VÁLTOZÓ KÉPLETEK — ÚJ(ABB) SZEREK: KIHÍVÁSOK, MINTÁZATOK

VÁLTOZÓ KÉPLETEK — ÚJ(ABB) SZEREK: KIHÍVÁSOK, MINTÁZATOK

Szerkesztette
Felvinczi Katalin

L'Harmattan Kiadó
Budapest, 2017

Magyar Addiktológiai Társaság
Hungarian Association on Addictions

Emberi Erőforrások Minisztériuma

A kötet megjelenését a Magyar Addiktológiai Társaság és az Emberi Erőforrások Minisztériuma tette lehetővé.

© Szerkesztők, szerzők, 2017
© L'Harmattan Kiadó, 2017

Lektorálta: Demetrovics Zsolt

ISBN 978-963-414-120-4

A kiadásért felel Gyenes Ádám,
a L'Harmattan Kiadó igazgatója

A kiadó kötetei megrendelhetők,
illetve kedvezménnyel megvásárolhatók:

L'Harmattan Könyvesbolt
1053 Budapest, Kossuth L. u. 14–16.
Tel.: +36-1-267-5979
harmattan@harmattan.hu
www.harmattan.hu
webshop.harmattan.hu

Tartalom

Bevezető (Felvinczi Katalin) 7

Csák Róbert — Arnold Petra — Németh Ágnes
Dizájnerdrog-fogyasztás a serdülőkorú fiatalok körében — HBSC-kutatás 2013/2014 11

Elekes Zsuzsanna
Új pszichoaktív szerek a 2015. évi ESPAD-kutatásban 25

Paksi Borbála
ÚPSZ-használattal kapcsolatos epidemiológiai tapasztalatok az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP 2015) című kutatás alapján 45

Szécsi Judit
Újfajta pszichoaktív szerek használata a mélyszegénységben élők körében — kutatási tapasztalatok 69

Csorba József — Figeczki Tamás — Kiss József — Medgyesi-Frank Katalin — Péterfi Anna
Intravénás szerhasználatból származó anyagmaradványok vizsgálata 87

Kaló Zsuzsa — Felvinczi Katalin
Szakértői dilemmák és az ÚPSZ-használat észlelt mintázatai 103

Horváth Gergely
Az új pszichoaktív szerek használatának alakulása az ellátórendszer adatai alapján 125

Romposné Kovács Éva — Csesztregi Tamás
Az új pszichoaktív szerek piacával kapcsolatos friss tapasztalatok — 2016 145

Bevezető

2016 nyarán Társaságunk felkérést kapott az EMMI kábítószerügyi koordinációért felelős szervezeti egységétől, hogy szervezzünk egy szakmai konferenciát, amely megjeleníti az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos friss tapasztalatokat, oly módon, hogy az elhangzó előadások minél inkább hasznosíthatóak legyenek a területen tevékenykedő szakemberek számára. Örömmel tettünk eleget a felkérésnek, ugyanis Társaságunk már évek óta érzékeli a terület részéről megfogalmazódó markáns igényt a szakmai párbeszéddel, a továbbképzésekkel, általában a szakmai fejlődéssel kapcsolatban. A konferencia programja kézikönyvszerűen tervezte bemutatni az új pszichoaktív szerekkel kapcsolatos friss fejleményeket, a hazai és az európai helyzetet, a prognosztizálható trendeket.

A konferenciára való jelentkezések gyorsasága és mennyisége minden korábbi reményünket sokszorosan felülmúlta; egy nap alatt több mint 100 jelentkezés futott be a területen dolgozó kollégáktól. Ekkor vált számunkra egyértelművé, hogy a konferencia tapasztalatait, az ott elhangzó előadásokat, illetve az azokat megalapozó kutatások eredményeit közzé kell tennünk egy átgondolt publikáció keretében, s biztosítani szükséges a széles körű hozzáférést egy on-line kiadvány formájában is.

A Kedves Olvasó most a konferencián elhangzott előadások alapján készített tanulmánykötetet tartja kezében, vagy az on-line verziót olvassa Társaságunk honlapján.

A kötet fejezetstruktúrája – eredeti elgondolásainknak megfelelően – kézikönyvszerűen építkezik. Az első három tanulmány (Csák Róbert és mtsai, Elekes Zsuzsa, Paksi Borbála) epidemiológiai helyzetképet tár az

olvasó elé; az elmúlt évek nagymintás kutatásai révén mutatja be, hogy az új pszichoaktív szerek előfordulási gyakorisága, pozíciója miként alakul a szerstruktúrában. Habár az epidemiológiai adatok alapján nem tűnik úgy, hogy ezek a szerek lennének a legnépszerűbbek a szerhasználók körében, ugyanakkor a fiatalok (középiskolás populáció) és a felnőttek körében végzett vizsgálatok is egybehangzóan arra engednek következtetni, hogy ezek a szerek első megjelenésük után hét-nyolc évvel a 3–5. helyen állnak a leginkább preferált pszichoaktív szerek között.

Szécsi Judit tanulmánya egy olyan kérdéssel foglalkozik, mellyel összefüggésben korábban főleg csak anekdotikus információk álltak a rendelkezésünkre; azt vizsgálja kvalitatív technikák segítségével, hogy milyen sajátosságok jellemzik a szegregátumokban élők pszichoaktívszer-használatát, mennyiben uralják ebben a környezetben a szerhasználatot a designer drogok.

Magyarországon és az Európai Unió más országaiban is komoly aggodalomra ad okot az új pszichoaktív szerek megjelenése. Magyarországon különösen is összetetté teszi a helyzetet, hogy a terepen dolgozó szakemberek és az epidemiológusok új pszichoaktív szerek használati elterjedtségére vonatkozó tapasztalatai nem föltétlenül egyeznek meg, míg a gyakorlatban, klinikai praxisban dolgozók a szerfogyasztás drámai fokozódását és a problematikus esetek észrevehető szaporodását észlelik, addig a nagymintás kutatások ugyan regisztrálják e szerek masszív jelenlétét, a szerhasználat általános és jelentékeny fokozódását összességében nem mutatják. A helyzet ellentmondásos mivolta is hozzájárulhat ahhoz, hogy párhuzamosan több, az Európai Bizottság által finanszírozott kutatás-fejlesztési projekt is megvalósul hazánkban. Ezek közül az egyikről Csorba József munkatársainak tanulmánya számol be. Ennek a projektnek a keretében elsősorban az intravénás szerhasználóktól begyűjtött és egyéb módokon feltalált drogszemét elemzése, valamint a tűcsere-programok kliensei körében végzett kérdőíves megkeresés eredményeként nyert információk elemzése történt. A tanulmány az e körben nyert információkról számol be. A másik, ugyancsak az Európai Bizottság által finanszírozott, az ELTE-n megvalósuló projekt keretében a bevitel módjától részben függetlenül marginalizált és rekreációs (partilátogató és on-line közösségek) új pszichoaktívszer-használók fogyasztási profilja és motivációs háttere tekin-

tetében tájékozódtak a kutatók. Kaló Zsuzsa és munkatársai tanulmánya a projekt egy sajátos szegmenséről, az új pszichoaktívszer-használókkal napi szinten kapcsolatot tartó alacsonyküszöbű/ártalomcsökkentő szolgáltatások munkatársaival folytatott szakértői interjúkról számol be, s ezek alapján rajzolja fel a budapesti, javarészt intravénás szerhasználók szakértők által percipiált profilját.

A kötet következő tanulmányában Horváth Gergely az ellátórendszeri – részben a TDI (kezelési igény indikátor), illetve a tűcsere-programok – reguláris adatszolgáltatása alapján felrajzolható tendenciákat és a szerhasználók ezen adatforrások alapján regisztrálható karakterisztikumait mutatja be.

A kötet utolsó tanulmánya az elmúlt évek kínálati oldallal kapcsolatos tapasztalatait összegzi. Csesztregi Tamás és munkatársa beszámol a lefoglalások számarányának és belső összetételének alakulásáról. A tapasztalatok alapján úgy tűnik, hogy az utóbbi két évben megfordult a korábbi 4 év jellemző tendenciája, vagyis 2015-ben és 2016-ban a lefoglalások tekintetében ismét a klasszikus illegális szerek kerekedtek felül az új pszichoaktív szereken. A bemutatott adatok azt is meggyőzően mutatják, hogy a piac viselkedése leköveti a szabályozási törekvéseket, vagyis valamely szer vagy törzsképlet kontroll alá vonása kétségkívül mérsékli az adott szer piaci előfordulási gyakoriságát, ugyanakkor hamarosan egy még újabb s az eddigieknél még kevésbé ismert, ezért kockázatosabb szer piaci megjelenését provokálja.

A kábítószer jelenség általában is roppant gyorsan és dinamikusan változik, ez az állítás fokozottan érvényes az új pszichoaktív szerek vonatkozásában. Ezért nem remélhetjük, hogy jelen kötet tanulságai hosszú időn keresztül maradéktalanul érvényesek lesznek, ugyanakkor ez a keresztmetszeti kép reményeink szerint fontos muníciót jelent mind a kutatók, mind a gyakorlati szakemberek, mind pedig a szakmapolitikai döntéshozók számára. Ebben a reménységben ajánljuk jelen kötetet a Kedves Olvasó szíves figyelmébe, s invitáljuk későbbi rendezvényeinkre, amelyeken törekvésünk továbbra is az, hogy teret adjunk a problémakezelését célzó szakmai diskurzusnak.

Budapest, 2017. január 25.

Felvinczi Katalin

Dizájnerdrog-fogyasztás a serdülőkorú fiatalok körében — HBSC-kutatás 2013/2014

Csák Róbert — Arnold Petra — Németh Ágnes

Bevezető

Az Iskoláskorúak Egészségmagatartása (Health Behaviour in School Aged Children, továbbiakban HBSC) vizsgálat keretében négyévente, nemzetközi protokoll alapján, azonos módszertannal gyűjtenek adatokat a serdülőkorú fiatalokról – a legutóbbi, 2014-es felmérésben 42 európai és észak-amerikai tagország részvételével. Magyarország a nyolcvanas évek közepe óta vesz részt a kutatásban, ez a hazánkban legrégebb óta folyamatosan elvégzett ifjúságvizsgálat. A vizsgálat fókuszában a serdülőkorú tanulók egészségmagatartása áll, így a kábítószer-használat mellett számos más témakör is szerepel a vizsgált területek között az iskolába járó fiatalok egészséget befolyásoló szokásaival, életkörülményeivel, illetve a szokásokat befolyásoló háttértényezőkkel kapcsolatban. A kutatás országosan reprezentatív a 11–18 éves korcsoportban, az adatokat az iskolában anonim önkitöltős kérdőívek segítségével vesszük fel. Az itt következő eredmények a HBSC legutóbbi, 2014-ben végzett nyolcadik adatfelvételéből származnak.

A jelen kötet középpontjában álló új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) 2010 közepén jelentek meg nagyobb mennyiségben az országban, és a következő években jelentősen átalakították a kábítószerpiacot.[1] A HBSC korábbi, hetedik adatfelvétele 2010 februárjától májusig zajlott, így abban még nem szerepeltek ÚPSZ-re vonatkozó kérdések, azaz a 2014-es adatfelvétel volt az első, amelyben az ÚPSZ-ek is megjelentek a szerhasználatra vonatkozó kérdésben. AZ ÚPSZ-ek megjelenése óta eltelt években az ÚPSZ-jelenség a szerhasználathoz kapcsolódó számos területen hozott változást, többek

[1] Nemzeti Drog Fókuszpont, 2016: 23, 129–132.

között átalakították a kábítószerekre vonatkozó törvényi keretet.[2] Az ellátórendszer számára is új kihívásokat jelentett: az intravénás szerhasználók körében szinte minden más szert kiszorítottak az ÚPSZ-ek.[3] Nemcsak városi jelenségről van szó, vidéki szegregátumokban is jelentős prevalenciája lett ezeknek a szereknek,[4] és a pszichiátriai-addiktológiai gyakorlatban is reagálniuk kellett az ÚPSZ-használat következményeire.[5] Jelenleg az ÚPSZ-ek a kábítószerpiac stabil szereplőinek látszanak, és a szintetikus kannabinoidok vagy katinonok használatára már nem újdonságként kell tekintünk, így különösen aktuális megnézni, hogy a jelenség milyennek látszik a nem speciális, iskoláskorú populációval foglalkozó vizsgálat perspektívájából. A következőkben nemi, korosztályi, iskola- és településtípus, valamint a tanulók családi jómódúsága mentén elemezzük a legfrissebb, ÚPSZ-használati adatokat. Emellett a jelen írás megpróbálja az ÚPSZ fogyasztási mintázatát elhelyezni más tiltott szerek és a legálisan hozzáférhető, de visszaélésszerűen használt szerek fogyasztási viszonylatában.

Módszer[6]

Az elemzés alapjául szolgáló adatfelvétel a HBSC-vizsgálat legutóbbi adatfelvétele, amely 2014. április–május között zajlott, a mintaválasztás a HBSC nemzetközi protokollja (Currie–Candace, 2014) alapján készült. A nemzetközi követelményeknek, illetve a korábbi hazai HBSC-adatfelvételeknek[7] megfelelően az 5., a 7., a 9. és a 11. évfolyamok tanulói alkották a vizsgálat célpopulációját. A minta rétegzett mintavételi eljárással készült az országos reprezentativitás érdekében, a mintavételi hibát csökkentő réteg-

[2] Uo. 13–14.

[3] Lásd például: Rácz–Csák, 2014: 1383–1394.

[4] Szécsi–Sik, 2016.

[5] Szily–Bitter, 2013.

[6] A módszerről szóló rész nagyban támaszkodik a 2014-es HBSC-vizsgálat módszertani fejezetére: Arnold–Örkényi–Németh, 2016.

[7] A nemzetközi protokollban a 11,5 éves, 13,5 éves és 15,5 éves korcsoportok szerepelnek, ami mellett Magyarországon a 17,5 éves átlagéletkorú korcsoport is szerepel a vizsgálatban.

zés a földrajzi elhelyezkedés, a településtípus, az iskola típusa, illetve az iskolafenntartó típusa figyelembevételével történt. Az elsődleges mintavételi egységek nem az egyes tanulók, hanem véletlenszerűen (szisztematikus véletlen módszerrel) kiválasztott osztályok voltak. Az eredetileg kiválasztott 318 iskolából 279 iskola 330 osztályának 7468 tanulóját sikerült elérni, a végleges mintanagyságot befolyásolta az adatfelvétel napján hiányzó tanulók, a szülői visszautasítások, illetve a tanulói visszautasítások száma. Végül összesen 279 iskola 330 osztályának 6156 tanulója töltötte ki a kérdőívet.

A tiltott és visszaélésszerű legális szerhasználatra vonatkozó kérdések[8] csak a 9., illetve 11. osztályos tanulók kérdőívében szerepeltek, a dohányzásra és az alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdések mind a négy korcsoportnál részei voltak a kérdéssornak. A kannabisszal kapcsolatban két kérdés szerepelt a kérdőívben, az egyik az életprevalenciára, a másik az elmúlt 30 napra vonatkozó használatra kérdezett rá. A kannabiszon kívüli szerekkel kapcsolatban egy kérdés volt a kérdőívben, amely az életprevalenciát mérte fel. A téma szempontjából releváns ÚPSZ-re vonatkozó kérdés így hangzott:

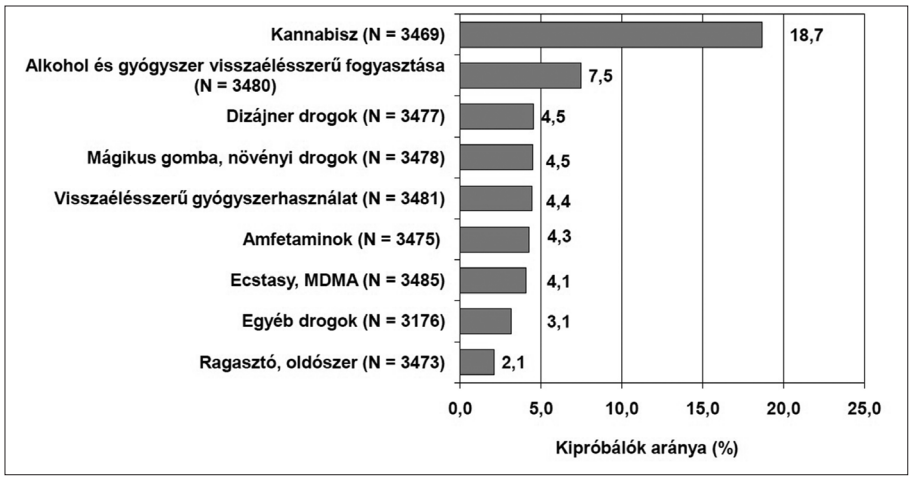
Használtál-e már életedben egyet vagy többet a következő anyagokból? (Minden kategória esetén lehetséges válaszok: Soha / 1–2 napon / 3–5 napon / 6–9 napon / 10–19 napon / 20–29 napon / 30 [vagy több] napon.)

- Ecstasy, MDMA (diszkótabletta)
- Amfetaminok (speed, spuri, gyorsító)
- Alkohol és gyógyszer együtt, hogy feldobjon
- Gyógyszer, hogy feldobjon
- Ragasztó, oldószer (szipuzás)
- Mágikus gomba, növényi drogok
- Dizájner drogok
- Más, éspedig…

[8] A kérdésekről, illetve a kábítószer-használatra vonatkozó eredményeiről lásd bővebben: Arnold, 2016.

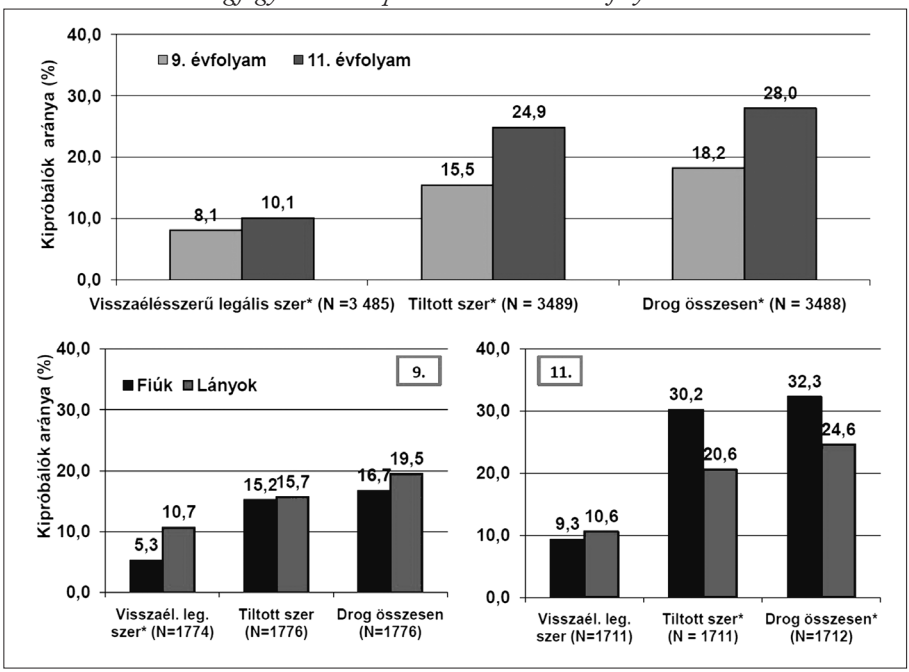
Eredmények

1. Az egyes szereket kipróbálók aránya a 9–11. évfolyamos tanulók körében



Az életprevalencia tekintetében az ÚPSZ-ek a kannabiszt, valamint az alkohol és gyógyszer visszaélésszerű használatát követik. Egy olyan nagyobb csoportba tartoznak, amelybe az ÚPSZ-en kívül még négy, 4,1–4,5% közötti prevalenciájú szer tartozik, a mágikus gomba, a gyógyszer visszaélésszerű használata, az amfetamin és az MDMA. A korábbi évekhez hasonlóan a kannabisz messze a legnépszerűbb illegális szer, amit a válaszadók körülbelül ötöde próbált már ki. A kannabiszt az alkohol és gyógyszer kombinált használata követi 7,5%-kal. A harmadik helyen nagyjából holtversenyben szerepel a dizájner szerek mellett a mágikus gomba, a visszaélésszerű gyógyszerhasználat, az amfetamin és az ecstasy, amelyeket a 9–11. osztályos tanulók 4–4,5%-a próbált már ki életében. Ez alapján úgy tűnik, hogy az életprevalencia szempontjából az ÚPSZ-ek nem alakították át gyökeresen a kábítószerekkel való kísérletezés gyakorlatát, tehát az ÚPSZ-ek mellett is a kannabisz maradt messze a legnagyobb arányban kipróbált kábítószer. Ugyanakkor egyértelműen bekerült azok közé az anyagok közé, amelyekkel a kannabiszon kívül más szereket (is) kipróbálók kísérleteznek.

2. Drogfogyasztás-életprevalenciák nem és évfolyam szerint

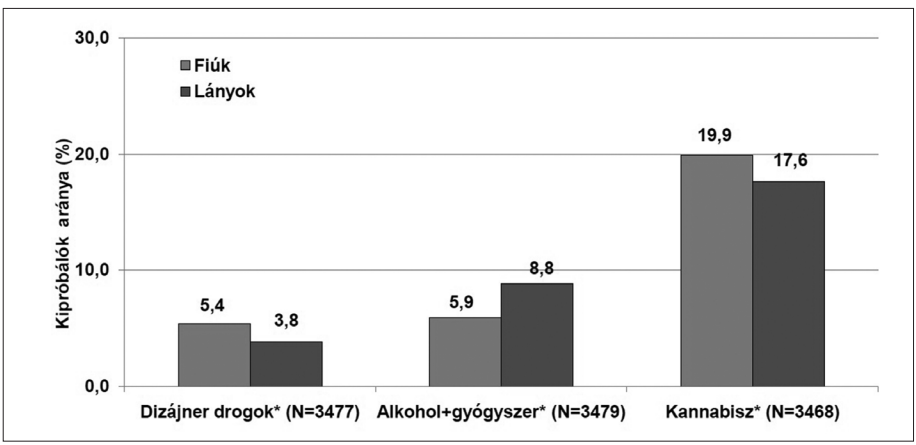


Az iskoláskorúak szerhasználatának jellemzői életkor és nem tekintetében különbségeket mutatnak. Egyrészt az idősebb tanulók érintettsége szignifikánsan magasabb (p=0,000): a 11. évfolyamban magasabb a droghasználat életprevalenciája, mint a 9. évfolyamba járók körében – azaz ebben az időszakban egyre nagyobb arányban kísérleteznek droghasználattal: a 11. osztályba járók több mint negyede, a 9. osztályba járók kevesebb mint ötöde próbált már ki valamilyen szert. A nemeket tekintve a 9. évfolyamosok körében a tiltott szerek illetve az összes drog tekintetében nincs jelentős különbség a fiúk és lányok között (összes drog: p=0,124, tiltott szerek: p=0,793), azonban szignifikáns eltérés van a lányok javára a visszaélésszerű legális szerek (alkohol és gyógyszer együttes használata; oldószer-, ragasztóhasználat; gyógyszer visszaélésszerű használata) kipróbálásában (p=0,000): a lányok körében kétszer akkora (10,7%) az ilyen szerekkel kísérletezők aránya, mint a fiúk körében (5,3%). A 11. évfolyamosok körében nincs eltérés a visszaélésszerű legális szerek kipróbálásá-

ban a két nem között (p=0,419), azonban a tiltott szerek és az összes droghasználat tekintetében szignifikáns különbség mutatkozik: a fiúk közül majdnem minden harmadik, míg a lányok közül minden ötödik próbált már ki tiltott szert (p=0,000); a legális és illegális szereket összefoglaló kategóriában az életprevalencia a fiúk esetében 32,3%, míg a lányok körében 24,6% (p=0,001).

Mivel az ÚPSZ-ek megjelenésekor e szerek meghatározó jellemzője volt, hogy legálisak, érdemes megnézni, hogy a HBSC-vizsgálat idejében az ÚPSZ kipróbálására jellemző mintázat a droghasználat két nagy kategóriája (tiltott szerek vagy a visszaélésszerű legális szerek csoportja) közül melyikhez hasonlít. Így az ÚPSZ-használat mintázatát a kannabisszal, valamint az alkohol és gyógyszer együttes használatával összevetve mutatjuk be, mert ez az a két szer, amely a HBSC-kutatásban a fenti két nagy kategória, a legális és illegális szerek kategóriáinak legjellemzőbb tagjai.

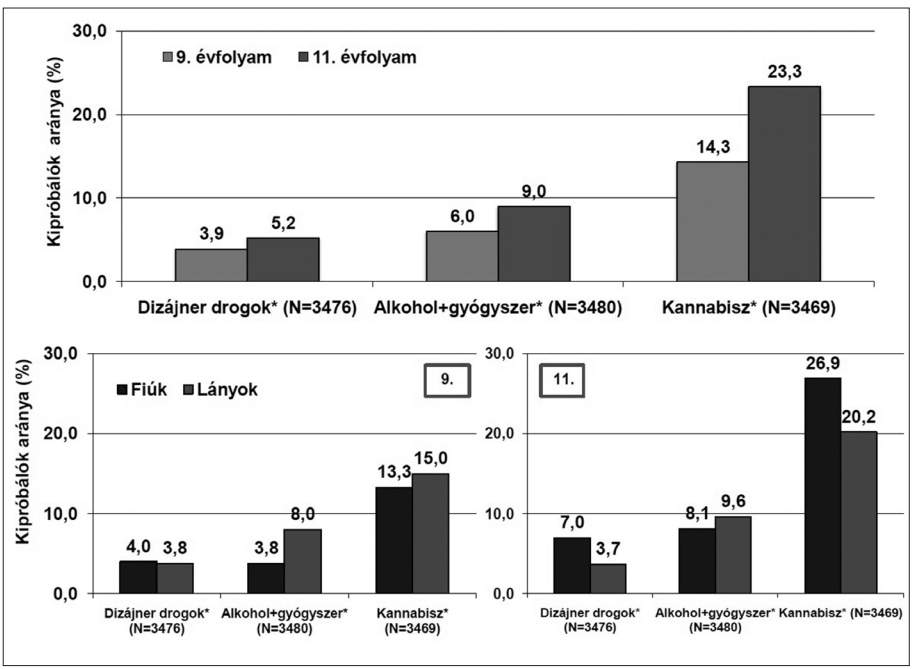
3. Dizájner drog, kannabisz, illetve alkohol és gyógyszer életprevalenciája nemek szerint



A nemek közötti különbséget tekintve a dizájner drogok életprevalenciája szignifikánsan magasabb a fiúk körében, a fiúk 5,4%-a, a lányok 3,8%-a próbált már ki életében dizájner szert (p=0,013). Ebben a tekintetben tehát inkább a kannabiszhoz hasonlóak a dizájner szerek. A visszaélésszerűen használt legális szerek legjellemzőbb típusát, az alkohol és gyógyszer

együttes használatát az előzőekkel ellentétben az jellemzi, hogy ezzel a lányok kísérleteznek nagyobb arányban.

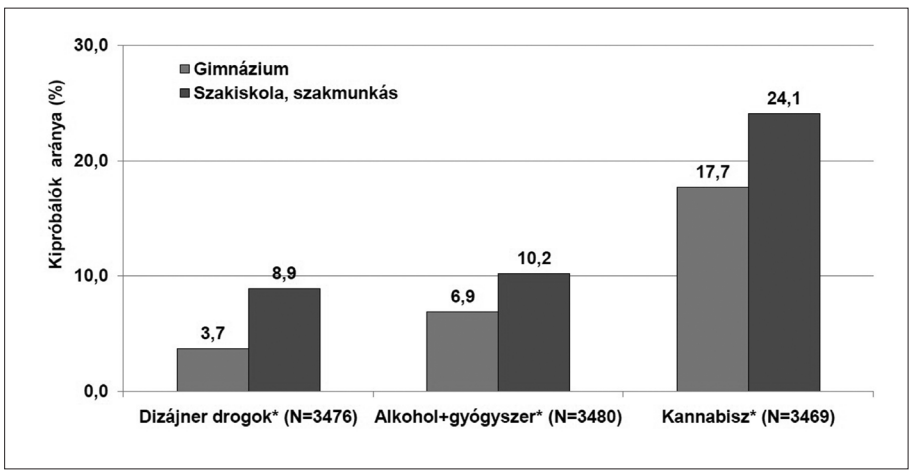
4. Dizájner drog, kannabisz, illetve alkohol és gyógyszer életprevalenciája nem és évfolyam szerint



Az évfolyamok közötti különbségben mindhárom szernél hasonló mintázat mutatkozik: a dizájner szerek életprevalenciája az idősebb korosztályban szignifikánsan magasabb (p=0,037), csakúgy, mint a kannabiszé (p=0,000) vagy az alkohol és gyógyszer együttes használatáé (p=0,001). Ha ezt nemekre lebontva vizsgáljuk, akkor viszont azt találjuk, hogy a dizájner szerek prevalenciája inkább a kannabiszhoz hasonlóan alakul: míg a 9. osztályosok körében nincs statisztikailag releváns eltérés a két nem között (dizájner drogok: p=0,500, kannabisz: p=0,176), addig 11. osztályban a fiúk körében szignifikánsan magasabb az adott szert kipróbálók aránya (dizájner szerek: p=0,002; kannabisz: p=0,001, 4. ábra). Azaz adataink alapján a 9. és 11. osztály között a fiúk valamivel nagyobb intenzitással kezdenek

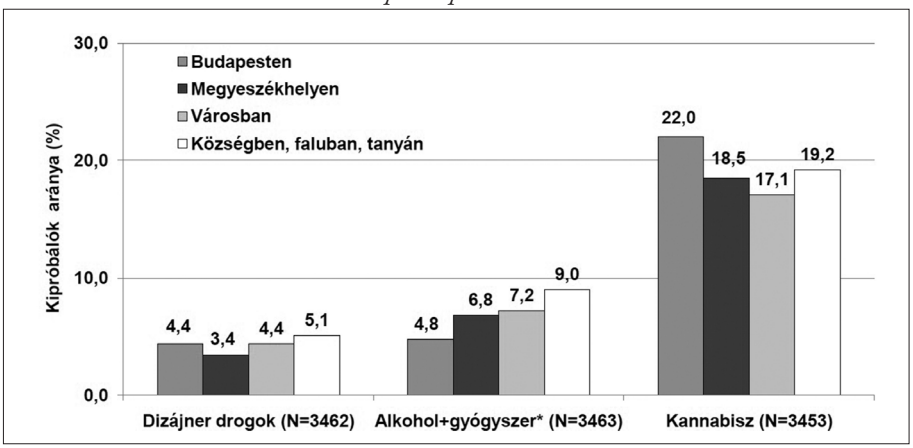
kísérletezni mind a tiltott, mind a dizájner szerekkel, mint a lányok. Ezzel ellentétben az alkohol és gyógyszer együttes használatában a mintázat fordított: míg a 9. osztályba járók körében szignifikáns eltérés van a lányok javára (p=0,000), addig 11. osztályra ez a különbség gyakorlatilag kiegyenlítődik a két nem között, az idősebbek körében az eltérés már nem szignifikáns (p=0,150). Így tehát a nemek közötti különbségeket az évfolyam szerint tovább bontva is az látszik, hogy a dizájner szerek életprevalenciája inkább a tiltott szerekhez hasonló jelleget mutat.

5. Dizájner drog, kannabisz, illetve alkohol és gyógyszer életprevalenciája a képzés típusa szerint

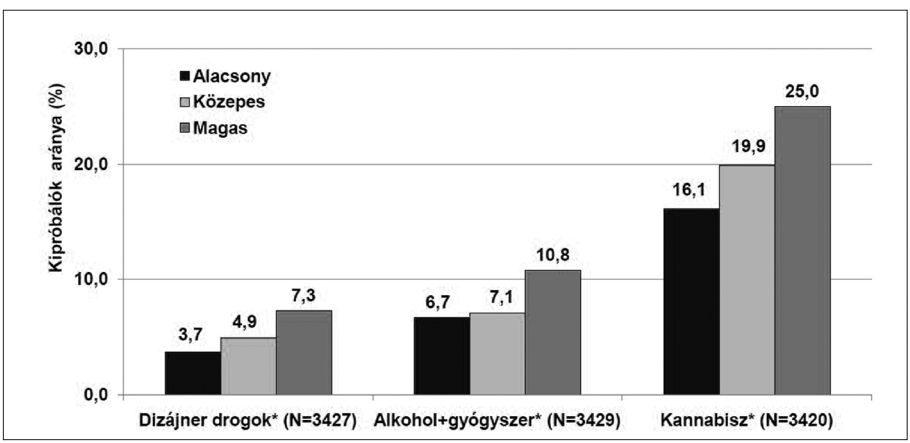


Az iskola típusa szerint vizsgálva a három szertípus eloszlását, hasonló mintázatot mutat mindhárom (5. ábra). Úgy tűnik, hogy az érettségit adó iskolában (gimnáziumban és szakközépiskolában) tanulók kevésbé próbálkoznak ezekkel a szerekkel, mint a szakiskolába, szakmunkásképzőbe járók. Az utóbbi iskolatípusba járók a kannabiszt több mint 6%-kal nagyobb arányban próbálták már ki, mint a gimnáziumba és szakközépiskolába járók (p=0,001). Az alkoholt és gyógyszert egyszerre szintén a szakiskolákba járók használták szignifikánsan nagyobb arányban (p=0,010), akárcsak a dizájner szereket (p=0,000). Ez utóbbiaknál láthatjuk azonban a legnagyobb aránybeli különbséget a kétféle iskolatípusba járók között.

6. Dizájner drog, kannabisz, illetve alkohol és gyógyszer életprevalenciája településtípus szerint



7. Dizájner drog, kannabisz illetve alkohol és gyógyszer életprevalenciája a családi jómódúság skála[9] kategóriái szerint



[9] A családi jómódúság háromkategóriás skáláját hat, objektív jómódúság-mutató értékeiből képzik, amely mutatók a család tulajdonában lévő eszközökre (pl. számítógép, mosogatógép), illetve életkörülményekre (pl. voltak-e külföldön nyaralni?) kérdez rá. Részleteket lásd: Örkényi–Arnold, 2016: 177–178.

A településtípus szerinti eloszlásban a dizájner szerek kipróbálása szintén inkább a kannabiszhoz hasonló mintázatot mutat, tekintve, hogy a településtípus szerint nincs szignifikáns különbség se a kannabisz (p=0,110), se a dizájner szerek (p=0,535) életprevalenciájában (6. ábra). Ezzel ellentétben az alkohol és gyógyszer visszaélésszerű használatában településtípus szerint trendszerű összefüggés látszik: minél kisebb a település, annál nagyobb annak a valószínűsége, hogy ezzel a szerhasználattal kísérleteznek a tanulók (p=0,026).

Végül a HBSC családi jómódúságot mérő kompozit indexével[10] való összefüggést vizsgáltuk meg mindhárom szertípus életprevalenciáját összevetve. A családi jómódúság indexe arra kérdez rá, hogy a tanuló családja rendelkezik-e bizonyos vagyoni eszközökkel (pl. számítógép, mosogatógép), illetve milyen életkörülmények között élnek (pl. van-e a válaszadónak saját szobája, voltak-e együtt külföldön nyaralni), és ebből képez egy indexet, amely alapján három csoportba sorolja a megkérdezetteket. A hármas felosztásban a „magas" kategória jelöli a legjobb anyagi helyzetben lévőket, és az alacsony jelöli a legkevésbé jómódú családokat – ez utóbbi kategória a legnagyobb, ebbe tartozott a családok több mint fele (Örkényi–Arnold, 2016). A dizájner szerek ebben a tekintetben sem mutatnak eltérő mintázatot a kannabisz kipróbálásához képest: a nagyobb jómódban élők inkább próbálkoznak ezekkel a szerekkel (dizájner szerek: p=0,004, kannabisz: p=0,000). Ugyanakkor a családi jómódúság szerint az alkohol és gyógyszer visszaélésszerű használatának életprevalenciája is ugyanilyen mintázatot mutat (p=0,11), így ebben nem látszott különbség a dizájner szerek és a példaként használt legális szerek visszaélésszerű használatához képest.

Összefoglalás, következtetések

Összegezve a HBSC-kutatás ÚPSZ-re vonatkozó eredményeit, azt mondhatjuk, hogy az ilyen szereket használók jellemzői nagyon hasonló mintázatot mutatnak, mint ami a szerhasználatra általában jellemző az iskoláskorúak körében. Az idősebb, a 11. osztályba járó tanulók körében a 9. osztályos ta-

[10] Lásd bővebben: Currie et al. (szerk.), 2008; Örkényi–Arnold, 2016.

nulókhoz képest nagyobb arányú mind a tiltott szerek, mind a visszaélésszerűen használt legális szerek életprevalenciája, és ez jellemző az ÚPSZ életprevalenciájára is. Az iskolatípus esetében az ÚPSZ-használat elterjedtsége szintén a szerhasználat általános jellegzetességét követi, a gimnáziumba és szakközépiskolába járók körében kevésbé jellemző a dizájner szerekkel való kísérletezés, mint a szakiskolába, szakmunkásképzőbe járók körében. Ezek mellett a HBSC családi jómódúságot mérő indexe alapján a jobb módúak valamennyivel nagyobb arányban próbálkoznak mindhárom szertípussal.

Ahol különbség látszik a visszaélésszerű legális szerek legjellemzőbb szercsoportja, az alkohol és gyógyszer együttes használata, valamint az illegális szerek legjellemzőbb szere, a kannabisz között, ott az ÚPSZ használata inkább az illegális szerek mintázatát követi. Ilyen a településtípus, ahol az alkohol és gyógyszer együttes használata egyértelműen jellemzőbb kisebb településeken; a dizájner szerek, illetve a kannabisz esetében viszont nem látszik ilyen összefüggés a település nagysága és az adott szer életprevalenciája között. Emellett a nemek közötti különbség tekintetében is inkább a kannabiszhoz hasonlít a dizájner szer eloszlása, azaz a fiúkra inkább jellemző ezek kipróbálása, míg az alkohol gyógyszerrel olyan típusú szerhasználat, amellyel a lányok nagyobb arányban kísérleteznek, mint a fiúk.

Úgy tűnik tehát, hogy az iskoláskorúakat tekintve az ÚPSZ nem vált sajátságos mintázatot mutató szerré, hanem bekerült azok közé a szerek közé, amellyel a droghasználattal általában kísérletezők próbálkoznak, és ezen belül is inkább az illegális szerek jellegzetességeit mutatja. Mivel az ÚPSZ-ek megjelenésekor nagyon fontos megkülönböztetője volt ezeknek a szereknek, hogy a törvény nem bünteti, így ez utóbbi jellegzetesség utalhat arra, hogy az ÚPSZ-ek törvény szerinti jogállása 2014-ben (amikor a HBSC adatfelvétele zajlott) már nem volt meghatározó. Ez egyrészt következhet a törvényi keretek változásából, hiszen a C-lista létrehozásával sokkal gyorsabban kerülhetnek be ezek a szerek a törvényileg szabályozott anyagok közé. Másrészt utalhat arra is, hogy az iskoláskorúak törvényi státusztól függetlenül inkább a kábítószerek kategóriájába tartozónak látják ezeket a szereket, vagy másképp fogalmazva, inkább a kábítószerekkel kísérletezők számára lehetnek vonzóak ezek a szerek.

Mindemellett hozzá kell tenni, hogy a vizsgálatban a dizájner szer életprevalenciája viszonylag alacsony volt, így az alacsony elemszám nem

tette lehetővé a fentinél mélyebb statisztikai elemzés készítését. Az alacsony prevalencia ugyanakkor az ÚPSZ elterjedtségének méréséhez kapcsolódó módszertani nehézségek következménye is lehet. A „hagyományos" szerek esetében a kérdőíves vizsgálatok kérdéseinél a gyakorlat az egyes szerek konkrét megnevezése, ami viszont az ÚPSZ-ek esetében nem követhető modell, hiszen az ÚPSZ maga is egy összefoglaló kategória, amely rengeteg különböző szert tartalmaz, amelyek száma folyamatosan nő – csak 2015-ben 98 új szert azonosítottak az Európai Unióban (EMCDDA, 2016). Ezzel párhuzamosan az ÚPSZ-ek utcai elnevezése sem egységes, így ezt sem lehet kiindulópontként használni az ezekre vonatkozó kérdéseknél. Éppen ezért az ÚPSZ esetében egy konkrét elnevezés helyett valószínűleg egy definíciószerű meghatározásra lehet szükség. Ráadásul ezen belül a két nagy csoportra, a THC-hoz hasonló szintetikus kannabinoidokra és a stimuláns típusú, szintetikus katinonszármazékokra külön kérdéseket érdemes megfogalmazni, hiszen használatuk eltérő prevalenciát mutat mind a legutóbbi ESPAD-, mind az OLAAP-vizsgálatok alapján (Elekes, 2016; Paksi és mtsai, 2015) a szintetikus kannabinoidok javára. E feltételeket figyelembe vevő, differenciált kérdéssor viszont szétfeszítheti a HBSC-hez hasonló nemzetközi vizsgálatok keretét, amelyek minden országban egységes módszertannal, egységes kérdőívvel készülnek, hiszen az ÚPSZ-jelenségben nagyon eltérő az egyes országok érintettsége. A 2014-es HBSC vizsgálatban az ÚPSZ-ek például „dizájner drogok" néven szerepeltek a magyar[11] kérdőív szerhasználat prevalenciájára vonatkozó kérdésében, amellyel kapcsolatban probléma lehet egyrészt, hogy szlengnevek nélkül pontosan értették-e a diákok, hogy mire vonatkozott a kérdés, másrészt nem biztos, hogy például a szintetikus kannabinoidokat is ide sorolták a válaszadók. Összességében az ÚPSZ-szel kapcsolatos módszertani nehézségek eredményezhették az ÚPSZ-használat prevalenciájának alulbecslését is.

Ahogy azt a bevezetőben is írtuk, a magyarországi vizsgálatok jelentős ÚPSZ-használatra utalnak magas kockázatú szerhasználó csoportokban (pl. intravénás szerhasználók) és nehezen elérhető populációk (pl. szegreg-

[11] A nemzetközi protokoll a vonatkozó kérdésnél lehetővé teszi a protokollban szereplő szerek kiegészítését helyben jellemző szerekkel.

átumokban élők) körében, és az európai adatok is arra utalnak, hogy az ÚPSZ-ek előállítói a kábítószerpiac krónikusabb és problémásabb szegmenseit célozzák meg.[12] Az iskolából leszakadók körében például feltehetően magasabb az ÚPSZ-ek prevalenciája, azonban ezt a kört a HBSC-vizsgálat nem tudja elérni. Bár a teljes lakosságot, illetve az iskoláskorú populációt vizsgáló nagymintás, reprezentatív kutatásokból – amilyen a HBSC is – egyértelműen látszik, hogy jelenleg az ÚPSZ-ek stabil szereplői a hazai kábítószerpiacnak, a rejtőzködő populációkat célzottan megkereső, kvalitatív vizsgálatok lehetnek szükségesek, hogy az ÚPSZ-jelenség magyarországi jellemzőit teljes körűen fel lehessen tárni.

Irodalom

Arnold Petra – Örkényi Ágota – Németh Ágnes (2016): Anyag és módszer. In Németh Ágnes – Költő András (szerk.): *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban, Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*, Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 8–15.

Arnold Petra (2016): Drogfogyasztási szokások. In Németh Ágnes – Költő András (szerk.): *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban, Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*, Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 73–86.

Currie, Candance – Inchley, Jo – Molcho, Michal – Lenzi, Michaela – Veselska, Zuzana – Wild, Felicity (szerk.) (2014): *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2013/14 Survey.* St. Andrews: HBSC International Coordinating Centre. Elérhető: http://www.hbsc.org

Currie, Candance – Molcho, Michal – Boyce, William – Holstein, Bjorn – Torsheim, Torbjorn – Richter, Matthias (2008): Researching health

[12] EMCDDA, 2016: 14.

inequalities in adolescent: The development of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Family Affluence Scale, *Social Science & Medicine*, 66. évf. 6. sz. 1429–1436.

Elekes Zsuzsa (szerk.) (2016): *Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015, Magyarországi eredmények*, Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem.

EMCDDA (2016): *Európai kábítószer-jelentés – Tendenciák és fejlemények, 2016.* Luxembourg, Az Európai Unió Kiadóhivatala.

NEMZETI DROG FÓKUSZPONT (2016): *2016-os ÉVES JELENTÉS (2015-ös adatok) az EMCDDA számára „MAGYARORSZÁG".* Budapest, Nemzeti Drog Fókuszpont.

Örkényi Ágota – Arnold Petra (2016): Társadalmi-gazdasági háttér: A családok szocioökonómiai helyzete. In Németh Ágnes – Költő András (szerk.): *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban, Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés.* Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. 173–184.

