

Fliegauf Gergely

## **A magyar büntetés-végrehajtás kábítószerügyi kihívásai: az ártalomcsökkentés, a Klonazepám-probléma, a Magdolna-negyed jelenség és a kortárs tanácsadás**

Jelen cikkben négy témáról esik szó: az ártalomcsökkentés rendszerelméleti megközelítéséről, a Klonazepám-probléma kihívásairól, egy budapesti tűcsereprogram és a magyar börtönpopuláció közötti kapcsolatról, valamint a kortárs tanácsadásról. A cikk alapját a 2012-es Kriminálexpón elhangzott előadás, továbbá a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2012. decemberi ülése elé tárt néhány adat és probléma képezi. Ez a cikk – többek között – egy, a hazai büntetés-végrehajtásban megvalósítható módszer koncepcióját vázolja fel. A kortárs tanácsadásról szóló részben elsősorban egy tavalyi, Milánóban megtartott konferencián elhangzott előadásokra támaszkodunk.

Nagyon fontos, hogy a börtönben különbséget kell tenni a biztonság és a bent tartózkodó személyek biztonságérzete között. A biztonságérzet axiomatikusan alacsony addig, amíg az adott börtönben markáns kábítószer-problémával kell szembesülni nap mint nap. Alapvető emberi jogi követelmény, hogy a kinti és a benti világ egészségügyi kezelési rendszerének meg kell felelnie egymásnak. Az ártalomcsökkentő szolgáltatások hazánkban jelenleg többékevésbé elérhetők a külvilágban, a börtönben azonban jogszabályi akadályok hátráltatják az ártalomcsökkentés egyes elemeinek érvényesülését; ezekre is, igaz nem teljes alapossággal, igyekszünk rámutatni.

### **1. Néhány gondolat a börtön és a kábítószer kapcsolatáról**

Nemzetközi szinten a börtönök belső világa akkor kezdett jelentősen átalakulni, amikor kábítószer-fogyasztók, majd kábítószer-kereskedők kerültek a rácsok mögé. Ez a folyamat a múlt század hatvanas éveinek elején vette kezdetét, amikor érvénybe lépett az ENSZ Egységes Kábítószer Egyezménye (a továbbiakban: Egyezmény), amit 1961. március 30-án New York-ban hirdettek ki, s amelyet az 1965. évi 4. törvényerejű rendelettel ratifikált hazánk. Abban az időszakban térségünk és Európa nyugati felének kábítószer-problémája még merőben különbözött egymástól. Ennek köszönhető, hogy ami Nyugat-Európában már harminc esztendővel ezelőtt jelentkezett, az éppen most bontakozik ki nálunk. Az a nagy horderejű kábítószerügyi-bűnügyi változás, ami nyugaton a hatvanas évek közepén következett be, nálunk csak a rendszerváltás után vehette kezdetét. Abban az időben, amikor a magyar bv. kódex keletkezett (a 70-es évek végén), nyugaton már komolyabb publikációk<sup>1</sup> jelentek meg a börtönbeli kábítószerügyi problémákról.

---

<sup>1</sup> A részleteket lásd egy korábbi publikációmban: Fliegauf Gergely (2013): *Mi történt Goffman után? Pönológiai szemelvények a hetvenes évek amerikai kutatási eredményeiből.* Börtönügyi Szemle, 1. 33-46. o.

Az Egyezmény 36. és 38. cikke már egy 1972-es módosítás alapján<sup>2</sup> érinti a börtönt. A 38. cikk 2. bekezdése a következőképpen szól: „A Felek lehetőség szerint segítik a kábítószer-élvező személyek kezelésére, utógondozására, rehabilitációjára és társadalmi reintegrációjának előmozdítására szolgáló szakszemélyzet kiképzését.” Ezzel függ össze a 36. cikk 1. bekezdésének b. pontja: „...amikor ezeket a bűncselekményeket kábítószer-élvezők követik el, a Felek úgy is rendelkezhetnek, hogy a 38. cikk (1) bekezdésével összhangban az elítélés vagy büntetés helyett, vagy amellet a bűncselekmény elkövetőjével szemben egyéb intézkedéseket foganatosítanak, például kezelést, nevelést, utógondozást, illetve rehabilitációt rendelnek el, vagy előmozdítják az illetőnek a társadalomba való újbóli beilleszkedését.”

A fenti két idézet tehát elviekben már a hetvenes évek elején prevenció-, rehabilitáció- és ártalomcsökkentés-központúvá tette a büntetés-végrehajtási intézetekben a kábítószer-probléma elleni fellépést. Érdemes azonban megfigyelni, hogy a 38. cikkben megjelenik az elterelés ideológiája is.

Mindazonáltal a kábítószer-problémával szembesülő személyek valamilyen úton-módon mégiscsak a börtönökbe kerültek, és ott találkoztak a náluk markánsabban bűnöző életvitelt folytató személyekkel, és a részükről fenyegetésre, erőszakra számíthattak. Ez a tény a mai napig a kábítószerügyi szakma egyik fő aggodalma. Ne feledkezzünk meg azonban a másik oldalról sem! A kábítószer is bekerült a börtönökbe, és olyan személyek is a drog közelébe kerültek, akik addig csupán bűnözői életmódot folytattak. A drog börtönbeli megjelenése tehát kétféle másodlagos devianciát szült: drogossá tette a bűnözőket és bűnözőkké a drogosokat.

A másik érdekes jelenség a börtön és a drog viszonylatában a hatóságokkal, illetve a kutatókkal való speciális kapcsolat. A kriminológiai kutatás fő célja az, hogy megváltoztassa a bűnügyi munkát annak érdekében, hogy a társadalmi deviancia elleni küzdelem hatékonyabbá váljék; ugyanakkor a kriminológiai kutatás arra is törekszik, hogy ábrázolja a devianciát. A bűnöző életvitelű személyek ezeket a célokat nagyon nehezen látják át, általában nem tudnak és nem is akarnak különbséget tenni a hatóságok és a kutatók között. Ennek elsősorban az az oka, hogy a deviáns személyek a szubkultúra részét képezik, míg a hatóságok és a kutatók a többségi társadalom értékei mentén vélekednek a világ dolgairól.

A kriminológia az utóbbi időben az etikai kérdések és a politikai kétségek tárgyalása felé fordult, és eltávolodott az egészségügyi természetű, inkább természettudományos és statisztikai jellegű kutatásoktól (Johnstone 2005). Ennek az lehet az oka, hogy a bűnelkövetők tettei mögött is olyan társadalmi okok és morális döntések állnak, mint a nem bűnelkövető személyek esetében; és hogy néha a bűnüldözés a hatalomgyakorlás eszköze. Ez minden társadalomban előfordul, ezért teljesen általánosnak mondható. Ebből következően a kábítószer-problémával szembesülő fogvatartott másként fog viszonyulni a kutatóhoz, bizonyos tényeket titkolni fog, másokat meg el fog túlozni.

<sup>2</sup> Lásd: ENSZ (UN) (1961): Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. - online pdf-verzió, 18. o., [http://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_en.pdf](http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf) [letöltve: 2013-01-09]

A magyar kutatásokat is ennek fényében kell értelmezni, legyen az kvantitatív módszerű kutatás (Paksi, Arnold 2010), interjúkon és kérdőíven alapuló vizsgálat (Csáki, Márton, Mészáros 2009) vagy tisztán kvalitatív eredmény (Takács 2010). A kutatási megállapítások azonban mindenképpen egyfajta stratégia alapját képezik.

Az első említett kutatás teljes egészében a büntetés-végrehajtás közreműködésével készült, eredményeit azonban szinte lehetetlen a döntés-előkészítésben figyelembe venni. A 2008-ban lezajlott kutatás például megállapítja, hogy börtönünkben a férfi fogvatartottak 15%-a, a nők 1,2%-a a bent tartózkodás idején is fogyasztott kábítószerrel (Paksi, Arnold 2010, 14). Ez azt jelenti, hogy legalább ilyen arányban kellene lenniük a fogvatartottaknak a kábítószer-prevenációs részlegeken, ha – itt a két feltételnek együttesen kell teljesülnie – (1) hatékonyan működik a befogadási eljárás és a kínálatcsökkentés, továbbá (2) hiszünk a kutatásnak. Hajlamosak vagyunk arra, hogy inkább a kutatásnak ne higgyünk, és azt véljük, hogy jól működnek a prevenációs eszközeink.

