

Narkománok gondozása és gyógykezelése

Készítette: Halasi Anita

2005.

Minden jog fenntartva a szerzőnek és a Rubeus Egyesületnek!

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék	1
1. Bevezető	2
2. Drogpolitika	5
2.1 Külföld szabályozása.....	5
2.2 Magyar szabályozás.....	6
3. Nemzeti stratégia	9
4. Alapfogalmak	10
5. A drogfogyasztás tipizálása	11
5.1 A kábítószer-fogyasztás kialakulásának okai.....	13
6. Ellátási formák bemutatása	15
6.1 Az alapellátás formái.....	17
6.2 A szakosított ellátás formái.....	17
7. Társadalmi szerepvállalások	23
8. Néhány terápia és terápiás közösség bemutatása	30
9. Fejlesztési irányok, ajánlások	34
10. Végszó	40
Irodalomjegyzék	41

1. Bevezető

„1994. júniusában, 16 évesen próbáltam ki először. Nem is tudom igazán megfogalmazni ma sem, hogy miért is kezdtem el az egészet. Talán kíváncsiság, talán unalom, talán hiányzott valami, talán csak más akartam lenni, mint az átlagember.

Nem apróztam el, nem haladtam végig a ranglétrán. Helyette kijelentettem, hogy én a heroint akarom kipróbálni. Kipróbáltam. Érdekes volt. Amit csak lehetett mindent kipróbáltam, de valamiért mégis megmaradtam a heroinnál.

Az első alkalom után hetekig nem kerültem kapcsolatba a droggal. Valami miatt, aztán mégis. A napi egyszeri mennyiség hamarosan kevésnek bizonyult, így szépen fokozatosan növelnem kellett az adagot. Beállva iszonyúan kedves és türelmes voltam mindenkivel. Nyugodt voltam, feküdtem, gondolkodtam, nem bántott az égvilágon senki és semmi. Nem tudom, hogy lett, de amikor ugyanez év szeptemberében -az iskolakezdés miatt- egy kicsit észhez kaptam, már elment a napi egy gramm. Ekkor próbáltam meg először kitisztulni. Három hét volt mindössze, kutyául szenvedtem.

Az információ gyorsan terjed, főként, ha anyagról van szó: megtudtam, hogy milyen jó barna érkezett, és persze ezt nem hagyhattam ki. Iszonyatos állapotban jártam el dolgozni és suliba. Melózni, muszáj volt, hogy legyen pénzem (anyagra), suliba járni is, hogy legalább az érettségim meglegyen. A fizetésem egyre kevesebb ideig volt elég. Ekkor jött az ötlet, meglátogatni Hollandiát. Erről a direkt kirándulásról néhány csomag cannabis maggal érkeztem haza. Belekóstoltam néhány hasonszörű társammal az ültetés- érlelés- aratás fázisába. Szép mennyiséget sikerült összehoznunk. Az eladás kissé dőcögösen indult, de hamar belejöttünk. Volt pénz megvalósítani az „álmokat”. A drogos álmokat. Elszálltak. Helyesebben elszálltam. Az összes pénz elment anyagra. Egyre többet költöttem, egyre nagyobb mennyiségre. Pénzem fogytán, mindig megpumpoltam a családot. A családot, akik vagy nem vettek észre semmit, vagy inkább nem akarták észrevenni! A közel hat éves fogyasztásom alatt sohasem kérdeztek rá, hogy esetleg nem anyagozok-e. Lehet nem mertek, nem akartak szembesülni a helyzettel, ami akkorra már tény volt. Úgy gondolom, hogy nem teljesen normális kiiratkozni a középiskolából, helyette dolgozni, csavarogni, majd tizenhét évesen elköltözni otthonról- mostantól a magam ura vagyok címszóval. Én ezt tettem. Az érettségiig valahogy sikerült eljutni, bár

ma is rejtély előttem, hogyan tudtam a hiányzó két évet és az érettségi vizsgát -szétszúrt karral, nap, mint nap beállva- letenni, de sikerült.

Teltek múltak a hetek, hónapok, egyre több időt töltöttem az anyag rabságában. Minden figyelmemet az anyagra, és annak megszerzésére fordítottam. Hamarosan sikerült a munkahelyemet is elveszítenem. A családom sem nagyon kereste velem a kapcsolatot, (valószínűleg) túl sokba kerültem Nekik.

1999. december 19-én, amikor kirúgtak az akkor kimagaslóan jól fizető munkahelyemről, megszületett a döntés: ELÉG VOLT, ABBAHAGYOM, LEÁLLOK.

Mindenfajta orvosi – és gyógyszeres segítségtől mentesen, egyetlen barát ápolásával.

Az elvonást nem részletezném, -arról ír eleget a szakirodalom- nem egy túl kellemes élmény.

Remélem nem túl korai kijelentenem, hogy: SIKERÜLT.

Most, amikor mindezt leírom, 2004. decembere van. Van családom, párkapcsolatom, munkahelyem, vannak barátaim, és főiskolára járok.”

Napjainkban, ha újságot veszünk a kezünkbe, a lap hasábjain, amennyiben a televíziót kapcsoljuk be, úgy a híradásokban, a filmekben is gyakran találkozhatunk a kábítószerrel, annak fogyasztásával, árusításával, valamint a halálos kimenetelű esetekkel.

Egy társadalom fontos értékmérője, milyen gyorsan ismeri fel a veszélyt, tisztázza a problémát és oldja meg a bajt. Ismét és ismét kiderül, hogy a kábítószer fogyasztásnak jól körülhatárolt gazdasági, szociális és családi háttere van. Családok, kapcsolatok hullnak szét a nyomában, de az emberek többsége számára ez elképzelhetetlen, amíg személyesen nem érintettek. És amikor egy családot megérint, többnyire már késő, mert felkészületlenek rá. A kábítószeresítés megjelenése egy család életében nagy erőpróba. Csak azok a családok tudnak hatékonyak lenni, amelyeknek sikerül egy hatékony problémakezelési stratégiát kialakítaniuk. Tudományos és felvilágosító könyvek, kutatások, előadások tucatjai születtek ebben a témában. Ma már azonban nem kell azon vitatkozni, hogy van-e kábítószer probléma az országban, napjainkban a hatékonyságra kell fektetni a hangsúlyt. A témával kapcsolatosan elég erős ellenérzéseket lehet tapasztalni, de nem kétséges, hogy nélkülük sem a megelőzés, sem a gyógyítás, de még a rehabilitáció erőfeszítései sem lehetnének elég eredményesek.

Szakedolgozatom témájaként a narkománok gondozását, gyógykezelését választottam. Azzal az elhatározással, hogy, bár szerteágazó témáról van szó, megkísérlem áttekinteni a kialakult külföldi és magyarországi drogpolitikát, bemutatom a családra, társadalomra gyakorolt hatását. Felvázolom a témában érintett szakosított ellátásokat, bemutatom a preventív-, és ártalomcsökkentő lehetőségeket, kitérek még a szociális munka jelenlétére, szerepére a kezelés, gyógyítás kapcsán, végül, de nem utolsó sorban néhány fejlesztési alternatívát vetek fel.

2. Drogpolitika

2. 1. Külföld szabályozása napjainkban:

Az európai kontinens államai nem követnek egységes szabályozást. Az országok egy részében a fogyasztói magatartást a törvény a kábítószer fajtájától függetlenül, mennyiségi különbségek figyelembe vételével, szabadságvesztéssel, vagy a mellett alternatív büntetések lehetővé tételével szankcionálja (pl.: Franciaország, Svédország, Málta). Vannak olyan országok is, ahol a kábítószereket osztályokba, vagy csoportokba sorolják, a büntetés mértéke, pedig ennek függvénye (pl.: Anglia, Írország). Néhol, a súlyozásra külön irányelveket alkalmaznak, s így differenciálnak – a terápiás programok felajánlhatósága útján- függő és nem függő fogyasztók között (pl.: Finnország, Norvégia).

A szankciók csak a nyilvános helyen történő fogyasztáshoz kapcsolódnak néhány országban (pl.: Spanyolország, Olaszország), míg van olyan is, hogy pénzbüntetéssel sújtják a fogyasztót (pl.: Dánia). A csoportos fogyasztás a szabadságelvonás lehetőséget vonja maga után Belgiumban, míg a szomszédos Hollandia az egyetlen olyan állam, ahol a felnőttek számára a nyilvános, mértékletes fogyasztás engedélyezett.

Függetlenül a fogyasztás büntetőjogilag tilalmazott voltától, számos államban működik az ártalomcsökkentés eszközrendszere. Ma már szinte mindenhol ismert a kezelés különböző intézményesített formáinak hálózata. Az egyes országok eltérő keretek között alkalmazzák a felvilágosítás, a leszoktatás, a gyógykezelés, a fogyasztók társadalmi reintegrációjának módszereit. Az eszközök igen változatosak. A legszélesebb körben elterjed leszokást célzó gyógyszeres kezeléstől (methadon program) – az esetenként orvosi felügyelettel is járó – tűcsere és a belövőszobák biztosításán át (pl.: Zürich, Liverpool) a szennyezettség-mérést végző mobil-laboratóriumokig (pl.: Svájc) terjednek. Leszokást, biztosító programokat az államilag fenntartott addiktológiai központok mellett egyházi és civil szervezetek is kínálnak.

A kábítószer-fogyasztás és a hozzá tapadó problémák, kezelésével a világ minden állama szemben találja magát.

Az Európai Unió kísérleteket tesz a tagállamok, illetve a kontinensen kívüli államokkal történő együttműködés kialakítására nemzetközi egyezmények megalkotásával.

2. 2. Magyarországi drogpolitika történeti áttekintése:

Az első világháború előtt:

A szó mai értelmében ekkor még nem beszélhetünk drogpolitikáról. Már 1894-ben büntető rendelet rendelkezett arról, hogy az ópiumot és annak minden alkaloidját gyógyászati célokra szabad használni.

A két világháború között:

Az anyagi bizonytalanság és a lelki problémák elől sokan menekültek a gyógyszerekhez, drogokhoz. A kábítószer-élvezők egy része az orvosi kezelés során vált függővé, nagyon gyakran morfiumot alkalmaztak fájdalomcsillapításra. A két világháború között hazánk csatlakozott mindhárom ópiumegyezményhez (1923, 1931, 1933)

Drogpolitika a rendszerváltásig, a szocialista rendszer szemszögében:

A 60-as és 70-es évek első felében az volt a hivatalos álláspont, hogy ilyen probléma a „fejlett” szocialista országokban nem létezik.

