

# Drog és vallás

## A Magyar Katolikus Egyház a szenvedélybeteg-segítésben

A szenvedélybetegség ma már társadalmi jelenség, melyben közvetve vagy közvetlenül szinte valamennyien érintettek vagyunk. Az egyre gyakoribb és egyre súlyosabb családi, szociális nehézségekre az egyik legkönnyebben adható egyéni válasz a szerhasználat. A legálisan fogyasztható koffein, nikotin, alkohol, az energiaitalok vagy épp a legkisebb kellemetlen érzés, fejfájás, hasgörcs, idegesség esetén azonnal beszedett gyógyszerek éppúgy pszichoaktív szerek, mint azok a szintetikus, félszintetikus és természetes anyagok, amelyekre a „drog” vagy a „kábitószer” kifejezést használjuk. Szendély lehet azonban az evés, a hazárdjáték, az internet, a vásárlás vagy akár a munka is. A drogfogyasztók száma Magyarországon egyre nő, a kipróbálás és szerhasználat egyre fiatalabb életkor felé tolódik, és a viselkedési függőségek száma is jelentősen emelkedett.

A magyar szociális ellátórendszer kábitószerfogyasztókkal foglalkozó ága a nyugati országokhoz képest – elsősorban az 1990 előtti politikai rendszer problémahárító felfogása miatt – jelentős késéssel alakult ki, illetve fejlődött, és még ma sem mondhatjuk el, hogy valóban megfelelő segítséget képes nyújtani a rászorulóknak. Ezért is nagyon fontos, hogy ne csak az egészségügyre, állami intézményekre háruljon az ellátás feladata, hanem a civil- és egyházi szervezetek is részt vállaljanak benne.

### A DROGFogyasztás kialakulása

A drogfogyasztás kialakulásában számtalan tényező játszik szerepet. Az első lépés megtételé-

nél, azaz a kipróbálásnál nagyon jelentős a kortársak befolyása, azonban a drogok használatának rendszeressé válása nagymértékben függ a családi kapcsolatoktól és a személyes jellemzőktől.

A Marihuána- és Drogabúzus Elleni Nemzeti Bizottság ajánlása alapján a drogfogyasztás ötféle viselkedésformáját különíthetjük el:<sup>1</sup>

- kísérletező (életében összesen tíznél kevesebb alkalommal használt drogokat);
- szociális-rekreációs (körülbelül hetente használna drog, de azt valamilyen társadalmi aktivitáshoz, kikapcsolódáshoz, szórakozáshoz kötődően teszi);
- helyzeti (a fentieknél gyakrabban és elsősorban valamilyen problematikus élethelyzet kezelése érdekében, például szorongások oldására használna drogokat);
- intenzifikált (hosszú időn keresztül, naponta használna valamilyen drog);
- kényszeres (naponta többször, illetve folyamatosan, hosszú időn keresztül fogyaszt szert).

A szenvedélybetegségeket csoportosíthatjuk a függőség tárgya szerint:

- Legális szerektől való függés (alkohol- és gyógyszerfüggőség): az alkoholfüggők többsége férfi, míg a gyógyszerek csaknem hetven százalékát nőknek írják fel.
- Klasszikus szenvedélybetegség (kannabisz, kokain, opiát, hallucinogén típusú szerektől, szerves oldószerektől való függés).
- Dizájnerdrogok okozta függőség:<sup>2</sup> ezek az új típusú pszichoaktív szerek 2010 óta vannak jelen Magyarországon jelentősebb mérték-

<sup>1</sup> Németh Á. (szerk.): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*, OGYEI, Budapest, 2007, 92. ■ <sup>2</sup> Zacher Gábor toxikológus *A designerdrogok a toxikológus szemével* című előadása alapján, „Mondj nemet” országos szakmai konferencia, Kíspesti Művelődési Otthon, Budapest, 2012. április 2.

ben, közülük a mefedron terjedt el leginkább. A 2011. évi ESPAD-vizsgálat (négyévente elvégzett európai kutatás) kimutatta a mefedronfogyasztás növekedését: a tizedik évfolyamos budapesti diákok körében a mefedronhasználat előfordulása 10,2 százalék volt. Bár a mefedron 2011. január 1-jétől tiltólistára került, helyette más, legális, alacsony árú és könnyen hozzáférhető szerek jelentek meg, összetevőiket, hatásukat, mellékhatásait a kereskedő sem mindig ismeri. A sokféleség és a gyors változás az egészségügyben dolgozó ellátók, orvosok számára is követhetetlen.

- Viselkedészavarok (például evészavarok: bulimia, anorexia).
- Játékfüggőség: a játékszenvedély jelenleg a magyar lakosságnak csak egy nagyon kis százalékat érinti. Gyógyításához szintén terápia szükséges. A játékfüggőséget érintő új törvényt fogadott el a parlament 2012. október 1-jén, amely megtiltja a játéktermek és az elektronikus kaszinók működtetését.
- Társfüggőség: a társfüggő személy tudattalanul hozzájárul a függőség fenntartásához, a függő személy magatartását igazolja, de ellenőrizni akarja őt. A társnak, családtagnak nehéz eljutnia odáig, hogy belássa, a változtatáshoz neki is segítségére van szüksége.

„A függőség kényszeres, rögeszmés vagy megszállott állapotot jelent, amely rabul ejti az ember akaratát és vágyait.”<sup>3</sup>

A függők az azonnali, gyors kielégülést keresik, a későbbi következményekkel nem törődnek. Csekély frusztrációs toleranciával rendelkeznek, problémakerülők és nehezen együttműködők. A szerhez kötődő érzelmi, lelki függésük sokkal tovább tart, mint a testi függőség.

A kábítószer-használatban nemek szerinti különbségek is megfigyelhetők, ez egyrészt arra utal, hogy a nemi szerepek befolyásolhatják az addiktív viselkedésformákat,<sup>4</sup> másrészt szükséges, hogy a kezelésben megjelenjen az úgynevezett genderkoncepció.

## A MAGYARORSZÁGI DROGFOGYASZTÁS SZÁMOKBAN

Magyarországon a felnőtt népességre irányuló lakossági vizsgálatot utoljára 2007-ben végezték, ennek eredményeit a Nemzeti Drog Fókuszpont 2010-es éves jelentése<sup>5</sup> tartalmazza. Ez alapján a heroinhasználók száma körülbelül 3130 fő, az amfetaminfogyasztók száma 27 323 fő, a kokainfogyasztók száma 5592 fő volt, és együttesen 6146 fő intravénás droghasználót feltételeznek a pontbecslések.

A 2011-es jelentés<sup>6</sup> leírja, hogy nőtt az ország tüsszere-szolgáltatásokkal való lefedettsége, csökkent a kábítószer-fogyasztással összefüggő közvetlen halálesetek száma, emelkedett viszont a kábítószerrel való visszaélés bűncselekmények száma, valamint az elkövetők száma is növekedett.

A szenvedélybetegek részére történő szociális (alacsonyküszöbű és közösségi) ellátás terén 2010-ben összesen 125 szolgáltató kapott normatív finanszírozást, ebből 53 szolgáltató alacsonyküszöbű, illetve 72 szolgáltató szenvedélybetegek részére történő közösségi ellátást végzett. A Magyar Drogterápiás Intézetek Szövetségének (MADRISZ) tizenhárom aktív tagszervezetére kiterjedő kutatás eredményei szerint a terápiás intézetek országosan egyidejűleg 353 kliens befogadására képesek, ami nagyon kevés, tekintve a fogyasztók fentebb ismertetett számát.

Magyarországon a fiatal lakosság szerhasználatára vonatkozóan több vizsgálat is történt az elmúlt tíz évben.

A Nemzeti Drog Fókuszpont adatai alapján<sup>7</sup> 2007-ben a megkérdezett 8–10. évfolyamos fiatalok 64,1 százaléka dohányzott már életében, 92,2 százaléka fogyasztott alkoholt és 15,9 százaléka (a fiúk 17,7 százaléka és a lányok 14,2 százaléka) próbált már valamilyen tiltott szert. A budapesti fiatalokra az országos átlaghoz képest magasabb fogyasztási arányok jellemzőek.

3 G. G. May: *Függőség és kegyelem*, Harmat, Budapest, 2006, 25. ■ 4 Hoyer M.: *Az addiktív viselkedés gender megközelítése*: [http://www.addiktologia.hu/article\\_pdf/57.pdf](http://www.addiktologia.hu/article_pdf/57.pdf) ■ 5 Nemzeti Drog Fókuszpont: *2010-es éves jelentés az EMCDDA számára*, Reitox, Budapest, 2010. ■ 6 Nemzeti Drog Fókuszpont: *2011-es éves jelentés az EMCDDA számára*, Reitox, Budapest, 2011. ■ 7 <http://www.drogfokuszpont.hu/?lang=hun&menu=98&pid=99>

A Központi Statisztikai Hivatal nyilvántartása szerint<sup>8</sup> 2009-ben összesen 223 fő tizenöt év alatti és 1370 fő tizenöt és tizenkilenc év közötti fiatal jelent meg kezelésen kábítószer-fogyasztás miatt.

