

## A rendszerváltás hatása a kábítószerfogyasztásra <sup>[1]</sup>

**Több évtizedes hallgatás után a '80-as évek közepétől megkezdődött a drogfogyasztás elleni küzdelem állami szinten is. A határok 1988-as megnyitásával, majd a rendszerváltással azonban oly mértékben öntötte el az országot a különböző jellegű drogfogyasztások tömege, amire a kormányzat nem volt felkészülve, az egészségügyi szervek nem tudtak igazán hatékony választ adni, s ez természetesen nem választható el a világban eluralkodó hasonló tendenciáktól. A probléma eskalálódott, a helyzet sokszorosan súlyosabbá vált...**

### Bevezetés

A Kádár-korszakban a drogfogyasztás évtizedekig nem okozott társadalmi problémát, hiszen nem lehetett szót ejteni róla. A központi elv az volt, hogy amiről nem beszélünk, az nem is létezik. E politika következményeként a rendszerváltás idején egyik napról a másikra kellett kezelni az addig szőnyeg alá söpört problémát.

Magyarországon a hatvanas évektől kezdődően jelentek meg hírek a drogfogyasztókról. A hatvanas évektől a nyolcvanas évek elejéig a kábítószeres korlátozott hozzáférése miatt a tizenévesek nem a Nyugat-Európában elérhető illegális drogokat próbálták ki, és fogyasztották, hanem a nálunk legális anyagokként könnyen hozzáférhető szereket. A szerves oldószerek beszüntetésének módszere viszont egyre terjedt, s 1969-ben regisztrálták az első kábítószeres halálesetet, de igazából nem tudjuk, hány halálos áldozata volt a szippantásos narkomániának, felderítése komoly kutatómunkát igényelne. A gyógyszerek között a Parkán volt a vezető anyag, de Codein tartalmú készítményeket, egyéb nyugtatókat és szorongáscsökkentőket is használtak alkohollal kombinálva.

1960-ban, New Yorkban Magyarország aláírta, majd 1968-ban beépítette a magyar jogrendszerbe az *Egységes Kábítószer Egyezményt*, 1971-ben pedig Bécsben írtuk alá a pszichotrop anyagokról szóló Egyezményt. Az 1970-es évek elejére hazánkat is elérte a kábítószerhullám, fő fogyasztási területe Budapest volt, de hamarosan vidéken is tapasztalható volt a drogfogyasztás terjedése. A narkómánia elsősorban a halmozottan hátrányos helyzetű ifjúsági csoportokat érintette. Az 1978/IV. törvény 282. §-a már bűncselekményként rendelte büntetni a kábítószerrel visszaélés elkövetési magatartását megvalósító személyt.

A fiatalok drogfogyasztásával kapcsolatban nehéz megbízható adatokhoz jutni, mivel a statisztikákba csak azok kerültek be, akiket az orvosok vagy a rendőrség regisztrált. Pontos felmérések nem vagy alig készültek, bár az Egészségügyi Minisztérium már 1963-ban tájékoztatást kért a Megyei Tanácsok Egészségügyi osztályaitól a „csökkent értékű orvosok”, vagyis az alkoholt és kábítószerrel élvező orvosok számáról, ezek az adatok azonban, nem kerültek nyilvánosságra. A felmérés indoka volt, hogy több helyről jelentették, hogy „a kábítószerrel élvező orvosok is dolgoznak, akik nem minősíthetők a Rendtartás szerint alkalmatlanok, de mégis csökkent képességűek és sok problémát okoznak”. Felmerült az is, hogy ezek az orvosok rehabilitációs munkahelyre kerüljenek, ezért a minisztérium számszerű és konkrét adatokat kért. A szigorúan titkos minősítésű dokumentum meghagyta, hogy „A kérdést ne vigye ki a területre, esetleges félreértések elkerülése érdekében.” Zala megyében például egy körzeti orvosról megállapították, hogy „időnként kábítószerrel szed”, és „fegyelmetlenségével sok gondot okoz. Munkáját nem látja el megbízhatóan”. Ugyanebben a megyében az egyik iskolaorvos „sokáig volt zavart állapotban és munkaképtelen”, azonban „nem volt bizonyítható, hogy kábítószerrel élvező, bár a jelek erre utalnak”. A fővárosi adatok már sokkal nyugtalanítóbbak, hiszen a jelentés szerint „a Fővárosi Tanács végrehajtó bizottsága hatáskörébe tartozó egészségügyi hálózatban foglalkoztatott orvosok között mintegy „150 azoknak a száma, akik psychopathia, alkohol vagy kábítószer-abusus következtében, részben csökkent képességűek miatt is sok problémát okoznak”. Arra vonatkozóan, hogy milyen kábítószerrel éltek az orvosok, a korabeli dokumentumok nem szolgáltatnak információkat.

A fentiek alapján látható, hogy a drogfogyasztás nemcsak a fiatalokat érintette, hanem a magasan kvalifikált orvosok között is komoly gondokat okozott. A hatalom a kábítószer-fogyasztást azonban elsősorban a rendőrség által megoldandó kérdések körébe utalta. Ez a struccpolitika azonban oda vezetett, hogy a megelőzés, a visszaszorítás és a gyógykezelés intézményhálózatának kialakítása évtizedekre halasztást szenvedett. A rendszer ugyanis nem volt képes megakadályozni, hogy a fiatalok körében megjelenjen a kábítószer iránti igény. A szakemberek számára is problémát jelentett, és a helyzetet bonyolította, hogy a kutatásokat eredményeik nem lehetett a nyilvánosság elé tárni. Az Állami Ifjúsági Bizottság 1976-ban megtiltotta a téma kutatását, és bizalmas kezelést ajánlott. E felfogásnak megfelelően a drogfogyasztást csak akkor kezdték komolyan venni, amikor a kábítószerrel élvezők száma akkorára nőtt, hogy már nem lehetett „nem észrevenni”.

A fordulat az 1980-as években következett be, ami érintette a hivatalos politikát és a fogyasztási szokásokat is. Megjelentek az ópiumtartalmú készítmények, és az intravénás droghasználati mód vált divattá, amelyek magukkal hozták a különböző vénnyhamisítások, gyógyszerári és kórházi betörések elkövetését is. A korszak legfőbb jellegzetessége a kodeinfélék (köhögéscsillapítók), főleg a Hydrocodin intravénás alkalmazása volt. Ekkor már megjelent a kemény drog iránti igény is, ill. egyfajta „kísérletező kedv”, amelynek keretében mindent kipróbáltak, ami kábító vagy euforikus hatást okozott. Erre az időszakra tehető a kínálati bűnözés megjelenése is. Egyre többen próbálkoztak az anyagok előállításával, bizonyos növények (kender) termesztésével, és gyakoribbá válik a csempészet is. Hosszú ideig tartotta magát az a feltételezés, hogy Magyarország inkább tranzit ország, mint célállomás. Ezt elsősorban azzal magyarázták, hogy a magyar jövedelmi viszonyok nem teszik lehetővé a drogok világszertei árának megfizetését.

1985-ben megszövegezték, és elfogadták a fiatalkori bűnözéssel foglalkozó 1985-ös minisztertanácsi határozatot, ami már figyelembe vette a hazai droghelyzetet, és olyan intézményhálózat kiépítését szorgalmazta, amely átfogja a megelőzés, gyógykezelés, utókezelés és rehabilitáció rendszerét. 1985-ben létrehozták az Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság Droghatározatát, amelynek keretében szakemberképzéssel és továbbképzéssel is foglalkoztak, s hangsúlyt helyeztek a prevencióra. A droghatározat 1987-ben droghatározatot hirdetett. Forrásunkban bemutatjuk az Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság által készített javaslat-tervezetet a drogfogyasztás megelőzésére és kezelésére.

A javaslat négy pontban rögzíti a témával kapcsolatos kérdéseket. Az első pont a problémafelvetés, a téma időszerűsége. A tervezet megállapítja, hogy „a kábítószeres egyénre és társadalomra káros használata világszerte, feltérképezésükre, megelőzésükre és kezelésükre hosszú évek, sőt évtizedek tapasztalatai alapján kikristályosodott módszerek, problémakezelési hálózatok, humán szervezetek állnak rendelkezésre, s egyre több e szervezetek nemzetközi összehangolására, együttműködésére irányuló kezdeményezés.” E szépen megfogalmazott gondolatok azonban a gyakorlatban egészen más mutattak. 1987-ben, a dokumentum keletkezésekor ugyanis a politikai vezetés nem teremtette meg a kábítószerrel foglalkozó intézmények hálózatát, s ezzel elvesztegette a megelőzés lehetőségét.