Paksi Borbála – Magi Anna – Felvinczi Katalin – Demetrovics Zsolt (2015): Drogfogyasztás a magyarországi felnőtt népesség körében – a 2015. évi „Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról" (OLAAP 2015) első eredményei. In Felvinczi Katalin – Eisinger Andrea – Demetrovics Zsolt (szerk.): *Magyar Addiktológiai Társaság X. Országos Kongresszusa 2015. november 26–28. Siófok, Előadáskivonatok*, 53.

Rácz József – Csák Róbert (2014): Új pszichoaktív anyagok megjelenése egy budapesti tűcsereprogram kliensei körében, *Orvosi Hetilap*, 155. évf. 35. sz. 1383–1394.

Szécsi Judit – Sik Dorka (2016): Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban. *Esély,* 28. évf. 2. sz. 115–131.

Szily Erika – Bitter István (2013): Designer drugs in psychiatric practice – A review of the literature and the recent situation in Hungary. *Neuropsychopharmacologia Hungarica,* 15. évf. 4. sz. 223–231.

Új pszichoaktív szerek a 2015. évi ESPAD-kutatásban

Elekes Zsuzsanna

Előzmények

Az ESPAD (European School Survey on Alcohol and other Drugs) program 1994-ben indult azzal a céllal, hogy négyévente ismétlődően *időben és nemzetközileg összehasonlítható* adatokat gyűjtsön a fiatalok dohányzásáról, alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól. A program legfontosabb hosszú távú célja *a fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások mérése, az országonként eltérő trendek összehasonlítása*. Az első adatfelvételre 1995-ben került sor 26 európai ország részvételével. Ezt követően 1999-ben, 2003-ban, 2007-ben és 2011-ben készült adatfelvétel. 2015-ben tehát az ESPAD-kutatások hatodik hullámára került sor. A részt vevő országok száma 30–35 között változott a különböző adatfelvételek során. A nemzetközi eredmények önálló kötetekben jelentek meg (Hibell et al. 1997, 2000, 2004, 2009, 2012; The ESPAD Group 2016), valamint letölthetőek az ESAPD honlapjáról (www.espad.org.).

A 2015. évi magyarországi adatfelvételt az OTKA (K111740) és az EMMI támogatta. A 2015. évi kutatás Magyarországra vonatkozó eredményeit önálló kötetben publikáltuk (Elekes, 2015) Az egyéb drogokról és ezen belül a dizájner drogokról Nyírády Adrienn (2016) készített részletes elemzést.

Módszer

Az ESPAD-adatfelvételek célcsoportja *az adatfelvétel évében 16. évüket betöltő, iskolában tanuló fiatalok*.

2015-ben az adatfelvétel *az 1999-ben született, nappali tagozatos, normál iskolai képzésben részt vevő fiatalokra* terjedt ki, és nem vonatkozott azokra, akik tanulási rendellenesség vagy valamilyen egyéb szellemi és fizikai korlát miatt speciális képzésben vettek részt. Az ESPAD protokollja szerint *az adatfelvétel osztályos lekérdezéssel, önkitöltős módszerrel történt*. Az osztályos lekérdezés következtében, az ESPAD módszertani előírásainak megfelelően, mindazok az iskolai osztályok részét képezték a mintakeretnek, ahol az 1999-ben született korosztály *legalább 10%-a tanul.* Ennek megfelelően a magyarországi adatfelvételben a 9–10. évfolyamon tanuló diákok vettek részt.

A mintavétel *rétegzett véletlen mintavételi eljárással* készült. A rétegzés régió (Budapest, Nyugati Régió, Keleti Régió), évfolyam (9. és 10.), valamint az osztály típusa (szakiskola, szakközépiskola, gimnázium) szerint történt. Összesen 267 középiskolában 329 osztály került kiválasztásra. Az osztályok 7%-a utasította vissza a kutatásban való részvételt. Végül összesen 306 középiskolai osztályban 6664 kilencedik és tizedik évfolyamon tanuló diák töltötte ki érvényesen a kérdőívet. Ezen belül a kutatás célcsoportját képező, 1999-ben született fiatalok száma 2647 fő volt. A nemzetközi összehasonlításban és a trendek elemzésében csak a 16 éves diákok adatai szerepelnek, a 2015. évi Magyarországra vonatkozó elemzések a teljes 9–10. évfolyamos mintára kiterjednek.

Az ESPAD-program központi kérdőíve összesen 318 változóból állt, ebből 194 volt kötelező. *A magyar kérdőív valamennyi kötelező kérdést tartalmazta*, valamint a közös választható kérdésekből megkérdeztünk néhányat az alkoholfogyasztás körülményeire és az energiaital fogyasztására vonatkozóan. 2015-ben először tartalmazott a kötelező kérdéssor *új pszichoaktív szerekkel* kapcsolatos kérdéseket.

Az ESPAD kötelező kérdésblokk a következőképpen kérdezett az új pszichoaktív szerekről:

> *Mostanában hozzáférhetővé váltak olyan új szerek, amelyek különböző tiltott szerek (mint a marihuána vagy az ecstasy) hatását utánozzák. Ezek a szerek különböző néven ismertek, mint például dizájner drogok, etnobotanikumok, új pszichoaktív szerek, és különböző formában kerülnek forgalomba, mint például növényi törmelék, por, kristály vagy tabletta.*

Használtál valaha ilyen szert?
1 Igen, használtam már ilyen szert
2 Nem, soha nem használtam ilyen szert
3 Nem tudom, nem vagyok benne biztos
Milyen jellegű, formájú volt az az újfajta szer, amit az ELMÚLT 12 HÓNAPBAN használtál? Több választ is megjelölhetsz
1 Nem használtam az elmúlt 12 hónapban ilyen szert
1 Füstölésre, dohányzásra alkalmas növényi keverék, drogszerű hatással
1 Por, kristály vagy tabletta drogszerű hatással
1 Folyadék drogszerű hatással
1 Egyéb, éspedig: ……

A magyar adatfelvételben az ESPAD kötelező kérdéseit – a Nemzeti Drog Fókuszpont munkatársainak javaslata alapján – kiegészítettük a következő kérdésekkel:

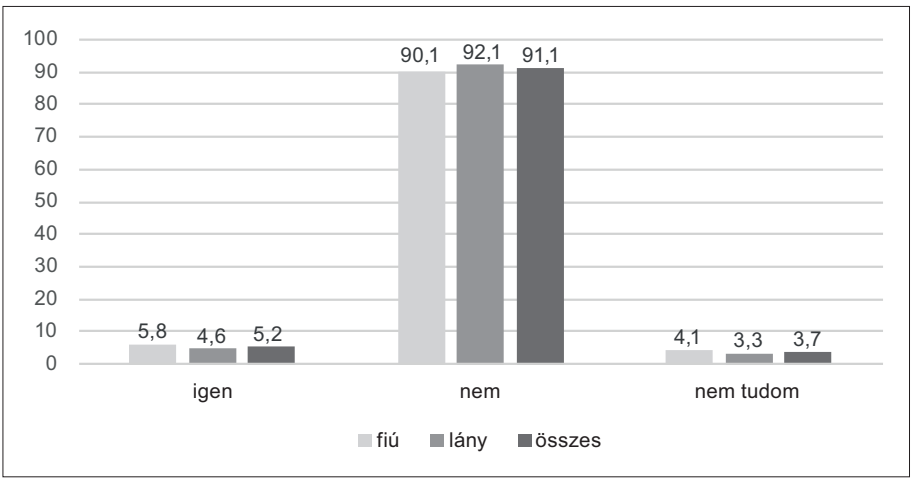
Előfordult-e veled, és ha igen, hányszor az életed során, hogy az alábbi szerek bármelyikét használtad?
a) Műfű, biofű, szintetikus kannabinoidok (új, marihuánához hasonló hatású szerek)
b) Új stimulánsok (kristály, zene, 4-mec, formek, penta, MDPV, szintetikus katinonok, új, amfetaminhoz hasonló hatású szerek)
c) Egyéb szer (írd ide a nevét)
Hány éves korodban próbáltad ki ELŐSZÖR a következő szereket?
a) Műfű, biofű, szintetikus kannabinoidok (új, marihuánához hasonló hatású szerek)
b) Új stimulánsok (kristály, zene, 4-mec, formek, penta, MDPV, szintetikus katinonok, új, amfetaminhoz hasonló hatású szerek)
c) Egyéb szer (írd ide a nevét)

Mit gondolsz, az alábbiak közül honnan tudnál beszerezni dizájner drogot (műfű, biofű, új stimulánsok stb.), ha akarnál? Több választ is jelölhetsz
1 baráttól, ismerőstől
2 családtagtól
3 dílertől
4 internetről
5 head shopokból
6 máshonnan (írd ide):
Ha kipróbálnál valamilyen dizájner drogot, miért tennéd, vagy ha kipróbáltad, mi volt az oka? Több választ is jelölhetsz
1 nem olyan káros, mint a hagyományos drogok
2 könnyű beszerezni
3 legális, nem büntetik a fogyasztást
4 olcsó
5 a többiek is ezt fogyasztják
6 nem mutatható ki rendőrségi tesztekkel
7 kíváncsiságból, az újdonság miatt
8 intenzívebben hat
9 a médiában erről beszélnek
10 nem tudom

Eredmények

Az ESPAD kötelező kérdése alapján a 9–10. évfolyamos magyar diákok 5,2%-a használt már életében legalább egyszer valamilyen új pszichoaktív szert. A megkérdezettek 3,7%-a nem tudta eldönteni, hogy fogyasztotta-e már a kérdezett szerek valamelyikét. A fiúk és a lányok közötti különbség szignifikáns ($p<0,05$): a fiúk valamelyest nagyobb arányban válaszolták azt, hogy használtak ilyen szert, és magasabb a „nem tudom” válaszok aránya is (1. ábra).

1. ábra. Új pszichoaktívszer-használat nemenként a 9–10. évfolyamon tanuló diákok körében 2015-ben az ESPAD-kérdés alapján (%)

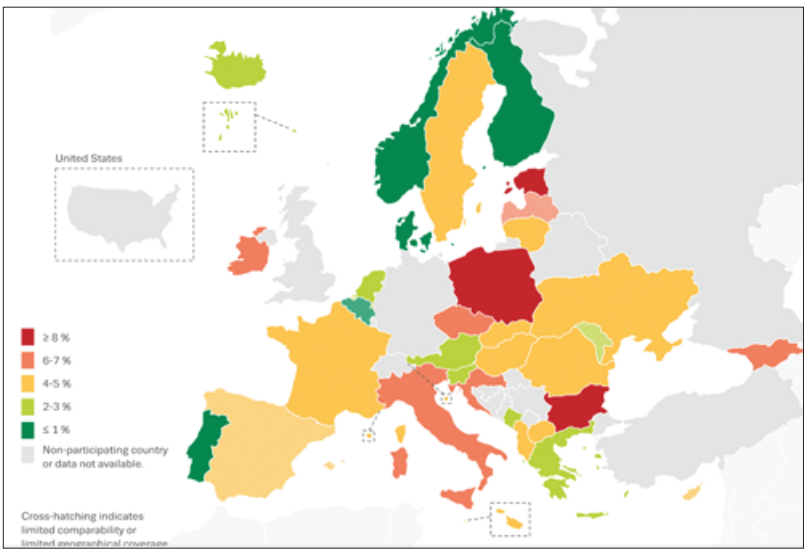


A nemzetközi összehasonlításban részt vevő 16 éves diákok között a valaha dizájner drogot használók aránya alacsonyabb (3,6%), mint a teljes 9–10. évfolyamos mintában. Ebben a korcsoportban a fiúk és a lányok közötti különbség nem szignifikáns: a fiúk 3,4%-a, a lányok 3,7%-a próbált már valaha ilyen szert.

Az ESPAD-kutatásban 2015-ben részt vevő 35 ország átlagát tekintve az új pszichoaktív szerek életprevalencia-értéke a 16 évesek között 4% volt. A legmagasabb értékeket Észtországban és Lengyelországban regisztrálták (10-10%), a legalacsonyabbakat pedig Belgiumban, Dániában, Finnországban, Norvégiában és Portugáliában (1%-os életprevalencia-aránnyal). A nemek közötti különbség a legtöbb ESPAD-országban alacsony.[1] Magyarország az új pszichoaktív szerek életprevalencia-értéke alapján Európa közép mezőnyébe tartozik (2. ábra).

[1] The ESPAD Group 2016: 62.

2. ábra Új pszichoaktív szerek életprevalencia-értéke, ESPAD 2015 – 16 évesek[2]

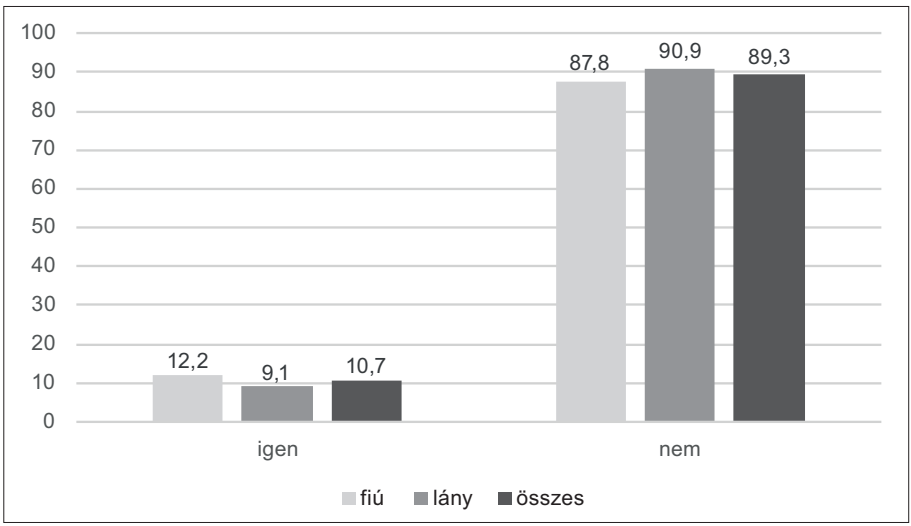


Az ESPAD kötelező kérdések részeként kérdeztük meg a diákokat arról, hogy *milyen jellegű volt az a szer, amit az elmúlt 12 hónapban használtak* (több válasz is jelölhető volt). A megkérdezettek legnagyobb arányban (5,8%) füstölésre, dohányzásra alkalmas növényi szert használtak. 1,9% válaszolta azt, hogy por, kristály vagy tabletta formájában használta a szert, és csupán 0,3% jelezte, hogy valamilyen drogszerű hatással bíró folyadékot használt.

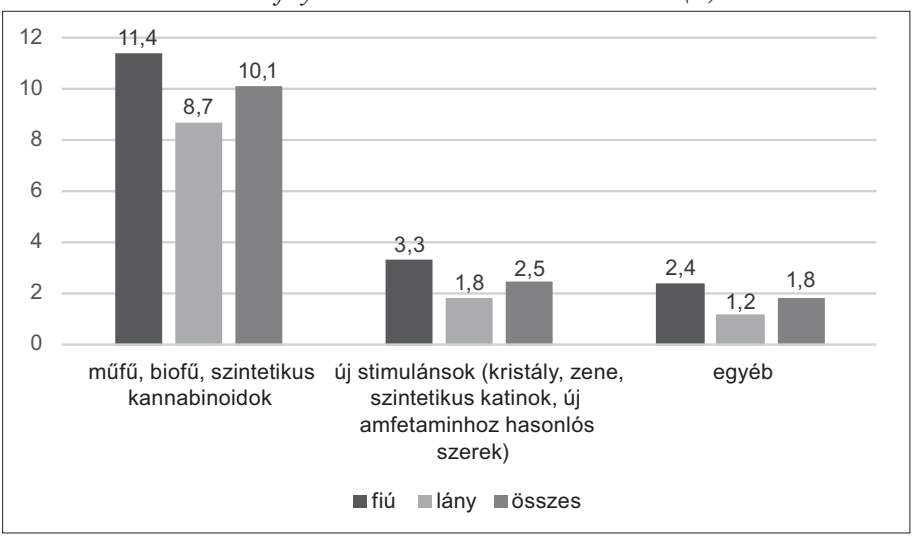
A csak a magyar adatfelvételben használt, részletesebben megfogalmazott kérdés alapján kapott válaszok szerint a magyar 9–10. évfolyamos diákok 10,7%-a fogyasztott már az élete során valamilyen új pszichoaktív szert (3. ábra). A fiúk és a lányok közötti különbségek szignifikánsak ($p<0,005$). A diákok többsége 1-2 alkalommal használt ilyen szert, 6 vagy több alkalommal csupán 3,4%-uk használta (fiúk: 4,6%, lányok: 2,3%).

[2] http://www.espad.org/report/figure-17a-lifetime-use-new-psychoactive-substances-nps-2015-percentages-table-39, letöltés ideje: 2017.02.10.

3. ábra: Új pszichoaktívszer használat nemenként a 9–10. évfolyamon tanuló diákok körében 2015-ben, részletező kérdés alapján 8%)



4. ábra: A különböző szertípusokat legalább egyszer az életben kipróbálók aránya 9–10. évfolyamon tanuló diákok között 2015-ben (%)

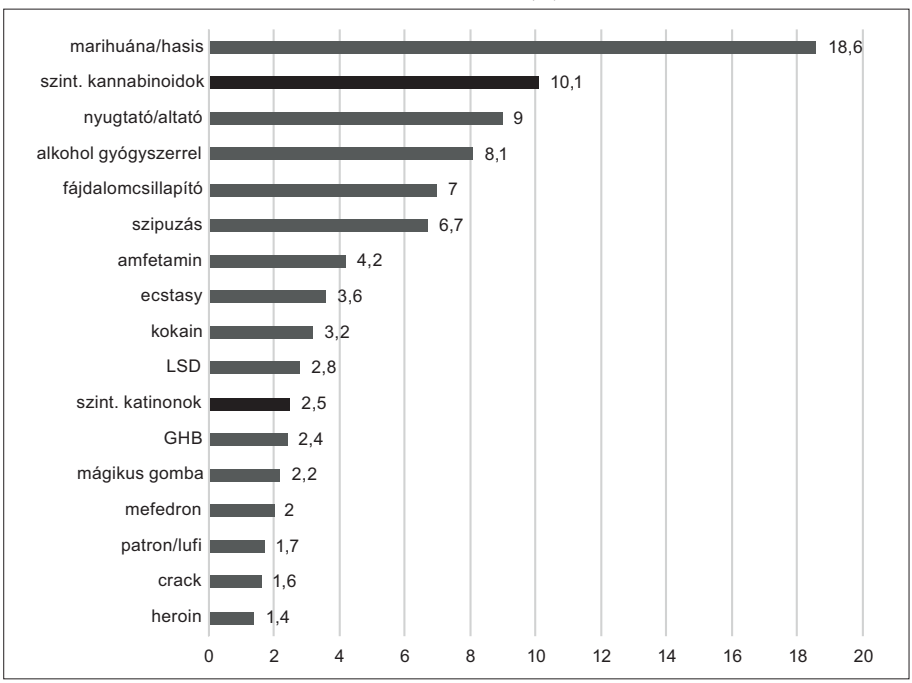


A válaszok alapján a legelterjedtebb a műfű, biofű, szintetikus kannabinoidok használata. Sokkal kisebb arányban használják a magyar fiatalok az új pszichoaktív szerek másik nagy csoportját, az új stimulánsokat (4. ábra). A többszöri fogyasztás mindkét szercsoport esetében ritkán fordult elő: szintetikus kannabinoidokat a megkérdezett diákok 2,9%-a, új stimulánsokat pedig 0,8% fogyasztott hat vagy több alkalommal az élete során.

A diákok 1,8%-a nevezett meg valamilyen egyéb szert. Ezek között az alábbi elnevezések szerepeltek többek között: *varázsdohány, bio, bogyó, dodo, smiley, herbal, krokodil, juh, igazi fű, snüsz, speed, szent kristály, zen*.

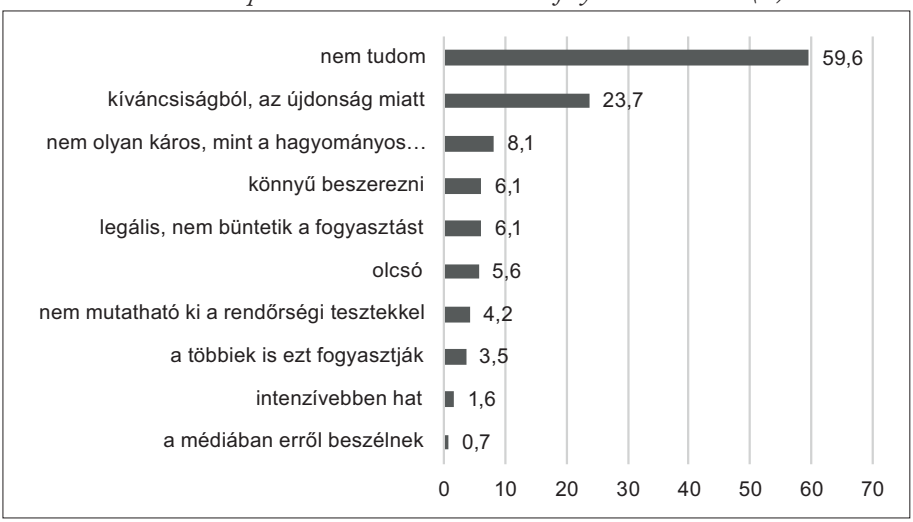
Az új pszichoaktív szerek elterjedtségét a kutatásban megkérdezett többi „egyéb drog" elterjedtségével összehasonlítva azt látjuk, hogy az életprevalencia-értékek alapján 2015-ben *a második legelterjedtebb volt a szintetikus kannabinoidok kipróbálása*. A szintetikus katinonok elterjedtsége a többi vizsgált szerhez hasonlítva is csekélynek mondható (5. ábra).

5. ábra: Szerenkénti életprevalencia-értékek a 9–10. évfolyamon tanuló diákok körében 2015-ben (%)



A kipróbálás *motívumaira* vonatkozó kérdésnél több választ is jelölhettek a fiatalok. A legnagyobb arányban a kíváncsiságot és az újdonságot említették. 8,1% vélte úgy, hogy az új pszichoaktív szerek nem olyan károsak, mint a hagyományos drogok. Kevesebben említették a könnyű beszerezhetőséget, a szerek legalitását és az olcsóságot. Legkisebb arányban a hatás intenzitását és a médiát említették a fogyasztás motívumai között (6. ábra).

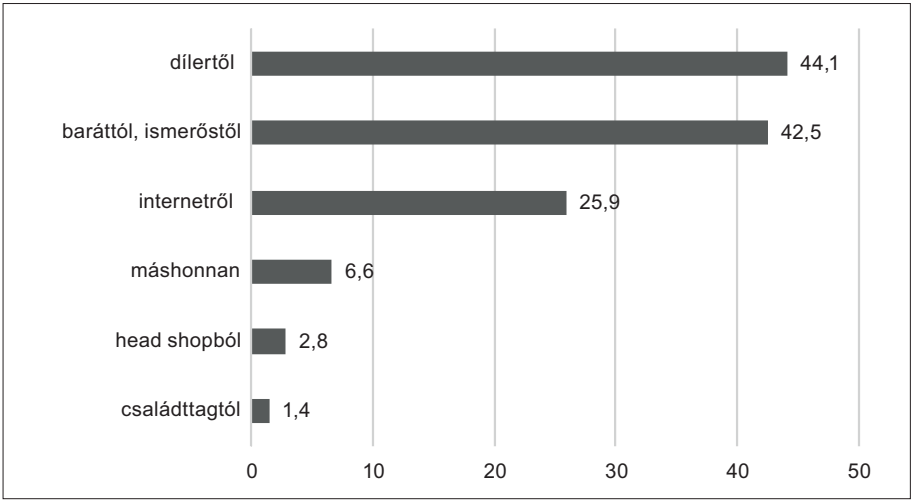
6. ábra: A kipróbálás motívumai a 9–10. évfolyamos diákoknál (%)



A szer *beszerzésének forrására* vonatkozó kérdésnél szintén több választ adhattak meg. A legtöbb fiatal a dílert és barátot/ismerőst jelölte. Egynegyedük vélte úgy, hogy az internetről tud szerezni új pszichoaktív szert. Nagyon kevesen választották a többi forrást mint lehetséges beszerzési módot (7. ábra).

A „máshonnan" lehetőségnél megkértük a válaszolókat, írják be, mi ez a hely. Néhány példa a kapott válaszokból: *8. ker. Szigony utca, 8. ker., a lakhelyemen vannak olyan emberek, a mai világban bárhonnan lehet, deep, web, díler havertól, disco, házibuli, ebay, Hős utca, Dankó utca, Józsefvárosi piac, kertemből, osztálytárs, pályaudvar, park, boltból, bulikról, cimboráktól, utca*.

7. ábra A beszerzés lehetséges forrásai a 9–10. évfolyamosok véleménye alapján (%)

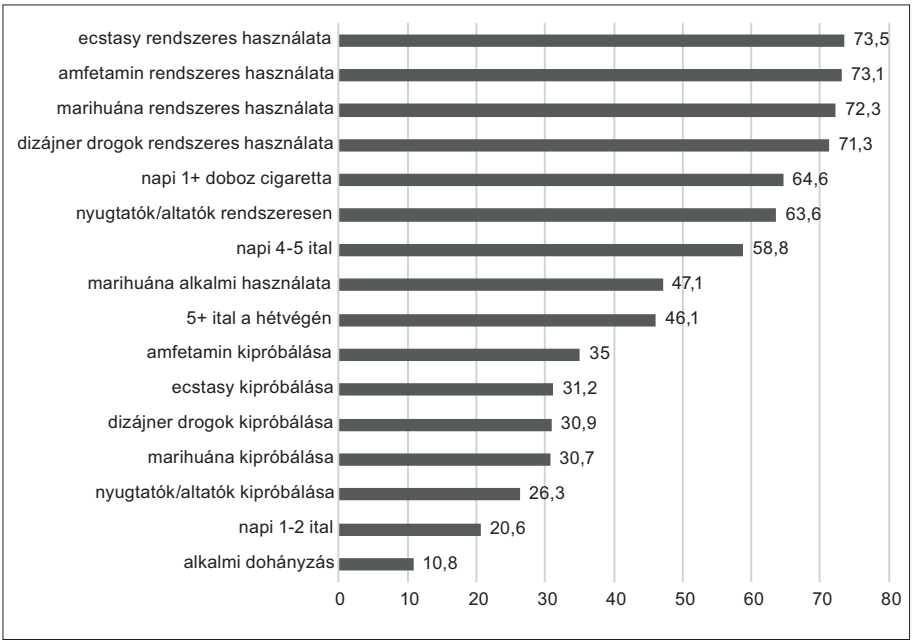


A szerekkel kapcsolatos attitűdök megismerése céljából megkérdeztük a diákok véleményét arról is, hogy szerintük *mennyire veszélyeztetik magukat* az emberek különböző szerek alkalmi vagy rendszeres fogyasztása esetén.

A korábbi évekhez hasonlóan, a fiatalok legveszélyesebbnek a különböző tiltott szerek rendszeres használatát tekintik. A diákok megítélése alapján a legveszélyesebb az ecstasy és az amfetaminok rendszeres használata, ettől alig marad el a rendszeres marihuánahasználat veszélyességének a megítélése. A rendszeres dizájnerdrog-használat szintén a legveszélyesebbnek tartott fogyasztási formák csoportjába tartozik, de a megkérdezettek valamelyest kisebb aránya tartja nagyon veszélyesnek a rendszeres dizájnerdrog-használatot, mint a tiltott szereket.

Kipróbálás szintjén a dizájner drogok megítélése hasonló a marihuánáéhoz. A megkérdezettek csupán 30%-a tartja nagyon veszélyesnek a dizájner drogok *kipróbálását*. Ennél valamivel többen tartják veszélyesnek az ecstasy és különösen az amfetaminok kipróbálását (8. ábra).

8. ábra: A különböző fogyasztási formákat nagyon veszélyesnek tartók aránya a 9–10. évfolyamon tanuló diákok körében 2015-ben (%)



A továbbiakban azt vizsgáljuk meg, *helyettesítik-e az új pszichoaktív szerek más tiltott vagy legális szerek használatát, illetve társadalmi státus alapján különböznek-e az új pszichoaktív szereket használók más szerek fogyasztóitól.*

Először megvizsgáltuk a szerfogyasztás néhány kiemelt mutatója (napi dohányzók aránya, előző hónapban legalább egyszer alkoholt fogyasztók aránya, előző hónapban legalább egyszer nagyivók[3] aránya és a tiltott szereket,[4]

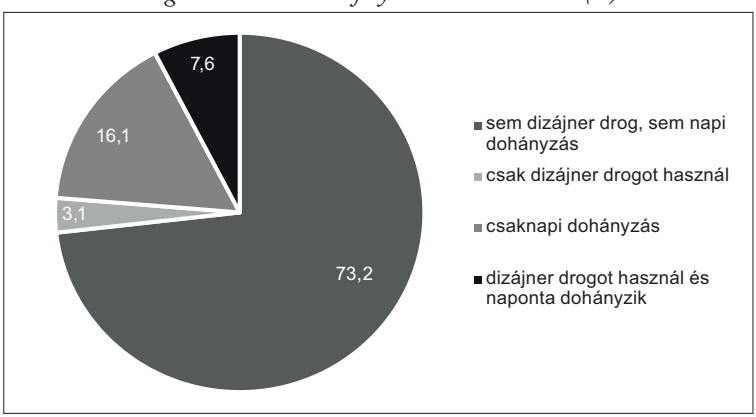
[3] Az ESPAD-kutatások során *nagyivásnak* a legalább *öt ital egymás után történő elfogyasztását* tekintettük, amikor egy ital 5 dl sört vagy 1,5 dl bort vagy fél dl töményt jelentett.

[4] *Tiltott szerek* közé az ESPAD-ban kezdetektől megkérdezett és valamennyi ESPAD-beszámolóban tiltott szerek között szereplő drogokat soroltuk: marihuána/hasis, ecstasy, amfetaminok, LSD vagy más hallucinogének, crack, kokain, heroin.

droghasználati célú szereket[5] és orvosi javaslat nélküli szereket[6] az életben legalább egyszer használók aránya), valamint a dizájner drogokat az életben legalább egyszer kipróbálók aránya közötti kapcsolatot.

A napi dohányzók aránya és a dizájner drogokat valaha kipróbálók aránya közötti kapcsolat szignifikáns (p<0,005). A diákok 23,7%-a napi dohányzó, és közülük 7,6% használt már dizájner drogot is, azaz a dizájner drogot valaha kipróbálók 71%-a napi rendszerességgel dohányzik. Az összes diák 3,1%-a nem dohányzik napi rendszerességgel, de kipróbált már életében valamilyen új pszichoaktív szert. Ennek alapján azt mondhatjuk, hogy *a dizájner drogot használók többsége rendszeresen dohányzik,* és kevés olyan fiatal van, aki kipróbált már valamilyen dizájner drogot, de nem rendszeres dohányzó (9. ábra).

9. ábra A napi dohányzók és a dizájner drogokat valaha már kipróbáltak megoszlása a 9–10. évfolyamos diákok között (%)



Az alkoholfogyasztás és a dizájner drogok használatának a kapcsolatát két mutatóval, az előző hónapban alkoholt fogyasztók arányával és a nagyivás előző havi legalább egyszeri előfordulásával vizsgáltuk.

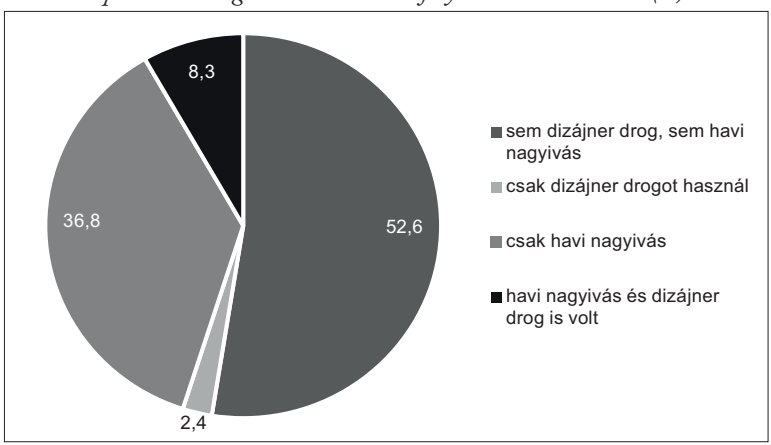
[5] *Droghasználati célú szerfogyasztásnak* tekintjük az „ESPAD tiltott szereken" kívül a mágikus gomba, GHB, egyéb opiátok (pl. máktea), szerves oldószerek, patron/lufi és a mefedron használatát.

[6] Az *orvosi javaslat nélküli gyógyszerek* kategóriája a nyugtatók/altatók, fájdalomcsillapítók és az alkohol gyógyszerrel történő együttes fogyasztását jelenti.

Az előző havi alkoholfogyasztás és a dizájner drogok használata – a dohányzáshoz hasonlóan – szintén szignifikáns kapcsolatot mutat (p<0,005). A megkérdezett 9–10. évfolyamos diákok 60,5%-a fogyasztott alkoholt a kérdezést megelőző hónapban. Az előző havi alkoholfogyasztók 15,4%-a használt már az életében valamilyen dizájner drogot. *A dizájner drogot használók 87%-a fogyasztott alkoholt a megelőző hónapban*, és az összes megkérdezett között csupán 1,4% azok aránya, akik használtak dizájner drogot, de nem fogyasztottak alkoholt.

Hasonló eredményeket kaptunk az előző havi nagyivás és a dizájner drogok használata közötti kapcsolata vizsgálatakor is. A két szerfogyasztás között ebben az esetben is szignifikáns a kapcsolat (p<0,005). A *dizájner drogot már használt fiatalok több mint háromnegyede számolt be előző havi nagyivásról,* és az összes megkérdezett alig több mint 2%-a használt dizájner drogot úgy, hogy nem fordult elő vele nagyivás a kérdezést megelőző hónapban (10. ábra).

10. ábra Az előző hónapban nagyivók és a dizájner drogokat valaha már kipróbáltak megoszlása a 9–10. évfolyamos diákok között (%)

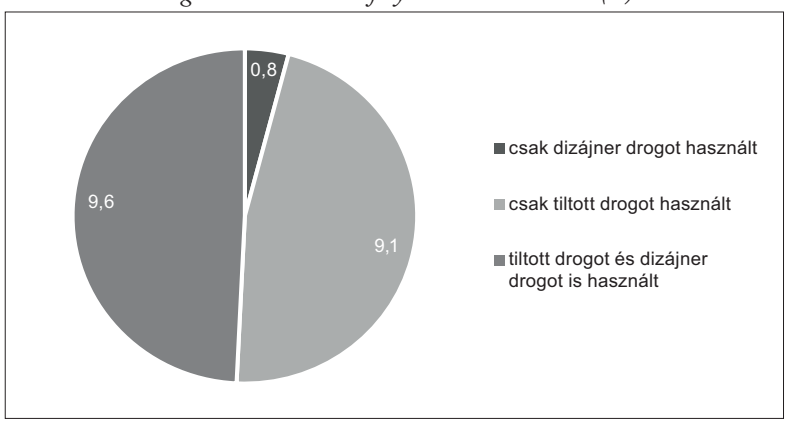


Az egyéb drogok és a dizájner drogok fogyasztása szintén szignifikáns kapcsolatot mutat. Akár a tiltott szerek, droghasználati célú szerek vagy orvosi javaslat nélküli gyógyszerek fogyasztásának életprevalencia-értékét hasonlítjuk össze a dizájner drogot valaha már kipróbáltak arányával, min-

den esetben szignifikáns kapcsolatot kapunk (p<0,005). *Azaz a különböző egyéb drogfogyasztási formák és a dizájner drogok fogyasztása együtt jár.*

A megkérdezett 9–10. évfolyamos középiskolások 18,7%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott drogot. A tiltott drogot valaha használók több mint fele kipróbált már valamilyen dizájner drogot, és *a dizájner drogot használók 92,3%-a használt már valamilyen tiltott drogot.* A megkérdezett diákoknak összesen csupán 0,8%-a használt dizájner drogot, de nem próbált még semmilyen tiltott szert (11. ábra).

11. ábra A tiltott drogokat és a dizájner drogokat valaha már kipróbáltak megoszlása a 9–10. évfolyamos diákok között (%)



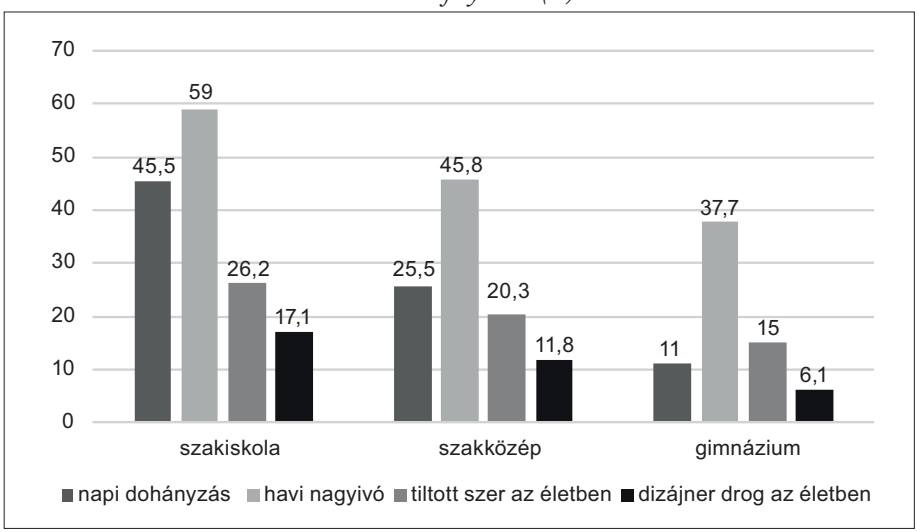
A droghasználati célú szerek esetében hasonló tendenciát figyelhetünk meg. A dizájner drogot valaha használók 94%-a használt más droghasználati célú szert, és csupán a megkérdezettek 0,6%-a jelezte, hogy használt már valamilyen dizájner drogot, de nem próbált ki még semmilyen droghasználati célú szert.

Az orvosi javaslat nélküli nyugtató-/altatófogyasztás is szignifikáns kapcsolatot mutat a dizájner drogot valaha használók arányával (p<0,005). A dizájner drogot használók körében azonban az orvosi javaslat nélküli gyógyszerhasználat látszik a legkevésbé elterjedtnek. Míg a korábban vizsgált szerek fogyasztása a dizájnerdrog-használók többségére jellemző volt, addig az orvosi recept nélküli nyugtató-/altatóhasználat az új pszichoaktív szert használók csupán felénél fordult elő.

A továbbiakban a szerfogyasztás főbb indikátorait (a napi dohányzók arányát, a havi legalább egyszeri nagyivók arányát, a tiltott szereket és a dizájner drogokat az életben legalább egyszer kipróbálók arányát) vizsgáljuk a fontosabb, társadalmi státust jelző mutatók mentén.

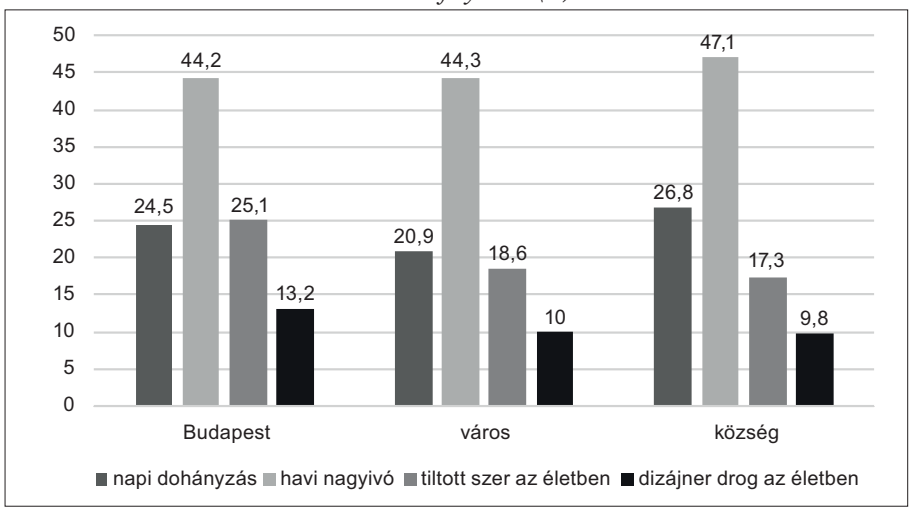
A *középiskola típusa* valamennyi vizsgált indikátorral szignifikáns kapcsolatot mutat ($p<0,005$). A dohányzás, a nagyivás, a tiltottszer-fogyasztás és a dizájnerdrog-fogyasztás is a szakiskolákban a legelterjedtebb, és a gimnáziumban tanulók között fordul elő a legkisebb arányban (12. ábra).

12. ábra: A szerfogyasztás főbb mutatói az iskola típusa szerint a 9–10. évfolyamon (%)



A család *lakóhelyének* típusa (Budapest, város, község) a napi dohányzással, a tiltott szerek és a dizájner drogok használatával mutatott szignifikáns kapcsolatot ($p<0,005$), a nagyivással azonban nem. A napi dohányzás a községben élő fiatalok körében az elterjedtebb, és valamivel kisebb mértékű városokban és Budapesten. A tiltott szerek és a dizájner drogok kipróbálása egyaránt a Budapesten élők között a legelterjedtebb, és községekben a legkisebb mértékű (13. ábra).

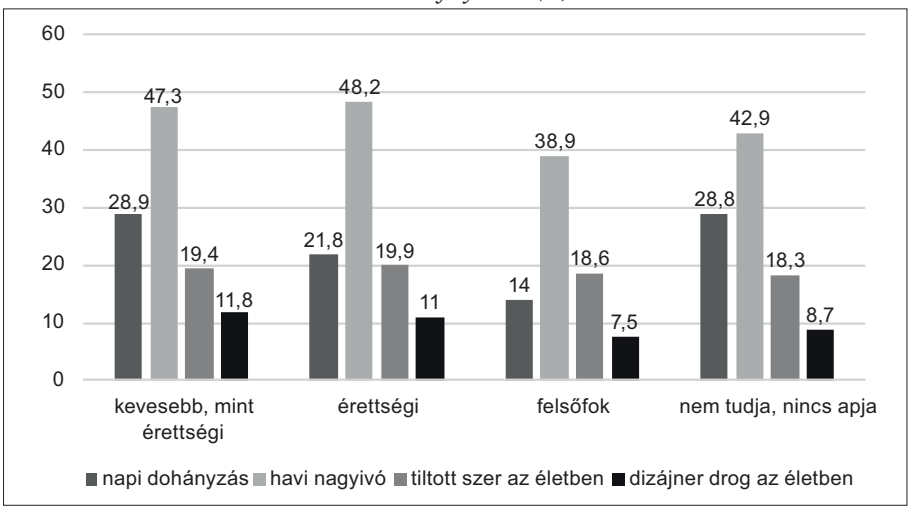
13. ábra: A szerfogyasztás főbb mutatói a lakóhely típusa szerint a 9–10. évfolyamon (%)



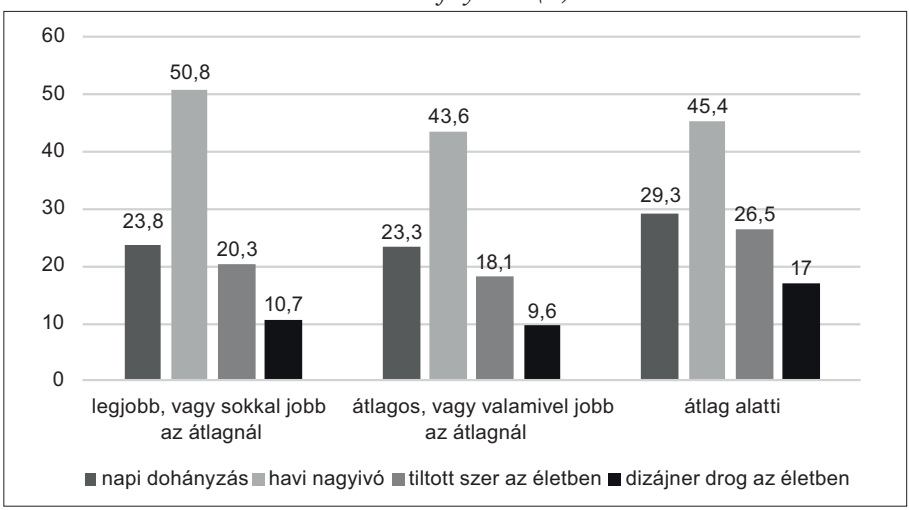
Az *apa iskolai végzettsége* és a fiatalok tiltottszer-fogyasztásának életprevalencia-értéke nincs szignifikáns kapcsolatban, tehát a család társadalmi státusát leginkább kifejező *iskolai végzettség nincs hatással a tiltott szer fogyasztására*. A többi vizsgált fogyasztási forma – a napi dohányzás, a nagyivás és a dizájner drogot valaha fogyasztók aránya – szignifikáns kapcsolatban van a megkérdezettek apjának iskolai végzettségével, minden esetben $p<0,005$.

