

Lévai Miklós

## A kábítószer-probléma és büntetőjogi kontrollja Magyarországon\*

Az USA-ból kiinduló és a hatvanas évek végén, hetvenes évek elején Nyugat-Európában is aggasztó méreteket öltő modern kori kábítószer-hullám a *hetvenes évek elejére, közepére Magyarországot is elérte*. Az azóta eltelt időszak valóságghú bemutatása nehéz feladat. Ennek számos oka van. Így például hazánkban hiányzik a jelenségre vonatkozó információs rendszer, epidemiológiai vizsgálatra csak az utóbbi időben került sor, a kábítószer-probléma a nyolcvanas évek közepéig inkább a tiltott – olykor a túrt –, mintsem a támogatott tudományos, művészeti kérdések közé tartozott, és persze a jelenség „természete” sem könnyíti meg a valóságghú megismerést. A téma *hazai szakirodalma* és az utóbbi években örvendően szaporó *drog-kutatások eredményei* alapján azonban feltárhatók a *főbb tendenciák* és a *legfontosabb jellemzők*.

### A kábítószer-probléma alakulása Magyarországon

A magyarországi kábítószer helyzet eddigi meghatározó jellemzője, hogy nálunk a *keresleti* oldal, tehát a visszaélészerű fogyasztás és az ebből fakadó következmények okoztak illetve okoznak társadalmi és egyéni konfliktusokat, a *kínálati* oldali jelenségek, vagyis a kábítószer-kereskedelem és az azzal összefüggő veszélyek éppen hogy csak érintették hazánkat.

A napjainkig terjedő időszak – a kábítószer-probléma *menyiségi jellemzőire*, a *preferált drogra*<sup>1</sup> és a *jelenség területi elterjedtségére* tekintettel – *négy szakaszra* osztható.

Az *első szakasz* a hatvanas évek közepétől az évtized végéig tartott. A kábítószerezés ekkor még csak szórványos jelenség. 1969-ben észlelték az első droghalálesetet, és drogfogyasztó csoportokról is ekkor készültek az első rendőri jelentések.

\* Az Első Kelet-Nyugat Toxikománia Konferencián 1991. január 31-én, Párizsban elhangzott előadásnak az ESÉLY számára készített változata.

A *második szakasz* kezdete a hetvenes évek elejére tehető. Ebben az időben érte el országunkat is a modern pszichoszociális epidémia. Az évtized elejétől egyre több közép-, illetve alsó-középosztályhoz tartozó fiatal fogyaszt társas összejöveteleken visszaélészerűen gyógyszert – rendszerint alkohollal kombinálva. A gyógyszerek közül az uralkodó drog a Parkán; a drogokhoz való hozzájutás elsődleges terepe az ún. kortárs csoport. Ebben a periódusban a kábítószer-fogyasztás még szinte kizárólag budapesti jelenség.

A *harmadik szakasz* 1973-tól a nyolcvanas évek elejéig tartott. Ekkor kezd vidéken is terjedni a drogokkal való visszaélés, majd az „ellenkultúrális” mozgalomként értékelhető ún. „csöves” jelenséggel egyidőben, annak egyik következményeként tömegessé válik a fiatal korosztályok körében a kábítószer-fogyasztás. A hetvenes évek második felében a jelenség már nem csupán Budapestre koncentrált. Az adatok azt mutatták, hogy az „országnak inkább a középső részei fertőztek... és, hogy városokban, az iparilag fejlettebb, illetve a gyorsan fejlődő településeken halmozódnak a toxikomán esetek, de előfordulhatnak bárhol, ahová eljut a pszichés fertőzés”.<sup>2</sup> Ebben a szakaszban válik a fiatal korosztályok tipikus drogozási formájává a ragasztók gőzeinek belélegzése („szipózás”). Változatlanul jelentős a gyógyszerivisszaélés is, a hetvenes évek végére pedig egyre több a fiatalok között a *politoxikomán*. Ők a ragasztózás mellett – sokszor azzal egyidejűleg – alkoholt és gyógyszert fogyasztanak. A nyolcvanas évek elején a gyógyszerek között egyre többször fordulnak elő kodein tartalmúak. A drogokhoz való hozzájutás tipikus módja a recepthamisítás, de gyakran lopnak a fiatalok kórházi osztályokról gyógyszert, és 1972-től előfordulnak gyógyszerári betörések is.