A dokumentum szerint a drogfogyasztás megelőzése és kezelése az idők folyamán „professzionálizálódott”, kialakult az ún. „drogszakma, amely összefonódott más szenvedélybetegségekkel, az alkoholizmussal, a dohányzással és az elhízással. Mindez azt jelenti, hogy nagy az átfedés a szenvedélybetegségek és a módszerek között, ezért a szakmák képviselőinek szorosan együttműködnie kell dolgozniuk. A drogfogyasztás megelőzésére irányuló kutatási programot az teszi időszerűvé, hogy a drogfogyasztás világszerte jelentős társadalmi méretű problémává terebélyesedett, jelentős nemzetközi tapasztalatok, programok és módszerek halmozódtak fel, amelyekből meríteni lehet.

A dokumentum felhívja a figyelmet arra, hogy „a problémakezelés további előmozdítása súlyos következményekkel járhat”, ezért tárgyilagosan meg kell állapítani, hogy hazánkban a drogszakma kialakulása még nem történt meg, alig egy-néhány szakember dolgozik főállásban drogfogyasztókkal, és nincs elég droghatározati szakemberképzés sem.

A javaslat második része beszámol a drogfogyasztás kialakulásáról és jelenlegi helyzetéről hazánkban, majd a kutatási program előzményeiről ad információkat. Megfogalmazza a legfontosabb tanulságot: „csak azok a megoldások hozhatnak eredményeket, amelyek új típusú intézmények csíráiként messze túllépik az adott intézményes kereteket.

A forrás harmadik része a kutatási program koncepcióját vázolja, negyedik része pedig a program szerkezetéről ad felvilágosítást. E szerint a program öt lényegi szerkezeti elemről tevődik össze: a tudományos bázis létrehozásából, a preventív, a terápiás és a rehabilitációs modellkísérletről, valamint a képzésből, továbbképzésből.

A fentiekből látható, hogy 1985-től megtörténtek a drogpolitika kialakításának első lépései. Az MSZMP XIII. kongresszusára a Központi Bizottság előzetes jelentést készített, minisztertanácsi határozat született a fiatalkori bűnözés helyzetéről, majd megjelent az 1502/1985/IPK. 10-11/ÁIB. sz. határozat.

Az 1980-as évek végén négy drogambulancia nyitotta meg kapuit a kábítószerelők előtt: Budapesten kettő, Szegeden és Pécsen pedig egy-egy. Ezt követően megszervezték ambulanciáikat. 1988-ban, Bécsben Magyarország is aláírta a *Kábítószer- és Pszichotrop Anyagok Forgalmazása Elleni ENSZ Egyezményt*. Az 1980-as évek végére a Társadalmi Beilleszkedési Zavarok (TBZ) Kutatási Program keretében kutatható váltak a kábítószerrel kapcsolatos adatok.

A határok megnyitásával, a szabad utazást kihasználva megjelentek a kábítószer- és megjelent a fizetőképes kereslet is. A megnyíló határokon keresztül a '90-es évek elejétől egyre több marihuána, hasis és LSD jutott hazánkba, amiket nyugat-európai országokból - elsősorban Hollandiából - szereztek be a magyar „drogturisták”. A belső kábítószer-kereskedelemben kialakulásával egy időben a magyar hatóságoknak a növekvő tranzitcsempészetet is kezelniük kellett. A délszláv polgárháború 1990-es kitörését követően a Nyugat-Európát közel-keleti heroinnal ellátó török és koszovói albán bűnszervezetek arra kényszerültek, hogy a heroin szállításra használt „Balkán-útvonal” középső ágát északabbra helyezték, ennek eredményeként Európa egyik legjelentősebb tranzit országává váltunk.

Tovább nőtt a beszerezhető drogok választéka, kialakult a belső piac, melynek működését a növekvő és differenciálódó kereslet egyre nagyobb mértékben befolyásolta. A kábítószer-fogyasztást a kannabisz származékok (marihuána, hasis), illetve az amfetamin származékok, többek között az ún. Ecstasy használata jellemzi. A heroin fogyasztásnak a közép- és kelet-európai régióban történő robbanásszerű elterjedését számos okkal magyarázták, ezek többek között: a határok megnyitását követően felfokozódó nemzetközi kereskedelem, a helyi gazdasági krízisek, a helyi háborúk, a migráció, a prostitúció terjedése, ill. új fogyasztói csoportok megjelenése, elsősorban a tizenévesek.

A fiatalok körében egyre terjedt a klasszikus drogok élvezete, miközben a „szipuzás” jelentősen visszaszorult. A rendőrség később vette észre, hogy a határok megnyitásával, a droghálózat kiterjedésével a drogozás oly mértékben előretört, hogy 1990-ben a felnőtt népesség 5,5%-a már kipróbált valamilyen drogot. Az altatókkal, nyugtatókkal való visszaélés minden korosztályban egyenletes gyakorisággal fordult elő, míg a „klasszikus” drogok és a szipuzás kizárólag a 30 év alatti korosztályra volt jellemző.

Az egészségügy, a rendőrség, és a különböző karitatív szervezetek is „hozzálattak a probléma kezeléséhez”, hiszen a hosszú hallgatás évei alatt a politikai vezetés nem teremtette meg a kábítószerrel foglalkozó intézmények hálózatát, s ezzel elvesztette a megelőzés lehetőségét. Beindult a propagandagépezet, szórólapok, telefonos tanácsadók jelentek meg. Ezek hatékonyságát azonban nem feladatunk eldönteni. Evente több konferenciát, előadásorozatot tartottak. 1989-ben országos konferenciát rendeztek a narkomániáról. A két napos országos tanácskozás elsősorban az okok feltárására törekedett, s arra, hogy ez az egész társadalmat érintő téma nagyobb nyilvánosságot kapjon. Figyelmeztetett, hogy a magyar társadalomnak is fel kell készülnie a narkománia elleni kemény küzdelemre. 1989-ben, hazánkban a narkósok számát 35-40 ezerre becsülték, s ezeknek körülbelül az 50 százaléka már ún. kemény drogot fogyasztott. Országos figyelemfelkeltő konferenciának is szánták a rendezvényt, ezért az egészségügyi oktatóintézetek nevelőit is meghívták a konferenciára. Voltak azok, akik a legtöbbet tehettek/tehetnek a korai felismerés, a megelőzés és a nevelés érdekében.

A konferencia legfőbb megállapítása volt, hogy a narkománia a többi szocialista országhoz hasonlóan, hazánkban is rohamosan terjed. Az előadók (mintegy másfél száz orvos, pedagógus, jogász, pszichológus, kriminálisztikai szakember, a témakör kutatói és a magyarországi egyházak képviselői) kifejtették, hogy a narkomán kötöttségek kialakulásában meghatározó szerepe és felelőssége van a családnak. Kimutatható ugyanis, hogy a családi élet diszharmonijája, a csonka családok, valamint az igen kedvezőtlen szociális helyzetben lévő családok a legfőbb táptalajai a narkomán kötöttségek kialakulásának. Az olyan családokban, ahol a gyermek élete az állandó szorongás, zaklatás, nincs valódi otthon és nyugalom, szinte azonnal megjelenik a drog.

A konferencián a téma legismertebb szakértői ismertették a legfrissebb hazai tapasztalatokat. Megállapították, hogy hazánkban is kialakultak a droggereskedelemben piaci. Budapesten például a város meghatározó pontjain már nemcsak kemény valutáért, hanem forintért is hozzá lehet jutni marihuánához, hasishoz, LSD-hez. *Popper Péter pszichológus* elmondta, hogy még nemzetközi tapasztalatok alapján sem tudnak olyan programot kidolgozni, amely Magyarországon megakadályozhatná a narkománia további terjedését. Gyógyulni a legdrágább klinikákon sem lehet, csak akkor, ha a beteg önmaga is óriási akarattal küzd a függőség megszüntetéséért. Hazánkban eddig a legjobb eredményeket az egyházak tudják felmutatni a gyógyító munka területén.

