

Börtön és drog

Új megoldások ● Lehetséges alternatívák*

Mára már bebizonyosodott, hogy a büntetés-végrehajtási intézetekben is éppúgy jellemző a drogfogyasztás¹, mint a szabad életben. A kábítószerrel nem képes sem szögesdrót, sem szigorú ellenőrzés kívül tartani, az illegális anyagok mindig utat találnak egyes fogvatartottakhoz, akik a különböző kábítószereket a menekülés eszközeként tekintik, vagy azokat a magukkal hozott, illetve bent szerzett függőségük kielégítésére használják. A kábítószerfüggőként bekevert, illetve a börtönben függővé vált elítéltek adott esetben komoly biztonsági kockázatot jelenthetnek a végrehajtási intézet rendjére, mivel gondok forrása lehet például a függők és kábítószerrel nem fogyasztók közös zárkába helyezése, de éppígy nehézségeket okozhat a függők teljesen külön kezelése is. Előfordulhat, hogy a büntetés-végrehajtás keretei között esetlegesen megkísérelt – elvonó – terápia kudarcot vall, vagy azt meg sem próbálják, mivel hiányzó motiváció esetén a kényszeren alapuló „kezelés” eleve sikertelen lesz. Ilyen esetben is adott tehát egy speciális helyzetben levő elítélt, akit a saját maga és a többi fogvatartott védelme érdekében (is) különleges elbánásban kell részesíteni, de mindezt a büntetés-végrehajtás keretein belül, annak célját mindenkor szem előtt tartva.

Az illegális kábítószer-fogyasztás büntetés-végrehajtásban okozott problémáinak főbb csomópontjait az alábbiakban megkísérlem összefoglalni. Kiindulópontként le kell szögezni, hogy a büntetés-végrehajtáson belüli drogfogyasztás – a kialakult problémákat illetően – hasonló a szabad életben megfigyelhető kábítószer-használathoz, ugyanakkor a

büntetés-végrehajtás sajátosságai módosításokat is eredményeznek. A börtönön belüli drogfogyasztás objektív megítéléséhez egy további lényeges szempontot is figyelembe kell venni, amely azonban az egész börtönbeli drogprobléma kezelését mondhatni alapjaiban megkülönböztetheti a szabad életbelihez képest. A börtönökben, mint egy teljesen zárt inté-

*A tanulmány részét képezi egy, az Ifjúsági és Sportminisztérium támogatásával folytatott kutatásnak, amelynek témája a legújabb ártalomcsökkentő módszerek bemutatása.



zetben, a lakók között egyfajta belső hierarchiában tagozódott, „különleges” börtöntársadalom alakul ki, amelynek értékrendje eltérő, legtöbbször pedig ellentétes a hivatalos hatalom által elvárt normarendszertől.² Ezen értékrend „része lehet a tiltott kábítószeres fogyasztása is. A kábítószeres magatartás tehát adott körülmények között hozzájárulhat ahhoz, hogy az egyén magasabb, elismertebb státuszt élvezzen az adott közösségen belül, szubkultúráján belül.”³

Mindez tehát azt is jelentheti, hogy a büntetés–végrehajtáson belüli drogsegítő (vagy drogellenes) munkának nem csupán a kábítószerrel, mint egészségre veszélyes és káros anyaggal kell számolnia, s emellett fogyasztásának felhagyására kell ösztönöznie az érintett fogvatartottakat, de kellő kompenzációt is fel kell csillantania, amely a börtöntársadalomban – talán épp a kábítószer miatt – elfoglalt kedvező pozíció elvesztésével szemben állhat. Ez pedig nagyon nehéz. Hasonló problémát jelenthet, hogy a fogvatartottak a kábítószerrel sokszor – ép úgy mint a „kinti életben” – problémamegoldó eszközként használják, azaz ennek helyettesítésére más alkalmas eszközök kellene az érintett személyek kezébe adni...

Osszetett kérdés

Az illegális fogyasztás veszélyei (droghalál, túladagolás, a szennyezett anyagok fogyasztása által okozott mérgezések stb.), a közösen használt eszközökben rejlő fertőzésveszély (leginkább AIDS, hepatitisz) komoly kockázatot jelenthet mind az egyénre, mind a többi fogvatartottra nézve. Külön gondot okozhat a büntetés–végrehajtáson belül (is) a kábítószerfüggő elítéltek kezelése,

a kezelés megkísérlése, illetőleg ennek esetleges kudarca. Hátrányos következmény lehet adott esetben a büntetés–végrehajtás során a másik fogvatartott hatására szerzett kábítószer-fogyasztási tapasztalat vagy súlyos esetben függőség, azaz ha éppen a büntetés–végrehajtás során vagy miatt növekedik a fogyasztók száma.

A büntetés–végrehajtásban a kábítószeres elleni fellépés fontos eszköze a kínálatcsökkentés: a tény, hogy a kábítószeres a büntetés–végrehajtási intézetekben is elérhető, azt a követelményt erősíti, hogy a biztonsági, ellenőrzési szabályokat az egyre rafináltabb becsempészési módokhoz igazítsák. Hasonlóképpen lényeges szempont a vonatkozó szabályok kialakításánál, hogy leleplezés esetére megfelelő szankciókat alkalmazzanak.

Mindezek végső soron a büntetés–végrehajtási intézet rendjére, illetve biztonságára is hatással lehetnek: a nagy haszonnal járó illegális kábítószerüzlet átalakíthatja a börtönök „társadalmát”, pl. a beszerzők és kereskedők, illetve a kiszolgáltatók (ti. kihasználható, megálázható stb.) fogyasztók körére. A magas jövedelem reménye és lehetősége alkalmas teremthet a börtönszemélyzetet megcélzó korrupciós kísérletekre is. Ugyanitt lehetne megemlíteni a problémák azon körét is, amelyek abból adódhatnak, ha az elítéltek bizonyos köre – bármilyen okból is – távol kívánná magát tartani a kábítószerrel, illetve a kábítószer fogyasztóitól, de az elhelyezés szabályai miatt erre nincs lehetősége. Hasonlóképpen problematikus lehet a fordított helyzet is, hogy ha pl. a kábítószerfüggő elítéltek külön elhelyezéséről, az-

az „különleges” elbánásáról gondoskodnak, mivel ha ezt a többiek pozitív diszkriminációként élik meg, szélsőséges esetben a drogfogyasztói magatartást saját személyükben is követendőnek tekinthetik...

A büntetés–végrehajtáson belüli kábítószer–fogyasztás elleni harc elvei és eszközei alapvetően nem különbözhetnek attól, amit egy ország a „kinti” kábítószer–fogyasztás kapcsán képvisel és alkalmaz. Különbségek „csupán” abból a tényből adódhatnak, hogy a drogfogyasztás szűkebb kerete az önmagában is speciális érdekekkel bíró büntetés–végrehajtás, amelyeknek szintén érvényt kell szerezni.