A nyolcvanas évek elejétől tartó *negyedik szakaszban* az abúzus változatlanul terjed. Csökkent a visszaélők életkora, s nő közöttük a nők aránya. Tekintettel arra, hogy a nyolcvanas években a megfelelő kapcsolatokkal rendelkezők már hozzájuthattak „csaknem bármely kábító- vagy kábító hatású szerhez”,<sup>3</sup> a fogyasztott drogok köre nőtt. 1986-ban „nagy mértékben elkezdődött a házi mákkészítmények rendszeres fogyasztása”<sup>4</sup>. A gyógyszerek közül legelterjedtebbek a kodeinféleségek, ezek közül is leggyakoribb a Hydrocodin intravénás alkalmazása. A droghasználat a tárgyalt periódusra jellemző vonásai között kell említeni az ún. „kemény” drogok iránti igény megjelenését, valamint azt, hogy az utóbbi években „az érintett fiatalok mindent kipróbálnak, amitől kábító vagy euforizáló hatást remélnek”<sup>5</sup>. Az említett jellemzők ismeretében nem meglepő, hogy a kábítószer-probléma *kínálati oldali jelenségei* is megjelentek a nyolcvanas évek Magyarországon. Mind több kísérlet történt bizonyos anyagok előállítására, növények (pl. indiai kender) termesztésére, a korábbiakhoz képest gyakoribbá válik a kábítószer-csempészet. Ez utóbbi egyrészt abból fakad, hogy hazánk a Közel- és Távol-Keletről a nyugati országokba irányuló kábítószer kereskedelem első számú tartalék útvonala, másrészt viszont, hogy a drogok iránt Magyarországon is van kereslet. A belső piac meglétét bizonyítja, hogy „...kialakulóban vannak olyan, többségükben fiatalokból álló csoportok, amelyek már a kábító-

szerek megszerzésének és üzletszerű terjesztésének különböző módozataival foglalkoznak”<sup>6</sup>. Ez utóbbi tényezőtől is megállapítható, hogy a nyolcvanas években a kábítószer-problémának és a bűnözésnek hazánkban is vannak kapcsolódási pontjai.

A hazai kábítószer-helyzetről összefoglalásképpen elmondható, hogy *több tízezerre* tehető azoknak a száma, akik *az utóbbi 25 évben* rövidebb-hosszabb ideig visszaélészerűen drogot fogyasztottak. A fogyasztók *szociológiai szempontból* – Brill és Bejerot nyomán<sup>7</sup> – két csoportra oszthatók:

a társadalmi mozgalmat reprezentálók és  
a magányos drogfogyasztók.

Az első csoportba tartozók zömmel a *fiatal korosztályok tagjai*, akik a modern kábítószer-hullám hazai megjelenése során váltak drogfogyasztókká. Valószínűsíthető, hogy kb. egyenlő arányban találunk közöttük próbálkozókat és rendszeres visszaélőket; az említett két visszaélői kategóriába tartozóknál jóval kisebb lehet a dependensek aránya. A fiatal korosztályok visszaélői, amint azt már korábban említettem, elsősorban szerves oldószerek gőzeinek belélegzésével érték el a vágyott állapotot (az ezzel bizonyíthatóan összefüggő és elismert halálesetek száma kb. 50), valamint gyógyszerivisszaéléssel, ma azonban már – ha nem is azonos mértékben – a drogok legtöbb típusát ismerik és használják a visszaélők. A társadalmi mozgalmaként értelmezhető drogfogyasztásnak a nyugat-európaihoz hasonlóan, csak bizonyos időeltolódással, kezdetben *ideológiai tartalma* volt. Hazánk vonatkozásában is érvényes Baumrind ezzel kapcsolatos megállapítása: a droghasználat „kémiai kikaput jelentett egy antiszociális életstílushoz, és ugyanakkor jelképezte a tradicionális értékekkel szembeni elégedetlenséget”.<sup>8</sup> A nyolcvanas évek második felétől – mint korábban Nyugat-Európában – az ideológiai tartalom gyengül és a kábítószerzés *populizálódik és ezzel együtt kriminalizálódik*.

