

A DEVIANCIAHULLÁM EGYES JELLEGZETESSÉGEI, A DROG-VISSZAÉLÉS MAGYARORSZÁGI HELYZETE ÉS A SZENVEDÉLYBETEGEKNEK NYÚJTOTT SEGÍTSÉG

Az utóbbi két-három évtizedben jelentős deviancia "járvány" bontakozott ki országunkban. Jelentősen növekedett az öngyilkosságok száma, az alkoholfogyasztás és alkoholizmus, a pszichotrop szerek fogyasztásának volumene, a neurozis előfordulási gyakorisága, a fiatalkori és agresszív bűnözés mértéke. Másfelől magas a családbomlások aránya, alacsony a születésszám, súlyos helyzetet tükröz a magas halálozási ráta. Az előbbi jelenségek érintettjein segíteni hivatott intézmények száma, korszerűsödése viszont nem fejlődött kellően. Sajátosan súlyos, nehezen orvosolható helyzet alakult így ki.<sup>1</sup>

A devianciák növekedése hosszabb - jó két évtizedes - periódusra tekinthet már vissza. Hosszú időn át "nem illet" e növekedésről beszélni, de az utóbbi tíz évben a kérdéskörben illetékes döntéshozók mindinkább a "szembesülés, a konfrontáció politikáját választották: tényfeltáró tudományos kutatások, szakértői elemzések és javaslatok, intézményfejlesztésre vonatkozó tervek születtek.

Adatokkal, összefüggésekkel pontosíthatjuk a devianciák tekintetében kialakult kedvezőtlen, erőteljesen anómikus helyzetet. Az 1960., 1970. és 1980-as európai halálozási adatok azt tanúsítják, hogy országunk e tekintetben jelenleg valamennyi ország közül a legkedvezőtlenebb helyet foglalja el.<sup>2</sup>

A magas halálozásban a különböző "szerek", "szubsztanciák" fogyasztásából eredő komponens éppenny nem elhanyagolható, mint az öngyilkosság.

Harminc ország literben számított abszolútalkohol/év fogyasztását demonstráló táblán Magyarország az ötödik helyet foglalja el.<sup>3</sup>

Hozzá kell azonban tennünk, hogy az előttünk lévő négy ország a hagyományos mediterrán bortermelői vidékeken helyezkedik el. Így a különösen egészségtelen, káros alkoholfajták fogyasztásában akár első helyezettek is lehetünk. Éppen ez utóbbi lehetőséget igazolja, hogy az 1960-hoz viszonyított töményszesz-fogyasztás Magyarországon emelkedett a legmagasabbra: 1983-ra, az 1960-as fogyasztás 343 %-ára.<sup>4</sup>

Ennek is következménye, hogy bár már 1982-ben is első helyen álltunk a májzsugorodás (cirrhosis hepatis) halálozásban, 1984-re mégis ez az érték is meredeken emelkedett és majdnem 50 %-kal tovább növekedett, kiemelkedve a többi ország értékei közül.<sup>5</sup>

Ha egy kissé még távolabbi történeti perspektívában tekintjük meg a teljes alkoholos halálozást, akkor mind az össznépeségre, mind a 40-60. életév közötti korosztályra vonat-

kozóan megdöbbenő arányokat tapasztalunk. 1970 óta Magyarországon az évi alkoholos halálozás mintegy tizenkétszeres értékre növekedett!<sup>6</sup>

Emelkedő tendencia észlelhető a nyugtató és altatószerek fogyasztásának területén is. Míg 1971-ben minden magyar állampolgárra (a csecsemőket is beleszámítva) évi 6 napnyi közepes dozizású nyugtató szedése esett, addig 1980-ban már napi 11 az egy személyre eső átlagos dózis! Az altatók vonatkozásában a szedési arány 13 napról 27,5 napi dózisa emelkedett!<sup>7</sup>

A "szubsztanciák" iránti kereslet növekedését jelzi a dohányzás, illetőleg a cigarettafogyasztás emelkedése és terjedése is. Miközben sok európai és amerikai régióban a dohányzás mértéke csökken, nálunk az össznépszerűség 40 %-a, a fiatal korosztály 58 %-a dohányzik és az utóbbi évtizedben a dohányfogyasztás további 10 %-kal növekedett.<sup>8</sup>

Az utóbbi két évtizedben - mindmáig töretlen tendenciaként - súlyos, pusztító öngyilkossági hullám bontakozott ki. Minden országnál jelentősen magasabb számmal, 43,5 százalékos halálozási rátával jellemezhető ez a járvány. Egy alig több, mint tízmillió országban megközelítőleg évente 5 000 ember hal meg öngyilkosság következtében!<sup>9</sup>

Ez a súlyos helyzet jelenti egyfelől a kibontakozó drogaddikció környezetét, sajátos "atmoszféráját" és az eddig felsorolt sokféle devianciának, egészségkárosodásnak segítség- és intézmény-igénye interfertál és néha verseng, konkurál a "drog-szcéna" hasonló igényeivel.