A büntetés–végrehajtási intézetben az életfeltételeket, amennyire csak lehetséges, a szabad élet körülményeihez kell közelíteni, az elítéltek emberi méltóságának és az általánosan elismert társadalmi normáknak megfelelően⁴ (ez az életviszonyok hasonlításának elve, amit több országban normalizálásnak is neveznek). Ezt a követelményt az Európa Tanács börtön szabályokról szóló ajánlása is megfogalmazza (R/87/3. sz. ajánlás 1987. február 12.): „A bebörtönzés a szabadságtól való megfosztás tényéből adódóan önmagában büntetés. A fogvatartás körülményei és a büntetőrendszabályok ne súlyosbítsák a már meglévő szenvedést, kivéve, ha azt az elkülönítés vagy a fegyelem fenntartása szükségessé teszi (64. pont).” A bebörtönzés, a zárt intézeti elhelyezés tehát a szabadságelvonás ténye miatt már önmagában büntetés, és a büntetésnek egyedül a szabadság elvonásában kell állnia⁵. Mindez azzal a következménnyel is jár, hogy a kábítószer fogyasztó vagy kábítószer-függő elítél

számára hasonló terápiás lehetőségeket, illetve egészségügyi ellátást kellene biztosítani, mint a szabad életben, hiszen a szenvedélybeteg fogvatartott nem viselheti még – adott esetben – az elégtelen ellátás negatív (egészségügyi) következményeit is. Nem engedhető meg, hogy a büntetés–végrehajtáson belüli drogsegítő munka célja más legyen, mint azon kívül, mert nem létezhet egyidejűleg különböző standardokon alapuló „public health” és „prison health”⁶.

A büntetés–végrehajtásban cél lehet ugyan a drogmentesség elérése, de épúgy, mint a szabad életben, ennek az igazi valószínűsége eléggé csekély. Célként megfogalmazható a kábítószerrel visszaélés visszaszorítása, ám addig is kezelni kell a megfelelő kábítószer-fogyasztást. Ennek eszközeként kétféle intézkedési típust kell megemlíteni: a) a drogfogyasztóknak, drogfüggőknek nyújtott segítség (segítő intézkedések), b) a kábítószerek bejutásának megnehezítése (biztonsági intézkedések)⁷. A segítő intézkedések körében juthat szerephez az ún. *ártalomcsökkentés* elve, illetve az ezen nyugvó módszerek is.

A büntetés–végrehajtáson belüli drogsegítő munkát ugyanakkor nem lehet a végrehajtás céljaitól alapvetően különböző elvekre helyezni, azokat még a speciális helyzetben levő drogfogyasztó elítéltek esetén sem lehet figyelmen kívül hagyni.

A drogsegítő munka a *bizalmon* alapul, – különösen ott és akkor, ahol és amikor a kábítószer fogyasztása nem csupán erkölcsi rosszallást vált ki, hanem adott esetben büntetőjogi relevanciával is bír. A büntetés–végrehajtás pedig a „megtévedt” bűnelkövetőkkel szemben alkal-

mazott joghátrány érvényesítésén nyugszik, ebből is következik, hogy a fogvatartott és az intézet közötti viszonyt alapvetően a *szigorú ellenőrzés* jellemzi. Az a tény, hogy a drogsegítő munkára a büntetés–végrehajtáson belül, a fogvatartottak viszonylatában kerül sor, egy csokorra való egyéb megoldandó problémát vet fel: az anonimitás kérdését, a külső kezeléseik biztonságát és lehetővé tételét, belső kezeléseik esetén a külső szakemberek börtönön belüli biztonságát stb.

A börtöntársadalom sajátosságaiból adódóan külön problémát jelenthet a hagyományos drogsegítő munkánál (tipikusan segítő csoport, tanácsadás stb.), hogy ha az adott csoportban más fogvatartottak vagy épp a büntetés–végrehajtás személyzete is jelen van, a fogvatartott foglalkozás során tanúsított magatartása nem függetleníthető a börtönbeli mindennapoktól: *„hátrálthatja a csoport érdekeivel való azonosulást, hogy néha esendőknek, gyengének mutatkozzon (társai, fogvatartói előtt), ami pedig elkerülhetetlen az ilyen jellegű foglalkozásokon.”*⁸

A büntetés–végrehajtáson belüli drogsegítő munkának mindkét oldal „elvárásainak” tehát eleget kell tennie, gyakran nehéz azonban megtalálni a segítő munkához szükséges és egyben azt lehetővé is tevő miliőt, amelyre leginkább tehát – a bizalmon és az ellenőrzésen kívül – a kompromisszumok lesznek jellemzők.

Drogfogyasztás a rács mögött

A drogfogyasztás mértéke nehezen mérhető, de bizonyos következtetéseket le lehet vonni a felfedezett eszközökből

és a kábítószer mennyiségéből, illetőleg az érintettek nyilatkozataiból. Több oka is lehet annak, hogy a büntetés–végrehajtás keretei közé bejutott kábítószerekről, illetve kábítószer–fogyasztásról nehéz megbízható felmérést készíteni. Egyrészt a drogok fogyasztása illegális⁹, és így az érintett személyek a legkisebb mértékű fogyasztás esetén is szankcionálható magatartást fejtenek ki, azaz tartaniuk kell a lebukástól, emiatt pedig nem szívesen adnak információt, vagy legalábbis saját személyükkel kapcsolatosan biztosan nem. Másfelől pedig a közvetett adatgyűjtés esetén – személyzet, illetve a többiek válaszára alapján – a hibaszázalék és a nem eléggé megbízható információk aránya is igen nagy lehet.

Az Európai Unió által létrehozott European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (rövidítése EMCD-DA) elnevezésű lisszaboni székhelyű szerv az európai kábítószerhelyzetről szóló 1999. évi jelentésében megkísérelte összesíteni az egyes európai országok büntetés–végrehajtásában fogva tartott elítéltek drogfogyasztását, illetőleg drogfogyasztói volumenét, de standardizált módszer és egységes adatfelvételi szempontok híján csupán az egyes államokban meglévő (vagy korábban lefolytatott) vizsgálatok eredményeinek összefoglalására vállalkozhatott. Mindez tehát azt is jelenti, hogy az egyes országok adatai nem teljesen feltehetőleg meg egymásnak, és teljes körű összehasonlítás alapjául sem szolgálhatnak az eltérő vizsgálati szempontok miatt. Fontos érdeme viszont, hogy – legjobb tudomásunk szerint – ez az egyetlen ilyen jellegű összesítés⁹, és emiatt igazán érdemes a bemutatásra.

Ország	év	A vizsgálat meghatározása	drogfogyasztók %-os aránya a börtönpopulációban
Ausztria	1996	Intravénás kábítószer-használók (B)	31%
	1994	Illegális kábítószer-használat megadása (1V)	72%
Belgium	1993	Illegális kábítószer-használat (1V)	42%
Dánia	1997	A büntetés végrehajtása megkezdése előtti hat hónapban használtak kábítószer (OV)	36%
		Kemény drogot rendszeresen használók (OV)	19%
Finnország	1995	Adat illegális kábítószer-használatról (4V)	31%
Franciaország	1997	Rendszeres kábítószer-használat megadása a büntetés-végrehajtás megkezdése előtti 12 hónapban (OV)	33%
		Illegális kábítószer-használat a büntetés-végrehajtás megkezdése előtti 12 hónapot is figyelembevéve (4V)	43%
	1996	Hosszú ideje („lifetime”) Intravénás drog-használók (1V)	23%
Görögország	1995	Intravénás kábítószer-használók (1V)	31%
Hollandia	1997	Kábítószer-visszaélés vagy -függőség megadása az utolsó hónap figyelembevételével (1V)	14%
Írország	1997	Rendszeres heroin-használók (1B)	35%
		Heroin-függőséggel érintett (akár korábban) személyek (1B)	70%
	1996	Börtönbeli heroin-használat megadása (1V) Bármikori heroin vagy kannabisz- használat megadása (1V)	42% 66% és 86%
Nagy-Britannia	1998	Pozitív kábítószer-teszt, véletlenszerű vizeletvizsgálat alapján (OV)	19%
	1994	Kábítószer-használat megadása a büntetés-végrehajtás megkezdése előtti 12 hónapban (Anglia és Wales)	68%
Németország	1995	Kábítószer-használat a börtönben (vizsgálat egy tartományban)	5-26%
		„Kemény” drog használat a börtönben - férfiak (OB)	kb. 30%
	1996	„Kemény” drog használat a börtönben - nők (OB)	kb. 60%
Spanyolország	1998	„kemény” drog használat a börtönben (1V)	10%
		„Lágy” drog használat a börtönben (1V)	50%
		Hosszú ideje (“lifetime”) kábitószeres nő, alkohol is	70%
Svédország	1997	Alkalmanként kábítószeres nő, alkohol is (18V)	35%
		Magukat kábítószer-fogyasztóknak tekintő fogvatartottak (62V)	56%
		Intravénás napi (vagy szinte naponta) Kábítószer-használat a büntetés végrehajtásának megkezdése előtti 12 hónapot is figyelembevéve (OV)	44%

