

## A drogváltás jelensége injekciós droghasználókkal készült interjúkban

Rácz József<sup>1,3</sup>, Csák Róbert<sup>2,3</sup>, Karátson Renáta<sup>3</sup> és Vadász Viktória<sup>3</sup>

29

<sup>1</sup> ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, Patológiai Doktori Iskola

<sup>3</sup> Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány

**Összefoglalás:** *Bevezetés: a droghasználattal kapcsolatos kutatások egy tekintélyes része a népegészségügyi következményeik miatt külön tárgyalja a droghasználati tranzíciókat. A drogváltás elbeszélésének folyamata az aktív döntéshozást állítja a középpontba, kiegészítve a szereplők mentális folyamataival. A „kockázati környezet” fogalmával a tranzíciós narratívák társas-társadalmi kontextusba ágyazódnak.*

*Módszerek: A középső-józsefvárosi mikroszegregátumban (Budapest, VIII. kerület) a Kék Pont Alapítvány Kontakt programjában 2010-ben a regisztrált kliensek száma 2066 fő volt. A vizsgált személyek a Kontakt program keretében működő tűcsere-programból kerültek ki (2010. december – 2011. február között). A vizsgálatba kerülés kritériuma az elmúlt 30 napban legalább egyszeri injekciós mephedron használat volt. 17 személlyel készült interjú. Az élettörténeti interjúkat tematikusan kódoltuk, amit addig folytattunk, amíg az új, tematikus kódok már nem szolgáltatottak lényegesen új információkkal.*

*Eredmények: Az interjúalanyok gyors hozzászokásról és intenzívebb szerhasználatról számoltak be a mephedronra váltás után, amely az injektálás gyakorisága miatt kockázatosabb. A mephedron hatása leginkább az ecstasy hatóanyagához, az metilén-dioxi-metamfetaminhoz (MDMA) és a kokainhoz hasonlítható. Az interjúkban jellegzetes mintázatként a pozitív hatások leírását követően megjelentek a mephedronhasználat negatív hatásai is. A mephedron „kockázati narratívája” az „élvezeti narratívától” szeparáltan jelent meg az interjúkban.*

*Következtetések: Tapasztalataink szerint nem a drogpiacon expanziója, hanem áttérés, átváltás, illetve párhuzamos használat jött létre a mephedronhasználatával. Ebben szerepe lehetett annak, hogy a heroin hatóanyagtartalma és hozzáférhetősége csökkent, ezzel párhuzamosan a mephedron hozzáférhetősége jelentősen növekedett. A drogpiacon expanzió elmaradása a mikroszegregátum zártságával is magyarázható. Az eredmények a drogváltás népegészségügyi következményeire és a szakemberek megfelelő felkészítésére hívják fel a figyelmet.*

**Kulcsszavak:** *injekciós droghasználat; tranzíciós narratíva; kvalitatív kutatás; mephedron*

**Summary:** *Introduction: Important part of the studies on drug use deals with drug use transitions because of their public health consequences. Narrating of drug use change states the active decision making in the centre of the process with adding mental states of the participants to the change process. The transitional narratives can be embedded in the social context of „risk environment”.*

*Methods: In the micro-segregation of the Middle-Józsefváros (8th district, Budapest) the Blue Point Foundation runs a needle-exchange service in its “Contact Programme”. Here the number of registered clients was 2066 in 2010. The study participants were recruited from the clients of this needle-exchange service (from December 2010 to February 2011). The criterion of entering the study sample was injecting mephedrone in the past 30 days. 17 participants were interviewed. The life story interviews had been coded thematically; it had been done until new codes did not carry new meanings.*

*Results: Study participants speak about rapid tolerance and more intensive use of mephedrone after changing their usual drug. This use is more risky because of more frequent injecting. The effect of mephedrone was described like 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA) and cocaine. In the interviews the usual pattern was narrating the positive effects of mephedrone and after this text the narrating of the negative effects. The “risk narrative” and the “enjoyment narrative” were presented separately in the interviews.*

*Conclusions: Not the expansion of the drug market, but the drug change was observed: earlier drugs to mephedrone or parallel use of mephedrone with earlier drugs (amphetamine and heroin). The purity and availability of heroin and the increase availability of mephedrone may take a role in this process. The absent of drug market expansion was explained by the closeness of the micro-segregation. Results raise attention of the public health consequences of drug change and the proper training of professionals for this change.*

**Keywords:** *injecting drug use; transition narrative – qualitative research - mephedrone*

## Bevezetés

## Tranzíciós narratívák és kockázati környezet

A droghasználattal kapcsolatos kutatások egy tekintélyes része a népegészségügyi következményeik miatt külön tárgyalja a droghasználati tranzíciókat: részben ideértik az illegális szerhasználat elkezdését (pl. 1, 2), az injekciós szerhasználat megjelenését (pl. 3, 4, 5, 6, 7), majd a veszélyesebb drogok, illetve droghasználati mintázatok megjelenését: pl. polidroghasználat, a napi injekciózási alkalmak növekedése, a droghasználat publikussá válása, esetleg a „nyílt drogszcéna” megjelenése (pl. 6, 8, 9) A droghasználati tranzíciót a továbbiakban két szűkítéssel használjuk: a jelentős változást a szerhasználók észlelésével állapítottuk meg. A változás jelentheti veszélyesebb drogok használatát vagy a gyakoribb használatot, illetve a kockázatosabb körülmények között történő droghasználatot, erre az utóbbi tényezőre rövidesen visszatérünk. A másik szűkítő tényező a tranzíció elbeszélése a szerhasználók által, azaz problémafelvetésünk a tranzíciós narratívákra korlátozódott (arra, amikor a szerhasználók percepciója szerint lényeges változás történt a szerhasználatban vagy annak körülményeiben).

A droghasználati tranzícióit tágabban a kockázati pályák (trajektóriák) koncepciója keretében tárgyaljuk (2). Az újabb irodalomban a kockázat fogalmát Beck (11) „kockázati társadalmaig” vezetik vissza, ahol a kockázat az egyéni életpályák jellemzője és egyéni – racionálisnak feltételezett döntésekkel – magyarázható, pl. költség-haszon elemzésekkel. A kutatások során rövidesen kiderült azonban, hogy a droghasználat és a kockázatvállalás racionális döntésen alapuló modellje túl nagy szerepet szán az egyéni döntéseknek, míg a környezet kényszereit elhanyagolja. A szituációhoz kötött racionalitás (12) a „megindokolt választás” (13), valamint a szituációhoz, a környezethez kötött ágencia fogalma (14) ezt a leegyszerűsítést igyekszik feloldani (nemcsak droghasználók vonatkozásában). A kockázatvállalással, a kockázatnak kitettségrel kapcsolatos tranzíciós elméletek egy másik problémája a kockázat fogalmával hoz-

ható kapcsolatba (11): a kockázat, a veszély, az ártalom előtérbe helyezésével a tranzíció egyik fő mozgatórugója, az élmény- és izgalomkeresés háttérbe szorul (ld. 2., összefoglalóját)

Ahogy utaltunk rá, a tranzíciókat a tranzíciós narratívákon keresztül kívánjuk megismerni, azaz azt az elbeszélte történetmondást felhasználni, ahogy a tranzícióban résztvevő droghasználók látják és elbeszélik droghasználatuk változását. Megjegyezzük, hogy a droghasználat abbahagyását, pontosabban annak elbeszélését is tekinthetjük tranzíciós narratívának, azonban ezzel a témával e helyütt nem foglalkozunk. A tranzíciós elbeszélésekben a „script” (itt: forgatókönyv), a narráció jellemzői válnak a vizsgálat tárgyává (pl. 2, 7, 15, 16). A narratívák különösen alkalmasak arra, hogy hirtelen, akár jelentős társadalmi változások idején, akár az egyéni élettörténetben bekövetkező nagy változások során inkorporálják a változást, fenntartsák az elbeszélő állandóságát és folyamatosságát, reflektáljanak a közösségi elvárások és az egyéni célok közötti ellentmondásokra. A narratívaképződés egyfajta triggere lehet, ha az előbbi változásokat erős morális elítélés kíséri a többségi társadalom részéről (11, 17). Ilyenkor a narratívákban speciális beszámolók jelennek meg (moral accounts, 18), melyekkel az elbeszélő mintegy összebékíti a viselkedésváltozását és az észlelt társadalmi elítélést. *Pulkkinen és Aaltonen* (19) *Fonagyra* hivatkozva felvetik a mentalizáció és a narráció kapcsolatát: hogyan válnak az elbeszélők/cselekvők mentális állapotai az elbeszélés részévé. Ez a múltbeli és a jelenbeli mentális állapotokhoz való hozzáférés kérdését érinti.

Az elbeszélésben az eseményeket történetté formáljuk és egyúttal értelmet is adunk a cselekvéseknek (20). Ez az értelem a pszichés valóság egy síkja, ahogy a narratív pszichológia egyik megfogalmazója, *Bruner* (21) nevezi, a cselekvés mezeje (amit a cselekvés körülményei szerveznek). Minden elbeszélésben azonban ott van egy másik sík is, a tudatosság mezeje, ami azt tartalmazza, amit az elbeszélés szereplői „tudnak, gondolnak és éreznek, illetve nem tudnak, nem gondolnak, vagy nem éreznek” (21: 56. old.). Az előbbi a racionalitás, utóbbi az élmény

dimenziója (20). Az elbeszélő perspektívaváltásai pedig érzelmi állapotával, valamint identitásával állnak összefüggésben (22).

A tranzíciós narratívák tartalmazzák tehát a droghasználat változásának egyéni elbeszélését, ezen keresztül a droghasználattal és a szerváltással kapcsolatos történetek és mentális állapotok megkonstruálását. Az elbeszélés folyamata az aktív döntéshozást, a szerhasználó által percipiált aktív, a személyéhez köthető változást állítja a középpontba (*Bruner* szerint ez a „cselekvés mezeje”, 21), kiegészítve a szereplők mentális folyamataival („a tudatosság mezeje”).

A tranzíciós narratívák tanulmányozásának hátránya éppen az előzőekben kifejtett tulajdonságaikkal függ össze: túlzottan az egyéni döntéshozásra összpontosítanak, és kevésbé veszik figyelembe a változás társas, társadalmi, tér- és időbeli jellemzőit. A „kockázati környezet” fogalmának beemelésével (15, 23, 24, 25) a tranzíciós narratívák megfelelő társas-társadalmi kontextusba ágyazódnak (6, 7). A fogalom előtérbe kerülését alátámasztották azok a kutatások, amelyek arra utaltak, hogy a kockázati pályák, így a tranzíciók sem magyarázhatók pusztán az egyén szemszögéből, hanem figyelembe kell venni azokat a társas helyzeteket, társas-társadalmi struktúrákat, valamint azokat a térszerveződési sajátosságokat, amelyekben ezek a tranzíciók előfordulnak, amelyek mintegy a veszélyesebb droghasználati mintázat felé „taszítják” a szerhasználókat (2, 5, 6, 9). A „kockázati környezet” fogalma *Tim Rhodes* munkásságához kötődik, aki több vizsgálatában is ezt a modellt alkalmazta, illetve meghatározta annak operacionalizált változóit (7, 23, 26, 27, 28, 29, összefoglalóan: 15). Külön kiemelendők a „nyílt drogszcénában” bekövetkező tranzíciók; a nyílt drogszcéna a kockázati környezet egyfajta szélső, leginkább kockázatos típusának fogható fel (6): a kockázatos droghasználatot folytatók magas aránya, publikus tereken zajló szerhasználat, a drogterjesztés látható jelenléte, a beszerzői bűnözés előfordulása, a segítő szolgáltatásokba, illetve tágabban, a többségi társadalom rutin tevékenységeibe való csekély bevonódás jellemzi. A nyílt drogszcénák egyben speciális társadalmi térszerveződésként is felfoghatók. A

kockázati környezetben a társas hatások fokozottan és koncentráltan érvényesülnek (24).

