

TASZ  
DROGPOLITIKAI  
FÜZETEK  
2. SZÁM  
2001.

# KENDER- KÖNYV

TÁRSASÁG A SZABADSÁGJOGOKÉRT  
2001. MÁRCIUS

Kiadja a Társaság a Szabadságjogokért

Írták: Dénes Balázs (III. fejezet)

Pelle Andrea (I. fejezet)

Sándor Gábor (II. fejezet)

Szerkesztette: Pelle Andrea és Dénes Balázs

Korrektor: Ivicz Judit

ISBN 963 00 6367 0

ISSN 1586 – 1147

A kiadvány a Nyílt Társadalom Intézet Alapítvány  
támogatásával készült.

TÁRSASÁG A SZABADSÁGJOGOKÉRT  
**TASZ**

Tel./fax: 209-0046

E-mail: [tarsasag@elender.hu](mailto:tarsasag@elender.hu)

Honlap: <http://www.c3.hu/~hclu/>

Adószám: 18067109-1-41

# TARTALOM

ELŐSZÓ	5
<i>Kender vagy maribuána?</i>	7
I. FEJEZET: KENDER ÉS JOG	11
<i>A kender múltja</i>	13
<i>A kender betiltása</i>	14
<i>A kender Európában</i>	19
<i>A kender az USA-ban (Drogháború)</i>	41
<i>Magyar kender</i>	44
<i>Felhasznált irodalom</i>	53
II. FEJEZET: A FÜSTJE NAGYOBB VAGY	
<i>A LÁNGJA? A maribuánaszívás veszélyeiről</i>	55
<i>Maribuána, basis, THC</i>	57
<i>A maribuána akut hatásai</i>	58
<i>A rendszeres használat okozta hatások</i>	62
<i>Összefoglalás</i>	75
<i>Felhasznált összefoglalók, referenciák</i>	77

III. FEJEZET: A VILÁG LEGMOSTOHÁBB SORSÚ GYÓGYNÖVÉNYE	89
<i>A kannabisz orvosi felhasználásának történelmi előzményei</i>	91
<i>A marihuána orvosi felhasználása napjainkban</i>	94
<i>A használat gyakorlata</i>	103
<i>Esetleges válaszok a legtöbbet hangoztatott ellenérvekre</i>	118
<i>Jegyzetek</i>	125
UTÓSZÓ	131

## ELŐSZÓ

Az ENSZ 2000. évi Drogjelentése szerint a világon a kender a legelterjedtebb illegális szer. A marihuána és a hasis a negyedik legtöbbet fogyasztott pszichoaktív anyag a kávé, a dohány és az alkohol után. Annak ellenére, hogy sokkal többen – az ENSZ szerint közel 150 millióan – fogyasztják, mint az összes többi tiltott kábítószer együttvéve, a használatához köthető egészségügyi és szociális károk elismerten jóval kisebbek, mint bármely más illegális szer esetében. A marihuána népszerű a fiatalok körében, és fogyasztása a tiltás ellenére évtizedek óta a legtöbb országban emelkedik, vagy stagnál. Így van ez hazánkban is, ahol a drogos büntetőügyek több mint fele kender miatt indul.

Magyar szerzők tollából hazánkban nem jelent még meg olyan könyv, mely kizárólag a marihuánáról szól. A Társaság a Szabadságjogokért elutasítja a drogfogyasztás büntetőjogi üldözését, most azonban csak a kenderrel foglalkozunk. Tesszük ezt azért, mert a marihuánafogyasztás üldözése a drogok elleni küzdelem egyik legértelmetlenebb fejezete.

Budapest, 2001 márciusa



## KENDER VAGY MARIHUÁNA?

A marihuánáról folyó vita megértéséhez érdemes tisztázni, pontosan melyik is az a növény, amelyről ez a könyv szól. A kender egyéves, lágyszárú, általában kétlaki növény. Ipari felhasználására elsősorban rostja és magja miatt kerülhet sor, előbbiből többek között textilt és papírt, utóbbiból gyorsan száradó festékeket és lakkokat gyártanak, valamint madáreleségként hasznosítják. A növény nőivarú egyedének virágai és a rajtuk lévő ragadós, aranyszínű gyanta tartalmazza a tudatmódosító és gyógyhatással rendelkező anyagot. A kender igénytelen növény, a legváltozatosabb éghajlati és talajviszonyok között lehet termeszteni.

Sok botanikus egyetért abban, hogy a kendernek, azaz a kannabisznak három fő faja van. Az egyik a *Cannabis sativa*, vagyis a hasznos kender, a további kettő a *Cannabis indica* (melyet indiai kender vagy hasiskender néven ismerünk) és a *Cannabis ruderalis*. A három fajta közül a *Cannabis sativa* nő a legmagasabbra, akár

több, mint három méteresre, a másik két faj ennél jóval kisebb. További különbséget jelent az ágvégződészek száma, a termelődő gyanta mennyisége, valamint a levelek mérete.

Létezik olyan besorolás is, amely szerint egyetlen fő kenderfaj létezik, ez pedig a *Cannabis sativa*, melynek két alfaja van, az egyiket sativának, a másikat indicának nevezik. A sativát főleg rostja és a magjaiban található olaj miatt, az indicát pedig magasabb gyantatartalmáért termesztik.

A kender 460 ismert összetevőjéből hatvannál is több az úgynevezett kannabinoid vegyület. Ezek közül csak a delta-9-tetrahidrocannabinol – egyszerűbb nevén THC – fejt ki pszichoaktív hatást, és a kifejlett hasiskenderben olyan nagy százalékban van jelen, hogy az a növény fogyasztása során „kikerülhetetlen”. A kender kábítószerként és gyógynövényként való felhasználása a THC-nak köszönhető.

A kannabisz-származékokat a fogyasztás szempontjából Indiában három csoportba sorolják. Az első a bhang, mely a növény összetört és megszáritott szárából és leveleiből készül, ez a keverék tartalmazza a legkevesebb pszichoaktív anyagot. A ganja a nőivarú kender virágaiból áll, a charas pedig maga a tiszta gyanta. Az



európai és az észak-amerikai szóhasználat szerint a virágokat marihuánának, a gyantát pedig hasisnak nevezik. Az USA-ban korábban a marihuána többnyire a bhagnak, azaz a leggyengébb kábító hatású kannabisz-származéknak felelt meg, napjainkban azonban hazánkhoz és a világ többi részéhez hasonlóan a nőnemű kender virágait és a gyantából készített hasist fogyasztják.

A növény THC-tartalma függ a fajtától, az időjárástól és a termesztés helyétől. Pszichoaktív hatás kiváltása céljából jellemzően az indiai kendert nevelik. Mivel a gyanta funkciója az, hogy a virágzatot megvédje a kiszáradástól, a magas gyanta- és THC-tartalmú növényeket meleg éghajlaton termesztik. Hűvösebb területeken is lehet THC-ban gazdag kendert előállítani zárt térben, nagy erejű lámpákkal megvilágítva. A marihuánában általában 1-5%, a hasisban 2-10% a THC-tartalom, de lámpás termesztéssel a 15-20%-os hatóanyag mennyiség elérése sem lehetetlen.

A Magyarországon vadon is növekvő *Cannabis sativa* THC-tartalma ennél jóval alacsonyabb. A hatályos jogszabályok szerint engedély csak a 0,3% THC-t meghaladó kender termesztéshez szükséges, az elvadult növényekben azonban általában még ennél is kevesebb a hatóanyag. Hazánkban a parlagnöveget is sokan „vadkender-

nek” nevezik. Ez félreértésekre adhat okot, mivel ennek a kellemetlen gyomnak semmi köze sincs a kannabiszhoz.

*I. fejezet*

# KENDER ÉS JOG



## A KENDER MÚLTJA

A kender az emberiség egyik legősibb kultúrnövénye. Ipari alapanyagként, gyógyhatású szerként, vagy élvezeti cikként ismerik és használják. A talán legkorábbi lelet Törökországban találták: egy ásatás során kenderfonatra bukkantak, melynek eredetét i.e. 8000 tájára datálták. Kínában már ötezer évvel ezelőtt termesztették, a kender alapozta meg a kínai textilipart. Indiában a kábist már négy évezrede használták élvezeti és gyógyászati célokra. Az ókori Keleten is éltek kender-származékokkal, és régészeti leletek utalnak arra, hogy Európában a germánok az i.e. 5. században már ismerték a kendert.

A kendert leginkább a textil- és papírgyártásban hasznosították, ezen kívül betegségek kezelésére és mámor előidézésére alkalmazták. A rostjáért termesztett kender az egész világon elterjedt, napjainkban jellemzően Európában és Ázsiában találunk ipari ültetvényeket. Az indiai, arab és afrikai országokban a növényt inkább pszichoaktív hatóanyagáért nevelik.

A kenderből nyerhető drogok, vagyis a marihuána és a hasis élvezeti szerként való használata korábban csak az indiai, arab és afrikai országokra volt jellemző, ahol a fogyasztás tradicionális, kulturális hagyományokkal bír. Amerikában a gyarmati időkben a fehér lakosság is ismerte a kender élvezeti hatását, de a marihuánaszívás számottevően csak a XX. században jelent meg. Európában a kender ipari felhasználása több évszázados múltra tekint vissza, de a „fűszívás” csak 1950 után terjedt el, és a szokás nem a tradicionális kannabiszhasználó országokból, hanem az USA-ból érkezett.

## A KENDER BETILTÁSA

A marihuána és a hasis élvezeti célú használatának korlátozására elsőként a gyarmatosított, tradicionális fogyasztó országokban tettek kísérletet. Egyiptomban 1884-ben betiltották a kender termesztését és használatát, India viszont 1925-ben még megakadályozta a nemzetközi ellenőrzés bevezetését, Marokkó pedig a mai napig az egyik legnagyobb hasistermelő ország.

Az Egyesült Államokban a XX. század harmincas éveiben több államban marihuána-ellenes törvényeket

hoztak, azonban ezek háttérében nem a szer használatának egészségügyi következményei álltak, inkább a marihuánát szívó mexikói munkaerő ellen irányultak a megszorító intézkedések. A kender fogyasztásának és termesztésének egységes tiltását az 1937-es Marihuana Tax Act vezette be. Ez a törvény, s a kender-ellenes fellépés egyes vélemények szerint főként a műszáltermékek elterjedésében érdekelt lobbyköröknek kedvezett. Ezután az USA-ban évtizedekig nem foglalkoztak a kannabisszal. Egyedül La Guardia, New York polgármestere volt kivétel, aki 1944-ben közzétette egy általa létrehozott bizottság jelentését, amely a marihuána egészségügyi és társadalmi hatásainak vizsgálatáról szólt. A kábítószer-rendészeti szervek elutasították a bizottság megállapításait, mivel a hivatalos álláspont – miszerint a marihuána a bűnözés melegágya, gyilkolási hajlamokat ébreszt és őrülethez vezet – nem támasztotta alá, sőt a dokumentumban az szerepelt, hogy a heroinmánia és a marihuána használata között óriási a különbség. Az amerikai kongresszus 1956-ban ismét napirendre tűzte a kábítószer-témát, és a Narcotics Control Act elfogadásával megszigorították a kannabisszal kapcsolatos szabályokat. Ez azt jelentette, hogy akit első alkalommal értek marihuána birtoklásán, az

minimum két év, akit pedig ismételten állítottak ezért bíróság elé, legalább öt év börtönt kapott.

A kannabisz nemzetközi ellenőrzés alá vonását az ENSZ 1961-es Egységes Kábítószer Egyezménye valószínűsítette meg. A dokumentumban a kábítószeres engedély nélküli előállításának, szállításának, tárolásának és kereskedelmének tilalmát kiterjesztették a kannabiszra, de a „feketelistán” nem a növény maga, hanem annak csak virágzó vagy termő ágvégződése és gyantája szerepel. Az egyezményt aláíró államok a növény termesztését is betilthatják, ha az ország törvényhozása a közegészség megóvása érdekében ezt tartja szükségesnek. Az egyezmény szerint a szerződő felek „gondoskodni kívánva az egész emberiség egészségéről és jólétéről, (...) elismerve, hogy a kábítószerélvezet az egyén számára súlyos csapást, az emberiség számára pedig társadalmi és gazdasági veszélyt jelent” megállapodtak abban is, hogy az előírt szabályok megsértőivel szemben büntető rendelkezéseket alkalmaznak. A kissé patetikus, nem jogszabályi jellegű szövegből nem kapunk egyértelmű választ arra, hogy kell-e büntetni a drogfogyasztást. A személyes használatot szolgáló, kis mennyiségű kábítószerrel való visszaélés elleni intézkedések felsorolásánál büntető szankciók nem szerepel-



nek, a szerződő felek arra vállaltak kötelezettséget, hogy „minden lehetséges intézkedést megtesznek a megelőzésre, valamint az érdekelt személyek gyors felkutatásának, kezelésének, nevelésének, utógondozásának, a társadalomhoz újbóli alkalmazkodásának és újbóli beilleszkedésének biztosítására”. Az egyezmény persze azt is lehetővé teszi, hogy az aláíró államok belső jogrendszerükben az elvártnál szigorúbb szabályokat alkossanak, ha így látják jónak.

A következő dokumentum az 1971-es bécsi – pszichotróp anyagokra vonatkozó – egyezmény volt, mely a nemzetközi korlátozást és ellenőrzést kiterjesztette az LSD típusú hallucinogén anyagokra, a stimulánsokra és az altatókra, nyugtatókra. Erre a listára került a kender pszichoaktív hatásáért felelős vegyület is, a delta-9-tetrahydrocannabinol, vagyis a THC. Később a pszichotróp anyagok tiltott forgalmazása elleni 1988. évi bécsi egyezmény aláírói már arra vállaltak kötelezettséget, hogy alkotmányos rendjükhöz illeszkedően bűncselekménnyé nyilvánítják a személyi fogyasztásra szánt kábítószer birtoklását, vásárlását és termesztését. Vagyis ez a megállapodás már egyértelművé tette, hogy a fogyasztást célzó magatartások kriminalizálását várják el, de kisebb súlyú cselekmények esetében a szerződő felek

úgy is rendelkezhetnek, hogy büntetés kiszabása helyett „nevelő, rehabilitáló vagy a társadalomba való visszailleszkedést elősegítő intézkedéseket, valamint ha az elkövető kábítószer-élvező, kezelést vagy utógondozást alkalmaznak”. Az egyezmény angol nyelvű szövege a „drug abuser” kifejezést használja. Ennek azért van jelentősége, mert az abúzus szó orvosi és jogi értelmezése eltér egymástól. A büntetőjog drog esetében az egyszeri, káros egészségügyi hatásokat nem okozó használatot is visszaélésnek tekinti, míg az orvosi diagnosztika a rendellenes szerhasználatot értékeli abúzusként. A WHO meghatározása szerint az abúzus a pszichoaktív szer használatának olyan módja, mely fizikai vagy mentális egészségkárosodást okoz. Említésre méltó, hogy az egyezmények magyar fordításában a drug abusus szó kábítószer-élvezetként jelenik meg, ami nem felel meg sem az orvosi, sem a jogi tartalomnak, inkább egyfajta pejoratív jelleget kölcsönöz a jelenségnek.

Magyarország mindhárom nemzetközi egyezményhez csatlakozott.

## A KENDER EURÓPÁBAN



Európában néhány ország kivételével a kábítószer-fogyasztás – beleértve a kender-származékok használatát is – bűncselekménynek számít. Vannak azonban olyan államok, ahol a nemzetközi egyezmény ratifikálása ellenére sem kriminalizálták, vagy utóbb dekriminalizálták az illegális szerek kis mennyiségű, saját használatot szolgáló birtoklását. És vannak olyan országok, ahol ma már szabad azt, ami tilos.

*Hollandia* 1976-tól a gyakorlatban hátat fordított az ENSZ előírásainak. Az ekkor bevezetett – és azóta bizonyítottan bevált – holland drogpolitika időről-időre viták keresztüzébe kerül. Hollandiában ugyanis a törvények szerint bűncselekmény a marihuána és a hasis birtoklása és kereskedelme, ugyanakkor sem a fogyasztók, sem a szabályozott keretek között kannabisz-termékeket árusítók ellen nem alkalmazzák a büntető szabályokat. Az ún. coffee-shopokban 5 gramm mennyiségig minden felnőtt ember szabadon vásárolhat füvet vagy hasist, és akár ott el is fogyaszthatja. (30 grammot

meg nem haladó marihuána vagy hasis birtoklása miatt *elvileg* egy hónap elzárást lehet kiszabni. Kendertermesztésért is csak akkor indul eljárás, ha a palánták száma meghaladja az ötöt.)

Hollandiában az új programot több éves munkával készítették elő. Szakértők elemezték a marihuána-fogyasztás egészségügyi kockázatait, és a tervezett liberalizálás lehetséges következményeit. A liberalizálás célja a terjedő kábítószer-használat korlátok között tartása volt, és el akarták kerülni a fogyasztók elszigetelődését és kiközösítését is. Elvük az volt, hogy ha nem fenyegető ellenségként tekintenek egy társadalmi problémára, és nem az elrettentés eszközeit alkalmazzák, akkor a kábítószerrel visszaélés kezelhetővé, és hosszú távon visszaszoríthatóvá válik. Az elfogadható kockázattal járó drogokat leválasztották a kemény drogok piacáról, így ezek fogyasztói is jobban elkülönültek egymástól.

Hollandiában az igazságügy-miniszternek és a főállamügyésznek is joga van irányelveket, útmutatásokat kiadni a jogalkalmazók számára, így a program megvalósítását törvénymódosítás nélkül, a követendő gyakorlat előírásával is el tudják érni. Ez a hétköznapi életben az elfogadható kockázattal járó drogok legalizálását je-

lentette. Hollandiában egyébként a keményebb drogok fogyasztása miatt sem indítanak büntető eljárást, a drogfüggők számára egészségügyi és szociális megoldásokat kínálnak.

A szomszédos országok folyamatosan tiltakoztak a holland kormány liberális drogpolitikája ellen, főként azért, mert a francia és a német fiatalok kedvelt hétvégi programja egy-egy határmenti város coffee-shopjának felkeresése. A hollandok a kritikák ellenére sem voltak hajlandók változtatni gyakorlatukon, mindössze annyit szigorítottak, hogy 1996 óta már csak 5 gramm füvet lehet egyszerre venni a korábbi 30 gramm helyett, viszont a közeljövőben dekriminalizálni akarják a kender termesztését és országon belüli nagykereskedelmét is.

Hollandiában a könnyű drogot használók száma körülbelül megegyezik a többi EU tagállamban mért adatokkal, és alacsonyabb mint Angliában, Észak-Írországban vagy az USA-ban. A holland 14-18 éves fiatalok körében az elmúlt évben végzett felmérés szerint csökkent a kannabisz használata. Az EU országok közül a droggal összefüggésbe hozható halálesetek és HIV fertőzések száma Hollandiában a legalacsonyabb.

*Spanyolországban* a kis mennyiségű drog saját használat céljából való tartása 1983 óta nem bűncselekmény, *Olaszországban* pedig az egy napi adagot meg nem haladó kábítószer birtoklását 1975-től csak szabálysértésnek tekintik. Ez nem pusztán a kannabiszra, hanem minden illegális szerre vonatkozik. Az ENSZ Kábítószerkontroll Programjának (UNDCP) 2000. évi jelentése szerint *Spanyolországban* 1995 óta egyötödére csökkent, *Olaszországban* pedig 1994-től nem emelkedett számottevően a heroinfogyasztók száma.

*Portugáliában* a drogfogyasztók ellen három hónapig tartó elzárás, vagy pénzbüntetés szabható ki. 1999. április 22-én a portugál kormány bejelentette, hogy a személyes használatú birtoklásra vonatkozóan eltörlik a szabadságvesztést, és csak pénzbüntetést vagy közérdekű munkát fognak alkalmazni. A gyakorlatban már korábban is eltekinthettek a büntetéstől, és az alkalmi fogyasztót csak figyelmeztetésben részesítették.

