



European Monitoring Centre  
for Drugs and Drug Addiction



**2005-ös ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára**  
készítette: **Nemzeti Drog Fókuszpont**

**“MAGYARORSZÁG”**  
Új fejlemények, trendek és részletes információk a  
kiemelt témákról

**REITOX**

## TARTALOMJEGYZÉK

<b>ÖSSZEFOGLALÁS</b>	<b>5</b>
<b>1. NEMZETI STRATÉGIA ÉS KERETEI</b>	<b>8</b>
1.1. JOGI KERETEK	8
1.2. INTÉZMÉNYI KERETEK, STRATÉGIÁK, KONCEPCIÓK	10
1.3. KÖLTSÉGVETÉS ÉS KÖZKIADÁSOK	13
1.4. SZOCIÁLIS ÉS KULTURÁLIS KONTEXTUS	14
<b>2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN</b>	<b>23</b>
2.1. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁTLAG POPULÁCIÓBAN	23
2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN	23
2.3. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN	28
<b>3. PREVENCIÓ</b>	<b>34</b>
3.1. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ	34
3.2. CÉLZOTT PREVENCIÓ	36
<b>4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS</b>	<b>38</b>
4.1. PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSEK	38
4.2. KEZELÉSBE VONT KLIENSEK PROFILJA	38
4.3. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐK FŐ JELLEMZŐI ÉS FOGYASZTÁSI MINTÁI	46
<b>5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE</b>	<b>47</b>
5.1. ELLÁTÓRENDSZEREK	47
5.2. GYÓGYSZERMENTES KEZELÉS	50
5.3. GYÓGYSZERES KEZELÉS	51
<b>6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI</b>	<b>54</b>
6.1. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN	54
6.2. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK	57
6.3. PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁS	63
6.4. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI	63
<b>7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAINA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE</b>	<b>65</b>
7.1. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE	68
7.2. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ MEGBETEGEDÉSEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE	68
7.3. A PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁSSAL KAPCSOLATOS BEAVATKOZÁSOK	70
7.4. BEAVATKOZÁSOK MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KAPCSÁN	70
<b>8. A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI</b>	<b>71</b>
8.1. SZOCIÁLIS KIREKESZTETTSÉG	71
8.2. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS	75
8.3. KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT A BÖRTÖNBEN	78
8.4. TÁRSADALMI KÖLTSÉGEK	80
<b>9. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAINA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE</b>	<b>82</b>
9.1. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ	82
9.2. A KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE	83

<b>10. DROGPIAC</b>	<b>86</b>
10.1. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT	86
10.2. LEFOGLALÁSOK	86
10.3. ÁR/TISZTASÁG	87
<b>11. NEMEK KÖZÖTTI KÜLÖNBSÉGEK</b>	<b>91</b>
<b>12. DROGPOLITIKA EURÓPÁBAN: AZ ILLEGÁLIS SZEREKEN TÚL</b>	<b>101</b>
<b>13. A REKREÁCIÓS KÖRNYEZETBEN MEGJELENŐ DROGHASZNÁLAT ALAKULÁSA MAGYARORSZÁGON</b>	<b>103</b>
<b>14. FELHASZNÁLT IRODALOM</b>	<b>115</b>
<b>FÜGGELÉK</b>	<b>119</b>
ÁBRÁK JEGYZÉKE	119
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	119
TÉRKÉPEK JEGYZÉKE	121

## **A KÖTET SZERZŐI:**

ARNOLD PETRA  
Nemzeti Drog Fókuszpont

CSOHÁN ÁGNES  
Országos Epidemiológiai Központ, Járványügyi Osztály

DEMETROVICS ZSOLT  
Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

ELEKES ZSUZSANNA  
Budapesti Corvinus Egyetem

HOYER MÁRIA

JAMBRIK ÁGNES  
Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

NÁDAS ESZTER  
Nemzeti Drog Fókuszpont

NYÍRÁDY ADRIENN  
Nemzeti Drog Fókuszpont

PAKSI BORBÁLA  
Viselkedéskutató Központ

PORKOLÁB LAJOS  
Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet

RITTER ILDIKÓ  
Országos Kriminológiai Intézet

SZABÓ KRISZTINA  
Nemzeti Drog Fókuszpont

SZLÁVIK NÓRA  
Simmelweis Egyetem, Igazságügyi Orvostani Intézet

VARGA ORSOLYA  
Nemzeti Drog Fókuszpont

## **LEKTOROK:**

BUDA BÉLA, DANI ZOLTÁN, DEMETROVICS ZSOLT, FELVINCZI KATALIN, GEREVICH JÓZSEF, NÉMETH RENÁTA, RÁCZ JÓZSEF, TOPOLÁNSZKY ÁKOS, ZACHER GÁBOR

## ÖSSZEFOGLALÁS

A kábítószer-probléma 2004-ben is vita tárgyát képezte a parlamentben, illetve kisebb-nagyobb társadalmi megmozdulásokat indított el. A legalizációs, dekriminalizációs törekvések továbbra is társadalmi és politikai viharokat kavarnak.

A legjelentősebb jogszabályi változást az Alkotmánybíróság 54/2004. (XII.13.) határozata jelentette, amely módosította a Btk. kábítószerrel való visszaéléssel kapcsolatos rendelkezéseit. Ennek nyomán a jogalkotóra a jövőben számos feladat hárul.

2004-ben a MATRA Program keretében megkezdődött a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített Nemzeti Stratégia értékelése a holland Trimbos Instituut közreműködésével. Magyarország az első olyan ország Európában, amely külső szakértőket kért fel egy másik országból stratégiájának vizsgálatára, így biztosítva a pártatlan és független értékelést.

A drogfogyasztás elterjedtségéről, jellemzőiről 2004-ben elsősorban a fiatalok körében készültek kutatások. Hosszabb távú változások felvázolására az ESPAD kutatások, és az azzal azonos módszerrel készült fővárosi kutatások alkalmasak.

A tiltott szerfogyasztás büntetőjogi szabályozásában bekövetkezett változások nem gyakoroltak lényeges hatást a fogyasztás alakulására. Az 1998. évi szigorítást a fogyasztás további jelentős növekedése, a 2002. évi enyhítést pedig a fogyasztás lassuló növekedése követte.

Az 1999. és 2003. évi ESPAD-adatok már arra utaltak, hogy a tiltott szerfogyasztás életprevalenciájában bekövetkezett növekedés szinte kizárólag a marihuána-fogyasztás növekedésének volt köszönhető. A nemzetközi tendenciákhoz hasonlóan a lányok tiltott szerfogyasztása közeledni látszik a fiúkéhoz.

Az iskolai keretek között folyó prevenciók munkájáról kiterjedt információkkal rendelkezünk elmúlt évek átfogó kutatásainak köszönhetően, azonban a nem iskolai keretek között folyó prevenciók tevékenységeiről egyelőre nem állnak rendelkezésünkre részletes adatok.

A 2004-ben a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet által elindított Szakmai Információs Portál lehetőséget biztosít a kábítószer-problémával foglalkozó szakembereknek és szervezeteknek információszerzésre és annak cseréjére, valamint segítséget nyújt az európai elvárásokhoz való igazodáshoz.

2004-ben összesen 14165 drogfogyasztót regisztráltak a kezelőhelyek. Az új betegek száma az előző évhez képest valamelyest (5%-kal) csökkent. A lakosságszámra vetített kábítószer-fogyasztók számában nincs jelentős eltérés az ország keleti és nyugati fele között, azonban kiugró különbség figyelhető meg Budapest és vonzáskörzete, illetve az ország többi része között.

2004-ben csökkent az illegális szereket fogyasztók aránya, olyannyira, hogy a legális szerek kerültek többségbe. A kezelésbe vont kannabisz-fogyasztók aránya jelentősen (21%-kal) nőtt, az amfetamin esetében az arány nem változott, a kokain- és hallucinogén-fogyasztók aránya csökkent az elmúlt évben.

A drogbetegeket kezelő intézményhálózat az adatokat aggregát formában jelenti, így nem lehet kiszűrni a statisztikai rendszerből a több intézményben megjelent és nyilvántartott betegeket. Az adatközlés minőségét és a feldolgozási folyamatot nagymértékben javítani fogja az Országos Addiktológiai Intézet 2004-ben végrehajtott informatikai fejlesztése. A szoftver biztosítja a TDI (Kezelési Igény Indikátor) protokollnak megfelelő adatgyűjtést, így a 2005. évről szóló adatok feldolgozása 2006-ban már ezen szisztéma szerint fog történni.

A drogfogyasztás egészségügyi következményeit tekintve elmondható, hogy 2004-ben a közvetlen túladagolások és drogfogyasztás okozta halálesetek száma csökkent. A

csökkenés a legális szerhasználat miatt bekövetkezett halálesetek alacsonyabb számából adódik, az illegális szerfogyasztás miatt elhunytak száma nem változott jelentősen. Új jelenség a három ecstasy-fogyasztás miatt bekövetkezett haláleset, valamint a metadon túladagolás miatti halálozás. Az elhaltak között 1 HIV pozitív egyént találtak, aki mellette HCV pozitivitást is mutatott. Fertőzöttsége korábban nem volt ismert, sőt az első nem külföldi állampolgárságú intravénás kábítószeres HIV-fertőzöttséget jelenti hazánkban.

A 2004. évi adatok alapján megállapítható, hogy a HIV/AIDS előfordulása alacsony szinten stabilizálódott Magyarországon, az intravénás drogfüggők fertőzöttségi gyakoriságában mérhető változás nem történt. Mind az incidencia, mind pedig a prevalencia adatok a HCV terjedésének erősödésére utalnak, a fővárosban különösen érintve a legfiatalabb tinédzser korosztályba tartozókat. Ezek a tények a kábítószer-fogyasztó populáció HIV rizikónövekedésének korai előjelei, melyek az ártalomcsökkentő intézkedések érvényesítésére, a kezelőhelyeken történő rendszeres, térítésmentes HIV, HBV és HCV szűrés és tanácsadás bevezetésének szükségességére hívják fel a figyelmet.

A drogfogyasztás szociális következményei közül a hajléktalanság áll a legkevésbé összefüggésben a szerhasználattal. A drogfogyasztók munkanélküliségének mértéke lényegesen meghaladja a normálnépesség országos munkanélküliségi rátáját, sőt a szerhasználók jelentős hányada véglegesen lemondott arról, hogy önálló egzisztenciát teremtsen. A jövedelmek struktúrájában alapvetően két elem látható: a szociális támogatási rendszer alacsony mértéke, valamint az illegális tevékenységek magas aránya. Az iskolai problémák dominánsan visszatérő jellege azt mutatja, hogy az illegális szerhasználat tartósan és – a végzettségi adatok tükrében – fatálisan befolyásolja az oktatási intézményen keresztül zajló társadalmi integrációt és szocializációt.

A fenti problémákat enyhíteni hivatott egészségügyi és a szociális intézmények közötti szakadék legtöbbször átjárhatatlan. A többnyire szociális szolgáltatásként működő alacsony-küszöbű szervezetek nem akarnak „egészségügyi” kérdésekkel foglalkozni, mint amilyen a szűrés vagy a túladagolások megelőzése. Az egészségügyi intézmények kompetenciája pedig a különböző pszichoterápiás módszerek és gyógyszeres kezelések alkalmazásáig terjed.

A 2004-es kriminálstatisztikai adatok sokkal inkább jelzői a 2003-as állapotoknak, mint a vizsgált időszaknak. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények összбүнözésen belüli aránya 2004-ben 1,6% volt (2003-ban 0,81%). Még soha nem volt ilyen magas ennek a bűncselekménytípusnak a részaránya az ismertté vált bűncselekmények között, azonban ez a törvénymódosítás következményeivel hozható összefüggésbe.

Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma a 2003. évihez képest megkétszereződött, jellemzően fiatalok. A nemek szerinti megoszlás és az iskolai végzettség tekintetében nincs jelentős változás a korábbi évekhez képest.

Az elmúlt évben a kábítószerpiac struktúrájában lényegi változás nem történt, habár a lefoglalt kábítószer-mennyiség jelentősen nőtt. Az utcai forgalomba került kábítószer tisztasága szerenként különböző mértékben változott. A legjelentősebb hatóanyag-tartalom csökkenés a kokain és az amfetamin esetében figyelhető meg. A marihuána és a heroin átlagos tisztasága nőtt a tavalyi évhez képest.

Elmondható, hogy 2004-ben a média mélyebben foglalkozik a kábítószer-problémával, nagyobb figyelmet fordít a kábítószerrel folytatott társadalmi és parlamenti viták megjelenítésére. Ugyanakkor a tömegkommunikációban még mindig kevés a higgadt, tárgyyszerű elemzés erről a kérdéstről. A mai magyar társadalom, ha csak a média reprezentációját nézzük, nem kaphatott egységes iránymutatást arra vonatkozóan, hogy milyen fogalmi kereteket társítson a drogozáshoz. Valószínűleg ezzel összefüggésbe hozható, hogy Magyarország átlagpopulációjának drogokkal és drogfogyasztókkal

kapcsolatos attitűdjeiben nem tapasztalható jelentős változás az elmúlt évekhez képest. Mindössze a fiatalok körében csökkent az egyes tiltott szerek kipróbálását vagy rendszeres fogyasztását veszélyesnek tartók aránya.

# 1. NEMZETI STRATÉGIA ÉS KERETEI

## *Háttér, előzmények*

A Nemzeti Stratégia cselekvési terve nem valósult meg a kitűzött céloknak megfelelően, ezért 2004 novemberében a Kormány hatályon kívül helyezte, és egy új cselekvési programot hozott létre, míg a Nemzeti Stratégia változatlan maradt. A 2004-ben a legjelentősebb jogszabályi változást az Alkotmánybíróság 54/2004. (XII.13.) határozata jelentette, amely módosította a Btk. kábítószerrel való visszaéléssel kapcsolatos rendelkezéseit. A 2005. évi XXX. törvény az Alkotmánybíróság határozata alapján tartalmazza az ENSZ 1961-es Egységes Kábítószer Egyezményének, valamint az 1971. évi Pszichotróp Anyagokról szóló Egyezményének új magyar fordítását.

2004-ben a MATRA Program keretében megkezdődött a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített Nemzeti Stratégia értékelése a holland Trimbos Instituut közreműködésével. Magyarország az első olyan ország Európában, amely külső szakértőket kért fel egy másik országból stratégiájának vizsgálatára, így biztosítva a pártatlan és független értékelést.

## 1.1. JOGI KERETEK

### **Kábítószer-témában hozott törvények, rendeletek, irányelvek**

- a) A Kormány 56/2004. (III. 31.) számú rendelete a kábítószer előállítására alkalmas növények termesztésének, forgalmazásának és felhasználásának rendjéről szóló 162/2003. (X. 16.) Korm. rendelet módosításáról. A rendelet módosította a különböző mákfajták szárított tokjában található kábítószernek minősülő ópium alkaloidok összes hatóanyag koncentrációjának változását 2010-ig.
- b) A Kormány 87/2004. (IV. 20.) számú rendelete a kábítószerek és pszichotrop anyagok tiltott előállításához, gyártásához is használt vegyi anyagokkal végezhető egyes tevékenységek szabályozásáról szóló 272/2001. (XII. 21.) Korm. rendelet módosításáról.
- c) A Kormány 142/2004. (IV. 29.) számú rendelete a kábítószerekkel és pszichotrop anyagokkal végezhető tevékenységeket szabályozza. A rendelet értelmező rendelkezéseket, az engedélyek, engedélyezési eljárások szabályozását, a gyógyászati célú tevékenységi engedély kiadásával kapcsolatos szabályokat, a nem gyógyászati célú tevékenységi engedély kiadásával kapcsolatos szabályokat, eseti kutatási engedély kiadását stb. tartalmazza.
- d) A Kormány 1129/2004. (XI.24.) számú határozata a kábítószer-probléma visszaszorításáról szóló nemzeti stratégiai program céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról. A Kormány 1036/2002. (IV.12.) számú határozatában szereplő kormányzati feladatok a megadott határidőre nem teljesültek maradéktalanul, ezért a határozat hatályba lépésével az 1036/2002. Kormány határozat hatályát veszítette, így a Nemzeti Stratégia cselekvési terve megváltozott. Az új cselekvési program hatékony szakmai végrehajtása érdekében a Kormány a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság elnökét folyamatos koordinációval bízta meg, amelyben az Országos Bűnmegelőzési Bizottság elnöke támogatja, segíti.
- e) Az Alkotmánybíróság 54/2004 (XII. 13.) számú határozata



Az Alkotmánybírósághoz öt indítvány érkezett a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvénynek (a továbbiakban: Btk.) a kábítószerrel visszaélés büncselekményét meghatározó törvényi tényállásaival kapcsolatban. Az indítványok a szabályozás jelenlegi módját azonos és eltérő oldalról egyaránt, szinte minden tekintetben többszörösen támadták. Az indítványozók - olykor egymással ellentétes - álláspontjaik alátámasztására nemegyszer ugyanazon alkotmányi rendelkezésekre hivatkoztak, kontrasztos érvelést kifejtve és egymásnak ellentmondó következtetéseket levonva azok tartalmából. Az Alkotmánybíróság ezért az ügyeket egyesítette és egy eljárásban bírálta el.

Az Alkotmánybíróság a Btk. több pontját alkotmányellenesnek találta:

A törvény szövegében szereplő „hatósági engedély nélkül” illetve a „hatósági engedéllyel nem rendelkező” szövegrészek alkotmányellenessége miatt azokat megsemmisítette a 282. § (1); 282/A. § (1); 282/B. § (1); 282/C. § (1) és (2); 283/A. § (1) bekezdésekben. Az Alkotmánybíróság indoklása szerint a „hatósági engedély” fogalma jogbizonytalanságot eredményez több okból is.

Az Alkotmánybíróság megállapította, hogy a Btk. 283. § (1) bekezdésének b), c), d) pontja, e) pontjának 2. alpontja és (2) bekezdése alkotmányellenes, ezért azokat megsemmisítette. Az indoklás szerint az „együttes fogyasztás” és a „használat alkalma” bizonytalan jogfogalmak. Mivel a bizonytalan jogfogalmak sértik az Alkotmány rendelkezéseit, a vonatkozó jogszabályrészeket a testület alkotmányellenességre hivatkozva megsemmisítette, és ezzel az elterelés köréből kikerült a kínáló-átadó magatartás (hiszen maga a feltétel, az együttes fogyasztás is kikerült).

Az Alkotmánybíróság másik, elterelést érintő rendelkezése a 18 éven aluliak bevonásával, illetve védett intézmények (pl.: iskola, óvoda, művelődési ház) területén történő elkövetési magatartásokra vonatkozott (283. § (1) c.) és d.).

Nemzetközi szerződésbe ütköző és alkotmányellenes helyzet keletkezett az Alkotmánybíróság véleménye szerint azáltal, hogy az Országgyűlés a Btk-ban a kábítószerrel visszaélés egyes eseteivel kapcsolatban elmulasztotta a kiskorúak védelmét fokozottan garantáló, az 1991. évi LXIV. törvénnyel kihirdetett, a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény rendelkezéseit érvényre juttató szabályok megalkotását.

Az Alkotmánybíróság hivatalból eljárva megállapította, hogy az Országgyűlés alkotmányellenes mulasztást idézett elő azzal, hogy a Btk. rendelkezéseivel összefüggésben nem alkotta meg azon szabályokat, amelyek a kábítószer-élvezőket segítő, megelőző, gyógyító programok végrehajtásában közreműködők büntetőjogi felelősség alóli mentességének kérdéseit rendezik, ezért felhívta az Országgyűlést, hogy jogalkotói feladatának tegyen eleget.

Az Országgyűlés alkotmányellenes mulasztását állapította meg, miszerint az 1965. évi 4. törvényerejű rendelettel kihirdetett, New Yorkban, 1961-ben aláírt Egységes Kábítószer Egyezmény I-IV. listáinak, valamint az 1979. évi 25. törvényerejű rendelettel kihirdetett, Bécsben, 1971-ben aláírt Pszichotrop Anyagokról szóló Egyezmény I-IV. listáinak eredeti és mindenkor hatályos szövegét törvényben nem hirdette ki. Az Alkotmánybíróság felhívta az Országgyűlést, hogy a listák szövegének kihirdetésével kapcsolatban jogalkotói feladatának tegyen eleget. (lásd 2005. évi XXX. Törvény)

Az Alkotmánybíróság hivatalból eljárva megállapította: alkotmányellenes helyzet keletkezett azáltal, hogy a jogalkotó elmulasztotta a Btk. 282-283/A. §-aiban foglalt elkövetési magatartások és az engedéllyel folytatható tevékenységeket megállapító jogszabályok összhangjának megteremtését, ezért felhívta az Országgyűlést, hogy jogalkotói feladatának tegyen eleget.

f) 2005. évi XXX. törvény (VI. 1.)

Az Alkotmánybíróság 54/2004. számú AB határozatával jelentős mértékben átalakította a Btk. kábítószerrel való visszaéléssel kapcsolatos rendelkezéseit. Az Alkotmánybíróság indoklása is tartalmazza, de a törvény-előkészítés során is egyértelművé vált, hogy az 1961. évi New Yorkban kelt Egységes Kábítószer Egyezmény és az 1971. évi Bécsben kelt Pszichotrop Anyagokról szóló Egyezmény hivatalos magyar fordítása hibás.

A 2005. évi XXX. törvény tartalmazza a két egyezmény eredeti angol és új magyar nyelvű fordítását, valamint az egyezmények I-IV. jegyzékeit, a jegyzékekben foglalt kábítószer, készítmények, és pszichotrop anyagok hivatalos magyar elnevezésével együtt.

Minthogy az Alkotmánybíróság határozata a Btk. 286/A. § (2) bekezdését megsemmisítette, a kábítószer büntetőjogi fogalmát meghatározó értelmező rendelkezéseket a 2005. évi XXX. törvény pótolta.

## **Jogalkalmazás**

A jogalkalmazás területén nem történt jelentős változás az elmúlt évhez képest.

## **1.2. INTÉZMÉNYI KERETEK, STRATÉGIÁK, KONCEPCIÓK**

### *A koordináció helyi szintje*

2005 júniusára 90 Kábítószerügyi Egyeztető Fórum (KEF) alakult az országban (1 regionális, 5 megyei, 4 kistérségi, 16 kerületi, 64 városi)

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet minden évben beszámolót készít a KEF-ek éves tevékenységéről. A fórumok eltérő összetétele, tevékenysége, a helyi események számtalan variációja miatt a jelentések nehezen egységesíthetők, összemérhetők, továbbá a szubjektív elemek sem mellőzhetők egyelőre, éppen ezért a mennyiségi és minőségi adatok közül a beszámoló inkább az utóbbiakra koncentrál<sup>1</sup>.

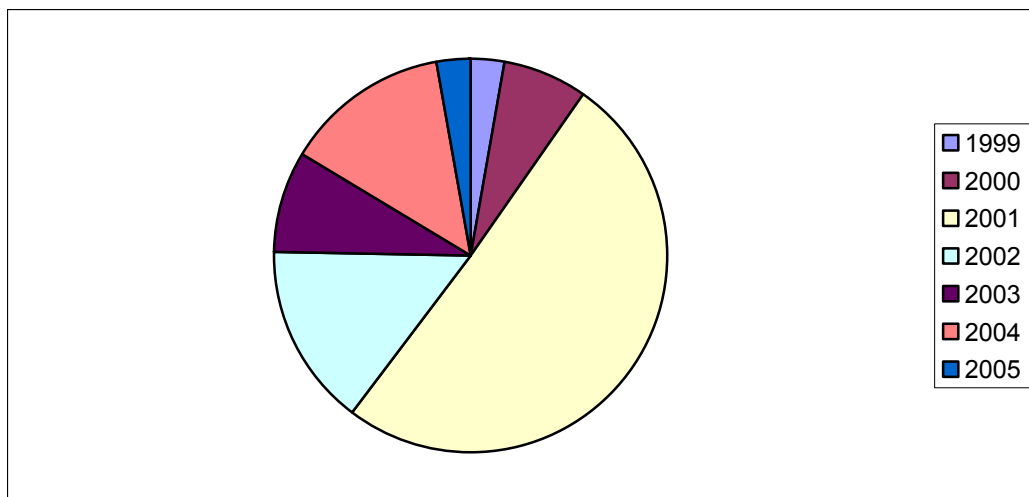
A 2004-es évről szóló beszámoló alapját képező adatlap 74 KEF-től érkezett be.

Megalakulásuk évét tekintve elmondható, hogy a jelenleg működő KEF-ek több mint fele már létezett 2001-ben, ugyanakkor 12 fórum olyan rövid ideje alakult, hogy beszámolójukban csak néhány mondat szerepelhetett.

1. ábra. *KEF-ek megalakulásának évei*

---

<sup>1</sup> Fábíán Róbert: Összesített beszámoló a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2004. évi jelentéseiből, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet



Forrás: Összesített beszámoló a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2004. évi jelentéseiből

A KEF-ek elnökei általában vezető pozícióban álló döntéshozók, míg a szervezési feladatok, a kapcsolattartás teendői a többségükben önkormányzati beosztottként dolgozó koordinátorokra hárulnak. A tagok számát tekintve elmondható, hogy tíz fő alatti és húsz fő feletti testületek is akadnak ugyan, de jellemzően 15 fő körül szóródik a tagok száma. Jelentős előrelépésnek számít, hogy míg 2001-2002-ben még nem volt jellemző, az elmúlt évben a fórumok fele már alakított munkacsoportot, tipikusan egyet vagy kettőt.

A KEF-ek elfogadottságát és presztízsét jelzi az, hogy az önkormányzat képviselőtestülete vagy bizottságai beszámoltatják a fórumot munkájáról, vagy a fórum maga igényli azt, hogy időközönként beszámoljon a Nemzeti Stratégia teljesítéséről, esetleg a helyzetkép elkészültét követően a nyilvánosság elé tárja azt. A korábbi évekhez képest 2004-ben nőtt ezen beszámoltatások száma, azonban az önkormányzatoknak még mindig csak 40,5%-a kíváncsi a KEF-ek jelentésére.

Szervezeti és működési szabályzatot a KEF-ek 60%-a készített. Helyi stratégia a kábítószer probléma visszaszorítása érdekében ugyanilyen arányban készült el a településeken 2005 elejéig. A stratégia elkészítése nincs összefüggésben sem az alakulás idejével, sem a település nagyságával. Az önkormányzatokkal mindegyik elkészült stratégiát ismertették és elfogadtatták a fórumok. Az elmúlt évben 26 településen készült helyzetfelmérés.

A beszámolóban prevenció szintereken szerinti bontásban írták le a fórumok részletesen azokat az eseményeket, amelyek az elmúlt évben területükön történtek. Az alábbi táblázatban szerepel, hogy a KEF-ek hány százaléka nyilatkozott úgy, hogy a területükön történt prevenció beavatkozás az adott szintéren.

1. táblázat. A prevenció szinterein történt események a KEF-ek által lefedett területeken, a KEF-ek százalékában

Prevenció szinterek	KEF-ek hány %-a említette
Család	22
Iskola	41
Munkahely	6
Szabadidő	24
Egyházak	14
Média	35
Internet	19
Gyermekvédelem	22

Honvédség	7
Rendőrség	23
Kockázati csoportok	17
Cigány lakosság	9

*Forrás: Összesített beszámoló a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok 2004. évi jelentéseiből*

### *A Nemzeti Stratégia a végrehajtásának értékelése – holland-magyar együttműködés*

A 2000-ben az Országgyűlés elfogadta a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében kidolgozott Nemzeti Stratégiát. A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság (továbbiakban KKB) megállapodásának eredményeként került kivitelezésre a „Nemzeti Stratégia végrehajtásának értékelése” című projekt, amely a Nemzeti Stratégia középtávú eredményeit vizsgálja, és egyben ajánlásokat is tartalmaz. A stratégia értékelésén túl a projekt célja annak vizsgálata, hogy milyen módon lehet a már létező koordinációs struktúrát a magyarországi kábítószer-politikában megerősíteni.

A kutatást<sup>2</sup> Hollandia MATRA programja finanszírozta. A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet és a holland Mentálhigiénés és Addiktológiai Intézet, a Trimbos Instituut, szoros együttműködésével valósul meg az értékelés. A Nemzeti Stratégia harmadik fél által történő evaluálása kivételes dolog, és nemcsak Európában.

A stratégiában megfogalmazott eredmények megvalósításának mértékéről egyéni és fókuszcsoportos interjúk során kérdezték a kábítószer-politika döntéshozóit és a területen dolgozó szakembereket. A legfontosabb döntéshozókkal és a végrehajtás országos intézményeinek (pl. rendőrség, vám- és pénzügyőrség) képviselőivel személyes interjú készült. A kábítószer-politikai célok megvalósításában résztvevő KEF-ek 65 koordinátora telefonon válaszolt a feltett kérdésekre.

Az interjúk azt mutatják, hogy az ország fő szakemberei a Nemzeti Stratégiát alapvetően fontos, adekvát politikai eszköznek tartják, főleg azért, mert a stratégia megírása előtt nem létezett ilyen átfogó kábítószer-politika. Általános egyetértés mutatkozik abban, hogy jelentős eredmény az összes fontos politikai cél és a célok közötti kapcsolat holisztikus megközelítése. Szintén a stratégia erősségeként említik, hogy a Nemzeti Stratégia hosszú távú (10 év), így több kormányzati cikluson átívelő dokumentum.

Ugyanakkor az interjúkból kitűnik, hogy éppen a hosszú távúság miatt változatlan, nélkülözi a flexibilitást, amely a folyamatos változásokra való reagáláshoz szükséges. Másik gyenge pontként említette a többség a stratégiában összefoglalt feladatok közötti fontossági sorrend felállításának hiányát. Hiányolták továbbá a feladatok és a kötelezettségek világos felosztását.

Kevesebb beszélgetés során említették, mégis általános megállapítás, hogy a célok megvalósításához szükséges jogi és pénzügyi garanciák a stratégia több pontján hiányoznak. Továbbá néhány interjúalany nem találta megfelelőnek a döntéshozatal és a végrehajtási folyamat átláthatóságát. Ehhez a döntéshozók és a „végrehajtók” közötti hatékonyabb információáramlásra lenne szükség a stratégia prioritásai és az elért eredmények vonatkozásában. Ezt azonban nehezíti az országos és a regionális/helyi szint közötti gyenge kapcsolódás.

<sup>2</sup> Az elemzés során a stratégia egyes részeit logikai keretmátrixba helyezve a megcélzott problémától kezdve a politikai célokon keresztül a megvalósult tevékenységekig. A Nemzeti Stratégia logikai keretmátrixba helyezése utána annak vizsgálatára került sor, hogy a stratégiában megjelent eredmények megvalósultak-e, és ha igen, akkor milyen mértékben. A stratégiában azonosított 89 tevékenység közül 17 került a logikai keretbe, amelyek a stratégia lényegének tekinthetők.

Az interjú tartalmazott néhány kérdést a KKB működéséről is. A megkérdezettek a KKB erősségeként említették, hogy a kábítószer-politika legfontosabb résztvevői képviseltetik magukat a bizottságban, valamint biztosított az információ áramlása és cseréje az érintettek között. Több kritika is megfogalmazódott azonban a KKB-val kapcsolatban, például hogy nem rendelkezik felhatalmazással a kábítószer-politika koordinálására, valamint nincs világos, egyértelmű menete a bizottság által megvitatott témák hivatalos politikai döntésként való jóváhagyásának.

### 1.3. KÖLTSÉGVETÉS ÉS KÖZKIADÁSOK

A kábítószerügy területén megvalósítandó feladatok végrehajtásában érintett minisztériumok által a kábítószer-problémára felhasznált forrásokról rendkívül kevés adat áll rendelkezésünkre. Ez részben azzal magyarázható, hogy a kábítószer-probléma finanszírozását elsősorban az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium (ICSSZEM) fejezeti költségvetése foglalja magába. Az ország 6583 milliárd forintos (26,16 milliárd €) költségvetéséből jelentős részt képvisel az ICSSZEM 563 milliárd forintos (2,24 milliárd €) költségvetése. Ennek döntő részét, több mint 497 milliárd forintot (1,97 milliárd €), a tárca a családi támogatások és egyéb szociális ellátások és költségtérítések fedezésére fordítja. A minisztérium saját működésének fenntartása 2,8 milliárd forintot (11,13 millió €) igényel, a fennmaradó összegből a fejezeti kezelésű előirányzatok és programok támogatása valósul meg.<sup>3</sup> 2004-ben a minisztérium **1278,6 millió forinttal (5080,2 ezer €)** finanszírozta a kábítószer-probléma visszaszorításáért küzdő intézményeket, szervezeteket. Az ICSSZEM az 1278,6 millió forintból (5080,2 ezer €) pályázat útján 761,1 millió forintot (3024,1 ezer €, amelyből csak magyarországi civil- és szakmai szervezetek részesülhettek), egyedi juttatással 171 millió forintot (679,4 ezer €), illetve az Unió PHARE-program révén 346,5 millió forintot (1376,7 ezer €) juttatott a kábítószer-probléma visszaszorítására törekvő intézményeknek, szervezeteknek. A minisztérium a kábítószer-probléma különböző területeit a következő összegekkel támogatta:

2. táblázat. ICSSZEM által támogatott területek között kiosztott összegek

<b>Kábítószer-problémával kapcsolatos területek</b>	<b>ezer €</b>	<b>millió forint</b>
Kábítószer-problémával kapcsolatos képzés, továbbképzés, kortársképzés	317,5	79,9
Prevenció	1993,8	501,8
Relapszus prevenció (reszocializáció, reintegráció)	410,8	103,4
Drogkutatók, vizsgálatok	252,7	63,6
Alacsonyküszöbű és ártalomcsökkentő intézmények szolgáltatásainak fejlesztése	1274,5	320,8
A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok intézményfejlesztése	293,4	73,9
Kábítószer témában hozott jogszabályok költségei	366,8	92,3
Nemzetközi tevékenységek	13,2	3,3
Egyéb kábítószerrel kapcsolatos programok költségei	157,3	39,6
<b>Összesen</b>	<b>5080,2</b>	<b>1278,6</b>

*Forrás: Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium*

<sup>3</sup> A minisztérium költségvetése nem tartalmazza az önkormányzatok támogatását.

Az ICSSZEM-en belül 2003 óta létezik egy központi alapszerűen működő rész, amely minden évben a tárcák között elosztásra kerül. Ezen központi alap a KKB hatáskörébe tartozik. A Kormány döntése a költségvetés egészére vonatkozó takarékosági intézkedésekről szükségszerűen érintette a Nemzeti Stratégia megvalósítására szánt keretösszeget is. Ennek megfelelően a KKB 2004. január 12-én a költségvetésből **196,8 millió forint (782 ezer €)** átadásáról határozott. A társtárcáknak 2004-ben átadandó források, annak tárcánkénti összege, illetve ezen összegek a kábítószer-probléma területei közötti megoszlása az alábbiak szerint alakult:

3. táblázat. A KKB által a társtárcáknak nyújtott támogatások 2004-ben

Minisztérium, főhatóság	ezer €	millió forint
<b>Oktatási Minisztérium</b>	<b>119</b>	<b>30</b>
Kábítószer-problémával kapcsolatos képzés, továbbképzés, kortársképzés	119	30
<b>Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium</b>	<b>6</b>	<b>1,5</b>
Prevenció	6	1,5
<b>Országos Bűnmegelőzési Bizottság</b>	<b>19,9</b>	<b>5</b>
Prevenció	19,9	5
<b>Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága</b>	<b>55,6</b>	<b>14</b>
Kábítószer-problémával kapcsolatos képzés, továbbképzés, kortársképzés	19,9	5
Prevenció	27,8	7
Kínálatcsökkentés	7,9	2
<b>Igazságügyi Minisztérium</b>	<b>66,4</b>	<b>16,7</b>
Kábítószer-problémával kapcsolatos képzés, továbbképzés, kortársképzés	66,4	16,7
<b>Országos Rendőr-főkapitányság</b>	<b>146</b>	<b>36,8</b>
Kínálatcsökkentés	97,3	24,5
Kábítószer-problémával kapcsolatos képzés, továbbképzés, kortársképzés	48,9	12,3
<b>Pénzügyminisztérium (VPOP)</b>	<b>158</b>	<b>39,8</b>
Kínálatcsökkentés	158	39,8
<b>Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium</b>	<b>211</b>	<b>53</b>
Kezelés	159	40
Ártalomcsökkentés	51,7	13
<b>Összesen</b>	<b>782</b>	<b>196,8</b>

Forrás: KKB1./2004. számú határozata

## 1.4. SZOCIÁLIS ÉS KULTURÁLIS KONTEXTUS

### Társadalmi viták a kábítószer-problémáról

2004. május 9-én a Kendermag Egyesület a „Million Marijuana March” nemzetközi kampánysorozat részeként „Engedd szabadon az embert” címmel demonstrációt szervezett. A demonstráció alkalmával az Egyesület petíciót nyújtott át az Országgyűlés elnökének, amelyben követeli:

- hogy a kábítószer-fogyasztókat ne lehessen börtönbüntetéssel súlytani (ne büntetőjogi eljárás keretében tárgyalják az illegális drogok birtoklását);
- a kemény- és könnyű drogok differenciálását a törvényhozáson belül;
- a kormány és a szakértők bevonásával egy parlamenti eseti bizottság felállítását, amely javaslatot tesz a parlament számára a jelenlegi jogi szabályozás szükséges módosításáról.

A demonstrációt és a petíciót, amely nagy visszhangot keltett a médiában, a liberális társadalmi szervezetek támogatták, míg a konzervatívabbak egy ellenpetícióban fogalmazták meg egyet nem értésüket, a drogférdéssel kapcsolatos álláspontjukat.

2005. március 23-án a Kendermag Egyesület kampányt indított „Polgári engedelmességi mozgalom” elnevezéssel. Az Egyesület ezen időpontot találta a legmegfelelőbbnek a cselekvésre, a változtatásra, ugyanis a kormány ebben az időszakban készítette az új drogfogyasztással kapcsolatos büntetőjogi szabályokat. A mozgalom tagjai olyan törvényeket szeretnének, amelyek valóban csak végső, elkerülhetetlen eszközként alkalmazzák a büntetést. A törvények szerint az illegális drogok fogyasztása bűncselekmény, így egy törvénytisztelő polgárnak kábítószer-fogyasztása esetén kötelessége feladni magát a rendőrségen. (Május elejéig összesen mintegy hatvan Kendermag-aktivista adta fel magát.) Az Egyesület tagjainak meggyőződése, hogy minél több drogfogyasztó jelentkezik a rendőrségen, annál inkább rávilágítanak a jogszabályok értelmetlenségére és betarthatatlanságára. Szerintük a drogfogyasztókat sújtó jogszabályok nem alkalmasak arra, hogy elérjék céljukat, a drogférdé megoldását.

A Kendermag Egyesület egy szolidaritási nyilatkozatot is megfogalmazott, amelyet ötven, a drogfogyasztókkal napi szinten foglalkozó szakember látott el kézjegyével. Az Ifjúsági Kereszténydemokrata Szövetség az Egyesület akciójával párhuzamosan ellentüntetést szervezett, amely során a kábítószer-fogyasztás veszélyességére hívta fel a figyelmet, illetve arra szólította fel az akcióban résztvevőket, hogy „önfeljelentésük” során adjanak részletes beszámolót az általuk ismert kábítószer-kereskedőkről is. A Polgári engedelmességi mozgalmat a május 8-i „Tüntetés a büntetés ellen” akcióval zárta le az Egyesület, ahol jogvédők és aktivisták szólaltak fel a kender-származékok fogyasztását büntető törvénycikkelyek ellen, illetve ezen illegális növényi anyagok legalizálása mellett. A megrendezett demonstráció nagyobb összeütközések nélkül zajlott le.

## **Drogokkal és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök**

### *A középiskolai kollégiumokban élő fiatalok kábítószerekhez való viszonya*

2004. tavaszán a 14-20 éves fiatalok körében készült szociológiai felmérés célja a középiskolai kollégiumokban élő diákok drogfogyasztással kapcsolatos szokásainak, véleményének, beállítódásának megismerése<sup>4</sup> volt (Busa et al. 2004).

Az *illegális drogok*<sup>5</sup> közül a fiatalok legveszélyesebbnek a kemény drogok<sup>6</sup> rendszeres fogyasztását tartják: a megkérdezett diákok több mint 90%-a ezt nagyon veszélyesnek ítélte és közel kétharmaduk a kemény drogok alkalmi használatáról is így vélekedik. A könnyű drogok rendszeres fogyasztását is nagyon veszélyesnek gondolja a diákok több mint fele, e szerek alkalmi használatát viszont már kevésbé gondolják egészségkárosító hatásúnak: több mint egyharmaduk szerint a könnyű drogok alkalmi használata egyáltalán nem vagy csak alig veszélyes és mindössze 17,7%-uk gondolja nagyon veszélyesnek.

A visszaélésre alkalmas gyógyszerek fogyasztását a válaszadó tanulók veszélyesebbnek vélik, mint a könnyű drogok alkalmankénti használatát, de nem tartják annyira egészségkárosítóknak, mint bármilyen drog rendszeres, illetve a kemény drogok alkalmi fogyasztását.

<sup>4</sup> A kutatást a Fact Intézet végezte kollégiumban élő fiatalok országos reprezentatív mintáján. Az adatfelvétel anonim önkéntes kérdőívvel, kutatási asszisztensek közreműködésével, a kollégiumokban történt. A kutatás bruttó mintanagysága 3546 fő, nettó mintanagyság 3454 fő.

<sup>5</sup> A kutatás illegális drognak tekintette az 1961. évi New Yorki egyezmény szerinti pszichoaktív drogokat, az 1971. évi egyezmény szerinti pszichotrop anyagokat, a szerves oldószer belélegzést, valamint a visszaélészerű gyógyszerfogyasztást.

<sup>6</sup> A kutatás során megkérték a résztvevő diákokat, hogy a felsorolt illegális drogokról mondják meg, hogy azok ismereteik szerint a könnyű, vagy a kemény drogok kategóriájába tartoznak. A vizsgált drogok többsége esetében viszonylag egységes kategorizálás született (azaz a diákok legalább kétharmada ugyanazt a választ adta), amely szerint a marihuána könnyű drog, a kokain, a heroin és az ópium kemény drog. A speed és az ecstasy, és különösen az LSD besorolásában bizonytalanabbak voltak a tanulók, e drogok kategorizálásával kapcsolatban azonban a szakirodalomban sincs egységes, elfogadott álláspont.

A veszélyességre vonatkozó kérdésre adott választ sem az iskola típusa, sem a diákok életkora nem befolyásolta jelentősen, a drogfogyasztási szokások azonban igen. Mindegyik vizsgált drogféleség fogyasztását – a használat gyakoriságától függetlenül – a magukat alkalmi vagy rendszeres droghasználónak minősítők ítelték a legkevésbé veszélyesnek.

A kutatás eredményei szerint a *törvényileg tiltott drogok fogyasztását* a diákok inkább elítélik, mint elfogadják, az elutasítás mértéke azonban drogtípusonként eltérő. A kábítószeresek közül a fiatalok legerősebben a kemény drogok rendszeres használatát helytelenítik és a könnyű drogok alkalmi fogyasztásával szemben a legelnezőbbek.

A fiúk és lányok véleménye e kérdésben nem mutat számottevő eltérést. Különbséget jelent, hogy a lányok szinte mindegyik drogfajta fogyasztását jobban elítélik, mint a fiúk, kivéve a nyugtatók, altatók és más, hasonló hatású gyógyszerek orvosi javaslat nélküli fogyasztását. Ez valószínűleg azzal magyarázható, hogy a visszaélészerű gyógyszerhasználat a lányok körében gyakoribb<sup>7</sup>.

Az a körülmény, hogy a válaszadó milyen típusú középfokú oktatási intézményben tanul, nem befolyásolja jelentősen a droggal kapcsolatos beállítódását. Ezzel szemben az életkor olyan tényező, amely hatást gyakorol a kábítószer-fogyasztás megítélésére: az idősebb diákok mind a könnyű drogok alkalmi, mind a rendszeres használatával szemben toleránsabbak, mint a fiatalabb tanulók, ami minden bizonnyal összefügg azzal, hogy az idősebb diákok több személyes tapasztalattal rendelkeznek a drogfogyasztással kapcsolatban, mint fiatalabb társaik.

A vizsgálatban résztvevő kollégista diákok több mint fele (56,7%-a) – a felsoroltak közül – azzal az állítással értett egyet, hogy a drogfogyasztás betegség, és aki drogozik, annak lehetőséget kell adni a gyógyulásra. A liberális drogpolitika szemléletét tükröző állásponttal (csak a kemény drogok fogyasztását kell büntetni, a könnyű drogokét nem) a válaszadók 15,7%-a értett egyet, azonban közel ekkora (15,3%-os) arányt képviselnek azok is, akik ennek ellenkezőjét (a drogfogyasztás bűncselekmény, aki elköveti, azt szigorúan meg kell büntetni) gondolják. A kérdés megítélésében nemek szerint a következő különbségek mutatkoztak: a lányok több mint kétharmada a drogfogyasztást betegségnek, a droghasználót betegnek tekinti, és mind a liberális, mind a büntetőjogi szigorítást kifejező állításokkal kevésbé értenek egyet, mint a fiúk. Ezzel szemben a fiúknak csak 40%-a tekinti betegségnek a drogfogyasztást, közel 25%-uk szerint csak a kemény drogok fogyasztását kellene büntetni, a könnyű drogokét nem.

Nagykorúságuk eléréséig minél idősebb korosztályt tekintünk, a diákok annál kevésbé fogadják el, hogy a drogfogyasztás bűncselekmény és annál inkább szorgalmazzák a drogpolitika liberalizálását.

A drogfogyasztás betegségszemléletű megközelítésével a szakmunkásképző intézetben tanuló diákok értenek egyet legkevésbé, és körükben a leginkább elfogadott a kábítószer-fogyasztást bűncselekményként definiáló nézet. A drogfogyasztással kapcsolatos legliberálisabb beállítódás a szakiskolásokat jellemzi, a gimnazista és a szakközépiskolás diákok között a liberális nézetek elfogadottsága mellett a betegségszemléletű megközelítés támogatottsága magas. A drogfogyasztás megítélése kapcsán a legliberálisabbnak a budapesti kollégiumokban lakó fiatalok bizonyultak. Minél kisebb településen található kollégiumok lakóinak véleményét tekintjük, annál kisebb a liberális álláspontok támogatottsága és magasabb a betegség- és a bűncselekmény szemlélet elfogadottsága.

*Drogokkal és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök az iskolás- és fiatalkorú populációban – ESPAD 2003*

A nemzetközi riport 2004. decemberi megjelenésének köszönhetően a 2003-as magyarországi ESPAD kutatás droggal és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök

<sup>7</sup> Magyarországi felnőtt populációban végzett vizsgálatok szerint a visszaélészerű (orvosi recept nélküli) gyógyszerfogyasztás elterjedt konfliktusmegoldó stratégia, ami elsősorban a nőkre jellemző (Paksi 2003).



eredményeiről ez évi jelentésünkben számolunk be<sup>8</sup> (Elekes, Paksi 2003b, Hibell et al. 2004).

A tiltott drogok kipróbálását közepesen, vagy nagyon veszélyesnek tartók aránya a válaszadók körében 56,8% és 67,9% között mozog. A sorrendben, e tekintetben az első helyen áll a kokain, ezt követi az LSD, amfetamin, crack, ecstasy, majd valamivel kisebb értékekkel a THC, GHB, illetve az inhalánsok. A rendszeres fogyasztást minden drog esetében egyértelműen veszélyesebbnek tartják a válaszolók. A közepesen veszélyes, vagy nagyon veszélyes választ adók együttes aránya 70,3 és 82,6% között mozog. A válaszolók tehát különbséget tesznek a rendszeres, alkalmi és kipróbálás szintű fogyasztói magatartás veszélyessége között, s a korábbi vizsgálatokhoz képest a szerek közötti differenciálás is növekedett.

Nemek szerint ismételten szignifikáns eltérések mutatkoznak, mégpedig oly módon, hogy a fiúk kevésbé tartják veszélyesnek a vizsgált szereket.

A korábbi vizsgálati eredményekkel összehasonlítva a differenciálás kismértékű növekedésén túlmenően megállapíthatjuk, hogy az elmúlt négy évben csökkent az egyéb drogok kipróbálását illetve rendszeres fogyasztását veszélyesnek tartók aránya.

4. táblázat. A drogok kipróbálását, ill. rendszeres fogyasztását közepesen vagy nagyon veszélyesnek tartók aránya (%)

	Kipróbálás			Rendszeres fogyasztás		
	ESPAD 95	ESPAD 99	ESPAD 03	ESPAD 95	ESPAD 99	ESPAD 03
Marihuána	79,1	76,7	59,5	92,3	93,2	82,6
LSD	79,2	77,1	61,1	92	92,5	79,3
Amfetamin	79	74,1	61,1	89,8	91,3	76,5
Kokain	82,7	84	67,9	91,6	92,9	80,5
Ecstasy	78,5	75,1	61,1	88,8	92,7	80,7
Inhalánsok	78,3	74,4	58	92,1	93,1	81,8
Intervallum	4,4	9,9	9,9	3,5	1,9	6,1

Forrás: Elekes, Paksi 2003

#### *A pedagógusok drogfogyasztással és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdvizsgálata*

A 2004. november 1. és 2005. május 31. között készült kutatás Magyarország különböző területein és különböző típusú középiskoláiban tanító pedagógusainak drogfogyasztással és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdjét vizsgálta önkitöltős kérdőív segítségével<sup>9</sup> (Bognár, Sas 2005).

A felmérésben résztvevő pedagógusok közepesen vagy jól tájékozottak a kábítószerrel kapcsolatban, amely differenciálódik az ismert és kevésbé közismert drogok mentén<sup>10</sup>. Legnagyobb arányban a média és a szakkönyvek, legkisebb mértékben pedig tapasztalataik és a szaktanfolyamok járultak hozzá a válaszadók drogokkal kapcsolatos ismereteihez.

<sup>8</sup> A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató központja készítette az iskola típusa és székhelye szerint rétegzett országos reprezentatív mintán, az iskolák 8-10 évfolyamán készült. A 16 évesekre vonatkozó bruttó mintanagyság 3167 fő, nettó mintanagyság 2677 fő. Az adatfelvétel önkitöltős módszerrel osztályos lekérdezéssel történt az ESPAD standardok szerint.

<sup>9</sup> A kutatást a Drog Stop Budapest Egyesület készítette. A mintát Pest, Jász – Nagykun – Szolnok, Szabolcs – Szatmár – Bereg, Zala megyékből, illetve Budapest és Esztergom városokból véletlenszerűen kiválasztott (az Oktatási Minisztérium adatai alapján) 1004 pedagógus alkotta.

<sup>10</sup> A kutatás kábítószernek tekintette az 1961. évi New Yorki egyezmény szerinti pszichoaktív drogokat, az 1971. évi egyezmény szerinti pszichotrop anyagokat, a szerves oldószer belélegzést, valamint a visszaélészerű gyógyszerfogyasztást.

Utóbbi azzal magyarázható, hogy a megkérdezettek nagyon kis százaléka találkozott személyesen (családjában, környezetében és munkahelyén) kábítószer-fogyasztással, illetve, hogy a pedagógusok több mint 70%-a eddig még nem vett részt drogreprevenációs képzésben.

A pedagógusok 72,7%-a a kábítószer-fogyasztót inkább betegnek mint bűnözőnek, 8,2%-a egyiknek sem, 16,4%-a pedig betegnek és bűnözőnek is tekinti. A vizsgálatban résztvevők a kábítószer-fogyasztást jobban tolerálják, mint a terjesztést: 1,3%-uk a fogyasztókat szabadságvesztéssel büntetné, míg a többség orvosi kezelésre kötelezné őket, illetve 17,7%-uk csak a terjesztőket zárná börtönbe.

A pedagógusok nagy része nincs tisztában azzal, hogy pontosan mit jelentenek az ártalomcsökkentő programok.

