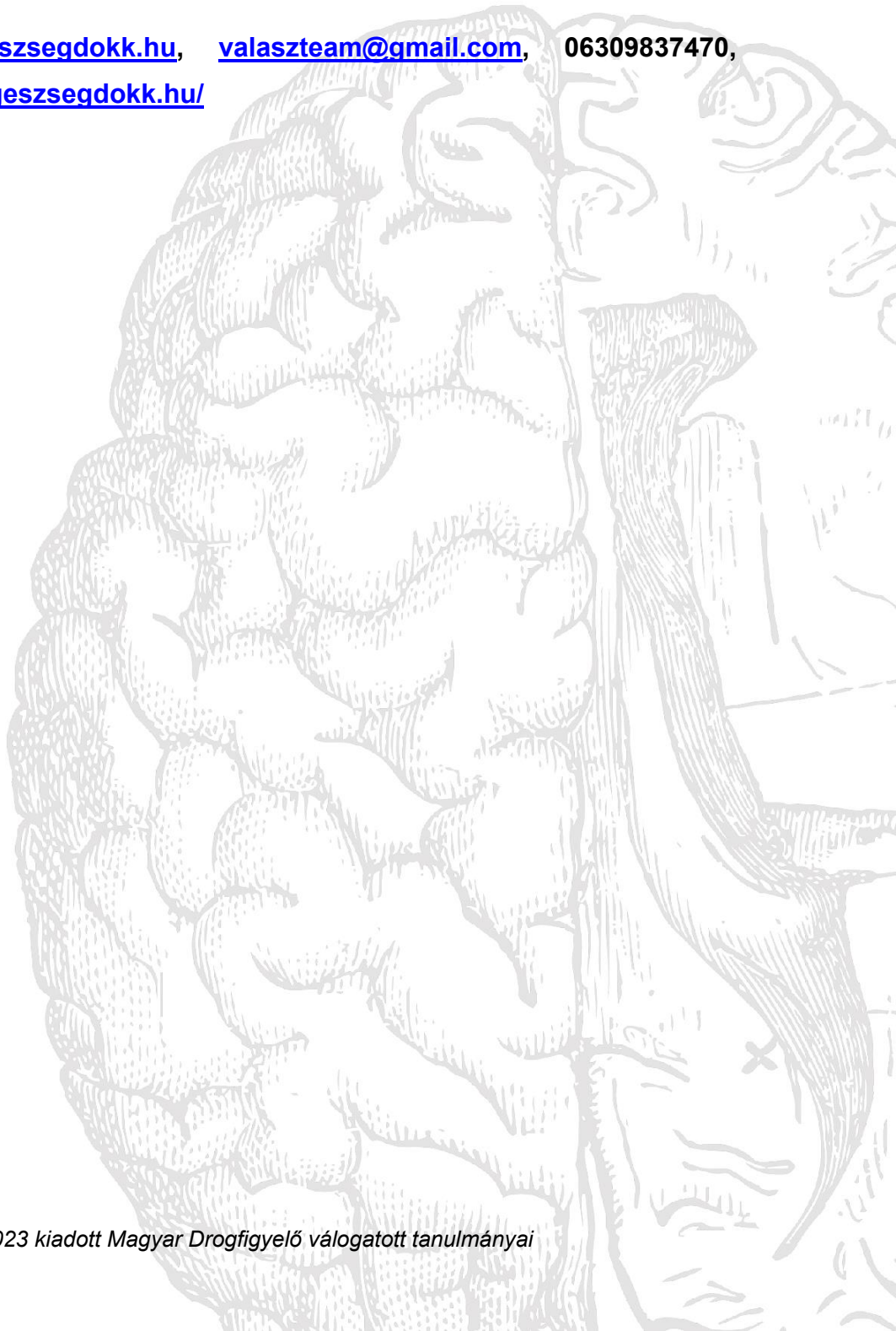
Sajnos a fent említett problémákkal küzdő fiataloknak általában nagyon korlátozott lehetőségeik vannak a gyógyulásra. Az önsértő vagy szerhasználó fiatalkorúakat nem tudják rendszerszinten ellátni. Adott problémával bekerülhetnek a pszichiátriára, ahonnan nagyon rövid időn belül - ez lehet 2 nap, de maximum 2 hét - kikerülnek. A hasonló nehézségekkel küzdőket ellátó intézmények jelentős része pedig csak nagykorúakkal foglalkozik, így ezek a fiatalok gyakran ellátás nélkül maradnak. A fiatal lányok legjellemzőbb pszichés és viselkedéses problémái az önsértés, a táplálkozási zavarok, depresszió, szorongás és ezek mellé társul valamilyen függőség vagy szerhasználat. Legtöbb esetben nehéz kideríteni, hogy melyik probléma jelentkezett előbb, így valóban nagyon komplex kezelésre van szükség.

Annak ellenére, hogy a fiatalokkal való találkozás egy rendkívül nehéz és kétségbeejtő realitást tárt elénk, mégis felemelő volt látni, hogy van egy hely Székesfehérváron, ahol lelkes és elhivatott szakemberektől valódi figyelmet és segítséget kaphatnak.

Az alapítvány elérhetőségei:

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

drogambulancia@egeszsegdokk.hu, valaszteam@gmail.com, 06309837470, 06308490122, http://egeszsegdokk.hu/



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=FjGu7DIYNNE , Letöltés ideje: 2023. 02. 14.

FÓKUSZBAN A KÖRNYEZET: A MEGELŐZÉS ÉS ÁRTALOMCSÖKKENTÉS JÓ GYAKORLATAI A NAGYVÁROSOKBAN

DR. MOLNÁR ISTVÁN JENŐ

A Budapesti Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (BKEF) a Fővárosi Önkormányzattal együttműködésben konferenciát szervezett 2022. december 1-jén az Országos Rendőr-főkapitányság Teve utcai székházának auditóriumában. Mindig örömteli a jelenléten alapuló, személyes találkozásokat és tapasztalatcserét biztosító szakmai rendezvényeken való részvétel, így Intézetünk több munkatársa is hallgatója volt az előadásoknak és aktív szereplője az interaktív csoportfoglalkozásoknak. A kábítószer-fogyasztás megelőzésének kapcsán többnyire az egyén és annak magatartása kerül a középpontba, ezúttal azonban más volt a fókuszban: a környezet, amelynek különböző módokon történő megváltoztatása, átalakítása indirekt módon gyakorol hatást az egyén és a közösség viselkedésére.

A konferencia címének vonatkozásában a leginkább tisztázandó fogalom a környezet, ugyanis korántsem egyértelmű, hogy mit értünk alatta. A magyar nyelv sokszínűségéből fakadóan a környezet jelentheti a pusztán fizikai életteret, azon belül pedig dolgok összességét, amelyek az adott egyént körülveszik, de magába foglalhatja a személyek sokaságát is, akik az érintett közelében vannak. Környezet alatt a kábítószerfogyasztás kapcsán mindkettőt ért(het)jük, hiszen a fogyasztásra mindig valamilyen materiális élettérben kerül sor, ahol emberek és tárgyak egyaránt lehetnek. Talán még nagyobb kérdés az, hogy ez az élettér maga is befolyásolta-e a szerhasználat kialakulását (pl. szegregátum –> depriváció –> trauma), vagy csak helyszínéül szolgált a szerbevitelnek (pl. szórakozóhely –> elektronikus zene –> mosdó). Utóbbi, talán pont a többes értelmezhetőségből fakadóan kizárt, márcsak azért is, mert Tim Rhodes szerint a valódi kockázati környezet (risk environment) négydimenziós, azaz beszélhetünk fizikai, társadalmi, gazdasági és politikai környezetről, melyek különböző interakciókban vannak a mikro- és makroszintű környezeti hatásokkal[5]. Ha pedig így tekintünk a környezetre, akkor annak mindenképpen szerepet kellett játszania a szerfogyasztásra irányuló szándék kialakulásában. Nem mellesleg, a szociális ökológia képviselői úgy tartják, hogy minden fizikai környezet egyben szociális is, és fordítva[3]. Bármelyik környezetértelmezést is vegyük evidenciának, a környezet magától értetődően oksági fundamentuma a fogyasztásnak.

A környezet kiemelése – bármelyik megközelítésről is legyen tehát szó – azért fontos, mert a megelőzésben az esetek túlnyomó többségében a fogyasztóra fókuszálunk, az ő viselkedését akarjuk megváltoztatni. Ritkábban jutunk arra a következtetésre, hogy könnyebb és olykor hatásosabb lehet a külső komponensek megváltoztatása. Erre érdekes, de jól tetten érhető példa Nánay Bence, magyar elmekutató, filozófus tanácsa, aki azt mondja az önkép és az individuum változásával kapcsolatosan, hogy amennyiben úgy érezzük, hogy túl sok tv-t nézünk, akkor nem a kevesebb használatra irányuló elhatározás a jó megoldás, sokkal könnyebb és hatékonyabb, ha kidobjuk a készüléket[6], tehát megváltoztatjuk a környezetet. A konferencia célja az volt, hogy olyan gyakorlatok kerüljenek bemutatásra, ismertetésre, amelyek a környezetre irányítják a prevenciós figyelmet, s maguk is valamiféle változást eredményeznek a fizikai térben.

Az érintett egyénre irányuló hangsúlyeltolódás megfigyelhető az általános bűnmegelőzésben is. A kriminológia tárgykörébe tartozó profilaxis régóta ismert felosztás mentén veszi górcső alá a megelőzni kívánt eseményeket. Egyrészről beszélni szokás az ún. bűncselekményi triászról (három pillér elve), amely szerint egy deliktum elkövetése – az esetek túlnyomó többségében – három feltételhez kötött: szükségszerűen kell lennie (1) elkövetőnek, (2) áldozatnak, illetve (3) fizikai térnek, másképpen alkalomnak vagy helyszínnek, tulajdonképpen környezetnek, ahol maga az elkövetés végbemehet[2]. Értelemszerűen kábítószerfogyasztás kapcsán ez a felosztás önmagában nem értelmezhető, a fogyasztó ugyanis egyszerre minősül büntetőjogi értelemben elkövetőnek, egyéb megközelítésekben pedig áldozatnak. A párhuzam ugyanakkor mégis értelmezhető válik, ha tovább vizsgáljuk a bűnmegelőzési tipológiákat.

Másrészről ugyanis létezik egyfajta dichotómia a bűnmegelőzésben is, mely szerint az lehet szociális vagy szituációs. A szociális vagy sokszor szociatívnak nevezett prevenciós intervenciók elsődleges célja az elkövető és az áldozat viselkedésének a direkt, közvetlen módon történő befolyásolása. A megközelítésnek „edukációs szentenciák képezik lényegét, amelyek a „tedd” és a „ne tedd” relációban, egy képzeletbeli tengely végpontjain helyezik el a lehetséges áldozatot és a potenciális elkövetőt”[4]. Ilyenként értékelhetjük az áldozatok kontextusában a ma már elavultnak számító elrettentés eszközét, de szociatívnak minősül a felvilágosítás, a tájékoztatás, vagy éppen a figyelemfelhívó kampány is. /Megjegyzendő, hogy a tömegkommunikációs kampányok kapcsán kevés empirikus bizonyíték áll rendelkezésre azok hatékonyságával kapcsolatosan[7]./ Az elkövetők esetében kissé nehezebb a helyzet, ugyanis amíg az áldozattal csak intelmeket, tanácsokat osztunk meg azok betartásának reményében (pl. Ne posztold a kéthetes nyaralásod és otthonod felügyelet nélkül maradásának tényét a közösségi médiában!), úgy a tettes vonatkozásában általában az attitűdöt is szeretnénk megváltoztatni. Nem véletlen, hogy utóbbi nem egyszeri beavatkozást, hanem hosszabb ideig tartó képzést, fejlesztést foglal magába, melynek végső célja az egyén személyes és társas kompetenciáinak fejlesztése, ahogy egy függővé váló személynél is.