A napi dohányzók aránya és a dizájner drogot valaha használók aránya is legmagasabb a legalacsonyabb iskolai végzettségű apák gyerekei között, és legkevésbé jellemző felsőfokú végzettséggel rendelkező apák gyerekeire. A nagyivás csekély mértékben elterjedtebb az érettségivel rendelkezők apák gyerekei között, mint az ennél alacsonyabb végzettséggel rendelkező apák gyerekeinél. Azonban a napi dohányzáshoz és a dizájner drogok használatához hasonlóan, a nagyivás is legkevésbé a felsőfokú végzettségűek gyerekeire jellemző (14. ábra).

14. ábra: A szerfogyasztás főbb mutatói az apa iskolai végzettsége szerint a 9–10. évfolyamon (%)



15. ábra: A szerfogyasztás főbb mutatói a család anyagi helyzete szerint a 9–10. évfolyamon (%)



A *család anyagi helyzetét* a megkérdezett diákok szubjektív megítélése alapján mértük. Valamennyi szerfogyasztási mutató esetében *szignifikáns a kapcsolat az anyagi helyzettel.* (Napi dohányzás esetében $p<0,05$, a többi szer

fogyasztása esetében p<0,005.). A napi dohányzás, a tiltott szerek és a dizájner drogok kipróbálása is legelterjedtebb a családjuk anyagi helyzetét *átlag alattinak* ítélők között. Ugyanakkor az előző havi nagyivás legnagyobb arányban a családjukat a legjobb anyagi helyzetűek közé sorolók között fordul elő. Valamennyi vizsgált szerfogyasztási forma az átlagos vagy az átlagot csak kismértékben meghaladó anyagi helyzetű családok gyerekei között fordul elő a legritkábban (15. ábra).

Következtetések

A 2015. évi magyarországi ESPAD-kutatás 9–10. évfolyamos diákokra vonatkozó eredményei szerint *a fiatalok 10,7%-a próbált már valamilyen új pszichoaktív szert,* többségükben szintetikus kannabinoidokat A 16 évesekre vonatkozó összehasonlítható adatok alapján a magyar fialok körében a dizájner drogok használata nem kiemelkedően magas és nem kiemelkedően alacsony, *az európai átlagnak megfelelően alakul*. Ugyanakkor a magyar középiskolásokat jellemző szerfogyasztási struktúrában a szintetikus kannabinoidok a második helyet foglalták el, azaz *a marihuána után a második legelterjedtebben fogyasztott egyéb drogok*. A kipróbálás leggyakoribb motívuma a kíváncsiság, a beszerzés leggyakoribb forrása pedig a díler, illetve a barát vagy ismerős volt. Az ESPAD-adatok tehát *nem támasztották alá sem azt a feltételezést, hogy az új pszichoaktív szerek kipróbálása mögött elsősorban az olcsóság vagy a legalitás húzódik meg fő motívumként, és azt sem igazolták, hogy a beszerzés fő forrása az internet*.

Elemzésünk szerint az új pszichoaktív szerek használata szoros kapcsolatban van más szerek használatával. *Az új pszichoaktív szereket kipróbáló diákok túlnyomó többsége rendszeresen dohányzik, alkoholt fogyaszt, és kipróbált más tiltott szert is.* Elenyésző azoknak az aránya, akik a dizájner drogok mellett semmilyen más drogot nem használtak. *Az ESPAD-adatok tehát nem támasztják alá azt a feltételezést sem, hogy a dizájner drogokat a fiatalok az alkohol vagy más drogok pótlására, azok helyett használják*. Ezeket a szereket ugyanazok próbálják ki, akik rendszeresen dohányoznak, nagyobb mennyiségben fogyasztanak alkoholt, és kipróbálják a tiltott szereket.

A *dizájner drogok használata jellemzőbb a fővárosi szakiskolában tanuló, alacsonyabb iskolai végzettségű apák gyerekeire, ahol a család szubjektív anyagi helyzete az átlagosnál rosszabb.* Az új pszichoaktív szereket használóknak a társadalmi eloszlása nem különbözik a tiltott szert kipróbálókétól. A napi rendszerességgel dohányzóktól csupán annyiban különböznek, hogy a dohányzók valamelyest nagyobb arányban élnek községekben, a nagyivó között szintén valamelyest magasabb a községben élők, valamint a jobb anyagi helyzetben élők aránya. Összességében azonban adataink arra utalnak, hogy *a dizájner drogok használata nem mutat lényegesen más társadalmi eloszlást, mint más szerek használata.*

Eredményeink korlátjaként kell megemlítenünk azt, hogy az új pszichoaktív szerek elterjedtségének kérdőívvel történő kutatása még kísérleti szakaszában van, és azt, hogy a kutatás iskolában tanuló 9–10. évfolyamosokra vonatkozott. Bár a minta a korosztály 95%-át reprezentálta, a korcsoportos lehatárolás az eredményeket is erre a korcsoportra teszi csak érvényessé.

Irodalom

Elekes Zsuzsanna (szerk.) (2016): *Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015. Magyarországi eredmények.* Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet.

Hibell, B. – Andersson, B. – Ahlström, S. – Balakireva, O. – Bjarnasson, T. – Kokkevi, A. – Morgan, M. (2000): *The 1999 ESPAD Report. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.* Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. Stockholm, CAN, Council of Europe.

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

Hibell, B. – Andersson, B. – Bjarnasson, T. – Kokkevi, A. – Morgan, M. – Narusk, A. (1997): *The 1995. ESPAD Report – Alcohol and Other Drug*

Use Among Students in 26 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Stockholm, CAN, Council of Europe.

Hibell, B. – Guttormsson, U. – Ahlström, S. – Balakireva, O. – Bjarnason, T. – Kokkevi, A. – Kraus, L. (2009): *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries.* Stockholm, CAN, EMCDDA, Council of Europe.

Hibell, B. – Guttormsson, U. – Ahlström, S. – Balakireva, O. – Bjarnason, T. – Kokkevi, A. – Kraus, L. (2012): *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries.* Stockholm, CAN, EMCDDA, Council of Europe.

Nyírády Adrienn (2016): Egyéb drogok, új pszichoaktív szerek. In Elekes Zsuzsanna (szerk.): *Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015. Magyarországi eredmények.* Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet. 57–74.

The ESPAD Group (2016): *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Lisbon, EMCDDA.

ÚPSZ-használattal kapcsolatos epidemiológiai tapasztalatok az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP 2015) című kutatás alapján

Paksi Borbála

Mint tudjuk, a társadalmi jelenségek szinte mindegyikének többféle arculata, értelmezésének sokféle nézőpontja van, s a megismerésükre irányuló különféle törekvések a jelenségek különböző „valóságait" mutatják meg. Nincs ez másként az addikciók kapcsán sem, s az olyan, viszonylag új társadalmi jelenségek esetében, mint amilyen az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használata, ezeknek a különböző dimenzióknak felfejtése igazi kihívás.

Már több mint fél évtizede megjelentek az új pszichoaktív szerek a magyarországi droghasználatban, de – Európa más országaihoz hasonlóan (EMCDDA, 2016) – ma is meglehetősen kevés információ áll rendelkezésre a használat populációs elterjedtségéről,[1] használatának és használóinak mintázódásairól. A média sokszor szenzációként tudósít egy-egy problémás esetről. A szociális és egészségügyi ellátásban dolgozók jelzései többnyire a hagyományos droghasználó csoportokhoz képest egy fokozot-

[1] Ugyan egyre több ország terjeszti ki a normálpopulációs vizsgálatait (is) az új pszichoaktív szerekre, de az eltérő módszerek és kérdések egyelőre határt szabnak az adatok és az azokban rejlő tendenciák értelmezésének. „2011 óta 11 európai ország közölt becslést az új pszichoaktív szerek használatáról […] Ezen anyagok használatának előző éves prevalenciája az Eurobarométer gyorsfelmérésében szereplő korcsoportban, a fiatalabb felnőttek (15–24 évesek) körében a lengyelországi 0,0% és az írországi 9,7% között mozog." (EMCDDA, 2016) Ugyanakkor a 16 éves iskolás populációra irányuló – jelen kötetben részletesen bemutatott – ESPAD-kutatás eredményei egészen más országok közötti mintázódást jeleznek: Lengyelország (Észtországgal) a legnagyobb érintettségű országok közé tartozik (LTP 10%).

tan kockázatos szerhasználattal jellemezhető, speciális fogyasztói csoportként írják le az ÚPSZ-használókat. De vajon ez a kép mennyiben fedi le a magyar társadalomban jelen lévő ÚPSZ-használat összetett valóságát? Más nézőpontokból milyen arca mutatkozik meg?

Az alábbi tanulmány a magyarországi ÚPSZ-használatnak az általános populációs epidemiológiai vizsgálatok által felfedhető arcát próbálja megvilágítani. Mennyire elterjedt az ÚPSZ-használat a magyar társadalomban? Mondhatjuk-e, hogy egy – szerhasználati és társadalmi jellemzői tekintetében más droghasználóktól eltérő – új szerhasználói csoport jelent meg az ÚPSZ-használat elterjedésével Magyarországon? Kik használnak új pszichoaktív szereket? Tanulmányunkban ezekre a kérdésekre keressük a választ a felnőtt népesség körében 2015-ben készült Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP)[2] című kutatás alapján.

A felhasznált adatok módszertani jellemzői

Az elemzés alapját képező Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról című vizsgálat módszertani hátterének kialakítása a nemzetközi ajánlásokból és a hazai drogepidemiológiai kutatási előzményekből építkezik.

Az OLAAP (Paksi és mtsai, 2015) kutatás a magyarországi 18–64 éves népesség bruttó 2477, nettó 2247 fős, régió, településméret és életkor szerint rétegzett véletlen mintáján történt, a 18–34 éves populáció felülreprezentálásával. A 18–64 éves népességre vonatkozó – a felülreprezentációt (és a mintakiesések miatti torzulásokat korrigáló) súlyozás utáni – országos reprezentatív mintanagyság 1490 fős, a 18–34 évesekre vonatkozó, szintén országos reprezentatív minta pedig 1534 fő adatait tartalmazza.

Az adatfelvétel a mintába került személyek személyes megkeresésével, ezen belül ún. „kevert", módszerrel, 2015 tavaszán zajlott. A szociodemográfiai kérdések felvétele kérdezőbiztosok közreműködésével, „face to face" technikával, a drog-, illetve alkoholfogyasztással kapcsolatos, valamint más

[2] A kutatás az OTKA (pályázati azonosító: K.109375) és az EMMI támogatásával készült.

szenzitív kérdések (viselkedési addíciók, pszichológiai háttérváltozók) megválaszolása pedig önkitöltős módszerrel történt.

1. táblázat: Az OLAAP-kutatás módszertani jellemzőinek összefoglalása

Az adatfelvétel ideje	2015. március–április
Területi lefedettség	országos
Célpopuláció	18–64 éves magyarországi lakónépesség
Mintakeret	az Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala (KEKKH) 2014. január 1-i nyilvántartása szerint érvényes lakcímmel rendelkező állandó lakosság (6 583 433 fő)
Mintaválasztás módja	régió, településméret, életkor szerint rétegzett véletlen minta, a 18–34 évesek felülreprezentálásával
Mintanagyság	teljes minta: Br: 2477 fő / N: 2274 18–64 éves minta: N: 1490 18–34 éves minta: N: 1534
Elméleti hibahatár	az almintákban 95%-os megbízhatósági szinten ±2,6%
Adatgyűjtési eljárás	kevert: face to face + önkitöltős technika
Adatfelvétel eszköze	EMQ + ÚPSZ + viselkedési addikciók + pszichológiai háttérváltozók + attitűdök + szociodemográfiai kérdések
Súlyozás	a felülreprezentáció és a mintakiesések miatti torzulások korrigálására rétegkategóriák szerinti mátrixsúlyozás

A drogfogyasztással kapcsolatos kérdések kialakítása a korábbi magyarországi általános populációs drogepidemiológiai vizsgálatokra (Paksi – Elekes, 2003; Elekes, 2004; Paksi és mtsai, 2009), az EMCDDA modellkérdőíveire (EMQ) (EMCDDA, 1999, 2002), aktuális indikátorigényeire, a kétezres években Európában készült drogepidemiológiai vizsgálatok metaanalízisét tartalmazó „Drug use: an overview of general population surveys in Europe" c. kötet (Decorte et al. 2009) tapasztalataira, valamint az új szerek (NPS) használatának nyomon követése tekintetében megfogalmazott EMCDDA ajánlásokra (EMCDDA, 2015) támaszkodik. A pre-

valenciaértékek számítása és egyéb adatfeldolgozási metodikák tekintetében szintén az EMQ (EMCDDA, 1999, 2002) ajánlásait követtük.

Az új pszichoaktív szerekre vonatkozó kérdések előtt az alábbi felvezető szöveget alkalmaztuk:

> *„Mostanában hozzáférhetővé váltak olyan új szerek, amelyek különböző tiltott szerek (mint a marihuána vagy az ecstasy) hatását utánozzák. Ezek a szerek különböző néven ismertek, mint például dizájner drogok, új pszichoaktív szerek, szintetikus kannabisz, és különböző formában kerülnek forgalomba, mint például növényi törmelék, por, kristály vagy tabletta."*

Ezt követően a szintetikus katinonokra vonatkozó kérdések során alkalmazott meghatározás a következő volt: *új stimulánsok (kristály, penta, 4-mec, formek, MDPV, szintetikus katinonok, zene, új, amfetaminhoz hasonló hatású szerek).*

Az ÚPSZ-kel összefüggésben vizsgált kérdések a következők:[3]

- észlelt fogyasztás,
- észlelt hozzáférés,
- fogyasztásnak való kitettség az elmúlt évben,
- prevalencia értékek: élet-, éves és havi prevalencia,
- a fogyasztás rekreációs használathoz való kapcsolódása.

ÚPSZ-használattal kapcsolatos kérdések megbízhatósága és érvényessége

Tekintettel a tiltott drogok fogyasztásának általánosan érvényesülő (European Value Study, 2008; Paksi, 2013) és Magyarországon különösen is jelen lévő szigorú társadalmi és törvényi megítélésére (Paksi, 2009, 2013;

[3] A kutatás – az EMCDDA ajánlásaival (EMCDDA, 1999, 2002, 2016) összhangban a fentieken kívül még a következő kérdések vizsgálatára is kiterjedt: első használat életkora; az elmúlt 12 hónapban használ új szerek megjelenése/formája; Az elmúlt 12 hónapban használ új szerek beszerzési forrásai.

Jelen tanulmányban az ezekkel a kérdésekkel kapcsolatos eredményeket nem tárgyaljuk.

Krekó, 2015), a drogepidemiológiai vizsgálatok során nagyon fontos, hogy lássuk az adataink minőségével kapcsolatos problémákat, hogy próbáljuk meg az eredményeinket felparaméterezni az azok megbízhatóságára és érvényességére utaló módszertani elemzésekkel. Különösen is fontos ezeknek a számításoknak az elvégzése olyan új szerhasználati szokások feltérképezésére irányuló kérdések esetében, mint a jelen tanulmány tárgyát képező ÚPSZ-használat, ahol a feltett kérdéseknek kevéssé van hagyománya, a kutatásukra vonatkozó standardok még kidolgozás alatt állnak.

A kérdőív a vizsgált szerekre, köztük az ÚPSZ-re vonatkozóan is tartalmazott különböző idejű (élet-, éves és havi) prevalenciákra és az első fogyasztásra vonatkozó kérdéseket. Az ezekre a kérdésekre adott válaszok közötti megfelelőség alapján – a nemzetközi módszertani standardoknak megfelelően (EMCDDA, 2002) – kiszámítottuk a konzisztens, valamint az inkonzisztens választ adók arányát[4] (2. táblázat), ami támpontokkal szolgál az adatok megbízhatóságának becsléséhez. A módszertani eredmények azt jelzik, hogy az új szerek közül a szintetikus kannabisz esetében az eredmények mérésének megbízhatósága más tiltott szerekhez képest kifejezetten jónak mondható. Az első fogyasztással és az életprevalenciával kapcsolatos kérdésekre a szintetikus kannabiszhasználatra vonatkozóan mindössze a válaszolók 0,4%-a adott inkonzisztens választ, s az inkonzisztens válaszokat a konzisztens fogyasztók, illetve a prevalenciakérdések százalékában értelmezve is úgy tűnik, hogy a szintetikus kannabiszhasználat adatainak megbízhatósága a vizsgált tiltott szerek között a mezőny első felében található. Az új stimulánsokra vonatkozó eredmények a szintetikus kannabiszhasználattal kapcsolatos adatokhoz és más tiltott drogokhoz képest is több bizonytalanságot hordoznak, ugyanakkor mérésük sokkal ke-

[4] Konzisztens fogyasztónak tekintettük azokat a válaszolókat, akik az életprevalencia-kérdésnél fogyasztást jelöltek és/vagy megadták az első használat évét, vagy „nem tudom" választ adtak. Az inkonzisztens válaszolók közé azokat a válaszolókat soroltuk, akik az egyik kérdésnél egyértelműen fogyasztásra, a másik kérdésnél pedig egyértelműen nem fogyasztásra vonatkozó választ adtak.

A különböző idejű prevalencia adatok esetében azt tekintettük inkonzisztens válasznak, ha a különböző időszakra vonatkozó absztinenciák tekintetében inkonzisztencia mutatkozott, továbbá ha a havi fogyasztás gyakorisága meghaladta az egész életre vonatkozóan jelzett fogyasztási alkalmak számát (EMCDDA, 2002).

vésbé mutatkozik problémásnak, mint például az inhalánsok fogyasztásának becslése.

2. táblázat: Konzisztens, illetve inkonzisztens válaszok aránya a különböző szerek esetében (18–64 évesekre vonatkozó súlyozatlan adatok)

Szerek	Az életprevalencia kérdésre és az első fogyasztásra vonatkozó válaszok közötti inkonzisztencia			Inkonzisztens válaszok aránya a különböző idejű prevalenciakérdésekben
	Inkonzisztens válaszok aránya a válaszolók %-ában	Inkonzisztens válaszok aránya a konzisztens fogyasztók %-ában	Konzisztens fogyasztók aránya az életprevalencia %-ában	
Marihuána	0,6	5,8	98,1	4,7
Szintetikus kannabisz	0,4	23,5	54,8	9,7
Ecstasy	0,5	10,0	86,2	12,1
Amfetamin	0,6	31,6	67,9	14,3
Kokain	0,5	55,6	56,3	12,5
Új stimulánsok	0,4	66,7	28,6	14,3
Heroin	0,5	250,0	28,6	5,7
Egyéb opiát	0,3	100,0	42,9	14,3
LSD	0,4	44,4	60,0	6,7
Mágikus gomba	0,5	83,3	50,0	8,3
Inhalánsok	0,5	250,0	28,6	285,7

Az adatok érvényességéről tájékozódhatunk a hiányzó vagy érvénytelen válaszok aránya alapján. Az ÚPSZ-fogyasztásra vonatkozó adatok minősége e tekintetben is hasonló más tiltott drogokra adott válaszok minőségéhez. A szintetikus kannabisz és az új stimulánsok esetében az életprevalencia-kérdésre a megkérdezettek 10,6%-a, a közelmúltbeli és az aktuális fogyasztásra vonatkozó kérdésre pedig 13,1%-a, illetve 13,2%-a nem adott választ, vagy érvénytelenül válaszolt. A hiányzó és érvénytelen válaszok aránya általában a tiltott drogokkal kapcsolatos kérdésekben igen stabil, az ÚPSZ-használatra vonatkozó kérdésekhez hasonló arányt mutat: az élet-

prevalencia kérdésekben 10,3–10,6%, az éves, havi prevalenciakérdésekben pedig 12,6–13,3% közötti értéket vesz fel. Amennyiben a drogkérdések (köztük az ÚPSZ-használatra vonatkozó kérdések) elutasítottságát a szociodemográfiai kérdések válaszhiányaihoz hasonlítjuk, azt tapasztaljuk, hogy a drogkérdések elutasítottsági aránya meghaladja a semlegesnek tekinthető szociodemográfiai kérdések (iskolai végzettség, háztartáslétszám) esetében tapasztalható hiányzó válaszok arányát (0,4–0,6%), s megegyezik a tradicionálisan érzékeny adatnak számító jövedelemkérdésekével (13,5%). Tehát azt mondhatjuk, hogy az ÚPSZ-használatot az OLAAP-kutatás során alkalmazott adatfelvételi design más drogkérdésekhez és az érzékeny háttérváltozókhoz hasonló érvényességgel tudta mérni.

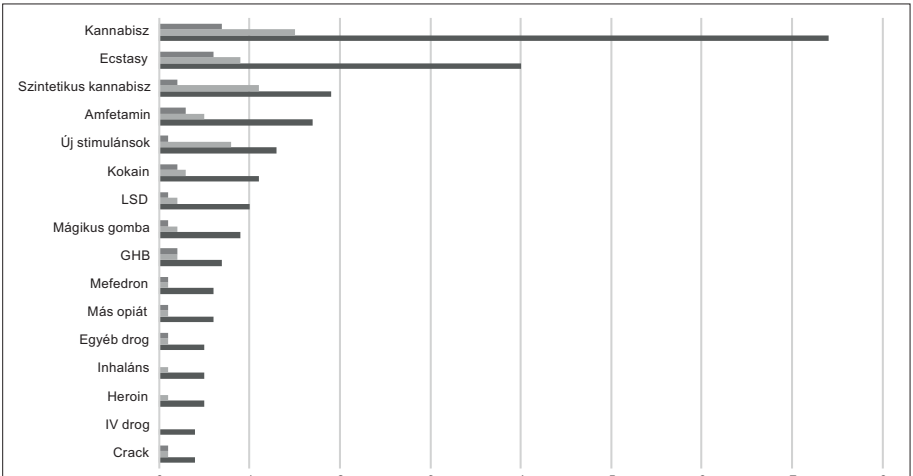
Az ÚPSZ-használat elterjedtsége a felnőtt népességben

Prevalenciaadatok

A kutatás eredményei szerint a 18–64 éves felnőtt lakosság körében a szintetikus kannabisz a legelterjedtebb drogok között szerepel Magyarországon: az életprevalencia-értéke (1,9%) alapján a kannabiszt és az ecstasyt követően a harmadik legtöbbek által kipróbált drog, éves prevalenciaértéke (1,1%) alapján pedig a közelmúltbeli szerhasználatban a marihuána után a legnépszerűbb szer. A havi prevalenciaértéke 0,2%. A 18–64 éves népességben tehát a szintetikuskannabisz-használat az életprevalencia-értékek alapján a harmadik, a közelmúltbeli használat apján pedig a második helyen szerepel a szerstruktúrában. A 18–34 éves népességben a szintetikus kannabisz szerstruktúrában való elhelyezkedése a teljes népességgel megegyező, de relatív súlya valamelyest nagyobb.

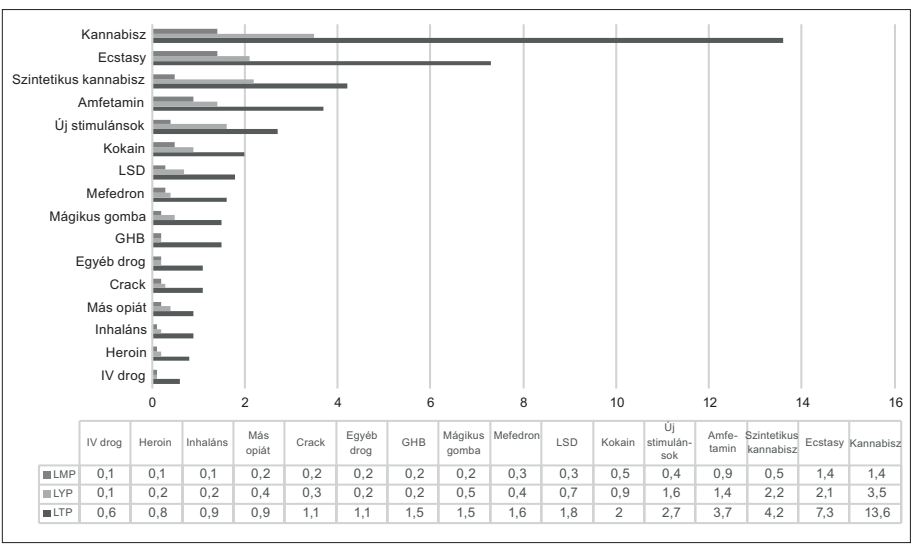
Az új stimulánsok a tiltott drogok elterjedtségi sorrendjében az ötödik helyen találhatók a 18–64 éves általános népesség körében az 1,3%-os életprevalencia-érték alapján, a 18–34 éves populációban pedig 2,7%-os életprevalencia-értékkel ugyanott helyezkedik el. A közelmúltbeli használatban – a szintetikus kannabiszhoz hasonlóan – az új stimulánsok szerepe is fokozottabban érvényesül: a LYP alapján a 3. helyet foglalják el a felnőtt lakosság körében.

1. ábra: Szerenkénti élet-, éves és havi prevalenciaértékek a 18–64 éves népességben, a válaszolók %-ában



	Crack	IV drog	Heroin	Inhaláns	Egyéb drog	Más opiát	Mefedron	GHB	Mágikus gomba	LSD	Kokain	Új stimulánsok	Amfetamin	Szintetikus kannabisz	Ecstasy	Kannabisz
LMP	0,1	0	0	0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,2	0,6	0,7
LYP	0,1	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,8	0,5	1,1	0,9	1,5
LTP	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7	0,9	1	1,1	1,3	1,7	1,9	4	7,4

2. ábra: Szerenkénti élet-, éves és havi prevalenciaértékek a 18–34 éves népességben, a válaszolók %-ában



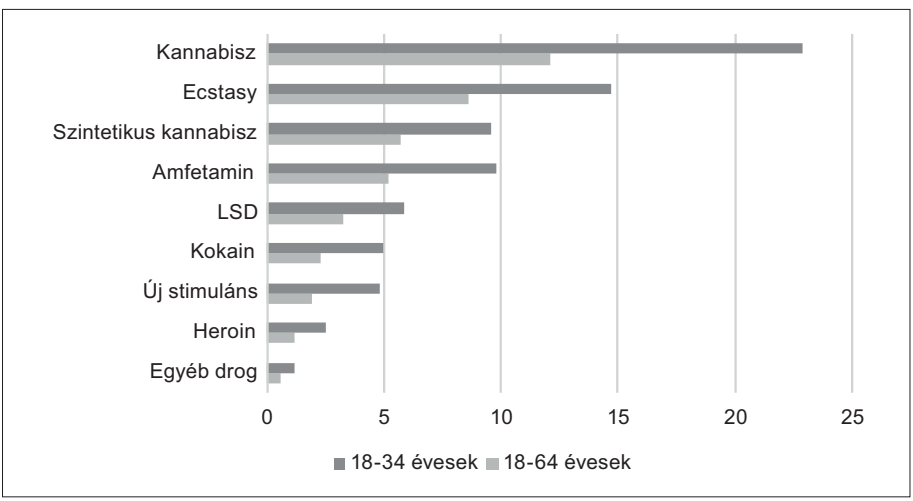
	IV drog	Heroin	Inhaláns	Más opiát	Crack	Egyéb drog	GHB	Mágikus gomba	Mefedron	LSD	Kokain	Új stimulánsok	Amfetamin	Szintetikus kannabisz	Ecstasy	Kannabisz
LMP	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5	0,4	0,9	0,5	1,4	1,4
LYP	0,1	0,2	0,2	0,4	0,3	0,2	0,2	0,5	0,4	0,7	0,9	1,6	1,4	2,2	2,1	3,5
LTP	0,6	0,8	0,9	0,9	1,1	1,1	1,5	1,5	1,6	1,8	2	2,7	3,7	4,2	7,3	13,6

A szintetikus kannabinoidok és az új stimulánsok használata jellemzően nem kapcsolódik a hétvégi szórakozáshoz: a szintetikus kannabinoidokat valaha használók 60%-a, az új stimulánsokat valaha használóknak pedig 70%-a soha nem használta rekreációs céllal.

Észlelt fogyasztás, észlelt hozzáférhetőség, fogyasztásnak való kitettség percepciója

Egy társadalomban a különböző szerhasználó magatartások elterjedtségének, a társadalom szerhasználati prioritásainak megismeréséhez – különösen, ha a szerhasználat bevallása nagy vagy szerenként változó társadalmi és törvényi kockázatokat hordoz – fontos információkkal szolgálhatnak a fogyasztási adatoknál kevésbé érzékeny, a drogjelenség percepciójával kapcsolatos információk. Ilyen a környezetben észlelt fogyasztás, a drogok beszerezhetőségével kapcsolatos vélekedések (észlelt hozzáférés), valamint a fogyasztásnak való kitettségre vonatkozó percepciók.

3. ábra: Észlelt fogyasztás a 18–64 és a 18–34 éves populációban (%)

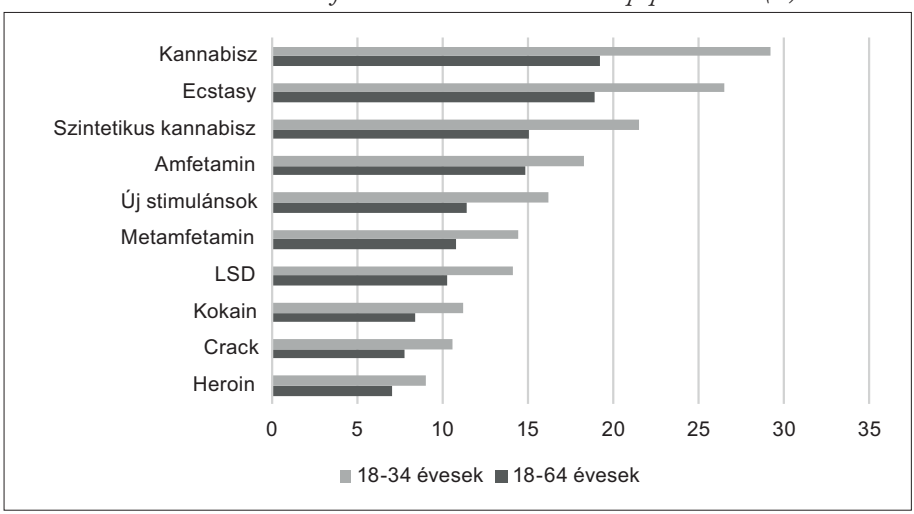


A „Van-e az ön ismerősei között olyan személy, aki az alábbi szerek valamelyikét valaha fogyasztotta?" kérdésre adott „igen" válaszok aránya, a válaszolók %-ában

Az általános populáció az új pszichoaktív szerek közül elsősorban a szintetikuskannabisz-használat jelenlétét percipiálja. A kannabisz és az ecstasy után a leggyakrabban észlelt droghasználat a szintetikuskannabisz-fogyasztás: a 18–64 éves népesség 5,7%-a, a fiatal felnőttek (18–36 évesek) 9,6%-a észlelt szintetikuskannabisz-használatot a környezetében. Az új stimulánsok elterjedtségét jóval kisebbnek, a kokainnal azonos arányúnak érzékeli a lakosság: 1,9%, ill. 4,8%. (3. ábra)

Az észlelt hozzáférés tekintetében – kannabisz és az ecstasy után – szintén a szintetikus kannabisz áll a harmadik helyen, majd az amfetaminok és az új stimulánsok következnek. A 18–64 éves népességben a szintetikus kannabisz használat hozzáférhetőségét 15,1% érzékeli „elég könnyűnek" vagy „nagyon könnyűnek", az új stimulánsokét pedig 11,4%. A fiatal felnőtt (18–34 éves) populációban ezek az értékek 21,5% és 16,2%.

4. ábra: Észlelt hozzáférés a 18–64 és a 18–34 éves populációban (%)

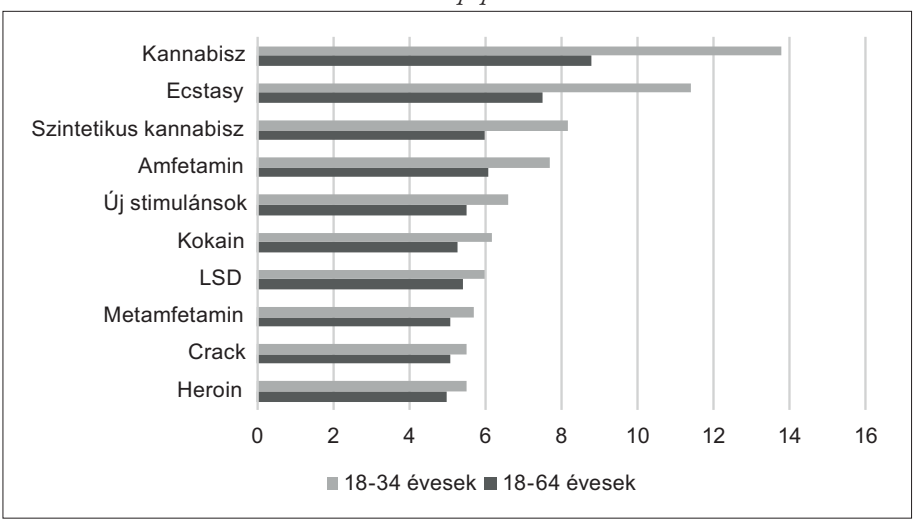


A „Mit gondol, mennyire nehezen tudná beszerezni a következő drogokat 24 órán belül" kérdésre adott „elég könnyen" vagy „nagyon könnyen" válaszok aránya, a válaszolók %-ában

Az észlelt hozzáférhetőséghez hasonlóan, a szintetikus kannabisz a fogyasztásnak való kitettség tekintetében is a kannabiszt és az ecstasyt követi, majd az amfetaminok után az új stimulánsok következnek. A 18–64

éves népesség 6%-át kínálták az elmúlt évben legalább egyszer szintetikus kannabisszal, új stimulánssal pedig 5,5%-át. A fiatal felnőtt (18–34 éves) populációban ezek az értékek 8,2% és 6,6%.

5. ábra: A fogyasztásnak való kitettség percepciója a 18–64 és a 18–34 éves populációban



Az „Előfordult-e az elmúlt 12 hónapban, hogy az alábbi drogok valamelyikével kínálták (ingyenesen, vagy azért, hogy vásároljon)?" kérdésre adott „legalább egyszer" válaszok aránya, a válaszolók %-ában

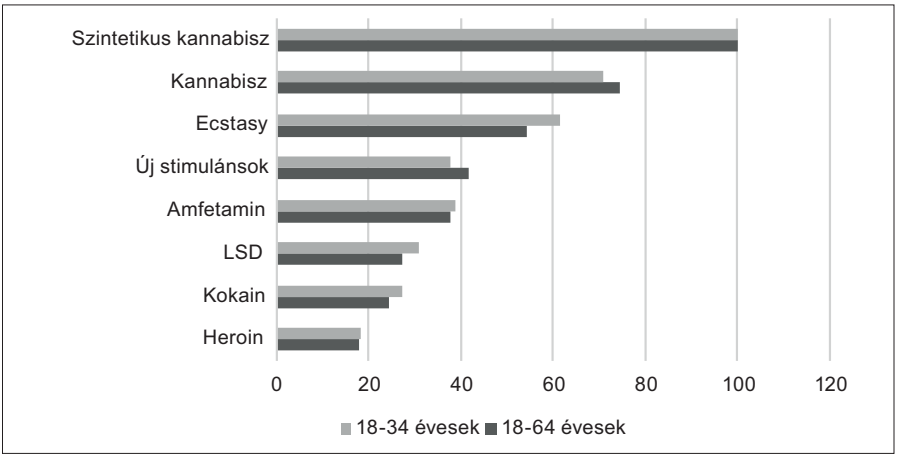
A drogjelenség percepciójával kapcsolatos információk tehát a saját fogyasztással kapcsolatos bevallások eredményeihez rendre hasonló tendenciákat jeleznek, megerősítve egyrészt azt, hogy a szintetikus kannabisz a magyar társadalomban a legelterjedtebb drogok közé tartozik, de a legelterjedtebb tiltott szer szerepét (még) nem látszik átvenni. Az új stimulánsok kevésbé kapnak meghatározó szerepet a hazai szerstruktúrában, azonban konkrét elhelyezkedésük az elterjedtség különböző indikátorai mentén nem teljesen egybehangzó: a legtöbb jelzés (saját fogyasztás bevallása, észlelt hozzáférés, fogyasztásnak való kitettség) az amfetamin utáni, 5. helyre helyezi, de a saját környezetében kevésbé (kokain és heroin közötti gyakoriságúnak) érzékeli a lakosság a fogyasztását.

Új szerhasználói csoport jelent-e meg az ÚPSZ-használat elterjedésével Magyarországon?

A szintetikus droghasználat és egyéb droghasználó magatartások kapcsolódásának vizsgálatára a hagyományosan a kannabiszhasználókra épített droghasználati piramis[5] speciális, a szintetikuskannabisz-használókra konstruált változatát hoztuk létre. A piramis azt mutatja, hogy azok, akik valaha életükben fogyasztottak szintetikus kannabiszt, milyen arányban használtak egyéb drogokat (kannabiszt, ecstasyt, új stimulánsokat, amfetamint, LSD-t, kokaint és/vagy heroint) is az életük során. A piramis alapján (6. ábra) láthatjuk, hogy a 18–64 éves népességben a valaha szintetikuskannabisz-használók közel háromnegyede használt már életében kannabiszt, több mint fele ecstasyt, mintegy kétötödük fogyasztott már valamilyen új stimulánst, illetve amfetamint, minden negyedik próbálkozott már élete során LSD-, illetve kokain- és közel minden ötödik heroinfogyasztással. Ezeket az értékeket összevetve az 1. ábrán szereplő életprevalencia-értékekkel, láthatjuk, hogy a szintetikus kannabiszt használók körében minden vizsgált drog életprevalencia-értéke többszöröse az általános populációban mért életprevalencia-értékeknek. A szintetikus kannabiszt használók körében több mint harmincszor nagyobb az esélye a heroin, illetve az új stimulánsok kipróbálásának, 22–27-szeres az LSD-, illetve az amfetaminhasználat előfordulásának, tízszeres a valószínűsége annak, hogy fogyasztottak már kannabiszt, vagy ecstasyt, mint általában a felnőtt népességben. A fiatal felnőtt népesség droghasználati piramisa leköveti a 18–64 éves lakosságra konstruált piramist. A piramis alapján az is kirajzolódik, hogy – bár az új stimulánsok használatának kockázatnövekedése igen magas – nem az új stimulánsok fogyasztása a leginkább elterjedt a szintetikus kannabiszhasználók körében.

[5] Hagyományosan a szakirodalomban az ún. tiltottdrog-fogyasztási piramist (EMCDDA, 1999) kannabiszszármazékok és más droghasználó magatartások kapcsolódásának kifejezésére konstruálják, ami az egyéb drogok életprevalencia-értékét mutatja a marihuánát/hasist valaha fogyasztók körében.

6. ábra: A szintetikus kannabiszhasználókra épített droghasználati piramis a válaszolók %-ában (a 18–64 és a 18–34 éves populációban)



A különböző szerhasználó magatartások alapján kirajzolódó látens fogyasztói csoportok azonosítása céljából klaszteranalízist végeztünk. A végső modellbe a 3. táblázatban szereplő 10 fogyasztói magatartás került bevonásra, mindegyik 0-1 értékkel:[6]

- A 18–64 éves felnőtt népességen belül a vizsgált fogyasztói magatartások alapján a mintában lévő személyek 86,8%-át lefedő 4 fogyasztói csoportot sikerült elkülöníteni. Az egyes csoportok leírása a 3. táblázatban látható, ahol az egyes csoportokban a különböző fogyasztói magatartásokhoz tartozó klaszterközéppontok az adott fogyasztói magatartás adott csoportban jellemző prevalenciaértékét fejezik ki.[7]
- A legnagyobb létszámú csoport – a besorolt esetek 83,1%-a – gyakorlatilag semmilyen vizsgált szerhasználó magatartásban nem érintett (3. klaszter), őket a *„nem használók"* csoportjának neveztük el.
- A következő legnépesebb csoport (7,9%) a *„gyógyszerfogyasztók"* csoportja, közöttük mindenki használt már életében orvosi javaslatra

[6] Az 1-es azt jelenti, hogy fogyasztott, a 0 pedig azt, hogy nem fogyasztott.

[7] Tekintettel arra, hogy a bevitt változók 0-1 értékű változók, ahol az 1-es azt jelenti, hogy fogyasztott, a 0 pedig azt, hogy nem fogyasztott, így a klaszterközéppontok a fogyasztók arányát jelenítik meg.

vagy anélkül nyugtatót, s a csoportba tartozók közel fele érintett visszaélésszerű gyógyszerhasználatban is, tiltott szereket azonban a csoport tagjai csak elenyésző arányban használtak (kannabiszt 2%, kannabiszon kívül más tiltott drogot szintén 2%).

- A harmadik, a populáció 5,2%-át kitevő látens csoport a *„polidrog-használók"*[8] csoportja, az ide tartozók közül mindenki használt már kannabiszon kívül valamilyen más tiltott drogot, de 60%-uk fogyasztott kannabiszt is az élete során. Ebben a csoportban minden vizsgált szerhasználó magatartás jelentős életprevalencia-értékkel van jelen, de leginkább a hagyományos stimulánsok használata a jellemző (életprevalencia-értéke 85%), s itt fordul elő legnagyobb arányban az ÚPSZ-használat (a szintetikus kannabisz életprevalencia-értéke 33%; az új stimulánsoké 19%) is, de messze nem az ÚPSZ a csoport domináns szere.
- S végül a 4. legkisebb létszámú csoport a tisztán *„kannabiszhasználók"* csoportja, itt mindenki fogyasztott már életében marihuánát vagy hasist, és mindössze 5% esetében fordult elő a kannabiszon kívül valamilyen más tiltottdrog-használat, továbbá ritka a gyógyszerhasználat is.

[8] A szakirodalom a polidrog-használat kifejezést több értelemben alkalmazza: „Több mint egy típusú pszichoaktív szer egyidejű vagy sorozatos fogyasztása egy személy által, általában egy másik szer hatását erősítendő vagy ellensúlyozandó céllal. Gyakran használják azon fogyasztók megkülönböztetésére, akiknek változatosabb a fogyasztási mintázatuk azoktól, akik kizárólag egyfajta kábítószert fogyasztanak. Általában többfajta illegális szer fogyasztásának leírására használják, de a kutatási irodalomban van, hogy egyszerűen legális drogok együttes használatára alkalmazzák, mint az alkohol és a dohány. A kategóriát azon alkalmakkor is alkalmazzák, amikor az elfogyasztott kábítószer pontos meghatározása nem lehetséges, vagy a fogyasztó maga sincs tisztában azzal, mit vett be. Másik példa erre egy problémás heroinfogyasztó lehet, aki nem tudja fenntartani a fogyasztását, ezért esetleg a központi idegrendszerre ható nyugtató anyagokhoz nyúlhat, mint például az alkohol, hogy csökkentse az opiát-megvonás tüneteit." http://drogfokuszpont.hu/fogalomtar/fogalomtar-ii/#Politoxikom_nia_

Az általunk a csoport elnevezésére használt *„polidrog-használók"* kifejezés azon fogyasztók megkülönböztetésére szolgál, akiknek változatosabb a fogyasztási mintázatuk azoktól, akik kizárólag egyfajta kábítószert fogyasztanak.