Az Országos Gyermek-egészségügyi Intézet 2010-es HBSC-vizsgálatának eredményei<sup>9</sup> a dohányzásra vonatkozóan ötödik osztályos tanulók körében 14,5 százalék, míg a tizenegyedik osztályos tanulóknál már 76,8 százalék kipróbálási arányt mutatnak. Az összes válaszoló 21 százaléka rendszeresen, azaz legalább hetente dohányzik, ezen belül is a diákok 16,8 százaléka napi rendszerességgel (a fiúk 18,7 százaléka, a lányok 14,7 százaléka). Az alkoholt valaha fogyasztók aránya az összes válaszoló diákok 72 százaléka. A kábítószeres fogyasztására vonatkozóan elmondható, hogy a válaszoló kilencedik és tizenegyedik osztályos diákok közel egyharmada fogyasztott már életében valamilyen illegális szert, illetve visszaélészerűen gyógyszer vagy inhalánsokat. Minden drogfajta használatára leginkább az egy-két alkalomra korlátozódó kipróbálás jellemző, valamint megfigyelhető az alkalmi, kísérletező fogyasztás. A tanulók többségére a szociális-rekreációs, vagyis hétvégéken, társasági alkalmakkor való használat jellemző, de a kilencedik és tizenegyedik évfolyamos fiúk körében hozzávetőleg minden ötvenedik megkérdezett fiú napi használó.

A középiskolások szerfogyasztásáról megjelent legfrissebb tájékoztatás a amely a 2011-es év adatait tartalmazó ESPAD-kutatás.<sup>10</sup> A kutatás szerint Európában a diákok 18 százaléka kipróbált már valamilyen tiltott szert. A magyar fiatalok körében a tiltott szereket (kivéve marihuána) kipróbálók aránya két százalékponttal, az orvosi javaslat nélküli gyógyszerkipróbálás három százalékponttal magasabb az európai átlagnál. A gyógyszerek alkohollal történő együttes fogyasztása Magyarországon kétszerese az európai átlagnak, és növekszik a harmadik leggyakoribb tiltott szer, a szipuzás aránya is. Európai átlagban a diákok 54 százaléka dohányzott korábban, 28 százaléka rendszeresen, minden

hatodik pedig naponta dohányzik. Magyarországon ezek a számok 66, 37 és 25 százalék. Az alkoholfogyasztást tekintve a kontinens tizenhat éveinek 87 százaléka, hazánkban 94 százalék fogyasztott már alkoholt. A magyar fiatalok 60 százaléka volt már részeg, 23 százalékuk pedig minimum havi rendszerességű berúgó. Ez a felmérésben részt vevő harminchat ország adatai közül az ötödik legrosszabb.

Az országot önmagában vizsgálva a 2007-ben végzett ESPAD-vizsgálat adataihoz képest a 2011-es eredmények emelkedést mutatnak: az összes illegális szer életprevalencia-értéke jelentősen nőtt, a fiúknál 3,2 százalékponttal, a lányoknál pedig 6 százalékponttal.<sup>11</sup>

## A KÖRNYEZET SZEREPE

A gyermekek személyiségfejlődésében a közvetlen környezetnek, vagyis a családnak van a legjelentősebb szerepe, s elsődleges befolyása van a gyermek- és ifjúkori drogfogyasztás kialakulására is. A drogos család működésében, a szülő-gyermek kapcsolatban általában rendellenességeket tapasztalhatunk már a szerhasználat megelőzően is, amelyek aztán a szerhasználat hatására tovább romlanak. Gyakran találkozhatunk addiktív viselkedéssel a családtagok felmenői között is (például szülői, nagyszülői alkoholizmus, szerencsejáték-függőség).

A család szerepe a gyógyulás folyamatában, a felépülésben is nagyon jelentős. A családtagok kezelésbe való bevonása elengedhetetlen: változtatniuk szükséges azon a kóros működésen, amely elősegítette és fenntartja a szerhasználatot. Együttműködésük kedvezően befolyásolja a változás, változtatás folyamatát, míg ellenállások nehezíti azt.

A kábítószer iránti kereslet csökkentésében a közvetett környezet segítő hozzáállásának, a társadalmi támogatásnak is fontos szerepe van. Ezzel szemben Magyarországon a lakosság alig egyharmada tartja fontosnak a közösség, a család szerepének erősítését, több mint kétharmaduk a kábítószer-kereskedők szigorúbb bünteté-

8 *Egészségügyi statisztikai évkönyv 2009*, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2010, 143–146. ■ 9 Németh Á. – Költő A. (szerk.): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*, OGYEI, Budapest, 2011. ■ 10 *Drofgókuszpont Hírlevél*, 2012/6. 3. ■ 11 *Drogriporter*, 2012. június 21., <http://drogriporter.hu/mediamonitor/espad2011final>

sében és a prevenciós tevékenység fejlesztésében látja a kábítószer-probléma csökkentésének megoldását.<sup>12</sup> A lakossági attitűdvizsgálatok azt mutatják, hogy a kábítószer-fogyasztók a legkevésbé tolerált társadalmi csoport Magyarországon, a felnőtt lakosság 80-90 százaléka elutasítja a velük való érintkezést. Ez kedvezőtlen társadalmi körülményeket teremt, és megnehezíti az ártalomcsökkentést, a gyógyítást és a rehabilitációt.<sup>13</sup>

## SZENVEDÉLYBETEGEK ELLÁTÁSA MAGYARORSZÁGON

Az ambuláns tanácsadó és kezelőhelyek tájékoztatást adnak a szenvedélybetegségről, következményeiről és a kezelési lehetőségekről, a motiváció felkeltésével segítenek elindulni, és a végén utógondozással segítenek megmaradni az úton. A segítők a klienssel együtt, egyéni szükségletei alapján alakítják ki a neki megfelelő szolgáltatásokat, és igyekeznek a családot a lehető legnagyobb mértékben bevonni tevékenységeikbe.

Az ambuláns helyek működése azért is fontos, mert Magyarországon az egészségügy nem készült fel a szerhasználók fogadására. Nem valósult meg az előző nemzeti drogstratégia azon célkitűzése, hogy minden megyeszékhelyen létesüljön drogambulancia, nincs kórházi drogosztály, az ország egyetlen gyermek toxikológiai osztálya a Heim Pál Kórházban működik Budapesten. A kezelések finanszírozása sem megoldott, mivel a társadalombiztosítás nem mindet támogatja.

A bentlakásos terápia, a rehabilitáció célja a társadalmi beilleszkedés képességének kialakítása. A függőség kezelésének terápiás folyamata kapcsolatfelvétellel kezdődik, az elvonási és leszokási szakaszt az utógondozási szakasz köve-

ti.<sup>14</sup> A folyamatot alapvetően meghatározza a kliens drogkarrierje (absztinens-e, van-e egészségügyi, pszichés, egzisztenciális, kapcsolati problémája, megoldható-e az utógondozás). A terápia során különösen fontos az egyéni kezelési terv, a készségfejlesztés, önségités képességének kialakítása, valamint a család bevonása a terápiás folyamatba.

Magyarországon a felnőtt terápiás intézményekben nincs elegendő férőhely, de az ellátás területén meglévő legnagyobb hiátust a gyermekrehabilitációs lehetőségek, valamint a gyermekaddiktológia területén dolgozó szakemberek hiánya jelenti. „A hazai ellátórendszer több ponton jelentős kapacitáshiánnyal küzd, leginkább a kábítószer-használó gyermek- és fiataloké, valamint a többszörösen visszaeső, a rejtőzködő és a komorbid szerhasználók ellátásának megoldatlansága szembeötlő.”<sup>15</sup> A gyermek- és fiatalok kábítószerfüggők speciális szükségleteinek a jelenlegi rendszer nem képes megfelelni. Az ambuláns ellátásban a kiskorú szerhasználók kezelését a felnőttrendelők végzik, amelyek azonban csak a nagykorúbeteg-forgalom után kapnak egészségbiztosítási támogatást. A drogfüggő – és a gyermekvédelmi rendszerben nem szereplő – gyermekek rehabilitációs kezelése egyáltalán nem megoldott. A speciális gyermekotthonok<sup>16</sup> hivatottak a kábítószer-problémákkal küzdő fiatalok rehabilitálására, de ezek az intézmények kizárólag tartós vagy átmeneti nevelésbe vett gyermekeket fogadnak, közülük is elsősorban fiúkat, a lányok számára jóval kevesebb a férőhely. Ám a legtöbb szerhasználó gyermek a családjában él, és ott lenne szüksége szakszerű segítségre. A családból való kiemelés és gondozásba vétel éppen a család kezelésbe történő bevonását lehetetleníti el, amely azonban az eredményesség egyik kulcsát jelentené.