*Ausztriában* a tartományok szabhatják meg azokat a mennyiségi határokat, amitől a büntetés nagysága függ. Kannabisz esetében első alkalommal még visszavonható az eljárás, de ha újabb ügy indul, hat hónapig terjedő elzárást vagy pénzbüntetést kell kiszabni.

Az *Egyesült Királyságban* a kannabisz birtoklása bűncselekmény, gyorsított eljárásban három hónapig terjedő börtönnel büntethető az elkövető. Az amfetamin típusú kábítószereket Angliában használják a legtöbben, a marihuána és hasis fogyasztása az elmúlt évtizedben kevésbé nőtt, viszont már korábban is eléggé elterjedt volt. A kenderrel kapcsolatos drogpolitika ebben az országban is nyitottabbá vált, az egészségügyi miniszter és a konzervatív árnyékkormány nyolc tagja 2000-ben nyilvánosan felvállalta, hogy szívott már füvet.

*Franciaországban* az illegális szerek használatát két hónaptól egy évig terjedő börtönnel fenyegetik, de a joggyakorlat elég rugalmas, a személyes használatot ritkán büntetik. 1998-ban az egészségügyi miniszter felkérésére egy kutatócsoport Bernard Roques farmakológus és biológus professzor vezetésével jelentést készített a drogok veszélyességéről. A jelentésben a kannabisznak külön fejezetet szenteltek. Megállapították, hogy a marihuána pszichoaktív tulajdonságai miatt majdnem minden országban a leggyakrabban használt szer, különösen a 15-30 éves korosztály körében. Egyúttal ez a legvitatottabb drog is: veszélyességének mértékéről élesen ellentmondó vélemények hangzanak el, és az is rendszeres vitát vált ki számos országban,

hogy milyen legyen a növény használatának törvényi szabályozása. A kutatók a kannabisz hatásainak vizsgálatakor arra a véleményre jutottak, hogy a szer egészségügyi kockázata kisebb, mint az alkoholé. A fogyasztók nagy többsége csak alkalmi használó, és a masszív kannabiszfogyasztóknak kevesebb, mint 10%-a küszködik sikertelenül a leszokással. 1999-ben a francia igazságügyi miniszter javasolta, hogy a drogfogyasztót szóbeli figyelmeztetésben és ne börtönbüntetésben részesítsék, különösen kannabisz esetében. 2001 februárjában, egy Svédországban rendezett konferencián Bernard Kouchnert, a francia egészségügyi kormányzat képviselője a korábbi vizsgálatra hivatkozva elismerte, hogy a dohányhoz és az alkoholhoz köthető orvosi károk sokkal jelentősebbek, mint amelyek a kannabisz fogyasztásához kapcsolhatók. Kijelentette ugyanakkor, hogy „a közvélemény még nincsen felkészülve a legalizációra”. Egy francia lapban nemrég közzétett közvélemény-kutatás adatai szerint a franciák 64%-a ellenzi a kannabisz legalizálását, ugyanakkor pl. a 25-34 éves korosztály 54%-a, a 18-24 év közöttieknek pedig 52%-a támogatja azt.

*Svájcban* kábítószer-fogyasztásért maximum három hónap elzárást lehet alkalmazni. 1998-ban népszavazást



tartottak arról, hogy az ország legalizálja-e a drogfogyasztást. A kérdésfeltevésnél nem differenciáltak az eltérő kockázattal járó drogok között. A szavazók 79%-a nemmel szavazott a kérdésre, a kormány ugyanakkor figyelemre méltónak nevezte, hogy a szavazók 21%-a minden drog esetében helyeselné a legalizálást. 1999 júniusában a Közegészségügyi Hivatal bejelentette, hogy át kell értékelni a kannabisz státuszát, és tervbe vették az újraszabályozást. A marihuána és a hasis szabadidős droggá vált, és a svájciak kritizálták a kannabisz tiltását. Az Egészségügyi Minisztérium 1999. augusztusi jelentésében hivatalosan javasolta a kender dekriminalizálását. A belügyminiszter kijelentette, hogy prohibícióval nem lehet megakadályozni a marihuána-fogyasztást, melynek egészségügyi kockázata egyébként is alacsony, és a használat egyes betegségek-nél terápiás hatásokkal is bírhat. Svájcban mindemellett már jó ideje árusítanak marihuánamagokat, valamint a termesztéshez szükséges tájékoztató kiadványokat, sőt kapni lehet szárított kendert illatosításra, de a csomagolásra a rend kedvéért ráírják: nem fogyasztható. (A rendőrség szerint az országban közel 200 üzletben árusítanak „illatzsákocskákban”, vagy „kenderpárnaként” kannabisz-termékeket.)

A svájci kormány 2000 októberében nyújtotta be a kannabisz-fogyasztás dekriminalizálásáról szóló törvényjavaslatát a parlamenthez. A kormány nyilatkozata szerint a módosítást a közvélemény alapvetően támogatja, egy 2001 év eleji közvélemény-kutatás szerint legalább a lakosság 54%-a a marihuána-jogszabályok liberalizálása mellett foglal állást. A 2001 márciusában hivatalosan is a parlament elé tárt törvényjavaslat – amennyiben azt a parlament is elfogadja, majd a népszavazás is megerősíti – gyakorlatilag legalizálhatja Svájcban a kenderszármazékok fogyasztását. Sőt, a javaslat holland mintára tervbe veszi „megtűrt” elárusítóhelyek engedélyezését, és a kannabisz-termékek adóterheinek bevezetését is.

*Belgiumban* a fogyasztó 3 hónaptól 5 évig terjedő szabadságvesztéssel vagy pénzbüntetéssel sújtható, de kis mennyiségű kábítószer birtoklása esetén a büntetés végrehajtása felfüggeszthető. A szigorú törvényt a gyakorlatban nem alkalmazzák, a Főügyészek Tanácsa 1995-ben körlevélben utasította a jogalkalmazókat, hogy a fogyasztók esetében vádemelés nélkül zárják le a büntető eljárásokat. 1998-ban enyhíteni akarták a kannabiszra vonatkozó jogi szabályozást, de a törvény végül nem változott, viszont a kormány bejelentette,

hogy kis mennyiségű kábítószer birtoklásának üldözése az alacsony prioritások közé tartozik. 2000-ben már több képviselő szorgalmazta a marihuána legalizálását, és 2001 januárjában a belga kormány benyújtotta azt a törvényjavaslatot, mely szerint a jövőben nem tekintik büntetendő cselekménynek a személyes használatra tartott kannabisz birtoklását, termesztését és fogyasztását. Magda Aelvoet környezetvédelmi és egészségügyi miniszter a kormányülés után felhívta a figyelmet arra, hogy Európában, akár tetszik, akár nem, a kannabisz a harmadik legtöbbet fogyasztott kábítószer – ideszámítva az alkoholt és a cigarettát is. A politikus szerint nincsen semmilyen objektív oka annak, hogy az alkoholt és a cigarettát másképpen ítéljük meg, mint a kannabiszt. Belgium az európai országok többségének gyakorlatát kívánja követni azzal, hogy nem a drogfogyasztás, hanem a drogkereskedelem üldözésére és büntetésére helyezi a hangsúlyt.

*Németországban az 1981-es drogtörvény a marihuána termesztését, megszerzését és birtoklását egy évtől öt évig tartó szabadságvesztéssel bünteti. A bíróság eltekinthet ettől, ha saját használatot célzó, kis mennyiségű (7,5 grammnál kevesebb THC-t tartalmazó) kenderzármarék miatt indult az eljárás, és 1992 óta arra is*

van lehetőség, hogy már a nyomozás során megszüntessék az ügyet. Németországban az Alkotmánybírósághoz a kilencvenes évek elején több beadvány is érkezett, melyek a kábítószer törvénynek a marihuánára és a hasisra vonatkozó rendelkezéseit támadták. Az Alkotmánybíróság 1994-ben a beadványokat ugyan elutasította, de megállapították, hogy a kannabisz mértékletes fogyasztása nem vezet olyan károsodásokhoz, mint azt korábban hitték, az alkalmi használat nem okoz függőséget, nem károsítja különösebben a szervezetet, ezért csekély a társadalomnak a büntetéshez fűződő érdekeltsége. A kipróbálókkal és az alkalmi fogyasztókkal szemben a büntető szankciók alkalmazása aránytalan lehet, és a speciális prevenciót (egyéni megelőzést) tekintve inkább hátrányosnak mondható. A bírák álláspontja szerint a kis mennyiségű kannabiszt termesztők, importálók és fogyasztók esetében alkalmazható az eljárás mellőzésének jogintézménye. A beadványok és az alkotmánybírósági döntés lényegében felölelik a témakörrel kapcsolatos jogi érvrendszereket, ezért érdemes részletesen is megismerni azokat.

*Beadványok:*

1. *Lübeck, 1990* – A bíróság a vádlottat két hónapi szabadságvesztésre ítélte, mert az előzetes letartóztatás-

ban lévő férjének 1,12 g hasist adott, amikor a börtönben meglátogatta és átölelte. Az asszony fellebbezett. A másodfokú bíróság nem tudott dönteni, mert meggyőződése szerint a kábítószertörvény kannabiszra vonatkozó szakaszai alkotmányellenesek, ezért az Alkotmánybírósághoz fordultak. A fellebbviteli bíróság álláspontja az volt, hogy a marihuána-termékek felvétele a kábítószerek közé ellenkezik az egyenlő elbánás elvével, mivel az alkohol és a nikotin sem szerepel ezeken a jegyzékeken. Az igazságügyi szakértő véleménye és a szakirodalom alapján úgy tűnik, hogy az alkohol és a nikotin fogyasztása mind az egyén, mind a társadalom szempontjából veszélyesebb, mint a kenderszármazékok használata. A túlzott alkoholfogyasztás súlyos pszichikai és testi következményekkel jár, ezzel szemben a marihuána fogyasztása nem vezet testi függőséghez, és arra sincs bizonyíték, hogy a krónikus fogyasztás károsítaná az agyi funkciókat vagy az intelligenciát. A bíróság kiemelte, hogy az igazságügyi szakértők szerint a hasis nem belépő drog a keményebb szerekhez. A törvényhozó feladata, hogy azokat az értékeléseket, prognózisokat, melyek egy törvény alapjául szolgáltak, állandóan kontrollálja, s a jogszabályokat a változó ismeretekhez igazítsa. A hatályos törvény megalkotásakor

figyelembe vett feltevések tovább nem tarthatóak fenn. Az egyéni fogyasztást célzó ajándékozás büntetése szintén összeegyeztethetetlen az alkotmánnyal. Az egyén önrendelkezésének alapvető eleme, hogy a polgár saját maga dönthessen arról, hogy milyen élelmiszereket, élvezeti cikkeket vesz magához. E jog alkotmányos korlátként csak a társadalmi rend védelme jöhet számításba. A polgár szabadságra való jogos igényének büntetőjogi eszközökkel való korlátozására csak végső esetben kerülhet sor. A saját vagy más részére csekély mennyiségű kender-származék fogyasztását lehetővé tevő magatartások büntetőjogi korlátozása nem indokolható. A bíróság szerint a törvény már csak azért is alkotmány sértő, mert ha az egyén el akarja magát bódítani, de a büntetőjogi tilalom miatt nem nyúl vagy nem jut marihuána-termékhez, rákényszerül az egészségre sokkal károsabb alkohol fogyasztására. Ezzel a törvényhozó a testi épséghez való jogot veszélyezteti, mivel nem engedi az egyént az egészségére kisebb kockázattal járó drogot fogyasztani.

2. *Holzminden, 1992* – A vádlottat egy adag hasis megszerzése miatt pénzbüntetésre ítélték, ezért fellebbezett. A másodfokú bíróság szerint a drogtörvény vonatkozó szabályai alkotmányellenesek, ezért az Alkot-

mánybírósághoz fordultak. A fellebbviteli bíróság indokolásában csatlakozott a lübecki beadványhoz, szerintük a hasis veszélyes drogok közé sorolása alapvető alkotmányos jogokat sért.

3. *Stuttgart, 1992* – A vádlott 5,95 g hasist tartott magánál abból a célból, hogy azt haszonnal eladja. A bíróság ennek ellenére felfüggesztette az eljárást, és az Alkotmánybírósághoz fordult. A beadványban a lübecki indokokra hivatkozva előadják, hogy a hasis eladása sem mások jogát, sem az alkotmányos rendet vagy illemet nem sérti.

4. *Stuttgart, 1992* – A vádlott 3 g hasist birtokolt. A bíróság bizonyítottan látta a tényállást, de mivel az alkalmazandó jogszabályt alkotmányértőnek találta, az Alkotmánybírósághoz fordult.

5. *Hildesheim, 1992* – A vádlottat pénzbüntetésre ítélték hasis megszerzéséért. A vádlott négy hónapon át csak bulikon szívott hasist, később már egy-két hetenként vásárolt 8,5-16 grammot. A vádlott fellebbezett, és a fellebbviteli bíróság a korábbi indokok miatt az Alkotmánybírósághoz fordult.

6. *Frankfurt am Main, 1992* – Az eljárás nagy mennyiségű hasis birtoklása, importja, valamint az azzal való kereskedés miatt indult. A bíróság bizonyítottan

találta, hogy a vádlott egy ismeretlen személy megbízásából 5 kg hasist akart 15.000 Gulden fizetségért Katmanduból Amszterdamba vinni, de útközben lefűltek. Az eljáró bíróság az Alkotmánybírósághoz fordult. Szerintük nincs tárgyilagos ok arra, hogy a törvény másként kezelje a marihuána-termékeket, mint az alkoholt. Az indokolatlan különbségtétel túllépi a törvényhozás számára biztosított szabadságot, s megsérti az önkényesség tilalmát. Alkotmányosértő az is, hogy a kemény és lágy drogokat ugyanolyan büntetéssel fenyegetik. Tiltás esetén a személyes szférába való beavatkozás sokkal súlyosabb, mint a marihuánával kapcsolatba hozható veszélyek. A cselekvés szabadságának joga alapján minden ember szabadon dönti el, hogy milyen módon kíván kikapcsolódni, és ez magában foglalja a marihuánahasználat alkotmányosságát is. Így azok a cselekmények sem lehetnek jogtalanok, amelyek ezt lehetővé teszik, vagyis a behozatal, szállítás, birtoklás és kereskedés sem lehet üldözendő.

7. *Lüenenburg, 1992* – A vádlott folyamatos hasisskereskedés miatt két év és hat hónap börtönbüntetést kapott, mert 1990 és 1991 márciusa között különböző személyeknek összesen 6 kg hasist adott el, és ezzel 3000 márkát keresett. A vádlott ügyvédje fordult az



Alkotmánybírósághoz, a lübecki esettel megegyező indoklással. A védő szerint nem magától értetődő, hogy a prohibíciós drogpolitika alapjául szolgáló absztinens életvitelt megkövetelő modell felnőttek esetében is elvárható.

A beadványok érvelése a kannabisz-vita részét képezi. Figyelemre méltó, hogy egy eset (Lünenburg) kivételével mindig az eljáró bíróságok fordultak az Alkotmánybírósághoz, és a bírák még terjesztői típusú cselekmények miatt sem akarták megbüntetni a kender-származékokkal visszaélőket.

Az Alkotmánybíróság a lübecki beadványt illetően kikerlte a kormány álláspontját. A kormány nevében a szövetségi egészségügyi miniszter nyilatkozott, ő a megtámadott jogszabályhelyeket az alkotmánnyal összeegyeztethetőnek tartotta. A törvényhozó nem tényszerűen igazolható okok nélkül tette büntethetővé a kannabiszfogyasztást. Az alkohol és a kannabisz között – és nem csak egészségügyi szempontból – akkora a különbség, hogy önkényességről szó sem lehet. A lübecki eset nem a fogyasztóról, hanem a továbbadás büntethetőségéről szól. A hasznoszerzés nélküli to-

vábadás olyan magatartás, amely a drog hatása miatt más személy cselekvési szabadságát jelentősen veszélyezteti. Ennek tilalma helyes és szükséges, a népegészség és az egyén testi épsége megőrzése érdekében. A marihuánával kapcsolatos cselekmények büntetése alkalmas eszköz arra, hogy az embereket visszatartsa ettől a rizikós drogtól, vagy legalábbis annak fogyasztását csökkentse, és ezzel a fiatalságot megóvja az egészségkárosodástól. Ehhez a büntetőjognál hatékonyabb alternatíva nem áll rendelkezésre. A kormányvélemény szerint a törvényhozónak hatalmában áll, hogy a védendő érdekeket, az ártalmas drogokat büntetőjogi eszközökkel kezelje. Amiatt, hogy bizonyos okokból más anyagokat nem büntetnek, még nem lehet a tiltás alkotmány sértő voltát megállapítani. A lágy drogok legalizálása ellentmondana a nemzetközi jognak is.

Az Alkotmánybíróság a beadványokat elutasította. Álláspontjuk szerint nem alkotmány sértő a tiltott szerek egységes szabályozása, hiszen büntetési határértékeket állapít meg a törvény, a bíróság ennek keretein belül dönthet, és a súlyos minősítés nem kötelező. A cselekvés szabadsága az alkotmányos rend követelményének keretein belül gyakorolható, az ennek biztosítását célzó

korlátozások nem sértik az alkotmányt. Az Alkotmánybíróság nem vizsgálhatja, hogy a törvényhozó a legcélzerűbb, legértelmesebb vagy legigazságosabb megoldást találta-e meg, csak afelett őrködhet, hogy a büntető jogszabályok összhangban legyenek az alkotmánnyal. A hatályos kábítószer-törvénnyel a drogokkal kapcsolatos veszélyektől akarják megóvni az egyént és a társadalmat.

A támadott drogtörvény meghozatalakor a törvényhozó véleménye az volt, hogy a kannabisz használatából fakadó egészségi károsodás jelentős, és bár nem lépnek fel elvonási tünetek, de a tartós fogyasztás az orvostudomány túlnyomó része szerint pszichikai függéshez vezet. Azt is valószínűnek tartották, hogy „belépő drog” funkciót tölt be. Amerikai patkánykísérletek alapján alaposan feltételezhető volt, hogy a drog genetikai elváltozásokat is előidézhethet. A kannabisz orvosi felhasználhatóságát jelentéktelennek tekintették. A pillanatnyi tudományos ismeretek alapján ezzel szemben elsősorban egészségpolitikai szempontból nem lenne képviselhető a kender kontrollálásának megszüntetése és legalizálása. A „belépő drog” tézisést az irodalom nem teljesen támasztja alá, Németországban a hasiszfogyasz-

tóknak csak 2,5%-a használt keményebb drogokat is. Az is tény, hogy elsősorban a kilencvenes évek elejétől kezdve egyre többen hívják fel a figyelmet a kannabisz terápiás alkalmazásának lehetőségeire.

Az Alkotmánybíróság szerint mindezek alapján, bár az egészségi károk valóban csekélyebbek, mint amit a törvényhozó korábban alapul vett, a fogyasztás tekintetében mégis marad annyi rizikó, hogy a törvény jelenlegi szabályai megfelelnek az alkotmánynak. Az Alkotmánybíróság viszont azt is megjegyzi, hogy az alkalmi fogyasztók esetében célszerű büntetés vagy a vádemelés mellőzésével zárni az ügyet, a kábítószerfüggők pedig a büntetőeljárásból egyébként is gyógykezelésbe terelhetők. Az Alkotmánybíróság álláspontja az volt, hogy a megszerzés és a birtoklás büntethetőségét az is indokolja, hogy ezekkel a magatartásokkal mód nyílik a kontrollálatlan továbbadásra. A továbbadás lehetősége akkor is fennáll, ha az illető csak saját használatára szerezte be a drogot. A beszerzés egyébként, mivel keresletet jelent, fenntartja az illegális drogpiacot. Összességében a represszív törvényhozás az eljárási lehetőségekre tekintettel megfelel az alkotmányos követelményeknek.