3. táblázat: A drogfogyasztás alapján elkülöníthető látens csoportok a 18–64 éves valaha használók körében

Végső klaszterközéppontok (besorolt esetek: 1293; hiányzó adat: 197)				
	Klaszterek			
	polidrog-használók	gyógyszer-fogyasztók	nem használók	kannabisz-használók
nyugtató (orvosi javaslatra vagy anélkül)	,23	**1,00**	,00	,01
visszaélésszerű gyógyszerhasználat	,21	,46	,01	,04
kannabiszhasználat	,61	,02	,00	**1,00**
szintetikus kannabisz használata	,33	,02	,00	,00
új stimulánsok használata	,19	,01	,00	,01
kokain összes használata	,22	,00	,00	,00
hagyományos stimulánsok	,85	,00	,00	,00
hallucinogén összes használata	,19	,00	,00	,01
egyéb tiltott drogok használata	,14	,00	,00	,01
kannabiszon kívül más tiltott drogok használata	**1,00**	,02	,00	,05
N	67	102	1075	49
%	5,2	7,9	83,1	3,8

A 18–34 éves korosztályban – a felnőtt népességre vonatkozóan bemutatott eljárással megegyező módon végzett klaszterelemzés eredményeként – kirajzolódó látens csoportok nagymértékben hasonlítanak a felnőtt népességben elkülönülő csoportokhoz, azonban egyrészt más az egyes csoportok súlya, másrészt a *„nem fogyasztók”* csoportja kivételével minden csoportban

változatosabb fogyasztási mintázat jelenik meg, mint a 18–64 éves populációban. (4. táblázat)

- A fiatal felnőttek körében a *„kannabiszhasználók"* csoportja a *„nem fogyasztók"* után a legnépesebb csoport, ugyanakkor közöttük kevésbé tisztán jelenik meg a kannabiszfogyasztás dominanciája. Rájuk talán pontosabb a „jellemzően kannabisz-használók" kifejezés, hiszen az ebbe a csoportba tartozók közül minden második ember használt már a kannabiszon kívül valamilyen más tiltott drogot is, jellemzően hagyományos stimulánst (34%) vagy szintetikus kannabiszt (14%).
- A fiatal felnőtt *„polidrog-használók"* aránya a teljes felnőtt népességben jelen lévő polidrog-használókhoz képest kisebb, ugyanakkor közöttük markánsabban jelenik meg a „mindenevő" jelleg (szinte minden fogyasztói magatartás életprevalencia-értéke meghaladja az 50%-ot), azzal együtt, hogy a csoport minden tagja használt már valamilyen hagyományos stimulánst.
- A felnőtt népességhez képest a *„gyógyszerfogyasztók"* súlya is kisebb a fiatal felnőttek körében, s ez is kevésbé tiszta csoport: ugyan a csoportra itt is egyértelműen a nyugtató orvosi rendelvény nélküli használata (életprevalencia 100%), illetve a visszaélésszerű gyógyszerhasználat (életprevalencia 71%) jellemző, de az idetartozók egyötöde (18%) használt már kannabiszt, s minden negyedik (26%) kannabiszon kívül valamilyen más tiltott drogot (is). A felnőtt népességben jelenlévő *„gyógyszerfogyasztók"* csoporthoz képest itt (is) inkább csak egy *„jellemzően gyógyszerfogyasztó"* csoportról beszélhetünk.

Visszatérve arra a kérdésére, hogy új szerhasználói csoport jelent-e meg az ÚPSZ-használat elterjedésével Magyarországon, a különböző fogyasztási típusok szétválasztására végzett klaszterelemzés alapján azt mondhatjuk, hogy míg a gyógyszer-, illetve a kannabiszhasználat önálló, illetve a fiatal felnőttek körében jellemző fogyasztói magatartásként van jelen a magyarországi droghasználatban, addig az ÚPSZ-használat a polidrog-használat részeként jelenik meg, nem képez önálló használói csoportot.

4. táblázat: A droghasználat alapján elkülöníthető látens csoportok a 18–34 éves valaha használók körében

Végső klaszterközéppontok (besorolt esetek: 1293; hiányzó adat: 197)				
	Klaszterek			
	nem használók	(jellemzően) gyógyszer-fogyasztók	polidrog-használók	(jellemzően) kannabisz-használók
nyugtató (orvosi javaslatra vagy anélkül)	,00	**1,00**	,42	,01
visszaélésszerű gyógyszerhasználat	,01	,71	,32	,02
kannabiszhasználat	,00	,18	,77	**,81**
szintetikus kannabisz használata	,00	,08	,68	,14
új stimulánsok használata	,00	,02	,59	,05
kokain összes használat	,00	,00	,54	,04
hagyományos stimulánsok	,00	,18	**1,00**	,34
hallucinogén összes használat	,00	,02	,54	,04
egyéb tiltott drogok használata	,00	,02	,49	,02
kannabiszon kívül más tiltott drogok használata	,00	,26	**1,00**	,50
N	1080	54	41	169
%	80,4	4,0	3,0	12,6

Az ÚPSZ-használat demográfiai és társadalmi mintázódása

S végül arra a kérdésre kerestük a választ, hogy kik használnak új pszichoaktív szereket Magyarországon? Tekintettel arra, hogy – mint az előző részben láthattuk – önálló ÚPSZ-használó csoportot nem tudtunk azonosítani, és a szintetikuskannabisz-használókra épített droghasználati piramis alapján a szintetikuskannabisz-használók körében nem az új stimulánsok fogyasztása van legnagyobb mértékben jelen, így társadalmi mintázódás tekinteté-

ben a nagyobb populációt érintő szintetikus kannabisz használók demográfiai és társadalmi mintázódását vizsgáljuk.[9] A kérdés megválaszolásához a különböző demográfiai jellemzők (életkor, nem), kulturális (legmagasabb, illetve várható iskolai végzettség, szakképzettség), gazdasági (jövedelem-, deprivációs index[10]), illetve munkaerő-piaci (aktív, inaktív) státus, valamint a családi (van-e együtt élő kapcsolata) és társadalmi integritás (anómia index[11]) különböző mutatói mentén logisztikus regressziós módszerrel végzett elemzéseink nem jártak sikerrel. Nem sikerült szignifikáns modellt építetnünk, azaz ezen demográfiai és társadalmi jellemzők együttesével a szintetikuskannabisz-használók nem azonosíthatók. Amennyiben leíró statisztikai eszközökkel próbáljuk feltárni a szintetikuskannabisz-használat mintázódását, azt tapasztaljuk, hogy a vizsgált társadalmi-demográfiai dimenziók közül mindössze demográfiai jellemzők mentén mutatkoznak szignifikáns eltérések. A férfiak körében a szintetikuskannabisz-használat életprevalencia-értéke négyszerese a nők körében mért értéknek, s hasonló erősséggel jelentkezik az életkori mintázódás is: a fiatal felnőttek körében a szintetikuskannabisz-használat életprevalencia-értéke több mint négyszerese az idősebb korosztályban mért értéknek, s a legfiatalabb felnőtt korosztály (18–24 éves) érintettsége ezen belül is szignifikánsan magasabb. A kulturális, gazdasági, illetve munkaerő-piaci státus, valamint a családi és társadalmi integritás különböző mutatói mentén nem találtunk mintázódást, ami azt jelenti, hogy a szintetikus kannabisz használók társadalmi jellemzőik mentén az általános népességtől nem különböznek.

[9] Az újstimuláns-használók kis elemszáma – a 18-64 éves mintánkban mindössze 17 fő – nem teszi lehetővé az érdemi elemzéseket.

[10] A deprivációs indexet a többdimenziós hátrányos helyzet Townsend-féle koncepciója nyomán alkalmaztuk. Az elképzelés azt emeli ki, hogy az egyének és a családok anyagi státuszát az életkörülmények komplex együttesével kell mérni. Az általunk alkalmazott index 17 életkörülmény-komponensen alapul, amelyet az egyes komponensek anyagi okok miatti hiányát jelző válaszok átlagolásával állítottunk elő.

[11] Az anómia mérésére Srole (1956) és Seeman (1959) anómia-, illetve elidegenedés-definíciójának egyes elemeit ötvöző, az anómia mértékét a normaszegés, a hatalomnélküliség, az orientációhiány és az elidegenedés dimenziói mentén mérő, 10 itemet tartalmazó kérdéssort alkalmaztuk (Andorka, 1994, 1997). Az alkalmazott mérőeszköz szubjektív indikátor, a megkérdezettek percepcióin keresztül tudósít az anómia, illetve az anómia különböző dimenzióinak létéről.

5. táblázat: A szintetikus kannabisz használat és a kannabiszon kívül más tiltott drogok életprevalencia-értéke a különböző szociodemográfiai jellemzők mentén a 18–64 éves népességben (%)

Szociodemográfiai jellemzők		Szintetikus kannabisz használat LTP	sign.	Kannabiszon kívül más tiltott drogok LTP	sign.
Nem	férfi	3,3	p=0,001	7,5	p=0,032
	nő	0,8		4,9	
Kor	18–24 év	6,4	p<0,001	12,4	p<0,001
	25–34 év	2,9		9,7	
	35–44 év	1,8		7,1	
	45–54 év	0,0		2,3	
	55–64 év	0,3		1,0	
Településméret	<50.000	1,9	nsz.	4,5	p<0,001
	≥ 50000	2,0		8,8	
A háztartás nettó havi jövedelme	≤100 ezer Ft	2,0	nsz.	4,5	p=0,075
	101 ezer – 200 ezer Ft	1,9		4,6	
	201 ezer – 400 ezer Ft	2,5		7,7	
	> 400 ezer Ft	0,0		11,7	
Dolgozik-e?	nem	1,7	nsz.	3,6	p=0,004
	igen	2,1		7,3	
Deprivációs index átlag	nem fogyasztott	4,07	nsz.	4,13	p=0,098
	fogyasztott	4,12		3,50	

nsz – nem szignifikáns, p>0,05

Nincs szignifikáns mintázódás egyik vizsgált droghasználó csoport esetében sem a kulturális státus, családi integritás és anómia tekintetében

Mint az előző részben láthattuk, a szintetikus kannabisz használat a polidrog-használók csoportjában van leginkább jelen, ahol mindenki használt már kannabiszon kívül valamilyen más tiltott drogot. Amennyiben a kan-

nabiszon kívül más tiltott drogok használatának társadalmi-demográfiai mintázódását vizsgáljuk, kor és nem tekintetében a szintetikus kannabisz használat esetében tapasztalthoz hasonló tendenciák mutatkoznak meg. Azonban az urbanizációs, gazdasági és kulturális státus mentén – a szintetikus kannabisz használók átlagos helyzetével szemben – az egyéb drogok használata esetében egy, az átlagosnál jobb státusú, nagyvárosi populáció rajzolódik ki.[12]

Összegzés

Tanulmányunk a magyarországi ÚPSZ-használatnak az általános populációs epidemiológiai vizsgálatok által felfedhető arcát próbálta megmutatni a felnőtt népesség országos reprezentatív mintáján 2015-ben készült, Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP) című önbevallásos epidemiológiai kutatás alapján.

Egyrészt a drogepidemiológiai kutatások azon alapvető kérdésére próbáltunk választ találni, hogy mennyire elterjedt az ÚPSZ-használat a magyar társadalomban, mennyire meghatározó a szerepe a hazai droghasználatban? Az általános népesség körében készült vizsgálat adatai megerősítik azt a közvetett indikátorok által jelzett tendenciát, hogy az ÚPSZ-használat meghatározóvá vált a hazai tiltottdrog-használatban, bár az új szerek elterjedtsége a marihuána fogyasztása mögött ma is messze elmarad. Az adatok azt is egyértelművé tették, hogy az új pszichoaktív szerek közül a szintetikus kannabisz használata jóval elterjedtebb, mint az új stimulánsoké. A saját fogyasztással kapcsolatos bevallások és a drogjelenség lakossági percepciójával kapcsolatos információk egybecsengenek. A fentiekben bemutatott adatokat egyelőre nehéz bármilyen, akár időbeni,

[12] Az ÚPSZ-használók társadalmi mintázódásával kapcsolatos kutatási eredmények ellentmondani látszanak azoknak a jelzéseknek, melyek az ÚPSZ-használókat a hagyományos droghasználó csoportokhoz képest egy fokozottan kockázatos szerhasználattal jellemezhető, nyomott társadalmi státusú, speciális fogyasztói csoportként írják le. Az ellentmondás egyik oka éppen ez, az ÚPSZ-használóknak az egyéb tiltott szerek használóihoz képest sok tekintetben kedvezőtlenebb státusa lehet, ami a társadalmi átlaggal megegyező helyzetű csoportot relatíve kedvezőtlen helyzetűnek láttatja.

akár nemzetközi kontextusban elhelyezni, mivel nagyon kevés általános populációs adat áll rendelkezésre. Magyarországon most mértük első alkalommal az általános felnőtt népességben ÚPSZ-használatot, s „2011 óta 11 európai ország közölt becslést az új pszichoaktív szerek használatáról" (EMCDDA, 2011: 47.o.). A rendelkezésre álló adatok összehasonlíthatósága is rendkívül nehéz az alkalmazott módszerek nagyfokú heterogenitása miatt. Mindazonáltal úgy tűnik, hogy más országokban mért értékek tükrében a hazai lakossági adatok nem kiemelkedőek. Az Eurobarométer adatai szerint az új pszichoaktív szerek éves prevalenciája a vizsgált országokban 0 és 9,7% között mozog a 15–24 éves korosztályban. Jelen kutatás 18–24 éves korosztályban mért 3,6%-os életprevalencia-értéke alapján a magyarországi fiatalok a középmezőnyben helyezkednek el. A franciaországi adatok a 18–34 éves populációban 4%-os szintetikus kannabisz használatról számolnak be, a Magyarországon mért életprevalencia-érték ugyanebben a korosztályban 4,2%.

Az ÚPSZ társadalmi jelenléte mellett azt vizsgáltuk, hogy az új szerek megjelenésével egy – szerhasználati és társadalmi jellemzői tekintetében más droghasználóktól eltérő – új szerhasználói csoport jelent-e meg Magyarországon. A kérdés megválaszolása érdekében többféle elemzést végeztünk. Egyrészt a szintetikus droghasználat és egyéb droghasználó magatartások kapcsolódásának vizsgálatára speciális droghasználati piramist építettünk, a különböző szerhasználó magatartások alapján kirajzolódó látens fogyasztói csoportok azonosítása céljából pedig klaszteranalízist végeztünk. Mindezek az elemzések azt mutatták, hogy az ÚPSZ-használat nem egy speciális, más szerhasználó magatartásoktól elkülönülő fogyasztói magatartás, azaz a felnőtt lakosságban az ÚPSZ-használók nem képeznek egy új szerhasználói csoportot. Míg a gyógyszerhasználat, illetve a kannabisz használat önálló csoportokat jellemző fogyasztói magatartásként van jelen a magyarországi droghasználatban, addig az ÚPSZ-használat a polidrog-használat részeként jelenik meg. Az általános populációs adatok alapján az ÚPSZ-eket (is) használók demográfiai sajátosságai a hagyományos szereket használókhoz hasonlóak, urbanizációs, gazdasági és kulturális státusuk tekintetében pedig az általános népesség jellemzőit hordozzák.

Mint említettük, tanulmányunk az ÚPSZ-jelenség egyik arcát próbálta megvilágítani, azt, amit az általános populációs vizsgálatok lehetővé tesz-

nek. Fontos tükör ez, ha egy egész társadalomra jellemző általános folyamatokról próbálunk különféle intézményes és személyes szűrők közbeiktatása nélkül általános(ítható) képet alkotni. De ennek a képnek is vannak korlátai. A normál népességre irányuló vizsgálatok természetéből adódóan egyes, sok esetben kifejezetten veszélyeztetett csoportokat nem tud megmutatni.

Felhasznált irodalom

Decorte, T. – Mortelmans, D. – Tieberghien, J. – De Moor, S. (2009): *Drug use: an overview of general population surveys in Europe*. Thematic paper. Luxembourg, EMCDDA.

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), Lisbon. Portugal, EMCDDA.

EMCDDA (2002): *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, Lisbon. Portugal, EMCDDA.

EMCDDA (2015): *Voluntary EMQ Module for monitoring use of New (and not so new) Psychoactive Substances (NPS) in General Adult Population Surveys and School Surveys*. Lisbon, EMCDDA (kézirat).

EMCDDA (2016): *Európai kábítószer-jelentés 2016: Tendenciák és fejlemények*. Luxemburg, Az Európai Unió Kiadóhivatala.

EVS (2008): *European Value Study, Study 1981-2008*, longitudinális Data File. GESIS Data Archive, Köln, ZA4804 adatállomány 3.0.0 verzió, doi: 10,4232 / 1,12253.

Krekó P. (2015): Közjogi forradalom és közjogi konzervativizmus Magyarországon: Közvélemény alkotmányosságról és szavazójogról. in: Hunyady György, Berkics Mihály (szerk.): *A jog szociálpszichológiája: a hiányzó láncszem.* Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 77-90.

Paksi B. (2003): *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón*, *Magyarországon.* (Szakmai forrás sorozat, 4.) Budapest, L'Harmattan.

Paksi B. – Elekes Zs. (2004): A felnőtt lakosság droghasználata – különös tekintettel a nagyvárosi fiatal felnőttekre. *Magyar Addiktológiai Társaság V. Országos Kongresszusa, 2004.* november 21–23. Siófok, Supplementum kötet, 42-44.

Paksi B. – Rózsa S. – Kun B. – Arnold P. – Demetrovics Zs. (2009): A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika,* 10. évf. 4. sz. 273–300.

Paksi B. (2009b) *Populációs adatok alakulása*. In: Felvinczi K. – Nyírády A. (szerk.): *Drogpolitika számokban*. L'Harmattan, Budapest, 81–141.

Paksi B. (2013): Módszertani dilemmák egy 2013-ban készült lakossági vizsgálat szerhasználatra vonatkozó adatai kapcsán. *Magyar Addiktológiai Társaság IX. Országos Kongresszusa, 2013.* november 21–23. Siófok, Supplementum kötet, 36. http://www.mat.org.hu/doksi/kongresszus-2013/Absztraktfuzet_MAT_IX_2013.pdf

Paksi B. – Magi A. – Felvinczi K. – Demetrovics Zs. (2015): Drogfogyasztás a magyarországi felnőtt népesség körében – a 2015. évi „Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról" (OLAAP 2015) első eredményei. MAT X. Országos Kongresszusa 2015. november 26–28. Siófok, Supplementum kötet, 53. http://www.mat.org.hu/doksi/2015/Absztraktfuzet_MAT_X_2015.pdf

Újfajta pszichoaktív szerek használata a mélyszegénységben élők körében — kutatási tapasztalatok

Szécsi Judit

Írásom egy kvalitatív kutatás eredményeiről számol be. A kutatásunkban részt vettek az ELTE Társadalomtudományi Karának elsőéves szociális munkás szakos hallgatói egy kutatói modul középső elemeként, egy nyári gyakorlat keretében.[1]

A vizsgálat fókuszában a szegregált területeken, mélyszegénységben élő emberek droghasználati szokásainak feltérképezése állt. A vizsgálat keretében arra voltunk kíváncsiak, hogy a rossz szociális helyzetben élő, alacsony társadalmi réteghez tartozó emberek körében mennyire jellemző a klasszikus legális szerek mellett (alkohol, cigaretta) a kábítószernek minősülő anyagok fogyasztása, különös tekintettel az újfajta pszichoaktív szerek használatára. Vannak-e, és ha igen, miféle sajátosságai a droghasználati szokásoknak, illetve hogy mit jelent a droghasználat a közösség életében.

Az újfajta pszichoaktív szerekre (ÚPSZ) összességében kérdeztünk rá. Nem elsősorban az anyagok összetétele vagy a vizsgálat ideje alatt elterjedt konkrét anyagok előfordulása érdekelt bennünket, hanem az, hogy az ÚPSZ-fogyasztás mint jelenség hogyan érhető tetten ezeken a településrészeken.

[1] Szociotáborra a szociálismunkás-képzés első év végén kerül sor. A gyakorlat az egyetemi oktatásban szereplő kutatási modul középső részeként a kutatások gyakorlati megvalósulását ismerteti meg a hallgatókkal. A gyakorlat valamilyen kvalitatív vagy kvantitatív módszerrel végzett adatgyűjtést foglal magában, de szerep jut egyfajta, a szociális munka elméleteibe ágyazott etnográfiai jellegű terepmunkának is. A kutatást az ELTE TáTK finanszírozta.

Az általunk vizsgált célterületek a hátrányos helyzetű települések és azok szegregátumai voltak.[2] A szegregátum a településeken belül egy olyan elhatárolt, elszigetelt terület, mely társadalmi vagy etnikai csoportok elkülönülését jelenti, mely erőteljes jövedelmi és infrastrukturális egyenlőtlenségeket is jelent. Ez az elkülönülés tovább erősíti a társadalmi dezintegrációt, problémákat okozva az ott élők mindennapjaiban. A mélyszegénység fogalmát két komplex mutató alapján értelmezem a tanulmányban. Az egyik a kedvezményezett járások megállapításánál a kormányrendeletben alkalmazott mutatók. A kedvezményezett járások és települések besorolását szolgáló komplex mutatót négy dimenzió figyelembevételével alakították ki: (1) társadalmi és demográfiai adottságok; (2) lakás- és életkörülmények; (3) helyi gazdaság és munkaerő-piaci helyzet; (4) infrastruktúra és környezeti feltételek (105/2015, 106/2015. Kormányrendelet alapján). A másik a mélyszegénység megállapítására alkalmazott komplex mutató az MTA RKK által a fentiekhez hasonló dimenziók mentén létrehozott szegénységi kockázati index.

Az általunk vizsgált települések az Észak-alföldi és az Észak-magyarországi Régiókban helyezkednek el, társadalmi-gazdasági és infrastrukturális szempontból elmaradottnak, illetve az országos átlagot jelentősen meghaladó munkanélküliséggel sújtottnak, így kedvezményezett és komplex programmal fejlesztendő járásnak minősülnek. Mindkét járás a kedvezményezett járások listáján az első negyvenben szerepel, a szegénységi kockázati indexe a községeknek 10, a városoké 7. A roma lakosság aránya a településeken belül a központban: 5–20%, a kisebb településeken 25–45%, a nagyvárosokban alacsonyabb. A járásokban 15 ezren élnek, a lakónépesség 12%-a él szegregátumokban, szintén a városokban ez alacsonyabb arány,

[2] „Szegregátum a településeknek azon területeit érinti, ahol az aktív korú népességen belül a legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezők és a rendszeres munkajövedelemmel nem rendelkezők aránya mindkét mutató tekintetében magasabb, mint 50%. A KSH által megjelölt területekre vonatkozó önkormányzati adatok (segélyezési arányok, bérlakás-állomány, oktatási intézmények statisztikái) alátámasztották szegregátumnak minősülő területek városi viszonylatban kimagaslóan hátrányos helyzetét." (Varró–Kadét, 2010.)

de a községekben ez 25–30%, de van ahol 50%. Mindkét járásban jelentős a szegregátumok száma (18–15) (Kadét–Varró 2010).

A társadalmi mutatók tekintetében a járások az országos átlagtól elmaradnak. Az elmaradottság mértéke a településméret csökkenésével, a szegregált területekhez közeledve egyre növekszik. Például míg a vizsgált időszakban a foglalkoztatottság országosan 63–65%,[3] addig ez járási szinten egyharmad körül mozog, addig a szegregátumokban élők alig negyede foglalkoztatott, melyből fele közmunkás. A 18 éven felüli népességnek tehát csak 12–14%-a foglalkoztatott a nyílt munkaerőpiacon, ami azt jelenti, hogy ezeken a településeken az önkormányzat és az állam által fenntartott intézményeken, a helyi boltoson és kocsmároson kívül senki más nem dolgozik. Hasonló eltéréseket figyelhetünk meg az iskolai végzettség tekintetében. A legfeljebb nyolc osztállyal rendelkezők aránya országosan 26%, addig az általunk vizsgált szegregált területeken élők körében ez 60% körül mozgott. A lakások állapotára vonatkozóan beszédes adat, hogy míg országosan a vezetékes vízzel ellátott háztartások aránya 94%, addig a szegregált területeken ez 60–70%-os, ami azt jelenti, hogy az itt élők mindennapi vízfogyasztási igényeiket a közelebbi-távolabbi kútról hordott vízzel tudják kielégíteni.

Módszerek

Vizsgálatunk során kevert módszert alkalmaztunk, kvalitatív kutatás révén, sem a mintavétel, sem az eredmények nem reprezentatívak, megállapításai kizárólag az általunk vizsgált területekre vonatkoznak, országos következtetések levonására nem alkalmasak.

A kvalitatív vizsgálatunk eredményei mégis figyelemre méltóak lehetnek, különösen az utóbbi években az újfajta pszichoaktív szerek megjelenésével a drogszcéna átalakulását figyelhetjük meg. A drogfogyasztók által használt anyagok gyors változásai gyakran a szakemberek számára is bizonytalanná teszik a hatásokkal és következményekkel kapcsolatos isme-

[3] Az országos adatok a KSH statisztikáiból származnak, a szegregátumra vonatkozóak pedig a saját kutatásunk eredményei.

reteket. Az utóbbi években a szakmai álláspontok és beavatkozások kialakításában fontos szerepet játszott a használók tapasztalataira való hagyatkozás. Ezzel párhuzamosan viszont a droghasználat nem kívánt hatásait és következményeit jobban érzékeljük, több, de még inkább súlyosabb, látványosabb következményekről számolnak be azok, aki kezelésbe jelentkeznek, több szövődménnyel, fizikai és pszichés következménnyel találkozunk. A droghasználói csoportok átrendeződtek: új veszélyeztetett csoportok jelentek meg, például az egyre fiatalabbak droghasználata, vagy hogy a lányok körében a droghasználat gyakorisága már megegyezik a fiúkéval, illetve a mélyszegénységben élők csoportja. A kvantitatív, kérdőíves vizsgálatok nem igazán tükrözik a fenti jelenségeket, mivel azokat a tényezőket nem tudja mérni, amivel a jelenség megérthetőbb lesz. Az okok között megemlíthető a látencia, és a kényes témából fakadó bizalomhiány, valamint hogy nincs közös nyelv, a gyakran változó szerek nevei nem egyeznek a felhasználók és a kutatók szóhasználatában, a használó nem is tudja, mit használ. A legalitás–illegalitás határa elmosódik, nem is tekintik drognak, kábítószernek a használt anyagokat. A kérdőíves vizsgálatok általában hosszúak, bonyolultak, nem a fiatalok, szerhasználók nyelvén készülnek, valamint nem érnek el különböző kockázati csoportokat, pl. az iskolából lemorzsolódókat. Érdemes tehát a hatások, a jelentések felől is közelíteni, a jelenséget megérteni, így az adatgyűjtés mellett mélyfurásokat is végezni. A kutatás során a jelenlét (=ott tudjak lenni, ott tudjak létezni), valamint hogy „részeseivé válunk az életüknek", próbáljuk megérteni, ahogy ők élnek, amit számukra jelent egy-egy történés, jelenség. Ehhez az kell, hogy a meglévő intuícióinkból, reakcióinkból is „kizökkenjünk", ne a megszokottak szerint reagáljunk (Schön, 1983). Mindez ahhoz segít hozzá, hogy a kontextust is megértsük. A mélyebb megértés pedig relevánsabb és hatékonyabb reflexióhoz, beavatkozás tervezéshez vezet.

A kvalitatív epidemiológiai módszerek közül az etnográfiai terepkutatást alkalmaztuk (Agar, 2003), melynek egyik és legfontosabb eleme a résztvevő megfigyelés volt. A szisztematikus adatgyűjtés egy előzetesen kidolgozott szempontrendszer alapján történik és a hallgatók a településükön gyűjtött információira, benyomásaira épül. A hallgatók ezeket az összegyűjtött információkat és tapasztalatokat a tábor ideje alatt, az adatgyűjtő

munka után mindennap megvitatták, lejegyezték vagy hangrögzítették. A gyakorlatokon a 30 hallgató mindegyike négy nap alatt 25 óra megfigyelést végzett a terepen úgy, hogy részt vettek a településrész mindennapjaiban. A terepen kb. 15 órát szántunk a feldolgozásra, a megfigyelések rögzítésére, megbeszélésére.

A terepkutatás során megtudott információk sok esetben ezzel a módszerrel kerülnek be az elemzésül szolgáló adatok közé. A célcsoport sajátosságai, a kényes téma miatt az információ átadása a kutatók számára nem a klasszikus értelemben vett interjúk keretében, hanem több rövid, informális beszélgetésekben történik. A hallgatókat a településrészen élők kísérték, folyamatosan beszélgetnek velük, ám ezek nem tekinthetőek klaszszikus értelemben vett interjúnak. Ezekből a beszélgetésekből és a többi interjúból nyert információk a hallgatók résztvevő megfigyelést feldolgozó és rögzítő beszélgetéseiben jelennek meg.

A vizsgálatok során kérdőíveket is alkalmaztunk. A kérdőívnek két funkciója volt. Egyrészt az alap szociodemográfiai adatok mellett az anyagi helyzetről, a lakáskörülményekről és a gyerekek helyzetéről gyűjtöttünk adatokat. A szegregátumokban élő családok szociális helyzetének megismerése mellett azt akartuk megtudni, hogyan érzékelik a megkérdezettek a településrész drogfertőzöttségét. A kérdőívben szerepelt tehát egy szűrő kérdőív, amely az interjúalanyok kiválasztásában segített. Azzal a kérdezettel kíséreltünk meg interjút készíteni, aki úgy nyilatkozott, hogy ő maga érintett, vagy ismer a közvetlen környezetében olyat, aki használja az adott drogot.

A félig strukturált interjúk foglalkoztak részletesen a droghasználattal. A kérdések a településrész droghasználati szokásaival, az ebből eredő problémákkal, következményekkel, valamint a segítségnyújtási lehetőségekkel voltak kapcsolatosak. A felhasznált interjúk között, szintén a célcsoport sajátosságainak köszönhetően, több csoportos interjú is szerepel. Az interjúk a résztvevők lakásában vagy külső helyszínen (pl. árokpart) készültek.

A lakossági interjúk mellett több szakértői (pedagógus, védőnő, szociális szakemberek) interjút is készítettünk, melynek tapasztalatait szintén felhasználtuk az elemzés során.

Mivel a kutatás célja a közösség vizsgálata volt, ezért a szegregátumok területén minden háztartás belekerült a mintába, ami azt jelenti, hogy a

hallgatók megkíséreltek kapcsolatot felvenni a szegregátumnak jelölt területeken található házak mindegyikében.

Az adatfelvétel két járásban, két időpontban történt. Az első helyszín az Észak-Alföldi Régió egy járásának három települése (egy város, két község) volt, a vizsgálatra 2015. június 29. és július 3. között került sor, kutatótársam Sik Dorka[4] volt. Az adatgyűjtésben ELTE Szociális Munka Tanszék 30 hallgatója vett részt. Az adatgyűjtés négy napja alatt (kb. 25 óra terepmunka) összesen 204 kérdőív és 33 interjú készült.

A második helyszínen a kutatásra egy évvel később 2016 nyarán (2016. június 26. – július 1.), az Észak-Magyarországi Régióban (egy város, három község) került sor, kutatótársam: Kaló Zsuzsa[5] volt. Az ELTE hallgatói közül 14 diák összesen 108 kérdőívet és 21 interjút készített.

A kutatás eredményei

A kutatás két helyszínen, összesen hét település kiválasztott szegregátumában zajlott. Az eredmények ismertetésénél külön számolok be a két helyszínen tapasztaltakról, majd a közös pontokat és eltéréseket ismertetem a konklúziók levonása előtt.

I. helyszín

Az első helyszín[6] – mely három település szegregátumát érinti – tapasztalatai alapján magas dohányzást és alkoholfogyasztást találtunk. A fogyasztás elterjedtsége és mértéktelensége életkortól független: kamaszkortól az egyének élete végéig jellemző. Az alkoholfogyasztás főleg a különböző jövedelmek (általában társadalmi transzferek) kifizetése utáni napokban és elsősorban a szülők generációjában mértéktelen. A dohányzás, az alkohol és a gyógyszer együttes használata, keverése is elterjedt. A mértéktelen

[4] Az ELTE TáTK oktatója.
[5] Az ELTE PPK oktatója.
[6] Az első helyszín eredményeinek részletes bemutatását lásd Szécsi–Sik, 2016.

alkoholfogyasztás és az abuzív gyógyszerhasználat a fiatalabb generációkban is megtalálható, bár náluk inkább másodlagos a szerepük.

Az első helyszín mindhárom szegregátumában van díler, akiket mindenki ismer, köztudott, hogy náluk lehet drogokat beszerezni. Az újfajta pszichoaktív szerekhez is könnyű hozzáférni, ezeket a szereket azonban kizárólag fiatalok fogyasztják, jellemzően 12-13 éves kortól, az interjúalanyok becslése szerint a településrészen lakó fiatalok több mint fele. A hatásról ugyanazt mondják, mint más felhasználók, olcsó, gyorsabban és intenzívebben hat, könnyű hozzáférni, és legálisnak vélik. Elsősorban a szerhasználat rekreációs módja jellemző, ami számukra nem zárja ki a mindennapi használatot. Egyértelműen kiderül, hogy a kábítószerek az iskolában is jelen vannak, erről a pedagógusok, intézetigazgatók is tudnak.

A droghasználat motivációinak vizsgálata során a szakirodalomból jól ismert klasszikus okokat említették: a kortárs hatást, a problémák, a szerelmi bánat enyhítésére való törekvést, a magányérzet csökkentését, valamint az unalom leküzdését is *(„mit lehet itt csinálni, egyébként?!”).*

Minden interjúalany általánosan számol be droghasználat okozta roszszullétről, saját vagy közeli ismerőse esetében. Ezek többségében orvosi beavatkozásra van szükség, így mentő hívásával és kórházi kezeléssel végződnek. A droghasználattal kapcsolatos segítő helyekkel nincsenek tisztában, a mentőn és sürgősségi ellátáson kívül más segítséget nem is tudnak említeni. Ez nem véletlen, hiszen a járásban nem működik addiktológiai problémák megoldását célul kitűző, speciális segítő intézmény.

Általánosságban elmondható, hogy az egyes drogfajtákkal, azok hatásaival, valamint a függőség természetével kapcsolatos tudatlanság jelentős mértékű, az ezekkel kapcsolatos ismeretek a teljes közösségben tévesek.

II. helyszín

A második helyszín specialitása az volt, hogy a négy településen nagyon eltérő tapasztalataink voltak, többféle droghasználati mintázatot lehet azonosítani, attól függően, hogy milyen jellemzőkkel (történetiség, értékek stb.) rendelkeznek az egyes településrészek és az ott élők.

A dohányzás tekintetében elfogadóbb attitűdöt tapasztaltunk. Az interjúalanyok és családtagjaik kivétel nélkül dohányoznak, a fiatalok már 11 éves kortól rágyújtanak. Változó mennyiséget szívnak, többnyire a dohányboltokban vásárolt, de gyakran nagy kiszerelésben házi termesztésű dohányt is. Az alkoholfogyasztás az idősekre jellemző, de a fiatalok is fogyasztanak, mellette más drogokat is használnak. Egyértelműen a periódusos ivás a jellemző, segélyosztáskor vagy családi ünnepekkor (születésnap, keresztelő, ballagás) isznak nagy mennyiséget, folyamatosan 3-4 napon keresztül. Ilyenkor az egész család együtt iszik, a fiatalkorúak is. Elsősorban bort és leggyakrabban pálinkát fogyasztanak. Az alkoholt a boltban veszik, de házi készítésű bort és pálinkát is fogyasztanak, de ezt nem ők készítik, hanem mástól vásárolják meg („a parasztoktól", a „faluból"). A vendéglátóhelyeken történő alkoholfogyasztás kevésbé jellemző, általában otthon, családdal vagy barátokkal isznak. Ebben a járásban mindhárom településen egyértelműen a gyógyszerek (Frontin, Rivotril, Xanax) visszaélésszerű használata volt a legjellemzőbb. A jelenség korosztálytól független. Találkoztunk súlyosan függő esetekkel is, ahol a napi adag 30–50 szem is lehet. A visszaélésszerű gyógyszerhasználat mellé gyakran alkoholt is fogyasztanak, elsősorban tömény italokat, fiatalok, idősek egyaránt.

Az újfajta pszichoaktív szereket főként a fiatalok használják, rekreációs céllal, 13 éves kortól. Jellemzők a vásárolt szerek, éppen úgy, mint az otthon előállított drog. Klasszikus szereket kevesen, csak bizonyos csoportok használnak. Az interjúalanyok arról számoltak be, hogy a kábítószer-használat tekintetében 3-4 évvel ezelőtt romlott el a helyzet ennyire, és ez a designer drogok térnyerésével magyarázható.

A drogokat a baráti társaság, a buli kedvéért használják, de több válaszban is előkerült, hogy a drogok a párkapcsolati problémák, konfliktusok kezelésére, a konfliktusok elviselésére is szolgálhatnak. A motivációk között többen említették az unalom és a kilátástalanság szerepét: *„mit csinálsz itt? hova jutsz?..."*

A drogok és elsősorban az újfajta pszichoaktív kábítószerek fizikailag és a velük kapcsolatos ismeret is úgy kerül be a közösségekbe, hogy valaki beviszi. (Börtön, Pest, más nagyváros, külföld stb.) Kereskedő (díler) is van, de internetes rendelést is említettek; legnagyobb megdöbbenésünkre

egy futárszolgálati autót többször is láttunk a szegregátumban, csomagokat hozott (ők azt mondják, elektronikus eszközöket, mindenesetre a készségük, tudásuk, infrastruktúrájuk megvan ehhez a fajta vásárlási módhoz). Többgenerációs és intravénás droghasználatot itt sem találtunk!

A lakossági és a szakértői interjúk szerint drog miatti rosszullét mindhárom településen előfordult már, de ezek elszigetelt jelenségek. Az érintettek is beszámoltak rosszullétről, azonban ez egy-egy alkalmat jelent a használat teljes periódusában (az elmúlt 3-4 évben).

A segítéssel kapcsolatos lehetőségek a mentő kihívására korlátozódnak. Azonban éppen az utóbbi időben az egészségügyi ellátás irányában csökkent a bizalmuk, így gyakran rosszullét esetén sem hívnak orvosi segítséget. Az egyik interjúalanyunk ezt így magyarázta: „A sógornőm megoldotta… minek hívtam volna mentőt… úgysem tudott volna az sem mást csinálni…"

A járásközpontban található kórház és a szintén itt működő drogambulancia háromnegyed órára van. Az ambulanciát a lakosság nem ismeri, az ott tartózkodásunk egy hete alatt nem említették. A segítségnyújtás során a család, a szülők szerepe kiemelt jelentőségű, rosszullét és változtatási szándék esetén is a családtagok jelentik a segítségnyújtást.

A városi iskolában a helyi szakember, védőnő, rendőr rendszeresen tart drogprevenciós előadást az osztályfőnöki órák keretében. Az igazgatóval készült interjúból az derült ki, hogy a drogjelenséggel tisztában van, megoldásokat keres.

Társadalmi, strukturális adottságok

A vizsgált települések egyikében egy szervezett bűnözői hálózatot találtunk, melynek a fő tevékenysége nem a drogkereskedelem, ez inkább mellékesen jelenik meg. A kereskedelem inkább egymás között zajlik, ha terítenek is, azt a környékbeli településeken tehetik, ott helyben nem árulnak drogokat idegeneknek.

A fő jövedelemforrás a prostitúció (és érzékelhető valami egyéb bűnözői tevékenység is, de ez nem lett egyértelmű). A szervezett bűnözői csoport egy kiterjedt család. A család női tagjai, a feleségek, idősebb lányok szex-

munkásként dolgoznak külföldön (Németország, Svájc), a fiatalabbak pedig a környékbeli főutakon. Ez itt nem új keletű jelenség, van, akinek már az anyja is prostituált volt. Az anya távollétében a gyerekek az apára és a család többi tagjára vannak bízva. A családon belül a kölcsönök törlesztésének elmaradása, fizetésképtelenség esetén a szülők arról egyeznek meg, hogy az adós család lánygyermeke „ledolgozza" a tartozást. A lány nem tud róla, nincs beleszólása. A lányok dolgoztatása szervezett, van, hogy kisbusszal szállítják őket.

A külföldi kapcsolatokkal rendelkező bűnszervezett tagjai, akiknek megfelelő anyagi forrásaik és a beszerzéshez kapcsolataik is vannak, klaszszikus kábítószereket (marihuána, speed, ecstasy) is használnak, ezeket ismerik, hatásaikat pontosan írják le az interjúk és beszélgetések során. Emellett az újfajta pszichoaktív szerek is elterjedtek körükben, de ezeket alkalmanként használják, azonban nem ritka a több napig tartó buli és használat, otthon és a szórakozóhelyeken egyaránt. A klasszikus kábítószereket elsősorban a külföldről hazalátogató nők hozták, hozzák be.

E településrészen belül erős társadalmi elkülönüléssel találkoztunk, mely kihat a droghasználati szokásokra is. A közösség két részre osztható, az egyik része a „családhoz" tartozik, még ha nem is kötik rokoni szálak őket egymáshoz. A bűnelkövetés és a droghasználat itt összefonódik, rájuk jellemző. A másik csoport a „normakövetők", akik a másik csoporttal ellentétben határozzák meg magukat, kerülik a törvénysértést, amire büszkék, és nyíltan hangoztatják is. Ezzel többször válnak a csoport céltáblájává. A stratégiájuk a visszahúzódás, gyakran előfordul, hogy gyerekeiket nem engedik ki a lakásból (akár napokig is), és csak kísérettel közlekedhetnek. Ezen a településen a szétszakadtság egyre erőteljesebb, 3-4 éve ez a tendencia felgyorsult.

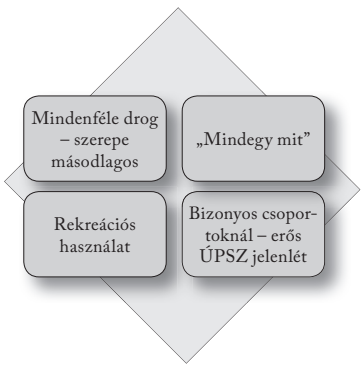
Egy másik település városszéli szegregátumban élők többségében a környező településekről költöztek be a jobb boldogulás, a munkatalálás reményében. Az idők folyamán kifelé zárt közösséggé vált, azonban belül nem egységes. Az itt élő emberek nagyon szegények, a mindennapokban a felnőttek és gyerekek egyaránt súlyosan nélkülöznek. A droghasználatukra a „mindegy mit" jellemző. Leggyakrabban, amikor csak hozzájutnak, különböző gyógyszereket szednek, szívnak fel, amire alkoholt fogyasztanak. Nincs preferált szerük, a könnyebben elérhető szereket használják, nem

tesznek azért, hogy hozzájussanak egy adott szerhez. Így viszont könnyebben mennek bele ismeretlen, veszélyesebb szerek kipróbálásába.

Ugyanezen település másik szegregátuma, mely a város szervesebb része, egészen más képet mutat. Mindennaposak az utcai konfliktusok, „balhék", itt olyan csoportok vannak, akik együtt töltik idejüket, és rendszeresen, akár mindennap együtt használnak drogokat, viselkedésük gyakran agresszív.

A harmadik településen kevesen, egyértelműen rekreációs céllal használnak drogokat (alkohol, gyógyszer, nagyon ritkán klasszikus kábítószerek), az újfajta pszichoaktív szerek is alkalmanként fordulnak elő.

1. ábra: A második helyszín négy szegregátumára jellemző szerhasználati mintázat (saját szerkesztés)



A két adatfelvétel eredményeinek közös pontjai

A dohányzás magas arányú és elfogadott, veszélyét nem látják, bár elismerik, hogy nehéz letenni. A visszaélésszerű gyógyszerhasználat szintén nagyon elterjedt, bizonyos településeken a legelterjedtebb drog, melyet gyakran kevernek alkohollal. Jellemző a függő és problémás használati mód.

Az alkoholfogyasztás is magas, de mértéke és a használati mintázatok településenként, életkoronként és nemenként eltérőek.

A megkérdezettek drogokra vonatkozó szóhasználata eltérő, a drogokkal kapcsolatos kategóriák, elnevezések gyakran keverednek, összecsúsznak. Rendszeresen használják a fű kifejezést, miközben – a tisztázás után kiderül, hogy – egyértelműen az újfajta pszichoaktív szerek valamelyikére, a biofűre gondolnak.

A generációk tekintetében eltérőek a droghasználati szokások és a preferált drogok is. A szülői és nagyszülői generáció droghasználatára a dohányzás, az alkohol, a gyógyszer és ezek kevert használata a jellemző, ami különböző mértékben és gyakorisággal történik. A fiatalok ezeket és mellette az újfajta pszichoaktív szereket használják, általában 11–13 éves kortól, elsősorban rekreációs céllal. Számos interjúalany azonban a függőségre utaló magatartásmintázatról számolt be. A közös nevező egyértelműen az alkohol és a nikotin, melyek tekintetében nem találtunk generációk közötti különbséget. Minden korosztály nagy mennyiségben fogyasztja ezt a két drogot, többségük függőnek tekinthető. A legális és illegális szerek használata érzékelhetően (és a kutatás során fellelt számok alapján is) magasabb az országos és a nagyvárosi átlaghoz képest. Az újfajta pszichoaktív szerek tekintetében többgenerációs és intravénás szerhasználatot vagy erre utaló jeleket egyik kutatásban sem találtunk. Azonban mivel a nikotin- és az alkoholfogyasztás mindkét generáció tekintetében magas, valamint jellemző az otthoni, közös családi használat, ez mintát adhat az egyéb más szerek közös használatára, elfogadására is. Intravénás droghasználat nyomaival és ezzel kapcsolatos tapasztalatokkal még az említések szintjén sem találkoztunk. A droghasználat motivációi között a társadalmi okok szerepe erősödik, melyeket az ott élők is azonosítanak.