## A mefedronhasználatra váltás körülményei az Európai Unióban és Magyarországon

A mefedron (4-methylmethcathinone) szintetikus katinon, amely molekulaszervezetében és hatásában az MDMA-hoz és a metamfetaminhoz hasonlít, egyes, anekdotikus beszámolók szerint már 2007-ben megjelent Európában, azonban széles körben használt szerré 2009–2010-ben vált (30). Viszonylag kevés adat áll rendelkezésre arról, hogy a korábban is kábítószert fogyasztók miért váltottak át mefedronra.

A mefedront használók személyes perspektívájából végzett kutatások között említjük *Dargan, Albert és Wood* (31) kérdőíves vizsgálatát, amelyből kiemeljük, hogy a megkérdezett 1006 személy (iskolások és főiskolások) a mefedront könnyen elérhető, ugyanakkor elég kockázatos szernek tartották. Utóbbi jellemző a többi vizsgálatban kevésbé hangsúlyosan jelenik meg, ennek okaira a későbbiekben térünk ki.

*Winstock és mtsai* (3, 32, 33, 34, 35) vizsgálatai szerint a mefedron tiltólistára helyezése csökkentette a használatot, de az nem tűnt el. *Newcombe* (36) fókuszcsoportos vizsgálata szerint a mefedronhasználók korábban kokaint vagy amfetamint használtak, a váltás egyik oka ezek csökkenő hatóanyag-tartalma volt. Több használó a mefedron hatását élvezetesebbnek találta, mint a kokain vagy az amfetamin hatását. Ehhez hozzájárulhatott az is, hogy utóbbi szer esetében azok „gyengüléséről” (hatóanyag csökkenés) számoltak be. *Winstock, Marsden és Mitcheson* (32) szerint a mefedronhasználat oka annak könnyű hozzáférhetősége az interneten keresztül. Mások a „kedvező” pszichoaktív hatásait, az olcsóságát és a legális státuszát emelik ki, mint a mefedronhasználat okait (38, 37). A könnyű – internetes – hozzáférést emeli ki *Vardakou, Pistos és Spiliopoulou* (39) összefoglalója is. *Carhart-Harris, King és Nutt* (40) web-alapú kutatása szerint a mefedronhasználók elsősorban az ecstasyhoz hasonlították a szer hatá-

sát, de az ecstasyt biztonságosabbnak tartották. A használók szerint a mefedron melletti „érv” a hozzáférhetősége, az alacsony ára és a „tisztasága” volt. Részből egyfajta drogpiazi expanzióról lehet tehát beszélni (új használók megjelenése, elsősorban a mefedron legális státusza idején), másrészt a már kábítószer-használók esetében drogváltás történt, amit a korábban használt szerek (elsősorban kokain, amfetamin és ecstasy) rossz minőségével magyaráznak a kutatók.

*McElrath és O'Neill* (41) kvalitatív kutatásai szerint – amelyet a mefedron angliai tiltólistára helyezése után folytattak – a mefedron széles körben hozzáférhető volt a tiltás utáni 10 hetes periódusban. 23 személlyel készültek az interjúk. A használók a mefedron mellett elsősorban stimuláns hatású drogokat használtak, de a korábbi droghasználatukban kannábisz, amfetamin, ecstasy, hallucinogének és popper-ek fordultak elő. A használók elsősorban pozitív érzésekről számoltak be. Az együtt fogyasztott szerek közül az alkohol volt számottevő. A kutatók tapasztalatai szerint a mefedronhasználók elsősorban a dílerektől vették a drogot – ezzel az „utcai” (utcai bolti árusítás még a tilalom előtt), illetve a „drogos” stigmájától igyekeztek szabadulni, már a tiltás után is. A kutatás során több mefedronhasználó – ahogy csökkent a mefedron hozzáférhetősége – visszatért az általuk korábban is használt szerhez, az ecstasyhoz vagy a kokainhoz. A szerzők (41) szintén felvetik a korábban említett lehetőséget, hogy a mefedron a drogpiazi expanzióját jelentette a vizsgált periódusban. Ezzel szemben áll *Measham és mtsai* (30) tapasztalata, akik a mefedron esetében egy „helyettesítő” funkcióval találkoztak: azaz a mefedron helyettesítette az ecstasyt és a kokaint (ezeknek a szereknek a hatóanyag-koncentrációja csökkent a vizsgálat idején). *Charter-Harris, King és Nutt* (42) vizsgálatai is ezt a „helyettesítő” funkciót támasztják alá.

*Van Hout és Brennan* (43) 22 mefedronhasználóval végzett kvalitatív vizsgálatot. Tapasztalataik szerint a mefedron átmeneti „helyettesítőként” szolgált – megerősítve *Measham és mtsai* (30) feltételezését: a party-szcénából kikerülő mefedronhasználók kb. fele rövidesen

visszatért a korábbi stimulánshasználathoz. Ennek oka a mefedron egyre kifejezettebben megtapasztalt negatív hatása, valamint hatóanyagának csökkenése volt, míg a stimulánsok hatóanyaga nőtt. *McElrath és O'Neill* (41) is felvetik, hogy a negatív hatások csak egy idő múlva jelentkeznek, és ahhoz is időre van szükség, amíg ez a tapasztalat elterjed a szerhasználói csoportokban. *Dargan, Alberts és Wood* (31) vizsgálata kapcsán utaltunk arra, hogy a vizsgálatban a mefedron negatív hatásai nagy hangsúlyt kaptak, hasonlóan *Winstock és mtsai* (35) kutatásaihoz: felvethető, hogy a szakemberek számára is a negatív hatások csak a mefedron elterjedése után időben egy bizonyos késéssel váltak ismertté. *Schifano és mtsai* (37) összefoglalója szerint a mefedron hatásai és az adverz reakciók (elvonás?) az amfetaminhoz, a kokainhoz és az ecstasyhoz hasonlóak. Ez magyarázhatja, hogy miért e szerek használói tértek át a mefedronra, illetve tértek vissza e szerekre, amikor a mefedron nehezebben hozzáférhetővé vált, illetve hatóanyag-tartalma is csökkenni kezdett. *Wood, Greene és Dargan* (44) kiemelik, hogy a mefedronhasználatot jelentősen csökkentette annak tiltólistára tétele Angliában (toxikológiai adatok alapján). Ez bizonyos fokig alátámasztja azt a vélekedést, hogy a mefedronhasználat egyik oka annak legális státusza volt (a tiltást megelőző időszakban). A mefedron injekciós használatáról csak kevés adat áll rendelkezésre (37, 45).

Magyarországon a mefedron 2009-ben jelent meg, de széles körben csak 2010-ben terjedt el, és 2011. január 1-jével már felkerült a hivatalos tiltólistára is. Az Országos Igazságügyi Toxikológiai Intézetben és a Szegedi Tudományegyetem Igazságügyi Orvostani Intézetében ez irányban történt toxikológiai vizsgálatok közül (5386 esetből; Budapest: 4922, Szeged: 464) a vér- és/vagy vizeletmintából 363 (7%) esetben mutattak ki mefedront (46). A szerzők konklúziója szerint a szer jelen van a hazai kábítószerpiacon. A Magyar Pszichedelikus Közösség ([www.daath.hu](http://www.daath.hu)) online vizsgálatai szerint (2010. február és 2011. február között) 319 válaszadó adatai alapján (47) a mefedronhasználók a hatást a korábban használt amfetaminhoz, ecstasyhoz és kokainhoz hasonlították. A mefedronhasználat célja a

„hangulatjavítás” (60%), az „érzékelés és jóérzés fokozása” (54%), a „kíváncsiság kielégítése” (40%), és a „társas érintkezés előmozdítása és fokozása” (36%) voltak. Az egyéb válaszok 40%-a a bulizást, partyzást említette meg a fogyasztás céljaként (47).

Magyarországon az injekciós mefedronhasználat a tücsere-programok kliensei körében elterjedtnek volt mondható 2010 végén és 2011 első hónapjaiban (48, 49). Az injekciós mefedronhasználók korábban a mefedron mellett amfetamint és heroint is használtak. A heroin a külföldi kutatásokban nem jelent meg. A szerváltást a kutatásban résztvevő tücsere-programok személyzete a kliensek elbeszélése alapján úgy magyarázta, hogy a mefedron hatásai gyorsabban jelentkezők, mint az amfetamin vagy a heroin hatása, továbbá a mefedron csökkenti a heroin elvonási tüneteit (48). Fontos megjegyeznünk, hogy ebben a vizsgálatban nem a mefedronhasználókat, hanem a velük foglalkozó szakembereket kérdezték meg! *Horváth, Péterfi és Tarján* (62) – hivatkozik rá a Nemzeti Drog Fókuszpont jelentése (49) –, szerint a tücsere-kliensek körében a mefedronhasználók korábban amfetamint vagy heroint használtak – szintén a személyzet percepciója szerint. A szerváltás okai között a következők szerepeltek: könnyebb hozzáférhetőség és a legális státusz (2010. 12. 31-ig), az olcsóbb ár, az intenzívebb hatás és a drogtesztekkel való kimutathatóság hiánya.

## A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia Kontakt programja

### A középső-józsefvárosi mikroszegregátum

A szegény néesség és a hátrányos helyzetű etnikai kisebbség nagyvárosokon belüli lakóhelyi szegregációjának mintája alapvetően eltért egymástól már az 1900-as évek elején, és jellemzően ma is. A magas státuszúak kevés, nagy kiterjedésű, térben is összefüggő területeken koncentrálódnak, míg az alacsony státuszúak több és kisebb területeken találhatók, ún. mikroszegregátumokban (50). A hátrányos helyzetű etni-

kai kisebbségek nagy kiterjedésű, térben összefüggő területeket foglalnak el, elsősorban a belső pesti kerületekben (50, 51).

Középső-Józsefváros a VIII. kerületi (Józsefváros) József körút, Fiumei út és Baross utca által határolt háromszöget jelenti. Népeisége alacsony státuszú, a kerületnek ez a része erősebben leromlott. Középső-Józsefváros uralkodó háztípusa a többemeletes, körfolyosós bérház, mellette a XIX. századról maradt egyszintes házzakkal. Az 1970-es évektől a területéről elköltöző családok helyére pedig mindig alacsonyabb státuszú családok kerültek. Ezek a családok általában sokgyerekesek és nem egyszer alacsony jövedelműek voltak. Ugyan Józsefváros területén mindig is éltek (többnyire zenész családból származó) cigányok kevesen, és lokalizáltan, a cigány néesség tömeges beáramlása a fent említett folyamatoknak volt köszönhető az 1970-es évektől. Ekkor a cigány- és szegénytelepek felszámolása, továbbá a „buldózeres városfelújítások” miatt megkezdődött a szegény és a cigány csoportok beáramlása a magasabb státuszúak által hátrahagyott józsefvárosi lakásokba (50, 51, 52). Budapestre általában, de a kerületre különösen jellemző, hogy „az alacsony státuszúak rendszerint inkább több, kisebb területű és térben össze nem függő »mikroszegregátumban« tömörülnek” 52:12. old.). A kerületi tömbrehabilitációk hatása: a Szigony és a Magdolna projekt összenyomta a halmozottan hátrányos helyzetű, főleg cigány népeiséget, így az ma kisebb területen koncentrálódik.