A fenti jelenségek közegészséget és közmorált rontó helyzete olyan mértékűvé vált, hogy az említett devianciaformák tekintetében országunk a nemzetközi mezőny "élvonalába" tartozik. Talán a drog-visszaélés volt az egyetlen devianciaféleség, amelynek tekintetében nem kerültünk a legkedvezőtlenebb helyzetű országok körébe. A fertőzöttség e tekintetben is kezd erősödni. Kétségtelen, hogy továbbra sem tartozunk e szempontból a legproblematisabb helyzetű országok közé, ám a változás irányultsága, trendje és a magyar társadalom nagymértékű deviációs affinitása rossz prognózist sejtet.

A kábítószerrel való visszaélés századunkat érintő történeti tendenciái kezdetben hazánkban is a többi európai országhoz hasonlóan alakultak. Sokáig egy sajátos, alig változó, kis volumenű fertőzöttség volt jellemző, s e fertőzöttség főként az orvosokat, az egészségügyi dolgozókat érintette, illetőleg szórványosan előfordult a művészvilágban is.

A kábítószer visszaélést korlátozó jogi szabályozás változási tendenciái is a nemzetközi irányoknak megfelelőek voltak. Az 1912-es ún. Első Ópiumegyezmény nyomán a magyar jog 15 napi elzárással rendelte büntetni az ilyen irányú kihágást. A későbbi (pl. 1930-as, 1961-es, 1979-es) büntetőtörvénykezés egyre súlyosabb büntetési tételeket irányzott elő, egészen a 8 éves szabadságvesztésig. A jelenség veszélyét egyre nagyobbak ítélő szemlélet a mind súlyosabbá váló büntetési tételekkel, a nagyobb fenyegetettséggel vélte hatékonyan megelőz-

ni a jelenség terjedését. Ez a büntetéspolitika nem teljesen váltotta be a hozzá fűzött reményeket, ugyanis nem számolt a kábítószerekkel való visszaélők jelentős dependens fertőzöttségével, szenvedélybetegé válásával, személyiségnívójának és morális szintjének csökkenésével. A korszerű szemlélet a büntetés riasztó hatásán kívül igyekszik a terápiás eszköztár nagyobb mértékű felszámolásával is hatni a büntetésüket töltők speciális, úgynevezett gyógyító-nevelő csoportokban való elhelyezésével, gyógyító, személyiségfejlesztő programok kiegészítő, illetőleg alternatív felhasználásával, részint a szankcionáló eszközök mellett, részint pedig azok helyett is. A sok évtizedes büntetéstétel-emelési tendencia úgy tűnik, hogy mára megállt, helyét a differenciált, komplex ellátási rendszernek adja inkább át, fenntartva természetesen a szankcionáló eszközöket is. A hatályos büntetőtörvénykönyv új típusú büntető rendelkezéseket az ún. "kóros szenvedélykeltés"-re ír elő, amely fiataloknak (18 évesnél fiatalabb személynek) kábítószerfogyasztásra vagy szerves oldószer használatra való rábírását jelenti. Ez a rendelkezés a szankciónak, mint prevenciós módszernek további kibontakoztatása. Úgy tűnik azonban, hogy önmagában nem túl sok eredménnyel, nem túl nagy hatékonysággal jár a jogi fenyegetettség ilyen kiterjesztése, hiszen tudjuk, hogy éppen ez a korosztály a jellegzetes "kezdő" a kábítószerfogyasztás területén.<sup>10</sup>

Európában főként az 1960-as évektől kezdődően egy sajátos "epidemiológiai váltás" történt a hagyományos drogvisszaélésről az ifjúsági kultúra drogfogyasztása felé. Az ilyen értelmű drogprobléma hivatalosan 1968-ban merült fel először Magyarországon. Rendőrségi jelzések érkeztek, hogy egyes, fiatalokból álló csoportok alkoholt szedatohipnotikus hatású gyógyszerekkel együtt fogyasztanak. Iskolák, oktatásügyi hatóságok, az egészségügyi szolgálat és egyéb informátorok további jelzései szerint a hetvenes évek első felében kezdett terjedni a ragasztószerek használata és az antiparkinsonos hatású gyógyszereké; polytoxikómánis esetek is megjelentek. 1975-től Opiátok, Codein-származékok, Amfetamin származékok és marihuána egészítették ki a korábbi repertoárt.<sup>11</sup>

1975-től megindult a szervezettebb segítségadás új formáinak kialakulása, kialakítása is. Egészségügyi, közművelődési és egyházi keretek között kezdődött meg ez az ellátás.