Jelentős a vizsgált település lakói körében a különböző szerekkel, hatásaival, következményeivel, valamint a szenvedélybetegség természetével, a felépüléssel kapcsolatos általános tudatlanság. A segítéshez, segítségkéréshez való hozzáállás kiábrándult, szkeptikus. Nagyon erős a medikális modell hatása, a probléma pusztán fizikai, betegségfelfogásra alapuló megítélése. Ezzel párhuzamosan jellemző az egészségügybe vetett hit is. A drogfüggőségről azt gondolják, hogy alapvetően *„nincs ezzel mit tenni. Ez van."* Ha egy droghasználó változtatni szeretne, akkor pedig *„csak abba kell hagyni, és kész"*, valamint *„ez pusztán akaraterő kérdése"*. A segítségkérés és -nyújtás kimerül a sürgősségi ellátásban. Szenvedélybetegségekkel fog-

lalkozó intézmény, szakember a prevencióban és a kezelésben vagy egyáltalán nincs, vagy kevés számú, és főleg a járás-, illetve megyeközpontban található, ami a kistelepüléseken élők számára nehezen elérhető. A droghasználat okai között egyértelműen azonosítható szociális problémák (munkanélküliség, szegénység, kirekesztettség) orvoslásához pedig nem elegendő a megfelelő eszközökkel rendelkező szakember. A droghasználatból fakadó nemkívánatos következmények, hirtelen jött krízis, rosszullét esetében egyértelműen a szülőkhöz fordulnak. A szerhasználati szándék megerősítésében és a gyakorlati változások végrehajtásában is – jobb híján – a család és a baráti társaságok segítenek.

Konklúzió

A droghasználati mintázatok és okai

A droghasználati szokásokban, a mintázatban és a droghasználattal kapcsolatos attitűdökben járásonként és településenként is jelentős eltérések vannak. Az egyes települések, még ha egy járáson belül is vannak, vagy igen közel egymáshoz, eltérő képet mutatnak. Az aktuális droghelyzet erősen összefügg egy-egy település, településrész, valamint az ott élő emberek történetével, településen elérhető lehetőségekkel, valamint a közösség kohéziójával. Általánosítani és a vidékről mint egységes homogén egészről beszélni és gondolkodni, a droghasználat elterjedtségéről általános megállapításokat tenni nem lehet, mert azok nem tükrözik a valóságot! Az addiktológiai és médiaszakemberek részéről a fenti szellemben gondolkozni és nyilatkozni nagy hiba! Vizsgálódásainknak éppen az a konklúziója, hogy az eltérő adottságú kisebb-nagyobb vidéki települések mennyire eltérő droghasználatot mutatnak. Tapasztalataink alapján hangsúlyozzuk a helyi szintű mérések és tapasztalatok jelentőségét, illetve a kvantitatív módszerek korlátozottságát és elégtelenségét erősítjük meg.

A mélyszegénységben élők droghasználati vizsgálata során azonban mégiscsak volt egy közös jellemző, mely szintén a kvalitatív eszközökkel állapítható meg, bár ez talán kvantitatív vizsgálatokkal is alátámasztható lehetne. Elterjedt jelenség a „kábulatfüggőség”, melynek jellegzetes célja a

valóságból való kilépés, a valamilyen fajta droghatás érzése, mely lehet pozitív és negatív élmény is. Lényege abban áll, hogy nincs elsődlegesen fogyasztott és/vagy preferált szer, kívánatos mindenfajta tudatmódosító anyag használata, ami a valóságra, a saját életre vonatkozó „felejtést" szolgálja. Az, hogy aktuálisan mit használnak, sok mindentől függ.

A szegénység mértéke meghatározza az egyes drogfajták közti választás lehetőségét. A korlátolt anyagi ráfordítás arra sarkallja a minél szegényebb rétegeket, hogy azokat a tudatmódosító anyagokat használják, amihez anyagi lehetőségek mentén hozzá tudnak férni. Ezek azonban a kockázatosabb, házilag előállított vagy nagyobb rizikójú újfajta pszichoaktív szerek. A szegényebb rétegek inkább kísérleteznek új szerek kipróbálásával, előállításával is. A település(rész) szegregáltsága-nyitottsága, a többségi társadalommal való kapcsolata szintén meghatározza, hogy az itt élők milyen típusú anyagokhoz jutnak hozzá. Tény, hogy a fizikai összeköttetés, a településrészből történő kijutás nehézségi szintje a drogok elérhetőségét is befolyásolja. A fizikai mobilitás azonban meghatározza a kapcsolatrendszereket is. A településen kívüli kapcsolatokkal rendelkezők könnyebben férnek hozzá többféle szerhez is. Azok, akik a környékbeli nagyvárosokban vagy Budapesten rokonokkal, ismerősökkel rendelkeznek, könnyebben utaznak, és töltenek el egy más környezetben hosszabb-rövidebb időt. A droghasználat indokai között többször felmerült „a Pest mint a csábító megrontó" metafora. Akik elmentek a számukra és különösen a közösség többi tagja számára igen távoli és számos reményt adó, ugyanakkor félelmetesnek is tűnő fővárosba szerencsét próbálni, *„azokat ott megrontotta a léha és züllött pesti környezet"*. Gyakran tapasztalják azt, hogy onnan droghasználóként jönnek vissza az emberek, és ezt az életmódot tovább folytatják a településen is. Ennek az oktulajdonításnak kétféle motivációja lehet. (1) Bennük is van egy elvágyódás, a jobb élet reménye. Sokan megfogalmazzák, hogy szeretnének elköltözni, ha nem is Pestre, de a környező települések valamelyikére, vagy legalább ki a szegregátumból. Erre azonban kevés remény van. Megnyugtató lehet azt gondolni, hogy az ismeretlenben más, még sokkal rosszabb is lehet. (2) Máskor pedig az újabb, számukra kezelhetetlen drogproblémák terjedése és ennek távolítása van a háttérben: valójában ez nem az ő közösségük problémája. A büntetés-végrehajtásban eltöltött idő is meghatározó, egyrészt szorosabb ismerősi körbe

kerül a drogot áruló személy, másrészt a börtönben ismerkednek meg a különböző drogokkal és azok használati vagy akár előállítási módjaival is. Tehát a más környezetben hosszabb-rövidebb időt töltők (időszakosan Pestre, kiemelten a VIII. kerületbe költözők, a börtönviseltek és a külföldi kapcsolatokkal rendelkezők) szert tesznek egyfajta droghasználati tapasztalatra, ezáltal egy speciális tudásra, mind a droghasználatról, mind pedig a drogok beszerzését biztosító kapcsolatokról. Ezáltal viszik be a droghasználatot a közösségekbe.

A szervezett bűnözői hálózatok a lányok révén külföldi kapcsolatokkal is rendelkeznek, ami főleg a klasszikus szerekhez való hozzájutást könnyíti meg. A külső kapcsolati hálóval rendelkezők tehát inkább jutnak drogokhoz, akár klasszikus kábítószerekhez (amfetamin, metamfetamin, opiátok stb.) is. Az elzártabban, kevesebb külső kapcsolattal rendelkezők körében gyakoribbak a házilag előállított szerek, vagy a gyógyszerek használata.

Fontos tapasztalat volt, hogy a szegregátumban élők gyakorlottan használják az internetes vásárlás lehetőségét. Megfelelő készségekkel és infrastrukturális háttérrel rendelkeznek ahhoz, hogy az internetes drogelérés lehetővé váljon számukra, még ha a jelen kutatásban úgy is nyilatkoztak, hogy műszaki eszközök beszerzésére használják a világhálót.

Közösség—család

A mélyszegénységben szegregáltan élő emberek életében kiemelten meghatározó a közösség szerepe, melynek jelentőségével nekünk is számolnunk kell, érdemes tehát megérteni működését. Az adatgyűjtés során mindvégig meghatározó volt a „kint és bent élménye", ami esetünkben a közösségben elfoglalt helyünket jelentette. A szegregátumban élő emberek tapasztalatai szerint a kívülről hozzájuk érkező idegenek elsősorban rendőrök, a gyámhatóság munkatársai és olyan, a társadalmi elvárásokat közvetítő segítők (gyermekjóléti szolgálat családgondozói, orvosok stb.), akiknek leginkább ellenőrző, rendszabályozó szándékuk érzékelhető. Így az itt élők a településen belül elkülönült, a külvilág felé zárt közösséget alkotnak, és gyanakodva fogadják az idegeneket, akikkel eleinte nem szívesen osztják meg életük egyes részleteit. Így a kutatás során egy hosszabb „bizalommunka"

beépítésére volt szükség, mely idő alatt a kutatásba bevont személyek megismerhetik és tesztelhetik a kutatói szándékunkat. Az elfogadáshoz és ahhoz, hogy a közösség részévé váljunk, őszinte érdeklődésre, elfogadásra és sok beszélgetésre, egyszóval intenzív jelenlétre volt szükség. Ettől a ponttól azonban szabadon tudhattunk meg részletes információkat a közösség és egyes tagjai életéről. A közösségen belül jellemző a nyitottság, átjárhatóak a határok, a magánéleti titok másként értelmeződik, az intimitás határai szűkebbé válnak. Azonban az egyes települések, településrészek közösségein belül a kohézió jelentősen különbözhet, és ennek megismerése, megértése kiemelten fontos, hiszen meghatározó indikátora a droghasználat alakulásának.

A nyitottság az általános családi és életesemények mellett a droghasználatra is kiterjed. A középosztály körében ismert generációk közötti titkolózás itt nem jellemző. A közösség a szerhasználat kipróbálásában, folytatódásában, ugyanakkor a változtatásban, a droghasználat felhagyásában is jelentős szerepet játszik. A szerfogyasztás a gyerekek előtt zajlik, a kilenc-tíz évesek is ismerik a szerek neveit, részletesen el tudják mesélni, hogyan néznek ki, hogyan használják, és milyen hatásokat váltanak ki az egyes anyagok. Fontos, hogy többgenerációs ÚPSZ-használattal nem találkoztunk, de a legális szerek nyílt használata, a családi eseményeken történő együttes alkoholhasználat, a fiatalkorúak bevonása az italozásba egyrészt mintát ad, másrészt a szülők droghasználattal kapcsolatos elfogadó attitűdjét közvetíti a gyerek felé. Az alkohol- és egyéb szerhasználat elfogadott, illetve úgy érzik, nincs hatásuk a dologra.

Társadalmi kontextus

Munkanélküliség, kilátástalanság, elvágyódás. A több generáción átívelő magas arányú munkanélküliség, a változásokban nem bízó kilátástalanság magával hívja az elvágyódást. Sok fiatal és idősebb is tervezi az elköltözést, ezeknek a terveknek azonban nincs realitása, ami tovább növeli a frusztrációt. A munkanélküliség, a szegénység és a társadalmi kirekesztettség súlyos pszichés tüneteket okoz, a kiváltott frusztráció és kilátástalanság pedig magával hívja a drogok fogyasztását, ami ezen érzések csökkentésére

szolgál. Ahol a gyerekek kitörési lehetősége szinte lehetetlen, ahol esély sincs a munkaerőpiacon elhelyezkedni, és a közmunka jelenti az egyetlen munkalehetőséget, és ahol ennyire jellemző a nélkülözés és jövőnélküliség, mint ezeken a településrészeken, ott az olcsó, gyorsan ható szerek játszva teret nyernek. Minderre ráerősít a szegregáció és a helyi társadalomban meglévő bűnbakképzés, ami mindennapos kirekesztésben és diszkriminációban is jelentkezik, mellyel az itt élők nap mint nap kénytelenek szembesülni.

Az általunk vizsgált területeken élő emberek jövőképe bizonytalan és negatív. Nemcsak a saját életükben nem látnak lehetőséget arra, hogy ez változni, alakulni fog, hanem a gyerekeik jövőjét sem látják biztosítottnak, boldogulásukban nem hisznek. A szegénység és nélkülözés, a kilátástalanság, valamint a többségi társadalomtól elszenvedett kitaszítottság az itt élő emberek lelki és fizikai egészségét is felemészti.

A számos veszélyeztető tényező mellett a protektív, a droghasználattól védő tényezők is hiányoznak. Sem a pozitív önértékelés és az énhatékonyság alapjául szolgáló feladatteljesítés, kihívás, sem pedig az ezek kibontakoztatásához szükséges lehetőségekhez, erőforrásokhoz való hozzáférés nem biztosított.

A droghasználat egyéni döntés, ugyanakkor látlelete a társadalmi állapotoknak. A kistelepüléseken az alacsony társadalmi státuszhoz köthető droghasználat tehát elsősorban nem drogprobléma és nem egyéni élethelyzetekre visszavezethető probléma, hanem súlyos társadalmi probléma, melynek megoldása, enyhítése kizárólag komplex, az élet valamennyi területére kiterjedő, közösségépítő beavatkozások tervezése mentén képzelhető el.

A mostani aggodalomra okot adó helyzetben az azonnali beavatkozás nem várhat. A drog- és szociálpolitikának a felvilágosító és alacsonyküszöbű programok sürgős megszervezése kiemelt felelőssége ezeken a településeken is. Az egészségügyi szűrések (HIV, hepatitis) és a korai kezelésbe vétel (egészségügyi intézmények megerősítése, szenvedélybetegek ellátóhelyeinek támogatása), valamint a helyi segítő szakemberek megtámogatása elengedhetetlen. A probléma összetettségét figyelembe véve a megoldásról való gondolkodást és a beavatkozást nem vállalhatja magára kizárólag az addiktológia és annak szakemberei, de talán kezdeményezheti

a különböző tudomány- és szakterületek együttgondolkodását és a megvalósításban való együttműködését.

Irodalom

Agar, Michael (2003): Toward a Qualitative Epidemiology. *Qualitative Health Research,* 13. sz. 974–986.

KSH (2015): Munkaerő-piaci folyamatok, 2015. I. negyedév. *Statisztikai tükör,* 42. sz. http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mpf/mpf1503.pdf

MTA RKK (2015): *A szegénység és társadalmi kirekesztettség területi indikátorai, 2012–2015.* Pécs, MTA RKK. http://www.rkk.hu/hu/vezeto_hirek/a-szegenyseg-es-tarsadalmi-kirekesztettseg-teruleti-indikatorai.html

Schön, D. A. (1983): *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action* (US, Basic Books).

Szécsi Judit – Sik Dorka (2016): Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban. *Esély,* 2. sz. 115–131. http://www.esely.org/kiadvanyok/2016_2/2016-2_4-1_Szecsi-Sik_Szehasznalat.pdf

Varró Ernő – Kadét Gabriella (2010): *A roma lakosság hozzáférése az uniós fejlesztési forrásokhoz Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében.* Budapest, TASZ. http://tasz.hu/files/tasz/imce/Varro_kadet_kutatas.pdf

Intravénás szerhasználatból származó anyagmaradványok vizsgálata[1]

Csorba József — Figeczki Tamás — Kiss József
— Medgyesi-Frank Katalin — Péterfi Anna

1. Problémafelvetés

A kábítószerszcéna az utolsó nyolc évben jelentős változásokon ment át. A kilencvenes éveket és a XXI. század első dekádját a klasszikus drogok (kannabisz, amfetamin, heroin, kokain) dominálták.

2010-től robbanásszerűen megjelentek új típusú vegyületek, új típusú hatásokkal, amelyek pár év alatt átvették a dominanciát a drogszcénában. Ez a jelenség komoly egészségügyi és szociális kockázatokkal (intoxikáció – halál, gyakori pszichotikus szövődmények, emelkedett fertőzésveszély, munka-/tanulási képesség romlása stb.) jár a fogyasztók számára és elsődlegesen a fiatal generációt érinti. Társadalmi szinten magas közegészségügyi kockázatot és kriminalitást eredményez. A gyűjtőnéven ismert dizájner drogok vagy új típusú pszichoaktív szerek (ÚPSZ) kémiai struktúrája, hatása folyamatosan változik. Ez a jelenség az egész Európai Unióban érezhető, de kiemelkedően főleg a közép-keleti régió országaiban jellemző. Magyarországon is figyelembe véve az utolsó években a Nemzeti Drog Fókusz Pont adatait, egyértelmű ez a változás. A kezelőhelyek adatai alapján 2014-ben a kezelésre jelentkezők bevallása alapján az elsődleges használt szer 21%-a stimuláns dizájner drog és 26 százalékban szintetikus kannabinoid. A tűcsere-programok jelzései alapján például 2009-ben az injektált szerek 56%-át a heroin adta, 2014-ben az injektált szereknek a 68%-a az ÚPSZ.

A Bűnügyi Szakértői és Kutatató Intézet által a lefoglalt anyagokon végzett toxikológiai vizsgálatok alapján is ez a tendencia mutatható ki.

[1] A jelen tanulmányban bemutatott kutatás a Breaking the Drug Cycle című projekt (JUST/2013/ISEC/DRUGS/AG/6418) támogatásával valósult meg.

Az Ökumenikus Segélyszervezet projektje az első olyan lehetőség Magyarországon, amely az összegyűjtött droghulladék toxikológiai vizsgálata alapján átfogó és megbízható adatokat biztosít az intravénás szerhasználók által injektált anyagok kémiai struktúrájáról, azok időbeli és földrajzi mintázatairól.

Jelen összefoglalóban a projektmegvalósítás első 17 hónapja során született eredményeket mutatjuk be.

2. A program céljai

Az általános cél a Szintetikus Kábítószerek Elleni Európai Paktum végrehajtásának elősegítése volt.

2.1. Konkrét célok

Elsődleges adatok az új pszichoaktív szerekről: a program elsődlegesen várható eredménye, a Határozat első lépésének végrehajtása, vagyis információ gyűjtése és megosztása az új pszichoaktív anyagok megjelenéséről. Új anyag felbukkanása esetén az információ továbbításra kerül a Nemzeti Drog Fókuszpont felé, ahol továbbítják az információt az EMCDDA, valamint a hazai szakemberek felé. Helyi szinten tájékoztatást kapnak az ellátórendszer tagjai és az érintett szerhasználói kör.

- Új trendek felismerése, követése és értelmezése: célunk az új pszichoaktív szerekhez és a már ismert anyagokhoz köthető új szerhasználati mintázatokról és trendekről történő információgyűjtés volt. A kémiai vizsgálatok eredményeinek összevetése a szerhasználók által nyújtott információkkal elősegítheti az egészségügyi, a rendészeti és az igazságügyi intézmények felkészülését a lehetséges közegészségügyi és társadalmi kockázatokra.
- A gyűjtött adatok többrétű elemzése: várható eredményként fogalmazódott meg, hogy a vizsgálatok során szerzett sokrétű információt több szempontból és formában értékeljük és osszuk meg a célcsoporttal.

3. A program felépítése és működése

3.1. A program szakaszai

Résztvevők bevonása és a programstruktúra kialakítása: a programstruktúra kialakításának első mérföldköve a menedzsment felállítása, a projektdokumentáció kidolgozása és a résztvevőkkel kötendő szerződések (munka-, megbízási, vállalkozói, együttműködési) előkészítése volt.

Előkészítés: Ezt követően a partnerszervezetekkel közösen meghatározásra kerültek a droghulladék begyűjtésének, tárolásának és szállításának részletei, beleértve a kísérő dokumentumok rendszerét. Az önkéntesek toborzásával egyidejűleg került véglegesítésre az önkéntes felkészítés tematikája, és megkezdődhetett azok lebonyolítása.

Megvalósítás: Ezt követte a vizsgálat megvalósítási szakasza, mely a 2015 márciusa és 2016 novembere közötti 20+1 hónapot ölelte fel (+1 hónap a minták vizsgálati ideje miatt).

Lezárás: A program záró dokumentációjának elkészítése, pénzügyi lezárás, záró értékelés, a folytatás lehetőségeinek megtervezése.

3.2. A program tervezésében és megvalósításában részt vevő szereplők

- az Ökumenikus Segélyszervezet a főpályázó, feladata a program koordinációja és irányítása;
- vizsgálati helyszínek: a Segélyszervezet intézményei és hazai partnerszervezetek, feladatuk;
- az önkéntesek toborzása, tevékenységük koordinációja, támogatása, valamint a droghulladék begyűjtése és beszolgáltatása;
- toxikológiai laboratórium, feladata a havonta beérkező droghulladék kémiai vizsgálata, melynek eredményeiből havi jelentést készített a Segélyszervezet számára.

3.3. Partnerszervezetek

- Ökumenikus Segélyszervezet;
- Debreceni Szociális és Fejlesztő Központ;
- Soroksári Addiktológiai Centrum;
- ArtEra Alapítvány – Budapest, VII. kerület;
- Drogambulancia Alapítvány – Miskolc;
- Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum – Szeged;
- MI-ÉRTÜNK Prevenciós és Segítő Egyesület – Békéscsaba;
- Független Egyesület – Gyula;
- Debreceni Egyetem Klinikai Központ – Igazságügyi Orvostani Intézet, Toxikológiai Laboratórium;
- Nemzeti Drog Fókuszpont – Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ.

3.4. Munkafolyamat

Az adott hónap során begyűjtött minták szállítása mindig a következő hónap első napjaiban történt egy veszélyes hulladékok szállítására engedéllyel rendelkező alvállalkozóval. A szállító a vizsgálati helyszínek érintésével minden részt vevő szervezettől átvette az előre elkészített és dokumentált csomagokat, majd azokat leadta a laboratóriumnak feldolgozásra.

A laboratóriumi munkára és az azt lezáró havi jelentés elkészítésére 30 nap állt a laboratórium rendelkezésére, melyet a Segélyszervezet munkatársai néhány nap alatt feldolgoztak és közzétettek a partnerszervezeteknek, a monitorozó intézményeknek (Nemzeti Drog Fókuszpont, EMCDDA), a szakmai ernyőszervezeteknek, nemzetközi partnereknek stb.

4. A vizsgálat menete

4.1. A droghulladék begyűjtése

A program időtartama alatt összesen öt megyeszékhely (Debrecen, Miskolc, Szeged, Békéscsaba – Gyula, Pécs) és két budapesti kerület (VII., XXIII.)

egy-egy ártalomcsökkentő szolgáltatása vett részt a droghulladék gyűjtésében. A pécsi partner a vizsgálat 14. hónapjában csatlakozott a projekthez.

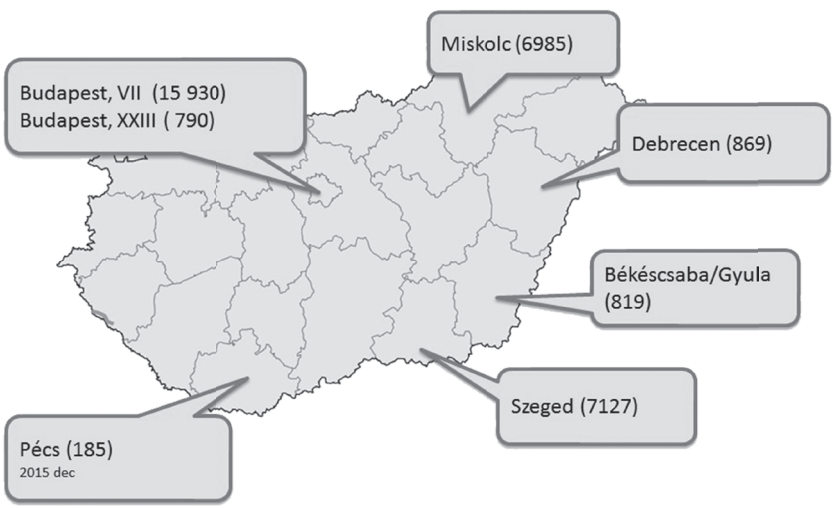
A programban részt vevő szervezetek ellátási területük, illetve klienskörük nagysága, szerhasználati szokásai függvényében határozták meg vállalásukat a mintagyűjtésben. A gyűjtésben a program folyamán 123 – előre kidolgozott tematika alapján – kiképzett önkéntes segített.

Három típusú minta került begyűjtésre:

a) ömlesztett droghulladék, melyeket a tűcsere-programokban kerültek begyűjtésre a fogyasztóktól, megjelölés vagy társult információ nélkül;
b) szerhasználók által leadott injektáló eszközök kérdőív kitöltésével párosítva;
c) eldobott és az önkéntesek által az utcáról begyűjtött injektáló eszközök, a begyűjtött tárgyakhoz rögzített információ: gyűjtés helye és ideje, a tárgyak száma és megjelenési formája.

Az 1. ábrán látható a begyűjtött hulladék földrajzi eloszlása:

1. ábra: A begyűjtött hulladék földrajzi eloszlása



4.2. A kémiai vizsgálat menete

Összesen a projekt első 17 hónapja alatt 32 705 tárgy begyűjtésére és laboratóriumba szállítására került sor analitikai vizsgálat céljából. A begyűjtött tárgyakat a begyűjtés helye és ideje, valamint vizuális hasonlóság alapján csoportosítottuk, mely csoportokat onnantól egy-egy vizsgálati mintaként kezeltünk.

Egy vizsgálati minta tehát egy vagy több tárgyat (például négy fecskendőt) tartalmazott. A beérkező droghulladék csoportosításával összesen 4601 vizsgálati mintát alakítottunk ki, melyek laboratóriumi vizsgálatából 4340 volt eredményes. Statisztikai elemzésre ezek közül 4109 vizsgálati minta volt alkalmas. Az egyesített minták vizsgálatát a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Igazságügyi Orvostani Intézet Toxikológiai Laboratóriuma végezte gázkromatográfiás elválasztással kombinált tömegspektrometriás (GC/MS) eljárással.

4.3. A kérdőíves vizsgálat menete

Azokban az esetekben, amikor az injektáló eszközöket közvetlenül a szerhasználók adták le a kutatás keretében, a partnerszervezetek felkínálták a kutatáshoz kapcsolódó kérdőíves vizsgálatban való részvétel lehetőségét a mintát leadó személynek. A kérdőívet abból a célból dolgoztuk ki, hogy többet tudjunk meg a mintát leadó személyről, szerhasználati szokásairól és a leadott mintáról. Az önkitöltős, anonim kérdőív kitöltése önkéntes volt. A vizsgált 17 hónapban – 2015. március és 2016. július között – 393 érvényes kérdőív érkezett be.

5. A toxikológiai laboratóriumi vizsgálatok eredményei

5.1. Azonosított új pszichoaktív szerek

A Tisztább kép program keretében összesen 5 új, korábban hazánkban nem detektált anyag azonosítására és bejelentésére került sor, az egyik anyag Európában is először került detektálásra.

- 4-chloro-α-pyrrolidinovalerophenone
- 4-F-α-PHP
- 5F-EDMB- PINACA – Európában elsőként azonosítva és jelentve az EMCDDA és az EUROPOL felé
- α-PNP
- TH-PHP

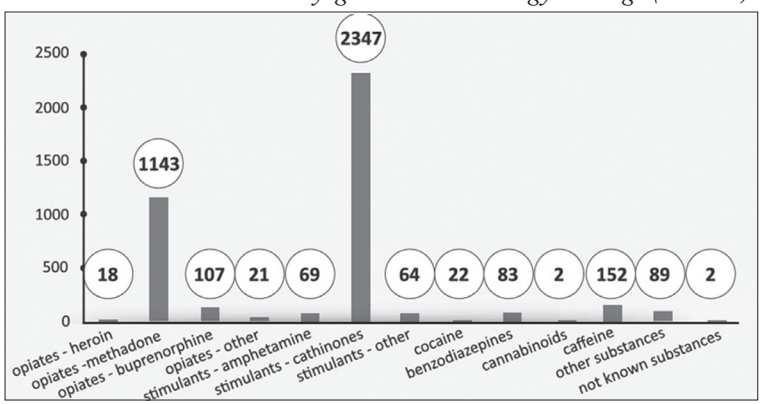
5.2. A droghulladékból azonosított hatóanyagok

Az első 17 hónap alatt több mint 200 hatóanyag került kimutatásra. A fecskendők többszöri használatának gyakorlata jól ismert a hazai intravénás közösségben. A Nemzeti Drog Fókuszpont injekciós szerhasználók körében végzett 2014-es vizsgálata alapján az átlagos újrahasználat 2,08 volt egy fecskendő esetében (Nemzeti Drog Fókuszpont 2015). Figyelembe véve az ismételt felhasználást, a vizsgálatok által kimutatott főkomponensek az utolsó injektálás során bevitt anyag domináns hatóanyagára vonatkoznak. Leggyakrabban valamilyen szintetikus katinonvegyületet azonosítottak a vizsgálatok: összesen 2347 esetben, ami a vizsgálati minták 57%-a. Ezek a vegyületek az elmúlt 4-5 évben jelentek meg a hazai piacon, és néhány év alatt át is vették a korábban injektált anyagok (jellemzően heroin és amfetamin) helyét. Nagy számban került kimutatásra egy, az opiáthelyettesítő kezelések során használt gyógyszer, a metadon: összesen 1143 esetben volt ez a domináns hatóanyag a vizsgálati mintákban, ami az összes eset 28%-a.

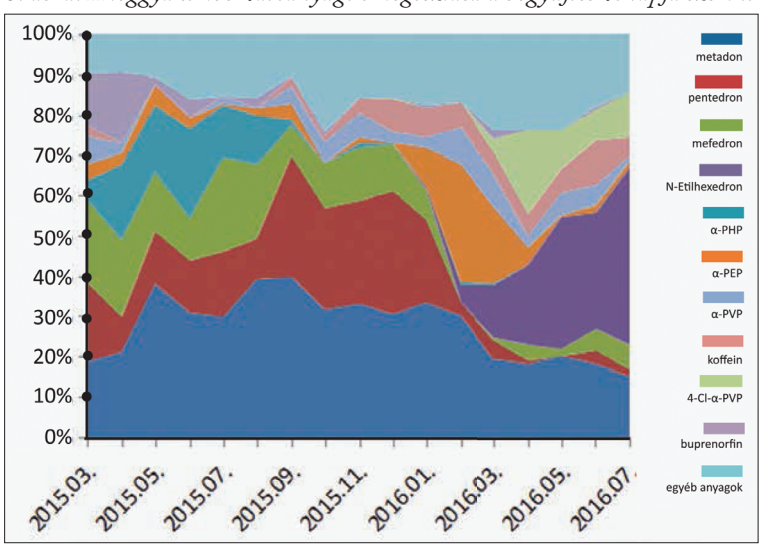
A főkomponensként kimutatott 10 leggyakoribb hatóanyagot vizsgálva az injektáló eszközök begyűjtésének ideje szerint jól látható a kábítószerpiac dinamikája. Vannak anyagok, melyek évekig stabilan megmaradnak a piacon, míg vannak olyanok – elsősorban az új pszichoaktív szerek között –, melyek pár hónapos népszerűséget követően el is tűnnek. Ez tapasztalható az azonosított injektált hatóanyagok esetében is. A metadon és pentedron – bár változó megjelenési gyakorisággal, de – stabilan ott van a leggyakrabban injektált szerek között. Ezzel szemben a szintetikus katinonok családjába tartozó α-PEP kizárólag 2015. december és 2016 áprilisa között jelent meg nagyobb arányban a kimutatott hatóanyagok között. Hasonlóan rövid ideig tartott az ugyancsak katinon α-PHP (2015. március

és augusztus között) népszerűsége. Figyelemre méltó az N-Etilhexedron megjelenése és elterjedése 2016 februárjától kezdődően (ez is szintetikus katinon). Gyakorisága az utolsó vizsgált hónapban elérte a 44%-ot (a 2016. júliusi mintákban), 2016 májusától ez volt a leggyakrabban kimutatott főkomponens a vizsgált mintákban – megelőzve többek között a metadont és a pentedront is.

2. ábra: Az azonosított hatóanyagok kimutatásának gyakorisága (N: 4109)



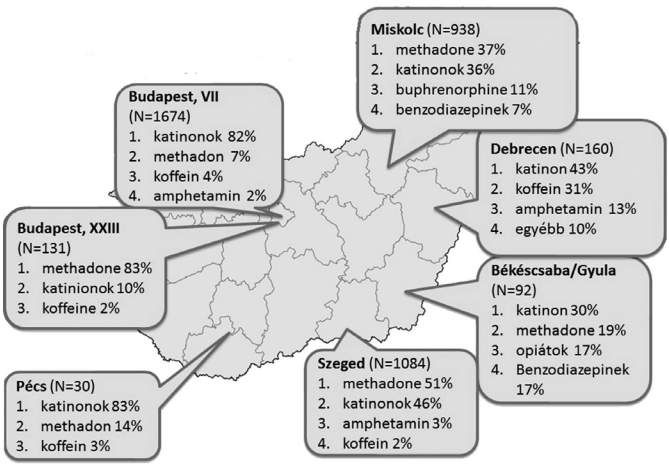
3. ábra: A leggyakoribb hatóanyagok megoszlása a begyűjtés hónapja szerint



5.3 Földrajzi eltérések az injektált anyagokban

Figyelembe véve a leggyakrabban kimutatott főkomponenseket, jelentős eltérések vehetők észre a földrajzi régiók között.

4. ábra: Földrajzi eltérések

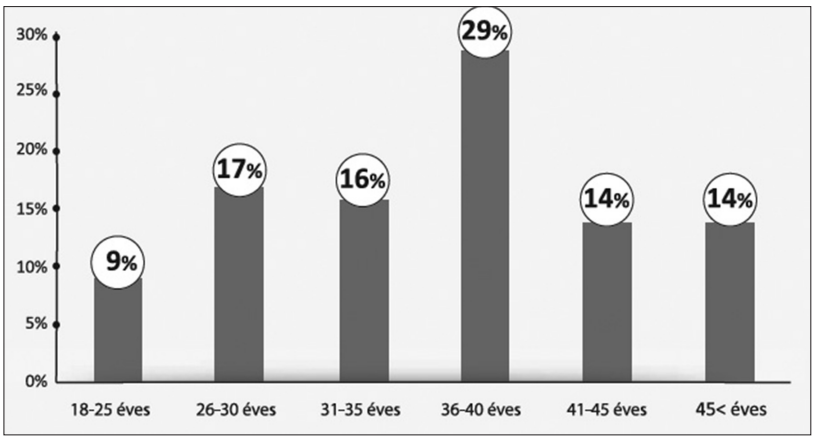


Azokon a helyszíneken, ahol szubsztitúciós kezelés folyik, a metadon gyakori megjelenése egyértelmű. A többi helyszínen a katinonok dominálnak. Bizonyos hatóanyagok elsődlegesen egy-egy helyszínhez köthetőek, pl. buphrenorphine Miskolcon, benzodiazepinek Békéscsabán.

6. A kérdőíves vizsgálat eredményei

A vizsgált 17 hónap folyamán összesen 395 érvényes kérdőív érkezett be, melyek többsége a vizsgálati időszak második felében került felvételre. A mintát leadók szociodemográfiai összetételével kapcsolatban elmondható, hogy a férfiak aránya a mintában (85%) némileg magasabb volt, mint a hazai tűcsereszervezetek klienskörében tapasztalt arány (77%) (Tarján 2015).

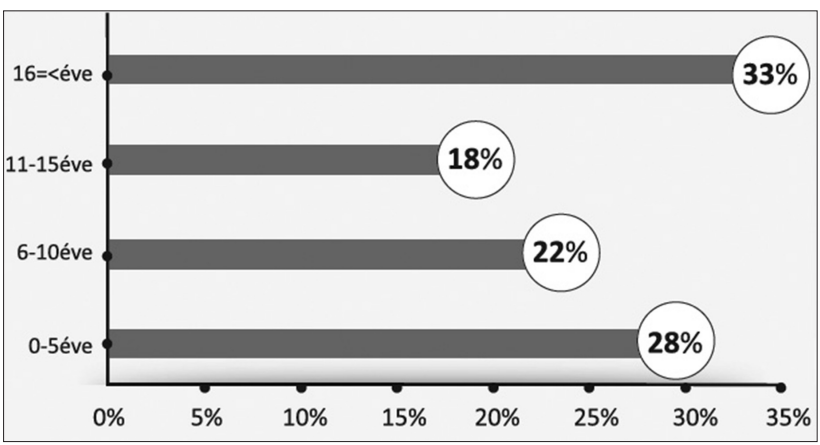
5. ábra: Életkor szerinti megoszlás



Ahogy látható, a 36 és 40 év közöttiek képviseltették magukat legnagyobb arányban a mintában. A kérdőívet leadók idősebbek, mint – az országos tűcsereadatok alapján – a tűcsere-szolgáltatásokat igénybe vevő populáció (Tarján 2015). A kérdőívet kitöltők átlagéletkora 36,5 év volt.

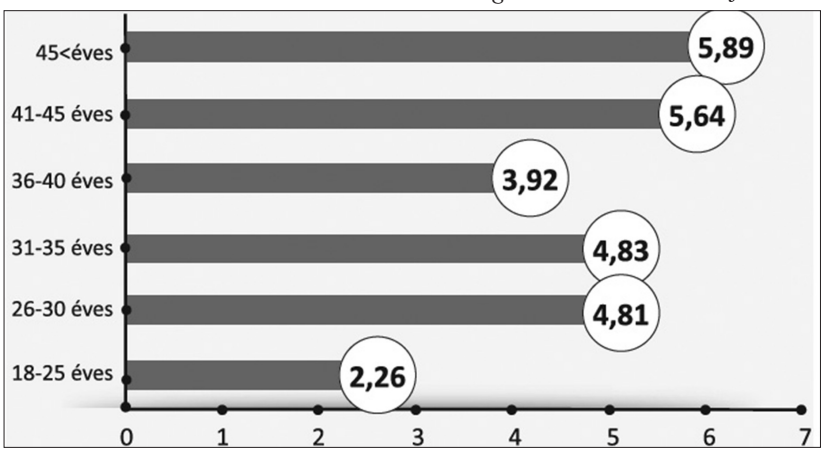
Az intravénás szerhasználat hossza átlagosan 11,6 év. A kérdőívet kitöltők fele (50%) több mint 10 éve injektált kábítószereket.

6. ábra: Az intravénás szerhasználat hossza



Az intravénás szerhasználatot megelőző kábítószer-használat hossza átlagosan 4,6 év volt. Ha életkori csoportok szerint vizsgáljuk a mintát, feltűnő, hogy a legfiatalabb csoport körében jelentősen megrövidült a nem-intravénás drogkarrier hossza az idősebb életkori csoportokkal összevetve.

7. ábra: Az intravénás szerhasználatot megelőző szerhasználat ideje



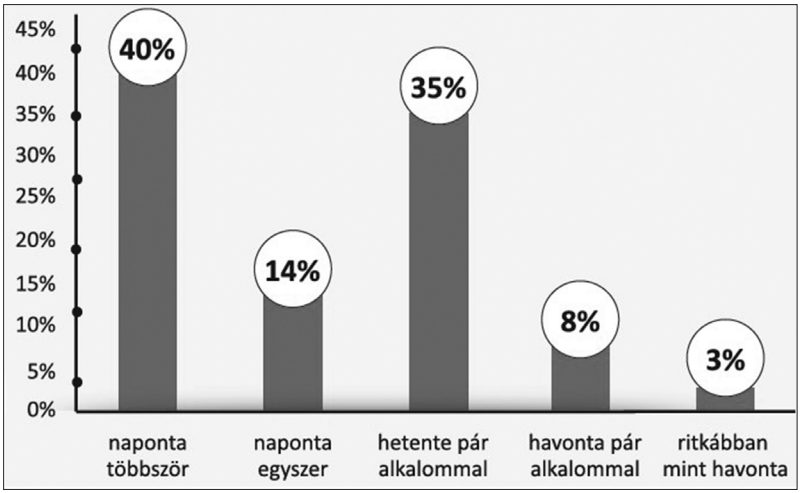
A minta 54%-a számolt be napi gyakorisággal történő injektálásról, és mindössze 11% volt azok aránya, akik havonta legfeljebb néhány alkalommal injektálnak.

A kérdőíves vizsgálatok alapján részben sikerült felmérni, hogy bizonyos utcai néven vásárolt drogok lényegében milyen kémiai hatóanyagokat tartalmaznak, és milyen hatásuk van.

Az egyértelmű, hogy az utcai drogok az esetek jelentős számában több hatóanyagot tartalmaznak. Régiónként is vannak különbségek, hogy milyen hatóanyagot tartalmaz egy-egy utcai drog, ezeket az adatokat azonban fenntartásokkal kell kezelni.

Fontos hangsúlyozni, hogy a kérdőíves vizsgálatban résztvevők nem reprezentálják a hazai intravénás szerhasználói populációt.

8. ábra: Az injektálás gyakorisága



7. Konklúziók

Az új pszichoaktív szerek hazai megjelenése és elterjedése óta több forrás is jelezte a szintetikus katinonok injektálásának elterjedését. Toxikológiai laboratóriumi vizsgálattal alátámasztott adat viszonylag kevés volt. A 2015. március és 2016. július között 6 városban begyűjtött és laboratóriumi elemzésnek alávetett minták több mint fele esetében (57%) valamilyen szintetikus katinon volt a domináns hatóanyag.

Habár a kutatási minta nem reprezentatív a vizsgálati időpontban Magyarországon történt injektálások tekintetében, a több helyszínen történt mintagyűjtés és az injektáláshoz köthető eszközök vizsgálatának magas számából adódóan megbízható adatforrásnak tekinthető a hazánkban jellemzően injektált anyagok meghatározásában.

A metadon előfordulása a vizsgált mintákban jelentős volt. A lefoglalási és tűcsereadatokban, illetve az intravénás szerhasználók körében végzett HIV-/HCV-szűrési adatokban nem volt korábban azonosítható ilyen nagyarányú metadon injektálás. A metadoninjektálás vizsgálatunk által feltárt gyakorisága részben köthető a helyettesítő kezelés keretében kapott gyógyszer intravénás beviteléhez, valamint az utcán beszerzett metadon

visszaélésszerű intravénás használatához. A metadon droghulladékban kimutatott gyakori előfordulását részben magyarázza, hogy a hat vizsgált település közül öt helyen elérhető opiáthelyettesítő kezelés, a hétből öt vizsgálati helyszínen maga a partnerszervezet is nyújt ilyen ellátást. Ugyanakkor rámutat arra, hogy a hazai piacon 2010 óta tapasztalható heroinhiány ellenére az intravénás szerhasználók körében továbbra is fennáll az igény az opiátok fogyasztására. A gyógyászati célra szánt metadon utcai piacra való kikerülésének elkerülésére több stratégia létezik. Ezek közül a legfontosabbak a korszerű szakmai irányelvek, a szakemberek és kliensek képzése, a betegek nyilvántartása, a gyógyszerkiadás szabályozása, a kezelési kapacitás kiszélesítése (EMCDDA 2016).

Ha a tizenhét hónap alatt bekövetkezett változásokat vizsgáljuk az intravénásan fogyasztott szerek tekintetében, elmondható, hogy egyes anyagok – például a metadon és a pentedron – stabilan megragadnak a piacon. Ezek használatát jellemzően nem befolyásolja jogi státuszuk. Ugyanakkor vannak olyan anyagok, elsősorban a designer stimulánsokként emlegetett szintetikus katinonok családjába tartozó szerek, melyek csak néhány hónap erejéig tudnak népszerűséget kiharcolni maguknak, majd eltűnnek a piacról, és helyüket újabb vegyületek veszik át.

A vizsgálati helyszíneket külön bemutató adatok alapján megfigyelhetők földrajzi eltérések az injektált anyagokban. A metadon és szintetikus katinonok injektálása is különböző mértékben jellemző az egyes helyszíneken, de ezeken felül is tapasztalhatunk helyi sajátosságokat, mint például az amfetamin vagy a benzodiazepinek gyakoribb megjelenését az injektáló eszközökön. A helyi fogyasztási mintázatok ismerete elengedhetetlen a megfelelő válaszlépések biztosításához.

A kérdőíves vizsgálat adatai alapján látható, hogy a mintát leadók egy különösen problémás szerhasználói populáció tagjai, akiket viszonylag hosszú injektálási múlt és gyakori intravénás szerhasználat jellemez. Nyugtalanító eredmény, hogy a fiatalabb, 18 és 25 év közötti korosztály esetében igen korán kezdődik meg az intravénás szerhasználat. Míg a teljes mintában átlagosan 4,6 évvel az első kábítószer-használat után történt csak meg az első intravénás szerhasználat, addig a 18 és 25 év közöttiek körében már átlagosan 2,3 év elteltével, vagyis esetükben a felére rövidült ez az időszak.

8. Kutatási szükségletek

A Tisztább kép projekt számos olyan jelenséget azonosított, melyek további vizsgálatra érdemesek.

Az eredményekből jól látható az injektált szintetikus katinonok dinamikus változása, lecserélődése időről időre. Arról azonban keveset tudunk, hogy melyek azok a tényezők, amelyek meghatározzák egy-egy anyag karrierjét a piacon, vagyis hogy az adott szer néhány hónapig vagy akár évekig meghatározó szereplője marad-e a kábítószerpiacnak. A metadon rendkívül magas jelenlétének megértéséhez vizsgálandó a metadon szerhasználati mintázata (pl. elsődleges vagy másodlagos szerként használják-e), illetve hogy köthető-e a metadon injektálás korábbi heroinhasználathoz. Az adatok alapján jelentős földrajzi különbségek voltak azonosíthatóak az injektált hatóanyagokban. További kutatás szükséges annak feltárására, hogy melyek azok a kínálati és keresleti oldali tényezők, melyek meghatározzák a kábítószerpiac alakulását az egyes településeken, közösségekben.

