

Terhes Ilona

SZENVEDÉLYBETEGEK KEZELŐINTÉZETE SZEGEDEN

Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum

1. Kábítószer Egyezmény Európában

A drogok megismerése, és veszélyeinek feltárása arra sarkalta a világot, hogy be kell szüntetni a drogfogyasztást, és szankcionálni kell a használatát. Az Európai Unió tagállamok összefogásának eredményeképp három egyezmény született a drogprobléma megoldására.

Az Egységes Kábítószer Egyezmény (1961) a pszichotróp anyagok értékesítését tiltja, és 1988 óta kizárólag orvosi célra lehet felhasználni kábítószert. Az Egyezmény magába foglalja a nemzetközi drogkereskedelem leküzdésének alapelvét, és a kábítószer saját célra tartását bűncselekménynek tartja. Azoknak az államoknak, amelyek vállalták az Egyezmény aláírását, egyben köteleességüké vált büntetni a kábítószer-fogyasztást, de azt minden állam maga döntötte el, hogy milyen mértékben. Vannak olyan országok is, ahol igen súlyos következménye van a kábítószer-fogyasztásnak, ezen országok közé tartozik Magyarország is (Ritter 2003: 28-31).

2008-ban az Európai Bizottság a bűnözés felszámolását és a használat során felmerülő addikció kezelését tűzte ki célul, melyet írásba is foglalt, a 2009–2012-es évekre állapította meg a végrehajtását. Cél az együttműködésen alapuló Európai Kábítószerellenes Szövetség létrehozása. Ezeket a megegyezéseket építi bele Magyarország a drogstratégiájába, ami 2009-ig tartott, és 2010-re új stratégiát dolgoztak ki:¹ a 106/2009. (XII. 21.) OGY határozata, a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai program, miszerint a kábítószer fogyasztás hatásainak csökkentése stratégiai együttműködéssel érhető el.²

1 http://eletmod.hu/tart/cikk/j/0/28225/1/eletmod/Tovabbra_is_a_heroin_a_legveszelyesebb

2 <http://www.eselyegyenloseg.hu/main.php?folderID=21329&articleID=42092&ctag=articlist&id=1>

Csekély mennyiségű kábítószer-fogyasztás hatósági elbírálása Európában³

- | | |
|-------------------|--|
| 1. Olaszország | nem bűncselekmény |
| 2. Spanyolország | nem bűncselekmény |
| 3. Hollandia | nem bünteték |
| 4. Lengyelország | nem bűncselekmény |
| 5. Németország | mellőzhető a vádemelés |
| 6. Portugália | 3 hónapig vagy pénzbüntetés |
| 7. Svájc | 3 hónapig (hasis: eltekintenek) |
| 8. Anglia | 3, illetve 6 hónapig |
| 9. Ausztria | 6 hónapig vagy pénzbüntetés |
| 10. Norvégia | 6 hónapig vagy pénzbüntetés |
| 11. Svédország | 6 hónapig vagy pénzbüntetés |
| 12. Franciaország | 2 hónaptól 1 évig |
| 13. Dánia | figyelmeztetés, 2 évig vagy pénzbüntetés |
| 14. Finnország | 2 évig vagy pénzbüntetés |
| 15. Magyarország | 2 évig |
| 16. Luxemburg | 3 hónaptól 3 évig |
| 17. Belgium | fogyasztásért nem emelnek vádat, 3-5 év |
| 18. Írország | kannabiszon kívül 7 évig. |

2. Magyarország drogpolitikája

Magyarországon először 1930. évi XXXVII. törvény foglalkozott a drogkérdéssel. Az Egységes Kábítószer Egyezmény aláírásával beépült a jogrendszerünkbe, miszerint a kábítószer fogyasztás bűncselekmény. Az 1965. évi IV. sz. törvényerejű rendelet nyilatkozik az 1971-es Egyezményben foglaltakról (Ritter 2003: 14-15).

Bár az 1970-es évekig a kábítószer-probléma nem érintette hazánkat nagymértékben, a kábítószer ügy nem állt másból, mint hogy Magyarország csatlakozott a drogellenes egyezményekhez, de konkrét tapasztalatokkal nem rendelkezett. Az 1970-es évektől viszont kezdett megjelenni a szerves oldószerek szippantgatása, és a stimuláló hatású gyógyszerek szedése.

3 <http://drognet.uw.hu/drogtorveny/europa.htm>

1980-tól az ópiát-származékok kezdtek használatba kerülni, és ezek intravénás adagolása. A marihuána használata csak nagyon szűk rétegnél volt megtalálható. A rendszerváltást követően 1989–90-es évektől a nyugat felé való nyitás hatására megjelentek hazánkban az újak számítókábítószerek: a marihuána, hasis, heroin, kokain, LSD, speed, és ecstasy (Demetrovics 2007: 17-18).

2010-ben új drogtörvény kialakítását tűzték ki célul a probléma leküzdésére, de a kormányzati választások, és a válság leküzdésének megoldása elsőbbséget élvez, így az új drogtörvény kidolgozása eltolódott, de a szakemberek 2011-es év elejére datálják.⁴

2.1. Büntetőtörvény

Az 1978. évi IV. törvény 282.§ nyilatkozik a visszaélés kábítószerrel bűncselekményről. 1988-ban módosították a törvényt, majd az 1993. évi XVII. törvény tartalmazta az újabb módosításokat. Az 1997. évi LXXIII. törvény a csekély mennyiségű drogfogyasztás büntetését súlyosbította. Az 1998. évi LXXXVII. törvény 1999. március 1-én lépett hatályba, amely az 1978. évi IV. törvényhez képest sokkal szigorúbb törvény. Ez a módosítás a fogyasztói típusú magatartás büntetését szigorította (Ritter 2003:16-17).

