

A GYERMEKEK DROGFOGYASZTÁSÁNAK VÁLTOZÁSAI

– A GYERMEKJOGI EGYZEMÉNY VÉGREHAJTÁSÁRÓL SZÓLÓ CIVIL
JELENTÉS TÜKRÉBENI

„Dacára annak, hogy az emberi jogok mindenki tudatában élénken jelen vannak, azok világméretű ténynyerése csupán egy távoli álomnak tekinthető. Egy igaz világ megteremtése nem egyszerű és nem is gyors folyamat.”² Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatának 1948-ban történt elfogadása óta az ENSZ-tagállamok mindegyike ratifikált legalább egy jelentősebb emberi jogi egyezményt. Habár – ahogy Balassa fogalmaz – tragikus és némiképp ironikus, hogy számtalan esetben éppen az ENSZ bizonyult eszköztelennek és tehetetlennek a XX. század második világháborúja követő évtizedekben pontosan azokkal az embertelenségekkel szemben, melyek kiküszöbölésére magát a világszervezetet létrehozták.³

Ha áttekintjük e jogok rendszerét, azt látjuk, hogy az egyik legelőkelőbb helyet a Gyermekjogi Egyezmény foglalja el.⁴ Ennek alapvető oka, hogy a nemzetközi koordináció – tekintettel a gyermekek jogainak országhatáron átnyúló harmonizációs igényére – elengedhetetlen és szükségszerű nem csak európai szinten, hanem szélesebb (ENSZ) körben is.⁵ Mindezek felismerése vezetett oda, hogy napjainkra a Gyermekjogi Egyezmény elfogadottsága egy állam – az Amerikai Egyesült Államok – kivételével univerzálisnak mondható. (Az USA e döntésével immáron egyedül maradt, hiszen hosszú évek után 2015. október 1-jén Szomália is ratifikálta a joganyagot.⁶) A gyermekek Magna Chartájának is nevezett⁷ nemzetközi Egyezményt 1989. november 20. napján – 44/25. számú határozatával – egyhangúlag fogadta el az ENSZ Közgyűlése.

Az Egyezmény kiemeli, hogy a társadalom alapvető egységeként funkcionáló család minden tagja számára biztosítani kell a fejlődést és jólétet biztosító természetes környezetet, melyben a gyermekkorúaknak különleges segítségre és támogatásra joga-

sultak.⁸ A gyermekjogok elismerése tulajdonképpen az emberi jogokat elismerő társadalom alapja.⁹

A Gyermekjogi Egyezmény Magyarországon az 1991. évi LXIV. törvény kihirdetésével vált a jogrendszer részévé. Magyarország ezzel – többek között – azt is vállalta, hogy az Egyezményben elismert jogok érvényesítése érdekében elfogadott intézkedésekről és e jogok gyakorlásában elért előrehaladásról ötvenként jelentést tesz a Gyermek Jogainak Bizottság (Committee on the Rights of Child – CRC) számára.¹⁰

Az Egyezmény legmélyebb lényegét kifejező alapelv, amely a dokumentum minden általános- és részletszabályát áthatja, hogy minden állam, valamint annak szervei, hatóságai, valamint a gyermekért törvényesen felelős egyes állampolgárok (pl. szülők, pedagógusok, gyámok) kötelesek a gyermekekre vonatkozó döntéseik során minden esetben úgy eljárni, hogy azzal a „gyermek legfőbb érdekét” tartsák szem előtt.¹¹

A részes államok számára előírt jelentési kötelezettség kiterjed a Gyermekjogi Egyezményben deklarált minden jogra, illetve az érvényesülésük érdekében bevezetett intézkedésekre. A szabályozott értékek tekintetben a nemzetközi konvenció meglehetősen széles spektrumúnak mondható. Az Egyezményben meghatározott jogok – Rózsa munkája nyomán – az alábbiak szerint csoportosíthatók: általános jellegű polgári, politikai, gazdasági, szociális és kulturális jogok (pl. élethez való jog, gondolat-, lelkiismereti és vallásszabadság, véleménynyilvánítás szabadsága); a gyermekekre vonatkozó speciális értékek védelme (gyermekmunka, kizsákmányolás tilalma; gyermekpornográfia, illetve -prostitúció tilalma); a gyermekek különleges csoportjainak védelme (pl. fogyatékos, családot nélkülöző gyermekek speciális jogai); a gyermekek védelme rendkívüli hely-

zetekben (pl. menekült gyermekek védelme, a gyermekek hadkötelezésének tiltása, illetve korlátozása).¹²

2006-ban, a hazánkban folyó gyakorlat 2. időszakos országjelentésére reagálva a Gyermek Jogainak Bizottsága hangsúlyozta, hogy a magyar állam által benyújtott jelentést, valamint az erre reflektáló Bizottsági javaslatokat minél szélesebb körben elérhetővé kell tenni a civil szervezetek, ifjúsági csoportok, illetve a gyermekek számára.¹³

A 3-4-5. időszakos jelentést a kormány 2012 júniusában terjesztette be a gyermekjogok érvényesülését vizsgáló testületnek.¹⁴ Az időszakos állami jelentéssel párhuzamosan – ilyen formában és módon először – szakemberek és civil szervezetek széles körű összefogásával, az ombudsman részbeni koordinációja mellett, elkészült egy úgynevezett „civil (alternatív) jelentés az ENSZ Gyermekjogi Egyezmény magyarországi végrehajtásáról” is (továbbiakban: civil jelentés).¹⁵ A civil jelentés részletes értékelést tartalmaz arra vonatkozóan, hogy az állam milyen intézkedéseket fogantatott a gyermekek jogainak érvényesülése érdekében.

A soron következő jelentést 2019. november 5-ig kell benyújtania hazánknak. Az Egyezményben megszabott határidőhöz közeledve azt kívánom megvizsgálni, hogy a civil szervezetek által összeállított jelentésben érintett problémák és hiányosságok kapcsán ez idáig milyen változások következtek be. Mindezt egy problématerületre fókuszálva vizsgálom – nem megkérdőjelezve a többi probléma jelentőségét –: a gyermekek drogfogyasztásával kapcsolatos felvetéseket elemzem.

A CIVIL JELENTÉSBEN FELVETETT PROBLÉMÁK NAPJAINKBAN

A vizsgált civil jelentés szerint a gyermekek drogfogyasztásával kapcsolatban megfogalmazott aggályok, illetve megoldásra váró problémák köre az alábbi négy területre bontható: 1) a gyermekek drogfogyasztásának mintázatai, jellemzői, 2) az egészségügyi ellátás, 3) a prevenció programok és 4) a jogi szabályozás.¹⁶

Fontosnak tartom megjegyezni, hogy a drog kifejezést farmakológiai szempontból értelmezve használom. Eszerint drognak kell tekinteni minden olyan természetes vagy szintetikus eredetű anyagot, amely a szervezetbe, illetve a központi idegrendszerbe kerülve annak működésében, élettani folyamataiban

változást idéz elő.¹⁷ Az általam jelenleg vizsgált anyagkörbe tehát az illegális mellett beletartoznak a legális komfortfokozó szerek is (pl. alkohol).

