

innen kevesebb drog fogyasztó kerül a nagyközön-
ség elé, ez viszont azt eredményezi, hogy olyan
intézmények felé telődik el a hangsúly, melyek
"kiadják" a drog fogyasztókat a tömegkommuniká-
ció számára.

A terápia kérdésére visszatérve, szükséges
az egyéneknek a drog fogyasztás, illetve a keze-
lés miatt veszélybe kerülő egyéb jogait is vé-
deni /pl. munkaszerződés felbontásával, kila-
koltatással, kmk-val kapcsolatos problémák,
táppénz stb./.

A külföldi tapasztalatok szerint a szemé-
lyiségjogok védelme és fokozott érvényesítése
a terápia hatékonyágát javítja és csökkenti
a kötelezések számát. Eppen ezért a hosszú
"drog-történelemmel" rendelkező országokban ma
már nem is annyira a társadalmat védik a drog-
fogyasztással szemben, hanem a drogbetegek jo-
gait védik az intézményrendszerrel szemben,
mint érdekérvényesítési képességekkel nem ren-
delkező csoport jogait.

Befejezésül megjegyzem, hogy a bevezetőben
javasolt szociológiai megközelítés alkalmasabb
arra, hogy a szabályozás ráépüljön; alkalma-
sabb, mint a jelenleg élő szociális konstruk-
ciók. Ez a megközelítés a preventív szemlélet-
nek is jobban kedvez. E szerint pedig nem a be-
tegeket kell meggyógyítani, hanem társadalmi,
rendszer-szintű intervenciókkal, társadalmi al-
ternatívák megajánlásával kialakulását kell
megelőzni.

Greza Ferenc dr. /pszichiáter, Szegedi Drog-
ambulancia/:

Büntetőjogi eszközök és terápiás attitűdök
a narkológiai munkában

Mikor jogászok és pszichiáterek a kábító-
szerfogyasztás büntetőjogi megítéléséről alkot-
nak véleményt, valójában szakmájuk érvényessé-
gi-illetékeségi körét próbálják megrajzolni.
Bár leegyszerűsítőn, de a kérdés így is fölte-
hető: szankcionálandó bűncselekményről, vagy
gyógyítandó orvosi problémáról van szó? Van-
nak-e átfedések, ha igen: melyek azok? A vála-
szok természetesen jelentősen befolyásolják sok
ember jogállását, helyzetét, életkilátásait.
Nyilvánvaló, hogy e kérdések erősen foglalkoz-
tatják magukat a narkománokat. Az elmaradó fe-
leletek, a napi gyakorlat kuszaságai, kétértel-
műségei bizonytalanságban tartják őket, nem kis
mértékben hozzájárulva az egyéni pszichopate-
ológia kibontakozásához, fennmaradásához. Nekünk
gyógyítóiknak nemegyszer teszik fel a kérdést:
hogyan lehetséges, hogy a társadalom egyfelől
keményen szankcionálja őket szenvedélyükért,
míg másfelől segíteni próbál. Ide kívánczik az
a véleményem, hogy a büntető és gyógyító inter-
venciók messze nem kiegyensúlyozottak. A hatá-
lyos büntetőjogi szabályozással összefüggésben
a kábítószeres problémájának megoldási kísér-
leteiben a büntető beavatkozások az uralkodók.
Ezért először is néhány pszichiátriai szakmai
szempont alapján e megközelítés kritikáját pró-
bálom vázolni. Más vonatkoztatási keretben ér-
telmezve a problémát, előtűnik a kriminalizá-
ció és medikalizáció rokonsága. A második rész-
ben erre utalok. Végül narkománokkal foglalko-
zó pszichiáterként fogalmazok meg néhány, a
büntetőjogot érintő elvárást, melyek teljesülé-
se talán elősegítené a drogproblémák viaszso-
ritását, de legalább még kezelhető keretek kö-
zött tartását.

A jelenlegi büntetőjogi szabályozás kritikája
a pszichiátria nézőpontjából

Az alábbiakban véleményemet néhány kiragadott szempont kapcsán fogalmazom meg.