A magyar vezetők ezekben, az években egyáltalán nem foglalkoztak a drogfogyasztás kérdésével, és bár a probléma közel sem volt olyan súlyos, mint manapság, de létezett. A Nyugatra utazás szinte lehetetlen volt, ennek eredményeként a klasszikus kábítószeres nem tudtak elterjedni. Ekkor főleg a ragasztózás, valamint a gyógyszerek (Parkán, Codein), illetve a gyógyszerek és az alkohol együttes fogyasztása terjedt el. 1960-ban, New Yorkban Magyarország aláírta, majd 1968-ban beépítette a magyar jogrendszerbe az Egységes Kábítószer Egyezményt (1968. évi 4. számú tvr.). 1969-ben regisztrálták az első kábítószeres halálesetet, kábítószeres csoportokról ekkor készültek az első rendőri jelentések. A '70-es évek elejére hazánkat is elérte a modernkori kábítószerhullám, fő fogyasztási területe Budapest volt.

1971-ben, Bécsben aláírásra került a Pszichotrop Anyagokról szóló Egyezmény (1979. évi 25. számú tvr.). Struccpolitikának tekinthető, hogy az Állami Ifjúsági Bizottság 1976-ban megtiltotta a téma kutatását, és bizalmas kezelését ajánlotta. 1973-tól a '80-as évek elejéig megfigyelhető volt a drogok vidéki terjedése. A '80-as évek elejére csökkent a visszaélők

életkora, és emelkedett a nők aránya. A '80-as évek elejétől egyre nagyobb hangsúlyt kapott a drog-probléma megoldása. 1984 előtt minden kábítószer-fogyasztót pszichiátriai vizsgálatnak vetettek alá. 1985-ben megalakult az Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság Drog Albizottsága, munkájának keretében prevenció folyt, szakemberképzéssel- és továbbképzéssel is foglalkoztak. A '80-as évek végén négy drogambulancia is megnyitotta kapuit (Budapesten kettő, valamint Szegeden és Pécsen egy-egy). 1988-ban, Bécsben aláírásra került: A Kábítószeres és Pszichotrop Anyagok Forgalmazása Elleni ENSZ Egyezmény (14/1998. OGY. Határozat). A '80-as évek végén kutathatóvá vált a drogprobléma is, a Társadalmi Beilleszkedési Zavarok (TBZ) Kutatási Programon belül.

A rendszerváltástól napjainkig:

A rendszerváltás után szinte egyik napról a másikra robbant a kábítószer-probléma. A szabad utazás folytán „beáramlottak” a kábítószeresek, és megjelent a fizetőképes kereslet. Az Országgyűlés 1993-ban megváltoztatta a „visszaélés kábítószerrel” bűncselekményre vonatkozó szabályt, amit azzal indokoltak, hogy keményebben kell fellépni, és lehetőséget kell biztosítani a fogyasztók számára a büntetés elkerülésére. 1994-ben rendkívüli eszközöket kaptak a rendőrök a kábítószerrel kapcsolatos valamennyi bűncselekmény üldözésére (titkos információgyűjtés, bírói engedéllyel telefonlehallgatás, levelek felbontása, stb.). 1995-ben a Legfelsőbb Bíróság új meghatározást hozott a „csekély” és „jelentős” mennyiségre. A csekély mennyiség jelenti azt a határt, melynek birtoklása esetén a fogyasztó még a büntetés helyett a gyógykezelést választhatja. 1997-ben az Országgyűlés eseti bizottságának adatai szerint 150 000 rendszeres drogfogyasztót és 30 000-50 000 drogfüggőt feltételeztek. A legmagasabb szinten is megjelent a probléma kezelésére irányuló igény, 1998. márciusában a kormány határozatot hozott a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság felállításáról.

Az országgyűlés 2000-ben fogadta el a Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására (96/2000.(XII. 11.) számú OGY. Határozat) címmel létrejött összefoglalót, mely általános célként fogalmazza meg: „egy szabad, magabiztos és produktív társadalom arculatának kiépítését, amely képes kezelni a drogok használatával és terjesztésével összefüggő egészségügyi, szociális és bűnügyi ártalmakat és hátrányokat”. Fő céljai között szerepel: a helyi közösségek kiemelt szerepe a drogmegelőzés,

gyógykezelés kérdésében. A megelőzésre fektetett nagy hangsúlyt, a szociális munka, gyógyítás, rehabilitáció szempontjaiból.

A jelenleg érvényben lévő büntetőjogszabályok és mennyiségi meghatározásai nem dekriminalizálják a fogyasztást, ma is bűncselekménynek számít. Ha valakinél kábítószer található, vagy kimutatják a fogyasztást, büntetőeljárást indítanak ellene. A büntetőjogi megítélés kétféle érvrendszerrel is megközelíthető: egyrészt, az állam, joggal bünteti a drogfogyasztást, mert az mindenképpen destruktívan hat a személyiségre, veszélyes a társadalomra, mivel egyéb bűnözést is generálhat, viszont nem biztos, hogy a büntetőjogi eszközrendszere alkalmas a kábítószer fogyasztás terjedésének megfékezésére.

Alapvető kérdés az, hogy az állam meddig és hogyan avatkozzon be állampolgárai életébe. Jó-e a null-tolerancia elve, vagy esetleg másként kell hozzáállni a témához? Ezt a kérdést, nagyon sokan és nagyon sokféle megközelítésből próbálják megválaszolni, eldönteni. Lehetséges az a fajta szemlélet, miszerint az, hogy valaki illegális drogot használ, vagy sem, az, mindenkinek a magánügye. Mégis foglalkozni kell ezzel a problémával, mivel a kábítószer-fogyasztás nem csupán a fogyasztót érinti, hanem kihat mind közvetlen, mind társadalmi környezetére is. Mivel ez annyira szerteágazó témákat érint, szükséges mégis egyfajta állami beavatkozás, jogi szankciórendszer.

Mitől probléma?

A kábítószer-fogyasztás és az azzal összefüggő problémák jelentős társadalmi problémává váltak, számos gazdasági, társadalmi, egészségügyi és járványügyi kérdést vetnek fel. Sem az egészségügyi, sem pedig a bűnözési statisztikák nem rendelkeznek a teljességre vonatkozó adatokkal, így csak becslést lehet állítani a fogyasztást illetően. Összességében annyit lehet elmondani, hogy folyamatosan emelkedik a kábítószereseket kipróbálók, a drogfogyasztók- és drogfüggők, illetve a droghasználattal összefüggésben fertőző betegségeket hordozók száma, valamint egyre több a fiatal. A kábítószer-fogyasztás kérdésében nincs sem szakmai, sem társadalmi konszenzus. A kábítószer használatát a WHO definíciója szerint problémát jelent abból a szempontból, hogy: „veszélyes az egyénre, az egyén egészségre, a közösségre, a társadalomra, pusztítóan hat az egyéni akaratra, a családok egységére.”¹

3. Nemzeti stratégia születése:

¹ V. Hajdú Piroska – Ádány Róza: Epidemiológiai Szótár

A kábítószer illegális használatával összefüggő veszélyek felismerése vezetett: a Nemzeti stratégia, a kábítószer-probléma visszaszorítására című dokumentum elkészüléséhez, mely 2000. decemberében Országgyűlési határozat rangjára emelkedett.

A Nemzeti stratégia általános célja, hogy a harmadik évezred küszöbén egy szabad, magabiztos és produktív társadalom tudjon kialakulni, ahol az emberi méltóság, a testi, lelki és szociális jól-lét, az alkotóképesség kiemelt fontosságú.

A stratégia fő céljai:

- Közösségi együttműködés kialakítása, a társadalom, kiemelten a helyi közösségek érzékenyebbé válásával a probléma iránt.
- Megelőzés: esélyteremtés a fiatalok számára egy produktív életstílus és a drogok visszaszűntetésére való képesség kialakítása.
- Segíteni a kábítószerrel kapcsolatba kerülő és problémákkal küzdő egyéneket és családokat.
- Kínálatcsökkentés: a hozzájárulás lehetőségének csökkentése.

Intézményi keretek:

- Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, mely szakmailag támogatja a stratégia megvalósulását.
- Kábítószer Egyeztető Fórumok, helyi szinten képviseltetik magukat az állami, önkormányzati, civil és egyházi szervezetek, információáramlást biztosítanak a gyermekjóléti szolgálatok, a rendőrség, büntetés-végrehajtás, igazságszolgáltatás és az önkormányzat szakosított szervei között.
- Kábítószer Koordinációs Bizottság, feladata a stratégia végrehajtásának ellenőrzése, az egyes tárcák és az állami intézményrendszer működésének koordinálása.

4. Alapfogalmak:

Nemzetközi egyezményekből kiindulva, így drognak tekinthető minden olyan anyag, amelyet a nemzetközi egyezmények felsorolnak név szerint.

Az Egészségügyi Világszervezet (továbbiakban: WHO) definíciója² szerint: *Drognak* tekintünk minden olyan anyagot, függetlenül annak természetes vagy szintetikus voltától, mely a szervezet egy vagy több funkciójának megváltoztatására alkalmas. Ezt a megfogalmazást használjuk a kábítószer, mint fogalom definiálására.

A WHO 1952-ben elfogadott meghatározása szerint *Toxikománia / Narkománia*: periodikus (időszakos) vagy krónikus (idült), az egyénre és a társadalomra ártalmas mérgezés, amelyet valamely természetes vagy mesterséges drog ismételt fogyasztása idéz elő.

Jellegzetességei:

- leküzdhetetlen óhaj vagy szükséglet a kábítószer további fogyasztására és bármilyen eszközzel való megszerzésére,
- az adag növelésének tendenciája,
- a drog hatásától való pszichikai és esetleg fizikai függőség.

Drogabúzus, vagy visszaélés: A WHO 1964-es meghatározása szerint: visszaélésnek minősül minden drog egyszeri, többszöri vagy állandó használata, amennyiben az orvosi javaslat nélkül, vagy eltúlzott adagolással történik.