### *A kábítószer-fogyasztók társadalmi megítélésének vizsgálata különböző célcsoportokban, attitűdskála szerkesztése és tesztelése*

2004. szeptembere és 2005. májusa között zajlott kvalitatív és kvantitatív módszereket alkalmazó kutatás elsődleges célja volt azoknak az értékelési dimenzióknak az azonosítása, amelyek segítségével különböző célcsoportok megfogalmazzák a drogfogyasztókra vonatkozó vélekedéseiket<sup>11</sup> (Demetrovics et al. 2005).

A vizsgálat leíró jellegű, amely először írásos feladatlapok és interjúk segítségével gyűjtötte össze a drogfogyasztókra vonatkozó spontán állításokat, majd fókuszcsoportokban vitatták meg<sup>12</sup>. A szövegeken és fókuszcsoportok átiratain végzett tartalomelemzés alapján a következő kábítószer-fogyasztókra vonatkozó, sztereotípiák alkotóelemei határozhatók meg<sup>13</sup>: leromlott fizikai test, ápolatlan megjelenés, rejtőzködés, függőség, labilitás, normasértés, leromlás folyamata, következményterhes magatartás, mértékvesztés, idegenség, meghatározhatatlanság, heterogenitás (drogos-kép differenciáltsága).

A vizsgálat második szakaszában a kábítószer-fogyasztókról készített 84 feladatlap-szövegből és interjúátíratból, illetve további 200 interjúból nyert adatbázis alapján elkülönített, kábítószeresekre vonatkozó, állításokból készült el egy attitűdkérdőív. A 224 lekérdezett kérdőív kvantitatív adatai felhasználásával, a faktoranalízis módszerét alkalmazva, a drogos kép három fő dimenzióját lehetett azonosítani: a deviancia-kriminalitás, a differenciálás-normalizációs és a másság-betegség faktorokat. Ezek a faktorok nem mutattak szignifikáns különbséget a nők és a férfiak, droghasználó ismerős vagy barát megléte, illetve a településtípus (Budapest, megyeszékhely, egyéb város, község, falu) függvényében. Az életkort tekintve ugyanakkor a deviancia-kriminalitás faktor mentén mutatkozott szignifikáns különbség. A 35 évesnél fiatalabbak kevésbé tartják általánosan deviánsnak, kriminálisnak a droghasználatot. A saját droghasználat mindhárom faktorral szignifikáns összefüggést mutatott. Akik valaha életükben használtak már kábítószer, alacsonyabb értékeket jeleztek a deviancia-kriminalitás skálán, ugyanakkor valószínűbben tartották normál jelenségnek a droghasználatot, s inkább elfogadták annak másságként, betegségként való értelmezését. Aszerint, hogy van-e a személynek droghasználó családtagja csak a másság-betegség skálán mutatkozott tendenciaszerű különbség, vagyis azok, akiknek van a családjukban droghasználó, inkább látják betegséggént ezt a problémát. Akik valamilyen módon munkájukból kifolyólag kapcsolatba kerülnek droghasználókkal,

<sup>11</sup> A kutatást a Suvet Research Piac-és Média és Társadalomkutató Kft. végezte.

<sup>12</sup> A kutatás során 11 beszélgetést bonyolítottak le: kettő fókuszcsoportban orvosi ellátásban részesülő kábítószer-fogyasztók családtagjai, három beszélgetésen csak közvetve érintett apák, anyák és gyermekeik vettek részt, illetve kettő fókuszcsoportban a kábítószer-fogyasztókkal kapcsolatba kerülő szociális munkás hallgatók, kettőben rendőrtiszt- és kettőben orvostanhallgatók beszélgettek egymással. Mindegyik csoport létszáma 12 fő volt.

<sup>13</sup> Fontos megjegyezni, hogy a résztvevők egyik csoportbeszélgetés során sem köteleződtek el az általuk spontán módon megfogalmazott drogos-jellemzések mellett, ehelyett a kilencven perces beszélgetések során folyamatosan újrahasznosították korábbi hipotetikus megfogalmazásaikat és újrafogalmazták saját álláspontjukat a felmerülő vitás kérdésekben. Ennek ellenére leírható az a motívumkészlet, amelynek bizonyos elemei jobban megférnek egymással, sűrűbben fordulnak elő egyidejűleg, mint mást „állításcsomagok”.

tendenciaszinten valószínűbben értelmezik a droghasználatot másságként, betegségként, a másik két dimenzióban azonban nincs eltérés.

## Parlamenti viták a kábítószer-problémáról

A 2004. január 1. és 2005. június 30. között megtartott 120 parlamenti ülésen mintegy 18 alkalommal vetették föl a kábítószer-problémát a következő törvényjavaslatok, viták, interpellációk és kérdések formájában:

- A tűcsereprogramban résztvevők és a tűcsereprogram munkatársainak rendőrségi igazoltatása.
- A kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program megvalósulásáról, az ellátó intézményrendszer átvilágításáról és hatékonyságvizsgálatáról szóló jelentés, valamint az ennek elfogadását kezdeményező országgyűlési határozati javaslat együttes általános vitája és határozathozatala, amelyet az Országgyűlés elfogadott.
- A Kábítószer Egyeztető Fórumok hogyan tudnák elérni, hogy a helyi közösségek a kábítószer-probléma visszaszorításában nagyobb intenzitással és hatékonyabban vegyenek részt<sup>14</sup>?
- Mi indokolja a kábítószer-fogyasztók büntetőjogi üldözését Magyarországon?
- Szükséges-e a büntető törvénykönyv módosítása, a kábítószer-fogyasztásra vonatkozó jogszabályi környezet megváltoztatása?
- Mikor fog a nemzeti drogportál három fő eleme kellő tartalommal ismét működni?<sup>15</sup>
- Az Alkotmánybíróság a Btk. kábítószerrel való visszaélésére vonatkozó rendelkezéseivel kapcsolatban felmerülő liberális és konzervatív nézetek.
- Vita egy kábítószerügyi eseti bizottság létrehozásáról, amelyet az Országgyűlés részben a Kendermag Egyesület 2004. tavaszán átnyújtott petíciója nyomán, részben a „Nemzeti Stratégia a Kábítószer-probléma Visszaszorítására” című dokumentumban foglaltaknak az Európai Unió 2005-2012-re szóló Drogstratégiájával való összehangolására kezdeményezte. A „Drogstratégia” eseti bizottság felállítását minden parlamenti párt fontos és támogatandó kezdeményezésnek tartotta, így 2005. április 14-én az Országgyűlés egyhangúlag elfogadta. A bizottság 12 tagú, két-két tagot az MSZP (Szitka Péter, Csige Tamás) és a Fidesz (Zsigó Róbert, Cseresnyés Péter), egy-egy politikust az SZDSZ (Gusztos Péter) és az MDF (Pettkó András) delegál, illetve hat szakértő (Felvinczi Katalin, Lévay Miklós, Pelle Andrea, Szomor Katalin, Topolánszky Ákos, Zacher Gábor) is helyet foglal. A bizottság tagjai megállapodtak a működésük során érvényesíteni kívánt alapelvekről, amelyek a következők:
  - kábítószer-fogyasztással kapcsolatos kormányzati-parlamenti munka dinamizálása, továbbfejlesztése;
  - kábítószer koordinációs munka hatékonyságának növelése;
  - a kábítószer-probléma folyamatos és koncepciózus kezelése, lehetőség szerinti visszaszorítása (kábitószer-használat jelenléte nem politikai megítélés függvénye, hanem a jelenkori társadalmak velejárója);
  - kábítószerrel kapcsolatos büntetőjogi intézkedések áttekintése;
  - széleskörű összefogás szorgalmazása.
- Mi lesz a Kábítószerügyi koordinációért felelős helyettes államtitkárság sorsa?<sup>16</sup>

<sup>14</sup> A Nemzeti Stratégia egyik legfontosabb célkitűzése a helyi közösségek problémamegoldó készségének a növelése a kábítószer-probléma visszaszorításában. A helyi települési szinten történő összefogások és összehangolt cselekvések döntő módon tudják befolyásolni a probléma kezelését.

<sup>15</sup> A Stratégiában foglaltaknak megfelelően a nemzeti drogportál három fő elemből áll: továbbképzési rendszer kábítószerrel foglalkozó szakemberek számára; aktuális hírek; honlapvarázsló-modul, amellyel drogprevencióval és -rehabilitációval foglalkozó szervezetek ingyenesen készíthetnek honlapot. Mindhárom elem alapjai elkészültek, azonban csak egy elem feltöltése indult el, és annak a frissítése is leállt 2003. decemberében. 2004. augusztus eleje óta a [www.drogportal.hu](http://www.drogportal.hu) internetes oldal már egyáltalán nem elérhető.

- Kábítószer elleni harc drogkereső kutyákkal? (Drogkereső kutyák az iskolában?)
- Lesz-e 2005-ben anonim szűrés a Szigeten?<sup>17</sup>
- Az SZDSZ képviselői 2005. május 4-én indítványt nyújtottak be a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény módosításáról, amely a következőket tartalmazza: „1.§ a Büntetőtörvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény 283. §-a a következő (3) bekezdéssel egészül ki: (3) Nem büntethető kábítószerrel visszaélés miatt, aki csekély mennyiségű kábítószerrel saját használatra természet, előállít, megszerez vagy tart. 2. § (1) Ez a törvény a kihirdetést követő 3. napon lép hatályba. (2) E törvény hatálybalépésével egyidejűleg hatályát veszti a Btk. 283. §-a (1) bekezdésének a) pontja<sup>18</sup>.” A törvényjavaslat tárgysorozatba vételét az alkotmányügyi bizottság elutasította.
- Mit tesz a kormány a fiatalok drogfogyasztás veszélyeivel kapcsolatos felvilágosítása érdekében?
- Hogyan küzd a rendőrség a kábítószer-fogyasztás ellen?

2004. május 13-án az Országgyűlés ifjúsági és sportbizottsága „Közös nevező, avagy a kábítószer-probléma kezelése Magyarországon és az Európai Unióban” címmel Nyílt Napot tartott, amelyen a kábítószerügyben tevékenykedő szakemberek és képviselők vettek részt.

## A médiamegjelenítés módja

### *Kábítószerkép az írott sajtóban*

A 2000-2004-es időszakot átfogó sajtókutatás célja annak feltárása volt, hogy a kábítószer-probléma hogyan közvetítődik, hogyan jut el a közvélemény felé<sup>19</sup> (Székely et al. 2005). A sajtóorgánumok kiválasztásánál lényeges szempont volt a politikai egyensúly fenntartása. A megfigyelt időszak alatt évente átlagosan 526 kábítószerrel kapcsolatos cikk jelent meg.

A vizsgálatba bevont közlések tematikus tartalomelemzése a közlések típusa (*informatív, bűnügyi, pártpolitikai, sport, kulturális, publicisztika, nemzetközi, bulvár*)<sup>20</sup>,

<sup>16</sup> 2004. októberében négy minisztériumot és két országos hatáskörű szervezetet érintő átalakulás során jött létre az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium (ICSSZEM). Az ICSSZEM-en belül megalakult a Kábítószerügyi Stratégiai Főosztály, amely először a Kábítószerügyi koordinációért felelős helyettes államtitkárság alá tartozott. Dr. Felvinczi Katalin 2005. június 15-ei a kábítószerügyekért felelős miniszteri biztosi kinevezésével a Kábítószerügyi koordinációért felelős helyettes államtitkárság megszűnt, és a Kábítószerügyi Stratégiai Főosztály a miniszteri biztos hatáskörébe került.

<sup>17</sup> A Sziget-fesztivál, amely Európa legnagyobb zenei rendezvénye, minden év augusztus második hetében kerül megrendezésre Budapesten, a Hajógyári szigeten.

<sup>18</sup> 283/A. § (1) Aki kábítószernek a hatósági előírások megszegésével történő természetéhez, illetőleg előállításához szükséges, vagy a természetét, illetőleg az előállítást könnyítő feltételeket biztosítja, úgyszintén, aki kábítószer természetéhez, előállításához szükséges anyagot, terméket, berendezést vagy felszerelést a) készít, illetőleg készített, b) átad, forgalomba hoz, vagy azzal kereskedik, ha súlyosabb bűncselekmény nem valósul meg, büntetést követ el, és három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

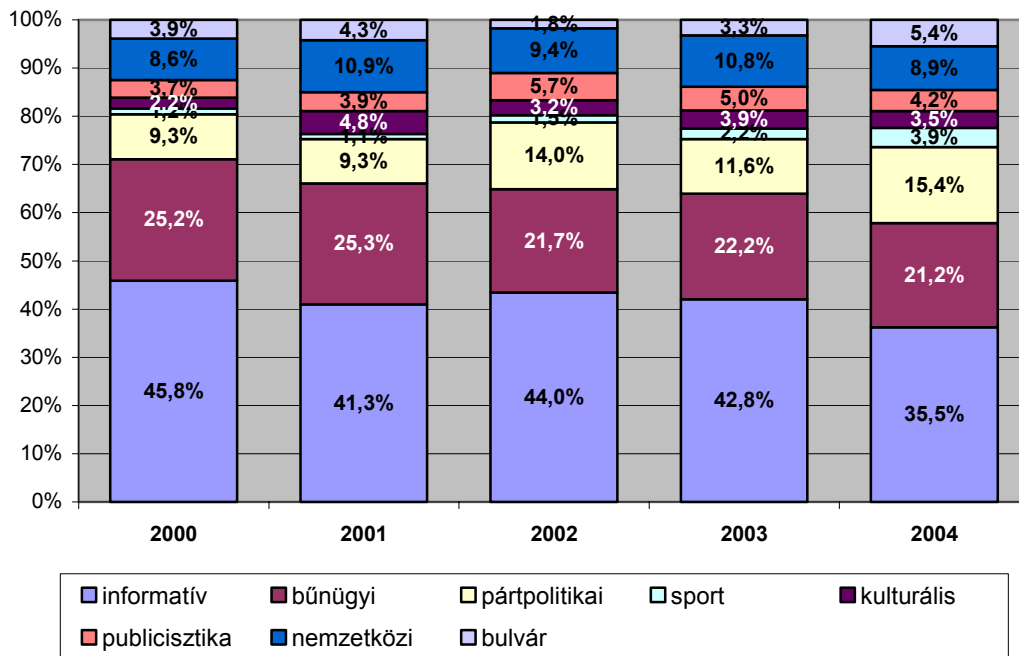
<sup>19</sup> A kutatást a FACILITÁTOR Bt. Készítette. A sajtóbemutató kódutasításon alapuló tematikus kvantitatív tartalomelemzéssel készült. A vizsgálat megfigyelési egységei a Magyar Hírlap, Magyar Nemzet, Népszabadság, Népszava 2000-2004. évig terjedő online verziója. A Népszabadság 2000. évfolyama online formában nem volt hozzáférhető, így a kutatás ennyivel rövidebb lett.

<sup>20</sup> **Informatív:** ha a cikk tartalma elsődlegesen nem bűnügyi információkkal szolgál az olvasó számára, hanem egy adott témában szolgáltat információt, pl. egy ENSZ jelentés. **Bűnügyi:** ha a vizsgált cikkben drogfogásról, rendőri, vagy határőrizeti beavatkozásról, vagy általában nemzetközi konnotációban a maffiáról, vagy éppen a drogcsempészetéről van szó, pl. egy kábítószer terjesztőt elfogott a rendőrség, vagy a VPOP drogfutárt, vagy drogcsempészt. **Politikai:** ha azt politikai párt, minisztérium, hazai, vagy külföldi kormány kezdeményezi, illetve ezek reagálnak rá, vagy a cikk ezekkel összefüggésbe hozható. **Sport:** ha a drog fogalma egy sportághoz (kerékpár), egy személyhez (Maradona) kapcsolódik, illetve, ha sport, mint drogellenes, preventív fogalom kerül közlésre. **Kulturális:** ha a kábítószer filmajánlóban, vagy más egyéb kulturális ajánlóban (könyv), vagy esetleg fesztiválokhoz (Sziget) kötötten jelent meg. **Publicisztika:** ha a közlés egy személy, vagy egy szervezet saját véleményét tartalmazza. Nem hír, hanem álláspont. **Nemzetközi:** ha a kábítószer problémája, illetve tárgya határainkon túli szervezetekkel, személyekkel van összefüggésben. **Bulvár:** ha a drog valamilyen botrányhoz, híres személyhez köthető, pl. a wales-i herceg „fű ügye”.

illetve tematikus összetétele (kábitószer-egészségügy, kábitószer-kormányzati munka, kábitószer-fiatalok, kábitószer-bűnözés-deviancia, kábitószer-halál, kábitószer és prevenció) szerint történt.

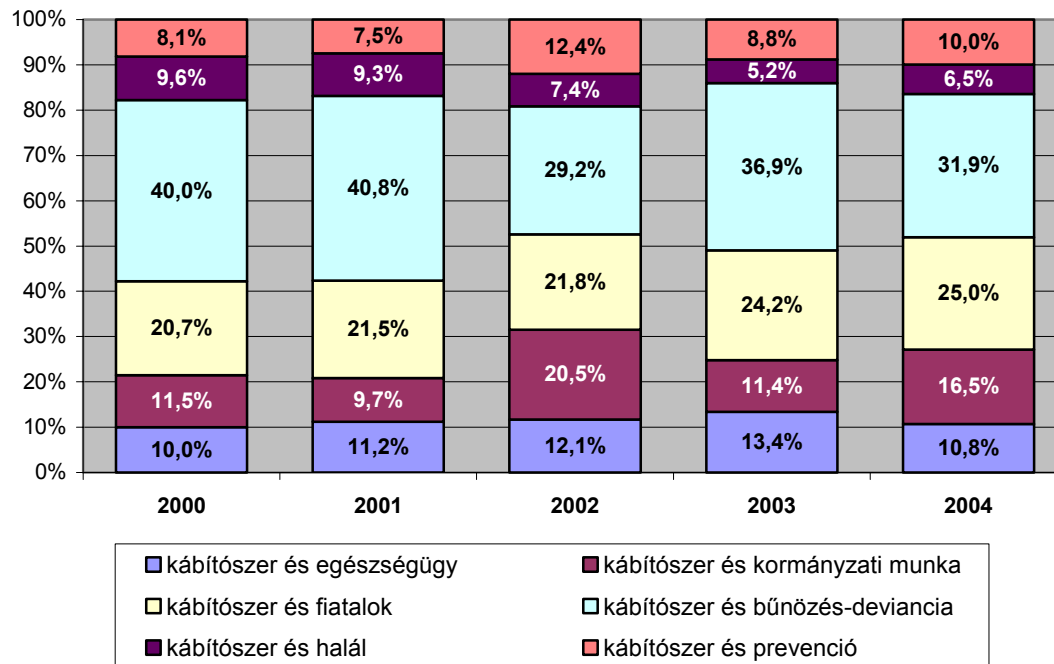
Ezen kategóriák alapján a cikkek eloszlása a következőképpen alakult:

2. ábra. A cikkek száma a közlések típusa szerint



Forrás: Székely et al. 2005

3. ábra. A kábitószerrel kapcsolatos közlések tematikus összetétele



Forrás: Székely et al. 2005

A vizsgált időszak elején főleg bűnügyi hírekkel volt tele a sajtó, és a drog erősen kriminalizálódott. Sokszor nagyobb kábítószerfogásokról, vagy kábítószerrel való visszaéléssel kapcsolatos bűncselekményekről szóltak a tudósítások, és ritkán fordultak elő szakértői hozzászólások. Ez egy torz alapot adott az olvasók számára, főleg azoknak, akiknek kevés információ állt a rendelkezésükre a témában, így egy bűnözői attitűd alakult ki az egész drogprobléma iránt. Olyan képzetársítások párosultak a drog/drogozás szavakhoz, mint: *maffia, alvilág, rendőrség, bírósági per, illegálisan szerzett forint és dollármilliók, törvényileg tiltott szerhasználat, fiatalok – börtön és drog*. Csak a 2000-es év végétől kezdve – amikor az első stratégiai lépések hatásának sajtóvisszhangja felélénkítette a média érdeklődését a szakmai munka iránt – indult meg egyfajta társadalmi kommunikáció ebben a témában. Ekkortól már nemcsak nagyszámú bűnügyi esetek a jellemzőek, hanem társadalmi és egészségügyi dimenzióba terelődött át a drogozás. Jellemzőek lettek az egészségügyi kifejezések mint *HIV, vagy hepatitis és intravénás droghasználat* fogalmi keretének megszilárdítása, vagy akár a halálos kimenetelű heroin és az egyéb más pszichikai sóvárgást okozó kábítószeres szétválasztása.

Kezdetben ritkán fordult elő, hogy a fogyasztó és a dealer megkülönböztetetten jelent volna meg. A legtöbb headline összemosta e kettőt és ezáltal nehezítette a fogalmi tisztánlátást. Az észrevehető pozitív kezdeményezések és társadalmi nyitás ellenére még a mai napig birtokába veszi a politika ezt a problémát, és sokszor pártok szinonimájaként, vagy propagandafogásként, esetleg negatív kampányként értelmezi újra. Mivel a sajtó a hatalom gyakorlásának nyilvános csatornája, ezért alkalmazkodik a meghatározó politikai akarathoz, amelyre interpretációja hasonlítani fog. A politikai mező deformáló hatása ellenére azonban már a 2002-2003-as évtől kezdve megjelenő nemcsak statisztikai, hanem a laikus számára hozzáférhető szakmai publikációk és szakmai kiadványok segítettek abban, hogy a társadalmi tudás látómezeje kiszélesedjen. Ezt a folyamatot erősítették az állami támogatással létrejövő, de főként civil szervezetek segítségével megvalósított prevenció programok, kampány jellegű rendezvények.

### *Következtetések*

Az Alkotmánybíróság eltereléssel, és más, a kábítószer-kérdés jogi szabályozásával kapcsolatos rendelkezései nyomán a jogalkotóra a jövőben számos feladat hárul, a jogszabályi változtatások szinte elkerülhetetlenek.

A kábítószer-probléma – az előző évekhez hasonlóan – 2004-ben is vita tárgyát képezte a parlamentben, illetve kisebb-nagyobb társadalmi megmozdulásokat indított el. A legalizációs, dekriminalizációs törekvések továbbra is nagy társadalmi és politikai viharokat kavarnak.

Elmondható, hogy 2004-ben a média mélyebben foglalkozik a kábítószer-problémával, nagyobb figyelmet fordít a kábítószerrel folytatott társadalmi és parlamenti viták megjelenítésére. Ugyanakkor a tömegkommunikációban még mindig kevés a higgadt, tárgyyszerű elemzés erről a kérdéstről. A mai magyar társadalom, ha csak a média reprezentációját nézzük, nem kaphatott egységes iránymutatást arra vonatkozóan, hogy milyen fogalmi kereteket társítson a drogozáshoz.

Valószínűleg ezzel összefüggésbe hozható, hogy Magyarország átlagpopulációjának drogokkal és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdjeiben nem tapasztalható jelentős változás az elmúlt évekhez képest. Mindössze a fiatalok körében csökkent az egyes tiltott szerek kipróbálását vagy rendszeres fogyasztását veszélyesnek tartók aránya.

## 2. DROGFOGYASZTÁS A POPULÁCIÓBAN

### *Háttér, előzmények*

A normál népesség körében a tiltott drogfogyasztás elterjedtségéről rendszeresebb adatgyűjtésre csak a kilencvenes évek elejétől került sor. Magyarország két nagyobb nemzetközi kutatásban vesz részt: 1985 óta a Health Behaviour in School Aged Children kutatássorozatban, amely a 11-15 éves (Magyarországon a 17 éves is) iskolai népesség egészségmagatartásának nemzetközi összehasonlító vizsgálatsorozata, illetve a European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) kutatásban, amelybe 1995-ben kapcsolódott be.

A felnőtt népesség körében az első, országos reprezentatív mintán végzett adatfelvétel 2001-ben, a második 2003-ban készült, részben az EMCDDA tiltott szerekre vonatkozó, részben pedig a GENACIS (Gender, Culture, Alcohol – a Multy-national Study) program alkoholra vonatkozó kérdései alapján.

### **2.1. DROGFOGYASZTÁS AZ ÁTLAG POPULÁCIÓBAN**

Nincs új információ.

### **2.2. DROGFOGYASZTÁS AZ ISKOLÁS- ÉS FIATALKORÚ POPULÁCIÓBAN**

#### **ESPAD 2003**

A 2003. évi ESPAD vizsgálat<sup>21</sup> adatai alapján Magyarországon a megkérdezett 16 évesek 16,2%-a (fiúk 18,4%-a és a lányok 13,8%-a) próbált már valamilyen tiltott szert<sup>22</sup> az élete során (Elekes és Paksi 2003b, Hibell et al. 2004, Elekes 2005a, Elekes 2005b). A tiltott szerfogyasztás éves prevalencia értéke 12,5%, a havi prevalencia érték 6,7%. A gyakorisági adatok arra utalnak, hogy a fogyasztás csupán néhány alkalomra korlátozódik, hat vagy több alkalommal próbált valamilyen tiltott szert a fiatalok 6,3%-a. Kiemelkedően a legelterjedtebb a marihuána-fogyasztás, a megkérdezettek 15,8%-a próbálta már legalább egyszer az életben. Az összes megkérdezett 5,0%-a fogyasztott valamilyen egyéb tiltott szert, és a nemekénti különbségek is csekélyek. Az egyéb tiltott szerek esetében is a kipróbálás szintű, vagy alkalmi fogyasztás a jellemző. (A nemek közötti különbségek részletes tárgyalása a 11. fejezetben található.)

A visszaélészerű (orvosi recept nélküli) gyógyszerfogyasztás<sup>23</sup> a megkérdezett fiatalok 16,8%-ával fordult már elő élete során. A visszaélészerű gyógyszerfogyasztáson belül a 16 éves fiatalok között legelterjedtebb az alkohol gyógyszerrel együtt történő fogyasztása.

A fentiekén kívül elterjedtebb még a magyar fiatalok között a szipuzás (5%), az ecstasy (3,1%), amfetaminok (3,1%) valamint az LSD és egyéb hallucinogének (2,1%). Az összes többi drog fogyasztása 1% alatti prevalencia értéket mutat. A marihuánára vonatkozó prevalencia értékek alapján megállapítható, hogy a 2003. évi ESPAD-kutatás és a 2001/02 évi HBSC kutatás eredményei a tiltott szerfogyasztás hasonló elterjedtségét mutatják Magyarországon (Hibell et al. 2004).

A tiltott szerek fogyasztásának életprevalencia értéke 1995 és 2003 között három és félszeresére nőtt a magyar fiatalok között. 1999-ben még azt tapasztaltuk, hogy szinte

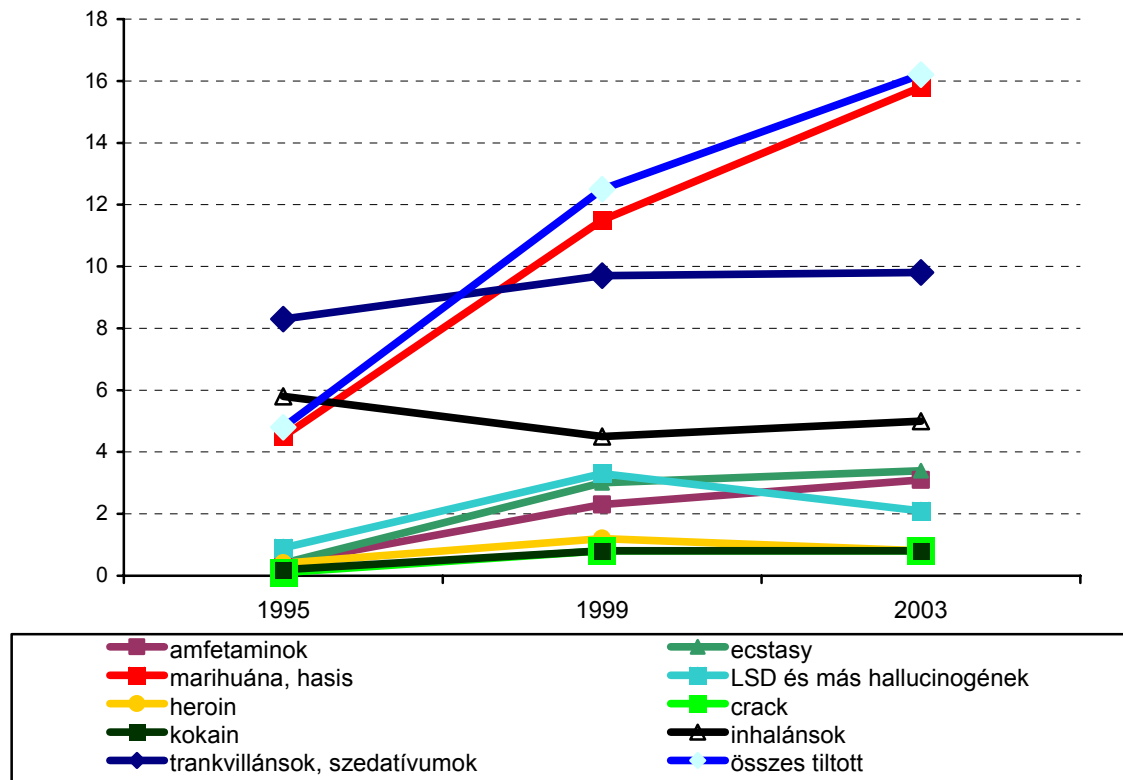
<sup>21</sup> Módszertant lásd 1. fejezet

<sup>22</sup> Tiltott drogok közé az alábbi drogokat soroltuk a kutatás során: marihuána vagy hasis, LSD, amfetaminok, crack, kokain, heroin, ecstasy

<sup>23</sup> nyugtató/altató, vagy alkohol gyógyszerrel együtt történő fogyasztása

valamennyi egyéb drog fogyasztása nőtt 1995-höz képest. 2003-ban már a növekedés elsősorban, és szinte kizárólag a marihuána-fogyasztás növekedésének köszönhető.

4. ábra. Az egyes szerek életprevalencia értékeinek alakulása (%) országosan 1995 és 2003 között (16 éves középiskolások körében)

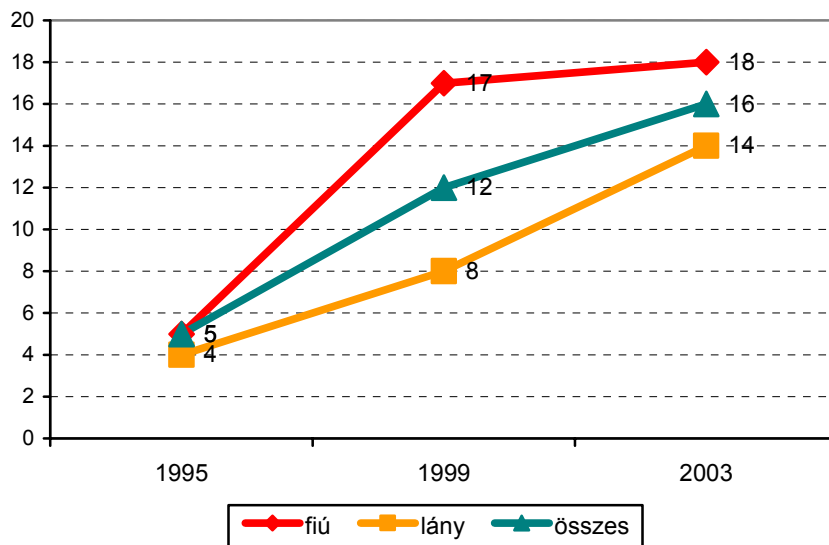


Forrás: Elekes, Paksi 2003b

1995-ben a fiúk és lányok még hasonló prevalencia értékkel voltak jellemezhetőek. 1999-re a fiúknál jelentős növekedés következett, és a tiltott szerekkel próbálkozók aránya megháromszorozódott. A lányoknál is jelentős volt a növekedés, azonban az életprevalencia érték csupán megduplázódott. 1999 és 2003 között a fiúk között már alig történt változás, a lányoknál azonban a tiltott szerfogyasztás kipróbálásának további jelentős terjedése ment végbe. Ez nemcsak azt jelenti, hogy a lányok között a tiltott szer kipróbálók aránya ma már közelíti a fiúkon belüli arányt, hanem azt is, hogy az 1999 és 2003 között a tiltott szerfogyasztás életprevalencia értékben bekövetkezett növekedés szinte kizárólag a lányoknak köszönhető.

5. ábra. A tiltott szerek életprevalencia értéke nemenként a 16 évesek körében (%)





Forrás: Elekes 2005a

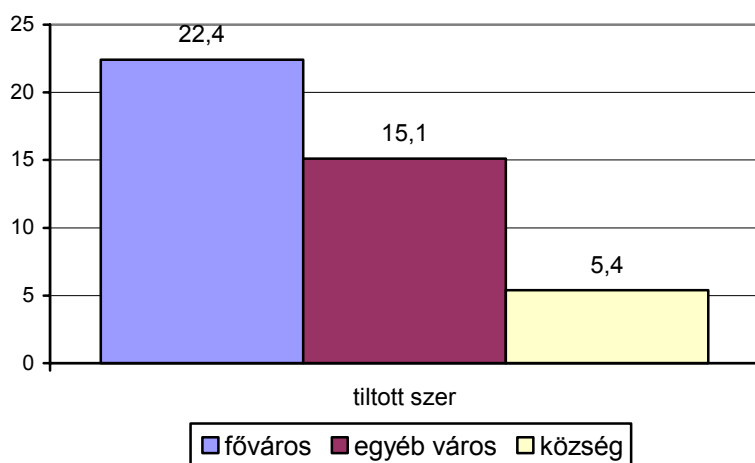
Az ESPAD adatok alapján a tiltott szerfogyasztás első kipróbálásának leggyakoribb életkora a 14-15 év fiúknál, lányoknál egyaránt. Ennél korábbi életkor a nagyobb életprevalencia értékeket mutató szerek esetében is alig fordul elő. Így a marihuána esetében a 14 éves kor előtt kipróbálók aránya 1,8%, az alkohol és gyógyszer együttes fogyasztásánál 2,0%, a nyugtatók esetében pedig 1,7%. *Az 1999. évi adatokkal összehasonlítva egyértelműen megállapíthatjuk, hogy az első fogyasztás életkora korábbra tevődött 2003-ban.*

2003-ban az elsőként fogyasztott drog fiúknál és lányoknál egyértelműen a marihuána volt. A válaszoló fiúk 13,8%-a és a lányok 9,5%-a fogyasztotta ezt először (teljes minta 11,7%-a). A nyugtató 1999-ben is a második leggyakrabban említett elsőként fogyasztott drog volt a lányok között, míg azonban 1999-ben a nyugtatók említése alig maradt el a marihuánától, addig 2003-ban már több mint kétszer annyi lány említi a marihuánát elsőnek fogyasztott szerként, mint a nyugtatót.

Szignifikáns kapcsolatot találunk az iskolatípusonkénti életprevalencia értékekben. Az általános iskolában tanuló fiatalok között a legkisebb (10,0%), míg a szakiskolákban a legnagyobb (23,1%) a kipróbálási arány. Figyelemre méltó, hogy a két érettségit adó iskolatípusban az életprevalencia érték közel azonos (gimnázium 14,1%, szakközépiskola 15,2%).

A korábbi évekhez hasonlóan a tiltott szerfogyasztás kipróbálása legnagyobb arányú a fővárosban, ennél kisebb a többi városban. *A korábbi évek eredményeitől eltérően, amikor a községi iskolákban a tiltott szer életprevalencia értéke megközelítette a fővárosi arányt, 2003-ban a községi iskolákban találtuk a legalacsonyabb prevalencia értékeket.*

6. ábra. A tiltott szerek életprevalencia értéke településtípusonként



Forrás: Elekes, Paksi 2003b

A korábbi középiskolás és felnőtt kutatások eredményeihez hasonlóan kiemelkedően magas a kipróbálási arány az ország dél-nyugati részében (Baranya megyében), ahol az életprevalencia érték meghaladja a fővárosban regisztrált értéket.

A korábbi iskolavizsgálatok szignifikáns kapcsolatot mutattak a szülők iskolai végzettsége és a tiltott drog kipróbálása között, mégpedig oly módon, hogy a legalacsonyabb és a legmagasabb iskolai végzettségű szülők gyermekei között volt a legnagyobb a tiltott szert kipróbálók aránya. 2003-ra ez a kapcsolat megszűnt, *sem az apa, sem pedig az anya iskolai végzettsége nincs szignifikáns kapcsolatban a tiltott szer kipróbálásával. Hasonlóképpen nincs hatással a drogfogyasztásra a család - a fiatalok szubjektív megítélése alapján mért - anyagi helyzete.* A korábbi kutatási eredményekkel összhangban változatlanul szignifikáns kapcsolat mutatható ki a család szerkezete, illetve a családban előforduló devianciák száma, valamint a tiltott szerfogyasztás kipróbálása között. Egyértelműen az ép családban élők között a legkisebb a tiltott szerek kipróbálása (13,3%), az összes többi családtípusban ennél magasabb. Figyelemre méltó, hogy míg korábban kiemelkedően magas kipróbálási arány jellemezte az édeszülő nélkül nevelkedőket, addig 2003-ban az édeszülő nélkül nevelkedők, illetve újrastrukturált családban nevelkedők között közel azonos kipróbálási arány figyelhető meg (26%, illetve 25,1%) Az egyszülős családban nevelkedőket valamelyest alacsonyabb (25,1%-os) kipróbálási arány jellemez. Minél nagyobb a családon belül előforduló problémás viselkedések száma, annál nagyobb a tiltott szerek kipróbálásának valószínűsége. Különösen gyakori a tiltott szerfogyasztás kipróbálása azoknál a fiataloknál, akiknek a családjában szintén előfordul a kábítószer-fogyasztás. Szignifikáns szerepet játszik a tiltott szerek kipróbálásában a szülői kontroll, az iskolai hiányzások és különösen az idősebb testvérek tiltott szerfogyasztása. (Elekes 2005b)

## Budapesti iskolavizsgálat 2004

2004-ben a Budapesti középiskolák felsőbb (11-12.) évfolyamán tanuló diákok<sup>24</sup> körében is készült kutatás, amely a 2003. évi ESPAD kérdőívet és módszertani útmutatókat alkalmazta.<sup>25</sup> (Elekes és Paksi 2004b)

A kutatás eredményei szerint a 11-12. évfolyamos középiskolások 47,5%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert<sup>26</sup>. A tiltott szerek, valamint inhalánsok és patron/lufizás

<sup>24</sup> A 11-12. évfolyamon tanuló diákok többségében 17-18 évesek.

<sup>25</sup> A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató központja készítette önkitöltős, osztályos lekérdezési módszerrel, kutatási asszisztensek közreműködésével készült, a fővárosi 11-12. évfolyamos középiskolások iskolatípus és évfolyam szerint rétegzett mintáján. Bruttó mintanagyság 2000 fő, nettó mintanagyság 1571 fő.

együttes életprevalencia értéke 48,4%. A visszaélésszerű gyógyszerhasználat életprevalencia értéke 29,1% volt. A vizsgált populációban a tiltott drogok éves prevalencia értéke 33,1%, havi prevalencia értéke 18,4% volt. Ezeket az adatokat összehasonlítva a 2003. évi ESPAD kutatás budapesti 9. évfolyamon tanuló diákokra<sup>27</sup> vonatkozó prevalencia értékeivel megállapíthatjuk, hogy a 9. és 12. évfolyam között a tiltott szerek életprevalencia értéke közel kétszeresére (25,4%-ról 50,3%-ra) nőtt. A 11-12. évfolyamon tanuló, valamilyen tiltott szert már kipróbált diákok 16%-a 1-2 alkalommal, 32% 3-9 alkalommal, 52% pedig 10 vagy több alkalommal fogyasztott már valamilyen tiltott szert. *Összességében a 11-12. évfolyamosokra rendelkezésre álló prevalencia értékek arra utalnak, hogy a középiskola éve alatt a tiltott szert kipróbálók aránya jelentősen nő.*

## Kollégiumban élők drogfogyasztása

Szintén a fiatalok drogfogyasztását vizsgálta az a kutatás, amely középiskolai kollégiumban élő, 14-20 éves fiatalok körében készült<sup>28</sup> (Busa et al. 2004). A kutatás eredményei szerint a megkérdezett fiatalok 26%-a fogyasztott már életében valamilyen illegális drogot<sup>29</sup>. Ebből 14,7% csak kipróbálta, 10,3% alkalmi fogyasztó, és 1% rendszeres fogyasztó<sup>30</sup>. A többi fiatalok körében végzett kutatásokhoz hasonlóan, a kollégiumi mintában is megállapítható, hogy az életkor előrehaladtával nő a kábítószer-fogyasztás. Így míg a 14-15 évesek között az életprevalencia érték csupán 7,4%, addig a 18 éveseknél 30,7%, 19 éveseknél 36,2%, a 20 éveseknél pedig 38,2%. Bár a 16 évesekre közölt életprevalencia érték az ESPAD kutatásnál közölt életprevalencia értékkel szinte teljesen megegyezik (16,6%), figyelembe véve azt, hogy a kollégiumi vizsgálat az ESPAD kutatásban alkalmazottnál tágabb kábítószer-fogalommal dolgozik, megállapíthatjuk, hogy *a 16 éves, kollégiumban élők között alacsonyabb a kábítószer-fogyasztás, mint a „normál” 16 éves középiskolás mintában.* (Az ESPAD mintában a tiltott szerek, szipuzás, és visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás együttes prevalencia értéke 27,6% volt). A megkérdezett kollégistáknak is csupán 13,3%-a véli úgy, hogy a kollégiumban élő diákok között elterjedtebb a drogfogyasztás, mint nem kollégiumban élő társaiknál. A fogyasztott szerek struktúrája a kollégiumban élők körében megegyezik a nem kollégiumban élőknel megfigyelt sorrenddel. Az életprevalencia értékek alapján legelterjedtebb a marihuána (25,5%), ezt követi az orvosi recept nélküli gyógyszerfogyasztás (13,8%), a gyógyszer alkohollal történő együttes fogyasztása (13,3%). A speed, ecstasy életprevalencia értéke 7,6%, a szipuzásé pedig 3,4%. A többi szer életprevalencia értéke 2% alatti értéket mutat. *A 16 évesekre vonatkozó összehasonlító adatok alapján a nemek közötti különbségek jelentősebbek, mint az ESPAD mintában.* Itt a lányoknál az életprevalencia érték 20,3%, a fiúknál pedig 32,7%. Az alkalmi, vagy rendszeres fogyasztás aránya pedig a fiúknál kétszer olyan elterjedt (15,8%), mint a lányoknál (7,5%). Eltérően az ESPAD eredményektől, a kollégiumban élők között nemcsak a fiúknál, hanem a lányoknál is a legelterjedtebb drog a marihuána (fiú 31,7%, lány 20,2% próbálta már az életében). A visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás pedig kisebb nemenkénti különbséget mutat mint az országos adatokban megfigyelt (a fiúk 11,3% és a lányok 15,9%-a fogyasztott orvosi javaslat nélkül gyógyszert, a gyógyszer alkohollal történő együttes fogyasztása pedig a fiúk 13,0%-ával és a lányok 13,7%-ával fordult elő). Az ESPAD eredményekhez hasonlóan a kollégiumi kutatás is arra utal, hogy *minél nagyobb településen él valaki, annál nagyobb valószínűséggel próbál ki valamilyen tiltott szert.* Azaz, a községekben a legkisebb a kipróbálók aránya, és a nagyobb városokban, különösen a fővárosban a legnagyobbak az életprevalencia értékek. Az iskola típusa szerinti különbségek

<sup>26</sup> Tiltott szerek között az alábbiak szerepelnek: kannabisz, heroin, egyéb opiát, kokain, crack, amfetamin, ecstasy, LSD, mágikus gomba, GHB

<sup>27</sup> többségében 15-16 évesek

<sup>28</sup> Módszertant lásd 1. fejezet.

<sup>29</sup> A kutatás illegális drognak tekintette az 1961. évi New Yorki egyezmény szerinti pszichoaktív drogokat, az 1971. évi egyezmény szerinti pszichotrop anyagokat, a szerves oldószer belélegzést, valamint a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztást.

<sup>30</sup> A fogyasztási kategóriák meghatározása a diákok önminősítésével történt.

szintén hasonlóak az ESPAD eredményekhez, azaz szakiskolákban a legelterjedtebb a kábítószer-fogyasztás. A 2003. évi ESPAD eredményektől eltérően azonban – inkább az 1999. évi ESPAD eredményeknek megfelelően - a kollégiumi vizsgálat szerint a gimnáziumban tanulók között a legalacsonyabb az életprevalencia érték. A család szerkezete valamennyi hasonló kutatás eredményével összhangban az ép családban élők védettségét, és az édeszüllő nélkül élők nagyobb veszélyeztetettségét mutatják. Ellentétben az ESPAD eredményekkel, *a szülők iskolai végzettsége kapcsolatot mutat a tiltott szerek kipróbálásának valószínűségével*, mégpedig oly módon, hogy a magasabb iskolai végzettségű szülők gyerekei között nagyobb valószínűséggel fordul elő a tiltott szerek kipróbálása.

## Fiatalok drogfogyasztása

Az „Ifjúság 2004” kutatás keretében 15-29 éves fiatalok 4000 fős országos reprezentatív mintáján készült kutatásban szintén feltettek kábítószer-fogyasztásra vonatkozó kérdéseket (Bauer 2005, nem publikált)<sup>31</sup> A kutatás eredményei szerint a 15-29 éves fiatalok 24%-a próbált már ki valamilyen kábítószerrel. Ez nagyjából közelíti a 2003. évi felnőtt vizsgálat eredményeit, ahol a 18-24 éves korosztály 29%-a próbált már valamilyen tiltott szert. A szerkezet szintén hasonló a felnőtt vizsgálat eredményeihez, domináns a marihuána kipróbálása (14%-os életprevalencia érték), ennél sokkal kevésbé elterjedt az amfetamin és az ecstasy (3%-os életprevalencia érték), ezt követi az LSD, az opiátok, a kokain, valamint a szerves oldószer belélegzés 1%-os prevalencia értékkel. A kutatás eredményei azokat az adatokat támasztják alá, amelyek szerint egyrészt az iskolai végzettség emelkedésével, másrészt pedig a lakóhely nagyságával párhuzamosan nő a tiltott szereket kipróbálók aránya. A kutatás nemek közötti szignifikáns különbséget nem mutatott ki.

## 2.3. DROGFOGYASZTÁS EGYES SPECIFIKUS CSOPORTOKBAN

### Gyermekvédelmi gondoskodásban élők

2004 tavaszán gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok körében készült kutatás a fiatalok tiltott és legális szerfogyasztási szokásairól (Elekes, Paksi 2004). A kutatás a gyermekotthonban, illetve nevelőszülőknél élő 10-18 éves fiatalokra terjedt ki, a 2003. évi ESPAD kutatás kérdőívét (a speciális csoportokra való módosításokkal), és módszertani útmutatóját alkalmazta.<sup>32</sup> A kutatás eredményei szerint a gyermekotthonban élő 10-18 éves fiatalok 28,3%-a próbált már életében valamilyen tiltott drogot.<sup>33</sup> A tiltott drogfogyasztás és szippizás együttes életprevalencia értéke 32,7%. Az orvosi javaslat nélküli gyógyszerfogyasztás a gyermekotthonban élők 20,9%-ával fordult elő. A gyermekvédelmi gondoskodásban élő, de nevelőszülőknél nevelkedő fiatalok körében mindenféle szerfogyasztás sokkal ritkábban fordul elő. A tiltott szerek életprevalencia értéke 2,0%, a tiltott szerek és szippizás együttes életprevalencia értéke 2,9%, a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás életprevalencia értéke 3,4%. A nevelőszülőknél élő fiatalok körében az éves és havi prevalencia értékek is 1% alatti értéket mutatnak (csak a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás éves prevalencia értéke éri el az 1,5%-ot). A gyermekotthonban élők

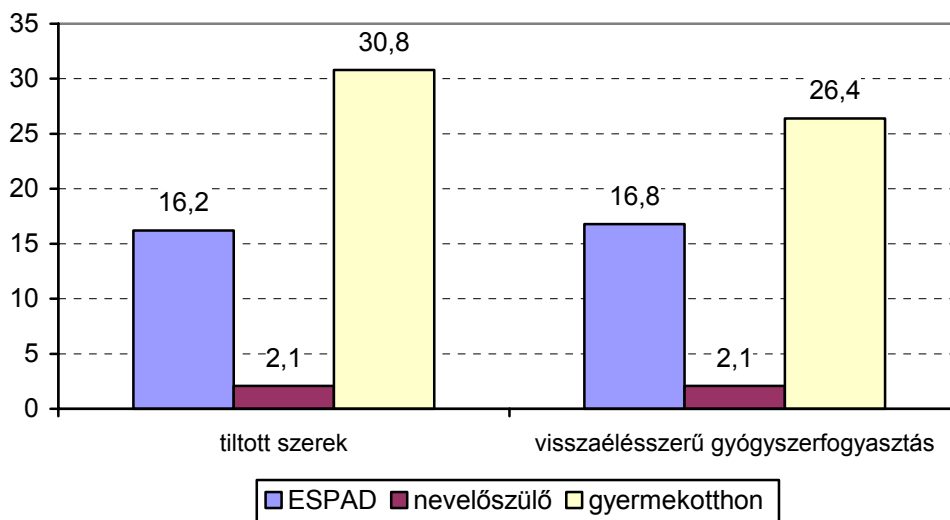
<sup>31</sup> A kutatást a Mobilitás Kutatási Irodája készítette. A minta nem, korcsoport, terület és településtípus szerint reprezentatív. A kérdezetteket otthonukban keresték föl. A kérdőív kitöltése önkitöltős módszerrel készült.

<sup>32</sup> A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató központja végezte. A gyermekotthonban élőknel a kérdőív kitöltése csoportos, önkitöltős módszerrel, külső kutatási asszisztens közreműködésével a gyermekotthonokban készült. Az országos reprezentatív minta korcsoportonként és régióként rétegzett. Bruttó mintanagyság 762 fő, nettó mintanagyság 547 fő. A nevelőszülőknél élőknel a kérdőív kitöltése „kevert”, azaz „face to face” és önkitöltős elemeket is tartalmazó technika alkalmazásával történt. A kérdőíveket a nevelőszülők lakásán, külső kutatási asszisztensek közreműködésével kérdezték le. Az országos reprezentatív minta korcsoportonként és megyéenként rétegzett. Bruttó mintanagyság 500 fő, nettó mintanagyság 446 fő volt.

<sup>33</sup> A tiltott drog definíciója az ESPAD-kutatásokban alkalmazott definícióval azonos.

körében a tiltott szerfogyasztás éves prevalencia értéke 20,1%, a havi prevalencia érték pedig 13,2%, a visszaélésszerű nyugtató fogyasztás éves prevalencia értéke 13,5%, a havi prevalencia érték pedig 8,3%.

7. ábra. A gyermekvédelmi gondoskodásban élő 16 éves fiatalok életprevalencia értékei az ESPAD kutatás megfelelő adataival összehasonlítva



Forrás: Elekes, Paksi 2003b; Elekes, Paksi 2004a

A nevelőszülőknél élő fiatalok szerfogyasztási szokásai nemcsak a gyermekotthonban élőkhöz képest, hanem az „átlag” 16 éves fiatalokhoz képest is alacsony. Ez részben magyarázható a nevelőszülőhöz való kihelyezés szempontjaival (a kevésbé problémás gyereket helyezik nevelőszülőkhöz), részben pedig a nevelőszülőknél élő fiatalok szabálykövetőbb magatartásával. *A gyermekotthonban élő 16 évesek között a tiltott szerfogyasztás életprevalencia értéke közel kétszerese az átlag 16 éveseknél megfigyelt értéknek, és a visszaélésszerű nyugtató fogyasztás is jelentősen meghaladja az országos átlagot.* Figyelemre méltó az orvosi javaslatra történő nyugtató fogyasztás magas aránya is a gyermekotthonban élő fiatalok között. Míg országosan a 16 évesek 6,6%-a, addig a gyermekotthonban élő 16 évesek 16,4%-a fogyasztott már életében orvosi javaslatra nyugtatót.