A "visszaélés" fogalmának értelmezése

A Btk. a kábítószerrel való visszaélés fogalmát használva - bár tételiesen nem nevezi meg - a fogyasztás valamennyi módozatát büntendőnek minősíti, tekintet nélkül a motivációkra, gyakoriságra, a kábítószerfogyasztásnak az egyén életvezetésében betöltött szerepére. A pszichiátria ezzel szemben a drogkarrier kifejlődésének tapasztalati ismérvei alapján osztályozza a fogyasztás formáit.

Ad 1: Kipróbálás - ennek terápiás konzekvenciája lényegében nincs, noha kétségtelen, hogy bármely drogkarrier első lépése a kipróbálás, amit általában kíváncsiság, a referenciaszemély elvárása, vagy vonatkoztatási csoport nyomása motivál.

Ad 2: Használat - usus, melynek jellege adott drog esetében a használó személyes szükségletei és a társadalmi szokásrendszer által meghatározott. Az ún. kontrollált használat terápiás konzekvenciája ugyan csak csekély.

Ad 3: Visszaélés - abusus, mely a szokványostól gyakoriságában és mennyiségében eltérő, azt meghaladó fogyasztást jelent. E fázisnak már terápiás vonatkozásai vannak. Egyre inkább megjelenik a drogfogyasztás tüneti jellege. Egyfajta öngyógyításként az abuzusok a szerengást, büntudatot, kisebbrendűségi és elégtelenségi érzést hivatottak csökkenteni. Drogfogyasztással könnyebben lehet kapcsolódni egyes csoportokhoz, egyszerűbben meg lehet felelni bizonyos elvárásoknak. Nagyon fontos, hogy maga a függőségi állapot eb-

ben a fázisban alakul ki. Ez a folyamat nem akaratlagos, hanem biológiai áthangolódás és egyes reakciómódok, szerepviselkedések rögzülésének eredménye.

Ad 4: Függőség - dependencia, egyértelműen betegség állapotot jelöl, melyben a drog megvonása testi és lelki kórtüneteket eredményez. A drogmegvonást a beteg nap mint nap akár többször is átélheti, mikor az előzőleg fogyasztott adag kezd kiürülni a szervezetéből. Jellemzője a függőségnek az a kényszererősség, amely a dependens - sokszor akaratlan ellenére - újabb és újabb abuzusokba sodorja. Ezzel párhuzamosan a személyes törekvések, késztetések egyre inkább beszűkülnek a drog megszerzésére és fogyasztására.

Amikor kábítószerfogyasztás miatt kipróbálókat, illetve kontrollált fogyasztókat ítélik el, az egészségügy számára azok vesznek el, akikkel való foglalkozás még prevenciót jelentene. Ez azért is sajnálatos, mert a drogproblémák megelőzése lényegesen könnyebb, mint gyógyításuk. Másfelől: visszaélőkként és függőkként azok kerülnek börtönbe, akik magától értőddően gyógykezelésre szorulnának.

A kábítószerfogyasztás kiemelése az egyéb önpusztítási formák közül pszichiátriai szempontból szintén vitatható. A meglévő sajátosságok ellenére a drogkarrierok pszichopatológiai történései, genezise, motivációs háttere viszonylag egységes képet mutat, függetlenül attól, hogy mely drogféleséget preferálóról van szó. Ugy tűnik a sajátosságok is főleg életkori jellemzőkkel függenek össze. Az orvosban felmerül a kérdés: miért büntetendő a kábítószerek fogyasztása, szemben például az államilag szervezett alkohelfogyasztással? Válaszul kínálkozhat, hogy a kábítószerezés radikálisabban és gyorsabban vezet függőség kialakulásához, mint