1989. márciusában előadásorozatot tartottak „Bűn? Betegség? Állapot?” címmel a narkománia és az AIDS társadalmi vonatkozásait felölelő országos kutatásokról és tapasztalatokról. A rendezvényt a *Kulturális Innovációs és Továbbképző Vállalat (Kulturinnov)* rendezte meg. A rendezvényorozatotban 26 előadás hangzott el a kábítószer fogyasztásról. Kitértek egyebek között arra, hogy milyen okok miatt - szociális vagy elsősorban pszichikai trauma hatására - keresnek többen menedéket a kábítószerrel élvezetében. Foglalkoztak a narkománia személyiségével, kríziseivel, s a segítségnyújtási lehetőségekkel. Áttekintették a kábítószerrel élvező bűnelkövetők helyzetét, és felhívták a figyelmet arra: sokszor célravezetőbb a betegek kényszergyógyítása, mint büntetése. A rendezvényorozatot *Bayer István, az Országos Egészségvédelmi Tanács Kábítószer-bizottságának* elnöke, az Orvostovábbképző Egyetem tanára nyitotta meg. Vázolta, miként vált a rendszerváltozás előtti húsz évben világproblémává a kábítószer-fogyasztás. Kiemelte: bár sokan a drogfogyasztást a fiatal korosztállyal hozzák összefüggésbe, nagy problémát jelent a felnőttkori túlzott mennyiségű altató- és nyugtatószedése is. Becslések szerint mintegy százezer tehető azoknak a száma, akik feszültségük oldására gyógyszerekhez nyúlnak. Nem is gondolnak arra, hogy a hosszabb ideig tartó nyugtatószedéssel akaratukon kívül, „rejtetten” e szerek rabjaivá válhatnak. A kábítószer-elleni küzdelem kapcsán kiemelték a prevenció fontosságát, és azt, hogy e téren valamennyi érintett tárca és szervezet együttműködésére, egységes fellépésre van szükség.

1989 szeptemberében a Józan Élet Egészség- és Családvédő Országos Szövetség Választmányja, és a Magyar Egészség Párt Ideiglenes Vezetősége nyomatékosan felhívta az illetékesek figyelmét arra, hogy „vérszenes terjed a főváros virágüzleteiben a mákgubó árusítása. Becslések szerint a mákgubó négyötödét olyan fiatalok vásárolják házával, akik mákteát főznek belőle, s így kezdik, olykor halálós kimenetelű, kábítószeres „utazásaikat”.

1989. december 15-én a *Nemzetközi Alkohol- és Kábítószerellenes Tanács (ICAA)* magyar kezdeményezésre „Drogmentes élet” elnevezéssel nemzetközi Alapítványt külön figyelmet fordít a gyermekek, az ifjúság, valamint a sportolók körében a megelőzésre. Az alapítvány sikere érdekében Székely Éva olimpiai bajnoknő és Jónyer István világ- és Európa-bajnok asztaliteniszező felhívással fordult a magyar, ill. a külföldi világbajnokokhoz, Farkas Bertalan a világ úrhajósaihoz, Sulyovszky Zsuzsanna színésznő és Csavlek Etelka operanékesnő pedig a színművészekhez, hogy csatlakozzanak az alapítvány célkitűzéseire. Sulyovszky Szilvia 1989-1999 között a Drogmentes Élet Nemzetközi Alapítvány kuratóriumának elnöke volt, 1998 óta pedig a Magyarországi Alapítványt vezeti. Maczkássy Zsuzsanna festőművész – akinek egyik alkotása az alapítvány szimbóluma – műveiből ajánlott fel az alapítvány számára. Hozott létre. Az Alapítvány operatív teendői ellátására az ICAA Igazgató Tanács Budapesti központi irodát nyitott és intéző bizottságot állított fel. Jeles közéleti személyiségek felhívással fordultak a világ közvéleményéhez, művészeihez. Az indítvány értelmében a magyar Országgyűlés felhívással fordult a világ parlamentihez: csatlakozzanak e nemes célok segítségéhez.

A Nemzetközi Alkohol- és Kábítószerellenes Tanács igazgatója és az ENSZ kábítószer bizottsága mellett működő nem kormányzati fórumok elnöke 1989 decemberében látogatást tett Budapesten, ahol megbeszéléseket folytatott *Fodor István*nal, az Országgyűlés megbízott elnökével és *Pesta László*val, a szociális- és egészségügyi bizottság elnökével, valamint találkozott *Nagy Sándor*nal, a Szakszervezetek Országos Tanácsának főtisztjával és *Csehák Judittal*, az Országos Egészségvédelmi Tanács elnökével. Megbeszéléseket folytatott az alkoholizmus-, a kábítószer-fogyasztás-, az AIDS-, a dohányzás- és a dopingellenes küzdelemben lehetséges együttműködésről. Megállapították, hogy az e téren szerzett nemzetközi tapasztalatok széles körű hasznosítására jó keretet biztosít a nemzetközi alapítvány Budapesti központi irodája.

1990 márciusában, Rómában tíz nyugat-, közép- és kelet-európai ország, köztük Magyarország vezető belügyminisztériumi illetékesei tanácskoztak, s fogadtak el megállapodást. Szigorúbb ellenőrzéseket a határon, a kölcsönös tájékoztatás erősítése - egyebek között ezen intézkedésekkel szerették volna az ún. balkáni heroin új mentén elhelyezkedő európai országok elejét venni a kábítószer-kereskedelemben további terjedésének. *Gál Zoltán* megbízott belügyminiszter a tanácskozáson azt nyilatkozta, hogy „egyelőre a helyzet rosszabbodására számít a kábítószer elleni harc frontján. Úgy vélte, hogy a kemény drogot jelenleg még fejletlen piaca csak ezután fog kibontakozni.

1990. márciusában az *Interpol* Budapestben tartotta 19. Regionális konferenciáját. A konferencián 27 európai tagország vett részt, s megfigyelőként jelen volt a nemzetközi bűnüldöző szervezetbe belépni szándékozó Szovjetunió, valamint a nem európai államok közül az Egyesült Államok és Izrael képviselője. A Kelet-Európában először rendezett tanácskozást Gál Zoltán nyitotta meg. Utalt arra, hogy Magyarország 1923-ban alapító tagja volt a nemzetközi szervezetnek, de tagsága 1946-ban megszűnt. Hazánkát 1981-ben vették fel ismét a tagok közé, s ez akkor feltűnést keltő lépés volt, mert a környező szocialista országok közül Magyarország elsőként lépett be az Interpolba. Szólt arról is, hogy az utóbbi években Magyarországon jelentős emelkedett az olyan bűncselekmények száma, amelyekben külföldiek is részt vesznek. Külön kiemelte, hogy a kábítószer-kereskedelemben tranzit országává váltunk. Ugyanakkor *Türös András* belügyminiszter-helyettes, országos rendőrfőkapitány a sajtó képviselőinek elmondta, hogy véleménye szerint Magyarország egy éven belül már nemcsak tranzit ország lesz a kábítószer-kereskedelemben, hanem egyúttal drogpia is.

1990 áprilisában háromnapos konferenciát rendeztek Vácott, melynek témája az alkoholizmus és a narkománia megelőzésének és gyógyításának lehetőségei volt. A konferenciát a Drogprogram Iroda szervezte. Az előadásokból kitűnt, szerinte a világon, így nálunk is az alkoholizmus mellett mind nagyobb veszélyt jelent a kábítószerrel fogyasztásának emelkedése. Hazánkban becslések szerint ekkor több mint 40 ezren voltak rabjai a kábítószernek. 1990 áprilisáig az ország öt különböző pontján szerveztek drog-ambulanciát, ahol orvosok, pszichológusok adtak tanácsot a hozzájuk fordulókhoz. Budapesten pedig drog-telefonszolgálat is működött. Legfontosabb feladat a kábítószer elleni harc területén a megelőzés. Ennek jegyében a Drogprogram Iroda koordinálásával 40 iskolában e célra kiképzett

pedagógusok felvilágosító jelleggel arra oktatták a gyermekeket, miképpen oldják meg belső válságaikat anélkül, hogy a legegyszerűbbnek tűnő „menekülési módot”, a kábítószeres fogyasztását válasszák.

