

Bácskai Erika – Gerevich József

Adalék a magyarországi droghelyzet tisztázásához*

A nyolcvanas évek riasztó előrejelzései mára valósággá váltak: Magyarországon is eszkalálódóban van a drogfogyasztás. A feketepiacon a klasszikus kábítószeres széles spektruma jelent meg; nő a kokainfogyasztás, kialakulóban van a drogfogyasztó szubkultúra. E helyzetjelentés megkísérli számba venni a legfontosabb epidemiológiai adatokat, a drogpolitika jellegzetességeit, a megelőzés és a gyógykezelés gyakorlatát.

A droghasználat jellegzetességei

A magyarországi droghasználatról keveset tudunk. A nyolcvanas évek végén beindult, szisztematikus epidemiológiai vizsgálatok 1990-1991-ben félbeszakadtak a finansziális erőforrások kiapadása miatt. Azóta csak ad hoc, kisvolumenű kutatások folytak. Az információforrások a következők:

- országos survey-k;
- iskolai felmérések;
- kezelésre jelentkezett páciensek klinikai adatai;
- közvéleménykutatás;
- etnográfiai kutatások.

Survey körzeti orvosok körében. Két ízben, 1990-ben és 1992-ben valamennyi körzeti orvost (4500) megkerestünk kérdőívvel, és körzetük drogfogyasztóiról kértünk adatokat. A magyar körzeti orvosi hálózat 1992-ig az egész országot lefedte. Mindkét alkalommal mintegy 3500 körzeti orvos küldte vissza kitöltve a kérdőíveket. Az adatok feldolgozásából kiderült, hogy míg 1990-ben 27 000, addig 1992-ben 65 000 rendszeres drogfogyasztóról tudtak a körzeti orvosok. Az illegális-legális (orvosi) drogok közötti arány is változott. A két év alatt a legális szerek (benzodiazepinek, barbiturátok) dominanciája csökkent az illegális szerekkel szemben. Az 1990-es felmérés-

* A 11. Nemzetközi Kriminológiai Kongresszuson megtartott előadás alapján, Budapest, 1993. augusztus 22-27.

ben Kelet-Magyarország drogfogyasztása jelentősen nagyobb volt az ország nyugati feléhez képest; 1992-re ez a különbség csökkent.

Iskolai survey. 1991-ben levélben kerestük fel az összes magyarországi általános- és közép-, állami-, egyházi- és magániskolát (mintegy 5000 iskola), tájékozódván az iskolai drogfogyasztásról. Az iskolák 10 százaléka jelezte, hogy vannak náluk problémák. Elsősorban a szerves oldószer-fogyasztást említették.

Klinikai adatok. A benzodiazepin- és barbiturát-fogyasztók döntő többsége körzeti orvosok és ideggondozók kezelése alatt áll. Sok esetben helytelen orvosi szemlélet segítette az addikció kialakulását, az orvosok évekig írják elő pácienseiknek a pszichoaktív szereket. A páciensek egy csoportja alkoholizmus-kezelés során válik benzodiazepin-függővé. A drog-ambulanciákat kis hányaduk keresi fel. A drog-ambulanciákon jelenleg az opioidfogyasztók közül kerül ki a legnagyobb csoport. 1986 és 1992 között a házi készítmények (máktea, intravénásan fogyasztott „zöld mák”) domináltak. 1992-től ugrásszerűen megnőtt a heroinfogyasztók száma, és a mákteaivók is egyre gyakrabban használnak heroint. Ezzel a tendenciával párhuzamosan az opioidfogyasztók szociális összetétele is megváltozott: megnőtt a jó anyagi körülmények között élő vállalkozók száma, ugyanakkor a krónikus munkanélküli drogfogyasztók száma is nőtt. Nem tudjuk pontosan, milyen az arány a szippantó, illetve az intravénás heroinisták között. 1992-től jelentkeztek kokainszippantók. Számuk még nem magas, de a tendencia emelkedő.

A hetvenes évek második felében és a nyolcvanas évek elején észlelt szerves oldószer-fogyasztási hullám jelenleg nem figyelhető meg, sőt az elmúlt egy évben ugrásszerűen csökkent a szippantó páciensek száma. Ez feltehetően a toluol ipari forgalomból való kivonásával magyarázható. Az utóbbi két évben néhány ketaminfogyasztó is megjelent (a ketamin nincs a kábítószerlistán). A HIV-fertőzöttség az intravénás fogyasztók között még nem mutatható ki, kivéve egy külföldön élő magyar származású heroinistát.