A drogfogyasztók másik csoportjának *az ún. magányosoknak* a többsége felnőttkorú. A csoporton belül a legnagyobb arányt – feltételezhetően – a rendszeres visszaélők képviselik, és körükben nagyobb mértékben találunk dependenseket mint a fiataloknál. A felnőtt drogfogyasztók elsősorban gyógyszerivisszaélők. Szociális helyzetük, illetve a fogyasztott drogok fajtái miatt visszaélésüknek – szemben az előző csoport tagjainak droghasználatával – ritkán van társadalmi következménye, az egyén számára azonban a rendszeres droghasználat teljes elszigetelődést eredményezhet. Kezelésük, rehabilitációjuk szempontjából meghatározó jelentőségű (lenne) a család gondozói hálózat és a speciális mentálhigiénés ellátás funkcionálása.

### A jelenség büntetőjogi kontrolljának jellemzői

Az, hogy egy állam *milyen módon és eszközökkel* reagál a társadalmi problémákra, több tényezőtől függ. Így például az anyagi lehetőségektől, a negatív társadalmi jelenségekkel kapcsolatos politikai-kulturális-ideoló-

gi állásponttól, a társadalom megújulási készségétől és képességétől. Ha hazánkban a hetvenes évek elején illetve közepén tapasztalható jellemzőit átgondoljuk, akkor megérthető a témánkkal kapcsolatos korabeli taktika: *minél jobban titokban tartani a jelenséget* a társadalom és a külföld előtt. Ennek következtében viszont hol magára maradt szenvedélyével a fogyasztó, hol rendőrbé ütközött, de semmiképpen sem kapott helyzetének megfelelő bánásmódot. Ráadásul a döntéshozók, a jogpolitika alakítói nem rendelkeztek kellő és megalapozott információkkal a jelenségről. Az eredmény: a kontrollrendszer egyik legfontosabb elemének, a jogi-büntetőjogi szabályozásnak a valóságtól elszakadt tartalmú kialakítása. Mire gondolok?