Vizsgálandó a csak egy helyszínen azonosított buprenorfininjektálás kérdése. Mi okozza, hogy ennek a helyettesítő szernek a visszaélésszerű használatára kizárólag a Miskolcról begyűjtött injektáló eszközökön volt azonosítható számottevő mértékben?

A fentieken kívül érdemes lehet a lefolytatott vizsgálat időszakonkénti megismétlése akár több vizsgálati helyszín bevonásával, hogy megbízható információval rendelkezzünk az injekciós szerhasználat trendjeiről az országban.

Irodalom

Csesztregi Tamás (2015): Feketepiaci helyzetkép a lefoglalt anyagok vizsgálati eredményei alapján. Az új pszichoaktív anyagok kihívásai igazságügyi szakértői szemmel – a Nemzeti Drog Fókuszpont éves szakmai találkozója. 2015. december 10. drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/csesztregi_bszki_2015_piac.pdf (utolsó elérés: 2016.04.04.).

EMCDDA (2016): Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications. www.emcdda.europa.eu/topics/pods/preven-

ting-diversion-of-opioid-substitution-treatment (utolsó elérés: 2016.09.21.).

Nemzeti Drog Fókuszpont (2015): 2015-ös Éves Jelentés.

Tarján Anna (2015): Válaszlépések – Tűcsere adatok 2014-ben. drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/tarjan_tcs_2015_Tucsere_adatok_2014.pdf (utolsó elérés: 2016.04.03.).

Szakértői dilemmák és az ÚPSZ-használat észlelt mintázatai

Kalo Zsuzsa — Felvinczi Katalin

A drogszakmai diskurzusban kiemelten fontos a gyakorlati és elméleti szakemberek közötti párbeszéd. A szerhasználati szokások megváltozása, a használói mintázatok átalakulása, a szerek módosulása elsősorban a szenvedélybetegeket ellátó intézmények és szervezetek jelzései alapján észlelhető. Kiemelten igaz ez a Magyarországon 2009 óta jelen lévő dizájner drogokra és az annak nyomán körvonalazódó „új pszichoaktív szerek ellátási paradigmára" (Rácz 2014). Rácz (2014) feltevése alapján a magyarországi kezelő- és ellátórendszereknek az „ópiát-paradigmáról" át kell állni az „ÚPSZ-paradigmára", amely a drogkezelőhelyek egészségügyi rendszerbe vonását (és ellenőrzését), a nem-drogspecifikus ellátások ÚPSZ-ismeretekkel való ellátását és egy pontosabb korai jelzőrendszert foglalna magába. Az ÚPSZ-paradigma hátterében nemcsak új pszichoaktív szerek, hanem a változó szociokulturális környezet is szerepet játszik. Az ÚPSZ-ek megjelenése egybeesik a szélessávú internet és az okostelefonok elterjedésével. Az online jelenlét folyamatosan fenntartható, amelynek kommunikációs téren vannak szignifikáns hatásai, úgymint a „web2-jelenség", amely a közösségi tartalomgyártás formája (közösségi oldalak, blogok, videomegosztó oldalak stb.), az exhibicionált viselkedés (Pléh–Unoka 2016) és a nyelvhasználatra gyakorolt hatások (Veszelszki 2013). A mefedron megjelenésekor a közösségi videomegosztó oldalakat (pl. YouTube) elárasztották a saját élményekről készített videós megosztások. Amatőr videókon részletesen megismerhetővé vált az ÚPSZ előkészítése, a vásárlás és a hatás, míg a hivatalos, szakmai (prevenciós vagy ártalomcsökkentő) üzentek szinte teljesen hiányoztak, s csupán a média morális pánikkeltő riportjai szerepeltek a saját élmények mellett (Kaló és mtsai 2010). Emellett az ÚPSZ-ek jogi szempontból is komoly dilemmákat vetnek fel a szerhasználók és az ellátórendszer képviselői számára egyaránt: tévhitek a használat biztonságára és kártékonyságára, a büntethetőségére és a körülményekre vonat-

kozóan. Abdulrahim és Bowden-Jones (2015) a brit klinikai gyakorlat számára készített ÚPSZ-kézikönyvben három részre bontják az ÚPSZ-paradigma kihívásait: új szerek, új használói populációk és új ártalmak. Ezek megoldására háromszintű megoldási javaslatuk van, amely a technikai tudást (milyen új szerek vannak, s azokat hogyan használják), a kulturális ismereteket (ki használja ezeket a szereket, és milyen körülmények között) és a klinikai eszköztárat (az akut és a krónikus esetek ellátására) tartalmazza. Az új pszichoaktív szerek megjelenése radikális drogpolitikai reformokról való diskurzusokhoz vezetett, amelyekben megjelenik a lehetősége annak, hogy a szerhasználóknak nagyobb teret kellene biztosítani, hogy elmondják a véleményüket (hiszen ők azok, akik a legtöbbet tudják az ÚPSZ-ekről) (Meacher 2013). A terepen dolgozó szakemberek hangját azonban még szinte egy kutatás sem „hangosította ki", pedig az ő tapasztalatuk és véleményük hídként funkcionálhatna a szerhasználó és a kutató között, különösen az ellátórendszereket érintő reformok kérdéseiben.

A vizsgálat célja és kerete

Az ÚPSZ-ek már mintegy 7-8 éve, 2009 óta jelen vannak a pszichoaktív szerek piacán, ennek ellenére még mindig viszonylag kevés összehasonlítható információval rendelkezünk ezen szerek prevalenciájával, illetve a használók sajátosságaival és a szociokulturális tényezőkkel kapcsolatban (Soussan–Kjellgren, 2016). A „New Psychoactive Substances: transnational project on different user groups, user characteristics, extent and patterns of use, market dynamics, and best practices in prevention" című, 2015–2017 között megvalósuló projekt keretében végzett kutatás kényelmi mintán lebonyolított kvantitatív vizsgálati eleme mellett a probléma kezelésében aktívan részt vevő alacsonyküszöbű/ártalomcsökkentő szolgáltatások képviselői körében is tájékozódott annak érdekében, hogy a marginalizált helyzetű,[1] továbbá a fiatal ÚPSZ-használókkal kapcsolatos szakértői per-

[1] A kutatás keretében a szociálisan marginalizált droghasználókat az alábbiak szerint definiálták: magas kockázatú droghasználók, akik esetenként még jelenleg is használnak opiátszármazékokat, kokaint vagy amfetamint, a fogyasztás jellemző módja az

cepciókat strukturált formában megismerhessük. E két használói csoport az anekdotikus, de javarészt egybehangzó információk alapján jelentős mértékben határozza meg a magyarországi ÚPSZ-szcénával kapcsolatos társadalmi és szakpolitikai vélekedéseket.

A vizsgálat célja megvizsgálni azt, hogy 2016-ban Budapesten az új pszichoaktív szereket használókkal saját szakmai tapasztalattal rendelkező szakértők hogyan érzékelik a problémakör és a szerhasználói csoport sajátosságait, az ellátás nehézségeit, hogyan szervezik a munkájukat az ÚPSZ megjelenése óta.

Módszertan

A szakértőkkel folytatott kvalitatív vizsgálat egy nemzetközi projekt[2] keretein belül egységesített kutatási terv és interjú-vezérfonál mentén valósult meg. A vizsgálat középpontjában a szakértők saját szakmai és észlelt szerhasználói tapasztalatai álltak egy viszonylag új jelenségről. A kutatásban hat ország vett részt: Magyarország, Németország, Hollandia, Írország, Lengyelország és Portugália. Az adatgyűjtés és az elemzés összehangolt módon történt, azonos kutatási terv és interjúvázlat alapján. A kvalitatív és a kvantitatív adatok együttes értelmezése és nemzetközi összehasonlítása az eddigieknél pontosabb képet ad az ÚPSZ jelenségéről Európában.

Adatgyűjtés

A marginalizált szerhasználói csoport elérése érdekében kapcsolatba léptünk azokkal a budapesti alacsonyküszöbű szolgáltatókkal, amelyek ártalomcsökkentő és/vagy pszichoszociális szolgáltatásokat biztosítanak az ÚPSZ-használói csoportnak. Nyolc ilyen szolgáltató 10 képviselőjének a

intravénás használat. Gyakran hajléktalanok és/vagy munkanélküliek, továbbá alkalmanként egészségügyi vagy szociális szolgáltatások kliensei.

[2] New Psychoactive Substances: transnational project on different user groups, user characteristics, extent and patterns of use, market dynamics, and best practices in prevention European Commission JUST/2014/Action Grant.

részvételével került sor egy félig strukturált interjú lebonyolítására, esetenként mintegy 1,5–2 óra időtartamban. Az interjú kérdései az alábbi témakörökre terjedtek ki: a szervezet működési jellemzői, profilja; a terep sajátosságai; az ÚPSZ-használat jellemzői (piac, beszerzés, a kliensek motivációi); a lehetséges és kívánatos beavatkozási formák; a problémakört megcélzó drogpolitikai törekvések és intézkedések; az ÚPSZ jogi státusának hatása a fogyasztásra.

Az interjú-vezérfonál formailag nyílt kérdéseket tartalmazott, az interjú felvétele dinamikus és interaktív jelleggel zajlott: egy jelenség több szempontú megközelítése és a bizonytalan vagy hiányos részekre való visszatérés jellemezte. Az összes interjút az első szerző készítette, az interjúalanyokkal való interakciót a korábbi szakmai kapcsolat befolyásolhatta, ezt az elemzésben az érvényesség alátámasztására használjuk (Altheide–Johnson 1994). A kvalitatív kutatásokban nem feltételezzük azt, hogy a kutatást végző, illetve az interjút készítő felveheti az objektív adatgyűjtő álláspontját. Az adatelemzésben éppen ezért az adatgyűjtés körülményeivel, az interjúban résztvevők interakciójával, az interjúkészítő és adatelemzést végző hatásaival együtt jutunk el az értelmezéshez.

Résztvevők

Az adatgyűjtés 2016 nyarán történt. 8 interjút készítettünk 10 szakértővel (1 páros interjú). Az interjúalanyok kiválasztásának kritériumai az alábbiak voltak: a szolgáltatás Budapesten és környékén legyen megtalálható, a szakértőknek legyen saját tapasztalata a terepről, a szerhasználókkal legyen aktív szakmai kapcsolatuk, és vegyenek részt a szervezet döntéshozatalában. A mintát a szenvedélybeteg ellátási szintek (alacsonyküszöbű – klinikai) és a formák (civil, egyházi és állami) heterogenitásának figyelembevételével állítottuk össze.

Az interjúalanyok különféle végzettségekkel rendelkeztek: szociális munkás, szociológus, pedagógus, teológus, tapasztalati szakértő, pszichiáter, addiktológiai konzultáns. 5 férfi és 5 nő vett részt az interjúkban, akik 4–25 év szakmai tapasztalattal rendelkeznek. Életkoruk 26 és 42 év között mozog.

Az interjúkat a szakértők munkahelyén, nyugodt körülmények között és a kutatásetikai[3] elvek betartásával végeztük. Az interjúk rögzítésre és átírásra kerültek. A begépelt interjúk hossza 6 és 10 ezer szó között mozog, így egy kb. 100 ezer szavas korpusz állt az adatelemzés rendelkezésére.

Adatelemzés

Az interjúk elemzése során az egyes kérdéskörök kapcsán született válaszok tematikus feldolgozása történt konstruktivista-interpretatív paradigmában.

A tematikus elemzési keret a kutatási terv meghatározottságából fakad: a témakörök eleve adottak voltak, a nemzetközi kutatócsoport tagjai az interjúalanyok kiválasztásában kaptak szabad kezet. Ezért a témák eleve meghatározzák azokat a főbb tematikus egységeket, amelyekre az adatelemzés irányulhat.

A konstruktivista megközelítésben (Guba–Lincoln 1994) a kutató a vizsgált jelenséget a résztvevők megértései és azok rekonstrukciói által értelmezi. Ebben a megközelítésben az interjúk készítője, illetve az elemzést végző kutató is az értelmezés részévé válik, hiszen az interjú alatt a tudást közösen hozzák létre. A konstruktivista kutató akár többször is visszatér az interjúalanyokhoz, hogy tisztázza az értelmezése helyességét, ezzel erősítve a kutatás érvényességét. A konstruktivista paradigma nemcsak az interjúkészítő, illetve a kutató szerepét elemzi kritikusan, de az interjúban megjelenő társadalmi jelenségeket is. A nyelvhasználat által létrehozott tudások és értelmezések a diskurzuselemzés eszközeivel válnak értelmezhetővé. Az adatelemzésben Norman Fairclough (1992) szövegközpontú diskurzuselemzés és társadalommagyarázat elveit használjuk. Vagyis a tematikus elemzéshez kapcsolódó tartalmak a szövegben és a szövegen kívül a diszkurzív gyakorlat szabályrendszere és a társadalmi gyakorlatok rendszere szintjén is elemzésre kerül.

Az adatelemzés a tematikus elemzés lépései szerint haladt (Braun–Clarke 2006): olvasás, újraolvasás, kódolás, fontosabb témák és kategóriák

[3] Kutatásetikai engedély: ELTE PPK Kutatásetikai Bizottság, 2016.

meghatározása, memókészítés. Ugyanakkor a témákat és a megjelenő kategóriákat nemcsak a szöveg szerinti értelmezésben, hanem az adatelemzést végző szakember (első szerző) és a tágabb szociokulturális környezet hatásait figyelembe véve elemeztük.

Eredmények

A szervezetek működési jellemzői, profiljai, a terep sajátosságai

A 10 interjúalany összesen 7 szervezetet képviselt: 6 volt civil szervezet (amelyből 3 egyházi fenntartású), és 1 állami intézmény. A szervezetek alacsonyküszöbű, ártalomcsökkentő, közösségi és prevenciós programokat, szociális munkát, ambuláns ellátást és fekvőbeteg-kezelést végeztek. A szakmai szándék szerint a szolgáltatást igénybe vevők (változó) szükségletei is szerepet játszanak a szakmai program kialakításában. A szolgáltatást alapvetően „szükségletalapon", „alulról felfele" szervezik, tehát amennyiben megjelenik valamilyen igény a szolgáltatást igénybe vevők részéről, annak igyekeznek a tárgyi és szakmai feltételeit megteremteni (pl. óvszerhasználatról képzés). A működtetés pénzügyi fenntartásában minden résztvevő nehézségeket jelzett.

A szervezetek Budapest különböző kerületeiben helyezkedtek el, amelyek a korábbi felmérések és tapasztalatok szerint (vö. Nemzeti Drog Fókuszpont éves jelentései) eltérő szerhasználati mintázatot mutatnak. Az ÚPSZ feltűnését minden szervezet érzékelte 2009–2010 körül. Az interjú időpontjában minden szervezet képviselője egyetértett abban, hogy az ÚPSZ releváns és fontos része a napi munkájuknak. A problémás szerhasználóknak szolgáltatást nyújtó szervezetek képviselői 100 százalékosnak ítélték meg az ÚPSZ-hez köthető munkájuk arányát a mindennapi munkavégzésben. Ugyanakkor nehézséget jelentett számukra, hogy pontos definícióját adják az ÚPSZ-nek. Habár azt tapasztalják, hogy az ÚPSZ jelen van Magyarországon, és komoly fizikai és mentális hatásait észlelik a használókon, nem tudják pontosan meghatározni, hogy mi az. A definíció legtöbbször csupán a klasszikus szerektől való elkülönítésből állt („negáló" megközelítés).

Bármi, ami nem a klasszikus, szerintem. Tehát nem a heroin, ópiát, fű, mármint a marihuánára gondolok, meg nyilván nem az az alkohol/gyógyszer stb., hanem minden, ami 2009 óta felütötte a fejét, nagyjából, szerintem. (R1)

Ez az elkülönítés gyakran vezetett egy „romantikus" összehasonlításhoz: mennyivel jobb és kezelhetőbb volt a klasszikus szerek időszaka, amikor még a szerhasználók a „tankönyvek szerint" viselkedtek, és a szakértők képességei, módszerei, eszközei jól működtek. A „negáló definíció" kiterjesztése egy kizáró egyszerűsítő megfogalmazással bármi olyan szert jelenthet, amit sem a használó, sem a szakember és gyakran a díler sem ismer.

A tudományos/hivatalos definíció ismeretének hiánya a szakértők körében teret hagy a túláltalánosításnak, annak hogy a tulajdonságai alapján határozzuk meg az ÚPSZ-t. Ilyenkor jellemzően valamely tulajdonsága lesz a hangsúlyos („metonimikus" megközelítés): lehet „veszélyes", ami „folyékony méreg", vagy amit „emberi kísérletezésre" használnak, és lehet olyan szerek összessége, amely „megőrjíti és kikészíti a használókat" vagy „megöli a használókat".

A szervezet formájától és az ellátás szintjétől is függött, hogy milyen definíciót adtak a szakértők. Volt olyan szakember, aki szerint egyáltalán nem is fontos az ÚPSZ-ek definícióját keresni („apátiás" definíciómegközelítés).

Már nem is nevezzük sehogy. Már senki nem nevezi sehogy (...) egyszerűen nincs az égegyadta világon semmi értelme. Vagy legalábbis azt gondoljuk. Mert meg se tudja mondani. (R6)

És volt olyan, aki a funkcionális megközelítést emelte ki:

Csak a gyűjtőfogalmat használjuk. Tehát ugye meghatározásra nincs lehetőségünk. Ezt jelenleg is csak ilyen igazságügyi szakértői laborban lehet. Viszont a tünetek, amelyekkel jelentkeznek tartós használatot követően a kliensek, azok annyira hasonlóak, hogy klinikai szempontból nem látjuk nagy értelmét, sok értelmét a különbségtételnek. (R7)

Úgy tűnik azonban, hogy a definíciós nehézség negatív hatással lehet a szakmai öntudatra és munkára. Okozhat frusztrációt, stresszt, és keltheti az inkompetencia érzését, ami hosszú távon kiégéshez vagy pályaelhagyáshoz vezet.

> *Tehát az a tök rossz érzés, hogy bizonytalan vagy, és hogy ugye nem játszunk olyat, hogy mi mindent tudunk, és elmondjuk, hogy fogalmunk sincs. Csak ugye ezt nagyon rossz mondani, amikor tényleg… tehát hogy azért nem nagyon jutnak el ezek az emberek másokkal oda, hogy így előveszi a zsebéből a cuccot, és mutogatja, és hogy hitelesnek tart az információban, amit majd tőled kap, és aztán nem kap semmit. (R1)*

A kognitív pszichológiai (és nyelvészeti) vizsgálatok eredményei (pl. Tomasello 2014; Lakoff–Turner 1987) bebizonyították, hogy a megnevezés és a definiálás nemcsak a fogalom megértésében fontos, hanem a problémamegoldás lehetőségeit, eszközeit, módszereit is előrevetíti.

A magyar szakemberek definícióit nem jellemezte a „farmakocentrizmus" (Decorte 2014), ami más országokban vagy más szakterületen az ÚPSZ-jelenséget jellemzi. Ez a megközelítés az ÚPSZ kémiai megértését és a vegyészeti fogalmakból levezetett definíciót tartja érvényesnek, de nem veszi figyelembe a szerhasználat egyéni, társas és társadalmi tényezőit. A hazai szakemberek a hatás, a tünetek és a funkcionalitás felől közelítették meg az ÚPSZ meghatározását.

A szakértők által használt megnevezés- és definíciótípusok (negáló, metonimikus és apátiás) a problémamegoldás kezdeti szakaszára jellemzők. Így azonban az ÚPSZ megjelenése óta a szakemberek sokkal több energiáját és idejét veszi el a mindennapi munkából az, hogy megtalálják a megfelelő válaszokat és információt, amelyek alapján a kliensek igényeire releváns válaszokat adhatnak. Ettől egyszerre válnak bizonytalanná és innovatívvá. Többen úgy jellemezték ezt a folyamatot, mint amelyben teljesen egyedül vannak. A beszámolók alapján a szakmai munka fókusza az ÚPSZ megjelenése óta eltolódott egyfajta „akciókutatás" irányába. Vagyis a gyakorlat és az elmélet (szakirodalmi vagy szürke adatok, amelyek itt ellenőrző funkcióval bírnak) folyamatos egymásnak megfeleltetésével tudják a mindennapi munkájukat végezni. Vannak, akik kérdőívet szer-

kesztenek a szerhasználók ismereteinek szisztematikus feltárására, vannak olyan szakemberek, akik az online közösségi média segítségével gyűjtenek információkat, vagy külföldi (szak)irodalmat olvasnak. A gyakorlati terepmunka és a kutatás nem választható el a drogprobléma esetében, de a gyakorlati szakemberek arra kaptak képesítést, hogy azonnali problémákat oldjanak meg. Jelenleg a progresszív problémamegoldás folyamatában vannak egyénileg, csapatban és tágabb értelemben közösséget vállalva a szerhasználókkal, épp, mint egy klasszikus akciókutatásban (lásd Greenwood–Levin 1998, 2007).

Az ÚPSZ hatására megváltoztak a terep sajátosságai és a kliensek igényei: több tűre van szükség (Rácz és mtsai 2014), az észlelt ártalmak növekedése (súlyosabb fizikai és mentális egészségi állapot, a pszichotikus tünetek, paranoid viselkedés, a gyakoribb visszaesések, gyorsabb hozzászokás, gyorsabb leépülés, több haláleset stb.) miatt. A szakértők nyilatkozatai összhangban állnak Rácz (2014) ÚPSZ-paradigma elméletével, amely az egészségügyi kezelés és ellátás kiterjesztését s a klinikai governance szerepét hangsúlyozza. A szakértők ebben is frusztrációról és a magukra hagyottság érzéséről számolnak be.

> *Én most ezeket a forráshiányokat érzékelem, tehát nem látom. Meg amit már említettem, hogy az ellátórendszer[nek], a kezelőrendszernek a leépülése volt látható az elmúlt években. És ez nem segíti azt, hogy segítsük a felismerést, a tájékozódást és a minél korábbi kezelésbe vételt, a megelőzést, mert ha nincsenek szervezetek, intézmények, akkor ők nem tudják ezt a munkát végezni. Nem tudják, ha szükséges, akkor minél korábban kezelésbe vonni, és nem tudják az ellátást megvalósítani. És szerintem most már elengedhetetlen […] a gyerek- és fiatalkorúak részére most már kompletten felépíteni az ellátórendszert. (R3)*

Észlelt szerhasználói mintázatok

Az interjú több téma- és kérdésköre vonatkozott a szakértők által észlelt szerhasználói mintázatok, illetve szakmai tapasztalataik feltárására. Hogyan látják a jelenséget, a szereket, a szerhasználókat, önmagukat mint

segítőket és mint szakértőket, a változásokat, amelyeket az ÚPSZ-ek megjelenése okozott. A 10 résztvevő közül – 2 kivétellel – mindenkinek voltak emlékei az ÚPSZ előtti időszakról, és a két időszak összehasonlítása kérdezés nélkül megtörtént. Több információ ebben az összehasonlításban nyert értelmet. A vizsgálatban az összes olyan szolgáltató részt vett, amely Budapesten a marginalizált szerhasználók körében ártalomcsökkentő (többnyire utcai szociális) munkát végez, ezért erről a mintázatról részletesebb képet kaptunk.

A szakértők két szerhasználói csoportot különböztettek meg egyértelműen: *a herbálhasználó és a kristályhasználó*. Ez csak a megnevezésében szeralapú megközelítés, a tipológia további 7 konstruktumból állt össze:

1. a szerek: a használt ÚPSZ és az elsődlegesen használt szerek (herbál, kristály és „régi" szerek);
2. a szerhasználói pozíció: új használó, aki már ÚPSZ-szel kezdett, és a „szerváltó" (aki korábban klasszikus szereket használt, pl. metadon vagy exheroinista használó);
3. a használat módja (injekciós, inhalálás, dohánnyal elkeverve elszívás stb.);
4. a használat intenzitása (intenzív, rendszeres, ismétlődő, szituációs, rekreációs stb.);
5. a használat motivációja (hozzáférhetőség, ár, a legalitás látszata, tévhitek: természetes, legális anyag, amely nem veszélyes);
6. a használó kora, szocioökonómiai státusza, szociokulturális jellemzői, lakhelye;
7. a szer asszociált jellemzői (hatás, ártalmak, legális státusz).

A herbálhasználó

A *herbálhasználót* úgy jellemezték, mint aki jellemzően elszívja az ÚPSZ-t. A használat intenzitása változó. A herbál (biofű) neve a legfélrevezetőbb a használók számára, ez az ÚPSZ megjelenésekor és új használók esetében a szer természetességét sugallja, sőt gyakran az egészségre jótékony hatással lévő szernek gondolják. Ez ellentmondásban van az egyéb észlelt tulajdonságaival, amelyek a szintetikusságára utalnak (vö. „műanyag szagú"):

R4a: *Hát igen, a biónál általában ez a szédelgős izé, állapot volt egy időben. Mondjuk jó büdös is.*
I: Büdös?
R4b: *Büdös, aha. Kifejezetten büdös, igen.*
R4a: *Mintha műanyagot szívna." (R4b)*

A herbálhasználat megjelenik szocioökonómiai vagy kulturális különbségektől mentesen a marginalizált szerhasználók és a középosztálybeli fiatal használók körében is. A különbség a használat intenzitásában és a motivációkban ragadható meg. Habár válhat belőle rendszeres szerhasználat, a középosztálybeli fiatalok esetében a herbálhasználat a marihuánahasználat mintázataira emlékezteti az interjúban részt vevő szakembereket. Általában kortárshatásra kezdik el használni, rekreációs célból, és gyakori a szer legális státuszáról való téves információ.

Hát akár, hogy baráti vagy haveri körben, tehát ez a haverom, spanom ajánlotta, és jobb a buli tőle, tehát ilyenek. Nekem volt egy-két, inkább fiatal, ilyen kis naiv lánykák, mert nekik erről fogalmuk sem volt, hogy mi. (R3)

A marginalizált használók esetében a herbált a kevésbé káros szernek tekintik (a kristállyal szemben), gyakran a „herbálhasználóvá válást" egy pozitív státuszváltozásnak tekintik, egy olyan eseménynek, amely a felépüléshez vezet.

Páran áttértek a biofűre. És erre büszkék is, tökre örülnek, és akkor persze én is örülök, hiszen legalább nem szúr. Csak az a baj, hogy azt hiszik, hogy áh, én már nem is vagyok anyagos, és aztán amikor eljut valaki oda, hogy le akarja rakni… (R1)

A herbált általában szívják, és a hatásait a kannabinoid és a disszociatív szerekhez hasonló jellemzőkkel írják le. A herbálhasználat célja a bódultság elérése, de gyakran tapasztalnak akár paranoid téveszméket is.

A biofűnél, ott pedig az a furcsa, legalábbis nekem, hogy egy ilyen fél éve, fél évvel ezelőttig, azért amikor bejött a biofű, egy csomószor voltak ezek az

újulásos esések. Amikor megláttad a kissrácot, olyan szinten eltorzult feje volt, hogy amikor így tisztán jött be, akkor láttad, hogy basszus, ez egy tök helyes gyerek, akkor meg így a szája nem is tudom, hogy hol állt, a szemei így összevissza, és így járni is alig tudott. (R4ab)

A kristályhasználó

A tipikus kristályhasználó a marginalizált, injekciós, intenzív szerhasználó, akinek valószínűleg vannak más komoly egészségügyi problémái, és akit nehéz az alacsonyküszöbön túli kezelésbe vagy ellátásba bevonni. A kristály használót a fizikai megjelenése is megkülönbözteti a herbálhasználótól. A szakemberek leírása alapján komoly fizikai tünetek is jellemzik: sok seb a karján, lábán, gyakran az egész testén furcsa pattanások, tályog stb. A viselkedését az agresszió vagy autoagresszió jellemzi és gyakran az egész mozgásán látszik valamilyen bizarr, feszült motívum.

Igen, nagyrészt azért szúrják a kristályt is. Hát hatásilag? Hát szerintem ez az agresszió azért ott is jelentkező dolog, bár nem ilyen konkrétan, a másik ember felé irányul, hanem amit érzel benne, hogy amikor bejön, így érzed azt, hogy van benne egy ilyen nagyon-nagy feszültség, hogy az izmain látod, hogy feszülnek, hogy az egész ember egy ilyen robbanásközeli állapotban van. (R4ab)

A kristály hatása a megfigyelések szerint kb. 30 percig tart, ez idő alatt a szerhasználók energikusak, valami után kutatnak, valamivel el vannak foglalva. A bőrük érzékennyé válik, gyakran vannak hallucinációkról beszámolóik, pszichotikus tüneteik.

És akkor mondták is, (…) hogy mert kutatnak, mert keresnek. Tehát látszott is a kezükön, hogy… Meg molyoltak, tehát hogy ez a táskában való molyolás, alapvetően ez a rendetlenség, hogy így még ebben is, és hogy nem talál semmit. (...) sokkal jelentősebb volt, ez a »nem találok, nem vagyok képben«, ezek az ilyen taktilis, mindenféle, mindent érzek, fáj. Az egyik fiú azt mondta, hogy ő például kézen állt, merthogy azt érezte, hogy annyira fáj mindene,

hogy a lehető legkisebb ponton érintkezzen bármivel, tehát hogy akkor ő kézen áll. (R2)

A kristályhasználók intenzív eufóriáról, furcsa szürreális történetekről, spirituális megvilágosodásról, hallucinációkról számolnak be a terepen dolgozó szakembereknek. Az utcai szociális munkát végzők beszámolóiban megjelenik a szerek hatásának változatossága: új vagy más mintázatokat észlelnek a szerhasználók viselkedésében, attól függően, hogy éppen milyen anyagot tudtak megvásárolni. Az is előfordul, hogy ugyanaz az anyag egészen más hatással van az egyes szerhasználókra (pl. nemi különbségek). A beszámolók szerint ilyen nagy különbségek és ekkora változatosság nem volt megfigyelhető a korábbi szereknél.

Tök ilyen szürreális világról kezdenek beszélni… Volt egy próféta-szindróma egy időben, tényleg, hogy ők azok, akiket leküldtek, ő figyel mindenre. (R4a)

Habár a szerhasználói mintázatok alapján a kristály váltotta az opiátot, a megfigyelt hatások alapján a herbál emlékeztet inkább az opioid típusú szerekre, a kristály pedig a stimuláns, disszociatív vagy néha pszichedelikus szerek megismert hatásaira.

Nagyon gyors hozzászokást, súlyos elvonási tüneteket és látványos leépülést figyeltek meg a kristályhasználókon. Az észlelt ártalmak közül kiemelték a viselkedési, pszichés, mentális, testi változásokat. A testi változások közül elsősorban „rothadó, büdös sebek", a fekélyek, lyukak a testen, a fokozott szenzitivitást emelték ki. További ártalmak az alvás- és evésproblémák, de a korábbi tapasztalatokkal szemben itt gyorsabb hozzászokást és gyorsabb leépülést figyeltek meg, ami intenzív fizikai és mentális hanyatlással járt együtt. Hirtelen „elöregednek", és „ázott madárka kinézetük lesz": rettegő tekintet, igénytelen ruházat, elhanyagolt testi állapot.

Sokkal gyorsabban megjelenő anyagi, szociális, lakhatási problémákról is beszámoltak. A viselkedésük feszültebb, idegesebbek, és több a pszichés változás, amely pszichotikus tünetekben vagy paranoid téveszmékben nyilvánul meg. Több halálesetről is beszámoltak.

„Les Misérables": az indifferens, többszörösen hátrányos helyzetű szerhasználói mintázat

A szakértők beszámolóiból összeállt egy olyan szerhasználói mintázat is, amely részben átfedésben van a fentiekkel, de nemcsak az alacsonyküszöbű szolgáltatást végző szolgáltatóknál jelent meg, és nem feltétlenül az ÚPSZ-hez vagy droghasználathoz kötött, hanem inkább a társadalmi státuszhoz. Ez a mintázati kategória azokat a többszörösen hátrányos helyzetű szerhasználókat foglalja össze, akiknek teljesen mindegy, hogy herbált vagy kristályt használnak, az ő esetükben az egyetlen cél a bódulat, a teljes kikapcsol(ód)ás a valóságból. A hátrányos helyzet összeadódhat a szerhasználó társadalmi helyzetéből (hajléktalan, börtönviselt, állami intézmény neveltje), az életkorából (túl fiatal vagy túl idős), a származásából (roma), de ezek különböző változatokban jelennek meg. Az ő esetükben az ÚPSZ leglényegesebb tulajdonságai: az olcsósága (300 forint egy adag herbál), a könnyű hozzáférhetősége és a „*kiütöttség*" elérése.

> *Tehát van egy olyan használói réteg, aki tényleg ez a nyomor szülte használó, akiknél az sem jelent problémát, ha most éppen nincsen cucc, akkor isszák a kannás bort, ami egyébként mostanában itt megjelent. Hát brutális. Tehát ha valami, akkor az kegyetlen. És ez egy elég széles réteg, jellemzően hajléktalanok, mindenféle jövedelem nélküliek, utcán élnek. A fő cél… Egyébként nem is biztos, hogy őket elsősorban kábítószer-használóknak… Annyira összetett, és gyakorlatilag abban a létben, amiben vannak, majdhogynem tök mindegy, hogy mi az, ami van. Ami elérhető. Ami a legkönnyebben, a legkevesebb pénzért, a legkézenfekvőbben, ami elérhető. És ebben a csomagban vannak benne ezek a dizájnerek… (R6)*

A hajléktalanság mellett a fiatal kor, a diszfunkcionális család vagy a család teljes hiánya és a börtönviseltség jelentenek további rizikótényezőket.

> *Arra gondolok, hogy az itteni klientúrának azért a nagyobb része olyan, akinek konkrétan nulla vesztenivalója van. Tehát tényleg az a hajléktalan szerhasználó, aki előtte lehet, hogy már jó pár évet így eltöltött különböző*

állami intézményekben, ilyen BV- [büntetés-végrehajtási] intézményekben, és tényleg semmi vesztenivalója nincs. (R4b)

A büntetés-végrehajtási intézetben is megjelenik az indifferens szerhasználó:

…és hát nyilván ott arra motiváltak, hogy használják, mert akkor, mit tudom én, mert akkor már csak kettőt kell aludni, és szabadulok. És ez így eltelik 4 év 6 hónap, hogy azt sem tudom, hol vagyok. (R5)

A fiatal kor és a (hetero- vagy homoszexuális) szexmunka:

…találkoztunk olyan srácokkal, akik mondjuk intézetből vagy kikerült, vagy elszökött, és hogy itt azért nyilván van egy olyan homoszexuális klientúra is, akik egyszerűen nyilván egy idő után nem lesz megélhetése, és bekerül. És akkor az anyaggal találkozik, a szexmunkával, hogy azért ez így elég gyors leépülés látható, szerintem rengeteg fiatalnál. (R4ab)

Vagy a hajléktalanság, ha idősebb korral és alkoholizmussal jár együtt:

…vannak idősebb hajléktalan életmódot folytató, régebben klasszikusan alkoholfogyasztó klienseink, és náluk is megfigyeltük, hogy bekúsztak a pszichoaktív szerek. (R3)

De az idős kor lehet más szempontból is rizikótényező:

…egy 70 éves papa, aki (...) fölszed, mit tudom én, 2-3 lányt, azok a lányok akár… hát valószínűleg szexuális szolgáltatásért cserébe ugye az öregnél lakhatnak. A lányok valamit esetleg használnak, akkor megmutatják az öregnek, az öregnek is bejön, és akkor onnantól kezdve egy ilyen kis izé lesz, és az öreg jön cserélni a tűket, akkor a lányok veszik meg az öregnek a cuccot. (R4ab)

A beszámolók szerint az ÚPSZ-használók nemcsak nehéz körülmények közül érkeznek, de nagyon gyorsan oda is juthatnak. Az ÚPSZ-használa-

tot alapvetően egy alacsony státuszú szerhasználati típusnak tekintik. A szakértők meglátásai szerint manapság a klasszikus, „régi" szereknek presztízsértéke van. A rossz körülmények között élőknek a 300 forintos szer könnyű megoldásnak tűnik a többi tudatmódosító szerhez képest, de nagyon rövid ideig tart a hatása, ezért sokkal többször kell használni a cél elérésre érdekében, miközben a rövid és hosszú távú ártalmak súlyosak. A szakértők az alacsony iskolázottságot és az elégtelen szocializációt sorolják a legfontosabb rizikótényezők közé. Nem elsősorban a lakóhely szerint (főváros, város, kisváros, falu) különböztetik meg az ÚPSZ (és más szerek) használóinak kockázati csoportjait, fontosabb tényezőnek tartják a személy iskolázottságát és mentálhigiénés állapotát. Több nőt (főleg rossz szocioökonómiai hátterű tinédzser lányt) észlelnek az ÚPSZ megjelenése óta, de aranyaiban nem változott a nemi összetétel a szolgáltatásokat felkeresők között. Az ÚPSZ megjelenésekor a (nem-marginalizált) droghasználói közösségek elutasították és a „szipuzáshoz" hasonlították az új szereket. Ma – a szakértők becslései szerint – a korábban heroinhasználók fele váltott ÚPSZ-re vagy metadonról kristályra. A fiatal, új szerhasználók számára a drog fogalma az ÚPSZ-szel azonosult.

> *Tehát hogyha visszanézek az elmúlt 5 évre, akkor azt látom, hogy a mintahasználó, az a 17–20 éves, félig hajléktalan roma gyerek. Ezt látom, mondjuk azoknál a metadonos régi klienseimnél is, akik átszoktak, mert jó néhány esetben láthatjuk azt, hogy az opiátról, a vénás opiátról, akár a metadonról átszoktak a dizájnerekre, és aztán gyorsan-gyorsan tönkrementek, belehaltak. Nagyon nehéz leszoktatni ezeket a klienseket. (R7)*

Az ÚPSZ használat és az indifferens, többszörösen hátrányos helyzetű szerhasználó bemutatásában a szakértők beszámolóiban gyakran jelent meg egy általánosan érzékelt értékválság.

> *Hát, egyrészt a társadalmi helyzetnek a változása, másrészt Magyarországon az embereknek az egyre rosszabb mentális és lelkiállapotával. Nyilván ez sok mindennel összefügg, létbizonytalanság, bizonytalanság, családok, értékeknek az anómiája, tehát hogyha ezt nézzük Merton szerint, akkor anomikus társadalomban vagyunk körülbelül, tehát amikor szétesik, amikor nem tudják a*

fiatalok és az emberek, hogy mihez kapcsolódjanak, mik azok a keretek vagy keretrendszer, amiben lehet gondolkodni. Meg hát nyilván ebbe belekapcsolódik a világválságok és hát egyéb más. Szerintem ez is hozzájárul. (R3)

A „menekülés a hétköznapokból"-szerhasználó

Míg a „Les Miserables"-mintázatban a szerhasználat fő motivációja a túlélés, és a terepen dolgozó szakemberek viszonylag pontosan meghatározzák azokat a társadalmi csoportokat és jellemzőket, amelyek alapján a kockázati csoport körülhatárolható, a „menekülés a hétköznapokból" kategória nehezebben megragadható, mégis több szinten jelen van a szakértők beszámolóiban. A motiváció alapja nagyon hasonló az előző csoportéhoz, de túlélés helyett inkább egy alternatív életet szeretnének rövidebb vagy hosszabb ideig. Az élvezet és az öröm funkciója itt fontosabb.

Ebben a szerhasználói mintázatban az egyszeri, szituációs, ismétlődő vagy szociális, rekreációs motívumok jelennek meg, valamint a kortárshatás tényező is fontos (fontosabb, mint az állapot elérése), különösen a fiatalabb használók esetében.

Hát akár, hogy baráti vagy haveri körben, tehát ez a haverom, spanom ajánlotta, és jobb a buli tőle, tehát ilyenek. Nekem volt egy-két, inkább fiatal, ilyen kis naiv lánykák, mert nekik erről fogalmuk sem volt, hogy mi. (R5)

Itt is releváns az, hogy az ÚPSZ olcsó és könnyen hozzáférhető, de lényeges szerepe van az ismerethiánynak és/vagy a téves ismereteknek. Az ÚPSZ-ről alkotott képben a „legális", „természetes" és „nem ártalmas" fogalmak jelennek meg.

Előfordul, hogy az egyéb rizikótényezők hatására ez a szerhasználat is problémássá válik.

Egyrészt ugye a családi, baráti kapcsolatok romlanak. A realitásérzékük rossz, tehát az, hogy mi van a valóságban, tehát hogy elválik a realitás és amit ő gondol magáról. És ez, amit már mondtam, hogy mentálisan, fizikálisan ez a szétesés, tehát összerendezetlen, gondozatlan, a gondolatai, a vi-

selkedése; ígérget, nem jön, nem emlékszik, kimarad; és ez a kattogás, tehát ez a belső valami hajtja, hogy újra és újra. Vannak, akik arról számoltak be, hogy szúrják – annak ugye nagyon sok az egészségügyi kockázata –, és akár többször is, de van, akik meg pontosan azt, hogy nem. (R5)

Diszkusszió

A szakértőkkel végzett interjús kutatás célja az észlelt ÚPSZ-használati mintázatok megértése és a szakértői dilemmák feltárása volt. Az ÚPSZ megjelenése óta eltelt 7 év távlatából és a szakértők átlag 17 éves gyakorlatával a mintázatok és a dilemmák komplex rendszerét ismertük meg. Az ÚPSZ megjelenése minden szolgáltatás számára változást hozott a mindennapi munkában; a marginalizált, intenzív szerhasználói csoportok esetében teljes szerváltás történt a régi szerekről az ÚPSZ-re, de más ellátási formákban is jelentős az ÚPSZ jelenléte. A szakértők módosítani kényszerültek a szakmai rutinon, folyamatos monitorozást végeznek, egyedi „mérőeszközöket" fejlesztenek, és naponta élnek át frusztrációt amiatt, hogy a megszokott ismereteik már nem nyújtanak sem a szerhasználók, sem önmaguk számára kielégítő válaszokat, eredményeket. A napi munkavégzés mellett kevés idő marad az új ismeretek elsajátítására vagy ezek nem elérhetők. A terepmunka dinamikája 2016-ban az akciókutatás gyakorlatára hasonlít: az adatgyűjtés és -elemzés (a kliensek információi a szerekről és a hatásokról, más terepen dolgozó kollégákkal való együttműködés, vagy a szürke adatok gyűjtése, pl. közösségi média böngészése) és a terepen végzett munka (akció, intervenció) szisztematikusan követik egymást. A szakértők nem tudtak egy egységes definíciót adni az új pszichoaktív szerekre, az általuk használt megnevezés- és definíciós típusok (negáló, metonimikus és apátiás) a problémamegoldás kezdeti szakaszára jellemzőek. Következésképp a terepmunkát elsősorban a „próba és hiba"-módszer (trial and error method) jellemzi.

A *szakértői dilemmák* feltárása alapján az ÚPSZ-hez köthető terepmunka támogatására, hatékonyságának növelésére új, dinamikusabb, gyorsan elérhető és (köz)érthetőbb tájékoztatási formákra lenne szükség (pl. frissülő adatbázisok, interaktív felületek, amelyeken a terepen dolgozó, a

monitorozást végző, az elemző és a kutató szakemberek egyszerre lehetnek jelen, s ahol a szerek kémiai megnevezése mellett azok hatásai, a gyakorlatban bevált jó intervenciós eszközök megosztásra kerülnek).

A szakértők az *észlelt szerhasználói mintázatokat* a szer, a társadalmi és egyéni jellemzők megértésének komplex rendszerében határozzák meg. Habár a két kiemelt kategória (a herbál- és a kristályhasználó) a szeralapon való elkülönítést sugallaná, a magyar szakértőket nem jellemzi a farmakocentrizmus. Elsősorban nem a szerek kémiai jellegzetességei alapján (habár ehhez az információhoz korlátozottan férnek hozzá, vö. lokális bevizsgálás hiánya), hanem a szerhasználók beszámolói és szocioökonómiai státuszuk feltárásának ismeretében írják le a jellemző mintázatokat. A szakértők által leírt mintázat hét tartalmi elemből konstruálódik: a szerek: a használt ÚPSZ és az elsődlegesen használt szerek (herbál, kristály és „régi" szerek); a szerhasználói pozíció: új használó, aki már ÚPSZ-szel kezdett, és a „szerváltó" (aki korábban klasszikus szereket használt, pl. metadon vagy exheroinista használó); a használat módja (injekciós, inhalálás, dohánnyal elkeverve elszívás stb.); a használat intenzitása (intenzív, rendszeres, ismétlődő, szituációs, rekreációs stb.); a használat motivációja (hozzáférhetőség, ár, a legalitás látszata, tévhitek: természetes, legális anyag, amely nem veszélyes); a használó kora, szocioökonómiai státusza, szociokulturális jellemzői, lakhelye; a szer asszociált jellemzői (hatás, ártalmak, legális státusz).