Az LSD-fogyasztás a „bad trip” alatt és a szorongásos-paranoid élmények flashback-szerű visszatérései miatt igen gyakori ambuláns probléma. Gyakori az amphetaminfogyasztás is, ritkán izoláltan, gyakrabban kombinációban vagy elvonási időszakban átvezető szerként.

A marihuána-használat mindennapos jelenség a drogfogyasztó szubkultúrában, a drogosok marihuána-probléma miatt önmagában nem keresik fel a drogközpontokat.

Közvéleménykutatás. A 16 év feletti lakosság országos reprezentatív mintáján 1990-ben készült kérdőíves felmérés szerint a megkérdezettek 5%-a kipróbált már valamilyen kábítószer.* A kipróbálók kétharmada kíváncsiságból, egyharmada mások hatására próbálkozott. Arra a kérdésre, hogy kipróbálna-e valamilyen kábítószer, 8%-uk válaszolt igennel. A megkérdezettek 14%-a szerint ismerőseik között van olyan, aki már próbálkozott kábítószerrel. A kábítószer terjedését a megkérdezettek 83 %-a reális veszélynek tekinti, kétharmaduk szerint Magyarországon vannak kábítószerélvezők is.

* Lásd: Elekes Zsuzsanna–Paksi Borbála 52. oldalon található írását is.

Etnográfiai kutatások. A magyarországi etnográfiai vizsgálatok is jelzik a drogfogyasztásban jelentkező változásokat (Rácz, 1993). A heroin, az amfetaminszármazékok, a trópusi kenderfélék és az LSD egyre nagyobb mértékben elterjedtek. Szélesebb körben jelentek meg hajléktalan vagy munkanélküli fiatalokból álló csoportosulások is. E fiatalok a kriminalitás felé sodródnak.

Drogpolitika

A droghoz való hozzájutás szabályozása Magyarországon idén májusban megváltozott. Az új jogszabályok az európai standardokhoz igazodva lényegesen szigorúbban büntetik a droggereskedelmet, míg a fogyasztók egy csoportjának lehetőséget adnak arra, hogy a büntetést kezelésre váltsa (diverzió). A legmagasabb kiszabható büntetés 5-15 év börtön. A jelenlegi szabályozás működőképessé tételéhez a Legfelső Bíróság 1986-os VI. sz. Büntető Elvi Döntésének a megváltoztatására van szükség, mivel az ebben meghatározott olyan fogalmak, mint „csekély” és „jelentős” mennyiségű kábítószer, elavultakká váltak, és átdolgozásra szorulnak. Erre utal az is, hogy a Magyar Narkológiai Központ és a NEVI Drogmegelőzési Módszertani Központ és Ambulancia jogsegélyszolgálatán 18 esetből csak kettőnél alkalmazható a diverzió gyakorlata.

A központi, kormányzati állami drogpolitika fő szerve a *Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság*, amely 1991-ben alakult a kábítószerügyben érintett minisztériumok és országos intézetek részvételével. Fő feladata a tárcák közötti koordináció a drogok kínálatának és a drogok iránti keresletnek a csökkentése érdekében. A drogszakmát a *Magyar Narkológiai Társaság* (Hungarian Association on Drug Abuse and Addiction) képviseli és fogja össze. Ez szintén 1991-ben alakult. Eddig elsősorban a jogi szabályozás korszerűsítése érdekében végzett, törvényelőkészítő konzultatív feladatokkal és szakmai konferenciák szervezésével igyekezett emelni a szakmai munka színvonalát és hatékonyságát.

A magyarországi drogpolitika egyik legnagyobb gondja, hogy az önkormányzatok döntő többsége eddig nem alakított ki stratégiát a kínálat és a kereslet csökkentése érdekében, és egyelőre a központi és helyi stratégiák egyeztetésének módja még meg sem fogalmazódott mint koordinatív probléma. Csupán néhány város tekinthető kivételnek (pl. Budapest, Szolnok, Tatabánya, Vác). A proibicionizmus-antiproibicionizmus kérdését pedig szinte tabuként kezelik.

A megelőzés gyakorlata

A szenvedélybetegségek megelőzése terén már a nyolcvanas évek elején indultak modellkísérletek (Bácskai és mtsai, 1985). A NEVI Drogmegelőzési Módszertani Központ és Ambulancia longitudinális prevenciók kutatása (zártanulmány; Bácskai, 1993) a kölni Egészségnevelési Intézet által kidolgo-

zott prevenciók programcsomagot adaptálta a magyar viszonyokhoz. Az egyes témák félévesek, az üléseket tanárok vezetik, a program a 10-16 éves tanulók csoportjait célozza meg. Elméleti háttere a szociális fejlődés elmélet (Hawkins és mtsai, 1992).