B: becslés, OB: országos becslés, OV: országos vizsgálat, 1V: egy büntetés-végrehajtási intézetre kiterjedő vizsgálat, 4V: négy büntetés-végrehajtási intézetre kiterjedő vizsgálat, 1B: egy büntetés-végrehajtási intézetre kiterjedő becslés, 18V: 18 büntetés-végrehajtási intézetre kiterjedő vizsgálat, 62V: 62 büntetés-végrehajtási intézetre kiterjedő vizsgálat. A vizsgálatokra mindenütt jellemző a kérdőíves vagy ún. survey-módszer.

Az előbbi adatok is megerősítik a szakirodalomban elfogadott álláspontot, amely szerint a börtönélet mintegy visszatükrözi a börtönön kívüli világban jelen levő társadalmi problémákat, így többek között a kábítószer-fogyasztás jelenségét is. A drogfogyasztás esetében (is) megállapítható, hogy a börtönlakók között az össznépeség hasonló adataival egybevetve sokkal nagyobb a kábítószer-fogyasztók, illetve -függők aránya. Az intravénás (illetve kemény) drogok fogyasztóinak „átlagban” 30% feletti aránya feltűnően magas, különösen, ha azt vesszük alapul, hogy a szabad életben ez az arány általában jóval 1 százalék alatt van... Negatív jelenségeként kiemelhető továbbá, hogy a börtönökben sokkal több nő fogyaszt kábítószerrel, mint a hasonló helyzetben levő férfiak.

Hasonlóképpen nehéz pontos és megbízható képet rajzolni a hazai börtönök kábítószeres viszonyairól, aki a téma iránt érdeklődik nagyon kevés vonatkozó adatot, illetve vizsgálati eredményt találhat. Ennek alapvető oka lehet, hogy korábban a kábítószer-fogyasztás, mint társadalmi deviancia, kívül esett a politikailag szalonképes témák körén, és a „*ha nem beszélünk róla, nem is létezik*” stratégia a büntetés-végrehajtásnál még erősebben jelentkezett, sőt talán időben is tovább élt...

Természetesen nem hagyható figyelmen kívül az a tény sem, hogy a börtönbeli drogfogyasztás „kintihez” hasonló expanziója csak az utóbbi években – mondhatni fáziskéséssel – indult meg. Ez azonban azt is jelenti, főleg ha a nyugati országok összehasonlítható adatait vesszük alapul, hogy a büntetés-végre-

hajtás hazai szakembereinek komolyan fel kell készülniük a „drogveszélyre” és a drogfogyasztás elleni harcra.

A *hazai fogvatartottak* drogfogyasztással kapcsolatos érintettségéről és fogyasztási szokásairól 1997-ben készült – legutoljára – átfogónak tekinthető kutatás¹¹, amelynek keretében tizenegy magyar büntetés-végrehajtási intézetben, 951 személytől vettek fel adatokat. *Elekes és Paksi* – témánk szempontjából is fontosabb – kutatási eredményei az alábbiakban foglalhatók össze: a megkérdezett elítéltek egyharmada fogyasztott már életében drogot, a tiltott kábítószerek fogyasztóinak aránya is megközelíti az egynegyedét; a büntetés-végrehajtási intézeteken belül az elítéltek 17,6 százaléka él legális kábítószerekkel (nyugtató, altató, „dobi”) és 3,8 százaléka fogyaszt illegális drogot; a korábban is fogyasztók tekintik legnagyobb arányban hozzáférhetőnek a kábítószereket a büntetés-végrehajtási intézetekben; a zárt intézetekben valamivel kevesebb a drogfogyasztó, mint a nyitottabb börtönökben. Ennek több oka is lehet a szigorúbb biztonsági szabályokon túlmenően, mégpedig egyrészt a drogfogyasztók átlagosan rövidebb ideig vannak börtönben (4,6 év), mint a nem fogyasztók (5,8 év), másfelől viszont a drogfogyasztók bűncselekményei is más típusúak, ők jelentős számban inkább vagyon elleni bűncselekmények elkövetése miatt töltik büntetésüket, szemben a nem fogyasztók erőszakos és élet elleni bűncselekményeivel.

Ártalomcsökkentésről – angol kifejezéssel élve „harm reduction” – leginkább a kábítószerral visszaélésre adott társadalmi válaszok elemzésénél, a kü-

lönböző jogalkotói drogpolitikák ismeretetésénél beszélnek a legtöbbet, nem is helytelenül. Mindazonáltal a drogpolitikai szintérre való leszűkítés kilügzőzná az általánosan is felfogható tartalmat, miszerint az ártalomcsökkentés *legtágabb értelemben* egy szemléletmód, egy eszme, amely csupán bizonyos, „átlagosnál” veszélyesebb vagy kockázatosabb emberi magatartások többletkockázatának, illetve többletveszélyeinek a lehető legalacsonyabb szintre való csökkentését mondja ki. A kockázatos magatartást vállaló személyt a kockázat vállalásának ténye miatt még nem feltétlenül kell elítélnünk, éppen ellenkezőleg, „a kockázat vállalóját megpróbáljuk hozzásegíteni a kockázat kézben tartásához, hogy ne hagyatkozzon a pusztán véletlenre”¹². Az ártalomcsökkentés, mint ideológia tehát az az ésszerű követelmény, hogy ha valaki saját magára nézve veszélyes tevékenységbe kezd, mindezt úgy tegye, hogy abból még esetlegesen is a lehető legkisebb kára származzon. Így tehát ártalomcsökkentő például a gumióvszer, a fogamzásgátló tabletták, a biztonsági öv, az ABS, de a csökkentett nikotin- és kátránytartalmú ún. light cigaretta is.

A kábítószerrel visszaélés, pontosabban a kábítószer-fogyasztás, mint emberi magatartás megítélésénél is értelmezhető az ártalomcsökkentés a fenti értelemben, de az a tény, hogy a kábítószer-fogyasztás sok országban büntetendő cselekmény, s az „átlagosnál” veszélyesebb cselekvéseknél sokszor erkölcsileg is súlyosabban elítélt magatartás, az ártalomcsökkentés definíciójához más tartalmat is kapcsol.

