



emcdda.europa.eu

Cannabis problems in context — understanding the increase in European treatment demands

EMCDDA 2004 selected issue

*In EMCDDA 2004 Annual report on the state of
the drugs problem in the European Union and
Norway*

2. válogatott téma

A kannabiszprobléma összefüggései – az európai kezelési igényben mutatkozó növekedés megértése

Bevezetés

A „kannabisz” szó sokféle termék meghatározására használatos, amelyeket a kannabisz- vagy indiai vadkender (*Cannabis sativa* L.) növényből állítanak elő. A kannabisz évelő növény, amely Közép-Ázsiában őshonos, de ma a világ számos mérsékelt és trópusi égövi területén is terem. A *Cannabis sativa* számtalan variációja a különböző hozzá tartozó biológiai és kémiai sajátosságok széles tartományát öleli fel. A tiltott kannabisz három formája található az európai piacon: a „kannabisznövény”, amely a növény szárított leveleiből, száraiból és virágcsúcsaiból áll; a „kannabiszgyanta” (hasis), a virágcsúcs barna vagy fekete gyantaszerű szekrétrumának szárított formája, amelyet általában összepréselt tömbökben, de néha por alakban árulnak; valamint a legritkábbnak számító „kannabiszolaj”, amely ragadós viszkózus folyadék.

A kannabisz ember általi használata hosszú történetre tekint vissza; egykor számos társadalomban, közösségben használták fontos rosforrásként kötelekhez és ruhákhoz, vallási rituálékot segítő anyagként, gyógynövényként és mámort kiváltó anyagként. Ma világszerte a kannabisz a leggyakrabban előállított, szállított és fogyasztott tiltott kábítószer (UNODC, 2003a). Használatának hosszú története és jelenlegi népszerűsége ellenére a kannabiszhasználat közegészségügyi hatásaival kapcsolatos ismereteink korlátozottak. Az utóbbi időben egyre több a kannabiszhasználat – főleg az intenzív kannabiszhasználat – és egy sor egészségügyi és társadalmi probléma közötti potenciális kapcsolatra utaló bizonyíték. A kábítószerre szakosodott szolgáltatásoknál segítséghez folyamodó kannabiszhasználók számának látható növekedése szintén növekvő aggodalmat kelt. Változatlanul nem világos azonban a problémák természete és mértéke az európai kannabiszfogyasztók populációjában. Az sem világos, hogy a kezelések iránti növekvő igényről szóló statisztikai információk milyen mértékben tükrözik a bejelentési és hivatkozási gyakorlat változásait a segítséget igénylő egyének tényleges számával szemben. Ahhoz, hogy megválaszoljuk ezeket a kérdéseket, a kannabisz kezelési igényt a változó európai fogyasztási mintáknak, a jelentési rendszerek evolúciójának és maga a kábítószer változó természetének figyelembevételével szélesebb

perspektívában kell megvizsgálnunk. Ezek a kérdések szerepelnek ebben a kannabiszproblémáról szóló válogatott témában, amelynek célja, hogy jobb tájékoztatás mellett mozdítsa elő a társadalmi vitát annak potenciális közegészségügyi hatásaival kapcsolatban, mivel az összes tiltott kábítószerfajta közül ez bizonyult a legelterjedtebbnek.

Jogalkotási kontextus: a kannabisz jogi státusza Európában

A kannabiszhasználókra vonatkozó jogszerű büntetések kérdésköre változatlanul vitatott téma az Európai Unión belül ⁽¹⁵¹⁾, és a tagállamok meglehetősen különbözőképpen közelítik meg a kérdéskört.

A kannabiszszármazékokat kábítószerként minősíti az ENSZ 1961-es Egységes Kábítószer-egyezményének I. és IV. melléklete ⁽¹⁵²⁾. Az egyezmény megfelelő intézkedések megtételét kívánja meg annak biztosítására, hogy tevékenységek széles köre – beleértve a kábítószeres birtoklását is – büntetendő legyen. A tagállamoknak azonban saját körülményeiket figyelembe véve kell értelmezniük és alkalmazniuk az egyezményt, és a 36. 1. b) cikk utat enged a „kezelés, oktatás, utógondozás, rehabilitáció és szociális beilleszkedés” lehetőségeinek.

Ez a gyakorlatban az Európai Unióban azt jelenti, hogy a kannabisz bűncselekmények kezelése heterogén. Néhány ország ügyészégi útmutatókat vagy jogi kódexeket adott ki, amelyek szabályozzák, hogy miként kell bizonyos kannabisz bűncselekményeket kezelni, és gyakran javasolnak különböző jogi utakat az enyhébbnek, illetve súlyosabbnak tekintett bűncselekményekkel kapcsolatban. Néhány országban kibontakozóban van egy tendencia, miszerint terápiás intézkedésekkel váltják fel a büntetőeljárást olyan esetekben, ahol súlyosbító körülmények nélkül, kis mennyiségű kábítószer használata vagy birtoklása áll fenn. Ezenkívül a büntető törvénykönyvek úgy is közelíthetik a problémás használatot, hogy megengedik (kötelező vagy elbírálati alapon) a büntetőeljárás felfüggesztését, feltéve, ha a bűnelkövető tanácsadason vagy kezelésen esik át. Bár ezek az alternatívák általában az összes kábítószer-használóra érvényesek, az elmúlt év

⁽¹⁵¹⁾ L. Európai kábítószerjogi adatbázis (ELDD) weboldala (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).

⁽¹⁵²⁾ L.: <http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>.

során történt változások eredményeként Belgiumban és az Egyesült Királyságban a jogszabályok és az útmutatók speciálisan kitérnek a problémás kannabiszhasználókra azzal a céllal, hogy segítségre irányítsák őket.

A kannabiszhasználattal összefüggő testi, lelki és fejlődési problémák ⁽¹⁵³⁾

A tagállamok részéről benyújtott nemzeti jelentések rámutatnak, hogy a kannabisz kezelési igény számának növekedése valószínűleg konkrétan az intenzív kannabiszhasználathoz kapcsolódó problémák megnövekedett szintjét tükrözi. Megjegyzendő azonban, hogy meglehetősen hiányoznak a rendszerezett és összehasonlítható adatok a kannabiszhasználók részéről tapasztalt problémákkal kapcsolatban. Ennek a területnek a tudományos ismereti alapja még fejlődik, azonban egyre meggyőzőbb bizonyítékot szolgáltat a kannabiszhasználat és egy sor probléma összekapcsolódására, bár az oksági kapcsolat természete nem mindig világosan érthető. A kannabiszhasználattal kapcsolatos problémák szakirodalmának áttekintése on-line módon hozzáférhető (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811>).

Fontos különbséget tenni a kannabisz akut (rövid távú) és hosszú távú vagy krónikus hatásai között. Számos pozitív és negatív akut hatásról számoltak be eddig. A negatív hatások közé tartozik a figyelemhiány, a koncentrációs nehézségek, a mozgató funkciókra (reflexek, koordináció) gyakorolt kellemetlen hatás, a rövid távú memóriaproblémák, az idegesség és a pánikrohamok, valamint a depresszió. A pozitív hatások között említhető az eufória, az ellazulás és a megnövekedett szociabilitás. A legnagyobb aggodalmat keltő akut hatása ennek a kábítószernek a rövid távú kábítószer-indukált pszichózis vagy súlyos pánikroham, a megnövekedett balesetveszély, különösen autóvezetéskor és veszélyes munkakörülmények között, valamint fiatalok körében az iskolai teljesítményre gyakorolt negatív hatás (Hall és társai, 2001).

A kannabisz krónikus hatásainak megértése számos oknál fogva egy sokkal komplexebb kérdés, nem kevésbé azért, mert nehéz elválasztani a kannabisz hatásait más tiltott kábítószerrel, a dohány és az alkohol hatásaitól. A legfőbb aggodalmat ezen a területen a tüdőrák és egyéb légúti betegségek megnövekedett veszélye okozza, valamint a hosszú távú pszichiátriai problémák kifejlődésével való kapcsolat, beleértve a depressziós betegségeket, a pszichózist és a skizofréniát. A krónikus használattal kapcsolatosan aggodalmat kelt még a függő

viselkedés esetleges kialakulása. Hogy milyen mértékben utalnak bizonyítékok arra, hogy a kannabiszhasználat kockázati tényező, oksági tényező, vagy csak egyszerűen valamilyen komplexebb viszonyban kapcsolódik ezekhez a problémákhoz, azt az on-line módon elérhető áttekintő összefoglaló tárja fel.