Több utcában a látvány a következő: utca egyik felét lebontották, másik felén már építkeznek, a harmadik felében pedig a régi omladozó házak találhatóak. Tapasztalataink szerint a romházakban, avagy az üres házhelyeken a nyílt drogszcénára jellemző tevékenységek figyelhetők meg: publikus injekciós droghasználat, drogok adása-vétele. A régi típusú házak lakásai egy részében pedig illegális „belövőszobák” (shooting gallery) működnek (53). Hasonló színtereken, ahol a publikus injekciózás, illetve a nyílt színi drogszcéna is megjelent, több kutatást is végeztek (pl. Montrealban: 3, Vancouverben: 4, 6, 8, 54).

## A Kontakt program jellemzői

34

A Kék Pont Alapítvány 2003-tól indította el az alacsonyküszöbű, ártalomcsökkentő szolgáltatását, amely 2006-ban költözött a program jelenlegi helyére, a Középső-Józsefvárosba. Az intézményi kapcsolatokat nem preferáló szerhasználókkal történő kapcsolatépítés, a rejtett szerhasználói szcena elérése lett a program egyik fő célja. A másik fő cél az intravénás szerhasználat ártalmainak csökkentése, a programban működő tűcserével és információ-átadással, HIV, hepatitisz B, C szűrésekkel, kezelésbe irányítással. Így a közegészségügyi következmények és a társadalmi ártalmak is mérséklődhetnek.

A középső-józsefvárosi program azért különleges, mert a szerhasználó szcena közvetlen közelében van, így saját környezetükben érhetőek el a kliensek. A program ezért is költözött a Középső-Józsefvárosba, mivel *Ritter Ildikó* (55) vizsgálatai szerint az injekciós szerhasználat szempontjából ez Budapest egyik leginkább érintett része (a másik a IX. kerületi Dzsumbuj lakótelep). Mindkét területet elsősorban roma, halmozottan hátrányos helyzetű, egészségügyi szolgáltatásokba nem kerülő injekciós droghasználók lakják (55).

A Kék Pont Kontakt programjában 2010. december 31-én a regisztrált kliensek száma 2066 fő volt. 2010-ben az új kliensek száma 412 fő volt, 1047-en látogatták a programot. 2011-re a regisztrált kliensek száma meghaladta a 2500-at (2011-re vonatkozó pontos adataink még nincsenek).

A programban résztvevők szociodemográfiai jellemzőit mutatja az 1. táblázat, szociodemog-

### 1. táblázat

A program működési helyén, illetve a környező kerületekben lakó kliensek – aktivitás szerinti bontás (2010)

	Inaktív kliens (%)	Aktív kliens (%)
7. kerület	3,2%	4,7%
8. kerület	54,0%	55,5%
9. kerület	9,9%	10,5%
10. kerület	4,5%	6,2%
„Nem környékbeli”	28,4%	23,1%
<b>Összesen</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

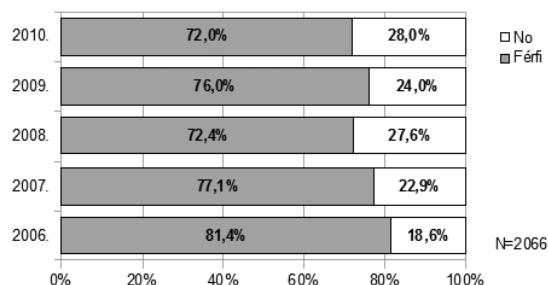
aktív kliens – aki 2010-ben is megjelent a tűcsere-programban  
nem aktív kliens – aki korábban regisztrált, de 2010-ben nem jelent meg a tűcsere-programban

ráfiai összetételük és a droghasználat összefüggéseit pedig az 1., a 2. és a 3. ábra (56).

A programot nagyrészt férfiak használják (az összes regisztrált férfi száma: 1555 [75,3%], míg a nők: 509 [24,7%]). A kliensek életkorát tekintve a legfiatalabb 14 éves, a legidősebb pedig 67, az átlagéletkor 29,9 év. 20 és 34 év közötti az összes regisztrált kliens 70%-a. A programot látogatók többsége a VIII. kerületből érkezik (55%), közel 75% pedig a VIII. kerületből és a környező kerületekből (tehát VII., VIII., IX., és X. kerület) együtt. Az elsődlegesen injektált szer a kliensek körében az amfetamin (58,3%), ami minden korosztályban nagyobb arányban fordul elő. Heroint a kliensek 36%-a használ, 2,9% pedig a

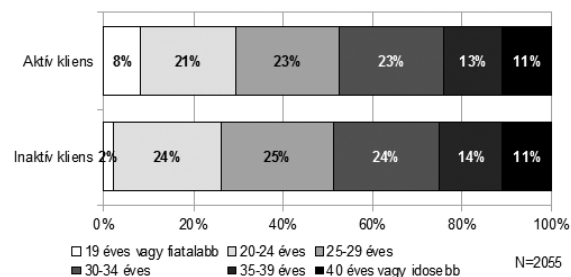
### 1. ábra

Nemek aránya az adott évben regisztráltak körében (2010)



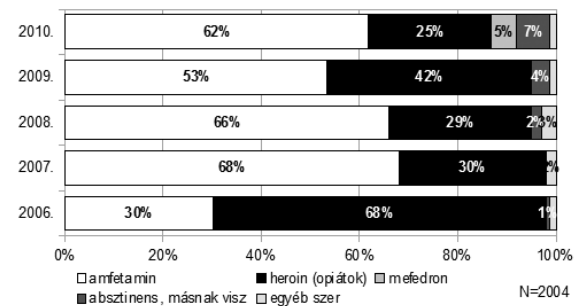
### 2. ábra

Regisztrált kliensek életkori megoszlása 2010-es aktivitásuk szerint (2010)



### 3. ábra

Elsődlegesen injektált szer az egyes években regisztráltak körében (2010)



regisztrációkor azt válaszolta, hogy másnak viszi az injektorokat (azaz nem szerhasználó).

2010-ben az egy klienslátogatásra jutó elvitt fecskendők száma (január kivételével) 9,57 és 11,52 között változott, az október (12,27), november 12,75), december (13,47) hónapokban nőtt az egy főre jutó elvitt injektorok száma.

## Problémafelvetés

Kutatásunkban egy új drog megjelenését és terjedését, a drogváltás tranzícióját kíséreltük meg nyomonkövetni egy, Budapest egyik mikroszegregátumában élő speciális injekciós droghasználó közösségben. Itt megfigyelhetők a publikus injekciózás, illetve részben a nyílt színi drogszcéna jellemzői. A drogváltásnál vizsgálni kívántuk a tranzíció elbeszélte folyamatát, okait, az új szer használatának előnyeit és hátrányait – összehasonlítva a korábban használt drogokkal. Vizsgálni kívántuk, hogy a szerváltás hogyan befolyásolja a megkérdezettek napi tevékenységeit és a szerhasználathoz köthető viselkedéseit (pl. elvonás-menedzselés, beszerzés).

## Módszer

### *A kutatás menete*

A vizsgált személyek a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány Kontakt programja keretében működő túcsere-programból kerültek ki. A program a Középső-Józsefvárosban működik (Budapest, VIII. kerület). A vizsgálatba kerülés kritériuma az elmúlt 30 napban legalább egyszeri injekciós mefedronhasználat volt. Ezt egy szűrőkérdőívvel állapítottuk meg, majd következett az interjú.

A félig strukturált interjú kérdései három nagyobb részre tgaolhatók, és ezeken belül voltak a fő témaköröket jobban kifejtő kérdések:

1. Az intravénás mefedronhasználat kezdete, az „áttérés”, az első használat körülményei.
2. Jelenlegi használat.
3. A használat következményei.

Az interjúk egyenként körülbelül 30 percet vettek igénybe és diktafonnal rögzítettük, majd

legépeztük. Az elemzést a legépezt interjúkból végeztük.

Az interjúra kiválasztott személyeket az interjúkat készítő szakemberek – valamennyien a túcsere-program munkatársai – minimum 3–4 hónapja ismerték. A kiválogatás menetét az határozta meg, hogy a megkérdezettek körébe kerüljenek a túcsere-program klienseit reprezentáló módon férfiak és nők, fiatalok és idősebbek, korábbi heroin- és amfetaminhasználók, hosszabb ideje (4–5 hónap) mefedronra váltók és rövidebb ideje szerváltók is. A „reprezentáció” ebben az esetben nem jelentette azt, hogy a kiválasztott személyek a túcsere-program klienseire lennének reprezentatívak, inkább „teoretikus mintavétel” történt: a drogváltás „elmélete” tekintetében.

A kiválasztás tekinthető privilegizált hozzáférezen alapuló elérésnek: a program munkatársai készítették az interjúkat az általuk már ismert személyekkel.

Az interjúkészítők korábban több, az injekciós droghasználókat célzó kvalitatív és kvantitatív kutatásban vettek részt, így az interjúzásban gyakorlottnak tekinthetők. A jelen vizsgálatbeli interjúzást egy tájékoztató előzte meg, majd az interjúkészítők (5 fő) első interjút megbeszélve alakítottuk ki a végleges interjúszerkezetet. Az interjúkészítés során végig nyomonkövettük az interjúkat és a problémákat okozó pontokat tisztázni igyekeztünk.

### *Vizsgálati személyek*

A mintába 8 férfi és 9 nő került. Közülük a legfiatalabb éppen a 18. életévét tölti be, a legidősebb pedig a kérdezéskor 62 éves volt. A többség a 20 és 34 közötti korosztályból került ki (12 fő).

### **A megkérdezettek korcsoport szerinti megoszlása (Fő)**

Kor (év)	Fő
20 alatt	1
20–24	4
25–29	5
30–34	3
35–40	2
40 felett	2
Összesen:	17

A foglalkoztatásra vonatkozó kérdésnél 13-an munkanélküliek vallották magukat, két személy nyilatkozta, hogy van munkája (teljes, vagy részmunkaidőben), egy tanuló és egy pedig az egyéb kategóriát választotta ennél a kérdésnél. Jövedelmi viszonyok: három személynek volt fizetett állása vagy vállalkozása, egy betegálmányban volt, hét személyt a házastárs, család, vagy barátok tartanak el, hatan pedig áruk adásvételéből tartják fent magukat. Hárman lopást, ketten gyermektámogatást és egy személy a prostitúciót nevezte meg jövedelemforrásként. (Ennél a kérdésnél több választási lehetőség is volt.) Iskolai végzettség tekintetében hárman 8 általános iskolai osztálynál kevesebbel, heten 8 általános iskolai osztállyal, hárman befejezetlen szakmunkás iskolai végzettséggel rendelkeztek, a szakközépiskolát ketten fejezték be, míg befejezett gimnáziumról szintén ketten nyilatkoztak. A megkérdezettek közül négyen saját tulajdonú lakásban élnek, hatan más lakásában, szintén hatan önkormányzati lakásban, egy személy pedig hajléktalanszállón. Az amfetamint a kérdezettek közül mindenki kipróbálta, használta valaha, és közülük 14-en injektálták is, a heroint 10-en (közülük 6-an injektálták is). A megkérdezettek közül 10-en használtak amfetamint is a mefedron mellé, hárman heroint. A mefedront egy személy kivételével mindenki 2010-ben próbálta ki, egy személy pedig 2009-ben.