az alkoholfogyasztás. Ugyanakkor a kábítószer-fogyasztást önpusztításként értelmezve megállapíthatjuk, hogy radikalitása elmarad az öngyilkosságtól, aminek kísérletét - természetesen helyesen - nem büntetik. Másik szempont lehet a társadalom védelme. E tekintetben közvetlen környezetére általában veszélyeztetőbb az alkoholtbeteg, mint a kábítószeres. Már csak a jogkövetkezményektől való félelem is introverziót, visszahúzódást szül a narkománoknál. Ha maradunk az egyébként homályos megfogalmazásnál, hogy a kábítószerfogyasztás "nagyon kockázatos és veszélyes" cselekvés, inkább mint más drogok használata, újabb kérdések fogalmazódnak meg. Miért elfogadott sok más - ugyancsak veszélyes, kockázatos foglalatosság; például a sárkányrepülés vagy a hegymászás? /E kérdésfeltevésemet a puszta fogyasztás büntethetőségének furcsa logikája indokolja, természetesen tudom, hogy a kábítószerfüggőség mennyi szenvedést jelenthet a beteg számára./ Visszatérve a kockázatos foglalatosságokhoz: az bizonyos, hogy narkotikum használatakor a személyiség kontrollvesztettebbé válik, mint egyéb szerek fogyasztásakor. Lehet, hogy a hatalom részéről történő kemény minősítést a személyiség kontrollálhatóságának elvesztése feletti "aggodalom" motiválná?

Kényszerszerűség, mint pszichopathológiai jellegzetesség

E problémakör a személyes felelősség és a szükségszerű történések viszonyát érinti a drogkarrier alakulásában. Ez filozófiai alapkérdés is, melyet megválaszolni természetesen nem tudok. Drogfüggőknél - különösen kábítószerfüggőknél - hiányállapotban kényszerszerű vágyakozás, szükséglet jelenik meg a drog megszerzésére és fogyasztására. Ez közismert: filmekben, irodalmi művekben gyakran megjelenítik. Ennek ellenére - legalább is látványos formájában - viszonylag ritkán figyelhető meg ez az állapot /helyettesítő szerek alkalmazásának, kórházi kezeléseknél, fokozatos adagcsökkentésnek köszönhetően/. Általánosabban meglévő és ható kényszerszerűség

az, amelyet két példával mutatnék be. Kórházi elvonó kezelésen lévő szerves eldőszerfüggő fiút vittem autóval. Egy építkezéshez értünk /ezt tőle utólag tudtam meg/, amikor oldalra nézett mintegy "akarattalanul". Rövidesen visszafordult és ezt mondta: "ilyen ez, nem hiányzik, mégis odanéztem, van-e badella az udvaron". A másik példát másfél éve absztinens, gyógyult volt ópium- és heroinfüggő ifjú nyújtja, akivel a napokban beszélgettem. "Nem csinálom, nem is érdekel, nem hiányzik. De az ember szezonban mindig tudja mekkora éppen a mák, most térdig ér, most derékig, most virágzik, most kemény a gubója. Mindezt anélkül, hogy látná." E két példa talán mutatja bővebb pszichopatológiai kifejtés nélkül is a kényszerszerűségnek - végül is a függőségnek - ezt az előbbi formánál tartósabb és meghatározott, a személyiséget teljességében átható megnyilvánulását. Ugy vélem e szempontot nem csak a joggyakorlat, de sokszor még a narkológia is elhanyagolja, helyett a mélystruktúrák áthangelődése nélkül érdemi terápia szinte elképzelhetetlen. Kábítószerfüggőknél a kényszerszerű kialakulásában önhibat tételez a büntetőjog és ezért nem állapít meg büntethetőséget korlátozó tényezőt. Ugy vélem, a függőségi állapotnak olyan lényeges eleme, mint például a kényszerszerűség, annyira sajátos lelki állapot, hogy nem anticipálható a drogkarrier indulásakor. Így ennek tükrében részben módosítható az önhiba szerepéről alkotott képünk. Talán e ponton hivatkozható leghitelesebben az a meggyőződés, hogy a kábítószerfüggő beteg valójában önmagának és körülményeinek áldozata.