A 282./A § értekezik arról, hogy birtoklásért két évet, kínálásért három évet, üzletszerű kereskedésért öt évet kap az az illető, aki ellen eljárás indul. A törvény nem bünteti azt a kábítószerfüggő személyt, aki ellen csekély mennyiségű kábítószer használata miatt eljárás indul. Hat hónapot eltölt egy kezelő intézményben, és erről hivatalos igazolást visz a fél év végén a hatóságnak. Ilyenkor elterelésben vesz részt a kábítószer-fogyasztó. Ekkor nem lesz jogi következménye annak, ami miatt indult ellene az eljárás. Az elterelés egy lehetőség, a használó választhatja, hogy nem megy kezelésre, nem vesz részt a szolgáltatásban, ebben az esetben folytatódik a hatósági eljárás és megkapja a büntetését. A 26/2003. (V. 16.) ESzCsM-GyISM együttes rendelet, változtatásokat tesz a 1999-es módosításhoz képest, elterelésben már nem csak függők vehetnek részt.⁵ A 42/2008. (XI. 14.) EüM-SZMM együttes rendelet bizonyos feltételeket tesz az elte-

4 Drogcentrum, mentálhigiénés szakember interjúja.

5 http://www.maote.hu/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=47

reléssel kapcsolatban, de csak pár pontban egészíti ki az előzőeket.⁶

2.2. Szociális törvény és végrehajtó rendelete

A drogstratégia nemcsak a büntetést tűzte ki célul, hanem az intézményi ellátást és a megelőzést is. Az intézményi keretek között a szociális ellátásról tárgyal az 1993. évi III. törvény. Meghatározza a szenvedélybetegek nappali ellátására vonatkozó szociális ellátását. A törvény leírja mi célból jött létre, és kikre – és kikre nem – vonatkozik. Az V. Fejezet a rehabilitációs intézményekről értekezik, az arra vonatkozó szabályokról ír. A törvény végrehajtó rendeleteként lépett hatályba az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet. Megszabja a tárgyi felvételeket, rendelkeznie kell alapító okirattal, szervezeti szabályzattal, és házirenddel. A rehabilitációs programnak és a terveknek segíteni kell a szenvedélybetegek felépülését. A mentálhigiénés ellátásról és a szakemberek feladatáról tesz említést. Ez a két jogszabály az, amely a drogambulanciák működését segíti, hogy a legmegfelelőbb ellátást tudják nyújtani a rászorulóknak, azonban a jogszabály írásba foglalta, hogy ezeknek az intézményeknek nem kötelessége alkoholbetegeket és dohányfüggőket ellátni.⁷

3. Szegedi Drogcentrum modell⁸

Magyarországon az 1980-as évek végén, az 1990-es évek elején jöttek létre először olyan intézmények, melyek illegális kábítószer-fogyasztók megsegítését tűzték ki célul. A Nemzeti Drogstratégia (2000) célkitűzése a drogambulanciák fejlesztése. A stratégia törekszik a megelőzésre, az ambuláns ellátás fejlesztésére és arra, hogy a börtönbüntetés helyett az intézményi ellátás kerüljön előtérbe (Gerevich 2003:10-11).

A szegedi Drogcentrum 1987. március 1-én jött létre Dr. Farkasinszky Teréz főorvos indíttatásával, akinek az emlékére vette fel az intézmény a nevét. A

6 <http://tisztautakon.dunaujvaros.hu/getdoc.php?id=27&code=74099192>.

7 <http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=8945>; www.oepsoft.hu/SzCsM%20rendelet.pdf

8 A modell ismertetését a szegedi Drogcentrum mentálhigiénés munkatársa segítette interjú beszélgetésünk során.

megalapítás előtt az Ifjúsági Ideggondozó vezetője volt. A doktornő a praxisa során találkozott droghasználó fiatalokkal. Velük való foglalkozás kapcsán körvonalazódott benne, hogy a droghasználó fiatalok nem igazán illeszthetők be ezekbe a hagyományos egészségügyi ellátórendszerekbe. Egyrészt a viszonyulásuk, másrészt a problémájuk jellege miatt, ugyanis a probléma nem csak egészségügyi lépéseket hordoz magába, tartalmaz szociális problémákat is, és jogi vonzata is van. Ebből kiindulva szeretett volna egy egészségügyi rendszertől teljesen eltérő intézményi rendszert létrehozni a droghasználók részére.