A rendszerváltozás - már a választások után, de még a Németh Miklós vezette kormány ügyvezetése - idején a Szociális- és Egészségügyi Minisztérium, valamint a Belügyminisztérium is foglalkozott a droghelyzettel. Ezzel kapcsolatban mutatunk be egy dokumentumot, mely beszédesen tükrözi a droghelyzettel kapcsolatos információk és állítások közötti ellentmondást. 1990. május 15-én Túrós András országos rendőrfőkapitány levélben fordult Kóközy Mihály miniszterhelyetteshez, melyben tájékoztatást kért a magyarországi kábítószerhelyzetről, különösen arról, hogy az „elmúlt hetekben” *dr. Gerevich József*, a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet drogprogramjának vezetője a tömegkommunikációban több alkalommal tett olyan nyilatkozatot, amelynek értelmében a droghelyzet Magyarországon egyre „drámaibbnak értékelhető”. Közlései, hogy az iskolák környékén ismeretlen személyek kábítószer tartalmú rágógumit, édességet osztogatnak, a rendőri szervek szerint „megalapozatlannak” bizonyultak.

A vezérőrnagy tájékoztatta a miniszterhelyettest, hogy a rendőrség a függőségi viszonyba került és az alkalmoszerű fogyasztók ismertté válása esetén kezdeményezheti, ill. javasolhatja gyógyításukat. A kábítószerpótló anyagok fogyasztásával kapcsolatban pedig - tekintettel arra, hogy ez a magatartás nem bűncselekmény - jelzési kötelezettségük van. Kérte a miniszterhelyettest, hogy arról is tájékoztassa, hogy „fenti esetekben” mely egészségügyi szerv felé jelezzenek, továbbá, milyen intézkedéseket várnak a rendőrségtől. A kérésre az egészségügyi miniszterhelyettes „Azonnal továbbítandó” jelzéssel 1990. május 18-án válaszolt. A levélben megköszönte a magyarországi kábítószerhelyzettel kapcsolatos rendőri szervek munkájának tapasztalatai alapján adott tájékoztatást, majd megerősítette a belügyminiszter-helyettes azon állítását, miszerint a magyarországi kábítószerhelyzet drámai romlását az orvosi, gyógykezelési, valamint az egészségügyi egyéb területekről kapott információk nem támasztják alá. Az éves statisztikai jelentések, valamint a gyermek ideggondozó intézetek lényeges növekedést nem jeleztek, annak ellenére, hogy nőtt ezen a területen dolgozó szakemberek és a speciális ellátást biztosító drogambulanciák száma. Sőt, a budapesti kórházak speciális osztályai sem észlelték a toxikus esetek, különösen a kábítószer használatra utaló tünetekkel kezelt betegek számának a növekedését. A Minisztérium ismeretei szerint a Művelődési Minisztériumnak sem jelentették a pedagógusok hivatalosan, hogy iskolák környékén kábítószer tartalmú édesség árusítására felgyógyultak volna. Ezen információk alapján a miniszter nem tudta megerősíteni „Gerevich dr. sajtóban elhangzott nyilatkozatait”. A szociális- és egészségügyi miniszterhelyettes azonban megjegyezte, hogy „a valós helyzetet, a probléma méretét valójában a valós visszaélésekről szerzett tudomást, azt a drogambulanciáknak vagy ennek hiányában a területileg illetékes ifjúsági vagy felnőtt ideggondozóknak kell jelezniük.

A rendszerváltozás után a Szociális- és Egészségügyi Minisztérium 1990-ben az *Országos Egészségnevelési Intézet* (OENI) jogutódjaként létrehozta a *Nemzeti Egészségvédelmi Intézetet* (NEVI), amely egyszerre látta el a módszertani bázis, a kutatóintézet és a programszervező szolgáltató központ feladatát. Legfőbb feladata a betegség megelőzése volt, s az, hogy ennek fontosságát mindenki érezze át, valamint a betegség-megelőzés programja ne csak szívalapokon nyilvánuljon meg.

1990-ben narkománias fiatalokat gondozó terápiás otthon kezdte meg működését a Baranya megyei Keszű községben. Létrehozásához fontos állomáshoz érkezett a kábítószer fogyasztó fiatalok egészségügyi hálózatának kiépítése, amelynek modelljét a Szociális- és Egészségügyi Minisztérium megbízásából Baranyában kezdték megvalósítani. A megyei gyermekorvóház már 1982-től kezelt pszichiátriai osztályán narkománias gyermekeket és ifjakat, s 1987 óta működött a megyei feladatokat is ellátó drogambulancia.

A keszűi terápiás otthon lakói önkéntesen vállalták a gyógykezelést. Gyógyulásukat a munkaterápia segítette: az otthon kertjében növényeket termeltek, később állatokat gondoztak, a pincében pedig gombát termesztettek. Az első ilyen jellegű hazai drogterápiás állami intézmény számára a katolikus egyház adta bérbe a helyi plébánia felújításra szoruló épületét, a hozzá tartozó telekkel, a Baranya Megyei Tanács pedig az épület felújításával egyenlítette ki a bérleti díjat. Az átalakítást és felújítást a megye intézményei, vállalatai és egyházi ingyenes és jutányos áron számított munkával, tervezéssel, kivitelezéssel segítették. A drogterápiás intézmény működéséhez a megyei tanács több mint félmillió forintos külön költségvetési támogatást nyújtott. A otthon tizenöt fiatal fogadására volt alkalmas.

Az 1990-es években a sajtó már arról számolt be, hogy Magyarország a kemény drogok új piaca, tranzit ország lett. Megállapították, hogy a drogélvezet terjedésével a továbbiakban is számolni kell. Legjelentősebb okként említették, hogy az ezzel foglalkozók nem rendelkeznek kellő hazai tapasztalattal, s az intézmények sem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket. Hátráltatja a munkát az a helyzet szemlélet is, amely nem a megelőzésre helyezi a hangsúlyt. Fontosnak tartották más országok tapasztalatainak megismerését. Sajtónyilatkozatok számoltak be arról, hogy az ország felkészületlen volt a rendszerváltozás idején a drogbetegek számának robbanásszerű növekedésekor, nem volt átfogó egységes nemzeti stratégiája, nem volt olyan koordinatív szerve, amely összehangolta volna az egyes tárcák és intézmények feladatait, és nem volt olyan speciális kórház sem, amely a drogbetegek kezelését végezte volna.

Az 1987-ben elindult drogprogram a hiányosságok mellett a drogproblémák feltérképezésére széles körű kutatást indított, kialakította a szakemberképzés rendszerét, létrehozott két drogambulanciát, elindított egy megelőzési programot valamennyi iskolatípusban. E program egy 1990. januári miniszteri döntés nyomán, saját költségvetéssel a Nemzeti Egészségvédelmi Intézetbe integrálódott annak ellenére, hogy nem volt semmilyen átfogó kormányzati elképzelés a drogügy rendezésére. A NEVI-vel való integráció a drogprogram létét veszélyeztette, ugyanis az egyesítést követően a NEVI Igazgató Tanácsa a drogprogram költségvetésének jelentékeny részét - ellentétben a januári megállapodással - más célra használta fel anélkül, hogy erről a drogprogram vezetőjét, illetőleg munkatársait értesítette volna. 1990 augusztusában derült ki, hogy a drogprogram költségkerete kimerült. Miközben a drogprogram saját pénzügyi keretének egyhatodát sem kielégítette, a továbbiakban az intézet vezetősége sem személyi, sem dologi kiadásokat nem engedélyezett. Ezzel gyakorlatilag a már jól menő program folytatása vált lehetetlenné, ami alapvetően veszélyeztette az eddig végzett gyógyító-megelőző tevékenységet. Ebben a helyzetben *Tudományos Dolgozók Demokratikus Szakszervezetének* (TDDSZ) Országos Választmánya a nyilvánosság segítségét kérte a veszélyeztetettekért, de az egész társadalom érdekében.