Az elmúlt 20-30 évben a fő hangsúly előbbi törekvésekre irányult, a szituációs vagy szituatív prevenció a háttérbe szorult, vagy kimerült a térfigyelő kamerák, riasztók és rácsok telepítésében. Kevés figyelem jutott a bennünket körülölelő fizikai tér,

környezet, mint kontextus és az egyének kölcsönhatásainak prevencióspecifikus vizsgálatára, pedig ma már a környezetpszichológia tanaiból tudjuk, hogy ember és környezet között az interakció tudatos és tudattalan percepciókon keresztül állandó és folyamatos. Vagyis „a környezet hat az emberre, ugyanakkor ezzel egyidőben az ember is hat a környezetére. A számunkra megfelelő környezeteket az emberek jobban ismerik, szeretik és védik, míg a nem megfelelőket rombolják. Az így kialakult minőségű környezet pedig visszahat a használó viselkedésére, érzelmeire…”[3]. Bronfenbrenner ökológiai modellje szerint az épített környezet szocializációnk és fejlődésünk fundamentumaként értékelhető[1], itt pedig meg is érkezünk újfent a környezet és a kábítószer-fogyasztás kapcsolatához. A prevenciós alapvetések és kiindulási pontok tehát azonosak, mi több a dilemmák, kételyek és nehézségek is. A konferencián elhangzottak alapján pedig megerősítést nyert az is, hogy prevenció nem létezhet a környezet csupán fizikai jellegű értelmezése mentén, annak mindig részét kell képezze az egyén és a közösség. Utóbbiak nélkül hatékony prevenció, működő ártalomcsökkentés nincs!

De mit is jelent az ártalomcsökkentés? A Nemzeti Drogfókuszpont honlapján elérhető definíció szerint az ártalomcsökkentés gyakorlati beavatkozások összefoglaló neve, amelynek célja a kábítószer-fogyasztás okozta egyéni, és makroszintű egészségügyi, szociális és gazdasági károk mérséklése. Az ártalomcsökkentő programok hozzájárulnak a fertőző betegségek terjedésének, illetve a bűnözés vagy a halálozás emelkedésének megakadályozásához. Ártalomcsökkentő programok közé soroljuk a tűcsere programokat, a helyettesítő kezelést, az ellenőrzött fogyasztói szobákat, és a bulisegély szolgáltatásokat[8]. Itt fontos megjegyezni, hogy ezek egyike sem vezet hosszútávú preventív eredményre, ha mellettük a környezetnek nem képezi részét az ember és a közösség, illetve a közösség nyújtotta szolgáltatás. Másképpen: tehetünk ki vizet fogyasztás céljából a szórakozni vágyók részére, mellyel bizonyos szerfogyasztási tüneteket kezelhetnek, de ha pult mögött nem állnak ott a segíteni szándékozó közösség tagjai, akkor lehet fogyasztásra sem kerül sor, de a vízfogyasztással együttjáró beszélgetés, felvilágosítás jelentette lehetséges hosszabb távú hatás biztosan elmarad. Az előadók túlnyomó része a fentiek tükrében arról értekezett előadásában, hogy a kereslet-, kínálat- és ártalomcsökkentésben tetten érhető prevenciós törekvések érvényesítése milyen módokon valósulhat meg a fizikai térre történő koncentráció révén.

Az AIDS világnapja alkalmából tett rövid kitekintést követő első szakmai előadást **dr. Felvinczi Katalin**, az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Karának egyetemi tanára tartotta, aki kifejtette, hogy „ennek a szemléletnek az egyik alapfeltevése az, hogy az emberek a legtöbbször nem tisztán racionális döntéseket hoznak: hanem befolyásolják a döntéseiket a közösségi elvárások, normák, és az, hogy van berendezve a környezet körülöttük”[9]. Ez fontos megállapítás, ugyanis újfent azt mondja ki, hogy a környezet észlelése hatást gyakorol a viselkedésre. Ismételt bűnmegelőzési párhuzamként emelendő ki, hogy hazánkban egy viszonylag új prevenciós szemlélet, az ún. építészeti bűnmegelőzés (CPTED – crime prevention through environmental design) alaptétele is ez. Legnagyobb alakja, Ray C. Jeffery híres tételmondata is ekképp szól: A környezetet változtasd meg, ne az embert! [4].

Az előadást workshop követte, melynek keretében kiscsoportos foglalkozásokon nyílt arra lehetőség, hogy a konferencia résztvevői gondolatokat és tapasztalatokat cserélhessenek. A három csoportba tömörülő „asztaltársaságok” tovább elemezhették az urbánus környezetre jellemző szórakozóhelyek problémáit, s az azokra adható válaszlehetőségeket.

A konferencia második felében szűkült a környezeti fókusz, áthelyeződött a hangsúly a szórakozóhelyekre, ezzel párhuzamosan a biztonságos éjszakai életre. A szervezők révén külföldi jógyakorlatokra vethettünk pillantást, elsőként a Bécsben dolgozó **Fehér Orsolya**, a PsyCare Austria munkatársa mutatta be az Ausztriában működő modellt. A **Vienna Club Comission (VCC)** elnevezésű kezdeményezés lényege, hogy szereplők sokaságát megszólítva és bevonva nyújtanak rendhagyó szolgáltatást a társadalom széles körének (pl. szórakozni vágyók, lakók és bérbeadók, turisták, önkormányzat és klubtulajdonosok). A szolgáltatásaik között találhatunk tanácsadást, hálózatépítést, közösségi-nyilvános kapcsolatok kialakítását. A szervezet honlapján elérhető egy VCC Radar funkció is, amelyen keresztül Bécs valamennyi szórakozóhelye ellenőrizhető, megannyi szempont mentén. Ilyen szempont többek között a nyitvatartási idő; befogadóképesség; emeletek száma; események, rendezvények gyakorisága; elhelyezkedés; felszereltség; műsortípusok stb.

A rendezvény színvonalát növelte, hogy külföldi előadóként **Rajmund Reintjes** egy berlini projektet is bemutatott, mely a **SONAR** nevet viseli. Honlapjuk elérési címe, azaz a „biztonságosabb éjszakai élet Berlinben” (safer-nightlife.berlin) jobban lefedi a

küldetésüket, a honlap maga pedig egyértelművé teszi, hogy a cél a szórakozóhelyeken történő tájékoztatás, tanácsadás, illetve képzések tartása biztonsági őrök, pultosok számára. Bár az előadásból ez kevésbé derült ki, de a honlapjuk szerint személyes tanácsadással is foglalkoznak, amely utóbbi kapcsán aggályok is felmerülhetnek az oldalra látogatóban. A tanácsadás promóciójának szövege ugyanis így hangzik: *Ha úgy dönt, hogy anyagokat használ: fejlesztjük (support) a személyes fogyasztási készségeit, és tanácsot adunk, hogyan lehet minimalizálni az egészségügyi kockázatokat és a fogyasztás negatív következményeit.* Az ártalomcsökkentésnek ez már azon szintje, amely kérdéseket vethet fel szakemberben és gyermekét féltő szülőben egyaránt, hogy hol húzódik meg a határ az észszerű figyelemfelhívás, illetve a felelőtlen, szinte már-már bátorító tanácsadás között.

A konferencia következő előadója, **Gabriel Borkowksi** egy magyar kezdeményezést, az ún. **DÁT2 Psy Help** partiszervíz szolgáltatást nyújtó szervezetet mutatta be. Klasszikus értelemben vett ártalomcsökkentő tevékenységet végeznek elsősorban goa és trance rendezvényeken, standjaikban önkéntesek osztanak a fiatal bulizóknak magnéziumos vizet, sós ropit és hasonlókat. A szervezet honlapja egyfajta elakadást mutat a működésben 2018 tájékán, de a facebook oldaluk posztjai arról árulkodnak, hogy ma is számíthatnak rájuk a bulizni vágyók.

Utolsó előadóként **Nyíri Noémi** adott elő, aki a BKEF képviseletében az elmúlt 20 év ártalomcsökkentésben szerzett tapaszlatairól beszélt, valamint lehetséges standardokról, amelyeket a szórakozóhelyeken célszerű lenne bevezetni, betartani. Ezzel kapcsolatosan a Nemzeti Drogfókuszpont munkatársai még 2012-ben készítettek egy anyagot, amely európai kitekintésben mutat be számtalan drogprevenciós minőségi standardot. Összefoglalóan kijelenthető, hogy a környezet változtatható lenne normatív szabályozással, önkormányzati beavatkozásokkal, szórakozási szokásokkal kapcsolatos szemléletformálással, az éjszakai élet szereplőinek (pl. pultosok, biztonsági személyzet) képzésével.

A napot a kérdések/ válaszok szekciója zárta, amely rávilágított arra, hogy a „party service” szolgáltatásokban értelmezett ártalomcsökkentés céljai nem teljesen egyértelműek mindenki számára, s azokkal nem is mindenki tud feltétlenül azonosulni. Kérdésként merült fel ugyanis, hogy ezekkel a képzésekkel, vagy csak a

szolgáltatások nyújtása révén nem arra neveljük-e a fiatalokat, hogy bizonyos módszerek alkalmazása és szabályok betartása mellett fogyasszanak bátran drogokat? Végső soron nem túl veszélyes-e az ilyes jellegű ártalomcsökkentés fő üzenete? Miért nem az az elsődleges cél, hogy ne is drogozzanak a fiatalok, vagy hogy egyáltalán ne jusson be kábítószer az adott vendéglátóipari egységbe.

Az erre adott válasz ismét egy bűnmegelőzési párhuzammal magyarázható. A gyakran használt egészségügyi analógia alapján beszélhetünk primer, szekunder és tercier prevencióról. A megelőzés első szintje szól mindenkinek, kiterjed a társadalom egészére, s általánosságban a bűnözés mindenfajta elmaradását célozza. A második szinten szűkül a megszólítandók köre, itt már azok kerülnek bevonásra, akik még nem kriminalizálódtak, de veszélyeztetett csoportok tagjai. A harmadlagos szinten pedig azokhoz szólunk, akik követtek már el valamit, de szeretnénk a bűnismétlést elkerülni.