Az ÚPSZ-használói mintázatok közül a „Les Misérables", az indifferens, többszörösen hátrányos helyzetű szerhasználói mintázat emelkedik ki. Ez a mintázati kategória azokat a többszörösen hátrányos helyzetű szerhasználókat foglalja össze, akik többnyire intenzív vagy problémás szerhasználók. A hátrányos helyzet a szerhasználó társadalmi helyzetéből (hajléktalan, börtönviselt, állami intézmény neveltje), az életkorából (túl fiatal vagy túl idős), a származásából (roma) adódhat össze. Az ő esetükben az ÚPSZ leglényegesebb tulajdonságai: az olcsósága, a könnyű hozzáférhetősége és a „*kiütöttség*" elérése.

A szakértők dilemmái, az általuk észlelt szerhasználói mintázatok hatással lesznek arra, ahogyan a probléma megoldási lehetőségeit látják, és amilyen eszközöket használnak. Nem irreleváns feltárni azt, ahogyan értik meg az ÚPSZ jelenségét, és ahogyan a klienseket a céljaik elérésében segítik. Az addikció modelljeit (vö. Koski-Jännes 2004) érdemes az új szer-

használói jelenségek tükrében újraértelmezni, a biopszicho-szociális megközelítés elemeit az itt és mosthoz igazítani a terepen dolgozó szociális és klinikai szakemberek számára akkor is, ha az alapvető képességek, készségek ugyanazok a hatékony intervencióban.

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük az interjúalanyok részvételét, őszinteségét és idejét.

Irodalom

Abdulrahim, D. – Bowden-Jones, O. (2015). *On behalf of the NEPTUNE Expert Group. Guidance on the Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances.* Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE), London.

Altheide, D. L. – Johnson, J. M. (1994). Criteria for assessing interpretive validity in qualitative research. In N. K. Denzin – Y. S. Lincoln (eds.): *Handbook of qualitative research.* 2. ed. Newbury Park, CA: Sage, 485–499.

Braun, V. – Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology,* 3 (2). 77–101.

Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming Qualitative Information.* Sage: Cleveland

Guba, E. G. – Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin – Y. S. Lincoln (eds.): *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks, CA: Sage, 105–117.

Decorte, Tom (2011). Blinding Ourselves With Science: The Chronic Infections of Our Thinking on Psychoactive Substances. In Geoffrey Hunt – Maitena Milhet – Henri Bergeron (eds.): *Drugs and Culture Knowledge, Consumption and Policy.* Ashgate, Farnharm, Surrey.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2016). *The internet and drug markets,* EMCDDA Insights 21, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Fairclough, Norman (1992): *Discourse and Social Change.* Cambridge: Polity Press.

Galletta, Anne (2013). *Mastering the Semi-Structured Interview and Beyond. From Research Design to Analysis and Publication.* New York University Press.

Kaló Zs. – Földes N. – Iwatt B. – Rácz J. (2010). *Mepehdrone on YouTube: A qualitative video analysis.* ESSD European Social Drug Research, 21th Annual Conference, 30 september 2 October, Dubrovnik, Croatia. Book of abstracts. 11.

Koski-Jännes, A. (2004). In search of a comprehensive model of addiction. In P. Rosenqvist – A. Blomqvist – A. Koski-Jannes – L. Ojelso (eds.): *Addiction and life course.* Helsinki: NAD, 49–67.

Lakoff, G. – Turner, M. (1987). *Women, Fire and Dangerous Things: What categories reveal about the Human mind.* Chicago: University of Chicago Press.

Meacher, Baroness Molly C. (2013). Drug policy reform – the opportunity presented by 'legal highs'. *The Psychiatrist Online.* Aug. 37 (8) 249–252; DOI: 10.1192/pb.bp.113.043711.

Pléh Csaba – Unoka Zsolt (2016). *Hány barátod is van?* Oriold, Budapest.

Rácz J. (2014). A kábítószer-probléma átalakulása a 80-as évektől. Előadás a Nemzeti Drogfókuszpont 10. éves jubileumi konferenciáján, Budapest, 2014. 11. 11. http://www.slideshare.net/raczjozsef/drogkorszakok23

Rácz, J. et al. (2015). Veni, vidi, vici: The Appearance and dominance of new psychoactive substance among new participants at the largest needle exchange program in Hungary Between 2006 and 2014. Drug Alcohol Depend., http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.10.03

Soussan, C. – Kjellgren, A. (2014). Harm reduction and knowledge exchange-a qualitative analysis of drug-related Internet discussion forums. *Harm Reduct J.,* 11 (1), 25. doi: 10.1186/1477-7517-1111-1125.

Tomasello, M. (2014). *The new psychology of language: Cognitive and functional approaches to language structure.* Psychology Press, New York – London.

Veszelszki Ágnes (2013). Az infokommunikációs technológia hatása a nyelvre. In Ollé János (szerk.): *V. oktatás-informatikai konferencia. Tanulmánykötet.* Budapest: ELTE PPK. 288–298.

Az új pszichoaktív szerek használatának alakulása az ellátórendszer adatai alapján

Horváth Gergely

1. Bevezetés[1]

2010 előtt a kábítószer-probléma hazai helyzete nagyon hasonló volt az európaihoz, bár időben megkésve követte azt. A rekreációs célú szerhasználatra a kannabisz és a stimulánsok, az amfetamin és az ecstasy fogyasztása volt jellemző. Az intravénás szerhasználat az opiátok – a heroin és a házi mákkészítmények – fogyasztását és az amfetamin injektálását jelentette. A szerek tisztaságában nem voltak nagyobb változások, bár a piacon alkalmanként megjelenő nagy tisztaságú heroin a halálesetek számában átmeneti emelkedéseket okozott. Kokainfogyasztás és ahhoz kapcsolódó kezelési igények alacsony számban jelentek meg az adatokban. Az ecstasy klasszikus hatóanyagai (MDMA, MDA) 2008-tól jelentősen visszaszorultak a piacról, a tablettákban piperazinok jelentek meg. Az MDMA piaci visszatérése 2012-ben kezdődött meg.

2010 után az új pszichoaktív anyagok megjelenése jelentősen átformálta hazai kábítószerhelyzetet. 2009 és 2013 között összesen 118 új anyag jelent meg Magyarországon a Korai Jelzőrendszer[2] bejelentései alapján, az Európai Unió tagállamai pedig összesen 268 új vegyületről tettek bejelentést.

[1] Az ebben a fejezetben bemutatott adatok és elemzések a Nemzeti Drog Fókuszpont kábítószerügyi Éves Jelentéséből származnak. A megállapításokat részletesebben megalapozó Éves Jelentés 2016 elérhető a Nemzeti Drog Fókuszpont honlapján. Nemzeti Drog Fókuszpont: *2016-os Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára.* Budapest, 2016. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/HU_National_Report_2016_HU.pdf

[2] Az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos információcsere európai és nemzeti szintű hálózata.

Szintén 2010-ben történt egy, a problémás szerhasználatot alapjaiban átrendező jelenség, a heroin hozzáférhetőségének jelentős visszaszorulása. Míg a tűcsere-programok kliensei korábban mintegy fele-fele arányban injektáltak heroint vagy amfetamint, addig 2013-ban már a kliensek háromnegyede elsődlegesen valamilyen új pszichoaktív szert injektált. Az adatok alapján mind a heroin-, mind az amfetaminfogyasztók körében tetten érhető volt a szerváltás (Horváth 2015).

1.1. Az új pszichoaktív szerhasználati mintázatok alakulása

A 2011 utáni időszakban alapvetően két szerhasználati mintázat különült el mind a kezelés-ellátás, mind a kábítószerpiac adatai alapján: a designer stimulánsok és a szintetikus kannabinoidok használata. A polidrog-használat miatt ezeknek a szereknek a használói nem alkotnak önálló csoportot, a következőkben leírtak inkább a kábítószer-probléma sajátos jellemzőinek együttállására vonatkoznak.

A designer stimuláns használatának problémaköre az amfetaminhasználathoz hasonlatos, idesorolható az új pszichoaktív stimulánsok – katinonok, designer amfetaminok, fenetilaminok, triptaminok – visszaélésszerű használata. A stimulánsok közül néhány szer, ha viszonylag rövid ideig is, de dominánsabban jelen volt a piacon: 2010-ben a mefedron, 2011-ben az MDPV, azt követően 2012-től pedig a pentedron. 2014 után a pentedron mellett az α-PVP ért el említésre méltó részesedést a lefoglalási adatok szerint. A szervezetbe juttatás módja jellemzően szippantás vagy intravénás használat, kisebb mértékben a tabletta vagy kapszula formájában történő bevétel.

A designer stimulánsok fogyasztása kapcsán rekreációs és problémás szerhasználatról egyaránt beszélhetünk. Az intravénás szerhasználathoz köthetően fontos kiemelni a (halálos vagy nem halálos kimenetelű) mérgezések és a gyakori injektálás miatt a fertőző betegségek és más szomatikus szövődmények magas kockázatát.

A szintetikus kannabinoidok használata valamilyen hordozóanyagra, jellemzően növényi törmelékre felvitt kannabinoid receptor agonista pszichoaktív anyag használatát, utcai nevén „biofű” vagy „herbál” elszívását

jelöli. A szintetikus kannabinoidokra jellemzőbb a piac gyors változása, 2015-ben Magyarországon megjelentek a harmadik generációs (-FUBINACA, -PINACA, -CHMINACA) szintetikus kannabinoidok is. Ezek rendkívül potens szerek, a növényi hordozóanyag „töménysége", az arra felvitt szintetikus kannabinoid anyag „erőssége" a kiszámíthatatlanság miatt komoly egészségügyi kockázatként jelenik meg. Kérdéses a kiváltott hatás is, eufória, illetve stimuláns vagy disszociatív hatás helyett gyakran a depresszáns hatás kerül előtérbe. Ebből kifolyólag az addikció mellett a sürgősségi ellátási igények és az akut pszichiátriai problémák kockázata is magas. A szintetikus kannabinoid-használat kapcsán kérdésként merül fel ezen anyagok másodlagos szerként megjelenő használata is, akár a rekreációs kannabiszhasználók, akár a problémás intravénás szerhasználók körében.

1.2. Kérdésfelvetés és adatforrások

Jelen tanulmányban számba vesszük, hogy az egészségügyi következmények és a kezelés-ellátás területén működő kábítószer-adatgyűjtések milyen specifikumokat mutatnak az új pszichoaktív szerek használatával kapcsolatban.

A kezelés-ellátás adatai egyrészről a kliensek létszámáról, illetve a kezelésbe lépő szerhasználók arányairól adnak képet, másrészt azt is vizsgálni érdemes, hogy szociodemográfiai (nem, életkor, lakóhely, iskolai végzettség) vagy szerhasználati jellemzőik (elsődleges szer, szervezetbe juttatás módja, használat gyakorisága) mutatnak-e valamilyen sajátos mintázódást.

A kezelés-ellátás területén 2015-ben történt két nagyobb adatfelvétel (Péterfi 2016; Péterfi et al. 2016) a kábítószer-használókat ellátó szolgáltatók jellemzőiről, melyek strukturált formában elsőként adtak hírt az új pszichoaktív szereket használó kliensek magas arányáról a kábítószer-fogyasztókra specializálódott egészségügyi szakellátók (főként drogambulanciák, addiktológiai gondozók) körében. A kliensek körében a szerstruktúra átrendeződéséről számolt be a kezelőhely-vizsgálat második szakasza is, mely a terápiás közösségek (bentlakásos rehabilitációs intézetek) feltérképezésére irányult.

A hazai Kezelési Igény Indikátor (TDI 2016) 2006 óta gyűjti a kábítószer-használókat célzó járó- és fekvőbeteg egészségügyi ellátók körében a kezelésbe lépő kliensek adatait. A kezelésbe lépőkkel részletes kérdőív kerül felvételre a kezelés megkezdésekor, így árnyalt képet kaphatunk a kliensek jellemzői mellett a szerhasználati mintázataikról is. Az adatgyűjtés időben konzisztens, így a trendek értelmezésére is alkalmas.

Az intravénás kábítószer-fogyasztás kiemelt figyelmet érdemel a legsúlyosabb egészségügyi következmények – túladagolás, fertőző betegségek, mint pl. HIV és hepatitis B és C – magas kockázata miatt.

Az ártalomcsökkentő programok, azon belül is a tűcsere-programok kliensösszetételének változása (Tarján 2016) jól mutatja az új pszichoaktív szerek elterjedését e speciális populációban.

A fertőző betegségekre irányuló szűrőprogramok (Dudás et al. 2015) adatai felhívják a figyelmet arra, hogy a designer szerek injektálásához olyan kockázatosabb magatartások kapcsolódnak, mint a gyakori injektálás és eszközmegosztás, melyek a hepatitis C fertőzés prevalenciájának emelkedését eredményezték (Tarján et al. 2017) ebben a csoportban.

1.3. Az egészségügyi válaszlépések adatainak korlátai

Az egészségügyi következmények és a válaszlépések adatainak áttekintése során jellemzően a kliensek által elmondott, azaz önbevallásos adatokra támaszkodhatunk. Az új pszichoaktív anyagok tekintetében ennek különleges jelentősége van, mert az utcai nevek is változhatnak, és az azonos utcai néven árult szerek sem állandóak, időről időre vagy városról városra más kémiai (pszichoaktív) anyagokra utalhatnak.

Az egészségügyi adatgyűjtések hosszabb időre nyúlnak vissza, így az adatgyűjtésekben alkalmazott kategóriák nem feltétlenül teszik lehetővé az új pszichoaktív anyagok egyértelmű besorolását. A gyakorlat igyekszik áthidalni ezeket az eltéréseket (pl. egységesen az egyéb stimulánsok alá „kódolni" a katinonokat), de ez bizonytalanságokat rejt magában. A Kezelési Igény Indikátor (TDI) eleve feltételezi egy „elsődlegesen problémát okozó" szer meglétét, az addiktológiai problémákhoz hozzájáruló másodlagos szer(eke)t nem rögzít, így a polidrog-használatot nem vizsgálja. Az

adatgyűjtő kategóriák módosítása, a jelenséghez történő hozzáigazítása ugyanakkor a trendek értelmezhetőségét ronthatja.

A kezelésbe lépő, illetve tűcsere-programokban megjelenő vagy fertőző betegségre irányuló szűrővizsgálatban részt vevő kliensek ellátotti csoportokat jelentenek. Az ellátórendszer általában, illetve az azon belül hozzáférhető ellátások, szolgáltatások köre és kapacitása területileg is eltérő, és nagy változatosságot mutat, az ellátásból kimaradó csoportok adatait pedig az adatgyűjtések eleve nem tartalmazzák. A problémás, rejtőzködő szerhasználók szembesülhetnek olyan problémákkal is, melyek látens módon is akadályozhatják hozzáférésüket az amúgy jelen lévő szolgáltatásokhoz.

2. A kezelés-ellátás adatai

A kábítószer-fogyasztás egészségügyi következményeire adott válaszlépések jellemzően a fertőző betegségek megelőzését célzó tűcsere-programokat és az addiktológiai kezelés-ellátás beavatkozásait foglalják magukban.

2.1 Kezelőhely vizsgálatok

Kezelőhely-vizsgálat, 2015

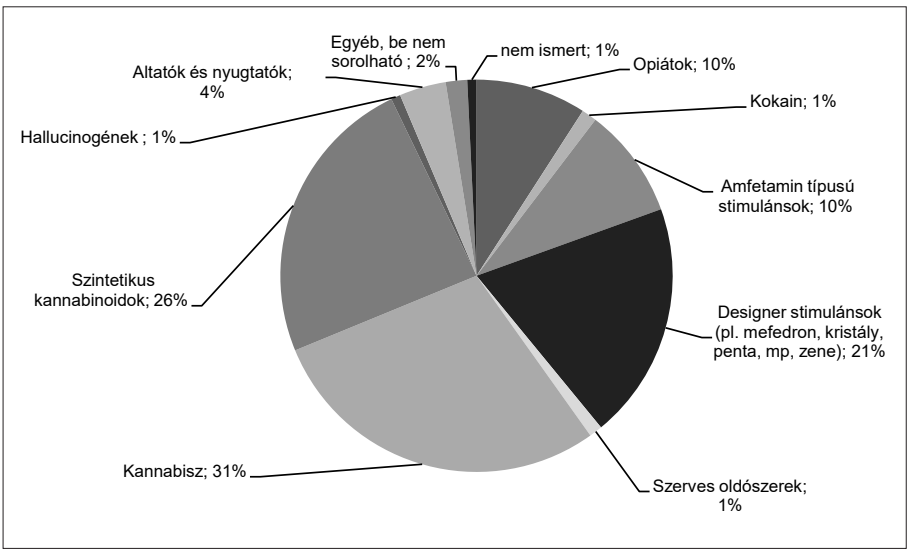
A Nemzeti Drog Fókuszpont 2015-ben vizsgálatot végzett (Péterfi 2015[3]) a legnagyobb hazai kábítószer-használókat ellátó kezelőhelyek körében.[4] A kezelőhelyek klienskörét tekintve 25 szolgáltató válaszai alapján 17 ke-

[3] Péterfi 2015: 81–85.

[4] A vizsgálatba a 2014-es TDI adatgyűjtésbe a 30 legnagyobb esetszámot jelentő szolgáltató került bele. A mintába került kezelőhelyek a 2013-ban (a TDI adatok alapján) kezelést kezdő kliensek 74%-ának ellátásáért feleltek. A vizsgálat célja a hazai kábítószer-használatot célzó egészségügyi és szociális ellátás feltérképezése volt: a kezelési paletta, a kapacitások, a kezelőhelyek működési körülményei, az intézményi kapcsolódások, valamint az ellátott populáció főbb jellemzőinek megismerése. Ugyan a minta nem képviseli reprezentatívan a kábítószer-használókat ellátó hazai szervezeteket, a legnagyobb forgalmú szolgáltatókról van szó, így jellemzőik mégis meghatá-

zelőegység látott el 2014-ben kábítószer- és alkoholproblémával küzdőket egyaránt, közülük mindössze 3 egység jelentette, hogy nagyobb számban kezeltek alkoholfüggőket, mint kábítószer-használókat. További 8 kezelőegység kizárólag kábítószer-használók ellátásáról számolt be. A kábítószer-használó kliensek szertípus szerinti becsült megoszlása és a megadott éves kliensszám alapján a témában adatot szolgáltató 25 kezelőegység által ellátott populáció esetében – hasonlóan a kezelési (TDI) adatokhoz – a kannabiszhasználat volt a legfőbb probléma. A kannabiszt követő két legnagyobb klienscsoport új pszichoaktív szerekhez kapcsolódóan, azon belül is szintetikus kannabinoidok (26%), illetve különböző designer stimulánsok (21%) fogyasztása miatt részesült kezelésben 2014-ben. Az opiátok és amfetamin típusú stimulánsok fogyasztásához az esetek hozzávetőlegesen 10-10%-a volt köthető a szolgáltatók becslése alapján.

A kábítószer-használó kliensek elsődleges szer szerinti becsült megoszlása 2014-ben (25 kezelőegység válaszai alapján)

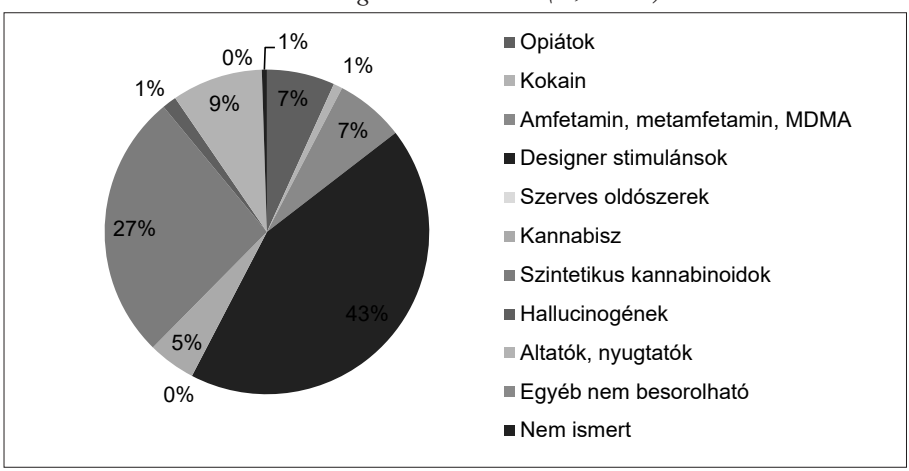


rozóak a hazai ellátás szempontjából. A válaszadók nagy része járóbeteg-ellátóként azonosította magát, legnagyobb arányban drogambulanciák kerültek a mintába.

Drogterápiás intézetek vizsgálata, 2015

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2015 novemberében kutatást végzett a magyarországi drogterápiás intézetek és kábítószer-használók számára nem kórházi fekvőbeteg ellátást nyújtó kezelőhelyek körében.[5] A kutatásba mind a 15 hazai, közfinanszírozásban részesülő, elsősorban kábítószer-használókat célzó nem kórházi rehabilitációs intézmény bevonásra került. A kérdőívet mind a 15 felkért intézmény kitöltötte, így az alábbi eredmények megbízható képet adnak a hazai nem kórházi, kábítószer-használókat célzó rehabilitációs ellátás 2014-es és 2015-ös helyzetéről.

A kábítószer-használat miatt rehabilitációs ellátásba kerülő kliensek elsődleges szer szerinti megoszlása 2014-ben (%, N=555)



12 válaszadó adatai alapján[6] 2014-ben összesen 807 fő részesült nem kórházi fekvőbeteg-ellátásban, az év folyamán ellátottak száma 22 és 161 között mozgott intézményenként. 2014-ben 11 válaszadó[7] adatai alapján az elsődlegesen kábítószer-használó kliensek közel fele (43%) esetében valamely designer stimuláns volt az elsődleges szer. A második leggyakrabban

[5] Péterfi et al. 2016: 85–90.

[6] 2 intézmény nem válaszolt, egy intézmény 2015-től üzemelt.

[7] 3 intézmény nem válaszolt, egy intézmény 2015-től üzemelt.

előforduló szercsoport a szintetikus kannabinoidoké volt, mely több mint a kliensek negyede (26%) esetében volt a kezelésbe lépés indoka. Altatók és nyugtatók visszaélésszerű használatához a kliensek 9%-ának kezelési igénye volt köthető. Az amfetaminokat és az opiátokat 7-7%-ban jelölték elsődleges szerként.

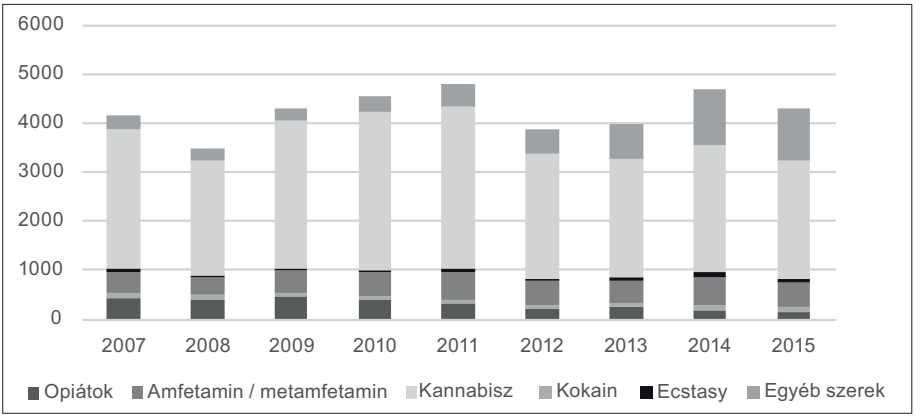
2.2. A Kezelési Igény Indikátor (TDI) adatai[8]

A pszichoaktív szereket használók ellátása nem képez külön kategóriát sem a szociális, sem az egészségügyi rendszeren belül, hanem általában az addiktológiai és pszichiátriai ellátások csoportjába tartozik. Ez megnehezíti az ellátási lehetőségek, kapacitás és kihasználtság monitorozását. Megbízható adatokkal a területről a kezelési (TDI), valamint a szubsztitúciós adatgyűjtésekből rendelkezünk, melyek elsősorban a klienskör jellemzőinek leírására alkalmasak.

A TDI adatok alapján a legnagyobb problémát a kannabiszhasználat jelenti, legtöbben emiatt lépnek kezelésbe. A kezelési adatokból közvetve, a piaci és tűcsere adatokból közvetlenebbül látható az új pszichoaktív szerek (továbbiakban ÚPSZ) elterjedésének következménye, mely tapasztalható az intravénás szerhasználat és a kezelési igény alakulása terén egyaránt. Ezzel párhuzamosan a heroinhasználat visszaesése és az amfetaminhoz köthető kezelési igény viszonylagos stabilitása figyelhető meg.

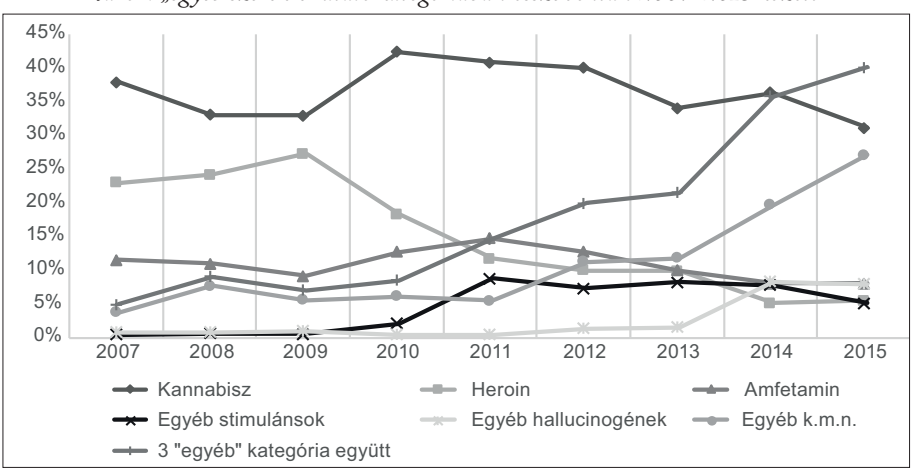
2015-ben összesen 4308 kliens kezelésbe lépéséről számolt be a kábítószer-használók kezelésével (is) foglalkozó és jelentést küldő 79 kezelőegység. A kábítószer-használat miatt kezelést kezdők többsége (56,2%) – a korábbi évekhez hasonlóan – kannabiszhasználat miatt kezdett valamilyen kezelési programot. Amfetamin típusú stimulánsok – beleértve az ecstasyt is – használata miatt a kliensek 16,6%-a jelentkezett kezelésbe. A hallucinogének fogyasztása (5,2%), az opiáthasználat (3,6%) és a kokainhasználat (2%) kismértékben volt jellemző indoka a kezelésnek. A felsoroltakon kívüli egyéb szereket a kezelést kezdők 12,1%-a jelölt meg elsődleges szerként.

[8] TDI adatgyűjtés 2016: 72–75.



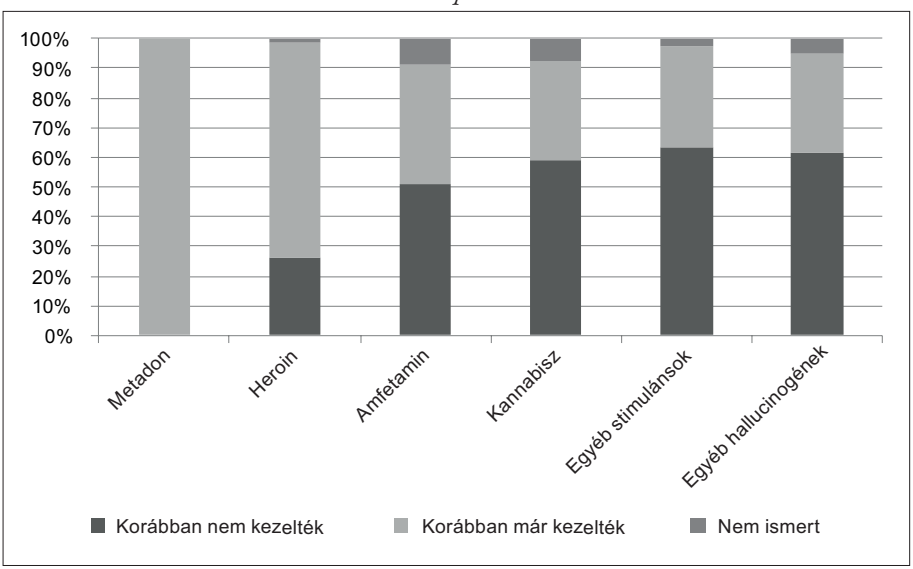
Az új pszichoaktív anyagok vélhetően három kategóriában kerülnek rögzítésre a TDI rendszerben. Az „egyéb stimulánsok" a katinonok és más stimulánsok miatti, az „egyéb hallucinogének" a szintetikus kannabinoidok fogyasztásához köthető eseteket tartalmazza, és az „egyéb szerek" kategóriája is dominánsan új pszichoaktív anyagokhoz kapcsolódó kezelési igényeket takar. A módszertani bizonytalanság mellett is figyelemre méltó, hogy e három kategória összevontan a kezelési igények mintegy 40%-áért volt felelős 2015-ben.

A kezelési igények számának alakulása a jelentési kategóriák alapján, illetve a három „egyéb szerekre" utaló kategóriában összevontan 2007–2015 között



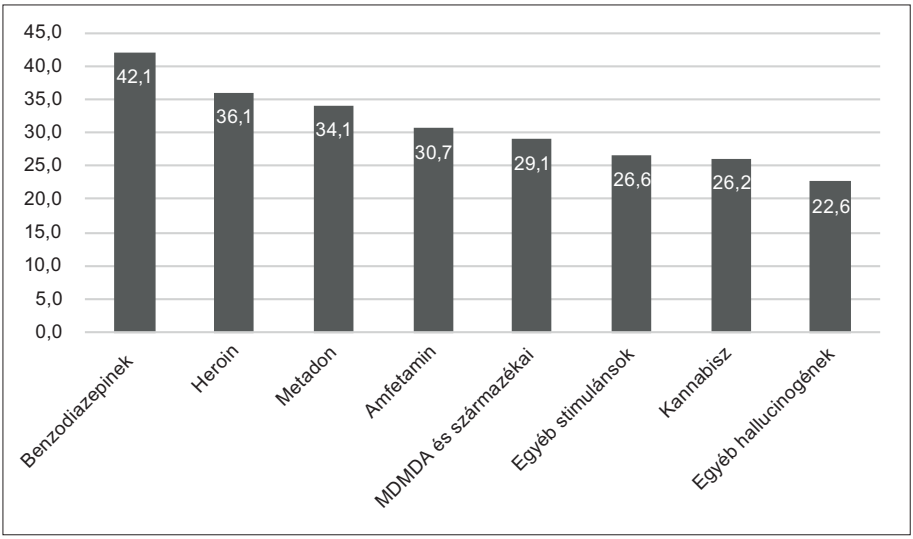
A korábbi kezelés megléte azt mutatja, hogy a kliens nem először került kapcsolatba az ellátórendszerrel. A hosszabb karrierrel rendelkező szerhasználók (jellemzően az opiáthasználók) nagyobb eséllyel már részt vettek valamilyen kezelésben. A designer stimulánsokat és a szintetikus kannabinoidokat használó kezelésbe lépő kliensek kétharmada nem vett részt korábban ellátásban, ami arra hívja fel a figyelmet, hogy e szerekhez köthetően új szerhasználók jelentek meg az ellátásban.

Korábbi kezelés a kezelésbe lépő kliensek körében 2015-ben



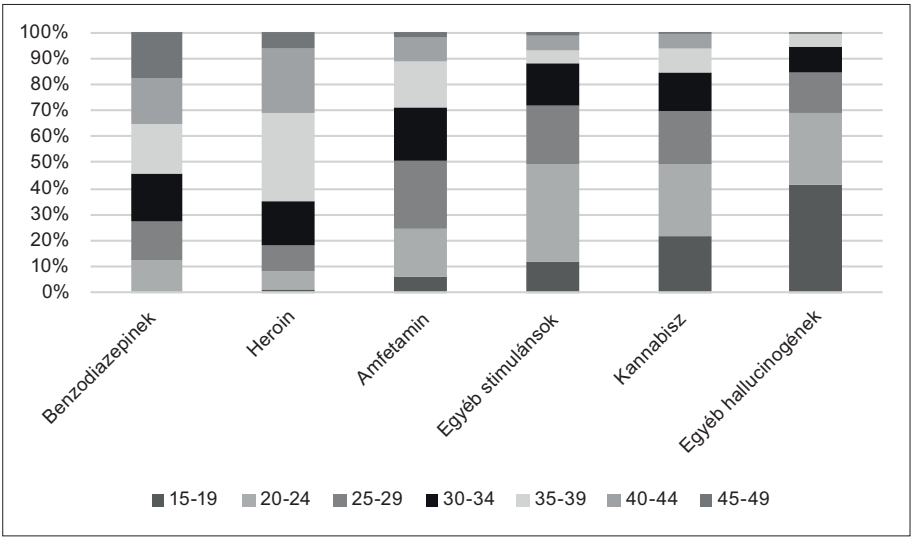
A kezelésbe lépő kliensek körében a nyugtatókat (benzodiazepinek) és az opiátokat (heroin, metadon) fogyasztó kliensek a legidősebbek. A designer stimulánsokat fogyasztó kliensek átlagéletkora a hagyományos kannabiszfogyasztókéhoz hasonló, az amfetamin miatt kezelteknél fiatalabb. A legfiatalabb csoportot a szintetikus kannabinoidok miatt kezelésbe lépők alkotják.

Kezelésbe lépő nem elterelt kliensek átlagéletkora elsődleges szer szerint 2015-ben (év)



A kezelésbe lépő kliensek életkori kategóriáit tekintve elmondható, hogy a designer stimulánsok használata miatt kezelésbe lépő kliensek fele 24 év alatti, míg ez az arány az amfetamint használók esetében kevesebb mint 25%. Míg a kannabiszhasználat miatt kezelésbe lépő kliensek közül minden ötödik 19 évnél fiatalabb, addig a szintetikus kannabinoidokat takaró „egyéb hallucinogének" esetében ez az arány kétszer ekkora, és a kliensek 70%-a 24 év alatti fiatal. A rokon szerhasználati kategóriákkal összevetve tehát mindkét új pszichoaktív szert használó csoport jóval fiatalabb, mint a klasszikus szert használó társaik.

Kezelésbe lépő nem elterelt kliensek aránya életkori kategóriák és elsődleges szer szerint 2015-ben



A kezelés-ellátás adatainak összegzése

A két idézett kezelőhely-vizsgálat 2014-es és 2015-ös adatai, valamint 2013-tól kezdődően a TDI-adatgyűjtés adatai felhívták a figyelmet az új szerek fogyasztása miatt kezelésben lévő kliensek magas arányára. A felmérések ugyanakkor rávilágítottak arra is, hogy a kínált szolgáltatások nem feltétlenül igazodtak az új, megváltozott igényekhez.

A 2010 utáni kezelési adatok szerint az egyes években az összes kezelésbe lépő kliens létszáma nem változott. A hatósági eljárás során kezelésbe irányított (elterelt) kliensek száma is stagnált összességében az elmúlt években. Az addiktológiai kezelés-ellátás összesített létszámadatai tehát nem mutatják az új pszichoaktív szerek használóinak tömeges megjelenését az ellátórendszerben. Két dolog ugyanakkor említésre érdemes. Az ellátórendszer kapacitási korlátai és működési mechanizmusai, például az elterelés dominanciája vagy az ellátás magasküszöbű jellege, akadályozhatják azt, hogy dinamikusan reagáljon a problémás ÚPSZ-használók megjelenésére, így elképzelhető, hogy növekszik az ellátatlanul maradt

ÚPSZ-használó populáció. A kliensszám állandósága mellett elképzelhető továbbá a problémás szerhasználat jellegének átalakulása, a súlyosság mértékének növekedése vagy eddig kevésbé megjelenő jellemzők előtörése. Ilyen lehet az akut mérgezések vagy a pszichiátriai komorbiditás gyakoribbá válása, más szomatikus szövődmények vagy az alacsonyabb szociális státusz gyakoribb előfordulása a kliensek körében. A problémakör súlyosabbá vagy összetettebbé válása okozhatja az ellátórendszer terheltségének növekedését relatíve állandó kliensszám mellett is.

Mind a kezelőhely-vizsgálatok adatai, mind a TDI adatok bizonyos módszertani óvatosság mellett is megmutatják az ÚPSZ-használó kliensek számának jelentős növekedését az utóbbi négy évben. A szerstruktúra átrendeződése folyamatos, ami a heroinhasználók arányának visszaszorulásával indult 2011 után. 2015-ben az új pszichoaktív szerek használóinak aránya meghaladta a 40%-ot.

A kezelési igényekre jellemző az elterelés dominanciája, a kliensek 60–70%-ban büntetőeljárás alternatívájaként választják a kezelésbe lépést. Igaz ez az elsődlegesen új pszichoaktív szerek használóira is, az ilyen kliensek fele is hatósági eljárás során lép kezelésbe. Az új anyagok nagy része, köztük a domináns pentedron, az α-PVP vagy a szintetikus kannabinoidok már ellenőrzött anyagok. Az elterelések számában csökkenés nem várható.

A TDI-adatokban a designer stimulánsokat és a szintetikus kannabinoidokat használó kliensek bizonyos jellemzőik (életkor, drogkarrier hossza) alapján jól elkülönülnek. Az ÚPSZ-használók a hasonló klasszikus szer használóihoz állnak közel: Az új stimulánsok fogyasztása miatt kezelésbe lépők a korábbi amfetaminos, a szintetikus kannabinoid származékok használói a kannabiszfogyasztókhoz hasonlítanak; az ÚPSZ-használók nem alkotnak külön vagy homogén csoportot. A nem elterelt klienseket tekintve a kliensek mintegy háromnegyede napi vagy heti 4-6 alkalommal fogyaszt pszichoaktív szert, függetlenül annak fajtájától. A nem elterelt kliensek 60%-a korábban még nem volt kezelésben, ami ugyanakkor új fogyasztói csoportok megjelenésére utalhat.

A szintetikus kannabinoidok használata miatt kezeltek életkora a legalacsonyabb a kezelési adatok szerint, alacsonyabb, mint a kannabiszhasználóké, ami fiatal szerhasználói csoportok megjelenését jelzi.

Más egészségügyi, TDI-n kívüli adatok felhívják a figyelmet a szintetikus kannabinoidok okozta akut pszichiátriai vagy sürgősségi ellátási igények növekedésére az elmúlt években.

3. Intravénás szerhasználat és fertőző betegségek

3.1. A tűcsere-programok klienseinek jellemzői

A tűcsereadatok alapján (Tarján 2016[9]) az új pszichoaktív szerek megjelenése 2010-ben teljesen átalakította a megelőző évekre jellemző szerhasználati struktúrát: míg 2009-ben a tűcserébe járó intravénás szerhasználók kevesebb mint 44%-a[10] injektált elsődlegesen stimulánsokat, addig 2015-re ez az arány 87%-ra nőtt.

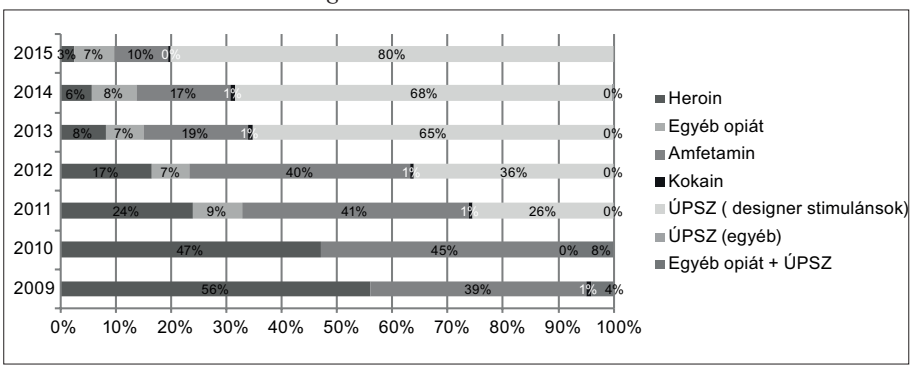
A klasszikus stimulánsokat, azaz elsősorban amfetamint injektálók aránya 40% körül mozgott 2009–2012 között, azonban 2013-ra 19%-ra csökkent és maradt is ezen a szinten 2014-ben (17%). 2015-ben további 7 százalékponttal esett vissza az elsődlegesen amfetamint injektálók aránya. A kokaininjektálók aránya elenyésző a tűcserébe járó intravénás szerhasználók körében. Az új pszichoaktív szerek, azaz a designer stimulánsok térnyerése 2010-től kezdődően a heroint, 2013-tól pedig már az amfetamint is kiszorította: míg 2010-ben a tűcserébe járó intravénás szerhasználóknak kevesebb mint 8%-a[11] használt designer stimulánsokat, addig 2015-ben már 80%-uknak volt ez az elsődlegesen injektált szere.

[9] Tarján 2016: 105–107.

[10] Az ábrán látható 2009-es 4% és a 2010-es 8% „egyéb opiát + ÚPSZ" kategóriában az egyéb stimulánsok és az egyéb opiátok együtt szerepelnek. Így az egyéb stimulánsok aránya vélhetően még alacsonyabb volt ebben a két évben.

[11] Az ábrán látható 2009-es 4% és s 2010-es 8% „egyéb opiát + ÚPSZ" kategóriában az egyéb stimulánsok és az egyéb opiátok együtt szerepelnek. Így az egyéb stimulánsok aránya vélhetően még alacsonyabb volt ebben a két évben.

A tűcsere-programban részt vevő kliensek elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009–2015 között[12]



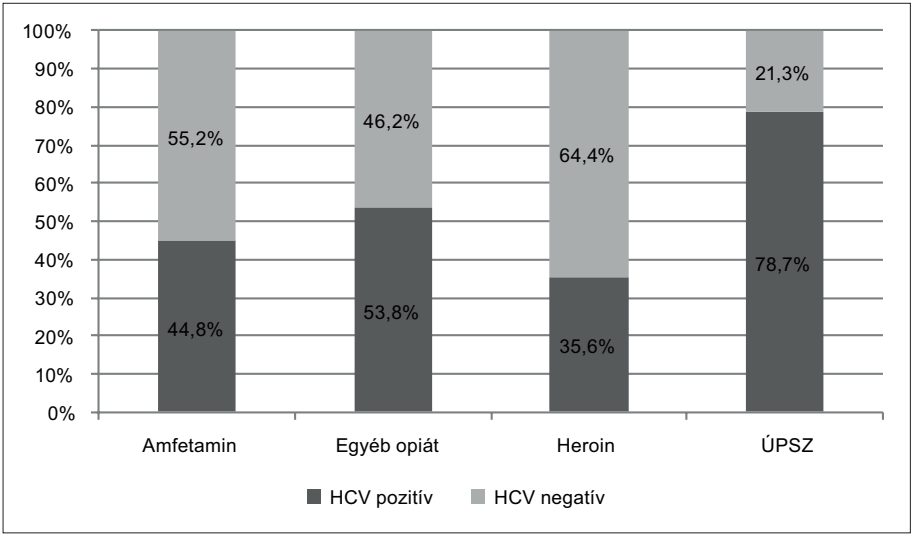
3.2. Fertőző betegségekre irányuló szűrőprogramok klienseinek jellemzői

Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban (Dudás et al. 2015) részt vevő intravénás szerhasználók megoszlását az elsődlegesen injektált szer szerint vizsgálva hasonló trend állapítható meg: a stimuláns injektálók aránya fokozatosan növekedett az évek során a mintában. Míg 2006-ban 13,6%-uk injektált elsődlegesen designer stimulánsokat, addig 2014-ben és 2015-ben már a minta közel kétharmada tartozott ebbe a csoportba.

Kiválasztva a vizsgált személyek közül az aktív intravénás szerhasználókat – azaz akik a kérdőív felvételét megelőző négy hétben is injektáltak, tehát a leginkább kitetettek a vírus akvirálásának és átadásának –, látható, hogy a fertőzöttség az ÚPSZ-injektálók körében volt a legmagasabb (78,7%).

[12] 2011 előtt 4 zárt kategóriában jelentettek adatot a szolgáltatók: heroin; amfetamin; kokain, egyéb. 2011-től az egyéb kategória nyitott kérdéssé vált, azóta nevesíthetőek az oda sorolt szerek. Ebből kifolyólag az ábrán látható 2009-es 4% és 2010-es 8% „egyéb opiát + ÚPSZ" kategóriában az egyéb stimulánsok és az egyéb opiátok együtt szerepelnek. Az ÚPSZ (egyéb) kategóriában a „bió" elnevezésű szer szerepel, amely szintetikus kannabinoid hatóanyagra utalhat.