Az alkotmánybírósági határozathoz Sommer alkot-

mánybíró különvéleményt fűzött. Ő nem tudott egyet-  
érteni azzal, hogy a kannabisz-termékek saját haszná-  
latra való behozatalát, átvitelét, megszerzését és birtok-  
lását kis mennyiség esetén is büntetni kell. Álláspontja  
szerint a büntethetőség lehetősége – függetlenül annak  
kiszabásától vagy végrehajtásától – már önmagában is  
komolyan veszélyezteti az alkotmányos alapjogokat. A  
túlzott büntetés tilalmának megsértését nem lehet az-  
al kiküszöbölni, hogy a törvény szerint el lehet tekin-  
teni a büntetéstől vagy a nyomozástól. A büntetőjog  
feladata, hogy védje a rendezett társadalmi élet alapja-  
it. E védelem „ultima ratio”-ja a büntetőjog, ami akkor  
vethető be, ha egy bizonyos magatartás nemcsak tilos,  
hanem ezen túlmenően különösen káros is a társada-  
lomra, s elviselhetetlen az emberi együttélés számára,  
elhárítása tehát mindenképpen szükséges és elkerülhe-  
tetlen. A büntetőjogi szabályok bizonyos magatartáso-  
kat megvetésre méltónak nyilvánítanak, s ezzel az  
egyént személyiségében, becsületében érintik, így szo-  
ros kapcsolatban vannak az emberi méltósággal is. Ép-  
pen ezért különös jelentősége van annak, ha egy bünte-  
tő jogszabályt az arányosság elvének szempontjából  
vizsgálunk felül. Elsősorban mérlegelni kell, vajon a  
büntetőjogi következmény nem aránytalanul súlyos-e

az érintett emberi alapjogok tekintetében. A vizsgálódás során figyelembe kell venni egyrészt a jogi érdek értékét, amelynek védelmében fellép a törvényhozó, ezen érdekeket veszélyeztető kár mértékét, a károsodás fellépésének valószínűségét és közelségét, másrészt a beavatkozás súlyát, jelentőségét. Sommer bíró a túlzott büntetés tilalma szempontjából nem véli tovább fenntarthatónak, hogy közigazgatási jogi tilalmon túl a kannabisz termékek saját fogyasztásra, csekély mennyiségben történő behozatala, átvitele, megszerzése, és birtoklása kriminalizált legyen, szerinte ennek megállapítása nem lépi túl az Alkotmánybíróság felülvizsgálati hatáskörét. Az arányosság és méltányosság szempontjai azt követelik az Alkotmánybíróságtól, hogy saját, értékeket is tartalmazó döntést hozzon; ez pedig ahhoz az eredményhez is vezethet, hogy egy bizonyos magatartással szemben a büntetőjog bevetése az érintett jogait aránytalanul befolyásolja, és emiatt fel kell hagyni az üldözéssel. A kábítószer-törvény indokolása a kannabisz-termékekre vonatkozóan a következőkből indul ki: bár a marihuána és a hasis tartós fogyasztása nem vezet testi függőséghez, de a fogyasztás káros mellékhatásai oly mértékben tisztázatlanok, hogy nem lehet kivonni ezeket a törvényi tiltás alól. A tartós fo-

gyasztás tudatváltozáshoz és pszichés zavarokhoz vezethet. Végül a kannabisz nagy valószínűséggel „belépő drognak” tekinthető, szól a törvény indoklása. Az Alkotmánybíróság megállapítása szerint a veszélyeztetés megítélése manapság vitatott: a veszélyek csekélyebbek tűnnek, mint amelyet a törvényhozó a törvény megalkotásakor feltételezett. A mértéktartó fogyasztás egészségügyi következményei inkább jelentéktelennek nevezhetőek. Míg testi függőségről kétségtelenül szó sem lehet, az enyhe pszichikai függőséget alig vonja kétségbe valaki; ugyanakkor szenvedélybetegség potenciálja a kannabisz-termékeknek igen alacsony. A „belépő drog” tézist ma már majdnem mindenki elveti. A törvényhozónak kötelessége, hogy a szabályozás alapjául szolgáló körülményeket figyelemmel kíséresse, felülvizsgálja, adott esetben az új ismeretek alapján korrigáljon, s erre már ma adottak a körülmények.

Az eljárási lehetőségekre való hivatkozás nem küszöböli ki az alkotmányossági aggályokat, már csak azért sem, mert a tartományok gyakorlata nem egységes. A törvényhozó kötelessége, hogy konkrétan megszabja a büntethető magatartásokat, az alkotmányos jogok korlátozásáról csakis és kizárólag ő dönthet. Ez a döntés és felelősség nem ruházható át az eljáró szervekre. Ha a

törvényhozó túlságosan széles körben vagy absztrakt módon állapítja meg a tényállást, amelytől a végrehajtó eltekinthet, olyan, mintha nem venné komolyan a saját feladatát. Így az is lehetséges, hogy olyan területeken sem hajtják végre az előírásokat, ahol arra szükség lenne. Egyébként emberi jogi szempontból nemcsak maga a büntetés, hanem már az eljárás, illetve az eljárás lehetősége is releváns. A büntetőjogi eszközök a mások sorsába való beavatkozás hatalmát biztosítják akkor is, ha vádra, vagy ítéletre nem kerül sor. Valamely cselekmény pönalizálása már önmagában is a zsarolások és megaláztatások árnyékos területére tereli az érintettet, akinek a büntetőjogi reakciók törvényes és törvényen kívüli következményeivel is szembe kell néznie.

A német sajtó az Alkotmánybíróság határozatát a kannabisz-termékek legalizálásaként kommentálta. Míg a döntés lényegében megerősítette a hatályos szabályozást, a médiában megjelent közlemények ennek az ellenkezőjére utaltak. A gyakorlat azonban Németországban is liberálisabb lett, a kannabisz-fogyasztók üldözését a rendőri vezetés is felesleges és eltúlzott reakciónak véli.



## A KENDER AZ USA-BAN (DROGHÁBORÚ)

A kannabisz megítélésében az USA az egyik legellentmondásosabb ország. A múlt század negyvenes éveiben arra hivatkoztak, hogy a marihuána gyilkolási hajlamokat ébreszt, a bűnözés melegágya és örületbe kerget. Az ENSZ 1961-es egyezményében főként amerikai nyo-



másra került egy csoportba a kender a heroinnal. 1970-től négy év alatt egymillióan kerültek börtönbe marihuánaszívás miatt, ugyanakkor a fű volt a legerőteljesebben terjedő drog Amerikában. A marihuána napi politikai kérdéssé vált, és megerősödtek a liberalizálást sürgető programok. Nixon és Carter elnöksége alatt az USA több tagállama bűncselekmény helyett már csak szabálysértésnek tekintette a marihuána használatát. A fogyasztók száma évről-évre tovább emelkedett, egy 1979-es felmérés szerint a gimnazisták 60%-a szívott már füvet, 1980-ban a becslések szerint 24 millió amerikai próbálta már ki a marihuánát.

A drogtörvényeket Reagan elnök tovább szigorította, az 1982-ben meghirdetett „Drogháború” a kereslet visszaszorításában fokozott szerepet szánt a büntetőjogi eszközöknek. Az 1988-as Kábítószerrel Visszaélés Elleni Törvény deklarált célja: drogmentes Amerika 1995-re. A szövetségi prohibíció erősítése miatt a korábban liberalizáló tagállamok is visszakoztak. Ennek ellenére a felmérések szerint 1995-ben a 12-17 éves korosztályban az 1979-től tartó csökkenés után ismét emelkedett a rendszeres marihuánafogyasztók száma (8,2%), és azóta megközelítőleg ezen a szinten maradt. A nyolcvanas években a drákói szigor hatására csökkent a mari-

huánával kapcsolatos bűncselekmények száma, azonban a kilencvenes évek elejére már a heroin-, kokain-visszaélések, és a szerhasználattal összefüggő erőszakos bűncselekmények váltak dominánssá. A kilencvenes évek második felében az USA-ban is elfogadottá (metadon-fenntartó kezelés), illetve megtűrtté (tűcsere-program) váltak az ártalomcsökkentő szolgáltatások, és 1999-ben már 5,6 milliárd dollárt költöttek kutatási, prevenció és kezelési célokra.

Az amerikai szövetségi törvények szerint a kannabisz használata nullától egy évig terjedő börtönnel büntendő. Huszonhárom tagállamban ennél rövidebb tartamú szabadságvesztést írnak elő, hét államban pedig csak pénzbüntetés kiszabása vár a kannabisz-fogyasztókra. Mindössze két államban hoztak szigorúbb törvényeket a szövetségi szabályoknál.

A proibíció hazájában szinte minden amerikai filmdrámában tekernek egy spanglit, és Bill Clinton is elismerte, hogy fiatal korában szívott füves cigit, bár nem tüdőzte le.

## MAGYAR KENDER

Európában az ipari célokra használható rostkender termesztéséhez hazánkban és Észak-Olaszországban legkedvezőbb az éghajlat, Magyarországon ezt a tevékenységet sosem tiltották be. A kilencvenes évekig még 8000 hektár ipari ültetvényt gondoztak, és a rostokból készült ponyvát a kazahsztáni búzatermés megóvására exportálták. A rendszerváltást és a Szovjetunió összeomlását követően a változó külkapcsolatok miatt már nem kellett a magyar kender-ponyva, ezért a kenderipar megszűnt, miközben Nyugat-Európában épp ekkor vált ismét egyre keresettebb alapanyaggá a rostkender. Magyarországon csak a kendernemesítés maradt életben: a prof. dr. Bócsa Iván vezetésével szabadalmaztatott Kompolti kender a világ egyik legjobb fajtája.

A törvényhozás Magyarországon sem tesz különbséget az illegális szerek között, ugyanazok a büntetési tételek vonatkoznak a marihuánára, mint a heroinra, vagyis a fogyasztó két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. A büntetőjog tiltja a kábítószer hatósági előírások megszegésével történő termesztését, előállítását, megszerzését, tartását, fogyasztását, stb. Nálunk sem a kender növény, hanem annak termő, virágzó ág-

végződése és a kannabisz-gyanta vagy a THC hatóanyagot tartalmazó anyag szerepel a kábítószer-, ill. pszichotróp listán. A legális kender-termesztés hatósági előírásait egy 1996-os kormányrendelet tartalmazza, eszerint a 0,3%-ot meghaladó THC-tartalmú rostkender termeléséhez engedélyt kell kérni. Ebből viszont az következne, hogy a 0,3% THC alatti kenderre nem vonatkozik a tiltás, ez már csak azért is logikus lenne, mivel az ipari és az elvadult kender hatóanyagtartalma többnyire olyan alacsony, hogy legfeljebb „koka-kóla mámor” kiváltására alkalmas. A hatóságok azonban eljárnak az útszélén termett, 0,02-0,05% THC-tartalmú vadkender birtoklása és szivása miatt is.

Magyarországon az elmúlt tíz évben jelentősen emelkedett a kábítószer-fogyasztók száma. A fiatalok között végzett felmérésekből kiderül, hogy az illegális drogok közül a marihuánát és a hasist próbálják ki a legtöbben. Az ESPAD-vizsgálatok szerint 1995-ben a megkérdezett középiskolások 4,8%-a szívott már füvet, 1999-re ez az arány 16%-ra (Budapesten 24,5%-ra) emelkedett, viszont a 2000 tavaszán történt adatfelvétel szerint a növekedés megállt. A kutatások egyértelműen azt jelzik, hogy a nyugati országokhoz hasonlóan hazánkban is a marihuána vált a legelterjedtebb illegális droggá.

A kannabiszfogyasztás népszerűsödése az egészségügyi ellátóhálózatban kevésbé érzékelhető, itt a növekedés oka részben az elterelés (azaz a büntetőeljárás helyett választott kezelés), ugyanis pl. 1999-ben a fű miatt drogambulanciákon jelentkezők egyharmada a büntetőeljárás alternatívájaként járt orvoshoz. (Ez az év volt az utolsó, amikor a nem kábítószerfüggő fogyasztók a büntetés helyett még jelentkezhetek a hathónapos megelőző gyógykezelésre.)

A büntető törvénykönyv 1999. március 1-jén hatályba lépett szigorítása a kender-származékokkal élőket is érzékenyen érintette. Egyrészt korábban a fűszívók is mentesülhettek a felelősségrevonás alól, ha részt vettek egy féléves megelőző kezelésen, másrészt az ún. csekély mennyiséget a THC esetében a korábbi mennyiség egytizedére csökkentették.

A bűnügyi statisztikákban a marihuána- és a hasisvisszaélések állnak az első helyen, vagyis e szerek miatt indul a legtöbb büntetőeljárás. 1995-ben az ismertté vált kábítószer-bűncselekmények 32%-ában, 2000-ben 52%-ában szerepelt a kannabisz.

1999-ben, a szigorítás után az eljárások 46,6%-a még mindig a fogyasztók ellen irányult, akiknek csak 4,2%-a választhatta az elterelést, a többiek nem minő-

sültek kábítószerfüggőnek. A büntetőeljárásokban végzett elmeorvosi vizsgálatok marihuána fogyasztása esetén csak kivételesen állapítanak meg kábítószer-függőséget, az elkövetőt még abban az esetben is nem függő rendszeres fogyasztónak tartják, ha több éves, napi egy gramm marihuánafogyasztásról számol be.

A büntető szabályok szigorítását előterjesztők azzal érveltek, hogy az alkalmi fogyasztók esetében az eljárási lehetőségek köre bővült, vagyis az ügyész a 18 éven felülieknél is elhalaszthatja a vádemelést. Eszerint a nem kábítószerfüggő személynek a vádelhalasztás időszakára előírhatják, hogy vegyen részt egy féléves megelőző kezelésen, így továbbra sem kell attól félni, hogy drogfogyasztás miatt fognak fiatalok börtönbe kerülni. A TASZ jogsegélyszolgálatának tapasztalatai ezzel szemben azt mutatják, hogy a 18 éven felülieknél nem alkalmaznak vádelhalasztást, és egyre ritkábban zárják le az ügyet intézkedéssel, vagyis megrovással, illetve próbára bocsátással. Nőtt a pénzbüntetések száma, és emellett a bűnügyi költségeket is meg kell fizetni, ami egy egyszerűbb megítélésű ügyben is tíz- és százezer forint közötti összeget jelent. Arra is van példa, hogy alkalmi marihuánafogyasztás miatt már első esetben felfüggesztett szabadságvesztés büntetést szabott ki a bíróság.

L. Cs. 2000. február 15-én parkoló személygépkocsiban ülve marihuánát fogyasztott a rendőri intézkedést megelőzően. L. Cs. ellen korábban nem indult büntetőeljárás. A bíróság 2000 decemberében az ügyész indítványával egyezően, tárgyalás tartása nélkül L. Cs-re hat hónap felüggesztett fogházbüntetést és tizenkétezer forint pénzmellékbüntetést szabott ki. Ezen kívül a bíróság elrendelte a pártfogó felügyeletet, és a vádlottat kötelezte arra, hogy pszichiátriai gondozóban vagy drogambulancián jelentkezzen. A vádlottnak meg kell fizetnie 74.844 Ft bűnügyi költséget is.

Úgy tűnhet, hogy a kábítószer-fogyasztás miatt indult eljárások egyszerűek, gyorsak, hiszen ha valakinél találunk egy adag drogot, bevallja a fogyasztást és pozitív a vizelete, akkor máris le lehet zárni az ügyet. Az eljárási törvény szerint, ha egy eset ilyen egyszerű megítélésű, az elkövetőt nyolc napon belül bíróság elé lehet állítani. A valóságban azonban ez közel sincs így, a fővárosban átlagosan fél-egy év, mire befejeznek egy kábítószerrel visszaéléses eljárást. Sőt az is előfordulhat, hogy a fogyasztó egy olyan ügyben szerepel, amiben a terjesztőt és az ő kapcsolatait is elkapják, emiatt hosszabb a nyomozás, így akár több év is eltelhet, mire a



bíróság kiszabja a büntetést. A fogyasztótól lefoglalt kábítószeret vegyészszakértőhöz, a vizeletmintát toxikológushoz küldik, a függőségről pedig elmeorvos-szakértő mond véleményt. A szakvéleményekre sokszor több hónapot is várni kell, és ezek együttes költsége átlagosan 65 ezer forint. Az 1999. évi csekély mennyiségű kábítószer birtoklása vagy fogyasztás miatt indult esetekben (1157 ügy) a szakértői vizsgálatok költsége hetvenötmillió forintra becsülhető.

A szigorítással súlyos büntetéseket vezettek be olyan magatartásokra is, amelyek nem a drogkereskedelemre, hanem a közös kábítószer-fogyasztásra jellemzőek. Öt-től tíz évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő az, aki oktatási intézményben vagy környékén ad át másnak drogot, és ugyanígy büntetendő az a nagykorú személy, aki 18 év alattinak ad át – akár ingyen – kábítószeret. A középiskolások körében az illegális szerek közül a marihuána fogyasztása a legelterjedtebb. Érthető az az igény, hogy az iskoláktól és a kiskorúaktól tartsák távol az illegális szereket. Ugyanakkor rendkívül aránytalan, és ezért igazságtalan, hogy egy iskolai bulin megejtett közös füvezés miatt az a diák, aki megkínálja a barátját egy jointtal, legkevesebb öt év börtönre számíthat. A jelenlegi büntetéskiszabási rendszerben

alig van lehetőség arra, hogy ebben a büntetési kategóriában felfüggesztett szabadságvesztést szabjon ki a bíró. Az eltelt két évben több hasonló eset miatt indult büntetőeljárás, de az ügyek elhúzódása miatt az ítélezési gyakorlatot még nem lehetett megismerni. Annyit azonban már lehet látni, hogy a fogyasztók egyre kevésbé kerülhetik el a büntetést.

A represszió fokozása más területeken is érezteti a hatását, az iskolai prevencióban már kábítószer-kereső kuttyákat is bevetettek (Csepel és Szeged), és még mindig előfordul, hogy az orvos rendőrt hív a betegére, ha kiderül, hogy drogot fogyasztott.

Míg Nyugat-Európában liberalizálják vagy legalizálják a kannabisz-származékok használatát, és a kenderipar újra fejlődésnek indul, addig Magyarországon a kábítószer-fogyasztás miatti ügyek többségében függőséget nem okozó marihuána-szívás miatt vonják felelősségre a fiatalokat, és a rostkender termesztés elhalt. Magyarországon még elképzelhetetlen, hogy egy miniszter nyilvánosan bejelentse: szívott már füvet.

Végezetül különösebb kommentár nélkül, íme egy tanulságos dokumentum Magyarországról. Ez a szövegrészlet egy 1997-ben megjelent, jogászoknak szóló szakkönyvben található. (Polgári jogi, családjogi és polgári eljárásjogi iratmintatár, szerkesztette: dr. Németh János és dr. Kiss Daisy,. Unió kiadó, Bp. 1997.)

*„Mezőgazdasági termékértékesítési szerződés  
amely egyrészről*

*Virág Árpád (Kenderfalva, Kossuth L. u. 35. sz. alatti lakos) mint termelő, másrészről a*

*Mámor Gyógynövénytermeltető és Feldolgozó Kft. (1035 Bp., Kamilla u. 89.) mint megrendelő között jött létre az alábbi feltételek szerint:*

1. A Termelő kötelezettséget vállal arra, hogy 1995-ben öt hektáron termel *gyógyszerek és gyógyhatású szerek előállítására felhasználható*, a jelen szerződés 1. sz. mellékletében meghatározott minőségi követelményeknek megfelelő *indiai vadkendert*, s a megtermelt teljes mennyiséget, azaz hektáronként átlagban egy tonnát átad a megrendelőnek.