Arra, hogy két igen fontos kérdésben – a *fogyasztás büntetőjogi megítélése* és a *kényszergyógyítás* esetében – olyan döntést hozott a Legfelsőbb Bíróság (illetve az Országgyűlés), amely a keresleti oldalt, a fogyasztást annak ellenére *kriminalizálta*, hogy a hazai helyzet ezt nem indokolta. Így a *Legfelsőbb Bíróság 1986-ban*, az alsóbb bíróságok számára kötelező erejű *elvi döntésében* kimondta: „a kábítószer fogyasztója a kábítószerrel visszaélés bűncselekményét akkor is elköveti, ha nem maga készítette vagy tartotta a kábítószeret, hanem mástól, a fogyasztás érdekében szerezte meg”<sup>9</sup>. Ebben az esetben a fogyasztó – amennyiben a drog kábítószernek, illetve pszichotróp anyagnak minősül az ún. kábítószer-listák alapján –, ha a drog mennyisége csekély (pl. legfeljebb 8–10 napra elegendő gyógyszer) akkor a Büntető Törvénykönyv 282. § (5)-ös bekezdésének megfelelően egy évig terjedő szabadságvesztéssel, javító-nevelő munkával vagy pénzbüntetéssel büntetendő. „Jelentős mennyiség” esetén a büntetés 1–5 évig, illetve 2–8 évig terjedő szabadságvesztés lehet. Ugyanezek a büntetési tételek vonatkoznak a hasonló mennyiséggel kereskedő terjesztőkre is. A fogyasztóval szembeni erőteljesebb fellépést tükrözi a Büntető Törvénykönyvet módosító *1987. évi III. törvény*, amely a bűncselekményt elkövető kábítószerélvezővel szemben lehetővé teszi a *kényszer-gyógyítás alkalmazását*, amennyiben bűncselekménye kábítószerelevő vagy kábító hatású anyagot fogyasztó életmódjával függ össze, és hat hónapot meghaladó, végrehajtandó szabadságvesztésre ítélik. Az ezzel kapcsolatos törvényhozás átgondolatlanágát bizonyítja a rendelkezéshez kapcsolt törvényalkotói megjegyzés: „Ennek a rendelkezésnek a hatályba lépéséről külön jogszabály rendelkezik.” Azóta lassan négy év telt el, de ez a külön jogszabály – szerencsére – még nem született meg, így a szankciót nem alkalmazzák a bíróságok. A hazai szabályozás kapcsán meg kell még említeni, hogy a büntető eljárás menetében nincs olyan intézmény (pl. diverzió), amelynek igénybevételével a büntetőjogi eszközöktől a kontrollrendszer „puhább” elemei felé lehetne „terelni” a fogyasztót. Jelenleg tehát egy meglehetősen szigorú és differenciálatlan *kriminalpolitika* tükröződik a jogszabályokban, amely ugyan nem szigorúbb mint a legtöbb nyugati államé, csak hogy nálunk – legalábbis eddig még – a droghelyzet sem ért el olyan szintet, mint ami az említett országokra jellemző. Akkor *mi indokolta a kriminalizálást?* Indokokat nehéz lenne találni, magyarázata azonban van e szemlélet érvényesülésének. Mielőtt

azonban erre rátérnék, szeretném pontosítani azt, amit Rácz József az *Esélyben* megjelent gondolatgazdag tanulmányában<sup>10</sup> a kriminalizáló irányzat háttéréről ír. A szerző szerint az általam is kritizált megközelítés érvényre jutása a „kriminológiai lobby” tulajdonítható. A „kriminológiai lobby” – ha van ilyen – soha nem akarta kriminalizálni a jelenséget, büntetni a fogyasztót.<sup>11</sup> A Rácz József által állításának illusztrálására felhozott példák, idézetek inkább azt bizonyítják, hogy nem minden kriminálista egyben kriminológus is. A kérdéskör kapcsán hazánkban is igazolódni látszik viszont Peyrot elmélete,<sup>12</sup> amelynek lényege: összefüggés van a drogpolitika szemlélete, eszközei és a fogyasztók társadalmi státusa között. Ha a fogyasztók körében többségben vannak a „felső” osztálybeliek, akkor jellemzően a *medikalizáló szemlélet* érvényesül, a kábítószer-fogyasztót betegnek tekintik, aki gyógyításra szorul. Amennyiben viszont az *alacsonyabb társadalmi státusúakból* kerül ki a visszaélők nagy része, akkor a *kriminalizáló szemlélet* válik uralkodóvá, és ezáltal a fogyasztót bűnözőnek minősítik. Már utaltam a hazai fogyasztók társadalmi státuszára, ezt megerősítik majd a következő pontban szereplő adatok is, így a vázolt elmélet ismeretében nem meglepő a kritizált szemlélet érvényre jutása. A kriminalizálásnak van azonban egy további magyarázata, amely összefügg a jog funkciójára vonatkozó, régióinkban sokáig vallott állásponttal, amelynek lényege: a *jog eszköz* a különböző társadalmi problémák, konfliktusok megoldásában. Az eszközjelleg hangsúlyozása nagyon sokszor együttjárt a konfliktusok, problémák kriminalizálásával, tehát a büntetőjog igénybevételével. Ennek a megközelítésnek a továbbélését tükrözi a nyolcvanas évek második felében megszületett, már idézett hazai jogi normák.