A fogyasztott szerek szerkezete szerint a nevelőszülőknél élőkénél csupán a kannabiszszármazékok (1,9%), az inhalánsok (1%), illetve az ecstasy, a patron/lufi, valamint az LSD (1% alatti értékekkel) szerepel az eddigi életben fogyasztott szerek között. A gyermekotthonban élők fogyasztási struktúrájában viszont mindegyik szer megjelenik. A legnagyobb (24,1%-os) ráta – más populációkhoz hasonlóan – a marihuána/hasis esetében volt, ezt követik az inhalánsok (15,6%-kal), majd a különféle party-drogok (7-10%-os életprevalenciákkal). A többi szer esetében 4-5% körüli azoknak az aránya, akik használták már életükben. A gyermekotthonban élő fiatalok által fogyasztott drogok szerkezete hasonlít az azonos korú „átlag” fiatalok által fogyasztott drogok szerkezetéhez, azonban a marihuána és más drogok közötti kisebb különbség arra utal, hogy a gyermekotthonban élő fiatalok drogfogyasztásában nagyobb aránnyal szerepelnek a veszélyesebb drogok.

*A gyermekotthonban élő fiatalok körében (a 16 évesekre vonatkozó összehasonlító adatok alapján) korábban jelenik meg az első droghasználat, mint nem gyermekvédelmi gondoskodásban élő társaiknál.* A gyermekotthonban élő fiatalok körében az első tiltott szer fogyasztás leggyakoribb életkora a 12-15 év. A valaha már drogot próbáltak 24,2% legkésőbb 10 éves koráig, további 41,4% pedig 14 éves koráig kipróbált már valamit. Az átlag népességhez hasonlóan a leggyakoribb elsőnek fogyasztott drog a marihuána.

*A nemek közötti különbségek a gyermekotthonban élő fiataloknál nem szignifikánsak. A lányoknál az életprevalencia érték 30,8%, a fiúknál 34,1%. A családra vonatkozó mutatók többsége (a családtól való elszakadás időpontja, a családdal való kapcsolattartás formája, a család társadalmi helyzete stb.) nem mutat kapcsolatot a gyermekotthonban élő fiatalok drogfogyasztásával. A drogfogyasztás iskolatípus szerinti mintázata eltér a megszokottól, nem jelentkezik az érettségit adó képzési formák megóvó ereje. Az iskolai tanulási teljesítmény sem mutat kapcsolatot a droghasználattal a gyermekotthonban élő diákok körében.*

*A gyermekotthonban élő fiatalok drogfogyasztásának kialakulásában meghatározóbbak a kortárs kapcsolatok. A különböző vizsgált pszicho-szociális változók közül az önkárosító magatartások, a depresszív tünetek előfordulása, illetve a szabályszegéssel való egyetértés aránya magasabb a droghasználó diákok körében. Ugyanakkor a valaha fogyasztók körében az önértékelés átlagértéke nem tér el az átlagtól.*

A fentiekhez hasonló eredményeket mutat egy 2003-ban szintén állami gondoskodásban élő fiatalok körében végzett kutatás is<sup>34</sup> (Örkény et al. 2004). A kutatás záró tanulmánya megállapítja, hogy az állami gondoskodásban élő fiatalok körében nagyobb arányban fordul elő a különböző drogok kipróbálása. A gyermekotthoni ellátási formában élők veszélyeztetettsége nagyobb, mint a lakásotthoni ellátási formában élőké. A droghasználat háttértényezői közül a gyakoribbak pszicho-szomatikus tünetek, az iskola negatív értékelése és a deviancia a marihuána-használat rizikófaktorának bizonyult. A jó szociális kapcsolatok ebben a mintában csak a lányok esetében bizonyult protektív tényezőnek.

## **Roma fiatalok drogfogyasztási szokásai**

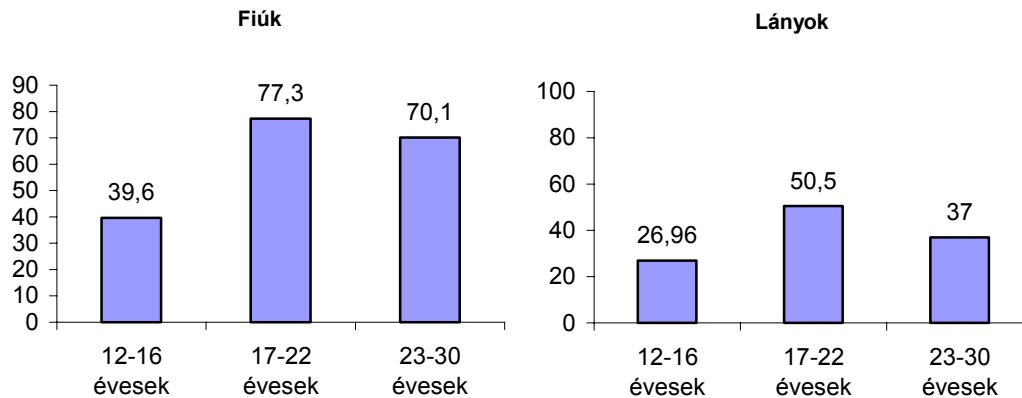
Eddig alig kutatott speciális csoportban készült Ritter (2005) vizsgálata. 645, 12 és 30 év közötti Budapesten élő roma fiatal drogfogyasztási szokásait vizsgálta.<sup>35</sup> A kutatás eredményei szerint a megkérdezett roma fiatalok 50%-a fogyasztott már életében valamilyen kábítószer<sup>36</sup> és/vagy inhalánst<sup>36</sup>. A legfiatalabb – 12-16 éves – korcsoportban az életprevalencia érték 33,8% volt, a legidősebb – 23-30 éves – korcsoportban 53,3%. A nemenkénti megoszlás más kutatások eredményeihez hasonló, a kábítószer és/vagy inhalánst kipróbálók 63,4%-a férfi volt, 36,6% pedig nő.

8. ábra. *A kábítószer és/vagy inhalánst élete során valaha használt fiúk és lányok életkor szerinti megoszlása (%)*

<sup>34</sup> A kutatás állami gondoskodásban élő 15-18 éves fiatalok körében készült. Nettó mintanagyság: 850 fő.

<sup>35</sup> A mintavétel hólabda módszerrel készült 5 budapesti – romák által sűrűn lakott – kerületből indított 18 láncon. A mintában került személyek jól jellemzik a Budapesten élő, a vizsgált korcsoportba tartozó roma populáció egészét.

<sup>36</sup> A kutatás a következő kábítószerekre vonatkozott: marihuána, kokain, crack, ecstasy, speed, LSD, hasis, gomba, heroin, egyéb opiátok.



Forrás: Ritter 2005

A legtöbben a 17-22 éves korosztály tagjai közül próbálták már ki életük során valamilyen kábítószer és/vagy inhalánst.

A mintába került, kábítószer és/vagy inhalánst valaha már kipróbálók 90%-a használt már legalább életében egyszer valamilyen típusú amfetamin-származékot (amfetamint vagy metamfetamint). 78,4%-uk, tehát több mint 75%-uk valamilyen kannabisz-származékot (főként marihuánát), és 16,1%-uk valamilyen opiátot (főleg heroint).

Az életkor előrehaladtával a kannabisz-származékokat (illetve a marihuánát) életükben valaha használók száma és korcsoporton belüli aránya is csökken (82,5% v. 79,5% v. 74%), miközben az amfetamin-származékot kipróbálóké nő (77,2% v. 93,7% v. 93,3%).

A tiltott drogok kipróbálására a mintába kerültek körében jellemzően 16 és 18 éves kor között került sor. Ettől eltérő az inhalánsok első használata, ahol ez az átlagéletkor jelentősen alacsonyabb (13 év).

Az éves prevalencia érték a vizsgált populációban 31,5%, a havi prevalenciaérték 20,6% volt, ami azt jelenti, hogy gyakorlatilag minden ötödik megkérdezett fogyasztott valamilyen kábítószer és/vagy inhalánst a vizsgálatot megelőző hónapban. Míg elterjedtség tekintetében az amfetamin-származékok, a fogyasztási gyakoriság vonatkozásában a marihuána a legnépszerűbb kábítószer a vizsgált populációban.

A szegénység és a kábítószer-fogyasztás kapcsolata a vizsgált populációban egyértelműen kimutatható. Az ún. „szegény gettóban” élő megkérdezett roma fiatalok körében jóval nagyobb arányban talákoztunk rendszeres kábítószer-használókkal, mint a Budapest más részein élők között. Sőt körükben a kockázati magatartások, a nagyobb fertőzésveszéllyel járó szerhasználati minták is nagyobb gyakorisággal fordultak elő.

## Katonák

A Magyar Honvédség 2004-ben folytatott kutatása a hivatásos és szerződéses állományú katonák „egészségmagatartását” vizsgálta<sup>37</sup> (Bácskai et al. 2005). A kérdőíves felmérés eredményei azt mutatják, hogy számos olyan, a kábítószer kipróbálásának szempontjából pszichológiai és életmódbeli hajlamosító, illetve protektív tényezőkről beszélhetünk, amelyek alakulása kifejezetten a fegyveres testületekre jellemző. Ezek a faktorok többek között az életkörülmények változása, a tolerancia, a kábítószer-fogyasztók személyiségbeli eltérő megítélése, a társas viszonyulás, a motivációk és a segítségnyújtás szerkezete. Elmondható, hogy a fent említett személyiségbeli és életmódbeli tényezők részletesebb

<sup>37</sup> A kutatást a Magyar Honvédség Egészségvédelmi Intézete és az Addiktológiai Intézet végezte. 1100 hivatásos és szerződéses, 20 évesnél idősebb katonát kérdeztek meg kérdőív segítségével.

megismerésével képessé válhatunk a kábítószer-fogyasztás szempontjából kifejezetten veszélyeztetett katonák szűrésére és a drog-fogyasztás kialakulásának preventív kezelésére.

5. táblázat. A kábítószer kipróbálása az életkor függvényében (a válaszadók %-ában)

	kipróbálta	nem próbálta ki
<b>20-29 éves</b>	15	85
<b>30-39 éves</b>	5	95
<b>40-49 éves</b>	3	97
<b>50 éves vagy annál idősebb</b>	4	96

Forrás: Bácskai et al. 2005

A Magyar Honvédség 2004-ben a 20-50 éves korosztályban 14162 laboratóriumi vizeletvizsgálatot hajtott végre<sup>38</sup> (Bácskai et al. 2005). A pozitív – kábítószer-fogyasztást kimutató – eredmények aránya 2,9% volt. Ez az arány arra utal, hogy *a honvédségen belül a kábítószer-fogyasztás aránya messze elmarad az átlag népességen belüli arányoktól*. Az 1996-tól rendelkezésre álló laboratóriumi eredmények alapján megállapítható, hogy a kábítószer-fogyasztás radikális csökkenése ment végbe a honvédségi állományban. Míg 1996-ban a laboratóriumi vizsgálatok 27,6%-a, 1997-ben pedig 31,5%-a volt pozitív, addig 1997-től kezdődően a pozitív vizsgálati eredmények aránya folyamatosan csökken<sup>39</sup>. Ezt a csökkenést a honvédségi szakemberek a rendszeres szűrés visszatartó erejével magyarázzák. A szerenkénti megoszlását – a normál népességnél megfigyeltekhez hasonlóan – a kannabisz származékok dominanciája jellemzi. Míg azonban a normál népességen belül az opiát származékok kisebb, az amfetamin-származékok pedig nagyobb arányban vannak jelen, addig a honvédségen belül az opiát-származékok jelentik a második leggyakrabban előforduló szert. Sőt, míg a marihuána aránya csökkenő tendenciát mutat 2001-től kezdődően, addig az opiát-származékok aránya növekszik (3%-ról 19,6%-ra). Hasonlóképpen növekszik az amfetamin-származékok aránya is (0,5%-ról 11,9%-ra).

### Következtetések

Magyarországon 2004-ben elsősorban fiatalok körében készültek kutatások a drogfogyasztás elterjedtségéről, jellemzőiről. Hosszabb távú változások felvázolására az ESPAD kutatások, és az azzal azonos módszerrel készült fővárosi kutatások alkalmasak. Ezek alapján megállapítható, hogy a kilencvenes évek második felében bekövetkezett jelentősebb növekedés után, a 2000-es évek első felében a növekedés mértéke lassult. Az 1999. és 2003. évi ESPAD-adatok már arra utaltak, hogy a tiltott szerfogyasztás életprevalenciájában bekövetkezett növekedés szinte kizárólag a marihuána-fogyasztás növekedésének volt köszönhető. Figyelemre méltó, hogy a nemzetközi tendenciákhoz hasonlóan a lányok tiltott szer fogyasztása közeledni látszik a fiúkéhoz.

A fogyasztott szerek struktúrája alapján egyre meghatározóbbá válik a marihuána-fogyasztás, ugyanakkor változatlanul magas – az ESPAD-adatok alapján nemzetközi összehasonlításban is – az orvosi javaslat nélküli nyugtató/altató fogyasztás. Bár az első kipróbálás egyre korábbi életkorra tevődik, a középiskolás évek meghatározóak a kábítószer-fogyasztás terjedésében.

<sup>38</sup> Az eredmények reprezentatívak a Magyar Honvédség (hivatásos, szerződéses és hallgatói, kivéve a közalkalmazotti) állományára.

<sup>39</sup> A korábbi vizsgálatok a hivatásos és szerződéses állományú katonákra terjedtek ki.



A korábbi kutatási eredmények alapján az volt feltételezhető, hogy a szüleiktől távol, kollégiumban élő fiatalok körében elterjedtebb a tiltott szerek kipróbálása, mint az azonos korú, szüleikkel élő társaiknál. A 2004. évi kollégiumi vizsgálat megcáfolni látszik ezt a feltevést. Valamennyi, fiatalok körében készült kutatás eddig egyértelműen arra utalt, hogy mindkét édesszülő jelenléte a családban, visszatartó hatású a drogfogyasztás kialakulásában. Gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok között végzett kutatás eredményei csak részben támasztják alá a korábbi eredményeket. Míg a gyermekotthonban élő fiatalok között az országos átlagot jelentősen meghaladó a tiltott szerfogyasztás életprevalencia értéke, addig nevelőszülőknél élő társaiknál alig jelenik meg a tiltott szerfogyasztás.

A társadalmi státus hatása a különböző kutatások alapján nem egyértelmű. A 2003. évi ESPAD kutatások eredményei szerint a korábbiaktól eltérően megszűnni látszik a szülők társadalmi státusának hatása a fiatalok drogfogyasztására. A kollégisták között végzett vizsgálat eredményei egyértelműen arra utalnak, hogy a magasabb társadalmi státusú szülők gyerekei között gyakoribb a tiltott szerek kipróbálása. A budapesti roma fiatalok körében végzett kutatás eredményei szerint pedig a szegénység az egyik legmeghatározóbb oka a kábítószer-fogyasztásnak.

## 3. PREVENCIÓ

### *Háttér, előzmények*

A Nemzeti Stratégiában megnevezett prevenciós szinterek (család, iskola, munkahely, szabadidő eltöltésének szinterei, egyházak, média, információs társadalom, honvédség, gyermekvédelem intézményrendszere, rendőrség, kockázati csoportok/romák) közül az iskolai keretek között folyó prevenciós munkáról állnak rendelkezésre részletes és rendszerezett adatok, ez említett szintereknek azonban nem mindegyikén valósul meg tényleges prevenciós tevékenység.

Az elmúlt években a hazai köztudatban is egyre inkább ismertté, elfogadottá váltak a prevenciós szemlélet új megközelítései (általános, célzott és javallott prevenció), a prevenciós szolgáltatók is mindinkább ebben a szemléletben határozzák meg tevékenységüket.

### *Új fejlemények*

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet munkájának eredményeként kialakításra került egy szakmai információs portál ([www.ndi-szip.hu](http://www.ndi-szip.hu)). A portál elsődleges célja, hogy a kábítószer-fogyasztással, -kezeléssel és -prevencióval kapcsolatos információkat könnyen hozzáférhető formában tegye közzé. A dinamikus adatbázis tulajdonságokkal rendelkező portál a prevenciós programokon kívül információt kínál a kábítószer-problémával foglalkozó társadalomtudományi kutatásokról, az ellátás különböző szervezeteiről, intézményeiről, illetőleg azok szakmai programjairól, az alkalmazott technikákról. A regisztrált szervezetek egy, az EDDRA (Kábítószer-kereslet Csökkentését Célzó Intézkedések Információs Rendszere) szempontrendszerének megfelelő adatlapot töltenek ki programjaikról, mely alapján több szempont szerint is kereshető az adatbázis.

Az adatbázisban 2005 júliusáig 228 szervezet regisztrálta magát. A regisztrált szervezetek 86%-a foglalkozik drog-prevencióval, ezen szervezetek fele a prevenciós beavatkozások mellett kezelési, kutatási, vagy egyéb tevékenységet is végez.

### **3.1. ÁLTALÁNOS PREVENCIÓ**

#### **Iskolai prevenció**

2004-ben is kiírásra került az ICSSZEM-OM alap-, és középfokú oktatási intézményekben folyó prevenciós programokat támogató közös pályázata. (leírását lásd korábbi Jelentések).

Az elbírálás szempontrendszere figyelembe veszi az európai uniós ajánlásokat és előnyben részesíti a bizonyítottan hatékony módszereket alkalmazó programokat.

Az elbírálás során előnyben részesültek azok a programok, melyek:

- foglalkoznak a konfliktuskezelés és a problémamegoldás módozataival;
- tervezik a szülők minél szélesebb körű bevonását az iskolai egészségnevelés megvalósításához alkalmazott programokba;
- foglalkoznak a társadalmi bűnmegelőzéssel kapcsolatos ismeretek átadásával;
- foglalkoznak a kritikus helyzetben történő pozitív döntéshozás készségének fejlesztésével;
- foglalkoznak a segítségnyújtás és a segítségkérés kérdéseivel, a segítő intézményekkel;

- kiemelten foglalkoznak a drogok (legális és illegális drogok) hatásaival és a droghasználat következményeivel, ezen belül a dohányzás és alkoholfogyasztás problematikájával;
- a foglalkozások tematikájának kialakításánál figyelembe vették a korosztályi sajátosságokat;
- hangsúlyosan építenek a már – korábban - képzésen részt vett, tanúsítvánnyal rendelkező iskolai drogügyi koordinátor koordinációs munkájára, az egészségfejlesztő csoport tagjainak tevékenységére, akik a jelen pályázat összegéből tiszteletdíjban részesítendőek;
- céljai között szerepel az iskolai intézményi helyzetelemzés elvégzése, a "Segédlet az iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési program elkészítéséhez" című kiadványban foglaltak felhasználásával, illetve az eredmények alapján fogalmazzák meg céljaikat a folyamatok fenntarthatóságára törekedve;
- az egész iskolára (alkalmazottaira, közvetlen partnereire) kiterjedő egészségfejlesztési szemlélet megvalósítására törekszenek, amely felöleli a környezeti nevelés témakörét is és szorgalmazza a település többi oktatási intézményével való konkrét együttműködést;
- határozottan megjelenítik a kortárssegítők bevonását az iskolai egészségnevelési folyamatokba
- a pedagógusokat célzó egészségfejlesztési szemlélet elsajátítására vonatkozó konkrét elképzeléseket fogalmazzák meg;
- nem az elrettentés szemléletét képviselik;
- nem épülnek túlsúlyosan információközlésre, inkább az interaktív módszereket részesítik előnyben;
- rendelkezik a helyi KEF támogató véleményezésével a tervezett programról.

A pályázat keretösszege 2004-ben 180 millió Ft (715.194 €) volt. A 774 pályázó közül 322 iskola (közülük 213 olyan iskola volt, amely részt vett és nyertes volt a korábbi pályázatokon is), részesült pályázati támogatásban.<sup>40</sup> Ez azt jelenti, hogy a 11-18 éves populációból közel 130.000 diák vett részt prevenciók célú foglalkozásokon.

Az iskolában folyó prevenciók tevékenység támogatására 2004-ben a PHARE program részeként Uniós forrásokat is sikerült bevonni. 37 nyertes pályázat keretében mintegy 840.404 € támogatást kaptak az iskolai megelőző programok az ország hét régiójában.

## Drogügyi koordinátor képzés

Ahogy erről már a korábbi évek Jelentései is beszámoltak, 2002 óta folyik az iskolai drogügyi koordinátorok képzése a központi költségvetés (OM – KKB) részleges, vagy teljes körű finanszírozásával. Ennek a programnak a keretében 2004 januárja és 2005 áprilisa között az iskolai drogügyi koordinátor képzésen 957 pedagógus vett részt. Számuk megyénként a következőképpen alakul:

6. táblázat. *Drogügyi koordinátorok számának alakulása és drogügyi koordinátorral rendelkező iskolák aránya megyénként (2005 április)*

	összesen iskola	összesen koordinátor 2003-ban	összesen koordinátor 2005 április	drogügyi koordinátorokkal rendelkező iskolák aránya (2005 április)
Budapest	661	153	252	38,1%

<sup>40</sup> Beszámoló az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium prevenciók tevékenységéről 2004-ben

Baranya	175	34	80	45,7%
Bács-Kiskun	222	42	89	40,1%
Békés	162	27	76	46,9%
Borsod-Abaúj-Zemplén	336	75	146	43,5%
Csongrád	166	64	100	60,2%
Fejér	178	42	85	47,8%
Győr-Moson-Sopron	212	54	112	52,8%
Hajdú-Bihar	203	55	111	54,7%
Heves	155	36	80	51,6%
Jász-Nagykun-Szolnok	166	36	62	37,3%
Komárom-Esztergom	139	28	63	45,3%
Nógrád	110	67	119	108,2%
Pest	357	81	152	42,6%
Somogy	166	37	78	47,0%
Szabolcs-Szatmár-Bereg	275	29	86	31,3%
Tolna	108	33	63	58,3%
Vas	125	24	47	37,6%
Veszprém	173	57	94	54,3%
Zala	148	29	65	43,9%
<b>Összesen</b>	<b>4237</b>	<b>1003</b>	<b>1960</b>	

*Forrás: Sulínova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht*

## Az iskolai kereteken kívül folyó általános prevenció

Az ICSSZEM támogatásával a következő programok valósultak meg 2004-ben:

- Drog-ellenes Családi Nap Siófokon a Palace Dance Club-ban: Az egész napos rendezvényen drog-prevenciók szolgáltatók nyújtottak felvilágosítást az érdeklődőknek.
- Szenvedélyek Napja rendezvénysorozat: A programot 2004-ben rendezték meg hatodik alkalommal, az eseményen a szenvedélybetegségek felismeréséről, megelőzéséről és gyógyításáról hangzottak el előadások, kerekasztal-beszélgetések, valamint a témával kapcsolatos filmeket is megtekinthettek az érdeklődők.
- Háló-mozi Program: Az immáron harmadik éve működő program újszerű, fiatalokhoz közel álló, interaktív stílusban nyújt kábítószer-fogyasztást megelőző ismereteket középiskolás fiataloknak.
- Köztes Átmenetek a drogról: Ez az interaktív, utazó kiállítás 2004-ben több hazai nagyvárosban is bemutatásra került. A kiállítás elsősorban a 14 évnél idősebb fiatalok és a szülők részvételére számítva, a család drogmegelőzésben betöltött elsődleges szerepére hívja fel a figyelmet. A kiállítás az év során 4 helyszínen került bemutatásra, összesen 12000 látogató tekintette meg.
- Drogsegély-vonal szülőknek: Az Országos Gyermekvédő Liga a szülők kábítószer-problémával kapcsolatos tájékozódását elősegítő új információs telefonvonal üzemeltetését kezdte meg 2004. július 1-től.

## 3.2. CÉLZOTT PREVENCIÓ

### Prevenció a szabadidő eltöltésének szinterein

lásd Kiemelt téma

### Veszélyeztetett csoportok

A veszélyeztetett csoportok körében végzett prevenciók tevékenységéről szisztematikus adatgyűjtés egyelőre nem készült.

A roma populációra irányuló prevenciók tevékenységei közül két programról tudunk beszámolni:

- A Tiszta Jövőért KHA Roma programjának keretében kortárssegítő- és pedagógus-képzést végeztek. 2004-ben a roma és nem roma fiatalok közös kortárssegítő képzése 4 alkalommal került megrendezésre, 82 középiskolás tanuló részvételével. A képzést követően havonta egy alkalommal kortárssegítő találkozókat, esetmegbeszélő munkát is szerveztek, alkalmanként 4 órában.
- A roma és nem roma fiatalok tanárai, nevelői részére szervezett drogügyi koordinátorképzésen 21-en vettek részt az elmúlt évben.

### *Következtetések*

Az elmúlt évek átfogó kutatásai eredményeképpen kiterjedt információkkal rendelkezünk az iskolai keretek között folyó prevenciók munkáiról, a nem iskolai keretek között folyó prevenciók tevékenységeiről egyelőre nem állnak rendelkezésünkre részletes adatok.

A 2004-ben elindított Szakmai Információs Portál lehetőséget biztosít a kábítószer-problémával foglalkozó szakembereknek és szervezeteknek információszerzésre és annak cseréjére, valamint segítséget nyújt az európai elvárásokhoz való igazodáshoz. Az adatbázisban 2005 júliusáig 228 szervezet regisztrálta magát, programjaikról az adatlapok kitöltése folyamatban van.

## 4. PROBLÉMÁS DROGFOGYASZTÁS

### Háttér, előzmények

A TDI-alapú adatgyűjtés megvalósulása az év során módosuló jogszabály alapján az egészségügyi szolgáltatók feladata lesz. A szolgáltatók minden új kliens esetén kötelesek lesznek a TDI-kérdőívben meghatározott adatokat felvenni, és azokat negyedévente továbbítani az OAI (Országos Addiktológiai Intézet) felé. Az adatgyűjtés anonim lesz, ugyanakkor a rendszer alkalmas a kettős vagy többes jelentések kiszűrésére, illetve a kliens ellátórendszerbeli útjának követésére. Ezt az ún. generált szám alkalmazásával érik el, amely országosan egységes logikával képződik a kliensek természetes azonosító adataiból. Az elmúlt negyedévben elkészült a TDI szoftver. A bevezetés megkönnyítése érdekében az OAI a Drog Fókuszponttal együttműködve az ősz folyamán országos szakmai bemutatót és regionális képzéseket szervez annak érdekében, hogy minden szakember hozzájuthasson a szükséges információhoz.

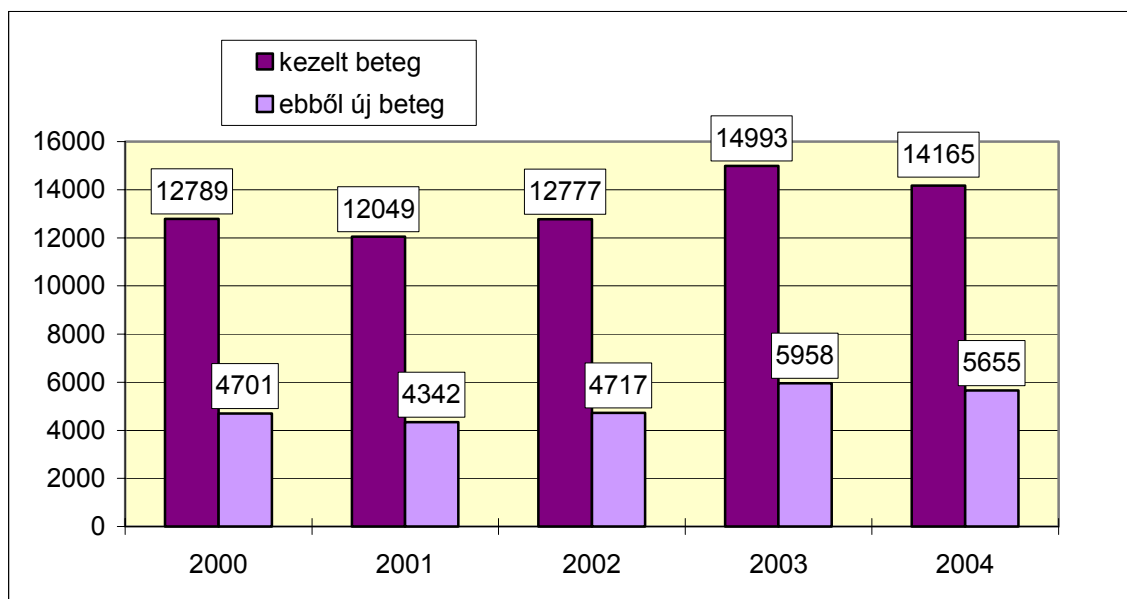
### 4.1. PREVAENCIA ÉS INCIDENCIA BECSLÉSEK

Nincs új információ.

### 4.2. KEZELÉSBE VONT KLIENSEK PROFILJA

Az egészségügyi intézményekben kezelt drogfogyasztók száma 2001-ben - az adatgyűjtés bevezetése óta példátlan módon - csökkent az előző évhez képest. A csökkenés 2002-ben nem folytatódott, sőt kismértékű emelkedés jelentkezett. 2003-ban az előző évhez képest jelentős mértékű, 17%-os növekedés mutatkozott, ezt 2004-ben 6%-os csökkenés követte. A kezelt betegek számának ingadozása összefüggésben áll a törvényi szabályozás változásaival az elmúlt években.

9. ábra. Kezelésben részesült drogfogyasztók száma Magyarországon 2000-2004



Forrás: OSAP

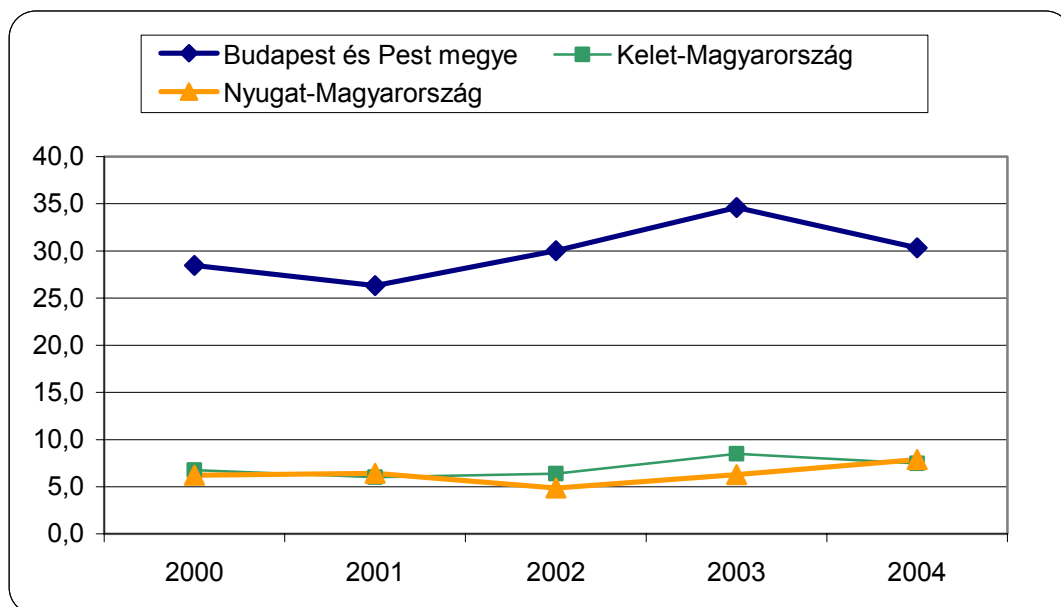
Az első alkalommal kezelték száma 2000-ben 19%-kal csökkent 1999-hez viszonyítva. Ez a hirtelen, nagy mértékű csökkenés annak tudható be, hogy az első alkalommal kezelésben részesült beteg fogalma megváltozott, a kezelő intézmények a 2000. tárgyévtől kezdve az „életében (saját bevallása szerint) először kezelt” betegek számát jelentik ebben a rovatban. A 2003-at megelőző három évet tekintve az új betegek számának stagnálása megszűnt, a 26%-os növekedés 2003-ban jelentősnek mondható. Ehhez képest 2004-ben az új betegek száma 5%-kal csökkent.

### Területi megoszlás

A területi megoszlásra vonatkozó adatok a jelenlegi egészségügyi drogstatistikában minden esetben a kezelő intézmények helyét jelölik. A betegek lakóhelyét a központi feldolgozásra továbbított adatok nem tartalmazzák.

A Kelet- és Nyugat-Magyarországot, valamint Budapestet és Pest megyét ábrázoló diagramról leolvasható, hogy a lakosságszámra vetített kezelt drogfüggők számában nincs jelentős eltérés az ország keleti és nyugati része között. A kiugró különbség Budapest és vonzáskörzete és az ország többi része között mutatkozik. Ez a különbség 1996 óta többszörösére nőtt.

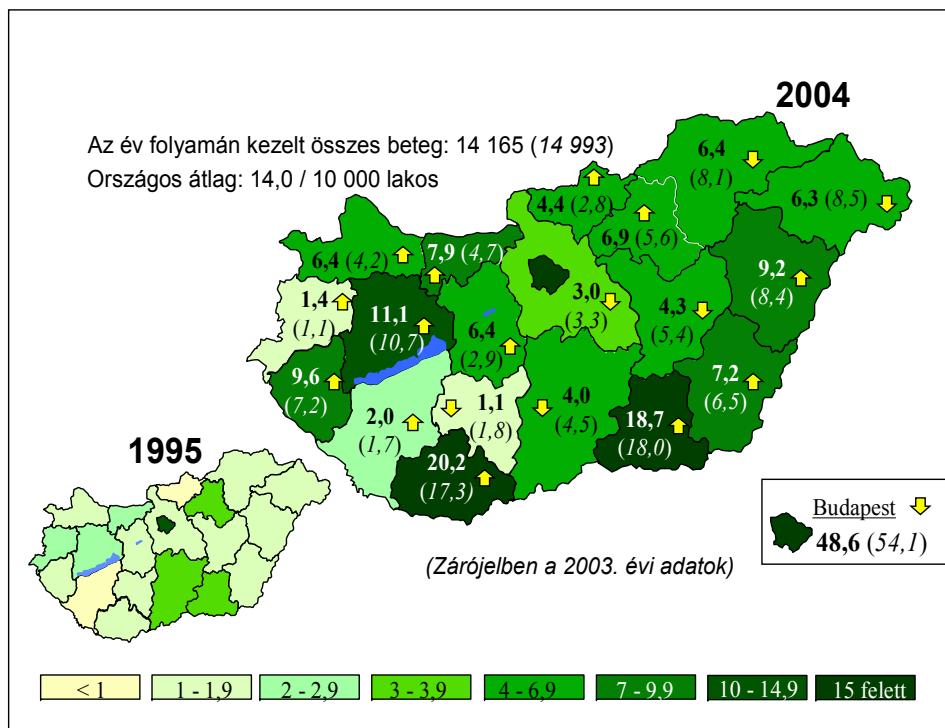
10. ábra. 10 ezer lakosra jutó kezelt drogfüggő területenként 2000-2004



Forrás: OSAP

A következő térképen részletesen látható a drogfüggők kezelésének területi megoszlása.

1. térkép. A drogfüggők kezelésének területi megoszlása

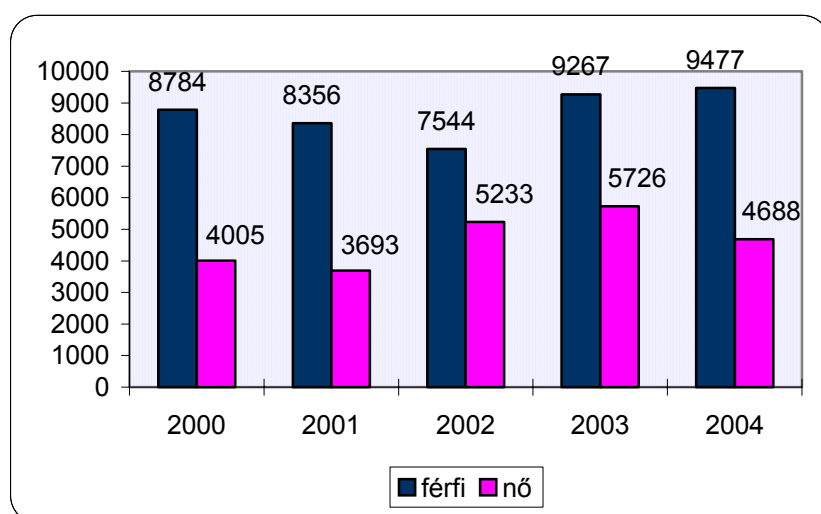


Forrás: OSAP

### Szociodemográfiai jellemzők

2003-ban a nők aránya némileg csökkent a kezelték között, az arány 62-38%. 2004-ben a kezelt férfiak aránya ismét növekedett, az arány jelenleg 67-33%. A nyugtató típusú szerek kivételével 1995-2004 között az egyes kábítószer kategóriákban külön-külön is magasabb volt a kezelésben részesült férfiak száma. A nyugtatókat, altatókat visszaélészerűen fogyasztók között minden évben a nők aránya lényegesen nagyobb.

11. ábra. A kezelt drogfogyasztók nemek szerinti megoszlása



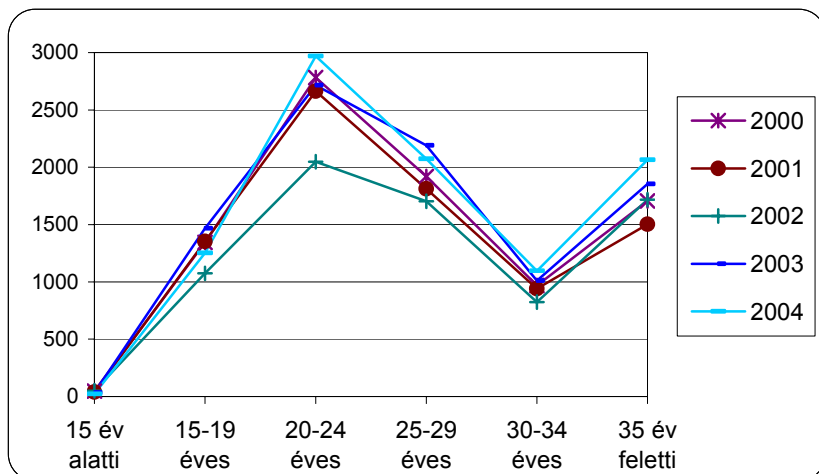
Forrás: OSAP

A kezelésben részesült férfiaknál 2004-ben a 15 év alatti korosztályban 30%-kal csökkent a kezelték száma, így folytatódott az előző évi tendencia (2003-ban 33%-os volt a csökkenés).



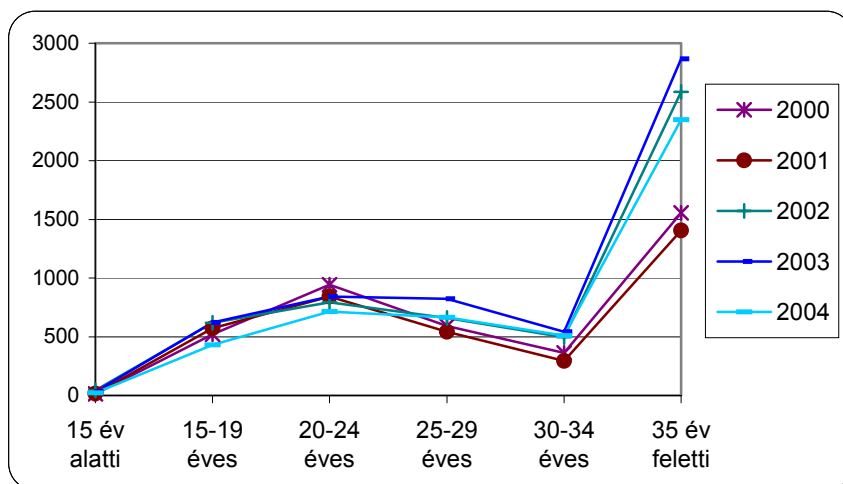
Új jelenség, hogy a 15-19 évesek között is 15%-os, a 25-29 éves korosztály esetében pedig 5%-os csökkenés jelentkezett. A többi kategóriában továbbra is nőtt a kezelt drogfogyasztók száma. 2003-ban a 15-év alatti nőknél csökkenés, a 15-19 év közötti nőknél stagnálás, afölött pedig jelentős, de a férfiak mértékét el nem érő növekedés mutatkozott. Ezzel szemben 2004-ben valamennyi korcsoportban jelentősen csökkent a kezelt nők száma az előző évhez képest.

12. ábra. *Életkori megoszlás a kezelt kábítószer fogyasztó FÉRFIAK körében 2000-2004*



Forrás: OSAP

13. ábra. *Életkori megoszlás a kezelt kábítószer fogyasztó NŐK körében 2000-2004*



Forrás: OSAP

Az adatközlők becsléseket tettek a kezelt drogfogyasztók iskolai végzettségére. A becslésekből jól látható, a középiskolai, vagy annál alacsonyabb fokú végzettséggel rendelkezők, illetve az (általános) iskolai végzettség nélküliek dominanciája. Több más összetevő mellett ez összecsenghet azokkal a más felmérésekből megállapítható következtetésekkel, hogy a drogfogyasztás (a nyugtatókat, altatókat, politoxikomániát leszámítva) elsősorban a fiatalabb korosztályokban jelentős, akiknek még módjuk sem volt magasabb iskolai végzettséget szerezni.

7. táblázat. *Iskolai végzettség és drogfogyasztás*

A kezelt legmagasabb iskolai végzettségének százalékos megoszlása az adatközlők megítélése szerint

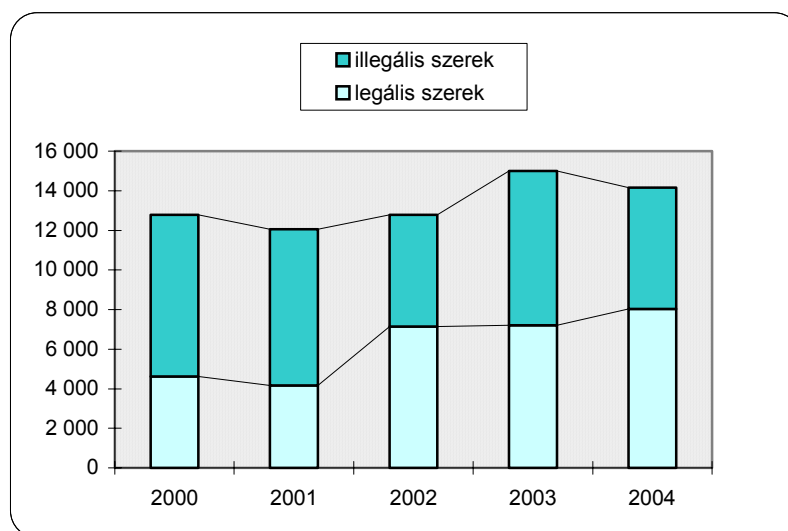
	5% alatt	5-10%	10-25%	25-50%	50% felett
általános iskola		2,4%	8,0%	6,6%	7,1%
szakmunkásképző	0,5%	0,9%	8,0%	11,8%	4,7%
középiskola (érettségi)	0,9%	1,4%	10,8%	8,5%	4,2%
szakképesítést nyújtó	0,9%	0,9%	10,4%	0,9%	0,5%
főiskola / egyetem	4,7%	6,1%	5,7%		
nincs végzettsége	1,4%	2,4%	2,8%	2,8%	

*Forrás: OSAP*

## Szertípus szerinti megoszlás

Összességében elmondható, hogy 1995-től 2001-ig az illegális és legális szerek fogyasztása miatt kezelt aránya megfordult: a legális szereket fogyasztók aránya 67%-ról 35%-ra csökkent, míg ezzel párhuzamosan az illegális szerek aránya 33%-ról 65%-ra nőtt. A 2003. évben 2002-höz képest nőtt az illegális szerek aránya, a kezelt betegek számának jelentős emelkedése mellett. 2004-ben csökkent a kezelt drogfogyasztók száma, és ugyancsak csökkent az illegális szerek aránya (43,3%) olyannyira, hogy ismét a legális szerek kerültek többségbe (56,7%).

14. ábra. Kezelt drogfogyasztók megoszlása a fogyasztott szerek alapján 2000-2004



*Forrás: OSAP*

2000-ben a kezelt betegek 39%-a volt opiát-fogyasztó. A tendencia ezután megfordult: 2001-ben a kezelt opiát-fogyasztók száma 13%-kal, 2002-ben további 36%-kal, 2003-ban 7,4%-kal, végül 2004-ben több mint 20%-kal csökkent az előző évhez képest, így most az összes kezelt betegnek 14,4%-a volt opiát-fogyasztó.

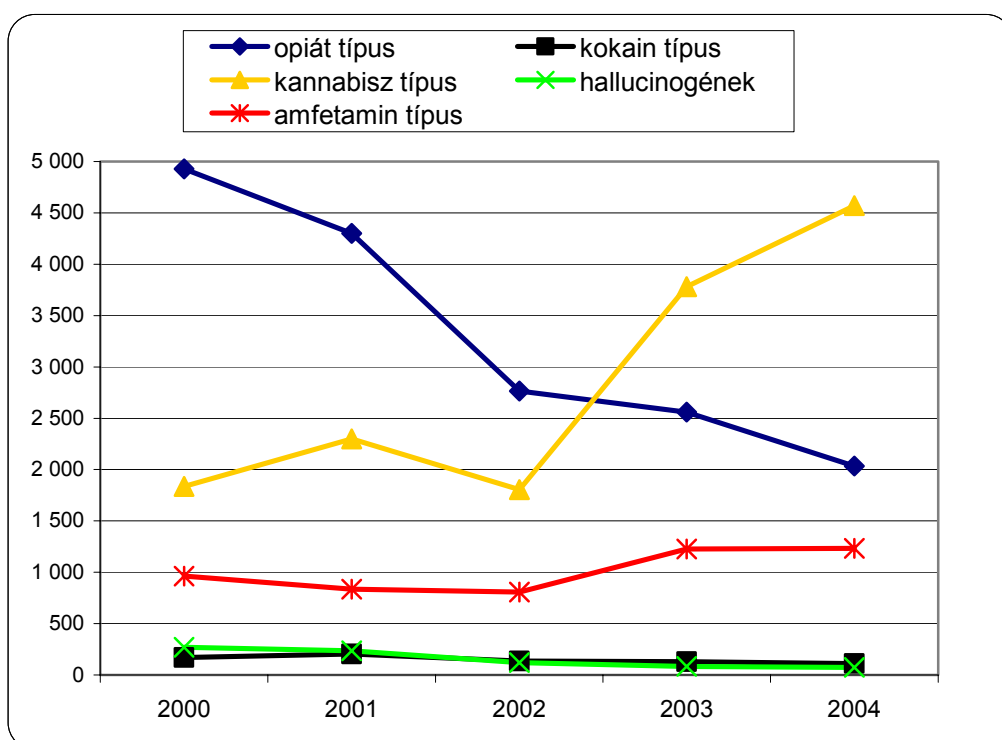
A kannabisz-fogyasztók (marihuána, hasis) száma és az összes beteghez viszonyított aránya 2000-ben csak kis mértékben nőtt. Viszont amíg 2001-ben számuk 25%-kal nőtt az előző évihez képest, és az összes kezelt beteg 19%-át adták, 2002-ben 22%-os csökkenés következett be, és az összes kezelt betegek közötti arányuk 14%-ra csökkent. Ezzel szemben 2003-ban kiugróan magas, 109%-os növekedés mutatkozott, és a növekedés 2004-ben is folytatódott 21%-kal. Ezzel a nyugtatót fogyasztókat megelőzve immár a legnagyobb csoportot képezik a kezelt betegek között.

Az amfetamin-fogyasztás miatt kezelt betegek számának korábban tapasztalt növekedése 1999-ben megállt, és 2002-ig folyamatosan csökkent. 2003-ban viszont jelentősen, 52%-kal nőtt, míg 2004-ben nem változott az előző évhez képest, így most az összes beteg 8,7%-át képezik.

A kezelt kokain-fogyasztók száma 2001-ben az előző évhez képest 20%-kal nőtt, viszont 2002-ben 34%-kal, 2003-ban 3,7%-kal, 2004-ben 13,7%-kal csökkent, arányuk így az összes kezelt beteghez viszonyítva 0,8%.

A hallucinogének fogyasztása miatt kezelt aránya az összes beteghez képest szintén mindig csekély volt, számuk 2001-ben 13%-kal, 2002-ben 48%-kal, 2003-ban 32%-kal, 2004-ben további 8,4%-kal csökkent az előző évhez képest.

15. ábra. Illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma



Forrás: OSAP

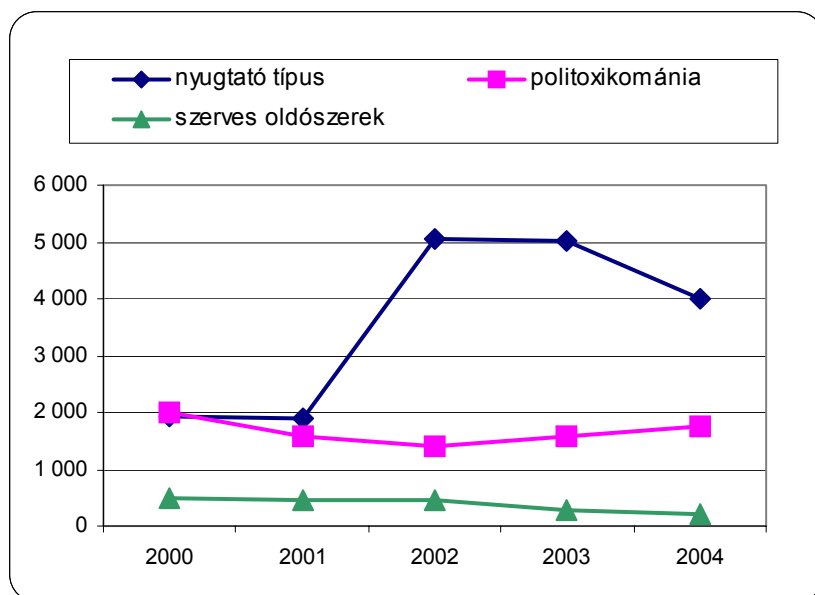
A kezelésben részesült szerves oldószereket fogyasztók száma csak lassan nőtt 2002-ig, 2003-ban és 2004-ben viszont csökkent, és a más kábítószer fogyasztókhoz képest az arány relatíve alacsony. Az összes kezelt beteghez viszonyított arányuk 2004-ben 1,6% volt.

A nyugtatókat, altatókat kábítószerként fogyasztók aránya 2004-ben az összes kezelt beteghez viszonyítva 28,2%. A legális szerek között ezt fogyasztják a legnagyobb arányban. A kannabisz kivételével az illegális szereknél is többen fogyasztják. A nyugtatókat fogyasztók száma csökkent az előző évhez képest.

A politoxikománia (nyugtatók, altatók fogyasztása alkohollal) miatt kezelt betegek száma 1995-1997 között több mint kétszeresére nőtt, 1998 óta azonban évről évre jelentős ingadozást mutat. 1998-ban az előző évhez képest 20%-os csökkenés, a következő évben, 1999-ben 10%-os növekedés, 2000-ben 6%-os növekedés volt tapasztalható. 2001-ben számuk újra csökkent 22%-kal, és 2002-ben is közel 10%-os csökkenés volt kimutatható, viszont 2003-

ban és 2004-ben ismét 11, illetve 12%-os növekedés volt. Az ingadozás oka ismeretlen, további vizsgálatot igényel.