.....

*Kenderfalva, 1995. november 5-én”*

A – természetesen csak mintául (!) szolgáló, fiktív – szerződés további, nem idézett pontjai technikai és jo-

gi rendelkezéseket tartalmaznak, érdekes még a Termelő által vállalt szállítási határidő lehet, ez ugyanis a termelés évének „*szeptember 30. napja*”. Ugyanis az ipari célokat szolgáló rostkendert június végéig (a virágzás megindulása előtt) le kell aratni, a marihuána termesztésére szolgáló kendert hazánkban viszont pontosan szeptember végén–október közepén szokták betakarítani. A szerződés minta szerkesztője egy botanikai bakit vétett, mert az indiai kender nem vadkender.

## FELHASZNÁLT IRODALOM

*A kender múltja; A kender betiltása*

Bayer István: A drogok történelme (Aranyhal könyvkiadó 2000)

Drog Enciklopédia (EPC Kft. 1998)

*A kender Európában*

Dr. Lévai Miklós: Engedélyezni vagy tilatni (Magyar jog 1996/1.szám)

[www.lindesmith.org](http://www.lindesmith.org) (The Lindesmith Center)

[www.NORML.org](http://www.NORML.org) (Working to Reform Marijuana Laws)

BVerfGE 90, 145 – Cannabis (Német Szövetségi Alkotmánybíróság kannabisz-döntése)

Rapport au secretariat d'Etat á la Santé, Bernard Rocques: La dangerorsite des drogues – Editions Odile Jacob/La Documentation Francaise, janvier 1999

Tovább enyhülhet a holland drogszabályozás (Magyar Hírlap, 2000. 06. 29.)

Miniszterek a túlzott büntetés ellen (Magyar Hírlap, 2000. 11. 30.)

*Kender az USA-ban*

Bayer István: A drogok történelme (Aranyhal könyvkiadó 2000)

Dr. Lévai Miklós: Engedélyezni vagy tilatni (Magyar Jog 1996/1. szám)

www.NORML.org (Working to Reform Marijuana Laws)

*Magyar kender*

Horváth András interjúja prof. Dr. Bócsa Ivánnal (kézirat)

Ritter Ildikó: Vizsgálat a büntetőeljárás alternatívájaként alkalmazott gyógyító, megelőző kezelés eredményességéről kábítószer-bűncselekmények esetén (OKRI, 2000)

Paksi Borbála: A drogfogyasztás tendenciái a kilencvenes évek végén – a középiskolások körében végzett vizsgálatok alapján (kézirat)

ERÜBS statisztikák

OSAP statisztikák

*„Külön köszönet Hajós Gabriellának  
a Német Alkotmánybíróság határozatának lefordításáért.”*

*II. fejezet*

A FÜSTJE  
NAGYOBB  
VAGY  
A LÁNGJA

A MARIHUÁNASZÍVÁS VESZÉLYEIRŐL





## MARIHUÁNA, HASIS, THC

A marihuánát a kenderből (*Cannabis sativa*) állítják elő. A növény megszárított virágja, levele és szára a marihuána, míg a hasist az érett növény virágzatát és felső leveleit fedő ragacsos, arany színű, jellegzetes illatú gyantából préselik. A hasisból és a marihuánából legtöbbször – esetleg dohánnyal keverve – cigarettát, jointot készítenek, de elszívhatók vizipipából is. A füstöt mélyen leszívják és visszatartják a tüdőben, hogy elősegítsék a felszívódást. Ez a leggyakoribb használati mód, mert a hatás így alakul ki a leggyorsabban. Ritkábban ételekhez vagy italokhoz keverik őket.

Egy joint általában 0,5-1 g marihuánát tartalmaz, melynek csak töredéknyi THC-tartalma jut be a szervezetbe, de a hatás eléréséhez 1-3 mg THC már elégséges (1). A hatás úgy jön létre, hogy a THC speciális fehérjékhez, receptorokhoz kötődik. Ilyen receptorokat kimutattak az agy különböző területein, így a cortexben és a hippocampusban, de a test más szerveiben is (2,3).

Az agy THC-receptorai szerepet játszhatnak kognitív funkciókban, az emlékezésben és a fájdalom percepciójában egyaránt (2). A THC-receptorok léte azt valószínűsíti, hogy a szervezet olyan saját, endogén anyagokat is termel, amelyek ezen receptorokhoz kapcsolódva különböző folyamatokat indukálnak. Az első ilyen, ismertté vált endogén anyag az anandamide, amely a THC-receptorokhoz kapcsolódva, a THC-hoz hasonló, de annál gyengébb és rövidebb ideig tartó hatást hoz létre (1,4).

## A MARIHUÁNA AKUT HATÁSAI

A marihuána szívásakor az akut hatások gyorsan elkezdődnek. Kellemes, relaxált állapot, mérsékelt eufória alakul ki. Hatására módosul a percepció: a színek csillogóbbnak, mélyebbnek, a formák szokatlannak és érdekesnek tűnnek, a világ részletgazdaggá és újszerűvé válik. A percepció minden formája intenzívebbé lesz, így a hallás, és a tapintás is: a hangok élénkebbé, harsányabbá, az érintések meglepővé válnak. A zenehallgatás, a mozi a megszokottnál erősebb, karakterisztikusabb élményt ad. A testséma érzékelése is enyhén mó-

dosulhat, a test, a végtagok könnyebbeknek érezhetők (5). Mindezen percepciós változások a világot hasonlítottá teszik a gyermek világához: izgalmassá, újjá és érdekesé, mely meglepetésekkel és csodákkal teli.

A marihuána hatására az idő valahogyan lassabban múlik, az itt és most érzése válik fontossá, tíz perc tűnhet egy órának. A társakkal való kommunikáció könnyű, érdekes és izgalmas, a gondolatok áramlása gyorsul, az ötletek briliánsnak és mulatságosnak látszanak. Gyakori a társas jókedv, a kirobbanó nevetés. Mindezen változások és hatások közben a személy önkontrollja és realitásérzéke megmarad, belülről figyelheti magát, és tudja, hogy állapotát a marihuána idézte elő. Így a marihuána, bár hatásai több vonatkozásban hasonlatosak az LSD-típusú hallucinogének hatásaihoz, nem hoz létre módosult tudati állapotot és szokásos dózisaiban valódi hallucinációkat sem.

A pszichés hatások lefolyása hullámzó, enyhülnek, majd ismét erősödnek, míg körülbelül 2-4 óra alatt meg is szűnnek. Ezután többnyire álmoság, majd alvás következik, az ébredést követően pedig utóhatások már nem jelentkeznek.

A marihuána legkedvezőtlenebb akut hatása, hogy heves szorongást válthat ki, melynek foka esetenként

elérheti a pánikot. Ez a reakció szinte kizárólagosan a szer első használatakor jelentkezhet, különösen akkor, ha a környezet sem a megszokott, vagy az átlagost jóval meghaladó dózist használnak (6). A szorongás és a pánik leginkább azzal kapcsolatos, hogy a személy úgy vélheti, a drog veszélyezteti egészségét, esetleg meg is ölheti őt. Ritkán paranoid gondolatok is támadhatnak. Nem toxikus pszichózisról van szó, hiszen a realitásérzék nemvész el, nincsenek hallucinációk, nincsen delírium és nincsenek súlyos testi tünetek sem. Ez az állapot azonban jóindulatú, gyorsan oldódik, a megnyugtató és biztatás mellett más teendőre nincsen szükség.

A marihuána nagyon kevés akut fiziológiai hatást okoz: növeli az étvágyat, enyhén fokozza a kötőhártya vörbőségét és gyorsítja a szívverést. A szívfrekvencia növekedése 20-50% is lehet, ami szívbetegknél esetleg problémát okozhat. Mivel a marihuánát használók döntő többsége egészséges fiatal, így ennek a hatásnak klinikai jelentősége és veszélye nincsen, másrészt tolerancia is gyorsan kialakul hozzá (6). A marihuána akut toxicitása más drogokkal és gyógyszerekkel összehasonlítva meglepően csekély. Nem ismer az orvosi irodalom olyan esetet, hogy valaki marihuána-mérgezésben meg-

halt volna, ezért a halálos dózis csak állatkísérletes adatokból extrapolálható (6): a kísérleti állatcsoport felét elpusztító dózis (LD50) a marihuána esetében olyan magas, hogy emberben a hatékony és a halálos dózis közötti arány körülbelül húszezerszeres.

Marihuána hatására lassul a reakcióidő, gyengül a figyelem és a motoros koordináció. Ezért hatása alatt veszélyes lehet bonyolult gépeket kezelni és járműveket vezetni (7). Úgy tűnik azonban, hogy az az állítás, miszerint az autóbalesetek jó részéért a marihuána lenne a felelős, nem tartható. Laboratóriumi körülmények között, autóvezetési teszten a marihuána hatásai hasonlóak a 0,07% és 0,1% közötti (alacsony) véralkoholszintnél mért hatásokhoz (6). Valós forgalmi körülmények között azonban a marihuána nem vagy csak minimális mértékben rontotta a vezetési képességet. A vizsgálatok azt mutatták, hogy nagy dózis marihuána is kevesebb vezetési problémát okoz, mint csekély mennyiségű alkohol (8,9). Ennek oka vélhetően az, hogy a marihuána hatása alatt a vezetők óvatosabbá válnak, és képesek kompenzálni a negatív hatásokat (10,11). Ezzel szemben az alkoholfogyasztás egyértelműen növeli autóvezetés alatt a kockázatos manőverek számát, így a közúti balesetek egyik legfőbb okozója. Epidemiológiai

vizsgálatok azt mutatták, hogy halálos közlekedési balesetet szenvedett vezetők vérében 3-11%-ban volt THC kimutatható, de ugyanazon esetek 70-90%-ában alkoholt is regisztráltak (12). Más epidemiológiai vizsgálatok pedig azt erősítették meg, hogy az olyan balesetet szenvedett autóvezetők, akiknek vérében csupán THC-t mutattak ki, nem voltak nagyobb számban felelősek a balesetért, mint a drogmentes kontrollcsoport tagjai (13,14). Laboratóriumi vizsgálatok szerint a marihuána fokozhatja az alkohol vezetési képességet károsan befolyásoló hatásait (11). Úgy tűnik, leginkább ez az a mód, ahogyan a marihuána a közlekedést veszélyeztetheti (6).

## A RENDSZERES HASZNÁLAT OKOZTA HATÁSOK

Állatkísérletek eredményei azt mutatták, hogy a nagy dózisban, intravénásan adagolt THC hatásaihoz tolerancia alakul ki, és a szer adásának megszüntetése után az állatok viselkedésében, motoros aktivitásában is változásokat észleltek (15). Embereknél azonban a marihuánával kapcsolatos függőség igen ritkán jelent szignifikáns

klinikai problémát. Sok millió fiatal kipróbálja a marihuánát, alkalmanként használják is, de döntő többségük húszas éveik vége felé már nem él vele többé (16). A legtöbb fiatal nem napi rendszerességgel szívja, hanem csak havonta vagy még ritkábban, és náluk függőség semmilyen formában nem alakul ki (17,18).

A függőség (dependencia) azt jelenti, hogy a szert használó személy nem tud megenni a drog nélkül, és ha éppen nincs a szer hatása alatt, gondolatait, viselkedését az anyag újbóli megszerzése, az újból vágyott hatás determinálja. Az ilyen erős függőség tönkretetheti a személy egészségét, személyiségét és szociális kapcsolatait. Ez az állapot azonban nagyon kevésbé jellemző a marihuánát használókra, csak igen ritkán és csak akkor alakulhat ki, ha valaki hosszú időn át, naponta több (6-nál több) marihuánás cigarettát szív el (19). A tapasztalat az, hogy még ilyen intenzív használat mellett is, a kialakuló függőség enyhébb, mint más legális vagy illegális drogok esetében.

A súlyos dependencia, pl. az alkoholistáknál és a heroinfüggőknél, súlyos megvonási tüneteket is okoz, ha a drogfüggő személy hirtelen abbahagyja a szer használatát. Az alkoholistáknál a megvonási tünetek akár az életet is veszélyeztethetik. Ezzel szemben a marihuána

intenzív használata mellett kialakuló megvonási tünetek enyhék: egy-két napig tartó álmatlanság, szorongás, remegés jellemző az állapotra (20). Ismeretes továbbá, hogy Jamaikában és Costa Ricában, ahol a mindennapi élet része a marihuána intenzív használata, a súlyos függőség romboló állapota és az elvonási reakció szinte elő sem fordul (19,21).

A hosszú ideig tartó excessív (naponta több mint 6 cigaretta) marihuánaszívás sem okoz emocionális vagy mentális károsodást. Szemben az alkohol mértéktelen fogyasztásával, a marihuána nem hoz létre klinikailag észlelhető károsodást a koncentrációban, a memóriában és a kognitív funkciókban. Azok a jelentős felmérések, melyeket Costa Ricában, Görögországban, Jamaikában és az Egyesült Államokban végeztek el, azt igazolták, hogy a hosszú ideig tartó és nagyon gyakori marihuánaszívás sem okoz intellektuális és emocionális hanyatlást, nem okozza a munka- és szociális kapcsolatok megromlását (19,21–24). A már több mint száz évvel ezelőtt az angol kormány által Indiában elvégzetett felmérés is ezt a kérdést vizsgálta: károsítja-e a marihuána használata az egyén testi és lelki egészségét, veszélyezteti-e szociális pozícióit. Akkor az igen kiterjedt és alapos munka arra a következtetésre jutott, hogy a mér-



téssel szívott marihuána nem okoz több bajt, mint a mértékkel fogyasztott whisky (25). Az azóta eltelt időben számos újabb felmérés támasztotta alá ezt az eredményt (26,27). Laboratóriumi körülmények között néhány neurofiziológiai vizsgálat intenzív marihuánaszívóknál ugyan kimutatott igen minimális eltéréseket a kognitív funkciókban (figyelem, memória, komplex feladatok megoldása), de minden jel szerint ezek nem befolyásolják az érintettek mindennapi életét (28,6). Régebbi kísérletek marihuánaszívóknál strukturális agyi károsodásokat is valószínűsítettek, de finomabb módszereket alkalmazó utánvizsgálatok ezeket az eredményeket nem erősítették meg (29).

Többen úgy vélték, hogy a marihuánát igen gyakran használó fiatalok apátiássá, passzívvá válnak, ambícióikat veszítik, céltalanok és üresek lesznek, nagy eséllyel félbeszakítják tanulmányaikat és elkallódnak. Ezt az állapotot amotivációs szindrómának nevezték el. Longitudinális vizsgálatok azonban nem igazolták azt, hogy ezeket a jelenségeket a marihuána okozná. Kétségtelen, hogy a marihuánát intenzíven szívó fiatal bajban lehet, de problémái részben személyiség-, részben szociokulturális eredetűek. Az ilyen fiatalok életproblémáik orvoslására használják a szert – ami rossz megoldás –, de

nem szakítják félbe tanulmányaikat és nem kallódnak el gyakrabban, mint hasonló helyzetben lévő, de marihuánát nem szívó társaik (30).

A Berkeley Egyetem pszichológusai 101 gyermek sorsát követték 13 éven át, és különböző módszerekkel vizsgálták személyiségüket 5, 7, 11 és 18 éves korukban (31). A vizsgált fiatalok 68%-a 18 éves korában már használt marihuánát, 39%-uk pedig legalább hetente egyszer vagy még gyakrabban szívott. A marihuánaszívás gyakorisága szerint a vizsgált személyeket három csoportba osztották: az „absztinensek” soha nem használtak illegális drogokat; a „kísérletezők” havonta legfeljebb egyszer szívtak marihuánát, sőt egyszer már egy másik drogot is kipróbáltak; a „gyakori használók” hetente egyszer vagy többször szívtak és használtak egy másik drogot is. Összehasonlították a csoportok különböző időpontban felvett személyiségvizsgálatának eredményeit. Az eredmények azt mutatták, hogy az „absztinensek” csoportjába tartozó gyermekek 7 éves korukban gátlásosak, engedelmesek és kevésbé kreatívak voltak. 11 évesen félénknek, rendesnek, simulékonynak, engedelmesnek, de kevésbé vidámnak és élénknek mutatkoztak. 18 éves korukban pedig merevnek, szorongónak, túlkontrolláltak, moralizálónak és visszahúzó-

dónak találták őket. A „gyakori használók” csoportjába tartozó gyerekek 7 éves korukban nehezen illeszkedtek be más gyerekek közé, megbízhatatlanok voltak és önbizalmuk is csekélynek tűnt. 11 évesen figyelmetlenek, érzékenyek, és kevésbé kooperálók voltak. 18 évesen megbízhatatlanok és kapkodók, impulzívan viselkedtek már kis frusztrációra is, nem bíztak sem önmagukban sem másokban, érzelmeiket elfojtották és motivációikkal együtt gyakorta másokra projektálták. Nyilvánvalóan boldogtalanok voltak, becsapottnak, áldozatnak vélték önmagukat és reménytelennek érezték a jövőt. A legtöbb gyerek a „kísérletezők” csoportjába tartozott. 7 éves korukban leginkább ők voltak nyitottak, aktívak, kíváncsiak, vidámak és kedvesek. A későbbiekben is őket találták leginkább kreatívnak és kiegyensúlyozottnak, ők voltak leginkább harmóniában önmagukkal és környezetükkel. E személyiségvonások hátterét vizsgálva jellemzőnek találták az „absztinensek” és a „gyakori használók” csoportjában az anyák hűvös, távolságtartó magatartását, ami már a gyermekek 5 éves korában is megmutatkozott. Ezen túl, az „absztinensek” csoportjában az apák viselkedése jóval türelmetlenebb, kritikusabb, és dominánsabb volt, mint a másik két csoportban. A vizsgálat bizonyította, hogy a fiataloknál a gy-

kori marihuánahasználat személyiségproblémáikból eredő tünet, és nyilvánvalóvá tette, hogy problémáikat nem a marihuána szívása okozta. Az ilyen fiatalok pszichoterápiás segítséget igényelnek, azonban a pszichoterápiának nem a marihuánaszívás kezelését, hanem alapvető személyiségproblémáik megértését és feldolgozását kell szolgálnia. A vizsgálat adataiból az is következik, hogy a „kísérletezők” csoportjába tartozó lelkileg egészséges fiatalok esetenkénti marihuánaszívása csupán a kamaszkorra jellemző felfedezési és kísérletezési láz része, és nem igényel pszichoterápiát.

Sokan vizsgálták a kérdést, hogy a marihuána okoz-e súlyos elmebetegséget, pszichózist. Számos pszichiáter a keleti országokban úgy véli, hogy igen, de a kannabisz(marihuána)-pszichózist, mint önálló entitást nem sikerült elfogadható módon leírniuk (32). Másrészt epidemiológiai vizsgálatok sem erősítették meg a kannabisz-pszichózis létét, de azt sem, hogy a marihuána skizofréniát okozna. Ugyanis ha így volna, a marihuána használatának növekedésével növekedne a skizofréniás betegek száma is. Azonban az e kérdést elemző epidemiológiai vizsgálat arra az eredményre jutott, hogy abban az időszakban, mikor a marihuána fogyasztása növekedett, a kezelt skizofréniás betegek száma éppen

hogy csökkent (33). Az azonban valószínűsíthetőnek tűnik, hogy skizofrén betegeknel a marihuána kiváltja a betegség tüneteinek aktivitását.