A nyolcvanas években alakult ki az intravénásan adható narkotikumoknak, nem egyszer a kemény drogoknak használata a "drog-affin" ifjúsági szubkultúrákban.

Pontos adatokkal nem rendelkezünk a drogvisszaélés elterjedéséről. Kisebb vizsgálódások egyes speciális ifjúsági csoportok súlyos, nagymértékű fertőzöttségét mutatták ki. Így a fiatalokorű bűnelkövetők egyes csoportjainál az 1980-as évek elején azt találták az adatgyűjtések során, hogy 43 %-uk próbálkozott már droggal.

A regisztrált narkós fiatalok 1/3-a volt ugyanakkor állami gondozott, a dependens narkósoknak pedig már fele. Ez utóbbi csoport sajátos életformával rendelkezett: tanulmányai-val felhagyott, munkát csak epizódikusan végzett, céltalannak tűnő módon, a "szélrózsa minden irányába" útrakelve, csoportokba verődve járta az országot.<sup>12</sup>

1981-ben 3 000 olyan fiatal volt, aki drogvisszaélés miatt valamilyen formában hivatalosan is regisztrációra került. Más adatgyűjtések arra utaltak, hogy egy regisztráltra 9-10 nem regisztrált drogos esik. Az összes drogfogyasztó becsült száma így akkoriban harmincezer volt. Ugyancsak kisebb létszámú vizsgálati személyre irányuló kutatások azt mutatták, hogy egy drogvisszaélő fiatal öt másik fiatalnak ad kipróbálásra szert, illetőleg 12 fiatalnak beszél róla, kedvező képet nyújtva a drogélvezetről.<sup>13</sup>

A visszaélés propagandája tehát igen nagy, az étzsugárzása sajátosan "nagy energiájú". Tudjuk, hogy a propaganda a droghullám kibontakozása idején mindenütt igen intenzív. Franciaországi kutatások például a 70-es évek elején azt találták, hogy a középiskolások 30 %-ának attitűdjei megengedőek a drogkipróbálással szemben, 13 %-uk pedig egyenesen súlyosan veszélyeztetett.<sup>14</sup>

Speciális drogellátó intézmények híján a pszichidrián belüli és pedopszichidriai szolgálatok látták el kezdetben - és jórészt ma is - a fiatal toxikománokat. Mőd nyílt így e szolgálatok egyéb betegkörével való összehasonlítás során egyfajta jellegzetes családstruktúrát feltárni. Azt találták e vizsgálatok során, hogy míg Magyarországon a drogot nem használó ún. disszociális, nem adaptív serdülők gyakran származnak gyermeküket egyedül nevelő anya családjából, addig a drogos serdülők és adolezcensek inkább egy másik, jellegzetes, sérült családféleségből kerülnek ki: az ilyen fiatal szülei elváltak, a beteg az újra férjhez ment anya családjában él, ez a család törekvő, látszólag kiegyensúlyozott, ugyanakkor a korábbi házasságból származó gyermek érzelmileg deprivatizálódik, kötődései kiüresednek, mintegy helyettesítésképpen pedig a droghoz való kötődés alakul ki.<sup>15</sup>

A narkómánia megelőzési programjait a prevenció triász keretei között szoktuk megtervezni. Az elsődleges prevenció a populáció egészére, a másodlagos az új betegekre vagy konkrétan veszélyeztetettekre, a harmadlagos a rehabilitálandókra koncentrál.

E hármas séma keretei talán szűknek bizonyulnak a drogosok tekintetében. Sok tennivaló van populációs szinten az általános jólét, a mentálhigiéné, az értékrend, a társadalmi szituáció tekintetében, kissé konkrétan a humanisztikusabb családstruktúra és szokásrendszer vonatkozásában (anya-gyerekek viszony erősítésében), a házasságok stabilitásának és tartamosságának elősegítésében, a fogyasztásra, euphóriára, alkohol- és droghasználatra vonatkozó értékek tekintetében.