A gyermekek drogfogyasztásának mintázatai, jellemzői

A 2012-es civil jelentés felhívta a figyelmet arra a körülményre, hogy a középiskolás korú gyermekek negyede már fogyasztott drogot.¹⁸ A drog- és alkoholfogyasztási arányt illetően az adatok emelkedő tendenciát mutatnak, ezzel szemben a kipróbálók életkora csökken. A jelentés szerzői utalnak az ombudsman által 2011-ben és 2012-ben elkészített vizsgálati jelentésekre,¹⁹ melyek szerint a gyermekek alkohol és egyéb drogok fogyasztása tekintetében hazánk „közepesen fertőzött országnak” tekinthető.²⁰

A civil jelentés kiadása óta végzett felmérések eredményei arra engednek következtetni, hogy az európai országok többségében megfigyelhető kedvező változások hazánkban is megjelentek.²¹ 2015-ben a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásait elemző európai iskolavizsgálat (ESPAD)²² adatait összevetve a korábbi vizsgálatok eredményeivel azt tapasztalhatjuk, hogy a magyar középiskolások körében minden drog elterjedtsége csökkent, és a fogyasztás is ritkult. Az első alkoholfogyasztáson túllévő magyar középiskolások aránya ugyanakkor még mindig meglehetősen magas (2015-ben: 93%). 2011-hez képest e területen szignifikáns változás nem tapasztalható. A vizsgálatot megelőző hónapban alkoholt fogyasztó magyar középiskolások száma 2011-hez képest számottevően csökkent (2011-ben: 61%, 2015-ben: 55%),²³ de az alkalmanként elfogyasztott alkohol mennyisége nőtt. Az egy alkalommal elfogyasztott mennyiség – tiszta szeszben számolva – 2011-ben fejenként 52 ml volt, ami 2015-re 79 ml-re emelkedett. A serdülőkorban évente átlagosan elfogyasztott tiszta szesz mennyisége jellemzően együttállást mutat a felnőttkorúak alkoholfogyasztásával,²⁴ a magyar fiatalok körében 2015-ben mért értékek azonban már jelentősen meghaladták a felnőttekre vonatkozó hasonló adatokat is.

Az ESPAD vizsgálatok szerint 1999-ről 2011-re mintegy kétszeresére – 23%-ról 45%-ra nőtt azoknak a fiataloknak az aránya, akikre a kérdezést megelőző hónapban a „súlyos epizodikus ivás” (*binge drinking*) volt jellemző.²⁵ Ez az arány 2015-re 39%-ra mérséklődött, azonban még mindig felette van az

európai átlagnak.²⁶ Kijelenthető, hogy az európai „alkoholkultúrákban” – Magyarország is ilyenek tekinthető – az alkohol problematikus fogyasztása összehasonlíthatatlanul nagyobb gondot okoz, mint bármelyik tiltott tudatmódosító szeré.²⁷

Az illegális drogok közül 1999 óta a legmeghatározóbb szerep a kannabisznak (marihuána, hasis) jut.²⁸ Már a kilencvenes évek elején publikált tanulmány szerzői is mindennapos jelenségnek nevezték a marihuána fogyasztását a magyar drogfogyasztó szubkultúrában.²⁹ Az évezredfordulót megelőző időszakról kezdve az európai fiatalok kannabiszfogyasztási trendjeiben általános növekedés tapasztalható, ami 2003-ban csúcsonként ki.³⁰ A gyermekek jogairól szóló civil jelentés óta a hazai fiatalok kannabiszfogyasztásában is mérsékelt csökkenés figyelhető meg. Míg 2011-ben a magyar középiskolások 19%-a fogyasztott már élete során ilyen típusú kábítószer,³¹ addig ez a szám 2015-ben már csak 13% volt.³²

A nemzetközi ESPAD kutatásban részt vevő gyerekek 2%-a 13 éves korában vagy azt megelőzően próbált ki először a kannabiszszármazékot.³³ Ez az érték a 2007-es, illetve 2011-es adatokhoz képest nem változott. Mi több, az iskoláskorú gyerekek egészségmagatartását vizsgáló kutatások (HBSC kutatás) szerint 2010-ben³⁴ a 9. évfolyamosok körében az első kipróbálásra nagyobb arányban került sor 13 évesen vagy annál fiatalabb korban, mint 2014-ben.³⁵ A magyar fiatalok 25%-a szerint meglehetősen egyszerű marihuánát vagy hasist szerezni itthon.³⁶ Ennek ellenére az elmúlt években folyamatos csökkenés tapasztalható a drogfogyasztás prevalenciaértékeiben, így a kannabisz esetében is. A 16 éves hazai fiatalok körében a marihuána fogyasztásának elterjedtsége 32,5%-kal mérséklődött.³⁷

A kábítószeres fogyasztásának csökkenő tendenciája ugyanakkor nem ad okot a teljes megnyugvásra, ugyanis a droghasználói közösségekben továbbra is meghatározó szerep jut az új pszichoaktív szereknek, azaz a dizájn- (designer) drogoknak. Ezek az anyagok olyan ismert és már betiltott pszichoaktív szerek strukturális és funkcionális analógjai, amelyek utánnozzák az eredeti anyag farmakológiai hatását, miközben törvényi korlátozás alatt nem állnak, illetve az általánosan alkalmazott eljárásokkal nehezen detektálhatók.³⁸

A dizájn drogok hazai jelenléte 2010 óta folyamatosan növekszik: mintegy 203 új pszichoaktív szert azonosítottak a magyar hatóságok.³⁹ Az iskoláskorú

gyermekek szerhasználati szokását vizsgáló kutatás alapján elmondható, hogy a kannabisz, illetve az alkohol és gyógyszer visszaélés szerű használata után a dizájn drogok számítanak a legmeghatározóbbnak.⁴⁰ A dizájn drogok terjedéséhez jelentősen hozzájárul

a könnyű hozzáférhetőség és az alacsony ár.⁴¹ A globális droppi-actérként használt internetnek,⁴² valamint a jogi szabályozás hiányosságainak köszönhetően a forgalomban lévő anyagok köre folyamatosan bővül;⁴³ bár azáltal, hogy az új pszichoaktív szerekre vonatkozó magyarországi szabályozás bevezette egyes vegyületcsoportok esetén a közös kémiai

szerkezeti részek alapján történő – „törzsképlet szerinti”, illetve „generikus” – meghatározást, a ténylegesen újnak mondható szerek, amelyek miatt a tiltólista bővítésére lenne szükség, korántsem jelennek meg olyan gyakran, mint korábban.⁴⁴

Összességében azt állapíthatjuk meg, hogy a klasztrikus kábítószeres – mint a kannabisz – fogyasztása tekintetében a civil jelentés kiadása óta a fiatalok droghasználati mintázataiban nem ment végbe érdemi romlás. A dizájn drogok terjedése és folyamatos jelenléte mellett továbbra is az alkoholfogyasztás mutatói adnak okot aggodalomra. Az alkoholfogyasztás formája, az elfogyasztott mennyiség és rendszeresség tekintetében egyaránt jelentős változásra volna szükség. Kutatások bizonyítják, hogy hazánkban az alkoholfüggő betegek között egyre nagyobb arányban találunk fiatal felnőtteket.⁴⁵ Tekintettel az alkoholbetegség kialakulásának hosszas folyamatára, alapos okkal feltételezhetjük, hogy ezekben az esetekben a problémásnak tekinthető szerhasználat már meglehetősen fiatal korban elkezdődött.

Az alkohollal összefüggő másik kockázatos fogyasztási mintázatban az energiatalok jelenléte okozza a problémát. Hazánkban az elmúlt években ug-rásszerűen nőtt az energiatal-fogyasztás a serdülő és a fiatal felnőttek körében, amihez olyan magas kockázatú viselkedési formák kapcsolódnak, mint az alkoholfogyasztás, a dohányzás, a tiltott droghasználat, valamint a kockázatos szexuális viselkedés és a heteroagresszív magatartás.⁴⁶ Az energiatalok alkohollal történő fogyasztása tovább növeli a problémás szerfogyasztási szokások kialakulásának esélyét. Egy korábbi vizsgálat szerint a fiatalokat az alkohol és energiatal együttes fogyasztására többnyire az motiválja, hogy minél gyorsabban tudjanak ittassá válni, illetve minél több alkoholt tudjanak fogyasztani.⁴⁷

A tinédzsereket célzó – szomatikus és mentális forrású igényekre egyaránt reagáló – egészségügyi hiányosságaival összefüggésben a Gyermek Jogainak Bizottsága ez idáig mindhárom jelentésében (1998, 2006, 2014), visszatérő módon aggályait fejezte ki, és ajánlásokat fogalmazott meg.⁴⁸

Hasonló kritikát fogalmazott meg az állampolgári jogok országgyűlési biztosa 2011-es jelentésében. Ebben több szakértő is megerősítette, hogy jelentős hiányosságok tapasztalhatók a hazai gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátásban, különösen a 14-18 éves korosztály tekintetében.⁴⁹ A gyermekek jogainak érvényesülését vizsgáló civil jelentés pedig az intézményesített gyermek- és ifjúsági addiktológiai ellátás hiányolta.⁵⁰

A felvetett problémák szakszerű kezelése elengedhetetlen feltétele a fiatalok egészséges fejlődésének. A gyermekek drogfogyasztása ugyanis mind akut, mind pedig krónikus egészségügyi kockázatokat is rejt magában. Az egyazon alkalommal elfogyasztott alkohol mennyiségének növekedésével nő a heveny alkoholmérgezés, illetve a problémás szerfogyasztói mintázat kialakulásának esélye.