Az extrém nagy dózisú marihuána toxikus pszichózist okozhat, csakúgy mint bármely toxin, ha elég nagy dózisban az agyba jut. Ez igen ritkán, intenzív marihuána-használóknál, és csak a szokásost jóval meghaladó mennyiség alkalmazásakor fordul elő (34). Inkább akkor jön létre, ha a marihuánát szájon át fogyasztják, mert így a már hatékony dózisonál jóval több anyag szívódhat fel, és nincs lehetőség a dózis kontrolljára, ami a cigaretta szívásakor pedig adott. A tünetek érdemben nem különböznek egyéb toxikus pszichózisok tüneteitől: hallucinációk, zavart, ködös tudatállapot, dezorientáltság, álomszerű gondolkodás, félelem, nyugtalanság és szorongás. A legtöbb ilyen eset gyorsan gyógyul, mihelyt a marihuánát megvonják, és az kiürül a szervezetből.

Többen képviselték azt a nézetet, mely szerint a marihuána fogyasztása ugyan önmagában kevésbé veszélyes, de szívása nagyban elősegíti, hogy a személy keményebb drogokra, heroinra, kokainra vagy LSD-re álljon át. Az ún. gateway- vagy stepping stone-teória lényege, hogy a marihuána fogyasztása más, veszélyesebb drogok fogyasztásához vezet. Korrekt epidemiológiai

vizsgálatok azonban semmiféle ilyen egyenes összefüggést kimutatni nem tudtak; a marihuána fogyasztásának gyakorisága más drogok fogyasztásának gyakoriságához hasonlítva drogonként, időszakonként, kor- és szociális csoportonként mindig különbözött (35–38). Kétségtelenül igaz, hogy a legtöbb heroinista korábban használt marihuánát, de majd minden marihuánaszívó korábban fogyasztott alkoholt. Az alkoholt fogyasztók döntő többsége viszont nem használ marihuánát, ahogyan a legtöbb marihuánahasználó sem nyúl a heroinhoz. Nyilvánvaló, hogy akit érdekelnek a drogok, és már van tapasztalata eggyel, az könnyebben juthat egy másikhoz, de közel sem valószínű, hogy meg is teszi. A fiatalokat személyiségvonásaik, élethelyzetük, környezetük sivársága és szegénysége, és nem a marihuána vezetheti a kemény drogok használatához. Nyilvánvaló, hogy szociokulturális jelenségről van szó és nem arról, hogy egy adott drog ténylegesen elősegítené egy másik fogyasztását. A stepping stone-teória nem mond többet, mint az egyszeri bölcsesség, miszerint aki hazudik, az lopni is fog, aki lop, az majd rabol, aki pedig rabol, az gyilkolni fog. Az ebben a bölcsességben hívő szülő, mikor gyermekét hazugságon kapja úgy érezheti, hogy gyermeke máris elveszett ember, és legjobb úton halad

a börtön felé. Az ilyen szülők aggodalmát meg lehet érteni, de igazuk azért nincsen.

Nincsen igazuk azoknak sem, akik úgy vélekednek, hogy a marihuána elősegíti a bűnözést. Ha csupán azt vizsgálják, hány bűnöző szívott marihuánát, az összefüggés szorosnak mutatkozik, de ez a determináltság eltűnik, ha az elemzést a bűnözés jól ismert meghatározó faktorait is figyelembe véve végzik el (30,39). A valóság az, hogy a marihuána szívása nem vált ki deviáns és agresszív viselkedést, és aki eleve nem bűnöző, a marihuána hatása alatt sem fog bűnt elkövetni.

A dohányzás károsítja a tüdőt, irritálja és szűkíti a légutakat, krónikus bronchitist, emphysemát hozhat létre, és fokozza a tüdőrák kockázatát. A hosszú időn át tartó gyakori marihuánaszívás legnyilvánvalóbb veszélyei is a tüdőkárosodással függenek össze; a marihuána szívása hasonló histopathológiai változásokat okoz a tüdőben, mint a dohányzás. Nem kétséges, hogy a krónikus bronchitis tünetei, a köhögés, a fokozott nyákképződés, a sípoló légzés gyakoribbak intenzív marihuánaszívóknál, mint a nemdohányzóknál (40,41). Az erős dohányzás a legkisebb légutak szűkítésével rontja a légzésfunkciós paramétereket is. Ezt azonban egyértelműen

megerősíteni a marihuána esetében nem lehet: vannak ugyan vizsgálatok, melyek gyakori marihuánaszívóknál légzésfunkció-károsodást mutattak ki, azonban az egyik legutóbbi kaliforniai vizsgálat 8 éven át nem talált különbséget a napi 3-4 marihuánacigaretta szívók és a nemdohányzók légzésfunkciós paraméterei között, míg ugyanezen idő alatt a dohányzók légzésfunkciója romlott (42). A dohányzás okozta tüdőkárosodások foka összefügg a dohányzás mértékével, és ez vélhetően a marihuánára is igaz. A marihuánát szívók ugyan hosszabb ideig tartják a füstöt tüdejükben, mint a dohányosok, de nincs olyan heves marihuánaszívó, aki naponta 20 vagy még több marihuánás cigarettára gyújtana rá. Továbbá a marihuána tüdőkárosító hatásainak megítélésénél azt is figyelembe kell venni, hogy míg majd minden dohányos napi rendszerességgel szív, (pl. az amerikai) marihuánahasználók túlnyomó többsége nem naponta, hanem csak esetenként, hetente, havonta vagy még ritkábban él a szerrel.

A marihuána füstjében ugyanazokat a carcinogén anyagokat mutatták ki, mint a dohányfüstben, sőt az egyik rákkeltő anyagot, a bezpyrént, tán némileg magasabb koncentrációban is mérték (43). Nyilvánvalóan tűnik, hogy a hosszú időn át tartó gyakori marihu-



ánaszívás is növelheti a légúti rákok kockázatát. Másrészt azonban az is igaz, hogy míg a dohányzás egyértelmű kockázati faktora a tüdőráknak, addig nincs olyan epidemiológiai adat, amely összefüggést mutatna a marihuánaszívás és a tüdőrák gyakorisága között.

Sokan vizsgálták a marihuána hatását a szervezet immunmechanizmusaira. A THC, csakúgy mint számos más gyógyszer és drog – pl. az aszpirin, a Seduxen, a koffein és az alkohol – in vitro kísérletekben, preparált immunsejtek aktiválódását csökkenti (44,45). Azonban ezek az üvegedényben elvégzett kísérletek semmit sem mondanak arról, hogy ezek az anyagok ténylegesen befolyásolják-e az élő szervezett komplex immunrendszerének működését. Néhány régebbi kísérlet azt mutatta, hogy a marihuánát használók T lymphocytái a kontrollcsoporthoz hasonlítva, ismert immunstimulánsok hatására kevésbé aktiválódnak, de számos utánvizsgálat sem tudta ezeket az eredményeket megerősíteni (46,47). További kísérletekben kimutatták, hogy egerek és patkányok immunfunkciói gyengülnek THC hatására, és az állatok érzékenyebbé válnak vírushatásra (44,48). Ezeknek az eredményeknek azonban nincsen relevanciája az emberre, mert a használt dózis az embernél pszichés hatásokat kiváltó mennyiség negyvenszerese, illet-

ve ezerszerese volt, és nincsen kísérleti bizonyítéka annak, hogy a THC károsítaná az emberi immunfunkciókat. De legfőképpen semmi olyan tényről nem tudunk, mely azt támasztaná alá, hogy a marihuánaszívóknál a fertőző betegségek és a rák előfordulása gyakoribb lenne, pedig a marihuánát a hatvanas évek óta sokmillióan használták és használják. Végül ismert, hogy a (súlyosan immunkárosodott) AIDS-es betegek közül sokan szívnak marihuánát nemcsak pszichés hatásai miatt, hanem azért is, mert fokozza az étvágyat, és így lassítja a betegség okozta progresszív testsúlycsökkenést. Ha a marihuána immunkárosodást okozna, az ilyen betegek állapota gyorsan romlana, de HIV-pozitív homoszexuális férfiaknál végzett két prospektív felmérés sem igazolta, hogy a marihuána használata gyakoribbá tenné közöttük az AIDS megjelenését (49,50).

Állatkísérletekben a nagy dózisú THC csökkenti a tesztoszteron elválasztását és a sperma termelődését, másrészt megzavarja az ovulációs ciklust (51). Emberben ezek a hatások nem erősíthetők meg. Nincsen adat arra, hogy emberben a marihuána akár gyakori szívása is gátolná a szexuális érést, befolyásolná a szexuális funkciókat és a termékenységet (6,51). Más állatkísérletekben bizonyították, hogy a marihuána csökkenti a

születési súlyt (52). Ez a hatás emberben is kimutatható, bár kisebb fokú, mint amit a terhesség alatti dohányzás és alkoholfogyasztás okoz (53,54). A statisztikai elemzés nehézkes, egyrészt mert a terhesség alatt is marihuánát használók csoportjában a dohányzás is gyakori, másrészt a csoport kulturális háttere és szociális körülményei erősen különböznek a terhesség alatt drogot nem használók háttérétől és körülményeitől. Ugyanezen okok miatt nem egyértelmű azoknak a vizsgálatoknak az eredménye sem, amelyek a terhességük alatt marihuánát szívó nők csecsemőin és kisgyermeklein mutattak ki viselkedési eltéréseket (55). Végül valószínűtlen, hogy a marihuána fejlődési rendellenességeket okozna: számos marihuánát használó nő gyermekeinél a veleszületett károsodások nem fordultak elő gyakrabban, mint a kontrollcsoport esetében (56).

## ÖSSZEFOGLALÁS

A fentieket áttekintve megállapítható, hogy a marihuána használata csekély mértékben veszélyezteti az egészséget. A marihuánaszívás legvalószínűbb kockázata az, hogy füstje irritálja a légutakat, hogy hatása alatt

nőhet a közlekedési balesetek esélye, és gyakori használata dependenciához, esetleg igen minimális kognitív károsodáshoz vezethet. A tekintélyes brit orvosi lap, a Lancet, szerkesztőségi állásfoglalásában azt a véleményt képviseli, hogy mivel a rendelkezésünkre álló orvosi tények szerint a mérsékelt marihuánaszívás kevéssé károsítja az egyén egészségét, a szer tiltását vagy engedélyezését más szempontoknak kell meghatározniuk (57).

Józan ésszel tehát azoknak, akik ragaszkodnak a marihuána szívásához, az tanácsolható, hogy mértékkel éljenek a szerrel, hatása alatt ne vezessenek járművet, és ne szívjanak marihuánát – csakúgy, ahogyan ne fogyasszanak semmilyen más drogot és lehetőség szerint gyógyszert sem – terhességük alatt. Összehasonlítva a marihuánaszívás kockázatát legális drogok használatának kockázatával megállapítható, hogy az alkohol és a dohányzás nagyobb mértékben károsíthatja az egészséget, mint a marihuána. Mivel azonban a marihuána illegális drog, e tényből valóságos veszély származik.

Mindenkinek joga van a marihuánával kapcsolatos korrekt információkra. Ennek ellenére különböző propagandakiadványok a marihuána veszélyeit sokszor irreálisan eltúlozzák, pszichés hatásait pedig elferdítik. Pedig egyre csekélyebb eredménye lehet a marihuánát

démonizáló kampányoknak, hiszen az információhoz jutás lehetősége milliók számára napról-napra bővül, és egyre többen alakítják véleményüket különböző forrásokból származó adatok és tények összevetésével. Milliók szívják alkalmanként csupán azért, mert hatása alatt egyszerűen jól érzik magukat. Sokak feszítő személyiség- és életproblémáik megoldása helyett használják gyakorta, míg a világ szegényebb részein milliók szívják, hogy sivár és reménytelen hétköznapijaikból néhány órára kiemelkedhessenek.

## FELHASZNÁLT ÖSSZEFOGLALÓK

A marihuánaszívás problémáival számos összefoglaló tanulmány foglalkozik. Ezek közül ez az írás elsősorban az alábbiakat használta fel:

A Williams & Wilkins kiadásában 1997-ben jelent meg a drogfogyasztás kérdéskörét áttekintő tudományos kézikönyv harmadik kiadása, a *Substance Abuse, A Comprehensive Textbook*. A majd ezer oldalas kötet szerzői között az addiktológia legkiválóbb amerikai tudósait találjuk. A kézikönyv tizenkét fejezete 87 tanulmányban foglalja össze a kábítószerekkel kapcsolatos

kérdések minden aspektusát. Mivel a kábítószer-fogyasztás problémái közel sem csak orvosi természetűek, ezért az addiktológia interdiszciplinális jellegének megfelelően a tanulmányok között számos pszichológiai, szociológiai és drogpolitikai írást is találunk. A tanulmányok szerzői a lehetőségekhez képest kerülték szűk területük mások számára érthetetlen szakzsargonját, így a kötet irányadó és hiteles forrásként szolgál minden e területen dolgozó klinikus orvosnak, kutatónak, pszichológusnak, társadalomtudósnak, jogásznak és politikusnak egyaránt. Talán szimbolikus értelmű is, hogy e jelentős tudományos összefoglaló marihuánával kapcsolatos fejezetét Lester Grinspoon és James Bakalar írta. Grinspoon a Harvard Egyetem pszichiatriaprofesszora, Bakalar ugyanott jogot tanít. Mindkét tudós évtizedek óta foglalkozik a marihuánával kapcsolatos problémákkal, és mindketten az amerikai drogpolitika legkövetkezetesebb bírálói közé tartoznak.

A brit *Lancet* a világ egyik legjelentősebb orvosi lapja. Súlyja olyan más mértékadó orvosi lapokhoz hasonlítható, mint a *British Medical Journal*, a *New England Journal of Medicine* vagy a *Science*. A *Lancet* először 1995-ben foglalkozott a marihuánaszívás veszélyeivel és 1998-ban tért vissza a kérdésre úgy, hogy két ausztr-

rál kutató, Wayne Hall és Nadia Solowij összefoglaló tanulmányához szerkesztőségi állásfoglalást csatolt. A Lancet tudományos presztízse akkora, hogy bár véleményével vitába szállni természetesen megfelelő színvonalon lehet, elsiklani fölötte azonban lehetetlen.

A marihuánaszívás kockázataival foglalkozó tudományos irodalmat legmélyrehatóbban John Morgan és Lynn Zimmer tekintette át. Morgan a New York-i Cytí Egyetemen a farmakológia, Lynn Zimmer pedig a szociológia professzora. 1997-ben megjelent könyvük címe *Marijuana Myths Marijuana Facts*. A könyv sorra veszi a marihuánaszívással kapcsolatban felmerült kockázati tényezőket, több ezer tudományos közlemény kritikus feldolgozásával és elemzésével vizsgálja azok realitását anélkül, hogy a számtalan részletkérdés között eltévedne. A könyvet nem csak orvosok és szakemberek vehetik kézbe, tiszta stílusa lehetővé teszi, hogy bármely művelt olvasó megérthesse. A kötet kiadója a Soros György által alapított Open Society Institute-hoz tartozó, drogpolitikai kérdésekkel foglalkozó Lindesmith Center.

A farmakológia tudás legjelentősebb általános összefoglaló kézikönyve a *Goodmann and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. Az 1990-ben megjelent 8. kiadásban Jerome Jaffe professzor által írt, a kábító-

szerfüggőségről szóló fejezetben az addikcióval kapcsolatos tudományos fogalmak tiszta leírását találhatjuk meg. Végül a *Pharmacological Review* gyógyszer-tani szakfolyóirat, mely kizárólag tudományos áttekintő tanulmányokat közöl. Leo Hollister farmakológus- és pszichiáterprofesszor 1986-ban ebben a szaklapban jelentette meg a marihuánaszívás hatásait áttekintő összefoglalóját. A tizennégy éve megjelent tanulmány jónéhány része ma is releváns, gondolatmenete, szerkezete és problémafelvetése számos későbbi összefoglaló alapjául szolgált.

Grinspoon L. and Bakalar JB. Marihuana; in: *Substance Abuse A Comprehensive Textbook*, Eds Lowinson JH, Ruiz PR, Millman RB, Langrod JG; Baltimore: Williams & Wilkins 1997.

Hall W. and Solowij N. Adverse effects of cannabis. *Lancet* 1998; 352: 1611–16.

Hollister LE. Health aspects of cannabis. *Pharmacol Rev* 1986; 38: 1–20.

Jaffe JH. Drug addiction and drug abuse; in: *Goodman and Gilman(s) The Pharmacological Basis of Therapeutics*, Eds Goodman Gilman A, Rall TW, Nies AS, Taylor P; New York: Pergamon Press 1990.



Zimmer L. and Morgan JP. *Marijuana Myths Marijuana Facts*; New York: The Lindesmith Center 1997.

## REFERENCIÁK

1. Adams IB, Martin BR. Cannabis: pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction* 1996; 91: 1585–614.
2. Matsuda LA, Lolait SJ, Brownstein MJ, Young AC, Bonner TI. Structure of a cannabinoid receptor and functional expression of the cloned cDNA. *Nature* 1990; 346: 561–564.
3. Pertwee RG. Pharmacological, physiological and clinical implications of the discovery of cannabinoid receptors: an overview; in: *Cannabinoid Receptors*, Ed Pertwee RG; London: Harcourt Brace, 1995.
4. Devane VA, et al. Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. *Science* 1992; 258: 1946–49.
5. Bromberg W. Marijuana intoxication: a clinical study of *Cannabis sativa* intoxication. *Am J Psychiatry* 1934; 91: 303.
6. Hall W, Solowij N, Lemon J. The health and psychological consequences of cannabis use. *National Drug Strategy Monograph Series No 25*; Canberra: Australian Government Publishing Service, 1994.

7. Chait LD, Pierrri J. Effect of smoked marijuana on human performance: a critical review; in: *Marijuana/cannabinoids: Neurobiology and Neurophysiology*, Eds Murphy A, Bartke J; Boca Raton: CRC, 1992.
8. Klonoff H. Marijuana and driving in real-life situation. *Science* 1974; 186: 317–24.
9. Sutton LR. The effects of alcohol, marijuana and their combination on driving ability. *J of Studies on Alcohol* 1983; 44: 438–45.
10. Robbe HWJ. Influence of marijuana on driving; Maastricht: University of Limberg, 1994.
11. Chester G. Cannabis and road safety: an outline of research studies to examine the effect of cannabis on driving skills and actual driving performance; in: *The Effects of Drugs (other than alcohol) on Road Safety*; Melbourne: Road Safety Committee, Parliament of Victoria, 1995.
12. Drummer OH. A review of the contribution of drugs in drivers to road accidents; in: *The Effects of Drugs (other than alcohol) on Road Safety*; Melbourne: Road Safety Committee, Parliament of Victoria, 1995.
13. Williams A. et al. Drugs in fatally injured young male drivers. *Public Health Reports* 1985; 100: 19–25.
14. Terhune KW. et al. The incidence and role of drugs in fatally injured drivers. Washington DC: Department of Transportation, 1992.
15. Compton DR, Dewey WL, Martin BR. Cannabis dependence and tolerance production. *Adv Alcohol Subst Abuse* 1990; 9: 128–47.

16. Bachmann JG, Wadsworth KN, O'mally PM. et al. Smoking drinking and drug use in young adulthood; Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1997.
17. US Department of Health and Human Services. Drug Abuse and Drug Abuse Research, p. 133; Rockville MD 1991.
18. Grinspoon L. Marijuana reconsidered; Cambridge MA: Harvard University Press, 1971.
19. Canter W, Doughty P. Social and cultural aspects of cannabis use in Costa Rica. *Ann NY Acad Sci* 1976; 282: 1–16.
20. Jones RT. et al. Clinical studies of tolerance and dependence. *Ann NY Acad Sci* 1976; 282: 221–39.
21. Rubin V. and Comitas L. Ganja in Jamaica; Garden City NY: Raven Press, 1977.
22. Culver CM, King FW. Neurophysiological assessment of undergraduate marijuana and LSD users. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31: 707–11.
23. Stefanis C, Boulougouris J, Liakos A. Clinical and psychophysiological effects of cannabis in longterm users; in: *Pharmacology of Marijuana*, Eds Braude MC, Szara ES; New York: Raven Press 1976.
24. Lessin PJ, Thomas S. Assessment of the chronic effect of marijuana on motivation and achievement: a preliminary report; in: *Pharmacology of Marijuana*, Eds Braude MC, Szara ES; New York: Raven Press 1976.
25. Report of the Indian Hemp Drugs Commission, 1893–94; Simla, India: Government Central Printing Office 1894.