16. ábra. Legális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma

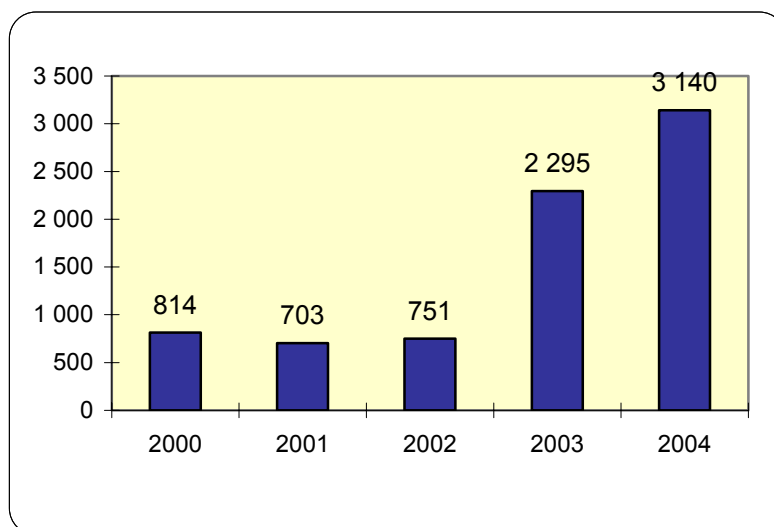


Forrás: OSAP

### A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték számának alakulása

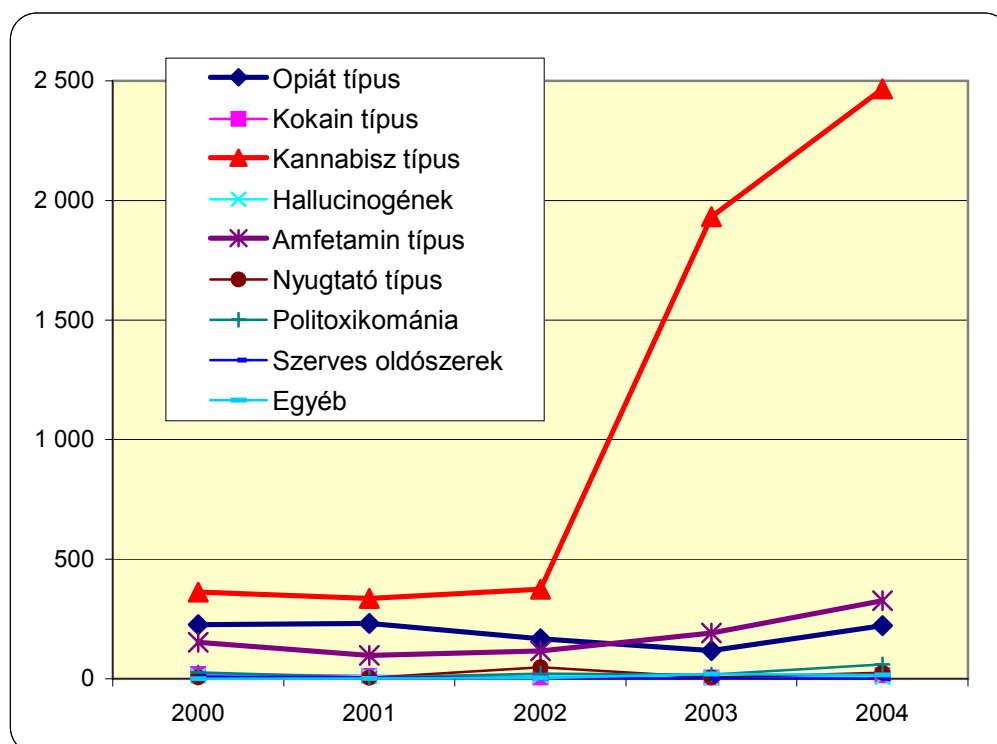
Az elterelő kezelésben részesülő kábítószer-fogyasztók száma 1998-ig az összes kezelt beteg számának növekedéséhez hasonlóan szintén nőtt. 1999-ben kis mértékben, 2000-ben azonban jelentős mértékben, 25%-kal visszaesett – az összes betegszám növekedése ill. stagnálása mellett. 2001-ben számuk tovább csökkent, az előző évhez viszonyítva 14%-kal, 2002-ben viszont 7%-os növekedés jelentkezett. Igazán jelentős, példa nélküli növekedés következett be 2003-ban, amikor számuk 206%-kal nőtt, és a növekedés 2004-ben is folytatódott (37%). A jelenség hátterében valószínűleg az állhat, hogy 2000-ben a Büntető Törvénykönyv vonatkozó részeit szigorították, 2003-ban viszont enyhítették.

17. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma



A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték számának csökkenését 2000-ben a kannabisz- és amfetamin-fogyasztók körében tapasztalt 36%-os, illetve 45%-os csökkenés okozta, a többi kábítószer tekintetében a kezelték száma az elterelő kezelésben kis mértékben nőtt vagy nem változott. 2001-ben a kannabisz- és amfetamin-fogyasztása miatt büntetőeljárás helyett kezelték számának csökkenése mellett csökkent a kokain és politoxikománia miatt kezelték száma is. 2002-ben viszont a kannabisz és amfetamin arányának növekedése mellett a nyugtatók miatt kezelték száma is jelentősen nőtt. A 2003-ban tapasztalt nagymértékű növekedés háttérében a kannabisz-fogyasztás miatt elterelő kezelésben részesültek 417%-os növekedése állt, 2004-ben pedig további 71%-os volt a növekedés.

18. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelték száma 2000-2004 között, drogtípusok szerint



### Az ellátó intézmény típusa szerint

Az alábbi táblázat a 2004. évi adatok alapján mutatja be, hogy az egyes intézmény típusok a kezelt betegek mekkora hányadát látták el. Az addiktológiai gondozók hagyományos szerepe mellett egyre nagyobb részt képviselnek a drogambulanciák. Míg a járóbeteg ellátás megoszlik a különböző gondozók és drogambulanciák között, addig a fekvőbeteg ellátásnak az alábbi csoportosításban nincs alternatívája a pszichiátriai és addiktológiai osztályokon kívül.

8. táblázat. A drogfogyasztók megoszlása a kezelő intézmény típusa szerint

Intézménytípus	Kezelt betegek		Előzőből új betegek	
	száma	%	száma	%
AG Addiktológiai gondozók	4 158	29,4	1 513	26,8

DA	Drogambulanciák	5 146	36,3	2 771	49,0
GG	Gyermek- és ifjúság-pszichiátriai gondozók	67	0,5	41	0,7
PG	Pszichiátriai gondozók	187	1,3	74	1,3
PO	Pszichiátriai és addiktológiai osztályok	2 057	14,5	541	9,6
EG	Egyéb (toxikológia)	2 550	18,0	715	12,6
<b>Összesen</b>		<b>14 165</b>	<b>100,0</b>	<b>5 655</b>	<b>100,0</b>

*Forrás: OSAP*

Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy a járó- és fekvőbetegek számának pontos megadását az adatgyűjtés módszertana nem teszi lehetővé, mert a pszichiátriai és addiktológiai osztályok a hozzájuk kapcsolódó szakambulancia adataival együtt jelentik a betegszámot.

#### **4.3. KEZELÉSBEN NEM RÉSZESÜLŐK FŐ JELLEMZŐI ÉS FOGYASZTÁSI MINTÁI**

Nincs új információ.

##### *Következtetések*

Az elmúlt évben a kezelésbe vont új betegek száma 5%-kal csökkent. A lakosságszámra vetített drogfogyasztók számában nincs jelentős eltérés az ország keleti és nyugati fele között, azonban kiugró különbség figyelhető meg Budapest és vonzáskörzete, illetve az ország többi része között. A nyugtató típusú szerek kivételével az egyes kábítószer kategóriákban minden évben külön-külön is magasabb volt a kezelésben részesült férfiak száma. Az életkori megoszlás 2004-ben azt mutatta, hogy a 29 év alatti férfiak, illetve a nők minden korosztályában csökkent a kezelt kliensek száma. Az adatközlők becslései szerint a középiskolai, vagy annál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők vannak túlsúlyban a drogfogyasztók populációjában. 2004-ben csökkent az illegális szerek fogyasztók aránya, olyannyira, hogy a legális szerek kerültek többségbe. A kezelésbe vont kannabisz-fogyasztók aránya jelentősen (21%-kal) nőtt az elmúlt évben. Az amfetamin esetében az arány nem változott. A kokain- és hallucinogén-fogyasztók aránya csökkent az elmúlt évben. A büntetőeljárás alternatívájaként kezelt betegek aránya 2004-ben jelentősen, 37%-kal nőtt.

## 5. DROGFOGYASZTÓK KEZELÉSE

### *Háttér, előzmények*

A kezelőhelyekkel kapcsolatos adatokat 459 adatközlő szolgáltatja évente egyszer, de mivel ezek egy része átfedésben van egymással<sup>41</sup>, valójában mintegy 400 adatszolgáltatóról van szó. Ezeknek az adatszolgáltatóknak a típusait jogszabály írja elő. Az adatgyűjtő és feldolgozó központ 2003-tól az Országos Addiktológiai Intézet (OAI)<sup>42</sup>. A jelentés űrlapjának tartalmát és formáját az Egészségügyi Minisztérium (EüM) határozza meg, dönt az esetleg szükségessé váló módosításokról, és jeleníti meg azokat az évente pontosított OSAP kormányrendeletben, illetőleg 2004-től EüM rendeletben.

### 5.1. ELLÁTÓRENDSZEREK

#### *Felmérés az ellátórendszerekről, 2004.*

Az Országos Addiktológiai Intézet 2004-ben felmérést készített a magyarországi addiktológiai ellátó rendszerről. Az adatgyűjtés<sup>43</sup> célja az volt, hogy a korábbi, OSAP-ban, illetőleg kormány- és egészségügyi miniszteri rendeletekben előírt rendszeres, valamint ad hoc adatszolgáltatásokból rendelkezésre álló adatokhoz képest minél részletesebb képet kapjunk az ellátórendszer alábbi területeiről:

- a kábítószer-fogyasztók kezelésében (és elterelésében) résztvevő intézményekről (kezelőhelyekről),
- a kezelőhelyek kapcsolati rendszeréről,
- a kezelőhely régiójába tartozó szolgáltatások meglétéről, elérhetőségéről,
- az adatszolgáltató kezelőhely működésének jellegéről;
- az egyes ellátási formákban kezelt drogbetegek (adatközlők megítélése szerinti)
- a kezelőhelyeken biztosított kezelési formákról,
- az elterelésben vállalt szolgáltatásokról,
- a terápiás programokról,
- egyéb (képzési, kutatási, kiegészít megelőző, stb.) tevékenységekről.

Jelen fejezetben ezen felmérés eredményei segítségével mutatjuk be az ellátórendszert.

#### *Személyi feltételek*

A betöltött állásokat tekintve megállapítható, hogy egy-egy kezelőhelyre mindössze átlagosan 1 teljes állású orvos jut, aki ráadásul nem is biztosan pszichiáter, vagy addiktológus. Ugyancsak nagyon alacsony a szociális munkások száma, holott az addiktológiai betegek jelentős része komoly szociális problémákkal küzd. A szakdolgozói és kisegítő létszám is kevés, egy kezelőhelyre átlagosan 3,8 fő, egy orvosra mindössze 2,2 fő jut. Jelentős ugyanakkor a tartósan távollevők és a betöltetlen állások száma.

#### 9. táblázat. *A különböző ellátási formákat kínáló kezelőhelyek személyzeti ellátottsága*

<sup>41</sup>Például ugyanabban a rendelőben, ugyanazon személyzettel működő pszichiátriai és addiktológiai gondozó

<sup>42</sup>2002-ig az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet végezte az adatgyűjtést és feldolgozást.

<sup>43</sup> A kérdezés 2004. augusztusától októberig tartott. A kutatás során az ellátó helyeket a 468 adatszolgáltatót tartalmazó OSAP címlista alapján keresték meg. Összesen 375 kérdőívet küldtek ki, melyekből 248 kitöltött jutott vissza az OAI-ba. Végül 212 kezelőhely adatai kerültek feldolgozásra. A végleges kérdőív egyaránt tartalmazott kvalitatív és kvantitatív jellegű információkat szolgáltató kérdéseket.

Létszám adatok	szervezett	betöltött	tartósan távol	betöltetlen
orvos	575	501	17	57
ebből: pszichiáter	429	385	7	38
pszichológus	128	120	5	3
egyéb diplomás	245	236	7	2
ebből: szociális munkás	92	90	2	
addiktológiai konzultáns	25	24	1	
mentálhigiénikus	32	31	1	
pszichopedagógus	31	26	3	2
lelkész	8	8		
Szakápoló	967	928	28	11
Segédápoló	263	254	3	7
Gondozó	163	153	3	7
Asszisztens	160	154		6
Adminisztrátor	134	130	2	2
Egyéb	299	284	13	2
<b>Összesen</b>	<b>2 935</b>	<b>2 760</b>	<b>77</b>	<b>98</b>

Forrás: Egészségügyi Minisztérium – OAI

Az orvosok és pszichológusok szakmai képesítése is meglehetősen hiányos: az orvosok közül 20,8%, a pszichológusok közül mindössze 3,1% rendelkezik addiktológus szakvizsgával.

Az adatközlők megítélése szerint a kezelőhelyek nagy többségénél a szakmai minimumfeltételek csak részlegesen teljesülnek.

#### Kapcsolatrendszer

A különböző típusú kezelő intézmények eltérnek egymástól abban, hogy átlagosan mekkora területről vesznek fel betegeket. Az addiktológiai gondozók és pszichiátriai osztályok viszonylag sűrűn lefedik az ország és a megyék területét, így vonzáskörzetük valóban a közeli települések lakosságára terjed ki. Eltérő a drogambulanciák helyzete, amelyekből még ma is kevés (19) van, és speciális ellátást nyújtanak. A drogambulanciák a pszichiátrián-addiktológián belül szubspeciális, progresszív ellátást végeznek, ami azt jelenti, hogy az általános pszichiátriai, addiktológiai profillal működő intézmények is ide utalják át a betegeket, ha elérhető közelségben működnek. Így a drogambulanciák vonzáskörzete átnyúlhat a megyehatárokon. A legjobb példa erre Budapest és a fővárost körülölelő Pest megye helyzete, az 1996-2004 közötti időszakban Budapesten a 10 ezer lakosra jutó kezelt betegek száma évről évre nagy változásokat mutat, míg Pest megyében szinte változatlan (Budapesten 6 drogambulancia működik, Pest megyében egy sem).

10. táblázat. Az adatszolgáltató kezelőhelyek kapcsolati rendszere

Az adatszolgáltató kezelőhely kapcsolati rendszere (több válasz is lehetséges)	Van kapcsolat	Kapcsolat jellege			
		szervezeti	funkcionális	alkalmi	rendszeres
pszichiátriai és/vagy addiktológiai osztály	70,3%	22,6%	26,9%	8,5%	39,2%
drogambulancia, TÁMASZ gondozó, addiktológiai gondozó	52,8%	13,7%	22,6%	14,6%	23,6%
tűcsere program, megkereső program	10,8%	2,8%	5,7%	5,7%	3,3%
rehabilitáció	38,2%	7,5%	19,3%	14,6%	13,2%
önsegítő csoport	28,8%	4,2%	16,5%	7,5%	16,5%
védett munkahely, védett szállás	15,6%	2,4%	8,0%	7,1%	5,7%
prevenációs intézmény	14,6%	1,4%	10,8%	5,7%	7,1%
KEF	25,9%	1,4%	14,6%	7,1%	12,7%



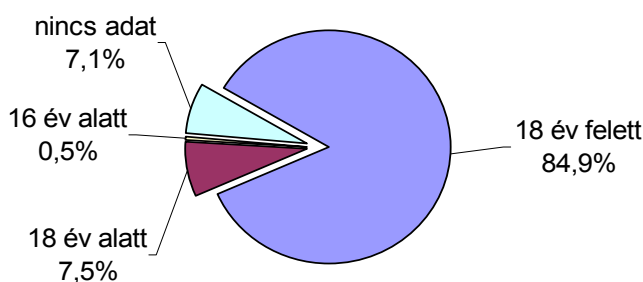
segítő civil szervezet	28,8%	1,4%	17,0%	12,3%	9,9%
családsegítő	53,8%	2,4%	32,1%	27,4%	12,7%
szociális intézmény	42,5%	1,9%	24,5%	18,9%	12,7%
oktatási intézmény	26,9%	1,9%	15,1%	12,3%	9,0%
egyéb	10,4%	1,4%	7,1%	3,3%	7,1%

Forrás: Egészségügyi Minisztérium – OAI

### Betegforgalom, kezelési módszerek

Az ellátottak a kezelőhelyek zöménél felnőttek (18 éven felüliek), de viszonylag sokan (8%) jelezték, hogy a 16-18 közötti korosztály ellátását is vállalják.

19. ábra. Az adatszolgáltató kezelőhelyeken az ellátott korosztály megoszlása



Forrás: Egészségügyi Minisztérium – OAI

Az egyes kezelőhelyek különféle terápiás módszereket alkalmaznak a kezelés során, a válaszadók szerint a konzultációs-pszichoterápiás beavatkozások a leggyakoribbak.

11. táblázat. Az adatszolgáltató kezelőhelyek által alkalmazott terápiás módszerek

Alkalmazott módszerek (több válasz is lehetséges)	%
Szupportív terápia (alap pszichoterápia)	45,30%
Mentálhigiénés tanácsadás	41,50%
Krisziszintervenció, krisziszterápia	37,30%
Konzultáció	31,60%
Szociális esetvezetés	27,40%
Csoportmódszerek	25,00%
Családterápia	22,60%
Szocioterápia	22,20%
Szakpszichoterápiás módszerek	19,80%
Relaxáció	19,80%
Művészetterápia	15,60%
Gyógyfoglalkoztatás, ergoterápia	11,30%
Mozgásterápia	9,40%
Akupunktúrás detoxikáció	7,10%
Egyéb	2,80%

Forrás: Egészségügyi Minisztérium – OAI

### Részvétel az elterelésben

A kezelőhelyek mintegy 69%-a nyilatkozott úgy, hogy részt vesz a büntetőjogi eljárás alternatíváját jelentő elterelésben. Az elterelésben résztvevő ellátóhelyek legnagyobb arányban állapotfelmérést végeznek, ezt követi a megelőző felvilágosító szolgáltatás.

12. táblázat. Az adatszolgáltató kezelőhelyek eltereléssel kapcsolatos tevékenysége

Az eltereléssel kapcsolatos ellátás (több válasz is lehetséges)	%
nem végez elterelést	30,7%
állapotfelmérés	28,3%
megelőző felvilágosító szolgáltatás	25,9%
kábítószer-használatot kezelő más ellátás	16,5%
kábítószer-függőséget gyógyító kezelés	21,7%

Forrás: Egészségügyi Minisztérium – OAI

### Egyéb tevékenységek

A kérdőív tartalmazott kérdéseket a prevenció tevékenységeire, képzésre, továbbképzésre, illetve kutatásra, valamint a burn-outra vonatkozóan is.

Megállapítható, hogy az ellátó helyek alig több mint harmada végez prevenció tevékenységet, kevesebb, mint 15%-a vesz részt oktatásban, és csak 7,5%-a folytat tudományos kutatást. A korábban bemutatott személyzeti feltételeket figyelembe véve ez nem is csodálható. A személyzet kiegészésének megelőzésére, csökkentésére alig van lehetőség (mindössze 54 helyről érkezett pozitív visszajelzés).

## 5.2. GYÓGYSZERMENTES KEZELÉS

### Kórházi fekvőbeteg ellátás

Mint hogy a pszichiátriai (és benne az addiktológiai) ágyszám a 2004. december 1-i állapotnak megfelelő OSAP statisztika szerint összesen 9500, a válaszoló kezelőhelyek a fekvőbeteg ellátó kapacitás 50 %-át fedik le, a nappali kórházaknál ez az arány nem éri el a 40%-ot. Ugyanezen statisztika szerint az addiktológiai ágyak száma (a pszichiátriai ágyszámon belül) mintegy 1200, jelen felmérés erre csak 24%-ot mutat, a nagymérvű eltérés a szakmai kód anomáliára, illetve a vegyes profilra utal (az addiktológiai ágyak zöme pszichiátriaiaként van besorolva).

13. táblázat. Fekvőbeteg szakellátás megoszlása az adatszolgáltató kezelőhelyek között

Fekvőbeteg szakellátás	Aktív		Rehab/krónikus		Nappali kórház	
	egység	ágy	egység	ágy	egység	férőhely
Addiktológiai	3	122	6	170	-	-
Pszichiátriai	29	1 461	35	1 742	10	220
Gyermek- és ifj. pszich.	1	20	-	-	-	-
Egyéb, vagy azonosíthatatlan	7	595	18	735	1	49
Összesen	40	2 198	59	2 647	11	269

Forrás: Egészségügyi Minisztérium – OAI

### Járóbeteg (ambuláns) kezelés

A járóbeteg szakellátás fekvőbeteg osztályokhoz tartozó szakambulanciákra, osztályhoz nem tartozó szakrendelőkre, és gondozókra osztható.

14. táblázat. Járóbeteg szakellátás megoszlása az adatszolgáltató kezelőhelyek között

Járóbeteg szakellátás	Osztályos szakambulancia	Szakrendelő
-----------------------	--------------------------	-------------

	egység	heti rendelési óra		egység	heti rendelési óra	
		szakorvosi	nem sz. orv.		szakorvosi	nem sz. orv.
Addiktológiai	12	136	-	34	610	648
Pszichiátriai	18	682	32	77	1 381	209
Gyermek- és ifj. pszich.	2	50	-	7	174	200
Egyéb, vagy azonosíthatatlan	20	77	95	29	404	539
Összesen	52	945	127	147	2 569	1 596
ebből: TÁMASZ	1	10	-	9	179	40
drogambulancia	2	44	-	10	294	340

Járóbeteg szakellátás	egység	Gondozó heti rendelési óra	
		szakorvosi	nem sz. orv.
Addiktológiai	67	1 311	981
Pszichiátriai	10	270	38
Gyermek- és ifj. pszich.	4	60	-
Egyéb, vagy azonosíthatatlan	103	2 699	496
Összesen	184	4 340	1515
ebből: TÁMASZ	19	516	470
drogambulancia	15	399	488

Forrás: Egészségügyi Minisztérium – OAI

A drogambulanciák infrastrukturális, szakmai tevékenység, finanszírozás, tulajdonosi háttér, szakszemélyzet-ellátottság, betegforgalom, stb. szempontjából jelentősen eltérnek egymástól. Jelenleg két megyében nincs drogambulancia.

A nagyobb TÁMASZ gondozók alkalmasak arra, hogy mind az alkohol, mind a drogfüggő betegek ambuláns kezelését ellássák, azonban a gondozók jelentős része kisebb TÁMASZ gondozó, ahol a szakember hiány és az infrastruktúra szűkös volta nem teszi lehetővé a drogbetegnek hatékony és tömeges ellátását. A fentiek miatt még vannak régiók, ahol a szakellátásért a drogbetegnek jelentős távolságot kell utazni.

### 5.3. GYÓGYSZERES KEZELÉS

A terápiás eljárások felmérésénél az alacsonyküszöbű, illetve szubsztitúciós kezelések (szolgáltatások) számbavétele, elérhetősége is fontos cél volt, nem csupán a hagyományos tüneti, illetve pszichoterápiás kezelések figyelemmel kísérése. Természetesen a mai ellátó rendszerben továbbra is ez utóbbiak teszik ki a kezelések zömét.

15. táblázat. Tüneti gyógyszeres kezelés formáinak gyakorisága az adatszolgáltató kezelőhelyeken

Tüneti gyógyszeres kezelés (több válasz is lehetséges)	%
opioid fájdalomcsillapító	9,9%
nem opioid fájdalomcsillapító	24,5%
benzodiazepin alapú anxiolitikum	41,0%
nem benzodiazepin anxiolitikum	34,4%
antidepresszáns	47,6%
craving csökkentők	24,5%
egyéb	25,0%

Forrás: Egészségügyi Minisztérium – OAI

### Szubsztitúciós kezelés

Az olyan speciális szaktudást, felkészültséget, megfelelő diagnosztikai hátteret igénylő terápiás eljárások, mint a metadon, vagy naltrexon kezelés – jellegéből fakadóan – csak a szolgáltatók szűk körénél érhető el.

A metadon kezelésre vonatkozó válaszok megoszlását mutatja az alábbi táblázat.

16. táblázat. *Metadon kezelés aránya*

<b>Metadon kezelés (több válasz is lehetséges)</b>	<b>%</b>
nincs	43,4%
rövid detoxikáció (10-30 nap)	6,1%
hosszú detoxikáció (30-180 nap)	1,9%
fenntartó kezelés	3,8%
nincs válasz	50,0%

*Forrás: Egészségügyi Minisztérium – OAI*

Hasonló képet mutat a naltrexon kezelés hozzáférhetősége is.

17. táblázat. *Naltrexon kezelés elérhetősége*

<b>Naltrexon program</b>	<b>%</b>
nincs	42,5%
van	4,2%
nincs válasz	53,3%

*Forrás: Egészségügyi Minisztérium – OAI*

2004-ben két új kezelőhelyen indult metadon kezelés, áprilisban a Drogmegelőzési Módszertani Központban, szeptemberben pedig a miskolci Drogambulancián. Így az országban jelenleg hat város nyolc intézményében van metadon program.

A következő tábla a 2004-ben metadon kezelésben résztvevő kliensek számát mutatja, havi bontásban.

18. táblázat. *2004-ben metadon kezelésben résztvevő kliensek száma*

<b>Jan.</b>	<b>Febr.</b>	<b>Márc.</b>	<b>Ápr.</b>	<b>Máj.</b>	<b>Jún.</b>	<b>Júl.</b>	<b>Aug.</b>	<b>Szept.</b>	<b>Okt.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dec.</b>
327	332	342	334	354	370	372	362	438	428	438	429

*Forrás: Jász utcai Drogambulancia*

Összesen 757 fő vett részt metadon programban, a kliensek 80%-a Budapesten részesült kezelésben.

### *Következtetések*

A drogbetegek adatait a kezelő intézmények aggregát formában közlik, így nem lehet kiszűrni a statisztikai rendszerből a több intézményben megjelent és nyilvántartott betegeket. Az adatközlés minőségét és a feldolgozási folyamatot előreláthatólag javítani fogja az elektronikus adatszolgáltatás bevezetése. Az OAI 2004-ben informatikai fejlesztést hajtott végre, amelynek keretében kidolgozásra került, és jelenleg tesztelés alatt áll egy olyan szoftver, amely lehetővé teszi az adatszolgáltatók számára az Interneten keresztül való adatközlést. A szoftver biztosítja a TDI (Treatment Demand Indicator- Kezelési Igény Indikátor) protokollnak megfelelő adatgyűjtést és feldolgozást, így a 2005. évről szóló adatok feldolgozása 2006-ban már ezen szisztéma szerint fog történni.

A kezelőhelyek nagy többsége felnőtteket lát el, de viszonylag sok helyen vállalják a 16-18 éves korosztály ellátását is. A nagyobb TÁMASZ gondozók alkalmasak mind az alkohol, mind a drogfüggő betegek ambuláns ellátására. A droghasználó betegek az általános pszichiátriai osztályokon, illetve a nagyon kevés addiktológiai osztályon részesülnek detoxikációs kezelésben. Metadon vagy naltrexon kezelés csak a szolgáltatók szűk körénél érhető el. Az alacsony befogadó kapacitás miatt általános az előjegyzési lista, amely sok esetben több hetet is jelenthet.

Komoly és tartós szakember hiány van a pszichiátriai és addiktológiai ellátásban. Az ellátórendszerek személyzeti ellátottságát tekintve megállapítható, hogy nagyon alacsony az orvosok, illetve a szociális munkások száma. Az orvosok és pszichológusok szakmai képzettsége nem megfelelő. A személyzet kiegészésének megelőzésére vagy csökkentésére alig van lehetőség.

## 6. A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI

### 6.1. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLESETEK ÉS HALANDÓSÁG A DROGFOGYASZTÓK KÖRÉBEN

Az adatgyűjtési rendszer hiányosságaiból kifolyólag továbbra is csak a drogfogyasztás okozta halálesetekről rendelkezünk megbízható információkkal. Sok esetben a halottvizsgálatot végző orvosban sem merül fel a drogfogyasztás ténye, így az eset lehet, hogy nem is kerül boncolásra, vagy nem végeznek toxikológiai vizsgálatot. Mivel a boncolást végző orvosok a toxikológiai eredmények ismeretében sok esetben nem módosítják a halottvizsgálati bizonyítványt, az idei évben is szükség volt az adatok korrigálására. A boncjegyzőkönyvek és a toxikológiai eredmények összevetése az Országos Igazságügyi Orvostani Intézetben történt, a Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézetének segítségével. Az adatokat az Igazságügyi Orvosszakértői Intézetek, a Megyei Rendőr-Főkapitányságok és az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet szolgáltatták.

#### Közvetlen túladagolás és közvetetten drogfogyasztás okozta halálesetek

##### Országos adatok

A 2004-es évben az előző évekhez képest nem változott jelentősen az illegális szerhasználat miatt elhunytak száma. Míg 2000-ben 38, 2001-ben 40, 2003-ban 32 személy halt meg kábítószer túladagolásban, addig számuk 2004-ben 34 volt. A legális szerek okozta túladagolások száma csökkent, a szerves oldószer fogyasztás miatt bekövetkezett halálesetek száma jelentősen alacsonyabb, mint az elmúlt évben. .

19. táblázat. *Drogfogyasztással összefüggő halálesetek száma 2004-ben*

	Férfi	Nő	Összesen
Heroin	7	1	8
Morfin	1	1	2
Metadon	1	1	2
Egyéb opiát	2	0	2
Ecstasy (MDMA)	2	1	3
Kokain	1	1	2
Politoxikománia*	9	1	10
Egyéb kábítószer	5	0	5
<b>Illegális szer összesen</b>	<b>28</b>	<b>6</b>	<b>34</b>
Szerves oldószer	3	0	3
Nyugtató-altató	110	115	225
<b>Összesen</b>	<b>141</b>	<b>121</b>	<b>262</b>

(\*opiát és egyéb szer együttes fogyasztása)

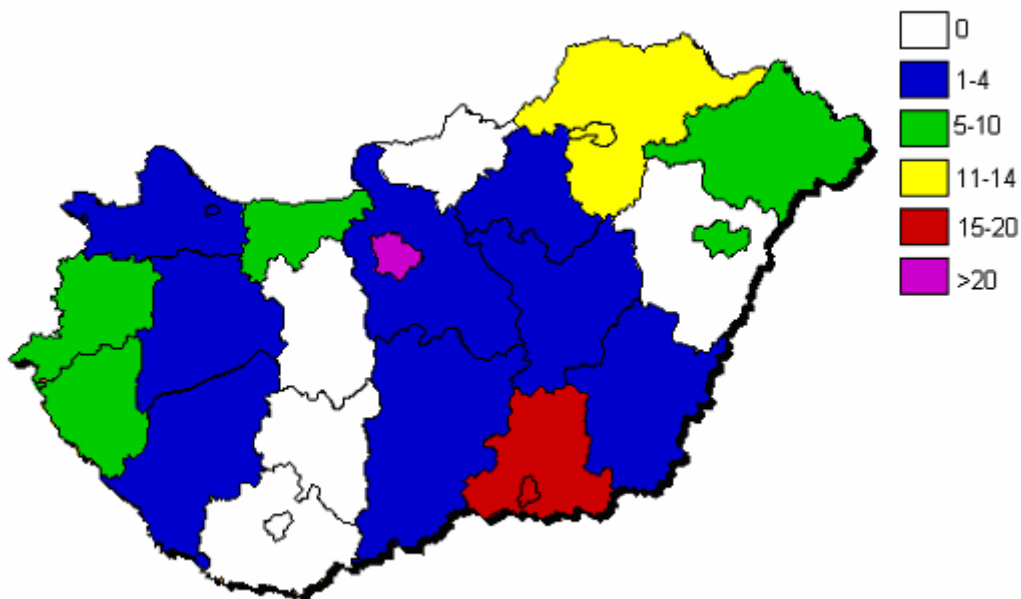
*Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet*

A túladagoltak között a legnagyobb arányt továbbra is az opiát használat miatt elhunytak teszik ki. Az adatok értelmezésénél azonban nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a tényt, hogy egyes szerek esetében (pl.: ecstasy, kokain) nem állapítható meg egyértelműen, hogy a halál a szerfogyasztás eredményeként következett-e be. Ezen szerek használata komoly egészségügyi kockázattal jár (pl.: infarktus, fiatalkori koszorúér-elmeszesedés, szívritmuszavar, hipertónia stb. ), fogyasztásuk toxikológiai gyorstesztnek nélkül az a nem megfelelő toxikológiai gyakorlattal rendelkező egészségügyi dolgozók számára megnehezíti a pontos diagnózist és a megfelelő terápiát. A korábbi évekhez képest új jelenség a 3 ecstasy-fogyasztás miatt bekövetkezett haláleset.

Az illegális szerek tekintetében az elhunytak átlagéletkora 30,1 év, 67,6%-uk szervezetében volt nyoma opiát fogyasztásnak. A legális szerek miatt bekövetkezett halálozásokban az átlagéletkor a férfiak körében 45,5, a nők körében 49 év volt.

A következő térképek azt mutatják be, hogy az egyes megyékben hogyan alakult az elmúlt évben a férfiak és a nők drogfogyasztással kapcsolatos halálozása. Budapest (104 eset) után a legtöbb drogfogyasztással összefüggő halálozást Csongrád megyében (26 eset) történt, azt követi Pest megye és Borsod megye (21 eset), majd Vas megye (15). A férfiak és a nők halálozását tekintve különbségek figyelhetők meg az egyes megyék között.

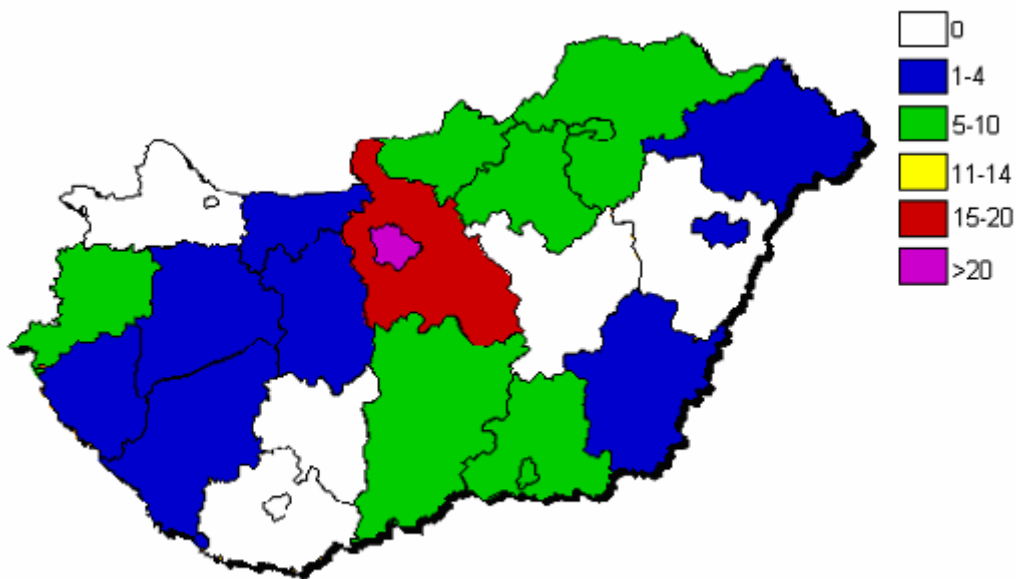
2. térkép. Férfiak legális és illegális drogfogyasztással összefüggő halálozása 2004-ben



Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

A férfiakat vizsgálva, Budapest után Csongrád megyében történt a legtöbb drogfogyasztással összefüggő halálozást. A 17 eset közül mindössze 2-ben találtak illegális szert, 1 esetben szerves oldószert, a többi esetben mind nyugtató, illetve altató okozta a halált. Az elhunytak 58,8%-a 40 évesnél idősebb volt. Borsod megyében szintén túlsúlyban vannak a legális szerek okozta halálozások (11 esetben nyugtató, altató, 1 esetben szerves oldószert és 1 esetben politoxikománia).

3. térkép. Nők legális és illegális drogfogyasztással összefüggő halálozása 2004-ben



Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

Pest megyében (Budapest nélkül) a nők körében az összes haláleset altató, vagy nyugtató fogyasztása miatt következett be, a halottak 76,5%-a 45 évesnél idősebb volt.

Mind a férfiak, mind a nők körében Budapesten volt a legmagasabb a halálozás, ez érthető, hiszen a fővárosban a legmagasabb a nyilvántartott drogfogyasztók száma.

#### Budapesti adatok

A legmegbízhatóbb adatokkal Budapestről rendelkezünk – mert itt folyamatosan ellenőrzik, és a toxikológiai eredményeknek alapján korrigálják az adatokat – emiatt az időbeli változások is itt vizsgálhatóak a legjobban. A budapesti adatok nem tekinthetők országosan reprezentatívnak, azonban fontos tény, hogy az illegális szerfogyasztással összefüggő halálesetek közel fele Budapesten történik.

20. táblázat. A drogfogyasztással összefüggő halálozás alakulása Budapesten, 2000-2004

	2000	2001	2002	2003	2004
Heroin	22	31	10	7	7
Morfin	0	0	0	1	1
Metadon	0	0	0	2	2
Egyéb opiát	8	1	4	2	0
Amfetamin, ecstasy	0	0	0	0	2
Kokain	0	1	0	1	0
Politoxikománia*	0	0	0	0	7
Egyéb kábítószer	19	3	12	0	2
<b>Illegális szer összesen</b>	<b>49</b>	<b>36</b>	<b>26</b>	<b>13</b>	<b>21</b>
Szerves oldószerek	2	4	2	0	0
Nyugtató típus összesen	131	133	107	82	82
<b>Összesen</b>	<b>182</b>	<b>173</b>	<b>135</b>	<b>95</b>	<b>103</b>

(\* opiát és egyéb szer együttes fogyasztása)

Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet

Budapestet tekintve elmondható, hogy a 2001 óta évről évre csökkent az igazolt illegális drogfogyasztással összefüggő halálesetek száma, 2004-ben azonban növekedett az előző



évihez képest. A növekedés elsősorban az opiát- és az ecstasy-fogyasztás miatt elhunytak számának emelkedéséből adódik. Az előző évhez hasonlóan, idén is előfordult 2 metadon túladagolás miatt bekövetkezett halálestet. A 2004-ben metadon túladagolásban elhunyt mindkét személy (egy 24 éves nő és egy 38 éves férfi) részt vett korábban metadon fenntartó kezelésben, arról azonban, hogy halálukkor álltak-e kezelés alatt nincs adat.

21. táblázat. *Drogfogyasztással összefüggő halálestek korcsoportonként Budapesten, 2004-ben*

	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>=65	Össze sen
<b>Pszichoaktív szerek<sup>44</sup></b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>44</b>	<b>103</b>
ebből nyugtató, altató	0	0	1	2	3	1	4	6	12	8	8	37	82
<b>Csak opiát (metadon nem)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
<b>Metadon</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>Politoxikománia*</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>
<b>Más anyag</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
ebből MDMA, ecstasy	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
ebből szerves oldószer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ebből hallucinogén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
egyéb kábítószer	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
<b>ÖSSZESEN</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>44</b>	<b>124</b>

(\*opiát és egyéb szer együttes fogyasztása)

*Forrás: Országos Igazságügyi Orvostani Intézet*

A korcsoportokat tekintve megállapítható, hogy az illegális szerfogyasztás okozta halálestek 67%-ában 20-29 évesek voltak az elhunytak. A legális szerfogyasztással (főként nyugtató, altató) összefüggő halálestek a 45 év feletti korosztálynál a leggyakoribbak. A 65 év feletti halálesteknél a nők száma (25) magasabb, mint a férfiaké (19). Az 50-54 éves korosztályban azonban a férfi halottak vannak túlsúlyban (10 férfi, 5 nő). A leggyakrabban előforduló pszichoaktív szerek a Tegretol (carbamazepin), Rivotril (clonazepam), és az Andaxin (meprobamat).

A 7 politoxikomán esetből 1 nő volt és 6 férfi, mindegyikük szervezetében heroint és valamilyen egyéb kábítószerrel találtak (pszichoaktív szer, vagy kannabiszt három esetben, szerves oldószerrel két esetben, kokaint egy esetben). Két esetben volt kimutatható három szer együttes jelenléte.

## **Halandóság és a halálokok a drogfogyasztók körében**

Nincs adat.

## **6.2. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK**

### **6.2.1. AZ INTRAVÉNÁS DROGHASZNÁLAT RÉVÉN TERJEDŐ FERTŐZŐ BETEGSÉGEK HELYZETÉRŐL**

Az intravénás droghasználók körében észlelt fertőző megbetegedések előfordulásáról a 2004. évben is csaknem kizárólag a vérrel terjedő (HIV, HBV, HCV) fertőzésekre

<sup>44</sup> Pszichoaktív szerek: a központi idegrendszerre ható szerek, ide tartoznak az antipszichotikumok (elsősorban schizofrénia ellenes gyógyszerek), az antimániás szerek, az antiepileptikumok, az antidepresszív szerek és az altatók, nyugtatók (benzodiazepin, barbiturát)

vonatkozóan álltak rendelkezésre adatok. 2005-től megkezdődött a tuberculosis és a drogfüggőség közötti összefüggések feltárásához szükséges adatok gyűjtése is.

A HIV, a HBV és a HCV intravénás drogfüggők körében mért 2004. évi prevalenciájára vonatkozóan az előző évinél kevesebb információval rendelkezünk. Jelenleg kizárólag az ÁNTSZ néhány vidéki megyei intézetének laboratóriumában elvégzett, biztosan intravénás drogfüggő személyek HIV, HBV, HCV szerológiai vizsgálatának eredményéről számolhatunk be. A Magyarországon 2004. évben intravénás drogfüggők körében regisztrált/bejelentett HIV/AIDS esetekre valamint a HBV, HCV okozta heveny hepatitiszre vonatkozó adatok ebben az évben is az Országos Epidemiológiai Központból származnak. Ez a jelentési rendszer az újonnan bekövetkező HBV, HCV fertőzések csak egy részét, a manifeszt tünetekkel járó megbetegedéseket tárja fel az egész országra kiterjedően.

Meg kell említeni, hogy az Egészségügyi Minisztérium a 2004-re vonatkozó Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program keretében elrendelte a kezelőhelyeken megjelent intravénás drogfogyasztók HIV, HBV és HCV szerológiai vizsgálatára vonatkozó adatok gyűjtését, azonban a kapott eredmények helyzetértékelésre nem alkalmasak. A feldolgozásnál derült ki, hogy számos adatszolgáltató csak a kliens által „közölt” pozitív eredményt jelenítette meg a standard táblázatokban, így az adatok egy része önbevallásra épült és a kritériumoknak nem felelt meg.

## Hiv/Aids

2004-ben Magyarországon 75 újonnan felderített HIV-pozitív személyt jelentettek, az incidencia (7,4 eset/millió lakos) magasabb volt az előző évinél (6,3 eset/millió lakos). Az újonnan regisztrált HIV-fertőzöttek egynegyede (25,3%) külföldi állampolgár volt, közülük két ukrán férfi valószínűsíthetően intravénás droghasználat révén fertőződött.

22. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása

Év	Homo/ biszexuális	Hetero-szexuális	Hemofiliás	Transzfúziós recipiens	Intravénás kábitószer-élvező	Nosocomialis	Maternalis	Ismeretlen	Anonym	Összesen
2000	17	16	0	0	1	0	0	14	0	<b>48</b>
2001	35	20	0	2	3	0	0	22	0	<b>82</b>
2002	35	26	0	0	1	0	0	16	0	<b>78</b>
2003	34	18	0	0	1	0	0	10	0	<b>63</b>
2004	45	13	0	0	2	0	0	14	1	<b>75</b>
<b>Összesen</b>	<b>166</b>	<b>93</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>8*</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>76</b>	<b>1</b>	<b>346</b>

\* importált esetek

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ, 2005 (Csohán és Lendvai)

Az intravénás drogfüggők között AIDS megbetegedést nem diagnosztizáltak.

## Akut Hepatitis B

2004-ben 131, az előző évivel (143) közel azonos számú akut megbetegedést jelentettek be, az incidencia 131 eset/100 000 lakos/év volt.

A fertőzés terjedési módja az esetek kb. felében volt ismert. Hat beteg, az ismert rizikócsoportú betegek 8,9 %-a az intravénás kábítószer-használók közül került ki.

A betegek között a férfiak és a nők aránya azonos, 50-50 % volt. Az átlagéletkoruk 25 év, hepatitis B elleni védőoltásban egyetlen beteg sem részesült. A betegek kétharmada a 25 évesnél fiatalabbak korcsoportjából került ki, 1-1 beteg a 25-34 évesek illetve a 34 évnél idősebbek csoportjába tartozott (9. Standard tábla, bejelentett HBV esetek). Valamennyien magyar állampolgárok, egy kivétellel budapesti lakosok, csakúgy, mint a megelőző években. A várakozásoknak megfelelően a 14-19 éves, hepatitis B elleni aktív immunizálásban részesült intravénás droghasználók körében nem kórisméztek akut hepatitis B megbetegedést.

23. táblázat. Az intravénás droghasználók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis B betegek között

Évek	Száma	közülük IV. droghasználók	
		Száma	%
2000	130	-	-
2001	159	6	3,8
2002	159	6	3,8
2003	143	7	4,9
2004	131	6	4,6
<b>Összesen</b>	<b>722</b>	<b>25</b>	<b>3,5</b>

Forrás: Országos Epidemiológiai Központ, 2005 (Csohán és Kaszás)

## Akut Hepatitis C

A 2004. évben több heveny hepatitis C megbetegedést (40) jelentettek, mint az előző évben (30), azonban a bejelentések száma így is alacsonyabb volt a megelőző 10 évre jellemző átlagos megbetegedési számnál (55). A betegek közül 11, - az ismert rizikócsoportba tartozók 37,9%-a - fertőződött intravénás droghasználat révén.

1998 és 2003 között az iv. droghasználók körében diagnosztizált, és bejelentett akut hepatitis C esetek száma folyamatosan csökkent, azonban 2004-ben az előző évi két esettel szemben 11 beteget jelentettek. A betegek 63,6 %-a férfi, 36,4 %-a nő volt. Közel kétharmaduk a 25 évesnél fiatalabbak közül került ki, 9,1 %- a 25-34 évesek 27,3 % pedig a 34 évesnél idősebbek korcsoportjába tartozott ( 9. standard tábla, bejelentett HCV). A legfiatalabb beteg 14 éves, a legidősebb 51 éves volt. Az akut C hepatitiszes betegek közel háromnegyede budapesti lakos volt, közülük hárman általános iskolai tanulók.

A kórházi ápolást igénylő akut C hepatitiszesek száma az előző évhez viszonyítva emelkedett, ami egyben arra is utal, hogy növekedett a tünetmentes fertőzések illetve az új krónikus hepatitis C vírus hordozók száma is az intravénás droghasználók körében.

24. táblázat. Az intravénás droghasználók száma és aránya a bejelentett akut C hepatitiszes betegek között

Évek	Száma	közülük IV. droghasználók	
		Száma	%
2000	59	5	8,5
2001	43	5	11,6
2002	42	3	7,1
2003	30	2	6,7
2004	40	11	27,5
<b>Összesen</b>	<b>214</b>	<b>26</b>	<b>12,1</b>

## HIV, HBV, HCV prevalencia az intravénás droghasználók körében

2004-ben az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat 6 megyei intézete (Baranya, Csongrád, Bács-Kiskun, Hajdú-Bihar, Heves és Veszprém megye) közölt adatokat drogkezelőhelyek kérésére intravénás drogfogyasztóknál végzett HIV, HBV, HCV szűrővizsgálatok eredményéről (9. tábla. HIV, HBV, HCV prevalencia adatok). 13 megyei ÁNTSZ intézet jelentése nemleges volt, ezekben a laboratóriumokban az intravénás droghasználóknál egyáltalán nem végeztek vizsgálatot. A fővárosban ebben az évben nem különítették el a droghasználók szűrővizsgálatain belül (37) az intravénás droghasználókra vonatkozó adatokat.

### *HIV prevalencia az intravénás droghasználók körében*

117 főnél, 85 intravénás droghasználó férfinél és 32 nőnél történt HIV szűrővizsgálat a fent említett hat megyében, valamennyi negatív eredménnyel zárult. A vizsgáltak 72,6 %-a férfi, 27,4%-a nő volt. A kor szerinti megoszlás az alábbiak szerint alakult: a vizsgáltak 47,9%-a 25 évesnél fiatalabb 40,2 % -a 25-34 éves, 11,9 % 34 évesnél idősebb volt.

Budapesten a Fővárosi Szent László Kórház Immunológiai osztályán ebben az évben is történtek iv. drogfüggők fertőzöttségének felderítésére irányuló szerológiai vizsgálatok, azonban az eredményeket ez idáig nem publikálták. Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal tájékoztatása szerint a HIV-vizsgálatokat végző laboratóriumok 2004. évi tevékenységének értékelése céljából a laboratórium által továbbított jelentésben 316 intravénás drogfüggő HIV vizsgálatáról számolnak be, valamennyi vizsgált személy negatívnak bizonyult (Szolnoki I. nem publikált adat).

### *HBV prevalencia az intravénás droghasználók körében*

90 főnél, 59 férfinél és 31 nőnél történt HBsAg vizsgálat a fent említett hat megyében, pozitív személyt nem derítettek fel. A vizsgáltak 40 %-a 25 évesnél fiatalabb, 47,8 %-a 25-34 éves, 12,2 %-a 34 évesnél idősebb volt.

### *HCV prevalencia az intravénás droghasználók körében*

93 intravénás droghasználó személynél, 62 férfinél és 31 nőnél történt anti-HCV ellenanyag meghatározás a fentiekben felsorolt hat megyében, közülük 13 hepatitis C vírus fertőzöttet találtak (13,9%). A férfiak és a nők fertőzöttségi arányában lényeges különbség nem volt megfigyelhető, a vizsgált férfiak 14,5%-a, a nők 12,9%-a volt pozitív. A pozitivitási arány az életkor előrehaladtával párhuzamosan emelkedett: míg a 25 évesnél fiatalabb vidéki droghasználók 7,9%-a, a 25-34 évesek 16,7%-a és a 34 évesnél idősebbek 23,1%-a bizonyult pozitívnak. Az előző évben a hasonló forrásból származó adatok a kezelőhelyeken nagy valószínűséggel először jelentkező intravénás droghasználóknál 10,3%-os fertőzöttségi arányt mutattak, a 2004. évben mintegy 3,6%-os emelkedés volt megfigyelhető. Ez az arány lényegesen alacsonyabb, mint a fővárosban heroin túladagolás miatt hospitalizált és tesztelt betegek körében -2003-ban észlelt 30%-os fertőzöttségi arány.

25. táblázat. A 2004. év folyamán a drogkezelő helyek kérésére az ÁNTSZ megyei intézeteinek laboratóriumában az intravénás kábítószer-fogyasztók HIV, HBV, HCV fertőzöttségének felderítésre irányuló szerológiai vizsgálatok

Korcsoport	HIV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek		HBsAg antigén jelenlétére vizsgált személyek		HCV ellenanyag jelenlétére vizsgált személyek	
	száma	közül	száma	közül pozitív	száma	közül pozitív

		pozitív		Szám		%	Szám		%
< 25 év	férfi	39	0	20	0	0	22	3	13,6
	nő	17	0	16	0	0	16	0	0,0
25-34 év	férfi	37	0	32	0	0	31	5	16,1
	nő	10	0	11	0	0	11	2	18,2
> 34 év	férfi	9	0	7	0	0	9	1	11,1
	nő	5	0	4	0	0	4	2	50,0
Összesen	férfi	85	0	59	0	0	62	9	14,5
	nő	32	0	31	0	0	31	4	12,9

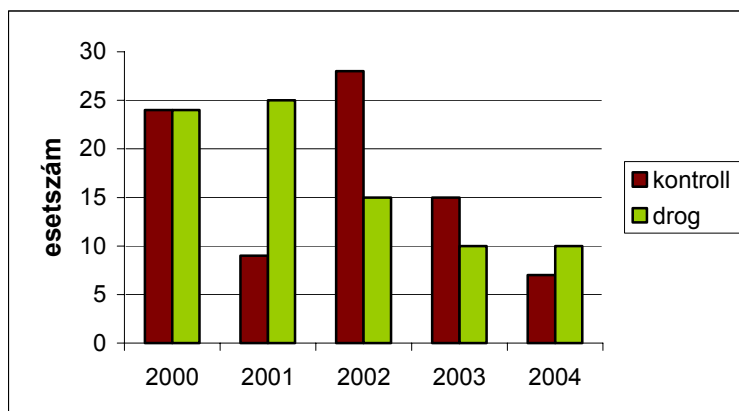
Forrás: Országos Epidemiológiai Központ, 2005 (Csohán és Kaszás)

### 6.2.2. A FERTŐZŐ BETEGSÉGEK ALAKULÁSA A KÁBÍTÓSZERREL ÖSSZEFÜGGÉSBEN BEKÖVETKEZETT HALÁLESETEKNÉL

A Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézetében történik a magyarországi kábítószerrel összefüggésben elhunytak boncolásának 75%-a. Az intézetben 2000 óta az OTKA és NIH támogatás segítségével vizsgálják a droghasználat következtében elhunytak patomorfológiai elváltozásait, melynek részét képezi a HCV, HBV, HIV, Luesz szűrés is. Kontrollcsoportként a hasonló életkorban hirtelen, vagy önkezű cselekményben elhunytak kerültek vizsgálatra.