A legtöbb tagállamban a kannabisz a kábítószer törvények elleni bűncselekményekhez leggyakrabban kapcsolódó tiltott kábítószer, amely nem meglepő, figyelembe véve azt, hogy egyben a leggyakrabban használt kábítószer is ⁽¹⁵⁴⁾. Más kábítószerekkel – pl. a heroinnal – ellentétben azonban nem látszik erős kapcsolat a kannabiszhasználat és a bűncselekmények egyéb típusai között.

Kannabiszhasználat és a problémák mérése

Bár a megállapodás szerinti nemzetközi diagnosztikus kritériumok hasznos útmutatást adnak a káros kábítószerhasználat, a visszaélés és a függőségi használat definiálásához, a problémák akkor merülnek fel, amikor a kannabiszt a rendelkezésre álló európai bizonyítékok fényében vizsgáljuk ⁽¹⁵⁵⁾. Jelentős eltérés jellemzi a legfontosabb mérési kérdéseket. Például kevés konszenzus mutatkozik olyan kifejezések definíciójában, mint az „intenzív használat”, „rendszeres használat”, „problémás használat”, és ez nehezíti a különböző eredmények összehasonlítását. Ezenkívül elsősorban a felmérési munkákban történt kísérlet arra, hogy a „függőség” és a „visszaélés” mérését az ICD vagy a DSM definíciója szerint végezzék a népességi szinten; itt pedig ismételt hiányoznak a szabványosított eszközök, amelyek megengedik különböző tanulmányokból származó adatok, illetve az adatok népességek közötti összehasonlítását.

Ezen a területen bizonyos munkák jelenleg is folynak. Például egy mostani francia tanulmány arra törekszik, hogy jobb definíciót adjon a problémás használatra, és speciális eszközöket fejlesszen ki a használati gyakoriság, az érzékelt veszély, a pszichés és fizikális hatások mérésére (Beck, 2003).

A mai napig a használat intenzitásának leggyakoribb mértéke azoknak a napoknak a száma egy meghatározott időszak alatt, amelyeken a kábítószer-használat történt. A kannabisz mindennapos vagy csaknem mindennapos használatát az „intenzív” használat jeleként lehet tekinteni. Bár a mindennapos kannabiszhasználat nem feltétlenül jelent függőséget, valószínű, hogy a mindennapi használók jelentős része pozitívnak mutatkozna a függőségi és visszaélési teszten a szabványos diagnosztikus kritériumok

⁽¹⁵³⁾ Speciálisan a kannabiszhasználatról és a kapcsolódó problémákról szóló monográfia kerül kiadásra 2005 első felében. A kannabiszhasználat testi és egészségi hatásaival kapcsolatos információk találhatóak a KEM weboldalon.

⁽¹⁵⁴⁾ L. Kábítószerrel kapcsolatos bűnözés_Tbl 5 a 2004-es statisztikai értesítőben.

⁽¹⁵⁵⁾ A „függőség” és a „káros használat” definícióját I. Betegségek nemzetközi osztályozása (International Classification of Diseases), 10. kiadás (ICD-10, World Health Organisation), F10-tól F19-ig bejegyzett kódok: pszichoaktív anyagok használata miatt fellépő mentális és viselkedési rendellenességek. A Mentális rendellenességek diagnosztikus és statisztikai kézikönyve (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (IV. kiadás) (DSM-IV, American Psychiatric Association) szintén gyakran használatos, amely a „függés” és a „visszaélés” fogalmakat használja.

szerint (ICD-10, DSM-IV). Mivel a használat gyakoriságát viszonylag egyszerű mérni és harmonizálni a kérdőívekben, ez a mérés szerepel az Európai modell kérdőívhez tartozó KKEM-útmutatóban. Jelenleg kilenc ország tesz jelentést a kannabiszhasználat gyakoriságáról ebben a formában ⁽¹⁵⁶⁾.

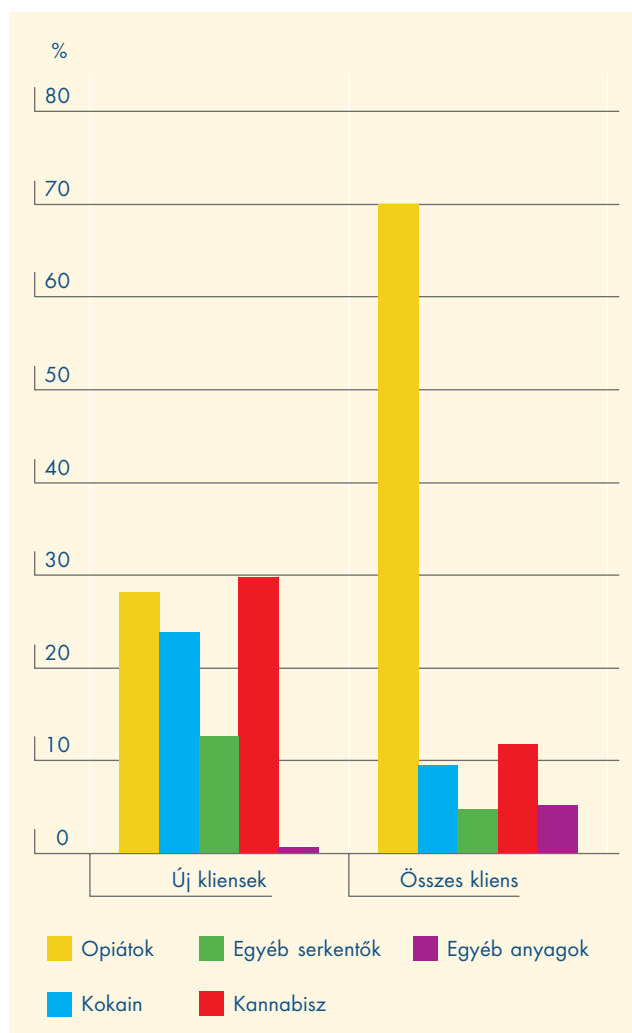
A kannabiszprobléma miatti kezelési igények irányzatai

A kannabisz Európában a leginkább használatos tiltott kábítószer, azonban azoknak az embereknek csupán kis hányada keres kezelést, akik ezt a kábítószerrel valaha is használták. Ennek ellenére sok országban jelenleg a kannabisz a második leggyakrabban bejelentett elsődleges kábítószer, amely miatt az emberek specializált kábítószer-gyógykezelésben részesülnek. A TDI (kezelésiigény-mutató) -adatok szerint (l. 65. oldal), amelyeket a specializált kezelési szolgáltatások minden típusából gyűjtöttek össze, az összes kliens körülbelül 12%-a és az új kezelésűek 30%-a a bejelentések alapján elsődlegesen kannabiszproblémával rendelkezik (26. ábra).

A kannabiszhasználat miatt kezelésre jelentkező új kliensek (azaz a korábbi kezelési előélettel nem rendelkezők) aránya jelentősen különbözik az országok között a Litvániában tapasztalt csaknem nullától a Németországban csaknem az esetek felét (48%) kitevő arányig, azonban általában az arány több mint egyötöd (20%) (27. ábra). Mindamellelt nem minden ország tud az új kezelési igényekről szóló adatot szolgáltatni, és az összes kezelési igényről szóló adatok körében a kannabiszproblémák kevésbé nyilvánvalók.

Az elérhető irányzati adatokkal rendelkező országok TDI-adatai szerint, 1996 és 2002 között, a kannabisz mint elsődleges kábítószer miatt kezelésre jelentkező új kliensek száma 3713-ról 12 493-ra emelkedett. Az adatokat szolgáltató 11 ország között átlagolva, 2002-ben, az ilyen kliensek az összes új kliens 29%-át tették ki az 1996-os 9%-hoz képest (az adatforrások tekintetében l. 20. ábra). Bár Görögország és az Egyesült Királyság ⁽¹⁵⁷⁾ kivételével ezek az országok mind növekedésről számoltak be a kannabiszt használó új kliensek összeshez viszonyított arányában, a növekedés nagyságrendje a hollandiai 6%-tól a németországi 31%-ig terjedt. A Reitox nemzeti jelentésekben megadott információk arra utalnak, hogy az elsődlegesen kannabiszhasználat miatt kezelésben részesülő egyének száma az új tagállamok némelyikében szintén növekszik (28. ábra). A kannabiszos kezelési igényeknek a Holland Nemzeti Alkohol- és Kábítószer-információs Rendszer (LADIS) által a közelmúltban végzett felmérése kimutatta, hogy a 2002-ben kezelésre jelentkező új kliensek 29%-a kannabiszproblémával került bejelentésre, valamint, hogy

26. ábra: A kezelési szolgáltatásokon részt vevő új és összes kliens körében bejelentett elsődleges kábítószer 2002-ben



Megj.: $n = 42\,568$ (új kliensek), $351\,372$ (összes kliens).
 Adatot szolgáltató országok (új kliensek): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, NL, SI, SK, FI, SE.
 Adatot szolgáltató országok (összes kliens): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SI, SK, FI, SE, UK.
 Országoként a kliensek számára súlyozva.
 Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003.