26. Mayor's Committee on Marihuana. The marihuana problem in the city of New York; Lancaster PA: Jacques Cattell Press, 1944.
27. Beaubrun MH, Knight F. Psychiatric assessment of 30 chronic users of cannabis and 30 matched controls. *Am J Psychiatry* 1973; 130: 309.
28. Pope HG, Yurgelun-Todd D. The residual cognitive effects of heavy marijuana use. *JAMA* 1996; 275: 521–27.
29. Solowij N. Cannabis and cognitive functioning; Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
30. Fergusson D, Horwood J. Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction* 1997; 92: 279–96.
31. Shedler J, Block J. Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal inquiry. *Am Psychologist* 1990; 45: 612–30.
32. Benabud A. Psychopathological aspects of the cannabis situation in Morocco: statistical data for 1956. *Bull Narc* 1957; 9: 2.
33. Der G, Gupta S, Murray RM. Is schizophrenia disappearing? *Lancet* 1990; 335: 513–16.
34. Chopra GS, Smith JW. Psychotic reactions following cannabis use in East Indians. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30: 24–27.
35. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National House-hold Survey on Drug Abuse: Main findings 1994; Rockville MD: US Department of Health and Human Services, 1996; 132–134.

36. Cohen P. and Sas A. Cannabis use as a stepping stone to other drug use? The case of Amsterdam; in: Cannabis Science: From Prohibition to Human Right, Ed Bollinger E; New York: Peter Lang 1997.
37. National Commission on Marijuana and Drug Abuse. Marijuana : a signal of misunderstanding; Washington DC: US Government Printing Office 1972; 340–67.
38. Welte JW, Barnes GM. Alcohol: the gateway to other drug use among secondary-school students. *J of Youth Adolescence* 1985; 14: 487–98.
39. Fagan J. et al. Delinquency and substance use among inner-city students. *J Drug Issues* 1990; 20: 351–402.
40. Bloom JV, Kaltenborn WT, Paoletti P. et al. Respiratory effects of non-tobacco cigarettes. *BMJ* 1987; 295: 1516–18.
41. Fliegel S, Roth MD, Kleerup EC. et al. Tracheobronchial histopathology in habitual smokers of cocaine, marijuana and/or tobacco. *Chest* 1997; 112: 319–26.
42. Tashkin DP, Simmons MS, Sherril DL, Coulson AH. Heavy habitual marijuana smoking does not cause an accelerated decline in FEV1 with age. *Am J Respir Critical Care Med* 1997; 155: 141– 48.
43. Hoffman D. et al. On the carcinogenicity of marijuana smoke. *Recent Adv Phytochem* 1975; 9: 63–81.
44. Munson AE, Fehr KO. Immunological effects of cannabis; in: Cannabis and Health Hazards, Eds. Fehr KO, Kallant H; Toronto: Addiction Research Foundation, 1983.
45. Banchereau J. et al. Inhibitory effects of delta-9-tetrahydrocannabinol and other psychotropic drugs on cultured

- lymphocytes; in: *Marihuana: Biological Effects*, Eds Nahas GG, Paton W; New York: Pergamon Press, 1979.
46. Nahas GG. et al. Inhibition of cellular mediated immunity in marihuana smokers. *Science* 1974; 183: 419–20.
  47. Dax EM. et al. The effects of 9-ENE-tetrahydrocannabinol hormone release and immune function. *J Steroid Biochem* 1989; 34: 263–70.
  48. Hollister LE. Marijuana and immunity. *J Psychoactive Drugs* 1992; 24: 159–64.
  49. Coates RA, Farewell VT, Raboud J. et al. Cofactors of progression to acquired immunodeficiency syndrome in a cohort of male sexual contacts of men with HIV disease. *Am J Epidemiol* 1990; 132: 717–22.
  50. Kaslow RA, Blackwelder WC, Ostrow DG. et al. No evidence for a role of alcohol or other psychoactive drugs in accelerating immunodeficiency in HIV-1-positive individuals: a report from the Multicentre Aids Cohort Study. *JAMA*, 1989; 261: 3424–29.
  51. Bloch E. Effects of marijuana and cannabinoids on reproduction, endocrine function, development and chromosomes; in: *Cannabis and Health Hazards*, Eds Fehr KO, Kalant H; Toronto: Addiction Research Foundation, 1983.
  52. Abel L. Marijuana and sex: a critical survey. *Drug and Alcohol Dependence* 1981; 8: 1–22.
  53. Abel L. Effects of prenatal exposure to cannabinoids. in: *Current Research on the Consequences of Maternal Drug Abuse*. NIDA Res. Monograph no 59; Washington: Department of Health and Human Services, 1985.

54. Linn S. et al. The association of marijuana use with outcome of pregnancy. *Am J of Public Health* 1983; 73: 1161–64.
55. Fried PA. Behavioural outcomes in preschool-aged children exposed prenatally to marijuana: a review and speculative interpretation; in: *Behavioural Studies of Drug Exposed Offspring: methodological issues in human and animal research*. NIDA Res. Monograph 164, Eds Wetherington CL, Smeriglio CI, Finnegan I; Washington DC: Government Printing Office, 1996.
56. Zuckermann B, Frank D, Hingson R. et al. Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth. *N Engl J Med* 1989; 320: 762–68.
57. Editorial. Dangerous habits. *Lancet* 1998; 352: 1565.





*III. fejezet*

A VILÁG  
LEGMOSTO-  
HÁBB SORSÚ  
GYÓGY-  
NÖVÉNYE



## A KANNABISZ ORVOSI FELHASZNÁLÁSÁNAK TÖRTÉNELMI ELŐZMÉNYEI

A kannabisz az emberiség által az egyik legrégebben ismert pszichoaktív növény, őshazája minden bizonnyal Közép-Ázsia, ahol valószínűleg már közel 10 ezer éve is termesztették. Termesztése bizonyosan folyt az ősi Kínában i. e. 4000 körül és Türkesztánban i. e. 3000 körül (1). Régóta használt gyógynövény volt Indiában, Kínában, Délkelet-Ázsiában, a Közel-Keleten és Dél-Afrikában. Az első, egyértelmű gyógyszerként való felhasználásra utaló jel egy füveskönyv, melyet mintegy 5 ezer évvel ezelőtt, az ősi Kínában, Chen Nung császár uralkodása alatt nyomtattak. Ez az orvosi kiadvány többek között reumás fájdalokra, maláriára és különböző női betegségekre rendelte a marihuána fogyasztását. Egy másik kínai füveskönyv némileg későbből sebészeti eljárások előtti altatáshoz javasol kannabiszgyanta (hasis)-alapú altatószert. Indiában korabeli források sze-

rint elsősorban fejfájásra, étvágytalanság ellen, és emésztési zavarok kezelésére használták a marihuánát. Afrikában vérhasra, maláriára és egyéb lázakra rendelték fogyasztását. Napjainkban is számos fekete-Afrika törzs kezeli a kígyómarást kannabisszal, valamint az is jellemző, hogy a gyerekszülés előtt fogyasztatják azt a vajúdnővel. A kannabisznak komoly orvosi felhasználása jellemző volt az ókori görögöknél éppúgy, mint a középkori Európában.

Egy angol pap 1621-ben publikált orvosi munkájában (2) a kannabiszt a depresszió kezelésében tartja fontosnak. A 17-18. századból is számos angol forrás rendel kannabiszt különféle betegségekre, de a növény igazi orvosi felhasználásáról Európában a 19. század közepétől lehet beszélni.

Ekkor, a kannabisz hőskorában, 1840 és 1900 között a nyugati orvostudomány köréből több mint száz orvosi és gyógyászati szakkönyv javasolja a kannabisz használatát a különböző betegségekre és rosszsullétekre. Talán nem túlzás azt állítani, hogy az e korban dolgozó orvosok jóval többet tudtak a kender felhasználhatóságáról, mint a mai kortárs gyógyítók; és azért ezt, valljuk be, az orvostudomány nem sok területéről és gyógynövényéről lehet elmondani.

Az első nyugati orvos, aki a kannabisszal komolyan foglalkozni kezdett, W. B. O'Shaughnessey, a Kalkuttai Orvosi Egyetem egy fiatal professzora volt. Miután felfigyelt a növény használatára Indiában, állatkísérletekkel győződött meg annak biztonságosságáról. Reumás, epilepsziás, és egyéb betegeket kezelt az általa kifejlesztett kannabisz-tinktúrával (a növényt alkoholban feloldva szájon át könnyebben fogyaszthatóvá tette). Visszatérve Angliába 1842-ben kezdte propagálni a kannabisz orvosi felhasználását. A növény használata ezután gyakorlatilag pár év alatt általánossá vált úgy Európában, mint az Egyesült Államokban.

A hőskor után azonban 1890 körül némileg csökkenésnek indult a kannabisz-alapanyagú gyógyszerek száma, és az orvosok is egyre ritkábban írták fel betegeiknek. Egyrészt túlságosan sok betegségre javasolták, s a gyógyszeripar fejlődésével egyidejűleg ez sok orvosságra nem vetett jó fényt. Elterjedtek az ópiát alapú fájdalomcsillapítók, utóbbiak pedig az 1850-es években kifejlesztett injekciós technikával kombinálva olyan gyors fájdalomcsillapító hatást voltak képesek elérni, melyet a kannabisz soha (a kenderszármazékok ráadásul vízben nem oldódnak, injektálásuk ezért egyszerűen nem megoldható). A 19. század végére ezen kívül szá-

mos szintetikus gyógyszert dolgoztak ki, mint pl. az aszpirint vagy a különféle barbiturátokat. Ezek a tableta vagy por formájában jelen levő gyógyszerek könnyebben adagolhatóak, és tovább eltarthatóak voltak a kannabisznál (ugyanakkor jóval veszélyesebbek is voltak a mellékhatások és a toxicitás tekintetében). A kannabisz orvosi felhasználása lassan kissé háttérbe szorult, a tökéletes mellőzéshez azonban a politikának kellett közbeszólnia.

## A MARIHUÁNA ORVOSI FELHASZNÁLÁSA NAPJAINKBAN

Hogy megértsük, az előző fejezetben leírt „hitelvesztés” ellenére miért lehet napjainkban valós igény a kender gyógyszerként való felhasználására, tisztázni kell néhány fogalmat. Egyrészt, a kender soha nem okozott igazi csalódást sem a keleti, sem a nyugati orvoslás számára, és számos országban orvosi használata külső befolyás nélkül nem hogy nem szűnt volna meg, de valószínűleg jelentősen nem is csökkent volna. Az a sebesség (ha a kender évezredes használatának időtartamát te-

kintjük), ahogy az USA-ból kiindulva gyakorlatilag a legtöbb országban beszüntették a marihuána orvosi és egyéb használatát, nem is igen lenne indokolható gyógyászati szempontok alapján. Az okok tehát nem egészségügyiek, hanem politikaiak voltak.



A marihuána gyógyszerkénti felhasználását egyes betegségek kezelésében fel kellett fedezni, más esetekben csak folytatni kellett a korábbi gyakorlatot. Hogy pél-

dákat említsünk, menstruációs görcsök vagy a migrénes rohamok kezelésre már a 19. században is használták a szert (Viktória királynő sikerrel kezelte menstruációs panaszait marihuánával), de pl. a Multiplex Sclerosis, vagy az AIDS kezelésére értelemszerűen csak e betegségek felfedezése után kerülhetett sor. E kiadvány keretein belül lehetetlen részletesen felsorolni az összes olyan betegséget, melynek diagnosztizálása esetén hatásos gyógyszer lehet a marihuána, ezért csak a legfontosabb eseteket soroljuk fel.

#### MULTIPLEX SCLEROSIS (MS)

Az MS egy, a központi idegrendszert megtámadó, jelenleg gyógyíthatatlan betegség. A tünetei általában izomgörcsök, depresszió, inkontinencia formájában jelentkeznek. A kór lefolyása legtöbbször évekig eltarthat. Az MS az egyik olyan betegség, melynek kezelésében a marihuána hasznossága számtalan tudományos kísérlettel lett igazolva. Az 1996-os kaliforniai jogszabályváltozás (l. később), valamint az angol Lordok Háza szintén később említett határozata is olyan betegként kezeli az MS-ben szenvedőket, mint akik jogosan tarthatnak igényt a kannabiszra.



Számos klinikai vizsgálat igazolta, hogy a kannabisz és a kannabiodok segítenek elviselni az MS tüneteit. 1981-ben (3) és 1983-ban (4) is kontrollált amerikai és brit kísérletek bizonyították be a kannabisz hasznosságát. Egy 1997-es felmérés szerint angol és amerikai MS-betegeknél a tünetetek fajtáitól és súlyosságától függően 30 és 97 százalék közötti arányban enyhültek a betegség tünete. A Lordok Házának Tudományos és Technikai Bizottságának 1998-as jelentése szó szerint a következőket tartalmazza: „Elegendő tudományos bizonyítékot láttunk ahhoz, hogy kijelentsük: ha egy orvos fel akar írni kannabiszt egy MS-betegnek, akkor tehesse azt meg, és a büntetőjognak nem szabad az útjában állnia ekkor.” (5)

#### AIDS, RÁKOS BETEGEK KEMOTERÁPIÁJÁNAK MELLÉKHATÁSAI

Az AIDS-betegek esetében ismert és gyakori betegség (s egyben sajnos nem ritka halálok is) az AIDS Wasting Syndrome, ami gyakorlatilag a testsúly 10 vagy több százalékának elvesztését okozza anélkül, hogy az AIDS beteg egyéb fertőzést kapott volna. Az orvosi marihuána egyszerre növeli az étvágyat és ezzel a testsúlyt, vala-

mint segít leküzdeni a hányingert és a fájdalmakat, melyek gyakran a HIV/AIDS-betegség kezelésére jelenleg alkalmas gyógyszerek mellékhatásaiként jelentkeznek. Ugyanezen hatásai segítenek elviselni az egyes daganatos betegségek kezelése során alkalmazott kemoterápia gyakori mellékhatásait, a sokszor szünni nem akaró hányingert és étvágytalanságot. Napjainkban az AIDS-kutatásban és -gyógyításban érdekelt szervezetek teszik ki a marihuána orvosi felhasználásáért küzdő tábor egyik legharcosabb tagjait, érvelésük szerint ugyanis az AIDS-betegek kezelésében a marihuána nem pusztán életminőséget javító szerként, hanem „potenciális életmentő gyógyszerként” lenne alkalmazható (6).

Azt, hogy a kannabisz csökkenti a hányingert és növeli az étvágyat, számtalan kísérlet igazolta már. Az Egyesült Államokban az AIDS-ben szenvedők és a rák miatti kemoterápiás kezelés alatt állók a kannabisz hatóanyagából, szintetikus úton előállított THC-ből készült gyógyszert kaphatnak. Utóbbi a Marinol (vagy Dronabinol v. orális THC) az egyik a közül a mindössze két gyógyszer közül, melyről az amerikai FDA (7) – mely a gyógyszerek USA-beli engedélyezésére hivatott – hivatalosan elismeri, hogy növeli a HIV/AIDS-betegek étvágyát. Az FDA 1992-ben engedélyezte a Mari-

nolt, számos kontrollált kísérleti eredmény után. Egy tanulmány kimutatta, hogy az AIDS-betegek 70 százaléknál volt megfigyelhető testsúlynövekedés Marinol szedése következtében (8).

Mielőtt azonban a fenti példából kiindulva kijelenthetnénk, hogy a szintetikus THC reális alternatívája az orvosi marihuánának, le kell szögezni néhány tény. Egyrészt, mint azt az IOM (9) egy 1999-es jelentése kimutatta, az AIDS-betegek nagy többségénél a Marinol a szívható marihuánánál jóval kevésbé hatékony. A jelentés szerint a szívható marihuána néhány másodpercen belül hat a szervezetre, ezzel szemben az orális THC kettő-négy óra alatt szívódik csak fel, ennek megfelelően hatása sokkal később jelentkezik, és adagolása is bonyolultabb. (A beteg nem tudja, hogy a kívánt étvágy eléréséhez elegendő THC-t vett-e be, ugyanakkor az eufória sokszor jóval erősebben jelentkezhet.) Egy 1980-ban publikált amerikai tanulmány, amely azt vizsgálta, hogy a kemoterápia alatt álló rákbetegek hogyan választanak az orvosi marihuána és a szintetikus THC között, kimutatta, hogy a betegek túlnyomó többsége a szívható marihuánát választja.

Nem kell orvos-egyetemi végzettség annak a ténynek a belátásához sem, hogy egy olyan betegnél, akinek

az esetében a szinte állandó hányinger teszi lehetetlenné a táplálkozást, a tablettá, vagy a füst formájában szervezetbe juttatott THC közül melyik lehet az előnyösebb. A tablettá gyomorban tartása a betegek egy jelentős részénél ugyanis ugyanolyan nehézségekbe ütközik, mint az életben maradáshoz szükséges táplálék gyomorban tartása, a marihuánafüstpénél azonban ilyen problémák nem merülnek fel.

A tengerentúli felmérések tanulsága az, hogy a marihuánát terápiás céllal használó betegek jelentős része szenved az AIDS-kezelés során fellépő hányingertől. Egy 1996-os amerikai felmérés szerint az azóta már megszűnt kaliforniai Cannabis Buyer's Club tagjainak 75 százaléka volt HIV/AIDS-beteg, egy 1997-es ausztráliai vizsgálat szerint pedig minden negyedik HIV/AIDS-beteg használ marihuánát orvosi célokra.

## EPILEPSZIA

Ebben a közismert neurológiai betegségben csak az USA-ban közel 2,5 millió ember szenved. Már egy 1975-ös cikk is arról számolt be, hogy a marihuána az epilepszia kezelésére hivatott gyógyszerek kombinációjával nagyban segíthet csökkenteni a rohamok számát

és intenzitását (10). A már idézett jelentés, melyet az angol Lordok Háza illetékes bizottsága tett közzé, szintén elismeri, hogy a kannabisz hatékony lehet az epilepszia kezelésében, ugyanakkor e tárgyban további vizsgálatokat tartottak szükségesnek. Tény azonban, hogy a kannabisz pozitív hatását az e betegségben szenvedők részére számos amerikai tanulmány, illetve kontrollcsoportos vizsgálat mutatta ki a kilencvenes évek során.

#### ASZTMA

Az Egyesült Államokban 10 millió ember szenved e légzési betegségben, és több mint 4 ezren halnak meg évente közvetlenül e kórtól; az asztma a világ szinte minden országában jelen van. Egy ausztrál jelentés szerint (11) a szívható marihuánának és az orális THC-nek is jelentős tüdőtágító hatása lehet mind egészséges, mind asztmás betegnél. A Lordok Házának 1998-as jelentése leszögezi, hogy „a kannabisz hatékonyan használható az asztma kezelésében”.

Tény ugyanakkor, hogy a marihuána szívása, illetve maga a füst szervezetbe jutása kérdéseket vet fel az asztmás betegnél. Léteznek azonban olyan készülékek (vaporizátorok), amelyekkel lehetővé válik a marihuána

fogyasztása anélkül, hogy a betegre káros kátrány és egyéb karcinogének a szervezetbe jussanak, a THC ugyanakkor nagy biztonsággal fogyasztható e szerkezetekkel.