Ezenkívül még két megelőzési program indult be az elmúlt két évben. Az egyik az amerikai CHEF program, amely alapítványi formában, tanári tréningeken keresztül terjeszti a módszert. A másik az Országos Rendőrfőkapitányság ún. DADA programja, amelynek keretében egyenruhás rendőrök járnak be iskolákba, és vezetnek drogmegelőzési órákat a tanulók számára, szintén egy amerikai program alapján. E programok hatékonyságáról nem rendelkezünk adatokkal.

A megelőzéspolitika szintjén három markáns paradigma fogalmazódott meg:

- kötelező jellegű egészségnevelés tárgyat kell bevezetni az iskolákban, erre tanárokat kell kiképezni;
- a prevenció olyan mozgalom, amely csak fakultatív jellegű lehet; szaktárgyaktól függetlenül minden tanárnak feladata lehet benne;
- a drogmegelőzés a pszichológiai kultúra terjesztésének része. Az iskolában a mentálhigiénés légkört, a tanárok pszichológiai érzékenységét és szemléletét kell fejleszteni.

Hozzánk a második és a harmadik megközelítés áll a legközelebb. Nyilvános fórumokon a magunk részéről a második paradigmát képviseljük, mert ez véleményünk szerint a harmadikat is magában foglalja, míg a harmadik paradigma önmagában nem elegendő a drogmegelőzés kiterjesztésére. Hiszen a pszichológiai kultúra fejlődésének sajátos üteme van, a drogok terjedése ezzel szemben óhatatlanul átgondolt, gyors, operatív szakmai és társadalmi kezdeményezéseket igényel (Gerevich, Bácskai, előkészületben).

A gyógykezelés formái

Magyarországon az elmúlt évtizedben a megelőzéshez képest relatíve sok egészségügyi és egészségügyön kívüli szervezet kezdett foglalkozni a drogproblémák kezelésével. Ennek ellenére ma még nincs elegendő gyógyító szolgáltatás.

Az egészségügyi szolgáltatások formái:

- drogbetegeket is kezelő alkoholgondozók és alkoholosztályok. Kiinduló gondolatuk az volt, hogy az alkoholizmus és drog-addikció hasonló biológiai és pszichoszociális jelenségeket foglal magában, ezért indokolt az együttes kezelésük (pl. Tamasz Ambulanciák egy része, Szigetvári Kórház Alkoholosztálya).
- Pszichiátriai osztályok, ideggondozók. A drogbetegek is pszichiátriai, mentálhigiéniai betegek, ezért indokolt pszichiátriai kezelésük (pl. Zalaegerszeg).
- Drogambulanciák. A drogfogyasztók olyan speciális populációt jelentenek, amelyek jellegzetességei lényegesen eltérnek mind az alkoholbetege-

kétől, mind a pszichiátriai betegekétől, ezért van szükség speciális szolgáltatásokra.

A drog-ambulanciák között is többféle megközelítés lehetséges:

– ifjúsági ambulanciák. A drogprobléma sajátos generációs probléma, amely a kamaszkorral, a felnőtté válás specifikumaival áll összefüggésben (pl. Pécs, Szeged, Debrecen; budaörsi Tinta Szolgáltatás, amely nem az egészségügyön belül szerveződött).

– Pszichoszociális ambulancia. A drogprobléma elsősorban pszichológiai és szociális probléma, ezért a kezelés is pszichoszociális eszközökkel kezelhető el (pl. Debrecen, Szeged).

– Orvosi ambulanciák. Az adiktív orvosi probléma, megoldásának alapja egyszerre biológiai és pszichoszociális jellegű (pl. Pécs, Győr, Budapest Jász utcai és Budai drogambulancia).

Az egészségügyön kívüli szolgáltatások:

Alapvető kiindulási pontjuk az, hogy a drogprobléma szocializációs probléma, amely részben hibás morális fejlődéssel, részben a külső környezet kedvezőtlen hatásaival van összefüggésben.

A morális fejlődére nagy hangsúlyt helyező szolgáltatásokat részben olyan vallási csoportok irányítják, amelyek a megtérés élményét helyezik a kezelés előterébe (pl. Ráckeresztúr, Budapesti Emberbarát Alapítvány, Zsibrik, Dömös, Dunaharaszti), részben a Névtelen Alkoholisták 12 Lépését alapul vevő spirituális szemléletben gondolkodó pszichiáterek (Pécs, Győr, Szigetvár). Győrött és Szigetváron egészségügyi intézményes keretben kísérlik meg megvalósítani a Minnesota-modellt.