Drogdependencia, vagy függőség: valamely, központi idegrendszerre ható kábítószerrel való lelki (vagy testi és lelki) függőségi állapot, ami ezen anyag periodikusan, vagy állandóan ismételt használata jellemez, és amelynek jelei a szenvedélytárgy fajtái szerint változnak.

5. Narkománia, a drogfogyasztás tipizálása, avagy a drogfüggés kialakulása:

² V. Hajdú Piroska- Ádány Róza: Epidemiológiai Szótár

A kábítószer elterjedtsége, tiltott volta miatt nehezen mérhető. Bár rendelkezésre állnak különböző, az általános iskolások, középiskolások, egyetemisták, illetve a felnőtt lakosság körében készült felmérések, de ezek nyilvánvalóan nem reprezentálják a tényleges fogyasztást.

A WHO szakértői bizottságának állásfoglalása a fogyasztók 3 típusát határozza meg:

- kísérleti kábítószer-fogyasztó,
- alkalmi fogyasztó,
- függőségi helyzetben lévő fogyasztó.

Kísérleti kábítószer-fogyasztók csoportja:

A kísérletezés leggyakoribb indoka, az általam tanulmányozott felmérések szerint is a kíváncsiság. (Az adatgyűjtés hét település iskoláinak reprezentatív mintáján készült 1992 és 1997 között, melyet az Egészségbiztosítási Pénztár támogatott³). A felmérés összegzéseként, általánosságban elmondható, hogy minden kezdet a marihuánával indul, de természetesen vannak szélsőséges esetek is, amikor nem halad valaki végig a „ranglistán”, vagy amikor ténylegesen csak kipróbálja, de nem lesz belőle rendszeres fogyasztó, vagy függő. Kizárólagos értelemben nincs favorit drogjuk, csak próbálkoznak. Tulajdonképpen nem drogozni akar, „csak” kipróbálni. A szer általában feldobja, pozitív élmények érik.

Alkalmi fogyasztók csoportja:

Az alkalmi fogyasztók között találjuk meg azokat, akik esetlegesen, például hétvégenként, használnak drogokat. Ez esetben a legelterjedtebb a diszkódrogozás, a füvezés, az extasy tabletta, az amfetamin származékok, illetve a speed használata a különféle szórakozóhelyeken. A szintetikus szereket „diszkódrognak” is nevezik. Az alkalmi fogyasztókra valószínűleg hatást gyakorol, hogy együttesen, hogy a „buli” kedvéért használják. A fogyasztó számára szinte észrevétlenül rendszeressé válik. Ez egy viszonylag

³ Gerevich József és mtsai adatgyűjtése 1992-1997 közötti időszakról (Bácskai – Gerevich: Ifjúság és drogfogyasztás Bp. 1997.)

stabil időszak, a szer megbízható, kiszámítható kielégülést nyújt. Pszichésen jelentkezik a szer hiánya, de ez a hiány még nem kínzó.

Függőségi helyzetben lévő fogyasztók csoportja:

WHO definiálása pszichikai függőségre: „a drog hatása révén elégedettségérzés és egy olyan pszichikai „drive” alakul ki, amely a drog periodikus használatára készíti az egyént, a célból, hogy újra elérje a kellemes érzést, illetve, hogy elkerülje a hiányából fakadó rossz közérzetet”.⁴ Az addig használt mennyiség már nem elég a kielégüléshez. Lemondani nem tud a szerről, mert annak hiányában fellépnek a pszichés- és fizikai elvonási tünetek. A szer használata folyamán „kielégülést” már nem érez, maximum a kínzó elvonási tüneteket enyhíti.

A kábítószer használat következtében kialakuló függés pszichés, és mentális okait először egy perzsa anekdotával, a továbbiakban pedig részletesebben is ismertetem.

„Három ember éjjel egy város bezárt kapujához érkezik. Az egyik alkohol, a másik ópium, a harmadik hasis hatása alatt áll. Az alkoholista dühösen felkiált: Miért nem törjük be a kaput, kardunkkal meg tudnánk oldani. Az ópiumszívó azt mondja: Ó, nem, nyugodtan kint maradhatunk, majd bemegyünk reggel, amikor a kaput kinyitják. A hasis hatása alatt állónak más volt a véleménye: feleslegesen fecsegünk, minden további nélkül megtehetjük, hogy bebújunk a kulcslyukon”.

5. 1. A kábítószerfüggés kialakulásának okai:

⁴ V. Hajdú Piroska – Ádány Róza: Epidemiológiai szótár

Az illegitim droghasználat világszerte tapasztalható terjedésének hátterében olyan változások állnak, melyek révén a fiatalok egyre erőteljesebben konfrontálódnak a gyors szociális és technológiai változásokkal, valamint az egyre inkább a versengésre épülő társadalommal. Mindeközben a tradicionális értékek és a családi kötelékek gyengülnek. A fiatalok egy jelentős kisebbsége személyes függetlenség- és identitáskeresésük részeként kísérletezik illegális drogokkal. A droghasználat a társadalom minden rétegében megjelenik.

A témában érintett szakemberek tapasztalatai azt mutatják, hogy a mai fiatalok több drogot és más típusúakat fogyasztanak, mint korábban. Az utóbbi évekre jellemző, hogy egyre fiatalabb korban próbálják ki a kábítószereket. Az elsőnek használt szer a legtöbb esetben a marihuána, majd ezt követik az amfetaminok. A nagyváros és a kistelepülés között sem fedezhető fel nagy különbség kábítószer-fogyasztás tekintetében. Szinte már bizonyítottnak látszik, hogy tilalmakkal és rendőrségi módszerekkel a drogok forgalmát és használatát nem lehet ténylegesen csökkenteni. A drogfogyasztás bármely életszakaszban megjelenhet, mivel örömszerzésre irányuló vágy is minden életkornak a sajátja.

A droghasználat okai között előkelő helyen szerepel a család, a kortársak és a társadalom drogozási mintáinak a tudatos, vagy tudattalan követése. A drogfüggőség kialakulásában jelentős szerepe van a személyiségnek is, amely biológiai, szociológiai és pszichológiai tényezők együttes hatásának az eredménye.

A tudományos ismeretek jelenlegi szintjén csak az állítható, hogy a különböző szerek és anyagok élettani és biológiai hatásai az agy, működési zavarait előidézve az egyén tudatállapotát módosítják. Az érintett időlegesen nem, vagy nem teljes intenzitással képes kontrollálni gondolatait, viselkedését, magatartását, értékrendjét. A szerek eltérő hatásmechanizmusukkal különböző módon és mértékben hatnak az egyén tudatállapotára, és így önrendelkezési képességére. Az esetleges hozzászokás miatt, pedig a személyiség fokozatosan alárendelődik a bódulatkeltésre alkalmas szernek.

A kialakulásban szerepet játszó tényezők:

1. *A drogok sajátosságai:* vonzereje, vagyis ahogyan oldja a belső feszültséget. Ugyanakkor létezik egy hozzászokást és függőséget kiváltó hatás is, a pozitív hatások reményében induló, visszatérő és rendszeressé váló fogyasztás során. A fogyasztás terjedésére nagy hatással van a kínálat, a minőség és az ár alakulása.
2. *A drogfogyasztó jellemzői:* a drogfogyasztás hátterében genetikai, biológiai faktorok is szerepet játszanak.
3. *A családi háttér:* A drogfogyasztás és a család összefüggése kézenfekvő, hiszen személyiségfejlődésünk és viselkedésünk egyik legmarkánsabb meghatározója maga a család. Hajlamosító tényező lehet a szociális minta. Általában ezekre, a családokra egyfajta diszfunkcionális működés a jellemző.
4. *A társadalmi, és a környezeti hatások:* a mélyreható társadalmi változások időszakában általában nő a problémás viselkedést, beilleszkedési zavarokat mutató emberek száma. A droghasználat kultuszának hátterében is a könnyen és gyorsan megszerezhető öröm keresése munkál. A kortárs csoportok jelenléte sem elhanyagolható, mivel viselkedésük, vélekedésük, érték- és normarendszerük meghatározó a kamaszok számára. Hétköznapijaink során fel sem merül bennünk, hogy mennyi legális drogot használunk, de ha mégis büntudatunk támadna, a fejlett ipar, a kapitalista társadalom azonnal feloldoz: koffeinmentes kávéval, lights cigarettával és alkoholmentes sörrel.

6. Az ellátási formák bemutatása:

Az Alkotmányban rögzített alapjog, hogy mindenkinek joga van a legmagasabb szintű egészségügyi ellátáshoz. Jelen esetben abból kell kiindulnunk, hogy a drogfogyasztó beteg, és ezt a betegséget is gyógyítani kell.

A kórházakban történő detoxikálás a drogbetegek komplex és hosszú távú kezelésének egy fontos, de időben legrövidebb periódusa.

Személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások:

A szociálisan rászorult személyek intézményes ellátásáról a szociális alap -és szakosított ellátások rendszerében történik a gondoskodás. Az ellátási formák működési feltételei törvényi és más alacsonyabb szintű jogszabályokban, illetve helyi rendeletekben rögzített. A szociális ellátás keretszabályozását tartalmazó Szociális törvény 1993-ban született (1993. évi III. Törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról). A társadalmi, gazdasági átalakulások indokolták tették a törvény felülvizsgálatát, ezért az, az elmúlt időszakban többször is módosult. A szociális ellátások között 1999-ig a szenvedélybeteg-ellátás nem volt nevesítve.