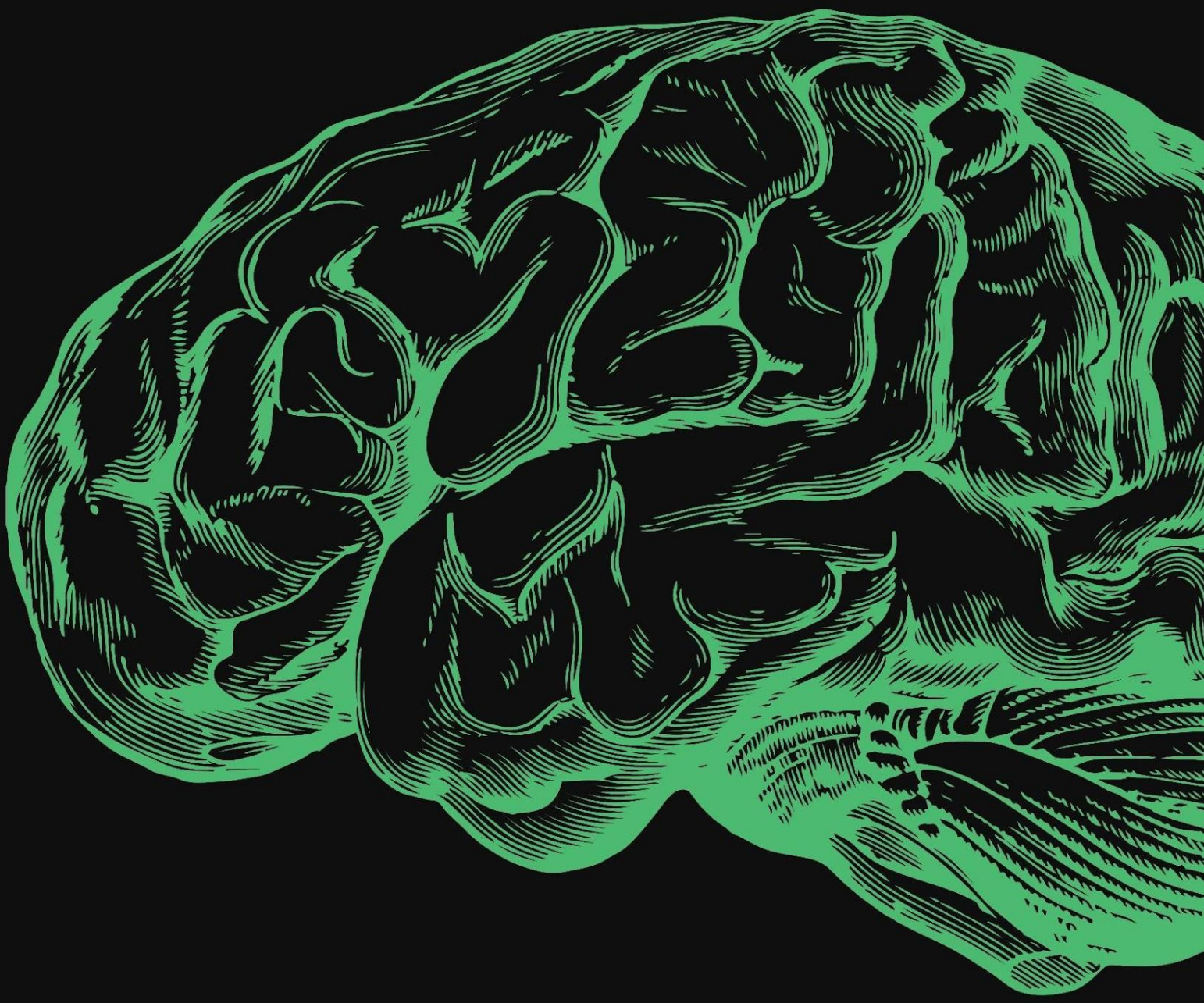
A drogprevencióban az iménti felosztáshoz nagyon hasonló módon beszélhetünk **univerzális, célzott és javallott beavatkozásokról**. Az általános (univerzális) prevenció célja, hogy egy adott populáció esetében a fogyasztás kialakulását megakadályozza, e projektek szervezői „nagy csoportokat szólítanak meg, minden előzetes, a szerhasználatnak való kitettségre vonatkozó szűrés nélkül. Abból a feltételezésből indulnak ki, hogy a célpopuláció valamennyi tagja azonos mértékű kockázatnak van kitéve a droghasználat szempontjából”[7]. A célzott prevenció azokat szólítja meg, akik szocio-demográfiai indikátoruk alapján veszélyeztetettek, nagyobb valószínűséggel válhatnak nemcsak kipróbáló, de adott esetben függő fogyasztóvá is. A javallott prevenciós intézkedések pedig kifejezetten azokra irányulnak, akik a problémás droghasználat korai jeleit mutatják.

Az ártalomcsökkentés módszerei leginkább a célzott prevenció eszközei közé sorolhatóak, azoknak szólnak, akiknél az univerzális beavatkozás nem járt sikerrel, s minden tiltás, illetve szándék ellenére kapcsolatba kerültek a kábítószerekkel. Ilyennek minősülnek azok, akik szórakozóhelyen tiltott szereket fogyasztanak. A bulikban segítséget kapó személyek tulajdonképpen akut beavatkozáson esnek át, amely adott esetben életmentő lehet.

Fontos azonban megjegyezni, figyelmünket kissé az ártalomcsökkentéssel kapcsolatban aggodalmukat kifejezők irányába, hogy a módszer valóban nem kívánt hatásokat érhet el, ha azokra nem megfelelő helyen és módon kerül sor. Az ártalomcsökkentés vonatkozásában épp ezért célszerű, ha az a bulik és a szórakozóhelyek, azaz a célzott prevenció szintjén marad, s nem válik általános prevenciós eszközzé, mert akkor valóban magában hordozza azt a kontraproduktív veszélyt, hogy aki egyébként eddig ilyen-olyan aggályok, félelmek okán tartózkodott a szerhasználattól, az egy „túl jól sikerült" ártalomcsökkentő előadás hallatán felbátorodik és szerfogyasztóvá válik.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Bronfenbrenner, Urie, Ecological Models of Human Development (International Encyclopedia of Education, Vol.3. Oxford, Elsevier, 1994
2. Borbíró Andrea, Bűnmegelőzés, In: Kriminológia, Szerk.: Borbíró Andrea, Gönczöl Katalin, Kerezsi Klára, Lévay Miklós, Wolters Kluwer, Budapest, 2016
3. Dúll Andrea, Helyek, tárgyak, viselkedés - Környezetpszichológiai tanulmányok, ELTE, Budapest, 2010
4. Molnár István Jenő, Az építészeti bűnmegelőzés magyarországi alkalmazhatóságának vizsgálata, Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Ph.D. értekezés, 2020
5. Rhodes, Tim, Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach, International Journal of Drug Policy, Volume 20, Issue 3, 2009 (DOI: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.10.003.)
6. https://www.youtube.com/watch?v=ctzFke3EKyM (megtekintés ideje: 2022. december 23.)
7. https://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/prevencios_minosegi_standardok_HU.pdf (le-töltés ideje: 2022. december 22.)
8. https://drogfokuszpont.hu/szakteruleteink/artalomcsokkentes/ (letöltés ideje: 2022. december 21.)
9. https://drogriporter.hu/fokuszban-a-kornyezet-a-megelozes-es-artalomcsokkentes-jo-gyakorl-atai-nagyvarosokban/ (letöltés ideje: 2022. december 22.)



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 neurotrenszmitterként 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 kábítószerprevenciós 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.

A SZER, AMI MEGVÁLTOZTAT

NOTHOFF INGRID

Ha most azt várja bárki is, hogy rendőrként konkrét tanácsokkal tudok szolgálni azzal kapcsolatosan, hogy egy szülő, pedagógus vagy egy orvos miből veszi észre, hogy a gyermeke vagy bármelyik hozzátartozója drogfüggő, csalódni fog. Nincsenek konkrétumok. Éppen ezért a Budapesti Rendőr-főkapitányság egy teljesen és merőben más, új drogprevenciós előadássorozatot készített.

Azonban mielőtt az új programról beszélnénk, nézzük meg, hogy jelenleg milyen drogok vannak a piacon, egyáltalán mit nevezhetünk kábítószernek.

Kábítószer minden olyan anyag, amely a szervezetbe kerülve megváltoztatja annak működését, és mivel a központi idegrendszerben fejtik ki a hatásukat, megváltoztatják a szert használó gondolkodását, hangulatát, viselkedését, azt a módot, ahogyan a használó a világot észleli. Ezek az anyagok lehetnek legálisak, amikor például az egészségügyi intézmények ellenőrzött keretek között a betegségek gyógyításában alkalmazzák őket. A kábítószereket évezredek óta használják az emberek a gyógyításra, fájdalomcsillapításra, lásd a morfint vagy a heroint, vagy például a sámánok az LSD-t (anyarozs) látomásaikhoz. De például a dél-amerikai népek az Andok magasan fekvő részein a kokaleveleket rágják, így könnyebben viselik el légszomjukat.

Addiktológiai és pszichiátriai értelemben a pszichoaktív szerek csoportjába sorolhatók mindazon anyagok, amelyek a szervezet, elsősorban a központi idegrendszer

működését befolyásolják. A kellemes érzet ismételt átélése utáni vágyakozás a fogyasztó gondolatvilágát annyira képes megváltoztatni, hogy ennek eredményeként az élvezetkeltő anyag központi szerephez jut benne, azaz pszichikai függőség alakul ki. A pszichoaktív szerek egy kisebb részére az is jellemző, hogy a pszichikai függőség mellett fizikai függőség is kifejlődik: szer hiányában markáns elvonási tünetek (remegés, hidegrázás, hasmenés, fájdalomérzet) gyötrik a fogyasztót.

Azt, hogy jelenleg mit kell büntetőjogilag kábítószernek, illetőleg kábítószer-prekurzornak tekinteni, nemzetközi egyezmények határozzák meg számunkra, hiszen maga a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (Btk.) is ezekre hivatkozik, amikor a kábítószer fogalmát értelmezi. A kábítószerek attól lesznek „tiltottak", hogy azt nemzetközi egyezmény vagy törvény „egy meghatározott listán" szerepelteti, és a felhasználónak vagy a forgalmazónak erre nincs külön engedélye.

Jelenleg Európában a kábítószerekkel kapcsolatban különösen dinamikus időszak zajlik. Új, egyre veszélyesebb szerek megjelenését, a különböző típusú anyagok nagyfokú, sőt egyes területeken növekvő mértékű térhódítását tapasztaljuk. Kihívás továbbá a jórészt a globalizációval és az új technológiával összefüggő interneten keresztüli forgalmazás, amely jól példázza, hogy miként történhet gyors változás ezen a területen, kihívások elé állítva a rendészeti szerveket a kábítószerek nyomon követése terén. Az Europol (az Europol bűnüldöző egysége) adatai szerint az online értékesítés aránya a tiltott kábítószerek piacának egészéhez képest viszonylag csekély, de növekvő tendenciát mutat.

Európába a kábítószer vagy belföldi előállítással, vagy a világ más régióiból történő csempészettel kerül be. Dél-Amerika, Nyugat-Ázsia és Észak-Afrika az Európába érkező kábítószerek fontos forrásterületei, Kína pedig az új pszichoaktív szerek forrásországa.

Magyarországon évente mintegy 7000–9000 büntetőeljárás indul kábítószerrel összefüggésben. A legtöbb nyomozást (az esetek 60%-át) kannabiszbirtoklás, illetve -fogyasztás, valamint stimulánsokkal (amfetamin, ecstasy) való visszaélés miatt indítanak.