1990 novemberében mintegy négyezer főre tehető Magyarországon a kábítószerrel fizikailag és szellemileg függő, „kemény” drogok száma, tízezer körüli azoké, akik különböző, könnyebben hozzáférhető szerekkel, például rendeltetésétől eltérően használt gyógyszerrel kábítják magukat, és ehhez adódik a „ragasztózók” pontosan meg nem határozható számú, kiterjedtebb csoportja - egyebek között ezt tartalmazza a jelentés, amelyet a magyar küldöttség terjesztett az Európa Tanács kábítószerkérdésekkel foglalkozó csoportjának strassbourgi miniszteri ülése elé. 100 ezer főnyi azok tábora, akik nyugatószeres függőségében élnek.

Magyarország - Lengyelországgal és Jugoszláviával együtt - 1990-ben csatlakozott a Pompidou-csoporthoz. Csehszlovákiát is felvették a testületbe. A csoport feladata, hogy rendszeresen „feltárt” készítsen a kábítószer fogyasztás és az ellene való küzdelem helyzetéről. Magyarországon évente 5-6 halálesetet okoz a ragasztózás, és ebből a csoportból mintegy százán kerülnek évente mérgezési tünetekkel kórházba.

Egy vagy talán két évtizedes késéssel 1990-ben a rendőrségen létrehozták a kábítószer-ellenes alosztályt.

Több évtizedes hallgatás után a '80-as évek közepétől megkezdődött a drogfogyasztás elleni küzdelem állami szinten is. A határok 1988-as megnyitásával, majd a rendszerváltozással azonban oly mértékben öntötte el az országot a különböző jellegű drogfogyasztások tömege, amire a kormányzat nem volt felkészülve, az egészségügyi szervek nem tudtak igazán hatékony választ adni, s ez természetesen nem választható el a világban eluralkodó hasonló tendenciáktól. A probléma eszkalálódott, a helyzet sokszorososan súlyosabbá vált: a hetvenes-nyolcvanas években a drogok még vigyáztak egymásra, ha valaki túllőtte magát, a másik törődött vele, szükség esetén orvost hívtak. A rendszerváltozás idején ez a helyzet megváltozott, a kábítószer-kereskedelemből iparággá vált. A dilert nem érdekli, hogy először vagy századszor használnak-e drogot, nem magyarázza el, hogyan kell csinálni, nem figyel oda, hogy mi történik. Őt csak egy dolog érdekli, a pénz.

## Források

## Javaslat a drogproblémák megelőzését és kezelését célzó programra

Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság  
Titkársága

JAVASLAT  
A drogproblémák megelőzését és kezelését célzó programra  
(tervezet)

Budapest, 1987. február

**I. Problémafelvetés; a téma időzerűsége** A kábítószeres egyénre és társadalomra káros használata világjelenség.

A kábítószer-fogyasztással kapcsolatos problémák világszerte a nemzetközi problémák egy jelentős részét képezik. Feltérképezésükre, megelőzésükre és kezelésükre hosszú évek, sőt évtizedek tapasztalatai alapján kikristályosodott módszerek, problémakezelési hálózatok, humán szervezetek állnak rendelkezésre, és egyre több e szervezetek nemzetközi összehangolására, együttműködésére irányuló kezdeményezés.

A drogproblémák megelőzése és kezelése az idők folyamán (a hatvanas évektől a nyolcvanas évekig) fokozatosan professzionalizálódott, kialakult az ún. „drogszakma”, amely több tudomány rész-ismereteiből és módszereiből integrálódott önálló humán segítő szakterületté.

A specializálódásnak ez a folyamata több fontos tanulságot kínál. Egyfelől határozottan jelzi annak fontosságát, hogy az egyes humán problémákra vonatkozó adatokat, tapasztalatokat *koncentrálni kell*, másfelől pontosan tisztázódott, hogy egy adott probléma megoldására irányuló erőfeszítések csak akkor fejlődhetnek gyors ütemben, ha a probléma megoldására anyagi és *szellemi erőforrások* intenzív, tudatos és szervezett mobilizációja indul meg, *központi állami eszközökkel*.

A drogszakma fejlődésének fontos tapasztalta, hogy egyértelművé vált a drogproblémák törvényszerű összefonódása más humán életproblémával, különösképpen más ún. szenvedélybetegségekkel, az alkoholizmussal, a dohányzással és az elhízással. Ez azt jelenti, hogy nagy az átfedés a szenvedély betegségek és a módszerek között, ezért a szakmák képviselőinek szorosan együttműködni kell dolgozniuk.

A drogszakma „szakmásozásával” párhuzamosan - paradox módon - *laikus mozgalmak*, kezdeményezések látványosabb eredményeket értek el, és ennek hatására elindult egy kölcsönösen megtermékenyítő interakció-sorozat a szakemberek és laikusok között. Ennek hatására a szakmai programokban mind több laikus „módszer” kapott helyet és a laikusok között egyre nőtt azoknak a száma, akik szakemberekké képezték magukat, vagy legalábbis szakmai konzultációkat vettek rendszeresen igénybe.

A *nemzetközi összehasonlító vizsgálatokból* kiderült, hogy a drogproblémák köntöse, súlyossági foka, más problémákhoz viszonyított aránya és társadalmi megítélése sokféle lehet az adott kultúrkörökben, ugyanakkor e sokféleségben is megragadhatók közös vonások és törvényszerűségek. Ez az utóbbi tapasztalat indította el azt a termékenynek bizonyult gyakorlatot, hogy a tapasztalatok, jól bevált módszerek, programok a különböző kultúrák között *átvihetők*. Ez azonban nem problémamentes, hiszen a *regionális jellegzetességek* sokszor komoly nehezítő tényezőként jelentkeznek egy eltérő kultúrájú társadalom mentálhigiénés modelljeinek alkalmazásakor.

E nehézségnek az áthidalására a *modellkísérlet* módszertana bizonyult a leghatékonyabbnak. Ez azt jelenti, hogy egy „kész” külföldi módszert - megfelelő előkészítés után - először egy jól áttekinthető, a feltételek tekintetében jól kontrollált, ugyanakkor reprezentatív rendszerben (egy város kerületében, lakónegyedben, falusi, stb.) célszerű kipróbálni, mielőtt országos méretű bevezetésére sor kerülne.

A drogproblémák megelőzésére irányuló kutatási programot tehát az teszi időszerűvé, hogy:

1. A drogproblémák világszerte jelentős társadalmi méretű problémává terebélyesedtek;
2. Jelentős nemzetközi tapasztalatok, programok és módszerek halmozódtak fel, melyekből meríteni lehet;
3. az egyes kultúrák, társadalmak a fejlődésük során olyan átmeneti fázisba kerülhetnek, amelyben a kábítószer problémák szinte törvényszerűen jelennek meg. *Társadalmunk most került ebbe a stádiumba.*

A problémakezelés további elodázása súlyos következményekkel járhat. Ehhez képest tárgyilagosan kell megállapítanunk, hogy hazánkban a drogszakma kialakulása még nem történt meg, alig egy-néhány szakember dolgozik főállásban drogfogyasztókkal, és mindez ideig nincs hazánkban drog-szakemberképzés.

## II. A drog-problémák kialakulása és jelenlegi helyzete hazánkban; a kutatási program előzményei

A hazai viszonyokról nehéz tiszta képet alkotni, mivel szisztematikus adatgyűjtés eddig nem történt. A problémák észleléseinek gyakorisága többnyire nem fedi a valóságot, mivel az esetek többsége nem kerül semmilyen intézményes keretek közé.

Elsőként a rendőri szervek figyeltek fel 1963-ban néhány kisebb létszámú csoportra, akik sörrel szedtek gyógyszereket. 1968-ban néhány iskolában már előfordult ragasztó-szíppantás. A minőségi változás 1972-ben következett be, amikor ismeretessé vált egy hetven tagú csoportosulás. Ezek a fiatalok Parkant szedtek alkohollal, de néhány budapesti VII. kerületi iskolában 25 ragasztóanyagokkal visszaélő fiatal esetét regisztrálták. 1974-ben egy kérdőíves vizsgálatban a csaknem ezerkétszáz tanuló 5 százaléka ismert el a drogok használatát. Hivatalos adatok szerint 1970-től 1973-ig csak Budapesten fordult elő pszichotróp anyagokkal való visszaélés. 1976-ig vidéken 463, Budapesten majdnem 1000, 1979-ben további 200 esetet észleltek. Az egészségügy a hetvenes évek közepétől kapcsolódott a drogproblémák kezelésébe, többnyire pszichiáterek, gyermek ideggondozóban dolgozó orvosok révén ( Kisszékelyi Ödön , Farkasinszky Teréz, Gerevich József). E szórványos jelzések a hetvenes évek végén, nyolcvanas évek elején látványosan megszorodtak, részkutatások és modellkísérletek indultak be részben az egészségügyben, részben a közművelődés keretei között. Az egészségügyi és közművelődési próbálkozásokat megelőzve a református egyház narkomán fiatalokat segítő evangelizációs szolgálata emelkedik ki (Németh Géza). A nyolcvanas évek első felében a budapesti Pszichiátriai Klinika nappali szanatóriumában létesült önszegítő csoport a narkomán fiatalok számára (Gerevich, Zseni A., 1981), majd a Róbert Károly körüli Kórház alkoholológiai Osztályán zajlott le három kísérlet narkomán fiatalok önkéntes kezelésére (Takách, 1984, 1985, 1986).