A második kutatás – többek között – arra hívja fel a figyelmünket, hogy az interjúalanyok fele „jellemzően használt – nem terápiás jelleggel, esetleg más anyaggal kombinálva – gyógyszerrel. Az említett gyógyszerek a következők: Rivotril (a 15 fő 73 százaléka, azaz a 30 fő 37 százaléka használta vagy használja), Xanax (2 fő említi), Frontin (1 fő), Kodein (1 fő), Noxyron (1 fő), Metadon (2 fő), Leponex (1 fő), Tegretol (2 fő).” (Csáki, Márton, Mészáros 2009, 7)

Itt a legriasztóbb adat az, hogy az interjúk felében találhatunk utalást a nyugtatószerek használatára, továbbá felbukkannak más jellegű szerek is, amelyek talán még a Rivotrilnál is potensebb gyógyszereknek nevezhetők. A kutatás a Budapesti Fegyház és Börtönben zajlott, természetesen a büntetés-végrehajtás közreműködésével, és 2009-ben publikálták. A fenti eredmény világossá teszi, hogy a bv. intézeteken belül az illegitim nyugtatószer-használat jelentős; a publikáció után legalább két súlyos rendkívüli eseményért feltehetőleg a nyugtatószer is felelős volt. (Egyik esetben emberölés történt a Váci Fegyház és Börtönben, a másik esetben pedig önkéntes öngyilkosság a Fiatalkorúak Bv. Intézetében.) A kutatási eredményen kívül és azon felül a tiszthelyettesi állomány is hangsúlyozta a nyugtatószer-használat káros voltát és fokozott veszélyességét.

A harmadik kutatás összefoglalójából kiragadott – a jelen körülmények között még mindig aktuális – csomópontok a következők: a kábítószer-használattal kapcsolatos egészségügyi ellátás minősége intézményfüggő; nem érvényesül a börtönökben a szubsztitúciós kezelési lehetőség; nem egyértelmű, hogy a kábítószer-problémával kezelt személlyel mi fog történni a szabadulás után; valamint a fogvatartottak úgy érzik, hogy kevés információval rendelkeznek a drogokról és a fertőző betegségekről (Takács 2010, 41-42). Meg kell említeni, hogy a felmérés a fertőző betegségek szűrését is problematikusnak tartotta (Takács 2010, 41), a kutatás publikációja óta azonban ez a helyzet javult, hiszen több intézetben zajlott például hepatitisz C szűrés<sup>3</sup>. A kutatók

<sup>3</sup> Lásd: Hepatitisz C-szűrés Állampusztán. <http://www.bvop.hu/?mid=49&cikkid=1879> [leoltve: 2013-01-15]

végül nem kaptak engedélyt, hogy börtönkörnyezetben végezzék el a vizsgálatot, így interjúalanyaik szabadult fogvatartottak voltak. A kutatás végső eredményei össze-  
csengtek a fentebb idézett ENSZ-egyezmény tartalmával.

## 2. Ártalomcsökkentési koncepció a börtönben

A kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében általában három stratégia alkalmazható: a kínálat-, a kereslet- és az ártalomcsökkentés. A börtönben ezek az intézkedéscsomagok a következőképpen néznek ki ideális és optimális esetben:

### *Kínálatcsökkentés*

Cél: a börtön kábítószer-mentessége

Módszer: a kábítószer bejutásának megakadályozása, a bekerült kábítószer felderítése, információszerzés, az előtalált kábítószer megsemmisítése

Jellege: biztonsági és operatív jellegű munka

Eszköz: motozás, zárkaellenőrzés, a munkahelyek, a személy- és gépjárműforgalom, a postai küldemények ellenőrzése, szűrés vér- és vizeletminta alapján stb.

Végrehajtó: biztonsági állomány, egészségügyi személyzet

### *Keresletcsökkentés*

Cél: a fogvatartottak kábítószer-fogyasztási igényének csökkentése

Módszer: meggyőzés, pszichoedukáció, csoportos és egyéni foglalkozások, felvilágosítás, prevenció, outreach (segítségnyújtás), konzultáció, tanácsadás

Jellege: nevelési és pszichológiai jellegű munka – civil szervezetek bevonásával

Eszköz: kábítószer-prevenciós részlegek működtetése, az elterelés jogintézménye a börtönben, befogadási eljárás, klasszifikációs adminisztráció stb.

Végrehajtó: nevelői, körletfelügyelői állomány, börtönpszichológus

### *Ártalomcsökkentés*

Cél: a fogvatartottak kábítószer-fogyasztásából eredő egészségügyi, szociális és pszichológiai ártalmak és kockázatok csökkentése

Módszer: felvilágosítás (a fertőző betegségek ügyében is), tanácsadás, konzultáció, outreach (segítségnyújtás)

Jellege: szociális illetve, egészségügyi munka

Eszköz: tűcsere, opioidhelyettesítő kezelés, bleaching kit, Naloxon kit, kondomosztás, tetováló szalon létesítése, alacsonyküszöbű adminisztráció

Végrehajtó: szociális munkás, aki lehetőleg civil szervezet tagja, börtönorvos, ápolók, börtönpszichológus

A fenti három fogalmi körhöz, azok összefüggéseikhez az alábbiakban magyarázatokat fűzünk, majd az ártalomcsökkentés ismérveit részletesen kifejtsük.

Az első drogstratégiai kiindulópont az átfogó beavatkozás elve, ami azt jelenti, hogy a börtönben csak úgy működhet a kábítószer-probléma visszaszorítása hatékonyan, ha mindhárom intézkedés csomag jelen van a rendszerben. Ez azonban még nem elég, mert a programokat össze is kell hangolni, és egymással harmonizálni szükséges. Bármelyik program eltűlése vagy hiánya gondokat okozhat. A balti államokban a kétezres évek elején a kínálatcsökkentésbe vetett eltúlzott és naiv hit eredményezte a fertőző betegségek elterjedését. Hollandiában időközben az etalonnak tekintett kábítószermentes körletek megszűntek, ellenben a börtönökben jelenleg már több GHB<sup>4</sup>-kezelőhelyet alakítottak ki. Svédországban a fiatalok körében nagy gondot jelentett a benzodiazepin-használat, jelesen a Flunitrazepam<sup>5</sup>-visszaélés, ami rendkívüli agressziót eredményezett a fogvatartottak körében (Dåderman 2005), ezért a szert az országban betiltották. (A szerrel kapcsolatos svédországi kutatások nagy részét börtönökben végezték.) Skóciában az egyik leggyakoribb droghalál oka az, hogy a fogvatartottak a börtönből való szabadulás után aranylövessel adagolják túl magukat. A szabadult személyeket gyakran civil szervezetek képviselői várják a börtönök előtt, de ez néha sem a rendőrség, sem a büntetés-végrehajtás támogatását nem élvezzi, a szociális munkásokat egyszerűen elzavarják a helyszínről.

Itt rögtön hadd írjuk le, hogy a magyar börtönökben a kínálat- és a keresletcsökkentés optimálisan működik, azaz az elfogadható hibahatáron belül dolgozunk, azonban a nyugtatószerekkel kapcsolatos probléma részben az ártalomcsökkentési intézkedés csomag szociális munka részének hiányával okolható.

Még két fontos ismerv: a harmonizált drogstratégia minden esetben költséghatékony, azaz az ártalomcsökkentés összességben kevesebb anyagi ráfordításba kerül, mintha nem működne. A másik fontos megjegyzés, hogy az ártalomcsökkentést nem lehet úgy bevezetni a magyar börtönökben, hogy a jogszabályi és a szemléleti változásokat vagy a személyzet képzését megkerülhetnénk.

### *Ártalomcsökkentési fogalmak*

Az ártalomcsökkentési *szociális munka* azt jelenti, hogy bármennyire is úgy tűnik, hogy ez az intézkedés pusztán egészségügyi természetű, mégis támogató szociális munkával végezhető csak hatékonyan. Ilyen munkát egy nevelő nem tud elvégezni. A tevékenység lényege az, hogy a szociális munkások jelen vannak a rendszerben, ismerik a rendszer elemeit, és a munkájukkal semmilyen szempontból nem szankcionálják, de nem is jutalmazták a fogvatartott magatartását. Ez azt jelenti, hogy a szociális munkások csak bizalmi légkörben és elérhető közelségben tudják ellátni a munkájukat, ugyanakkor nem tehetnek javaslatot a fogvatartottak bv. nevelési tervével kapcsolatban. Ez azért van (lenne) így, hogy a fogvatartottak körében is kialakuljon a bizalom a szociális munkások iránt. A fentiek miatt az a legcélszerűbb, ha az ártalomcsökkentési szociális munkát civil szervezetek tagjai látják el – pályázati forrásból.