KÁBÍTÓSZER-TÍPUSOK

Kannabisz

Európán és Magyarországon belül is a kannabisz a legszélesebb körben használt tiltott kábítószer. A kannabisz hatóanyaga az elmúlt tíz évben jelentősen megemelkedett, ezért egyre nagyobb mértékű közegészségügyi problémát is okoz (skizoid tünetek miatti sürgősségi egészségügyi ellátás). A fogyasztók nagyon erős skizoid tüneteket (hallucináció, téves eszme, valóságtól elrugaszkodó gondolatok, antiszociális viselkedés) mutatnak. Az illegális forgalomban két fő kannabisztermék van jelen: a növényi kannabisz (marihuána), és a kannabiszgyanta (hasis).

Magyarországon jellemzően a növényi kannabisz használata terjedt el. Az Európai Unióban a kannabisztermék (marihuána, hasis) becsült minimális értéke 9,3 milliárd euró. Ebből a magyar piac felhasználása elenyésző, de 2017-ben rekordmennyiségű (2,2 tonna) marihuánát foglalt le a rendőrség. Egy 2015-ös felmérés szerint Magyarországon az aktív (15–64 éves) korú lakosság körében arra a kérdésre, hogy „fogyasztott-e már élete során kannabiszt” kérdésre mindösszesen 7,4%, vagyis 100 emberből 7 ember válaszolta azt, hogy igen. Ez nagyon alacsonynak számít, ennél alacsonyabb értéket csak Málta és Románia vonatkozásában állapítottak meg. Azonban a 15–16 évesek körében végzett vizsgálat eredménye szerint Magyarországon a 15-16 évesek mintegy 13%-a kipróbálta már a kannabiszt, ami a felnőtt korosztálynál mért érték majdnem kétszerese. Ez az érték azt mutatja, hogy Magyarország már nem az alacsony, hanem a közepes kockázatú országok közé tartozik.

A szer hatásai: A fogyasztóknál oldódnak a gátlások, boldogságérzést, beszédességet, feldobottságot éreznek. De előfordulhat szorongás, lehangoltság, súlyosabb esetben pánik, rosszullét, érzékcsalódás, paranoid megnyilvánulás, akár pszichotikus állapot is, amelyek észlelése esetén orvosi beavatkozás szükségessé válhat.

Heroin

Továbbra is Afganisztán a világ legnagyobb illegális ópiumtermelője, és az Európában talált heroin legnagyobb részét feltehetőleg ott vagy a vele szomszédos Iránban, Pakisztánban állítják elő. A heroin előállítása Európában továbbra is nagyon csekély mennyiségű.

A heroin Európába négy fő csempészútvonalon jut be. A két legfontosabb az úgynevezett „balkáni útvonal" és a „déli útvonal". A „balkáni útvonal" Törökországon keresztül halad a balkáni országokba (Bulgária, Románia vagy Görögország) és ezen tovább Magyarországon keresztül Nyugat-Európába. Az új pszichoaktív anyagok (dizájner drogok) 2010-es megjelenése óta a heroin veszített jelentőségéből a magyarországi piacon.

A heroin tisztán fehér por, finom szemcsékkel. Előfordul azonban sötétebb árnyalatokban is, esetleg szürke, barna vagy teljesen fekete színben. A szín a hozzákevert anyagoktól függ, mely lehet cukortól a sztrichninig szinte bármi.

A szer hatásai: A heroin rendkívül gyorsan hat: intravénásan szinte azonnal, inhalálva egy-két perc alatt kifejti hatását. A szer bevitele után általában eufóriát érez a fogyasztó, de az is megtörténhet, hogy az első reakció nem a legkellemesebb. Előfordulhat hányás, szájszárazság, felforrósodott bőr. Általánosabb azonban a feszültség csökkenése, a túláradó önbizalom, az örömérzet. Az első hatások után még órákig bódultan érzi magát a szert használó, ami lelassult szívveréssel, légzéssel és egyéb testi funkcióváltozásokkal jár együtt. A többi ópiumszármazéktól eltérően a hatások viszonylag rövid időn (3-4 órán) belül elmúlnak, és sajnos a függőség is meglehetősen gyorsan kialakul. A heroin utáni vágy itt a legerősebb az ópiumszármazékok körében. A tolerancia gyors kialakulása miatt egyre nagyobb dózisokban kell használni a szerből, hogy legalább az általános, megszokott érzést nyújtsa a heroin; egy idő után azonban már a dózis növelése sem vezet eufóriához.

Kokain

A kokainhoz Európában két formában lehet hozzájutni. A leggyakoribb a kokainpor (só formában), kevésbé elterjedt a kábítószer (szabad bázisú) hevítéssel szívható formája, a crack kokain. A kokacserje leveleiből előállított kokaint elsősorban Bolíviában, Kolumbiában és Peruban termesztik. A kokaint személyszállító repülőgépeken, légi árufuvarozás, postai szolgáltatások, magán légi járművek, jachtok és konténeres tengeri fuvarozás útján szállítják Európába.

Az utóbbi években Magyarországon egyértelmű növekedés volt tapasztalható mind a fogyasztók, mind pedig a terjesztők számában. E tendencia annak ellenére folytatódott, hogy a kokain magas árát megfizetni képes vevői kör nem növekedett. A kokain grammonkénti ára jelenleg 25 – 30 ezer forint.

A szer hatásai: A kokain erős tudatmódosító hatású szer, használatának több, a használók által is nemkívánatosnak tartott mellékhatása van. A kokain a stimulánsok közé tartozó pszichoaktív szerek csoportjába tartozik, ezért használata gyakran jár együtt szorongásos és depressziós rendellenességekkel, nem ritkák az indulatkitörések, az agresszív megnyilvánulások. Használójától függően kialakulhatnak paranoid, üldöztetéses téveszmék is.

A legnevezetesebb a „rovarhatás” (téveszmés parazitózis): a kokainista kábítószer-fogyasztók a szer hatása alatt úgy érzik, „mintha bogarak mászkálnának a bőrük alatt” (ezeket a szakirodalom „kokainbogaraknak” nevezi, bár természetesen nem valódi, létező rovarokról, hanem érzékcsalódásról van szó). A kokain fogyasztója a kívülálló ember számára józannak látszik, nem dülöngél, nem bizonytalan, tekintete nem fátyolos, beszéde érthető.

Szintetikus kábítószerek/ amfetamin típusú szerek (amfetamin/speed, MDMA/ecstasy, metamfetamin/piko)

Napjainkban is Hollandia és Belgium marad az MDMA (ecstasy) és az amfetamin fő előállítóhelye Európában. Érzékelhető, hogy kisebb mértékben ugyan, de már nemcsak az európai piacokra történik a termelés, hanem Európán kívülre is. Csehországban állítják elő Európában a legtöbb metamfetamint, de Szlovákiában és Lengyelországban is történik illegális gyártás.

Az amfetaminszármazékok 2015 óta a dizájner drogoktól kezdték visszaszerezni a pozíciójukat. Az amfetaminpor adagonkénti (0,6–0,8 gramm) fogyasztói ára az utcán 3 ezer forint körül mozog.

A szerek hatásai: *Metamfetamin:* Tabletta vagy por formájában forgalmazzák, kristályos formáját pipából szívják. Por formában pedig orrba szippantva vagy feloldva, intravénásan is használják. A szer használói kényszeres cselekvéseket végezhetnek, mint például a takarítás, kézmosás vagy tárgyak babrálása (szétszedés-összerakás). Elvonási tünetként túl nagy alvásigény, túlzott étvágy és depressziószerű tünetek, valamint a szer utáni sóvárgás és szorongás jelentkezhetnek. *Amfetamin:* mesterségesen előállított szerves vegyület, melyet korábban elterjedten használtak gyógyszerek alapanyagaként. Jellemző azonban, hogy az amfetaminhoz hasonló kémiai szerkezetű anyagok több-kevesebb élénkítő tulajdonsággal rendelkeznek, de egyes származékok kifejezetten hallucinogén hatásúak. Általános hatásaik közé tartozik még a hörgőtágító, érszűkítő, vérnyomást emelő, étvágycsökkentő és fájdalomcsillapító hatás.

Pszichoaktív szerek/dizájner drogok/új pszichoaktív anyagok

Jelenleg közel 800 új, Európában azonosított pszichoaktív anyagot ismerünk. Ezekre az anyagokra nem vonatkoznak a nemzetközi kábítószer-ellenőrzések, és a kábítószerek olyan széles köre tartozik ide, mint a „herbál” (szintetikus kannabinoidok), illetve „kristály” (szintetikus katinonok). A legtöbb esetben ezeket az anyagokat használják kábítószerhelyettesítő szerként. Az anyagokat sok esetben kínai vegyipari és gyógyszercégek állítják elő, és innen szállítják Európába, ahol termékké alakítják, csomagolják és értékesítik.

Magyarországon az új pszichoaktív szerek (dizájner drog) érzékelhetően átalakították az elkövetői kört, valamint a kínálati piacot, de módosították a vásárlók igényeit is. Az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó jogi szabályozási csomag 2012-ben lépett hatályba, amely mind a büntetőjogi, mind a háttérszabályozás tekintetében (anyagok listára vétele, dizájner drogokat tartalmazó lista) lehetőséget teremtett a rendészeti fellépésre. Ezek jelenleg jellemzően az elszegényedő vagy mélyszegénységben élő fogyasztók kábítószerei.

Az új pszichoaktív anyagok esetében nagyon elterjedt módszer a csomagküldő szolgálatok (posta) alkalmazásával történő terjesztés.

A fogyasztók többnyire nincsenek tisztában azzal, mit fogyasztanak, jellemzően csak „kristály” (szintetikus katinonok) és „herbál” (szintetikus kannabinoidok) fantázianéven ismerik a fogyasztás céljából megvásárolt szereket. A „kristály” ára 3.500 forint, a „herbál” 1.000–1.500 forint grammonként.

A szerek hatása: Többnyire ismeretlenek, ezért a használata növeli veszélyességüket.

A szintetikus kannabinoidok (herbál, varázsdohány) fogyasztáshoz kapcsolódó egészségi kockázatai a kannabiszhoz hasonlóak: szív- és érrendszeri problémák, pszichológiai problémák (pl. pánikroham). Jellemző, hogy bizonyos anyagok használata során „zombivá” válnak. Teljesen elveszítik a valósággal a kapcsolatot, saját belső világukba húzódnak, ameddig tart a szer hatása. Adott esetben rángatóznak, csukott szemmel állnak vagy ülő-fekvő helyzetben vannak.

GINA/GBL

A Gina alkoholba keverve színtelen, szagtalan, kissé kesernyés ízű folyékony anyag, amely a szervezetbe jutva nagyon hamar kiváltja a hatását. Ezáltal a fogyasztó szinte teljesen öntudatlan állapotba jut, és így könnyen válhat akár szexuális jellegű bűncselekmények vagy rablás áldozatává. Az ilyen szert akaratán kívül fogyasztó gyakorlatilag nem tudja, hogy a szer hatása alatt állva mi történik vele, mit tesznek vele. Mozogni képes, járni tud, a vele lévő személy utasítását végrehajtja. Másnap, amikor a szer már kiürült a szervezetéből, csak emlékképei maradnak az előző napról, azt szokták mondani, hogy úgy érzik magukat ébredés után, mintha másnaposok lennének, ugyanakkor azt is tudják, hogy nem ittak sokat. Az akaraton kívüli szerfogyasztás mellett vannak olyan kisebb-nagyobb közösségek is Magyarországon, amelyben szexuális vágyfokozó célból használják az anyagot. A szer veszélyessége – az akaraton kívüli fogyasztás miatti szexuális bűncselekmény elkövetésén kívül – abban is megmutatkozik, hogy nagyon könnyű túladagolni, mivel a hatásos és a halálos dózis között nagyon kicsi a különbség.