Az elmúlt években teret hódító dizájn drogok jelenléte, a szerek folyamatos változásából fakadó kiszámíthatatlanság szintén aggodalomra ad okot. A hazai dizájn drogok piacát meghatározó szintetikus kannabinoidok jelentősen átalakultak az elmúlt években: potenciáljuk vélhetően növekedett, az összetételük pedig többnyire ismeretlen maradt a használók előtt. Mindennek következményeként a szintetikus kannabinoidokhoz kapcsolódó nem halálos túladagolások száma, illetve az ilyen esetekben szükséges pszichiátriai és toxikológiai ellátás iránti igény is növekedést mutatott.⁵¹ Elmondható továbbá, hogy az elmúlt években bekövetkezett változások ellenére sem szűntek meg a fiatalok droghasználatával kapcsolatos egészségügyi ellátás hiányosságai.

A pszichiátriai ellátás területén tartósan fennálló probléma, hogy a mentális betegségek megelőzésére, korszerű ellátására kidolgozott programok tekintetében hazánkban még 2011 után is jelentős lemaradás volt tapasztalható a nemzetközi gyakorlathoz képest.⁵²

Kalmár Sándor 2016-os értekezésében száz pontban foglalta össze a gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátás megfelelő működését akadályozó tényezőket.

A PSZICHIÁTRIAI ELLÁTÁS TERÜLETÉN TARTÓSAN FENNÁLLÓ PROBLÉMA, HOGY A MENTÁLIS BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSÉRE, KORSZERŰ ELLÁTÁSÁRA KIDOLGOZOTT PROGRAMOK TEKINTETÉBEN HAZÁNKBAN MÉG 2011 UTÁN IS JELENTŐS LEMARADÁS VOLT TAPASZTALHATÓ A NEMZETKÖZI GYAKORLATHOZ KÉPEST

A szerző kritikaként fogalmazza meg többek között azt, hogy a gyermekek nem kapnak megfelelő ösztönzést arra, hogy „legyen igényük a helyes táplálkozásra, a mozgásra, a stressz-kezelés módszereinek alkalmazására, hogy legyenek képesek lelki egyensúlyuk megővésére, társas viselkedésük szabályozására, a konfliktusok kezelésére”.⁵³ Mindez jelentősen befolyásolhatja a későbbi mentális zavarok, illetve függőségek kialakulását.

A gyermekek egészséges fejlődésének biztosítása, továbbá a fiatalkorban, illetve a későbbiekben kialakuló függőségek elkerülése érdekében nem elegendő, ha kizárólag a pszichoaktív anyagok jelenlétére fókuszálunk. A kémiai addikciók mellett kiemelt figyelmet kell fordítani a viselkedési függőségekre is. Üdvözlendő, hogy 2011 óta a hazai ESPAD kutatásokban a viselkedési addikciók is vizsgálat tárgyát képezik. E probléma felmérése akkor még nem volt része egyik ESPAD modulnak vagy az opcionális kérdésnek sem, kizárólag Magyarországon került bele a tesztbattériába.⁵⁴ 2015-ben már lehetőség nyílt arra is, hogy a nemzetközi adatokat összehasonlíthassuk a magyarországi kutatás eredményeivel. Eszerint a hazai fiatalok körében az átlagosnál elterjedtebb a

szerecséjatek és az internethasználat is.⁵⁵ Ez utóbbi túlzott arányú megjelenése a gyermek életében éppúgy romboló hatású, az egészséges fejlődést veszélyeztető lehet, mint a pszichoaktív anyagok. A témában folytatott kutatások eredményei arra hívták fel a figyelmet, hogy az internethasználat ugyanúgy függősséggé válhat, mint bizonyos tevékenységek (pl. testedzés, vásárlás) túlzásba vitele vagy bizonyos kémiai szerek (pl. alkohol, kábítószer) fogyasztása;⁵⁶ továbbá, hogy a különféle szerek használata

összefüggésben állhat a túlzott internetezéssel.⁵⁷ Balassa szerint a probléma gyökere abban áll, hogy a szülők, nevelők, egyszóval a serdülő korú gyermek primer környezete hagyja, hogy a fiatal felcserélje az „offline gyermekkort” „online”-ra, hiszen az online tér irreális, és ebből adódóan egészen más morális, viselkedési és kommunikációs kontextust generál, mint a hagyományos, „offline” környezet.⁵⁸

A fiatalok körében egyre gyakrabban felmerülő függőség kezelésének igénye okán az utóbbi években fejlesztésen ment keresztül a speciálisan serdülőkorúakat célzó addiktológiai-rehabilitációs ellátás (Szatymazon és Ráckeresztúron), melynek további bővítésére ígéretet tett a kormányzat.⁵⁹ Mindazonáltal fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy a gyermek-

és ifjúsági addiktológiai ellátás mellett nem hanyagolható el a felnőttkori függőségek hatékony kezelési feltételeinek biztosítása sem. Kutatások igazolják, hogy a 15 évesnél fiatalabb gyermekek egészségvesztésének közel 1%-a az alkohol- és kábítószer-fogyasztásra vezethető vissza, azonban kiemelendő, hogy e fenti érték kialakulásában a fiatalok fogyasztási szokásai mellett meghatározó jelentősége van a szülők szerhasználatának is, ami ugyancsak hozzájárulhat a gyermekeknél bekövetkező egészségvesztéshez.⁶⁰

A prevenció programok

A civil jelentés 2011-ben kifogásolta, hogy a működő prevenció programok kizárólag az elrettentést tartják a megelőzés megfelelő eszközének, továbbá azt, hogy a gyorsan terjedő dizájn drogokra késve reagálnak a megelőző, segítő programok.⁶¹ A drogmegelőzés kapcsán általános a szakmai egyetértés, miszerint a drogproblémák igazi megoldása a prevenció. Hozzá tartozik ugyanakkor, hogy a megelőzés sem gyakorlati, sem pedig elméleti szinten nem egyszerű feladat.⁶² Kiváltképp igaz ez akkor, ha egy társadalomban erős kirekesztés és előítéletesség mutatkozik a droghasználókkal szemben. Ilyen közegben ugyanis elsősorban a prohibíciós nézetek fognak érvényesülni. A civil szervezetek 2011-es kritikáinak megfogalmazása óta⁶³ nem tapasztalható jelentős javulás a drogprevenció területén.

2014-től – a nevelési-oktatási intézmények működéséről és köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet módosítását követően – a nevelési és oktatási intézményekben csak olyan szakember, illetve szervezet folytathat egészségfejlesztési és prevenció tevékenységet, aki vagy amely rendelkezik az egészségügyért felelős miniszter által kijelölt intézmény szakmai ajánlásával. A feladatra kijelölt szervezet – amelyre a jogszabály utal – a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) lett. A fentiekből eredő problémát jelenleg nem a szakmai ajánlás beszerzése okozza, hanem az, hogy nincs honnan igényelni azt. Szervezeti átalakításokat követően ugyanis 2017 márciusában a NEFI megszűnt, és általános jogutódja az Emberi Erőforrások Minisztériuma lett. A szakmai ajánlások kiadásával ugyanakkor más intézmény nem lett megbízva, így a tervezett iskolai prevenció programok – ajánlás hiányában – megrekedtek. A másik probléma, amely miatt az utóbbi években továbbra is kritika érte a rendszert, hogy az Emberi Erőforrások Minisz-