#### *Adatfeldolgozás: a kódolás*

Az interjúkat tematikusan kódoltuk, amit az interjú munkacsoportból három személy és a kutatásvezető végzett. A kódolás során mindenki minden interjút kódolt a tematikus blokkok szerint, majd ezeket közösen megbeszéltük. A további kódolás – a tranzíció előtérbe állításával – ezután folytatódott a rendszeres megbeszélésekkel együtt. A kódolást addig folytattuk, amíg a tematikus kódok már nem szolgáltattak lényegesen új információkkal („elméleti szaturáció”). A kódolás megkezdésekor lehetőség volt olyan interjúalanyok további bevonására, akik a kódolás szempontjából többletinformációt hordozhattak.

Megjegyezzük, hogy noha a mintavételnél (teoretikus mintavétel) és a kódolásnál (elmé-

leti szaturáció) a „megalapozott elmélet” (Grounded Theory, 57, 58,) fogalmait használtuk, a vizsgálat nem erre a kutatói elrendezésre épült. A kódok esetében igyekeztünk figyelembe venni, hogy egy-egy kód más interjúknál mennyire „működőképes” vagy „megbízható”, mennyire lehet a tapasztalatokat az interjúalanyok egy csoportja (pl. korábbi heroinhasználók) transzferálni az interjúalanyok más részére (pl. korábbi amfetamin-használók). A kvalitatív kutatásoknál ezek a szempontok hivatottak el látni a „validitás” és a „reliabilitás” szerepét (63).

A kutatáshoz az etikai engedélyt az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság adta meg.

## Eredmények

### **A mefedronra váltás hatásai**

A továbbiakban megvizsgáljuk, hogy a drogváltók – és a mefedronnal más szereket is használók – hogyan jellemezték droghasználatukat.

Általánosságban elmondható, hogy használók többsége nehezen tudta szavakkal kifejezni, hogy mit érez a szer hatása alatt, a „jó”, „nagyon jó” érzések egyes jelentéseit nem minden esetben lehetett pontosan felfejteni.

*„Meg tudom fogalmazni, minden kábítószerrel, hogy mi hogy hat, meg mire hat, de a mefedront azt még nem tudtam kitalálni, hogy az mit okoz. Érzem, hogy ilyen boldogság, meg ilyen nyugodtság, meg jó kedv. De ilyen, közben meg ilyen pfő, szóval így na...”*

*„Olyan érzelmi világot nyit meg amit nem lehet szavakkal elmondani.”*

Az interjúk alapján jól elkülöníthetőek a fizikális, testi tünetek a szer okozta pszichés, lelki érzésektől, érzetektől. Továbbá megkülönböztethetünk a szer használatával járó pozitív és negatív hatásokat is – ez utóbbiak leginkább az elvonási tünetekkel kapcsolatban fogalmazódtak meg. A mefedron hatását a beszámolóknak alapján a szerhasználók megközelítőleg 30 percen át érzik, de egy-egy interjúalany beszámolt 1, de akár 2,5 órás hatásról is.



Pszichés hatásként szinte mindenki az örömet, boldogságérzetet és az eufóriát említette. Többen beszámoltak a tökéletes nyugalom érzéséről, lebegésről is. A szúrás követő 2–10 percig tartó legintenzívebb „flash”-érzet leírásakor az alábbi fizikális tünetekről számoltak be a kutatásban résztvevők:

- melegség érzet, amely átjárja az egész testet, ennek mértéke változó a szer mennyiségétől és minőségétől függően, de többen beszámoltak forró égető érzésről a torokban, gyomorban is;
- zsibbadás;
- erős szívverés;
- megváltozott hallásérzet (mintha bedugulna a fül);
- megváltozott látás.

Az injektálást követő legintenzívebb szakaszt a következő idézetek illusztrálják a legjobban:

*„Meg ilyen, felülről jön egy ilyen érzés, zsibbadás, felülről jön és lefelé megy a szádban így körbe-körbe. Hogy tudjam elmondani, ilyen zsibbadás, lefele fentről és puff... És olyan hirtelen történik.”*

*„Annyira megüti őket ez az érzés, ez a flash, hogy picike pillanatra, pár másodpercre elveszti az eszméletét. De ez nem azt jelenti, hogy nem is fog magához térni.”*

*„...engem az vonz az egészben, pont az, amikor nem vagyok képbem, meg berezonálok meg azt sem tudom, hogy melyik bolygón vagyok. Az a része jobban vonz a katanak.”*

*„Elsőnek csak úgy tudtam beadni, ha ültem, mert tuti, hogy így kidőltem. És becsuktam a szemem, és pár percig csak beszéltek hozzám, én meg mosolyogtam, és így tartott.”*

A „flash” szakaszt követően egy körülbelül 20–30 percig tartó szorongásmentes állapotról számoltak be a használók, amely hangulattól és szituációtól függően lehet nagyon intenzív és pörgős (pl.: táncos szórakozóhelyen) de nyugodt és „lelkizős”, beszélgetős is (pl.: lakásban barátokkal). Többen beszámoltak arról is, hogy a hatás jellegét tudják befolyásolni azzal, hogy kikkel használják együtt, „*milyen a társaság, ami*

*visz”, illetve, hogy milyen zenét hallgatnak, vagy hogy hallgatnak-e zenét, amely szinte mindenki szerint felpörget és táncolásra készítet.*

*„Rajtad múlik. Milyen a te hangulatod. Vagy pedig mit szeretnél. Ezért mondom, hogy ezzel az anyaggal te tudsz közöszülni.”*

*„Van, amikor csak nevetünk, van, amikor szomorúak vagyunk, attól függ milyen állapotban vagyunk.”*

*„Megnyugszom tőle. Megnyugszom. Olyan, mintha bevennél egy altatót és akkor nyugtat.”*

A flasht követő hatás alatt a következő érzéseket említették az interjúalanyok:

- folyamatos, megnövekedett szexuális vágy;
- nyitottabbá válik az ember;
- szeretet;
- boldogság;
- nyugodtság;
- emlékezetkihagyás;
- önbizalmat ad;
- mozgáskoordinációs zavar (részségységhez hasonló);
- állkapocsremegés;
- ellazulás.

Többen számoltak be arról, hogy ahogy múlik a szernek a hatása (az injektálást követően kb. 30 perc múlva) megjelennek negatív tünetek, mint például fej-, derék- és hátfájás, de a negatív hatások között néhányan említették a szemfájást, a kéz- és lábrángatózást, illetve az izomgörcsöket is.

A mefedron megközelítőleg fél óras hatását követően a használók többsége arról számolt be, hogy azonnal kívánta az újabb adagot, aminek hatása általában az előzővel szinte azonos intenzitású. A két használat között felléphet fáradtság- és éhségérzet, ami az újabb adagtól azonnal elmúlik.

Az interjúalanyok közül ketten számoltak be rosszullétről, de ennél sokkal több rosszullétről és „*kati okozta halálról*” hallottak. Mindkét rosszullétet a szokásosnál nagyobb adag bevétele okozta. Az egyik esetenél ájulás és eszméletvesztés történt (mentőt kellett hívni), a másik interjúalanyánál öklendezés, remegés, látás-

vesztés és emlékezetkiesés volt a túladagolás tünete.

A rendszeres használat okozta ártalmakra nehéz következtetni a beszámolók alapján, hiszen a kutatásban résztvevők többsége több éve intravénás szerhasználó és a fő szerükről tértek át, vagy amellet használják a mefedront is rendszeresen, így nehéz elkülöníteni a mefedron mellékhatásait. Összességében elmondható, hogy az interjúalanyok gyors hozzászokásról és intenzívebb (gyakoribb) szerhasználatról számoltak be, amely legalábbis az injektlás gyakorisága miatt biztosan kockázatosabb. Néhanyan beszámoltak arról, hogy már nem tudják annyira növelni a bevitt mefedron-mennyiséget, hogy elérjék ugyanazt a hatást, mint a kezdetekben. A nyitottság, a boldogság, a pörgés és beszélgetés is elmúlt náluk, annak ellenére, hogy az injektlások közötti idő akár 10–20 percre is lecsökkent. Volt, aki szerint pszichésen és fizikálisan is tönkretesz az embert a hosszú távú használat:

*„Hogy mondjam, nem normális, épelméjű ember lesz tőle az ember. Lát dolgokat, beképzelt dolgokat, rángatózás, idegrángatózás tőle, úgy alszik az ember, hogy pattog, mint egy gumilabda.”*

Az elvonási tüneteket tekintve változatos képet kaptunk, voltak az interjúalanyok között, akik szerint a mefedronnak nincs elvonási tünete, de van, aki szerint rosszabb, mint a heroin esetében. Akik beszámoltak fizikai elvonási tünetekről, ők derékfájást, fejfájást, szédülést, fáradékonyságot, kimerültséget, hidegrázást és izomgörcsöt említettek. A pszichés elvonási tüneteket tekintve leggyakrabban a sóvárgást és az idegességet említették, de emellet beszámoltak agresszivitásról, dührohamról, feszült lelkiállapotról, kedvetlenségről és sokaknál megjelent a sírás, zokogás, „hisztizés” is.

*„Belülről sanyargat, belülről érzem ezt a sanyargatást, itt-ott összehúzza, kiráz a hideg, a szemem... nem lehet így élni.”*

*„A csontjaim. Meg a fülem is fáj. Meg a gyomorszájam ég és szorul.”*

*„Hát az elvonás az szerintem nagyon kutya. Idegbeteg vagy, ráz a hideg, fáj a derekad”*

*„Felállni alig bírsz, felülni rossz, akkor szédülsz. Ha lefekszel, akkor is szédülsz.”*

### Összehasonlítás más drogokkal

A hatás vizsgálatakor az interjúalanyokat megkértük, hogy hasonlítsák össze a mefedron hatását más, általuk ismert szerekkel. Amennyiben használtak ecstasy-t, kokaint, heroint vagy amfetamint, akkor az ezekkel kapcsolatos hasonlóságokra és különbözőségekre is rákérdeztünk. Az interjúk alapján elmondható, hogy a mefedron hatása leginkább az ecstasy hatóanyagához, az MDMA-hoz és a kokainhoz hasonlítható, de nem jelenthető ki egyértelműen, hogy bármelyik szernek a hatásával teljesen azonos volna. Az interjúalanyok nagyon változatosan írták le a hasonlóságokat, különbözőségeket, többen nem is tudták összehasonlítani más szerekkel.