A harm reduction eszméje már a kiindulópontban elismeri, hogy az emberek egy része hajlamos ilyen szerhez nyúlni, ha életükben nem úgy alakulnak a dolgok, ahogyan szeretnék. Vannak továbbá olyanok is, akik a kábítószerket (meghatározott anyagok) egyfajta kockázattal teli, hedonisztikus életstílus¹³ keretei között fogyasztják. Nem követeli meg tehát az absztinenciát, mert kevesen lesznek teljesen absztinensek egy-egy gyógyterápia után, illetve bizonyított, hogy sokan vannak olyanok, akik kontrollált módon képesek kábítószerrel fogyasztani¹⁴. A drogfogyasztás ártalomcsökkentő megközelítése tehát az egyéni kábítószer-fogyasztás és annak hátrányos, káros következményeinek tipikusan egyéni szinten történő enyhítését jelenti, nem pedig a drogfogyasztás veszélyeinek és káros hatásainak elhallgatását vagy bagatellizálását.

Mindebből társadalmilag levezethető az ún. ártalomcsökkentő drogpolitikai modell, amelynek alapelve és célja az, hogy a kábítószerekkel való illegális érintkezés (fogyasztás) jogi szankciói ne okozzanak több kárt, mint a drog maga. Az ártalomcsökkentés lehet módszer is, amely azon intézményeket foglalja magába, amelyek a klasszikus drogpolitikai modellek¹⁵ érvényesülését biztosítják. Azt persze mégsem mondhatjuk, hogy a legszélsőségesebb nullatolerancián vagy teljes prohibíción alapuló modellekben is érvényesülhet az ártalomcsökkentés, hiszen ezeknél a drogfogyasztást teljesen meg kell szüntetni, nem pedig annak kockázatát csökkenteni. Ez utóbbit a „drogmentes” társadalom eléréséig legfeljebb a közösség

érdekében és védelmében lehet támogatni.

Az ártalomcsökkentés a *szociális állam kötelezettsége* a saját polgáraival szemben. A kábítószer fogyasztása – a büntetőjogi megítéléstől függetlenül is – az egyén számára sokszor egészségügyi problémát vagy kockázatot jelent. Ha azonban az egyén motiváció hiányában nem kíván a kábítószer-fogyasztással felhagyni, az állam kötelessége ezt egészségügyileg kezelni. Általában nem szívesen ismerik el ezen kötelezettség egyéni szinten történő megalapozását, de a közösségi szempontú vizsgálat is ilyen eredményre vezet: ha az állam nem teljesíti kötelezettségét, akkor az így „magukra maradó” kábítószer-fogyasztók adott esetben komoly közegészségügyi veszélyt hordozhatnak a társadalom más tagjai számára (pl. eldobált injekciós tűk stb.) és jelentős költségeket okoznak a társadalom más alrendszereiben (bűnüldözés, büntetés–végrehajtás, a társadalombiztosítás ezzel kapcsolatos költségei).

A büntetés–végrehajtáson belüli kábítószer-fogyasztásra adott hiteles válasz keresésénél – hasonlóan a „kinti” drogfogyasztás kezeléséhez –, az első és legfontosabb kérdés az lehet, hogy elismerik-e a drogfogyasztás tényét (mivel az már nem kérdés, hogy létezik kábítószeresítés a börtönben). A tagadás, illetve a hallgatás politikája – bármilyen társadalmi problémáról legyen is szó – a mai demokratikus társadalmakban nem engedhető meg, hatásait tekintve ez ugyanis nagyon súlyos következményekkel járhat. Elismerés esetén viszont a követendő drogpolitikai modellt is meg kell választani, a teljes represszív

megítéléstől kezdve a kompromisszumos modelleken keresztül akár a legalizációig¹⁶ igen széles lehet a skála. A választott modellnek a büntetés–végrehajtáson belül is hasonlóan érvényesülnie kell, de a büntetés–végrehajtás céljai tovább árnyalják a kinti élet drogpolitikáját.

Mint a büntetés–végrehajtásbeli drog-problémák kezelésének lehetséges eszközét, az ártalomcsökkentést a teljes tilalom politikáján kívül bármilyen drogpolitikában képviselni lehetne. Ugyanakkor a büntetés–végrehajtási környezet jelentősen befolyásolja az elfogadottságot, mivel alapvető követelmény lenne, hogy a börtönök teljesen drogmentesek legyenek. A közvélemény is erőteljes tényező lehet a kérdés eldöntésénél, mivel az olyan börtön, amelyben nem vasszigorral lépnek fel a kábítószeresítő rabokkal szemben, nem nagyon élvezné a teljes elfogadottságot.

E követelménnyel szemben állnak a jelen adatai, melyek szerint tényként kell kezelni a drogfogyasztás tényét, illetve biztosra vehetők ebből adódóan egyes súlyos következmények (beavatkozás hiányában), valamint ha az is biztos, hogy még a legszigorúbb intézetbe is bejut a kábítószer. Mindez azt jelenti, hogy a drogmentességet végső célként ki lehet tűzni (bár véleményem szerint ez a cél meglehetősen utópisztikus), de annak eléréséig valamit kezdeni kell a problémával. Huszár megfogalmazásában¹⁷ „a kárcsökkentés módszereinek elfogadása annak a kellemetlen ténynek a belátását feltételezi, hogy egy adott társadalom vagy annak alrendszere képtelen

teljes megoldást találni egyes problémákra. Adott esetben ez azt jelenti, hogy a kábítószer annak ellenére jelen van a börtönökben, hogy illegális, és a kínálatcsökkentő (biztonsági, operatív, büntetőjogi) erőfeszítések sora sem tudja a hozzájutást megakadályozni.”

A nyolcvanas évek végétől kezdődően egyes európai országokban kifejezetten a büntetés–végrehajtás drogproblémáinak kezelésére ártalomcsökkentő kezdeményezések láttak napvilágot, amelyek elsődleges célja a meglévő kábítószer-fogyasztásból, illetve annak illegálitásából adódó büntetés–végrehajtáson belüli következmények orvoslása, kezelése.

Bár a dolog természetéből adódóan a közvélemény még ma is meglehetősen szigorú az ártalomcsökkentés megítélésében¹⁸, a büntetés–végrehajtáson belüli ártalomcsökkentés szükségességét a szakmai közélet nem vitatja.

A drogsegítő munka európai szakemberei az *Európai ajánlás a börtönökről és a kábítószerekről*¹⁹ című dokumentumban megfogalmazták a bün-

tetés–végrehajtáson belüli drogsegítő munka alapvető intézményesítési és politikai követelményeit, melyek szerint a büntetés–végrehajtáson belül szükség van a kábítószer-fogyasztáshoz kötődő ártalomcsökkentés módszereinek elismerésére (mivel egyes fogvatartottak még nem akarnak vagy nem tudnak absztinencia-orientált kezeléssel részt venni), de ezenkívül szükség van továbbá a teljes mentességen alapuló kezelésre is (mert van, aki motivált a részvételre), szükség van továbbá drogmentes körletekre (hogy a nem drogfogyasztó fogvatartottak, illetve azok, akik le kívánják szokni, ne kerüljenek olyan helyzetbe, ami ezt a hozzáállást, illetve e motivációt veszélyeztetné), végezetül helyettesítő kezeléseket (szubsztitúció) is be kell vezetni és általánossá kell tenni (különösen azoknál, akik a bekerülést megelőzően ilyenben részt vettek, esetleg azt félbeszakították).