## MIGRÉN

Egyes adatok szerint a fejlett országokban élő nők 15-25 százaléka, a férfiak 5-10 százaléka szenved kisebb-nagyobb rendszerességgel migrénes rohamoktól. A migrén kezelésére az orvosok már száz évvel ezelőtt is használták a marihuánát. Napjainkban is számos tanulmány és kísérlet igazolta a marihuána pozitív hatását a migrénnel szembeni küzdelemben (12). A kannabisz sok olyan betegnél lehet hatásos, akik semmilyen más migrénterápiára nem reagálnak. A marihuána segíthet leküzdeni az akut migrénrohamokat, de értágító hatása révén a betegség hosszú távú kezelésében is hatásos lehet.

A felsoroltakon kívül a marihuána számos egyéb betegség kezelésében lehet hasznos. Használható antidepresszánsként, ópiátfüggők kezelésében, sőt egyes daganatos betegségeknél is. Állat- és humánorvosi kísérletek

sorával bizonyították, hogy használata hatékony lehet a zöldhályogban (13) szenvedők számára (akár szemcsepp formájában helyi kezelésként is). Gyógyszerkénti használatára szinte hihetetlenül széles körben lenne mód – ha a marihuána nem lenne illegális kábítószer, vagy ha legalább az orvosok felírhatnák azt a rászoruló betegeknek.

Nem szabad megfeledkezni arról sem, hogy egy gyógyszer vagy gyógynövény esetében mindig fontos kérdést jelentenek a mellékhatások és az esetleges mérgezések. A klasszikus értelemben vett mérgezés a kábítószer esetében nem igazán jön számításba, hiszen a mai napig nem ismert az orvostudomány által dokumentált marihuána-túladagolás miatti haláleset (s ezt bizony kevés gyógyszerről lehet elmondani (14), a mégoly biztonságosnak hitt aszpirin pl. az USA-ban évente 3-4 ezer halálesetet okoz). A mellékhatások tekintetében első helyen az eufória áll, mint „nem kívánt orvosi hatás”. Egyfelől bizonyos betegségek (stressz, különböző hangulati zavarok, ideértve a gyógyíthatatlan betegek hangulatállapot-változásait is) kezelésében ez a „mellékhatás” jól alkalmazható. Másfelől kérdés, hogy egy olyan gyógyíthatatlan halálos betegségben szenvedő embertől, akinek panaszain és tüneteinek a ma-

rihuána bizonyítottan, és senki által nem cáfoltan nagymértékben segíthet, van-e joga bárkinek is e „nem kívánt” mellékhatás miatt megtagadni a marihuána használatát? Nem vitatható, hogy orvosi szempontból az eufória mellékhatása egész egyszerűen elhanyagolható pl. egy kemoterápiával kezelt rákos beteg esetében. Hiszen pl. a kemoterápia során jelentkező elviselhetetlen fájdalmak enyhítésére adott ópiát alapú fájdalomcsillapítók mellékhatása adott esetben a beteg halála is lehet...

## A HASZNÁLAT GYAKORLATA

A kender legalizálásáért szervezetek és aktivisták ezrei küzdenek világszerte. Kevés olyan ország van a Földön, ahol időről időre ne hallatnák hangjukat azok, akik szerint a marihuána fogyasztásának büntetőjogi tiltása eltúlzott és főleg teljesen felesleges. E harcban tulajdonképpen a huszadik század utolsó évtizedében kapott igazán nagy szerepet a kannabisz orvosi felhasználóságáért folyó küzdelem. Olyannyira így volt, és jelenleg is így van ez, hogy talán elmondható: az orvosoknak legalább a világ néhány országában belátható időn be-



lül joguk lesz arra, hogy egyes betegségekben szenvedő betegeknek marihuánát írjanak fel, sőt vannak olyan államok is, ahol ezt már jelenleg is megtehetik.

Ha csoportosítani szeretnénk a világ országait a vizsgált kérdéshez való „hozzáállás” szerint, akkor némi egyszerűsítéssel a következő kategóriákat állíthatjuk fel: vannak országok, ahol kormányzati szinten fel sem merül az orvosi marihuána használatának lehetősége, sőt a kannabisz gyógyszerkénti felhasználásáért küzdő vagy annak érdekében fellépő szervezeteket (ha egyáltalán vannak ilyenek) gyakorlatilag senki sem veszi komolyan. Ilyen ország pl. hazánk. A következő csoportba azon államok tartoznak, ahol a szőlamok szintjén évek óta napirenden van a kérdés vizsgálatának szükségessége. Franciaországban, Belgiumban kisebb-nagyobb megszakításokkal 1997 óta foglalkozik a kormányzat az orvosi marihuána lehetséges használatával, illetve folynak kísérleti programok marihuánával történő terápiával kapcsolatban. Érdeemes megemlíteni ezzel kapcsolatban egy francia szervezet (15) véleményét, mégpedig azért, mert annak megállapítási nem csak Franciaországra érvényesek. E szerint a kannabisz terápiás felhasználását Franciaországban lényegében három tényező akadályozza. Az első, hogy a viták középpontjában a

rekreációs droghasználat áll. A második, hogy Franciország gyakorlatilag status quo politikát képvisel a drogokkal kapcsolatban, ugyanúgy, mint 20 évvel ezelőtt. A harmadik ok, mely lehetetlenné teszi a kannabisz orvosi felhasználását az, hogy a legalizáció és az orvosi használat ellenzői olyan orvosok véleményeire támaszkodnak érvelésük során, akik számára egész egyszerűen nem létezik különbség kemény és lágy drogok között.

Vannak végül államok, amelyekben az elmúlt évtizedben csakugyan történtek események a kannabisz orvosi felhasználásával kapcsolatban, jogszabályok vagy legalábbis komoly állami vagy kormányzati szervek határozatai, jelentései kaptak és kapnak nyilvánosságot. Az általunk vizsgált három ilyen ország Anglia, Kanada és az Amerikai Egyesült Államok (16).

*Kanadában* a kilencvenes évek elejétől folyik a vita a mariuhána orvosi felhasználásáról. 1996-ban az egyik szövetségi állam, Ontario Fellebviteli Bírósága kimondta, hogy a drogokra vonatkozó törvény (17) alapján a parlamentnek joga van megtiltani a mariuhána rekreációs (tehát nem orvosi) használatát. Ez a döntés – talán nem véletlenül – az orvosi használatról annyiban nyilatkozott, hogy nem tartalmazott semmi, az orvosi felhasználásra vonatkozó kitételet.

2000 júliusában szintén a fenti fellebbviteli bíróság újabb döntést hozott, ezúttal olyat, mely az orvosi felhasználásra is vonatkozott. A bíróság döntése érdekes volt (18). Egyrészt fenntartotta az alsóbb rendű bíróság 1997-es döntését, mely szerint a konkrét ügyben bűnvádi eljárás alatt álló kanadai állampolgár bűnösnek bizonyult a fent hivatkozott törvény megsértésben. Ugyanakkor az alsóbb rendű bíróságnak azt az állítást is fenntartotta, mely szerint bizonyos feltételek megléte esetén a polgárok felmentést kaphatnak a drogokra vonatkozó törvény szankciói alól. Végül a döntés legfontosabb részében kijelentette, hogy a Bíróság szerint a drogokra vonatkozó törvény marihuána birtoklására vonatkozó tiltása az orvosi felhasználást illetően alkotmányellenesnek számít. A Bíróság azt is megállapította, hogy az eltelt évek tapasztalata alapján a szabályozás kimondhatóan hatástalannak bizonyult a rekreációs használat tekintetében is. A döntésben a bíróság a kérdés bonyolultsága és a jogi megoldás kidolgozásának várható nehézségei miatt egy évet adott arra, hogy az alkotmányellenes helyzetet feloldják, erre az időre „fel függesztették az érvényességet”, a határidő lejárta után azonban az alkotmányellenes szabály hatályát fogja veszteni.

A döntésre reagálva a kanadai egészségügyi miniszter kijelentette, hogy az egészségügyi kormányzat készen áll arra, hogy kidolgozza a marihuána orvosi felhasználásának feltételeit. Tudni kell azonban azt is, hogy 1997 óta a fent már említett felmentést – ha rendkívül csekély számban is – de megadja az egészségügyi miniszter bizonyos betegeknek. E gyakorlat szerint, ha valakinek a kezelőorvosa a betegség részletes leírásával és a kórelőzmények ismertetésével a minisztériumhoz kérelmet nyújt be, akkor az egészségügyi miniszter saját jogkörében eljárva a betegnek és orvosának felmentést ad a drogokra vonatkozó törvény marihuánára vonatkozó szakaszai alól, mégpedig a törvénynek egy, az orvosi szükségességre vonatkozó szakasza alapján (19). Az egészségügyi kormányzat gyakorlatilag elfogadta a Bíróság egy éves határidejét, és első lépésként a miniszter bejelentése szerint vállalta, hogy 2001. júliusának végéig kidolgozzák a feltételeket a marihuána orvosi használatához. A szabályoknak feltétlenül tartalmazniuk kell, hogy egészen pontosan melyek azok a betegségek, amelyek megállapítása esetén a betegeknek jöhetnek használni a marihuánát. A rendeletek nagy valószínűséggel fognak kitételeket tartalmazni a betegek részére lehetővé tett marihuánatermesztésről is. Végül

2000 októberében a kanadai kormány úgy nyilatkozott, hogy „nem lép az ügyben”, így a Bíróság döntése értelmében 2001 júliusában a kannabisz elérhető orvossággá válik Kanadában.

Az egészségügyi kormányzat kijelentette ugyanakkor azt is, hogy ezeket a lépéseket nem fogja követni a kannabisz teljes legalizációja, a marihuána az új jogszabályok életbe lépésével továbbra is illegális drognak fog minősülni. Az orvosi felhasználás előtt azonban minden bizonnyal széles lehetőségek nyílnak majd meg, s ezzel gyakorlatilag Kanada lehet az első olyan ország a világon, ahol a legkülönbözőbb jogi problémák nélkül használhatják majd az orvosok és betegek a marihuánát.

Hogy melyek ezek a jogi problémák, s hogy miért jelenthette ki a kanadai egészségügyi miniszter azt 2000 októberében, hogy „a világnak jelenleg egy országában sem legális gyógyszer a marihuána (20)”, szükséges megvizsgálni az *Amerikai Egyesült Államok* példáját.

Annál is inkább szükséges ez, hiszen az Egyesült Államokból a kilencvenes évek közepe óta rendszeresen érkeznek hírek arról, hogy valamelyik szövetségi államban éppen most legalizálták az orvosi marihuána használatát. Mi is a helyzet tehát pontosan az USA-ban?

Nincs még egy ország a Földön, melynek drogpolitika és szinte minden, kábítószerrel kapcsolatos döntése olyan nagy hatással lenne a világ többi országának drogokhoz való viszonyára, mint az USA. Egyrészt az USA már arra is dollármilliárdokat költ minden évben, hogy a kábítószer ellen saját határain kívül harcoljon (mint teszi ezt évtizedek óta Dél-Amerikában). Másrészt elmondható, hogy a „nulla tolerancia” elvének „kitalálásával” és meghirdetésével az Egyesült Államok a tiltó, prohibicionista drogpolitika legfontosabb hirdetőjévé, és tegyük hozzá, sok ország számára követendő példává vált. (21) Talán éppen ezért figyelhető meg az, hogy az orvosi marihuána felhasználásával kapcsolatos események pontosan az USA-ban a leginkább figyelemre méltóak, valamint ebben az országban figyelhető meg a legtöbb ellentmondás is a kérdéssel kapcsolatban.

Az USA-ban évtizedek óta folynak kutatások a marihuána gyógyításban való használhatóságáról. 1962-től kezdve (amikor az USA-ban a korábbi tiltás után újra engedélyezték a marihuánával való tudományos kísérleteket), a hetvenes és nyolcvanas években is sorra láttak napvilágot azok a kutatási eredmények, melyek senki által nem cáfoltan bizonyították, hogy a marihuána bi-

zonyos betegségek kezelésében rendkívül hasznos lehet. Különösen sok tanulmány jelent meg a hetvenes évek közepéig, 1976-ig. 1975 novemberében még a NIDA (22) egy országos méretű tudományos konferenciát is szponzorált a marihuána orvosi használatáról folyó kutatások ismertetéséről. 1976-ban azonban a Ford-adminisztráció egy váratlan döntéssel gyakorlatilag betiltotta (23) a független (vagyis az egyetemeken folyó), valamint a szövetségi egészségügyi programok keretein belül végezhető kutatásokat. A gyógyszergyárak részére továbbra is engedélyezték azonban a kísérleteket, de csak a delta-9-THC-vel, és nem a természetes kannabisszal kapcsolatban. (24)

A nyolcvanas évek legjelentősebb amerikai eseménye a vizsgált kérdés szempontjából 1988-ban következett be. Ekkor egy beadvány kapcsán, amely arra irányult, hogy a marihuána drokként való besorolását a DEA (25) változtassa meg, érdekes döntés született. Az USA-ban ugyanis a kábítószeres veszélyességük szerint osztályokba vannak sorolva. A „schedule 2”-be tartoznak például azok az illegális drogok, melyeknek bizonyos esetekben lehetnek felhasználható orvosi hatásai (ide tartozik pl. a heroin vagy a morfin). A marihuána azonban – s így van ez a mai napig, a DEA előtt jelen-

leg is vizsgálatra vár egy ezt megváltoztatni kívánó indítvány – egy olyan osztályba tartozik („schedule 1”), ahol a veszélyes illegális drogoknak semmilyen elismert orvosi hatása nincsen. 1988-ban azonban egy szövetségi DEA közigazgatási bíró (26), miután az összes DEA/NIDA dokumentumot átnézte, valamint több napon keresztül hallgatott meg betegeket, orvosokat, kutatókat és politikusokat, jelentésében végül arra a következtetésre jutott, hogy (szó szerint) „minden ésszerű gondolkodás alapján kijelenthető, hogy orvosi kontroll mellett a marihuánának egészen bizonyosan kedvező hatásai vannak egyes betegségek kezelésében”. A DEA ennek ellenére, minden bizonnyal akkori konzervatív vezetője (27) hatására 1989 decemberében úgy döntött, hogy a marihuána nem sorolható át másik kategóriába (28).

A kilencvenes években egyre erősödtek azok a mozgalmak, melyek lehetővé kívánták tenni a kannabisz orvosi felhasználását. Miután a különböző drogpolitikai szervezetek által finanszírozott közvélemény-kutatások sorra jelezték, hogy a polgárok többsége támogatná az ilyen irányú jogszabályokat, 1996-ban egy beadvány során Kaliforniában népszavazásra került sor a kérdésben. Ekkor, 1996 novemberében, miután a kaliforniai



polgárokhoz egy szervezet eljuttatta a 215-ös törvényjavaslatot, majd a szükséges aláírásokat összegyűjtötte, megtartották a népszavazást. Az emberek több mint 56 százaléka támogatta azt, hogy az állam területén legyen legális a kannabisz gyógyszerkénti felhasználása. A népszavazás nyomán elfogadott és hatályba is lépett törvény (alkotmánykiegészítés) szerint legálissá vált a marihuána orvosi célra való termesztése, felírása, használata és árusítása (kizárólag betegek részére). A kaliforniai példát hamarosan követte Arizona is, itt azonban a törvényjavaslat nem léphetett hatályba, mert az állam kormányzója – évtizedek óta példátlan módon – vétót alkalmazott vele szemben (mintegy két évvel később azonban megismételték a népszavazást, s a polgárok ismét a javaslat mellett szavaztak). A szövetségi drogszervek zajos tiltakozása ellenére az elmúlt 5 évben az USA számos államában (29) írtak ki népszavazásokat a kérdésben. Az eredmények minden esetben azonosak voltak: a polgárok mindenütt kisebb-nagyobb többséggel azon az állásponton voltak, hogy egyes betegségekben szenvedőknek legyen joguk a marihuána orvosi használatához. Az egyik legfrissebb, 2001. februári közvélemény-kutatás szerint New Mexico tagállamban azt a kormányzó által benyújtott törvényjavaslatot,

mely az orvosi marihuána legálissá tételét tűzi ki céljául, az emberek 78 százaléka támogatja, az ellenzők aránya pedig 16 százalék. (30)

A regisztráció és a betegek kannabiszhoz jutattása sehol sem egyszerű. Jelenleg pl. Kaliforniában egy igazolványt kell kiváltania az orvosi marihuánát használó betegeknek, melynek birtokában különböző „vásárlói klubokban” (31) szerezhetik be a marihuánát. Hawai államban 2000 júniusától a betegeknek joguk van a növény termesztéséhez is. Tény, hogy a vásárlói klubok ritkán hosszú életűek, ugyanis a szövetségi drogszervek (DEA, FDA) állandó kontrollja (és talán nem túlzás azt állítani, zaklatása) következtében időről-időre bezárnak klubokat. Ahhoz, hogy a kanadai egészségügyi miniszter már idézett szavait értelmezni tudjuk (misperint a világ semelyik országában sem legális gyógyszer a marihuána), ismerni kell az USA bonyolult jogrendszerét. Egyrészt, bár az államokban lezajlott népszavazások, és a helyenként hatályba lépett törvények értelmében a már említett tagállamokban gyakorlatilag legális, vagy rövid időn belül legális lehet a marihuána gyógyászati alkalmazása, a szövetségi törvények értelmében a használat továbbra is tiltott. Így az FDA, ha akar, szinte mindig fog találni olyan okot, amelyre hivatkozva be-

zárathatja a klubokat, ugyanakkor az is tény, hogy a legtöbb esetben azért kerül sor az elosztóhelyek bezárására, mert az FDA és a DEA beépített ügynökei felfedik, hogy klubokban nem csak betegek számára árusítanak marihuánát. Érdekes azonban megjegyezni, hogy a hivatkozott kaliforniai törvény hatályba lépése óta a szövetségi kormányzati szervek senki ellen nem indítottak bünvádi eljárásokat az orvosi marihuánára vonatkozó szabályok megszegése miatt Kaliforniában, arra azonban számos példa volt, hogy a kifogásolt klubok ellen polgári peres eljárásokat indítottak. (32) Ez utóbbi jelenség okát nyilván az egyszerűnek nem nevezhető amerikai jogrendszerben kell keresni.

A Clinton-adminisztráció érezvén, hogy kénytelen valamilyen álláspontot képviselni a kérdésben, „drogcárján” (33) keresztül 1997-ben egy egymillió dolláros keretet juttatott egy 18 hónaposra előírányzott kutatási programnak. A program feladatául azt tűzték ki, hogy egyszer s mindenkorra, megvizsgálva az összes, rendelkezésre álló bizonyítékot és kutatási eredményt, állapítsák meg, hogy van-e a marihuána-felhasználásnak orvosi lehetősége, vagy sem. Az 1999 márciusában elkészült, és nyilvánosságra is hozott tanulmány, melyet tehát kizárólag szövetségi forrásokból finanszíroz-

tak, érdekes – bár sokak számára nem meglepő – eredményekre jutott (34). Egyrészt megállapította, hogy a rendelkezésre álló bizonyítékokból kitűnik: a marihuánának számos betegség tekintetében van értékelhető pozitív hatása. Elismerte, hogy sok beteg esetében csak a szívható orvosi marihuána, és nem a szintetikus THC jelentheti a megoldást. Végül, de nem utolsósorban három, a kutatás kiírásakor meglévő alapfeltevést is megcáfolt. Egyrészt kimondta, hogy a marihuána nem nevezhető „nagyon addiktív” drognak. Másrészt megállapította, hogy a „bevezetődrog”-elmélet (35) téves és meghaladott, végül kimondta azt is, hogy nem valószínű, hogy az orvosi használat engedélyezésével jelentős növekedésnek (értsd: a már most is jelentősnél komolyan nagyobb mértékűvé) indulna a rekreációs (más néven alkalmi) marihuánafogyasztás.