12 Elekes Zs. – Paksi B. – Lendvai A.: *A felnőtt lakosság drogfogyasztókkal, drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjének kvalitatív vizsgálata*, Budapesti Corvinus Egyetem, 2005. ■ 13 Simon K.: *Pszichedelikus drogokat önismereti cézzal használók életminősége*, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest, 2009, 3–5. ■ 14 R. Schneider: *Szenvedély? Betegség? – Információk az alkohol- és gyógyszerfüggőségről érintettek, hozzátartozók és érdeklődők számára*, Magyar Karitás Szennvedélybeteg-segítő Szolgálat, Budapest, 1998, 160. ■ 15 „*Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen*” Magyarország Kormánya H/11798. számú országgyűlési határozati javaslat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013–2020, Budapest, 2013. július, 48. ■ 16 A 1997. évi XXXI. törvény 58. § előírása szerint a speciális gyermekotthon vagy a gyermekotthon speciális csoportja az ideiglenes hatállyal elhelyezett, az átmeneti vagy tartós nevelésbe vett súlyos pszichés vagy disszociális tüneteket mutató, illetve pszichoaktív szerekekkel küzdő gyermekeknek nyújt gondoskodást, szocializációt és reszocializációt, valamint rehabilitációt és rehabilitációt.

A gyermekrehabilitációban tapasztalható hiány megoldására a kormány két gyermekrehabilitációs otthon létesítését tervezte.<sup>17</sup> A szatymazi rehabilitációs centrumot már átadták, az első lakók 2015 elején költözhetnek be. A Magyarországi Református Egyház rákeresztúri Fiatalkorúak Drogtérapiás Intézetének alapkövetéle 2014. október 3-án volt, a harminc fő befogadására alkalmas bentlakásos otthon állami és uniós támogatással épül.

A 2013. október 7-én elfogadott nemzeti drogellenes stratégia a konkrét célok között fogalmazza meg, hogy „alakuljon ki a gyermek- és fiatalkorúak addiktológiai ellátását szolgáló intézményrendszer, amely a valós szükségleteknek megfelelő országos lefedettséggel és általános hozzáféréssel működik”.<sup>18</sup>

## PREVENCIÓ

A szenvedélybeteg-ellátó rendszer nagyon fontos eleme a prevenció, hiszen a megelőzés a kábítószerrel szembeni iránti kereslet csökkentésének, a drogfogyasztás visszaszorításának leghatékonyabb (és költségszerűbb) eszköze.

A prevenciónak három típusát különböztetjük meg:

1. Az általános prevenció feladata a még nem fogyasztó fiatalok tájékoztatása, életkoruknak megfelelően kidolgozott programokon való részvétel biztosítása. Mivel a fiatalok között végzett prevenció elsődleges helyszíne nevelési-oktatási programjaival az iskola, ezért elengedhetetlen, hogy a megelőzés bekerüljön a pedagógusképzésbe.
2. A célzott prevenció a bizonyos sajátosságok (például szenvedélybeteg szülő, tanulási zavar) miatt különösen veszélyeztetett egyéneket célozza meg egyéni érintettségüktől függetlenül, mivel az ő esetükben nagyobb a szer kipróbálásának és használatának kockázata.
3. A javallott prevenció a még nem függő, de annak korai jeleit mutató személyek magatartását kívánja pozitív irányba befolyásolni. Az

előzőektől eltérően, ahol a tevékenység a célcsoport egészére irányul, a prevenciónak ez a típusa egyénre szabott programokat kínál.

A nemzeti drogellenes stratégia is e három típusnak megfelelően fogalmaz meg célokat és tevékenységeket a végrehajtás különböző szinterein, így például a család, az iskola, a média, a szabadidő-eltöltés helyszínei stb. A prevenciót érdemes és szükségszerű lenne elkezdeni már az óvodás, kisiskolás korú gyermekek körében. Ezt a gondolatot az új nemzeti drogstratégiát előkészítő dokumentum is megfogalmazza: „Bár a kábítószer-probléma az egész társadalom ügye, a fiatalok fokozottan érintettek benne. [...] A stratégiának, illetve a különböző programoknak tehát elsősorban a fiatalokra kell irányulniuk. [...] E körön belül pedig egyre nagyobb figyelmet kell fordítani a gyermekkorúakra.”<sup>19</sup>

## SPIRITUALITÁS ÉS SZENVEDÉLYBETEGSÉG

*II. János Pál* pápa a szeretet szegényének nevezte a kábítószerfüggő embert. Olyan embernek, aki nem tudja tisztelni sem önmagát, sem az életet. A hívő ember ezzel szemben megtapasztalja és felismeri életében Isten elfogadó szeretetét és kegyelmét. És ha egy szenvedélybeteg megtapasztalja ezt az isteni szeretetet, a hívők között megtalálja az elfogadó közösséget, képessé és elég erőssé válik függőségének legyőzésére. E megtapasztalás nélkül azonban máshol keresi ezt az élményt, és a kábítószerrel átmenetileg nyújtani is tudják számára a felszabadultság, öröm, erő, a realitás fölé emelkedés élményét.

A személyes hitnek támogató hatása és szerepe van mind a megelőzésben, mind pedig a gyógyulás folyamatában. A szenvedélybeteg gyógyulása során a „pusztán” ellátást nyújtó szolgáltatások legtöbbje azért nem tud hosszú távon hatékony lenni, mert a kezelések, a terápia során elveszik a szert, de nem adnak helyette mást, betöltetlen űr marad a helyén. A vallá-

<sup>17</sup> *Téglásy Kristóffal*, az Emberi Erőforrások Minisztérium Ifjúságügy Főosztálya vezetőjével 2012. október 5-én készült személyes, valamint a 2014. decemberben készült írásbeli interjú alapján. ■ <sup>18</sup> „Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószerbűnözés ellen”, i. m. 36. ■ <sup>19</sup> *Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére 2011–2020*, Szakértői javaslat, 15., [www.drogstrategia.hu/download.php?file\\_id=90](http://www.drogstrategia.hu/download.php?file_id=90)

si meggyőződéssel közelítő segítők munkája, a spirituális értékeket közvetítő szolgáltatások többet képesek nyújtani, és ezáltal hatékonyabbak.

Az egyháznak mint intézménynek a kábítószer-probléma leküzdésében való jelentős szerepe az új nemzeti drogstratégiában is megjelenik: „Az egyházi közösségeknek fontos, spirituális szempontból pótolhatatlan szerepe van a tanításukból következő, az élethez, egészséghez, felelősséghez, emberi méltósághoz kapcsolódó értékek átadásában. Az egészségfejlesztés (egyben a kábítószer-használat megelőzése) szempontjából is kívánatos, hogy a hitoktatásban, a pasztorális munkában, az egyházi iskolákban zajló nevelésben és oktatásban, továbbá a lelkesképzésben hangsúlyosabban jelenjen meg ez az irányultság, illetve feladatkör.”<sup>20</sup>

A szenvedélybeteg függő ember számára a közösség, a közösségbe tartozás nagyon fontos, hiszen az őszinteségével, befogadó légkörével megtartó erőt jelent. Ugyanakkor véget vet az önbecsapásnak, de helyette biztonságot, elfogadást, az értékesség érzését nyújtja. A keresztény közösségek felelőssége, hogy megfelelő alternatívát mutassanak a szenvedélybetegek számára. Ezzel szemben a gyakorlatban az egyházi szervezetek és intézmények körében vannak a legnagyobb arányban azok, akik a törvényi szigorútló várnak a helyzet megoldását.<sup>21</sup>

## A MAGYARORSZÁGI EGYHÁZAK A SZENVEDÉLYBETEG-ELLÁTÁSBAN

A magyarországi kábítószer-használatra vonatkozó első adatok a XX. század elejéről származnak, problémaként viszont csak a hatvanas évek végén jelent meg először a téma hazánkban. A hetvenes évek végére a szerhasználatot illetően tízszeres növekedés következett be. A nyolcvanas években csökkent a szerhasználók életkora, nőtt a kábítószeres iránti kereslet, bár a kábítószer-kereskedelemben Magyarország ekkor még tranzitország volt. Az évtized végére a drogfogyasztással összefüggő bűnözés

minden formája és az import illegális kábítószerek széles választéka egyaránt megjelent. A rendszerváltást közvetlenül megelőzően megnyíltak a nyugati határok, amelyeken kábítószer-fogyasztók tömegei érkeztek Magyarországra, így hazánk célországga vált. A határok megnyílása magával hozta a kábítószer-kínálat és -kereslet növekedését, a drogok minden fajtája elérhetővé vált, a drogfogyasztók száma folyamatosan emelkedett. Ugyanakkor a szerhasználók és -függők tényleges szakmai segítséget, ellátást nem mindig kaphattak, hiszen a szenvedélybetegeket fogadó ellátórendszer még kialakulatlan volt.