Az EMCDDA az 1999. évi jelentésében az európai uniós országok büntetés–végrehajtási intézeteiben meghonosított ártalomcsökkentő módszereket is

2. táblázat

Ausztria	tájékoztató, gumióvszer	Luxemburg	tájékoztató, metadonhelyettesítés
Belgium	HIV-teszt	Nagy-Britannia	nincs adat
Dánia	tájékoztató	Németország	metadonhelyettesítés
Finnország	HIV-teszt	Olaszország	tájékoztató és tesztelés, Metadonhelyettesítés
Franciaország	hepatitis-teszt, védőoltások	Portugália	Fertőtlenítőszer a tűk tisztításához
Görögország	tájékoztató, teszt	Spanyolország	tájékoztató és tesztelés, metadonhelyettesítés, védőoltások
Hollandia	tájékoztató	Svédország	tájékoztató és hepatitis-teszt, védőoltások, metadonhelyettesítés
Írország	tájékoztató		tájékoztató, HIV-teszt

összegezte, amelyek az előbbi táblázatban láthatók.

Az ártalomcsökkentés büntetés–végrehajtáson belüli – jelenlegi – módszerei, mint látjuk, általában a következők: tájékoztatás, tanácsadás, vérrel vagy nemi úton terjedő fertőzőbetegségek szűrése, védőoltás, gumióvszer, tűcsereprogramok és helyettesítés. Az ártalomcsökkentés a büntetés–végrehajtáson belül sem felváltja a hagyományos drogsegítő munkát, hanem ahhoz szervesen illeszkedik, azt kiegészíti: az elvonó-, illetve az absztinenciaorientált kezelésre, a pszichológiai segítségre, a rehabilitációs programokra (és elsősorban prevencióra) ma is nagy szükség van.

Az igazán hatékonynak tekintett ártalomcsökkentő módszerek büntetés–végrehajtásbeli térhódítása eléggé lassú, állandó tűcsereprogramot – a jelenlegi adatok szerint – még nem indítottak be, illetőleg helyettesítő programokat is csupán néhány országban fogadtak el.

Általánosságban kijelenthető, hogy a szabad életben alkalmazott ártalomcsökkentő módszerek ellen felhozott érvek – az esetek nagy részében – vagy nem állják meg a helyüket, vagy pedig helyességük esetén is az elérendő cél kompenzálja az adott módszerrel járó kockázatot. A büntetés–végrehajtási célok és sajátosságok azonban komoly ellenérveket adnak az ártalomcsökkentés elenzőinek kezébe.

Alapvetően a legnagyobb konfliktusnak az tűnik, hogy a büntetés–végrehajtáson belül épp a társadalom ellen bűncselekmények elkövetésével vétő fogvatartottak helyzetét kívánnánk javítani a kockázatos (és illegális) drogfogyasztó magatartásukkal szembeni türelemmel... A társadalom többi tagjának szemszögéből nézve ez nehezen védhető, ugyanakkor tekintettel a drogfogyasztó elítéltre, mint egyénre, illetve a büntetés–végrehajtás céljaira és alapelveire, nem szabad még

az elítélteket sem magukra hagyni szenvedélyükkel vagy annak negatív következményeivel. Ebből azonban még „csak” az elvonó-, és absztinenciaorientált kezelések büntetés–végrehajtáson belüli létjogosultsága adódik, az ártalomcsökkentés szükségességét a jelenlegi helyzet józan megítélése és a börtönön kívüli drogsegítő munka tapasztalatai alapozzák meg. Az egyes ártalomcsökkentő módszerek azonban az erkölcsi kétségeken túlmenően további konkrét problémákat is felvetnek. Ezek szintén az ellenzők fegyvertárát gazdagítják.

Tűcsereprogram

Tűcsereprogram²¹ bevezetése esetén – hogy csak a legfontosabb ellenérveket említsem –, féltő, hogy növekedhet a drogfogyasztók száma. A társadalom és a későbbi vissza illeszkedés szempontjából is különösen hátrányos lehet, ha egyébként nem drogfogyasztó személy éppen ezen „lehetőség” miatt nyúl a szerhez. A tűket adott esetben fegyverként is lehet használni (mind a többi fogvatartott, mind az őrszemélyzet ellen)... Nem vitás, ezek az ellenérvek már önmagukban is megkérdőjelezhetnék a tűcsereprogramok bevezetését. A másik oldalon viszont a közös tűk és az egyéb eszközök használatából eredő rendkívül magas fertőzésveszély áll, amelyet éppen a büntetés–végrehajtási intézet zártsága tovább fokozhat. A tűcsereprogramokhoz a jogi alapot is meg kell találni, mivel azon országokban, ahol a kábítószer-fogyasztás vagy a birtokban tartás bűncselekmény, a steril tűk átadása is büntetőjogi relevanciával bírhat.

Németországban a felmérések szerint az AIDS, illetve a hepatitis fertőzőtség volume-ne jelentős különbségeket mutat a „kinti” és a „benti” népesség körében. A szabad életbeli (illetve börtöntapasztalat nélküli) intravénás drogfogyasztók kb. 13 százaléka fertőzött HIV-vírussal. Ezzel szemben a börtönbeli (vagy börtöntapasztalattal bíró) intravénás

drogfogyasztók körében ez az adat kb. 32 százalékos²². A börtönépesség 40-70 százaléka lehet hepatitiszrel fertőzött, ugyanakkor az intravénás drogfogyasztóknak kb. 70 százaléka fertőzött...²³

A németországi Alsó-Szászország (Niedersachsen) tartományban 1996-ban kísérleti programként két büntetés-végrehajtási intézetben elkezdték (Vechta, nők, Groß-Hesepe, férfiak) a szabad életben már polgárjogot nyert túcsereprogramot. A két évre engedélyezett kísérlet elsődleges célkitűzése az volt, hogy megbizonyosodjanak a túcsereprogram büntetés-végrehajtáson belüli alkalmazhatóságáról és következményeiről. A kísérleti túcsereprogram megcélozta az érintett fogvatartottak drogfogyasztási kockázatainak csökkentését és általában véve egészségi állapotuk javítását. A konkrét túcseret (steril injekciós tűk adása és begyűjtése) kiterjedt felvilágosító, tanácsadó és képzőprogramok kísérték, amelyekben nem csupán a fogvatartottak, hanem a személyzet is részt vett.²⁵

A kutatást lezáró beszámoló alapján megállapítható, hogy a túcsereprogram sikeresen zajlott le a kérdéses büntetés-végrehajtási intézetekben. Az őrszemélyzet, illetve az egész intézet biztonságának csökkenését prognosztizáló félelmek nem váltak valóra, és nem fordult elő olyan eset sem, hogy a tűket fegyverként használták volna. A kísérő vizsgálatok azt is megállapították, hogy a kérdéses intézetekben a drogfogyasztás mérete nem növekedett a steril tűk hozzáférhetőségétől. Ugyanakkor viszont a közös tűk használata jelentősen visszaszorult, s ennek köszönhetően a fertőző betegségek terjedésének kockázata kisebb lett. Nagyon fontos vívmánya volt továbbá a kísérletnek az érintett drogfogyasztókkal való kapcsolatteremtés lehetősége, amely alkalmat biztosított a „hagyományos” drogsegítő munkára is²⁶.