A kábítószer-fogyasztók egészségügyi ellátását az alábbi intézmények végzik:

Kórházi fekvőbeteg-ellátás:

- pszichiátriai osztályok
- addiktológiai osztályok
- detoxikálást biztosító osztályok (belgyógyászat)

Járóbeteg-szakrendelés:

- drogambulanciák
- addiktológiai gondozók
- pszichiátriai gondozók
- gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók

Az alábbi, 1. számú tábla a Gyermek-, Ifjúsági- és Sport Minisztérium (GYISM) által támogatott, és a magyarországi kábítószerhelyezetről készült jelentésben (2003.) került közre. *A táblázat a kezelőhelyek igénybevételét mutatja be a 2002. évre vonatkozóan.*⁵

Intézmény típusa szerint:	Kezelt betegek száma:	Kezelt betegek %-ban:	Előzőből új beteg száma:	Előzőből új beteg %-ban:
Addiktológiai gondozó:	3088	24. 2%	835	17. 7%
Drogambulancia:	3060	23. 9%	1345	28. 5%
Gyermek- és Ifjúság-pszichiátriai gondozók:	16	0. 1%	8	0. 2%
Pszichiátriai gondozók:	117	0. 9%	34	0. 7%
Pszichiátriai- és Addiktológiai osztályok:	2451	19. 2%	839	17. 8%
Egyéb:	4045	31. 7%	1656	35. 1%
ÖSSZESEN:	12777	100%	4717	100%

A táblázat adatai a kábítószer fogyasztók megoszlását mutatják az egyes kezelőhelyek típusai szerint. A táblázat adataiból egyértelműen megállapítható, hogy az „egyéb kezelőhelyeken” kezelik a legtöbb drogfogyasztót (31. 7%), majd ezt követi az addiktológiai gondozó (24. 2%), és minimális különbséggel a drogambulancia (23. 9%). A pszichiátriai- és addiktológiai osztályokon is elég magas számban (19. 2%) jelennek meg a fogyasztók, betegek, míg a csak gyermek- (0. 1%), vagy csak kifejezetten pszichiátriai gondozókban (0. 9%) elenyésző számban. „A drogbetegek adatait a kezelő intézmények aggregáltan közlik, így nem lehet kiszűrni a statisztikai rendszerből a több intézményben megjelent és nyilvántartott betegeket. A tapasztalat azt mutatja, hogy a drogot használók köre olyan betegpopuláció, amely gyakran vándorol egyik kezelőhelyről a másikig. A számszaki hibákon túlmenően az adatok érvényességét a finanszírozási érdekek érvényesülése is ronthatja a fekvőbeteg ellátásban”- áll a jelentésben.

6. 1. Az alapellátás formái:

⁵ Jelentés a magyarországi kábítószer helyezetről (GYISM, 2003.) 72. old.

- **étkeztetés:** segítséget nyújt a szociálisan rászorultak napi egyszeri meleg étkezésének biztosításában
- **házi segítségnyújtás:** olyan rászoruló személyek részére, akik állapotukból adódóan önálló életvitellel kapcsolatos feladataik ellátásában segítséget igényelnek, egyébként pedig képesek önmaguk ellátására
- **családsegítés:** olyan általános és speciális segítő szolgáltatás nyújtását jelenti, amely hozzájárul az egyének, a családok, illetve a közösségek jólétéhez, fejlődéséhez. (megelőzés, tájékoztatás, segíti a civil kezdeményezéseket, stb.)
- **speciális alapellátási feladatok:** a támogató szolgálat, valamint a közösségi pszichiátriai- és szenvedélybeteg ellátás. A szenvedélybetegek közösségi ellátása önkéntesen vehető igénybe, az ellátott lakókörnyezetében, vagy otthonában, aminek célja a folyamatos nyomon követés, az életmódváltozás elindítása, és annak segítése (képességfejlesztés, pszicho-szociális rehabilitáció, problémaelemzés- és megoldás).

6. 2. A szakosított ellátások, szolgáltatásai jellege szerint:

- **tartós bentlakásos intézmények:** annak a személynek az ápolását, gondozását végzik, aki szomatikus és mentális állapotát stabilizáló, illetve javító kezelést igényel, önálló életvitelre időlegesen nem képes, de kötelező gyógyintézeti kezelésre nem szorul.
- **átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények:** az a személy helyezhető el, akinél szakorvosai szakvélemény alapján szenvedélybetegség került megállapításra, és ellátása átmeneti jelleggel családjában, vagy lakókörnyezetében nem oldható meg
- **nappali ellátást nyújtó intézmények:** szenvedélybetegek nappali intézménye, a szenvedélybetegséggel küzdő személyek napközbeni ellátását, gondozását végzi

Kórházi kezelés:

A szakirodalmakból is ismert tapasztalat az, hogy ma a pszichiátriai osztályokon a drogfüggők „mostohák, vagy éppen nem kívánatosak”. Általában „rossz tapasztalatuk” van az ilyen osztályokon dolgozóknak is. Szakmai szempontból is problémát jelentenek, illetve nem kellően felkészültek még a pszichiáterek, pszichológusok sem, mivel másfokú ellátást, megközelítést igényel a szenvedélybetegek ellátása, mint a pszichiátriai betegeké. Szükséges lenne az addiktológiában jártas szakember biztosítása ezeken, az osztályokon. Fontos lenne létrehozni független detoxikáló helyeket.

Magyarországon 1995 januárja óta kell rendszeresen és folyamatosan adatokat szolgáltatnia az egészségügyi intézményeknek, amelyekben drogproblémával jelentkező kliensek kezelését biztosítják.

A bentfekvéses kórházi kezelés általában pszichiátriai, vagy ezek addiktológiai (alkohol- és drogbetegekkel foglalkozó részlegek) osztályaikon folyik. Ez az ellátási forma a betegség-megállapítás és a méregtelenítés után elsősorban a pszichiátriai szövődmények gyógyítására helyezi a hangsúlyt. A kezelés időtartama néhány héttől néhány hónapig tart, a kliens állapota és a kezelőorvos döntése alapján. Ezen osztályokra csak önkéntes jelentkezés alapján lehet felvenni valakit, kivéve, ha veszélyeztető állapot áll fenn.

Az addiktológiai osztályokon többségében alkoholbetegeket kezelnek. Ezeknek, az osztályoknak a személyzete alkoholológiai tapasztalatokkal rendelkezik, nincs pontosan tisztában az alkoholbetegség és a drogbetegség kezelése között meglévő lényeges különbségekkel. Emiatt a drogbetegek kezelésének hatásfoka alacsony. A sürgősségi esetek ellátása a gyakorlatban a detoxikálást (méregtelenítést) jelenti, általában pszichiátriai, vagy addiktológiai osztályon. Magyarországon ritka kivételnek számít, ha egy kórháznak van detoxikáló osztálya (pl.: Nyíró Gyula Kórház).

Drogambulancia:

Járóbeteg szakellátó intézmény. A kliens meghatározott időközönként jár a rendelésre. A problémától és a kliens céljától függően változik az időtartalma, ami a néhány alkalomtól akár évekig is eltarthat.

A drogambulancia speciálisan droghasználók kezelésével foglalkozó intézmény, általában a több szakemberből (szakorvos, pszichológus, szociális munkás, jogi tanácsadó) álló munkacsoport a jellemző, ami azt jelenti, hogy a betegek problémáival komplex módon képesek foglalkozni. Az állami és önkormányzati fenntartásban működő egészségügyi ellátás mellett, ma már egyre több alapítvány (non-profit szervezet) is működtet drogambulanciát. Az ambulanciákon egyéni és csoportos kezelés is folyhat, ami mellett családterápiára és szülőcsoportra is sor kerülhet. Az ambulanciák feladata (lenne) az alacsonyküszöbű szolgáltatások teljesítése, mint pl.: tűcsere, konzultáció, tanácsadás, viszont pénz hiányában egyre képtelenebbek kielégíteni az egyre növekvő igényeket. Az ambulanciák fogadják az „eltereléses eseteket” is, amikor a gyógykezelésre a büntetőeljárás alternatívájaként kerül sor. A drogambulanciák szerepe nélkülözhetetlen az utógondozásban is. A drogambulanciák munkatársainak feladata a terápia, a reszocializáció, a készségfejlesztés. A drogambulanciák finanszírozása a megyei egészségbiztosítási pénztárakkal kötött szerződés alapján történik, így viszont egyes ambulanciák kedvezőbb, mások kedvezőtlenebb finansziális helyzetben vannak.

Tartós bentlakásos ellátást nyújtó intézmények:

Szenvedélybetegek lakóotthona:

Általában kis közösségekben folyik a kezelés. Működési módjuk a terápiás közösség (személyzet + felépülő drogbetegek). A közösségek általában önellátóak, takarítás, főzés, növénytermesztés, stb. szempontjából. A napirend nagymértékben strukturált. A szabályokon csak fokozatosan enyhítenek (látogatás, kimenő, személyes holmi birtoklása), de aki megszeg egy szabályt, az a közösségi fejlődés egy korábbi szintjére kerül vissza. Szenvedélybeteget befogadó intézmény, amely az ellátást igénybe vevő részére életkorának, egészségi állapotának és önellátása mértékének megfelelő ellátást biztosít. A lakóotthon rehabilitációs célú. A 4/2004. (I. 28.) ESzCsM rendelet értelmében: „a

szenvedélybetegek lakóotthonában élők a közösségi pszichiátriai gondozó, illetve a szenvedélybetegek közösségi gondozója is szükség szerint, de legalább hetente egyszer meglátogatja”.

Rehabilitációs intézmények:

A társadalombiztosítási ellátás szempontjából a drogterápiás intézetek fekvőbeteg intézeteknek minősülnek. Nem szükséges ugyanolyan feltételeket biztosítani, mint a kórházak esetében, mivel ezeken, a helyeken a Szociális törvény értelmében: „a gondozottak részére munkaterápiát, vagy terápiás foglalkozást kell szervezni, valamint elő kell készíteni a klienst a családi környezetbe való visszakerülésre. A pszichiátriai, illetve szenvedélybetegek rehabilitációs intézményében azt a 18. életévét betöltött pszichiátriai, illetve szenvedélybeteget kell ellátni, aki rendszeres vagy akut gyógyintézeti kezelésre nem szorul és utógondozására nincs más mód.”

A rehabilitáció egészségügyi, pszichológiai, oktatási-nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű, együttes és összehangolt, egyénre szabott, az érintett személy tevékeny részvételével megvalósuló alkalmazása. A bentlakók önálló életvezetési képességének kialakítását, illetve helyreállítását szolgálja.

A rehabilitációs intézménybe történő bekerülés feltétele: a rehabilitációs alkalmassági vizsgálat elvégzése, melynek célja annak megállapítása, hogy az ellátást igénylő képességei, készségei alapján alkalmasnak tekinthető-e a rehabilitációs programban való önkéntes részvételre.