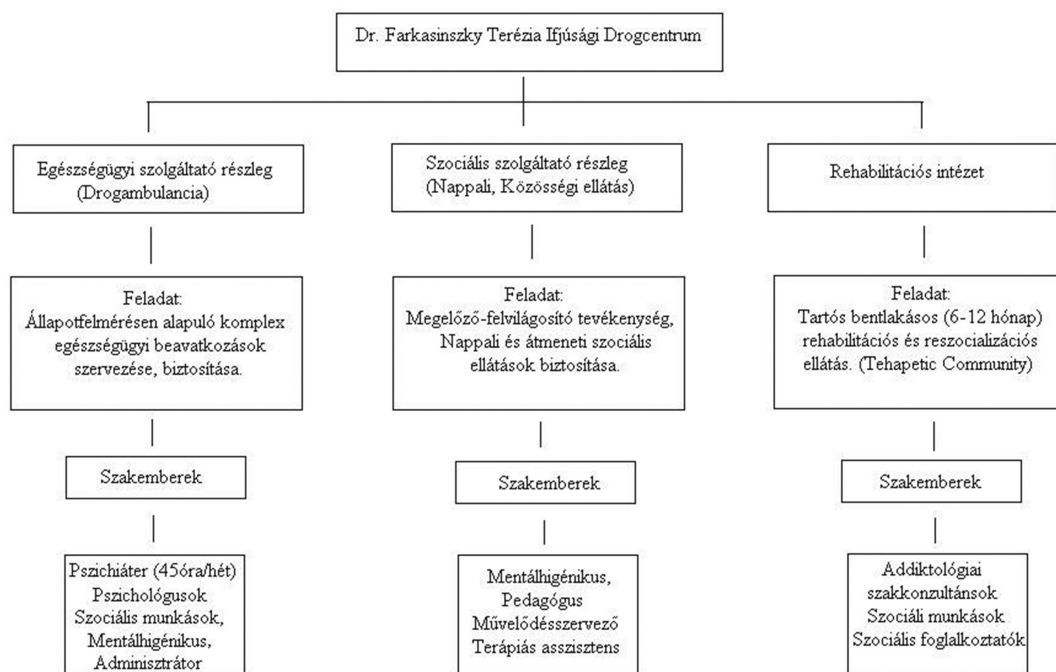
1987-ben kapta meg az önkormányzattól a Fésű utca 4. szám alatti régi bölcsőde épületét. Az épületegyüttes lehetővé tette, hogy létrejöjjön egy átmeneti szálló. Az átmeneti szálló fogadta a droghasználó klienseket, akik átmenetileg nem tudtak hol lakni. 1992-ben bővült a rendszer a rehabilitációs intézménnyel. Egy teljesen különálló épületben kezdte meg a működését Deszken. 2007-ig 22 ágygal működött a rehabilitáció, de 2007. augusztusában változás történt, és bekerült a szegedi telepへ helyre 10 ágygal, az átmeneti szálló helyére.

A 2009-es évtől több változás is történt az intézményben. Megváltozott a fenntartója az intézménynek és hivatalosan Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzata helyett, Szegedi Kistérség Többcélú Társulása Humán Szolgáltató Központ Dr.

Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum lett az intézmény neve.

A drogcentrumhoz forduló fiatalok legalsó életkori határa: 16 év, de nem lehet szigorú határokat húzni a drogproblémában. A droghasználók adatai különösen és kiemelten védett adatok. Abban az esetben adhatnak ki adatot, hogyha a hatóság keresi meg az intézményt, hogy felvilágosítást kérjen az egyik kezeltjükéről, de ahhoz, hogy információt kaphasson a hatóság, alapos indokkal kell rendelkezzen. A centrum alapvetően tiltott szer- (kábitószer) használókkal foglalkozik. Az illegális szerhasználókra fókuszál, erre van berendezkedve. A drogcentrum egyfajta típusú problémára ad a különböző egységeiben, részlegeiben különböző jellegű ellátási formákat. Azért különleges a drog más szenvedélybetegségektől eltérően, mert súlyos jogi vonzata van, a kábítószer-használat bűncselekmény, ennek megfelelően kell a kliensekhez viszonyulni, a kapcsolatrendszert kialakítani. Az intézményben három szolgáltató részleget különítenek el, az egészségügyi, a szociális és a rehabilitációs részleget. Mindegyik részlegnek megvan a saját működési elve, de nincsenek szigorú határok, a részlegek egymás mellett dolgoznak – olykor egymás fedésében vagy egymásra épülve – a drogprobléma megoldása érdekében.⁹

Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum szakmai szervezeti felépítése¹⁴



9 A szegedi Drogcentrum 2003-as szervezeti felépítését igazoló dokumentum alapján készült. A szakképzett munkaerő egységében kisebb változás történt.

3.1 Egészségügyi szolgáltató részleg

Az ambulancián történik az egészségügyi ellátás. A drogbetegeknek egészségügyi, jogi kérdésekben nyújtanak segítséget. Ez a részleg nem hagyományos ambuláns ellátás, akut ellátást nem végeznek, azt a kórházak sürgősségi osztályai végzik, s ha rosszul lesz valaki, akkor ugyanúgy mentőt hívnak. Az effajta ellátásra nincsenek berendezkedve. Általános orvos, pszichiáter orvos, szociális munkás és adminisztrátor végzi a munkáját. Az ambuláns szakemberek a kezelés megkezdésével terápiás szerződést kötnek a klienssel. A szakemberek segítő, motivációt erősítő tanácsadást tartanak ambuláns keretek között. Az orvosi ellátás elsősorban arra irányul, hogyha van bármilyen problémája a kliens betegségével kapcsolatban, ami gyógyszer felírását vagy felügyeletét igényli, akkor ezt meg tudják tenni. Ambuláns elvonásra, kórházi gyógykezelésre és szűrővizsgálatokra beutalót állítanak ki. Minden ellátásba kerülő klienst, akinél valaha intravénás használat előfordult, AIDS, és Hepatitis szűrővizsgálatra küldik, ez kötelező. Ha kiderül, hogy beteg, akkor is folytatják a kezelést. Az ópiáthasználók, a metadon-programban résztvevők 20-30 %-a Hepatitis C fertőzést elkapták, melynek fő oka a nem megfelelő tű használat és esetleges cseréje. Ez nem gyógyítható krónikus májbetegség, de diétával és odafigyeléssel viszonylag sokáig fenntartható az állapotuk.

Alacsony küszöbű ellátással dolgozik a részleg, ami azt jelenti, hogy a drogprobléma miatt az intézményhez fordulóval szemben nem tagadhatják meg az ellátást az absztinencia hiánya miatt. Ez alacsony szintű ellátás keretei között működik két – az ártalomcsökkentés elvére épülő – program, a metadon- és a tücsere-program.