Sajátos prevenció programokra van szükség a konkrétan veszélyeztetett ifjúsági csoportok körében, továbbá a droggal próbálkozók, használók, narkomániájukból rehabilitáltak és végül az aktuális toxikománok körében.

Természetesen sok apró gyakorlati fogása is van a terjedés prevenciójának. El kell kerülni például a gyermek- és serdülőgyógyászatban a nyugtatók gyakori rendelését, ezek ugyanis egyfajta imprinting mechanizmussal beépülnek a szervezet "emlékezetébe", és így későbbi

feszültségek idején keresni kezdi a beteg a farmakogén megnyugvást. Gyermek alkohol-fogyasztása ugyanezért (is) kerülendő.

A drogok orvosi, szociális, emberi segítésére jelenleg rendelkezésre álló intézményrendszer inszufficiens, elégtelen. A korszerűbb ellátási formák, szolgáltatások kezdeményei részint létrejövőben vannak, részint rövid távú tervek tárgyai.

Ezek feladatai közé tartozik majd a segítségre szorulóknak ellátása, különféle szubkultúrális és önszolgáltató csoportok támogatása, "szülő-csoportok" és probléma-konzultáló csoportok működtetése, tanácsadás, spontán-szupportív csoportok segítése, önfenntartó lakóközösségek kialakítása, intézmények koordinálása.<sup>16</sup>

Egyes korszerű pszichiátriai osztályokon már megkezdődött a drogok szociálpszichiátriai jellegű ellátása, amely "drogalternatívák" nyújtásával igyekszik a drog érzelmi hatását pótolni, egyfajta pótkielégülést biztosítani: autogén tréninggel, sporttal, jógával, alternatív csoportokkal, szerepjátékokkal, fantáziajátékokkal, hipnózissal, helyenként az elektroakupunktúra szomato-pszichés impulzusaival, terápiás közösséggel és életformaműhellyel. Az előbbieket a droghoz való viszonyulás sok dimenziójában kínálnak pótkielégülést, eredményeznek ennek nyomán leszokást.<sup>17</sup>

Az egészségügyön kívül szociális munkások és főként egyházak kapcsolódtak be a narkómánia elleni harcba. A katolikusok karitászszo­lgálatot, spirituális-közösségi támogatást, a reformátusok "kallódó ifjakat mentő missziót", a baptisták és pünkösdisták terápiás lakóközösségeket működtetnek a cél érdekében.

Sajátos együttműködés alakult ki a kiseb­gyházak intézményei és a drogokat ellátó egyes pszichiátriai kórházak között: a kiseb­gyházak aktivistái egy-két évre munkát vállaltak a pszichiátriai osztályon, ott egészségügyi jártasságot, szakképzést szereztek, majd ezt hasznosítva tevékenykednek tovább a lakóközösségekben, kapcsolatban maradva a pszichiátriai osztállyal is.

Jelenleg Magyarországon még igen szerény a narkomániától védő ellátás, miközben a visszaélés mértéke hazánkban is folyamatosan növekedni látszik.

Becsléseken túlmenően, pontosabb adataink nincsenek a hazai ifjúság narkomániájának igazi mértékéről a nyolcvanas évek második felében. A regisztrált egészségügyi és rendszertani adatok növekedést jeleznek ugyan, de sokkal kisebb mérvű növekedést, mint amelyet az ifjúsági szubkultúrákban lefolytatott társadalomkutatások. Ez a látszólagos ellentmondás arra enged következtetni, hogy éppen az utóbbi években kezdett kibontakozni rohamosabban, dinamikusabban a fiatalok drogfogyasztása, ám ez a sajátos "robbanás" nem jelentkezik még a kontroll-szervek munkájának tükrében. Ennek az "elmaradásnak" összetett okai vannak. Egyrészt ez magának a drogjelenségnek a természetében rejlik, hiszen a dependencia, a súlyosabb problémák megjelenéséhez évekre van szükség, másrészt az ellátó hálózat mennyiségi és minő-

ségi elmaradottságban sem e hálózat elemeinek többsége nem szívesen vállalja fel a fiatal toxikománok ügyét, sem azok nem keresik fel az ellátó intézményeket, részint azok alacsony száma, ismeretlensége miatt, részint konzervatív gyógyító szemléletük és gyakorlatuk miatt. A sokféle deviancia terhe és nyomása hatására a kontroll-szervek szűkké vált kapacitása azal a következménnyel is jár, hogy e kontroll-szervek igyekeznek olyan ideológiát kialakítani, amely a drogos fiatalokat inkább egy másik kontroll-szerv kompetenciájába igyekszik utalni (egészségügyi, rendészeti, szociális, pedagógiai intézmények kölcsönösen egymás felé), hogy a különben is szűk kapacitásúvá vált ellátási potenciáljuk végső dekompenzálódásának veszélyét csökkentsék. Így a kis létszámú kliensforgalom ezt az ügyet mégis felvállaló kevés számú intézményben korántsem tükrözi híven a drogprobléma súlyát.