<sup>4</sup> Gamma-hidroxi-vajsav, avagy a diszkódrogként elhíresült „Gina”

<sup>5</sup> A Rivotril hatóanyagához (Klonazepam) rendkívül hasonló, altató hatású nyugtatószer, „rape-drug”

A szociális munkások oszthatják a steril tűket, a fecskendőket és az egyéb parafernáliákat, regisztrálniuk kell a klienseket, valamint kapcsolatot kell velük tartaniuk. Az ilyen jellegű munka egy kisebb intézetben heti egy alkalmat, nagyobb intézetben hetente legfeljebb három alkalmat jelent. Ehhez a munkához elsősorban a kommunikációs sajátságok miatt utcai szociális munkás képzettség és tapasztalat kell, megelőzve a börtönbeli jártasságot. *Erre a gyakorlatra hazánkban nem látunk példát.* Gondolhatjuk azt, hogy ez a megoldás drága, azonban a cikk végén felvázolunk majd egy másik megoldást is (kortárs tanácsadás).

Az ártalomcsökkentési egészségügyi *munka* az ópium szubsztitúciós vagy a kombinált (Suboxone) terápiára terjed ki, azaz arra, hogy a fogvatartottak – törvényben szabályozott módon – Metadonhoz vagy Naloxonhoz jutnak. Ezeket a gyógyszereket csak addiktológus szakorvos adhatja a klienseknek. Ezt a tevékenységet érdemes pszichiátriai és ápolói/nővéri munkával kiegészíteni. A pszichiáter a szerfogyasztás miatt fellépő pszichiátriai és neurológiai problémákkal, az ápoló az esetleges fertőzések elsődleges ellátásával foglalkozik. Ezek a személyek a börtön alkalmazásában állhatnak, azonban a szociális munka jellegű háttér nélkül nem tudják hatékonyan végezni a munkájukat. Az egészségügyi ártalomcsökkentési munka a hazai börtönökben optimálisan működik, hiányzik azonban a támogató szociális munka. Ilyen jellegű munkát – mint írtuk – intézettől függően elegendő heti egy, illetve két-három alkalommal végezni, a tevékenység kiemelkedő jelentőségű az előzetes házakban, továbbá a nők és a fiatalok intézeteiben.

A kábítószer-fogyasztás egyik jellemző oka az, hogy a fogyasztó kikerül egy társas közeg figyelmi köréből. Minden emberi közösségnek van óvó-védő szerepe, azonban az ember szabadságát ezek a közösségek nagyon gyakran korlátozzák is, ezért a deviáns személy kerüli a kapcsolatot az esetleges segítőkkel, vagy nincs is esélye arra, hogy a közelükbe kerüljön. A börtönben is vannak olyan kábítószer-fogyasztók, akik valamilyen ok folytán inkább úgy döntenek, hogy nem jelzik hivatalosan a problémájukat. Őket célozhatja meg az *outreach program*<sup>6</sup>. Arra kellene törekedni, hogy minél több drogfogyasztó akadjon fent a börtönben a szűrésen; azaz a kliensek bevonása a személyzettől is aktivitást követel meg.

Az *intravénás droghasználat* számos kockázatot rejt magában. Ilyen úton terjed a leggyakrabban a hepatitis C fertőzés, valamint a HIV-fertőzés is. A börtön ugyanakkor az intravénás droghasználat szempontjából speciális hely, mert maga a tű és a parafernáliák tiltott tárgyaknak minősülnek. Ezért a fogvatartottak sokkal nagyobb hajlandósággal osztják meg egymás között a tűt. A *tűcsereprogram* lényege az, hogy a drog használatához steril tűhöz lehet jutni, ezáltal növelhető a biztonság. A tűcsere ugyanakkor *nem a droghasználat támogatását szolgálja*, hanem a fertőzésveszélyt csökkenti, valamint kifejezetten költséghatékony. A tűvel kapcsolatban meg kell említeni, hogy sajnálatos módon veszélyes a biztonságra, mert támadásra alkalmas eszköz. Hazánkban már történt olyan rendkívüli esemény,

<sup>6</sup> *out reach* = kinyúlani valamiért

amikor egy körletfelügyelőt túvel szúrtak meg, ez azonban régebben volt, és a nemzetközi tapasztalat is azt mutatja, hogy a börtönökben inkább kihegyezett fogkeféket, kiélezett kanalakat, illetve pengéket használnak támadásra, mellesleg ezek az eszközök is veszélyesek a fertőzések szempontjából.

A *bleaching kit* egy klórtartalmú fertőtlenítő eszköz, amelynek segítségével a zárkán belül lehet fertőtleníteni a drog injektlálásához és a tetováláshoz használt eszközöket. Nagy hatékonysággal csökkenti a bakteriális (pl. TBC) fertőzések terjedését, valamint az az előnye, hogy könnyebben osztható, mint a steril tű.

Ópioidtúladagolás esetén adagolható a *Naloxon*, ami akár életet menthet, és önkezüleg is beadható. A hazai börtönökben a Suboxone nevű szer adására is van lehetőség, amelynek két komponense van: az egyik a Bupremorfin, ami ópioidhelyettesítő szer, míg a másik a Naloxon, ami sejti szinten gátolja az ópioidok hatását. A *Naloxon kit-et* a skót börtönökben adhatják oda olyan volt heroinfüggő fogvatartottaknak, akik a börtönben ópioidhelyettesítő kezelést kaptak és a szabadulás előtt állnak, valamint félt, hogy a szabadulás után, kikerülve a régi társas közegükbe, túladagolják magukat. A csomagban a hatóanyagon és a fecskendőn túl egy rövid leírás is található az ópioid-túladagolás tüneteiről, valamint arról, hogy hogyan kell a comb izomzatába beadni az injekciót. Hazánkban a Naloxon kit alkalmazása jelenleg nem indokolt.

A *börtönbeli szexualitás* tabutéma, ami azt jelenti, hogy hivatalos fórumokon ritkán esik szó róla, és a sajtónak is kevés információja van a kérdéskörrel. Ennek ellenére előfordul, és számos más tényező mellett az is lehet a káros hatása, hogy a szexuális úton terjedő betegségek száma megnövekszik. Ezért is ajánlatos a börtönben a *kondomosztás*, de még ennél is fontosabb a fogvatartottak és a személyi állomány felvilágosítása. Ez a beavatkozás nem közvetlenül a kábítószerügyi ártalomcsökkentés része, de egy azt támogató intézkedés lehet. Meg kell említeni, hogy a börtönben a szexualitás jellemzően kényszerítés, erőszak hatására történik. Mind az elkövető, mind az áldozat nagy pszichológiai és szomatikus kockázatot vállal. A börtönben – ahogy az utcán is – az is előfordul, hogy valaki a drog megszerzése érdekében ajánlja fel a szexuális szolgáltatást.

Szintén a kábítószer-problémához csak közvetetten kapcsolódó jelenség a börtönben a tetoválás vagy a testmódosítás. Az általam gyűjtött börtönrajzok nagy részéről sejthető, hogy tetoválásvázlatok, azaz azért készülnek, hogy később esetlegesen egy fogvatartott bőrre kerüljenek. A tetováló tű is terjesztheti a fertőző betegségeket. Egy, a Szegedi Tudományegyetem által nemrég végzett vizsgálat kimutatta, hogy a magyar börtönökben a vizsgált 1 905 fős mintából 15,7%-os arányban módosították a péniszük méretét a fogvatartottak Vazelin-injekcióval (Rosecker és munkatársai 2012). Ez az arány körülbelül 300 személyt jelent! Ésszerű megoldás lehetne a börtönökben – akár próba jelleggel is – legálisan működő tetováló szalonokat létrehozni, ahol ellenőrzött körülmények között tetováltathatnának a fogvatartottak.

Az a fogvatartott, aki az ártalomcsökkentő szolgáltatás kliensévé válik, bizonyos fokú anonimitást kell, hogy élvezzen, annak érdekében, hogy ne kelljen fe-

gyelmi eljárástól vagy büntetőeljárástól tartania. Ezért cserébe szavatolnia kellene, hogy rendszeresen megjelenik a konzultációkon. Ezt jelenti az *alacsonyküszöbű szolgáltatás*, ami számos akadályba ütközik a büntetés-végrehajtás szervezetén belül:

- *intézkedési kényszer*: amennyiben a személyi állomány tagja fegyelemsértést (bódítószer-használat, tiltott tárgy tartása) vagy bűncselekményt (kábitószerrel való visszaélés) észlel, intézkedni köteles;
- *súlyosabb megítélés*: a büntetés-végrehajtási intézet mint helyszín a kábítószerrel visszaélés bűncselekmény egyik minősített esete [Btk. 282/A. § (2) c.];
- *szerepkonfliktus*: a börtön kettős funkciója az izoláció és a rehabilitáció, látványosan mindkettőnek ellentmond az alacsonyküszöbű szolgáltatás;
- *társadalmi reakció*: a társadalom nagy része elítéli a drogfogyasztást, és még nagyobb része előítéletes a fogvatartottakkal szemben; egyik nézet sem konzisztens a börtönbeli alacsonyküszöbű szolgáltatás elvével.