Ezeknek a próbálkozásoknak az a legfontosabb tanulsága, hogy *csak azok a megoldások hozhatnak eredményeket, amelyek új típusú intézmények csíráiként messze túllépik az adott intézményes kereteket.*

Mind a nemzetközi szervezetpszichológiai kutatások, mind a hazai tapasztalatok arra hívják fel ugyanis a figyelmet, hogy az egészségügy intézménye egyes szervezetei jelentős szűrőfunkciót gyakorolnak, gátat képeznek a külvilág felé. E szűrőmechanizmus a társadalom bizonyos rétegeit, csoportjait kirekeszti a korszerű egészségügyi ellátásból. E csoportok közé tartoznak a narkomán fiatalok is. A nappali szanatóriumi kísérlet éppen ennek a megszüntetésével tudott sok narkománt bevonnai a kezelésbe. Másrészt - főleg a Róbert Károly körüli Kórház tapasztalatai utalnak erre - a narkomán fiatalok problémáit, életformáját és a mai kórházak struktúrája, szervezeti felépítése, szomatikus szemlélete nehezen egyeztethető össze. A narkománok mintegy „idegen testként” ékelődnek az egészségügy szervezeti kereteibe, s ez kontrollálhatatlan feszültségek, a terápiás célokkal ellentétes irányú folyamatok elindítója lehet.

A narkomániával kapcsolatos modellkísérletek egyik fontos aspektusa a szervezetfejlesztés, illetve az új típusú intézmények kialakításának feltételrendszere kell legyen.

Az ún. drog-szcéna a hetvenes évek közepétől napjainkig jelentős változásokon ment keresztül. Az első közlések elsősorban a szerves oldászeker szórványos fogyasztásáról számolnak be. A hetvenes évek második felében megjelennek a receptel kiváltható gyógyszerek (Codein, Parkan, Gracidin, Centedrin, stb.), valamint a maerhuana. Miközben e szerek megtartják előkelő helyüket a drogpiacon, a nyolcvanas években az intravénásan adagolható ún. „kemény” drogok tűnnek fel, s jelentőségük egyre nő, különösen a tranzit-kábítószerforgalom megnövekedésével, illetve az egészségügyi szervezetek gyógyszerkontrolljának lazulásával. A magyarországi helyzet abban különbözik elsősorban a nyugat-európaírói, hogy míg nyugaton a kábítószerfogyasztás hullámokban jelentkezik, addig hazánkban a drogabuzus fokozatosan egyre emelkedő tendenciájú, egyelőre hullámvölgyek nélkül.

A drogproblémákkal kapcsolatos eddigi hazai kutatások a drogfogyasztást szinte kizárólag az ifjúság („csöves”) szubkultúra részjelenségeként interpretálják. Ennek az interpretációnak legmarkánsabb képviselője az a kutatócsoport, amelyik a Deák téri aluljárói „csöves” szubkultúra drogfogyasztási szokásait tárja fel mélyinterjú módszer segítségével (Rácz és munkatársai). Legújabbban Elekes mérte fel a középiskolások drogfogyasztási szokásait.

Kutatások folynak a Társadalmi Beilleszkedési Zavarok komplex kutatáson belül, valamint az MSZMP KB Társadalomtudományi Intézetének támogatásával. E kutatások egy része az ifjúsági szubkultúrák általános fenomenológiájával, más részük a drogfogyasztási szokások feltárásával kapcsolatosak.

Véleményünk szerint jelen kutatási program adatokat szolgáltat a fenti kutatások továbbfejlesztéséhez, ugyanakkor az eddig feltárt adatok szerves részét képezik annak az információs bázisnak, amelyre a program támaszkodik.

A deviancia-kutatás drog-vizsgálata markáns összefüggést talált a hátrányos helyzet, szegénység és a drogfogyasztás között. Ez azt jelenti, hogy programunk kapcsolódik a szociálpolitikai kutatásokhoz is, kölcsönös információcsere és együttműködés keretében.

## III. A kutatási program koncepciója

A kutatási program kialakításához két elméleti modellt választottunk. Az első a *Caplan-féle* prevenciók modell, amelynek lényege, hogy a mentálhigiénés problémák kezelésének három lépcsőfoka van.

- Az *elsődleges megelőzés* az egész populációt érinti; célja a lelki betegségek kialakulásának a megakadályozása. Az elsődleges megelőzés eredményeként az adott populációban csökken az új esetek száma.
- A *másodlagos megelőzés* a friss betegségek minél korábbi felismerését és kezelését célozza. Eredményeként csökkent a betegség gyakorisága.
- A *harmadlagos prevenció* a krónikus betegek visszaesésének esélyeit csökkenti.

E modell szerint minél hatékonyabb az első lépcső működése, annál kevesebb teher jut a másodlagos és harmadlagos prevenció intézményeire. A kiadás-nyereség-arány a szakirodalom adatai szerint az elsődleges megelőzés esetén éri el az optimumot.

Kísérletünk második elméleti modellje az *ökológiai modell*. E szerint az elmélet szerint a lakosság relatív autonómiával rendelkező öko-rendszerekben él, amelyek eegységes bio-pszichoszociológiai környezetet jelentenek. Instabil öko-rendszerek esetében a zavar kiiktatásának fő támadáspontja nem az egyén, hanem a rendszer.

#### IV. A program szerkezete

A program öt lényegi szerkezeti elemből tevődik össze:

- a tudományos bázis létrehozásából;
- a preventív modellkísérletből;
- a terápiás modellkísérletből;
- a rehabilitációs modellkísérletből;

képzésből, továbbképzésből.

##### 1. A tudományos bázis

A tudományos bázis alapja az információs bank. Az információs bank hét információs tömbből tevődik össze.

- a. *probléma-kataszter* a drogfogyasztással szövődő problémák gyűjteménye;
- b. *a lakossági erőforrások* tára az adott lakóhelyi közösségekben található, a drogproblémák megelőzésében és kezelésében száma jöhető mentálhigiénés erőforrásokat tartalmazza;
- c. *külföldi programcsomagok gyűjteménye*;
- d. az eddigi hazai mentálhigiénés segítő kísérletek során nyert tapasztalatok;
- e. a hazánkban előforduló *legális és illegális drogokra* vonatkozó összes információ;
- f. az eddigi nem közvetlenül mentálhigiénés ideológiájú hazai primer prevenciók kísérletek (pl. dohányzás-leszoktatás, testsúlycsökkentés, fogszuvasodás elleni küzdelem, optimális családtervezési modell) információi;
- g. a drogproblémák hazai rizikótényezői (egyéni, csoport és társadalmi szinten).

Kutatási egység:

- a drogproblémák rizikótényezőinek komplex vizsgálata
- a drogfogyasztási szokások feltérképezése
- a narkománok személyiség jellemzőinek a vizsgálata
- a drogproblémák és a segítő intézmények viszonyának vizsgálata
- a narkománia szociálpszichiátriai vonatkozásainak vizsgálata
- a közvélemény-kutatás a kábítószerrel reprezentatív mintán
- hatékonyságvizsgálatok.