*„Az az igazság, hogy a mefedront szúrva nem tudom mihez hasonlítani. Szerintem még a kokainnak sincs olyan hatalmas flashe.”*

*„Az eddigi drogokhoz képest ez a legjobb drog.”*

Az amfetaminnal kapcsolatban hasonlóságot csak az ébrentartás kapcsán említettek a használók, de kiemelték, hogy az amfetamin hatása sokkal hosszabb.

*„Spuritól” nem érzel úgy. Jönnek attól is flashek, de nem érzel úgy, mint a „katitól”. A „katitól” meg jobb, de az kevesebb ideig tart. A „spuritól” meg fent vagy inkább. Inkább az arra jó.”*

A heroinnal kapcsolatban a beszámolók alapján már nem annyira egyértelmű, hogy mennyiben vethető össze a két szer, de az elmondható, hogy a hatás tekintetében több ponton számoltak be hasonlóságokról. Az interjúalanyok hasonlónak találták a mefedront a heroinhoz a „flash” intenzitásában, az elvonás és a rászakás tekintetében, valamint a nyugodtság érzésben

– bár ebben más szintű és intenzitású a két szer. Ugyanakkor beszámoltak különbségekről is:

*„De nem is alszom be tőle, mint a „barnától”  
„Sokkal jobban kifordul az ember magából.  
Mert tízévi „barnázás” után nem fordultam ki  
ennyire magamból.”*

A heroinhasználók többsége arról számolt be, hogy számukra leginkább azért vonzó a mefedron, mert használatkor nyitottabbá válnak, ezzel szemben a herointól sokkal zárkózottabbá, befelé fordulóbbá váltak.

*„...a barnától, attól mindig el voltam keseredve, bágyadva, mindig le voltam hangolódva. Meg nem tudom, ettől sokkal másabb vagyok.”  
„Teljesen más, mint a heroin. A herointól bódul az ember, „sztondul”, taknya-nyála egybefolyik, ha nagyon-nagyon be van állva. Más. Kivetkőzik önmagából, igénytelen.”*

A megkérdezettek a legtöbb hasonlóságot az ecstasy hatóanyagával az MDMA-val és a kokainnal kapcsolatban említettek. A kokainhoz hasonló tulajdonságként leginkább a hatás rövidségét és a használat gyakoriságát emelték ki. Ezen túl a mindkét szernél megjelenő fokozott szexuális vágy is felmerült hasonlóságként. Az ecstasy esetében leginkább az érzelmi hallucinációk okozta szeretet és boldogság érzése az, ami közös a mefedronnal, de egyértelmű azonosságot ebben az esetben sem tudtak megállapítani.

*„Megcsavar, mint a „bogyó”. Jókedved van, pörögsz.”*

*„Eufória, öröm, boldogságérzet, több energia érzet, szóval olyan, mint a régi „eki”, nem tudok mást mit mondani rá.”*

*„Úgy, mint a „bogyó”. Kicsit őrjöngsz, aztán kimegy.”*

*„A nyitottság és a beszédesség az ugyanolyan, meg az eufória is, annyi, hogy az eki után nagyon erős a depi.”*

### **A mefedronra váltás körülményei: kikkel, hol, hogyan?**

A megkérdezettek többsége alapvetően társaságban fogyaszt mefedront. Mindössze két olyan interjúalany volt, aki olykor egyedül is fogyaszt mefedront, és egy megkérdezett mondta, hogy jellemzően egyedül használja. Mivel a vizsgálatot intravénás szerhasználók körében végeztük, minden interjúalanyunk alapvetően intravénásan használta a mefedront, az orrba történő felszívást ketten említették, és egy valaki számolt be arról, hogy orálisan is fogyasztotta. Fontos megjegyezni, hogy a válaszadók közül hatan függővé tették a fogyasztás módját olyan tényezőktől is, mint például, hogy milyen a társaság, hogy sikerült összeszedni a pénzt a szerre, hogyan és hol lehetett hozzájutni. Azaz, a fogyasztás körülményei a fogyasztás előzetes feltételeinek alakulásától is függenek. Ugyanakkor – ahogy azt fent bemutattuk – a körülmények meghatározhatják a hatás, az élmény milyenségét, minőségét is.

A válaszokból kiderül, hogy a társaságban történő használat – amely jelenthet élettársat vagy nagyobb társaságot is – a közös „flashelés”, egymásra hangolódás, a beszélgetések miatt vonzó.

*„Többen jobb, mint egyedül, mert ha többen vagytok, el tudtok beszélgetni olyan dolgokról, amit tisztán nem beszéltek meg egymással, szóval úgy gondoljátok, hogy nem másra tartozik. Ha a barátoddal vagy együtt, vagy egy olyan emberrel, akiben megbízol és ismered már régóta és meg tudjátok beszélni a saját benti-lelki problémáitokat és ezzel megkönnyítitek egymásnak a lelkét. Én legalább is ezt tapasztaltam. Ha egyedül vagy, akkor nem tudod, vagy legalábbis a fallal, az ajtóval elbeszélgetsz.”*

Emellett a közösségben történő fogyasztáshoz más, nem kifejezetten a mefedronhoz kötődő előnyök is kapcsolódnak a beszámolóik alapján. Közösen sokszor gazdaságosabban lehet beszerezni az anyagot, de ezen túl a közösség tagjai ki is segítik egymást: akkor is lehet csatlakozni a

társasági szerhasználathoz, ha valaki éppen nem tud semmit beleadni a közösbe. Az interjúk során említették azt is, hogy társaságban figyelnek egymásra a közösség tagjai, ha valami gond merülne fel a fogyasztás során, akkor támogatni tudják egymást, illetve adott esetben segítséget is tudnak hívni.

*„Nekem az volt a szerencsém, hogy olyan környezetben voltam, ahol nekem megtanították irányítani velem, meg ott figyeltek arra, hogy ha valaki rosszul lesz tőle, meg másképp jön le, meg bepánikol, annak a figyelmét terelték más irányba. Tehát elviszik más irányba az embert.”*

### A váltás után a mennyiség és a gyakoriság alakulása

Általánosságban elmondható, hogy a kezdeti injektálások száma, továbbá az injektált szer koncentrációja és mennyisége a használat során nő. Minden megkérdezett egyöntetűen arról számolt be, hogy mind a használat gyakorisága, mind az injektált szer mennyisége növekedett azóta, hogy elkezdett mefedronozni. Itt érdemes megjegyezni, hogy három válaszadó számolt be a kérdés kapcsán a mefedron minőségének gyengüléséről, ami szintén szerepet játszhatott a feltételezett tolerancia kialakulása mellett az elfogyasztott szer mennyiségének növelésében.

A válaszadók több paraméter mentén határozták meg a napi használt mennyiséget (pl.: „mili”, „pakett”, „gramm”), így nehéz meghatározni egzakt módon, hogy pontosan hogy is alakult a szerhasználat. A pontosítást az is nehezíti, hogy volt, aki úgy gondolkodott, hogy adott mennyiség hány emberre elég, mások anyagi helyzetüktől tették függővé a szerhasználat gyakoriságát és mennyiségét.

*„Ha mondjuk, elmegyünk péntek szombaton, akkor így... így nem tudom elmondani, hogy én mennyit szívok el, mert többen vagyunk, tudod. Egy pakettből, mondjuk, ha négyen is vagyunk, akkor az, kétszer szívunk belőle. De*

*így. Most azért nem tudom, hogy én egyedül. 2–3 gramm, az biztos, hogy... Egyedül egy ember elszív egy teljes grammot.”*

### A váltás után a költségek alakulása

A dozírozással kapcsolatos kérdéskörhöz hasonlóan a mefedron árára vonatkozó kérdésekre kapott válaszok elemzésekor is nehézséget okozott az, hogy a válaszolók nem igazán, vagy nem pontosan határoztak meg mennyiségi egységet. 17 főből 16-an a 2000–3000 forint sávot jelölték meg egy általuk vett egység, a „pakett” áráként, ami a beszámolók alapján 0,3–0,4 grammot jelölhet. Ezen túl négy megkérdezett 3000 forint fölötti összegeket is említett, amely vagy 1 teljes „kimért” gramm árának felelt meg, vagy a jobb minőségű mefedron „pakett” árának.

Öt interjúalany számolt be arról, hogy az előzőleg használt szerhez képest nagyobb költségekkel jár a mefedron használata, míg csupán egy interjúalany mondta azt, hogy a kevesebbet költ, mint a korábban.

*„Nem lett olcsóbb, ugyanannyi, csak hogy a mennyiség kevesebb bizonyos embereknek. Én kikövetelem magamnak, hogy ugyanazt a mennyiséget a pénzemért meg akarom kapni. Én felveszem a telefont és azt mondom, hogy nekem a legjobbat, csak a legjobbat hozzák. Nekem nem kell menni, nekem hozzák.”*

### A beszerzés változása

A megkérdezettek közül kilencen ugyanonnan veszik a mefedront, mint ahonnan előzőleg is beszerezték a korábban használt szert, azaz nem kellett új dílert, vagy forrást keresni. Hárman ismerőstől, barátoktól, vagy „mindenkitől” szerzik be a mefedront. Mindössze ketten váltottak a mefedron miatt új beszerzési csatornára, ketten pedig váltogatják a dílert különböző szempontok alapján (pl. ár, minőség), továbbá egy megkérdezett válaszolta azt, hogy internetről szerezte be a mefedront, illetve ott bukkantak rá arra az emberre, akitől a későbbiek

folyamán a mefedront vásárolták. Azaz a többségnek nem kellett erőfeszítéseket tennie annak érdekében, hogy a mefedronhoz jusson, ami valószínűleg szerepet játszott a mefedron és más designer drogok gyors térnyerésében.

*„Hát, most nekünk tegnap egy gyerek mondta, hogy úgy lehet venni, hogy alá kell írni a nevedet. Behoz egy könyvet, és aláírod. Az első beüt a nevednek. Vezetéknevet, vagy keresztnevet. Azt mondja, ez azért jó, mert így azt mondja nem fognak el a rendőrök. Nem fognak balhézni, mert úgy van kiadva, hogy nővényirtó szer.”*

2011 februárjában már előfordult, hogy a mefedron helyett más legális szerek (legal high) kezdtek megjelenni, pl. MDPV.

### **A mefedronhasználat megjelenése: a tranzíció**

Az interjúalanyok a mefedront ki akarták próbálni, ezért aktívan keresték a lehetőséget erre: *„egész életemben ezt az érzést kerestem és megtaláltam”*. Mindössze néhányan voltak, akik „véletlenül” próbálták ki a mefedront, pl. társaik speed helyett mefedront adtak nekik. De utólag, még ezt is úgy értelmezik, hogy az esemény után viszont aktívan kezdték keresni a mefedronhasználat lehetőségét. Volt, aki rögtön injekciózással kezdte, olyan is, aki először orron keresztül szippantotta, de rövidesen a társak hatására injekciós formában is alkalmazni kezdte. Az első tapasztalatok kedvezőek voltak – néhány kivételtől eltekintve, ahol a hatás nem következett be, itt a dózist emelték a következő alkalommal. A kedvező tapasztalatok is szerepet játszhattak abban, hogy a mefedronhasználat narratívája egy aktív keresés eredményeképpen előálló használat elbeszélése, pozitív tünetekkel. Ezek a pozitív tünetek különösen korábbi heroinhasználóknál voltak kifejezetten – ebben szerepe lehetett annak is, hogy a mefedronnal találkozás idején (2010 nyara és ősze) nehezebben volt hozzáférhető a heroin az interjúalanyok számára és a hatóanyag-tartalma is kisebb

volt. A mefedronhasználat – egyik – narratívája tehát a pozitív hatásokat tartalmazta, összehasonlítva egy korábbi állapottal (heroin- vagy amfetamin-használat), ahol ezek a hatások nem jelentkeztek, illetve már a múlté voltak.