Láthatjuk, hogy a börtönbeli ártalomcsökkentéshez még a magyar társadalom sem nőtt fel igazán, ugyanakkor a büntetés-végrehajtás már régen lépéskényszerben van, hiszen a kábítószer-probléma immár nem csak a reintegrációt, hanem az intézetek biztonságát is fenyegeti, ezért magára társadalomra is veszélyes.

### 3. Klonazepám-probléma a börtönben

A nyugtatószereknek több formája van, ezek közül az egyik csoportot a benzodiazepinek képezik, amelyeknek egyik fajtája a Klonazepám. A Klonazepám a jelenlegi magyar szabályzás szerint nem minősül kábítószernek [Btk. 286/A. § (2) a-c.].

Nemrégem egy gyógyszerárban jártam, ahol elmondták, hogy egy orvos a gyógyszerészeknél nagyobb mennyiségű nyugtatószert rendelt, mert bűnözők fenyegették meg, akik a gyógyszert a börtönbe akarták csempészni. A történet egyáltalán nem egyedül, ugyanis mindig és mindenhol visszaéltek az emberek a felírható gyógyszerekkel. Egy tisztihelyettől hallottam azt a történetet, amely szerint egy hétfévi napon a felügyeletére bízott körletrészen szinte az összes fogvatartott túladagolta magát nyugtatószerekkel. A fogvatartottak nyugodtak voltak, olyanoknak tűntek, mintha nagyon be lennének rúgva, szinte mozdulni sem tudtak, és a beszédre is alig voltak képesek. Nyilván ez a történet is tartalmazhat torzításokat, de ha csak a fele igaz, már az is jelentős probléma.

A Klonazepám a Rivotril nevű enyhe nyugtatószer hatóanyaga, és ez az a gyógyszer, amellyel a magyar börtönökben a fogvatartottak a leginkább visszaélnek. Rendkívül nehéz erről a szerről írni, mert jelentősen eltérnek egymástól a tudományos tények, valamint a hétköznapi megfigyelések.

Érdeemes összehasonlítani a gyógyszer használatáról szóló hétköznapi vélekedéseket a hivatalos javallatokkal. Ízelítőképpen egy internetes fórumról szedtünk össze pár gondolatot a Klonazepámról:

- kezdetben a gyógyszer nagyon jó hatású, de később, amikor rászoknak, a gyógyszerből egyre többet kell beszedni, és ez az állapot szörnyű;

- néha egyes használók „minden ürüggyel bedobnak egyet”;
- a gyógyszer „bezsibbaszt”, és a bánat csak úgy lepereg az emberről;
- hajléktalan alkoholista személyek a gyógyszerert kannás borral keverik a nagyobb hatás érdekében, valamint a közgyógyellátást kihasználva a gyógyszerrel kereskednek;
- ópoidelvonási tünetek alatt a gyógyszer hatásos, ugyanis csökkenti a szorongást;
- soha nem múló hátfájalmat mulasztott el a gyógyszer.

A hivatalos tájékoztató szerint a „Klonazepámnak görcsgátló, nyugtató, izomlazító és szorongásoldó hatása van.” A Rivotril tablettát a következő betegségek kezelésére alkalmazzák:

- Epilepszia (csecsemőknél, gyermekeknél és felnőtteknél),
- Szorongásos állapotok és ezekhez kapcsolódó tünetek,
- Pánikbetegség (önmagában vagy konkrét dologtól, helyzettől való irreális félelemmel kísérve).<sup>7</sup>

Láthatjuk, hogy a gyógyszer egészségügyi alkalmazása merőben eltér a vele való visszaéléstől, ami inkább droghasználatra emlékeztet.

Kevés tudományos cikk foglalkozik a Klonazepám és a börtön kapcsolatával, ezért a gyógyszerrel a hétköznapi ismereteket gyűjtjük össze, és ezeket próbáljuk a börtön felől megközelíteni. A következő szempontokat vizsgáljuk: a Klonazepám-túladagolás hatása, a hosszú távú használat hatásai, végül az elvonási tünetek.

Mivel a Rivotril-t a fogvatartottak a börtönben rendszerint túladagolva használják, érdemes áttekinteni a túladagolás tüneteit. Ezek az ismeretek részben közkeletűek, és bárki számára hozzáférhetőek például a Wikipédián, másrészt a hazai börtönökben dolgozó szakszeméllyel, valamint a közvetlenül a fogvatartottakkal foglalkozó személyi állományi tagokkal történt beszélgetéseken alapszanak.

A leggyakoribb tünet a *zavartság*, ami azt jelenti, hogy az egyén nem tud tájékozódni, emlékezet-kihagyásai vannak, valamint képtelen a figyelmét fókuszálni. Az elbeszélések szerint ezek a tünetek a „berivózott” fogvatartottnál nagyon gyakran előfordulnak, nem emlékeznek arra az időszakra, amikor a gyógyszer hatása alatt álltak, illetve semmilyen eseményre, legyen akár az nagyon erőszakos jellegű önkárosítás, rabtárs ellen elkövetett erőszak vagy a személyzet elleni támadás.

A fogvatartottak körében fellép az *ingerlékenység és a fokozott agresszió* is. Az elbeszélések alapján a fogvatartottak gyakran különösebb okok nélkül egymásnak esnek, és durván összeverekednek. Később a szemtanú fogvatartottak nem tudják elmondani, hogy miért veszett össze a két fél.

Szintén előfordul, hogy a fogvatartottak *másnaposságzerű állapotban vannak*, dülöngélnek, fejfájásra panaszkodnak, szédülnek, össze-vissza beszélnek, vagy nem lehet érteni a beszédüket. Egy elbeszélés szerint a gyógyszer hatása alatt nem lehetett a fogvatartottal kommunikálni, csak hörgött és nyögött. Más alkalommal a pedig úgy viselkedett, mint egy kisgyermek.

<sup>7</sup> Lásd: <http://www.egeszsegkalauz.hu/keresok/gyogyszer/rivotril-05-mg-tabletta-1440.html> [letöltve: 2013-01-17]

Gyakran megfigyelhető, hogy a fogvatartottak nyugtalanok, és a belső szorongásaik miatt nem tudják korábban tartani a mozgásukat, ezt a tünetegyüttest nevezzük *pszichomotoros agitációnak*. Egy beszámoló szerint egy túladagolt fogvatartott órákon keresztül fel-alá mászkált a zárkájában, miközben fenyegette a rabtársait, és ordibált.

Néha a fogvatartottak *hallucinációkat is átélnek* a gyógyszer hatása alatt. Ennek az az egyik leggyakoribb megnyilvánulása, hogy nem éreznek fájdalmat abban az esetben, amikor nyilvánvalóan fájdalmat kellene érezniük (negatív hallucináció). Egy hazai börtönben történt, hogy egy fogvatartott a gyógyszer hatása alatt addig verte ökölrel a falat, amíg a keze teljesen be nem dagadt, és már képtelen volt az ujjait mozgatni. Ez az állapot rendkívül veszélyes, hiszen egy ilyen mértékben zavart mentális állapotú fogvatartott nagyon nehezen fékezhető meg.

Az egyik legfurcsább jelenség a *paradox reakció*, ami azt jelenti, hogy a Klonazepám ugyan alapvetően nyugtatószer, mégis túladagolva gyakran okoz a börtönben hiperagressziót, súlyos szorongást, esetleg epilepsziászerű rohamot.

Végül pedig nagyon fontos, hogy a Klonazepám-túladagolás önkárosításhoz, sőt öngyilkossági kísérlethez vagy befejezett *öngyilkossághoz is vezethet*, főleg izolált helyzetben és fiatalabb fogvatartottak esetében. Ezt több alkalommal magyar intézetekben is észlelték, azonban a Klonazepám közvetlen hatása nehezen bizonyítható.

Channing és munkatársai (2012, 160-161) számoltak be egy Z nevű, 14 éves lány esetéről, akit egy javítóintézetben helyeztek el. Z-ről jelentették, hogy megtámadja a személyzetet, a fejét a falba veri, és a bútorokra mászik. Ezért az egészségügyi személyzet izomba adott Klonazepám-injekcióval próbálta lenyugtatni, azonban ez több alkalommal nem járt sikerrel. A fogvatartott *fulladási rohamokkal* küzdött, valamint egy zipzárral próbált magában kárt tenni. Amikor a személyzet megpróbálta elvenni tőle a zipzárt, Z a szájába helyezte, és le akarta nyelni. Továbbra is verte a fejét a falba, és a bútorokra mászott. A Klonazepám miatt oxigénhiányos állapot állt be nála, és kórházba kellett szállítani, ahol életmentő beavatkozást kellett rajta végrehajtani. A kórházi kezelésre teljesen amnéziás maradt. Érdemes itt megjegyezni, hogy túladagolás ellenszere egy Flumazenil nevű injekciós gyógyszer, ami blokkolja a benzodiazepineket.