3.1.1. Ártalomcsökkentő programok (Metadon, Tücsere)

3.1.1.1. Metadon fenntartó és leszoktató program

Az ártalomcsökkentő programban vesznek részt a járóbeteg-ellátás keretében a metadon-kezeltek. Azok az ópiátfüggők, akik többször átestek már kezelésen, huzamosabb ideig fennáll a függőség, többször voltak már rehabilitációs programban, de mégis visszaestek, átkerülnek a metadon programba. Szakorvos által beállított és szigorúan el-

lenőrzött körülmények között szintetikus ópiátot (Depridolt) – metadont kapnak, fenntartó kezelésben vagy saját kérésére leszoktató kezelésben.

Bár az egészségügyi szolgáltatás alacsony küszöbű ellátás, de a metadon-program mégsem tartozik se alacsony, se magas küszöbű ellátásba, mert elvárás az, hogy ópiátokat és más tiltott szereket nem fogyaszthatnak, de ugyanakkor ellenőrzött körülmények között a szintetikus ópiátot megkapják. A metadon-program mindig felvétellel kezdődik. Elmondják a program lényegét, az elvárásukat, és megkötik a terápiás szerződést. A metadon adásának van egy szakmai protokollja, egységes 40 ml-rel kezdődik. Meghatározott időközönként, feloldott állapotban kapják meg a metadon-adagjukat. A beállítás időszakában szoros megfigyelés alatt áll a kezelt. Az állapotának megfelelően állíthatják be az adagját. A protokoll lehetőséget ad arra, hogy 10 ml-ként emeljék az adagot, két hét alatt állítják be a dózist. A kezelési programjukba szigorú kontroll van beépítve, időközönként vizeletvizsgálatból győződnek meg arról, hogy valóban betartják azokat a terápiás előírásokat, amelyek a programban történő bentmaradáshoz szükségesek. Ha háromszori vizeletvizsgálatnál pozitív a vizelet ópiátra vagy Rivotrillara – pszichológiában használatos gyógyszer –, akkor kizárják, de ezt a szerződéskötésnél közlik a klienssel. Ez a program lehetőséget ad arra, hogy a használó elkerülje a kriminalitásokat – recepthamisítás, lopás – azáltal, hogy megpróbálja beszerezni a drogot, vagy az ahhoz szükséges pénzt.

3.1.1.2. Tücsere program

Az intézményben 1997-ben indult a Tücsere-program ártalomcsökkentő programként. Ezt a Dél-alföldi Ártalomcsökkentő Társaság végzi, és az egyik munkatársuk dolgozik a metadon-programban. Az intézményben dolgozó szakemberek – orvosok, szociális munkások – dolgoznak a program keretében, ami arról szól, hogy azoknak az intravénás használóknak, akik felkeresik az intézményt (vagy nem keresik fel, de tudnak róluk), ártalomcsökkentésként steril tűket, fecskendőket, különböző vitaminokat, adott esetben óvszert, vénagyulladás csökkentésére orvosi kenőcsöket biztosítanak. Elmondják a biztonságos tűhasználat módját, a fertőzések elkerülésének lehetőségeit.

3.2. Szociális szolgáltató részleg

A szociális szolgáltatás kereteiben nappali és közösségi ellátás működik, mivel a drogproblémák nemcsak egészségügyi és jogi, hanem szociális problémákat is magukban hordoznak. A munkára két rendszer vonatkozik: az egészségügyi, illetve a szociális jogszabály. A részleg szociális finanszírozású, de emellett pályázatok által igyekeznek bizonyos forrásokat megvalósítani, javítani, fejleszteni. A nappali és a közösségi ellátás alacsony küszöbvel működik. A szolgáltatás igénybevétele önkéntes.

3.2.1. Nappali ellátás

1989-ben indult be az intézmény klubja, Fű-Vész Klub néven. Az intézményhez forduló drog-betegek szociális ellátására és szabadidős tevékenységek végzésére. A fent említett két jogszabály értelmében a szegedi drogcentrum Fű-Vész Klubját jelölték ki a szenvedélybetegek nappali ellátására. Ennek keretében mentálhigiénikus, pedagógus, művelődésszervező és terápiás asszisztens végzik a munkájukat.

A szakemberek a törvény és a rendelet szerint meghatározott szolgáltatásokat nyújtanak, nemcsak szenvedélybetegeknek, hanem problémával vagy bármilyen szinten érintett kliensek hozzátartozóinak is. Előfordul, hogy a család keresi fel a drogcentrumot, hogy segítséget kérjenek, ez a használó számára egy külső kényszert jelent, ilyenkor motiválatlan. Megmondják a szülőknek, hogy látványos eredményt ezzel nem érnek el, csak annyit tehetnek, hogy felvilágosítják a droghasználat következményeiről. Különböző mentálhigiéniai és életvitelre vonatkozó tanácsadáson vehetnek részt. Segítséget nyújtanak a klienseket érintő hivatalos ügyek intézésében. Mindemellett az elterelésben résztvevő klienseknek megelőző és felvilágosító szolgáltatást nyújtanak. A klienseknek lehetőségük van hideg élelem és meleg ital elfogyasztására, szabadidős programok igénybevétele.