Az eddigiek alapján megkockáztatom: a korábbi társadalmi-politikai-gazdasági rendszer a maga sajátosságai miatt bizonyos fokig akadályozta a droghullám nyugaton tapasztalható terjedését, ugyanakkor viszont a szelídebb hazai droghelyzetre úgy reagált, hogy az csak súlyosította a meglévő problémákat. Milyen *sajátosságokra* gondolok, amelyek akadályozták a nyugatihoz hasonló drogszcéna kialakulását? Korlátozott piacgazdaság, nem konvertibilis nemzeti valuta, szűkös utazási lehetőségek, az ország viszonylagos zártsága, szigorú feltételekhez kötött határátkelés, a pluralizmus hiánya nemcsak a politikában, de a mindennapi életben, életvitelben is. Döntően a felsoroltak magyarázzák, hogy Magyarországon a hetvenes-nyolcvanas években az ún. pótszerek, nem pedig a klasszikus kábítószeresek fogyasztása vált tömegessé; nem volt a belső piac ellátására irányuló kábítószer-csempészet; a drogpia kialakulatlansága miatt a kábítószer-probléma körébe tartozó jelenségek nem szerveződtek rendszerre; ez utóbbiból fakadóan a kábítószer-kérdés nem hatott meghatározóan a kriminalitásra. Ezt a helyzetet nem kellett volna kriminalizálni. Úgy vélem, tanulmányom harmadik részének adatai is igazolják állításomat.

### A kábítószer-bűnözés Magyarországon a nyolcvanas években<sup>13</sup>

A kábítószer-bűnözéssel kapcsolatos adatok viszonyíthatósága érdekében előjáróban két szám az összkriminalitásról. A nyolcvanas években évente átlag kb. 170 ezer bűncselekmény és kb. 85 ezer elkövető vált ismertté. Ugyanakkor az ismertté vált ún. direkt kábítószer-bűncselekmények („visszaélés kábítószerrel” és „kóros szenvedélykeltés”) száma 1980–1989 között összesen 1680, az ugyanezen bűncselekmények ismertté vált elkövetőinek a száma 926. Az elkövetők közel 80%-a férfi, 20%-a nő.

Az elkövetők 56%-a *legfeljebb általános iskolát* végzett. Jelentős azonban az *eltérés* a „visszaélés kábítószerrel” és a „kóros szenvedélykeltés” elkövetői között. Az előbbieknél az általános iskolát végzettek aránya kb. 47%, az utóbbiaknál viszont 82%. A különbséget a két csoporton belüli eltérő kormegoszlás magyarázza. Amíg ugyanis a „visszaélés kábítószerrel” elkövetőinek csupán 8,5%-a fiatalkorú, addig a „kóros szenvedélykeltés” bűnelkövetői közül 56% a fiatalkorú. Az utóbbi adat egyébként arra utal, hogy a szóban forgó bűncselekmény kapcsán az eredeti kriminálpolitikai cél a visszájára fordult: a tényállás nem a 18 éven aluli korosztály védelmét szolgálja, hanem alapot ad a ragasztó anyagokkal visszaélő fiatalok elleni büntetőeljárásra.

Az iskolai végzettségnél tapasztalható különbségekből fakadnak a *foglalkozási megoszlás* eltérései. Így például az összes elkövetőnek kb. a 30%-a segédmunkás; a kábítószerrel visszaélőknél arányuk 22,7%, a kóros szenvedélykeltőknél viszont közel 40%. Az adatok további ismertetését mellőzve csupán a társadalmi státusra vonatkozó *következtetést* említem: a „kóros szenvedélykeltés” bűnelkövetőinek többsége a szakképzetlen, rossz anyagi körülmények között élő *alacsonyabb társadalmi rétegbe*, az ún. *depriváltak* körébe tartozik, így *ők inkább a bűnöző populációt reprezentálják*; a „visszaélés kábítószerrel” elkövetőinek viszont – a bűnelkövetők átlagához képest – a státusjegyei magasabbak.