Figyelemre méltó továbbá, hogy a pszichiátriai kezelésben hosszú ideje dolgozók megfigyelték, hogy a benzodiazepinekkel kapcsolatos magatartásminták nagyon hasonlítanak a korábban használt barbiturátok (altatók, nyugtatók) okozta problémákra. Szociológiai értelemben elmondhatjuk tehát, hogy a szedáló és nyugtató szereknek a zárt intézetekben egyfajta funkciója van. Ez a funkció a szerekkel való visszaélés és a kereskedelem. Hamis nézet lenne ezért, ha a jelenség miatt csupán a börtönt vagy a pszichiátriai kezelést hibáztatnánk.

A benzodiazepinek *hosszú távú hatásai* alig különböznek annak fényében, hogy melyik szert használják. Az egyik legjobban körülírt hatás a kognitív károsodás. Ezek között gyakran szerepelnek a memóriazavar, a pszichomotoros problémák, valamint a látásfunkciók károsodása. Ez a börtönben azért kifejezetten káros, mert a reintegráció érdekében a fogvatartottnak minél tudatosabban kellene töre-

kednie arra, hogy a társadalom által elvárt célokat elérje (pl. tanuljon meg írni és olvasni vagy dolgozzon), de ezekhez sértetlen kognitív funkciók szükségesek.

Az alváásra gyakorolt káros hatás is figyelemre méltó. A benzodiazepinek negatív hatással vannak az alvás közbeni légzésre, az emlékek feldolgozási folyamatára, valamint a hirtelen felébredés gátlására. Azaz a gyógyszerek csökkentik az alvás hatékonyságát. A börtönben talán az egyetlen olyan napszak, amikor a fogvatartott megszabadulhat a társas nyomástól, az alvás periódusa. A gyógyszerek éppen ezt az időszakot zavarják össze, és ennek az lesz a következménye, hogy a fogvatartott egyre nagyobb stresszt, kimerültséget él meg, ami miatt ismét a nyugtatókhoz nyúl.

Fontos megemlíteni, hogy a benzodiazepineknek hosszú távú mentális hatásai is vannak. Növelik az agressziót, pánikrohamot okozhatnak, és szorongáshoz vezethetnek. Mivel a börtön eleve erőszakos és szorongással teli közeg, a gyógyszerek csak rontanak a túlélési esélyeken.

A benzodiazepinek károsítják az immunrendszert, valamint serkentik a szuicid cselekményeket.

A Klonazepam *elvonási tünetei* már jobban körülírtak. Mivel a gyógyszernek nagyon hosszú a felezési ideje, 39 óráig képes hatást kifejteni a szervezetben, egyrészt nagyon könnyen túladagolható, másrészt az elvonás tünetei meglepőek lehetnek. Éppen ezért a Klonazepamról csak lassan lehet leszokni, nem lehet a szert azonnal megvonni. Ez a börtönben nehéz helyzetet eredményez, ugyanis a fogvatartottak gyakran orvosi kontroll nélkül szedik a gyógyszert, és néha a kínálat nem folyamatos. Több oldalról megerősített információ<sup>8</sup> szerint 2011 tavaszán leégett egy törökbálinti gyógyszerraktár, ahol a Svájc-ból érkező Rivortilt tárolták, és ezért a gyógyszer egy időre eltűnt a börtönökből. Szucsáki Melinda börtönpszichológus egy konferencián egy rajtot mutatott, amit egy fiatalember készített Rivotril-megvonás alatt. Semmi különös nem volt a rajzon, de ha láttuk azokat a rajzokat is, amelyeket akkor készített, amikor még nem volt Rivotril-megvonás, szembeszökő volt a különbség. A megvonás alatt rajzolt karikák cikk-cakkosak voltak, mintha a körök valójában fogaskerekek lettek volna, ez tremorra utaló jelenség. Az elvonás tünetek már egy hónapi használat következtében is jelentkeznek, a gyógyszer szedésének abbahagyása után 2-3 nappal (Sadock, Kaplan, Sadock 2007, 457). Ehhez hozzá kell fűzni, hogy ezek az adatok a gyógyszer ellenőrzött szedésére vonatkoznak. A tünetek a következők: szorongás, pánikroham, kézremegés (tremor), fejfájás, koncentrációs nehézség, epilepsziás roham, fényérzékenység. Egy beszámoló szerint egy fogvatartott keze annyira remegett egy asztalos üzemben, hogy nem mert hozzányúlni a szalagfűrészhez. A fogvatartott csupán pár napja nem jutott Klonazepamhoz.

Bármennyire is nyugtatószer a Rivotril, a börtönben – túladagolva – *tombolást eredményez*. Nagyon sok mindennel lehet ezt magyarázni, most itt csak vázlatosan pár pontot említünk meg:

1. A börtön agresszív közeg, és a „drog” valós hatása mindig függ a közegtől.
2. A Rivotril túladagolása nyilván nem egyezik meg azzal a hatással, amit a

<sup>8</sup> Lásd: Hír24: Egy időre hiánycikk lett a Rivotril. <http://www.hir24.hu/belfold/2011/04/29/egy-idore-hianycikk-lett-a-rivotril/> [letöltve: 2013-01-18]

Klonazepám megalkotói elképzelték, ugyanis ők orvosi felügyelet mellett, gondosan adagolt gyógyszer mennyiségre gondoltak a munkájuk során.

3. A bűnözők könnyen tolerálják a kockázatot.
4. A börtön néhány rabnál extrém kockázatkereső magatartást alakít ki.
5. Néha ez a magatartás kockázatkereső személyiségjeggyé torzul avagy kumulálódik, amihez társul a súlyos benzodiazepin-addikció.
6. A börtönben a Rivotril az „átutazást” is elősegíti, azaz a rab nem érzi, hogy be lenne zárva. Extrém magaviseletű rabok ezt kihasználják, és a 4-es pont értelmében függővé válnak.
7. A „benzodiazepin szindróma” egyes elemei kifejezetten hasonlítanak az antiszociális személyiségzavar egyes jegyeire és a pszichopátiás személyiségvonásokra.

A Klonazepám-problémával kapcsolatban még meg kell jegyezni, hogy a Rivotril viszonylag olcsón és könnyen hozzáférhető, azonban bármikor születhet egy olyan rendelkezés, ami ezt megszünteti, ebben az esetben a fogvatartottak át fognak állni egy másik anyagra. Ezen hipotetikus anyag útját a Klonazepám már kitaposta a magyar börtönökben, azaz a veszélyesebb drogok könnyebben fognak tömegesen bejutni a börtönökbe.

#### 4. A Magdolna-negyed és a börtön kapcsolat

A tűcsere-programokról az a köztudott, hogy általában ópiumhasználók számára működtetnek ilyet. Hazánkban azonban az is előfordul, hogy a tűcsere-szolgáltatást elsősorban amfetaminhasználók veszik igénybe. Ilyen szolgáltatás a Kék Pont Kontakt Programja a Józsefvárosban, a Magdolna és Lujza utca sarkán.<sup>9</sup> Az itt következő fejezet egy nemzetközi kvalitatív kutatás<sup>10</sup> része, amelyet 2012 nyarán végeztem, és elsősorban Dávid Ferencsel, a Kontakt Program vezetőjével folytattam, a börtönre fókuszált interjúm alapszik.

Az itt olvasható információk reliabilitásával, megbízhatóságával kapcsolatban meg kell jegyeznünk, hogy a Kontakt Program során statisztikai alaposságú kutatás is zajlik, a program tudományos eredményeken alapszik, amiket elsősorban a Rácz József által vezetett szakmai team munkássága (Rácz, Márványkövi, Melles 2009) alapozott meg.

A Kontakt Programnak a vizsgált időszakban kb. 2 500–2 700 passzív, és kb. 1 000 aktív kliense volt. A passzív kliens azokat a személyeket jelenti, akik regisztrálták magukat az ártalomcsökkentő programra, de nem keresik fel a Kontakt Programot rendszeresen. Az aktív kliensek legalább heti gyakorisággal látogatják a programot.

A kliensekről elmondható, hogy szinte mindegyikük legalább egy alkalommal volt már börtönben. Ez azt jelenti, hogy a kliensek éppen szabadulás után

<sup>9</sup> Lásd bővebben: <http://www.kekpont.hu/jozsefvarosi-artalomcsokkentenes/> [letöltve: 2013-01-23]

<sup>10</sup> Lásd bővebben: <http://www.accessproject.eu/who-we-are> [letöltve: 2013-01-23]

vannak, vagy rövid időn belül ismét börtönbe fognak kerülni. Ha a közel ezer főt a körülbelül 17 ezres fogvatartotti létszámhoz viszonyítjuk, meglehetősen nagy számról van szó, még akkor is, ha a fluktuáló – az utca és a börtön között mozgó – ex-fogvatartotti állomány nyilván sokkal nagyobb mint 17 ezer fő.