A rendszerváltást követően a politikai vezetés jelentőségének megfelelően kezdett foglalkozni a kábítószer-problémával: megalakult a Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság a kábítószer-fogyasztás visszaszorításáért, 1993-ban a kormány módosította a kábítószerrel való visszaélésre vonatkozó jogszabályt, így szigorúbbá vált a droggereskedelem büntetése, míg a fogyasztók számára bevezették az elterelés lehetőségét.

Az országgyűlés 2000 decemberében fogadta el a *Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására* című dokumentumot, hazánk első drogstratégiáját, majd – mivel az előző lejárt – egy tíz főből álló szakértői munkacsoport kidolgozta a *Biztonságosabb társadalom, megtartó közösség – Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma kezelésére 2010–2018* című dokumentumot. Végül a parlament 2013. október 7-én elfogadta a *Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen* című, a 2013 és 2020 közötti időszakra szóló új nemzeti drogellenes stratégiát.

A magyarországi egyházak a hetvenes évek végétől, illetve a nyolcvanas évektől vállalnak szerepet a kábítószer-használók ellátásában.

Az Evangéliumi Pünkösdi Közösség az 1980-as évek első felében kezdett foglalkozni szenvedélybetegekkel. Ők nyitották az első rehabilitációs otthont, a „Hajnalcsillag” Szenvedélybetegek Rehabilitációs Otthonát Dunaharaszttiban, amerikai támogatással. Ez az intéz-

20 Uo. ■ 21 Marton K.: *Drogprevenció a szabadidős foglalkozásokban – elméletben és gyakorlatban*, Gyerekkapadicsom Alapítvány, Budapest, 2005.

mény a mai napig az ország egyetlen női rehabilitációs otthona.

A másik elköteleződő felekezet a Magyarországi Református Egyház volt. *Erdős Eszter* és *Topolánszky Ákos* lelkészek kezdetben dicsőítéseket tartottak, és beszélgettek a kábítószerfüggőkkel, ám ezek az alkalomok hamarosan már 150-200 főt vonzottak. A református egyház 1986-ban nyitotta meg rehabilitációs otthonát Ráckeresztúron. Az otthon jelenleg is az Európában és Amerikában szerzett személyes tapasztalatok beépítésével, keresztyén háttérű, önszorgató elemeket használó terápiás közösségként működik.

Harmadik szerepvállalóként a Budafoki Baptista Gyülekezet jelent meg a hetvenes évek végén. 1984-ben amerikai mintára teaklubprogramot indítottak a magányosok és a szabadulásra vágyó szenvedélybetegek, ifjúsági bűnelkövetők számára. Később nyilvánvaló lett, hogy sokaknak nincs hová menniük a teaklub után, így számukra fiúotthont nyitottak, amely azóta átmeneti hajléktalanszállóként működik.

Ebbe a párhuzamosan több szálon zajló folyamathoz csatlakozott be a katolikus egyház részéről *Szabó János* gödöllői káplán tevékenysége által, aki többek közt azt a feladatot kapta *Lékai László* bíborostól, hogy hivatásszerűen foglalkozzon a drogfüggőkkel. Ekkor merült fel egy rehabilitációs otthon létesítésének lehetősége. Másik megbízatása intézményes megoldás keresése volt szenvedélybeteg egyházi személyek számára. Ennek eredményeként jött létre később Leányváron a Hivatásörző Ház, melynek léte és működése azért is jelentős, mert itt egyházi személyek köteleződhetnek el az önszorgatás mellett, ennek pedig pasztorális jelentősége is van.

*Szabó János* korai halálát követően *Halász Endre* lett a katolikus egyházon belül a szenvedélybetegekkel, elsősorban alkoholistákkal foglalkozó egyházi személy, majd az ő halálát követően munkáját *Jakus Ottó* vette át.

*Halász Endre* tevékenysége idején Szolnok közelében már megvolt az ingatlan a fentebb említett leendő rehabilitációs intézmény szá-

mára, összeállt a főként önkéntesekből (a józsefvárosi plébánia tagjaiból) álló csapat, kidolgozták a szakmai programot is, az intézmény mégsem valósulhatott meg. *Paskai László* bíborosi kinevezését követően változtak a prioritások, így az egyházmezei szinten amúgy is a püspökök támogatásától függő szenvedélybeteg-segítés háttérbe szorult, az addig reménnyel (konkrét eredményekkel) kecsegtető szerepvállalás fejlődése megtorpant. A *Halász Endre* által életre hívott Katolikus Alkoholistamentő Szolgálat működik tovább, de elismerést, támogatást alig kap.

A katolikus egyház másik emblemikus alakja a hetvenes évek végén és a nyolcvanas években az alkoholproblémákkal küzdőket, hajléktalanokat segítő *Ackermann Kálmán* katolikus pap volt, aki kapcsolatot épített ki és tartott orvosokkal is. Ebből az együttműködésből, a velük kialakult kölcsönös bizalomból született meg a *Józan Élet Szövetség*.

*Ackermann Kálmán* (is) nehezményezte, hogy a kispapok a szemináriumi oktatás során semmilyen képzést nem kaptak a szociális problémákkal, szenvedélybetegséggel küzdő emberek segítésére, a helyzet kezelésére. Ez a helyzet sajnos azóta sem változott, a papképzésnek továbbra sem része a szenvedélybetegség témája. A kilencvenes években ugyan „új szemlélet is megjelent, a segítségben is egyre fontosabbá vált a hivatás mellett a végzettség. Ennek ellenére az egyházban nagyon sokan magányosan, egyedül küzdenek tovább”.<sup>22</sup> Látható tehát, hogy a katolikus egyház szerepvállalását leginkább az egyes emberek, egyházi személyek elköteleződése jellemezte és jellemzi mind a mai napig. Intézményként, bár nem ellenzi, de nem is különösképpen támogatja a szociális segítségnek ezt a formáját.

A rendszerváltás után több szenvedélybetegekkel foglalkozó intézmény is alakult, ezek közül többet is valamely felekezet működtet.

Ebben az időben kezdte meg tevékenységét az Emberbarát Egyesület, melynek háttérében a Sion Gyülekezet áll. Működésük helyszíne a legnagyobb magyarországi egyházi komplexum,

22 Kály-Kullai K.: *Utak – útkeresők – szenvedély – betegség*, Új Ember, Budapest, 2007, 171.

a kőbányai Mindenki temploma és a körülötte lévő intézményegyüttes. A Mindenki Temploma Gyülekezete ökumenikus szemléletű, együttműködnek az Emberbarát Alapítvánnyal. Ma a legmodernebb eszközökkel rendelkeznek, foglalkoznak hajléktalanellátással, szenvedélybetegek rehabilitációjával, alacsonyküszöbű és nappali ellátással, van védett munkahelyük és ifjúsági klubjuk is.

Az ország keleti részében a görögkatolikus egyház szociális tevékenységének erősödése figyelhető meg. A baptista felekezet két rehabilitációs otthont működtet, és a református egyház működésében is a rehabilitációs tevékenység az erőteljes, az 1990-ben létrehozott zsigriki, a Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió Támogató Alapítvány fenntartásában álló Dropterápiás Intézet a kanadai Portage-modell alapján dolgozik.

A kilencvenes évek elején a katolikus egyház a Magyar Karitáson belül, a német karitás támogatásával egy intézményhálózat létrehozását kezdte meg. Az elgondolás szerint a hálózat három eleme az egyházmegyei Rév Szolgálatok, egy klinika és a felsőfokú képzés kialakítása lett volna. Amennyiben a tervet sikerül megvalósítani, a legkorszerűbb szakmai ellátó lehetett volna ez a hálózat. Sajnos azonban csak az első lépés valósult meg, és az is csak részlegesen, hiszen Magyarországon tizenhárom egyházmegye van, de csak nyolc Rév.

### A KATOLIKUS EGYHÁZ ÚTMUTATÁSAI A SZENVEDÉLYBETEG-SEGÍTŐ TEVÉKENYSÉGHEZ

1997-ben a katolikus egyház sürgető, világméretű problémának nyilvánította a kábítószer-jelenséget. II. János Pál pápa maga is fontosnak tartotta, hogy az egyház jó válaszokat adjon a kábítószer-problémára, ezért megbízta az Egészségügyi Dolgozók Lelkigondozásának Pápai Tanácsát, hogy foglalkozzon a kábítószer-jelenséggel, és adjon útmutatást a keresztények teendőiről a kábítószer világvárral szemben.

A pápai tanács pontosan megadja azokat a nevelési elveket és pasztorációs szempontokat, amelyek szerint az egyháznak a kábítószer-fogyasztók érdekében tevékenykednie kell,<sup>23</sup> útmutatásai az egyház minden tagjának íródtak, mindenki számára van üzenetük. Figyelembe veszik az egyén, a közösség és a társadalom szempontjait, a tudomány megállapításait, de az egyház pasztorális megközelítését állítják a középpontba. „A kábítószeresek világának evangelizációjához három alapvető dolog szükséges: Isten atyai szeretetének hirdetése, a kábítószer okozta bajok feltárása, a kábítószeresek gondozásának biztosítása.”<sup>24</sup>

A szenvedélybetegekkel végzett munka két legfontosabb területe „a megelőzés és a rehabilitáció: meg kell előzünk, hogy az emberek a kábítószer rabságába kerüljenek, és ha már késő, segítenünk kell megszabadulásukat.”<sup>25</sup> Ehhez szükséges a család és a közösségek támogatása.