A kábítószer-bűnözés terjedelmét és tartalmát alapvetően meghatározó ún. *indirekt kábítószer-bűnözés* mennyisége eddig ugyancsak csekély volt hazánkban. 1980–1988 között 610 ilyen bűncselekmény vált ismertté. Ezek közel 40%-a *lopás* volt, de gyakori beszerző bűncselekmény az okirathamisítás is (8,5%). A határon *lefoglalt kábítószeresek mennyisége* a nyolcvanas években ugyancsak csekély. A tárgyalt periódus „legnagyobb fogása” 1981-ben történt. Ekkor 52,5 kg marihuánát foglaltak le a vámserveken. 1980–1989 között összesen 569 személyt *ítéltek el* a már említett *direkt-kábítószerbűncselekmények* elkövetése miatt.

A *bírósági akták kérdőíves feldolgozásából* kiderült, hogy az elítélteknek majdnem a 90%-át *fogyasztás miatt, mindössze 7,6%-ukat pedig kizárólag terjesztésért* vonták felelősségre. A bíróságok az elítélteknek mintegy a felével szemben szabadságvesztés-büntetést szabtak ki, ezeknek 60%-át azonban végrehajtásában felfüggesztették. A második leggyakrabban alkalmazott szankciófajta a próbára bocsátás volt. Az eddigi adatokból is nyilvánvaló: *a nyolcvanas években a kábítószerrel visszaélés Magyarországon elsősorban nem bűnözési probléma*. Ha a két jelenség össze is kap-

csolódott, az egyáltalán nem a kábítószerrel visszaélés „természetéből” (ezt úgy szokták mondani: „együtt jár a bűnnel”), illetve hazai jellemzőiből fakadt, hanem a büntetőjogi szabályozásból. (Annak differenciálatlan szigorát egyébként a nyolcvanas évek közepétől a jogalkalmazó szervek enyhítették).

### Egy lehetséges jövőbeni drogpolitika elméleti alapjai

A kontrollrendszer meghatározó kérdése: mi a célja a beavatkozásnak? Azokkal értek egyet, akik azt vallják, hogy a szociális kontroll célja:

„1. *csökkenteni* annak a kockázatát, hogy egy személy kábítószerrel kezdjen,

2. *csökkenteni* a kábítószer-használattal kapcsolatos kárt (ártalmat).<sup>14</sup> Ez utóbbi kapcsán egyre többször vetik fel a szakemberek: „a kábítószer okozta károk melyik része az, amelyet az adott szernek magának kell tulajdonítanunk, és melyek a kábítószer-kontroll következményei?”<sup>15</sup> Az ezzel összefüggő kutatások azt mutatják, hogy *a repressziós politika nagyobb károkat okoz, mint a drogfogyasztás*. A jogi, kulturális és gazdasági ellenérvek talaján egy új szemlélet és ennek megfelelő irányzat van kialakulóban. Az irányzat hívei elutasítják a drogmentes társadalom követelményét szem előtt tartó drogpolitikát és az ennek megfelelő büntetőjogi kontrollt. Az irányzaton belüli *radikálisabb csoport képviselői* a liberalizmus eszméi alapján elutasítanak mindenféle prohibíciót, amely a kábítószer fogyasztásának tilalmára vonatkozik. Nézetük lényegét frappánsan fogalmazta meg a Nobel-díjas Milton Friedmann: „az államnak nem áll jogában (vagy nem kötelessége) a felnőtt és felelősségteljes ember megakadályozása a kábítószer-fogyasztásban, mint ahogy ugyanaz az állam a kötéltáncot vagy a dohányzást sem tilthatja be azzal a kifogással, hogy ezek ártalmas élvezetek”<sup>16</sup>. *Az irányzat másik szárnya* szükségtelennek tartja a feltétlen tilalomra épülő ellenőrzési rendszert, de nem fogadja el az állam passzivitását követelő szabadelvű nézetet sem. Álláspontjuk *realista*, képviselőik azt vallják, hogy a kábítószer-probléma új „megközelítése olyan módszerek kidolgozását jelentené, amelyek egyrészt csökkentik a káros drogok használatának mértékét, másrészt biztosítják, hogy a szenvedélybetegek ne tegyenek kárt magukban vagy másokban, és a kábítószer-forgalom kontrollja se tegyen kárt bennük”<sup>17</sup>.