A börtönviseltség a kliensek nyelvhasználatában, tetoválásain, szubkulturális mentalitásán és életvitelén is látszik. A Kontakt Programban dolgozó személyek rendkívüli bizalmi státuszt élveznek ebben a közegben. Ha egy új ember érkezik a helyszínre, legyen az kutató, önkéntes vagy bárki más, a kliensek azonnal „vamzernek” címkézik, és a legjobb esetben nem állnak szóba vele. Ez is jellegzetes börtönmentalitás.

A kliensek a börtönben kitisztulnak, ugyanis ott az amfetaminhasználat nem mondható gyakorinak; a szer stimuláns, míg a börtönben elsősorban szedáló hatású drogokkal élnek vissza a fogvatartottak. A börtönből szabadulva azonban nagyon rövid idő után visszaállnak a stimuláns szerek fogyasztására, és ismét a Kontakt Program aktív klienseivé válnak. Ezek a bűnöző életvitelt folytató személyek elsősorban nagyon elleni bűncselekményeket követnek el annak érdekében, hogy finanszírozni tudják az életmódjukat.

A stimulánsfogyasztók életmódja meglehetősen kockázatkereső. A kliensek nagy arányban próbálják ki az új, úgynevezett desingner drogokat. Korábban a Kék Pont kliensei például meferdronit fogyasztottak, amikor ezt az anyagot kriminalizálták, rövid időn belül rátértek az úgynevezett Penta nevű szerre, ami szintén stimuláns, azonban a kutatás idejében a hatásán kívül semmit nem lehetett tudni róla.

Ez a jellegzetes kockázatkereső magatartásminta a börtönben elsősorban a Rivotril-fogyasztóknál fedezhető fel. Ebből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a börtönbeli Klonazepam-használók és a Kontakt Program kliensei között nagy az átfedés. *Paradoxnak tűnik*, hogy hogyan lehet a stimuláns szerről a börtönben a Rivotrilra átállni, ami nyugtatószer. Erre kettős a magyarázat: farmakológiai és kriminológiai. Egyrészt, ahogy korábban leírtuk, a benzodiazepinek egyik jellemzője, hogy ha nem az előírás szerint szedik őket, a hatásuk paradox, azaz a nyugtató hatás helyett tombolást eredményeznek. Másrészt a bűnözőkre jellemző kockázatkereső magatartás azt is magában foglalja, hogy a drogfogyasztó fogvatartottak hozzáállását a „mindegy, hogy mit, de azt a legnagyobb mennyiségben” attitűddel írhatjuk le, valamint a börtönszituáció is azt a körülményt szüli, hogy a Klonazepam sokkal könnyebben hozzáférhető.

A Penta a vizsgálat idején nem volt tiltott szer. A drog fehér, kristályos anyag, mint bármilyen más amfetaminszármazék, s általában ezt is intravénásan használják. A fogyasztási struktúra a vizsgálat időpontjában úgy nézett ki, hogy az amfetaminhasználat visszaszorult 30%-ra, míg a Penta fogyasztási aránya 70% körüli volt.

A Penta hatása hasonlít az amfetaminéhoz, de még talán annál is intenzívebb. A szer addiktivitását jól illusztrálja, hogy akár naponta öt alkalommal is szúrják.

Az intravénás használat azt jelenti, hogy tűt és fecskendőt kell használni, azaz a fertőző betegségek terjedésének kockázata hatalmas. A Kontakt Program minden megtesz az ártalomcsökkentés érdekében, azonban a projekt finanszírozása akadozik.

A Kontakt Program kliensei 70%-ban hepatitis C fertőzöttek. Ha figyelembe vesszük az aktív kliensek létszámát, ez körülbelül 700 főt jelent, aki egyben börtönviselt is. A börtönnel való kapcsolatból azt a következtetést vonhatjuk le, hogy létezik egy többé-kevésbé körülírható fogvatartotti és ex-fogvatartotti állomány, amely biztosan HCV-fertőzött. A hepatitis börtönbeli terjedésével kapcsolatosan a hazai viszonyok között a legnagyobb kockázatot a tetoválás jelenti. Az egyéb túhasználat (szteroidhasználatra volt már példa) éppen a Rivotril miatt nem jelentős, hiszen a gyógyszert szájon át a legegyszerűbb bevenni. Az az érdekes helyzet áll elő, hogy ha feltételezzük, hogy az ország többi részén is hasonló a helyzet, mint a fővárosban, akkor közvetett úton éppen a Rivotrilhasználat szorítja vissza a börtönben a hepatitis C terjedését. Ez utóbbi kérdést még tovább árnyalja, hogy a Kontakt Program kliensei nem budapesti születésűek, hanem jellemzően Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéből származnak.

Budapest VIII. kerületének külső, a Nagykörúton túli része – a Magdolna-negyed – a hetvenes évektől kezdett slumosodni (Tábori 2009, 57), és a területen a kilencvenes évek elejétől jelentek meg az amfetaminszármazékok. Érdekes, hogy a negyed szomszédságában jelenleg is városrehabilitáció zajlik, ilyen Corvin Negyed projekt vagy a Nemzeti Közszolgálati Egyetem kampuszának kivitelezése. Az ilyen jellegű beruházások bizonyítottan növelik az integrációt és javítják a közbiztonságot (Saporu és munkatársai 2011, 80). Szintén érdekes, hogy a heroin- és a más jellegű ópiumhasználat ezen a területen nem terjedt el. A Magdolna-negyed roma származású amfetaminhasználói Európa legnagyobb létszámú, szegregált kábítószer-fogyasztó közösségét képezik. A Kontakt Program kliensei között vannak szexmunkások, terhes anyák és kisgyermeket nevelő anyák is. A legfiatalabb személy 13 éves, a legidősebbek éppen túl vannak a negyvenen. Negyven éves kora után az amfetaminhasználó kimerül, még jobban perifériára szorul, és akár életveszélyes helyzetbe is kerülhet az élettelve miatt. Ezért humanitárius szempontból is kiemelten fontos lenne a börtönbeli célzott program ezen populáció egészségvédelme érdekében.

A Magdolna-negyedhez hasonló, etnikai színezetű, szegregált telep még tucatnyi van Magyarországon. Az Új Széchenyi Terv 2013-as, Lakhatási integrációt modellező szociális célú településrehabilitációs kísérleti projekt (NFÜ 2013) forrásai ezen a helyzeten nyilván segíteni fognak, és remélhetőleg – áttételesen – a börtönökre is pozitív hatása lesz ezeknek a programoknak.

## **5. A kortárs tanácsadás és a börtönbeli kábítószer-probléma kapcsolata – nemzetközi tapasztalatok**

A börtön mint a szabadságelvonnással járó kényszerintézkedések végrehajtásának helyszínéül elképzelt intézmény a XVIII. század végén keletkezett, és ezen idő óta a börtönök alapvető működése és funkciója nem változott. Ennek egyrészt az az oka, hogy a társadalmakban még nem alakult ki az a kohézi-

ós erő, ami képes lenne egyes funkcionális devianciákat tolerálni, másrészt egyes, kifejezetten diszfunkcionális devianciákkal szemben a társadalom még nem képes teljes hatékonysággal fellépni a prevenció területén. A börtön intézménye ellen ható tényezők, tehát a tolerancia és a prevenció, számos akadályba ütköznek, azonban – éppen például a drogprobléma terén – egyes *globális folyamatok* már érzékelhetők:

- számos országban legalizálnak egyes, az egészségre, életvitelre nem annyira káros kábítószereseket;
- a kábítószer-fogyasztókat rendszerint nem sújtják első alkalommal szabadságvesztés- büntetéssel, hanem valamilyen alternatívát kínálnak fel;
- a kábítószer-problémával egyre nagyobb arányban foglalkoznak a civil szervezetek, azaz az állam hivatalosan is delegálja a legitimitását ezen szervek számára, ugyanakkor nagy szerepet vállal a programok finanszírozásában;
- az üzleti szféra is beszáll a kábítószer-probléma elleni fellépésbe, és ezzel szemben leáldozni tűnik a *War on Drugs*<sup>11</sup> szakmapolitikája.

A börtön mint az igazságszolgáltatás végpontja önmaga képtelen arra, hogy a fogvatartottakat az ítéletük alatt további szervekhez küldje. A legtöbb gond a „drogos rabokkal” van számos nyugat-európai országban, és mivel a börtönben nagyon kevés a hely, továbbá a sok ember miatt kevés az idő is, eleinte úgy tűnt, hogy valóban háborút kell vívni a droghasználó rabok ellen. Az évtizedek során kiderült, hogy ez a fajta hadviselés nem hatékony, hanem más módszerekhez kell folyamodni (Heino Stöver 2002). Ennek köszönhetően alakultak ki a kábítószermentes körletek (drug free unit), a börtönbeli tűcsereprogramok, az ópium szubsztitúciós kezelés (ennek két lehetősége is van: a metadon és a bupremorfin), a bupremorfin/naloxon kombináció (Suboxone), valamint a kortárs tanácsadás (peer support, peer counseling, peer to peer education).