A pszichoterapeuta számára a börtönbüntetés terápiás hatásának feltételezése teljességgel elfogadhatatlan. Pedig a büntetés pedagógiai céljaként a nevelés deklarálódik. Jelen társadalmi viszonyaink közepette, mikor még a hagyományos edukatív intézmények hatékonysága is meglehetősen alacsony, a börtönbüntetés nevelő erejében bizni illuzórikus. E nézetet erősítik azok az információk is, melyeket börtönviselt

betegeinktől kapunk, akik talán elaborációs céllal gyakran mesélnek élményeikről, a börtönbeli viszonyokról. A börtön ma ugyanúgy a korlátozás, kiszolgáltatottság szimbóluma, mint bármikor. Közismert az elzártság szorongásnövelő, következményesen agressziókeltező hatása. A börtönhelyzet lényegi eleme a kényszerhelyzet. Ez különösen azokat sújtja, akik egyébként is bizalmatlanok a társadalom és annak intézményei iránt. /E bizalmatlanság narkománéknál gyakran megfigyelhető./ A terápiás modell sem ellentmondásmentes a kényszerhelyzet tekintetében. Alkoholrelvonó kezelések esetében látható, hogy gyakorlatilag valamennyi kezelés valamilyen kényszer hatására szerveződik. Ez lehet "direkt"; hatósági kötelező elvonó kezelés, vagy pedig az ún. önkéntes elvonó kezelések, melyeknél szinte mindig motivációként szerepel a kötelező kezelés elrendelésével való fenyegetettség, a házastárs pressziója, vagy az állásvesztés lehetősége stb. Valójában nem meglepő, hogy a szó valódi értelmében vett önkéntesség rendkívül ritka az elvonó kezelések esetében. Hiszen a dependencia tényének - egyébként tüneti értékű - elhárítása nem más, mint a még elfogadható önkép és önértékelés fenntartásának egyik biztosítéka. Maga a szenvedély nyújt rövid távon egyfajta torz egyensúlyt, melynek a hosszú távú és egyre inkább mélyülő önszorongás az ára. A fentiek miatt bizonyos kényszernek talán szerepe lehet egy későbbi terápiás kapcsolat elindításában. A gyakorlatban megfigyelhető, hogy az indirekt kényszerrel osztályra kerülő ún. önkéntes elvonó kezelteknél a terápia valamivel hatékonyabb, mint a direkt kényszerrel bekerülteknél. Utóbbiak esetében a megálázó procedura fokozott ellenállást szül, s az egészségügy rendelkezésére álló idő nem elég még egy reálisabb helyzetértékelés kialakítására sem. Talán a legszerencsétlenebb felhasználása a kényszernek az ún. kényszergyógyítás, amikor büntetésvégrehajtás alatt szándékoznak gyógykezelést folytatni. A két totális intézmény: a börtön és az elmeosztály "házasítása"

a betegekben teljesen lerombolja az egészségügy iránt esetleg még táplált elvárásokat, a börtönre vonatkozó attitűdök kiterjednek a gyógyintézetekre is. E megoldási kísérlet csődjét Nagyfán kezelt alkoholbetegek tragikomikus esetein keresztül lehetne illusztrálni.

A joghátrányoktól való félelem egyik oka lehet annak, hogy a kábítószeres fiatalok nem szívesen veszik igénybe az egészségügy ugyan szűkös, de elemeiben már meglévő szolgáltatásait. Szegedi tapasztalat, hogy a hetvenes évek elejét-derekeit jellemző gyors felfutás után csökkent a narkomán esetek felszínre kerülésének üteme. Ezt részben az illegalitásba vonulás magyarázhatja. Ambulanciánkon is megfigyelhető, hogy a fiatalok inkább szociális-jogi természetű problémákkal jelentkeznek. Majd csak a későbbi találkozások alkalmával derül ki - ha egyáltalán kiderül -, hogy a háttérben drogprobléma áll. Jól jellemzi ezt a helyzetet, hogy pár hete a körzeti tv-stúdió az ambulanciánkon forgatott. Csodálkoztunk, mert a klubdelután ellenére alig jöttek fiatalok. Később tudtuk meg, hogy a forgatócsoport kék színű mikrobuszát az utcasarokról rendőrségi járműnek vélték, így többen visszafordultak.