A SZAKMAI AJÁNLÁSOK KIADÁSÁVAL UGYANAKKOR MÁS INTÉZMÉNY NEM LETT MEGBÍZVA, ÍGY A TERVEZETT ISKOLAI PREVENCIÓS PROGRAMOK – AJÁNLÁS HIÁNYÁBAN – MEGREKEDTEK

tériuma kezelésében álló drogprevenció támogatási rendszerből biztosított támogatási keret nagysága továbbra sem áll arányban a feladat méretével.⁶⁴

Napjainkban a rendőrség a felelős a leginkább közismert prevenció programok lebonyolításáért: ilyenek a DADA, az ELLEN-SZER vagy a „Szülők és családok a Rendőrség kiemelt partnerei a kábítószer-bűnözés megelőzésében” elnevezésű programok. A rendészeti szervek által folytatott megelőzési projektekkel ugyanakkor az a probléma, hogy azok kizárólag a bűnözés vagy az áldozattá válás kontextusában értelmezik a kábítószer-használatot. Ahogy azt a gyermek- és ifjúságvédelmi programok egységes végrehajtásáról szóló 16/2016. (VII. 21) ORFK utasítás is leszögezi: „a programban részt vevő rendőr a téma büntető igazságszolgáltatási vonatkozását ismerteti, ugyanakkor nem feladata a kábítószer-fogyasztás egészségügyi és szociális kockázatairól tájékoztatni”.⁶⁵ E rendelkezés abból a szempontból dicséretes, hogy nem készíti a rendőrt a kompetenciahatárainak átlépésére, ugyanakkor prevenció szakmai szempontból aggályos, hogy e gyakorlat éppen a kábítószer-jelenség komplexitását hagyja figyelmen kívül.

A kábítószerhasználat különböző társadalmakban más-más értelmezés alá esik. Az ún. kriminalizációs megközelítési modell szerint a kábítószer fogyasztása bűncselekmény, amit a rendészet és az igazságszolgáltatás eszközeivel kell kezelni. Magyarországon a rendőrség DADA elnevezésű iskolai prevenció programja, amelynek keretében egyenruhás rendőrök tartanak foglalkozásokat, egyértelműen ezt, vagyis a kriminalizációs modellt képviseli.⁶⁶

A rendőrség effajta tevékenysége részben abból a felelősségből fakad, miszerint a rendészeti szerveknek óvniuk kell a közösséget a veszélyeztető cselekményektől.⁶⁷ A védelmi funkcióval egyidejűleg ugyanakkor megjelenik a felelősségre vonás társadalmi elvárása is a rendőrséggel szemben, s ennek az a következménye, hogy a rendőrségi prevenció programok szűk keresztmetszetben értelmezik a kábítószerhasználat jelenségét.

Az elsődleges prevenció területén a tájékoztatás jelentőségét nem lehet elvitatni. Ugyanakkor minden esetben törekedni kell a probléma komplex megközelítésére, és nem lehet kizárólag félelmen és prohibíció alapuló eszközökre hagyatkozni. Rezi Elek 1989-es tanulmányában az alkoholizmusmegelőzés egyik alappillérenek tekinti a nevelés és felvilágosítás eszközt. Hangsúlyozza ugyanakkor, hogy „*ezt a munkát az egészséges életmódra nevelés keretében kell el-*

végezni”. Ez a prevenciónak egy olyan holisztikus szemléletére utal, amely az egészséges életút kialakítására és nem pusztán az elrettentésre és tiltásra alapoz.⁶⁸

Ahogy arra a civil jelentés is kritikusan utal,⁶⁹ valóban elképzelhetetlen a hatékony prevenció anélkül, hogy a szerhasználat okait, motíváló tényezőit feltárnánk. Az utóbbi években végzett kutatások eredményei tovább erősítették azt az álláspontot, miszerint a társas kapcsolatok, a serdülőkori pszichés fejlődés sajátosságai elsődlegesen meghatározóak a szerhasználói viselkedés kialakulásában. A magyar fiatalok körében végzett HBSC kutatás szerint annál nagyobb az esély arra, hogy egy fiatal kipróbálja a kannabiszt, minél több barátja kipróbálta már. Azoknak a fiataloknak, akiknek (állításuk szerint) mindegyik barátjuk fogyaszt kannabiszt, 85,1%-a próbálta már ki a marihuánát vagy a hasist. Ezzel szemben azok közül, akik azt állították, hogy egy barátjuk sem fogyaszt kannabiszt, csak 4,7%-nak van ezen a téren tapasztalata.⁷⁰ A fiatalok alkoholfogyasztását és dohányzását vizsgáló kutatás során az elemzők szintén arra következtettek, hogy a társas motiváció a legerősebb „univerzális” motivációs faktor, nemtől és szertípustól függetlenül növeli a dohányzás és alkoholfogyasztás valószínűségét. Az alkoholfogyasztásnak nem is volt más szignifikáns motivációs prediktora; a cigaretta esetében a társas hatások szerepe mellett az unaloműzés és az érzelmi reguláció ('coping') jelentősége is megfigyelhető.⁷¹ A nemzetközi szakértők szerint is azok a dohányzásmegelőző programok lesznek hatásosak a fiatalok körében, amelyek a társas kompetenciákat és a társas hatást egyaránt befolyásolják.⁷²

Mindazonáltal, ahogy a szerhasználat jelensége, úgy a prevenció programok értelmezése sem képzelhető el komplex szemlélet nélkül. A droghasználatot megelőző programok kapcsán Buda Béla megjegyzi: „*egyelőre nincs olyan ország vagy nagyobb régió, amelyben a megelőzési intézkedések révén csökkent volna a drogfogyasztás*”.⁷³ E területet illetően tehát Magyarországon is nagyobb hangsúlyt kellene fektetni az ún. szekunder prevencióra, ami nem a teljes absztinenciát tűzi ki célul, hanem a problémák korai felismerésére, valamint súlyosbodásuk megelőzésére fókuszál. E körbe tartoznak a tücsereprogramok, az alacsonyküszöbű, ártalomcsökkentő szolgáltatások vagy az utcai megkereső projektek.

A tücsereprogram – amelynek hazai helyzetével kapcsolatban 2014-ben az alapvető jogok biztosa is kifejtette aggályait –, továbbá a szerhasználókat fel-

E TERÜLETET ILLETŐEN TEHÁT MAGYARORSZÁGON IS NAGYOBB HANGSÚLYT KELLENE FEKTETNI AZ ÚN. SZEKUNDER PREVENCIÓRA, AMI NEM A TELJES ABSZTINENCIÁT TŰZI KI CÉLUL, HANEM A PROBLÉMÁK KORAI FELISMERÉSÉRE, VALAMINT SÚLYOSBODÁSUK MEGELŐZÉSÉRE FÓKUSZÁL

kereső szolgáltatások hatékony működésének akadályait alapvetően a társadalom téves hiedelmei teremtik meg. Véleményem szerint ugyanis a közösség tagjainak általánosan elfogadott értelmezésében ezek a programok a kábítószert használatának folytatására ösztönöznek; horribile dictu, támogatják azt. Szakértői felelősség tehát, hogy ne csupán a droghasz-

nálát következményeiről, hanem a prevenció lehetőségéről is megfelelő tájékoztatást kapjon a társadalom.