A kábítószer ugyanakkor a börtönben erőszakot szül. Híradásokban lehet látni, hogy a mexikói narcoviolencia a börtönökben is jelen van, sőt onnan szerveződik (Valdez, Kaplan 2007, 904-906). Mondhatni, hogy a közép- és dél-amerikai helyzet mégiscsak szélsőséges az európai helyzethez képest, ugyanakkor a portugál börtönökben is gengsek szerveződnek a kábítószer-kereskedelelem köré (CPT 2009, 47-52). A kábítószer-elosztás hasznot termel, és a haszon jegyében a börtönben érdekellentét feszül bizonyos csoportok között.

Ha egy börtönben a kábítószerrel kapcsolatos gengmentalitás és korrupció uralkodik, akkor valójában a fogvatartottak irányítják a börtönt. Ennek az az egyik lényegi oka, hogy nem jöhet létre bizalmi viszony a személyzet és a rabok között.

A börtönre általános értelemben elmondható, hogy a személyzetnek számos szempontból nincs hitele a fogvatartotti állomány szemében. A börtönben dolgozó emberek a „másik oldalon” állnak, és a velük kötött bármilyen megállapodás

<sup>11</sup> A „drogháborút” George Bush amerikai elnök 1989. szeptember 5-én hirdette meg országszerte közvetített televíziós beszédében.

vamzerságnak tekinthető egy komolyabb bűnöző szemében. Sajnos ez a terápiás megállapodásra is igaz. Ezen felül a személyzet azért sem hiteles, mert nem értheti azokat az életeseményeket, amelyek a kábítószer-függőséghez vagy a börtönbe kerüléshez vezetnek. A börtönbe látogató civileknek pedig a fogvatartottak menőznek, vagy ahogy nemrégén egy jeles civil szervezet vezetője mondta: „*társalkodónőnek tartják a civil szervezet tagjait*”.

Ez utóbbi problémákra lehet megoldás a kortárs tanácsadás. Az alábbiakban három olyan nyugat-európai ország peer education gyakorlatát mutatjuk be, ahol a népesség és a börtönök száma nagyon hasonlít a magyar körülményekhez.

*Írországb*an a fogvatartottaknak megtanítják, hogy hogyan kell ügyelniük a tisztaságra és a higiéniára, és ők ezeket az ismereteket továbbadják a társaiknak (Irish Prison Service 2006). Egyes raboknak azt is tanítani kell, hogy a kezükbe köhögjenek, ne szabadon, hogy elkerüljék a TBC-fertőzést. A legnagyobb kihívást a fiatalok, gengidentitással rendelkező fogvatartottak jelentik, akik a személyzettől semmilyen segítséget nem fogadnak el a droggal kapcsolatos problémájukkal (pl. kérelmek, védelmi „pénzek”) kapcsolatban, azonban az idősebb „nagyemő” társaikra hallgatnak. Egy konferencián<sup>12</sup> hallottam, hogy Írországban a Vöröskereszt képezi ki azokat a hosszúidős fogvatartottakat, akik később drogügyi tanácsadók lesznek a börtönben. A fogvatartottak önként és büszkén vállalják ezt a megbízatást, kapnak pár trikót a Vöröskereszt jelével, amit hordhatnak a börtönben, és ezzel valamelyest ki is tűnhetnek a többi fogvatartott közül. Természetesen nem lehet akárkiből tanácsadó, mert hosszú felvételi eljárás előzi meg a kiképzést.

Szintén ezen a konferencián Ligia Parodi (2012) beszélt a *portugál börtönökben* működő kábítószerügyi kortárs tanácsadásról. A projekt oktatási céljai a következők voltak:

*Önismeret- és önbecsülés-fejlesztés:* Senki sem lehet jó tanácsadó kellő önismeret nélkül. A leendő tanácsadónak ismerniük kell a határaikat, és hitelesen kell viselkedniük. A fogvatartottak, mint a korábbiakban említettük, erre nagyon érzékenyek.

*Döntési és problémamegoldási készség, képesség:* A kábítószer-fogyasztás kezdetben egy rossz döntés kérdése, amelyet egy csoport motivál, ebből egy probléma keletkezik, amit a drogos személy rendszerint rosszul old meg. E folyamatot kell majd tanácsadóként visszafordítani.

*Szorongás-, agresszió- és frusztráció-csökkentés:* A drogfogyasztás oka rendszerint az, hogy a személy nem tudja a korábbi módon kezelni a szorongásait, és egy rossz szokás alakul ki a kémiai megerősítéseknek köszönhetően.

*Pedagógiai ismeretek a kortárs tanácsadáshoz:* Még a kortárs tanácsadáshoz sem lehet alapvető pedagógiai ismeretek nélkül nekilátni.

*Teammunka és hivatali szolgálat:* A kiképzett fogvatartottaknak a személyzettel is együtt kell működniük, illetve csoportban kell dolgozniuk. A hivatali szolgálat az jelenti, hogy egyes döntéseiknek hivatalos következménye is lehet: például a csoportból való kizárásuk.

<sup>12</sup> Lásd bővebben: <http://www.accessproject.eu/presentations> [2013-01-23]

Hasonló jellegű *munkakapcsolat* Európa számos börtönében létezik a fogvatartottak és a személyzet között. A hazai jogi háttér miatt Magyarországon ez sajnos nem lehetséges, mert a fogvatartás rendjének fenntartása érdekében a fogvatartott nem bízható meg olyan feladattal, amelynek végrehajtása során más fogvatartottal alá- és fölérendeltségi viszonyba, illetve más fogvatartott személyiségi jogait sértő adat birtokába kerülhet [6/1996. (VII. 12.) IM rendelet, 33. §]).

A portugál példából még azt emeljük ki, hogy milyen feltételeknek kellett megfelelniük a kortárs tanácsadóknak:

- a tanácsadói profil megléte (elszántság, érintettség, motiváció, személyes és szociális készségek, képességek);
- kommunikációs készség;
- védelmezői, támogatói és oktatói motiváció;
- folyamatos elérhetőség;
- a személyzet és a börtön vezetésének egyetértése;
- hosszú tartamú ítélet.

*Belgiumban* körülbelül 11 ezer fogvatartott van, 32 börtön működik. A visszaesők száma magas: 5-6 ezer fogvatartott, a rabok fele már harmadszorra van letartóztatva (Saliez 2012). A börtönbeli kábítószer-probléma visszaszorításának nem a prevenció a fő koncepciója, hanem a kezelés, a fegyintézetekben ugyanakkor nem dolgozik kellő számú szakápoló vagy nővér. Az ártalomcsökkentés a börtönökben a kortárs tanácsadók révén működik.

A kortárs tanácsadók képzése négy fázisban zajlik. Először kiválasztják a kábítószer-problémát ismerő fogvatartottakat. Ők lehetnek olyanok, akik éppen intravénás droghasználók, de lehetnek absztinensek is. Ezután szakértők készítik fel ezeket a rabokat egy héten át, öt alkalommal, napi két órában. A harmadik fázisban a kiképzett fogvatartottak kérdőíves felmérést végeznek a többi rab körében; végül a kérdőíveket elemzik, értékelik – a résztvevők fejé-  
ként 125 eurót kapnak a munkájukért.

Az adatgyűjtés célja az, hogy a börtön személyzete tisztában legyen a drogfogyasztási trendekkel, és ezeket elemezve, naprakészen tudjon reagálni a helyzetre. A kérdőíves beszélgetésnek köszönhetően a marginalizálódott fogvatartottak is látókörbe kerülnek, valamint információkat lehet gyűjteni a fertőző betegségekről és az ártalomcsökkentő módszerekről. Az új klienseket *hólabda módszerrel* gyűjtik össze. Ez úgy zajlik, hogy a már megkérdezett személyeket arra biztatják, hogy motiváljanak másokat is a programban való részvételre.

Emellett a tanácsadók önkéntes alapon csoportos foglalkozásokat is vezetnek a fertőző betegségek és az ártalomcsökkentés témájában. Ezekben a kiscsoportokban szerepjátékkal próbálnak el bizonyos helyzeteket (pl. hogyan kell elkerülni a tú megosztását, hogyan kell a másik fogvatartottat rábeszélni, hogy ügyeljen az egészségére drogozás közben, vagy egyszerűen csak az interjúzás szituációját játszzák el).

A belga program sikerrel működik a börtönökben, azt azonban hozzá kell fűzni: a személyzet nagyon nehezen fogadja el, hogy a fogvatartott-tanácsadók pénzt kapnak a tevékenységükért.