A kérdés az Egyesült Államokban már valóban csak az, hogy egy ilyen eredményű állami kutatási programon kívül vajon milyen egyéb ok vagy indok kellene ahhoz, hogy szövetségi kormányzati szinten is megváltozzon a jelenleg továbbra is merev álláspont. Hogy mi lesz ez az indok, egyelőre nem tudható, az azonban szinte biztos, hogy mint gyakorlatilag minden döntés, amely a marihuánával kapcsolatos, politikai természetű lesz.

*Angliában* a kannabisz elleni nemzetközi fellépés (36) után még néhány évnek el kellett telnie ahhoz, hogy az orvosoknak megtiltsák a marihuána felírását betegeknek. Ez 1971-ben következett be az ide vonatkozó angol jogszabály alapján (37). A marihuána felírási gyakorlata Nagy-Britanniában ekkor még jelentős részben a különféle egyéb drogok elleni kezelésben legalább olyan fontos (ha nem fontosabb) volt, mint az egyéb betegségek kezelésében (38). A tiltás után a nyolcvanas és a kilencvenes években folytak kísérletek a kannabisz orvosi felhasználásáról. Talán a legjelentősebb esemény a tárgy szempontjából a Lordok Háza illetékes, Tudományos és Technikai Bizottságának már említett 1998. novemberi jelentése volt. A már idézett részen kívül (mely szerint a Bizottság úgy ítélte meg, hogy az általa megvizsgált bizonyítékokat elegendőnek találta ahhoz, hogy az orvosi felhasználás engedélyezése mellett foglaljon állást), a dokumentum olyan részeket is tartalmazott, melyek talán nem csak Angliában, hanem a világ többi országában is jól jellemzik a jelenlegi helyzetet, a szó szerinti idézés ezért talán nem felesleges. A jelentés kimondta, hogy „Nagy-Britanniában 85 ezer ember szenved a Multiplex Sclerosis szörnyű tüneteitől. Közülük csak csekély részük használ betegségének kezelésére

marihuánát illegálisan. Ők azonban a jelentések és vizsgálatok szerint nagy számban számolnak be tüneteik rendkívül kedvező változásairól. Nem hisszük, hogy ez az állapot megnyugtató lenne... jelenleg a kannabiszt orvosi okokból használó betegek könnyen a drogfogyasztás ellen folyó háború áldozataivá válhatnak. Ez a helyzet bűnözővé tesz ártatlan embereket, feleslegesen terheli a hatóságokat, és szégyent hoz jogrendszerünkre. A kannabisz illegális orvosi használata meglehetősen gyakori, sokszor a kezelőorvosok hallgatólagos beleegyezésével, ritkábban kifejezett bátorításukra történik. A jelen állapot beteg embereket, és néha az őket segítő személyeket tesz ki büntetőeljárásoknak, és komoly büntetőjogi szankciók veszélyének.”

A Lordok Háza idézett jelentésében amellet, hogy klinikai vizsgálatok elvégzését sürgette, utalást tartalmazott a kormány álláspontjára is. E szerint, ha a gyógyszerek engedélyezésére hivatott brit hivatal (39) számára a klinikai vizsgálatok elegendő bizonyítékot fognak tartalmazni, akkor az angol kormány készen áll majd arra, hogy jogszabályok megváltoztatásával és kiegészítésével lehetővé váljon a marihuána gyógyászati célú felhasználása. 2000 márciusában egy londoni székhelyű drogpolitikai szervezet (40) általában a drogok

elleni jogszabályok enyhítését szorgalmazta. Tony Blair brit miniszterelnök reagálva a javaslatokra elutasította azokat, egy brit lapnak adott interjújában (41) azonban kijelentette, hogy kormánya „komolyan foglalkozik a marihuána kizárólag orvosi célú felhasználásával”. Ennek azonban már több mint egy éve – bár ez az idő a kérdés tekintetében nem is számít soknak sem a politika világában, sem a jogszabályok megváltoztatásának szempontjából.

## ESETLEGES VÁLASZOK A LEGTÖBBET HANGOZTATOTT ELLENÉRVEKRE

Végül elszakadva az egyes országok jelenlegi jogi és egészségügyi rendszereitől, talán nem célszerűtlen megpróbálni választ adni azokra az ellenérvekre, amelyek leggyakrabban felmerülnek a kannabisz orvosi célú használata ellen. Ehhez azonban szükséges néhány alapvetést tenni.

Először is, tudományos megalapozottsággal ki lehet jelenteni, hogy a marihuána használata számos súlyos betegség kezelésében lehet rendkívül hatékony. Ezt a tényt el kell fogadnunk, mégpedig nem pusztán azért,

mert elegendő kutatás bizonyította az állítás igazát, hanem azért is, mert ezeket a vizsgálatokat hasonlóan komoly megalapozottsággal készülő tanulmányok nem cáfolták meg és nem is vitatják (42). Másodsor, a kannabisznak gyógyszerként használva nincs komoly mellékhatása az eufórián és a füstnek a tüdőre gyakorolt hatásán kívül (utóbbi azonban a dohányzással összehasonlítva rögtön kevésbé tűnik veszélyesnek, főleg ha a marihuánát az orvos utasítása szerint időszakonként megszakítva fogyasztják a betegek). Harmadszor, ki lehet jelteni, hogy az államoknak általában érdekében áll a rekreációs (tehát nem gyógyászati célú) marihuánafogyasztás megakadályozása, hiszen az elmúlt évtizedek politikai döntései ezt egyértelműen igazolják. Végül az is kijelenthető, hogy még ha azt nem is ismerjük el, hogy mindenkinek joga van az orvosi marihuána-használathoz, azt el kell ismerni, hogy bármely szempont alapján igen nehezen védhető az az álláspont, mely alapján súlyos betegségekben szenvedő embereket fosztanak meg egy biztonságos és bizonyítottan hatékony gyógymódtól, melynek alkalmazása ráadásul senki mást nem sérthet meg.

- Gyakorta hangoztatott érv a marihuána orvosi használata ellen a kannabisz fogyasztásának káros kö-



vetkezményeire való figyelmeztetés, nevezetesen a füstben található karcinogén anyagok rákkeltő mivolta, a központi idegrendszerre való káros hatás, valamint a marihuána-hatás alatt bekövetkező esetleges sérülések veszélye. Ezek az érvek részben igazak, részben megcáfolhatók. A hatás alatt bekövetkező sérülések veszélye nem lehet az oka annak, hogy egy esetleges gyógyszer ezért ne engedélyezzenek. Gondoljunk csak arra, hány gyógyszer használati utasításában szerepel pl. tilalom az autóvezetéssel kapcsolatban, és nincsenek olyan jelek, melyek azt mutatnák, hogy az emberek ezeket a tilalmakat ne vennék komolyan. A füst rákkeltő hatása csakugyan bizonyított, azonban az is tény, hogy egy dohányos ember napi 10-20 szál cigarettát bizonyosan elfogyaszt, a marihuánát orvosi céllal használó betegek közül pedig még a masszív dózist igénylők sem fogyasztanak ennyi kannabiszt. Tegyük fel azonban, hogy minden, a fogyasztásra vonatkozó káros hatást feltételező állítás igaz. Ezek a károk ekkor is eltörpülnek az elérhető kedvező orvosi hatásokhoz képest, de egyensúlyban semmiképpen sem állhatnak velük. De még ha ez utóbbi állítást sem fogadjuk el, azt mindenképpen el kell ismerni, hogy legalább a halálos, vagy nagyon súlyos betegek esetében engedélyezni kell a használatot,

hiszen az ő esetükben az elérhető előnyök jóval fontosabbak, mint az esetleges hátrányok (43).

- Ellenérvként szokott elhangozni az is, hogy a marihuána orvosi használatát nem vizsgálták elégszer, és a gyógyszerek engedélyezése előtti szokásos kötelező vizsgálatok elvégzése is komoly nehézségekbe ütközik a kannabisz esetében. Ezzel szemben annak, aki a kérdésben egy cseppet is tájékozott, tudnia kell, hogy éppen elég kutatási eredmény és vizsgálat mutatott már rá a kannabisz gyógyszerkénti hasznosságára, nem is szólva arról, hogy a kannabisz évszázadokon keresztül megfelelő gyógyszer volt az emberiség egy jelentős része számára. Ha nem fogadjuk el a fenti állítást (tehát azt mondjuk, hogy nincs a kezünkben elég megalapozott eredmény), akkor sem védhető, hogy miért ne lehetne minden országban széles körű tudományos kísérleteket folytatni a kannabisz felhasználása tekintetében. A gyógyszer-engedélyezés bonyolultságát gyakran indokolják azzal, hogy a marihuána tekintetében nem megoldhatók az ún. kettős-vak, vagy más néven placebós kutatások (a kettős-vak vizsgálat során sem a beteg, sem orvosa nem tudja, hogy placebót vagy valódi szert használnak-e). Ezzel szemben vizsgálatok mutatták ki, hogy az emberek 75 százaléka nem tudja megkülön-

böztetni a marihuánát az egyéb anyagoktól a kísérletek során (44). De vegyük azt az esetet, hogy ezek a tesztvizsgálatok csakugyan megoldhatatlan bonyodalmak elé állítanák az illetékes hatóságokat. A már idézett Lester Grinspoon, több, a témával foglalkozó munka szerzője erre a problémára nemes egyszerűséggel azt a választ adja, hogy miért lennének feltétlenül szükségesek ezek a vizsgálatok, ha az inzulin, a penicillin, az aszpirin orvosi bevezetéséhez elegendő volt az emberek megcáfolatlan pozitív tapasztalata (45)?

- Magyarországon is elhangzott már szakemberek nyilatkozataként (46), hogy a marihuána orvosi engedélyezésének egyik fő akadálya a növényi anyaggal való gyógyítás magas bizonytalansági tényezője, nevezetesen az, hogy a marihuána-növény hatóanyag-tartalma nagymértékben függhet az időjárástól, a termesztés helyétől és egy sor más körülménytől. E tényezők kiküszöbölése túl nagy problémát jelent tehát. Igen ám, de mihez képest túl nagyot? Nem tudják-e sikerrel betartani a cigarettagyárak a dohány termesztése és előállítása során azokat a szigorú előírásokat, melyek a dohány és a cigaretta nikotin-és kátránytartalmára vonatkoznak (47)? De bizony igen. És vajon miért feltételezi bárki is, hogy egy marihuánatermesztésre esetleg

állami engedélyt kapó komoly gyógyszergyártó cég a kannabisz-termesztés során a hatóanyag-koncentrátum tekintetében nem tudna élni azzal a felelősséggel, melylyel nyilvánvalóan egyéb termékeinek előállításakor is élni kénytelen? Szintén ide tartozik annak az érvek a cáfolata is, hogy az orvosi marihuánára nincs szükség a szintetikus THC birtokában. Egyrészt azonban a növény termesztése jóval olcsóbb, mint a kémiai úton létrehozott gyógyszerek előállítása, másrészt bizonyított, hogy számos beteg esetében csak a szívható orvosi marihuána lehet jó megoldás, az orális szintetikus THC nem.

- Végül talán a legtöbbet felhozott ellenérv szerint az orvosi marihuána engedélyezése rossz üzenetet hordozna a társadalom számára, és többek között azt közvetítené, hogy a marihuána fogyasztása nem igazán veszélyes. Az elmúlt évtizedek tapasztalatai azonban azt mutatják, hogy próbáljanak a kormányok bármilyen jó üzeneteket is közvetíteni az emberek felé, éljenek bármely fokú elrettentéssel is (amennyiben ez jó üzenetnek számít), a marihuána rekreációs használata a fejlett világ országaiban szinte mindenütt elterjedt és gyakorta emelkedést is mutat (48). Azt pedig senki sem gondolhatja komolyan, hogy a marihuána orvosi használatá-

nak egyes betegségek kezelésében való engedélyezése az egyébként marihuánával egyáltalán nem, vagy csak ritkán élő többség szemében a kannabiszfogyasztás enyhe veszélyességét, vagy „egészségességét” jelentené. Hiszen ezen az alapon akár azt is mondhatnánk, hogy az ópiátok orvosi felhasználása ugyanezt az üzenetet hordozza, vagy kijelenthetnénk azt is, hogy az orvosi segítséggel végzett akupunktúra előbb-utóbb azt fogja eredményezni, hogy a polgárok tűkkel fogják magukat összeszurkálni (49).

Azon kívül, hogy a marihuána a „politika áldozata”, nincs igazolt, komolyan vehető indoka annak a ténynek, hogy a világon betegek millióit fosztják meg az általuk megválasztott kormányok egy olcsó, biztonságos, és hatékony gyógyítási módtól.

## JEGYZETEK

1. L. Grinspoon és James B. Bakalar: The History of Cannabis, in: Marihuana: The Forbidden Medicine, 1993. Yale Univ. Press.
2. Robert Burton: The Anatomy of Melancholy.

3. dr. Dennis Petro: Treatment of human... in: Journal of Clinical Pharmacology, 1981/21.
4. Annals of Neurology 1983/13., 669. o.
5. House of Lords, Press Release, 11. Nov. 1998.
6. L. Grinspoon és J. Bakalar: Marihuana: The Forbidden Medicine, 1, New Haven 1999.
7. Food and Drug Administration.
8. Journal of The International Hemp Association, 1996/3. 24–26.
9. Institute of Medicine.
10. Journal of the American Medical Association 1975/234., 306–307.
11. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1994/194.
12. B. Zimmerman és társa „Is the Marijuana the right medicine for You?” New Canaan, CT, 1998.
13. Az egyetlen amerikai, szövetségi szervek által folytatott orvosi marihuána kísérleti program résztvevőinek többsége (amennyiben 8 ember esetében erről lehet beszélni) zöldhályogban, azaz glaukómában szenved. Utóbbi egyébként az USA-ban a bekövetkező vakságok 40 százalékaért felelős.
14. L. Grinspoon és társai id. mű.
15. Association pour la Medicalisation Legalisée du Cannabis, at: [www.drogue-danger-debat.org](http://www.drogue-danger-debat.org)
16. Németországban az epilepsziában és az MS-ben szenvedő betegeknek bizonyos esetekben joguk van a marihuána használatára, a helyzet kísérleti programok szintjén

ugyanilyen Ausztráliában is. Egyik országban sem érint azonban ez a lehetőség valóban széles tömegeket.

17. Controlled Drugs and Substances Act.
18. R. v. Parker, 2000. július 31-én.
19. 2000 őszén Kanadában valamivel több mint 70 embert kapott ilyen felmentést, és egyben jogot az orvosi marihuána használatára.
20. Természetesen Hollandiában, ahol a felnőtt állampolgárok a gyakorlatban büntetőjogi szankciók nélkül, államilag ellenőrzött forrásból és helyszínen juthatnak a marihuánához, fel sem merül, hogy a kannabisz ne lenne legális gyógyszer. A fenti kijelentés nyilvánvalóan úgy értelmezhető, hogy nincs olyan ország, ahol a marihuána drognak számítana ugyan a büntető törvények szempontjából, de orvosi használata engedélyezett lenne.
21. 1998 óta hazánk is az USA drogpolitikáját követi, s ezt a kormányzat nem is titkolja. A jelenlegi magyar miniszterelnök, Orbán Viktor többször kijelentette, hogy a kormány az USA drogpolitikáját tekinti követendő célnak.
22. National Institute on Drug Abuse- kormányzati finanszírozású szervezet az USA-ban.
23. Valójában megtiltották az ilyen programok finanszírozását. Jelenleg a fentebb már említett egyetlen szövetségi kísérleti programban 8 ember vehet részt az egész Egyesült Államokból.
24. E kísérletek vezettek a szintetikus THC alapú gyógyszer(ek) bevezetéséhez. Az igazsághoz azonban hozzátar-

tozik, hogy csekély közgazdasági ismeretek birtokában is egyértelműnek látszik, a világ (s így az USA) nagy gyógyszergyárai szinte elképzelhetetlen anyagi veszteséget lennének kénytelenek elszenvedni a kannabisz orvosi használatának lehetővé tételével.

25. Drug Enforcement Administration, az USA Kábítószer Ellenőrző Hivatala.
26. Francis Young DEA közigazgatási bíró döntése 1988 szeptemberében.
27. John Lawn, 1989-ben DEA igazgató.
28. Jack Herer: A császár meztelen, magyar kiadás: Cactus-film, Bp. 2000.
29. pl. Alaska, Oregon, Maine, Nevada, District of Columbia, Washington és Hawai, ahol 2000 nyaratól a törvény kormányzó általi szentesítése értelmében felírható legális gyógyszer a marihuána.
30. A kormányzó neve Gary Johnson, a közvélemény-kutatást a Lindesmith Center drogpolitikai alapítvány végezte.
31. ún. Cannabis Buyer's Clubok.
32. R. Eric Barnes: Legal and Moral Issues Surrounding The Medical Prescription of Marijuana, in: Bioethics 2000/1.
33. Az USA-ban a drog-adminisztráció vezetőjét „drogcárnak” nevezik. Bill Clinton alatt ezt a posztot Barry McCaffrey tábornok töltötte be, a kézirat lezárásáig az új, Bush-adminisztráció drogfőnöke még nem ismert.
34. Office of National Drug Control Policy press release, 1999 áprilisa.



35. Az úgynevezett Gateway Drug Syndrome szerint a marihuánát fogyasztók előbb-utóbb szükségszerűen térnek át károsabb kábítószerekre.
36. L. a korábbi részből az ide vonatkozó nemzetközi szerződéseket.
37. Misouse of Drugs Act.
38. Philip Robson: Cannabis as medicine: time for the phoenix to rise? In: British Medical Journal online at: [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
39. Medicines Control Agency.
40. Police Foundation: Drugs and Law c. jelentése, 2000 március, at: [www.medicinal-cannabis.org](http://www.medicinal-cannabis.org)
41. The Independent, at: [www.index.hu](http://www.index.hu), 2000. március 29.
42. R. Eric Barnes id mű in: Bioethics, 2000/1.
43. R. Eric Barnes i. mű.
44. l. u.ott.
45. L. Grinspoon és tsa id. mű.
46. dr. Kremmer Tibor, az Országos Onkológiai Kutató Központ igazgatójának véleménye a Népszava 1999. szeptember 24-ei számában. dr. Freund Tamás agykutató, egy szegedi orvoscsoport vezetője ugyanakkor a Milleneumi Országjáró.
47. L. R. Eric Barnes id. mű.
48. UNDCP, az ENSZ kábítószerekkel foglalkozó szervezetének 2000-es drog-jelentése, at: [www.un.org](http://www.un.org)
49. L. R. Eric Barnes id. mű.



## UTÓSZÓ

Az európai országok többségében a marihuánafogyasztást már nem tekintik bűnnek, a kormányok tudomásul veszik, hogy a lakosság egy része szabadidős tevékenységként használja ezt a szert. A tiltás ellenére sokan megtanultak együtt élni a kenderszármazékokkal, és magánügynek, az egyén szabad választásának tekintik, hogy az alkoholt vagy a marihuánát részesíti előnyben az, aki pszichoaktív szerrel kíván kikapcsolódni. A fiatalokat nem a fogyasztás büntetésével kívánják a káros hatásoktól megvédeni, mivel egy rendőrségi ügy sokszor nagyobb kárt okoz az egzisztenciális fejlődésben mint a fűszívás.

Magyarországon a büntető jogalkotás és a gyakorlat is szigorúbb, mint a nyugat-európai országokban. A kábítószeres miatti eljárások többsége marihuánahasználattal kapcsolatos, és akár évekig is elhúzódhat egy-egy nyomozás. Hazánkban a közvélemény indokoltnak tarja az elrettentést, azonban az érintett fiatal korosztályok nem ítélik el a marihuánafogyasztást és a kockázatok vonatkozásában sokszor tájékozottabbak mint a felnőttek.

Bízunk abban, hogy a külföldi liberalizálás érveit és eredményeit Magyarországon figyelembe fogják venni, és a változások hatással lehetnek a mi joggyakorlatunkra is. A Kenderkönyv a józanabb drogpolitika megismerését és elfogadását kívánja elősegíteni.