##### 2. A prevenció modellkísérlet: A megelőzési modellkísérlet három fázisból áll:

- a. *Előkészítő fázis*: információs bázis létrehozása és a drogproblémákban jártas munkacsoport kialakítása. A munkacsoport kialakításában a szakmaközi együttműködés elve dominál (orvos, szociális gondozó, gyógypedagógus, jogász, pszichológus). Ebben a fázisban kezdődik el a csoport ki- és továbbképzése drogspecifikus ismeretek elsajátításával, speciális személyiségkészségek kifejlesztésével, valamint külföldi tapasztalatok szerzésével. Az előkészítő szakasz záró mozzanata az információk feldolgozása és a konkrét program kidolgozása.

##### b. Programfázis

A programfázisban jön létre az az ifjúsági preventív központ, amelyik a kísérlet bázishelye lesz. Két jelentős funkciója van: drogmegelőzési programok lebonyolítása és humán szervezetek (iskola, kultúrház, ifjúsági klub, segítő egyesületek, helyi önszegélyező csoportok stb.) közötti koordináció. A program másik két legfontosabb terepe az iskola és a lakóhely.

*A megelőző aktivitások fajtái:*

- ifjúsági csoportok; iskolai alkohol- és drognevelési kurzusok; készségfejlesztő tréningcsoportok; alternatív (önsegítő) szubkulturális csoportok. Ezek a csoportok közvetlenül a drogfogyasztó fiatalokkal foglalkoznak. A probléma jellege szerint a hangsúly egyes esetekben készségek fejlesztésén, más esetekben a droggal kapcsolatos információk ismertetésén van. Értékes közösségi személyiségadottságokkal rendelkező fiatalok esetében az önszegítő elemek felelősödnek a problémakezelésben.
- Szülőcsoportok alkohol- és drogleszoktatási programok; dohányzásleszoktató kurzusok; pszichológiai (önismereti) csoportok. A felnőtt csoportokat amiatt a fontos megfigyelés miatt alkalmazzák, mely szerint a fiatalok szocializációjáért felelős felnőttek szemléletének, viselkedésének megváltoztatása gyakran a fiatalok problémáinak megoldását vonja maga után. Elsősorban szülőcsoportokról van szó, azoknak a szülőknek a bevonásáról, akik hajlandók intenzív kollaborációra gyermekük érdekében.
- önszegítő (self-help) csoportok: elsődleges (kezdetből fogva önszegítő) és másodlagos, kezdetben, majd önszegítő csoportok.
- konzultációs (problémamegbeszélő) csoportok humán szakemberek (pedagógusok, gyógypedagógusok, pszichológusok, szociális szervezők, szociális adminisztrátorok stb.) részére: esetmegbeszélő, problémamegbeszélő, problémamegbeszélő és programszervező csoportok. Ezeknek a csoportoknak is modellértéke lehet, hiszen eltérő humán segítő szakmák képviselőinek párbeszédét, közös nyelv kialakítását, tehát az interdiszciplinaritás feltételeit is vizsgálat tárgyává teszi.
- komplex humán tanácsadás hétköznapi, jogi, pszichológiai, pedagógiai kérdésekben.
- speciális drogtanácsadás,
- telefonos tanácsadás,
- meglévő spontán szupportív csoportok szakmai, erkölcsi és anyagi támogatása.

##### c. A program értékelése:

Az információfeldolgozás és a programkidolgozás során alakul ki a *programértékelési rendszere*. Az információk meghatározzák azokat a *paramétereket*, amelyek relevánsak lehetnek a munka hatékonyságának mérésében. A megbízható értékelési rendszer lehetővé teszi egyrészt azoknak a gátló tényezőknek a számbavételét, amelyek a program megvalósítását nehezítik, másrészt a program hatékony elemeinek a kipreparálásával lehetőség nyílik a modellkísérlet kiterjesztésére, „modellizálásra”.

#### A prevenció program várható eredménye

- A. Az adott ökológiai egységekben javul a humán szolgáltatások minősége, szervezetségi szintje, együttműködésük mértéke.
- B. A preventív programokban résztvevő fiatalok hiedelmei, előítéletes beállítódása csökkenni fog a program során; életkoruknak megfelelő problémaérzékenységre, tájékozottságra tesznek szert a szenvedélybetegségek vonatkozásában.
- C. Modell-értékű tapasztalatok, bevett módszerek fokozatos, szakmailag ellenőrzött („tisztán tartott”) kiterjesztésére nyílik lehetőség.
- D. Az eddigi intézményes megerősítés nélkül, izoláltan dolgozó önkéntes laikusok és szakemberek külső megerősítést, támaszt kapnak.
- E. Elkezdődhet a drogproblémák kezelésének professzionalizációja, beindulhat a drog-szakemberképzés.
- F. A prevenció szemlélet hazánkban újabb tapasztalati bázishoz jut.
- G. Az ötéves nyomon követés alapján - összehasonlítva preventív programban nem részesült kontrollcsoporttal - várható, hogy a programban részt vett fiatalok között kevesebb lesz a szenvedélybetegség, illetve a rendszeres alkohol-drog-dohányhasználat.

##### 3. A terápiás és rehabilitáció modellkísérlet

A korszerű elsődleges megelőzésnek kapcsolódnia kell terápiás és rehabilitációs rendszerekhez is. Ebben az integrált modellben a prevenció, módszertani központ, a terápiás részleg és a rehabilitációs egység szerves szerkezeti egységet alkot. Mindhárom rendszer hatékonyságvizsgálatát a kutatás tudományos bázisa kontrollálja. A teljes modellkísérlet szerkezete:

Prevenációs módszertani központ	terápiás részlet
0	0
0	0
tudományos bázis	rehabilitációs egység

A tudományos bázis feladata a kísérlet konceptualizálása, a munka folyamatos értékelése, adatfeldolgozás, elméleti alapvetés. A prevenció módszertani központ feladata a megelőzés módszereinek kidolgozása, kipróbálása és a bevált módszerek fokozatos kiterjesztésének koordinálása, irányítása. Emellett ez a rendszer veszi fel a problémacsoportot, és szükség esetén továbbítja a terápiás és/vagy rehabilitációs rendszerekbe. A terápiás és rehabilitációs egységek a legkorszerűbb terápiás és rehabilitációs módszerek hazai adaptációját végzik szorosan együttműködve a tudományos bázissal. A terápiás rendszer szervezetiileg kapcsolódna valamelyik budapesti kórházhoz. Optimális esetben Budán és Pesten is működésbe lép egy-egy terápiás egység, hogy a célpopuláció számára könnyebben elérhető legyen. Fontos azonban, hogy a terápiás egységek teljesen külön épületben, a kórház egész szervezetétől szeparáltan működhessenek. A rehabilitációs egység szervezetiileg a nevelőotthonok rendszeréhez kapcsolódhatna, nevelőotthoni munkában képzett és jártas gyermekvédelmi szakember(ek), gyógypedagógusok irányításával.

E teljes rendszer működőképessége, modellizálhatósága olyan komplex szupportív drog-megelőzési és kezelési hálózat kiépítéséhez járulhatna hozzá, amelyben a problémák megelőzése, a problémákkal küzdők kiszűrése, a betegek diagnosztizálása, kezelése és a súlyosabb páciensek rehabilitációja közös szervezeti keretben, a ma még gyakran tapasztalható szervezeti diszfunkciók kiiktatásával lenne megvalósítható.

#### 4. Képzés, továbbképzés

A képzésben és a továbbképzésben egyaránt részt vesz a tudományos, a prevenció, a terápiás és a rehabilitációs részleg.

- alapképzés egyetemi, főiskolai hallgatóknak: SOTE, Tanítóképző Főiskola, ELTE Szociálpolitika, Gyógypedagógiai Főiskola, Egészségügyi Főiskola.
- Továbbképzés orvosoknak, pszichológusoknak, pedagógusoknak, jogászoknak, államigazgatási szakembereknek, gyermekvédelmi szakembereknek.

Jelzet: MOL XIX-C-13-a-1987. (Szociális- és Egészségügyi Minisztérium)

## A magyarországi kábítószerhellyel kapcsolatos rendőri szervek munkájának tapasztalatai

a.

**Túrós András vezérőrnagy, országos rendőrfőkapitány levele Kökény Mihály szociális- és egészségügyi miniszterhelyettesnek  
1990. május 15.**

BELÜGYMINISZTERIUM  
Miniszterhelyettes  
KM/499/90.

Szám: 100/184-2/[19]90.