## 6. Következtetések

A fentebb leírt négy problémakör között kölcsönhatás van, és a négy elem egymással való kapcsolata is rendkívül dinamikus, ezért egyedül a börtön nehezen képes bármilyen hatékony lépést tenni szélesebb körű együttműködés nélkül.

Az *ártalomcsökkentés* oldaláról az alábbiakat mondhatjuk el:

- fel kellene mérni a börtönben a valós igényeket, és fel kellene kutatni, hogy a Klonazepam-használatnak milyen káros hatásai vannak, illetve ezeket hogyan lehet redukálni;
- hatékony kortárs tanácsadás nélkül az ártalomcsökkentés sem lehet hatékony, ehhez jogszabályi változások szükségesek;
- a Magdolna-negyedben lakó és innen a börtönbe kerülő személyek önmaguk is kockázatkereső életmódúak, ezért kifejezetten nehezen működnek együtt a hatóságokkal.

A *Klonazepam-probléma* kölcsönhatásai a következők:

- az is problémát jelentene, ha a Rivotril és a hasonló fogyasztási magatartásmintát produkáló gyógyszerek hirtelen tűnnének el a börtönből, ugyanis a magatartásmintához csatlakozó szubkultúra szinte biztosan más szerekhez nyúlna, és emiatt teljesen át kellene gondolni az ártalomcsökkentési stratégiát;
- amint azt említettük, feltehető, hogy a Rivotrilhasználat a Magdolna-negyedben Pentahasználatot váltja fel a börtönben, azaz a börtönbeli Klonazepam-problémának kettős eredete van: egyrészt az utcai drogozási szokások, másrészt a börtönsajátosságok;
- a kortárs tanácsadás fókuszának a hazai börtönökben elsősorban a Rivotrillal való visszaélésre kellene koncentrálnia, azonban a visszaélést olyan masszív taburendszer veszi körül, ami a jogszabályi akadályokon túl is nehezítené a kortárs tanácsadás bevezetését.

A *Magdolna-negyed jelenség* felől a következőkre érdemes figyelni:

- ahogy a bűnözői társadalom a bűnüldözés előtt jár a különböző testtechnikák ismeretében, úgy a kábítószer-fogyasztók is a drogügyi szakma mesterei lehetnek bizonyos fogyasztási szokások tekintetében, továbbá ahogy azt a sajtó jelentéseiből<sup>13</sup> és az aktuális szakmapolitikai csatározásokból<sup>14</sup> is lehet látni: a Magdolna-negyed egyfajta kísérleti laboratórium és olvasztótégely ártalomcsökkentési szempontból;
- a negyedben egészen más szubkulturális szabályok szerint kell élni, mint egy átlagos lakókörnyezetben, és itt élnek azok a marginalizálódott személyek is, akik a szocio-ökonómiai helyzetük miatt szinte életvitelsze-

<sup>13</sup> Lásd bővebben: Munk Veronika: Nem számít, hogy narkógettó van a Józsefvárosban. [http://index.hu/belfold/2009/12/01/nem\\_szamit\\_hogy\\_narkogetto\\_van\\_a\\_jozsefvarosban/](http://index.hu/belfold/2009/12/01/nem_szamit_hogy_narkogetto_van_a_jozsefvarosban/) [letöltve: 2013-01-23]

<sup>14</sup> Lásd bővebben: Többtűcsereprogramot le kellett állítani. <http://www.origo.hu/itthon/20130124-tobb-tucserereprogramot-le-kellett-allitani.html> [letöltve: 2013-01-23]

rúien élnek vissza közgyógyellátásra felírt gyógyszerekkel; azaz éppen a Magdolna-negyed az, ahol jelentős az illegitim Rivortil-kínálat;

- a negyedben több civil szervezet működik, például a *Megálló Csoport* vagy a *Józan Babák Egyesülete*, és szinte biztos, hogy egyre több hasonló kezdeményezés éppen itt fogja elkezdni a működését, egészen egyszerűen azért, mert a kábítószer-probléma vonzza a kortárs tanácsadási módszert.

Végül említsük meg a *kortárs tanácsadás* felőli megközelítéseket is:

- ahogy azt a belga példából láttuk, a kortárs tanácsadás a börtönben költséghatékonyan megoldható, és akár csökkentheti a szakmai leterheltséget; persze ehhez elengedhetetlen egyfajta szemléletváltás;
- a kortárs tanácsadás hazánkban több helyen már működő rendszer, és a börtönben is lehetne alkalmazni, továbbá a kortárs segítség elvét a világ börtöneiben más terepeken is alkalmazzák: például az Egyesült Államokban az időskorú fogvatartottak ellátásában;
- a Klonazepám-probléma a hazai börtönökben egyfajta rendszerhiba, amelynek az okai sokrétűek (Fliegauf 2008); ebből a szempontból a börtön egy rendkívül izgalmas kutatási terület, és a tapasztalatokra szinte éheznek a külvilág.

A fenti elemzésből láthatjuk, hogy a büntetés-végrehajtás kábítószerügyi kihívásai a kortárs segítség és tanácsadás felé fogják irányítani a szakmapolitikánkat.

## Felhasznált irodalom

- Channing, Jonathan et al (2012): Respiratory arrest and oversedation in an adolescent given intramuscular clonazepam for rapid tranquillization. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8.
- CPT (2009): Report to the Portuguese Government on the visit to Portugal carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 14 to 25 January 2008.
- Csáki Anikó – Márton Andrea – Mészáros Mercedes (2009): Fogva tartott drogfogyasztók főbb jellemzői. Kutatási összefoglaló. Budapest, Váltó-sáv Alapítvány. [Lásd még: *Börtönügyi Szemle*, 2010. 2. 31-52.]
- Dåderman, Anna Maria (2005): „Dr Jekyll and Mr Hyde?": Abuse of potent benzodiazepines, exemplified by flunitrazepam in mentally disordered male offenders. Stockholm, Karolinska Institute.
- Fliegauf Gergely (2008): A fogvatartottak illegitim nyugtatószer-használata: Rivortil-probléma a magyar börtönökben. *Börtönügyi Szemle*, 4. 43-57.
- Irish Prison Service (2006): Keeping drugs out of prisons: drugs policy and strategy. Dublin, Irish Prison Service.
- Johnstone, Gerry (2005): Research ethics in criminology. *Research Ethics Review*, June 2005, Vol. 1, 2.
- Nemzeti Fejlesztési Ügynökség (2013): Regisztrációs felhívás a Dél-dunántúli, Észak-alföldi és Észak-magyarországi Operatív Program keretében. Lakhatási integrációt modellező szociális célú település-rehabilitációs kísérleti projektek megvalósítása.
- Paksi Borbála – Arnold Petra (2010): A jogerősen elítélt fogvatartottak droghasználata. *Börtönügyi Szemle*, 1. 1-23.

- Parodi, Ligia (2012): Peer education in prison: from the foundation to the roof. ACCESS conference - Drug users in custody: Learning the lessons. 5-6 October 2012, Milan, Italy.
- Rácz József - Márványkövi Ferenc - Melles Katalin (2009): Közösség-alapú utcai megkereső modell-program pilot-study vizsgálata budapesti intravénás kábítószer-fogyasztók körében. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 8, 3. 219-253.
- Rosecker A. et al (2012): Hungarian „jailhouse rock”: incidence and morbidity of vaseline self-injection of the penis. *Journal of Sexual Medicine*, 2012, Aug 23.
- Sadock, Benjamin J. - Kaplan, Harold I. - Sadock, Virginia A. (2007): Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Saliez, Vinciane (2012): AIDS prevention and harm reduction in prison based on the participation of inmates: Snowball operations in prison. ACCESS conference - Drug users in custody: Learning the lessons. 5-6 October 2012, Milan, Italy.
- Saporu Darlene F. et al (2011): Differential benefits? Crime and community investments in racially distinct neighborhoods. *Race and Justice*, 1. 79-102.
- Stöver, Heino (2002): Drug substitution treatment and needle exchange programs in German and European prisons. *Journal of Drug Issues*, Spring.
- Tábori Zoltán (2009): Magdolna negyed. Budapest, Osiris Kiadó.
- Takács István Gábor (2010): Börtön és kockázatok: A „vérrel és szexuális úton terjedő fertőzésekhez kapcsolódó kockázati magatartások, kábítószer-használat és a rájuk adott válaszok a magyar büntetés-végrehajtási intézményekben. Budapest, Társaság a Szabadságjogokért. Drogprevenációs Alapítvány.
- Valdez, Avelardo - Kaplan, Charles (2007): Conditions that increase drug market involvement: the invitational edge and the case of Mexicans in South Texas. *Journal of Drug Issues*, Vol. 37, 4. 893-917.