*„A heroinisták büdösek”, „befordulsz, nem érdekel semmi”* (a herointól), viszont a mefedronról *„tisztán gondolkodom”* (céltudatosabban), *„másképp látom az embereket”* (jobb színben). A mefedron hatását többen „irányítani tudták”, illetve a társaik megtanították, hogy kell a hatást irányítani, hogy kell több flasht előidézni, sőt a flash-ek idejét hogyan lehet szabályozni (10–20 perctől 1–2 óráig). Jellemző a társasági használat: *„mindenki beszélget”, „táncolok”, „fölszabadul az ember”, „nyitott és beszélgetős lesz”, „egy érzelmi világot nyit meg, közeledsz az emberekhez”*. Sokan említettek egyéni jóérzést is: *„boldogabb leszel”, „megnyugvás, szeretet, boldogság”, „ellazít, melegség, boldogság”*. A flash, rövid, fokozott eufória érzése. Az inter- és intraperszonális, esetenként testivé váló (megtestesült) jóérzések, pozitív hatások összekapcsolódnak a szer iránti korábbi érdeklődéssel, a „ki akarom próbálni” narratív oksági kapcsolattal. Itt a narratív okságot kell hangsúlyozni, hiszen a szer iránti érdeklődés – részben legalábbis – utólagos narratív konstrukció eredménye. Itt az interjúalanyok többnyire aktív, kereső ágensként jelenítik meg magukat, akik el is érték céljukat, az injekciós mefedronhasználaton keresztül megkapták, amit akartak: a pozitív hatásokat, amelyek jobbak voltak a korábbi heroin- vagy amfetamin-használatnál. Utóbbi szerek hatása jellemzően leértékelődött, és részben mint oki tényező jelent meg a mefedron keresési narratíva-szakaszokban. A mefedronhasználat – a szer keresésén, a kipróbálás szándékán át a szippantásig, majd az injekciós használatig – egy döntési folyamat látszatát kelti, még ha ez a döntési folyamat mélyen gyökerezik az injekciós szerhasználó közösségben. Szinte mindegyik mefedronhasználónak injekciós szerhasználó (heroin, amfetamin, később már mefedron is) társai voltak (közelebbi és távolabbi ismerősök, barátok). A mefedronra történő szerváltás a „nyílt drogszcéna” egyes vonásait mutató közepső-józsefvárosi környezetben, és a mefedron

„élvezeti narratívája” szerint az injekciós szerhasználati közösségben történt.

Az interjúkban, jellegzetes mintázatként, a pozitív hatások leírását követően, többnyire a kérdező kérdéseire adott válaszokban megjelentek a mefedronhasználat negatív hatásai is: az intoxikációra emlékeztető tünetek (hányás, rosszul-lét, ájulás), az elvonáshoz kapcsolt végtag- és hátfájdalmak, az agresszió, az agitáció („kattogás”). Ezek egy-egy interjúban nagyon erőteljesek voltak: félelem magától, félelem attól, hogy a gyerekei vagy az anyja ellen tesz valamit az agresszió következtében, „*kifordul az ember magából*”. A mefedron „kockázati narratíva” az „élvezeti narratívától” szeparáltan jelent meg az interjúkban. A kockázati narratíva érdekes kiegészítése a szerhasználat intenzitásának és gyakoriságának fokozódása: az elbeszélések szerint lényegesen többet használtak mefedronból, mint heroinból vagy amfetaminből. A mennyiségek helyett többet mond a használat gyakorisága: a korábbi napi 1–2–3 injekciós alkalom akár napi 10 fölé is mehetett. Többet fizettek a nagyobb mennyiségért (mint amennyit a heroinért vagy az amfetaminért fizettek): a különbség akár tízszeres is lehetett (pl. napi 2500 Ft heroin helyett 25 000 Ft mefedron). Többben kísérleteztek a dózis csökkentésével, egy-egy nap kihagyásával: az interjúk alapján az eredmények nem túl egyértelműek. A kockázati narratívákban az amfetamin, de még a heroin is mint „kívánatos”, kisebb és kiszámíthatóbb elvonással járó szerekként jelentek meg – szemben az élvezeti narratívával. A kockázati narratíva „tulajdonosai” inkább a szerek (és nem a szerhasználók) voltak, a negatív hatások a szerek tulajdonságait képezték, nem a szerhasználókét – szemben az élvezeti narratívával, ahol a szerhasználók változtak meg a szer hatására. Az interjúalanyok a pozitív hatásokat maguknak, míg a negatív hatásokat a szernek tulajdonították. Az interjúalanyok egy részénél a mefedron nem pusztán pozitív hatásokat okozott, hanem a használó észlelt „személyiségét”, énképét alakította át: „*átalakulok az anyaggal*”, „*egy érzelmi világot nyit meg*”.

A kockázati narratíva elemei is – miként az élvezeti is – egy injekciós közösség kontextusában

jelentek meg. Ez a kontextus a kockázati környezet tulajdonságaival rendelkezik: azon túl, hogy a közeli és távoli ismerősök mind injekciós szerhasználók, nem szerhasználók a környezetükben szinte csak a túcsere-program munkatársai voltak. A mefedronhasználók ugyanannak az injekciós populációnak a tagjai maradtak, legfeljebb megnövekedtek a társas tevékenységeik, de szintén e populáció tagjaival. Ez az injekciós populáció ugyanúgy Középső-Józsefvárosban, ugyanazonokon a színtereken élt, mint a heroin- vagy az amfetaminhasználó injekciós szerhasználók.

A mefedronhasználók esetenként – akár megtevesztéssel is – rávették a többieket a mefedron kipróbálására („facilitátorok”), majd olyan szűkebb közösségeket hoztak létre, ahol a mefedronhasználat dominált. A korábbi – heroin és amfetamin – dílerok az esetek többségében nem változtak: a mefedront is tőlük szerezték be, akik a közösség tagjai voltak (és nem egy térben elkülönülő másik társaság tagjai). Csak kevesen használták ki az internetes vásárlás lehetőségét, amikor a mefedron még legális volt.

### A mefedronhasználat elbeszélt tulajdonságai

Megfigyelhető volt, hogy az interjúalanyok milyen sokszor váltottak át a múlt idejű elbeszélésről jelen időre, amikor a mefedronhasználatról beszéltek: „*hozzám beszél a kati*”, „*pár másodpercen belül egyből durr megérkezel*”, „*tök boldog vagyok, semmi nem érdekel*”. Megfigyelhető volt még az egyes szám, második személy használata, azaz az interjúkészítő kvázi megszólítása és a narratívába történő bevonási kísérlete: „*beszédülsz*”, „*közeledsz az emberekhez*”, „*ha lövöd, könnyebb*”. A korábbi droghasználat pedig elmerül egy differenciálatlan múltban: „*üres pörgést*” adott az amfetamin éveken keresztül, vagy „*nem éreztem semmit*” a többéves heroinhasználat során.

### Következtetések

Vizsgálatunkban a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány ún.

Kontakt programjának túcsere-komponensében jelentkező injekciós droghasználókkal készítettünk 2010. december és 2011. február között kvalitatív interjúkat, 17 fővel. A kutatás célja a drogváltás – ebben az időszakban a mefedronra váltás – körülményeinek és folyamatának vizsgálata volt. A túcsere-program a Középső-Józsefváros mikroszegregátumában (50, 51, 52) működik. Ebben a sajátos, halmozottan hátrányos helyzetű rétegeket izoláló környezetben nagyfokú injekciós szerhasználattal találkozunk (56). A becsült injekciós szerhasználók száma kb. 1000 fő egy kb. 2 km<sup>2</sup>-es területen (16). A mikroszegregátumra jól illenek a *Rhodes* (7, 23, 25, 26) által leírt kockázati környezet tulajdonságai: makrotársadalmi hatások (tömeges elszegényedés, szegregáció), a rendőrségnek az injekciós droghasználókra vonatkozó stratégiája (konkrétan a fecskendőket maguknál tartó injekciós használók), valamint proximális tényezők. Utóbbiak kiterjednek az injekciós használat és a kábítószeres injekciós alkalmazásának gyors diffúziójára, a drogterjesztés helyi módszereire, valamint az injekciós droghasználathoz társuló kockázati magatartási normákra. Ezeket befolyásolhatja az elvonás, a biztonság érzékelése, az injekciós szereléssel kapcsolatos problémák, injektált drogok, fecskendő-elosztás, valamint a rendőrségi eljárástól való félelem – vagy éppen ennek hiánya.

A vizsgált időperiódusban történt a korábbi heroin- és amfetamin-használók áttérése az injekciós mefedronhasználatra, vagy előbbi szerek további használata (mint másodlagos szerek) és a mefedron, mint elsődleges injektált szer megjelenése. A kutatásunk erre a drogváltásra irányult: milyen folyamatok vezettek a drogváltáshoz, ezt hogyan élték meg a szerhasználók, illetve hogyan beszélték el a kvalitatív interjúkban.

Összességében a mefedron hatását mind az amfetaminról, mind a heroinról áttért interjúalanyok egyértelműen pozitívnak találták, a negatív érzések jellemzően a szerhez való hozzászokást követően jelentkező elvonási tünetek kapcsán jelentek meg, egy viszonylag hosszabb idő (hónapok) elteltével. Az interjúalanyok beszámolóit alapján úgy tűnik, hogy a mefedron hatását nagyban befolyásolja az adott szerhasz-

náló aktuális lelki állapota: amikor nyugodt körülmények között injektálták a szert, akkor egyértelműen pozitív az élmény, ilyenkor a szeretet, az öröm és a boldogságérzet a leginkább jellemző, amennyiben azonban veszekedés, vagy negatív érzésekkel telített szituációt követően történik a használat, akkor a kellemes érzések nem tudnak olyan mértékben érvényesülni, ilyenkor a hatás jellemzően csak az elvonási tüneteket enyhíti.

A mefedron a kutatás tárgyát képező populációban azért tehetett szert ilyen népszerűsége, mert mind az amfetamin, mind a heroin minősége az elmúlt években sokat romlott, illetve a használók többsége „nem érzett semmit” a megszokott szer használatával, így a mefedron mindkét szerhasználói csoportban elsődleges vagy kizárólagos droggá vált. Ebben szerepet játszott legális volta és magas hatóanyag-tartalma, ami intenzív hatást váltott ki. A legális státuszának, a könnyű hozzáférhetőségének, az intenzív hatásnak, valamint a korábban használt szerek hatóanyag csökkenésének más kutatásokban is jelentős szerepet tulajdonítottak (10, 33, 34, 41, 59, 60). A külföldi – jellemzően angol – kutatásokban stimuláns típusú drogokról történt a mefedronra váltás (37, 45), a heroinról történő váltás csak elvétve fordult elő ezekben a vizsgálatokban, míg jelen kutatásban ez jellemzőnek mondható.