Miután lejárt a kísérleti idő és az eredmények biztatónak tűntek, azaz szakmai oldalról

az intravénás drogfogyasztó fogvatartottak helyzetének javítása érdekében megalapozottan tűnik az ártalomcsökkentésen alapuló túcsereprogram összes német büntetés-végrehajtási intézeti bevezetése. Legjobb tudomásom szerint azonban Németországban mind a mai napig nem hoztak ebben a kérdésben irányadó politikai döntést, ezzel szemben viszont Svájcban létezik állandó túcsereprogram a büntetés-végrehajtás keretei között is.

Helyettesítő kezelés?

A korábban bemutatott táblázatból is kitűnik, hogy az ártalomcsökkentő módszerek közül a szubsztitúciós, illetve a helyettesítő kezeléseket már bevezették több európai ország büntetés-végrehajtási intézetében.

Szubsztitúciós, illetve helyettesítő kezelés alatt értjük mindazon programokat, amelyek keretében ellátórendszer keretein belül (vagy azzal való együttműködésben társadalmi szerveknél) saját szükségletük és „kábitószer-éhségük” kielégítésére legálisan felírt kábítószerrel kapnak. A helyettesítő kezelések felépítése és programja konkrét esetben különbözhet az adott kábítószer fajtájától. Mára már a legelterjedtebb, terápiás célokra felhasznált kábítószer a metadon. A metadonhelyettesítésre az európai (nyugati) országokban szinte mindenütt bevált módszerként tekintenek, de ismert a kodeinnel, illetve ennek származékaival történő szubsztitúció is.

A helyettesítő kezelések térhódítása és a kezelési módszerek közé integrálódása nem ment egyszerűen és ma sem áll minden vita felett, tekintettel arra, hogy e kezelési forma mélyén is komoly érték- és érdekkonfliktus áll. Az érdekkonfliktust a legújabb kori kábítószer-fogyasztás világméretű terjedése, illetve a represszív kábítószer-politikák fény-

körében nagyon nehéz feloldani: elfogadható-e a társadalom számára, illetve megnyugtatóan alátámasztható-e, hogy az illegális anyagtól való függőséget legális függőséggé változtatják (hiszen a helyettesítésre használt anyagok maguk is általában magas függőségi potenciállal rendelkező kábítószeresek)?

Ugyancsak problematikus, hogy milyen széles kör részesülhet a subsztitúcióban, illetve az is, hogy milyen szankciókat lehet alkalmazni a kezelés „házi rendjének” megszegőivel szemben, pontosabban, hogy épp a terápiából való kizárás – mint kézenfekvő válasz – vajon tényleg azzal a hatással járna-e, amit alkalmazásától várnak...

Eredeti anyaggal

A metadonhelyettesítés széles körű elfogadottságára tekintettel ehelyütt inkább az ún. *eredeti anyaggal történő helyettesítésről* szólnék röviden, amelynek lényege, hogy a segítő szervezet (vagy orvos) a kábítószerfüggő beteget eredeti, „illegális” kábítószerrel látja el, egyrészt garantálva az anyag tisztaságát és minőségét, másrészt kiemelve a fogyasztót a drogszintérré jellemző kriminális környezetből. Ez azt jelenti tehát például, hogy a heroinfüggő fogyasztó az orvosi vagy terápiás kezelés részeként heroint kap.

Nem kétséges, hogy az eredeti, illegális kábítószerrel történő helyettesítéssel szemben komoly erkölcsi kritikát lehet gyakorolni azon az alapon, hogy ezáltal igazából az állam *teljesen* átvállalja a drogfogyasztó magatartás kockázatait: sem a beszerzés nyűgjei, sem pedig a szennyezettség veszélye nem terheli a fogyasztót, ami nehezen képviselhető a társadalom más (nem drogfogyasztó) tagjai előtt. Ugyanakkor az a tény, hogy ilyen kezelésben csak egy nagyon szűk, meghatározott fogyasztói kör vehet részt, méghozzá általában azok, akiknek e segítség nélkül kevés esélyük lenne az életben maradásra, megalapozhatja az elfogadást. Az elfogadás mellett

szólnak azok a pozitív tapasztalatok is, amelyekkel az elmúlt években kísérleti jelleggel beindított programok szolgáltak: érzékelhető volt az egészségi állapot általános javulása, a társadalomba való „reintegráció” (pl. munkavállalás), csökkent a kriminalitás, nagyobb lett a motiváció egy absztinencia-orientált kezelés elkezdésére²⁷. Az eredeti anyaggal való helyettesítés megvalósításának²⁸ igényét több tényező is erősíti, egyrészt az a tapasztalat, hogy a metadon sok fogyasztónál kellemetlen vagy egyenesen rossz tüneteket produkál, ezért nem szívesen vállalják ezt a kezelési formát, vagy ha vállalják is, gyakori, hogy mellette párhuzamosan más kábítószerrel is fogyasztanak. Ez utóbbi esetben viszont az egész kezelés értelmét vesztheti. Másrészt az is bizonyossá vált a szakmai körök számára, hogy a tiszta, szennyezetlen heroin – ellentétben az alkohollal vagy a nikotinnal – a krónikus, hosszú távú használat során sem okoz visszafordíthatatlan egészségügyi, szervi károsodást²⁹ – nem tekintve itt az egyedi túladagolás esetében fennálló akut következményeket, amelyek adott esetben a fogyasztó halálához is vezethetnek. Klinikai kísérletekkel igazolták, hogy a heroin függőséget kialakító potenciálja magas, viszont korántsem igaz, hogy már az első néhány „belövés” kialakíthatja a fizikai függőséget. A kísérletek során az első elvonási tünetek 14 nap után, napi háromszori intravénás használat után jelentkeztek. Hasonló tapasztalatot közvetít az orvosi praxisban elfogadott morfiummal folytatott fájdalomcsillapító terápia is, hiszen ebben az esetben is a morfiom nem szükségképpen vezet függőséghez, illetve tolerancia kialakulásához³⁰. Az intravénás heroinfogyasztás egyéb jellemzőit összegezvén említést kell tenni *Schneider*³¹ munkájáról, aki a vonatkozó európai és észak-amerikai tudományos kutatások és kísérletek eredményeit egybevetve a következő megállapításokat tette: a heroin-



függők 50–60 százaléka a – akik különböző kezelések következtében figyelemmel kísérhetők voltak – a kezelés után 5–10 évvel abba hagyják a kábítószer fogyasztását, ugyanakkor ez az adat függetlennek mutatkozott az előtte kifejtett kezeléstől, pontosabban attól, hogy elvonó vagy fenntartó kezelésem esett-e át az illető. Az absztinencia kialakulása a szakirodalom szerint átlagosan 10 évre tehető, azaz ily módon a heroinfogyasztás nem „életfogytiglani” vagy „mindhalálíg” tartó szennyvédély, hanem azt átlagosan 10 év után abbahagyják, már amennyiben megérik.

Példaként lehetne említeni, hogy Svájcban 1994 óta létezik eredeti anyaggal történő helyettesítés a büntetés–végrehajtás keretei között (is). Az *oberschönggrüni* büntetés–végrehajtási intézetben vezették be először a heroinnal (illetve más, akár illegális ópiátszermazékokkal) végzett helyettesítést, amikor olyan fogvatartott kaphat heroint, akit legalább kilenc hónapos szabadságvesztésre ítélték, húszéves elmúlt, legalább két éve ópiátfüggő, és a hagyományos kezelési módszerek, illetve terápiák kudarcot vallottak. Naponta háromszor kapnak az érintettek heroint, amelyet felügyelet mellett kell beadni. A kezelésben részt vevők nem ingyen kapják a kábítószert, hanem meghatározott arányban önrészt kell vállalniuk³².