A pasztorális munka során segíteni kell a fiataloknak, hogy kábítószeres nélkül éljenek. Ehhez viselkedési modelleket, új gondolatrendszert kell eléjük állítani. Segíteni kell nekik, hogy elviseljék a mindennapi stresszt, belső képességeiket kiteljesítve szembe tudjanak nézni az élet nehézségeivel. Buzdítani kell őket az élet és az emberi kapcsolatok szeretetére, érzelmi életük gazdagítására. Támogatni kell a családokat, meg kell érteni, hogy a gyermekeknek is van véleményük, amely esetleg különbözik a felnőttekétől. Segíteni kell a fiatalokat értelmük kibontakoztatásában, kritikus gondolkodásra kell ösztönözni őket.

A keresztény közösségeknek is felelősségük és feladatuk van: be kell fogadniuk és vezetniük kell a fiatalokat, részt kell venniük a prevencióban, segíteniük kell a kábítószerfüggőket.

A pápai tanács javaslata szerint a papképzésben helyet kellene kapnia a kábítószerterémának, sőt ajánlata szerint a papnövendékeknek is részt kellene venniük fiatal kábítószerfüggő emberekkel foglalkozó rehabilitációs otthonok életében.

<sup>23</sup> Egészségügyi Dolgozók Lelkigondozásának Pápai Tanácsa: *Egyház, kábítószer, drogfüggőség – Pasztorációs kézikönyv*, Új Ember, 2004, 175–176. ■ 24 Uo. 54.



A javaslatok között szerepel továbbá, hogy a plébániák buzdítsák híveiket, hogy ők is vállalkoznak részt a munkában. „Minden egyházközségben ki kellene jelölni egy embert, aki az egészségért folytatott pasztorális munka jegyében figyelemmel kíséri a kábítószerrel kapcsolatos problémákat.”<sup>26</sup>

Ezenkívül egy adatbank létrehozását is szorgalmazták a püspökkari konferenciák szintjén, hogy nyomon lehessen követni a kábítószerfüggőség alakulását, a fiatalok problémáit.

### A SPIRITUALITÁS MINT PREVENTÍV TÉNYEZŐ AZ ÁLTALÁNOS ÉS KÖZÉPISKOLÁS KORÚ GYERMEKEKNÉL

A prevenció terén „az egyházban két fontos terület van, ahol a családért tudnánk valamit tenni: a plébániai közösségekben és az iskoláinkban. [...] Keresnünk kell a kapcsolódási pontokat a válságban élő családokkal a helyi plébánián és karitáson keresztül. Ha ezeket a kis kapcsolódási pontokat megtaláljuk és kihasználjuk, s próbálunk hitelesen élni, akkor talán kevesebb család kerül válságba a jövőben. [...] A katolikus iskolákkal kapcsolatban időnként botrányos dolgokat tapasztalunk. Néhány iskolában elindult ugyan a munka, van prevenció, de általában hátrítják még a témát.”<sup>27</sup>

A spiritualitás preventív tényezőként jelenik meg a gyermekeknél, ezt több vizsgálat is bizonyítja. Egy kolozsvári középiskolások körében végzett kutatás<sup>28</sup> eredményei alapján elmondható, hogy a vallásos nevelés védőfaktor a tiltott szerek kipróbálása tekintetében: a nem fogyasztók csoportjában a vallásos nevelésben részesült diákok szerepelnek nagyobb arányban, míg a vallásos nevelésben nem részesült diákok a tiltottszerek-fogyasztók körében felülreprezentáltak.

Egy másik, 2000-ben Szegeden, 1242 általános és középiskolás diák részvételével végzett kutatás a vallásgyakorlás aktív szerepét vizsgálta a fiatalkori káros szenvedélyek megelőzésé-

ben.<sup>29</sup> A kutatás eredménye azt mutatja, hogy a vallásosság jelentős szerepet tölt be a serdülők életében, spirituális útkeresésében. Az is megfigyelhető volt, hogy a drogfogyasztás ritkább volt az önmagukat vallásosként jellemzők körében. Az imádkozó, illetve vallásos közösségekbe járó fiatalok között a dohányzás és alkoholfogyasztás előfordulása mintegy tíz százalékkal alacsonyabb, a marihuána és az amfetamin fogyasztóinak százalékos aránya a fele nem imádkozó, illetve vallásos közösségekbe nem járó társaikénak. (A marihuánafogyasztás 6,2 százalékban, az amfetaminé 1,9 százalékban fordul elő az imádkozó tanulók körében, míg ez az arány 11,7 százalék, illetve 3,8 százalék a nem imádkozó tanulók esetében.)

2012-ben a katolikus egyház által működtetett, illetve fenntartott középiskolák körében végzett kutatásom során az oktatási intézmények drogprevenciós tevékenységét és a kábítószer-problémában való érintettségét vizsgáltam. A megkeresett iskolák 29 százaléka válaszolt az online kérdőívre. A kapott eredmények alapján elmondható, hogy a válaszadó iskolák mindegyike hangsúlyt fektet a tanulók egészséges életmódra való nevelésére, leginkább osztályfőnöki óra vagy tematikus nap keretében. Az osztályfőnök, a védőnő, esetleg a biológia vagy testnevelés szakos tanár hivatott az egészségvédelem téma feldolgozására a diákokkal. Ennek keretében az iskolák kétharmada önálló témaként foglalkozik a drogprevencióval. Sok iskola hív vendégelőadót: addiktológust, józan drogfüggőt, elhunyt droghasználó szüleit.

Az iskolák szerhasználatban való érintettségét vizsgáló kérdésekre nem érkezett egyértelmű válasz. Az intézményeknek több mint a felében nem készült felmérés a tanulók legális és illegális szerhasználatáról, a válaszadók közel kétharmada jelezte, hogy az iskola nem érintett semmilyen szerhasználatban. (A válaszadók egyharmada azonban erre a kérdésre nem válaszolt.) A magukat érintettnek jelölő intézmények közel fele az alkoholfogyasztást, míg több

25 Uo. 28. ■ 26 Uo. 185–186. ■ 27 Bodnár Dániel interjúja Kály-Kullai Károllyal, *Vigilia*, 2008. július ■ 28 Kovács L.: A vallásosság hatása a serdülők kábítószer-fogyasztására, *Szociológiai Szemle*, 2007/1–2., 71–98. ■ 29 Píkó B.: Vallásosság és egészségvédelem, [www.drogterapia.hu/index.php?...piko-bettina-vallasosság...](http://www.drogterapia.hu/index.php?...piko-bettina-vallasosság...)

mint fele a dohányzást jelölte meg fogyasztott szerként, illegális droghasználatot egyikük sem jelölt. A kábítószer-használatban való érintettség 0 százalékos arányának ellentmond, hogy a tanulók közötti drogfogyasztás százalékos mértékéként 1-2 százalékot jelöltek meg az iskolák. Többen jelezték, hogy bár felmérés, adat nem áll rendelkezésükre, néhány esetben felmerült a gyanú. Ebben az esetben a legtöbb iskola egyéni beszélgetést folytatott a tanulóval, egynegyedük értesítette a szülőket, két esetben az érintett diákot eltanácsolták az iskolából, szakmai szervezettel egyetlen iskola sem vette fel a kapcsolatot.

Felmerül a kérdés, hogy ha valóban 0 százalék az illegális szerhasználatban való érintettség az iskolákban, mi okból válaszoltak mégis a drogfogyasztásra vonatkozó egyéb kérdésekre? Valószínűsíthető, hogy bár általánosságban egyetértenek a drogprevenció fontosságával, és a probléma súlyosságával is tisztában vannak, nem merik nyíltan felvállalni a kábítószer-problémát intézményükben, konkrét esetekben a tudomásul nem vétel, a tagadás és az elutasítás a legjellemzőbb.

## MAGYARORSZÁGI RÓMAI KATOLIKUS INTÉZMÉNYEK A SZENVEDÉLYBETEGEK SZOLGÁLATÁBAN

### 1. Magyar Máltai Szeretetszolgálat

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat (MMSZ) a kilencszáz éves Szuverén Máltai Lovagrend keresztény szellemiségű magyarországi segélyszervezete, mely 1989. február 10-én jött létre *Kozma Imre* katolikus pap vezetésével. 1998. január 1. óta kiemelkedően közhasznú szervezetként működik, közel nyolcezer önkéntes munkájával, akik hét regionális szervezetben és százötven helyi csoportban tevékenykednek.