Megesik, hogy terápiában lévő fiatal ellen - tekintet nélkül arra, hogy talán hosszabb ideje absztinens - eljárás indul 1-2-3 éve bevélt hamis recept miatt. A bizonytalan jövőképpü, csekély önbizalmú páciensek számára tragikus öngazolásként hat a nyomozás megindítása. Igen megnő a veszélye ilyenkor a visszaesésnek. Szakmailag teljesen indokolatlan az ilyen vizsgálómunka elindítása.

A pszichoterápiás munka fontos feltétele, hogy a terapeuta meg tudja érteni páciense érzéseit, helyzetét, legyen beleérző képessége. Drogosokkal foglalkozó terapeuta esetében ez igényelhet valamilyen kábítószerrel folytatott önkísérletet is. Bizonyára többen is vannak, akik ilyen indíttatásból már kimerítették a kábítószerrel való visszaélés pl. vétségi alakza-

tát.

Végül e részben még jelzésszerűen emliteném, hogy a birtokolt, illetve fogyasztott kábítószer csekély vagy jelentős mennyiségének megállapítása önkényes, a valós helyzetet nem tükrözi. Súlyos ellentmondás, hogy a nagyobb adagra rászorulóknak, tehát a betegebbeknek azok, akik fokozott joghátrányra számíthatnak a mennyiségi számítások alapján.

A medikalizáció /pszichiatrizáció/ kritikája

Az eddigiekben a kábítószerfogyasztás jelenlegi büntetőjogi szabályozásáról alkottam kritikai véleményt, mintegy szembeállítva azt a pszichiátria képviselte terápiás attitűddel. Hangsúlyozni szeretném, hogy a probléma medicínás megoldási kísérletei sem ellentmondásmentesek. A kábítószerfüggők gyógyításában a pszichiátria nem büszkélkedhet hatékony kezelési módszerekkel. Súlyos teherként nehezedik a szakmára a speciális ellátó intézményrendszer hiánya. Miközben egyre elfogadottabb elv, hogy reszocializáló intézmény nélkül elképzelhetetlen a drogbetegek gyógyítása: a magyar egészségügy ilyen intézménnyel nem rendelkezik. Speciális szakellátást kizárólagos tevékenységként csupán néhány ambulancia folytat. E gyakorlati nehézségek után röviden egy elméleti-szemléleti problémára szeretnék utalni.

Az eddigiekben a kábítószerfogyasztás problémamegoldásának medikalizálása /pszichiatrizálása/ mellett igyekeztem érvelni. Ezt egy önmaga iránt meglehetősen kritikus szakma képviselőjeként tettem. A pszichiátria az elmúlt évtizedekben mélyrehatóan értelmezte át és részben újra tudományos tételeit. A szociológia termékenyítő hatására még önmaga antitézisét is megalkotta, bizonyos értelemben saját fölőlegességét hirdetve. Noha az antipszichiátria az elmúlt években veszített népszerűségéből, hatása csökkent, mégis múlhatatlan érdeme, hogy felhívta a figyelmet a pszichiátriai beteggé