Dr. KÖKÉNY MIHÁLY ÚR!  
Szociális- és Egészségügyi Minisztérium  
Miniszterhelyettes!

Budapest

Tisztelt Miniszterhelyettes úr!

Az elmúlt hetekben dr. Gerevich József, a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet Drogprogramja vezetője a tömegkommunikációban több alkalommal tett olyan nyilatkozatot, amelynek értelmében a droghelyzet Magyarországon egyre drámaibbnak értékelhető.

Közléseit, hogy az iskolák környékén ismeretlen személyek kábítószer tartalmú rágógumit, édességet osztogatnak, a rendőri szervek minden esetben ellenőrizték, s megalapozatlannak bizonyultak.

Tapasztalataink és a bűnügyi statisztika a helyzet „drámaiságára” utaló kijelentéseket nem támasztják alá.

Kérem, szíveskedjen tájékoztatni, miként látja és ítéli meg a droghelyzetet a Szociális- és Egészségügyi Minisztérium - mint az ágazati felelősséget viselő főhatóság - vezetésénél. Mennyiben igazolja az elhangzott nyilatkozatokat a gyermek- és ifjúsági ideggondozók, a pszichiátriai rendelők, illetve a drogambulanciák betegforgalma.

Tájékoztatom, hogy a rendőrség a függőségi viszonyba került és az alkalmoszerű fogyasztók ismertté válása esetén kezdeményezheti, illetve javasolhatja gyógyításukat. A kábítószerpótló anyagok fogyasztásával kapcsolatban pedig - tekintettel arra, hogy ez a magatartás nem bűncselekmény - jelzési kötelezettségünk van.

Kérem, szíveskedjen arról is tájékoztatni, hogy fenti esetekben mely egészségügyi szerv felé jelezzünk, továbbá, milyen intézkedéseket várnak a rendőrségtől?

Budapest, 1990. május 15.

Dr. Túrós András r. vezérőrnagy

A levélen kézírásos feljegyzés.]  
Sándor Edit!  
Sürgős választervezet kellene.

- 1.) Magunk se érzékeljük a helyzet drámai romlását?. Gerevich dr. kijelentéseit tények nem igazolják.
- 2.) A betegforg[almi] statisztika szerint adjunk számokat.
- 3.) Folyik az epidemiol[ógiai] helyzetet követő [olvashatatlan] rendszer kidolgozása (NIDA, WHO, stb.)
- 4.) A kormányváltás nem befolyásolja a megkezdett szakértői munkát - a jogi áttekintést (BM nem válaszolt a felkeresésre még).
- 5.) Jelzés: a [olvashatatlan] illetékes ideggondozóknak.

[olvashatatlan aláírás]

Jelzet: MOL XIX-C-13-277-1990. (Szociális- és Egészségügyi Minisztérium))

b.

**Kökény Mihály válaszlevele Túrós Andrásnak  
1990. május 18.**

SZOCIÁLIS- ÉS EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM  
MINISZTERHELYETTES

Km/499/1990.  
Hív. szám: 100/184-2/1990.  
277/1990.

Dr. Túrós András Úrnak,  
r. vezérőrnagy  
miniszterhelyettes  
Belügyminisztérium

Budapest

Tisztelt Miniszterhelyettes Úr!

A magyarországi kábítószerhelyeztetel kapcsolatosan a rendőri szervek munkájának tapasztalatai alapján adott tájékoztatását megköszönöm.

Magunk is értesültünk dr. Gerevich József pszichiáter véleményéről a sajtónak adott nyilatkozata alapján. Állítását, miszerint a magyarországi kábítószerhelyezet drámai romlásával számolhatunk, orvosi, gyógykezelési, valamint az egészségügy egyéb területéről kapott információk nem támasztják alá. Éves statisztikai jelentéseink, a gyermek ideggondozók lényeges növekedést nem jeleznek annak ellenére, hogy nőtt az ezen területen dolgozó szakembereink és a speciális ellátást biztosító drogambulanciák száma is. Budapesti kórházak speciális osztályai (Heim Pál Gyermekkorház Toxikológiai osztálya, Újpesti Kórház Gyermekpszichiátriai osztálya stb.) sem észlelték a toxikus esetek, különösen nem kábítószer használatra utaló tünetekkel kezelt betegek számának növekedését. Ismereteink és tájékozódásunk szerint a Művelődési Minisztériumnak sem jelentették a pedagógusok hivatalosan, hogy iskolák környékén kábítószer tartalmú édesség árusítására felfigyelték volna. Ezek alapján nem tudjuk megerősíteni Gerevich dr. sajtóban elhangzott nyilatkozatait.

Meg kell azonban azt is jegyezni, hogy a valós helyzetet, a probléma mértékét reálisan feltáró felmérések és epidemiológiai vizsgálatok hazánkban még nem történtek.

Szándékunk, hogy nemzetközi tapasztalatok alapján, külföldi szakértők bevonásával a magyarországi helyzetet reprezentáló vizsgálatok induljanak.

Emlékeztetni szeretném arra, hogy a közös elhatározásunkkal létrehozott tárcaközi munkacsoport programját két területen - a kormányváltást is figyelembe véve - tovább kell erősíteni. Az egyik a már említett epidemiológiai helyzetfelmérés, a másik a jogrend korrekciói. Felkértük valamennyi tárcát, így a Belügyminisztériumot, hogy küldjön javaslatot szakterületére vonatkozóan a változást igénylő jogszabályokról, de eddig sajnos válaszáat nem kaptuk meg.

Nemzetközi kötelezettségeinknek is csak akkor tehetünk eleget, ha a tervezett jogszabályfésülést késlekedés nélkül elvégezzük. Ehhez kérem szíves további támogatását.

Ha rendőri szervek kábítószerpótló anyagokkal való visszaélésről szereznek tudomást, kérem, hogy azt a drogambulanciáknak, ennek hiányában a területileg illetékes ifjúsági vagy felnőtt ideggondozóknak szíveskedjenek jelezni. Jegyzéküket minisztériumunkban dr. Sándor Edit miniszteri tanácsos készséggel munkatársai rendelkezésére bocsátja.

Budapest, 1990. május 18.

Szívélyes üdvözléttel  
(Dr. Kókény Mihály)

AZONNAL TOVÁBBÍTANDÓ!

Láttam: Dr. [olvashatatlan aláírás]

Jelzet: MOL XIX-C-13-277-1990. (Szociális- és Egészségügyi Minisztérium))

**Címkek:**

[Egységes Kábítószer Egyezmény](#) [2]

[1960-as évek](#) [3]

[Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság](#) [4]

[Kábítószeres és Pszichotrop Anyagok Forgalmazása Elleni ENSZ Egyezmény](#) [5]

[Nemzetközi Alkohol- és Kábítószerellenes Tanács](#) [6]

[Interpol](#) [7]

[Nemzeti Egészségvédelmi Intézet](#) [8]

**Kiadás:** 10. évfolyam (2010) 6. szám

**Forrás webcim:** [https://www.archivnet.hu/hetkoznapok/a\\_rendszervaltozas\\_hatasa\\_a\\_kabitoszerfogyaszatasra.html](https://www.archivnet.hu/hetkoznapok/a_rendszervaltozas_hatasa_a_kabitoszerfogyaszatasra.html)

**Hivatkozások**

[1] [https://www.archivnet.hu/hetkoznapok/a\\_rendszervaltozas\\_hatasa\\_a\\_kabitoszerfogyaszatasra.html](https://www.archivnet.hu/hetkoznapok/a_rendszervaltozas_hatasa_a_kabitoszerfogyaszatasra.html)

[2] <https://www.archivnet.hu/cimkek/egyseges-kabitoszer-egyezmeny>

[3] <https://www.archivnet.hu/cimkek/1960-evek>

[4] <https://www.archivnet.hu/cimkek/alkoholizmus-elleni-allami-bizottsag>

[5] <https://www.archivnet.hu/cimkek/kabitoszerek-es-pszichotrop-anyagok-forgalmazasa-elleni-ensz-egyezmeny>

[6] <https://www.archivnet.hu/cimkek/nemzetkozi-alkohol-es-kabitoszerellenes-tanacs>

[7] <https://www.archivnet.hu/cimkek/interpol>

[8] <https://www.archivnet.hu/cimkek/nemzeti-egeszsegvedelmi-intezet>