2000-2004-ben a Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézetében összesen 154 esetben történt illegális droghasználat *gyanúja* miatt boncolás. A toxikológiai vizsgálattal 136 esetben került megerősítésre, hogy az elhunyt, a halál pillanatában kábítószer hatása alatt állt, s halálában ez közrehatott. Intravénás heroin használata a halált *közvetlenül* megelőzően 67 esetben volt igazolható. A tanulmányban a 24 órán belül droghasználat következtében elhunytakat vizsgálták az 5 éves periódusban. A kritériumnak 87 „droghalott” és 82 kontrolleset felelt meg.

20. ábra. A kontroll és kábítószerrel kapcsolatos halálesetek megoszlása

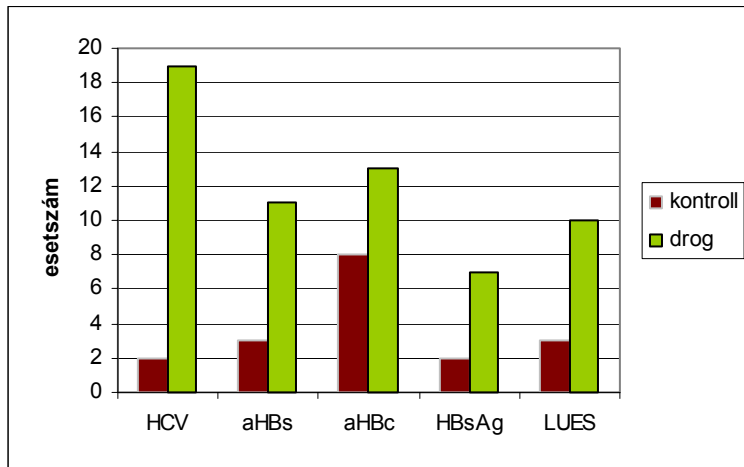


Forrás: Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézet adatai

Szerológiai vizsgálatra összesen 153 esetben került sor, 76 „droghalott” és 77 kontroll esetén. 17 esetben nem sikerült megfelelő minőségű savót nyerni a vizsgálatához. A vizsgálatok a következőkre terjedtek ki: HIV, HCV ellenanyag, HBV felszíni antigén meghatározás, aHBc és aHBs vizsgálat az akut és lezajlott fertőzések elkülönítése, valamint az eredményes vakcináció igazolására. A nemi úton terjedő betegségek közül a lueszt tudták szerológiai módszerrel vizsgálni.

A vizsgált anyagban 1 HIV fertőzött volt az intravénás droghasználók között. A kontroll anyagban nem volt fertőzött egyén.

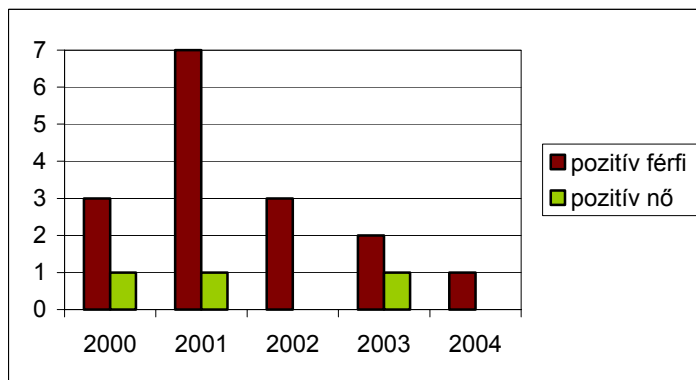
21. ábra. Fertőző betegségek markerei 2000-2004 között, a kontroll és a kábítószerrel kapcsolatos halálosetek között



Forrás: Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézet adatai

A fertőzések közül kiemelkedő szerepe volt a HCV-nek. Hepatitis C vírus fertőzöttséget droghalálózásnál 19, kontrolloknál 2 esetben lehetett igazolni. A legmagasabb számban 2001-ben találtak fertőzöttet A HCV fertőzöttek közül 16 férfi és 3 nő volt, a koreloszlást tekintve 20-35 év. A toxikológiai vizsgálat során a heroin bomlástermékeket lehetett kimutatni, így kodeint, morfint, monoacetilmorfint, ill. 6-0-monoacetilmorfint 18 esetben, a 19. eset ismert kábítószerfüggő személy öngyilkossága volt.

22. ábra. HCV fertőzés évenkénti és nemek szerinti megoszlása

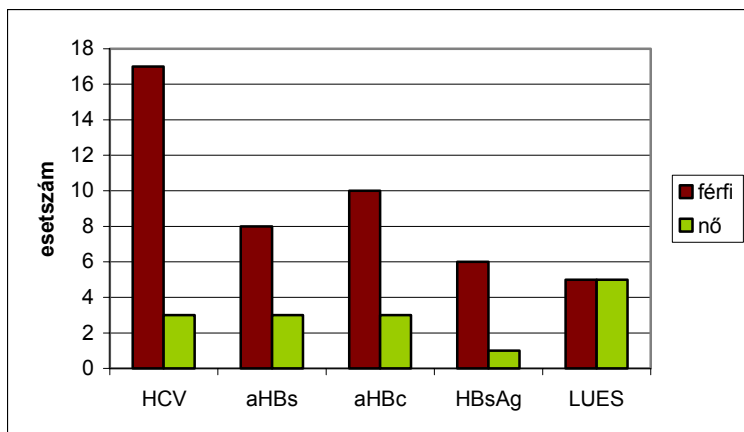


Forrás: Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézet adatai

Akut vagy krónikus hepatitis B vírus fertőzés 13 (kábitószerrel kapcsolatos halálosetek) ill. 4 esetben (kontroll), fordult elő. Hepatitis B elleni oltást 8 (kábitószerrel kapcsolatos halálosetek) ill. 3 (kontroll) személynél tudtak igazolni, a vizsgáltak közül a férfiak száma kétszeresére volt a nők számánál.

A Lues fertőzöttséget is vizsgálták, mind a kontroll, mind pedig a droghasználók között. A fertőzöttség nem érte el a 10%-ot a droghasználóknál, s csak 3 esetben fordult elő a kontrollcsoportban.

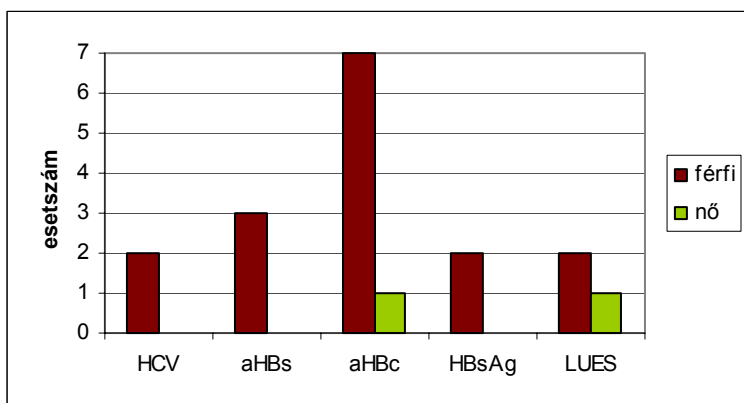
23. ábra. Nemek szerinti megoszlás a kábítószerrel kapcsolatos haláloseteken belül



Forrás: Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézet adatai

A kontrollcsoportban összesen két HCV fertőzött volt, mindkettő férfi.

24. ábra. A kontroll esetek nemek szerinti eloszlása



Forrás: Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézet adatai

### 6.3. PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁS

Nincs új információ.

### 6.4. A DROGFOGYASZTÁS EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEI

Nincs új információ.

#### Következtetések

2004-ben a közvetlen túladagolások és drogfogyasztás okozta halálesetek száma csökkent az elmúlt évekhez képest a rendelkezésre álló adatok alapján. A csökkenés a legális szerhasználat miatt bekövetkezett halálesetek alacsonyabb számából adódik, az illegális szerfogyasztás miatt elhunytak száma nem változott jelentősen. Új jelenség a három ecstasy-fogyasztás miatt bekövetkezett haláleset, valamint a metadon túladagolás miatti halálozás. Különbség mutatkozik a különböző szerek miatt elhunytak életkorában, az illegális szerfogyasztás következtében elhunytak átlagéletkora jóval alacsonyabb (27,6 év), mint a legális szerhasználat miatt elhunyt egyéneké (férfiaknál 45,8 év, nőknél 49 év).

A 2004. évi adatok alapján megállapítható, hogy a HIV/AIDS előfordulása alacsony szinten stabilizálódott Magyarországon, az intravénás drogfüggők fertőzöttségi gyakoriságában mérhető változás nem történt. Mind az incidencia, mind pedig a prevalencia adatok a HCV terjedésének erősödésére utalnak, a fővárosban különösen érintve a legfiatalabb tinédzser korosztályba tartozókat. Ezek a tények a kábítószer-fogyasztó populáció HIV rizikónövekedésének korai előjelei, melyek az ártalomcsökkentő intézkedések érvényesítésére, a kezelőhelyeken történő rendszeres, térítésmentes HIV, HBV és HCV szűrés és tanácsadás bevezetésének szükségességére hívják fel a figyelmet.

Az OEK tapasztalatai megegyeznek Gyarmathy V. Anna és munkatársai által a drogkezelő központok szűrési és tanácsadási gyakorlatának felmérése során szerzett tapasztalataival: „A drogterápiás intézmények nem biztosítanak rutinszerűen HIV-, HBV- és HCV szűrést. Ahol rendelkezésre állt is szűrési lehetőség, a szűrés rendszertelen és szabályozatlan. A kórházi programokban a laboratóriumi tesztek a kórházi felvételhez szükséges vérvizsgálat részeként végzik el, az ambuláns kezelőhelyeken azonban a szűrés nem mindig biztosított. Egyes ambuláns kezelőhelyek biztosítanak HIV-szűrést, hepatitisz szűrést azonban nem, vagy csak bizonyos kutatási programok időtartama alatt.”(Gyarmathy-Rácz, et al. 2004).

A Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézetének adatai szerint az intravénás droghasználó elhaltak között talált HCV fertőzöttség 25%-os. A HCV fertőzöttek száma egyenes arányban változott az évenkénti heroin okozta halálozással, amely adat tükrözi az utcai heroin koncentráció változását az évek folyamán (Horváth, Keller 2005). Figyelmet érdemel az a tény is, hogy az utóbbi két évben csökkent az ún. direkt tű végén meghaltak arányszáma a halálozáson belül.

A Luesz szeropozitivitás szintén párhuzamosan változott a heroin okozta halálozással, mely ráirányítja a figyelmet ezen veszélyeztetett korosztály nem megfelelő szexuális szokásaira, a védekezés hiányára.

A kábítószerrel kapcsolatos halálesetek között 1 HIV pozitív egyént találtak, aki mellette HCV pozitivitást is mutatott. A fertőzöttsége korábban nem volt ismert, sőt az első nem külföldi állampolgárságú intravénás kábítószeres HIV-fertőzöttséget jelenti hazánkban.



## 7. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE

### *Háttér, előzmények*

Magyarországon a tavalyi év folyamán került sor első ízben a hazai alacsony-küszöbű szolgáltatásokat nyújtó szervezetek és intézmények működésével kapcsolatos adatgyűjtésre<sup>45</sup> a 2003. évről, amely az idei évben tovább bővült. A magyarországi alacsony-küszöbű intézmények feltérképezésére irányuló kutatás<sup>46</sup> két részből állt<sup>47</sup>: egy kvantitatív, kérdőíves vizsgálatból, valamint egy kvalitatív, strukturált interjúkat tartalmazó részből. A fejezetben a továbbiak során e kutatás eredményeit ismertetjük, így a drogfogyasztás egészségügyi vonatkozásait és következményeit *kizárólag* a kutatás során szerzett adatok alapján elemezzük.

Az eredmények bemutatását megelőzően bemutatjuk az ártalomcsökkentésre és az alacsony-küszöbűségekre vonatkozó európai uniós és hazai definíciókat valamint leírásokat.

### Az alacsony-küszöbű intézmény az EMCDDA ajánlásai szerint

Az alacsony-küszöbűség lényege egészségügyi és szociális szolgáltatások könnyen elérhetővé tétele a droghasználó populációk számára. A küszöb alacsonyra helyezése egyrészt abban nyilvánul meg, hogy a szolgáltató szervezetek a célcsoportokhoz, illetve azok igényeihez igazítják telephelyük és a nyitva tartás kiválasztását – vagyis magukat könnyen, bárki számára elérhetővé teszik. Az alacsony-küszöbű szolgáltatók mentesek a bürokráciától, ingyenesek, és a szolgáltatások igénybevételéhez nem követelnek meg absztinenciát. Célcsoportjaik között egyaránt megtalálhatóak a nehezen elérhető csoportok, a magas kockázati csoportok és az illegális drogokat kipróbálók. Könnyű elérhetőségükből kifolyólag ezen szervezetek kiemelt szerepe a nehezen elérhető, vagy a más egészségügyi és szociális ellátásokban nem részesülő célcsoportok megtalálása és a szolgáltatásokba történő bevonása. Mindamelllett, hogy a kezelés felé igyekeznek klienseiket terelni, a túléléshez szükséges szolgáltatásokat biztosítják: éjszakai szállást, steril tűket és orvosi ellátást. Az alacsony-küszöbű intézmények szintén kiemelt színterei az egészséggel kapcsolatos információk és a biztonságos droghasználattal kapcsolatos üzenetek terjesztésének, különös tekintettel a kipróbálókra, a függőkre vagy a problémás droghasználókra. Egyre inkább fontos szerephez jutnak a kezelési szcénában is.

### Az alacsony-küszöbű intézmények és az ártalomcsökkentő programok a különböző hazai közigazgatási dokumentumokban

Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására, 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat:

<sup>45</sup> Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről, Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, 2004.

<sup>46</sup> Márványkövi Ferenc – Dr. Rácz József: Alacsony-küszöbű intézmények jellemzői Magyarországon, 2004-ben

<sup>47</sup> A kvantitatív vizsgálat során az összes olyan szervezetnek küldtünk kérdőívet, amely magát alacsony-küszöbű feladatokat ellátó szervezetnek vagy intézménynek definiálta a „*Droginfo*” kiadványban (2003). Összesen 62 ilyen szervezetet találtunk. Ebből 4 szervezet képviselője jelezte, hogy működését befejezte, további 14 pedig elmondása szerint a kérdőívben szereplő kérdéseket nem tudta magára vonatkoztatni. Összesen 29 szervezet töltötte ki és küldte vissza a kérdőívet.

A kvalitatív kutatás során összesen 11 *strukturált interjút* készítettünk: 10 hazai alacsony-küszöbű szervezettel (5 budapesti, 5 vidéki), valamint egy Magyarországon működő jogvédő szervezettel, amelynek munkájából kifolyólag rálátása van a magyarországi alacsony-küszöbű intézmények működésére.

A dokumentum tartalmazza az összes „klasszikus” ártalomcsökkentő módszert (túcsere, metadon fenntartó kezelés, megkereső programok, felvilágosítás). Kiemeli a droghasználó egészségügyi kezeléshez való alapjogát (ami akkor is érvényes, ha droghasználatát nem képes abbahagyni), valamint definiálja az alacsony-küszöbű intézmény fogalmát, és annak tevékenységét.

Jelentés a Magyarországi kábítószerhelyezetről 2004, ICSSZEM:

2003. évben befejeződött a szociális igazgatásról és szociális szolgáltatásokról szóló 1993. évi III. törvény végrehajtási rendeletének (továbbiakban: Szt) (a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I.7.) ESZCSM rendelet) I. szakaszos módosítása. A rendelet mind a nappali ellátás, mind a speciális alapellátás (szenvedélybetegek közösségi ellátása) tekintetében nevesíti az *alacsony-küszöbű szolgáltatásokat, a pszicho-szociális tanácsadást, az ártalomcsökkentési programokat*, mint feladatellátást. A speciális alapellátási szint a települési önkormányzatok feladat-ellátási kötelezettségében szerepel, a nappali ellátás, mint szakellátás a 30000 fő lakosú települések kötelező feladatában szerepel.

### Célcsoport

A magyarországi alacsony-küszöbű intézmények rendkívül sokfajta kliensi réteget neveztek meg szolgáltatásaik célcsoportjaként. Az általuk adott leggyakoribb válaszok a következők voltak<sup>48</sup>:

26. táblázat. Az alacsony-küszöbű szolgáltatások célcsoportjai – leggyakoribb említések

Célcsoport megnevezése	Említések száma
Droghasználók (intravénás és nem intravénás egyaránt), szenvedélybetegek, függők	29
Fiatalok, diákok	7
Droghasználók, szenvedélybetegek hozzátartozói	6
Peremhelyzetben lévő/marginalizált csoportok	4

*Forrás: Márványkövi Ferenc – Dr. Rácz József: Alacsony-küszöbű intézmények jellemzői Magyarországon, 2004-ben*

Az alacsony-küszöbű szolgáltatások elsődleges célcsoportjai, a droghasználók kapták kiemelkedően a legtöbb említést: ebből hat említés vonatkozott az intravénás használókra. A droghasználók közvetlen környezetébe tartozók szintén megtalálhatóak a leggyakrabban említettek között, ugyanakkor a szélesebb társadalom tagjai, akikre potenciálisan minden droghasználó ártalmat jelenthet, már nem (mindössze két említés).

Előkerültek olyan célcsoportok is (öregék, romák, tartós munkanélküliek, idősek, hajléktalanok, alkoholisták), amelyek önmagukban nem kifejezetten az alacsony-küszöbű szolgáltatások célzott kliensei.<sup>49</sup>

### Célcsoport nagysága, elérése

A tavalyi évre vonatkozóan mindössze három szervezet (mindegyik vidéki) nyilatkozott úgy, hogy *felmérés* alapján rendelkeznek adatokkal a szolgáltatásokat igénybe vevő célcsoport

<sup>48</sup> Ebben a kérdésben arra kértük a szolgáltatókat, hogy nevezzék meg öt pontban az alacsony-küszöbű programok célcsoportjait. Összesen 38 különböző említést tettek, de a feldolgozáskor ezeket már csoportosítottuk: a droghasználó csoportba került az intravénás és nem intravénás, a fiatal vagy a hajléktalan drogfogyasztó is.

<sup>49</sup> Nehezíti az értékelést, hogy nem tudjuk, hogy egyes célcsoport elnevezések (roma, hajléktalanok) párosulnak-e droghasználattal.

régióbeli nagyságát illetően. Az erre vonatkozó adatok a következők voltak: 41, 480, 10 000. Az adatok nagyfokú különbségének egyik oka lehet, hogy a „régio” fogalmát a szervezetek másképp értelmezték: a kistérségi régiótól a nemzeti régióig (hét régió) terjedhetett a skála. Ugyanerre vonatkozólag *becslésre* is csak hét szervezett vállalkozott: az értékek 60 és 10000 között szórta. Ugyanakkor 14 szervezet rendelkezett adattal arról, hogy *hányan kerültek be* az alacsony-küszöbű szolgáltatásaikba: 6 szervezet 100 fő alatti létszámot említett, míg hét 100 és 500 fő közöttit. A *rendszeres igénybe vevők számáról* adatok alapján csak 9 szervezet tudott nyilatkozni. Itt hét említés 100 fő alatti volt, de még a fennmaradó kettő is 300 alá esett. A rendszeres igénybe vevők számát 10 szervezet becsülte meg: hat esetében a becsült kliens létszám 100 fő, vagy az alatti volt, míg a fennmaradó négy 500 alá esett.

### *Minőségbiztosítás*

Az alacsony-küszöbű szolgáltatások a tavalyi év folyamán különböző tréningekre és továbbképzésekre küldték alkalmazottaikat. Az egynapos képzések túlnyomórészt addiktológiai jellegű konferenciák és „Addikció Súlyossági Index”-interjú (ASI) tréningek voltak, míg a másoddiplomás képzések között a szociális munkás, szociális asszisztensi és az addiktológiai konzultáns képzések voltak a legjellemzőbbek. Az alacsony-küszöbű szolgáltatásokat nyújtók elmondása szerint a munkatársak szinte mindegyike részt vett egynapos képzésen.

Szupervíziós – vagy akként definiált - tevékenység szinte minden megkérdezett alacsony-küszöbű intézményben van. A szupervízió leginkább csoportos formában történik. Egyéni szupervíziós tevékenységet mindössze egy helyről jelentettek.

Belső monitoring tevékenységet a szolgáltatók közel kétharmada végez. Legjellemzőbb a kliensekről és a kliensforgalomról, valamint a működésre vagy projektekre vonatkozó szakmai és pénzügyi jelentések készítése.

Helyi, írásos dokumentum (működésre vonatkozó szabályzat, előírások) meglétéről a válaszadók 62%-a számolt be: ugyanakkor meg kell említeni, hogy erre a kérdésre csak 19 szervezettől érkezett válasz, 10-től pedig nem.

### *A szolgáltatások megítélése a különböző célcsoportokban*

A hazai alacsony-küszöbű szolgáltatók közül mindössze 31% (9 szervezet) mért kliens elégedettséget. Azok, akik mérték, úgy nyilatkoztak, hogy a kliensek szolgáltatásaikkal elégedettek, vagy nagyon elégedettek voltak<sup>50</sup>.

A szolgáltatóktól megkérdeztük azt is, hogy megítélésük szerint a különböző célcsoportok mennyire elégedettek szolgáltatásaikkal. Ennek eredményét foglalja össze az alábbi táblázat:<sup>51</sup>

27. táblázat. *Az alacsony-küszöbű szolgáltatások megítélése az eltérő célcsoportok körében, megítélés alapján - átlagok*

<b>Célcsoport fajtája</b>	<b>Átlag</b>	<b>Szórás</b>
A szolgáltatást igénybevevők körében	4,4	0,6
A kliens hozzátartozói, családja körében	4,2	0,6
A helyi droghasználók körében	4,1	0,7

<sup>50</sup> A válaszadóknak egy 1-től 5-ig terjedő skálán kellett értékelniük, hogy megítélésük szerint klienseik mennyire voltak elégedettek szolgáltatásaikkal, ahol az 1-es a legrosszabb, az 5-ös a legjobb osztályzatot jelentette.

<sup>51</sup> A válaszadóknak egy 1-től 5-ig terjedő skálán kellett értékelniük, hogy megítélésük szerint a különböző célcsoportok hogyan ítélik meg szolgáltatásaikat. Az 1-es a kifejezetten negatív, míg az 5-ös osztályzat a kifejezetten pozitívát jelentette.

A helyi szakemberek körében, a helyi intézményi közösségben	4	1
Más, szintén alacsony-küszöbű szolgáltatásokat nyújtó intézmények körében	3,9	0,7
A kapcsolatban álló intézmények körében	4,1	0,7
Az alacsony-küszöbű szolgáltatásban résztvevő segítők, szakemberek körében	4,4	0,6
A „szélesebb szakma” körében	4	0,7
A helyi közvéleményben	4	0,9
A helyi politikában	3,3	1,2

*Forrás: Márványkövi Ferenc – Dr. Rácz József: Alacsony-küszöbű intézmények jellemzői Magyarországon, 2004-ben*

Az alacsony-küszöbű szervezetek véleménye szerint szolgáltatásaikat a segítők és szakemberek, valamint a szolgáltatást igénybe vevők ítélik meg legkedvezőbben, meglehetősen egyhangú módon. Ugyanakkor az is leolvasható, hogy meglátásuk szerint a helyi politika értékeli szolgáltatásaikat a legkevesebbre, jóllehet a nagy szórásérték arra utal, hogy ezt illetően meglehetősen eltérnek a vélemények: nincs egyöntetű megítélés. Szintén fontos megemlíteni, hogy a helyi politikát leszámítva a szervezetek saját átlagban jónak tartják saját megítélésüket a különböző célcsoportok körében.

## 7.1. DROGFOGYASZTÁS OKOZTA HALÁLESETEK MEGELŐZÉSE

Két szervezet kivételével az összes jelezte, hogy foglalkozik ártalomcsökkentő *tanácsadással*, amelynek része a droghasználat kockázataival, ezek megelőzésével, valamint a túladagolás kezelésével kapcsolatos információk átadása. A szervezetek kevesebb, mint egyharmadánál jellemző a sorstársak bevonásával megvalósuló tanácsadás. Ilyen jellegű tevékenységet szinte egyáltalán nem folytatnak börtönökben, valamint kórházakban és sürgősségi eseteket ellátó helyeken.

Az alacsony-küszöbű programokról elmondható, hogy csoportos formában jellemzően nem történik ismeretátadás a *túladagolás* veszélyeivel kapcsolatosan.

A droghalál megelőzését szolgáló biztonságos injekciós technikákkal kapcsolatos tanácsadást 13 szervezet végez (45%). Elsősegélyt mint szolgáltatási formát a szolgáltatóknak kevesebb, mint fele (43%-a) nyújt. Magyarországon jelenleg még nem működik a biztonságos intravénás használatot lehetővé tevő „belövő szoba”.

## 7.2. DROGFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZŐ MEGBETEGEDÉSEK PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE

Egy szervezettől eltekintve egyik szervezet szolgáltatási palettáján sem szerepel az intravénás használatból fakadó *hepatitis B fertőzés elleni védőoltás* nyújtása.

Jelenlegi adataink szerint *tűcserével* 10 szervezet foglalkozik az országban: ebből 7 vidéki, 3 budapesti székhelyű. Közülük csak egy olyan van, amelyik saját állandó telephelyén nem biztosít tűcserét. Mobil tűcserével (tűcsere buszokon keresztül) két szervezet foglalkozik a 10-ből, mindkettő budapesti székhelyű. Automatából három helyen folyik tűcsere az országban.

A rejtett intravénás használói csoportok hatékony elérését a mobil tűcsere mellett a szociális munkások, valamint a sorstársak bevonásával történő utcai megkereső tűcsere teszi leginkább lehetővé. A hazai tűcsereprogramok közül előbbi szolgáltatással négy, utóbbival három rendelkezik.

A tűcsere-központok a szűrés előtti és utáni fertőtlenítést szolgáló törülközőt, valamint fertőtlenítő spray-t is adnak. Ugyanakkor a biztonságos injektáláshoz szükséges egyéb más kellékeket nem jellemzően szolgáltatnak: steril vizet vagy vénageneráló kenőcsöt csak három, főzőeszközt is csak négy szervezet biztosít.

28. táblázat. Országos tűcsere adatok

	Budapest	vidék	Összesen
Kiadott fecskendő+tű	54490	*23393-28393	<b>77883-82883</b>
Visszavett fecskendő+tű	34440	13120-*16870	<b>47560-51310</b>
Közterületről összegyűjtött, használt	1993	25	<b>2018</b>
Droghasználó kliens kontaktusok száma	6298	**9370	<b>15668</b>
Droghasználó kliensek száma	*830	**463	<b>1293</b>

(\*Becsült adatokat is tartalmaz.)

\*\*Becsült adatokat és adathiányt is tartalmaz.)

*Forrás: Márványkövi Ferenc – Dr. Rácz József: Alacsony-küszöbű intézmények jellemzői Magyarországon, 2004-ben*

A tűcsere hazai protokollja<sup>52</sup> a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően a használt fecskendők 70%-ának begyűjtését tűzte célul amellett, hogy steril felszereléssel látja el a drogfogyasztót. A Magyarországon működő tűcsereprogramok a 2004 folyamán a kiadott fecskendők és tűk 61%-át vették vissza.

A tűcsere mellett a különböző fertőző megbetegedések megelőzésének másik módja az *óvszerek* ingyenes rendelkezésre bocsátása. A szervezetek kicsivel több, mint egyharmada (38%) biztosít óvszert klienseik számára, ugyanakkor közel háromnegyede (72%) nyilatkozott úgy, hogy szolgáltatásai között jelen van a biztonságos szexuális érintkezéssel kapcsolatos tanácsadás.

A fertőző megbetegedésekkel (hepatitis B és C, HIV, TBC és nemi betegségek) kapcsolatos szűréssel és tanácsadással kapcsolatban a következő főbb megállapításokat tehetjük: semmilyen szűrés nincs az alacsony-küszöbű intézmények legnagyobb részében (79%), a TBC-vel és nemi betegségekkel kapcsolatos szűrés a legkevésbé jellemző.

A tanácsadással kapcsolatban elmondható, hogy mind az öt, általunk kérdezett fertőző betegséggel kapcsolatban 13 szervezet (ez az összes szervezetek 45%-a), négyvel kapcsolatban pedig 5 szervezet tart *előzetes*, megelőző jellegű tanácsadást. Azaz a megkérdezettek közel egyharmada (62%) legalább 4-féle fertőzéssel kapcsolatban tud információval szolgálni klienseinek. Ugyanakkor azt is hangsúlyozni kell, hogy 11 szervezet (38%) egyikkel kapcsolatban sem ad megelőző jellegű tanácsadást.

Van azonban olyan szervezet, amely kifejezetten az intravénás használathoz kötődő kockázatokról is ad információt. Az úgynevezett hierarchikus felépítésű tájékoztatás lényege, hogy a megelőzést segítő információ a kockázatok növekedésének sorrendjét követi.

Felemás a helyzet a *szexuális úton terjedő fertőző megbetegedésekre* vonatkozó megelőző és ártalomcsökkentő tevékenységeket illetően: egyrészt míg az erre vonatkozó tanácsadás jellemző a szolgáltatóknál, ennek gyakorlati elősegítése (óvszer biztosítása) nem. A biztonságos szexuális viselkedésre több figyelem jut, ugyanakkor az injekciós használatra kevesebb. Nagyon kevés olyan szervezet van, amely mindkét felvilágosító tevékenységet végezné.

<sup>52</sup> Pszichiátriai Szakmai Kollégium (2001b). A tűcsere szakmai irányelvei. *Psychiatria Hungarica*, 16. 1. 107-110.

### **7.3. A PSZICHIÁTRIAI KOMORBIDITÁSSAL KAPCSOLATOS BEAVATKOZÁSOK**

Nincs új információ.

### **7.4. BEAVATKOZÁSOK MÁS EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK ÉS KÖVETKEZMÉNYEK KAPCSÁN**

Nincs új információ.

#### *Következtetések*

Bár a szervezetek hazai történetében az *innovációnak*, az új módszerekkel való kísérletezésnek alapvető jelentősége van, bizonyos „tabuk”, „határvonalak” még mindig léteznek. Ilyen pl. az utcai vagy más megkereső programok alacsony száma, a sorstársak bevonásának alacsony (szinte nulla) szintje, az általános jellegű tanácsadás, a specifikus, célzott tanácsadás hiányával (pl. biztonságos injekciózás, túladagolás esetén mi a teendő), illetve egyes alapszolgáltatások rendkívül alacsony aránya: HIV és hepatitisz, illetve tbc és nemi betegségekkel kapcsolatos szűrés (vagy szűrésre beutalás) és tanácsadás.

Érzékelhető, hogy az egészségügy és a szociális szféra közötti szakadék legtöbbször átjárhatatlan: a többnyire szociális szolgáltatásként működő alacsony-küszöbű szervezetek vagy programok nem akarnak „egészségügyi” kérdésekkel foglalkozni, mint amilyen a szűrés vagy az injekciós technikák, illetve a túladagolások megelőzése és a teendők túladagolás esetén (nyilván nem az orvosi, toxikológiai teendőről és ismeretekről van szó). A szervezetek „önértékelési”, „önértelmezési” problémái nemcsak a Droginfóban megmutatkozó leírásokban érhetők tetten, hanem a nagyobb szolgáltatók módszertani, az elvi háttérrel jelentő irányultsággal kapcsolatos bizonytalanságában, homályos megfogalmazásaiban is, végül pedig a célcsoportokkal kapcsolatos sikerkritériumok megfogalmazásában. Még leginkább a *szociális munka* (egyéni esetkezelés) elméleti-módszertani definíciói jelennek meg a válaszokban. A *szakmai dokumentumok* (működési szabályzat, küldetési nyilatkozat) nagy arányú hiánya is erre utalhat.

## 8. A DROGFogyasztás SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI

### 8.1. SZOCIÁLIS KIREKESZTETTSÉG

A droghasználók magatartásukkal, életvitelükkel elsősorban a társadalomból való kivonulást valósítják meg. Bizonyos mozzanatokban a társadalmi részvétel a cél, azonban ezekben az esetekben is észlelhetők szegregációs törekvések. A tiltakozás ma már egyáltalán nem jellemző a droghasználat motivációs- és érvrendszerében. Fontos kérdés, hogy a szociális kirekesztettség oka vagy következménye az illegális droghasználatnak. A kirekesztő attitűd és hatás tetten érhető a drogfogyasztók előéletében, szociális miliójében. Az illegális drogfogyasztás – valószínűsíthetően - erre a helyzetre (is) adott reakció. Ugyanakkor a kábítószer-fogyasztás újabb erős indítéka a kirekesztő aktivitásoknak és viszonyoknak. A drogfogyasztók szociális kirekesztése inkább passzív, mint aktív jellegű. Az absztinens társadalom részéről nem annyira célorientált és stratégiaileg átgondolt cselekvési programot jelent, mint inkább intoleráns és megértésre képtelen attitűdöt tükröz. A kirekesztés formája és főleg mértéke elsősorban a mai magyar társadalmi viszonyok és lehetőségek szemszögéből kívánatosnak tartott, tehát dominánsan a társadalmi eszmények szerinti szegregáció. A droghasználat és a társadalmi kirekesztés kauzális kapcsolatrendszerét vizsgálva azt látjuk, hogy a szociális kirekesztés nagyon erős háttértényezője az illegális szerfogyasztásnak, utóbbi pedig jelentős indoka a további kirekesztő folyamatoknak. A szociális kirekesztettség magyarországi jellemzőit a droghasználók társadalmi kirekesztését feltérképező kutatás<sup>53</sup> alapján (Vingender 2005) mutatjuk be.

### Hajléktalanság

A kutatás eredményei alapján elmondható, hogy a droghasználat nincs szoros összefüggésben a klasszikus értelemben vett hajléktalansággal. A megkérdezettek között mindössze három olyan személy volt, aki hajléktalan. Ennél lényegesen nagyobb arányban találkoztak olyan esetekkel, amikor a droghasználók rendelkeznek ugyan valamilyen lakással, de életük jelentős hányadát az utcán töltik. Az utcai drogosok, a szipusok, opiát-használók egy része tartozik ebbe a körbe. Talán ide sorolhatók azon fogyasztók is, akik maguk nem hajléktalanok, de igénybe veszik a hajléktalan-ellátás és támogatás infrastruktúráját. Ebben a modellben a drogfogyasztó minden drog-specifikus és attól független tevékenységformája az utcai térben zajlik, estenként az alvás is. A hajléktalan életmódra jellemző állapotok, fizikai és mentális kondíciók egyaránt jellemzik őket: testsúly-csökkenés, ápolatlan külső megjelenés, fertőzések, egyéb betegségek, gyakoriak ezek szövődményei, az agresszivitás és a kommunikáció sajátos, „utcai” formáinak preferálása.

E csoportnak két fő típusa van: az egyikbe tartoznak azok, akiknek droghasználó ismerősei szintén az utcán élik életüket, a másikba pedig azok a droghasználó lányok és nők, akik prostitúcióból tartják fent magukat (megkérdezettek közül 15 fő).

A droghasználat tehát nem független a hajléktalanságtól, de nem is kötődik hozzá nagyon szorosan. Inkább arról kell említést tenni, hogy a drogfogyasztók és a hajléktalanok – két olyan társadalmi csoport – akik bizonyos életdimenziókban és élethelyzetekben érintkeznek egymással, egyes sorskérdésekben talán illeszkednek is egymáshoz, de alapvetően két különböző csoportról és életformáról van szó.

---

<sup>53</sup> A droghasználó populáció kirekesztettségének kutatása során mintegy 200 droghasználóval, és kb. 150 nem droghasználó személlyel készítették narratív interjút. A kutatás kvalitatív irányultságából következően nem törekedtek reprezentatív mintavételre. A vizsgálati időszak (egy esztendő) alatt elérhető droghasználókkal készítették interjút. Kb. 200 drogfogyasztó személlyel kezdődött el a vizsgálat, végül 194 személy adatai bizonyultak feldolgozhatónak. A vizsgált minta 75%-a férfi, 25%-a nő. Az átlagéletkor a kérdezés időpontjában 29 év. Olyan populációt vizsgáltak, melynek tagjai biztosan drogfogyasztók voltak a kérdezés idején is, a különböző szereket használók nem különböznek jelentősen egymástól a fogyasztás gyakoriságát illetően.

## Munkanélküliség

29. táblázat. *Megkérdezett droghasználók foglalkoztatottsági helyzete (%)*

Munkanélküli, álláskereső	16,8
Munkanélküli, nem keres állást	10,5
Teljes munkaidőben dolgozik	37,2
Részmunkaidőben dolgozik	6,8
Betegállományban van	5,2
Háztartásbeli	11,5
Iskolás	1,0
Nyugdíjas	1,6
Beteg, nem képes dolgozni	1,6
Börtönben van	4,2
Más státusa van	3,7

*Forrás: Vingender, 2005.*

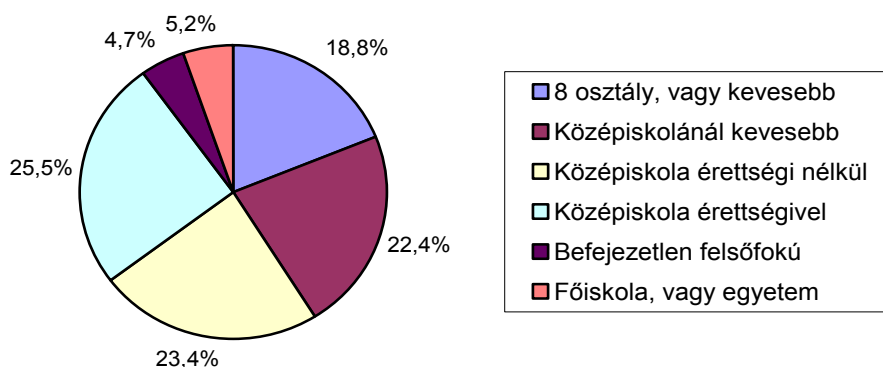
A droghasználat, mint életforma alapvetően konfrontálódik a munka világával és annak normarendszerével. A munka világában – ennek megfelelően – rossz az integráltság. A megkérdezettek többsége nem rendelkezik stabil, állandó munkahellyel. Az összes vizsgált személynek mindössze egyharmada dolgozik teljes munkaidőben, és csak egy százaléka rendelkezik tanulói-hallgatói jogviszonnal. Az inaktívak aránya a vizsgált populációnak legalább a felét teszi ki. Ezen belül a kifejezetten munkanélküliek aránya közel 27%, ami rendkívül magasnak tekinthető az országos munkanélküliségi mutatók mellett. Jelentős hányaduk véglegesen lemondott arról, hogy be/visszakerüljön a társadalom munkarendszerébe, illetve arról, hogy önálló egzisztenciát teremtsen. A droghasználók átlagosan 23,3 hónapja (megközelítőleg két éve) dolgoznak jelenlegi munkahelyükön. Az alkalmazásban állók több 50%-a legfeljebb egy éve, s csak alig több mint 20%-a dolgozik több mint két éve jelenlegi állásában. Az egyáltalán állásban levőkre jellemző az alkalmi munka, az éjszakai, jórészt egyedül teljesítendő feladatok végzése, az ad hoc jellegű és ad hoc időtartamú tevékenységet igénylő beosztások, illetve a kisegítő beosztásban végzett munka.

### Iskolából kimaradók

A tudás megszerzésének programszerű, kívülről irányított, szervezett formája nem jellemző a droghasználókra. Az ismeretek megszerzésében elsősorban saját „stratégiákra”, módszerekre hagyatkoznak, megkerülve a hivatalos utat. Az iskolai élet számos mozzanata képes integrálni, illetve dezintegrálni az embert. Így a drogfogyasztók iskolai (elő)élete alapvető jelentőségű a szociális integráció, illetve kirekesztődés szempontjából.

25. ábra. *Megkérdezett droghasználók iskolai végzettsége*





Forrás: Vingender, 2005.

A vizsgált minta mindössze 5,2%-a fejezte be felsőfokú tanulmányait. Ha hozzászámítjuk a befejezetlen felsőfokú végzettségűeket, akkor is csupán a szerfogyasztók 10%-áról mondható el, hogy bekerült a felsőoktatásba. A megkérdezettek kb. 40%-a nem érettségizett, mely jelentős elmaradást mutat az országos átlagtól. Ugyanakkor a középiskolát végzés előtt abbahagyó, illetve nyolc általános osztályt, vagy annál is kevesebbet végeztek aránya jelentősen meghaladja az országos adatokat. A drogfogyasztás miatt közvetlenül megjelenő iskolai konfliktusok a megkérdezettek 40%-át jellemzik. Az esetek többségében nem egyszeri „megbotlásról” van szó, hanem szokássá vált magatartásformáról. Két olyan tényező merült fel a narratívákban, amelyek erősítik a lemorzsolódás folyamatát: az egyik az iskolai intézmények túlszabályozott normatív rendszere, a másik a szülők tanulmányok iránt tanúsított érdektelensége, vagyis a tanulók magára hagyatottsága.

### Anyagi nehézségek

A droghasználók nem rendelkeznek érdemi és mérhető vagyonnal. Sokuk szülőkkel él, a saját lakásban élők viszont jellemzően nem maguk teremtették meg egzisztenciájukat. Ezek a hiányok azonban jellemzően nem jelentenek problémát a drogfogyasztók számára. A droghasználók jövedelemforrásainak pillanatfelvétele azt mutatja, hogy csak 50%-uk rendelkezik munkahelyről származó fizetéssel. Majdnem ugyanekkora hányaduk környezetétől kap pénzt. Szintén magas azok hányada, akik üzletelésből, különböző értékek adás-vételéből élnek. Megállapítható, hogy magas az illegális bevételekre szertevők aránya. A prostitúcióból élők száma szintén magas. Az említett forrásokhoz képest alacsony azok aránya, akik valamilyen szociális ellátásban részesülnek. Végül soron a drogfogyasztók összes bevételeinek kisebb hányada származik munkabérből, fizetésből, a többi az informális–illegális szférában keletkezik.

### Szociális háló

A droghasználók kirekesztettségének legszintetikusabb kifejezője a családi környezet összetétele és jellege. A családi együttélés egyszerre reprezentálja a szociális, a szociálökölógiai és a mentális integráltság, illetve dezintegráltság problémáját. (Miközben természetesen teljes képet nem ad ezekről a kondíciókról.) A lakás, a háztartás nem mutat jelentős mértékű kirekesztettséget a drogosok estében. Ellenkezőleg, a megkérdezett drogfogyasztók átlagosan 29 éves kora ellenére meglehetősen nagy arányban élnek együtt szüleikkel (52,6%). (Ez más megközelítésben azt is jelentheti, hogy sokan közülük jelenlegi eddigi életük során nem voltak képesek önálló egzisztenciát teremteni, a posztadoleszcens

életciklus – esetükben – jelentős mértékben megnyúlt.) A drogosok kirekesztése nem abban az értelemben jellemző, hogy a társadalom, a mikrokörnyezet elkülöníti őket a társadalmi környezettől, hanem abban, hogy akadályoztatja őket az életciklusuknak adekvát társadalmilag normatív leválás, önállósodás megvalósításában.

A droghasználók extrafamiliaris szociális környezete sajátosan strukturálódik. A mikroszociális környezet talán legjellemzőbb sajátossága éppen az, hogy jelentős számú személy alkotja, a társaságok, közösségek jellemző létszáma tekintélyes. A drogfogyasztók jellemzően sok „baráttal”, „haverral”, „ismerőssel” rendelkeznek, sőt még a szerelmes partnerek száma is meglehetősen nagy. Ezzel kapcsolatban azonban rögtön meg kell jegyezni két sajátosságot. Az egyik, hogy az említett kapcsolatformák között a megkérdezett drogosok szinte alig tesznek különbséget. Nem differenciálják, és főleg nem strukturálják társas beágyazottságukat, illetve kapcsolatrendszerüket, a „barát”, „haver”, „társ”, „ismerős” kifejezések narratíváikban jellemzően rokon értelmű szavak, ugyanazt a viszonyformát tükrözik. A másik sajátosság éppen ehhez a mozzanathoz kapcsolódik, s ez abban nyilvánul meg, hogy minden kapcsolati formájuk erőteljesen a droghasználat körül szerveződik és nyer értelmezést. Végül soron tehát minden extrafamiliaris kapcsolatforma, beleértve a szerelmeket is, dominánsan homogén szociális környezetet képez.

A drogosok szociális környezetének kiemelkedően fontos kérdése a barátok (nagy számú és a drog-centrikus kohézió attribútumaival jellemezhető) közösségének összetétele. A barátok, a baráti társaságok legfontosabb jellemzői:

- Feltűnően gyakori, hogy a barátok dominánsan az ellenkező nemből verbuválódnak. Ennek általában nem az ilyen irányú vonzódás, hanem a saját neműek társadalmától való elidegenedés / kirekesztettség az oka.
- Szembetűnően sokszor előforduló tapasztalat az is, hogy a narratívákban említett barátoknak, haveroknak, ismerősöknek nincs nemük. A mások nemének irrelevanciája szorosan következik a saját nemi identitás eljelentéktelenedéséből. Márpedig ez a jelenség fontos kirekesztődési dimenzió, különösen akkor, ha figyelembe vesszük a nemi hovatartozás, az ehhez kapcsolódó külsőségek, a nemi szerepek manapság felerősödő jelentőségét.
- A baráti társaságok leggyakoribb tagjai a drogos társak, azok, akikkel a megkérdezettek együtt élnek mindennapi droghasználó életüket.
- Releváns jellemzője a drogorientált közösségeknek a „nincs más, csak ők” attitűd. Ezek a közösségek kizárólagos szerepet játszanak a drogfogyasztó társadalmi/társas környezetének konstrukciójában, mellettük nincs pozíciója és szerepe lényegében semmilyen más csoport-szerveződésnek.<sup>54</sup>
- A droghasználat köré szerveződő közösségek spirituális és pszichés szempontból fontos funkciót hordoznak. Róluk a drogfogyasztó személyek jellemzően, mint olyan csoportról tesznek említést, amelyben „felnéznek rájuk”, „tisztelik őket”, „figyelnek arra, amit mondanak, és amit cselekszenek”.
- Végül az jellemzi a drogos közösségeket, hogy a szerfogyasztó magatartás mellett lényegében csak passzív, céltalan és konstruktív tartalom nélküli viselkedésformákat preferálnak.

Mindazonáltal a droghasználat egyfajta kapcsolatformának, nevezetesen a házastársi státusoknak nem kedvez. Többfajta formában sem: a drogosok körében ritkán fejlődik a társkapcsolat (még a szerelemi viszony is jellemző ez) házassággá, ha mégis, nagyon gyakran és gyorsan végződik válással, s végül, amikor fennmarad a házastársi

<sup>54</sup> Itt ismét fontos lenne tudni, hogy az exkluzivitásnak mi az oka. Az, hogy az anyag, a droghasználó életforma nem tűr meg semmilyen más életelvet maga mellett, vagy az, hogy társadalmi /társas környezetüket elvesztett emberek fordulnak a drogokhoz, illetve az ezek révén elnyerhető társas beágyazottsághoz. Hipotetikusán mind a két oksági magyarázatot érvényesnek tekinthető. Az utóbbit aláhúzza az a körülmény, hogy a megkérdezett drogosok gyakran számolnak be arról, hogy gyermekkorukban, az iskolában nem voltak barátaik, magányosak voltak.

kapcsolatrendszer, az élet fontos és meghatározó dolgaiban akkor is jellemzően elveszti relevanciáját ez a forma.

## 8.2. KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS

A hazai kriminálstatisztika nyilvántartási rendszere (Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika – ERÜBS) output jellegű, azaz a rendőrségi, ügyészségi eljárás lezárulásakor kerülnek regisztrálásra az adatok. Az ismertett adatok tehát azokra a cselekményekre vonatkoznak, amelyekben az eljárás az adott évben, azaz 2004-ben fejeződött be.

A nyilvántartási rendszer sajátosságai miatt, egy elkövető egy (a legsúlyosabb) bűncselekménnyel szerepel a statisztikában. Így, ha valaki elkövette a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt, de ezzel egyidejűleg más súlyosabb bűncselekmény miatt is eljárás folyik ellene, akkor a statisztikában a (súlyosabb) bűncselekmény szerint kerül nyilvántartásba, amennyiben halmazatot állapítottak meg. Ezért ezeket az eseteket nem tudjuk vizsgálni, nem kerülnek a bűnügyi statisztikába.

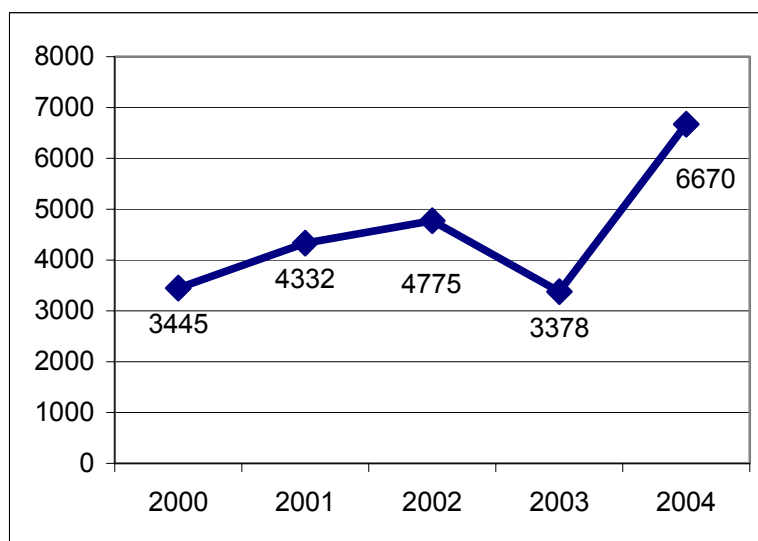
Az eljárás befejezéskor az eljáró hatóság minden bűncselekményről és minden elkövetőről statisztikai lapot tölt ki. Itt érvényesül az „egyénesített” adatgyűjtés. A kitöltött ún. „B” (bűncselekményi) és a „T” (terhelti) statisztikai lapok kerülnek aztán feldolgozásra. Ezekben, meghatározott szempontok szerint, az elkövetett bűncselekmény és a bűncselekménnyel gyanúsított elkövető jellemzőit rögzítik.

### A bűncselekmények

A hazai kriminálstatisztika rendszere a kábítószeres bűncselekmény alatt a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt (282/A., 282/B., illetve a 282/C. §-okat) érti. A 2004. évi statisztikai adatok szerint 6670 visszaélés kábítószerrel bűncselekmény miatt indult eljárás zárult le a tárgyévben.

2003-ban a visszaélés kábítószerrel bűncselekmények száma az azt megelőző évihez képest 29,3%-kal csökkent, 2004-ben pedig közel kétszeresére nőtt. (A növekedés mértéke 197,5% volt.)

26. ábra. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának alakulása



Forrás: ERÜBS

Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának ilyen mértékű növekedése elsősorban a Büntető Törvénykönyv 2003. évi módosításával és az új Büntető eljárási törvény hatályba lépésével függ össze. Ugyanis a Büntető törvénykönyv 2003.

március 1-én hatályba lépett módosítása jelentősen kibővítette az elterelésben résztvevők körét. A 2003. július 1-én hatályba lépett új Büntető eljárási törvénnyel, valamint az elterelés, azaz a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól szóló 26/2003. (V. 16.) ESZCSM-GYISM együttes rendelettel az eljárás és az elterelések végrehajtása szabályozottabb, de egyben hosszabb is lett.