A Szociális törvénybe foglalt rendelkezés szerint az elhelyezés időtartama nem haladhatja meg az öt évet, (Ez az időtartam narkománok rehabilitációja esetén a *gyakorlatban* egymásfél, maximum két év.) mely egy alkalommal, legfeljebb három évvel meghosszabbítható. A meghosszabbításnak is vannak feltételei:

- az ötéves időtartam alatt a rehabilitációs programban meghatározott eredményeket nem sikerült elérni, de a rehabilitációs program kidolgozásában résztvevők szakvéleménye alapján további ellátással az eredményes rehabilitáció megvalósítható,
- a rehabilitációs programot követő utógondozás feladatai nem zárultak le,

- az ellátott önálló életvitelére vonatkozó képességeinek, készségeinek fejlesztése további segítséget igényel.

A drogrehabilitációs szakma rendszerében össze kell hangolni az orvos, a pszichológus, a foglalkoztató terapeuta, a szociális munkás és az ápoló személyzet tevékenységét. A kábítószerfüggők ellátásában fontos szerep jut a hosszú gondozási programnak, illetve a rehabilitációnak. Az ilyen jellegű intézményeket nem kis számban civil szervezetek működtetik, általánosságban, pedig elmondható, hogy egyházi, alapítványi, önkormányzati támogatásokból tartják fenn. Az általuk nyújtott szolgáltatás csak részben egészségügyi jellegű, tevékenységükben a szociális elemek jelenléte is megfigyelhető. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár támogatása és az Egészségügyi Minisztérium normatívája együttesen próbálja megoldani a működési feltételek biztosítását, mivel tevékenységük a krónikus fekvőbeteg-ellátás körébe tartozik. A személyes gondoskodást nyújtó intézményeken belül ezek az intézetek is jogosultak a normatívára. A rehabilitációs otthonok férőszáma nagymértékben függ az intézmény és a megyei pénztár közötti szerződéstől.

Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények:

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények ideiglenes jelleggel, legfeljebb egyévi időtartamra teljes körű ellátást biztosítanak. A szenvedélybetegek átmeneti intézménye az alkohol-, drog-, és egyéb függőségi problémákkal küzdő személyek részére nyújt ideiglenes elhelyezést. Olyan személy helyezhető el az átmeneti ellátást biztosító intézményben, akinél addiktológus vagy pszichiáter szakorvosi vélemény alapján szenvedélybetegség került megállapításra és lakó- vagy családi környezetében ellátása nem oldható meg átmeneti jelleggel. Az intézményben folyó munka célja, ahogyan azt az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet is kimondja. „az önálló életvitel feltételeinek fenntartása a szociális segítségnyújtás lehetőségeinek felhasználásával és speciális programok szervezésével”, mint készségfejlesztés, stresszkezelés, szociális esetmunka, életvezetési készségek fejlesztésének elősegítése, szabadidős programok szervezése.

Nappali ellátást nyújtó intézmények:

Napi több órás nappali tartózkodásra nyílik lehetőség ezekben, az intézményekben, ahol a törvény értelmében elsősorban azokat a szenvedélybetegeket kezelik, gondozzák, akiket korábban rehabilitációs intézményben, vagy fekvőbeteg-gyógyintézetben kezeltek. A 1/2000. (I. 7.) Szociális- és Családügyi Minisztérium rendelete a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (továbbiakban SzCsM rendelet) értelmében az ilyen intézményben: „olyan programokat kell szervezni, melyek elősegítik az ellátást igénybe vevő rehabilitációját, a társadalomba, korábbi közösségbe való visszailleszkedését, valamint a szenvedélybetegek minél szélesebb körben való elérését”. Viszont nem feladatuk az egészségügyi gondozás, de programjai révén törekedniük kell az életmód-változás ösztönzésére. A szenvedélybetegek nappali ellátását általában civil szervezetek, alapítványok vállalják fel.

Szolgáltatások milyensége:

A kezelés és rehabilitáció célja az absztinencia (pszichoaktív anyagoktól mentes életvitel) elérése, illetve, ha ez nem valósítható meg, a részbeni javulás elérése a kísérő-problémák csökkentésével, a reintegráció elősegítésével.

A szolgáltatások minden szintjén, minden szolgáltató igyekszik gyógyultnak tudni kliensét. Ez egyrészt természetes, mert ez legitimálja működését, és az így vállalt feladatát teljesítettnek tudhatja. Ha az ellátórendszert az igénybevevők szemszögéből vizsgálánk meg, valószínű, hogy sokkal rosszabb képet kapnánk a szolgáltatások mai színvonaláról.

A szolgáltatásokat egymásra kellene építeni, így egy-egy szakterület könnyebben tudna „megfelelni” a szakma és a drogbeteg elvárásainak. A jelenlegi ellátó rendszer diszfunkciója, hogy az igénybe vett szolgáltatásokról gyakran kiderül, hogy nem elegendők a gyógyuláshoz. Valószínűleg komplexebb, vagy szakosodott szolgáltatásokat, kellene működtetni. Nem ugyanazokkal a módszerekkel, terápiákkal kezelnek egy ópiátfüggőt, vagy amfetamin függőt, mint, ahogyan egy alkoholistát. Nagy különbség van/lehet egy ópiátfüggő és egy amfetamin függő kezelése során. A kezelő intézmények szakmai tevékenységének meghatározásakor szükséges az ellátandó célcsoport pontos definiálása, illetve összetételének megvizsgálása.

7. Társadalmi szerepvállalások bemutatása:

Megelőzés:

A prevenció magában foglalja az ismeretközlést, felvilágosítást, elősegíti a nehézségek időben történő felismerését. Ahhoz, hogy a drogfogyasztás negatívumait, a drogprevenció fontosságát egyértelműen értékelni tudjuk, elhanyagolhatatlannak tartom a kábítószeresek fajtáinak, illetve hatásmechanizmusuknak a megismerését, melyet a prevenciós munka során a szakember megfelelő ismeretek birtokában át tud adni hallgatóságának.

A megelőzés kérdéskörét a Nemzeti Drogstratégia az *egészségfejlesztés* gondolati rendszerében értelmezi, azaz:

„az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embernek egészsége fokozott kézben tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy feltárja és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék, vagy alkalmazkodjék ahhoz. Az egészséget, tehát mint a mindennapi élet erőforrását, nem, pedig mint életcélként kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és az egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következőképpen nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége, hanem az egészséges életmódon túl a jólétig terjed.”⁶

Az elsődleges megelőzés:

Az elsődleges prevenció arra irányul, hogy megakadályozza egy jelenség egész népesség körében való megnyilvánulását. Ennek keretében történik a felvilágosítás, a rizikófaktorok és rizikóhatások, illetve a megelőző, meggátoló tényezők felmérése. „Az elsődleges prevenció arra irányul, hogy a betegség ne jöjjön létre”.⁷

A másodlagos megelőzés:

⁶ Jelentés a magyarországi kábítószer helyzetről (GYISM, 2003) 144. oldal

⁷ Rácz József: Addiktológia, tünettan és intervenciók (HIETE Budapest, 1999.)

A szekunder prevenciót általában a gyógyítás értelmében használjuk. A szerfogyasztók ártalomcsökkentő hatású megóvásával (a lehető legkisebb biológiai, pszichológiai és társadalmi károk elszívása érdekében). „A már megindult kórfolyamatokat legkorábban, a kockázati tényezők, vagy állapotok fázisában; később a szűrés, a korai felismerés, és a korai kezelésbe vétel időszakában csökkenthetjük.”⁸ A másodlagos megelőzés célja, pl.: az is, hogy a szerhasználó ne térjen át keményebb drogra, ha már használja, elérni azt, hogy ne használja gyakrabban, stb.

Harmadlagos megelőzés:

Lényegében rehabilitációs célja van, egy szocializáltabb életformával kívánja helyre állítani a családi- és munkahelyi, illetve az iskolai kapcsolatokat. A fogyasztók gyógyítása, valamint a „leszokott” illetve szermentes drogosok visszaesésének megakadályozása. „A tercier prevenció a megfelelő kezelést, a maradványállapotok rehabilitációját és reszocializációját jelenti.”⁹

Ártalomcsökkentés:

Az ártalomcsökkentő prevenció számol azzal, hogy a fiatalok viszonylag jelentős csoportjai használnak illegitim szereket. Az ártalomcsökkentő programok a biztonságosabb, kiszámíthatóbb, ellenőrizhetőbb kábítószer-fogyasztást „segítik”. Azt az álláspontot kellene elfogadni, mely szerint: a problémát nem csupán a droghasználat, hanem a kapcsolódó, az egyén, a közösség vagy az egész társadalom szintjén ható - egészségügyi, szociális és gazdasági - ártalmak jelentik.

Az elsődleges cél tehát a droghasználat negatív következményeinek a csökkentése kell, hogy legyen. Az ártalomcsökkentő beavatkozási módokra, -helyenként szokás alacsony küszöbű szolgáltatásként is hivatkozni-, utalva rá, hogy e szolgáltatások a küszöböt, azaz a klienssel szemben állított elvárásokat alacsonyabb szinten fogalmazzák meg, mint azok a kezelőhelyek, amelyek a kezelésbe vétel alapfeltételének tekintik az absztinencia iránti

⁸⁷⁻⁸ Rácz József: Addiktológiai, tünettan és intervenciók (HIETE Budapest, 1999.)

⁹

elköteleződést. Ártalomcsökkentő programok: tűcsereprogram, methadon-fenntartó kezelés, megkereső szolgáltatások, tanácsadás, jogsegély.

Megkereső szolgáltatások, tanácsadás, jogsegély:

Alacsony küszöbű szolgáltatások, azaz: megkeresés, tanácsadás és jogsegély. Ezeket, a szolgáltatási formákat az elmúlt években nemigen fejlesztették. Ezek azért is kevésbé hatékonyak, mert igénybevételükhöz nem feltétel az absztinencia. A kérdés itt az, hogy egy program csak akkor hatékony, ha a benne résztvevők absztinensekké válnak? Az alacsony küszöbű szolgáltatások körébe tartozik: a menedékhely biztosítása, az alapvető egészségügyi ellátás (Alkotmányban rögzített alapjog, hogy mindenkinek joga van a legmagasabb szintű egészségügyi ellátáshoz), szűrővizsgálat, állapotfelmérés. A küszöb alacsonyabbra helyezésének alapvető célja, hogy a droghasználók minél nagyobb arányban legyenek kezelésbe vonhatók.