3.2.1.1. Elterelés

A fentiekben említett elterelés és a hatósági eljárás megértését az életből hozott példa jobban segíti. Ezáltal megérthetővé is válik, miért tartozik a célzott prevencióba az elterelt kliensek kezelése. Az utcán rendőri igazoltatás alkalmával valaki nem úgy viselkedik, ahogy az ilyen helyzetben illendő lenne,

vagy valakinél akár csak droghasználatra utaló eszközöket találnak, akkor mindenkit beszállítanak a rendőrségre, ott elvégeznek rajtuk egy drogtesztet. Akinek negatív lesz, azt el kell, hogy engedjék, hisz nincs alapos gyanúja, hogy köze volt a droghasználatához. Annál a személynél, akinél pozitív lett a drogteszt, vagy aki felvállalja, hogy tiltott szert használ, elindul az eljárás. Az esetek nagy részében kimennek a rendőrök házkutatást végezni. Ha találnak olyan kábítószerhasználati eszközöket, vagy kábítószer-gyanús anyagokat, akkor azt lefoglalják. Elküldik toxikológiai vizsgálatra, ami eldönti, hogy tiltott szerről van-e szó.

A kihallgatás alatt, ha egyértelművé válik, hogy kábítószerrel való visszaélés fogyasztói típusú elkövetés, akkor elküldik elterelésre. A droghasználat kapcsoltos probléma mélységétől, jellegétől függően megelőző felvilágosító szolgáltatásra, használatkezelő, más ellátásra, vagy függőséget gyógyító kezelésre kerül sor. Előfordulhat, hogy elterelésben olyan személy is részt vesz, akinek az első kipróbálása történt, de egy rendőrségi ellenőrzés alatt kiderült, a drogot használt. Ezért ők veszélyeztetett kategóriába sorolhatók, mivel nem alakult ki a függőség, de a mentálhigiénikus szakemberek megpróbálják tudásuknak megfelelően megállítani a folyamatot. Hat hónapig tart a kezelés, ami 20 alkalomból áll. Ha a kritériumoknak megfelel és elvégzi az elterelést, megkapja a hivatalos igazolást a foglalkozások végén, akkor nem lesz semmilyen jogi következménye. Mivel hatósági eljárásra került sor – így fénykép, DNS mintavétel, és újlenyomattétel történik – a rendszerben nyilvántartva vannak. Jelen törvények szerint többször vehetnek részt elterelésben. Várható a drogtörvény változtatása az elkövetkezendő fél évben. Feltételezhető, hogy az elterelésre vonatkozó szabályokat változtatni és szigorítani fogják. Javaslatok vannak, de még a jövő kérdése, hogy milyen változtatások kerülnek elfogadásra.

A másik a terjesztői magatartás, aki nem vehet részt elterelésben. Terjesztőnek számít az az ember is, aki csak kínál fogyasztásra tiltott szert. Csoportos marihuána-fogyasztásnál több bűncselekmény valósul meg: kínálás, átadás, megszerzés, fogyasztás és birtoklás cselekménye. Mindenki ezt követi el a társaságban, kivéve az utolsó, mert ott zárul a kör, a többi fogyasztó és terjesztői magatartást végez. Ilyenkor elmegy elterelésre a fogyasztás miatt, a terjesztés miatt elindul az eljárás. A hatóságnak az a célja, hogyha látja, hogy nem dílerkérdésről van szó, akkor minél hamarabb kerüljön elterelésre.

Statisztikai eredmények nincsenek, de ha nem jönnek vissza elterelésben résztvevőként, akkor sikeresnek tekinthető a javallott prevenció.

3.2.1.2. Közösségi ellátás

A nappali ellátás átmenetet képez a járóbeteg és a bentlakásos részleg között. A kliens több időt tölt el, mint a járóbeteg ellátásban, de kevesebb időt, mint a bentlakáson, a klub területén nem alhat. Emellett biztosítja a közösségi ellátásban azoknak a szolgáltatásoknak az infrastrukturális hátterét, ahol anonim személy szeretne klubfoglalkozásban részt venni.

A közösségi ellátás 2008. január 1-én kezdte meg működését. Ez az ellátás azokra a droghasználókra vonatkozik, akik bizalmatlanok az intézményi ellátással kapcsolatban és nem merik felvállalni teljes névvel a problémájukat. Nevezhetjük utcai kapcsolattartó szolgáltatásnak is. Anonim módon kezelik a klienseket, kódszám alapján azonosítják őket. Nem kell megadni személyes adatokat, lakcímet, elérhetőséget, elég egy megszólítási név vagy szleng-név. Az ilyen droghasználókkal foglalkozik koordinátor, terápiás asszisztens, mentálhigiénikus munkatárs.

3.3. Rehabilitációs részleg

Az ambuláns és a szociális ellátástól eltérően magas küszöbű ellátásban dolgozik a rehabilitáció. Csak azok a kliensek vehetnek részt, akiktől elsődleges elvárás az absztinencia. Ezen a részlegen keveredik az egészségügyi és a szociális ellátás, éppen ezért kettős finanszírozású – egészségügyi (OEP) és szociális.

A rehabilitáció bentlakásos intézmény, hivatalosan krónikus fekvőbeteg-ellátás történik, az egészségügyi része megfelel egy kórházi bennfekvésnek. Ez egy bentlakásos, hosszabb terápiás kezelés, ahol lehetőséget adnak az adott probléma megoldására. A rehabilitáció függőkkel foglalkozik, akik szeretnének változtatni és meggyógyulni, ehhez megvan a kellő motivációjuk. A rehabilitáció most már alkoholorosztályok számára is nyitva áll, tervbe van véve, hogy másfajta szenvedély-betegekkel is foglalkozzanak.

A rehabilitáció hosszú távú terápiás programot foglal magába, a szegedi terápiás közösségi modell elvén működik. Ennek az alapja az, hogy a felépülési folyamatát nem csak az ott dolgozó szakemberek,

hanem a terápiában résztvevő kliensek bevonásával segítik.