Így azoknak a 2002-ben és 2003. március 1. előtt kábítószerrel visszaélés miatt indult eljárásoknak a többsége, amelyek a törvénymódosítás idején még folytak, és a módosítással az elkövetők számára lehetőség nyílt az elterelésen történő részvételre, még nem kerülhettek bele a 2003. évi statisztikába. A 2003. március 1. után indult, eltereléssel végződő eljárások zöme szintén nem fejeződött be 2003-ban. Ezek az esetek a 2004. évi statisztikában jelentek meg.

30. táblázat. Az ismertté vált kábítószerrel visszaélés bűncselekmények alakulása az elkövetési ideje szerint

Elkövetés éve	Esetszám	%
2004	960	14,4
2003	3600	54
2003 előtt	2110	31,6
Összesen	6670	100

Forrás: ERÜBS

Az elkövetés idejét vizsgálva a korábbi évektől kissé eltérő arányokat találunk. Míg a 2002-es adatok 26,8%-a tartalmazott a tárgyévben elkövetett cselekményeket, 2003-ban ezek aránya már alig haladta meg a 20%-ot (20,2%). 2004-ben pedig még a 15%-ot sem érte el (14,4%).

A 2004-es kriminálstatisztikai adatok sokkal inkább jelzői a 2003-as állapotoknak, mint a vizsgált időszaknak.

## Az elkövetési magatartások

A legjellemzőbb elkövetési magatartás továbbra is a fogyasztás, habár a kriminálstatisztika rendszere az egy törvényi tényálláshoz tartozó eseteket egyben tudja rögzíteni. Mivel 2003. március 1. óta a kábítószer-használat nem a „kábitószer fogyaszt” elkövetési magatartás révén, hanem a „megszerez/tart” révén – mennyiségi kritériumokra figyelemmel – büntetendő. Így nem tudjuk pontosan, hogy hány eljárás indult kizárólag kábítószer-fogyasztás miatt, ugyanis a vonatkozó tényállások más típusú elkövetői magatartásokat is magukba foglalnak.

A „termel, előállít, megszerez, tart, behoz...” magatartások - amelyek elsősorban keresleti oldali, saját használattal összefüggő tevékenységeket takarnak - részaránya az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény között 91,7% volt.

Ehhez képest a kínálati oldali bűncselekmények („kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik”) részesedése a felderített esetek egytizedét sem teszi ki.

A statisztikai adatok (illetve az orvosszakértők) szerint az elkövetők 20,3%-a bizonyult kábítószerfüggőnek az elkövetés időpontjában. Ez az arányszám szintén felülmúlja a korábbi években mért arányokat (2003-ban 13,1% volt), kérdés azonban, hogy ez nincs-e összefüggésben a hatályos törvényi szabályozás által a kábítószerfüggők számára nyújtott „kedvezményekkel”. Azaz azzal, hogy a kisebb súlyú forgalmazói magatartást megvalósítók függőnek vallják magukat a bűncselekmény kedvezőbb elbírálása érdekében.

## Az elkövetők

A kábítószer-fogyasztás korszpecifikus jelenség. Jellemzően a fiatalkorú (14-18 évesek) és fiatal felnőtt korosztály (19-24 évesek) érintett leginkább a jelenség kapcsán. 2004-ben a fiatalkorúak részesedése a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők körében 16,1% volt, 2,7%-kal magasabb, mint 2003-ban. Gyakorlatilag minden hatodik visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövető fiatalkorú.

Ez a részarány alatta marad a 2001-ben és 2002-ben mért értékeknek (17,1%, valamint 17,8%), de hitelesebb képet közvetít, mint a tavalyi – a jogszabályi környezet változása miatt meglehetősen - torzítottan megjelenő statisztika.

Egyéb jelentős változás az életkori megoszlás tekintetében nem detektálható.

Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma a 2003. évihez képest gyakorlatilag megkétszereződött (azaz 219,9%-kal nőtt).

A kábítószerrel visszaélő elkövetők életkori „előnye” a többi bűnelkövetővel szemben fokozódott. E bűncselekmény típust jellemzően fiatalabb korban követik el, mint más bűncselekményeket. Míg a kábítószer bűncselekményeket elkövetők 92,8%-a 31 éves kora előtt követte el a bűncselekményt, addig a többi bűncselekmény elkövetői között ez az arány nem éri el a 60%-ot.

31. táblázat. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkor szerinti megoszlása 2003-ban és 2004-ben

Korcsoportok	2003		2004	
	Eset	%	Eset	%
Gyermekkorú (0-14)	7	0,2	9	0,1
Fiatalkorú (14-18)	393	13,4	1044	16,1
18–24 éves	1675	57,0	3663	56,7
25–30 éves	644	21,9	1290	19,9
31–40 éves	177	6,0	395	6,2
41–50 éves	32	1,1	48	0,7
51–60 éves	6	0,2	16	0,2
61 év feletti	6	0,2	1	0,1
<b>Összesen</b>	<b>2940</b>	<b>100,0</b>	<b>6466</b>	<b>100,0</b>

Forrás: ERÜBS

Az ismertté vált kábítószerrel visszaélést elkövetők nem szerinti megoszlása 1:10-hez a férfiak javára. A férfiaké 90,5%, a nők részesedése pedig 9,5% volt 2004-ben. Gyakorlatilag ez az arány évek óta változatlan.

A kábítószerrel visszaélők 50,1%-a általános iskolai, 24,5%-a szakmunkás végzettségű, 23,2%-a pedig érettségizett (szakközépiskolai vagy gimnáziumi végzettségű), az egyetemet, főiskolát végzettké pedig 1,8% volt 2004-ben. Továbbra is érvényes az a megállapítás, hogy az „átlagos” kábítószerrel visszaélő sokkal iskolázottabb az „átlagos” bűncselekményt elkövetőnél. Alig volt olyan elkövető (0,2%), aki ne rendelkezett volna legalább általános iskolai végzettséggel, vagy az elkövetés idején éppen ne végezte volna azt.

Jelentős változás a visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők iskolai végzettség szerinti megoszlásában, a 2004-es kriminálstatisztikai adatok szerint nem történt. Ez pedig azt jelzi, hogy a visszaélés kábítószerrel bűncselekmény elkövetői továbbra is megőrizték iskolázottságbeli előnyüket az egyéb bűnelkövetőkkel szemben.

2004-ben az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők egyharmada (33,1%-a) volt büntetett előéletű. Habár a büntetett előéletűek részesedése 3,4%-kal kevesebb, mint 2003-ban, az elmúlt években 30% fölé emelkedett ez az érték, tehát egyértelmű elmozdulás tapasztalható.

Ezeknek az elkövetőknek jelentős része kábítószerfüggő és korábbi bűncselekményeik is a szerhasználattal vagy a szerhez jutással voltak összefüggésben. Kisebb részük azonban a bűnöző szubkultúrából kerül ki, ami azt jelzi, hogy a kereskedelmi jellegű tevékenység mellett ebben a körben is terjed a szerhasználat.

### **Egyéb kábítószerrel összefüggő bűncselekmények**

A hazai kriminálstatisztika rendszere jellemzően csak a direkt kábítószer-bűnözésről szolgáltat megbízható adatokat. Az indirekt kábítószer-bűnözésről, azaz a kábítószer megszerzése érdekében elkövetett bűncselekményekről nem állnak rendelkezésre adatok.

Az adatok értelmezéséhez meg kell jegyeznünk, hogy a kábítószer hatása alatt történő elkövetésekre csak akkor derül fény, ha az elkövető közölte a hatósággal ezt a tényt, illetve, ha a cselekmény jellege miatt a büntető eljárásjogi törvény alapján vizsgálható az elkövető testnedve. Így a kriminálstatisztika adatai csak fenntartással kezelhetők a következménybűnözés terjedelmének, illetve jellemzőinek vizsgálata során.

A statisztika megkülönbözteti a kábítószer, illetve a kábító hatású anyag hatása alatt elkövetett bűncselekményeket. Kábító hatású (tehát jogilag nem kábítószernek minősülő) anyag alatt jellemzően különböző gyógyszerek (főként altatók és nyugtatók), illetve alkalmanként a „kábítószer-listán” nem szereplő egyéb anyagok értendők (az alkohol hatása alatt történő bűnelkövetést a statisztika külön kezeli).

A következőkben a kábítószer, illetve a kábító hatású anyag hatása alatt bűncselekményt elkövetőket együtt vizsgáljuk.

2004-ben kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt 4071 fő követett el bűncselekményt, közel kétszer annyian, mint 2003-ban (2112 fő).

A legtöbben (75,6%) a kábítószerrel visszaélés bűncselekményt valósítottak meg, azaz ennyi elkövető ellen indult eljárás azért, mert kábítószer hatása alatt állt. Ez az érték 2003-ban 61,4% volt, tehát jelentős, 14,2 százalékpontos növekedés detektálható. A növekedés tulajdonképpen a 2002. évi állapotokhoz való visszatérést jelenti, a meglehetősen torz 2003. évi statisztikát követően.

Főbb bűncselekményi csoportokra lebontva: vagyon elleni bűncselekményt követett el a kábítószer vagy kábító hatású szer hatása alatt állók 14,1%-a, közlekedési bűncselekményt 2,3%-uk, személy elleni bűncselekményt 2,2%-uk, garázdaságot 2,5%-uk.

Mivel Magyarországon a prostitúció nem bűncselekmény, így a kriminálstatisztika alapján a kábítószer-bűnözés és a prostitúció összefüggései nem vizsgálhatók.

### **8.3. KÁBÍTÓSZER-HASZNÁLAT A BÖRTÖNEN**

A kutatás a vizsgálat idején a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben jogerősen fogvatartott, magyar állampolgárságú, felnőtt korú, férfi elítéltek körére terjedt ki.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató Központja végezte. A kérdőívek felvétele ún. „kevert” technikával történt. Azaz a szocio-demográfiai háttérre, drogfogyasztáson kívüli szokásokra, illetve a kérdezett jelenlegi objektív büntetés-végrehajtási státusára és előéletére vonatkozó kérdéseket tartalmazó ún. „A” kérdőív kérdőbiztosok közreműködésével, face to face technikával került felvételre. A legális és tiltott drogok börtönbe kerülés előtti és alatti fogyasztásával, illetve a kérdezettek szubjektív büntetés-végrehajtási státusával kapcsolatos kérdéseket tartalmazó „B” kérdőív pedig lehetőség szerint (amennyiben a kérdezett olvasási/írásai készsége ezt megengedte) önkitöltős módszerrel. A minta nagyságát 600 főben határoztuk meg, ami az alapsokaság mintegy 6%-át jelenti. A kutatás során mintavesztés nem történt, sőt – az egyes intézetekben a kalkulált mintaelemszámok kerekítései miatt - a tervezettnél 1,5%-kal több fogvatartott, összesen 609 fő került a mintánkba. A mintát bv. intézetek szerint rétegeztük, majd egyes intézeteken belül a megkérdezettek az aktuális fogvatartott listák alapján, egyszerű véletlen mintavételi módszerrel kerülnek kiválasztásra.

#### A megkérdezettek jellemző:

- A megkérdezett fogvatartottak átlagéletkora 34,5 év, a medián érték 32 év.
- A mintába került fogvatartottak több mint fele börtön-, 37%-a fegyházban tartozik, s mindössze 34 fő fogházban elítelt szerepelt a megkérdezettek között.
- A megkérdezett fogvatartottak ítéletének/várható ítéletének átlagos hossza 72 hónap (medián 48), átlagosan 32 hónapja vannak egyhuzamban fogva tartva (medián 26).
- A mintánkban lévő fogvatartottak több mint fele (55%) jelenlegi szabadságvesztését valamilyen erőszakos bűncselekmény elkövetése miatt (is) tölti. A következő leggyakoribb bűncselekménytípus közöttük a vagyon elleni bűncselekmény (50%), a többi bűncselekmény kategória 5-8%-os gyakorisággal fordul elő a jelenlegi szabadságvesztés kirovásának okaként. Kábítószer-bűncselekmény miatt (is) fogvatartott személy mindössze 14 fő szerepelt a mintánkban.
- A megkérdezettek közel kétharmada (64,4%-a) korábban is volt büntetve.

#### Kábítószer-fogyasztás<sup>56</sup>

A jogerősen fogvatartottak közel egyharmada (31,5%-a) jelenlegi büntetésének megkezdését megelőzően fogyasztott legalább egy alkalommal tiltott drogot<sup>57</sup>. A valaha fogyasztók 12,4%-ának kinti életében volt olyan periódus, amikor legalább heti rendszerességgel élt valamilyen tiltott szerrel. A büntetés megkezdését megelőző évben minden negyedik-ötödik jelenleg fogvatartott, az utolsó kint töltött hónap során pedig, megközelítően minden hatodik jelenleg fogvatartott használt valamilyen tiltott drogot.

32. táblázat. A fogvatartottak kábítószer-használata a szabadságvesztés-büntetés megkezdését megelőzően (n=609)

Kábítószer-használat típusa	Kannabisz	Kokain	Heroin/opiátok	Amfetaminok	Ecstasy	Egyéb (LSD, mágikus gomba, crack, GHB)	Bármely illegális drog
Élet-prevalencia	26,3%	11,2%	7,4%	16,2%	16,3%	12,9%	31,5%
Éves prevalencia	19%	7,5%	3,3%	9,9%	12,1%	6,3%	23,1%
Havi prevalencia	12%	4,5%	1,8%	6,5%	7,9%	3,4%	15,2%
Rendszeres használat	9,3%	2,8%	2,3%	4,3%	5%	3%	12,4%

Forrás: Elekes Zs., Paksi B. (2004c)

Az átlag 18-54 év közötti felnőtt férfiak drogérzettségére vonatkozó adatokkal (Elekes és Paksi, 2004c) összehasonlítva megállapíthatjuk, hogy a fogvatartott népesség körében több mint kétszer gyakoribb a droghasználat előfordulása. A felnőtt férfiak átlagos drogérzettsége a 2003-as drogepidemiológiai vizsgálat szerint 14,7% volt. Az egyes szerek prevalencia értékei – az összesített prevalencia értékhez hasonlóan – a fogvatartottak körében jóval – némely szerek esetében többszörösen – meghaladják a megfelelő normálpopulációs értékeket. Ugyanakkor azt is megállapíthatjuk, hogy a használt szerek struktúrájában nem mutatkozik jelentős eltérés a hazai normálpopulációs adatoktól, továbbá hogy fogvatartottak körében detektált változások iránya a magyar társadalomban bekövetkezett változásokkal harmonizál. 2001 és 2003 között a felnőtt népesség körében is

<sup>56</sup> Lásd: Standard Table 12: Drug use among prisoners

<sup>57</sup> Tiltott drogok közé az alábbiakat soroltuk: marihuána vagy hasis, ecstasy, amfetaminok, crack, kokain, heroin, egyéb opiátok, LSD, mágikus gomba, intravénás drogok, illetve valami más, itt fel nem sorolt drog.

szignifikáns növekedést mutatott a tiltott drogok életprevalencia értéke (Paksi, 2003; Elekes és Paksi, 2004c).

A jogerősen fogvatartottak 7,9%-a fogyasztott legalább egy alkalommal valamilyen illegális drogot a szabadságvesztés-büntetés addig eltelt ideje alatt. A büntetés előző egy évében 4,7%-uk fogyasztott valamilyen illegális drogot, míg a büntetés előző egy hónapjában 3% ez az arány. A legnagyobb arányban (6,3%) a kannabisz-használat jellemző a fogvatartottakra a büntetés teljes idejét számítva, míg ecstasy-t a válaszadók 2,8%-a használt legalább egyszer a fogvatartás ideje alatt. Legkisebb arányban (0,7%) a kokain és heroin/opiátok fogyasztása a jellemző.

33. táblázat. A fogvatartottak kábítószer-használata a szabadságvesztés ideje alatt (n=609)

Kábítószer-használat típusa	Kannabisz	Kokain	Heroin/opiátok	Amfetaminok	Ecstasy	Egyéb (LSD, mágikus gomba, crack, GHB)	Bármely illegális drog
Élet-prevalencia <sup>58</sup>	6,3%	0,7%	0,7%	0,9%	2,8%	1,2%	7,9%
Éves prevalencia	3,4	0,4%	0,2%	0,4%	1,3%	0,2%	4,7%
Havi prevalencia	1,2	0,2%	0%	0%	0,3%	0%	3%

Forrás: Elekes Zs., Paksi B. (2004c)

#### 8.4. TÁRSADALMI KÖLTSÉGEK

A társadalmi költségek közül csak az egészségbiztosítási költségekről rendelkezünk adatokkal. Azonban ezen adatok nem kizárólag a kábítószer-használat miatti ellátások költségeit tükrözik, ugyanis az addiktológiai ellátásokra vonatkozóan gyakran nem különül el az alkohol és a drogabúzus. Az alábbi táblázat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) addiktológiai esetekre történt kifizetéseit mutatja.<sup>59</sup>

34. táblázat. Az OEP addiktológiai esetekre történt kifizetésesei 2002-2004-ben

Szakellátás	2002		2003		2004	
	(ezer forint)	(ezer euro)	(ezer forint)	(ezer euro)	(ezer forint)	(ezer euro)
Járóbeteg szakellátás, addiktológia	95.675,6	377,4	113.128,4	446,2	135.827	539,7
Járóbeteg szakellátásból biztosan kábítószer	5.209,9	20,6	36.944,6	145,7	42.100	167,3
Gondozói ellátás, addiktológia	645.267,3	2545,3	798.473,3	3149,7	803.956,9	3.194,4
Gondozói ellátásból biztosan kábítószer	73.998,5	291,9	135.827,7	535,8	139.244,7	553,3
Fekvőbeteg szakellátás, aktív	59.780,8	235,8	53.849,3	212,4	66.302,1	263,4
Fekvőbeteg szakellátás, krónikus	222.265,4	876,8	308.089,3	1215,3	400.898,4	1.592,9

Forrás: OEP

<sup>58</sup> Az életprevalencia érték itt a börtönben eltöltött teljes időtartamra vonatkozik.

<sup>59</sup> A táblázatban szereplő összegek nem tartalmazzák az esetleges táppénz, gyógyszerár, támogatási, illetve a szövődmények kezelési költségeit.



2004-ben a kifizetések átlagosan 15%-kal növekedtek 2003-hoz képest. Az előző évhez viszonyítva minden szakellátás esetében növekedés figyelhető meg, azonban az egyes szakellátások növekedései közötti különbségek nem jelentősek. A legnagyobb változás a krónikus fekvőbeteg szakellátás kifizetéseinél (30%), a legkisebb pedig az addiktológiai gondozói ellátás kifizetéseinél (0,7%) tapasztalható.

### *Következtetések*

A szociális kirekesztettség tárgyalt formái közül a hajléktalanság áll a legkevésbé összefüggésben a szerhasználattal. A munkanélküliség mértéke lényegesen meghaladja a normálnépesség országos munkanélküliségi rátáját, sőt a drogfogyasztók jelentős hányada véglegesen lemondott arról, hogy egyszer munkába álljon, vagy önálló egzisztenciát teremtsen. A jövedelmek struktúrájában két jelentős elem látható: a szociális támogatási rendszer igen alacsony érvényesülési szintje, valamint az illegális-illegitim tevékenységek magas aránya. Az iskolai problémák dominánsan visszatérő jellege azt mutatja, hogy az illegális szerhasználat tartósan és – a végzettségi adatok tükrében – fatálisan befolyásolja az oktatási intézményen keresztül zajló társadalmi integrációt és szocializációt. A családi viszonyok nem mutatnak jelentős kirekesztettséget, az ezen kívül eső szociális környezet pedig sajátosan strukturálódik. A drogfogyasztók minden kapcsolati formája erőteljesen a droghasználat körül szerveződik és nyer értelmezést.

A 2004-es kriminálstatisztikai adatok sokkal inkább jelzői a 2003-as állapotoknak, mint a vizsgált időszaknak. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények összбүнözésen belüli aránya 2004-ben 1,6% volt (2003-ban 0,81%). Még soha nem volt ilyen magas ennek a bűncselekménytípusnak a részaránya az ismertté vált bűncselekmények között, azonban ez a törvénymódosítás következményeivel hozható összefüggésbe. A kereslet oldali, saját használattal összefüggő tevékenységek részaránya az összes ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmény között 91,7% volt. A kínálati oldali bűncselekmények részesedése a felderített esetek egytizedét sem teszi ki.

Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők száma a 2003. évihez képest megkétszereződött (219,9%-kal nőtt), jellemzően fiatalok. A nemek szerinti megoszlás és az iskolai végzettség tekintetében nincs jelentős változás a korábbi évekhez képest.

A fogvatartottak körében végzett kutatást megelőzően, 1997-ben készült vizsgálathoz (Elekes és Paksi, 1997) képest közel tíz százalékkal, 22,1%-ról 31,5%-ra növekedett azoknak az aránya, akik már valamilyen tiltott drogokkal kapcsolatos személyes tapasztalattal kerültek be a büntetés-végrehajtási intézetbe. Az összesített prevalencia érték tehát ma mintegy 150%-a a hét évvel ezelőtti értéknek. Az egyes tiltott drogok esetében pedig ennél jóval nagyobb arányú növekedés mutatkozott.

A fogvatartottak kábítószer-használata a börtönbüntetés alatt nem változott jelentősen az 1997-es vizsgálathoz képest. Míg 7 évvel ezelőtt a fogvatartottak 8,2%-a adta azt a választ, hogy börtönbüntetése alatt legalább egyszer fogyasztott valamilyen tiltott drogot, 2004-ben a megkérdezettek 7,9%-a válaszolta ugyanezt.

## 9. VÁLASZOK A DROGFOGYASZTÁS SZOCIÁLIS VONATKOZÁSAIRA ÉS KÖVETKEZMÉNYEIRE

### 9.1. TÁRSADALMI REINTEGRÁCIÓ<sup>60</sup>

#### Lakáskérdés

Az alacsony-küszöbű szolgáltatók körében végzett kutatás során megkérdezett szervezetek közül mindössze három biztosít éjszakai szállást klienseinek.

Részletes adatokkal a Baptista Szeretetszolgálat Alapítvány szolgált:

2004-ben a 28 férőhelyes Utcafront folyamatosan telházal működött. A Szenvedélybetegek Lakóotthonának összesen 15 lakója volt. Az átlagéletkor 30 év, a legfiatalabb lakó 22, míg a legidősebb 43 éves volt. A lakók közül négy fő alkohol-, tíz fő kábítószer-fogyasztó, egy fő pedig politoxikomán volt korábban. Leggyakrabban a következőkben nyújtott segítséget lakóinak: szociális segítségnyújtás; álláskeresés; a józan életvitel megőrzése; képzési, tanulási tevékenység elősegítése; társadalmi kapcsolatok kiépítése, új életvitel kialakítása; közösségi programok (kirándulás, sport).

#### Oktatás, képzés

Nincs információ.

#### Foglalkoztatás

Az alacsony-küszöbű programok nagy része (23 szervezet) biztosít munkakereséssel kapcsolatos tanácsadást. Ilyen esetekben jellemző, hogy a nem absztinens drogfogyasztónak segítenek állást keresni.

#### Alapvető szociális ellátás

Az alapvető szociális ellátások biztosítása, illetve az azokhoz történő hozzásegítés a kutatásban szereplő alacsony-küszöbű szolgáltatók nagy részére nem jellemző. Klubszerű ellátási formát ugyanakkor kicsivel több mint fele biztosít, aminek keretében sok esetben hideg ételt (zsíros kenyér, tea) is adnak a klienseknek.

A Baptista Szeretetszolgálat Alapítvány 2004-ben is folytatta utcai megkereső tevékenységét a hajléktalan drogfüggő emberek körében. 2004-ben mintegy 115 hajléktalan drogfüggő fiatallal segítő kapcsolatot ápolt, egyéni, szociális és hivatalos ügyek intézésében nyújtott segítséget, ruhát, élelmiszert osztott szét, és 3 főt drogambulanciára, 13 embert kórházba, illetve 8 fiatalot rehabilitációs otthonba irányított. A kliensek átlagéletkora 24-25 év körül mozgott.

A Szeretetszolgálat által működtetett *krízisautó* feladata a közterületről bejelentett fagyveszélyben lévő hajléktalan emberek megkeresése, adományok osztásával a fagyveszélytől történő közvetlen megóvás (pokróc, takaró, fólia, téli ruha, élelmiszer, meleg tea stb.), információ-szolgáltatás (krízisszállásokról, melegedőkről, ételosztásokról stb.), a szükséges intézkedések meghozatala (egyéni esetkezelés, szociális ügyintézés, konzultáció a diszpécserrel), illetve a megfelelő segítségnyújtó helyre történő szállítás. A Baptista Szeretetszolgálat 2004-2005 telén összesen 180 esethez vonult ki. A bejelentett esetek felét nem találta a helyszínen, 37 embert szállított orvosi ellátás vagy szociális elhelyezés céljából, a többiek a helyszínen látta el. Összesen mintegy 33 hálózást, 36 takarót,

<sup>60</sup> A társadalmi reintegráció alfejezetben egyrészt a 7. fejezetben tárgyalt kutatásból származó adatok, másrészt a Baptista Szeretetszolgálat Alapítvány adatai, valamint a Humán erőforrás-fejlesztési Operatív Program (HEFOP) adatai szerepelnek.

élelmiszert, meleg teát, téli ruhát és cipőt osztott ki. Többször előfordult, hogy a klienseket az Alapítvány a saját Menedékhelyére szállította.

## **9.2. A KÁBITÓSZER-BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE**

### **A fogvatartottak segítése**

2004-től 1 új, összesen 13 büntetés-végrehajtási körletben végeznek drog-prevenációs tevékenységet.

### **A büntetés alternatívája**

Magyarországi viszonylatban az elterelés azon gyógyító és megelőző programok, tevékenységek összessége, amely igazolt teljesítés esetén minimalizálja a kábítószer-fogyasztó büntetőeljárásban töltött idejét, és megszünteti a büntethetőséget. A magyar elterelés tárgyalás és ítélet előtti lehet annak megfelelően, hogy az ügyész halasztja el a vádat, vagy a bíró függeszti fel az eljárást.

#### *Jogi háttér változása 2004-ben*

A 2003. évi Btk-módosítással elért jogi szabályozás 2004. végén újból változott. (előzményeket ld. az előző évi jelentés 12. fejezete) Született ugyanis egy Alkotmánybírósági határozat (ld. 1. fejezet), amely több ponton érintette a kábítószerkérdés jogi vonatkozásait, többek között az elterelést is. Az elterelést választók megengedett köre leszűkült 2004. decemberében. Mindazonáltal az Alkotmánybíróság megállapította, hogy az elterelés alkotmányos és a hazai jogrendben is szükséges jogintézmény. Kifejtette, hogy a megbomlott egyensúly a fent említett mulasztások megszüntetésével, és újrakodifikációval helyreállítható.

#### *Szakmai háttér, értékelés, minőségbiztosítás*

2003-ban rendezték először jogszabályi keretek között az elterelés folyamatát, az abban résztvevő szervek és személyek feladatkörét. A vonatkozó miniszteri rendeletből is kitűnik, hogy az elterelésnek szakmai szempontból három változata van: kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás, és megelőző-felvilágosító szolgáltatás. A kábítószerfüggő az első, a szerhasználattal összefüggésben valamilyen problémával rendelkező (beteg, de nem függő) személy a második szolgáltatásba kerül, míg a betegek nem minősülő, általában alkalmi használót a megelőző-felvilágosító szolgáltatásba irányítják. Azt, hogy a terhelt személy mely szolgáltatásba kerül az elterelés során, az előzetes állapotfelmérést végző szakember dönti el. Az előzetes állapotfelmérés szakmai irányelvei a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI) koordinálása folytán 2004-ben kidolgozásra kerültek. Ennek megfelelően az állapotfelmérés célja a fent említett döntés mellett az is, hogy a kliens csoportba engedhetőségéről döntsön. A szakmai anyag ajánlást fogalmaz meg az állapotfelmérést végző személy végzettségére, szakmai gyakorlatára, az állapotfelmérés során keletkező szakmai dokumentációra, és magára a módszerre vonatkozóan is. A dokumentum szerint az állapotfelmérés ideális esetben addiktológiai vizsgálatot és pszichiátriai interjúkat egyaránt tartalmaz.

Jelenleg 35 megelőző-felvilágosító szolgáltató működik az országban, ezek többségében civil szervezetek (14) vagy önkormányzati fenntartású intézmények (10), de találhatunk köztük egyházi (8) és állami (2) intézményt, vagy gazdasági társaságot (1) is.

Az elterelés különböző formáiban résztvevőkről, az eljárás menetéről az Országos Addiktológiai Intézettől, illetve a Nemzeti Drogmegelőzési Intézettől vannak adatok. 2004-ben a megelőző-felvilágosító szolgáltatásba belépők száma 1805 fő, ugyanez a másik két elterelési módnál 3140 fő volt, tehát összesen 4945 fő kezdte meg az elterelést. Tapasztalataink szerint kiemelkedően magas a férfiak (90% körül), a fiatal felnőttek (20-24 éves) és a kannabisz-fogyasztók aránya e populáción belül. (Nemek szerinti részletes adatok a 11. fejezetben találhatóak.)

Megelőző-felvilágosító szolgáltatóknál végzett adatfelvételkor kiderült, hogy lakóhely tekintetében nagyjából azonos arányban található meg az eltereltek között fővárosiak, városiak és falusiak (megjegyzés: az állandó lakóhely került felvételre, így a tartózkodási hely szerinti vizsgálat egészen más arányokat mutathat). Az elterelés jogalapjául szolgáló határozatokból kiderül, hogy többségében közterületen történtek az elkövetések, ezután következik a szórakozóhely. Szintén a megelőző-felvilágosító szolgáltatásban résztvevők között: legnagyobb arányban a „megszerzés” vagy „tartás” (tehát keresleti típusú magatartás) miatt indultak a büntetőeljárások. Legutóbbi felmérések szerint az elterelést (megelőző-felvilágosító szolgáltatást) megszakitók aránya 22%.

Az elterelés, illetve speciálisan a vádelhalasztás jogintézményének monitorozására 2002-ben került sor (ld.: előző évi jelentés), illetve jelenleg folyik egy hasonló vizsgálat, amely nyilván tükrözni fogja majd a 2003. évi Btk-módosítás következményeit.

2004-ben az NDI egységes standardok szerinti tevékenység-bemutatói sémát dolgozott ki a megelőző-felvilágosító szolgáltatók számára. A szakemberek saját maguk vihetik fel az adatokat egy, az európai uniós követelményeknek is megfelelő (EDDRA-alapú) kérdőív alapján az Intézet információs portáljára, ezáltal áttekinthetővé, összehasonlíthatóvá és értékelhetővé válik az elterelés ezen formájának szakmai tartalma. (Lásd 3. fejezet)

Az OAI felkérésére készült egy tanulmány (Rácz, 2005) az elterelés nemzetközi és magyar változatának összehasonlításáról, amelyben megfogalmazásra kerültek a hazai gyakorlat kritikái és a jövőre vonatkozó szakmai ajánlások. Többek között a következő megfigyelések és egyben ajánlások kerültek összegzésre a rendszerrel kapcsolatban:

- a háromféle elterelés a célcsoportokhoz képest nem elég differenciált;
- az eljárás folyamata túl hosszú főleg a késői kezelésbe kerülés miatt, és így a kliens számára is nehezen átlátható;
- a jogszabályban előírt „elterelési idő” (félévig legalább kéthetente átlagosan két óra) nem teszi lehetővé a terápiás szempontok rugalmas figyelembevételét;
- ki kell alakítani az elterelés szakmai tartalmait az „igazolás-gyártó” funkció megakadályozása végett;
- a kliens számára jelenleg nem elég átlátható a folyamat, illetve nem érezhető, hogy mikor és miben dönt, ennek mik az előnyei, hátrányai – a döntést össze kellene kapcsolni a motiváció és a kliens autonómia-kérdésével;
- további kvantitatív és kvalitatív kutatásra volna szükség.

Mindezek, és a tanulmány további ajánlásai alapul szolgálhatnak majd az értékelési és monitorozási rendszer kidolgozásakor. Ugyanez a tanulmány igényként fogalmazza meg egy olyan nyilvántartás bevezetését, amely lehetővé teszi a kliensek követését, a párhuzamos kezelések kiiktatását.

Az OAI és a Nemzeti Drog Fókuszpont koordinálásával kiépülőben van egy TDI-alapú regisztrációs rendszer, amely az elterelt személyeket egy egyedi, de az anonimitást és a személyes adatok védelmét garantáló azonosító kóddal tartja nyilván.

Szintén 2004-ben került sor országos szakmai rendezvénysorozat keretében egy az elterelés jogi, szakmai háttérét megismertető továbbképzésre, melyet az OAI szervezett a kábítószer területen dolgozó egészségügyi szakemberek számára.

## *Következtetések*

Magyarországon több szervezet nyújt olyan szolgáltatást, amely a kábítószer-használók társadalmi reintegrációját segíti elő, ám ezen tevékenységek megvalósulása nem egységes. Az alacsony-küszöbű szolgáltatásoknak a droghasználók társadalmi reintegrációjában betöltött szerepére vonatkozóan csak néhány megállapítást tehetünk. Egyrészt az erre vonatkozó adataink hiányosak: nincs pontos képünk arról, hogy az alacsony-küszöbű szolgáltatók mekkora arányban nyújtanak ilyen szolgáltatásokat, jóllehet egyes, modell értékű programokról van tudomásunk. Másrészt a meglévő adatokból arra következtethetünk, hogy ezek az ellátási formák általában nem igazán jellemzőek, miközben a *tanácsadás szintjén* több szolgáltató is érintett.

Az elterelés jogi hátterében bekövetkező változások és az eljárások hossza miatt a 2004-ben indult eljárásokról valószínűleg csak egy évvel később, 2006-ban kaphatunk pontos képet. Előrelépés történt azonban a szakmai irányelvek kidolgozása terén. A Pszichiátriai Szakmai Kollégium az Országos Addiktológiai Intézet (OAI) javaslatára az előzetes állapotfelmérés gyors vizsgálati sémáját és a részletes pszichiátriai/addiktológiai interjú javasolt formáját elfogadta.

## 10. DROGPIAC

### *Háttér, előzmények*

Központi szinten az ORFK Bűnügyi Főigazgatóság 2004. július 1-től megvalósult átszervezését követően a rendőrség központi kábítószer bűnözés elleni egysége az alábbi struktúrában és feladatokkal működik.

Az ORFK Bűnügyi Főigazgatóság *Nemzeti Nyomozó Iroda Szervezett Bűnözés Elleni Főosztály Kábítószer Bűnözés Elleni Osztály* speciális feladatokat ellátó, jogszabályban meghatározott kiemelt esetekben országos hatáskörű központi bűnügyi felderítő és nyomozó egység. Az osztály munkáját a budapesti székhelyű központi, és a hat regionális székhelyű alosztályra tagozódva, személyi állományát tekintve összesen 77 fővel végzi. A speciális egység mellett a megyei (budapesti) főkapitányságok és a kapitányságok is végzik a kábítószer-bűnözés felderítésével, nyomozásával kapcsolatos feladataikat.

Magyarországon lefoglalt kábítószer gyanús anyagok vizsgálatát a Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet (BSZKI) Szerves Kémiai Analitikai Osztálya végzi. A szakértői tevékenység során vizsgálják, hogy az anyag tartalmaz-e kábítószeret. Ha igen, akkor milyen, és mérik a hatóanyagtartalmát. Ecstasy tabletták esetén a tablettáról fényképfelvétel is készül.

Az országban jelenleg hat helyen működik kábítószer-vizsgáló laboratórium. A központi intézmény a Bűnügyi Szakértői és Kutató Intézet, amely 2004-től a Belügyminisztérium szervezeti rendszerében működik. A BSZKI szakmai irányításával és egységes, azonos műszerparkkal működik öt városban a megyei rendőr-főkapitányságok szervezeti keretében öt regionális laboratórium.

2005. január 10-i hatállyal meg kellett szüntetni a tizennégy éve folyamatosan és közmegegyezéssel működő kábítószer-ügyeleti rendszert is, ami a nyomozó hatóságok számára a Büntetőeljárás törvényben előírt határidők betarthatóságát biztosította kábítószeres ügyek esetén.

### **10.1. HOZZÁFÉRHETŐSÉG ÉS KÍNÁLAT**

Új kábítószeret talált a Rendőrség és a Vám- és Pénzügyőrség 2005 nyarán. A tabletták formában árusított kábítószer mCPP-t (meta-chlorophenylpiperazine) tartalmaz. A Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet jelentése szerint a használat módja és területe hasonló, mint a többi ecstasy tabletták esetében.

### **10.2. LEFOGLALÁSOK**

Az alábbi adatok mind a Rendőrség, mind a Vám- és Pénzügyőrség által talált kábítószereseket magában foglalja.

A legnagyobb növekedést a lefoglalt mennyiségben az LSD mutatja (882%), a lefoglalások számának mindössze 5,8%-os növekedésének ellenére, ami néhány nagyobb lefoglalás eredménye.

A kokain esetében a 2003-ban történt lefoglalások száma mindössze 1%-kal nőtt, míg a lefoglalt mennyiség 302%-kal több a tavalyinál.

Szintén jelentősen nőtt a lefoglalt hasis (65%), és amfetamin (62%) mennyisége, de a lefoglalások száma itt sem emelkedett meghatározóan, sőt, a hasis esetében 22 %-kal csökkent.

A lefoglalt heroin mennyisége 65%-kal csökkent a 25%-kal megnövekedett lefoglalási számok ellenére.

táblázat. Lefoglalások száma és mennyisége

	2003		2004	
	Lefoglalás	Mennyiség	Lefoglalás	Mennyiség
Marihuána (kg)	2015 <sup>61</sup>	206,8 <sup>62</sup>	1722	91,733
Kannabisz növény (tő)	N.a.	N.a.	62	2998
Hasis	76	1,53	59	2,524
Heroin (kg)	90	256,33	113	89,85
Kokain (kg)	95	23,47	96	94,43
Amfetamin (kg)	373	12,11	378	19,663
Metamfetamin (kg)	5	0,007	3	0,0015
Ecstasy (tabletta)	362	135.634	1226	181.807
LSD (adag)	17	345,5	18	3396

Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet

Először a 2005-ös év folyamán foglaltak le mCPP-t tartalmazó (meta-chlorophenylpiperazine) szintetikus kábítószer Magyarországon. A 12 alkalommal összesen 81.040 db tablettát került lefoglalásra a Rendőrség és a Vám- és Pénzügyőrség által.

### 10.3. ÁR/TISZTASÁG

#### *Kábítószer utcai árai*

A 2004-ben jelentett árak rendőrségi hírszerzésből származtak, amely azonban nem ad mindig pontos képet a valóságos utcai árakról, egyrészt a minta korlátozott nagysága miatt, másrészt a nem egységes válaszadói réteg miatt (kereskedők és fogyasztók egyszerre). Ezért a pontosabb adatok érdekében 2005 márciusában kutatás készült a 2004-es árakra vonatkozóan<sup>63</sup>, csak a kábítószer-használók megkérdezésével.

A kérdések 8 illegális drogra (marihuána, hasis, heroin, kokain, crack, amfetamin, ecstasy, LSD) és az illegális úton szerzett metadonra terjedtek ki. A válaszadókat arra kértük, hogy csak azon szerek esetében adjanak meg árat, amelyet ténylegesen vásároltak 2004-ben, így pontos információval rendelkeznek. A kérdések a legalacsonyabb, legmagasabb és leggyakoribb árakra vonatkoztak.<sup>64</sup>

A kutatás során a legnagyobb válaszadási arány a marihuána (90%) és az ecstasy (89%) esetében volt. A crack utcai áráról tudtak a legkevesebben (6%) nyilatkozni.

<sup>61</sup> A 2003-as marihuána lefoglalások száma magába foglalja a kannabisz növény lefoglalásokat is.

<sup>62</sup> A 2003-ban lefoglalt marihuána mennyisége magába foglalja a lefoglalt kannabisz növények mennyiségét is.

<sup>63</sup> A kutatás Budapestre és 4 másik nagyvárosra: Miskolcra, Szegedre, Zalaegerszegre és Pécsre terjedt ki. Minden városban a helyi drogambulancián került felvételre a Nemzeti Drog Fókuszpont által kidolgozott kérdőív. A válaszadók a drogambulancián megforduló fogyasztókból kerültek ki. Minden városban 20 kérdőív került kitöltésre, így a teljes mintanagyság 100 fő volt. A kérdőívek felvétele önkitöltős módszerrel történt.

<sup>64</sup> A megadott legalacsonyabb és legmagasabb árból számított átlag szerepel az összefoglaló táblázat megfelelő helyén. A leggyakoribb ár a válaszadók által megnevezett leggyakoribb árak között legtöbbször előforduló ár. Az átlag oszlopban az adott kábítószer esetében adott összes legalacsonyabb és legmagasabb ár számtani közepe szerepel.

35. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban

FORINT	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Marihuána	1590,5	2548,8	2000	2080,4	90
Hasis	1875,9	2885,5	2500	2411,7	64
Heroin gramm	9710,5	14264,7	12000	11861,1	42
Heroin pakett	3415,6	5150,0	3000	4254,8	37
Kokain	13016,7	17862,1	15000	15326,5	68
Crack	19666,7	27833,3	x	23750,0	6
Amfetamin	2485,1	3555,9	3000	2983,9	79
Ecstasy	834,3	1900,6	1000	1361,0	89
LSD	2060,0	3137,8	3000	2577,9	47
Metadon 5mg	375,0	1115,0	618,2	745,0	15
Metadon 20mg	1571,4	2214,3	1885,7	1892,9	7

Forrás: Drog Fókuszpont kutatás 2005

36. táblázat. Kábítószeres utcai árai euroban<sup>65</sup>

EURO	Legalacsonyabb	Legmagasabb	Leggyakoribb	Átlag	Válaszadók száma
Marihuána	6,3	10,1	7,9	8,3	90
Hasis	7,5	11,5	9,9	9,6	64
Heroin gramm	38,6	56,7	47,7	47,1	42
Heroin pakett	13,6	20,5	11,9	16,9	37
Kokain	51,7	71,0	59,6	60,9	68
Crack	78,1	110,6	x	94,4	6
Amfetamin	9,9	14,1	11,9	11,9	79
Ecstasy	3,3	7,6	4,0	5,4	89
LSD	8,2	12,5	11,9	10,2	47
Metadon 5mg	1,5	4,4	2,5	3,0	15
Metadon 20mg	6,2	8,8	7,5	7,5	7

Forrás: Drog Fókuszpont kutatás 2005

A városok között nem látható jelentős eltérés az árakban, így azt mondhatjuk, hogy a földrajzi tényező nem játszik nagy szerepet az árak alakulásában.

A kutatásban felvett kérdőívben szerepeltek kérdések az árak alakulásáról is. Az időbeli tényezők (hétközben/hétfvégén, évszakok szerint) és a hely kérdése (szórakozóhelyen, fesztiválon, szórakozóhely környékén, utcán, dealer lakásán, saját lakáson) mellett az egyes események (médiában megjelent hír, pl. nagyobb lefoglalás, vagy ismerős lebukása kábítószer miatt) utáni változás is szerepelt a kérdések között. A válaszadók 23%-a szerint az árakat egyik tényező sem befolyásolja, 12%-uk nem tudja, hogy befolyásolja-e.

A megkérdezettek véleménye szerint az időbeli tényezők nem jelentősek. A válaszok 8%-a szerint hétközben, 7%-a szerint hétfvégén lehet olcsóbban kábítószerhez jutni. 11%-uk szerint hétfvégén feljebb mennek az árak. Az évszakok szerinti változások szintén nem

<sup>65</sup> A táblázatban szereplő árak a 2004-es hivatalos euro középfolyam (1€ = 251,68 Ft) szerint kerültek kiszámításra.



jelentősek. 11%-ban válaszolták azt, hogy télen drágább, míg 10% szerint nyáron olcsóbb a kábítószer.

A válaszadók 19%-a mondta azt, hogy drágábban lehet kábítószerhez jutni a médiában megjelent hír (pl. nagyobb lefoglalások) után, vagy miután valaki lebukott kábítószer miatt.

A legfeltűnőbb árváltozás a helyszín szerinti. A megkérdezettek 47%-a adta azt a választ, hogy a szórakozóhelyeken drágábbak a kábítószeresek. 30% szerint ez a fesztiválokra is igaz, míg 31%-a a válaszoknak a szórakozóhelyek környékét jelölte meg, mint olyan hely, ahol drágábban lehet droghoz jutni. A válaszadók 17%-a viszont olcsóbbnak találja a fesztiválokat a kábítószeresek tekintetében. A megkérdezettek 30%-a szerint kábítószeresek olcsóbbak, ha azt a dealer lakásán veszik meg. 15%-uk szerint olcsón juthatnak hozzá az utcán, vagy a saját lakásukon.

### Tisztaság<sup>66</sup>

A szintetikus kábítószeresek többsége tablettá formában jelenik meg és a leggyakrabban előforduló hatóanyaga az MDMA. A piacon jelen vannak még más hatóanyag-tartalmú (MDA, 4-MTA, 1-PEA, PMA) tabletták is. Ezen kívül jelen van az amfetamin por vagy tablettá formában.

A tabletták (182.058 db-os mintanagyságnál) 96,64%-ban tartalmaztak MDMA-t, 0,005%-ban MDEA-t, 1,89%-ban MDA-t, 1,16%-ban ezek kombinációját és 0,14%-ban amfetamint vagy metamfetamint.

A legjelentősebb hatóanyag-tartalom csökkenés a kokain és az amfetamin esetében figyelhető meg. Az utcán terített kokain átlagos tisztasága 12,5%-kal csökkent, míg az amfetamin esetében ez 20%.

A marihuána (41,67%) és a heroin (6,67%) átlagos tisztasága nőtt a tavalyi évhez képest.

Az utóbbi éveket figyelembe véve elmondhatjuk, hogy az utcán fellehető kokain és heroin átlagos tisztasága egyre kisebb, míg a marihuána esetében folyamatos növekedést figyelhetünk meg.

táblázat. *Utcan terített kábítószeresek tiszta hatóanyag-tartalma százalékban*

	2003				2004			
	Minta nagysága	Min.	Max.	Átlag	Minta nagysága	Min.	Max.	Átlag
Hasis	83	0,5	10	N.a.	20	0,1	6	4
Marihuána	3011	0,01	6	1,2	368	0,01	6	1,7
Heroin	123	3	35	15	39	5	25	16
Kokain	116	25	90	40	43	15	70	35
Amfetamin	534	2	55	15	315	2	35	12

*Forrás: Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet*

### Következtetés

Az elmúlt évben a kábítószerpiac struktúrájában lényegi változás nem történt, habár a lefoglalt kábítószer-mennyiség jelentősen nőtt. Az utcai forgalomba került kábítószeresek tisztasága szerenként különböző mértékben változott. A legjelentősebb hatóanyag-tartalom

<sup>66</sup> A tisztaságra vonatkozó adatok a lefoglalt anyagok rutinszerű vizsgálata alapján kerülnek kiszámításra.

csökkenés a kokain és az amfetamin esetében figyelhető meg. Az utcán terített kokain átlagos tisztasága 12,5%-kal csökkent, míg az amfetamin esetében ez 20%. A marihuána és a heroin átlagos tisztasága nőtt a tavalyi évhez képest.

## 11. NEMEK KÖZÖTTI KÜLÖNBSEGEK

### *Bevezetés*

A gender különbségek meghatározásánál célszerű definiálni, hogy mit értünk a gender fogalma alatt: a gender, vagy társadalmi nem, kutatások azzal foglalkoznak, hogy melyek azok a viselkedéssel kapcsolatos elvárások és normák, melyeket a társadalmi környezet a férfiak, és a nők számára előír.

A drogproblémák tárgyalásánál a gender különbségek meghatározásában irányadó a pszichiátriai ellátás tapasztalataira és a klinikai kutatásokra épülő gender szemlélet.

### *Általános gender különbségek*

A fiúk és lányok pszichoszexuális fejlődését másképpen ítéli meg Chodorow (1974), aki megkérdőjelezte Freud állításait. Gilligam (1982) továbbvitte Chodorow (1974) elképzeléseit, és szerinte a lányok a kötődésen keresztül, a fiúk pedig a szerepáció-individuáció sikeres megoldásán keresztül nyerik el nemi identitásukat.

Kutatások tükrében általában azt találták, hogy a nők inkább a családot helyezik előtérbe, és az intimkapcsolatokban az érzelmeket keresik. A férfiak inkább választják a kockázatokkal együtt járó életformát, és másképpen reagálnak a tapasztalatokra, mint a nők. Például a poszttraumás stressz-betegségek estében a férfiak inkább megütközésnek élik meg a háborút, katasztrófát stb., míg a nők sokkal inkább áldozatként. Pszichopatológiai sztereotípiákat sorol fel Brannon(1996), melyek mentén a nőket és a férfiakat általában megkülönböztetik. Például a női szerepmintákhoz és az ehhez kapcsolódó betegségekhez sorolják a függőséget (értsd dependens személyiségzavar), a passzivitást (értsd depresszió), az önsorsrontást, az önfeláldozást, a féltékenységet (értsd fóbiák), az érzélgősséget, színpadiasságot. A férfi szerepmintákból fakadó betegségek közé sorolják a felelőtlen, hazug, erőszakos, vagy más néven antiszociális személyiségzavart, a vakmerőséget (értsd pszichoaktív szerhasználat zavarai) és az „oda nem illő” szexuális viselkedést (értsd perverzciók).

### *Pszichoaktív szerhasználat és gender*

Epidemiológiai különbségek tárgyalásánál elsősorban a NIDA kutatásaira hivatkoznak. A férfiak több alkoholt, marihuánát, heroint, kokaint és szerves oldószert használnak, míg a nők több legális drogot (altató, nyugtató, antidepresszáns). Ugyanakkor használnak a nők is illegális drogot, elsősorban stimulánsokat és kokaint. A kutatások az illegális droghasználat növekedését jelzik a nők esetében is.

Az anyaghasználathoz társuló egyéb mentális zavarok diagnosztizálásakor felmerülő különbség férfiak és nők között az alábbiak szerint fogalmazható meg. A férfiaknál gyakrabban jár együtt az anyaghasználat antiszociális ill. a narcisztikus személyiségzavarral, figyelemösszpontosítás zavarával és hiperaktivitással, valamint az impulzus-kontroll zavarokkal. De együtt járhat más addikcióval is, például játékszenvedéllyel. A nőknél az anyaghasználat mellé gyakrabban diagnosztizálnak depressziót, pánikbetegséget, étkezési zavarokat, különösen a bulémiát, továbbá borderline személyiségzavart.

A kezelés iránti fogékonyság terén a pszichoaktív szerhasználó férfiak könnyebben keresik fel a hivatalos kezelőhelyeket, vagy a munkahely által felkínált programokat, míg a hasonló helyzetben lévő nők inkább fordulnak - alkoholproblémájuk kezelése helyett - olyan helyekhez, ahol más egészségügyi problémájukkal, vagy a gyerekekkel kapcsolatos tanácsadással foglalkoznak.

### *A romantikus nő*

Erősen polarizált szexuális szerepeket tükröznek azok a társadalmi hiedelmek, amit az alkohol- és drogfogyasztó nőkről, illetve férfiakra alkotnak. Például az ittas nő könnyen csábítható, mohó a szexben, nem válogat a partnerekben és így tovább. Az alkoholfogyasztó férfiak esetében nagyon ritkán használnak szexualitást minősítő kifejezéseket, míg a nőket promiskuitás, feslettség címkével látják el.

Összehasonlították egy vizsgálatban (Straussner és Zelvin 1997) az alkoholista és nem alkoholista nők csoportját a szexualitás vonatkozásában. Az találták, hogy az alkoholista nők 71%-a mesélt érzelmi bántalmazásáról, vagyis gúnyolják, degradálják, molesztálják, féltékenységgel vádolják, hibáztatják, ordítanak vele, hazudnak neki, megcsalják, és érzelmi megvonásban részesítik. A nem alkoholista nők csoportjában csak 44% tapasztalta meg valaha ezeket az érzéseket. A fizikai bántalmazás is 20%-kal nagyobb mértékű alkoholista nők esetében. Mindenfajta zaklatás sokkal brutálisabb az alkoholista nőkkel szemben, mint a nem alkoholistákkal szemben. Az alkoholista nők 74%-a esett áldozatul szexuális bántalmazásnak, a másik csoport 50%-a élt át hasonló élete során. A szexuális bántalmazás szinte száz százalékban a gyermekkorban történt az alkoholista nők esetében.