Tűcsereprogram:

A közös tűhasználat, az AIDS, a HIV, a májgyulladás elkerülése érdekében működnek a tűcsere programok, melyeket manapság már egyre sűrűbben kiegészítenek az ambulanciákon, azok környékén elhelyezett tűcsere automaták is. Arra törekszenek, hogy a kábítószer használatot biztonságosabbá tevő eszközöket biztosítsanak ily módon (steril tű, fecskendő). Ezen ártalomcsökkentő módszerek, pl.: a HIV és hepatitisz, fertőzéseknek kitett intravénás droghasználó csoportokban lényegében az egyetlen hatásos és költség-hatékony megelőző módszert jelentik. A tűcsereprogram típusai: megkereső programhoz társuló tűcsere, tűcsereközpontok, tűcserebusz, tűcsere automata.

Methadon-kezelés:

A methadon-kezelések törvényes feltételeit egy közel 10 éves küzdelem árán lehetett elérni. Minden terápiás módszer körül alakulnak ki szakmai viták, így volt/van ez a methadon-kezelés körül is.

A methadon-fenntartó kezelés irányelveit és gyakorlatát 1963-ban, New Yorkban Vince Dole és Marie Nyswander alkotta meg, ezek jelentik az óta is a kezelés alapját. Magyarországon 1992-ben kezdődött ilyen jellegű kezelés, kísérleti jelleggel.

2000. Decemberében az Országgyűlés elfogadta a Nemzeti Drogstratégiát, mely már törvényi szinten mondta ki a szubsztitúciós kezelések szükségességét. Konszenzus 2002. elején született, hogy a jövőben bármely opioid-addikcióban szenvedő beteget ellátó kórház, illetve járóbeteg-ellátást biztosító drogambulancia használhassa a Methadon-EP gyógyszert, az erre rászoruló betegek kezelésében. Szakképzett pszichiáter, vagy addiktológus indikálhatja a készítményt, a társadalombiztosítási támogatásnak köszönhetően ingyenesen, térítésmentesen juthatnak hozzá az ellátásban részt vevők.

A methadon, mint szintetikus kábítószer gyógyászati alkalmazása nemzetközileg elismert, és egyben a legelterjedtebb az ópiátfüggők esetében. A methadonprogramok vonatkozásában arról van szó, hogy: a heroinfüggők esetében a legismertebb szintetikus úton előállított antagonistá, a methadon. Lényege az, hogy a methadon, a morfin száján át, szedhető szintetikus analógja, de annál hosszabb hatástartalmú és biztonságosabb. Blokkolja az ópiátreceptorok működését, így elmarad a megszokott eufória-érzés. A probléma csak az, hogy a methadon maga is addiktív, bár nem olyan mértékben, mint maga a heroin. Valójában (sokak szerint) nem szünteti meg a függőséget, csupán az egyik szerről a másikra visz át.

Az alábbi, 3. számú tábla a GYISM által támogatott Jelentés a Magyarországi Kábítószerhelyzetről (2003.) című kiadványban szereplő, *methadon-kezelésben részt vevők adatait tartalmazza*, a 2002. január és 2003. augusztus közötti időszakról.¹⁰

2002.	<i>Budapest</i>	<i>Veszprém</i>	<i>Pécs</i>	<i>Gyula</i>	<i>Szeged</i>
Január	100	9	18		
Február	107	9	15		
Március	116	9	21		
Április	106	9	21		
Május	116	9	17		
Június	128	8	21		
Július	124	11	21		
Augusztus	132	11	20	3	
Szeptember	132	10	20	7	
Október	151	10	20	13	
November	156	10	21	15	5
December	156	10	17	20	5
2003.	<i>Budapest</i>	<i>Veszprém</i>	<i>Pécs</i>	<i>Gyula</i>	<i>Szeged</i>
Január	156	10	16	28	3
Február	177	10	16	30	3
Március	186	10	17	29	4
Április	175	11	14	28	8
Május	172	10	15	3	10
Június	170	12	14	27	9
Július	169	13	13	28	9
Augusztus	182	13	12	26	10

„Figyelembe véve az országos adatokat, fokozatosan emelkedés látható a budapesti és a szegedi központokban, a többi kezelőhelyen a programban részt vevők száma általában változatlan”-áll a jelentésben.

Az elterelés intézménye:

¹⁰ Jelentés a magyarországi kábítószer helyzetről (GYISM, 2003) 167-168. oldal

Magyarországon kábítószerkérdésben a prohibíció elve (tiltani és büntetni) dominál. A tiltás teljes körű, -mind a kínálati, mind a keresleti oldalt büntetéssel fenyegeti. A kábítószerrel való visszaélés miatt a törvénnyel összeütközésbe kerülő droghasználók az elterelés intézményét igénybe véve kerülhetnek a drogambulanciákra, erre 1993. óta van lehetőségük.

A Büntető Törvénykönyvről szóló 1993. évi törvény módosításával, a 282/A § beiktatásával lehetőséget adott arra, hogy a fogyasztók, illetve a kábítószer fogyasztásával kapcsolatos kisebb súlyú bűncselekmények elkövetői mentesüljenek a felelősségre vonás alól, ha részt vesznek kábítószer-függőséget gyógyító, kezelő, vagy megelőző ellátásban. Az érintett személy a szolgáltatást megelőzően egy előzetes állapotfelmérésen vesz részt, ahol megállapítják az addikció súlyosságát. Alapvető feltétel, hogy az elsőfokú ítélet meghozataláig okirattal kell igazolni a legalább hat hónapig tartó folyamatos gyógykezelés megtörténtét. A gyógykezelés vállalása esetén a nyomozást, illetve az azt, követő eljárást fel kell függeszteni egy évre, és így a terhelt részt tud venni a megfelelő kezelésen.

A jogalkotó véleményem szerint helyesen ismerte fel, hogy a társadalomnak nagyobb érdeke fűződik a szenvedélybetegek (és itt, ez alatt értek minden fajtát, a kábítószer-szenvedélytől kezdve a játékszenvedélyen át, egészen a számítógép függőségig) meggyógyulásához és a társadalomba való integrációjához. Külföldi és már a hazai jogrendszerek gyakorlatából is látható, hogy kizárólagosan büntetőjogi szankciókat tartalmazó drogpolitika nem vezet a szenvedélybetegség, a kábítószer-fogyasztás visszaszorulásához.

Magyarországon a rendőrségi statisztikák az elsődleges bűncselekmény alapján készülnek, így a kábítószeres bűncselekmények közül csak azokat regisztrálják ilyen címen, akiknél ez volt a fő bűncselekmény.

A 4. számú tábla *a kábítószerrel visszaélés büntette és vétsége, valamint a kóros szenvedélykeltés vétsége miatt nyilvántartásba vett elkövetőkről ad számot.*¹¹

¹¹ Tájékoztató a rendőrségi és ügyészégi statisztikai adatokból (1995. IM és BM)

Év	Ismertté vált bűncselekmények száma:	Ismertté vált bűnelkövetők száma:	Elítéltek száma:
1980	49	29	13
1981	313	134	31
1982	110	81	50
1983	265	105	32
1984	457	119	54
1985	102	97	46
1986	116	110	51
1987	124	120	47
1988	90	80	63
1989	54	50	26
1990	42	44	16
1991	51	54	11
1992	152	116	34
1993	230	249	73
1994	259	261	93

Az új fejlemény:

2004. december 13.-án, az Alkotmány Bíróság kihirdette, hogy a Büntetőtörvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény bizonyos paragrafusai alkotmányellenesek, illetve, hogy nemzetközi szerződésekbe ütköznek. Így, a 244/B/1999. AB határozat az „együttesen történő kábítószer fogyasztást” fogalmának bizonytalanságára hivatkozva, azonnali hatállyal megsemmisítette az úgynevezett „elterelést”, vagyis a drogfüggők és az alkalmi fogyasztók számára a büntetés helyett a gyógykezelés vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás lehetőségét meghatározott feltételekkel lehetővé tevő rendelkezések jelentős részét.

8. Néhány terápia és terápiás közösség bemutatása:

Ma már nincs olyan progresszívnek tekinthető addikciókat kezelő gyakorlat, amely az absztinencia elérését önmagában – utókezelés nélkül – kielégítő terápiás célnak tekintené.

Ugyanakkor több számottevő terápiás szemlélet és program létezik, melyben az absztinencia nem szükséges feltétele a terápiás változásnak. Az absztinencia elérése, a szer megvonása a legjobb esetben is csak a kezelés korai lépése, s önmagában mit sem változtat a szerhasználati szokásokon. A jó terápiás programok rendszerelvűek, sokrétűek, multidimenzionálisak, inkluzívek s a támogatások sokszínű palettáját kínálják. A kapcsolatfelvételtől a rehabilitációig terjedő kezelési lánc folyamatába többféle módszer is belefér. Az absztinencia kialakítását követően a produktív életstílus kialakításához vezető változások elősegítésében, megfogalmazásában a szenvedélybetegségek kezelésének pszichoszociális és közösségi ellátási irányzata nyújt vezérfonalat.

A hazai drogbeteg-ellátás keretében mind a járóbeteg rendeléseken, mind a kórházi fekvőbeteg-ellátásban folytatnak detoxikáló és absztinenciát stabilizáló kezelést. A hallucinogéneket, kannábisz-származékokat, inhaláló-szereket használók körében ritkák, alkohol-, ópiát használóknál aránylag gyakoriak az elvonási tünetek. Az elvonási tünetek gyógyszeres terápiája soha nem alkalmazható egyedüli kezelésként, az mindig támogató, empátikus gondoskodással egészül ki.

Az ópiátfogyasztók egy szűkebb körénél metadon-szubsztitúciós kezelés folyik. Szórványosan alkalmaznak - alternatív medicinális alapokon nyugvó – fülakupunktúrát drogfüggők és alkoholisták esetében egyaránt. A szerhasználatról absztinenciára váltás igen jelentős pszichológiai (érzelmi, kognitív és magatartásbeli) változásokkal jár. Jóllehet az absztinencia kezdetén, ahogy azelőtt is, a szer körül alakul a páciens élete, ám most már egészen más céllal, a szerhasználat abbahagyásának céljával.