Az MMSZ szenvedélybetegeket ellátó egyik szervezete a „Fogadó” Szenvedélybetegek Pszichoszociális Szolgálat Budapest, amely a szenvedélybetegeket és hozzátartozóikat fo-

gadja; szolgáltatásaik önkéntesen és ingyen, akár anonim módon vehetők igénybe. Másik szervezetük, a Gondviselés Háza közösségi ellátó Nagykanizsán. Feladatuk elsősorban a szenvedélybetegek lakókörnyezetben történő gondozása, gyógyulásuk, rehabilitációjuk és reintegrálásuk elősegítése. Hasonló intézmény működik Monoron, amelynek ellátási területe a Monor és térsége kistérség tizenkét településére terjed ki. A „Szín-Tér” győri intézmény az alacsonyküszöbű szolgáltatásokon kívül speciális tevékenységként a bevásárlóközpontban végző prevenciót, elsősorban gyermekek és fiatal felnőttek számára, 12 és 30 éves kor között. Ezt a tevékenységüket kortárs segítők támogatják. Az esztergomi „Fogadó” Pszichoszociális Szolgálat a budapesti „Fogadó” mintájára jött létre 2012-ben, és nagyjából azonos szolgáltatásokat nyújt.

### 2. Katolikus Alkoholistentő Szolgálat<sup>30</sup>

A már említett Halász Endre katolikus pap az alkoholproblémával küzdők segítségének szándékával alapította meg 1985-ben a Katolikus Alkoholistentő Szolgálatot (KASZ). Munkatársai a Bokor közösség tagjai voltak. 1991-ben a szolgálat támogatására létrejött a „Szomjazom” Alapítvány. 1990-től a Betánia Szeretetszolgálattal együttműködve bibliaórát tartottak a Merényi kórházban. Két – korábban a bibliaórákon jelen lévő – felépült és megtért résztvevő 1994 szeptemberében önszervező csoportot hozott létre Gamma GT néven, amely azóta is szorosan együttműködik a szolgálattal. Budapesten négy, vidéki városokban pedig hét helyen nyújtanak segítséget alkoholistáknak. 1995-től vidéki munkatársak is segítik az érdeklődőket, hogy eljussanak a lelkigyakorlatra. 1996-tól a lelkigyakorlatokat, amelyek nem hívők és más vallásúak számára is nyitottak, a máriabesnyői lelkigyakorlatos házban tartották, jelenleg pedig a leányfalui Szent Gellért lelkigyakorlatos házban rendezik meg ezeket a közösségi együttléteket. 2001-től Jakus Ottó vette át a lelkesítő feladatokat. 2005 áprilisában *Erdő Péter* bíboros

30 *Neked is sikerül – szabadulás az alkohol rabságából*, Katolikus Alkoholistentő Szolgálat, Budapest, 2010.

támogatásával elindult a Szent Erzsébet Karitás Szenvedélybeteg-segítő Leleki Központ, ahol szenvedélybetegek közösségi ellátása folyik. A szolgálat háttérintézménye a Szent Erzsébet Karitás Központ. 2011 májusától a lelkeszi szolgálatot Fazekas György látja el, munkáját tíz önkéntes segíti. Budapest III. kerület önkormányzata 2007-től ellátási szerződést kötött a szenvedélybeteg-segítő lelki központtal.

A KASZ módszere a szakmai ismereteket szem előtt tartva a katolikus hit tanításán, a liturgián és a hívő ember éleltszemléletén alapul. A szolgálat pártoktól független, a katolikus hit és erkölcs alapjain működik. Tevékenységeik legfontosabb részét a kezdetektől rendszeresen tartott lelkinapok és lelkigyakorlatok adják. Zarándoklatra 2003-tól mennek Fogolykiváltó Boldogasszony kegyhelyére, Makkosmáriára évente kétszer, a munkatársaknak pedig évente szerveznek zarándok hétvégét, valamint részt vesznek a szenvedélybetegek máriagyűdi országos találkozásán is. Tanúságtételükkel az ország különböző helyeire, de Felvidékre, Kárpátaljára és Erdélybe is eljutottak, az egyik óbudai iskolában pedig prevenciós tevékenységet is folytatnak.

### 3. Hivatásörző Ház Rehabilitációs Otthon<sup>31</sup>

A Magyar Katolikus Püspöki Konferencia által alapított és fenntartott leányvári intézmény alapfeladata szenvedélybetegségben szenvedők átmeneti elhelyezést nyújtó rehabilitációja.

Az MKPK a Rochesteri Guest House mintájára működő otthont az Amerikában élő Rauch László katolikus pap kezdeményezésére hozta létre. Kezdetben, 2005-től csak egyházi személyek, 2007-től civil, de egyházhoz közel álló személyek is kérhetnek itt segítséget. Tizenkét férfi elhelyezését tudják biztosítani. Az alkoholizmus, a drog- és viselkedélfüggőség kezelésében az intézmény a Minnesota Modell szerint működik, melynek lépései: a változás igénye, a betegségkonceptió kialakítása, a kezelés céljának meghatározása (absztinencia, életstílus meg-

változtatása) és az AA (Névtelen Alkoholisták) 12 lépéses programja.

### 4. Szegletkő Gyermekotthon<sup>32</sup>

A speciális gyermekotthon, melynek alapítója és fenntartója a Váci egyházmegye, 2006 februárja óta működik egy alsónémedi tanyán. Az intézmény hármás finanszírozású: az állam, az önkormányzatok és a Váci egyházmegye együtt biztosítják az otthon fenntartásának, illetve a feladatok ellátásának anyagi háttérét. Az otthon szakmai programjának megfelelően pszichoaktív szerekekkel küzdő, súlyos disszociális tüneteket mutató fiúknak biztosít otthont nyújtó ellátást. Az ellátottak létszáma tizenhat fő, 12–17 évesek, nagy részük roma származású. Szinte valamennyien találkoztak már kábítószerezéssel. Más otthonokból, illetve családjukból súlyos magatartászavaruk miatt kerültek speciális otthonba, közülük többen bűnelkövetők, sőt bűnismétlők. A gyermekrehabilitáció terén az országban tapasztalható hiányok miatt a gyermekotthon számos nehézséggel küzd.

### 5. Katolikus Karitás

#### „Rév” Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat

Magyarországon az 1980-as évek végéig a kábítószerek-használatból fakadó problémákra az egészségügy adott intézményes választ. A kilencvenes években szükségessé vált az egészségügy keretein kívüli ellátási formát találni, így egyre nagyobb szerepet kapott a mentális, szociális kezelés, és kialakult a szociális ellátás intézményi hálózata. Ennek az átalakulási folyamatnak a részeként szerveződött meg 1992-ben a Katolikus Karitás keretein belül működő Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat, a német karitás támogatásával, szenvedélybetegek, hozzátartozók és környezük megsegítésére. A német karitás támogatásának köszönhetően az 1992-től 1994-ig terjedő időszakban az előkészületek folytak, többek közt a magyarországi viszonyokra kellett adaptálni a német pszichoszociális tanácsadó és kezelőhe-

31 <http://www.hivatasorzo.katolikus.hu/> ■ 32 <http://vandarok-vihar.uw.hu/> és <http://www.vaciegyszemely.hu/images/lelkiseg/drogp/Szegletko.pdf>

lyek számára kidolgozott rendszert. Az első alacsonyküszöbű, pszichoszociális ellátást nyújtó Rév Ambulancia 1994-ben Budapesten, a XI. kerületben nyílt meg, majd 1996-ban Szombathelyen, 1997-ben Székesfehérváron, 1998-ban Egerben, 1999-ben Győrben, Szekszárdon, Kecskeméten és Debrecenben.

2002-ben megtorpanás következett be a Révek fejlődésének történetében. Ennek egyik oka, hogy a projekt német finanszírozása, támogatása (mely addig képzések kidolgozását és tanulmányutak szervezését is lehetővé tette) megszűnt. A megtorpanás másik oka az volt, hogy az akkori kormány elsősorban drogambulanciák létesítését támogatta a pszichoszociális támogató munkával szemben. Ez is hozzájárult például ahhoz, hogy nem létesülhetett Rév Nyíregyházán.