Úgy vélem, Magyarországon az utóbbi koncepciónak megfelelő drogpolitikát lenne célszerű kialakítani, mert az ezen a szemléleten alapuló büntetőjogi szabályozás alkalmas mind a kereslet, mind a kínálat korlátozására, nem kényszeríti a fogyasztót kriminalitásba, és nem számolja föl a büntetőjog és a büntetőeljárás hagyományos garanciáit.

### JEGYZETEK

1. „Drog”-nak tekintek minden olyan anyagot, amelynek bevétele a WHO 1977-es ajánlása szerint a fogékony biológiai struktúrák ingerléséhez vezet, és amelynek – Pelicier nyo-

mán – „fogyasztása tiltott, vagy a nem tiltott anyagok közül, amelynek fogyasztása veszélyes, visszaélésre alkalmas, vagy deviáns”. (Pelicier meghatározását idézi: Lucchini, R.: *Drugs et Société*. Fribourg-Suisse, 1985.)

2. Farkas G.: Epidémiail adatok a kábító hatású anyagok használatáról (az 1976–1980-as évek egészségügyi jelzései alapján). *Alkoholológia*, 1981/2. 93. old.

3. A toxikománia alapvető kérdései. Az Országos Kriminológiai és Kriminalisztikai Intézet tájékoztatója, 26. sz. Budapest, 1986. 62. old.

4. Bácskai E.–Gerevich J.–Lévai M.: Átfogó multidiszciplináris tervvázlat a drogabúzus nemzeti kezelésének programjához. Vitaanyag. 1990. 4. old.

5. Kisszékelyi Ö.: A fiatalkori drogprobléma hazai kibontakozása. *Gyermek- és Ifjúságvédelem*, 1987/4. 3. old.

6. Balla K.: Kábítószeres és pszichoaktív anyagok rendészeti felügyeletének tapasztalatai. *Belső Szemle*, 1984. 96. old.

7. Brill és Bejerot csoportosítását idézi: Pethő Bertalan: Részletes pszichiátria. Budapest, 1989. I. kötet: 326–327. old.

8. Baumrind, D.: A serdülőkorú drogfogyasztás családi előzményei – fejlődéslelektani megközelítés. In: *Drogproblémák*. Nr. 3. Szerk.: Gerevich J., Budapest, 1987. 37. old.

9. A Legfelsőbb Bíróság VI. Büntető Elvi Döntése a kábítószerrel visszaélés egyes jogértelmezési kérdéseiről. Megjelent a *Magyar Közlöny* 1986. évi 53. számában.

10. Rácz J.: A magyarországi kábítószerelés koncepciói. *Esély*, 1990/4. 37–43. old.

11. Erre vonatkozóan lásd például a Magyar Kriminológiai Társaság 1988. június 3-i ülésén a kriminológusok előadását és hozzászólásaikat. A rendezvényen elhangzottak megjelentek a *Kriminológiai Közlemények* 25. számában (1988).

12. Peyrot, M.: Cycles of Social Problem Development: The Case of Drug Abuse. *Sociological Quarterly*, 1984. 24. 83–96. old.

13. A tanulmányban ebben a részben szereplő adatok forrása: az ún. egységes rendőrségi-ügyészségi statisztika. Az adatok rendelkezésre bocsátását ezúton köszönöm Pusztayné Dr. Jakab Rózának (Legfőbb Ügyészség, Számítóközpont).

14. *Toward Scientifically Based Prevention*. UNICRI Publ. no. 41. Rome, 1990.

15. Albrecht, H. J., van Kalmthout, A.: European Perspectives on Drug Policies. In: *Drug Policies in Western Europe*. Ed: Albrecht, H. J., van Kalmthout, A., Freiburg i. Br. 1989.

16. „Legalizálni kell!” Lozada, R. interjúja Friedman, M. professzorral a „Le Figaro” (Párizs) 1990. május 19-i és 20. számában.

17. Albrecht, H. J., van Kalmthout, A.: Id. m.: 438. o.