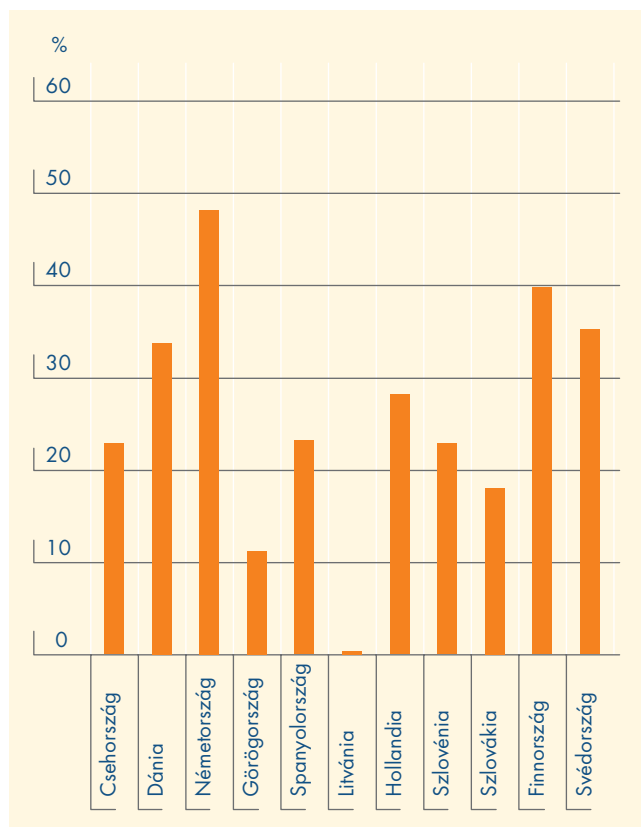
a kannabiszos kliensek az egyének kis, de évente növekvő hányadát képviselték. A jelentés azt is közzétette, hogy a hollandiai kannabiszhasználat léptékét figyelembe véve, a kezelést igénylők hányada, bár növekszik, még mindig viszonylag kicsi.

Óvatosan kell eljárni azzal kapcsolatosan, hogy milyen mértékben szűrhetők le általánosítások a konszolidált európai adathalmazból. Új kezelési igényekkel kapcsolatos, időben nyomon követett adatok csak 11 országból állnak rendelkezésre. Itt fontos azt is megjegyezni, hogy a kannabiszos kezelési igényekben a

⁽¹⁵⁶⁾ Görögország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Olaszország, Lettország, Hollandia és Portugália. Finnországgal kapcsolatos adatok nem szerepelnek a felmérésben, az utolsó hónapban kannabiszt használók alacsony száma (35) miatt. Az esetek száma és a százalékok minden országra vonatkozóan a GPSurvey_Tbl 7 adatai között szerepelnek a 2004-es statisztikai értesítőben.

⁽¹⁵⁷⁾ Új kliensekkel kapcsolatos adatok nem állnak rendelkezésre az Egyesült Királyságban, és az információt a nemzeti jelentésben jelentették.

27. ábra: A kannabisz mint bejelentett elsődleges kábítószer a kezelésen részt vevő új kliensek körében 2002-ben



Megj.: Összes eset száma: 42 421.
Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003.

TDI-adatok által tükrözött emelkedést erősen befolyásolják a Spanyolországból és Németországból származó adatok; ezekben az országokban különösen nagy növekedésről számolnak be az elsődleges kannabiszproblémák terén, továbbá az összesített számok tekintetében Spanyolország teszi ki az összes bejelentett kezelési igény körülbelül 50%-át.

A kannabisz-gyógykezelési igényben tapasztalt növekedés nem korlátozódik Európára. Az Egyesült Államokban, ahol eltérő kábítószeres kezelési regisztrációs rendszer van használatban ⁽¹⁵⁸⁾, a marihuánával kapcsolatos kezelési felvételek az 1992-es kb. 20 000-ről csaknem 90 000-re növekedtek 2000-ben (SAMHSA, 2001; KKEM, 2003d).

A kannabisszal kapcsolatos megnövekedett kezelési igény következményeinek mérlegelésekor a következő kulcsfontosságú kérdések merülnek fel:

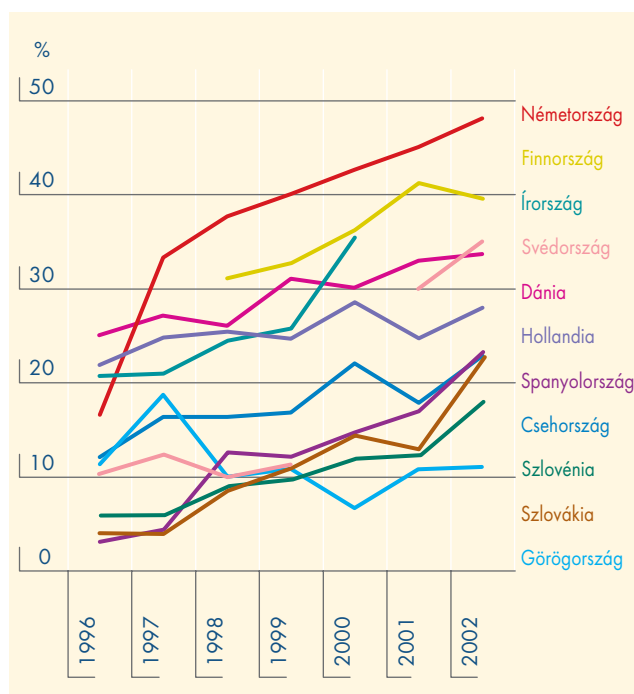
- Ez az eredmény a kannabiszhasználattal kapcsolatosan testi és pszichológiai problémákkal rendelkező emberek számának növekedését mutatja? Ha igen,
 - ez a kannabisz rendszeres intenzív használatából ered?

– tükröz más tényezőket is, mint pl. a kannabisz potenciáljának növekedését?

- Megmagyarázható ez a növekedés a segítség iránti megnövekedett igénytől független tényezőkkel? Mint pl:
 - a kezelésekkal kapcsolatos jelentési rendszer általi lefedettség javulásával;
 - az elérhető kezelési létesítmények típusainak megsokasodásával, különösen a tizenéveseket és a fiatalokat megcélzó specifikus kezelési szolgáltatások tekintetében (Reitox nemzeti jelentések, 2003);
 - a kannabiszhasználat kezelésének változásával a büntető igazságszolgáltatási rendszer részéről, az iskolákban belül vagy a fiatalokkal dolgozó szolgálatok részéről, az egyébként spontán módon segítséget nem kérő egyének kezelésre történő növekvő számú beutalásával.

Fontos megérteni, hogy minden egyes ilyen tényező milyen mértékben érinti a kezeléseket látogatókat. Az első lépés figyelembe venni az elsődlegesen kannabisz-

28. ábra: A kannabisszal mint bejelentett elsődleges kábítószerrel összefüggő tendenciák a kezelésen részt vevő új kliensek körében: 1996–2002



Megj.: Kezelés a teljes számot tekintve (az összes kliens %-a). Országon belüli irányzatok átlaga (%). Svédországban az 1996 és 1999 közötti adatok a fekvőbetegek kezeléséből származnak, ezért a kannabiszos esetek száma a többi évhez képest viszonylag alacsony.
Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003.

⁽¹⁵⁸⁾ Az Egyesült Államokban a kezelési felvételek és nem az egyének regisztrációja történik. Ezenkívül Európával szemben az alkohol is szerepel a visszaélésrel kapcsolatos szerek között. L. SAMHSA weboldal (<http://www.samhsa.gov>); az USA-ban, Kanadában, Ausztráliában a marihuána kifejezést használják, mert a „hasis” kifejezés (kannabiszgyanta) nem elterjedt.

problémával kezelésre jelentkezők sajátosságait. Ez az elemzés a járóbeteg-/ambuláns kezelési létesítményeket látogatókon alapul.