A meglévő nyolc Révből négyet (Budapest, Szombathely, Eger, Székesfehérvár) a magyar Katolikus Karitászt tart fenn, azaz tisztán egyházi fenntartású, míg kettőt (Szekszárd és Kecskemét) plébániai alapítvány, szintén kettőt független alapítvány (Győr és Debrecen)

A Rév szolgálatok nagyon fontos feladatot látnak el a mai napig. Több Rév szolgálat is felvállalta a börtönpasztorációt, több szakmai műfordításával és önálló kiadványaik megjelentetésével bővítették a szakirodalmat. Képzéseik jelentősek voltak a szakemberképzésben: harmincórás szenvedélybeteg-segítő alapképzésükre a katolikus egyházhoz közel álló személyek közül bárki jelentkezhetett, közülük aztán néhányan személyesen kaptak meghívást a 120 órás középképzésre. A folyamatosan induló Rév szolgálatok első munkatársai is e résztvevők közül kerültek ki. A szakmai képzés harmadik lépéscsúcsa lett volna a felsőfokú képzés, amely a hálózat egyik eleme volt. A hálózat azonban nem jött létre, a kiadványok megjelentetése is megszűnt. Az egyházmegyei karitás prioritásairól az egyházmegye püspöke, illetve a megyei karitászigazgató határoz, ez nagyban befolyásolja azt, hogyan tud megjelenni a szenvedélybeteg-ellátás az adott területen. A katolikus

egyház részvétele és szerepvállalása ezen a szociális területen csekély mértékű ahhoz képest, hogy hazánk történelmi egyházai közül a legjelentősebb, és nem csak lélekszámát tekintve. Jelenleg az ambuláns ellátásban vállal jelentős szerepet a Rév szolgálatokon keresztül, azonban nincs a civilek számára létesített rehabilitációs otthona (mint láttuk, a Hivatásórzó Ház elsősorban papi személyeket, esetleg egyházhoz közel álló férfiakat fogad, a Szegletkő pedig gyermekotthon).

Az elmúlt évtizedben az intézmények az önkormányzattal kötött együttműködések alapján működtek. Költségvetésüket az önkormányzati támogatás mellett pályázati támogatások, adományok és külföldi segélyek bevonásával fedezték. 1998-ban a Rév Ambulancia Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat elnevezéssel működik tovább.

Magyarországon a Révek pszichoszociális szemlélete teljesen más kezelési útnak számít, mint a megszokott egészségügyi szemlélet és ellátás. A konkrét ellátási tevékenységek középpontjában a keresztény eszmeiségen nyugvó, szakmailag igényes és érvényes mentálhigiénés gondolkodás áll.<sup>33</sup> A nyolc Rév szolgálat egységes szemléletmód, az úgynevezett pszichoszociális szemlélet alapján különféle munkamódszerekkel dolgozik, alkalmazkodva a helyi sajátosságokhoz. A szemlélet lényege, hogy a szenvedélybeteg személyt környezetével együtt vizsgálja, gyógyulását a család bevonásával és szoros együttműködésével segíti. A Révekben a különféle függőségekkel (alkohol, kábítószer, játékszenvedély, gyógyszer, étkezési zavarok) küzdőket fogadják, a segítség szakemberek (szociális munkás, pszichiáter, pszichológus, lelkész) és gyógyult szenvedélybetegek együttműködésével zajlik. Valamennyi Rév együttműködik és folyamatosan kapcsolatot tart az egészségügyi intézményekkel (gyermekorvosokkal, családorvosokkal, védőnőkkel, szakrendelőkkal, kórházakkal). Tevékenységét „külsős” szupervizor felügyeli, illetve szakmailag támogatja.

<sup>33</sup> Márton A. – Csizmadia P. – Grézló O.: *Alacsonyküszöbű pszichoszociális ellátásban megjelenő kliensek kábítószer-fogyasztásának vizsgálata*, Kutatási beszámoló, „Rév” Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat, Budapest, 7.

A Révek egyik legfontosabb szolgáltatása az alacsonyküszöbű ellátás, amelynek jellemzői az anonimitás (nincs szükség TAJ-kártyára sem), valamint a szolgáltatások önkéntes és ingyenes igénybevétele. Az absztinencia nem feltétele a részvételnek, ahogy a vallási elkötelezettség sem, annak ellenére, hogy a szolgálat a Katolikus Karitászban belül tevékenykedik.

A Rév alacsonyküszöbű pszichoszociális ellátásában megjelenő kliensek kábítószer-fogyasztását vizsgáló kutatás<sup>34</sup> szerint a vizsgált szerhasználók körében 19,6 százalék a nők aránya, míg 80,4 százalék a férfiaké. A születési évet megadó 623 főből 400 fő a 15–29 éves korosztályba tartozik, ezen belül majdnem 50 százalék 20–24 éves. A vizsgálat során kapott eredmények alapján megállapítható, hogy magas az intézményekben megjelenő nem helyben lakó szerhasználó kliensek aránya (40,6 százalék), ami azt jelzi, hogy az ellátásra az intézményektől távolabb eső településeken is igény mutatkozik. Az ellátás alacsonyküszöbűsége és a lak-hellyel való kvázi kapcsolatnélkülisége bizalmat ébreszt azokban, akik függőségi problémájukat szűkebb lakóhelyi közösségük előtt szeretnék titokban tartani.

## A SZENVEDÉLYBETEG-SEGÍTŐ EGYHÁZI INTÉZMÉNYEK SPIRITUÁLIS TEVÉKENYSÉGEI

A magyarországi szenvedélybetegekkel foglalkozó egyházi fenntartású, illetve működtetésű intézmények körében 2012-ben végzett kutatásom során az intézmények szakmai tevékenységének keretén belül megvalósuló spirituális tevékenységeket, vallási jellegű szolgáltatásokat vizsgáltam. (Az online kérdőív az intézmények felekezeti hovatartozását nem vizsgálta.) A kérdőív kitöltésére felkért intézmények 40 százaléka válaszolt a kérdésekre.

A válaszadó intézmények klienseinek kétharmada férfi. A szakemberek között dolgoznak pszichológusok, addiktológusok, általános orvosok, szociálpedagógusok, mentálhigiénés szakemberek, önkéntesek és gyógyult szenvedélybe-

tegek is, és szinte mindegyik intézménynek van lelkész munkatársa. A legtöbb intézményben a rehabilitáció a fő tevékenység, valamivel kevesebb mint 50 százalékuk szenvedélybetegek számára közösségi ellátást nyújt, egyharmaduk prevencióval és alacsonyküszöbű ellátással is foglalkozik. Kevesebb mint a harmaduk jelölt meg nappali ellátó és utógondozó tevékenységet.

A szolgáltatások célcsoportja a legtöbb esetben szenvedélybeteg férfiak és/vagy nők, az intézmények fele foglalkozik hozzátartozókkal, és csupán egyetlen intézmény kliensei tizennyolc év alatti fiatalok.

Az intézményekben megvalósuló spirituális tevékenységek, szolgáltatások között a közösségi és/vagy egyéni lelkigondozáson túl megjelent az áhítat, az étkezések előtti-utáni ima, a közös éneklés, a rendszeres bibliafoglalkozás, de az ünnepekhez kapcsolódó kézműves foglalkozások tematikája is. Filmek és kiadványok hozzáférhetősége is segíti a lelki-hitbéli erősödést, illetve szinte minden válaszadó hangsúlyozta a munkatársak elkötelezettségét. Az intézmények kétharmada biztosít konzultációs lehetőséget lelkésszel, közel azonos mértékben rendeznek vallási programot, és több mint a felük tart vallási foglalkozásokat. A spirituális szolgáltatások igénybevételének százalékos mértékére vonatkozó eredmények nagy szórást mutatnak, de összességében az 50 százaléknál nagyobb részvételi arány a jellemző, de nem ritka a 90 százalék os érték sem. Az összes válaszadó egyharmadánál erre a szolgáltatásra nincs igény, vagy a részvételi arány 10 százalék alatti. A válaszadók minden esetben hangsúlyozták a hitnek a kliensek ellátásában, gyógyulásában játszott jelentős szerepét: a józanodás egyetlen értelme, segít a lelki tisztulásban, lendületet ad a terápiának, reményt, alternatívát, életcélt, etikai szilárdságot nyújt. Egy helyütt az is megfogalmazódott, hogy „igazi, tartós felépülés csak megtérés által lehetséges”.

Az eredmények alapján tehát elmondható, hogy a legtöbb olyan intézményben, ahol megjelenik a spiritualitás az ellátásban, komoly igény is van rá, és a szenvedélybetegek gyó-

34 Uo.

gyulási folyamatának fontos erőforrását jelenti.

Tanúságtételek és példák is alátámasztják a hit szerepét a szenvedélybetegek életében:

A Katolikus Alkoholistamentő Szolgálat lelkesíti teendőit jelenleg ellátó katolikus pap, Fazekas György<sup>35</sup> maga is szabadult alkoholista, aki több helyen, szóban és írásban is tanúságot tett már a hit szerepéről és erejéről. Szerinte egyedül a hit képes kitölteni azt az űrt, amelyet a szenvedélybetegek éreznek a kezelés, a terápia során, és amely gyakran visszaeséshez vezet. A közösség elfogadó, befogadó légköre szintén nagyon fontos, hiszen a „szerethető vagyok”, „jó, hogy vagyok” élményét nyújtja. „Semmi más nem gyógyít, csak a szeretet” – hangsúlyozza.

A Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió ráckeresztúri programvezetője,<sup>36</sup> aki tizennyolc évi ópiátfüggőségből szabadult, szintén az elfogadás, a szeretet és a személyes példa jelentőségét tartja a legfontosabbnak. Vallja, hogy nem lehet elméletben hinni, sem elméletben meggyógyulni, csakis cselekedetek révén. A hit következménye a cselekedet.