Tapasztalataink szerint nem a drogpiacon expanziója, hanem áttérés, átváltás, illetve párhuzamos használat jött létre a mefedronhasználatlal: az elsődleges szer a mefedron, a korábbi szerek pedig a másodlagosak. Ebben szerepe lehetett, hogy a heroin hatóanyag-tartalma és hozzáférhetősége csökkent, ezzel párhuzamosan a mefedron hozzáférhetősége jelentősen növekedett. Nem új szerhasználók léptek be, hanem a „régiek” váltottak. Hasonló megfigyelésekről számol be *Charte-Harris, King és Nutt* (42), valamint *Measham és mtsai* (61), akik a mefedront „helyettesítő” szerként írták le (és nem a drogpiacon expanzióját feltételezték). Esetünkben az expanzió elmaradása a mikroszegregátum zártságával is magyarázható, továbbá azzal is, hogy a szerhasználók már így is jelentős számban élnek a területen, nincs új „utánpótlás”.

A mefedron hatása az elbeszélések szerint nem különbözik lényegesen a stimuláns hatású drogoktól (37), de a más szerekkel történő összehasonlításban a heroin is megjelent, ami a külföldi kutatásokban nem (hiszen ott nem heroinhasználók váltottak át mefedronra). A használat körülményeiben a legnagyobb változás a társas-társasági alkalmakhoz köthető használat (ami főleg a heroinhasználók magányos, szűk körű használatához képest újdonság). A beszerzés, még a mefedron legális státusza idején, az internetes vásárlás alatt is többnyire a megszokott dílerektől történt – így a drog megszerzése és a drog terjesztése alkalmazkodott a mikroszegregátum már kialakult terjesztési struktúrájához. 2011 februárjában már előfordult, hogy a mefedron helyett más legális szerek (legal high) is kezdtek megjelenni, pl. MDPV (metiléndioxi-pirovaleron).

A mefedronhasználatra történő váltásnál kétféle narratívával találkoztunk, jellemzően ugyanazoknál a személyeknél: egy élvezeti, a szerváltás és a mefedronhasználat előnyeit bemutató narratívával, és ettől szeparáltan egy másikkal, egy kockázati narratívával. Utóbbi a mefedron negatív hatásait mutatta be, az interjúkészítő kérdéseire vagy a pozitív hatások elmesélése után, az interjúk második, záró szakaszában. Az élvezeti narratívák szerint a szerváltók ágensként viselkedtek: aktívan keresték a mefedront és váltottak át annak használatára. Jellemző volt a kockázati narratívában, hogy a negatív hatásokért a szer felelős (nem a használó). Morális elbeszélésre, magyarázatra, „elszámolásra” (moral accounts, accountability), felmentésre, igazolásra vonatkozó narratívumokkal az interjúkban nem találkoztunk. Ugyanígy, nem találkoztunk lényeges különbséggel azoknál az interjúknál, amik akkor készültek, amikor még legális volt a mefedron (2010 decembere) és amikor már tiltott (2011. január–február). A mefedron jogi státusza kimutatható hatással nem volt a szerhasználókra (szemben az elsősorban angliai kutatásokkal: 31). A legális státusz csak közvetve, a hozzáférés növelésében, majd szűkítésében játszott szerepet, nem direkt módon a szerhasználók kockázatszlelésében. A legalitás–illegalitás mint egy külső – jogi – pers-

pektíva jelenik meg, aminek nincs az injekciós közösségen belüli észlelése, leképeződése. Mindennek oka lehet, hogy a szerhasználók egy viszonylag zárt, erős társas-társadalmi és térbeli határokkal rendelkező injekciós közösség tagjai, ahol az injekciós szerhasználat elfogadott, ez képezi a normát. Külső perspektívából leírva, a szerváltás egy halmozottan hátrányos helyzetű, jellemzően kriminális háttérű, társadalmilag szeparált és kizárt, középső-józsefvárosi injekciós közösségben, egy mikroszegregátumban történt. Belülről szemlélve, az interjúalanyok perspektívájából, azonban ez az injekciós közösség is tagolt: szerepszerűen elkülönülnek a dílerek, de az alapvető különbségek a szerhasználathoz kapcsolódnak. Érzékelhető a különbség a heroin- és az amfetaminhasználók között; a különbséget elsősorban a szerhasználat negatív hatásai (elvonás, a sóvárgás erőssége, a hatás erőssége) alakítják ki. A szerváltók elkülönülnek a „megszokott” szerek fogyasztóitól, azonban ez az elkülönítés nem éles határú, alapvetően nem a különbség alakítja ki a szerváltók identitását, énképét. Utóbbi konstrukciókat inkább a mefedronhasználat észlelt pozitív és – ahogy említettük, az ezektől elkülönülő – negatív hatásai szervezik, illetve azok a folyamatok, amelyek a mefedronhasználatához vezettek. Ilyen pl. a „beszédessé” és társaságkedvelővé váló mefedronhasználók (szemben az inkább magányos vagy szűkebb körben mozgó heroinhasználókkal).

A tranzíciós narratívák (a mefedronhasználat élvezeti és kockázati narratívái) jól érzékelhető módon egy kockázati környezetben jelentek meg: az előzőekben bemutattuk e környezet néhány jellemzőjét. Az interjúalanyok percepciója szerint ezen a – külső perspektívából kockázati környezetnek nevezett társas-társadalmi alakzaton túl – más közeg nem is létezik. Nincsenek meghatározó vagy akár csak mérsékelten jelentős kapcsolatok nem-injekciós személyekkel, a többségi társadalom képviselőivel. A korábban emlegetett mikroszegregáció fogalma ezt a társas-társadalmi és térbeli elkülönítettséget mutatja be (52). Ez azt is jelenti, hogy az injekciós közösségnek nincs alternatívája, valamint azt is, hogy ebből kijutni sem lehet. Az in-



terjük arra is rámutatnak, hogy valójában bejutni sem lehet: a szerváltók nem kívülről kerültek be ebbe az injekciós közösségbe, hanem a közösség tagjainak egy része váltott át mefedronra. A kockázati környezetben a társas hatások fokozottan és koncentráltan érvényesülnek (23).

A szakirodalmi utalásoknak megfelelően (4, 5, 54) mi is azt tapasztaltuk, hogy a tranzíciós narratíva nem pusztán szerváltást jelent, hanem a szerhasználat intenzitásának fokozódását, sőt, egy kockázatosabb szer alkalmazását. Itt a mefedron ez a kockázatos szer: az élvezeti narratívák szerint nem, de a kockázati narratívák szerint azért kockázatos, mert nem annyira ismeretek a hatásai, mint a korábban használt heroiné vagy amfetaminé. Ugyan egyes interjúalanyok a hatás „irányításáról” számoltak be, sok esetben – akár ugyanezek az interjúalanyok – a negatív hatások kiszámíthatatlanságáról, váratlanságáról beszéltek.

A negatív hatásoknak a mefedronhoz, míg a pozitívaknak a szerhasználó cselekedeteihez való kapcsolódása arra utal, hogy – szemben az előzőekben bemutatott képpel – bizonyos morális megítélés mégis történik a mefedronhasználó injekciós közösségben: a „jó” használó és a „rossz” drog szembeállítása, ahol a drog „felelős” minden rosszért, elsősorban az elvonási tünetekért. Itt a mefedron megszemélyesítését is láttuk: „belülről sanyargat”, „megöl”, „kívánhatja magát”. De ez a „jó” és „rossz” különbségtétel nem a többségi társadalom normáit és értékeit tükrözi, vagy azokat éppen semlegesíti, hanem az injekciós szerhasználó közösség normáit adja vissza ebben a sajátos hasításban. A „jó” és a „rossz” egy élményközösségben jelöl ki átmeneti és folyton mozgásban levő határokat. A mozgó határok miatt sem lehet az injekciós közösséget a külső szemlélő számára is látható módon strukturálni, szerepekhez vagy társas funkciókhoz kötni.

A jelen idő használata – azaz az elbeszélés jelenidejének használata –, valamint az egyes szám második személyű „megszólítás” olyan perspektívaváltás, ami nagyfokú érzelmi bevonódottságra és az identitás „működtetésére” utal (20, 22). Ez alátámasztja azt a vélekedést, hogy a droghasználat egyfajta identitásmunká-

nak is felfogható (7). Ezt az identitásmunkát a mefedron két narratívája – az élvezeti és a kockázati – sajátos módon egészíti ki: az egyének a két narratíva elemeiből emelhetnek be egyes tulajdonságokat, amellyel identitásukat, illetve percipiált énképüket befolyásolják. Ez az identitás pedig egy injekciós szerhasználó identitása, ahol ez a szerhasználat jelentős hatással bír és az identitásszerveződés középponti elemét adja. Nehezen képzelhető el az ilyen módon megszerkesztett identitás átalakulása egy kezelést vagy absztinenciát kereső identitássá, vagy egyszerűen olyanná, aki/amely kiutat keres az injekciós szerhasználó populációból és annak kultúrájából. A perspektívaváltások arra is alkalmasak, hogy a korábbi heroin- vagy amfetamin-használatot az interjúalanyok ne elutasítsák, hanem egy távoli (ott és akkor) múltba helyezzék. Szemben az elbeszélés itt és mostjában megjelenő szerhasználat leírásával – noha az is az elbeszéléshez képest a múltban, bár egy közelebbi múltban jelentkezett. A tranzíciós narratívák „jelene” az interjúalanyok tér- és időszervezési nehézségeit jelentik: csak a távoli múlt és a jelenidejűség létezik, átmenet nélkül. A múlt- vagy jelenbeli mentális állapotokhoz való hozzáférést a narráció összefüggésében *Pulkkinen és Aaltonen* (19) a mentalizációval hozta összefüggésbe: az eredmények a mentalizáció differenciálatlanságára hívják fel a figyelmet.

## A kutatás korlátai

A kutatás nem tekinthető reprezentatívnak a budapesti, szerváltó injekciós droghasználók tekintetében, de még a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány tűcsere-programjának klienseire vonatkozóan sem. A megkérdezettek száma alapján sem lehet általános következtetéseket levonni, de azt gondoljuk, sikerült rekonstruálni a drogváltás fontos mintázatait. Az interjúk egy része a mefedron legális státusza idején készült, míg a másik része már illegálissá minősítése után. Ez azonban az interjúalanyok viselkedését – az interjúk szerint – nem befolyásolta.

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük Dávid Ferencnek, Fátyni Menyhértnek és Gyékiss Rolandnak az interjúk elkészítésében nyújtott segítségét.