Aki szeretne a rehabilitációba bekerülni, hétévente egy úgynevezett felvételi elbeszélgetésen kell részt vennie. A szakemberek ekkor tájékozódnak a motivációról, az előzményekről, illetve ha majd kikerül a kezelt, akkor milyen tervei, elképzelései vannak önmagával kapcsolatban. A programba csak olyan klienseket vesznek fel, akik drogmentesek, átestek vagy egy ambuláns elvonó kezelésen, vagy egy kórházi bennfekvéses kezelésen. A kórházi bennfekvéses kezelés 7-10 napos időszak, ez Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórháza II. számú Rendelőintézet (6725 Szeged, Kálvária sgt. 57.) Pszichológiai és Addiktológiai osztályán van. A drogcentrum ezzel az addiktológiai részleggel van kapcsolatban, ahol hét ágy biztosított arra, hogy a kezelő rendszerből érkezőket kórházi elvonásban részesítsék, ezt abban az esetben teszik meg, ha az illető már felvételt nyert a rehabilitációs programba. A kórházban a kezeltet már a rehabilitációs programból egy munkatársuk felkeresi. Ezáltal egyfajta kapcsolattartás megtörténik. Amikor a kórházból kijön, akkor a kliens már bentlakásos otthonba kerül. Ha megtelem a rehabilitációs részleg, akkor várólistára kerül a kliens, ilyenkor előgondozás folyik, és ambuláns keretek között bejár, motivációerősítő beszélgetéseken vesz részt.

A programban az első hónap az izolációs időszak, hivatalos terápia ekkor még nem kezdődik el, de már részt vesz különböző közösségi összejöveteleken, közvetlen programokban. A napirend szerint végzi a tevékenységeit, bekapcsolódhat különféle eseményekbe. A kapcsolatot meg kell szaktánia a külvilággal, nem fogadhat telefont, nem fogadhat látogatót ebben az egy hónapos izolációs időszakban. Egy hónap letelte után az izolációban résztvevő egy szertartás keretében már hivatalosan is felvételt nyer a terápiás közösségbe, és elkezdődik a valódi terápiája.

A terápiában fél évtől egy évig terjedő bentlakásról van szó – az hogy kinél meddig tart, mindig egyéni, és egyéni terápiás programterv keretében valósul meg. Minden bentlakónak, közösségi tagnak van egy patronálója. A bentlakó egyéni terápiás tervet készít el – három hónapra előre –, különböző időszakra vonatkozóan, hogy mit szeretne tenni. Napi, heti és havi rend szerint él a közösségi életüket, a nagyon szoros napirend szinte órára van lebontva, mikor mit kell tenniük. Ezen belül munkaterápia, csoportterápia, egyéni terápia és külön-

böző szabadidős programok töltik ki a napot, hetet, hónapot.

Az izoláció letelte után különböző időszakokra bontható a felépülési folyamat. Az első időszakban a kliensnek elsősorban pszichésen, mentálisan kell, hogy rendeződjön az állapota. A második időszak már arról szól, hogy mit fog kezdeni, ha a terápiás folyamat intézményi része befejeződik. A harmadik szakaszban már konkrét lépéseket tehet, hogy rendezze kapcsolatait, kísérővel szabadon eltávozhat, de ez mindig egyéni elbíráláson múlik, hogy ez mennyi idő. A terápia utolsó része már inkább arról szól, hogy konkrétan mit fog tenni, amikor elhagyja az intézményt, a kliensnek segítenek reszocializálódni, és munkát keresni.

A terápia nincs befejezve azért, hogy a kliens elhagyja az intézményt. Ha mégsem olyan stabil az állapota, akkor lehetősége van visszamenni a centrumba. Ezt az állapotot adaptációs szabadságnak hívják. Ha mégsem akarja igénybe venni ezt a lehetőséget, akkor választhatja a visszaesés-megelőzést. Ebben az esetben tarthatja a kapcsolatot azokkal a kliensekkel, akik már szintén elhagyták a terápiás programot, de szeretnének bizonyos időszakonként még találkozni és megbeszélni azokat a mindennapi életükben felmerülő problémákat, amik előfordulnak, s amiben segítséget kérnek. A probléma megoldásához nem elég csak magával a klienssel foglalkozni, a környezetével is fel kell venni a kapcsolatot, rehabilitációs keretek között zajlik szülőgondozás, és családterápiára is van lehetőség.

A terápia sikerességét nehezíti, hogy egy alacsony küszöbű ellátás mellé került egy magas küszöbű ellátás. Ennek érdekében van egy olyan elvárás a kliensektől, hogy nem tartják a kapcsolatot a metadon-programban résztvevőkkel.

A dolgozók kemény munkával próbálnak segíteni a hozzájuk forduló, drogproblémával szenvedő személyeken. A drogbetegek kezelésével kevesebb sikert érnek el, mintha a probléma kialakulását szüntetnék meg. A probléma megelőzésére alakították ki azt a drogstratégiát, melynek az alapja a prevenció.

3.4. Drogprevenció

A drog terjedésének és a droghasználók viszszaosztásának érdekében a magyar kormány az ártalomcsökkentés mellett a prevenciót tekinti a

legfontosabb tevékenységnek.¹⁰ Azt a nézetet vallja a drogpolitika, hogy könnyebb és a hatásosabb a drogfogyasztás megelőzése, mint az utána történő rehabilitáció. Célszerű fiatal korban elkezdni a felvilágosítást, iskolai keretek között, mert ebben az időszakban a személyi fejlődés alakulásában a defektusok könnyebben megelőzhetők.