Kannabiszos kliensek: sajátosságok és használati minták

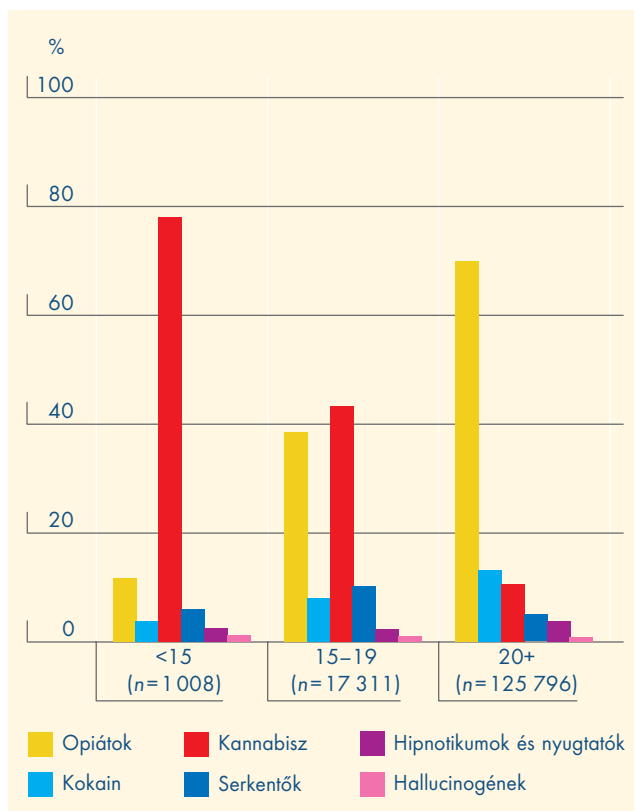
Számos szabványos választási lehetőség áll rendelkezésre a kezelésekre jelentkező kábítószer-használók beutalási eredetének rögzítésére. Ezek megkülönböztetik azokat a kábítószer-használókat, akik saját magukat utalták be, azoktól, akiket más szervek, pl. szociális vagy büntető igazságszolgáltatási hivatalok utaltak be. A legtöbb kannabiszos klienst a család vagy barátok, a szociális szolgálatok vagy büntető igazságszolgáltatási rendszer utalja be. Az egyéb kábítószer-használókkal összehasonlításban a kannabiszos kliensek kisebb hányada utalja be saját magát kezelésre ⁽¹⁵⁹⁾. Hasonló kép bontakozik ki az Egyesült Államokban és Kanadában, ahol a marihuánával mint elsődleges kábítószerrel kapcsolatos kezelési igény az eredmények szerint az esetek jelentős részében nem saját indíttatású (KKEM, 2003d).

A beutalási utak közötti fontos különbség az, hogy akiket a családtagok vagy a szociális szolgálatok (gyakran iskolák) utalnak be, azok általában fiatalabbak, kevésbé valószínűleg használnak egyéb kábítószereket a kannabisz mellett, valamint szociálisan integráltabbak, míg a jogi hatóságok által vagy saját maguk által beutaltak általában korosabbak, és gyakran a kannabisz mellett más kábítószereket is használnak (Reitox nemzeti jelentések, 2003). Németországban és Finnországban, ahol a legnagyobb az elsődlegesen kannabiszos kliensek aránya, a jogi hatóságok és iskolák fontos szerepet játszanak a kliensek kezelésre történő beutalásában.

A kezelésre újonnan jelentkező kannabiszos kliensek jellemzően fiatalok, férfiak (83%) 22–23 éves átlagéletkorral, míg a többi kábítószer esetében a kliensek között a férfiak aránya ennél valamivel kisebb, és az átlagéletkor nagyobb. A „nagyon fiatalokként” (15 éves kor alatt) besorolt új kliensek csaknem 80%-a, a 15–19 évesek 40%-a esetén az elsődleges kábítószer, amely miatt kezelésre jelentkeznek, a kannabisz (29. ábra) ⁽¹⁶⁰⁾. Ezek a csoportok még mindig jellemzően férfiakból állók, de nagyobb arányban tartalmaznak nőket, mint a teljes klienscsoport. Az életkorbeli és nembeli eloszlás különbségei országonként nagyjából az összes kliens között talált mintákkal azonos mintákat tükröznek.

Nagy hányadot (45%) tesznek ki azok a viszonylag fiatal kannabiszos kliensek, akik még az oktatásban vesznek részt, miközben a más kábítószerekkel kapcsolatos problémák miatt kezelt klienseknek csak 4–8%-a ilyen. A kannabiszproblémákkal kezelték további 24%-a rendes

29. ábra: A bejelentett elsődleges kábítószer eloszlása a járóbeteg-kezeléseken részt vevők körében, életkor szerint: 2002



Megj.: Összes kliens. Adatot szolgáltató országok: DK, DE, EL, ES, LU, HU, SE, FI, UK.

A dániai és az egyesült királyságbeli férfiak a kannabiszkezelésre járó 20 év alatti kliensek 56%-át teszik ki, a spanyolországiak pedig további 17%-ot tesznek ki.

Forrás: Reitox nemzeti jelentések; TDI járóbeteg-kezelési központok.

munkaviszonyban van; ez egyenlő a munkanélküliek arányával ⁽¹⁶¹⁾, amely éles ellentétben áll az olyan kábítószereket használó kliensekkel, mint pl. a heroin. Ezenkívül a kannabiszos kliensek gyakrabban jelentenek be stabil lakóhelyet, mint azok, akiket egyéb kábítószerekkel kapcsolatos problémák miatt kezelnek ⁽¹⁶²⁾; ez azt tükrözi, hogy legtöbbjük fiatal, tanul, és a szüleivel lakik.

Az elsődlegesen kannabiszhasználat miatt járóbeteg-gyógykezelésben részesülő kliensek között a használat mintája nagymértékben változó, és teljesen különbözik a többi kábítószerfajta, különösen az opiátok esetében tapasztaltaktól (30. ábra). A 2002-ben elsődlegesen kannabiszproblémával kezelt kliensek között csak 36% volt napi fogyasztó, és csak 17% használta a szert heti egy alkalomnál gyakrabban (heti 2–6 alkalom); 15% használta heti egyszer vagy kevesebbszer a szert; és 28%

⁽¹⁵⁹⁾ L. 22. OL ábra: Beutalások forrása az összes kliens között: minden kábítószer, illetve a kannabisz viszonylatában.

⁽¹⁶⁰⁾ L. TDI_Tbl 4 a 2004-es statisztikai értesítőben.

⁽¹⁶¹⁾ L. 23. OL ábra: Munkaviszonyok a kannabiszos kliensek és az összes kliens körében.

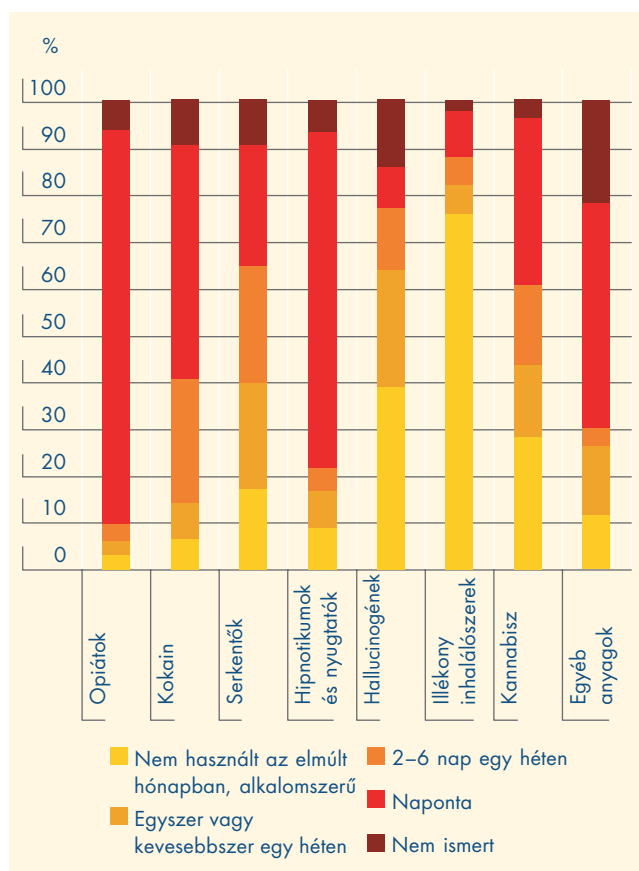
⁽¹⁶²⁾ L. 24. OL ábra: Életkörülmények a kannabiszos kliensek körében és az összes kliens körében.

volt alkalmi használó, vagy egyáltalán nem használt kábítószer az adott hónapban. Ellentétben ezzel az opiáthasználók 84%-a napi fogyasztó.