A magyarországi intézménystruktúra szerveződése miatt a deviáns viselkedésmódok ellátása alapvetően egyes progresszív és korszerű szemléletmódú pszichiátriai, szociálpszichiátriai intézményekben tudott a maga számára bázist találni. Így van ez jórészt a narkománia-ellátás területén is.

Az ellátó-rendszerek tipológiájára nézve jellegzetes tíz intézmény adatait elemeztük a narkománoknak nyújtott segítség áttekintése céljából.<sup>18, 19</sup>

E tízből két intézmény már nem működik. Megszüntetésükre, pontosabban e profil háttérbe szorulására a szemszögünkből érdektelen szervezeti változások miatt került sor. Adataikat, jellemzőiket, ahol lehetett, mégis figyelembe vettük az összegzésnél, jóllehet dokumentálható kérdőívet ezekről már nem, csupán a nyolc működő intézményről szereztünk. A leírt intézményeken kívül egyébként alig van további olyan intézmény, amely kifejezetten, célzottan, programszerűen foglalkozna narkomán fiatalokkal. Ez alól néhány kis létszámú, kisegyházi rehabilitációs kezdeményezés képez kivételt. Ezek rehabilitációs otthonokban, sajátos közösségi programot hajtanak végre. További, a nagyegyházakat illető rehabilitációs szolgálatok csírái is létrejöttek már, érdemi nagyságrendben való működésük azonban még nem kezdődött el. Az egészségügyi, illetőleg szociális igazgatás jellegzetes, korszerű, narkomániát megelőző intézmény alapítását tervezi, így remélhetőleg rövid idő múlva jelentősen és minőségileg is bővülni fog a most leírható szegényes ellátási kapacitás.

A mintánk keretében vizsgált intézmények közül 9 városi, 1 falusi környezetben funkcionál. 1972 után alakult csak ilyen profilú szolgáltatás országunkban, a vizsgáltak fele már a nyolcvanas években. Jelentős az ún. "polidrog-fogyasztás" és különbs fontosságú az alkoholizálással való szövődöttség, az intézményi orientációk is éppen ezért e két ellátás kombinációjára törekednek; a családterápiával való kapcsolat is jelentős. Az intézmények gyakran kombinált feladatként vállalják fel a drogosok ellátását a krízis-intervencióval, a támogató pszichoterápiás feladatok ellátásával. Ami az alkalmazott módszereket illeti, a domináns, a módális módszer az egyéni tanácsadás és a csoport-terápia.

A rendelkezésre álló intézményi terület, illetőleg a szobák száma nem ítéhető meg egzakt módon, tekintve, hogy a krízis-intervencióval, alkohológiával helyenként a szolgálatok annyira összeszövődtek, hogy a rendelkezésünkre álló kapacitás azokétól érdemben nem mindig választható el.

Az ellátó személyzet többsége alkalmazott, de az intézmények felében önkéntes segítők is bekapcsolódnak a munkába. Korábban narkomániában szenvedők az intézmények felében vesznek részt a "staff"-ban és ott annak 10-20 %-át képezik. Az intézményvezetők főként pszichiáterek. Újabbban egyre nagyobb számban kerülnek be a munkába szociális munkatársak, egyes intézményekben létszámarányuk a 30 %-ot is elérte.

A kliensek felvétele 50 %-ban saját kérésükre történik, a behívás, illetőleg egyéb formák (más intézmény át és/vagy beutalása) együttesen teszik ki a további 50 %-ot. A felvételre leggyakrabban hevenyen kialakuló krízis-állapotban kerül sor.

A "staff"-ok rendszeresített kommunikációs lehetőségekkel rendelkeznek. Valamennyi intézménynél mind a terapeuták közötti viszony és történések, mind az ellátással kapcsolatos döntések vitapontjai, tárgyai a vezetői megbeszéléseknek. Az intézmények képzési, továbbképzési programmal rendelkeznek. Mindezek tartalmi oldala, a képzés és továbbképzés korszerűsége azonban már problematikusabbnak tűnik, mint a formális keretek megléte.