Ebben az időszakban nagy jelentősége van a modellkövető, imitáción alapuló szociális tanulásnak. Függők esetében a szer életük nélkülözhetetlennek hitt tartozékává vált. Ezért különösen fontos, ugyanakkor vitatott, hogy a multiprofesszionális kezelő személyzetnek az orvoson, pszichológuson, szociális munkáson kívül, józan szenvedélybeteg tagja is legyen-e? Sokan teszik fel azt a kérdést, hogy amennyiben a segítő droghasználó volt, hogyan tud segíteni, illetve ez a kérdés a másik oldalról is felmerül, vagyis, hogy hogyan tud segíteni az, akinek semmilyen személyes viszonya nem volt a drogokkal kapcsolatban. Ami a szerhasználat ideje alatt kárba veszett (pl. tönkrement párkapcsolat, elvesztett munkahely), nem fog automatikusan helyreállni az absztinencia által. Az absztinenciát stabilizáló fázis első szociális feladata új, egészséges, józan kapcsolatok alakítása iránti

kíváncsiság és igény felkeltése. A kórházi, rehabilitációs intézeti kezelés alatt állók esetében a csoport-, munka- és foglalkoztató-terápiák egyik alapvető célja a páciens korábbi izolációjának oldása a társas viszonyok dinamizálása révén.

A szenvedélybeteg családi kapcsolatai rendszerint diszfunkcionálisak. A rendszerszemléletű családterápia feladata az egészségesebb pszichológiai határok kialakítása és a család gyógyító erőforrásainak mozgósítása. A sikeres terápia eredménye az absztinens állapot.

A rehabilitáció eszközei, közé tartozik többek közt a visszaesés szempontjából veszélyes tényezők, a figyelmeztető jelzések tudatosítása, a kockázatos helyzetek elkerülésének készsége, önsegítő csoport rendszeres, folyamatos látogatása, és a rehabilitációs program követése.

Szülőcsoportok, családterápiák:

A szülőcsoportok fontos kiegészítői a terápiáknak. A szülőcsoport heterogén összetétele lehetőséget ad a tapasztalati úton történő megbeszélésre, hiszen mindig van olyan szülő, aki már megélte valamelyik helyzetet és tud segíteni, felkészülni a többieknek, hogy hatékonyabban tudjanak lenni. A szülőcsoporton belül sokan úgy gondolják, hogy nem ők a „betegek”, nem velük kell foglalkozni, nem nekik kell változni. Eleinte a szülők csak nehezen tudják vállalni önmagukat, érzéseiket.

Sokféle módszerrel működnek a rehabilitációs intézetek (pl. betegségtudatra épülő terápiás modell, vallási alapokon működő rehabilitációs intézetek, valamint a drogfüggőséget nem betegségnek tekintő közösségi modellek) ami meghatározza és befolyásolja az egyes szülőcsoportok szemléletét is.

A kábítószer-fogyasztást sok esetben a család patológiás működésének tüneteként foghatjuk fel. A nemzetközi szakirodalom szerint az 1960-as években jelent meg a Terápiás Közösségekben (TK) a családok felé nyitás. Ekkor már felismerték, hogy a drogfüggő fiatalok nagy része a rehabilitálás után vissza fog térni eredeti családjához. Így, ha a családra nem fordítunk figyelmet, gyors visszaesés következhet be a terápia során elért

eredményekben. Ezért integrálják a családokat is a terápiás folyamatba és a kezelés során lehetséges segítségforrásnak, és támogatónak tekintik. A családterápia mind a páciens, mind családtagjai gyógyulását szolgálja. Ugyanis amikor a felépült személy visszatér a családba, bizalomra, a régi viselkedésminták, megváltoztatására van szüksége. A család hasznára válik az érzelmi támogatás, illetve a felépült személy segítségére lehet, ha a család értékes, felhasználható erőforrásokkal rendelkezik.

Kortárssegítők:

A kortárssegítők a fiatalok számára a leghitelesebb személyek a prevenció tevékenységben. Felismerve a kortárssegítésnek a drogprevenció területén kifejtett jelentőségét és pozitív hatásait, hazánkban egyre több kortárssegítő és kortársképző-program kezdte meg működését az elmúlt években.

Ex-függők: alkalmazására is szükség lehet a drogfogyasztókkal kapcsolatos munka során, mivel megvan az az előnyük, hogy a remény példáiává váljanak. Olyan, tapasztalati úton szerzett tudással rendelkeznek, amelyet szinte nem pótolhat a pszichiáterek és más szakemberek szakértelme, illetve személyes tapasztalatuk van az absztinencia megtartásával kapcsolatos problémák kezelésében.

Önsegítő csoportok:

Leszokni vágyó, a felépülés különböző szakaszában tartó, vagy már felépült drogosok teljesen önkéntes csoportja. Egyre több felépült szenvedélybeteg-csoport működik az országban, ahol a közösség a drogmentes élet fenntartásában játszik szerepet. A csoportcél ezekben, a csoportokban egyértelműen meghatározott: a résztvevők közös beszélgetések során kísérletet tesznek arra, hogy személyes problémáikat megoldják, illetve, hogy meg tanuljanak velük együtt élni. Az önsegítő csoportok jellegzetességeiből a védettséget, a csoporthoz tartozást, a szabad kommunikációt, a sorsközösség kommunikatív kontextusát, a korrektív visszajelzések befogadását tartják fontosnak, hogy megjelenjen a folyamatban. Az önsegítő csoportok gyors elterjedése, és fennmaradása bizonyítja terápiás hatékonyságát. Az önsegítő csoportok száma Magyarországon az utóbbi évtizedben egyenletesen növekszik. Az AA (Alcoholics Anonymous) és NA (Narcotics Anonymous), a

12 lépéses programot követő önsegítő csoportokon kívül léteznek alternatív önsegítő csoportok is. Az absztinencia a legmarkánsabban, az úgynevezett 12 lépéses programokban szerepel.

9. Fejlesztési irányok, ajánlások:

A nemzeti drogstratégia megszületésével végbement egy nagyon nagy előrelépés, mert elmondható, hogy legalább a kábítószer-használattal kapcsolatos tudnivalók, elképzelések, a rövid és hosszú távú stratégiák rendelkezésre állnak.

Képzések:

Hiányoznak olyan képzések, melyek a speciális célcsoporti igényekhez igazodó tudáskészlettel rendelkeznek, speciális programot biztosítanak: terhesek, prostituáltak, börtönben lévő drogbetegek részére.

2003-tól az *addiktológiai közösségi gondozás* megjelenésével szembetűnő változás kezdődött a szociális és egészségügyi ellátás közötti együttműködés egyik fontos területén. A Szociális törvény 2002. évi módosításával, 2003. január 01.-től a települési önkormányzatok feladatköre, a közösségi addiktológiai ellátással bővült. A szociális és az egészségügyi ellátás együttműködésének, kölcsönhatásának új fejleménye az addiktológiai közösségi gondozás. Az addiktológiai közösségi gondozás szemlélete összhangban áll az egészségfejlesztés és a mentálhigiéné élet- és társadalmi minőség javítását célzó szándékával. A közösségi addiktológiai ellátás a szociális alapellátási feladatok mellett, azokkal összekapcsoltan (pl.: családsegítés) vagy önállóan, úgynevezett speciális alapellátási feladat.

Vádelhalasztás és a gyógykezelés eredményességének monitorozása:

A Büntetőtörvénykönyvvel összefüggésben, nem követhető nyomon az elterelés érdekében vállalt gyógykezelések eredményessége. A kábítószer-függőséget gyógyító kezelés (ami csakis egyedüli, és nem csoportosan történő elkövetés esetében él, az AB 2004. évi módosításának megfelelően) akkor tekinthető eredményesnek, ha a kliens hosszú távra, vagy végleg absztinensé válik. Szükség lenne véleményem szerint arra, hogy az elterelésben részt vevő személy/ személyek esetét egy, csak „az utógondozással, nyomon követéssel foglalkozó szociális munkás” kísérje figyelemmel. Ennek a figyelemmel kísérésnek a dokumentálása kapcsán lehetne értékelni, elemezni igazán az elterelés intézményét. (Megjegyzendő, hogy sérülékenyebbé válhatnának ez esetben a beteg jogai.) Ugyanakkor az elterelés intézményével kapcsolatosan nem ártana néhány megfogalmazást, meghatározást pontosítani, mint például: együttesen történő fogyasztás szabályai, vagyis

mit jelent a közös kábítószer-élvezet. Tisztázni kellene azt is, hogy hol és milyen összetételű társaságban, esetleg hány fő esetén állapítható meg a közös használat.

Új helyzetet fog teremteni, hogy az Európai Unió tanácsa még 2004.-ben kerethatározatot fogadott el, a tiltott kábítószer-kereskedelem területén a bűncselekmények tényállási elemeire és a büntetésekre vonatkozó minimumszabályokról. Vagyis a tagállamoknak, mint - Magyarország is-, alig több mint egy év áll a rendelkezésükre ahhoz, hogy átültessék ezeket, a követelményeket a belső jogba. A kerethatározat szerint az egyes pszichotrop anyagokra vonatkozó előírásokat azok egészségre gyakorolt hatására figyelemmel kell megfogalmazni. Ez a gyakorlatban azt fogja jelenteni, hogy más megítélés alá fognak esni a könnyű drogok, illetve a gyorsan függőséghez, valamint rohamos testi és mentális leépüléshez vezető más szerek.

Iskolai szociális munkások alkalmazása:

Nyugat-Európa országaiban szinte minden iskolában működnek szociális munkások, akiknek „csak” az a dolguk, hogy a fiatalok értékrendjének kialakításában, értékkövetésükben, és normateremtésükben segédkezzenek. Az iskoláknak fel kellene ismerniük, hogy szakember segítése szükséges az adott problémakörök kezelésére. Információ átadás/áramlás, tanácsadás szakemberek koordinálásával folyják (pl.: ifjúsági mentálhigiénés tanácsadó felállításával).