minősítéssel járó lelki és szociális hátrányokra, a tudományos és morális szempontok, megítélések keveredésének veszélyeire. Hadd idézzek itt két szerzőt: "Egy intézményrendszerben, ahol olyan kategóriákkal kell operálni, mint "kóros" vagy "beteg", tulajdonképpen elfeledjük a probléma igazi természetét, ha valójában implicit morális ítéletekkel, morális kategóriákkal dolgozunk" /Sharma/. "Gyakran kerül szóba, hogy a pszichiátriai minősítés súlyos morális konzekvenciákkal jár, vagyis, hogy a körülmények súlyosan érintik emberek erkölcsi állását, jogait, életének minőségét. A közfelfogás szerint "tudományos" és "objektív medicina" nevében törvényesítik a pszichiáterek és elmeógyógyintézetek óriási hatalmát más emberek, különösen a társadalom gyengébb és legsérülékenyebb tagjai fölött." /Edwards/ Ha vitathatók is, súlyos megállapítások ezek, melyek két szakma: a pszichiátria és a büntetőjog rokonságára utalnak. Az antipszichiátriától merőben eltérő más megközelítés is jelzi e rokonságot. Az intézményszociológia az edukatívokkal szemben /mint amilyen a család, az egyház, az iskola stb./ a korrekciós humán szolgáltatások intézményrendszerébe sorolja a börtönt és az elmeógyógyintézetet. Ha az intézményeket egy kontinuumon képzeljük el, annak egyik végére a családot kell helyeznünk, mint a leghivatottabb és legbensőségesebb nevelő közeget. A kontinuum másik végére a börtönök intézménye került, mint a legembertelenítőbb korlátozó rendszer. Ha ellentmondásai ellenére is javasolom a kábítószerprobléma medikalizálását, azt annak reményében teszem, hogy az első lépése lehet annak a folyamatnak, amelyben a problémamegoldás fokozatosan az edukatív intézmények irányába tolódik. Végső soron ezáltal a széles társadalom juthat problémamegoldó helyzetbe. Részint toleranciahatárainak bővítésével, részint spontán önszerveződési és önszervező képességeinek kibontakoztatásával. A jogtudomány és a pszichiátria korszakos feladata lehet e folyamat katalizálása.

Konkrét javaslatok

- A kábítószer fogyasztása és /bizonyos határig/ megszerzése, birtoklása ne legyen büntetendő.
- Radikális eszközökkel próbálják elérni a kínálat csökkentését /máktermesztés, kereskedelem, szerves oldószerek pszichotróp anyagként való elismerése - korlátozott forgalmazása - stb./.
- Büntetés helyett választható legyen a gyógykezelés.
- Gyógykezelés alatt álló páciens ellen /bizonyos kivételektől eltekintve/ ne kezdeményezhessenek eljárást.
- Töröljék el a kényszergyógykezelést.
- Csökkentsék a büntetési tételeket.
- Értelmezzék újra a csekély és jelentős mennyiség fogalmát.
- Elítélt páciensét rendszeresen keresse fel a börtönben terapeutája.
- Megfelelő speciális gyógyító intézményhálózat mielőbbi kiépítése /ez utóbbi elvárás teljesítése természetesen már nem a jogalkotó illetékességébe tartozik/.

A narkómánia rendkívül összetett jelenség, nehéz olyan véleményt kialakítani e területről, mely ne volna vitatható, ne kellene idővel átértékelni. A fentiekben nem is törekedtem arra, hogy vitán felül álló állítások után kutassak. Ugy gondolom, a vívódások után megfogalmazott álláspontok hitelesebbek. Bizom abban, hogy a különféle szempontok megvitatása a személyiség és a közösség érdekeit egyaránt szolgáló, a jelenleginél humanisztikusabb megoldásokhoz vezet.

Irodalom

1. Edwards, Rem.B.: Mental Health as rational autonomy /kézirat/
2. Farkasinszky és munkatársai: Narkomán serdülők és fiatalok ellátása során szerzett tapasztalatok és következtetések /kézirat/
3. Fridli, Judith: A kábítószerrel való visszaélés büntetőjogi megítélése a külföldi joggyakorlatban /kézirat/
4. Frech Ágnes: A kábítószerrel való visszaélés és a kábító hatású anyagok visszaéléseivel kapcsolatos jogi szabályozás /kézirat/
5. Lukács Tibor: Szervezett dilemmánk; a börtön /Magvető, Budapest 1987./
6. Sharma, Sohan Lal: A narkómánia kialakulásának történelmi háttere a pszichiátriában és - pszichológiában /Am. Psychol. 25, 1970. 248-253/ kézirat; ford. Gerevich József