A kis számú ellátó intézmény kapcsolata egyéb, külső intézményekkel átlagosan 50 %-ban kiépült, rendszeressé vált. Az intézmények kb. fele végez elbocsátott betegek irányában követéses kontrollt.

Tekintettel arra, hogy az alkohollal kombinált pszichotropszer fogyasztás meglehetősen elterjedt, nem határolódik el pontosan a drogfogyasztó gyógykezelték, illetve új páciensek csoportja az alkoholbetegeketől. Ezért a narkománokra vonatkozó betegforgalmi adatok pontosan nem adhatók meg. Úgy becsüljük, hogy a vizsgált szolgálatoknál 1986 első öt hónapjában 140 olyan beteg volt, aki kóros mértékben drogfogyasztó (is) volt, ugyanitt, ugyanebben az időszakban jelentkező droghoz kötött problémával (is) küzdő új betegek száma pedig mintegy 50 fő. E betegek jellegzetes jelentkezési módja az önkéntesség volt (szolgálattól függően 30-90 %). Jelentős volt még az a forma is, amikor más intézmény küldte őket (intézményfüggően 10-60 %). Az intézmények nagy részében (70-80 %) a kérdezett adatok mindegyikét illetően van adatgyűjtés és adatarchiválás.

A magyarországi társadalmi, politikai, gazdasági struktúrából következően az összes intézmény bizonyos értelemben függ a közintézményektől. A Református Egyház Kallódó Fiatalokat Mentő Missziója a többenél csak közvetettebb mértékben.

Az egyes drogféleségek aránya a kezelték között azt mutatja, hogy - természetesen az egyes intézményekben különböző mértékben - az alkohol, a szerves oldószeres, a pszichotrop gyógyszerek fogyasztása vezet. Marihuána, LSD és amfetaminszármazékok csak egyes intézmény-

nyekben érik el a drog miatt kezelték 20 %-át, opiát a 10 %-át. Kokaint mindössze egy személy használt.

A hospitalizációs lehetőségekkel rendelkező intézmények fele vezette be azt a gyakorlatot, hogy a jelentkező klienseket definitive nyomban felveszi, másik felét várakozási, illetőleg próba-periódus után. A jellegzetes, módális kezelési idő 1-3 hónap között van, melyben a betegek külső kapcsolatai kezdetben korlátozottak, de fenntarthatók.

#### JEGYZETEK

- 1 Pataki Ferenc és mts: Társadalmi beilleszkedési zavarok Magyarországon. Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 1986. 196. old.
- 2 Kolozsi Béla: A deviáns viselkedésmódok szociológiája. Segédanyag. MSZMP Budapesti Bizottsága Oktatási Igazgatósága kiadása, 1986. 67 old.
- 3 Alkohol - termelés, fogyasztás, következménye. Budapest, AEÁB és KSH kiadása, 1985. Statisztikai adatgyűjtemények c. sorozatban. 68. old.
- 4 Uo.
- 5 Uo.
- 6 Uo.
- 7 Kolozsi Béla: Id. mű 67. old.
- 8 Uo.
- 9 Pataki Ferenc és mts: Id. mű 196. old.
- 10 Erdélyi István: Fiatalkori narkománokkal szerzett tapasztalatok. Kézirat a TBZ kutatás számára. Budapest, 1984.
- 11 Uo.
- 12 Uo.
- 13 Uo.
- 14 Fréjaville, Jean-Pierre - Davidson, Françoise - Choquet, Maria: Les jeunes et la drogue. Presse Universitaire de France, Paris, 1977. 222. old.
- 15 Erdélyi István: Id. mű.
- 16 Javaslat a drogproblémák megelőzését célzó programra. Gépirat. Az Állami Ifjúsági és Sporthivatal dokumentuma. Budapest, 1986. 9. old.
- 17 Takách Gáspár: A magyarországi drogkérdésről az alapellátás szemszögéből. Medicus universalis XX/2. 1987. 79-81. old.
- 18 Questionnaire for Collection of Structural Data on Services Making up the Sample. Labos, European Information System on Drugs. Roma, 1986.
- 19 European Report on Drug-Dependency Services. CNEL, 2<sup>nd</sup> International Conference on Drugs and Information Systems in Europe. Rome, 1986.