A civil jelentésben a dizájnerdrogok kapcsán megfogalmazott kritikák tekintetében átütő változásról nem lehet beszámolni.⁷⁴ A dizájnerdrogok használatára gyorsan reagáló programok, eljárások kidolgozásának igényével összefüggésben ugyanakkor fontos azt hangsúlyozni, hogy éppen az új pszichoaktív anyagok meghatározó jellemzői – a kiszámíthatatlanság és gyors változás – azok, amelyek nehezítik a megfelelő fellépést. A korábban – 2010 előtt – problémát jelentő heroinfüggőségnél alkalmazott szubsztitúciós terápiák például az új pszichoaktív anyagoknál nem alkalmazhatók.⁷⁵ Továbbá – a használt szerek palettájának gyakori változásai okán – az egyes anyagok hosszú távú hatásainak elemzésére sincs elegendő idő. A drogprevenció kapcsán említést érdemel, hogy még mindig kevés szó esik a gyógyszerek felelősségteljes alkalmazásáról, holott a gyógyítási folyamat mellett a kóros örömszerzésben is meghatározó szerepe van e készítményeknek.⁷⁶ Veszélyt jelent, hogy a társadalom jelentős része – beleértve bizonyos szakembereket is – nem rendelkezik megfelelő információkkal például a pszichofarmakonokról, ami a gyógyszerek indokolatlan elhagyását, vagy épp ellenkezőleg, „zsebből” történő gyógyszerzézést eredményezhet.⁷⁷

Végezetül a gyerekek drogfogyasztása és függőségük megelőzése kapcsán kiemelt figyelmet kell szentelni azon mentális zavarok megjelenésére és kezelésére is, amelyek okozati összefüggésben állnak a szerfogyasztással. Példának okáért, tudományos kutatások meghatározó szerepet tulajdonítanak a figyelemhiányos hiperaktivitás-betegség (ADHD – 'attention-deficit hyperactivity disorder') neuropszichiátriai tünetegyüttesnek a dohányzás kialakulásában. Az ADHD-ban szenvedő serdülőknél több mint kétszer nagyobb a valószínűsége a rendszeres dohányzás kialakulásának, mint az ADHD-ban nem szenvedő társaik esetében. Ennek egyik lehetséges magyarázata a nikotin pszichostimuláns farmakológiai tulajdonságára alapoz; ezen magyarázat szerint tulajdon-

képpen az ADHD tüneteinek csökkentése érdekében dohányozhatnak ezek a fiatalok.⁷⁸ Young és munkatársai szerint az ADHD-ban szenvedő fiatalok önmedikalizáló próbálkozásainak megnyilvánulásaként értékelhető a dohányzás mellett az alkohol és egyes illegális drogok fogyasztása is.⁷⁹

A jogi szabályozás

A civil jelentésben a droghasználattal kapcsolatos jogi szabályozás három területe kapott elsősorban kritikát: a Nemzeti Drogstratégiához⁸⁰ kapcsolódó cselekvési terv hiánya, a dizájnerdrogok szankcionálásának, valamint a legálisan beszerezhető pszichoaktív szerek szabályozásának hiányosságai.⁸¹ Az fentiekkel kapcsolatban azóta bekövetkezett változásokat az alábbi bekezdésekben foglalom össze.

Az 1669/2017. (IX. 15.) számú határozatával a Kormány elfogadta a hatályos Nemzeti Drogstratégia 2017–2018. évekre vonatkozó szakpolitikai programját. A cselekvési tervben végrehajtandó feladatként szerepel a kábítószer-megelőzés, a kezelés és rehabilitáció, a kínálatcsökkentési beavatkozások rendszerének fejlesztése, valamint az emberi és társadalmi erőforrások mobilizálása.

Az új pszichoaktív anyagok robbanásszerű terjedésére adott válaszok egyikeként 2012. április 3-tól hatályba lépett a kábítószerrel és pszichoaktív anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet, amely tartalmazta az új pszichoaktív szerek listáját („C-lista”). A jogszabály a dizájnerdrogokkal szemben történő hatékonyabb fellépés érdekében a korábban alkalmazott tételes felsorolás mellett – közös kémiai szerkezeti részek alapján – generikus szabályozás alá vont meghatározott vegyületcsoportokat is. 2015. január 1-től azután, újabb jogszabály-módosítást követően, hatályba lépett az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagokról vagy vegyületcsoportokról szóló 55/2014. (XII. 30.) EMMI rendelet, amely még egyszerűbbé tette az újonnan megjelent dizájnerdrogok jogszabályi ellenőrzés alá vonását. Ezt követően ugyanis már nincs szükség a kormányrendelet módosítására ahhoz, hogy egy anyagot új pszichoaktív anyaggá minősítsenek. Amennyiben ugyanis az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló

2005. évi XCV. törvényben meghatározott – az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó – feltételek fennállnak, az adott kémiai szert a kockázatértékelés idejére az egészségügyért felelős miniszter az új pszichoaktív anyaggá minősített anyagok vagy vegyületcsoportokról szóló miniszteri rendelet jegyzékére veszi. Természetesen ezekkel a módosításokkal korántsem oldódik meg teljes mértékben a dizájnerdrogok szabályozásának kérdése. Az új szerek megjelenése és azok tényleges detektálása között ugyanis hónapok telhetnek el. Sivadó szerint ugyanakkor ez még mindig nagyságrendekkel kevesebb idő, mint amennyit korábban a pszichoaktív anyag listára való felkerüléséhez szükség volt. Az új pszichoaktív anyagok listáján egy vegyület vagy vegyületcsoport ugyanis egy évig szerepeltethető, ezt követően vagy át kell minősíteni pszichoaktív anyaggá, vagy megszűnik a büntetőjogi szabályozása.⁸²

A Nemzeti Drogstratégia végrehajtási programjában is szerepel, hogy rendszeres időközönként biztosítani kell az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó szabályozás hatásvizsgálatát, és szükség esetén javaslatot kell tenni a jogi és működési keretrendszer módosítására.

2012 szeptemberében – a fiatalok körében tapasztalt nagyarányú dohányzás mérséklésének és megelőzésének egyik eszközeként – hatályba lépett a fiatalok dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről szóló 2012. évi

CXXXIV. törvény („dohánytörvény”). A törvény célja – a jogalkotó megfogalmazása szerint –, hogy Magyarországon minél kevesebb fiatalok dohányozzon, ezáltal pedig közép- és hosszútávon az egész magyar társadalom közegészségügyi állapota is jelentősen javuljon. Hasonló okokból szigorították a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény egyes rendelkezéseit is. Ugyanakkor, a szigorú szabályok ellenére Magyarországon nagyon egyszerű cigarettához jutni a nemzetközi vizsgálatban résztvevő magyar fiatalok 68%-a szerint.⁸³

A dohánytermékek, illetve a dizájnerdrogok fogyasztásának visszaszorítása érdekében tett jogalkotói lépések rávilágítanak arra, hogy a kizárólag prohibíciós eszközökre támaszkodó megoldások önmagukban eredménytelenek, hovatovább degeneratív szerfogyasztási minták kialakításához vezetnek.

2012 után, a hazánkban is jelentősen megnövekedett fogyasztásra reagálva, az energiatalok értéke-

sítését monetáris eszközökkel igyekezett korlátozni a kínálati piacon a jogalkotó. 2013. január 1-től, a népegészségügyi termékadóról szóló 2011. évi CIII. törvény módosítását követően, a taurint tartalmazó energiatalok után népegészségügyi termékadó (NETA) kell fizetni. A különböző termékek között – a hozzáadott anyagoktól függően – differenciált adómérték alkalmazása mellett döntött a jogalkotó. A taurintartalmú termékek esetében 250 Ft/liter, míg a metil-xantin- (koffein, teobromin és teofillin) tartalmú termékek esetében (15 mg / 100 ml feletti mennyiségnél) 40 Ft/liter adófizetési kötelezettség keletkezik. A jogszabály-módosítás célja a népegészségügyileg nem hasznos élelmiszerek visszaszorítása és az egészséges táplálkozás előmozdítása volt. Az új szabályok hatályba lépésével – az előzetes várakozásoknak megfelelően – a hazai piacon megtalálható termékek összetevőiből eltűnt a taurin. A probléma ugyanakkor az, hogy az energiatalok rövid idő alatt, nagy mennyiségben történő fogyasztásával okozati összefüggésben álló akut tünetek – mint a szédülés, hányinger, szopora szívverés –, illetve a függőség kialakulásáért leginkább az energiatalokban lévő koffein tehető felelősé. A koffein ugyanis a jelenlegi ismereteink szerint – mint átmeneti hatású, enyhe pszichoaktív központi idegrendszert-stimuláns – addiktív hatású lehet.⁸⁴

A hazai droghasználat szabályozását illetően ugyanakkor a legtöbb okot az aggodalomra továbbra is az alkohol adja. A mértéktelen éjszakai alkoholfogyasztás megelőzése és az alkoholos állapotban tanúsított deviáns viselkedés visszaszorítása érdekében Magyarország több településén, illetve a főváros számos kerületében alkoholértékesítési korlátozást vezettek be. A korlátozások kijátszására ugyanakkor éppen az a dohánytörvény adott lehetőséget, amely elvileg a fiatalkorúak dohányzásának megelőzésére szolgál. A dohánytermékek árusítására jogosult üzletek (trafikok) ugyanis – 2012 szeptemberétől – nem tartoznak a kereskedelemről szóló 2005. évi CLXIV. törvény hatálya alá, ezáltal a helyhatóságok nem is követelhetik rajtuk az alkoholértékesítési korlátozások betartását.