A járóbeteg-kezelésen részt vevő kliensek között a naponta kábítószer használatának aránya országonként változó. A legnagyobb arányban napi kábítószerhasználók Hollandiában (80%) és Dániában (76%) találhatók, az alkalmi használók pedig Németországban vannak a legnagyobb arányban (41%)⁽¹⁶³⁾.

Minél fiatalabb életkorban kezd el valaki kábítószer használni, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy kábítószer-problémái lesznek a jövőben (Kraus és társai, 2003). Európában a 2002-ben kezelés alatt álló kábítószeres kliensek 28%-a kezdte el a kábítószer használatát 15 éves kora előtt, és többségük (80%) a 20. életévének betöltése előtt. Az opiátokra vonatkozó

30. ábra: A bejelentett elsődleges kábítószer használati gyakoriságának eloszlása az összes járóbeteg-kezelésen részt vevő körében 2002-ben



Megj.: n = 109 699 (összes kliens). Adatot szolgáltató országok: CZ, DK, DE, EL, LU, HU, SE, FI, UK (CZ – minden kezelési központ-típus).

Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003; TDI járóbeteg-kezelési központok.

megfelelő adatok a 9% és a 42,8%, valamint a kokain esetében 6% és 26,5%.

A legtöbb ország arról számol be, hogy elsődlegesen kábítószerproblémával kezelés alatt álló kliensek gyakran politoxikomán használati mintát mutatnak. Ez esetleg azt jelezheti, hogy a politoxikomán problémával rendelkezőket – a kényelem kedvéért – elsődlegesen kábítószerhasználóknak jegyeznék be. Nem áll rendelkezésre azonban kvantitatív adat a kliensek között a politoxikomán droghasználók arányáról. Különbségek vannak az olyan kliensek között, akik csak kábítószer használnak, és azok között, akik a kábítószer egy másik kábítószerrel együtt használják (Reitox nemzeti jelentések, 2003): az előbbiek általában fiatalabbak, és szociálisan jobban integráltak (valószínűbb, hogy munkaviszonyban vannak, jobb tanulmányi eredményt értek el, kisebb valószínűséggel maradnak vagy maradtak ki az iskolából), mint az utóbbiak. A leggyakrabban jelentett másodlagos anyag az elsődlegesen kábítószeres kliensek körében az alkohol (32,9%) és a serkentőszerek (25%)⁽¹⁶⁴⁾, bár az eloszlás országról országra változik.

Néhány kezelés alatt álló kábítószeres kliens más kábítószeres injekciójáról is beszámol, és néhányan injekciózás előfordulásáról tudósítanak az életük során annak ellenére, hogy jelenleg a kábítószeren kívül semmi más kábítószerrel nem használnak. Görögországban például 2002-ben, bár a másodlagos kábítószer-használó kábítószeres kliensek 14,7%-a injekciózott a megelőző 30 nap folyamán, az összes kábítószeres kliens 25,4%-a jelentette be más anyag injekciójának előfordulását élete során (Görögország nemzeti jelentése, 2003). Hasonlóképpen egy Csehországból származó információ (nemzeti jelentés) arra utal, hogy bizonyos kezelési környezetben a kábítószeres kliensek fele egyben injekciózó kábítószer-használó.

Tendenciák a kezelési igényben: változó tényezők

Az elsődlegesen kábítószerproblémákkal kezelést igénylők számának növekedését meg kell vizsgálni a használati mintában és jellegzetességekben történt változások kontextusában. Az adatszolgáltató országokban 2000 és 2002 között a jogi hatóságok, a család, a barátok és a szociális szolgálatok részéről beutaltak összesített száma kiugróan – 103%-kal, 81%-kal és 136%-kal – megnövekedett⁽¹⁶⁵⁾. Nem találtak lényeges különbséget az országok között, kivéve, hogy Németországban a büntető igazságszolgáltatási rendszer részéről indítványozott beutalások aránya is növekedett (21,7%-ról 26,7%-ra).

Nem áll rendelkezésre kézzelfogható adat a kábítószeres kliensek szociodemografikus sajátosságainak irányzatairól, bár néhány nemzeti jelentés (Csehország,

⁽¹⁶³⁾ L. 25. OL ábra: A kábítószerhasználat gyakoriságának összehasonlítása országonként.

⁽¹⁶⁴⁾ L. 26. OL ábra: A legelterjedtebb másodlagos kábítószeres kliensek körében, ország szerint és TDI_Tbl 9 a 2004-es statisztikai értesítőben.

⁽¹⁶⁵⁾ L. 27. OL ábra: Beutalások forrása az összes kliens között, 2000–2002.

Franciaország és Luxemburg) a tanulmányi, szociális és pszichés problémákkal rendelkező kliensek számának növekedését írja le. 2001 és 2002 között a kannabiszos kliensek között a napi használók aránya 31,7%-ról 39,2%-ra emelkedett ⁽¹⁶⁶⁾; néhány ország arról számol be, hogy a napi használók aránya nagyobb az idősebb (20 év feletti) kliensek körében.

Kannabisz az általános népesség körében: a kísérleti használattól a napi használatig

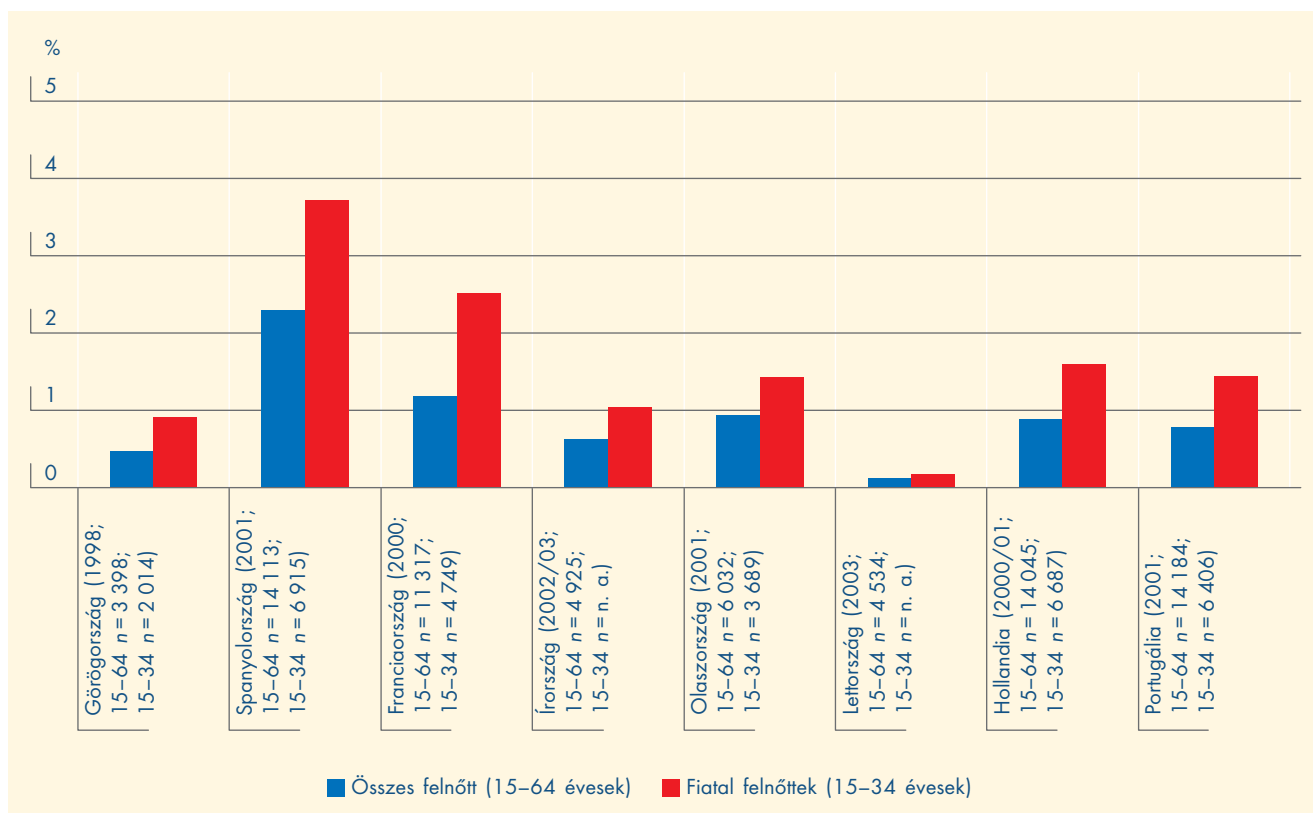
Amint az korábban bemutatásra került, bár a kannabiszhasználat az 1990-es években szinte minden országban jelentősen emelkedett, és a kannabisz a legáltalánosabban használt kábítószer, a legtöbb használat alkalmoszerű vagy rövid távú. Valószínű, hogy a problémák kialakulására vagy a függőségre nézve legnagyobb veszély azokat fenyegeti, akik intenzíven használják a szert, azonban ezen a területen a legszűkösebbek az információforrások, bár ismert, hogy a

jelenlegi használók (az elmúlt 30 nap alatti használatot tekintve) tipikusan városi környezetben lakó, fiatal férfiak.