A nők addiktív viselkedésének kialakulásában sokkal nagyobb szerepe van a férfi partner „kínáló” szerepének, mint fordítva. Az első drogos élmények gyakran úgy indulnak, hogy a fiú megkínálja a lányt valamilyen droggal, aki ezt romantikával átszöve éli meg. Ezek a korai asszociációk a kémiai anyag és a szerelem érzése között a felnőtt nővé váláskor ismét felelevenednek, ha drogos partnerrel találkoznak, és ez válik a közös élmény alapjává. Ez később a valódi intimitás rovására megy. Az iskolás lányok esetében gyakori, hogy az első szexuális élmény és az első alkoholos élmény ugyanakkor történik.

A fertőző betegségekkel szemben gyakran kiszolgáltatottak az alkoholt, vagy drogot használó nők. Az idézett könyvben (Straussner és Zelvin 1997) részletesen írnak az AIDS vírus terjedési útvonaláról a Centers for Disease Control and Prevention<sup>67</sup> jelentéseire támaszkodva. A heteroszexuális kapcsolat útján terjedő vírust leggyakrabban azok a nők kapják el, akik romantikus hiedelmeket táplálnak az intimitásról, miközben számtalan partnerkapcsolatot létesítenek. Olykor alkohol hatása alatt teszik ezt, és nem is emlékeznek a partnerükre, mégis, amikor a prevenció központ munkatársa javasolja a kondom használatát, elutasítónan viselkednek, mondván az óvszer használata sérti az intimitást. A második leggyakoribb terjedési útvonal, az iv. droghasználó férfival létesített kapcsolat során fertőzött nők között. A harmadik kockázati csoport az iv. droghasználó nők és férfiak kapcsolata.

A heteroszexuális kapcsolatban megjelenő fertőzés gyakran olyan szexuális magatartással kapcsolható össze, ami bár nagy kockázatot jelent HIV fertőzés szempontjából, a könyvben máshol tárgyalt szexuális „elmaradottsággal” nagyon is összekapcsolható. A szexuális viselkedésükben a kurrens viselkedési normáktól „elmaradott”, és ez által kiszolgáltatott nők (bevándorló, szegénynegyed) úgy próbálnak felzárkózni, hogy idealizálják a drogos, fertőzött, esetleg bűnöző partnerüket, „megmentőkké” akarnak válni.

### *A hősies férfi*

Megismerhetjük azokat a tipikus szerepkonstrukciókat, melyeket a korai szocializáció során alakítottak ki a klienseknél, de felnőttkorra diszfunkcionálissá váltak. Ilyen tipikus szerep a hősies férfi, aki bátor, erős, aki elviseli a testi és lelki fájdalmat.

A kezelés során megtestesülő férfi értékeket a következő konfliktuspontok mentén vázolták fel a szerzők (Straussner és Zelvin 1997).

A szemtől-szembe /face to face/ kapcsolat helyett a vállvetve /shoulder to shoulder/ kapcsolat működik jobban a férfiak esetében. Az alkoholbeteg például szemtől szemben egy

---

<sup>67</sup> Centers for Disease Control and Prevention (1995). *HIV/AIDS Surveillance Report*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services

férfi terapeutával még inkább boldogul, de a női terapeutákkal már nehezen. Kerüli a szemkontaktust az utóbbi esetben. Úgy tűnik, hogy nem nagyon bíznak abban, hogy a „csak beszélgetnek” módszer segíthet rajtuk. Megfigyelték, hogy a csoporthelyzet és aktivitás, a válllvetve kapcsolatok jobban működnek. A csoportos aktivitás, a mozgás során jobban kimutatják az érzéseiket, mintha csak ülnének és beszélnének róla.

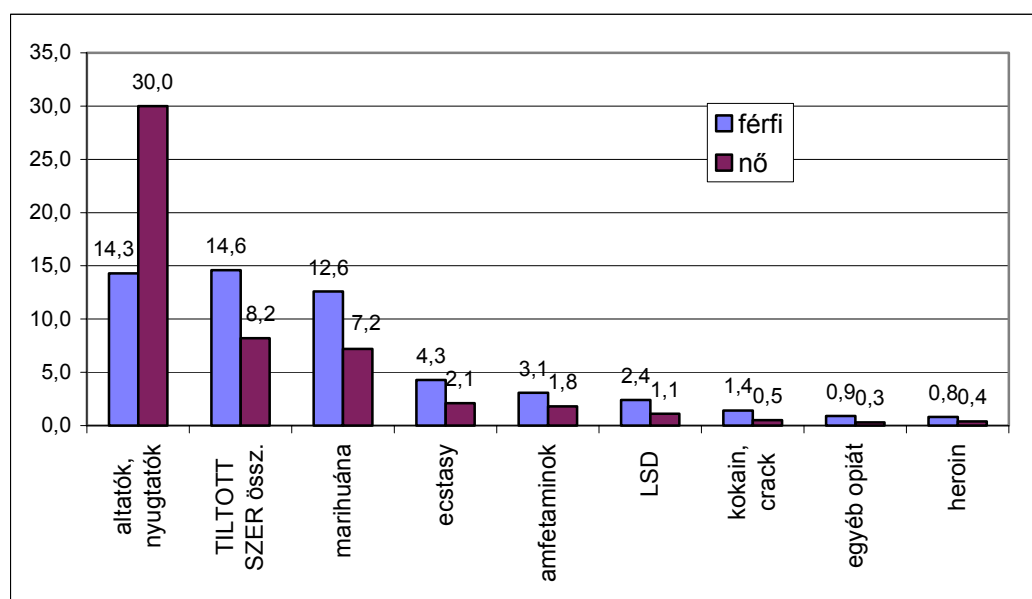
Különbséget kell tenni a feladás, lemondás (surrender) és a kudarc (failure) között. A férfi kliensek számára nem mindegy, hogy kudarcként éli meg a szerhasználat abbahagyását, vagy egy jól előkészített döntés alapján lemond róla. Ugyancsak nem mindegy, hogy a kezelést folyamatnak vagy eredményorientált tevékenységnek fogjuk fel. Férfiaknál megfigyelték, hogy türelmetlenek önmagukkal és a kezeléssel kapcsolatban is, ha nem hoz rövid idő alatt látható és gyors eredményt. Ez a hősies férfi ethoszával hozható összefüggésbe, ami elvárja a férfitől, hogy gyors és hatékony legyen. De ugyanakkor a kezelés folyamat jellege nem feltétlenül tudja ezt a gyors sikert garantálni.

## Epidemiológiai helyzetkép Magyarországon

### A felnőtt átlagpopulációban és a fiatalok körében megfigyelhető fogyasztás

A felnőtt populációban végzett vizsgálatban<sup>68</sup> megjelenő tiltott szerekre és visszaélésszerű (orvosi recept nélküli) gyógyszerfogyasztásra vonatkozó fogyasztási mintázatot nemek szerinti bontásban az alábbi ábrán követhetjük.

27. ábra. Visszaélésszerű szerhasználat életprevalencia értékei nemenként 2003-ban (%)



Forrás: Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről, 2004

Mindkét nem esetében a marihuána életprevalencia értéke kiemelkedik a többi tiltott szer közül, azonban még így sem éri el a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás mértékét. A férfiak körében szinte azonos gyakorisággal jelenik meg a legális és az illegális szerfogyasztás, míg a nőknél a legális szerfogyasztás életprevalencia értéke lényegesen magasabb, mint bármely más szer fogyasztási gyakorisága.

<sup>68</sup> A felnőtt népesség alkohol- és egyéb drogfogyasztása (ADE) 2003. Országos reprezentatív minta (teljes nettó minta: 3675 fő, válaszadási arány: 91,6%), 18-54 éves korosztály, kevert módszeres kérdőív (face to face és önkitöltős).

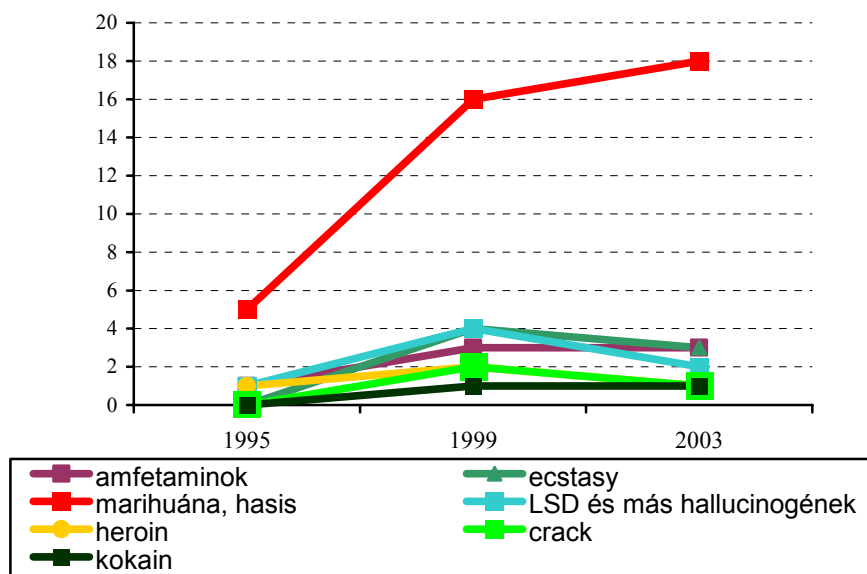
A férfiak 5,5%-a, a nők 3,3%-a fogyasztott tiltott szert a vizsgálatot megelőző egy évben is, az elmúlt egy hónap vonatkozásában pedig a férfiak 2,1%-a, míg a nőknek kevesebb, mint 1%-a fogyasztott kábítószer. A visszaélészerű gyógyszerhasználat a rövidebb idejű prevalenciáknál is a nők fölényét mutatja, az előző egy év viszonylatában a férfiak 7,4%-a, a nőknek pedig 17,6%-a szedett nyugtatót, altatót orvosi javaslat nélkül. A vizsgálatot megelőző egy hónapban pedig a férfiaknál 6,0%, a nőknél 11,4% a prevalencia érték. Tehát a nemzetközi tendenciákhoz hasonlóan a tiltott szerek fogyasztása inkább a férfiakra jellemző, míg a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás főként a nőknél tapasztalható.

A 2003. évi ESPAD vizsgálat adatai alapján Magyarországon a tiltott szert kipróbálók mintegy 60 %-a fiú (fiúk 18,4%-a és a lányok 13,8%-a) (Elekes 2005a). A gyakorisági adatok azonban mindkét nemnél arra utalnak, hogy a fogyasztás csupán néhány alkalomra korlátozódik. (Részletesen lásd 2. fejezet.) Kiemelkedően a marihuána-fogyasztás a legelterjedtebb, a megkérdezettek 15,8%-a próbálta már legalább egyszer az életben. A fiúknál az életprevalencia érték jóval magasabb, mint a lányoknál: 18,1%, illetve 13,2%. A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás a megkérdezett fiatalok 16,8%-nál fordult elő. A nemek közötti különbség ez esetben megfordul, azaz a lányoknál elterjedtebb: 21,8%-uk próbálta már. A fiúknál a megfelelő arány csupán 12,1%. Azaz, a visszaélészerű gyógyszerfogyasztók 62,4%-a lány. Orvosi javaslat nélküli nyugtató fogyasztása a lányoknál kétszer gyakoribb, mint a fiúknál (13,4 % lány; 6,5% fiú).

A 16 éves magyar lányok között az orvosi recept nélküli nyugtatófogyasztás a legelterjedtebb formája az egyéb drogozásnak, ezt követi a marihuána, harmadik helyen pedig az alkohol gyógyszerrel együtt való fogyasztása áll. A 16 éves magyar fiúknál a sorrend a következő: az első helyen a marihuána-fogyasztás, második helyen az alkohol gyógyszerrel történő fogyasztása áll, és csak a harmadik helyen szerepel az orvosi recept nélküli nyugtató fogyasztása.

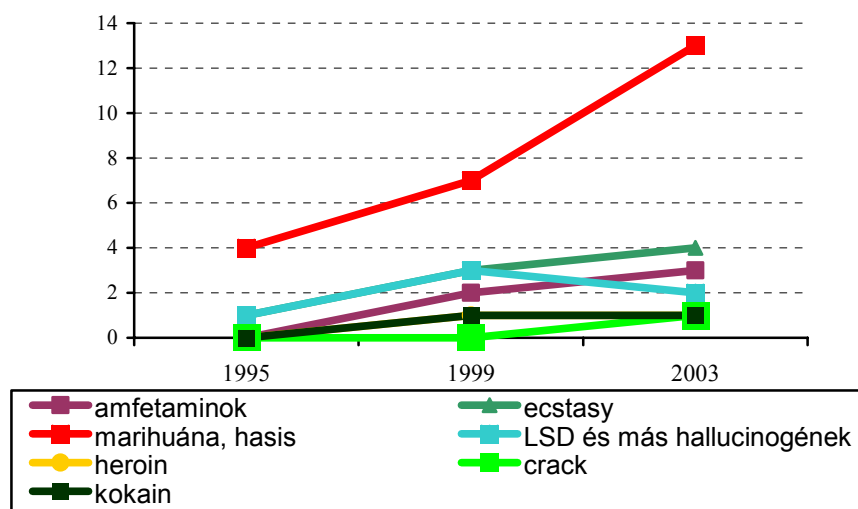
A lányoknál nemcsak a marihuána életprevalencia értékének meredek növekedése figyelhető meg, hanem a legtöbb vizsgált szer prevalencia értéke is tovább nőtt 1999 és 2003 között. Tehát a tiltott szerfogyasztás életprevalencia értékeiben bekövetkezett növekedés szinte kizárólag a lányoknak köszönhető. A fiúknál a marihuána életprevalencia értéke 2003-ban csekély mértékben nőtt, az amfetaminok és a kokain esetében nem változott, a többi tiltott szeré csökkent.

28. ábra. Az egyes tiltott szerek életprevalencia értékeinek alakulása a 16 éveseknél 1995-2003 között – fiúk



Forrás: Elekes 2005a

29. ábra. Az egyes tiltott szerek életprevalencia értékeinek alakulása a 16 éveseknél 1995-2003 között – lányok



Forrás: Elekes 2005a

A marihuána életprevalencia értéke a vizsgált időszak első négy évében (1995-1999) 12-szeres növekedést mutat, de a második négy évben (1999-2003) már csak kétszeres ez a növekedési érték. Ennek okát kereshetjük az 1998 őszén módosított drogtörvény 1999-es hatályba lépésében. A szigorítás, mely a fogyasztói oldalon börtönbüntetéssel fenyegetett, úgy tűnik, visszatartó erővé vált, vagy legalábbis a nyilvánosság elől jobban elrejtőztek a fogyasztók, illetve a 16 évesek óvatosabban válaszoltak a kérdőívekre.

Miközben a lányok tiltott szerfogyasztásának prevalencia értéke folyamatosan nő, és közelít a fiúkéhoz, addig a tiltás, büntetés inkább a fiúk oldalán érezteti hatását. Az a hagyományos nevelési elv, ami az iskolákban pozitív diszkriminációt alkalmaz a lányokkal szemben, míg a fiúknál bünteti a legkisebb szabálytalanságot is, a tágabb társadalmi kontextusban is érvényesülni látszik. A lányok, és általában a nők gyógyszerhasználatát, még ha visszaélészerű is, a társadalmi megítélés nem tartja olyan súlyosnak, mint a tiltott szerek fogyasztását. Sőt kifejezetten támogatja a pszichiátriai kezeléseik körében a nők nyugtató használatát bizonyos állapotok esetében.

Mi lehet a magyarázata annak, hogy a felnőtt populációban a férfiak több drogot fogyasztanak, mint a nők, miközben a kamaszkorban erősen közelítenek a fogyasztási szokások? A kérdésre keresi a választ egy nemi különbségeket elemző tanulmány (Lajtai 2004), mely a következőkre hívja fel a figyelmet.

Általában azt találták, hogy a lányok vallásosabbak, és ez védettséget ad számukra. Egy másik nézet szerint a férfiak fokozott kockázat keresésével magyarázzák a nagyobb arányú drogkipróbálást és (káros) fogyasztást. Ugyanitt kifejtik, hogy a drogfogyasztás prevalenciájának adolezcens kor utáni szétnyílása részben azzal is magyarázható, hogy a lányok relatíve zökkenőmentesebben lépnek át a kamaszkorból a felnőttkorba. A lányok kapcsolati igénye a szülőkkel, a „felnőtt” világgal ebben a korban erősebb, és hamarabb és nagyobb felelősséggel fognak neki a gyermeknevelési feladatoknak. Az 1995-ös Hungarostudy 18 és 24 év közötti magyar korcsoportjának elemzésekor (még jóval alacsonyabb drogkipróbálási életprevalencia mellett) azt találták, hogy a lányoknál a szerkipróbálás jóval erősebben összefüggött a Beck depresszió-skála közép- és súlyos pontértékű válaszaival. Ebből arra is következtethetünk, hogy míg a fiúknál a drogkipróbálás

mintegy a férfi szerepből és az életkorból adódó kalandkeresés, addig a lányoknál jobban egyfajta pszichés patológiára adott válaszreakció.

#### *Halálozási adatok*

A drogfogyasztással összefüggő haláleseteket vizsgálva elmondható, hogy illegális szerfogyasztás miatt átlagosan négyszer annyi férfi hal meg, mint nő (2003: 81,2% férfi, 18,8% nő, 2004: 82,4% férfi, 17,6% nő). A legális szerek tekintetében (nyugtató, altató) nincsenek ekkora különbségek, itt azonban a nők aránya a magasabb (2004: 47,9% férfi, 52,1% nő).

#### *Kezelési adatok*

Az egészségügyi intézményekben összesen kezelt, illetve első alkalommal kezelt drogfogyasztó férfiak száma az elmúlt évtizedben minden évben magasabb volt, mint a nőké. A nyugtató típusú szerek kivételével 2000 és 2004 között az egyes kábítószer kategóriákban külön-külön is magasabb volt a kezelésben részesült férfiak száma. A nyugtatókat, altatókat visszaélészerűen fogyasztók között viszont minden évben a nők aránya nagyobb. (Részletesen lásd 4. fejezet.)

37. táblázat. Az elsődleges drog és a nemek szerinti megoszlás az összes kezelt adatai alapján, 2004-ben

<b>Elsődleges drog</b>	Férfi	Nő	Arány	Reláció
Opiátok	1542	493	3,1: 1	>
Kokain	87	26	3,3: 1	>
Stimulánsok	866	367	2,3: 1	>
Altató/Nyugtató	1639	2354	1: 1,4	<!
Hallucinogének	63	13	4,8: 1	>
Inhalánsok	166	55	3: 1	>
Kannabisz	3987	584	6,8: 1	>!
Egyéb drogok	121	47	2,5: 1	>

Forrás: OSAP

A hallucinogén és kannabisz problémával kezeltek között a legmagasabb a férfiak aránya a 2004-es adatok alapján. A legnagyobb eltérés a nemek között a kannabisz-fogyasztók körében található, a férfiak 47%-a, a nőknek viszont csak 15%-a jelent meg az ellátórendszerben ezen szer használata miatt. Ki kell térnünk az elterelés lehetséges torzító hatására. Ahogy a későbbi adatok is mutatják, főként kannabisz-fogyasztók kerülnek a büntetőjogi útról a kezelésbe, akik valójában nem kezelési igénnyel keresik meg az intézményeket. A nők 60%-a altató/nyugtató használat miatt kér segítséget, míg ez az arány a férfiaknál csak 19%. A legális drogok közül is a benzodiazepin fogyasztása emelkedik ki.

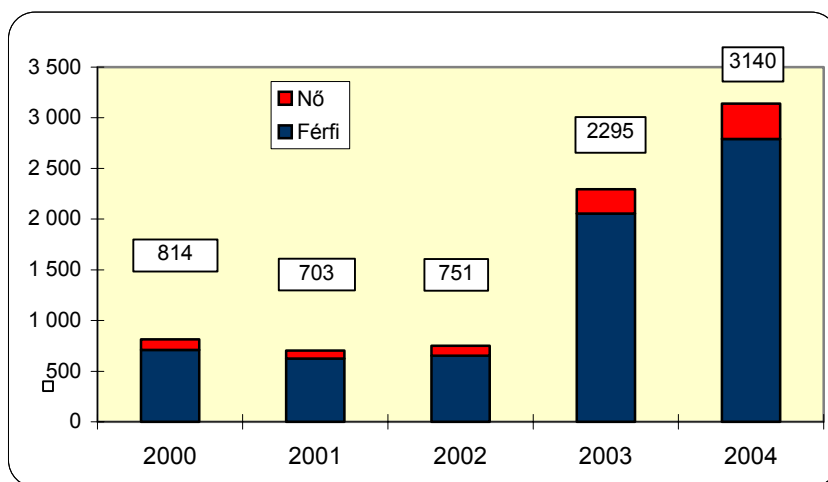
Az összes kezelt között a férfiak aránya 15 éves kor felett magasabb, mint a nőké, egészen 35 éves korig, amikor is megfordul a reláció. 35 éves kor felett jelenik meg az adatokban a nők legális szerfogyasztás terén tapasztalható dominanciája. A 15 éves kornál fiatalabbak körében azonos arányban vannak férfiak és nők. (A nemek közötti különbségek részletes leírása a 4. fejezetben található.) A legnagyobb különbség 20-24 éves kor között található, ahol a férfiak és a nők aránya 4:1. Ennek magyarázata lehet, hogy a 30 év alatti férfiak és nők között szignifikáns különbséget találtak a *tartós párkapcsolat* és a *gyermekvállalás* kérdésében (Lajtai 2004), amely valószínűleg protektív hatással bír. A nők ugyanakkor az iskoláskorúak és a 35 év felettek csoportjaiban következetesen nagyobb arányban használnak legális drogokat.



### *A büntetőeljárás alternatívájaként kezelt drogfogyasztók*

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelt (elterelt) férfiak és nők arányában a különbség a 20-24, a 25-29, és a 30-34 éves korcsoportokban a legnagyobb. Az összes drogtípus, még a nyugtató típusú drogok esetében is, lényegesen magasabb a férfiak aránya. A legnagyobb eltérés a két nem között a kannabisz-fogyasztók között található. A büntetőeljárás alternatívájaként kezelt körében a nemek aránya még markánsabb különbséget mutat, mint a populációs vizsgálatokban vagy az összes kezelt beteg körében. A nők aránya az elterelő kezelésben részesülők között 2000-2004 között csak 10-15% volt, a populációs vizsgálatok szerint a drogkipróbálók egyharmada nő és az összes kezelt betegnek is körülbelül egyharmada nő.

30. ábra. *Büntetőeljárás alternatívájaként kezelt betegek száma*



Forrás: OSAP

A nők alulreprezentáltsága az elterelték körében összefüggésbe hozható azzal, hogy a hatóságok valószínűleg megengedőbbek velük szemben. Elképzelhető, hogy az utcai igazoltatásnál a férfiakat gyanúsítják általában, és őket igazoltatják. Egy másik magyarázat lehet a férfiak kevésbé rejtőzködő droghasználata.

### *Fertőző betegségek*

Az intravénás kábítószer-fogyasztók HIV, HBV, HCV fertőzöttségének felderítésére irányuló prevalencia vizsgálat eredménye 2004. évben az alábbi megoszlást mutatja a férfiak és nők között:

HIV szűrésen részt vett 117 személy között 85 férfi és 32 nő volt, pozitív esetet nem találtak. A HBV fertőzöttség vonatkozásában 59 megvizsgált férfi és 31 nő között nem találtak pozitív esetet. A HCV fertőzöttség vonatkozásában 62 megvizsgált férfi és 31 nő között 9 férfinál és 4 nőnél tártak fel érintettséget.

Nemek szerinti bontásban csak 2003-tól vannak adatok, melyek hasonló arányokat mutatnak.

### *Kábítószer-bűnözés*

Az ismertté vált kábítószerrel visszaélést elkövetők nem szerinti megoszlása 1:10-hez a férfiak javára. Gyakorlatilag ez az arány évek óta változatlan.

## **Gender-specifikus válaszlépések**

*Gender-specifikus válaszlépések a fiatalok és gyermekek drogfogyasztására*  
Nincs adat.

*Gender-specifikus megközelítések az ártalomcsökkentő programokban*

Az ártalomcsökkentő programokban sehol nem jelenik meg a nemek szerinti differenciálás. A túcsere programok nem említik, hogy évente hány férfi és nő veszi igénybe a szolgáltatást, és a programok nem tartalmaznak nemi specifikumokat.

*Gender-specifikus megközelítések a kezelő intézményekben, szervezetekben*

Négy rehabilitációs intézmény csak férfiakat fogad, ugyanakkor csak egyetlen női rehabilitációs intézet van csak Magyarországon. A csak férfiakat fogadó intézményekhez tartozik még két hajléktalan drogfogyasztókat befogadó hely. A férfiakat befogadó intézmények, szervezetek programjaiban nagyobb hangsúllyal szerepelnek sportolási lehetőségek, valamint a pénzzel való bánásmód újratanítása, a takarékosagra nevelés, mint a csak női programokban, ahol viszont a hitélet, az irodalom, és a zene kerül inkább előtérbe a rehabilitáció eszközeként.

Az ambuláns kezelőhelyek programjainak áttekintésekor<sup>69</sup> csak minimális utalásokat lehet találni a nemek közötti különbségek szerint adott válaszlépésekre. Ilyen például a Budapesten működő OAI TÁMASZ Központi Modell Ambulancia, ahol a családok részére nyújtott prevenció szolgáltatások között kettő kizárólag nőknek szól. Női kézműves kör és női csoport szenvedélybeteg és hozzátartozóik részére. Egy másik utalás a gender specifikumra a Komlón működő LEO AMICI Alapítvány programjában található. Összefoglalva a kezelőhelyek programjainak áttekintését, elmondhatjuk, hogy a korszerű gender szemlélet még nem igazán jelenik meg a programok megtervezésekor, pedig a pszichológiai vizsgálatok során kapunk olyan jelzéseket (Hoyer és Tremkó 2002), melyek a hagyományos nemi szerepek és a genitális szexuális viselkedés változására utalnak a kényszeres opiát-függők esetében.

*Gender-specifikus válaszlépések a szociális reintegráció terén*  
Nincs adat.

*Gender-specifikus válaszlépések a börtönben*

Mivel a büntetés-végrehajtás intézményrendszerében eleve elkülönítik a férfi és női fogvatartottakat, jobban elkülöníthetők a gender-specifikus jellemzők és a két célcsoportnak kidolgozott programok is.

*Speciális nemi különbségek:*

- több fogvatartott férfi kerül kapcsolatba kábítószerrel, mint nő
- a drogokat használó nők hosszabb előzetes letartóztatás után, vagy egyéb ítélet letöltése után kerülnek a kábítószer-prevenció részlegre (KPR)
- a férfiakat gyakrabban kellett elvonási tünetek miatt kezelni
- a férfiak körében jellemzőbb a szerves oldószerek használata
- speciális *depriváció*: a férfiak a kábítószerhez kapcsolódó szociális közeg (vagy mikromilíó) hiányát deprivációként élik meg a büntetés-végrehajtási intézetekben, míg a nőknél ez nem jelentkezik;
- *a fogyasztás oka*: a nők a kábítószerrel a szabad életben hangulatuk javítása érdekében fogyasztották, és ez az alapvető motivációjuk a KPR-be való bevonódásuk során is;

<sup>69</sup> DROGINFO 2003. Sziget Droginformációs Alapítvány, Budapest 2004.

- speciális *elvárás*: a férfiak a speciális csoportfoglalkozáson való részvételük eredményeként személyiségszerkezetük változását remélik, míg a nők beállítódásukon szeretnék javítani (pszichológiai vs attitűdinális – tehát a nők irányultsága szociálisabb jellegű);
- speciális *cél*: a férfiakra jellemzőbb a dominancia iránti igény, míg a nők az érzelmi elsivárosodásuk ellen szeretnék tenni.

A fogvatartott férfiak szerfogyasztására a legális szer illegális beszerzése és illegális fogyasztása jellemző, míg a női fogvatartottakra a legális szer legális beszerzése és illegális vagy legális fogyasztása a jellemzőbb. A férfiak nagyobb arányban követtek el kábítószer-bűncselekményt, és bekerülésük előtt több kábítószerrel fogyasztottak. A nők inkább szociális nyomás hatására kezdték drogkarrierjüket. A kábítószer-problémával szembesülő fogvatartott nők számára kiemelten fontos a pozitív csoportnorma, és a külvilággal (elsősorban a családdal) való kapcsolattartás. A börtönből szabaduló, kábítószer-problémával szembesülő nők gender-specifikus problémái jelentősebbek, mint a férfiaké, reintegrációs esélyük kisebb.

A magyarországi intézetekben kábítószer-prevenációs és metadon programban vehetnek részt az elítéltek.

Magyarországon jelenleg 13 kábítószer-prevenációs részleg működik, melyek közül 3 helyen valósul meg a női fogvatartottak ellátása.

*Speciális válaszlépések nők esetében:*

- kiemelt feladat az egyén és a család kapcsolatának erősítése
- befogadás utáni felkészítő nevelői foglalkozás
- mindenre kiterjedő tájékoztatás, tévhitiek eloszlatása
- a fogvatartott nők nemi szerepeiből eredő deprivációjának kezelése speciális szituációs szerepjátékokkal, amelyek megerősítik a női szerepeket (utógdondozás, háztartás), és így közvetett úton elősegítik a proszociális karrierépítést (reintegráció).

Jelenleg egy anya tartózkodik a BV kórházában, aki kábítószer-fogyasztó volt és most metadon kezelésben részesül.

### *Következtetések*

Összefoglalva az epidemiológiai helyzetet és a Gender-specifikus válaszlépések körét, elmondhatjuk, hogy a korszerű gender szemlélet még nem igazán jelenik meg a programok megtervezésekor, pedig a pszichológiai vizsgálatok során kapunk olyan jelzéseket, melyek a hagyományos nemi szerepek és a genitális szexuális viselkedés változására utalnak a drogfogyasztók körében.

Az epidemiológiai vizsgálatok eredményei hasonló trendeket mutatnak az európai országok többségével. Kisebbségi eltérések azonban adódnak. Míg a fiúk, illetve a férfiak esetében egyértelműbb a hasonlóság az illegális droghasználati szokásokban, addig a lányok, illetve a nők esetében több ellentmondásra bukkanhatunk. A nők számaránya évről évre növekszik az illegális droghasználati oldalon, ennek ellenére a büntetés alternatívájaként elterelésben lévők között alulreprezentáltak, a legális drogok használatában (altató, nyugtató, szorongásoldó és/vagy alkohol) azonban felülreprezentáltak. Sőt a felnőtt populációs vizsgálatban (Paksi 2003) az illegális drogok fogyasztásában 45 életév felett meghaladják a férfiakat. Ezek az adatok úgy is értelmezhetők, hogy a magyar felnőtt nők körében a nemi szerepekből fakadó konfliktusok megoldásában a legális és időnként az illegális drogok használata válik a legfontosabb megküzdési stratégiává. A stressz coping mechanizmusok közül a nők gyakrabban választják az emocionális fókuszú coping reakciót. A drog-prevenációs programok vizsgálata is rámutat a lányok fokozottabb érzelmi igényére, amikor a fiúknál jobban figyelnek a drogos szülőkre, továbbá korábban szeretnék tartós

párkapcsolatot, gyereket, saját otthont. A fiúk inkább az önálló keresetet, szakmát, és a szexuális élményeket szeretnék előbb megszerezni (Ikvai-Szabo, E. et al. 2005). Mindezek a szerepelvárások a függőségi igények fokozottabb jelenlétére utalnak a nők körében, míg a férfiak körében inkább a nemzetközi adatok irányába mutató fokozottabb kockázatvállalás figyelhető meg.

## 12. DROGPOLITIKA EURÓPÁBAN: AZ ILLEGÁLIS SZEREKEN TÚL

### Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására

A Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására *nem fogalmaz meg célokat* az alkoholfogyasztás és a dohányzás kapcsán.

A Nemzeti Stratégia elsősorban a kábítószerekkel foglalkozik, de több területen a feladatok elválaszthatatlanok az alkoholfogyasztás, a dohányzás, a szerves oldószer használat, sőt az orvosi javallat nélküli gyógyszerfogyasztás problémájától. Ilyen a helyi közösségek szintje, ahol e problémák sokszor összefonódnak és egy családon belül vagy egy egyénnél együtt jelentkeznek; ilyen a megelőzés, ahol eredményes programok csak úgy képzelhetők el, ha e szerek használatával kapcsolatosan egyértelmű üzeneteket közvetítünk; továbbá ilyen a terápia és a segítség, ahol részben a különböző szerhasználati problémák kapcsolódnak össze, részben a kezelőhálózat foglalkozik mind a kábítószer-, mind pedig az alkoholfogyasztókkal. A Nemzeti Stratégia tapasztalatokat vesz át az alkoholizmus és a dohányzás elleni akció tervekből, illetve a már említett területeken együttműködésre törekszik a szakemberekkel, az állami és szakmai intézményekkel, a civil és az egyházi szervezetekkel, a helyi közösségekkel.

A Nemzeti stratégia a kábítószer-használat kialakulásában szerepet játszó kockázati tényezők között említi az alkohol-fogyasztás és dohányzás bizonyos eseteit. A kockázati tényezők között szerepel a szülők, kortársak alkoholhasználata, dohányzása és ezekkel kapcsolatos attitűdje, amely nagy hatással lehet a gyermekekre, fiatal felnőttekre. A kulturális hatások, úgymint a társadalom viszonya a legális drogok használatához, és a reklámokban, tömegkommunikációban jelenlévő igény képzete, szintén befolyásolhatja az embereket.

A prevenció színterén is megjelenik az alkoholfogyasztás és a dohányzás a kábítószer-ellenes stratégiában. Az illegitim drogok fogyasztásának megelőzése a stratégia szerint nem különíthető el a legális drogok (alkohol, nikotin, orvosi javallat nélküli gyógyszeresedés) fogyasztásának iskolai prevenciójától. A munkahely ma még elsősorban a legális drogok megelőzésében (alkoholfogyasztás, dohányzás) kellene, hogy fontos szerepet kapjon, de már ma is megjelenik az igény az illegális szerek használatának munkahelyi megelőzésére.

### Népegészségügyi Program

Magyarországon az alkoholfogyasztás és a dohányzás vonatkozásában a 46/2003 (IV.16.) országgyűlési határozattal elfogadott Népegészségügyi Program tűzött ki célokat.

Az alábbiakban rövid összefoglaló olvasható a Népegészségügyi Program alkohollal és dohányzással kapcsolatos céljairól:

*Dohányzás visszaszorítása* – (alprogram): célja a cigarettafogyasztás évi 8%-kal való csökkentése, illetve a rendszeres dohányosok prevalenciájának 6%-kal (férfiaknál 35% körülire) való csökkentése 2010-ig.

Az alprogram lényege:

- rászakás megelőzése: közösségi programok, egészségkommunikáció, egészségpolitikai eszközök (szabályozás);
- leszokás támogatása: ellátórendszer fejlesztése;
- a füstmentes környezet választási lehetőségének biztosítása minden ember számára;
- a dohányzás okainak, mozgatóerőinek megismerése, kutatása.

*Az alkohol és drogmegelőzés – (alprogram):* célja az alkohol- és drogfogyasztás és az általuk okozott egészségi és szociális károk visszaszorítása és megelőzése.

Az alprogram lényege:

- "Minimális intervenciós programok" működtetése az alapellátásban;
- Alkoholisták gyermekeinek védelmére irányuló programok működtetése;
- Kezelőhelyek fejlesztése (alacsony-küszöbű szolgáltatások, civil szervezetek, önszorgató csoportok);
- Társadalmi válaszkészség erősítése (civil szervezetek ifjúsági megelőzési programok, média-programok);
- Alkoholfogyasztási szokások változásának megfigyelése.

### *Következtetések*

A magyar kábítószer-stratégia tehát nem foglalja magába a legális drogokkal kapcsolatos célkitűzéseket, ezekre külön stratégia és egészségügyi program jött létre, amely elválk a kábítószerügytől.

### 13. A REKREÁCIÓS KÖRNYEZETBEN MEGJELENŐ DROGHASZNÁLAT ALAKULÁSA MAGYARORSZÁGON

#### Bevezetés

A rekreációs szcénához kapcsolódó szerhasználat, mind a nemzetközi (Solowij, Hall és Lee, 1992; Korf, Nabben és Schreuders, 1996; Calafat és mtsai, 1998, 1999, 2001; Tossman, Boldt és Tensil, 2001), mind a hazai (Fejér, 1998; Demetrovics, 1998, 2001a és 2001b; Demetrovics és Menczel, 2004) felmérések alapján kiemelkedő jelentőségű területét jelenti a legális és illegális szerhasználati formáknak. A 80-as évek végétől, a 90-es évek elejétől kezdődően a táncos szórakozóhelyek, illetve ezen belül elsősorban az elektronikus partik látogatásával szorosan asszociálódott egyes illegális szerek – elsősorban a pszichostimulánsok (amfetamin, ecstasy), kisebb mértékben a hallucinogének (LSD) – használata, s ennek következtében a 90-es évek közepére ez a színtér az ifjúság körében az egyik legjelentősebb szerhasználati környezetté vált.

#### Előzmények

Hazai viszonylatban, a rekreációs környezetben történő szerhasználatról meglehetősen sok adat áll rendelkezésre. Hazánkban az elektronikus zenei irányzatok, illetve a partik feltűnése a nyugat-európai megjelenéshez képest néhány évvel későbbre tehető. A tulajdonképpen 1986 nyarán, Ibiza-n („*Island of Ecstasy*”) elinduló, majd az Egyesült Királyságban és Hollandiában, később más európai országokban is terjedni kezdő parti-kultúra Magyarországot a 90-es évek első felében érte el. Fejér (2000a) 1993-ra teszi az acid-parti néven ismertté váló underground rendezvények első megjelenését az országban. Ebben az évben még egyetlen fővárosi szubkulturális csoportot azonosít, amely lényegében a 80-as évek underground világából érkezik, de beszámolója szerint, Budapesten, már egy évvel később, 1994-ben megkezdődik a diszkó-klubok techno-acid stílusú átalakulása (Fejér, 2000b). Ebből az időszakból Fejér terepmunka módszerrel és résztvevő megfigyeléssel végzett kutatásán kívül (Fejér, 1998), amely vizsgálat a jelenség underground és szubkulturális jellegét emeli ki, más adattal nem rendelkezünk.

Az első kvantitatív felmérés 1997 őszén készült Budapesten (Demetrovics, 1998)<sup>70</sup>. A szórakozóhelyeket típusokba sorolva *diszkókat* (hétvégi nyitva tartás, állandó helyszín, pop/tánc zene és kisebb mértékben elektronikus irányzatok is), *partikat* (alkalmi – szervezőkhöz, és nem helyszínekhez kötött - rendezvények, kizárólag elektronikus zenei irányzatok, DJ-k), illetve *klubokat* (állandó helyszín, nem csak a hétvégén van nyitva, beszélgetésre is alkalmas helyszín, a táncolás mellett egyéb szórakozási lehetőségek is jelen vannak a kínálatban) lehetett elkülöníteni. A megkérdezettek 61%-a volt férfi, átlagéletkoruk 20,6 év (a többség – 89,3% - 17 és 26 év közötti). A droghasználat életprevalencia értéke a mintában 68,6%, míg a megkérdezést megelőző hónapra vonatkozóan 55,2% jelezte, hogy használt valamilyen illegális szert és/vagy szerves oldószert. Az egyes szórakozóhely típusok között a különbség jelentős, így a partikon az életprevalencia 95,2%, az elmúlt havi prevalencia 87,5% volt, a klubokban a megfelelő értékek 81,7%, illetve 64,3%, míg a diszkókban ennek mintegy fele: 40,9% és 26,6%.

A következő, ezúttal országos felmérés két évvel később, 1999 őszén készült (Demetrovics, 2001).<sup>71</sup> A megkérdezett 1507 fő (férfiak aránya 51,4%, átlagéletkor 21,2 év) körében a droghasználat életprevalenciája 52,6% (a férfiak esetében 62,3%, míg a nők vonatkozásában 42,1%), míg az elmúlt havi prevalencia 29,5% (férfiak: 39,1%, nők: 18,7%).

<sup>70</sup> Összesen 373 fiatal megkérdezésére került sor, anonim kérdőíves módszerrel, hét fővárosi helyszínen, 17 adatfelvételi alkalom során.

<sup>71</sup> Budapest mellett négy megyeszékhelyen (Szombathely, Miskolc, Debrecen és Pécs) került sor az adatfelvételre, összesen 27 helyszínen, 60 adatfelvételi alkalommal.

Ugyanezek az értékek a fővárosra vonatkoztatva 72,5%, illetve 41,2%. Az egyes helytípusok szerinti különbségek az előző vizsgálathoz hasonlóan alakultak. A droghasználat életprevalencia értéke a partikon 82,5% (elmúlt havi prevalencia 56,8%), a klubokban 63,3% (elmúlt hónapban 33,9%), míg a diszkókban 33% (16,8%).

Összességében a 90-es évek második felében készült vizsgálatok a következő eredményekkel szolgáltak.

- A táncos-zenés szórakozóhelyeket látogató fiatalok körében a droghasználat – mind az életprevalencia, mind pedig az elmúlt havi prevalencia értékeket tekintve – lényegesen magasabb mértékű, mint a normál populációban.
- A magas prevalencia értékek ellenére a droghasználatot ebben a környezetben a szociális-rekreációs mintázatú szerfogyasztás jellemzi, azaz (1) a droghasználat dominánsan alacsony intenzitású (heti egy alkalomnál nem rendszeresebb); (2) a kannabisz használatától eltekintve a rekreációs környezethez kötődik (más környezetben nem jellemző); és (3) a társas együttlétek által meghatározott.
- A szerfogyasztó populáció szociodemográfiai jellemzőit, munkával, tanulással kapcsolatos tevékenységét, valamint pszichológiai jellemzőit tekintve nem mutat devianciát. A vizsgálatokban azonosított egyetlen deviancia maga az illegális szerfogyasztás ebben a populációban. Bizonyos jellemzők mentén (jövedelem, várható iskolai végzettség) a rekreációs környezetben elért droghasználó fiatalok kedvezőbb képet mutatnak, mint a drogokat soha ki nem próbáló társaik.
- A vizsgálatok a helytípusok szerint markáns különbségeket tártak fel a szerhasználat mértékében. E szerint megállapítható, hogy az illegális szerek használata egyértelműen az elektronikus zenei irányzatokat (house, techno, trance, goa, breakbeat stb.) játszó, parti-típusú helyekhez kapcsolódik a legszorosabban; az ilyen típusú helyszíneken tíz látogatóból 8-9 használt már valamikor életében valamilyen illegális szert.
- Az 1999-es vizsgálat jelentős különbségeket tárt fel az egyes vizsgált városok összehasonlítása tekintetében is. A fővárosban valamennyi más városhoz képest jelentősen magasabb prevalencia értékek tapasztalhatók, ami szoros összefüggést mutat azzal a ténnyel, hogy az elektronikus zenei irányzatot képviselő parti-kultúra jelentős mértékben Budapestre koncentrálódik.
- A legelterjedtebb szerek (a kipróbálás és a használat prevalenciáját tekintve) a kannabisz származékok számítanak, de a rekreációs színtérhez a legszorosabban a pszichostimulánsok (amfetamin és ecstasy) használata kapcsolódik. Utóbbi szerek használata – ezen populáció esetében - szinte kizárólagosan a táncos-zenés kikapcsolódáshoz kötődik, míg a kannabisz, bár markánsan jelen van ebben a környezetben is, de más helyszíneken is hasonló valószínűséggel történik a használata.
- A férfiak valamennyi illegális szer vonatkozásában magasabb élet- és elmúlt havi prevalencia értékeket jeleznek, mint a nők, s szerhasználatuk intenzitása is meghaladja a nőknél tapasztalt mértéket. Valamennyi vizsgált kockázati magatartás (pl. szerhasználat melletti vezetés) vonatkozásában a férfiak magasabb kockázatvállalásról számolnak be.
- Nemzetközi összehasonlításban a magyarországi adatok (Demetrovics, 2001) nem mutatnak jelentős eltérést más európai nagyvárosban tapasztalt szerhasználati jellemzőktől (Tosman és mtsai, 2001), sem a használat mértékét, sem annak alapvető struktúráját tekintve. Az egyetlen markánsabban megjelenő különbség, hogy hazánkban a nyugat-európai értékekhez viszonyítva alacsonyabb a kokain jelenléte, amit valószínűleg e szer magas ára magyaráz, egyúttal a használatban az amfetamin és az ecstasy kompenzál, s ugyanakkor magasabb az LSD használatának mértéke.

*Kutatások az elmúlt öt évben*



Az elmúlt öt évben a rekreációs színtér vonatkozásában három jelentős vizsgálat készült Magyarországon.

1. 2003 őszén/telén a budapesti parti szcénában készült – a fentiekhez hasonló módszertanú - anonim kérdőíves vizsgálat (Demetrovics és Menczel, 2004; Demetrovics, 2005).
2. 2005 tavaszán, Budapesten készült kvalitatív panel vizsgálat, amelyben a kutatók három célcsoport (parti-látogatók, parti-szervezők, szakemberek) bevonásával vizsgálták a fővárosi parti-kultúra és az ezen a színtéren megjelenő szerhasználat jellemzőit (Csák, Forstner, Márványkövi és Rácz, 2005).
3. Szintén 2005 tavaszán készült országos (a főváros mellett 9 másik várost is érintő) kvalitatív vizsgálat, amely a táncos-zenés rekreációs színtér jellemzőit, illetve az itt megjelenő droghasználat mintázatait tárta fel a szcénában érintettekkel készített félig strukturált interjúkon keresztül (Demetrovics, Nádas és Kun, 2005).

### *Kvantitatív eredmények*

Az említett kérdőíves vizsgálatban – a korábbi két hasonló módszertanú vizsgálatnál szemben – kizárólag elektronikus zenei partikat látogató fiatalok megkérdezésére került sor; a megelőző kutatásokkal szemben diszkók és klubok ezúttal nem szerepeltek a felmérésben.<sup>7273</sup>

A megkérdezettek 60%-a férfi, átlagéletkoruk 23 év. A szerhasználat mértékét tekintve tízből kilencen (89,5%) használtak már életükben valamilyen illegális szert. A legmagasabb kipróbálási arány a kannabisz esetében mutatkozott (87,2%), de az amfetaminnal (51,9%) és az ecstasyval (58,5%) is igen magas arányban próbálkoztak már a megkérdezettek. LSD-t tízből négyen (41,3%), kokaint, illetve herbál drogokat tízből hárman (30,8%, illetve 31,1%) próbáltak már életükben. Minden ötödik személy (20,9%) jelezte, hogy használt már ketamint élete során, míg fenciklidinnel (PCP) a válaszolók 8,3%-a GHB-val pedig 5,9% kísérletezett életében legalább egyszer.

Az eredmények igazolták, hogy az egyes zenei stílusok kedvelőinek szerhasználati jellemzőiben jelentős különbségek lehetnek. Ily módon a goa partik közönsége számolt be a legmagasabb életprevalencia értékekről mind a kannabisz, mind pedig a kokain, az LSD és a herbál drogok vonatkozásában. Az amfetamin és az ecstasy kipróbálásának a valószínűsége a goa-partik mellett a techno-rendezvények látogatói között a legmagasabb; amfetamint az ezekre a partikra ellátogatók közel kétharmada, míg ecstasyt közel háromnegyedük próbált már élete során. Az amfetamin és az ecstasy használatának életprevalencia értéke mindazonáltal a house- és a trance-partik közönségének<sup>74</sup> körében is magas. A ketamin és a PCP használata a techno-partikat látogatók körében kiugró mértékű. A kísérleti elektronika irányzat látogatói körében mutatkoztak a legalacsonyabb prevalencia értékek.

---

<sup>72</sup> A módszertan is változott, amennyiben az adatfelvétel fele nem személyes – a parti helyszínén történő - megkeresésen alapult, hanem a partikon, illetve azok befejezését követően került sor kérdőívek (és felbélyegzett válaszbörítékek) kiosztására. Összesen 33 budapesti (és a főváros vonzáskörzetébe tartozó) partin történt adatfelvétel 2003 szeptembere és decembere között, amelyből 19 alkalommal személyes kérdés és kérdőív kiosztás is történt, míg 14 alkalommal csak kérdőívek szétosztására került sor. Összesen 1059 feldolgozható kérdőív gyűlt össze a két adatgyűjtési módszerrel.

<sup>73</sup> A közölt eredmények nem véglegesek. Az adatok statisztikai feldolgozása még nem zárult le teljes mértékben.

<sup>74</sup> A house-, illetve a trance-partik esetében az alacsony elemszám miatt az eredmények óvatosan kezelendők.

38. táblázat. Az egyes drogokat kipróbálók aránya a különböző elektronikus zenei irányzatokat látogatók körében

	N	kannabisz	amfetamin	ecstasy	kokain	LSD	herbál drogok	ketamin	PCP	GHB
Drum 'n' Bass	202	<b>91,6</b>	47,0	56,4	31,7	42,6	36,0	16,3	11,4	8,2
Breakbeat	225	84,9	38,5	44,3	23,5	38,7	26,6	11,8	4,5	2,3
Goa	205	<b>93,2</b>	<b>65,5</b>	<b>72,9</b>	<b>42,3</b>	<b>53,2</b>	<b>49,7</b>	28,1	8,6	8,9
Techno	159	79,9	<b>64,8</b>	<b>73,0</b>	28,3	35,8	14,2	<b>40,9</b>	<b>14,0</b>	9,9
House	35	80,0	<b>57,1</b>	<b>62,9</b>	<b>37,1</b>	40,0	25,7	25,7	2,9	12,1
Trance	39	79,5	<b>59,5</b>	<b>63,2</b>	24,3	23,1	8,1	21,6	8,1	2,7
Kísérleti elektronika	46	76,1	31,1	34,8	26,7	34,8	20,0	11,1	6,5	0,0

Forrás: Demetrovics, 2005

### Kvalitatív eredmények

Csák és mtsai (2005) budapesti vizsgálatának célja egy szelektív prevenció panelvizsgálat elindítása volt, amelyben az elektronikus zenei parti-élet szereplőit – parti-látogatókat, parti-szervezőket és szakembereket (orvosok, bűnügyi szakértők, a szcénában prevencióval, ártalomcsökkentéssel foglalkozók) – kérdezték meg mélyinterjú (20 interjú) és fókuszcsoportos (2 fókuszcsoport) módszerrel. A vizsgálat két fő témát ölelt fel, egyrészt a szcénában megjelenő droghasználat jellemzőit, másrészt a rekreációs színtérhez kapcsolódó prevenció- és ártalomcsökkentő tevékenységgel kapcsolatos tapasztalatokat. Az interjúalanyok által jelzett szerhasználati mintázat megegyezik a korábbi kutatásokban tapasztaltakkal. Fontos eredmény, hogy a kutatás információval szolgált a rekreációs droghasználati karrier alakulásáról. E szerint négy szakasz – kipróbálás, kísérletezés, aktív szerhasználat és normalizálódás – különíthető el a személyes droghasználati karrier során, amelyek mentén előbb növekvő, majd csökkenő ívet ír le a szerhasználat mértéke.