A BICA-JELENSÉG

A jelenlegi ismeretek alapján egy új dizájner drog (4F-MDMB-BICA) jelent meg 2020. május végén a hazai utcai forgalomban, amelyet az előzetes vizsgálati eredmények alapján eddig közel 200 különböző lefoglalásban azonosítottak. Legtöbbször „varázsdohány" néven ismert, szintetikus hatóanyaggal átitatott dohánymintát, néhány esetben átitatott zöld gyógynövény-törmeléket, illetve barnás-narancssárgás színű, por formájú közel tiszta hatóanyagot foglalt le a rendőrség. Az új hatóanyagot ez idáig szinte az egész ország összes régiójában azonosították már az egyes lefoglalt mintákban.

Az eddigi eredmények alapján valószínűsíthető, hogy az új dizájner drog a korábbi hasonló vegyületeknél sokkal veszélyesebb, ám külsőre nem különböztethető meg a más hatóanyagot tartalmazó „herbál" illetve „varázsdohány" készítményektől, illetve ezek tiszta formában is előforduló hatóanyagaitól.

AZ ISKOLÁSKORÚAK (9–10. ÉVFOLYAM) KÖRÉBEN A LEGELTERJEDTEBB KÁBÍTÓSZEREK

Ebben a korosztályban a legszélesebb körben használt kábítószer a kannabisz; ezt követik az új pszichoaktív anyagok (dizájner anyagok, azon belül elsősorban használt a herbál vagy varázsdohány); az orvosi javaslat nélkül szedett nyugtatók/altatók, illetve ezek alkohollal történő együttes fogyasztása; a hangulatjavító célból bevett fájdalomcsillapítók, majd a szintetikus szerek (amfetamin, ecstasy). A dizájner drogok másik nagy csoportja – a herbál mellett –, a szintetikus katinonok (kristály) csak ezt követően jönnek sorban. Erre figyelemmel azt kell mondanunk, hogy a középiskolások körében a kannabisz mellett olyan szerek vannak az első néhány helyen, amelyekhez akár a szüleiktől, nagyszüleiktől is könnyű szerrel hozzáférhetnek a fiatalok.

A mi tapasztalatunk viszont az, hogy a drog már jelen van a 10–12 éves gyermekek életében is. Éppen ezért készült el a BRFK drogprevenciós előadássorozata, amely teljes egészében modern, a mai kommunikációs elvárásoknak megfelelő. Azt már látjuk, hogy a gyerekek esetében nem megfelelő az úgynevezett frontális előadásmód, hiszen ezek a fiatalok már nem az élő beszéd „csatornát" használják kommunikációs célokra. Csetelnek, akár úgy is, hogy mindössze egy karnyújtásnyira ülnek egymástól. Az is tény, hogy a fiatalok már nem a rendőrnek „hisznek". Inkább fontos nekik a saját

korosztályuk véleménye, ennek megfelelően influenszereket, úgynevezett véleményvezéreket vontunk be.

A Budapesti Rendőr-főkapitányság Bűnmegelőzési Osztálya és a Budapesti Rendőr-főkapitányság Kommunikációs Osztály közösen készített egy új típusú előadást, „A SZER, ami megváltoztat” címmel, amely a frontális előadástól eltérő módszerrel készült.

Az előadás célja a figyelemfelkeltés, a prezentáció rövid, 30 perces, szakemberek és bármilyen módon érintett személyek (kábítószerfüggő gyerek, annak szülei) bevonásával készült. Dr. Zacher Gábor személyében mint szakembert, érintett szülőt, egykori szerhasználókat, többek között Szabó Győző színművészt szólítottunk meg, ezáltal lett az előadás hiteles. A prezentációt rövid statisztikai adatokkal tettük interaktívvá, például megkérdezzük a résztvevőket, hogy egy átlagos magyar felnőtt hány percet tölt naponta bizonyos tevékenységekkel.

Tartalmi elem továbbá négy fiatal fényképe egy kattintás, majd újabb négy fotó, ugyanazok a fiatalok, ám az arcuk szinte felismerhetetlen, utalva arra, hogy a drog megváltoztat. Ezt követően újabb képeket láthatunk. Elhunyt fiatalokról, akiknek a halálát a drog okozta. Akad, aki nem is volt drogfogyasztó, de belecsempésztek valamit az italába egy diszkóban. Egy fiatal srác soha nem fogyasztott kábítószert, ugyanakkor folyamatosan öngyújtógázt szívott, amitől szabályosan szétrobbant a tüdeje. Másról a szülei fel sem tételezték, hogy kábítószert fogyaszt, ám a boncoláskor számos szer nyomaira bukkantak a szervezetében. A legborzasztóbb egy fiú esete, aki egy gyorsétterem toalettjében fejezte be életét, hosszú haláltusát követően.

A prezentáció – amellett, hogy felhívja a figyelmet a drog veszélyeire – rávilágít arra: hajlamosak vagyunk azt gondolni, hogy a mi gyermekeink nem kerülhetnek kapcsolatba a droggal, ez csak távoli helyeken, másokkal történhet meg. Erre egy, a prezentációban megszólaló – jó neveltetést kapott – lány rá is cáfol. Mint a történetéből kiderült, a rossz társaságba keveredett lány nemcsak fogyasztó, hanem terjesztő is lett, amiért letöltendő szabadságvesztést kapott büntetésül.

Az előadásban Zacher Gábor toxikológus elmondja, hogy a KSH felmérése szerint egy felnőtt naponta átlagosan 7 percet beszél a gyermekével. Fontos tehát, hogy ezt az időtartamot minél nagyobbra nyújtsuk, és ha a kábítószerről beszélünk

gyermekeinkkel, akkor el kell mondani nekik, hogy ezek a szerek visszavonhatatlanul megváltoztatnak úgy, hogy abba már nem tudunk beleszólni. A toxikológus a kábítószer használatát az orosz ruletthez hasonlította: nem lehet tudni, hogy a pisztoly csöve mikor van üresen, és mikor van benne golyó – utalva arra, hogy a mai kábítószerek összetétele folyamatosan változik, melynek következtében gyakran az előállítók sincsenek tisztában annak hatásaival.

Az előadást 2019-ben 11094 szülő, majd 2020-ban 2100 szülő látta. Az újszerű előadássorozat három pillérre épül: a szülőkön kívül a pedagógusok és a diákok megszólítása is cél. Tavaly elkészült a pedagógusoknak és a diákoknak szóló prezentáció is. Az előadások különbözőek, a célcsoportnak megfelelően vannak kialakítva. A pedagógusoknak szóló előadást 2020-ban még a COVID-19 miatti járványügyi intézkedéseket megelőzően 1064 pedagógus látta már. Idén eddig 4278 diákot érzékenyítettünk a prezentációval.

Egyedülálló módon, 2021. szeptember 9-én az Aréna moziban drogprevenciós programot szerveztünk 10 iskolából érkező 320 középiskolás diáknak. A rendezvényen beszélgettünk a tanulókkal, bemutattuk az „A SZER, ami megváltoztat" drogprevenciós prezentációinkat, illetve a résztvevők megnézhették a Toxikoma című filmet, valamint találkozhattak Szabó Győzővel és az őt alakító Molnár Áronnal is.

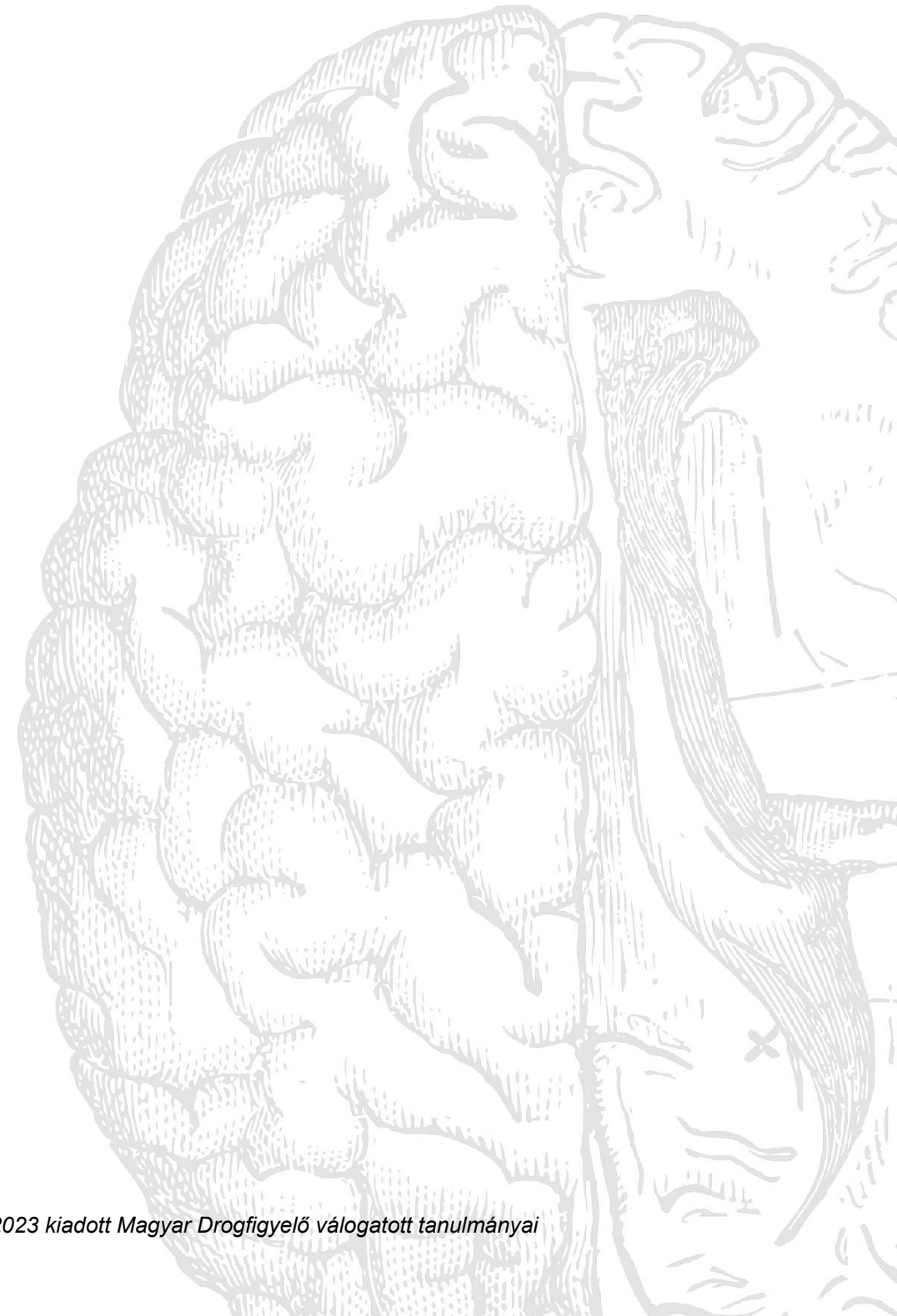
A programunkat már országos szinten is használják.