Az „elmúlt 30 nap alatti használat” a jelenlegi használat mutatója, és azokat is magában foglalja, akik intenzíven használják a szert. Az utóbbi időkben végzett felmérésekben – ha Svédországot (0,1%) nem tekintjük – a felnőttek 1–7%-a és a fiatal felnőttek 3–12%-a jelentette, hogy a megelőző 30 nap alatt használta a szert. Különbségek vannak azonban az országok között, és a jelenlegi használat a legáltalánosabb Csehországban, Spanyolországban, Franciaországban, Írországban és az Egyesült Királyságban. Azokban az országokban, ahol elemezhető az elmúlt néhány év használatának irányzatai, növekedést tapasztaltak, igaz, nem drámai mértékű.

Az elmúlt 30 nap alatti kannabiszhasználat gyakoriságának részletes elemzését lehetővé tevő adatok kilenc országból állnak rendelkezésre – Görögország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Olaszország,

31. ábra: A „napi vagy csaknem napi gyakoriságú kannabiszhasználók” aránya az összes felnőtt és a fiatal felnőttek között néhány EU-országban az országos népességi felmérések alapján



Megj.: Napi vagy csaknem napi gyakoriságú használó = aki az interjú előtti hónap alatt legalább 20 napon használt kábítószer.

Az egyes országokban rendelkezésre álló legfrissebb országos felmérésekből származó adatok.

A felnőttek tartománya a 15–64 éves kor (Olaszország: 44 éves kor), a fiatal felnőttek tartománya a 15–34 éves kor. Az életkortartomány különbségei kis különbségeket eredményezhetnek az országok között.

Forrás: Reitox nemzeti jelentések, 2003, a népességi felmérési jelentések vagy tudományos szócikkek alapján. L. még standard járványtani táblázatok a 2004-es statisztikai értesítőben.

⁽¹⁶⁶⁾ L. 28. OL ábra: A használat gyakorisága az összes kannabiszos kliens között és TDI_Tbl 8 a 2004-es statisztikai értesítőben.

Lettország, Hollandia, Portugália és Finnország (nem szerepel). Egyetlen kivétellel (Lettország), az elmúlt hónapban kannabiszt használók körülbelül egynegyede (19–33%) ezt napi vagy csaknem napi szinten tette ⁽¹⁶⁷⁾ ⁽¹⁶⁸⁾. Ezekben az országokban a napi használók a teljes népesség 0,5–2,3%-át ⁽¹⁶⁹⁾ és a fiatal felnőttek (15–34 évesek) 0,9–3,7%-át tették ki (31. ábra). A legtöbb ember (76–92%), aki az elmúlt hónap során kannabiszhasználatról számolt be, 15 és 34 év közötti életkorú volt, és a napi használók is erre az életkortartományra koncentráltak. Ezenkívül a napi használók általában férfiak, bár az arány a hollandiai 62%-tól a görögországi 92%-ig változik.

Ezekből az adatokból durva becslést lehet tenni a kannabiszt intenzíven használó emberek számáról Európában. Feltéve, hogy a népesség körülbelül 1%-a használ kannabiszt napi gyakorisággal, egy 25 millió lakosú országban (15–64 évesek) 250 000 személy van, aki a kannabiszt napi rendszerességgel használja. Az egész Európai Unióban, amelyben a 15–64 év közötti népesség 302 milliót tesz ki, az előfordulás körülbelül 3 millióra tehető.

Még a fiatal felnőttek körében is az intenzív kannabiszhasználat különbözik az életkori csoportokban, és általában nagyobb arányú a fiatalabb csoportokban. A 2002-es spanyol iskolai felmérésben a 14–18 éves iskolai tanulók 3,6%-a számolt be napi vagy csaknem napi gyakoriságú használatról (ami a 15–34 éves fiatal felnőttek közötti tartomány felső vége). A 17–19 évesek évenkénti francia felmérésében (ESCAPAD) a napi gyakoriságú kannabiszhasználat az elmúlt 30 napon belül még nagyobb volt: a fiúk 9,2%-a és a lányok 3,3%-a (Beck és Legleye, 2003).

A kannabiszfüggőség vagy kannabisz-visszaélés hatásai, úgy tűnik, kevésbé súlyosak, mint más kábítószerké. A legintenzívebb kannabiszhasználók, úgy tűnik, viszonylag integrált, fiatal emberek, akiket más szociális problémák terén (autóbalesetek, tanulmányok befejezésének elmulasztása, felbomló, ill. csonka család) nagyobb veszély fenyeget, mint egyéb bűncselekmények terén, és a beavatkozásnak ennek megfelelőnek kell lennie, és nem szabad további problémákhoz vagy kirekesztéshez vezetnie.

A kannabisz hatóerejével és dóziséval kapcsolatos kérdések

Feltevések szerint a kannabisz hatóerejének növekedése felelős részben a megnövekedett szintű problémákért és ennek megfelelően a megnövekedett számú kezelési felvételekért. A kannabisz hatóerejével, az egyedi használók által kapott dózissal és azoknak az akut és

krónikus problémákra valószínűleg kifejtett hatásával összefüggő kérdések megértése számos komplex kérdéskört vet fel. A kannabisz hatóerejéről rendelkezésre álló tudományos bizonyítékok feltérképezésére a KKEM egy speciális tanulmányt végzett, amelynek eredményei a 90. oldalon találhatók.

A kannabisz hatóereje csak az egyik tényező annak kiszámításában, hogy egy egyén milyen dózist kap egy adott időszak során (Hall és társai, 2001). A bevitel módja, a szívási technika, az alkalmanként használt kannabisz mennyisége és az egyén részvételével történő szívások száma mind egyformán fontosak az egyéni expozíciós szint kiszámításában. A nagy hatóerejű kannabisz egy bizonyos mértékben mindig is elérhető volt, és az ezzel a témával kapcsolatos aggodalom sem új keletű. Szintén fontos megjegyezni, hogy nem lehet tudni, mennyiben változtatnak a kannabiszhasználók a viselkedésükön a kívánt dózis hatásának elérése érdekében. Ezért további vizsgálatokra van szükség annak kiderítéséhez, hogy a nagy hatóerejű kannabisz milyen mértékben vezet szükségszerűen magas dózishoz.

A kannabiszproblémával rendelkezők igényeire adott válasz

A hatékony válaszok kifejlesztéséhez elengedhetetlen a kannabiszproblémákkal segítséget kérők igényeinek megértése. A kezelési igények és egyéb adatok elemzése azt mutatja, hogy mind a kezelésre beutalt kannabiszhasználók, mind pedig az általános használók nagyon heterogén populációt alkotnak, ennek megfelelően heterogén igényekkel. Ez arra utal, hogy a válaszok egyfajta folytonosságára van szükség, amely a megelőzéstől és kockázatsökkentő tevékenységektől egészen a hivatalos kezelési tevékenységekig terjed. Kérdés, hogy megfelelő-e olyan fiatalokat specializált kábítószerközpontokba beutalni, akiknél a kannabiszhasználat csak alkalmasszerű. Az erre a kérdésre adható válasz nagymértékben függ attól, hogyan állnak össze a szolgáltatások, és milyen mértékben keverednek a kliensek más szerek krónikus használóiával. Ennek ellenére a különféle kannabiszfogyasztási mintákkal rendelkezők számára megfelelő beutalási útvonalak kérdésköre további mérlegelést igénylő, fontos téma.