A büntetés–végrehajtáson belüli helyettesítés – függetlenül a helyettesítő anyagtól – célkitűzéseit a börtön zárt világa módosíthatja, hiszen például a *társadalomba való visszailleszkedés* kérdését nem lehet a fogva tartás tényétől elkülönítve kezelni. A kriminális magatartástól való visszatartás is másként érvényesülhet a börtönön belül, mivel itt a „beszerző” bűnözés kevésbé jellemző, a kábítószer árát nem feltétlenül pénzben kell megadni, hanem adott esetben más „szolgáltatásokkal” lehet megváltani, ezek viszont nem büntetendők. Ezzel összefüggésben viszont éppen az *áldozattá válás*, illetve a drogfüggő el-

ítéltek kihasználása jelenthet nagyobb problémát, de amelyet például a helyettesítő programon keresztül a stresszmentes kábítószerhasználat feltételeinek megteremtése némileg enyhíthet.

Más célkitűzések viszont akadály nélkül érvényesíthetők a büntetés–végrehajtásban is, így például a helyettesítő kezelés alkalmas lehet az *egészségi állapot javítására*, illetve a *motivációs bázis megteremtésére* a börtönön belül is.

Záró gondolatok

A börtönbeli drogfogyasztás tényét nem lehet tagadni, mégis azt kell mondani, hogy a kábítószer (akár legális, akár illegális) „alkalmas” eszköz a börtön mindennapjaitól és valóságától való meneküléshez, még akkor is, ha fogyasztása, illetve a fogyasztás megtűrése teljes mértékben összeegyeztethetetlen a büntetés–végrehajtás céljaival és elveivel. A büntetés–végrehajtáson belüli drogsegítő munkában az ártalomcsökkentés a büntetés–végrehajtás, mint különleges, zárt társadalmi alrendszer jellemzői miatt, csak ott és akkor jöhet szóba, ahol ennek hiányában az illegális kábítószer-fogyasztás mind egyéni, mind közösségi szinten súlyos következményekkel járhat.

Ugyancsak a zárzó keretei között, de érdemesnek tartom megemlíteni azt a sajátos problémát, amelyet a kábítószer-fogyasztás leleplezésére és bizonyítására alkalmazott vizeletpróbák gyakorlata vethet fel. A büntetés–végrehajtásban akkor derül fény általában a drogfogyasztásra, ha a kábítószert vagy a fogyasztásához szükséges kellékeket megtalálják vagy a fogvatartottat „tetten érik” (fogyasztás közben), illetve ha rendszeres vagy szűrőpróbaszerű drogeteszt alkalmazásával a vizeletből kábítószernyomokat mutatnak ki. Az emberi vizeletből meghatározott ideig nagy biztonsággal kimutatható a legtöbb illegálisnak minősülő kábítószer, a vizsgálat

azonban arra nem ad választ, hogy pontosan mikor és mennyit is fogyasztott az illető. A vizetpróbák alapján mindenképpen vélelmezni lehet a kábítószer-fogyasztás tényét, ami viszont a büntetés-végrehajtáson belül egyértelműen illegális. Példaként lehetne említeni, hogy a heroin kb. 32 óra elteltével már nem, de a kannabisz még több hét elteltével is – emberi szervezettől függően – kimutatható. A börtönélet sajátosságait és a fogvatartottak ezzel kapcsolatos magatartását is figyelembe véve ez azt jelenti tehát, hogy a marihuána vagy hasis (kannabisz-származékok³³) fogyasztása esetén a legnagyobb a lebukás kockázata. A heroin kb. másfél nap múltán már nem mutatható ki, egy szál marihuánás cigaretta elszívását akár hetekkel később is be lehet bizonyítani. A fogvatartottat így semmi sem motiválja a relatíve enyhébb drog választására. A lebukástól való félelem így arra vezetheti a fogvatartottat, hogy inkább olyan szert fogyasszon, amelynek a lebomlási ideje rövidebb – pl. heroint vagy egyéb kábítószer –, még akkor is, ha ezek sokkal nagyobb függőségi potenciállal és más járulékos egészségügyi veszélyekkel járnak...

Felmerülhet hát a kérdés, vajon érdemes-e drákói szigorral eljárni „kannabisz-pozitív” próbák esetén, vagy esetleg nagyobb „társá-

dalmi haszonnal” jár, ha ilyen eredmény látán enyhébb szankciókat alkalmaznak?³⁴

A drogfogyasztás elleni – egyébként is szinte már kilátástalan – harc a büntetés-végrehajtás speciális közegében olyan további elvi akadályokkal és gyakorlati problémákkal jár, amelyek átlépése, illetve feloldása csak józan kompromisszumokon, széles társadalmi megegyezésem és alapos költség-hason-lemzésen alapulhat.

A dolgozatban nem tértem ki a *magyar büntetés-végrehajtásra* jellemző helyzet bemutatására vagy elemzésére, ehelyett – a problémafelvetésen túlmenően – csak egyes, újszerűnek tekinthető külföldi „kísérletek” tapasztalatainak felvillantására vállalkozhatam. Hazánkban manapság keveset lehet hallani – még szakmai körökben is – a börtönökben zajló drogfogyasztásról. Ez persze számkunkra semmiképpen sem jelentheti azt, hogy a jelenség nem is létezik. Azt inkább jelezheti, hogy bár létezik, de a nagyságrendje nem akkora, hogy – helytelen módon – „ne kelljen beszélni róla”. Ebben az esetben viszont még inkább égető lenne a probléma kezelése, éppen azért, hogy a súlyosabb helyzet megfelelő felkészüléssel, megelőző tevékenységgel elkerülhető legyen.

Karsai Krisztina

Jegyzetek

¹Az illegális kábítószeresek közül a legelterjedtebbek a büntetés-végrehajtáson belül is a kannabisz-származékok, a morfium, a heroin és a kokain. Ritkábban LSD, de ugyanakkor szinte soha nem fordul elő ecstasy – ellenpélda lehet erre a közelmúltban foganatosított nagy mennyiségű tablettalefoglalás az egyik hazai büntetés-végrehajtási intézetben.

²Huszár L: *Kábulat* (Drog és börtön-Kezelési módok), Börtönügyi Szemle. 1994/4 21. p.

³Huszár (1994) 22. p.

⁴Nagy F.: *Egyes államok büntetés-végrehajtási rendszere a II. világháború után*. In: Büntetés-végrehajtási jog. Rendőrtisztai Főiskola – Rejtjel Kiadó, Budapest 1999. 37. p.

⁵Nagy (1999) 65. p.

⁶Heudtlass, J.–H/Stöver, H.: *„Harm reduction*

Strategien” fur intravenös applizierende Drogenkonsumen und Bedienstete – auch im Strafvollzug. Ein safer-use Trainingsporgramm. Zeitschrift für Strafvollzug und Strafgefälligenhilfe, 3/1998. 156. p.

⁷Heudtlass/Stöver (1998) 156. p.

⁸Huszár (1994) 23. p.

⁹Akkor, ha az adott állam büntetőjogában a fogyasztás vagy a birtoklás bűncselekmény, de ha ez nem is bűncselekmény, a kábítószer bejuttatása, illetve fogyasztása a büntetés-végrehajtási intézet rendjének megsértését mindenképpen jelentheti.