Irodalom

1. HSER, YI, LONGSHORE, D, ANGLIN, MD: The life course perspective on drug use: a conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Eval Rev.* 2007; Dec; 31(6):515–547.
2. MAYOCK, P: „Scripting” risk: Young people and the construction of drug journeys, *Drugs: education, prevention and policy*, 2005; 12 (5), 349–368.
3. ROY E, NONN E, HALEY N: Transition to injection drug use among street youth – A qualitative analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 94, 2008; 19–29
4. WOOD, E, STOLTZ, JA, ZHANG, R, STRATHDEE, SA, MONTANER, JS, KERR, T.: Circumstances of first crystal methamphetamine use and initiation of injection drug use among high-risk youth. *Drug Alcohol Rev* 2008; 27(3):270–276.
5. HAROCOPOS, A, GOLDSAMT, LA, KOBRACK, P, JOST, JJ, CLATTS, MC: New injectors and the social context of injection initiation. *International Journal of Drug Policy* 2009; 20(4):317–323.
6. FAST, D, SMALL, W, KRÚSI, A, WOOD, E, KERR, T: ‘I guess my own fancy screwed me over’: transitions in drug use and the context of choice among young people entrenched in an open drug scene. *BMC Public Health* 2010; 10:126.
7. RHODES, T, BIVOL, S, SCUTELNICIUC, O, HUNT, N, BERNAYS, S, BUSZA, I: Narrating the social relations of initiating injecting drug use: Transitions in self and society. *International Journal of Drug Policy* 2011; 22, 445– 454.
8. FAST, D, SMALL, W, WOOD, E, KERR, T: Coming „down here”: Young people’s reflections on becoming entrenched in a local drug scene. *Social Science & Medicine* 69 2009; 1204–1210.
9. LOVELL, AM: Risking risk: the influence of types of capital and social networks on the injection practices of drug users. *Social Science & Medicine* 2002; 55(5):803–821.
10. WINSTOCK, A, MITCHESON, L, MARSDEN, J: Mephedrone: still available and twice the price. *Lancet*, 2010; Vol 376 November 6,
11. BECK, U: A kockázat-társadalom – út egy másik modernitásba. Budapest, Századvég, 2003
12. PARKER, H, MEASHAM, F, & ALDRIDGE, J: *Illegal leisure: The normalisation of adolescent recreational drug use.* 1998; London: Routledge.
13. WILLIAMS, L, & PARKER, H: Alcohol, cannabis, ecstasy and cocaine: Drugs of reasoned choice amongst young adult recreational drug users in England. *International Journal of Drug Policy*, 2001; 12, 397–413.
14. EVANS, K: Concepts of bounded agency in education, work, and the personal lives of young adults. *International Journal of Psychology*, 2007; 42, 85–93.
15. RÁCZ, J: *Kvalitatív droghasználatok. Kvalitatív kutatások budapesti droghasználók között.* L’Harmattan Kiadó, Budapest, 2006
16. RÁCZ, J: Az esélyerősítés lehetőségei leszakadó drogfüggő csoportokban. In: Kopp M (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban.* Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008; 524–528.
17. MATTINGLY, C, & GARRO, L: *Narrative and the cultural construction of illness and healing.* London: University of California. 2000
18. AUSTIN, JL: *Tetten ért szavak.* Akadémiai Kiadó, Budapest, 1990
19. PULKKINEN, ML, JUKKA AALTONEN, J: Sense of agency in narrative processes of repeatedly convicted drunk drivers. *Counselling Psychology Quarterly*, 2003; 16, 2: 145–159.
20. LASZLO, J: *A történetek tudománya. Bevezetés a narratív pszichológiába.* Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2005
21. BRUNER, J: A gondolkodás két formája. In: László J és Thomka B (szerk.): *Narratív pszichológia. Narratívák 5.* Budapest, Kijártat Kiadó, 2001, 15–27.
22. PÓLYA, T: *Identitás az elbeszélésben.* Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2007
23. RHODES, T: The „risk environment”: a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy* 2002; 13(2):85–94.
24. RHODES T, et al: The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social Science & Medicine* 2005; 61:1026–1044.
25. STRATHDEE, SA, HALLETT, TB, BOBROVA, N, RHODES, T, BOOTH, R, ABDOL, R, HANKINS, CA: HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet* 2010; 376: 268–284.
26. RHODES, T, SIMIC, M: Transition and the HIV risk environment. *British Medical Journal*, 2005; 331, 220–223.
27. MAHER, L, DIXON, D: Policing and public health: Law enforcement and harm minimization in a street-level drug market. *Brit J Criminol* 1999; 39(4):488–512.
28. SHANNON, K, RUSCH, M, SHOVELLER, J, ALEXSON, D, GIBSON, K, TYNDALL, MW: *Maka Project Partnership. Mapping violence and policing as an environmental-structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work.* *Int J Drug Policy*. 2008; Apr;19(2):140–147. Epub 2008; Jan 18.
29. KERR, T, SMALL, W, WOOD, E: The public health and social impacts of drug market enforcement: A review of the evidence. *International Journal of Drug Policy* 2005; 16(4):210–220.
30. MEASHAM, F, MOORE, K, NEWCOMBE, R, & WELCH, Z: Tweaking, bombing, dabbing and stockpiling: The emergence of mephedrone and the perversity of prohibition. *Drug and Alcohol Today*, 2010; 10, 14–21.
31. DARGAN, PI, ALBERT, S, & WOOD, DM: Mephedrone use and associated adverse effects in school and college/university students before the UK legislation change. 2010; *QJM*, 103, 875–879.
32. WINSTOCK, AR, MARSDEN, J, MITCHESON, L: What should be done about mephedrone? *BMJ* 2010; 340: 1605
33. WINSTOCK, AR, MARSDEN, J: Mephedrone: assessment of health risks and harms. In: *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-methylmethcathinone (mephedrone).* 2010; Lisbon: EMCDDA,
34. WINSTOCK, A, MITCHESON, L, MARSDEN, J: Mephedrone: still available and twice the price. 2011; Vol 376 November 6, 1537
35. WINSTOCK, A, MITCHESON, L, RAMSEY, J, DAVIED, S, PUCHNAREWICZ, M, MARSDEN, J: Mephedrone: use, subjective effects and health risks. *Addiction*. 2011; Nov;106(11): 1991–1996
36. NEWCOMBE, R: Mephedrone: The use of mephedrone (M-Cat, Meow) in Middlesborough. Manchester: Lifeline Publications. 2009
37. SCHIFANO, F, ALBANESE, A, FERGUS, S & STAIR, JL, DELUCA, P, CORAZZA, O, DAVEY, Z, CORKERY, J, SIEMANN, H, SCHERBAUM, N, FARRE, M, TORRENS, M, DEMETROVIC, ZS, GHODSE, AH & Psychonaut Web Mapping & ReDNet Research Groups (2011): Mephedrone (4-methylmethcathinone; ‘meow meow’): chemical, pharmacological and clinical issues. *Psychopharmacology* 2011; 214:593–602.
38. SCHIFANO, F, RICCIARDI, A, CORAZZA, O, DELUCA, P, DAVEY, Z, RAFANELLI, C: Gruppo di Ricerca „Psychonaut Web Mapping”. New drugs of abuse on the Web: the role of the Psychonaut Web Mapping Project. *Riv Psichiatri*. 2010; Mar-Apr;45(2): 88–93.
39. VARDAKOU, I, PISTOS, C, SPILIOPOULOU, CH: Drugs for youth via Internet and the example of mephedrone. *Toxicol Lett*. 2011; Mar 25;201(3):191–195.
40. CARHART-HARRIS, RL, KING, LA, NUTT, DJ: A web-based survey on mephedrone. *Drug Alcohol Depend*. 2011; Oct 1;118(1):19–22.

41. MCEL RATH, K, & O'NEILL, C:  
Experiences with mephedrone pre- and post-legislative controls: Perceptions of safety and sources of supply. *International Journal of Drug Policy*. 22 2011; 120–127.
42. CARHART-HARRIS, RL, KING, LA, NUTT, DJ:  
A web-based survey on mephedrone. *Drug Alcohol Depend*. 2011; Oct 1;118(1):19–22.
43. VAN HOUT, MC, BRENNAN, R:  
„Heads held high”: an exploratory study of legal highs in pre-legislation Ireland. *J Ethn Subst Abuse*. 2011;10(3):256–272.
44. WOOD, DM, GREENE, SL, DARGAN, PI:  
Emergency department presentations in determining the effectiveness of drug control in the United Kingdom: mephedrone (4-methylmethcathinone) control appears to be effective using this model. *Emerg Med J*. 2011; Oct 27.
45. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-methylmethcathinone (mephedrone). July, 2010 Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2010
46. TÓTH, AR, HIDEG, ZS, INSTITUTE, L:  
Egy régi-új kábítószer – a mephedron. *Orvosi Hetilap*, 2011; 152, 1192–1196.
47. MÓRÓ, L:  
A daath.hu adatgyűjtése a mephedronhasználatról. Kézirat, 2011
48. CSÁK, R, GYÉKISS, R, MÁRVÁNYKÖVI, F, VADÁSZ, V, RÁCZ, J:  
Magyarországi intravénás mephedronhasználat a tücsere szolgáltatók tapasztalatai alapján. *Addiktológia*, 2010; 9,4:281–288.
49. Nemzeti Drog Fókuszpont: 2011-es ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára 2011; Budapest.
50. LADÁNYI, J:  
Gondolatok a Középső-Józsefváros rehabilitációjának társadalmi összefüggéseiről. In: *Tér és Társadalom*, 1992; 3–4. 75–88.
51. LADÁNYI, J:  
A lakásrendszer változásai és a cigány népeség térbeni elhelyezkedésének átalakulása Budapesten. In: *Valóság*, 1989; 8. 79–89.
52. LADÁNYI, J:  
Társadalmi és etnikai csoportok közötti lakóhelyi szegregáció Budapesten a posztkommunista átmenet időszakában. *web 13 szám*, 2004; 2. december, 9–16.
53. RÁCZ, J, MÁRVÁNYKÖVI, F, MELLES, K, VADÁSZ, V (szerk.: Rác J):  
Út a túléléshez. Nyílt színi droghasználat és „belövőszobák” Budapesten. *Az ártalomcsökkentéssel kapcsolatos megfontolások*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2010
54. SMALL, W, RHODES, T, WOOD, E, KERR, T:  
Public injection settings in Vancouver: Physical environment, social context and risk. *International J Drug Policy* 2007; 18:27–36.
55. RITTER, I:  
Roma fiatalok és kábítószer. *Kutatási beszámoló*, Budapest, 2005
56. CSÁK, R:  
Kliensforgalmi adatok a Kék Pont Alapítvány Tücsere Programjáról. *Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány*, Budapest, kézirat, 2011
57. STRAUSS, AL:  
Qualitative analysis for social scientists. Cambridge University Press, Cambridge. 1987
58. GLASER, BG, STRAUSS, AL:  
The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine. 1967
59. WINSTOCK, AR, MARSDEN, J, MITCHESON, L:  
What should be done about mephedrone? *BMJ*; 340: c1605. 2010
60. WINSTOCK, AR, MITCHESON, LR, DAVEY, Z, CORAZZA, O, SCHIFANO, F:  
Mephedrone, new kid for the chop? *Addiction* 2011; 106, 154–161.
61. MEASHAM, F, MOORE, K, NEWCOMBE, R, & WELCH, Z:  
Tweaking, bombing, dabbing and stockpiling: The emergence of mephedrone and the perversity of prohibition. *Drug and Alcohol Today*, 2010; 10, 14–21.
62. HORVÁTH, GCS, PÉTERFI A, TARJÁN A:  
A kábítószer-fogyasztással kapcsolatos új jelenségek 2010-ben az ellátóhelyek tapasztalatai alapján. *Nemzeti Drog Fókuszpont*. 2011; Kézirat.
63. DENZIN NK – LINCOLN YS:  
Handbook of Qualitative Research. Sage Publications. London. 2000