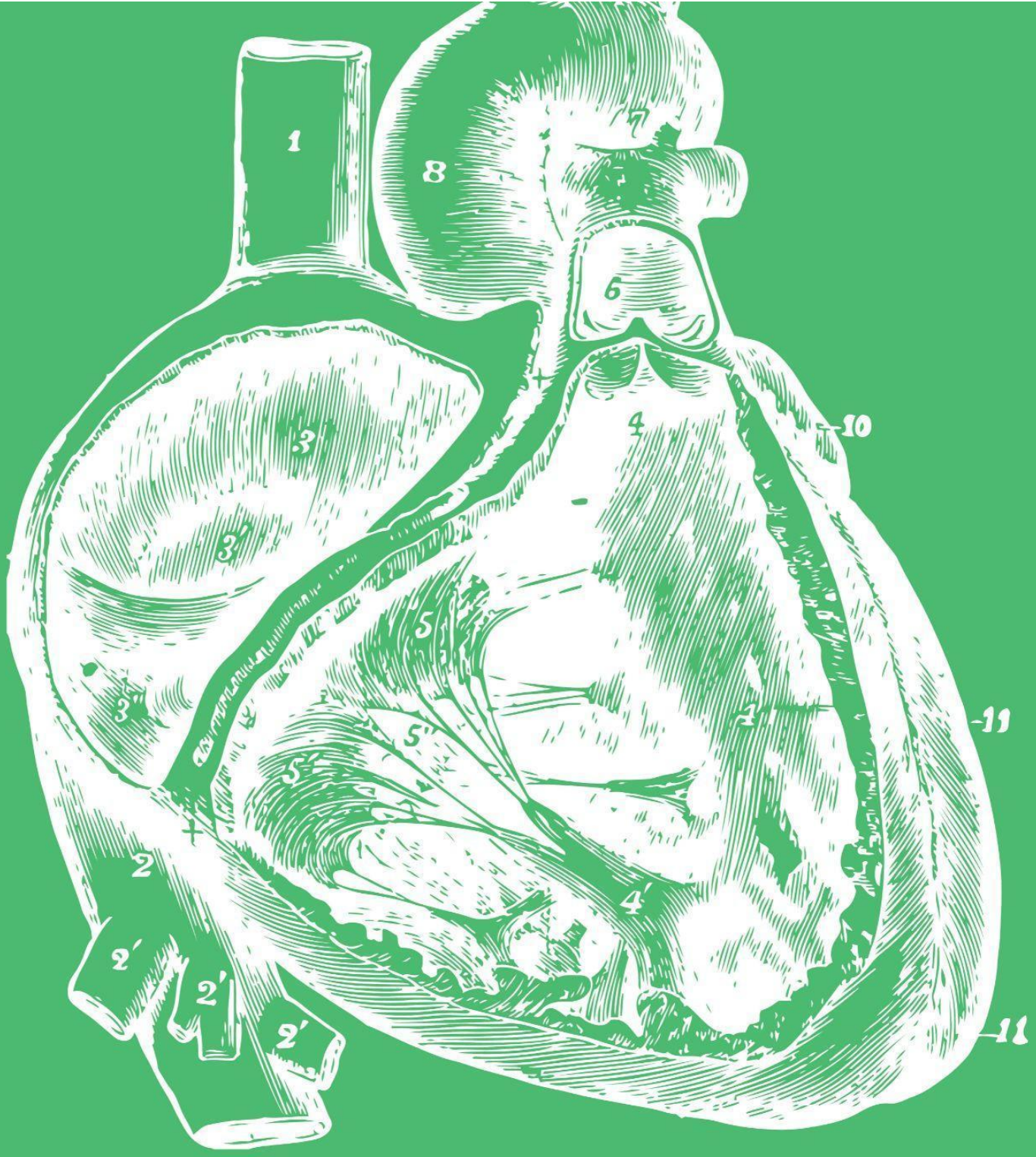
Ahogyan már említettem, a prevenciós munka hatékonyabb végrehajtása céljából másfajta kommunikációs csatornára volt szükség, ami alkalmazkodik rohamosan változó, fejlődő világunk igényeihez, lépést tartva a társadalom egyre növekvő elvárásaival, ezért a prevenciós tevékenységbe a főkapitányság 2019-ben influenszereket (3 főt) vont be. A cél az volt, hogy időszerű, hiteles, tényszerű prevenciós témákkal minél több gyereket, fiatalt érjenek el, havi egy videó megjelenésével. Molnár Emma, Szalay István és Szécsényi András influenszerekkel a Facebook, az Instagram és a YouTube felületein tavaly közel 5 millió fiatalt tudtunk elérni.

Végezetül: mire figyeljünk? A GYEREKRE, illetve azokra a változásokra, amelyek a „megszokottól" eltérőek. Ahogyan a szülő, úgy a gyerekek neveléséért felelős

pedagógusok, de az orvosok is ki tudnak alakítani a pácienseikkel egy olyan bizalmi kapcsolatot, hogy a kábítószer okozta változásokat észre fogják venni.

A budapesti rendőrök 2020-ban 192 kábítószer-terjesztőt vontak ki a forgalomból, ez 540 kilogramm kábítószert jelent 1 milliárd forint értékben; ebből a pénzből két óvodát fel lehet építeni. A rendőrök összesen 540 ezer adag kábítószert vontak ki a forgalomból; ennyi kábítószerből például Debrecen város összes lakosának – 0-tól 99 éves korig – két adag kábítószer is „jutna”.





RECENZIÓ

drogkutató intézet

EMCDDA miniútmutató: Börtönök és kábítószerek: egészségügyi és szociális válaszok

HUMLI VIKTÓRIA

A mostani EMCDDA miniútmutató áttekintést nyújt arról, hogy mit kell figyelembe venni a börtönökben tapasztalt kábítószerrel kapcsolatos problémákra adott egészségügyi és szociális válaszok tervezésekor vagy megvalósításakor. Továbbá betekintést ad a rendelkezésre álló beavatkozásokba és azok hatékonyságába. A szakpolitikára és a gyakorlatra gyakorolt hatásokat is megvizsgálja[1].

Áttekintés

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

A kábítószer-fogyasztás többféleképpen is összefügghet a bűnelkövetéssel:

- a kábítószer-problémákkal küzdő elkövetők egy része a kábítószer fogyasztása vagy birtoklása miatt kerül börtönbe;
- sokan mások más kábítószerrel kapcsolatos törvénysértés vagy bűncselekmény elkövetése miatt kerülnek börtönbe.

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

A börtönökben is előfordul kábítószer-fogyasztás, amely mind a fogvatartottak, mind a börtönőrök számára közegészségügyi és közbiztonsági kockázatot jelent. A nemzetközi kábítószerügyi egyezmények elismerik, hogy a kábítószer-függőségi problémákkal küzdő embereknek egészségügyi és szociális támogatásra van szükségük, és a kényszerítő szankciók helyett alternatívákat tesznek lehetővé a kábítószer-használati problémák megoldására.

Általánosságban elmondható, hogy a közösségben a kábítószer-problémák kezelésében hatékony beavatkozások a börtönökben is eredményesnek bizonyulnak, bár ezt általában kevesebb tanulmány támasztja alá. A börtönben végzett egészségügyi beavatkozások két fontos alapelve a közösségben nyújtott ellátással való egyenértékűség, valamint az ellátás folyamatossága. A kábítószer-fogyasztó elkövetők kezelésre való ösztönzése megfelelő alternatívát jelenthet a börtönbüntetés helyett, és ez a megközelítés számos pozitív hatással járhat.

- Számos olyan beavatkozást, amely a közösségben a kábítószer-kereslet csökkentése, valamint a fertőző betegségek megelőzése és visszaszorítása érdekében hatékonynak bizonyult, már végrehajtottak a börtönökben is.
- Bár a börtönökben alkalmazott opioid-agonista kezelésről majdnem minden ország beszámolt, az továbbra is csak a rászorulók kis hányada számára érhető el.
- Számos európai országban a börtönökben működő egészségügyi szolgálatok és a közösségi szolgáltatók között partnerségek működnek, hogy biztosítsák az ellátás folyamatosságát a börtönbe való belépéskor és a szabaduláskor.

- A legtöbb ország beszámolt a börtönből való szabadulásra való felkészítésről, beleértve a társadalmi reintegrációt és az opioidot használók túladagolásának megelőzését.
- A börtön alternatívái számos európai országban rendelkezésre állnak, bár az elterelésre vonatkozó megközelítések jelentősen eltérnek, és összességében az elérhetőség és a végrehajtás továbbra is korlátozott.

A börtönnel és a kábítószerrel kapcsolatos legfontosabb kérdések

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

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

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

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

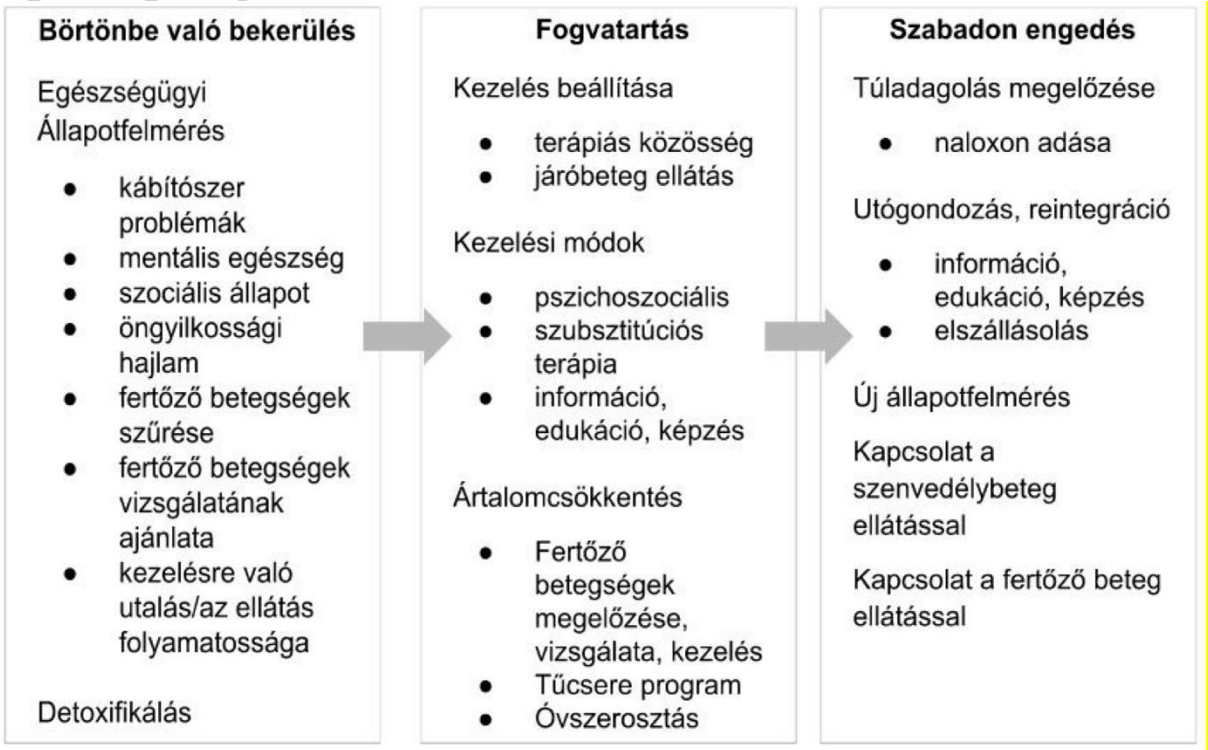
Egyes országokban különös aggodalomra ad okot a szintetikus kannabinoidok növekvő használata a börtönökben. Ezek az anyagok általában nem mutathatók ki a börtönökben alkalmazott szúrópróbaszerű drogtesztekkel, és olcsóbbak, mint más kábítószerek, valamint könnyebb becsempészni őket a börtönbe[2].