¹⁰EMCDDA Extended Annual Report (1999), 59. p. Tábla 13.

¹¹Elekes Zs./Paksi B: Kutatási beszámoló a „Szabadságvesztés-büntetésüket töltők kábítószer-fogyasztással kapcsolatos rizikócsoportjainak feltárása” című kutatásról. Büntetés-végrehajtási Szakkönyv-

tár, 1997/4. 1–112.p.: összefoglalva **Bereczki Zs:** Drog és rács. Kutatás a kábítószer-fogyasztásról. Börtönügyi Szemle 1997/4. 49–41.p.

¹¹**Valeur M:** *Kockázatvállaló viselkedés és szenvedélybetegség.* Világosság, 1994/7. 1.p.

¹²**Toepffer-Wenzel K./Wenzel R:** *Paradigmenwechsel in der Drogenpolitik? Monitoring Synthetic Drugs in Apotheken.* DVJJ-Journal 3/1998. (Nr. 161) 241.p.

¹³**Lásd például Schneider W:** *Kontrollierter Gebrauch illegaler Drogen als selbstregulierende Schadensbegrenzung.* Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform–MschKrim (77) 1994. 178–187.p.

¹⁴**A drogpolitikai modellekkel kapcsolatban Id. többek között Lévai M:** *Engedélyezni vagy tiltani, a kábítószerfogyasztásra vonatkozó kriminálpolitika dilemmái.* Magyar Jog, 1996/1, 9–19.p.: Ritter I: Gondolatok az ártalomcsökkentő drogpolitikai modellről. In: Kriminológiai és Kriminológiai Tanulmányok XXXVI. Budapest, 1999. 177–183.p.

¹⁵**Lévai (1996) 14.p.**

¹⁶**Huszár (1994) 24.p.**

¹⁷Ennek oka leginkább az elégtelen tájékoztatás lehet, amelyet gyakran negatív előjelű médiakampányok is súlyosbítanak.

¹⁸**Prison and Drugs 1998., European Guidelines Recommendations /Gefängnisse und Drogen 1998.** Europäische Empfehlungen. Forrás: www.uni-oldenburg.de

¹⁹**Forrás: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Annual Report 1999.** 57.p.

²⁰A tücsereprogram azt jelenti, hogy az intravénás drogfogyasztó – ha akarja – steril fecskendő és tűt kaphat, amelyet a kábítószer beadása után, immár használt állapotban vissza kell adnia a segítő személyzetnek.

²¹**Kleiber, D:** *HIV-Prävalenzraten bei i.v. Drogenabhängigen. Ergebnisse einer rentiell-epidemiologischen Untersuchung.* In: Rosenbrock, R./Salmen A.: *AIDS-Prävention.* Berlin, 1990. 59.p.

²²**Expertenkommission Niedersachsen: Empfehlungen der Expertenkommission für AIDS und Hepatitisprävention im Strafvollzug Niedersachsen.** Hannover, 1995. 4.p.

²³Németországban a tücsere nem minősül az illegális fogyasztáshoz nyújtott segítségnyújtásnak (Betäubungsmittelgesetz 29.§ (1) bekezdés).

²⁴**Részletesen Id. Stöver H.:** *Kongressbericht „Harm-reduktion – Strategien im Gefängnis“*, 28.2. – 1.3.1996 in Bern. MschKrim (79) 1995.274–227.p. Heudtlass/Stöver (1998) 155–163, Jacob J.: *Risiko und Prävention. Spritzenabgabe an drogenabhängige Gefangene.* Ein Modellprojekt in Niedersachsen wird wissenschaftlich begleitet. Neue Kriminalpolitik 1996, 8.p. Kutatási beszámoló 1996, 1997. Modellprojekt Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Strafvollzug”. Forrás: www.uni-odenburg.de

²⁵A modellkísérletet követő vizsgálatok a fenti elsődleges szempontokon túlmenően a tücsereprogram

további hatásait figyelemmel kísérték, ezek elemzése azonban túlmutatna a dolgozat keretein. Vizsgálták többek között például az őrszemélyzetre, a „börtöntársadalom” szerkezetére és mindennapjaira gyakorolt hatásokat.

²⁶Elegendő itt csupán arra gondolni, hogy mivel a mindig elérhető anyag a beszerzés napi stresszét és a kábítószeréhséget is kiküszöböli, most először van ideje a drogfüggő személynek arra, hogy a kábítószereken kívül másra is, saját jövőjére gondoljon. Az ezzel kapcsolatos vizsgálatokról Id. pl. Seidenberg, A: *Verringert sich Delinquenz nach kontrollierter Opiatabgabe?* Kriminologisches Bulletin. 21. Jahrgang 1995.2. 49–59.p., Killias, M/Uchtenhagen A.: *Reduziert die ärztliche Verschreibung von Heroin die Kriminalität von Drogenabhängigen?* Neue Kriminalpolitik. 1996. 48–51.p., Killias M/Rabasa J.: *Auswirkungen der Heroin Verschreibung auf die Delinquenz Drogenabhängiger.* Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform. 81. Jg. Heft 1, 1998. 1–16.p.

²⁷Bármennyire is meglepőnek tűnhet számunkra, a krónikus kábítószer-függőnek történő eredeti kábítószer felírás – terápiás célból – nem újeleltű a XX. század kábítószer-történetében. Az 1920-as évek közepéig a világ számos országában lehetőség volt arra, hogy orvosok különböző kábítószereket írjanak fel receptre. Míg az USA-ban például 1925-ben a drogpolitika szerves részeként teljesen megszüntették ezt a lehetőséget, addig Nagy-Britanniában 1926-ban éppen az amerikai tapasztalatok alapján vezették be az orvosi kábítószer-felírás máig fennálló lehetőségét. Ezzel kapcsolatban Id. részletesen: Keller R: *Diversifizierte Drogenabgabe* Kriminologisches Bulletin der Criminologie 21. Jahrgang 1995. 1. 7–45.p.

²⁸**Keller (1995) 8.p.**

²⁹**Keller (1995) 9.p.** hasonlóképpen pl. Böllinger L: *Strafrecht, Drogenpolitik und Verfassung.* Kritische Justiz. 24 (1991) 396.p.

³⁰**Schneider W:** *Heroin sucht: Gibt es ein Leben vor der Abstinenz?* In: Nimsch (szerk). *Heroin auf Krankschein?* Stroemfeld/Nexus, Frankfurt/Basel, 1993. 12–46.p.

³¹A svájci intézetben az önrész havonta 100 frank, ami megfizethető összeg, ha azt tekintjük, hogy a börtönmunkával kereshető összeg kb. napi 25 frank. Ld. **Baechtold A:** *Switzerland. In: Prison Labour. Salvation or Slavery?* (szerk: van Zyl Smit) Ashgate, 1999. Aldershot. A kezelés részletes leírását Id. pl. Stöver (1996) 274–277.p., **Schirmacher G:** *Heroinabgabe an Strafgefangene – eine Chance?* Zeitschrift für Rechtspolitik, 1997. 242–246.p.

³²A kábítószerek e csoportját a szakirodalomban „lágy drogoknak” szokás nevezni, leginkább a heroinnal, a kokainnal, mint „kemény drogokkal” való összehasonlításban.

³³**Gbordzoe E:** *Bewertung der HIV- und Hepatitis-Prävalenz im baden-württembergischen Strafvollzug.* Zeitschrift für Strafvollzug und Strafrechtshilfe. 2/1997. 89.p.