A megelőzési oldalon kevés kezdeményezés született speciálisan a fiatalok körében növekvő kannabiszhasználatra adandó válaszreakciók terén, mivel a megelőzés ritkán anyagtól függő. Néhány tagállam azonban új fejleményekről számol be ezen a területen, két fő stratégia szerint: (1) annak a kockázatnak a kihangsúlyozása, hogy a kannabiszhasználó fiatal a

⁽¹⁶⁷⁾ Ebben a részben a „napi vagy csaknem napi szintű használat” kifejezés az „elmúlt 30 nap alatt 20 vagy több alkalommal történt használatra” utal. Az Európai modell kérdőív a használati napok pontos számának gyűjtését irányozza elő, de az országos adatoknál a használati gyakoriság négy diszkrét kategóriába került csoportosításra, amelyek közül a „20 nap vagy annál több” a legnagyobb.

⁽¹⁶⁸⁾ L. 29. OL ábra: A napi (vagy csaknem napi) használók hányada a felnőttek (15–64 évesek) körében, akik az elmúlt hónapban kannabiszt használtak.

⁽¹⁶⁹⁾ A „múlt havi használók” aránya szorozva a „napi vagy csaknem napi használók” arányával, azaz 6% (múlt havi előfordulás) x 25% (a „20-szor vagy többször” használók aránya) = 1,5%.

A kannabisz hatóereje (forrás: KKEM, 2004c)

1. Az Európai Unió országai két különböző csoportba sorolhatók abból a szempontból, hogy a kannabisznövény vagy a kannabiszgyanta a legelterjedtebben fogyasztott termék. A információt rendelkezésre bocsátó országok közül a kannabiszgyanta Németországban, Írországon, Portugáliában és az Egyesült Királyságban volt elterjedtebb, míg a kannabisznövény gyakoribb volt Belgiumban, Csehországban, Észtországban, Hollandiában és Ausztriában.
2. Hosszú távon nem volt erősen növekvő tendencia az Európába importált kannabisznövény vagy kannabiszgyanta hatóerejében, és Hollandia esetleges kivételével az Európai Unió összes országában importált kannabiszt fogyasztanak, bár a házilag termesztett kannabisznövény elérhetőségével kapcsolatos adatok jelenleg hiányoznak.
3. A kannabisz zárt helyen történő termesztése bizonyos mértékben előfordul minden európai országban. Becslések szerint Hollandiában az így termesztett kábítószer az elfogyasztott kannabisz több mint felét képviseli, a legtöbb országban viszont az importált termékek jelentősebbek.
4. A zárt helyen intenzív módszerekkel (pl. tápoldatrendszer, mesterséges fény, vágással történő szaporítás és a nappali megvilágítás hosszának szabályozása) termesztett kannabisznövény általában nagyobb THC-tartalommal rendelkezik, mint az importált kábítószer. Bár a házilag termesztett kannabisz hatóerejének fokozatai egybeeshetnek az importált kannabisz fokozataival, a házilag termesztett kannabisz átlagos hatóereje két- vagy háromszor nagyobb is lehet.
5. A hatóerőben történt növekedés – amelyről néhány országban beszámolnak – csaknem teljes egészében a házilag termesztett kannabisz arányában tapasztalt növekedésnek tudható be.
6. A különböző kannabisztermékek piaci részesedését figyelembe véve az effektív hatóerő szinte minden országban viszonylag stabil maradt sok éven át,

körülbelül 6–8%-os szinten. Az egyetlen kivétel Hollandia, ahol 2001-ig 16%-ot ért el.

7. Hollandiában a helyben termesztett kannabiszgyantának különösen nagy THC-tartalma van, azonban ez az anyag még ebben az országban is ritka, máshol pedig szinte ismeretlen.
8. A médiákban megjelenő, a kannabisz hatóerejének a mostani évtizedekben tízszeres vagy nagyobb arányú növekedéséről szóló állításokat nem támasztják alá sem az Amerikából, sem az Európából elérhető korlátozott adatok. A legnagyobb hosszú távú változások a hatóerő tekintetében az Egyesült Államokban történtek, azonban nem szabad megfeledkezni arról, hogy az USA-ban a kannabisz hatóereje 1980 előtt kicsinek számított az európai szinthez képest.
9. A tanulmány végkövetkeztetése az, hogy a THC-tartalom tekintetében szerény változások történtek, amelyek nagyrészt az Európai Unióban intenzív körülmények között, házilag termesztett kannabisz viszonylag közelmúltbeli piaci megjelenésére korlátozódnak. A tanulmány ezenkívül megemlíti, hogy a kannabisztermékek THC-tartalma rendkívül változó. Egyértelműen szükség van információkra, hogy kifejleszthessenek olyan megfigyelőrendszert, amely felmérheti a különböző kannabisztermékek piaci részesedését, és követheti az időbeli változásokat. Jelenleg ez az információ meglehetősen hiányzik.
10. A tanulmány számos fontos területet azonosít, ahol több figyelemre van szükség, ha a kannabisz hatóerejével kapcsolatos kérdéseket alaposan akarjuk értékelni. Ide tartozik a konszenzus a kannabisztermékek nomenklatúrája tekintetében; a piaci információk megfigyelésének javítása, a laboratóriumi analitikai szabványok és az adatgyűjtés, valamint az európai szinten történő bemutatás javítása; a dohányzási viselkedés, a hatóerő és a vér THC-/metabolitszintje közötti kapcsolat feltérképezése Európában; valamint annak vizsgálata, hogy milyen mértékben eredményez a nagy hatóerejű kannabisz erősebb dózist, és ez mennyiben függ össze a lehetséges egészségügyi problémákkal. Megjegyzendő, hogy a különböző kannabisztermékekre történő különböző reagálás költsége és haszna megfontolást érdemel.

büntető igazságszolgáltatási rendszerrel kerül kapcsolatba; (2) a kannabiszhasználat normatív viselkedésként történő társadalmi felfogásának megfordítására tett kísérletek a tömegtájékoztatási és célzott médiakampányokon keresztül.

Németországban, Görögországban, Írországon, Finnországban és az Egyesült Királyságban intézkedéseket vezettek be a fiatalok körében az első alkalommal történő kannabiszhasználati bűncselekmények pszichoszociális következményeinek csökkentésére. Ennek

egy közelmúltbeli példája (2000-től folyamatosan) a németországi FRED-program, amely jelenleg nyolc tartományban működik, és a fiatal kábítószer-használók számára rövid idejű korai beavatkozást biztosít önkéntes alapon ⁽¹⁷⁰⁾. Az Egyesült Királyságban a fiatal bűnelkövetési csoportok hasonló alapon működnek. Azután, hogy a büntető igazságszolgáltatás változtatott a kannabiszhasználat bizonyos aspektusai kezelésének módján, és átminősítette a kábítószer (B osztályból C osztályba), a birtoklás és nem a használat számít bűncselekménynek; a birtoklás bírói megrovást

⁽¹⁷⁰⁾ További információk erről és egyéb megelőzési programról elérhetők a KKEM EDDRA adatbázisból (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

eredményez. A fiatalok (azaz a 18 éven aluliak) számára meghatározott megrovási folyamat létezik. Az Egyesült Királyság bevezetett egy tömegtájékoztató kampányt, hogy megerősítést adjon a kannabisz negatív és tiltott természetét illetően.

Egy másik közelmúltbeli kezdeményezés a megelőzési kampány bevitele a „coffee shopokba”, ahol kis mennyiségű kannabisz kapható. Ez a beavatkozás az üzlet tulajdonosainak szóló kurzus és kézikönyv formájában történik, hogy megelőzze a kábítószerrel kapcsolatos problémákat ezekben a létesítményekben. A kézikönyv tájékoztatást nyújt a kannabisszal, a kábítószer törvényekkel, a pszichiátriai rendellenességekkel, elsősegéllyel, vállalkozói ismeretekkel és oktatási képzettséggel kapcsolatosan. Hollandiában hagyománya van a személyre szabott és közvetlen megközelítéseknek a kannabiszhasználattal összefüggésben, amint azt a „Hasis és fű hét”⁽¹⁷¹⁾ is jelzi, amikor „kemény” kannabiszhasználók tartanak csoportgyűléseket, ahol az intenzív használat következményeit és a viselkedési változások lehetőségeit tárgyalják.

Bizonyos mértékig ezek a megközelítések károsodáscsökkentő, valamint megelőzésorientált megközelítéssel rendelkeznek. A dohányzás és a légúti problémák közötti jól ismert kapcsolat és a kannabiszhasználat negatív egészségi hatásaival kapcsolatos aggodalom ellenére azonban a kannabiszhasználat következtében fellépő károsodások csökkentésére irányuló beavatkozások változatlanul alulfejlettek a más kábítószer használatára irányulókkal összehasonlítva.