A hazai alkoholszabályozás másik problémáját a háztartásokban történő alkoholpárlat-előállítás jelenti. 2010 szeptemberétől a jogalkotó – ötvenliteres mennyiségig – kivonta a jövedéki adófizetés hatálya

alól az otthon történő gyümölcs párlat-előállítás. 2014-ben az Európai Unió Bírósága ítéletében kimondta, hogy a magánszemélyek által történő párlat adómentes előállítása ellentétes a közösségi jog előírásaival, tehát hazánkban a perben képviselt álláspontja megalapozatlan, ezért jogszabály-módosításra van szükség.⁸⁵ A hazai jogalkotás, eleget téve a bíróság által kifogásoltaknak, normaváltoztatást hajtott végre. Azonban mind a 2016. január 1-től módosított jövedéki törvény,⁸⁶ mind pedig a 2017-től hatályos új jövedéki jogszabály⁸⁷ olyan előírásokat tartalmaz – az előállítás, bejelentés, adófizetési kötelezettségek és ellenőrzés tekintetében egyaránt –, amelyek kijátszása meglehetősen egyszerű. Mindezek mellett pedig a gyümölcs párlatot – hasonlóképp a legalább hét gyógynövényt tartalmazó alkoholtérmekekhez – még a népegészségügyi termékadó fizetésének terhe alól is mentesítette a jogalkotó.

Az otthon történő alkoholfogyasztás kultúrájának támogatása komoly egészségügyi kockázatokat rejt magában. Egyrészt, a házi készítésű, eltitkolt termékek valós mennyiségéről, így az ország tényleges alkoholfogyasztásáról nincsenek és nem is lehetnek pontos adataink.⁸⁸ Másrészt a házi párlat- és boryártás során az előállító sok esetben nem számol az egészségügyi kockázatot jelentő káros melléktermékek keletkezésével, ami súlyos, akár halálos mérgezések okozója is lehet. Ez utóbbi kockázat jelentőségét jól példázzák azok a 2017-ben történt esetek, amelyek egyike során egy tizenéves gyermek meghalt, egy másik esetben pedig egy hároméves gyermek súlyos egészségkárosodást szenvedett – házilag gyártott, illetve otthon főzött alkoholból származó – metilalkoholmérgezés következtében.

A hazai alkoholfogyasztás problémáira utalva, Kossuth Lajos 1841-ben a következőket jegyezte meg: „*Legyen szabad ez alkalommal megvallanunk, miképen bármennyire jövedelmezők is legyenek a szeszfőzőházak, mi mégis a pálínkat azon átkok közé számítjuk, melyek a népen igen nyomasztón fekszenek. [...] aki szerét találná az emberiség e rettenetes métegyét az italok sorából ki, s pusztán a kémiai laboratóriumokba s gyárakba szorítani, tán épen oly jötevője lenne az emberi nemnek, mint a himlőoltó Jenner, vagy aki egykor a dögmirigy mérges nyilait eltompítandja.*”⁸⁹ Olybá tűnik, hogy hazánkban az alkoholfogyasztás mértékletes-

A KORLÁTOZÁSOK KIJÁTSZÁSÁRA UGYANAKKOR ÉPPEN AZ A DOHÁNYTÖRVÉNY ADOTT LEHETŐSÉGET, AMELY ELVILEG A FIATALKORÚAK DOHÁNYZÁSÁNAK MEGELŐZÉSÉRE SZOLGÁL. A DOHÁNYTERMÉKEK ÁRUSÍTÁSÁRA JOGOSULT ÜZLETEK (TRAFIKOK) UGYANIS – 2012 SZEPTEMBERÉTŐL – NEM TARTOZNAK A KERESKEDELEMRŐL SZÓLÓ 2005. ÉVI CLXIV. TÖRVÉNY HATÁLYA ALÁ, EZÁLTAL A HELYHATÓSÁGOK NEM IS KÖVETELHETIK RAJTUK AZ ALKOHOLÉRTÉKESÍTÉSI KORLÁTOZÁSOK BETARTÁSÁT

sége, korlátozása, problémás mintázatainak elhagyása továbbra sem történt meg. Dacára a hatályban lévő előírásoknak, a nemzetközi kutatás szerint a magyar fiatalok 84%-a állította azt, hogy Magyarországon rendkívül egyszerű alkoholhoz jutni.⁹⁰ Arra pedig már a dizájner drogokkal kapcsolatban végzett kutatások is rávilágítottak, hogy a szer könnyű hozzáférhetősége motiválhatja a fogyasztást.⁹¹

BEFEJEZÉS

Meglátásom szerint a XXI. században – sokkal inkább, mint bármikor – elengedhetetlen a gyermekek drogfogyasztásával kapcsolatban folytatott diskurzus folytatása. Ennek oka a társadalmi változások és a gyermekek fejlődése egymásra gyakorolt hatásának sajátosságai rejlik.

Egyrésztől elmondható, hogy a modern társadalmak két legmeghatározóbb jellemzője az interperszonális kapcsolatok számának folyamatos növekedése, valamint a teljesítményorientált értékelési rendszer. A személyek közti kapcsolatok számának emelkedése, továbbá a fokozott teljesítményelvárás – legyen szó az egyénnek önmagával szemben fennálló vagy a társadalom más tagjainak elvárásáról – egyaránt alkalmas arra, hogy olyan konfliktushelyzeteket alakítson ki, amely hatékony megküzdési ('coping') stratégiát követel.⁹² követel. Az egészségtelen működés problémája pedig éppen a rosszul kialakított vagy egyáltalán nem létező stratégiában rejlik. Pikó szerint a modern társadalom egyik alapilúziója, hogy a nemkívánatos, kellemetlen események – mint a konfliktushelyzetek – kiiktathatók; csupán a lehető legkényelmesebb és leggyorsabb megoldást kell megkeresni hozzá. A gyógyszerfüggőség, a dohányzás, az alkohol- és a drogfogyasztás, sok esetben még a táplálkozási anomáliák is ilyen azonnali megoldást kínálnak.⁹³

Másfelől, az egyén fejlődését vizsgálva elmondható, hogy a serdülőkor, illetve a fiatal felnőttkor kitüntetett jelentőségű időszaknak számítanak a szerfogyasztási problémák kialakulása szempontjából, ugyanis a dohányzás, az alkohol és az illegális drogok abuzív használata általában ebben a két életszakaszban kezdődik.⁹⁴

Ez elmúlt években elvégzett elemzések és vizsgálatok eredményeit áttekintve, összességében elmondható, hogy a gyermekek alapjogait sértő, illetve veszélyeztető jelenségek között a pszichoaktív anyagok jelenléte mindössze egy szeletét képezik a problémának. Nagy szerint az 1990-es évek végére sikerült megteremteni Magyarországon a gyermekjogok érvényesítésének alapvető feltételeit, mindazonáltal,

ahogy a szerző fogalmaz: „a 2010 óta felerősödött trend azt mutatja, hogy egyes ágazati törvények az abban [Gyermekjogi Egyezményben] biztosított jogosítványokat korlátozzák és az akkori állapotokhoz képest viszszalépéseket tesznek. Mára jelentős hiátus alakult ki a gyermekjogok védelmének területén.”⁹⁵ Olybá tűnik tehát, hogy a gyermekek jogai érvényre jutása érdekében a jövőben is számtalan feladat vár az ország „felnőtt” társadalmára, amelyben a drogfogyasztás jelenségének megfelelő kezelése mindössze egy a sok teendő közül.