39. táblázat. A személyes droghasználat szakaszai és ezek mintázata

Szakasz	Jellemző Szerek	Szerhasználat Intenzitása	Attitűd, Motívumok
<b>Kipróbálás</b>	Cigaretta Alkohol Marihuána/hasis	Alkalmi	Kíváncsiság Kortárs csoport hatása Normasértés
<b>Kísérletezés</b>	Elérhető szerek teljes spektruma	Kipróbálás és Aktív szerhasználat között nagyon intenzív szakasz Aktív szerhasználat után is megmaradó alkalmankénti	Kíváncsiság, Eltérő tudatállapotok megélése, Tapasztalatszerzés
<b>Aktív szerhasználat</b>	Cigaretta Alkohol Marihuána/hasis Ecstasy Speed Hallucinogének	Rendszeres szerfogyasztás (havi, kétheti stimuláns, hallucinogén használat, és akár napi szintű marihuána fogyasztás)	Tudatosság, Tapasztalaton alapuló szerhasználat, „Bulizás” az életvitel centrumában
<b>Normalizálódás</b>	Cigaretta Alkohol Marihuána/hasis	A normál életvitelbe beépülő alkalmi szerhasználat	„Lazítás”

Forrás: Csák és mtsai, 2005

Csák és mtsai (2005) szintén rámutattak a különböző parti-szcénák szerhasználati mintázatai között megjelenő különbségekre. E szerint a techno szcénát (1) az amfetamin és az ecstasy dominálja, de emellett itt jelenik meg legnagyobb mértékben a kokain, illetve a lufizás is főként ehhez az al-szcénához köthető. A kannabisz szerepe itt kisebbnek látszik, mint az egyéb szcénákban. A stimulánsok (amfetamin, ecstasy) hasonlóképp jelen vannak a DnB, illetve Breakbeat szcénában is (2), ám itt általánosnak mondható a kannabisz-származékok használata is. Ezen a szcénán belül további differenciát jelent, hogy míg a DnB partikat inkább a fiatalabb populáció látogatja (14-17 évesek), addig a Breakbeat az idősebbek által preferált irányzatnak számít. Utóbbi partikon jellemzőbb az alkohol – akár nagy mennyiségű, részegségig tartó – fogyasztása is, ami a parti-szcéna vonatkozásában új jelenségként értelmezhető. A stimulánsok jelenléte mellett a goa partik (3) specifikitását a hallucinogének jelentős mértékű használata adja. Emellett, ebben a szcénában jelezték az interjúalanyok a legnagyobb mértékű droghasználatot.

Egy másik, országos volumenű, 2005 tavaszán végzett vizsgálat (Demetrovics és mtsai, 2005) hasonló eredményekkel szolgált.<sup>75</sup> A droghasználat mintázatait tekintve talán egyetlen jelentős adaléka a vizsgálatnak a fentiekhez képest, hogy több város vonatkozásában (Budapest, Siófok) felmerült a kokain használatának előtérbe kerülése, az e szert használó populáció kiszélesedése.

Csák és mtsai (2005) tapasztalataival összhangban, a szórakozóhelyek tulajdonosaival és alkalmazottaival készült interjúk ambivalens irányultságot jeleztek a parti szcénában megjelenő ártalomcsökkentő célú fejlesztésekkel (szellőztetés, ivóvíz rendelkezésre állása, pihenőszoba létesítése stb.), illetve intervenciókkal (ártalomcsökkentő szemléletű segítők jelenléte a partikon) szemben. Az overground szcénára dominánsan ezen beavatkozások elutasítása, illetve esetenként elvi fontosságuk elismerése mellett, szükségtelenségük hangsúlyozása volt jellemző. A háttérben általánosságban a problémák jelenlétének – különösen a saját helyszínre vonatkozó – tagadása állt.

#### *A rekreációs színtér típusai*

Megfigyelhető tendencia, hogy az 1997-ben feltárt és definiált (Demetrovics, 1998) hármas – parti, diszkó, klub - felosztás az elmúlt évek során – az alaptípusok viszonylagos megmaradása mellett is némileg átalakul. Az egyik legfontosabb – Fejér (2000b) szerint már 1994-től megkezdődő, de azóta is folytatódó (Demetrovics és mtsai, 2005; Csák és mtsai, 2005) – tendencia, hogy a diszkó típusú helyszínek egyre inkább teret adnak a parti-jellegű rendezvényeknek. Ez történhet oly módon, hogy több elkülönített térben párhuzamosan van jelen a pop/tánc műfaj és valamely elektronikus zenei irányzat, de akár úgy is, hogy időben eltolva, ugyanazon a helyszínen különböző rendezvények alkalmával, egyaránt elérhetőek diszkó- és parti-típusú események is. Megjegyzendő, hogy utóbbiak vonatkozásában ilyen esetekben inkább a populárisabb, táncosabb műfajok – techno, house, trance – jellemzőek; a breakbeat vagy a drum and bass, s különösen a goa-irányzat megjelenése ilyen formában nem vagy csak nagyon kis mértékben jellemző.

A másik megfigyelhető releváns trend a parti-kultúra al-kultúrákra vagy al-szubkultúrákra bomlása. A Fejér (1995) által leírt, 1993-ban a 80-as évek nagyvárosi underground mozgalmából kialakuló acid-kultúra mára többszörös differenciálódáson ment át. Első lépésben, már a 90-es évek közepén megkezdődött az elektronikus zenei irányzatok (elsősorban a populárisabb techno- és house-irányzatok) beszivárgása a „tradicionális” diszkókba, s ezáltal már ekkor létrejött, az azóta is használatos underground, illetve

---

<sup>75</sup> A vizsgálat során 10 városban összesen 99 strukturált interjú készült a rekreációs színtéren tevékenykedő, azzal kapcsolatban lévő szakemberekkel (ártalomcsökkentő segítő tevékenységet végző szakember, drogambulancián dolgozó szakember, krízisintervencióban dolgozó orvos, rendőr), valamint szórakozóhelyek tulajdonosaival és alkalmazottaival. Az interjúk a szcénában jelenlévő droghasználat jellegzetességeit valamint a szükséges és lehetséges intervenciókkal kapcsolatos álláspontokat, véleményeket voltak hivatottak feltárni.

overground (mainstream) parti-kultúra közötti különbségtétel (Rácz és Geresdi, 2001). A differenciálódás azonban tovább folytatódott, s napjainkban, csak a legfontosabb irányzatokat említve is legalább hat fontosabb stílust kell számba vennünk. Ezek a már említett house és techno mellett a trance, a goa, a drum and bass, és a breakbeat, de kisebb irányzatként jelen van a magyarországi kínálatban a kísérleti elektronika, a noise, a nu skool is (Demetrovics és Menczel, 2004; Csák és mtsai, 2005). Ezek szubkultúra teremtő ereje változó, egyes – különösen az underground - irányzatok markánsabb szubkulturális jelleget öltönek, míg más, elsősorban a populárisabb overground irányzatok átjárhatóbbak. Megfigyelhető trend ugyanakkor az egyes stílusok folyamatos popularizálódása, kommercializálódása is, aminek következtében folyamatos mozgás tapasztalható az underground irányzatok felől az overground (mainstream) irányába.

Harmadik trendként a rekreációs színtér és a parti-kultúra tágulásával, differenciálódásával párhuzamosan nem csak a kínálati stílus bővülése, hanem az időbeli elérhetőség bővülése is megjelent. Ily módon, míg korábban dominánsan a hétvégére korlátozódtak a parti-típusú rendezvények, addig ma már gyakorlatilag a hét bármely napján elérhetőek az elektronikus zenei kínálat különböző partijai (Demetrovics és Menczel, 2004; Csák és mtsai, 2005). Kétségtelen ugyanakkor, hogy a hét közben rendezett partik többnyire kisebb, egy-egy szubkulturális csoportot érintő rendezvény (Csák és mtsai, 2005).

Meg kell azonban jegyezni, hogy mind a kínálati bővülés, mind pedig az időbeli elérhetőség kiszélesedése elsődlegesen a fővárosra jellemző (Demetrovics és mtsai, 2005). A vidéki nagyvárosokban az elektronikus zenei irányzatok, különösen az underground irányzatok lényegesen kevésbé elérhetőek. Míg a fővárosban megkezdődött és zajlik a partik „helyhez kötődése”, s egyre több olyan szórakozóhely azonosítható, amely szinte kizárólag elektronikus zenei irányzatokat képvisel (akár szélesebb kínálatban is a hét különböző napjain), addig vidéken, a nagyobb városokban is inkább csak egyedi eseményként jelennek meg az elektronikus zenei partik, szinte kizárólag a populáris, overground irányzatokra korlátozódnak. A Demetrovics és mtsai (2005) által a fővárosban és kilenc más nagyvárosban azonosított 365 táncos-zenés szórakozóhelyből összesen 18 helyszín sorolható a parti kategóriába, s ezek közül 13 a fővárosban található (öt városban egyáltalán nem volt azonosítható ilyen helyszín).

Csák és mtsai (2005) a rekreációs színtér három fő szcénáját azonosítják: (1) drum and bass (DnB) és breakbeat, (2) goa, és (3) techno. Előbbi kettő jellemzően inkább az underground irányzatba sorolódik, bár ezekben a szcénákban is tapasztalható mozgás az overground világ felé.

#### *Droghasználati trendek: új fejlemények az elmúlt öt évben*

A parti kultúra és a rekreációs szerhasználat szoros kapcsolata – elsősorban a pszichostimuláns, illetve a hallucinogén szerek vonatkozásában – többszörösen igazolt. A 2003-as kvantitatív vizsgálat adatait a normál populációs felmérések eredményéhez hasonlítva (Elekes és Paksi, 2003a; Paksi, 2005) azt látjuk, hogy míg a kannabisz vonatkozásában a parti környezetben mért életprevalencia érték 2,6-szerese a normál populációs aránynak, addig az egyéb szerek vonatkozásában 4-6-szoros arányokat kapunk. Így az amfetamint 4,5-szer, az ecstasyt 4,1-szer, a kokaint 6,3-szer, az LSD-t pedig 5,2-szer valószínűbben próbálják ki a parti-látogató fiatalok, mint hasonló korú (18-34 éves) kortársaik.

Az elmúlt öt évben bekövetkezett változásokat az alábbiakban foglalhatjuk össze.

- A 2005-ben készült kvalitatív vizsgálatok a parti szcénában jelenlévő droghasználat – a korábbi évekhez viszonyítottan lassult ütemű, de folytatódó – növekedéséről számolnak be. Ez az eredmény egybevág a normál populációs felmérések tapasztalataival, ugyanakkor – részben talán módszertani nehézségek miatt - nem azonosítható egyértelműen a kvantitatív felmérésekben.

- A fentiekkel némileg összhangban, de annál hangsúlyosabban jelenik meg – különösen egyes zenei stílusok vonatkozásában - a szórakozóhelyeket látogató (és ott drogokat fogyasztó) fiatalok életkorának előbbre tolódása.

Mindkét jelenséggel kapcsolatosan meg kell jegyezni, hogy a képet árnyalja az elektronikus zenei partik skálájának – a fentiekben bemutatott – kiszélesedése, differenciálódása. Ez ugyanis egyben azt is jelenti, hogy növekedett a partizók száma, s ezzel párhuzamosan mind életkorát, mind társadalmi háttérjellemzőit tekintve szélesedett a partikat látogatók köre. A fenti folyamatok ráadásul azt is magukba foglalták, hogy a „hagyományos” pop-tánczenét játszó szórakozóhelyek zenei kínálata bővült, vagy akár teljesen átalakult, eltolódott az elektronikus zenei kultúra világa felé. Korábbi kutatásokból (Demetrovics, 1998, 2001) ugyanakkor tudjuk, hogy utóbbi zenei stílus sokkal szorosabban asszociálódik a droghasználattal, mint a hagyományos diszkók. Ily módon tehát azt valószínűsíthetjük, hogy a droghasználat elsődlegesen nem a partizokon belül, arányaiban nőtt, hanem egyrészt a partikat látogató (és drogokat használó) fiatalok száma növekedett, másrészt pedig az alacsonyabb droghasználati aránnyal jellemezhető diszkó-típusú szórakozóhelyek felől történt elmozdulás a magasabb illegális-szer használati arányokkal jellemezhető parti-kultúra felé.

Ugyanígy az életkor csökkenése sem változatlan zenei-kulturális közegben történt, hanem ellenkezőleg a zenei irányzatok skálájának szélesedésével egyre fiatalabb populációk lettek megszólítva, s a parti látogató populáció általános fiatalodása eredményezte a droghasználó fiatalok körében tapasztalt életkorcsökkenést.

- Utálnak jelek a droghasználat intenzívebb (gyakoribb) formáinak, és nagyobb dózisok használatának a jelenlétére a parti szcénában. Ez elsősorban a fiatalabb populáció körében tapasztalható, akik jelentősebb mértékben a techno-kultúrához, illetve a Drum and Bass irányzathoz kötődnek. Ezzel szemben a Goa-kultúra vonatkozásában az idősebb populáció és kevésbé intenzív szerhasználat tűnik jellemzőnek.
- Egyértelmű általános trendnek tűnik az LSD használatának csökkenése, de ezzel párhuzamosan megjelentek és terjedni kezdtek korábban a magyarországi piacon nem, vagy csak kis mértékben jelenlévő szerek. Ezek közül ma a mágikus gomba és a különböző herbál-drogok használata tűnik jelentősebbnek, de a ketamin, a GHB, és a 2-CT jelenlétére is egyértelmű adatok utálnak (Demetrovics és mtsai, 2005; Csák és mtsai, 2005).
- Jelentős fejlemény a kokain használatának terjedése. Különösen figyelmet érdemel az a megfigyelés, amely szerint ez a korábban szinte kizárólagosan a kedvezőbb anyagi körülmények között élő, idősebb korosztály körében preferált drog, egyre jelentősebb mértékben fordul elő a fiatalabb és a drog megszerzéséhez szükséges anyagiakkal potenciálisan nem rendelkező szórakozók körében (Demetrovics és mtsai, 2005).

### *Nemi különbségek*

A kvantitatív vizsgálatok a férfiak esetében magasabb prevalencia értékeket jeleznek az illegális szerek vonatkozásában, mint a nők esetében, ugyanakkor – a normál populációs vizsgálatokkal ellentétben – a szcénában készült vizsgálatban (Demetrovics, 2001) nem jelenik meg a fordított tendencia a legális gyógyszerekkel való visszaélés tekintetében, azaz itt nincs jelen a női dominancia. A férfiakat továbbá intenzívebb szerhasználat, több illegális szer kipróbálása, és szintén gyakoribb kombinált szerhasználat jellemezte, azaz esetükben általánosan jellemzőbb a kockázati magatartások előfordulásának magasabb valószínűsége (Demetrovics, 2004). Kvalitatív adatok szólnak a mellett, hogy a lányok körében kevésbé jellemző a kannabisz használata, s különösen e drog rendszeres és intenzív fogyasztása. Szintén megjelenő nemi különbség, hogy a lányok körében jellemzőbbnek tűnik az ecstasy használata, míg a fiúk között az amfetamin látszik dominánsabbnak (Demetrovics és mtsai, 2005). Kezelőkkel, valamint a szcénában folyó ártalomcsökkentő tevékenységet végző

szakemberekkel készített interjúk alapján úgy tűnik, hogy a lányok zárkózottabbak, nehezebben nyílnak meg, és ezzel összefüggésben kisebb valószínűséggel kérnek segítséget, mint a fiúk, míg utóbbiak inkább felvállalják droghasználatuk tényét, s akár ezzel kapcsolatos problémáikat is (Demetrovics és mtsai, 2005).

#### *Földrajzi különbségek*

A táncos-zenés szórakozási lehetőségek jelentős mértékben az ország nagyvárosaiba, s különösen a fővárosba koncentrálódnak. Demetrovics és mtsai (2005) 10 magyarországi városban<sup>76</sup> összesen 365 táncos-zenés szórakozóhelyet azonosítottak. Bár ezek túlnyomó többsége (62,2%) Budapesten található, a 100000 lakosra vetített szórakozóhely szám, csakúgy, mint a százezer 15 és 34 év közötti fiatalra vetített szórakozóhely szám nem mutat kiugró ingadozást, s a főváros átlagos értékeket mutat. Az egyetlen város, ahol kiugróan magas a szórakozóhelyek lakossághoz viszonyított aránya, a nyári üdülő- és szórakozóközpont Siófok (az itt található szórakozóhelyek háromnegyede azonban csak nyáron van nyitva).

40. táblázat. Az egyes városokban azonosított szórakozóhelyek száma, illetve a lakossághoz viszonyított arányuk

<b>város</b>	<b>azonosított szórakozóhelyek száma</b>	<b>100 000 lakosra jutó szórakozóhely-szám</b>	<b>100 000 15-34 éves fiatalra jutó szórakozóhely-szám</b>	<b>az elektronikus zenét (is) játszó szórakozóhelyek aránya (%)</b>
Budapest	227	13,3	45,0	57,9
Győr	14	10,9	33,6	50,0
Szombathely	13	16,0	50,6	38,5
Veszprém	10	16,2	47,9	50,0
Siófok	12	52,9	187,6	83,3
Pécs	23	14,6	47,5	66,7
Szeged	19	11,7	36,8	61,1
Debrecen	20	9,8	30,1	82,4
Eger	6	10,6	33,1	50,0
Miskolc	21	11,8	39,1	52,4
<b>Összesen</b>	<b>365</b>	<b>13,2</b>	<b>43,5</b>	<b>59,0</b>

*Forrás: Demetrovics és mtsai, 2005*

Ugyanakkor parti-típusú, kizárólag elektronikus zenét játszó helyek csak minden második városban (Budapest, Győr, Siófok, Pécs, Debrecen) voltak azonosíthatóak. Bár a szórakozóhelyek között azon helyek aránya, ahol elektronikus zenét (is) játszanak nem mutat jelentős különbségeket az egyes városok összehasonlításában (leszámítva a különösen alacsony szombathelyi és a magas siófoki értéket), mint azt fentebb is említettük, a vidéki városokban egyrészt, inkább a populárisabb, táncosabb, overground irányzatok (techno, house) jelenléte jellemző, másrészt pedig az egyes szórakozóhelyek zenei kínálatában a parti-jellegű elektronikus zenei rendezvények sokkal kisebb helyet foglalnak el, mint a fővárosban.

#### *A rekreációs szintéren előforduló droghasználat egészségügyi és pszichés következményei*

<sup>76</sup> Budapest mellett a nyugat-dunántúli régióból Győr és Szombathely, a közép-dunántúli régióból Veszprém, Dél-Dunántúlról Siófok és Pécs, a dél-alföldi régióból Szeged, az észak-alföldi régióból Debrecen, Észak-Magyarországról pedig Miskolc és Eger került kiválasztásra. A közel kétfélmillió főváros mellett, a kiválasztott városokból öt, 100 ezer és 200 ezer közötti lakossággal rendelkezik, három város pedig ötvenezer főt meghaladó lélekszámmal. A legkisebb lélekszámú Siófok (23000 fő) a nyári időszakban kiemelt turisztikai és táncos-zenés szórakozási központ.

A rekreációs szinten megjelenő droghasználat egészségügyi és pszichés következményeiről csak közvetett adatok, illetve kvalitatív kutatási eredmények állnak rendelkezésre. Sem a sürgősségi ellátás, sem a mérgezéses esetek, sem a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos halálesetek statisztikáiban nem jelenik meg direkt módon, hogy egy adott eset a rekreációs környezethez kapcsolható-e vagy sem. Mindazonáltal a potenciálisan a szcénához köthető – azaz a szcénában kiemelten jelenlévő drogokkal (amfetamin, ecstasy, kokain) kapcsolatos - halálesetek száma alacsony, évi néhány fő (Csohán, Csorba, Keller és Zacher, 2004). A mérgezéses eseteket tekintve a 2003-as év során az ETTSZ-nek (OKK-OKBI Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat) jelentett összesen 1231 kábítószerrel kapcsolatos mérgezéses eset (szerves oldószerek is beleértendőek) mintegy harmada (34,5%, azaz 425 eset) pszichostimulánsok (amfetamin, ecstasy) használata miatt következett be, de meglehetősen magas arányú (16,1%) a kannabisz használatával kapcsolatos mérgezések aránya is. Kiemelendő, hogy az e drogcsoporttal kapcsolatos mérgezéseket tekintve jelentős nemi különbségek tapasztalhatók: a férfiak körében valamivel több mint minden negyedik (26,2%), míg a nők esetében több mint minden második (52,7%) személy amfetamin vagy ecstasy használata miatt került a sürgősségi ellátásba.<sup>77</sup>

Fontos hangsúlyozni, hogy a szórakozóhelyeken dolgozók hárítják ezt a területet; a szcénában jelenlévő droghasználattal kapcsolatosan arról számolnak be, hogy nem észlelnek egészségügyi problémákat, legfeljebb néhány elszigetelt eseményt említenek (Demetrovics és mtsai, 2005). Szintén elmondható, hogy a szórakozóhelyek tulajdonosai és alkalmazottai jelentősebb problémaként észlelik az alkoholhasználat következményeit, mint az illegális szerekét. Megbízható adatok hiányában a rekreációs szinten, a droghasználat következményeként megjelenő egészségügyi problémák mértékéről nem tudunk pontos képpel szolgálni, azt azonban valószínűsíthetjük, hogy a szcénában dolgozók problémaészlelése, illetve probléma-felvállalása elmarad a problémák jelentkezésének valós mértékétől. Egyértelmű adatok utalnak arra, hogy a szórakozóhelyek tulajdonosai és üzemeltetői tartanak a hely stigmatizálódásától, s különösen - a szórakozóhelyen jelenlévő droghasználat elismeréséhez kapcsolt - potenciális rendőrségi beavatkozásoktól (Demetrovics és Pelle, 2000; Demetrovics és mtsai, 2005).

Drogambulanciákon készült interjúk alapján azt mondhatjuk, hogy a szcénából jelentkező kezelési szükséglet alacsony, a rekreációs szintéről érkező kliensek többsége a büntetőeljárás alternatívájaként (elterelés) kerül a kezelőhelyekre. A kisebb részt kitevő spontán jelentkezők többsége inkább életvezetési, mintsem súlyos függőségi problémák miatt kér segítséget (Demetrovics és mtsai, 2005).

### *Állami szerepvállalás - A rekreációs droghasználattal kapcsolatos megfontolások a Nemzeti Stratégiában*

Az Országgyűlés által 2000 decemberében elfogadott Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására c. dokumentum (ISM, 2000) a részletes célok között három alfejezetben fogalmaz meg célokat a táncos-zenés szórakozóhelyeken előforduló droghasználattal kapcsolatosan. Az első, a témát legrészletesebben tárgyaló fejezet a *közösség és együttműködés* területe, ahol mind a hosszú, mind pedig a közép és rövid távú célok között találkozunk a szcénára vonatkozó elképzelésekkel. Hosszú távon a „biztonságos szórakozóhelyek számának növelése”, középtávon a „drogmentes programok és színterek létrejöttének támogatása”, valamint a „diszkóbalesetek számának csökkentése”, rövidtávon pedig a „jogsabályi környezet elemzése és szükség szerinti módosítása”, „helyi prevenciók szolgáltatások létesítése”, valamint a „helyi ellenőrzési formák megteremtése és ellenőrzése” fogalmazódik meg célkitűzésként. A célok részletezése nélkül is látható, hogy a fejezet elsődlegesen a prevenció és az ártalomcsökkentés, valamint az alternatív programok erősítése révén kíván fellépni a szcénában megjelenő droghasználat ártalmaival szemben. A

<sup>77</sup> Arra vonatkozóan, hogy ezen esetek milyen arányban köthetőek a táncos-zenés szórakozáshoz nem rendelkezünk információval.

Nemzeti Stratégia kezelési célokkal foglalkozó fejezetében, ha nem is részletesen kifejtve, de említés szintjén megjelenik a rekreációs színtéren szükséges megkereső tevékenység erősítésének célja. A legkevésbé kifejtett a kínálatcsökkentési oldal, itt csak általánosságban fogalmazódik meg a „szórakozóhelyek és más drogfertőzött színterek biztonságának” javítása, mint közép távú célkitűzés. Összességében tehát azt mondhatjuk, hogy a kábítószerügyek koordinálásáért felelős kormányzati szerv felismerte, s a terület stratégiai alapját adó dokumentumban rögzítette a rekreációs színtérről kapcsolatos legfőbb problémákat, s ezek kezelésével kapcsolatosan – elsősorban a prevenció és az ártalomcsökkentés eszközrendszerére alapozva – egyértelmű célokat fogalmazott meg.

### *A Biztonságos Szórakozóhelyek Program*

A Biztonságos Szórakozóhely Program története jól tükrözi az állam szerepvállalását a civil szolgáltatások fejlesztésében, még akkor is, ha a program megvalósulásának eredményessége tekintetében számos kérdés merül fel. A Biztonságos Szórakozóhely Program (BSzP) előkészületei 1999-re nyúlnak vissza (Topolánszky és Rácz, 1999; Demetrovics és Pelle, 2000), majd 2000 májusában az Ifjúsági és Sportminisztérium Kábítószerügyi koordinációért felelős helyettes államtitkára kezdeményezésére – a Nemzeti Stratégia célkitűzéseivel összhangban - egyeztetések kezdődtek mintegy két tucat magyarországi szórakozóhely vezetője, a rendőrség és néhány egyéb érintett szervezet képviselői között, a táncos szórakozóhelyeken történő biztonságosabb szórakozás megvalósulási lehetőségeinek kidolgozása érdekében. A rendszeres, kéthetenkénti összejövetelek az Ifjúsági és Sportminisztérium valamint az Országos Büntetőeljárásügyi Tanács koordinációja mellett folytak. A megbeszélések célja egy olyan együttműködési terv, illetve működési modell kidolgozása volt, amely mintául szolgálhat a táncos szórakozóhelyeken szabadidejüket töltő fiatalok biztonságos, az egészségügyi és szociális ártalmakat kiküszöbölő vagy minimalizáló, lehetőség szerint drogmentes környezetben történő szórakoztatásának megvalósítása tekintetében. Felismerve, hogy a táncos szórakozóhelyeket a droghasználat fokozott jelenléte és ezzel összefüggésben – de ettől függetlenül is – az egészségügyi és szociális ártalmak megjelenésének fokozott kockázata jellemzi, a megbeszélések célja egy olyan együttműködés kereteinek kidolgozása volt, amely az ebben résztvevő táncos szórakozóhelyeken egyrészt kísérletet tesz a droghasználat visszaszorítására, másrészt – ártalomcsökkentő gyakorlati lépések bevezetésének a segítségével – az itt szórakozó fiatalok biztonságának növelésére. A mozgalomtól egyfajta mintanyújtást is vártak, amely a szórakozóhelyek által nyújtott szolgáltatások színvonal-növekedéséhez, magasabb standardok kialakulásához, hosszabb távon a biztonságos szórakozás elvi és gyakorlati feltételeinek, mint minimális elvárásnak – mind fogyasztók, mind a szolgáltatók általi - megfogalmazásához vezet (Demetrovics és Pelle, 2000). A program tervezetének vázlata (Demetrovics és Pelle, 2000) 2000 júliusára készült el, majd az év végén megalakult a Biztonságos Szórakozóhelyek Egyesülete (BSzE).

Az állam szerepvállalása a programban a továbbiakban csökkent, lényegében néhány, a témát fókuszba állító konferencia megszervezésére valamint pályázati támogatások elérhetővé tételére korlátozódott. Ennek megfelelően a témában, a program népszerűsítését szolgáló három konferencia került megszervezésre (2001. április 23., Budapest, 2003. május 24., Siófok, 2004. november 3., Budapest<sup>78</sup>), illetve A HU 2002/180-05-02 Phare program keretében a minisztérium „Biztonságos szórakozóhelyek” címmel pályázatokat hirdetett meg, amely pályázati kategória célja az illegális kábítószer-fogyasztás csökkentése volt a szórakozóhelyeken. A program megvalósítására összesen 280000 euró állt rendelkezésre, s egy pályázó minimálisan 8 000, maximálisan 35000 euróra pályázhatott. A két részletben történő kiírásra<sup>79</sup> összesen 17 pályázat (előbb 6, majd a második körben 11)

<sup>78</sup> A 2004-es konferenciát a Biztonságos Szórakozóhelyek Egyesülete szervezte, míg az előbbi kettő a Minisztérium koordinációjában, természetesen az Egyesülettel együttműködésben szerveződött.

<sup>79</sup> Az első kiírás során csak a rendelkezésre álló keret csak mintegy 20%-a került kiosztásra, így a maradék összegből lehetett finanszírozni a következő kiírást.



érkezett, amelyek közül az első körben kettő (összesen 54331 euró), a második körben hat szervezetnek (186700 euró) ítélték oda támogatást; egyenként 21000 és 35000 euró közötti összegeket (átlag 30 ezer euró)<sup>80</sup>.

Összességében a PHARE program egyik jelentős tapasztalataként értelmezhetjük azt a tényt, hogy az állam nem tudta a rendelkezésre álló keretösszeget a területre fordítani, mivel – legalábbis a program meghirdetésekor – kevés a területen aktívan tevékenykedő szervezet működött. Tudomásunk szerint a 8 nyertes pályázó közül például mindössze két szervezetnek volt már megelőzően is tapasztalata a szcénában folytatott ártalomcsökkentő tevékenységet illetően.

#### *A rekreációs színtéren folyó prevenció és ártalomcsökkentő tevékenység*

A rekreációs színtéren megjelenő ártalomcsökkentő tevékenység Magyarországon a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia úgynevezett *Party Service* szolgáltatásának elindulásával kezdődött meg 1999 januárjában (Rácz, Urbán és Lencse, 2001). A szolgáltatás, azóta is folyamatosan működik, elsődlegesen Budapesten és a főváros vonzáskörzetében, túlnyomórészt az underground parti szcénában. Az overground szcénát az ilyen típusú szolgáltatások befogadását illetően egyértelmű elutasítás jellemzi (Demetrovics és mtsai, 2005; Csák és mtsai, 2005). Az elmúlt években mindazonáltal országszerte megjelent néhány rokon kezdeményezés. Ezek egy része a fent tárgyalt PHARE program megvalósításaként gyakran csak egy-egy szórakozóhelyhez kapcsolódóan működnek, míg más programok akár több szórakozóhelyen is nyújtanak ártalomcsökkentő szolgáltatást. Részletes adatokkal öt programot illetően rendelkezünk (Demetrovics és mtsai, 2005).

41. táblázat. *A Magyarországon működő, a rekreációs szcénában ártalomcsökkentést végző szervezetek főbb jellemzői*<sup>81</sup>

programok	város	program indulásának éve	a szolgáltatás jellege	a szolgáltatás földrajzi hatóköre	érintett helyszínek	a szolgáltatás volumene (2004)
Party Service	Budapest	1999	ártalomcsökkentő szemléletű megkereső program	országos (de főleg Budapest)	főleg underground helyszínek, de bárhol, ahol befogadják a szolgáltatást	47 rendezvény (57 nap) (becsült forgalom 15260 fő)
Bulisegély	Pécs	2000	ártalomcsökkentő szemléletű megkereső program	Dél-Dunántúli régió (Pécs, Kaposvár, Siófok)	Pécsett öt helyszín, de a régióban máshol is	63 rendezvény
Bulisegély	Veszprém	2004	információátadás, prevenció, tanácsadás	Veszprém	több helyszín	6 rendezvény
Mozgótárs Szolgálat	Debrecen	2003	prevenció és ártalomcsökkentő tevékenység	Debrecen	egy helyszín	26 rendezvény
Agria Party	Eger	2003	prevenció és	Eger	egy helyszín	16

<sup>80</sup> A későbbiek során a nyolcból egy szervezet elállt a program megvalósításától, azzal indokolva döntését, hogy nem tudott megegyezni a szórakozóhellyel, ahol a program futott volna.

<sup>81</sup> További három program részesült PHARE támogatásban a Biztonságos Szórakozóhely Program fejlesztése keretében, ezek részletes tevékenységéről azonban nincs információnk.

### *A rekreációs szintéren folyó ártalomcsökkentő tevékenység értékelése*

Csák és mtsai (2005), csakúgy, mint Demetrovics és mtsai (2005) utalnak rá, hogy a parti szcénában megjelenő ártalomcsökkentő szolgáltatásokkal szemben a szórakozóhelyek tulajdonosai és üzemeltetői ambivalensek, illetve elutasítók. Az ártalomcsökkentő szolgáltatások beépítése a szórakozóhely működésébe sok üzletvezető és tulajdonos számára a szórakozóhelyen jelenlévő droghasználat elismerését jelenti, s ezzel összefüggésben a hely stigmatizálódásától, illetve a rendőrségi aktivitás növekedésétől tartanak. Sokan a szórakozóhelyek üzemeltetői közül inkább a saját szórakozóhelyen jelenlévő droghasználat tagadását, volumenének minimális szinten történő észlelését tartják követendő stratégiának. A másik oldalt tekintve, a szcénában szórakozók egyértelműen hasznosnak tartják az ilyen jellegű intervenciókat.

### *Következtetések*

Az elmúlt években a rekreációs szintéren végzett kutatások eredményeiből kitűnik, hogy a korábbi évekhez képest lassabb ütemben, de növekedik a droghasználat a parti szcénában, s a szórakozóhelyeket látogató fiatalok életkorának csökkenésével a rekreációs jellegű szerhasználat is fiatalabb korban kezdődik. Az egyes zenei stílusok mentén különbség tapasztalható a fogyasztott szerek típusait, illetve a fogyasztás intenzitását tekintve is. A parti szcénában az LSD használata csökkent, ezzel párhuzamosan azonban megjelentek és terjedni kezdtek korábban a magyarországi piacon nem, vagy csak kis mértékben jelenlévő szerek (pl.: mágikus gomba, herbál-drogok, ketamin, GHB). Az európai trendnek megfelelően, hazánkban is új fejlemény a kokain használatának terjedése.

A drogambulanciák kliensei között alacsony a rekreációs szintérről érkezők aránya, többségük a büntetőeljárás alternatívájaként kerül a kezelőhelyekre, a kisebb részt kitevő spontán jelentkezők többsége pedig inkább életvezetési, mintsem súlyos függőségi problémák miatt kér segítséget.

A rekreációs droghasználat egészségügyi kockázatainak csökkentése érdekében hazánkban is indultak a szintéren ártalomcsökkentő tevékenységet végző szolgáltatások, több szolgáltatás beindítása a 2001-be PHARE pályázat keretében valósult meg.

## 14. FELHASZNALT IRODALOM

Bauer, B. (2005). Ifjúság 2004. Mobilitás Ifjúságkutatási Iroda. Nem publikált kutatási beszámoló.

Bácskai, E. és Gerevich, J. és Szilágyi, Zs. (2005). A Magyar Honvédség kábítószer-fertőzöttségi helyzete. Nem publikált tanulmány.

Bognár, É. és Sas, V. (2005). A pedagógusok drogfogyasztással és drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdvizsgálata. Drog Stop Budapest Egyesület. Nem publikált tanulmány.

Busa, Cs., Varga, I. és Szentpétery, H. (2004). A középiskolai kollégiumokban élő fiatalok kábítószerre való viszonya. Nem publikált tanulmány.

Calafat, A., Stocco, P., Mendes, F., Simon, J., Wijngaart, G. van de, Sureda, M<sup>a</sup>. P., Palmer, A., Maalsté, N. és Zavatti, P. (1998). *Characteristics and Social Representation of Ecstasy in Europe*. IREFREA and European Commission, Palma de Mallorca.

Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M<sup>a</sup>. P., Tossmann, P., Wijngaart, G. van de és Zavatti, P. (1999). *Night life in Europe and recreative drug Use*. Sonar 98. IREFREA, Palma de Mallorca.

Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M. A., Bohrn, K., Hakkarainen, P., Kilfoyle-Carrington, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Siamou, I., Simon, J., Stocco, P. és Zavatti, P. (2001). *Risk and control in the recreational drug culture*. Sonar project. IREFREA, Palma de Mallorca.

Chodorow, N. (1974). Family structure and feminin personality. Woman, Culture and Society, (ed. M. Z. Rosaldo and L. Lamphere), pp. 40-57. CA: Stanford University Press, Stanford.

Csák, R., Forstner, M., Márványkövi, F. és Rácz, J. (2005). Kvalitatív panelvizsgálat a budapesti elektronikus zenei partiélet szereplői, valamint a drogpolitika megvalósítói körében. Megjelenés alatt.

Csohán, Á., Csorba, J., Keller, É. és Zacher, G. (2004). A drogfogyasztás egészségügyi vonatkozásai és következményei. Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről Nyírády, A. and Felvinczi, K. (ed.). Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, Budapest.

Demetrovics, Zs. (1998). Drug and Disco in Budapest. Alcohol Consumption and Drug-Using Behavior Among Youth in Clubbing Subculture. Regional Resource Centre, Budapest.

Demetrovics, Zs. (2001a). Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein. L'Harmattan Kiadó, Budapest.

Demetrovics, Zs. (2001b). Cultural Changes and the Changing Face of Youth Subculture and Drug Use. Some Comparisons between Western and Eastern Europe. In: Nechifor, M.,

Boisteanu P. (eds.) Pharmacodependences - mechanisms, clinical aspects, treatment. Editura Glissando, Iasi, 2001. 109-117.o.

Brannon, L. (1996). Gender: Psychological Perspectives. Allyn&Bacon, Boston.

Demetrovics, Zs. (2004). Nemi különbségek a rekreációs droghasználatban. Addiktológia, 3(4), 533-542. o.

Demetrovics, Zs. (2005). The characteristics of psychostimulant use in the Hungarian party scene. The Inaugural European Association of Addiction Therapy Conference. Budapest, 2005. július 6-8. Összefoglaló 13. o.

Demetrovics, Zs. és Menczel, Zs. (2004). Droghasználat parti-látogató fiatalok körében. A Magyar Addiktológiai Társaság V. Országos Kongresszusa. Balatonfüred, 2004. október 21-23.. Összefoglaló 12-13. o.

Demetrovics, Zs. és Pelle, A. (2000). „Biztonságos szórakozóhely” program. Ajánlás valamint elméleti és jogi háttéranyag a táncos szórakozóhelyek biztonságos üzemeltetéséhez. Szenvedélybetegségek, 8(6), 433-441. o.

Demetrovics, Zs., Nádas, E., és Kun, B. (2005). A magyarországi táncos-zenés rekreációs színtéren megjelenő droghasználat jellemzői. Megjelenés alatt.

Demetrovics, Zs., Marián, A. és Obláth, M., (2005). A kábítószer-fogyasztók társadalmi megítélésének vizsgálata különböző célcsoportokban, attitűdskála szerkesztése és tesztelése. Nem publikált kutatási beszámoló.

Elekes, Zs. (2002). Ivási szokások és fogyasztói típusok Magyarországon az ADE'2001 alapján. Addiktológia, 1, 92-114. o.

Elekes, Zs. (2004). Alkohol és társadalom. OAI, Budapest

Elekes Zs. (2005a): A drogfogyasztás nemek közötti különbözőségei és hasonlóságai In: Nagy I., Pongrácz T., Tóth I. Gy szerk: Szerepváltozások. Jelentés a nők és a férfiak helyzetéről 2005. TÁRKI, Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium p: 177-193.

Elekes, Zs. (2005b). A tiltott szerfogyasztás társadalmi okai. Nem publikált tanulmány.

Elekes, Zs. és Paksi, B. (1997). Szabadságvesztés büntetést töltők kábítószer-fogyasztással kapcsolatos rizikócsoportjainak feltárása. Bv. Szakkönyvtár, 4, 112. o. BVOP Módszertani Igazgatóság, Budapest.

Elekes, Zs. és Paksi, B. (2000a). Drogok és fiatalok, Középiskolások droghasználat, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon, ISMertető 8. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.

Elekes, Zs. és Paksi, B. (2000b). Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről Önbevallásos vizsgálatok Magyarországon a kilencvenes években. Ritter I. (ed.). ISM, Budapest.

Elekes, Zs. és Paksi, B. (2003a). A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Nem publikált kutatási beszámoló.

Elekes, Zs. és Paksi, B. (2003b). The ESPAD 2003 Country Report – Hungary. Nem publikált tanulmány.

Elekes, Zs. és Paksi, B. (2003c). A középiskolások drogfogyasztása 2003-ban Budapesten. Helyzetkép és tendenciák. Addiktológia, 3-4.

Elekes, Zs. és Paksi, B. (2004a). Gyermekvédelmi szakellátásban részesülő gyermekek kábítószer és alkoholfogyasztási szokásai. Nem publikált kutatási beszámoló.

Elekes, Zs. és Paksi, B. (2004b) A 11-12. évfolyamos középiskolások alkohol- és drogfogyasztása Budapesten 2004-ben. Addiktológia 2004. 3, 308-330. o.

Elekes, Zs. és Paksi, B. (2004c). A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Nem publikált kutatási beszámoló.

EMCDDA (1999). Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon, Portugal.

Fejér, B. (1995). Acid Történet. Törökfürdő, 1, 22-26. o.

Fejér, B. (1998). Az LSD kultusza. Egy budapesti kulturális színpad krónikája. MTA PTI Etnoregionális Kutatóközpont Munkafüzet sorozat 48. MTA PTI. Budapest.

Fejér, B. (2000a). A parti. Antropológiai sűrű leírás. Replika, 39, 61-74. o.

Fejér, B. (2000b). LSD és popkultúra. In: Demetrovics, Zs. (ed.) A szintetikus drogok világa. Diszkódrogok, drogfogyasztók, szubkultúrák. Animula Kiadó, Budapest. 34-69. o.

Gilligan, C. (1982). In a Different Voice: Psychological Theory and Woman's Development. MA: Harvard University Press, Cambridge.

Gyarmathy, V. A., Rácz, J., Neagius, A. és Ujhelyi, E. (2004). The urgent need for HIV and Hepatitis prevention in drug treatment program in Hungary. AIDS Education and Prevention, 16 (3), p. 276-287

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. és Morgan, M. (2004). The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries Stockholm CAN, Council of Europe 436. o.

Horváth, M., Ujhelyi, E. és Keller, É. (2005). A fertőzőbetegségek alakulása a kábítószerrel összefüggésben bekövetkezett haláleseteknél. Addiktológia. Megjelenés alatt.

Hoyer, M. és Tremkó, M. (2002). Az ópiát-függők klinikai pszichodiagnosztikája. Pszichoterápia 1. 28-34. o.

Ikvai-Szabo, E., Kiss, J., Lopes, E., Pataki, Z. és Torbai, J. (2005). A GYISM-OM által finanszírozott drogprevenció – egészségfejlesztési programok hatása a célcsoport droghasználatára, 107-110. o. Kutatási beszámoló. Budapest.

Keller, E. és Horvath, M. (2005) Drug related mortality in Hungary. Karolinska University Hospital Dept. of Clinical Neuroscience Research day (12 May), Presentation.

Korf, D. J., Nabben, T. és Schreuders, M. (1996) Antenne 1995. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers. Jellinekreeks 5. Jellinek Preventie - Het Amsterdamse Bureau voor Onderzoek en Statistiek, Amsterdam, NL.

Lajtai L. et al. (2004). Miért fontos a nem? Vagy miért nem? Az illegális szerfogyasztásban felmerülő különbségek elemzése egy országos reprezentatív felmérés kapcsán. Addictologia Hungarica 4. 543-555. o.

OKK-OKBI (2004). Mérgezési eset bejelentések (2003.). Fodor József Országos Közegészségügyi Központ, Országos Kémiai Biztonsági Intézet, Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat, Budapest. Nem publikált tanulmány.

Örkényi, Á., Aszmann, A., Balogh, Á., Koszonits, R., Kökönyei, Gy. és Németh, Á. et al. (2004). Drogfogyasztás állami gondozott fiatalok körében. Nem publikált kutatási beszámoló.

Paksi, B. (2003). Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon. L'Harmattan, Budapest.

Rácz, J. és Geresdi, Zs. (2001). Az underground partikultúra értékvilága Magyarországon. Educatio, 10(3), 530-542. o.

Rácz, J. (2005). Az elterelésről. Addiktológia, 1.

Ritter, I. (2005) Roma fiatalok és a kábítószer. Egészséges Ifjúságért Alapítvány – Országos Kriminológiai Intézet. Nem publikált kutatási beszámoló.

Ritter, I. (ed.) (1999, 2003). Jelentés a magyarországi kábítószer helyzetről, Gyermek Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.

Straussner, S. L. A. and Zelvin, E. (1997). Gender and Addictions: Men and Women in Treatment. Jason Aronson Inc., Northvale, New Jersey London.

Székely, Gy., Csató, Gy., Kenyeres, L., Mészáros, Z. és Nemesdy, K. (2005). Szakértő szemmel – a prevenció hatásvizsgálata. FACILITÁTOR Szociológus és Mediátor Bt. Nem publikált kutatási beszámoló.

Vingender, I. (2005). A droghasználók társadalmi kirekesztése. Nem publikált tanulmány.

## FÜGGELEK

### ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. KEF-ek megalakulásának évei	10
2. ábra. A cikkek száma a közlések típusa szerint	21
3. ábra. A kábítószerrel kapcsolatos közlések tematikus összetétele	21
4. ábra. Az egyes szerek életprevalencia értékeinek alakulása (%) országosan 1995 és 2003 között (16 éves középiskolások körében)	24
5. ábra. A tiltott szerek életprevalencia értéke nemenként a 16 évesek körében (%)	24
6. ábra. A tiltott szerek életprevalencia értéke településtípusonként	25
7. ábra. A gyermekvédelmi gondoskodásban élő 16 éves fiatalok életprevalencia értékei az ESPAD kutatás megfelelő adataival összehasonlítva	29
8. ábra. A kábítószer és/vagy inhaláns élete során valaha használt fiúk és lányok életkor szerinti megoszlása (%)	30
9. ábra. Kezelésben részesült drogfogyasztók száma Magyarországon 2000-2004	38
10. ábra. 10 ezer lakosra jutó kezelt drogfogyasztó területenként 2000-2004	39
11. ábra. A kezelt drogfogyasztók nemek szerinti megoszlása	40
12. ábra. Életkori megoszlás a kezelt kábítószer fogyasztó FÉRFIAK körében 2000-2004	41
13. ábra. Életkori megoszlás a kezelt kábítószer fogyasztó NŐK körében 2000-2004	41
14. ábra. Kezelt drogfogyasztók megoszlása a fogyasztott szerek alapján 2000-2004	42
15. ábra. Illegális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma	43
16. ábra. Legális szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma	44
17. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezeltetek száma	44
18. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezeltetek száma 2000-2004 között, drogtípusok szerint	45
19. ábra. Az adatszolgáltató kezelőhelyeken az ellátott korosztály megoszlása	49
20. ábra. A kontroll és kábítószerrel kapcsolatos halálesetek megoszlása	61
21. ábra. Fertőző betegségek markerei 2000-2004 között, a kontroll és a kábítószerrel kapcsolatos halálesetek között	62
22. ábra. HCV fertőzés évenkénti és nemek szerinti megoszlása	62
23. ábra. Nemek szerinti megoszlás a kábítószerrel kapcsolatos halálesetekeken belül	62
24. ábra. A kontroll esetek nemek szerinti eloszlása	63
25. ábra. Megkérdezett droghasználók iskolai végzettsége	72
26. ábra. Az ismertté vált visszaélés kábítószerrel bűncselekmények számának alakulása	75
27. ábra. Visszaélésszerű szerhasználat életprevalencia értékei nemenként 2003-ban (%)	93
28. ábra. Az egyes tiltott szerek életprevalencia értékeinek alakulása a 16 éveseknél 1995-2003 között – fiúk	94
29. ábra. Az egyes tiltott szerek életprevalencia értékeinek alakulása a 16 éveseknél 1995-2003 között – lányok	<b>Hiba! A könyvjelző nem létezik.</b>
30. ábra. Büntetőeljárás alternatívájaként kezelt betegek száma	97

### TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A prevenció színterein történt események a KEF-ek által lefedett területeken, a KEF-ek százalékában	11
2. táblázat. ICSSZEM által támogatott területek között kiosztott összegek	13
3. táblázat. A KKB által a társtárcaknak nyújtott támogatások 2004-ben	14
4. táblázat. A drogok kipróbálását, ill. rendszeres fogyasztását közepesen vagy nagyon veszélyesnek tartók aránya (%)	17

5. táblázat. A kábítószer kipróbálása az életkor függvényében (a válaszadók %-ában)	32
6. táblázat. Drogügyi koordinátorok számának alakulása és drogügyi koordinátorral rendelkező iskolák aránya megyénként (2005 április)	35
7. táblázat. Iskolai végzettség és drogfogyasztás	41
8. táblázat. A drogfogyasztók megoszlása a kezelő intézmény típusa szerint	45
9. táblázat. A különböző ellátási formákat kínáló kezelőhelyek személyzeti ellátottsága	47
10. táblázat. Az adatszolgáltató kezelőhelyek kapcsolati rendszere	48
11. táblázat. Az adatszolgáltató kezelőhelyek által alkalmazott terápiás módszerek	49
12. táblázat. Az adatszolgáltató kezelőhelyek eltereléssel kapcsolatos tevékenysége	50
13. táblázat. Fekvőbeteg szakellátás megoszlása az adatszolgáltató kezelőhelyek között	50
14. táblázat. Járóbeteg szakellátás megoszlása az adatszolgáltató kezelőhelyek között	50
15. táblázat. Tüneti gyógyszeres kezelés formáinak gyakorisága az adatszolgáltató kezelőhelyeken	51
16. táblázat. Metadon kezelés aránya	52
17. táblázat. Naltrexon kezelés elérhetősége	52
18. táblázat. 2004-ben metadon kezelésben résztvevő kliensek száma	52
19. táblázat. Drogfogyasztással összefüggő halálesetek száma 2004-ben	54
20. táblázat. A drogfogyasztással összefüggő halálozás alakulása Budapesten, 2000-2004	56
21. táblázat. Drogfogyasztással összefüggő halálesetek korcsoportonként Budapesten, 2004-ben	57
22. táblázat. A regisztrált HIV-fertőzött személyek rizikócsoportok szerinti megoszlása	58
23. táblázat. Az intravénás droghasználók száma és aránya a bejelentett akut hepatitis B betegek között	59
24. táblázat. Az intravénás droghasználók száma és aránya a bejelentett akut C hepatitiszes betegek között	59
25. táblázat. A 2004. év folyamán a drogkezelő helyek kérésére az ÁNTSZ megyei intézeteinek laboratóriumában az intravénás kábítószer-fogyasztók HIV, HBV, HCV fertőzöttségének felderítésre irányuló szerológiai vizsgálatok	60
26. táblázat. Az alacsony-küszöbű szolgáltatások célcsoportjai – leggyakoribb említések	66
27. táblázat. Az alacsony-küszöbű szolgáltatások megítélése az eltérő célcsoportok körében, megítélés alapján - átlagok	67
28. táblázat. Országos tücsere adatok	69
29. táblázat. Megkérdezett droghasználók foglalkoztatottsági helyzete (%)	72
30. táblázat. Az ismertté vált kábítószerrel visszaélés bűncselekmények alakulása az elkövetési ideje szerint	76
31. táblázat. A visszaélés kábítószerrel bűncselekményt elkövetők életkor szerinti megoszlása 2003-ban és 2004-ben	77
32. táblázat. A fogvatartottak kábítószer-használata a szabadságvesztés-büntetés megkezdését megelőzően (n=609)	79
33. táblázat. A fogvatartottak kábítószer-használata a szabadságvesztés ideje alatt (n=609)	80
34. táblázat. Az OEP addiktológiai esetekre történt kifizetései 2002-2004-ben	80
35. táblázat. Kábítószeres utcai árai forintban	88
36. táblázat. Kábítószeres utcai árai euroban	88
37. táblázat. Az elsődleges drog és a nemek szerinti megoszlás az összes kezelt adatai alapján, 2004-ben	96
38. táblázat. Az egyes drogokat kipróbálók aránya a különböző elektronikus zenei irányzatokat látogatók körében	106
39. táblázat. A személyes droghasználat szakaszai és ezek mintázata	106
40. táblázat. Az egyes városokban azonosított szórakozóhelyek száma, illetve a lakossághoz viszonyított arányuk	110
41. táblázat. A Magyarországon működő, a rekreációs szcénában ártalomcsökkentést végző szervezetek főbb jellemzői	113



## TÉRKÉPEK JEGYZÉKE

1. térkép. A drogfogyasztók kezelésének területi megoszlása	39
2. térkép. Férfiak legális és illegális drogfogyasztással összefüggő halálozása 2004-ben	55
3. térkép. Nők legális és illegális drogfogyasztással összefüggő halálozása 2004-ben	55