A börtönökben előforduló kábítószerrel kapcsolatos problémákra adott bizonyítékok és válaszok

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

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

kábítószer-kezelésre -beleértve az opioid agonista kezelést- és az egészségügyi ellátás minden típusára vonatkoznia kell (1. ábra).



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

Beavatkozások a börtönbe való bekerüléskor

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

lehetőséget nyújt arra is, hogy az egyén tájékoztatást kapjon a kezelésről és a megelőzésről, felhívja a figyelmét a kockázatokra, és az ártalomcsökkentésre.

Intervenciók a börtönben tartózkodás alatt

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

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

1. Pszichoszociális beavatkozások

A pszichoszociális beavatkozások olyan strukturált terápiás folyamatokat foglalnak magukban, amelyek a kliens viselkedésének pszichológiai és szociális aspektusait egyaránt érintik, és amelyek időtartama és intenzitása változó. A pszichoszociális beavatkozás három általános típusát alkalmazzák a kábítószer-fogyasztó személyek kezelésére: a kontingencia-menedzsmentet, a kognitív viselkedésterápiát és a motivációs interjúkészítést. Ezeket a technikákat gyakran alkalmazzák farmakológiai beavatkozásokkal együtt. Míg a közösségben való alkalmazásuk hatékonyságára van bizonyíték, a börtönkörnyezetben több adatra van szükség.

2. Opioid agonista kezelés

Európában a metadon vagy a buprenorfin a fő kezelés az opioidfüggőség kezelésére. Azokban a börtönökben, ahol ez elérhető, azok, akik a közösségben részesültek benne, a börtönben is folytathatják a kezelést. A terápia a börtönben is megkezdhető,

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

3. Egyenrangú beavatkozások

A börtönviselt vagy volt börtönviseltek által a börtönviselteknek nyújtott intervenciók célja az egyének egészségi állapotának javítása és a kockázati tényezők csökkentése. A társak közötti tevékenységek különböző módjait ismerjük, úgymint az oktatást, a támogatást, a mentorálást és a hídszerepet. Bár egyes tanulmányok szerint ezek a beavatkozások hatékonyan csökkenthetik a kockázati magatartást, különösen az új pszichoaktív anyagok használatának tekintetében, erre egyelőre nincs szilárd bizonyíték. A büntetés-végrehajtási egészségügyi szolgálatok és a közösségi szolgáltatók közötti partnerségek szintén fontos szerepet játszanak az új pszichoaktív anyagok használatára és a kapcsolódó ártalmakra vonatkozó egészségügyi felvilágosító és kezelési beavatkozások börtönökben történő megvalósításában.

4. Az ártalomcsökkentés

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

A kábítószer-használathoz kapcsolódó ártalmak csökkentése érdekében számos intézkedés javasolt. Ezek közé tartozik az opioid agonista terápia, a fertőző

betegségek tesztelése és kezelése, a védőoltás, a steril injekciós felszerelések kiosztása, valamint a biztonságosabb szerhasználatrai magatartásra összpontosító egészségfejlesztési beavatkozások. A börtönbe való bekerüléskor és a szabaduláskor a különböző fertőzések (vérrel terjedő vírusok, szexuális úton terjedő fertőzések és tuberkulózis) tekintetében önkéntes tesztelési programok biztosítása, valamint szükség esetén a gyors kezelés biztosítása csökkentheti a fertőző betegségek terjedését a börtönben és a szélesebb közösségben is[3]. A börtönök egészségügyi személyzetének a fertőző betegségekkel kapcsolatos képzése és a tesztelés elősegítése növeli az aktív esetfeltárást is. A WHO iránymutatása ajánlja az ártalomcsökkentő intézkedések biztosítását a börtönökben, beleértve a tű- és fecskendőprogramokat is, de az ilyen gyakorlatok jelenleg ritkák - e programok kiterjesztése jelentősen hozzájárulhatna az egészség javításához.

Beavatkozások a börtönből való szabadulás után

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

kezelés folytonosságát biztosító beutalások optimalizálását, valamint a naloxon kiosztását. Az elmúlt években egyre szélesebb körben terjedtek el a “hazavihető” naloxonprogramok, amelyek túladagolási képzést nyújtanak, és elérhetővé teszik a gyógyszert azok számára, akik valószínűleg szemtanúi lesznek opioid-túladagolásnak. Bár elfogadott, hogy a naloxon visszafordíthatja az opioid-túladagolás potenciálisan halálos hatásait, több adatra van szükség annak megerősítéséhez, hogy a házhoz vitt naloxonprogramok milyen hatással vannak a halálozásra.

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

A kényszerintézkedések és büntetések alternatívái

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

A kényszerítő szankciók alternatíváinak számos típusa létezik, és ezeket a büntetőjogi eljárás különböző szakaszaiban lehet alkalmazni, a letartóztatástól az ítélethozatalig. Egy nemrégiben készült európai tanulmány szerint a 27 uniós tagállamban a kényszerintézkedések alternatíváinak 13 különböző formája áll rendelkezésre. Ezek az egyszerű figyelmeztetéstől, vagy az intézkedés mellőzésétől kezdve a speciális kábítószer-kezelésre való beutalásig terjedtek. A börtönnel szembeni alternatívák a kényszerintézkedések egy speciális típusát jelentik, és magukban foglalják a

felfüggesztett büntetést, amelynek feltétele a kábítószer-ellenes kezelésen való részvétel, vagy a börtönben történő kezeléshez való hozzájárulás a bebörtönzés időtartamának lerövidítése érdekében.

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

Európai kép: a kábítószerrel kapcsolatos intervenciók elérhetősége a börtönökben

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

A börtön helyett számos európai országban léteznek alternatívák, bár az elterelés megközelítései jelentősen eltérnek egymástól, és a rendelkezésre álló lehetőségek korlátozottak. Néhány európai ország úgy döntött, hogy széles körű rehabilitációs megközelítést alkalmaz. Ott, ahol ilyen szabályozást fogadtak el, gyakran utánkövetés vagy értékelés nélkül hajtják végre, noha az ilyen kezdeményezések hosszú távon kifizetődők lehetnek, mivel olyan információkat szolgáltatnak, amelyek felhasználhatók e programok hatékonyságának és eredményességének javítására.

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

A 2000-es évek elejéhez képest számos európai országban javult a börtönben lévő kábítószer-fogyasztó személyek szükségleteire irányuló ellátási szolgáltatások

elérhetősége és szintje; ugyanakkor a legtöbb esetben ezek az egyének a kezelési lehetőségek korlátozott választékával szembesülnek, és az egyenértékűség és az ellátás folyamatosságának elve az európai országok többségében továbbra sem valósultak meg.

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

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

Számos európai ország arról számol be, hogy nem adnak megfelelő reakciókat az új pszichoaktív szerek börtönökben történő használatára. Egyes esetekben a börtönszemélyzet számára képzéseket biztosítanak, amelyek középpontjában ezek az anyagok állnak. A világ más részein rendelkezésre álló válaszok szintén korlátozottak, de az Egyesült Királyságban az új pszichoaktív anyagok elleni küzdelemre átfogó programot hajtottak végre, amely a kapcsolódó jogszabályi változásokra vonatkozó rendelkezéseket tartalmazott. Ide tartozik még a nemzeti stratégia és cselekvési terv, a dohányzási tilalom, új drogtesztek kifejlesztése, tájékoztatási kampányok, és a program tartalmazott egy eszköztárat is[4], amely a börtönszemélyzetet segíti az ilyen kábítószerek használatának felismerésében.

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

A legtöbb országban valamilyen módon előkészítik a börtönből való szabadulást, beleértve a társadalmi reintegrációt és a külső szolgáltatásokhoz való irányítást. Számos ország számolt be olyan programokról, amelyek célja, hogy a börtönből való

szabadulást követő időszakban csökkentsék a kábítószer-túladagolás okozta halálozás magas kockázatát. Ezek a kezdeményezések magukban foglalják a túladagolásról szóló tájékoztatást, valamint néhány esetben szabaduláskor az egyének naloxonnal való ellátását.

Elvek és gyakorlat - összefoglalás

Az ellátás egyenértékűségének és folyamatosságának elve megköveteli, hogy a börtönben lévő kábítószer-problémákkal küzdő személyek számára ugyanolyan, bizonyítékokon alapuló beavatkozásokat biztosítsanak, mint amilyenek a közösségben is rendelkezésre állnak. Ez különösen fontos a rövid időre bebörtönzöttek esetében.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2022), Prisons and drugs: health and social responses, https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/prisons-and-drugs-health-and-social-responses_en
2. https://www.emcdda.europa.eu/spotlights/synthetic-cannabinoids_en
3. https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/drug-related-infectious-diseases-health-and-social-responses_en
4. https://www.gov.uk/government/publications/new-psychoactive-substances-toolkit-prison-staff

FELELŐTLEN VÁROSVEZETÉSI POLITIKA, AVAGY HOGYAN TESZIK TÖNKRE A METROPOLISZOKAT A PROGRESSZÍVEK

CSABAI DOROTTYA

Michael Shellenberger amerikai újságíró, az *Apokalipszis soha* (2020) és a *San Fransicko* (2021) című bestsellerek szerzője, a Times Magazine „Hero of the Environment” és Green Book díj nyertese. Alapítója és elnöke az Environmental Progress nevű független és nonprofit kutatási szervezetnek, illetve a Breakthrough Institute-nak. Továbbá 2018-ban a kaliforniai kormányzó választáson a Demokrata Párt egyik kormányzó-jelöltje is volt (1).

Eddigi munkássága során főként a politika, a környezetvédelem, az éghajlatváltozás és az atomenergia metszéspontjaira fókuszált, azonban viszonylag új könyvében, a *San Fransicko-ban* arra keresi a választ, hogy

a progresszivizmus hogyan kapcsolódik a hajléktalanság, a kábítószer-függőség és a mentális betegségek témaköréhez.

A *San Fransicko* kötet kendőzetlen, polemikus stílusban mutatja be a Kalifornia állambeli San Francisco városát pusztító emberi nyomorúságot és a városromlás fokozatos bekövetkezését okozó progresszív politika eredményét. A könyvet teljessé és megfoghatóbbá teszik a számunkra talán kevéssé ismert, Kalifornia történelméből kiragadott részletek és a pontos statisztikai adatok. Pont emiatt akár útmutatóként is szolgálhat San Francisco közelmúltbeli politikai történetének megértéséhez. A könyv fő mondanivalóját jelenlegi és volt hajléktalanokkal, kábítószerfüggőkkel, szociális munkásokkal és tudósokkal készült mély interjúk sorozatára fűzi fel, ezzel közelebb hozva a témát az olvasóhoz.