JEGYZETEK

1. KÖMÜVES Ágnes, szerk.: Civil (alternatív) jelentés az ENSZ Gyermekjogi Egyezmény magyarországi végrehajtásáról 2006–2012., Budapest, Család, Gyermek, Ifjúsági Egyesület, 2012.
2. Richard Pierre CLAUDE – Burns H. WESTON: Human Rights in the World Community, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2006, 3.
3. BALASSA Bence: Egy dicstelen történet – A dehumanizáció karrierje a XX. században, Polgári Szemle, 2017/1–3., 200–201.
4. NYITRAY Zsuzsanna: Az ENSZ gyermekjogi Egyezménye és az Egyezményben biztosított jogok érvényesülése, in Az állam és a jog alapvető értékei II., SMUK Péter szerk., 186–195., Győr, SZE Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola, 186.
5. BALASSA Bence: The importance of international cooperation, Kritische Zeiten, Sonderheft, Wien, 2016, 2–3.
6. Az ENSZ Gyermekjogi Egyezményének (Convention on the Rights of the Child) részes államainak nyilvántartása alapján, https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&lang=en.
7. KECSKEMÉTI Edit: A gyermek Jogairól szóló Egyezmény végrehajtása, Acta Humana: Emberi jogi közlemények, 1992/9, 16–24.
8. A Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt egyezmény (Gyermekjogi Egyezmény) preambuluma.
9. Lux Ágnes: Tükör és/vagy görbe tükör? Magyarország a Gyermekjogi Bizottság előtt. Esély 2015/4, 5–19.
10. Gyermekjogi Egyezmény 44. cikk 1. pont
11. Rózsás Eszter: A gyermekjogok tartalma, érvényesítése és védelme. Disszertáció (Pécsi Tudományegyetem), Kézirat, Pécs, 2008., 22.
12. Uo. 22–26.
13. ENSZ GYERMEKEK JOGAINAK BIZOTTSÁGA: A Gyermek Jogainak Bizottsága részes államok által benyújtott Jelentések tárgyában született észrevételek, ügy-

- szám: CRC/C/HUN/CO/2, 67. pont, 2006., 14., http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2FHC%2FHUN%2FCO%2F2&Lang=en
14. Magyarország 3-4-5. időszakos jelentése a Gyermekek Jogairól Szóló Egyezményben elismert jogok érvényesítése érdekében elfogadott intézkedésekről, Budapest, 2012, <http://2010-2014.kormany.hu/download/c/fb/41000/Gyermekek%20jogai%20JELENTES%202012.pdf#!DocumentBrowse/>
 15. KÖMŰVES Ágnes, szerk.: Civil (alternatív) jelentés az ENSZ Gyermekjogi Egyezmény magyarországi végrehajtásáról 2006-2012., Budapest, Család, Gyermek, Ifjúsági Egyesület, 2012.
 16. Uo.
 17. ERDŐS Ákos: Droghelyzet: tiltás kontra legalizáció, Magyar Rendészet, 2015/3, 11-26.
 18. Lásd: KÖMŰVES (1. vj.) 53.
 19. AJB-1091/2011. és AJB-2913/2012. számú jelentések
 20. Uo.
 21. Ludwig KRAUS – Hakan LEIFMAN – Julian VICENTE, ed.: ESPAD Report 2015. Result from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxemburg, Publications Office of the European Union, 2016, 72.
 22. Lásd: KRAUS etc. (21. vj.)
 23. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries, Björn HIBELL – Ulf GUTTORMSSON – Salme AHLSTRÖM etc. ed.: Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2012, 12.
 24. Daniella C. FHUR – Gerhard GMEL: What Is Alcohol per Capita Consumption of Adults Telling us about Drinking and Smoking among Adolescents? A Population-Based Study across 68 Countries. Alcohol Alcohol, 2011/1, 88-92.
 25. NÉMETH Ágnes – KÖLTŐ András, szerk.: Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2016, 58.
 26. Lásd KRAUS etc. (21. vj.) 55.
 27. SIVADÓ Máté: Jelenkori drogpolitika Magyarországon és Európában, tengerentúli kitekintéssel. Disszertáció (Debreceni Egyetem Marton Géza Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola), Kézirat, Debrecen, 2015.
 28. Lásd NÉMETH-KÖLTŐ (25. vj.) 73.
 29. BÁCSKAI Erika – GEREVICH József: Adalék a magyarországi droghelyzet tisztázásához. Esély, 1993/6, 46-51.
 30. Lásd KRAUS etc. (21. vj.) 14.; Fabrizio FAGGIANO – Federica VIGNA-TAGLIANTI – Gregor BURKHART – Karl BOHRN – Luca CUOMO – Dario GREGORI – Massimiliano PANELLA – Maria SCATIGNA – Roberta SILIQUINI – Laura VARONA – Peer van der KREEFT – Maro VASSARA – Gudrun WIBORG – Maria Rosaria GALANTI – EU-Dap Study Group: The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial, Drug and Alcohol Dependence, 2010/108, 57; Linda MONTANARI – Bruno GUARITA – Jane MOUNTENEY – Nina ZIPFEL – Roland SIMON: Cannabis Use among People Entering Drug Treatment in Europe: A Growing Phenomenon? European Addiction Research, 2017/23, 113-121.
 31. Lásd BJÖRN etc. (23. vj.) 12.
 32. Lásd KRAUS etc. (21. vj.) 40.
 33. Uo. 35.
 34. NÉMETH Ágnes – KÖLTŐ András, szerk.: Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja, 2010. Budapest, Országos Gyermekkegészségügyi Intézet, 2011, 51.
 35. Lásd NÉMETH-KÖLTŐ (25. vj.) 80.
 36. Lásd KRAUS etc. (21. vj.) 31.
 37. 2017-es éves jelentés (2016-os adatok) az EMCDDA számára, CZÉR Polla – CSESZTREGI Tamás – FÓTI Orsolya stb., Budapest, Nemzeti Drog Fókuszpont, 2017, 21.
 38. Ariane WOHLFARTH – Wolfgang WIENMANN: Bioanalysis of new designer drugs. Bioanalysis, 2010/5, 965-979.
 39. Lásd CZÉR stb. (37. vj.) 22.
 40. Lásd NÉMETH-KÖLTŐ (25. vj.) 78.
 41. Gulser Esen BESIL – Mehmet Alper IKIZ – Sema YILDIRIM – SELCUK SALTIK: Synthetic Cannabinoid abuse in Adolescents: A Case Series, The Journal of Emergency Medicine, 2015/5, 644-650.
 42. Laurent KARILA – Bruno MEGARBANE – Oliver COTTENCIN – Michel LEJOYEUX: Synthetic Cathinones: A New Public Health Problem, Neuropharmacology, 2015/1, 12.
 43. SZILY Erika – BITTER István: Designer drugs in psychiatric practice – A review of the literature and the recent situation in Hungary, Neuropsychopharmacologia Hungarica, 2013/4, 223-231.
 44. SIVADÓ Máté: Új politikák a drogjelenség kezelésében, kitekintéssel az alkoholra, Belügyi Szemle, 2015/5, 92-101.
 45. Lásd: ELEKES Zsuzsanna: Alkoholprobléma a házi-orvosi rendelők betegei között, Demográfia, 2015/2-3, 145-171.; SZALAY Piroska: Az alkoholizmus néhány pszichológiai és szomatikus következményének vizsgálata – A rendszeres fizikai aktivitás szerepe az alkohol-dependens fiatal férfiak komplex rehabilitációjában, Disszertáció (Simmelweis Egyetem Neveléstudományi Sporttudományi Tudományági Doktori Iskola) Kézirat, Budapest, 2005, 27.
 46. GRADVOHL Edina – VIDA Katalin – RÁCZ József: Tölts rá...! Az alkohol és energiákkal együttes fogyasztása