Az esztergomi „Fogadó” Pszichoszociális Szolgálatnál<sup>37</sup> az a tapasztalat, hogy az őket megkereső kliensek részéről ritkán érkezik direkt kérés lelki beszélgetésre, pasztorális tanácsadásra. Az, hogy egy hívő klienst mennyiben segít vagy éppen hátráltat a hite, nagyban függ attól, milyen istenképe van. Ha ez a kép pozitív, akkor mindenképp erőforrást jelent, de sajnos nagyon gyakran torz a szolgálathoz forduló istenképe. A családból hozott rossz minta és az egyházak nemegyszer tapasztalható merevsége még jobban erősíti ezt a negatív képet. A szolgálat vezetőjét személyes hite és tudása nagyban segíti munkájában. Képes észrevenni, felismerni a kliens negatív istenképét, és rávezetni őt arra, hogy változhat. Tudja, hogy a szakmai segítség lehetőségei végesek, de van más is, amire hagyatkozhat, ez pedig az isteni kegyelem.

S végül egy külföldi kitekintés: A Comunità Cenacolo<sup>38</sup> 1983-ban alapította Észak-Olaszor-

szágban egy katolikus apáca, Elvira Petrozzi nővér. A közösség fiatal felnőtt szenvedélybetegeknek nyújt segítséget. Az itt élők napjában váltakozik az ima, a munka, a saját élet feltárása egymás előtt, a játék és az ünneplés. A közösség egyetlen gyógyítási módszert sem alkalmaz, nem nyújt pszichoterápiát, nem használ gyógyszert, sem illegális módszereket. Nem toboroz embereket, nem gyűjt pénzt, nem koldul, kizárólag önkéntes adományokból tartja fenn magát. Nem is terápiás közösség a szó orvosi értelmében: nincsenek orvosok, pszichológus, nevelők, ápolók. Az alapító tevékenységét önkéntesek: szerzetesek, családok segítik. Ötvenhat házuk Európában és az amerikai kontinensen közel kétezer fiatal számára nyújt támogatást. A statisztika szerint tíz belépett fiatalból nyolc teljesen felépül.

## ZÁRÓGONDOLATOK

A kábítószer-probléma társadalmi kérdés. A legális drogok, az illegális szerhasználat, a viselkedési függőségek egyre nagyobb mértékű jelenléte Magyarországon összefogást kíván az egész társadalom, az állami és civil, valamint az egyházi szervezetek részéről egyaránt. Az intézmények hatékony működéséhez támpont a 2013. október 7-én elfogadott nemzeti drogellenes stratégia, amely megadja a problémakezelés kereteit, tartalmazza azokat a prioritásokat, amelyeket szem előtt tartva az egyes intézmények tevékenykedni tudnak a jövőben.

Fontos hangsúlyoznunk, hogy bár a különféle egyházak jelen vannak a szociális ellátás területén, legtöbbször specializálódott valamely részterületre (ambuláns ellátás, rehabilitáció), és nem képes az ellátások széles skáláját biztosítani. Így nem minden őket megkereső érintettnek tudnak az állapotának megfelelő ellátást biztosítani. Az is látható, hogy elsősorban a rehabilitációs intézmények tudnak megfelelő teret nyújtani a spirituális vonatkozások és erőforrások kihasználásának. Ezért a katolikus in-

35 *Neked is sikerül*, i. m. 54–56., illetve a Fazekas Györggyel 2012. október 3-án készült személyes interjú alapján. ■ 36 *Anyag a vérben – vallomások drogról és életről*, Napkút, Budapest, 2009, és a 2012. október 3-án készült személyes interjú alapján. ■ 37 A Molnár Simonnal 2012. október 10-én készített interjú alapján. ■ 38 [www.comunitacenacolo.it](http://www.comunitacenacolo.it)

tézmények – szolgáltatásaik ambuláns jellege miatt – nem alkalmasak arra, hogy ezt teljes mértékben vállalhassák. Mindenképpen pozitívum, hogy a pasztorális konzultáció lehetőségét a legtöbb esetben felkínálják, de az ellátásnak ebben a formájában nincs mód mélyebben elmerülni hitbéli kérdésekben. Fontos lenne, hogy a katolikus egyház hajlandónak mutatkozzék a nagyobb felelősségvállalásra, és fogadja el a – nemzeti drogstratégiában is megfogalmazott – partnerszerepet a probléma megoldásában. Ennek egyik eszköze lehet a Rév hálózatának tényleges kiépítése azáltal, hogy megvalósulnának a hiányzó elemek. Amennyiben ez sikerülne, a katolikus egyház alkalmas és képes lenne az ellátások minden formáját nyújtani az elsődleges prevenciótól a rehabilitáción át az utógondozásig. Így arra is kedvezőbb lehetőségek nyílna, hogy a szenvedélybetegség lelkigondozását végezhesse.

A nemzeti drogellenes stratégia megfogalmazza, hogy „az egészségfejlesztés (egyben a kábítószer-használat megelőzés) szempontjából is elősegítendő, hogy – az egyházak autonó-

miájának tiszteletben tartásával – a hitoktatásban, a pasztorális munkában, az egyházi iskolákban zajló nevelésben és oktatásban, továbbá a lelkészképzésben hangsúlyosabban jelenjen meg ez az irányultság, illetve feladatkör”.<sup>39</sup>

Nagyon fontos pozitívum az a tény, hogy az ország egyetlen egyházi speciális gyermekotthonát a katolikus egyház létesítette és tartja fenn. Hasznos lenne, ha az itt szerzett tapasztalatokat felhasználva hasonló intézményt alapíthatna nem gondozásba vett gyermekek számára, ezáltal segítve az érintett családok együtt maradását. Egy ilyen intézmény a gyermekellátás területén érzékelhető hiátust is enyhítené. Mindezek azonban – bár lényeges lenne – nehezen megvalósíthatók. Addig is elengedhetetlenül fontos a szemléletváltás, és az, hogy az egyház-községek szintjén, az egyes közösségek tagjaiban felkeltsék a tenni akarás vágyát. A hívők tájékoztatásának, szemléletük alakításának, valamint a prevenciónak is hatékony eszköze lehetne a katolikus média. Az írott sajtó, a rádió- és tévéműsorok által közvetített pozitív szemlélet kedvező befolyással lehetne egyházunk tagjaira.

39 „Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen”, i. m. 39.



SEMMELWEIS  
EGYETEM

MENTÁLHIGIÉNÉ INTÉZET  
EGÉSZSÉGÜGYI KÖZSZOLGÁLATI KAR



A Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet,  
az Evangélikus Hittudományi Egyetem  
és a Szent Atanáz Görög Katolikus Hittudományi Főiskola  
együttműködésében:

## MENTÁLHIGIÉNÉS LELKIGONDOZÓ SZAKIRÁNYÚ TOVÁBBKÉPZÉS

### A KÉPZÉS VEZETŐJE:

Dr. Tomcsányi Teodóra egyetemi tanár

### A FELVÉTEL KRITÉRIUMA:

felsőfokú hitéleti végzettség, egyházi  
ajánlás és személyes alkalmasság.

### A KÉPZÉS IDŐTARTAMA:

4 félév, havonta 2 nap (csütörtök–péntek)  
valamint két intenzív hét

### A TOVÁBBKÉPZÉS AJÁNLÓI:

Dr. Beer Miklós katolikus püspök,  
Dr. Steinbach József református püspök  
Dr. Fabiny Tamás evangélikus püspök

2015 SZEPTEMBERÉTŐL

### A KÉPZÉS CÉLJA:

A lelkigondozók társadalom- és  
bölcészettudományi továbbképzése.  
A résztvevők az elméleti és gyakorlati  
stúdiumokon segítséget kapnak ahhoz,  
hogy jobban felismerjék és megértsék  
a segítségre szoruló emberek és  
csoportok problémáit, segíteni tudják  
őket lelki fejlődésük útján és döntéseik  
meghozatalában, támogassák őket  
erőforrásaik megtalálásában.

### Jelentkezés:

az SE EKK Mentálhigiéné Intézetben igényelhető jelentkezési lapon.

*Kérhető postán:* 1428 Budapest, pf. 370.; *telefonon:* 06 1 266 1022,

*Honlapról letölthető:* [www.mental.semmelweis.hu](http://www.mental.semmelweis.hu)

**Jelentkezési határidő: 2015. március 31.**

A felvételi alkalmak 2015 februárjában kezdődhetnek.

### A képzésről bővebb tájékoztatást ad:

Török Gábor (20/6632-389, [torok.gabor@public.semmelweis-univ.hu](mailto:torok.gabor@public.semmelweis-univ.hu))  
Semsey Gábor (20/6632-390, [semsey.gabor@public.semmelweis-univ.hu](mailto:semsey.gabor@public.semmelweis-univ.hu))