

nikusek névsorát készséggel összeállítja és rendelkezésre bocsátja.

A drogfügyasztással kapcsolatos bűnügyek többségében hosszú idő telik el a cselekmény és a tárgyalás, illetve büntetés között. Ezen időben a drogfügyasztók állapota alapvető változásokat, igen sok esetben javulást mutat. Javasoljuk, hogy a drogfügyasztók ambuláns, illetve bentlakásos rehabilitációjával foglalkozó nem állami szervezetek dolgozóit az eljáró hatóságok a gyógyhajlam megítélése céljából rendszeresen vonják be az ügyek tárgyalásába. Ezekről a lépésektől a rendőrségek, ügyészségek és bíróságok klinikus, "gyógyászati" szakértelme és reális felelősségvállalása ugyanúgy gyarapodhat és pontosabbá válhat, mint a gyógyászati személyzet jogi ismeretei.

Az évente tárgyalt eseteknek e célból összehívandó szakértői bizottság általi revíziója jogpropaganda, megelőzés és esetleges jogszabály revízió céljaira szolgáltatathat alkalmas anyagot. Ezáltal az eljárás és ítékezés esetlegessége helyett áttekinthetőbb, egyértelműbb, jogi és klinikai szempontból egyaránt eredményesebb eljárás valósítható meg.

Dr. Kerezi Klára /tudományos munkatárs, Országos Kriminológiai és Kriminalisztikai Intézet/:

Engedjék meg, hogy néhány gondolatot fűzzek a kábítószerélvezet hazai kezelésének nagy dilemmájához.

A fő kérdés úgy vélem nem az, hogy büntetni vagy gyógyítani kell-e a kábítószerélvezőket, hisz nyilvánvaló, hogy gyógyítani kell, s a büntetőjogi szankciókkal a kábítószerforgalmazásból hasznot húzók ellen fordulni. A kábítószerélvezők gyógyítása azonban, ugyanúgy, mint ahogy az alkohelbetegek gyógyítása során bebizonyosodott, pusztán egészségügyi eszközökkel, módszerekkel nem lehetséges. Társadalmi problémákkal foglalkozó szakemberek számára mára már trivialisitássá vált, hogy a deviáns jelenségek egyazon töről fakadnak, közös gyökerű jelenségek. Fel kell tehát használnunk azokat az ismereteket, s az esetleg zsákutcába futó megoldások tapasztalatait is, amelyeket az alkohelizmus kezelése kapcsán szereztünk.

Napjainkban az alkohelizmus társadalmi kezelésében is sokszor keverednek az egészségügyi és a hatósági-rendészeti beavatkozás elemei. Véleményem szerint a kábítószerfügyasztással kapcsolatos problémák kezelésére szolgáló megoldások még ennyire sem alakultak ki, a nyílt tiltás és szankcionálás fázisában vagyunk, hisz a politikai hatalom is csak nemrégiben vált egyáltalán hajlandóvá arra, hogy szembenézzen a problémával és elkezdje kialakítani a kezelés egészségügyi intézményrendszerét.

Az intézményes reakciók jogszabályi megjelenéséből /különösen az államigazgatási határral elrendelhető kötelező gondozásnak a függőséget okozó egyéb szerrel visszaélőkre történt kiterjesztéséből/ egyelőre arra következtetek, hogy az egészségügy a jelenség teljes spektrumát átfogni igyekszik, de a gondozás valóban hatékony intézményrendszerének kialakítása még várat magára.

Ugyanez a jelenség - a terület teljes befe-

désének szándéka - a büntetőjogi szabályozás területén is észlelhető. Gondolok itt a VI.sz. BED-re, és a fiatalokkal szemben a kényszergyógyítás elrendelésének lehetőségére.

A büntetőjogi szabályozás túlsúlyra érkekelhető a kábítószerélvezet társadalmi kezelésének területén, különösen a BTK Novella értékelhető a büntetőjog újabb területfoglalásaként. Ez azonban mindazokban az országokban így történt, ahol viszonylag rövid idő óta merült fel a drogfügyasztás társadalmi problémaként, mindenütt a büntetőjog eszközeit alkalmazzák a jelenség járványos terjedésének megfékezésére.

Véleményem szerint a büntetőjog benyomulása a kábítószerélvezet szabályozásának területére mindaddig tart, s a büntetőjog csak abban az esetben vonul ki e területről, amikor megfelelő egyéb megoldások alakulnak ki a probléma kezelésére, tehát amikor legalább az egészségügyi gondozóhálózat megfelelő módon kiépül. Ez az a pillanat, amikor a büntetőjog eszközeinek alkalmazása a második vonalba szorulhat vissza. Ekkor válhatnak olyan megoldások is működőképesek, melyek a szabadságvesztés büntetés alkalmazása helyett a kezelés igénybevételére kötelezik a kábítószerélvezőt, emellett magatartási szabályokat irnak elő, s csak ezek be nem tartása esetén kerülne sor a büntetőjogi szankció alkalmazására.

Ugy vélem tehát, hogy elsőként mindenképpen az egészségügynek kellene lépnie, s a megfelelő módon kiépített gondozóhálózzal felkínálni a lehetőséget, hogy a probléma kezelését a büntetőpolitika helyett az egészségügyi politika és a szociálpolitika tekinthesse fő feladatának.

Végül még egy megjegyzés a kábítószerélvezettel kapcsolatos bűncselekmények igazságügyi statisztikai számbavételével kapcsolatban. Ahhoz, hogy egy jelenséget szakszerűen értékelni tudjunk, a jelenségről rendelkezésre álló információk minél reprezentatívabb halmazát kell megismernünk. Ezért számomra érthetetlen az

1987-es igazságügyi statisztikában alkalmazott egyszerűsítés. 1986-ig a C/Fk tábla bűncselekményenként külön-külön, tehát a BTK fejezeteinek egyes címein belüli összevonások nélkül tartalmazta a felnőtt- és fiatalkorú elítéltek által elkövetett cselekményeket a megvalósulás stádiuma és az elkövetői alakzatok szerint, továbbá a bűnhalmazatok számát. 1987-ben e tábla egyszerűen kimaradt a statisztikából, bár a bűnhalmazatra vonatkozó adatok egy másik táblára átkerültek. Ez azt eredményezte, hogy 1986-ban még meg lehetett állapítani, hogy hány felnőttet és hány fiatalkorút ítéltek el kábítószerrel visszaélés és kóros szenvedélykeltés miatt, 1987-ben viszont a kóros szenvedélykeltés bűncselekménye miatt elítéltek száma már csak az egyéb közegészség elleni cselekményekkel összevetve került feltűntetésre, így egyik évről a másikra értékelhetetlenné váltak egyes adatok.