3.4.1. Nemzeti Drogstratégia

A prevenciót két megközelítésből vizsgálhatjuk, a Nemzeti Drogstratégia és a mentálhigiéné szem- szögéből.

A Szociális és Munkaügyi Minisztérium honlapjáról letölthető Új Drogstratégia három egy- ségre bontotta a prevenciót. Általános prevencióba tartozik az iskolai, amikor nagyobb tömegeknek általános információt adnak a droghasználat követ- kezményeiről. Akár médián keresztül, vagy rendez- vényeken is részt vesznek és megmutatják: a drog- centrum azért van, hogy segítsen. A 2010-es évben részt vettek többek között olyan rendezvényeken, mint a XX. Körös-toroki napok vagy a Szegedi If- júsági Napok. A célzott prevenció olyan rétegekre irányul, ahol feltételezhetően nagyobb a kockázat a droghasználat kialakulásához, veszélyeztetett cso- portnak tartják. A javallott prevenciónak azt tek- intjük, amikor tudjuk az adott csoportról, hogy használ kábítószer, de az a cél, hogy megelőzzük a használat elmélyülését. Ehhez a csoporthoz tartozik az elterelésben résztvevő kliensek kezelése.¹¹

3.4.2. Mentálhigiénés prevenció

A megelőzésben a mentálhigiénének is három módszere van, a primer, a szekunder, és a terci- er. Ezek azonban nem különíthetők el a Nemzeti Drogstratégia szerinti prevenciók egységeitől, mivel a szintek mindkét esetben megegyeznek. A primer megelőzés fő célja a társadalom felvilágosítása, az információ átadása, a diszkriminatív és téves néze- tek megszüntetése. A szekunder megelőzés feladata, hogy a primer megelőzés által nyújtott szolgálta- sok ellenére mégis felmerülő kóros állapot esélyét mérsékelje, akár ambuláns ellátás által. A szerhasz- nálatból származó maradandó károsodások elke-

10 Demkó Balázs 2007 http://www.z-szem.hu/letoltheto_elemek/demko_balazs-szenvedelybetegseg_segitesi_modok.pdf.

11 Drogcentrum, mentálhigiénés szakember in- terjú, <http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=21329&articleID=42092&ctag=articlelist&iid=1>

rülése a tercier megelőzés feladata. Annak a feltételeit teremti meg, hogy a káros szenvedély okozta problémák ellenére is zökkenőmentesen történjen a visszaailleszkedés (Albert-Lőrincz Enikő 2004:146-149).

A drogcentrum egy olyan különleges intézmény, ami primer szekunder és tercier tevékenységet folytat. Primer, mikor az iskolák pályázat útján jelentkeznek egészségmegőrző és drogprevenációs szakoktatásra. A drogcentrum a szakmai szervezet, amivel szerződést kötnek az iskolák a pályázat megvalósításához. Az iskola keresi meg a Drogcentrumot. A pályázatban meghatározott szempontok vannak: ötször 45 perces foglalkozásokat írtak elő az adott korosztályra. Vagy egy kortárs-segítés, szülő- vagy pedagógus-felkészítés, előadás szervezése az ötször 45 perces foglalkozáson belül. Minden szakmai szervezet az ötször 45 percben meghatározhatja, hogy mit végez. A Drogcentrum elsősorban információátadás, felvilágosítás, a problémákat illetően csoportos témafeldolgozás, jogi ismeretek átadása, személyiségfejlesztő és önismereti csoportok foglalkozás tárgykörében segít, mindezt interaktív formában.

Általános iskolában a legális drogokra fókuszálnak, jobban odafigyelnek a személyiségfejlesztésre, önismereti foglalkozást játékos formában (egészségnevelés és -fejlesztés módszereivel) próbálnak dolgozni a gyerekekkel. A felső osztályokban már szóba kerülnek az illegális szerek, droghatásokkal, csoportosításokkal kezdenek, a használat folyamataról is szó esik, beszélnek az okokról, következményekről. A középiskolában a jogi részről bővebben beszélnek.

Fontos, hogy a szülőket is felvilágosítsák a gyerekekre leselkedő veszéllyel kapcsolatban, hisz a család az, amely elsőként észreveheti a jeleket, ami a problémára utalhat, de az ismeretek hiánya ezt nem tenné lehetővé. Szülői értekezlethez kapcsolódva egy mentálhigiénés szakember kapcsolódik be az értekezlet végén és elmondja, mire figyeljenek oda, hogyan lehet megelőzni szülőként a gyerek droghasználatát. Mit tegyen a szülő, hogy ne kerüljön ilyen helyzetbe, mit tehet, ha már gyanú van a gyerek drogfogyasztására, de még nem olyan biztos, hova fordulhat segítségért, mi az első lépés a gyerekekkel kapcsolatban. Az első a tájékoztatás, de ha érdeklődőek a szülők, akkor a tiltott szerekről is esik néhány szó. Fontos, hogy tudják, mik a parti drogok, mire készítsék fel a gyerekeiket, szóba kerül, mik a leggyakrabban használt drogok, hogyan lehet az alkohol és a marihuána hatását megkülönböz-

tetni... – nehéz megkülönböztetni, mert azonos a hatásuk, azonban, ha alkoholos a lehelete, akkor az irányt mutat, de ez sem kizáró tényező, hogy nem használt valamilyen szert. Egyetlen egy objektív megállapítási tényező a vizeletteszt. Serdülőknél pontosan nem lehet tudni, hogy mit szedtek be, mert a marihuána után a gyógyszerre ivás a legelterjedtebb, mert ennek nincs jogi vonzata.

Ezekkel az információkkal olyan ismeretekre tesznek szert a szülők, melyekkel megelőzhetik gyermekük drogfogyasztását.