- nak és a kockázatvállaló magatartási formák kapcsolatának felmérése a fiatal felnőttek körében, *Orvosi Hetilap*, 2015/27, 1100–1108.
47. Cecile A. MARCZINSKI: Alcohol Mixed with Energy Drinks: Consumption Patterns and Motivations for Use in U.S. College Students, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2011/8, 3233–3245.
 48. Lux Ágnes: Tükör és/vagy görbe tükör? Magyarország a Gyermekjogi Bizottság előtt, *Esély*, 2015/4, 5–19.
 49. *AJB* 1298/2011. sz. jelentés.
 50. Lásd KÖMŰVES (15. vj.) 54.
 51. VARSÁNYI Péter – VITRAI József, szerk.: Egészségjelentés 2016. Információk a népegészségügyi beavatkozások célterületeinek azonosításához a nem fertőző betegségek és az egészségmagatartási mutatók elemzése alapján. Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2017, 60.
 52. BITTER István: A pszichiátria elmúlt 20 évének főbb eseményei és eredményei: 1993–2013., *Orvostovábbképző Szemle*, 2013/12, 82–86.
 53. KALMÁR Sándor: A magyar gyermek- és ifjúságpszichiátria fejlődésének legfontosabb akadályai, *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 2016/2, 93–109.
 54. GYEPESI Áron – ELEKES Zsuzsanna – DOMOKOS Tamás – DEMETROVICS Zsolt: A 2011-es ESPAD kutatás (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) magyarországi adatfelvételének módszertana és a minta leíró jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 2013/1, 30–38.
 55. Lásd KRAUS etc. (21. vj.) 65–67.
 56. Lásd: KUN Bernadette: Az online világ hálójában – Internetfüggőség, *Interpress Magazin*, 2017/3, 50–57.; Young Sik LEE – Doug Hyun HAN – Sun Mi KIM – Perry F. RENSHAW: Substance abuse precedes internet addiction, *Addictive Behavior*, 2013/4, 2022–2025.
 57. PRIEVARA Dóra Katalin – PIKÓ Bettina: Az interneten eltöltött idő és a problémás használat háttértényezőinek vizsgálata fiatalok körében, *Iskolakultúra*, 2015/11, 90–102.
 58. BALASSA Bence: „Mindennapi értékeink abból a létmódból táplálkoznak, melyben élünk; meghatározó közegünk ez.”, *Elpis*, 2009/1, 13.
 59. Fókuszban a gyermek-addiktológiai rehabilitáció, Budapest, 2017, http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/fokuszban_a_gyermek_addiktologiai_rehabilitacio
 60. VITRAI József – VARSÁNYI Péter, szerk.: Egészségjelentés 2015. Információk a hazai egészségvesztések csökkentéséhez, Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2015., 55.
 61. Lásd KÖMŰVES (15. vj.) 54.
 62. BUDA Béla: Drogmegelőzés. Szándékok, dilemmák és perspektívák, *Addiktológia*, 2005/1, 73–88.
 63. Lásd: KÖMŰVES (1. vj.) 54.
 64. GYÖRFI Gyula: Forrástérkép. in. NAGY Ádám szerk.: Miből lehetne a cserebogár? Jelentés az ifjúságügyről, Budapest, ISZT Alapítvány – Ifjúság szakmai Együttműködési Tanácskozás – Kecskeméti Főiskola, Iuvenis Ifjúság szakmai Műhely, 2015., 63–76.
 65. 16/2016. (VII. 21) ORFK utasítás, a gyermek- és ifjúságvédelmi programok egységes végrehajtásáról, 15. pont
 66. MOLNÁR Dániel: Kábítószer-politika Magyarországon 1990 és 2014 között, Disszertáció (Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Interdiszciplináris Doktori Iskola) Kézirat, Pécs, 2016, 29.
 67. ERDŐS Ákos: Felelősség a rendvédelemben, múltban és jelenben. *Magyar Közigazgatás*, 2011/2, 118–121.
 68. REZI Elek: Az alkoholizmus, *Keresztény Magvető*, 1989/4, 208–215.
 69. KÖMŰVES (1. vj.) 53.
 70. Lásd NÉMETH-KÖLTŐ (25. vj.) 81.
 71. PIKÓ Bettina – VARGA Szabolcs: Mi motiválja a fiatalok dohányzását és alkoholfogyasztását? *Orvosi Hetilap*, 2014/3, 100–105.
 72. Roger E. THOMAS – Julie McLELLAN – Rafael PERERA: School-based programmes for preventing smoking (Review), *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 2013/5, 1616–2040.
 73. Lásd BUDA (62. vj.) 73.
 74. KÖMŰVES (1. vj.) 54.
 75. RÁCZ József – CsÁK Róbert: Új pszichoaktív anyagok megjelenése egy budapesti tücsereprogram kliensei körében, *Orvosi Hetilap*, 2014/35, 1383–1394.
 76. ERDŐS Ákos: Gyógyszerrendészet – egy speciális feladat kihívásai, in SZABÓ Andrea – ZSÁMBOKINÉ Ficskovszky Ágnes szerk.: Az adó- és vámszolgáltatások aktuális kihívásai, Konferencia és tanulmánykötet, Budapest, Magyar Rendészettudományi Társaság, 2015, 66–82.
 77. KOVÁCS Gábor: Merre haladsz, magyar pszichofarmakológia? *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 2012/3, 150–151.
 78. MATUSZKA Balázs – BÁCSKAI Erika – CZOBOR Pál – EGRI Tímea – GEREVICH József: A dohányzás és az alkoholfogyasztás együttes előfordulásának összefüggései a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar tüneteivel a kilencedik osztályos tanulók körében, *Orvosi Hetilap*, 2015/43, 1750–1757.
 79. Gisli H. GUDJONSSON – Jon Fridrik SIGURDSSON – Inga Dora SIGFUSSDOTTIR – Susan YOUNG: An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2012/3, 304.

80. 80/2013. (X. 16.) OGY határozat, a Nemzeti Drogel-
lenes Stratégiáról 2013-2020.
81. KŐMŰVES (1. vj.) 54.
82. SIVADÓ Máté: Pozitív tendenciák az új pszichoaktív
szerek ügyében?! in Gaál Gyula – Hautzinger Zoltán
szerk.: Pécsi Határőr Tudományos Közlemények, Pécs,
Magyar Hadtudományi Társaság Határőr Szakosztály
Pécsi Szakcsoport, 2017, 169–174.
83. Lásd KRAUS etc. (21. vj.) 31.
84. Lásd GRADVOHL–VIDA–RÁCZ (46. vj.) 1101.
85. Európai Unió Bíróságának C-115/13. sz. ügyben ho-
zott ítélete (Európai Bizottság v. Magyarország).
86. 2003. évi CXXVII. törvény, a jövedéki adóról és a
jövedéki termékek forgalmazásának különös szabá-
lyairól.
87. 2016. évi LXVIII. törvény, a jövedéki adóról.
88. TOMPA Anna: Egészségtudat és tudatos egészség, in
Hitseker Mária – Szilágyi Zsuzsa szerk.: Mindentu-
dás Egyeteme 3., Budapest, Kossuth Kiadó, 2004,
43–68.
89. SZULOVSKY János: A magyarországi pálinkafőzés 19.
századi történetéhez, in Balázs Géza – Viga Gyula
szerk.: Közelítések a pálinkakultúrához, Budapest,
Inter, 2013, 11–22.
90. Lásd KRAUS etc. (21. vj.) 31.
91. Lásd BESIL etc. (41. vj.) 644–650.
92. LAZARUS, Richard S. – LAUNIER, Raymond: Stress-
Related Transactions between Person and Environment.
Perspectives in Interactional Psychology, New York,
Plenum Press, 1978, 287–327.
93. PÍKÓ Bettina: A depresszió társadalom-lélektana: kór-
tünet vagy kortünet? Valóság, 2002/7, 53–62.
94. MATUSZKA Balázs: Egyes internalizációs és externa-
lizációs tünetek vizsgálata a szerhasználati problémák
kialakulása szempontjából veszélyeztetett serdülők és
fiatal felnőttek körében. Disszertáció (Simmelweis
Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Isko-
la), Kézirat, Budapest, 2015, 5.
95. NAGY Ádám: Miből lehetne a cserebogár?. in NAGY
Ádám szerk.: Miből lehetne a cserebogár? Jelentés az
ifjúságügyről, Budapest, ISZT Alapítvány – Ifjú-
ságszakmai Együttműködési Tanácskozás – Kecse-
méti Főiskola, Iuvenis Ifjúságszakmai Műhely, 2015.,
6–14.