A közösség személyiségformáló hatásaira építő megközelítésekre példa a komlói Leo Amici Alapítvány által kialakított terápiás közösség, amely olasz modellre épült.

A felsorolásból is látható, hogy egyes egészségügyi szolgáltatások szemléletükben és gyakorlatukban közelebb állnak az egészségügyön kívüli megközelítésekhez.

Ma még nem lehet pontosan látni, hogy e megközelítések közül melyek bizonyulnak életképesnek, és melyek nem. Megkönnyítené értékelésüket, ha munkájukról több információ, elemző, a problémákat is számba vevő tanulmány látna napvilágot.

Összefoglalás

Bár Magyarországon néhány évvel ezelőtt félbeszakadtak a szisztematikus epidemiológiai kutatások, és kevés az átfogó vizsgálat, felmérésekből és klinikai adatokból arra következtethetünk, hogy a drogfogyasztás illegális formái terjedőben vannak. Megváltozóban van a drogfogyasztók szociális összetétele, új típusú drogfogyasztási formák jelentek meg. Ezek közül kiemelkedik a *heroin* és a *kokain* szippantása. AIDS-fertőzöttséget szerencsére eddig még nem regisztráltak az intravénás magyarországi fogyasztók között. Ebben az évben megváltozott a kábítószerhez jutás jogi szabályozása, szigorították a droggereskedőknek kiszabható büntetéseket, a drogfogyasztók

számára lehetőség nyílt a büntetés gyógykezelésre való váltására. Megalakult a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság és a Magyar Narkológiai Társaság. Kevés azonban a tudományosan is megalapozott megelőzési program. A megelőzéspolitikában és a gyógyításban több markáns paradigma jelent meg, bár ma még nem lehet látni pontosan, melyeket igazolja az idő és a gyakorlat.

Irodalom

- Bácskai E., Gáti Z. (1985): *Megelőzési modellkísérletek*. In: Gyárfás I., Makara P. (szerk.): Szívbetegség – társadalom, kockázat – megelőzés. Az eddigi eredmények összefoglalása. Országos Kardiológiai Intézet, Budapest, 134-158.
- Bácskai E., Gerevich J. (1987): *Iskolai drogmegelőzési modellkísérlet*. Drogműhely 1, 1-51.
- Bácskai E., Gerevich J., Lévai M. (1990): *Átfogó multidiszciplináris tervvázlat a drogabúzás nemzeti kezelésének programjához*. Alkoholológia, 4, 1-18.
- Bácskai E. (szerk.): *Kábítószermegelőzés*. Tanári kézikönyv. Drogalapítvány, Budapest, 1991.
- Bácskai E. (szerk.): *Dohányzást megelőzés*. Tanári kézikönyv. Drogalapítvány, Budapest, 1991.
- Bácskai E., Gerevich J. (1992): *Budapest droghelyzete*. In: Gerevich J., Veér A. (szerk.): A kábítószer kihívása. Gondolat, Budapest, 175-202.
- Bácskai E. (1993): *A drogmegelőzés szociális fejlődésmélete*. Végeken, megjelenés előtt.
- Bácskai E. (1993): *A protektív tényezők szerepe a drogmegelőzés hatékonyságában*. Kandidátusi értekezés. Budapest.
- Egészséged testedben, lélekedben (CHEF program): Tanári kézikönyv. NEVI, Budapest, 1990.
- Gerevich J., Bácskai E. (1991): *Drug Problems and Drug Prevention in Hungary*. First Meeting between East and West on Drug Addiction. Paris, 31 January-2 February 1991.
- Gerevich J., Veér A. (szerk.): *A kábítószer kihívása*. Gondolat, Budapest, 1992.
- Gerevich J., Bácskai E.: *A drogfogyasztás kialakulása és megelőzése*. Budapest, megjelenés előtt.
- Hawkins, J. D., R. Catalano, J. Miller (1992): *Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Problems in Adolescence and Early Adulthood*. Implications for Substance Abuse Prevention. Psychological Bulletin Vol. 112, No.1, 64-105.
- Lévai M. (1992): *Kábítószer és bűnözés*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- Rácz József (1988): *A drogfogyasztás magatartás*. Medicina, Budapest.
- Rácz József (1993): *Szociálpszichiátriai vizsgálódások magyarországi drogfogyasztók körében; a droghasználat társas közege és a drogos karrier*. Kandidátusi értekezés, Budapest.