Szekunder prevencióhoz soroljuk az elterelésben résztvevő kliensek kezelését, mikor megtörténik a drogfogyasztás és az elmélyülését akadályozzák meg, ilyen a javallott prevenció drogstratégiai szempontból.

Tercier prevencióba a rehabilitációban résztvevők kezeltek segítségnyújtását lehet beépíteni. Evvel a prevencióval azokon a személyeken segítenek, akinél már beállt a kóros állapot, elmélyült a drogfogyasztás, függővé váltak, de szeretnének kiszakadni ebből az állapotból.

3.4.3. Változások

Intézményi változás történt, mint az kiderült – de a változások nem mindig hoznak jót. Amíg az önkormányzathoz tartozott a centrum, addig beletartozott az ambulancia hivatalos feladatai közé az iskolai drogprevenációs munka, de a változásokkal ez a szolgáltatás megszűnt. Tehát az ambulancia legfontosabb feladatát beszüntették, pedig be kell látni: a szenvedélybetegekkel dolgozó szakemberek prevenció előadásai voltak a leghatásosabbak, hiszen ők az életben tapasztalt példákat tudták hozni. Elgondolkodtató, milyen lépés vezetett ehhez a döntéshez, mindenesetre, ha prevenció előadásokat nem is tarthatnak a szakemberek, a Drogcentrum ajtaja mindig nyitva áll a rászorultak előtt, és bárki betérhet, aki segítséget szeretne kérni.

Természetesen a prevenció munkát más intézmény is ellátja. A Drogcentrumon kívül két privát szakmai szervezet működik, az egyik a Lélekszervíz Mentálhigiénés Szolgálat Bt., a másik a Humanistic Oktató és Szolgáltató Központ, ahol feladataik között van drogprevenációs szolgáltatás.

Összegzés

Napjainkban, amikor az emberek már annyi káros anyagot fogyasztanak, isznak és szívnek be, joggal fordul meg a fejünkben, vajon mi is drogfogasztók vagyunk-e? Még ha tisztázzuk is az elméletet, azon is el kell gondolkoznunk, a törvény mit és hogyan szankcionál. Ne higgyük el, hogy csak a börtön az egyetlen megoldás arra, hogy kilábaljon az ember a függőségéből. A drogambulanciák segítségével sikeres eredményeket lehet elérni, és szívvel-lélekkel segítenek a rászorulóknak. Azonban a drogambulanciák ismeretének hiánya bizalmatlanságot eredményez, ezért feladatomban éreztem, hogy bemutassam a működését, ezáltal az olvasó megismerje és megtudja, mennyit is tesznek a bajban lévő szenvedélybetegekért az ott dolgozó szakemberek. Kutatásomat a szegedi Drogcentrumban végeztem, ahol terepmunkám során megismerhettem az intézmény működését, és a szakképzett munkatársak elhivatottságát. Ezt az ismeretet papírra írva nem csak a rászorulóknak szánom, hanem mindazoknak, akik segítségre szorulnak, de nem tudják hova, és kihez forduljanak.

Felhasznált irodalom

A modell ismertetését a szegedi Drogcentrum mentálhigiéniai munkatársa segítette interjú beszélgetésünk során.

- Albert-Lőrincz Enikő 2004 *Önpusztító lázadás. A drogfogyasztás, mint kóros viselkedésminta.* Scientia Kiadó, Kolozsvár.
- Demetrovics Zsolt 2007 *A droghasználat funkciói.* Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Demkó Balázs 2007 http://www.z-szem.hu/letoltheto_elemek/demko_balazs-szenvedelybetegseg_segitesi_modok.pdf
- Gerevich József – Bácskai Erika – Rózsa Sándor 2003 *A drog-ambulanciák működése és hatékonysága.* Animula Kiadó, Budapest.
- Ritter Ildikó 2003 *(T)örvény. A kábítószerrel való visszaélés büntetőjogi megítélésének hatásvizsgálata – 1999. március 1. után.* L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Terhes Ilona 2009 *Szakedolgozat.* SZTE-JGYPK, Szeged.

<http://drognet.uw.hu/drogtorveny/europa.htm>
http://eletmod.hu/tart/cikk/j/0/28225/1/eletmod/Tovabbra_is_a_heroin_a_legveszelyesebb
<http://tisztautakon.dunaujvaros.hu/getdoc.php?id=27&code=74099192>
<http://www.1000ev.hu/index.php?a=3¶m=8945;www.oepsoft.hu/SzCsM%20rendelet.pdf>
<http://www.eselyegyenloseg.hu/main.php?folderID=21329&articleID=42092&ctag=articlelist&iid=1>
http://www.maote.hu/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=47
<http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=21329&articleID=42092&ctag=articlelist&iid=1>

Abstract

Terhes, Ilona: Institution for treating addicted people in Szeged /Dr. Farkasinszky Terézia Juvenile Drogcentre/

Nowadays people consume too much drinks with harmful substances and feel desire to get more. The thought can come up rightfully that we are also drug consumers. If we study the law's sanction and regulation on those who are having a passion on addiction we have to take in consideration that imprisonment is not the only solution on getting out of addiction. Despite of people's distrust it is possible to achieve successful results with the help of the drug ambulances because they help people in needs with heart and hands. As I felt it is my duty to present the ambulances' function to let the readers recognize and to get know how the specialists work and help people to give up their addictions. I made my research at Szeged Drug Centre where I experienced the institution's function in the course of my fieldwork by the vocational trainer colleagues. What I learned during my education it shows that they not only help on dependents but on everyone who needs help. The problem that they don't know how and from whom to ask for help.