A kannabiszproblémákkal rendelkezők számára elérhető kezelési lehetőségek főleg kezelési központokban találhatók, amelyek legális vagy tiltott kábítószerektől függő vagy egyéb függőségi viselkedéssel rendelkező klienseknek nyújtanak segítséget. Néhány ország (Dánia, Németország, Görögország, Franciaország, Hollandia, Ausztria, Svédország és Norvégia) beszámol ugyan kannabiszhasználókra szabott szolgáltatásokról, azonban általában ez a fajta speciális kezelés rendkívül korlátozottnak tűnik. Sok országban (Belgium, Csehország, Dánia, Németország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Olaszország, Luxemburg, Hollandia, Ausztria, Portugália, Szlovénia és Norvégia) a problémás kannabiszhasználóknak szánt kezelési szolgáltatások beágyazódnak az általános kábítószer-problémák kezelésével foglalkozó létesítményekbe.

A kannabisszal összefüggő problémával rendelkezők kezelése legnagyobb részben az egyéb tiltott kábítószeres – tipikusan opioidok – problémás használatával kapcsolatban kezelt kliensekkel együtt történik. Mivel ezek a specializált kábítószer-kezelési központok úgy vannak

kialakítva, hogy megfeleljenek a gyakran kaotikus és peremhelyzetű kábítószeres populáció igényeinek, ezért vitatható a megfelelőségük a kevésbé akut igényekkel rendelkezők számára, mint amilyen pl. a legtöbb kannabiszhasználó is. A tagállamokban lévő kezelőközpontok tisztában vannak ezzel a helyzettel, és számos ország – a Reitox nemzeti jelentésben – megjegyezte, hogy nemkívánatos eredményre vezető és előnytelen a problémás kannabiszhasználókat keverni a problémás heroinhasználókkal vagy polidroghasználókkal, és ezt emelték ki annak okaként, hogy miért nem részesülhetnek a kannabiszhasználók fekvőbeteg-ellátásban. Könnyebb a specifikusan kannabiszhasználóknak szóló programokat járóbeteg-ellátási alapon megvalósítani. A osztrák nemzeti jelentés azt állítja, hogy a fekvőbeteg-ellátás helyeként – ha szükség van arra – inkább egy általános pszichiátriai osztály a megfelelőbb, mint egy specialista kábítószeres kezelési egység. A tagállamok által a kannabiszhasználók igényeire adott válaszreakciók terén a közelmúltban született innovációk között van egy Svédországban készült „kognitív kezelési kézikönyv” a krónikus kannabiszhasználók számára, egy Hollandiában létrehozott internetes önszegítő weboldal a problémás kannabiszhasználattal kapcsolatosan és az akupunktúra kezelés bevezetése Finnországban.

Következtetések

Ennek az áttekintésnek az a célja, hogy szélesebb összefüggések között mutassa be a bejelentett kannabisz kezelési igényekben jelentkező növekedést. Látható, hogy erről a vitás kérdésről szóló, megfelelően informált szakpolitikai vitához elengedhetetlen, fontos kérdések megválaszolatlanul maradnak. Az is látható, hogy a rendelkezésre álló bizonyítékok nem indokolják a riogató álláspontot, de a felelőtlenséget sem.

A kannabisszal kapcsolatos problémákkal rendelkező emberek néhány országban a specializált létesítménybeli kezelési igények nem elhanyagolható hányadát jelentik, és fontos alcsoporthoz képeznek a nagyobb kezelési populációban. A legtöbbjük fiatal férfi – tipikusan 20 éves körüli –, és legtöbbjük 16 vagy 17 éves korában kezdte el használni a kábítószer.

A kannabisz kliensek eltérő kábítószer-használati mintával rendelkeznek, mint az egyéb szereket fogyasztók, sőt fontos különbségek vannak a kannabisz kliensek között is. A különböző kezelés alatt álló kannabiszhasználó alcsoportok profiljai valószínűleg közvetlen módon lényegesek az igényeik megértéséhez és ezáltal a megfelelő válaszok biztosításához. A fontos dimenziók a használat gyakorisága, a jelenlegi és múltbeli egyéb kábítószer-használat és a beutalási eredet. Nagy vonalakban, a nemzeti jelentéseket és a

⁽¹⁷¹⁾ http://edra.emcdda.eu.int/edra/plsql/showQuest?Prog_ID=385.

TDI-adatokat összesítve, két kliensprofil lehet egyértelműen elkülöníteni:

- fiatal használók, gyakran tanulók, akiket a család vagy az iskola utalt be kezelésre, és egyedül vagy néha alkohollal, illetve serkentőszerekkel együtt fogyasztják a kábítószer;
- politoxikomán droghasználók, akik tipikusan korosabbak, szociálisan kevésbé integráltak, akiket gyakrabban a jogi hatóságok, egészségügyi vagy szociális szolgálatok utaltak be, és átfednek a krónikus kábítószer-használó populációval.

Ezenkívül bizonyíték van a jogi hatóságok által kezelésre beutalt egy további csoportról is, akik nem használnak egyéb kábítószeret, és a kábítószer csak alkalmoszerű használóknak tűnnek.

Az elsődlegesen kábítószeres kezelési igény sajátosságaiban történt változásokra tekintve a rendelkezésre álló információk arra utalnak, hogy:

- néhány országban megnövekedett számú egyént utalnak be a büntető igazságszolgáltatási rendszerből;
- megnövekedett a családból és egyéb szociális támogató hálózatokból (család, barátok, szociális szolgálatok, iskolák) történt beutalások száma;
- megnövekedett az intenzív (napi) kábítószerhasználat aránya, bár a napi használók kisebbségben vannak;
- néhány országban megnövekedett a szociális és oktatási problémák szintje, bár ezen a területen kevés adat áll rendelkezésre.

A kezelési igényben tapasztalt növekedést nézve úgy tűnik, hogy a beutalási gyakorlatban történt változásoknak van hatása, és a beutaltak jelentős hányada nem tűnik intenzív kábítószer-használónak. Ennek ellenére, legalábbis néhány országban, jelentős számú kezelési igény származik intenzív kábítószerhasználó egyénektől. Ennek a csoportnak a problémáját változatlanul kevésbé értjük, ezért haladéktalanul kutatásokra van szükség ezen a területen. Az a megfigyelés, miszerint a nagyon fiatalok részéről mutatkozó kezelési igény nagy hányada a

kábítószerrel kapcsolatos, arra utal, hogy az ezzel a csoporttal összefüggő igények, beutalási utak és válaszreakciók speciális figyelembevételére van szükség.

Azt is fontos felismerni, hogy a kezelési igény nem közvetlen mutatója a kábítószerproblémák mértékének és természetének. Az általános népesség felmérési adatai arra utalnak, hogy az alkalmoszerű használatlalt összehasonlítva az intenzív kábítószerhasználat viszonylag kevésbé általános. Ugyanakkor a kábítószer széles körű elterjedtsége azt jelenti, hogy az emberek jelentős száma intenzíven használhatja ezt a szert – legalább életének egy részében.

Becslések arra utalnak, hogy az intenzív használat a felnőtt népesség 0,5–2%-át és a fiatalok 1–3%-át érintheti. A fiatal férfiak között az előfordulás aránya valószínűleg lényegesen nagyobb. Nehéz egyértelmű képet rajzolni a felmérési bizonyítékokból a problémákkal rendelkező használók vagy a kábítószerfüggővé válók számára vonatkozóan. Bár a kábítószerfüggőség vagy -visszaélés hatásai kevésbé súlyosak, mint más kábítószereseké, ezeknek mindenesetre jelentős közegészségügyi hatása lehet a használat léptéke miatt, és azon tény miatt is, hogy a leginkább érintettek közül sokan fiatalok, és fontos fejlődési állapotokban, illetve amikor különösen sérülékenyek, esetleg intenzíven használhatják a szert. A szociálisan hátrányos helyzetű családokban vagy közösségekben a kábítószerfüggőség vagy -visszaélés még súlyosbíthatja az egyének problémáit a tanulmányi vagy munkavállalási lehetőségek károsításával.

Összegzésként, változatlanul kritikus szükség van kutatásokra, hogy megérthessük a kábítószerhasználat különféle mintái és a problémák kialakulása közötti kapcsolatot. Változatlanul nem kielégítően ismert, hogy milyen mértékben tapasztalnak problémákat a kábítószerhasználók, és milyen a fellelhető problémák természete. Módszertani eszközökre van szükség ahhoz, hogy a problémákat a populáció szintjén lehessen értékelni. Az ilyen információk az előfeltételei az európai kábítószerhasználatra adott hatékony közegészségügyi válaszreakciók kidolgozásának, célok megjelölésének és megvalósításának.