Elsőként fontos meghatározni azt, hogy Michael Shellenberger 300 oldalas véleményformálásában mégis mi mellett érvel. A könyv alcíme szerint a városokat a progresszívek teszik tönkre, egyetlen kérdés, hogy miért teszik mindezt. A megfogalmazás kissé provokatív, azonban talán ez eredményezi azt, hogy az olvasóban vágyat kelt, hogy utána járjon annak, hogy mi áll az erős várospolitikával kapcsolatos kritika mögött. Shellenberger azt fejti ki, hogy a progresszívek úgy gondolják tudják, hogyan kell a hajléktalanságot, az egyenlőtlenségeket és a bűnözést megoldani, de az általuk irányított városokban alkotott politikák mégis valahogy, csak tovább rontottak a már meglevő nehézségeken.

De kik is azok a progresszívek? A progresszivizmus az Egyesült Államokban indult politikai és társadalmi reformmozgalomként, amely jelentős változást hozott a politikában és a kormányzásban a 20. század első két évtizedében. Főként olyan kérdésekkel foglalkozik, melyek a társadalom modernizációjának eszméivel, impulzusokkal kapcsolatosak. Az amerikai politikában általában azokat a baloldali és populista mozgalmakat értjük a progresszivisták alatt, akik például az egyetemes egészségügyi rendszert, a gazdasági igazságosságot vagy a bérek egyenlőségét és a munkavállalói jogokat hirdetik.

Schellenberger főként San Francisco városát veszi górcső alá, ugyanakkor más progresszív vezetéssel rendelkező városok, mint Seattle vagy Los Angeles is megjelennek viszonyítási alapként. Olyan témák széles skálája kerül taglalásra, mint a nagyvárosokat sújtó hajléktalanság és a lakáshoz való hozzájutás, a kábítószer-függőség és a tiltott szerekkel kapcsolatos visszaélések, valamint a rendőrség és a szociális központok közötti kapcsolatok és feszültségek. Az előbb leírtak helyszínéül, olyan sötét múlttal rendelkező városnegyed szolgál, mint a San Francisco-i Tenderloin negyed. A könyvet tartalmilag két nagyobb részre lehet felosztani, melyből az első tíz fejezetben olvashatunk a változtatást indokló érvekről, ahol ezeket alátámasztó statisztikai adatokat találunk, míg a második részben eltér a politikától és jellegzetes „viktimológiai" hipotézisét fejti ki az író.

Fontos tisztázni, hogy egy olyan összetett téma, mint a hajléktalanság nem vizsgálható csak egy aspektusból, ezért a *San Fransicko-t* Shellenberger azzal kezdi, hogy néhányan a hajléktalanságot leginkább a szegénység és a lakhatási költségek magas árának tudják be, azonban összehasonlítva más nagyvárosokkal, nem ez okozza a legfőbb gondot. San Franciscoban meglehetősen magas a hajléktalanok aránya, azonban nem rosszabb, mint más nagyvárosokban, akár Bostonban vagy New Yorkban. Mégis miért fókuszál akkor az író csak erre a városra? Általánosságba véve, a hajléktalanok főként a belváros egyes területein koncentrálódnak, így az arra járó turista vagy üzletember valószínűleg sokkal nagyobb számban találkozik velük itt, mint akkor, ha esetlegesen ez az arány egyenletesen oszlana el az adott városban. Csakhogy San Francisco éghajlati adottságai még kedveznek is az utcán élő embereknek, mivel a meleg időjárás miatt nem szükségszerűen kell menedéket keresniük. A megnövekedett számhoz az is hozzájárul, hogy a kaliforniai állam engedékenysége a kábítószer-használatra vonatkozóan még inkább idevonzza a máshol fedél nélkül élőket, így megkapjuk a választ arra, hogy mégis miért találunk itt több embert az utcán, mint esetleg azt más városban tennénk. Itt összefüggést von az előbb említettek és aközött, hogy kutatók már évtizedek óta dokumentálják nemcsak a mentális betegségek és a szerhasználat elterjedtségét a hajléktalanok körében, hanem ennek kialakulásában játszott szerepét is.

Nem működő lakhatási politika

A progresszívek által támogatott, a probléma megoldása érdekében hozott politika, a Housing First, mint nem működő eljárás kerül tanulmányozásra. Ez olyan megközelítést foglal magába, melynek hívei azt vallják, hogy a hajléktalan embert először lakhatáshoz kell juttatni, annak érdekében, hogy kezelni tudja káros szokásait és mentális betegségét, azonban nem kötik feltételekhez, például kötelező elvonó kúrához a hosszú távú ott maradást. A könyv kiemeli, hogy manapság figyelmen kívül hagyjuk a mentális betegségek és a kábítószer-használat összefüggését a hajléktalanságban, ehelyett sokszor csak a mélyszegénységre asszociálunk. Számos statisztikai adattal szolgál a könyv annak bizonyítására, hogy jelentősen magasabb számú mentális beteget és kábítószer-használót találunk a hajléktalanok körében. Keresve a választ arra, hogy mégis miért nem tud San Francisco elegendő lakást biztosítani ezeknek az embereknek kiderül, hogy a költségvetés nem lenne akadály a város számára. Azonban sok esetben az állam által biztosított átmeneti megoldásként működő menedékhelyek nem vezetnek eredményre. Az olyan városok, mint San Francisco, ahol sokkal megengedőbbek a kábítószerekkel kapcsolatban azt eredményezi, hogy a hajléktalanok „szívesebben” maradnak az utcán annak érdekében, hogy kielégítsék függőségüket és szabadabban, könnyebben jussanak hozzá illegális szerekhez, mint azt egy esetleges menedékhelyen tennék. Sajnos sok esetben a függőségük az, ami felülírja döntéseiket, még akkor is, ha esetleg az jobbá tenné az életüket.

A kábítószer dekriminalizációjának kérdése

A lakhatási probléma mellett egy másik, igen releváns része a könyvnek a kábítószer dekriminalizációról szól, amelynek működésképtelensége mellett érvel az író. A tágabb látókör érdekében holland és portugál példákat is hoz a téma kapcsán. Kaliforniában 2016-ban legalizálták a marihuánát, azonban Shellenberger szerint a kábítószer-kérdés túlmutat ezen és az állam elkötelezettséget mutat más szerek engedélyeztetése mellett is, mint például az opioidok dekriminalizálása. Itt fontos kiemelni, amit a könyv is megtesz, hogy kutatási adatok alapján az Egyesül Államokban a véletlenül bekövetkezett halálok első számú oka a kábítószer-túladagolás.

Portugália példája évtizedek óta modellként szolgál az ártalomcsökkentést és a dekriminalizálást szorgalmazó csoportok számára. Az ország ugyan dekriminalizálta a kábítószereket, azonban ettől függetlenül is kemény pénzbírsággal vagy börtönnel sújtja azokat, akik keménydrogokat birtokolnak. Megjegyzi azonban, hogy Portugália nem engedi el a kábítószerfüggők kezét úgy, ahogy a nyugati parti nagyvárosok teszik. Megemlíti, hogy a dekriminalizálás hátulütője, hogy míg csökkenti az árakat a termelési és forgalmazási költségek csökkentésével, addig ez növeli a felhasználást (Megjegyzés: ennek ellenkezőjére, azaz dekriminalizálás hatására növekvő árnövekedést is tapasztaltunk már, erről korábban ITT írtunk.) Sajnos Portugália esetében is növekedett a kábítószer túladagolások miatti halálesetek száma és az általános szerhasználat is a dekriminalizálást követően.

Amszterdam és San Francisco között azért vonható párhuzam mert az 1980-as években az európai nagyváros is hasonló problémákkal küzdött, mint amerikai társa. Ezek magukba foglalják a szabadtéri drogfogyasztást, a túladagolások okozta haláleseteket, a hajléktalanságot és a bűnözést. Ezek ellenére Amszterdam mégsem szenved akkora méretű hajléktalanságtól, mint San Francisco, pedig kvázi dekriminalizálták a marihuánát. Itt megint felmerül a kérdés, hogy mégis mit rontanak el a vezetők San Franciscoban? Hollandiában kezdetben segítő megközelítéssel próbálkoztak, rendvédelmi intézkedések nélkül felszámolni a szabadtéri kábítószer-fogyasztást, de ez nem működött. A megoldást a bűnüldözési és szociális szolgáltatások kombinációja jelentette, így sikerült felszámolni a szabadtéri kábítószerpiacokat. Lényeges, hogy Amszterdam és más európai városok is megakadályozták, hogy ezek a „kábítószer-szolgáltatások” egy helyen összpontosuljanak, ezzel elkerülve, hogy a koncentrációjuk lehetővé tegye a kábítószer színterének virágzását.

Shellenberger szerint nem lehet teljesen felszámolni a kábítószer-kereskedelmet a polgári szabadságjogok csorbítása nélkül, de meg kell tenni azokat a lépéseket, melyek szabályozzák és tiltják a kábítószerek szabadtéri kereskedelmét és használatát, ezzel növelve a városrészek biztonságát. Úgy vélekedik, hogy nem jó, ha a kormány beavatkozik a kábítószerek kereskedelmébe, legyen az akár csak gyógyszerészeti szempont. Nem utasítja el teljesen a dekriminalizációt, azonban szerinte el kell lehetetleníteni szigorú szabályozással a fogyasztókat, hogy ne juthassanak hozzá a felhasználók. Az általános gyakorlat, mely vagy a

dekriminalizálást vagy az erős bűnüldözést alkalmazza, nem feltétlenül vezet megoldáshoz, ezért úgy vélekedik, hogy a holland és portugál példák ötvözésével hozható létre egy működő politika.

Összességében kijelenthető, hogy a könyv egyes részei igen elgondolkodtatóak és teljes mértékben megválaszolják az alcímben feltett kérdést. San Francisco, mint a modern progresszivizmus egyik bölcsője valóban szembe kell nézzen olyan problémákkal, amelyek azonnali megoldást igényelnek, melyeket eddig vagy nem vettek elég komolyan vagy figyelmen kívül hagytak. Az Egyesült Államokat sokszor a szabadság országának írják le, viszont nem szabad elfelejtenünk, hogy ez a fajta szabadság megfelelő felelősségvállalást igényel egyéni és társadalmi szinten egyaránt.

A problémák felvetése és megindoklása mellett a kötet nem csak a tényeket közli, hanem megoldásokat is kínál az általa említett gondokra. Mindenképpen érdekes Michael Shellenberger gondolatait elolvasni a hajléktalanság, valamint a kábítószerhelyzet összetett témájáról. Shellenberger azok számára is érdekfeszítő lehet, akik nem feltétlenül vallanak hasonló nézeteket, ugyanis sajátos nézőpontokat kínál az eddig megszokott vizsgálódási szempontok helyett.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Michael Shellenberger, Harper Collins Publisher https://www.harpercollins.com/blogs/authors/michael-shellenberger-202041826726
2. Michael S., San Fransicko, Why Progressives Ruin Cities, Harper Collins Publishers, 2021