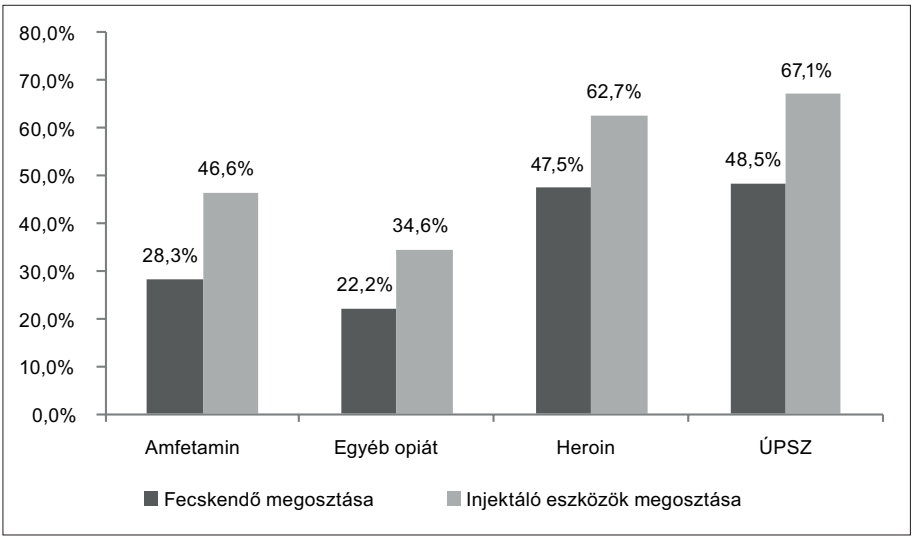
Az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók HCV fertőzöttsége az elsődlegesen injektált szertípus szerinti bontásban 2015-ben



Az országos HIV/HCV prevalencia vizsgálat alapján az aktív szerhasználók 38,9%-a osztotta meg a fecskendőjét az elmúlt 4 hétben, míg a bármilyen injektáló segédeszköz megosztásának előfordulási gyakorisága az elmúlt 4 hétben 55,7% volt. Ha szertípus szerinti bontásban vizsgáljuk az eszközmegosztást, elmondható, hogy a prevalencia értékek az ÚPSZ-injektálók esetében a legmagasabbak (67,1%), amely esetükben magas HCV prevalenciával is társul.

A napi injektálásszám szintén az új pszichoaktív szereket injektálók körében volt a legmagasabb, míg az utolsó fecskendő újrahasználásának száma az elsődlegesen amfetamint vagy egyéb opiátokat injektálók körében volt a legmagasabb.

A fecskendő- és eszközmegosztás prevalenciája az elmúlt 4 hétben, elsődlegesen injektált szertípus szerinti megoszlásban az országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálatban részt vett aktív intravénás szerhasználók körében 2015-ben[13]



Intravénás szerhasználattal összefüggő megállapítások

A hazai tűcsereforgalmi és kliensadatok csökkenő kliens- és kontaktszámot mutatnak. Az intravénás szerhasználók létszámára irányuló legutóbbi hazai becslés (Horváth és Tarján 2016) 6707 főre becsülte e csoport nagyságát 2015-ben. A korábbi, 2009-es becslés szerint 5699 fő volt az intravénás populáció nagysága. Tekintetbe véve a becslések körüli módszertani bizonytalanságokat, az intravénás szerhasználók létszáma feltehetőleg nem növekedett a két időpont között.

Az intravénás szerhasználók korcsoportos megoszlását tekintve kiemelendő, hogy a 25 alattiak csoportjában szinte kizárólagos az új pszichoaktív szerek fogyasztása. A fiatal szerhasználók megoszlása földrajzilag nem

[13] Fecskendőmegosztás esetében válaszadók száma (N): ÚPSZ=163; egyéb opiátok=81; heroin=59; amfetamin=60. Eszközmegosztás esetében válaszadók száma (N): ÚPSZ=164; egyéb opiátok=81; heroin=59; amfetamin=58.

egyenletes, vidéken arányuk mintegy 40%, míg Budapesten 18%. Területi mintázódást mutat az elsődlegesen injektált szer is: míg Budapesten jellemzőbb az új szerek injektálása (82%), addig vidéken a 69%-os designer stimuláns részesedés mellett jelentősebb (23%) az amfetamin elterjedtsége is. Az opiátok aránya országosan 5% alatt maradt 2015-ben.

Az intravénás szerhasználók jellemzően átváltottak az új pszichoaktív szerek injektálására. A gyakoribb injektálás és eszközmegosztás miatt megnövekedett a fertőző betegségek (hepatitis B és C, HIV) akvirálásának kockázata (Tarján et al. 2017). A hepatitis C emelkedő prevalenciája mutatja, hogy a HIV vírus e populációba történő esetleges bekerülésével annak elterjedése is valószínűsíthető (EMCDDA 2012).

A hepatitis C előfordulása a szűrések szerint (Dudás et al. 2016) 49,7% volt az intravénás szerhasználó populációban 2015-ben, ami kétszerese a 2011-ben mért 24%-nak. Az új pszichoaktív szerek injektálása kockázatosabb, a körükben mért HCV prevalencia (78,7%) magasabb, mint az egyéb opiátokat (53,8%), amfetamint (44,8%) vagy heroint (35,6%) injektálók körében.

4. Diszkusszió

A kezelés-ellátás és az egészségügyi következményekre adott válaszlépések adatai alapján elmondható, hogy az ellátotti populáció nagysága nem változott az utóbbi 5 évben. Kérdésként merül fel ugyanakkor, hogy az ellátói kapacitások, illetve az ellátás mechanizmusai állandók, vagy a szerhasználatban érintett populáció nagysága.

A szerstruktúrában történt átrendeződés, a designer szerek felé történő elmozdulás nem feltétlenül jár együtt a szerhasználó csoport nagyságának növekedésével. Bizonyos adatok (idősebb opiáthasználók eltűnése, fiatal szerhasználók megjelenése, korábban nem kezeltek arányának növekedése) ugyanakkor felhívja a figyelmet a klienskör átalakulására.

Az új pszichoaktív szerek fogyasztásával összefüggő káros egészségügyi következmények fokozódnak, az addiktológiai problémákon túl gyakoribbá váltak a pszichiátriai problémák, pl. akut intoxikáció, pszichózis, krónikus pszichiátriai társbetegségek. Az intravénás szerhasználók körében

nőtt az infektológiai problémák (HCV és más STI) és egyéb szövődmények (pl. mérgezések, fekélyek, tályogok) kockázata.

A kezelő- és ellátóhelyek a kábítószer-probléma súlyosbodásáról számoltak be, ugyanakkor az ellátók percepciója nem feltétlenül jelenti a szerhasználók létszámának növekedését. Az összetettebb szociális és pszichiátriai problémák, infektológiai kockázatok és a klienskör átalakulása együttesen fokozhatják a szolgáltatók terheit állandó ellátotti létszám mellett is.

A fokozódó egészségügyi kockázatok a társuló közkiadások, társadalmi költségek emelkedésével járnak, különösen igaz ez a fertőző betegségek (HIV, HCV) okozta költségekre.

Az új pszichoaktív szerek megjelenése a kapcsolódó kábítószerügyi adatgyűjtések számára is kihívásokat jelent. A megfelelő adatgyűjtési kategóriák bevezetése, frissítése elengedhetetlen, ugyanakkor a változó anyagok és utcai nevek miatt kisebb-nagyobb mértékben, de bizonytalanságot is rejt. A kábítószerek és az új pszichoaktív anyagok változó jogi besorolása rontja a trendek értelmezhetőségét egyes adatgyűjtések esetében (pl. büntetőeljárások, igazságügyi eljárások, halálozás).

A megbízható adatokon alapuló döntéshozatal támogatásához szükség van a kábítószerügyi adatgyűjtések átalakítására, frissítésére. Az erőforrások hatékony felhasználását a kutatások és az adatgyűjtések támogatása, valamint – az akár nemzetközi bevált gyakorlatok – terjesztése alapozhatja meg.

Irodalom

Dudás M. – Rusvai E. – Győri Z. – Tarján A. – Horváth G. – Minárovits J. – Takács M. – Csohán Á. (2015): *A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2015. évi prevalenciájának vizsgálata.* Országos Epidemiológiai Központ.

EMCDDA, ECDC (2012): *HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania.* EMCDDA, Lisbon, 2012.

Horváth Gergely (szerk.) (2015): *A kábítószer-helyzet Magyarországon 2004–2014.* Budapest, Nemzeti Drog Fókuszpont.

Horváth Gergely – Tarján Anna (2016): Az intravénás szerhasználat prevalencia becslése 2016. In Nemzeti Drog Fókuszpont: *2016-os Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára.* Budapest.

Péterfi Anna (2016): Kezelőhely vizsgálat 2015. In Nemzeti Drog Fókuszpont: *2016-os Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára.* Budapest.

Péterfi A. – Major M. – Dunay M. (2016): Drogterápiás intézetek vizsgálata 2015. In Nemzeti Drog Fókuszpont: *2016-os Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára.* Budapest.

Tarján Anna (2016): *Tűcsere programok adatai, 2015.* Kézirat. Nemzeti Drog Fókuszpont.

Tarján–Dudás–Wiessing–Horváth–Rusvai–Tresó–Csohán (2017): HCV prevalence and risk behaviours among injectors of new psychoactive substances in a risk environment in Hungary. An expanding public health burden. *International Journal of Drug Policy.* Volume 41, March, 1–7. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.11.006

TDI adatgyűjtés (2016). In Nemzeti Drog Fókuszpont: *2016-os Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára.* Budapest.

Az új pszichoaktív szerek piacával kapcsolatos friss tapasztalatok — 2016

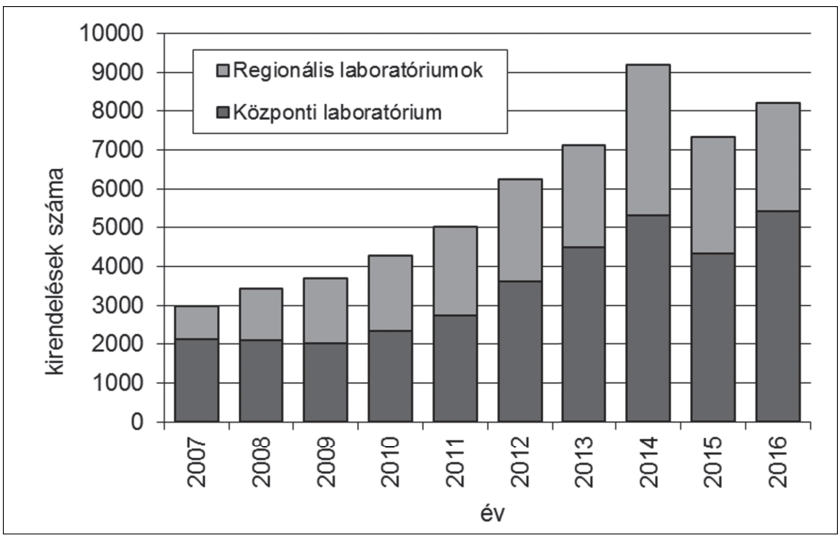
Romposné Kovács Éva — Csesztregi Tamás

Bevezető

A Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet, 2017. január elsejétől pedig jogutódja, a Nemzeti Szakértői és Kutató Központ (a továbbiakban NSZKK) keretein belül jogszabály által biztosított kizárólagossággal kerülnek vizsgálatra a Magyarországon lefoglalt, kábítószer- és új pszichoaktívanyaggyanús bűnjelek. A budapesti és az öt regionális laboratóriumból álló hálózat működése biztosítja, hogy a lefoglalt bűnjelek összetételének kvalitatív és kvantitatív elemzése akkreditált folyamat eredményeként, a jogszabály által biztosított legfeljebb 90 nap alatt, megfelelő szakmai színvonalon valósuljon meg. A kábítószer-vizsgáló laboratóriumi hálózat alapvető feladata a változatos formában megjelenő bűnjelek (porok, tabletták, növényi anyagok, folyadékok, bélyegek, egyéb tárgyak felületén található anyagmaradványok) kémiai elemzése. Vérből és vizeletből az Országos Toxikológiai Intézet jogosult hasonló jellegű vizsgálatok elvégzésére, mely intézet 2017-től szintén az NSZKK részeként működik.

A kilencvenes évek elejétől beszélhetünk szervezett keretek között folyó kábítószer-vizsgálatokról. Az eleinte folyamatosan növekvő ügyszám 2002–2004 között stagnálást mutatott, majd további trendszerű emelkedés következett. 2014-ben több mint 9000 hatósági kirendelésben több mint 50 000 analitikai vizsgálat elvégzésére került sor. 2015-ben az ügyszám csökkent – feltehetően a hatóságoknak a menekülthelyzet kezelésében lekötött kapacitása miatt –, 2016-ban azonban 8217 kirendeléssel újra emelkedés tapasztalható a lefoglalások számában (1. ábra).

1. ábra – A kábítószer-vizsgálatok kirendeléseinek évenkénti alakulása



Az illegális szerek piacának elemzése során a klasszikus kábítószerek és az újonnan megjelent, úgynevezett „designer drogok" lefoglalási adatait, érdekességeit többek között az eltérő „történeti" háttér, illetve a trendekben mutatkozó különbségek alapján indokoltnak látjuk egymástól elkülönítve tárgyalni. Az elemzés során designer drogok alatt a 2010-től a lefoglalásokban nagy számban megjelenő, korábban a feketepiacon nem ismert új szereket értjük, függetlenül attól, hogy aktuálisan „legális" szernek minősülnek-e, vagy új pszichoaktív anyagként, illetve kábítószerként ellenőrzött vegyületek.

Trendek a klasszikus kábítószerek lefoglalásaiban

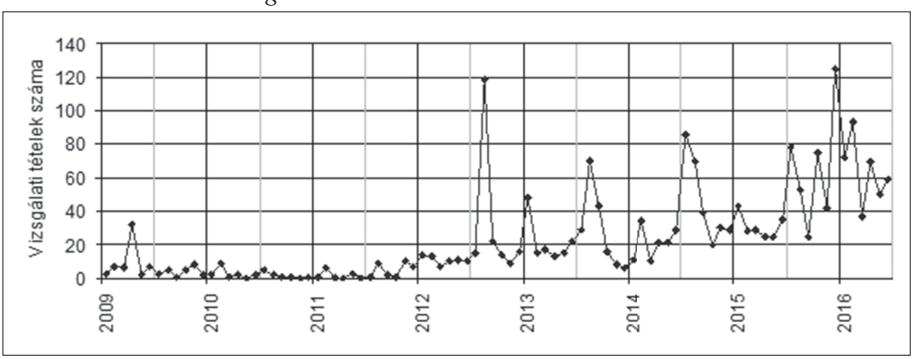
A hagyományos kábítószer-hatóanyagot tartalmazó anyagok lefoglalása a marihuána, az amfetamin, a kokain esetében kialakult, stabil piacot mutat. Marihuána-, illetve kannabiszültetvények esetében érdekes tendencia hogy a hibridizált kendermagvak – jellemzően Hollandiából történő – behozatalával változást mutat a lefoglalt kendernövények komponens-összetétele

(kannabinoid profilja). Több esetben találkozunk számottevő mennyiségű kannabidiolt (CBD) tartalmazó vizsgálati anyagokkal, ami azonban nem feltétlenül zárja ki a növények THC hatóanyagának magas koncentrációját.

Amfetamin esetében a lefoglalt készítmények zömében száraz vagy nedves állapotú porok. Ezek között 2013 óta növekvő számban jelentek meg a fogyasztói adagba kiszerelt, gyakorlatilag tiszta hatóanyagot tartalmazó, hígítatlan amfetaminporok. 2016-ban több lefoglalásban szerepelt hazánkban – és új csempészési formaként kezelhető – a fogyasztásra még ebben a formában alkalmatlan, tömény amfetaminbázist tartalmazó folyadék, amelyből megfelelő sav hozzáadásával készíthető el a por formájú amfetaminsó.

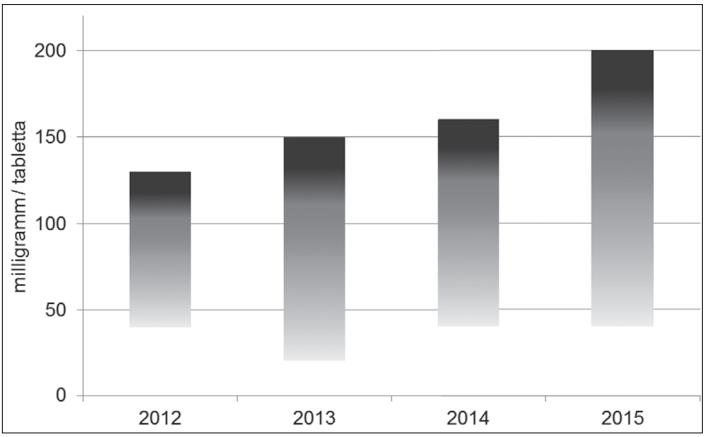
A 2000–2006 közötti időszakban népszerű, jellemzően MDMA hatóanyagot tartalmazó ecstasytabletták 2009-re szinte teljesen eltűntek a piacról. A 2012-től kezdődött lassú, fokozatos visszatérés 2016-ban is folytatódott, kiugró esetszámokat mutatva a nyári fesztiválidőszakok idején (2. ábra).

2. ábra – MDMA hatóanyagot tartalmazó vizsgálati tételek számának alakulása havonta



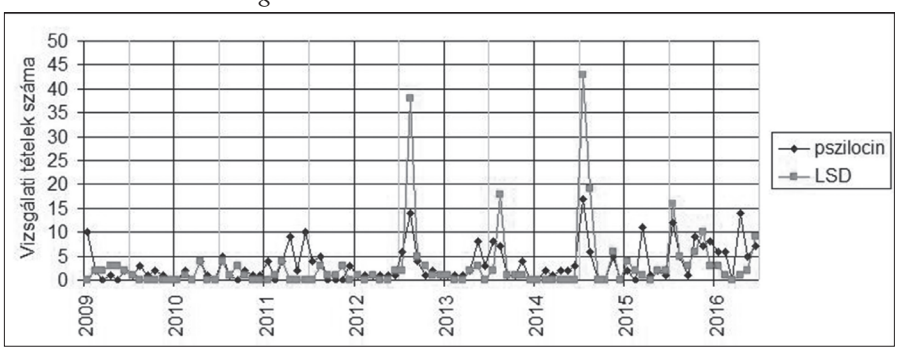
2012-től kezdődően egyre nagyobb számban jelentek meg a magas MDMA-tartalmú (70–90 tömegszázalékos) kristályos anyagok. Ezzel párhuzamosan az ecstasytablettákban található hatóanyag mennyisége is folyamatos emelkedést mutat (3. ábra).

3. ábra – MDMA-tartalmú tabletták hatóanyag-tartalma



A 2000–2006 közötti időszakban jellemző, tablettánként 40–80 milligrammos hatóanyag-tartalomhoz képest 2016 folyamán többféle olyan tabletta került vizsgálatra, amelyekben 200 milligrammot meghaladó mennyiségű MDMA található. A szokásosnál mintegy háromszor magasabb hatóanyag-tartalom fokozott kockázatot jelent a fogyasztókra nézve.

4. ábra – A főbb hallucinogéneket tartalmazó vizsgálati tételek számának alakulása havonta



A hallucinogén hatású szerek közül érdemi számban az LSD és a pszilocibin hatóanyagot tartalmazó gombák jelentek meg a lefoglalásokban. Az esetszámok időbeli alakulása az MDMA-hoz hasonló mintázatot muta-

tott, azaz a nyári fesztiválidőszakok alatt a lefoglalások száma ugrásszerűen megnőtt, alátámasztva ezzel azt a vélekedést, hogy az érkező vendégek inkább a „klasszikus" szereket preferálják (4. ábra).

A designer drogok terjedése

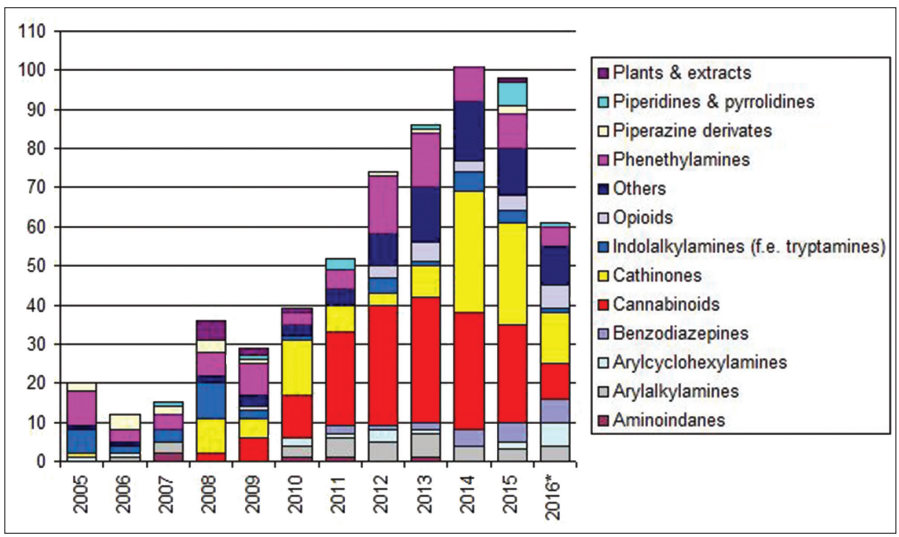
Hazánkban 2010 előtt a jogszabályi listákon mintegy 180 olyan ellenőrzött anyag volt, amely büntetőjogi szempontból kábítószernek minősült. A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának (EMCDDA) adatai alapján ennek többszöröse azon vegyületek száma, melyek a 2005–2016 közötti időszakban jelentek meg a lefoglalásokban Európában, illetve ezzel együtt hazánkban. Az öt jellemző vegyületcsaládba – úgymint szintetikus kannabinoidok, katinonok, fenetilaminok, triptaminok és piperazinok –, illetve más, ezekbe a csoportokba nem besorolható szerkezetű, újonnan megjelent vegyületek száma Európában meghaladta a hatszázat (1. táblázat).

1. táblázat

Magyarországon büntetőjogilag kábítószernek minősülő anyagok (2010-ig)	
ENSZ kábítószer-egyezmény (1961)	119 anyag
ENSZ pszichotróp egyezmény (1971)	45 anyag
Magyar Gyógyszertörvény (1998. évi XXV. tv.)	19 anyag
Összesen	183 anyag
Európában figyelemmel kísért új szerek (2005–2016.12.01.)	
Fenetilaminok	90 anyag
Triptaminok	37 anyag
Piperazinok	16 anyag
Katinonok	117 anyag
Szintetikus kannabinoidok	170 anyag
Egyéb	193 anyag
Összesen	623 anyag

Az új vegyületek megjelenésének üteme Európában 2009 és 2014 között egyenletes növekedést mutatott, de ez a folyamat 2015-ben megállt, majd 2016-ban számottevően csökkent. Ebben az időszakban az új vegyületek között legnagyobb számban a szintetikus kannabinoidok és a katinonszármazékok családjába tartozó anyagok jelentek meg. 2016 folyamán a két domináns vegyületcsalád részaránya csökkent, míg az egyéb kategóriába tartozó új vegyületek száma gyakorlatilag nem változott (5. ábra). A vizsgált időszak végén több esetben jelentek meg ismert gyógyszervegyületek módosított származékai, köztük számos fentanilszármazék.

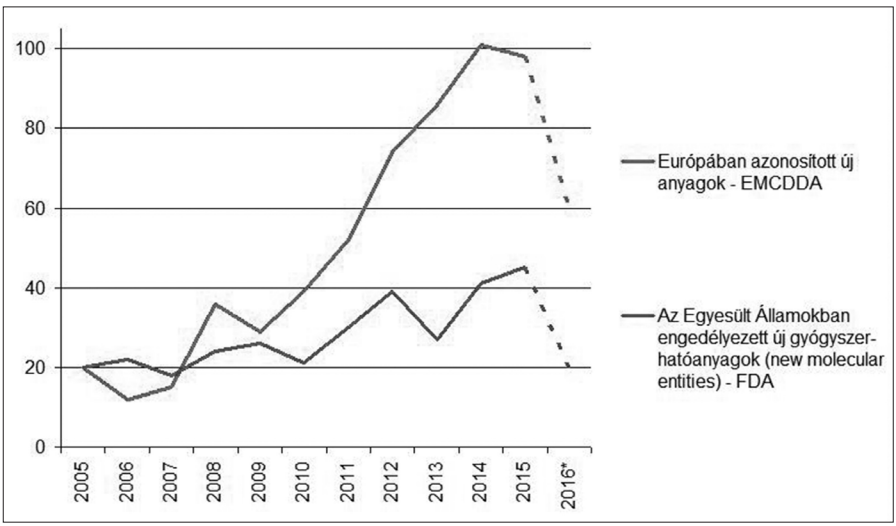
5. ábra – Európában megjelent új hatóanyagok száma és típusonkénti megoszlása (Forrás: Európai Kábítószer Monitorozó ügynökség – Új anyagok korai jelzőrendszere és adatbázisa, 2016.12.01.)



A legális gyógyszerek és a designer drogok piacra kerülési ütemének összehasonlítása érdekes képet mutat a szigorúan szabályozott gyógyszeripari és a szabályozatlan feketepiaci fejlesztések viszonyáról. Az Európában megjelenő új, feketepiaci szerek száma a 2013–2016 közötti időszakban több mint kétszerese volt az ugyanazon évben az Egyesült Államokban gyógyszerként engedélyezett új hatóanyagok számának (6. ábra). Ez olyan szempontból megdöbbentő adat, hogy míg az új medicinák komoly gyógy-

szerbiztonsági ellenőrzéseken, teszteken esnek át a forgalomba kerülés és a tömeges emberi felhasználás előtt, addig az illegális szerek esetében az egészségügyi kockázatokról gyakorlatilag semmilyen előzetes információ nem áll rendelkezésre a piacra kerülésükkor.

6. ábra – A forgalomba kerülő új illegális és legális drogok számának alakulása

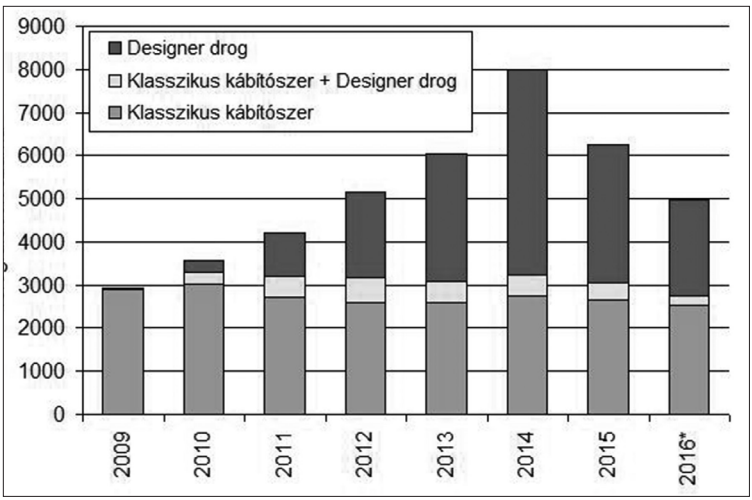


Trendek a designer drogok hazai lefoglalásaiban

A hazánkban újonnan megjelenő anyagok száma az európaihoz hasonló tendenciát mutat, 2014-ig folyamatosan nőtt az utcára kerülő szerek változatossága, azonban ezek közül egy-egy adott időszakban jellemzően néhány szer dominált a piacon, míg a többiek csak kisebb arányban voltak jelen. A magyarországi szakértői vizsgálatok adatai közül a lefoglalások esetszámainak alakulása jellemzi legjobban a fogyasztói piac aktuális helyzetét, illetve változásait. A 2009–2016 közötti időszakban a klasszikus kábítószerek és a designer drogok éves lefoglalási esetszámait összevetve megállapítható, hogy míg a klasszikus kábítószerek esetszáma évről évre 3000 körül alakult, addig a designer drogoké 2010-től folyamatosan nőtt, 2014-ben pedig már mintegy 40%-kal meghaladta a kábítószerekét. A piacon megje-

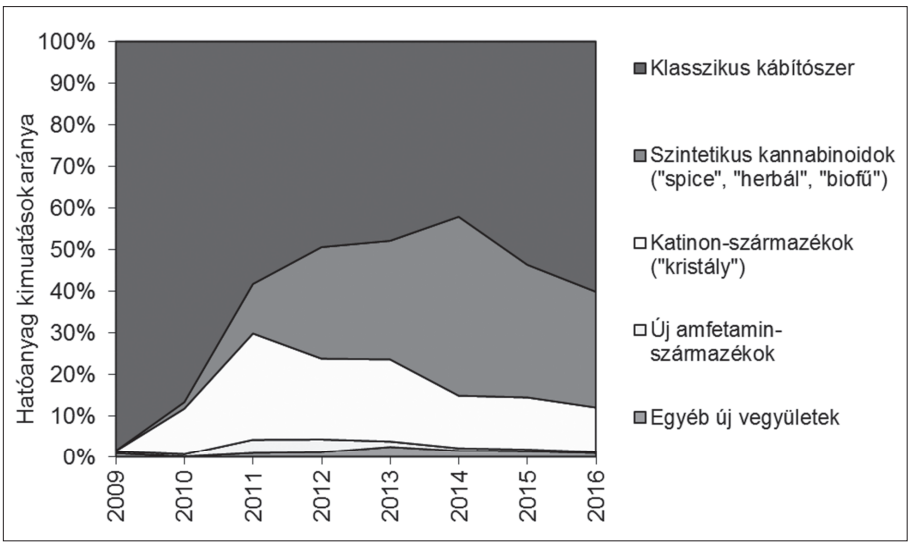
lenő új vegyületek számának csökkenésével párhuzamosan 2015–2016 folyamán a designer drogok lefoglalásainak száma is csökkenő tendenciát mutatott, és itt is megfigyelhető a 2014-es csúcsot követő visszarendeződés megindulása (7. ábra).

7. ábra – Klasszikus kábítószerek és designer drogok lefoglalásainak száma

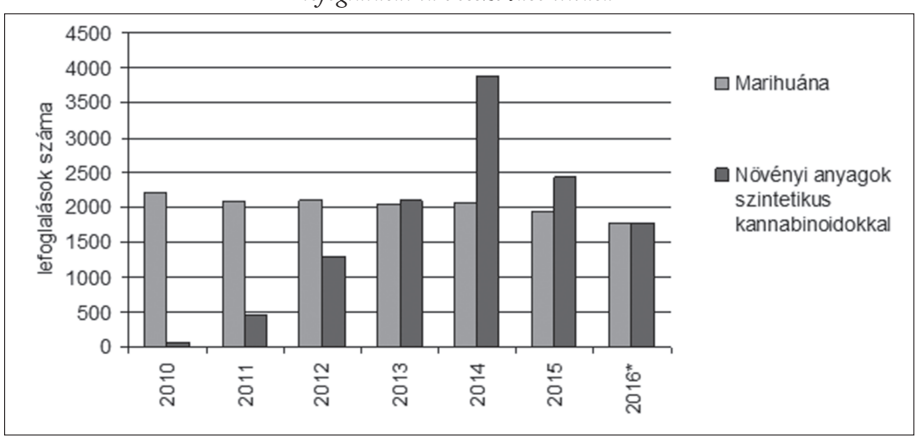


Magyarországon a 2010-es évek designer drog hullámának előfutáraként 2009-ben megjelenő új vegyületek kémiailag a piperazinok, az amfetaminszármazékok és a katinonszármazékok körébe tartoztak, azonban az előfordulásuk száma a klasszikus kábítószerekhez képest még elenyészően alacsony volt. A piac átalakulásának kezdete 2010 nyarára tehető, a néhány hónap alatt komoly karriert befutó mefedron, majd 2011-ben a 4-MEC és az MDPV elnevezésű katinonszármazékok aránya már számottevő volt a rendőrségi eljárásokban. A kezdeti időszakban „spice", majd később „herbál" vagy „biofű" néven közismert, különféle szintetikus kannabinoid hatóanyagokat tartalmazó növényi törmelékek 2010 őszétől jelentek meg nagyobb számban a magyar feketepiacon, majd 2012-től ezek a készítmények váltak a legelterjedtebb designer drogokká. 2016-ban a lefoglalások mintegy 60%-át a klasszikus szerek tették ki, míg a fennmaradó 40% esetében mintegy 3:1 arányban beszélhetünk „herbál"-, illetve „kristály"-lefoglalásokról (8. ábra).

8. ábra – Főbb szertípusok kimutatásainak aránya a lefoglalásokban



9. ábra – A marihuána és a szintetikus kannabinoidokkal kezelt növényi anyagok lefoglalásainak összehasonlítása



A „herbál-jelenség" volumenének megértéséhez a készítmények piaci részesedését a hasonló fogyasztási mód és hatásmechanizmus miatt a marihuánával, a leggyakrabban használt klasszikus kábítószerrel célszerű összehasonlítani. A kiegyenlített piacot mutató marihuánalefoglalások mellett

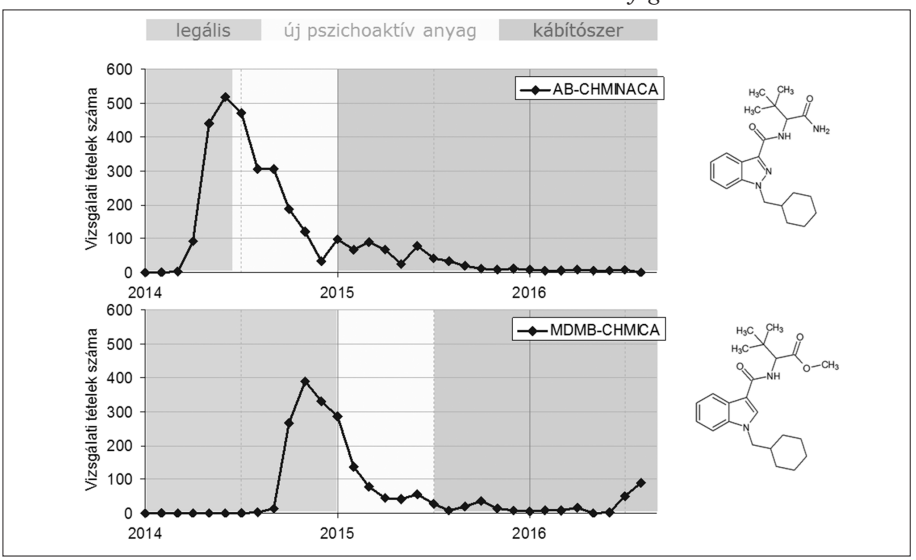
2010-től 2014-ig egy felfutó tendenciát láthatunk a biofüvek esetében: 2014-ben közel kétszer annyi esetben szerepelt szintetikus kannabinoid, mint marihuána. 2015-től azonban csökkent a herbállefoglalások száma, mely 2016-ra a marihuánával közel azonos szintre esett vissza (9. ábra).

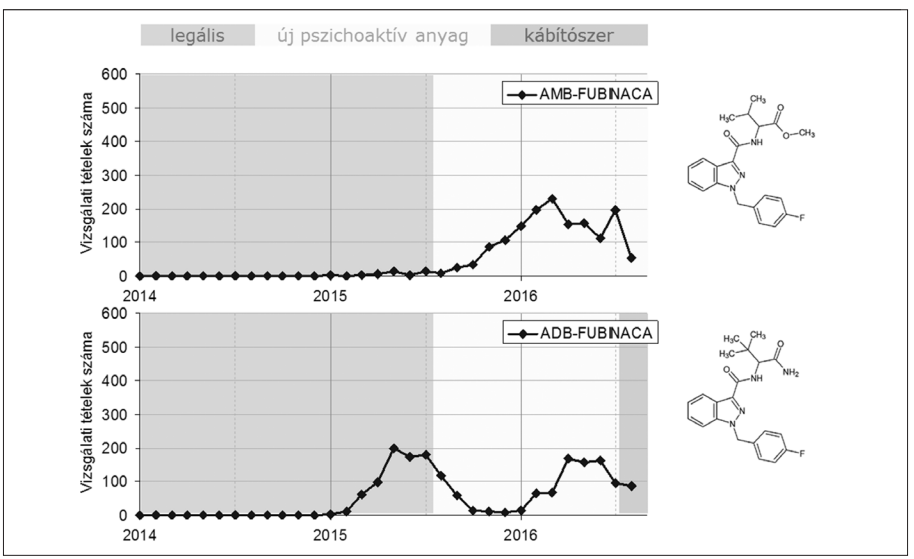
Azt, hogy „herbál" név alatt egy adott pillanatban milyen hatóanyagok kerülnek piacra, kémiai analitikai vizsgálatok nélkül nem lehet megmondani. Egy-egy hónapban általában 15-20 különféle hatóanyag azonosítható a különböző lefoglalásokban, de minden időszaknak megvan a vezető helyet elfoglaló vegyülete. Ezen vegyületek gyakoriságát nagyban befolyásolhatja a jogi környezet. A designer drogok szabad hozzáférhetőségének és elterjedt használatának korlátozását célzó jogszabályi változások hatását nagyon jól mutatja az AB-CHMINACA és az MDMB-CHMICA elnevezésű vegyületek lefoglalásainak alakulása (10. ábra). A két szintetikus kannabinoid „életciklus"-görbéjén az első megjelenést követő felfutást letöri az új pszichoaktív listára kerülés (vagy már annak híre is), majd ez a csökkenés a kábítószerré minősítés után elvezet a piacról való szinte teljes eltűnéshez. Ahogy azonban az MDMB-CHMICA görbéjéről látható, egyáltalán nem biztos, hogy a vegyület a szankcionálás ellenére sem tér vissza a piacra. A lefoglalási adatok időbeni alakulása ettől eltérő és rendkívül látványos AMB-FUBINACA és ADB-FUBINACA esetében. Az utóbbi vegyület eltűnése a piacról csak átmeneti volt, megjelenésének gyakoriságában az ismételt csökkenést a kábítószerré minősítés hozta meg. 2016 végének újdonsága, az ADB-FUBINACA és az MDMB-CHMICA térnyerése mellett, hogy a korábban zömében egy hatóanyagot tartalmazó biofüvek mellett egyre többször került lefoglalásra kettő, de akár öt szintetikus hatóanyag keverékét tartalmazó növényi törmelék is.

2015–2016 folyamán új jelenségnek számított, hogy a börtönökbe levélpapírra, képeslapra impregnálva csempészik be ezeket az anyagokat. A felvitt hatóanyagot a hordozóként szolgáló papír csíkokra vágásával és annak cigarettában történő elszívásával fogyasztják el.

2016 végén a feketepiaci forgalomban megjelenő szintetikus kannabinoidok között elenyésző volt azoknak az anyagoknak a száma, amelyek nem esnek ellenőrzés alá, azaz „legálisan" használhatók voltak. Az új pszichoaktív anyagok ellenőrzésére kialakított generikus alapú szabályozás és a 2012–2016 közötti időszakban hatályba lépett bővítések a piacon elérhető

10. ábra – Főbb szintetikus kannabinoidok lefoglalásai





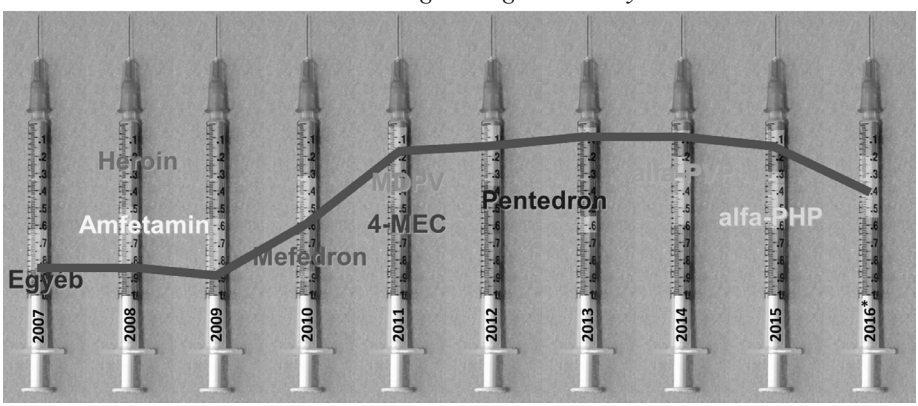
új vegyületek legnagyobb részét lefedték, emellett számos szintetikus kannabinoid hatóanyag került kábítószerként ellenőrzésre. Általános tapasztalat azonban, hogy a fogyasztók, illetve sokszor a terjesztők sem tudják, hogy az adott herbál pontosan milyen hatóanyago(ka)t tartalmaz. Egyes kábítószerként ellenőrzött hatóanyagok feketepiaci visszatérése miatt a herbált vásárló annak a kockázatnak is ki van téve, hogy az általa megszerzett készítmény hatóanyaga kábítószernek minősül, azonban ennek nem feltétlenül van tudatában sem ő, sem a terjesztő.

A biofűhöz hasonlóan, a leggyakrabban por formájában előforduló katinon-származékok piacán is folyamatos, bár lassabb változások figyelhetők meg. A 2010 nyarán legelsőként érkező mefedront a kábítószerlistára vétel után a 4-MEC és az MDPV követte, majd ezek ellenőrzés alá vonásával 2012-től a pentedron, illetve az α-PVP lett a leggyakoribb katinon-származék. Ebben az időszakban terjedt el az utcai forgalomban a „kristály" elnevezés, ami azóta is általánosan használt név a por formában árult katinon-származékokra. A domináns szerek mellett számos további hatóanyag megjelenése, majd lassú eltűnése volt megfigyelhető a piacon (metilon, butilon, 3-MMC, 4-FMC). 2016-ban a régóta piacon lévő, közel két éve kábítószernek minősülő pentedron- és α-PVP-lefoglalások számának csökkenése tapasztalható. Az év végén a 4-CMC, a 4-Cl-PPP, az etil-hexedron és a 4-Cl-α-PVP elnevezésű vegyületek szerepeltek még számottevő arányban a lefoglalásokban.

A poroknál megfigyelhető trendet követte az intravénás szerhasználat átalakulása is. A laboratóriumainkban vizsgált, intravénás használathoz köthető eszközök eredményei alapján megállapítható, hogy a 2007–2009 közötti időszakban a heroin és az amfetamin volt a jellemzően injektált szer. Ahogy 2009–2010 folyamán eltűnt a heroin, úgy vették át a helyét a designer drogok, de ezzel párhuzamosan az amfetamin injektálása is visszaszorult. Az injektált szerek köre gyakorlatilag követte a katinonszármazékok piacán megfigyelhető tendenciát: először a mefedron, majd a 4-MEC és az MDPV, ezt követően pedig a pentedron és az α-PVP voltak a leggyakrabban kimutatott komponensek. 2016-ban a vizsgált fecskendőkben az esetek mintegy 20%-ában heroin és szintén 20%-ában amfetamin jelent meg, ami mutatja a klasszikus szerek visszatértét (11. ábra).

2011-től Európában is egyre nagyobb számban és mennyiségben jelentek meg az Egyesült Államokban már korábban is számos halálesetet okozó, fájdalomcsillapító hatású opiátvegyületek, melyek közül hazánkban, 2015 júliusában egy okfentanillefoglalás történt, ahol 2 pakett porban a – jellemzően a heroin hígítására használt – koffein és paracetamol volt a kísérő vegyület. 2016-ban két másik opioid a furanil-fentanil és az U47700 elnevezésű vegyület is megjelent Magyarországon, de ezek is csak egy-egy esetben fordultak elő.[1]

11. ábra – Az intravénás szerhasználathoz köthető eszközökből kimutatott klasszikus kábítószerek és designer drogok részarányának alakulása



Következtetések

Összegzésként elmondható, hogy 2016 nem hozott gyökeres változást a designer drogok, kábítószerek piacán, azonban a megjelent új vegyületek száma csökkenőben van. Ezzel párhuzamosan a designer drogok lefoglalásainak volumene is csökkenő tendenciát mutat, nem változott azonban a klasszikus kábítószerek lefoglalásainak száma. Az újabb fentanilszármazé-

[1] http://www.bszki.hu/page.php?532 Az NSZKK Kábítószervizsgáló Szakértői Intézet a vizsgálati eredmények összegzése alapján kéthavonta tájékoztatás ad az újdonságokról és a trendekről.

kok megjelenését és szélesebb körű terjedését remélhetőleg gátolni fogja az előremutató és időben meghozott jogszabályváltozás. Az intravénás szerhasználók körében ismét megjelenő heroin- és amfetaminhasználat is a kábítószerpiac visszarendeződésének megindulását jelzi.

Olvasószerkesztő: Tiszóczi Tamás
Borító: Kára László
Nyomdai előkészítés: Kállai Zsanett
Nyomdai kivitelezés: Prime Rate Kft.
Felelős vezető: Tomcsányi Péter