Utcai szociális munka:

Magyarországon a drogfogyasztókkal foglalkozó utcai szociális munkának sincs szakmai protokollja. 2002-ben, normatív támogatásban csak azok az utcai szociális munkás szervezetek, vagy utcai szociális munkával (is) foglalkozó intézmények részesülhettek, amelyek a hajléktalanok nappali melegedőjének keretein belül végezték megkereső tevékenységüket. Jelenleg, speciális alapellátási feladatként utcai szociális munka megszervezhető önállóan, vagy családsegítő szolgálat, nappali melegedő, illetve gondozási központ keretében. A terepen történő munkavégzésnek önkéntesek és leszokott szenvedélybetegek, bevonásával kellene történnie. A drogfogyasztók körében végzett utcai

szociális munkának össze kellene kapcsolódnia az anonim és ingyenes tűcserével. Az utcai szociális munka alapvetően a drogfogyasztásból adódó egyéni és társadalmi károsodások csökkentésére (biztonságosabb droghasználat), a célcsoport egyéni problémáinak enyhítésére (kórházi elvonó kezelésre, esetleg rehabilitációs intézménybe történő bekerülés intézése) és szociális ügyeik intézésére (személyi igazolvány, TB kártya, anyakönyvi kivonat pótlása), szolgálhatna. Szerencsére napjainkra felismerték az utcai szociális munka jelentőségét, így elindulhatott az utcai szociális munkások és koordinátorok képzése a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet képzéseként.

Védett szállás, védett munkahely:

A félutas ház, vagy félutas program célja a rehabilitációs kezelést befejező személy segítése. Olyan utókezelés, mely magában foglalja a tartós józanság megőrzésének szándékát, a társadalomba való visszailleszkedés segítségét, munka- és lakáskeresésében próbál meg segítséget nyújtani. (pl.: a Megálló Ház ilyen)

Absztinens szállókra, vagy „félutas” szállásra a már leszokott, munkába állt, vagy éppen munkát kereső kerülhetne. Az ott lakók segítséget kaphatnának az orvostól, a szociális munkástól, így igaz, hogy még egy ideig közösségben élnének, de már nem elzártan, izoláltan működne, ahogyan ezt megelőzően a terápiás közösség. A kábítószer-től való szabadulást követően még évekig az egyik legnagyobb probléma a stigmatizáció. Nagyon nehéz segítő mechanizmusok hiányában „megfelelni” a társadalom elvárásainak, a társadalomba való integrációs normának.

Életkorbeli változás:

„A fiatalok egyre korábban kezdik használni a tiltott szereket, sokan már 14 éves koruk előtt is” - áll a 2003. évi Drogjelentésben. A Jelentésből az is kiderül, hogy a fiúk jóval nagyobb arányban nyúlnak droghoz, mint a lányok. Ugyanakkor javult a kábítószer-használók megítélése, a Jelentés szerint a lakosság 2/3-a tekinti betegnek, és mindössze 25 gondolja bűnözőnek a droggal élőket. A férfi-nő arány megváltozott az elmúlt időszakban, 39%-ról 41%-ra emelkedett a női használók aránya- derül ki a jelentésből.

A fiatalokban igen erős a kockázatkeresés igénye, (persze a kockázatkeresés nem feltétlenül jelenti a droghasználatot) erre, pedig nincs értelmes, kulturált válasza a társadalomnak. Olyan sportokat, elfoglaltságokat kellene széles körben elérhetővé tenni, amelyekben életük, személyiségük veszélyeztetése nélkül kiélhetik kockázat iránti vágyukat.

Játékszermentes óvoda:

Külföldön már bevált módszer, bár hatékonyságáról még nincsenek adatok. A modell lényege (vázlatosan): pár hónapra elküldik az óvodából nyaralni a játékszereket a gyerekek, s építőkockák, autók, babák nélkül maradnak. Így kell önmagukkal kezdeni valamit. A tapasztalatok szerint felépítik saját kis társadalmukat, figyelnek egymásra, megoldják a kialakult konfliktusokat, közösséget alkotnak. Megismerik önmaguk képességeit, határait, a közösségben betöltött szerepüket, észrevétlenül kialakítják saját mozgásterüket, szabadságukat, miközben megtapasztalják reális korlátaikat is. Budapesten is működik egy ilyen kísérleti óvoda, de a szakma elítéli, mert a játék fontos képet hív elő a gyermekben, és a segédeszközökkel (játékokkal) gyorsabban fejlődik az asszociációs képessége. Kreatív ugyan a játék nélkülség, de a cél kisgyermekkorban az értelmi-érzelmi fejlődés, melynek eszköze lehet az értelmes játékok játssza.

Új kezelőhelyek létesítése, a régiók egymásra építése:

A reálisan elérhető legjobb állapot az lenne, ha regionális szinten biztosítanák a megfelelő ellátást a kábítószer-függő egyének számára. Új kezelőhelyek, korszerű elvonóhelyek, ambuláns szállásnyújtó intézmények létesítését kellene szorgalmazni. A regionális addiktológiai konzultációs központok létrehozásával koncentráltabban, szakmailag jobb, hatékonyabb ellátást lehetne biztosítani.

Drogbeteget gyógyítani terápiás láncban lehet. Nagy hangsúlyt kellene fektetni arra, hogy a már meglévő ellátások a gyógyítás folyamatának figyelembe vételével épüljenek egymásra.

Telefonos segélyvonalak:

Az anonim telefonos szolgálatok szélesebb körben való létrehozását kellene sürgetni.

„A telefonszolgálat az anonimitást biztosító jellegével, hívhatóságával valóban megfelel a nemzeti drogstratégiai célnak, hiszen nem csak az illegális anyagot fogyasztó (szenvedélybeteg), hanem a mikrokörnyezetének tagjai is - szülők, testvérek, rokonok, barátok, pedagógusok, munkatársak vagy egyszerű járókelők is hívhatják a telefonszolgálatot.

A telefonon keresztül nyújtott segítség az egyszerű információközvetítéstől - a tünetek felismerésén, az anyaghasználat következményein át, a kezelőhelyek (drogambulanciák, kórházi osztályok) címei, a civil társadalom által működtetett alacsonyküszöbű programok lehetőségei, elérhetőségei - a szenvedélybeteggel való beszélgetés, foglalkozás felvetéséig terjedhet. A telefonszolgálatok másodlagos célja, hogy a szenvedélybeteget eljuttassa, beléptesse a kezelési lánc legoptimálisabb pontjába, ahol a kliensre szabott szaksegítséget megkaphatja. Szakmai háttér: A telefonszolgálatokat kiképzett önkéntes operátorok, addiktológiai asszisztensek, szociális munkások, pszichológusok, pedagógusok, egyetemi és főiskolai hallgatók látják el. A telefonszolgálat ingyenes hívhatóságával valóban az egyik legelső láncszemét képezi a drogprevenciós hálózatnak.”¹²

Többszektorú ellátás:

A szenvedélybetegség a maga sajátosságaival együtt a szenvedélybeteg embernek nem csak a káros szenvedélyeit jelenti, valamint ezek romboló hatását, hanem összességében azt jelenti, hogy az illetőnek káros szenvedélyei következtében megbetegedett teste, lelke, szelleme. Ez jelentkezhetszociális, egzisztenciális, stb. károsodásokban, vagyis a szenvedélybetegség kialakulásának következtében, a szenvedélybeteg egyént egészében kellene megsegíteni. Egy komplex, átfogó, egész embert megcélzó segítői módot kellene kitalálni. Mindemellett az is fontos lenne, hogy egy-egy adott intézmény ne csak egyetlen terápiás alternatívával dolgozzon, hanem lehetőségeikhez mérten, de legyenek felkészülve arra, hogy a kezelendő beteg nem feltétlenül szenved egyetlen szertől, egyre nagyobb számban fordul elő a politoxikománia jelensége is.

¹² Jelentés a magyarországi kábítószer helyzetről (GYISM, 2003.) 131. -132. oldal

10. Végző:

Dolgozatomban bemutattam a történetileg kialakult nemzetközi, és hazai szabályozást, kitértem a drogfogyasztás kialakulásának okaira és képet adtam a fogyasztók definiálását illetően. Felvázoltam a Magyarországon működő ellátásokat, illetve a hozzájuk szorosan kapcsolódó terápiás lehetőségeket, preventív gyakorlatokat. Befejezőként, pedig leírtam

néhány gondolatomat, melyekben lehetséges változtatási irányokat szerettem volna bemutatni.

Véleményem szerint, rá kell jönnünk egyszer, s mindenkorra, hogy teljesen és tökéletesen nem lehet felszámolni a kábítószer jelenlétét. Ezért meg kell tanulnunk ezzel együtt élni. A drogmentes társadalom megvalósítása pusztán illúzió.

Ezért „csak” arra törekedhetünk, hogy a témához értő (addiktológus, szociális munkás, pszichiáter, stb.) szakembereket képezzünk, lehetőséget biztosítsunk a szakszerű képzések, továbbképzések megteremtésével, az azokon való részvétel lehetőségével. Prevenációs programok keretében felvilágosítást nyújthatunk a különböző korosztályoknak a tényleges veszélyekről. Valamint az a legfontosabb, hogy a szenvedélybetegeket gyógyítsuk, segítsünk nekik visszailleszkedni a nagybetűs életbe, a „normálisnak” titulált társadalomba.

Irodalomjegyzék:

1. Addiktológia 2003. II. évfolyam 3-4. szám
2. Addiktológia 2004. III. évfolyam 2. szám
3. Bácskai Erika – Gerevich József: Ifjúság és drogfogyasztás (Budapest, 1997.)
4. Dr. Buda Béla: A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései (Budapest, 1995.)
5. Csernus- Dobai- Tárnok: Drogma (Mono Kft. -Konkrét Könyvek Kft. 2003.)

6. Gönczöl Katalin -Kerecsi Klára: A deviancia szociológiája (Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, 1996.)
7. Gerevich József: Drog és Politika (Egészséges Ifjúságért Alapítvány Budapest, 1994.)
8. Gerevich József: Közösségi mentálhigiéné (Gondolat Kiadó, 1989.)
9. Gerevich József – Veér András: A kábítószer kihívása (Gondolat, 1992.)
10. Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről (2003. GYISM)
11. TASZ Drogpolitikai Füzetek 3. sz. 2002. A tiltás gyümölcsei (Társaság a Szabadságjogokért)
12. Tájékoztató a rendőrségi és ügyészségi statisztikai adatokból (1995. IM és BM)
13. V. Hajdú Piroska – Ádány Róza: Epidemiológiai Szótár
14. A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény, és annak módosításai
15. 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, és annak módosításai
16. 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
17. 96/2000. (XII. 11.) OGY. határozat Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására
18. 4/2004 (I. 28.) ESzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet módosításáról
19. Alkotmány Bíróság 9/2004. (III. 30.) határozata