

Váltó-sáv Alapítvány

1082 Budapest, Üllői út 42. 4. 1.

Lev.cím: 1085 Bp., Pál u. 2. 2. 10.

Tel.: (061)-352-6755

fax: (061)-782-1995

Web: www.valtosav.hu

e-mail: alapitvany@valtosav.hu

szakmai vezető: Mészáros Mercedes

0670-501-3291

Drogprevenció és kezelés a büntetés-végrehajtásban (szakkönyv)

Szerkesztette: Csáki Anikó és Mészáros Mercedes

Lektorálta: Márton Andrea

2011.

Készült a Nemzeti Erőforrás Minisztérium támogatásával (KAB-ME-10-IM-0033).



(„Belülről” – kiállítás fogvatartottak alkotásaiból (2011. 05. 19-2011. 06. 30.) Az első két kép alkotói a Balassagyarmati Fegyház és Börtönben töltik jogerős büntetésüket, a harmadik alkotó az Igazságügyi megfigyelő és Elmeógyógyító Intézetben van.)



Tartalom

Bevezetés		4.
Fliegauf Gergely:	Kábítószer-probléma a börtönben – rövid áttekintés	5.
Fiáth Titanilla:	Addiktológiai problémák kezelése a börtönben – terápiás lehetőségek	35.
Csáki Anikó-Mészáros Mercedes:	„Oázis a sivatagban...” Reszocializációs programok büntetés-végrehajtási intézetekben és szabadulás után: a jó gyakorlatok tapasztalatai	81.
	„Ne csak tűzoltásszerűen működjön...” További civil szervezetek a büntetés- végrehajtásban és szabadulás után – jó gyakorlatok	118.

Bevezetés

A Váltó-sáv Alapítvány munkatársainak magja 15-20 éve foglalkozik deviáns fiatalokkal, 14 éve pedig fogvatartottakkal és szabadultakkal, köztük szerhasználókkal, kábítószer-problémával küzdőkkel. Naponta megfordulunk büntetés-végrehajtási intézetekben, beszélgetünk fogvatartottakkal és szabadultakkal, pártfogó felügyelet alatt állókkal, kétségbeesett emberekkel és hozzátartozóikkal, segítő szakemberekkel és pedagógusokkal. Bár szervezetünk nem túl nagy, munkánk széles spektrumon mozog; mint civilek a területen offenzívák és függetlenek vagyunk, ugyanakkor a speciális téma miatt számos állami és egyéb szervezettől függünk. Úttörők vagyunk a gyakorlatban, emellett azonban tapasztalatainkat folyamatosan összegezzük, módszereinket leírjuk, terjesztjük. Hittel és kitartással próbálkozunk egy olyan közegben, ahol a többségi társadalom érték- és normarendszere ismeretlen vagy elvetett, ahol csak csekély mértékben vannak emberi kapcsolatok, ahol az érzelmek kínosak, ahol a szenvedés, fájdalom határtalan... Mindezt azért tesszük, mert hiszünk a változásban, az emberhez méltó életben és az emberekben. Életünk, nyitottságunk és odafordulásunk, figyelmünk az, ami bizalmat ad a változni/változtatni akarás megfogalmazásában, majd megvalósításában klienseinknek.

A szakkönyv megírását-szerkesztését azért tartottuk fontosnak, mert ezzel a célcsoporttal (fogvatartottak és szabadultak), ezen a szintéren (börtön) tematikusan és koncentráltan nem jelent meg irodalom. A szerzők egyrészt a civil oldalt képviselik (szervezeti szinten), másrészt a büntetés-végrehajtást. Ki így, ki úgy, de mindannyian a mindennapokban, elméleti és gyakorlat terén is dolgozunk a témában és a területen, a célcsoporttal (fogvatartottak, szerhasználó fogvatartottak, szerhasználó, kezelést igénybe vevő, ill. igénylő fogvatartottak stb.).

Mára már nem kérdéses, hogy a kábítószer-probléma jelen van a hazai börtönökben, és mint ahogy egyik volt kliensünk igen szemléletesen mondta: „*drog és börtön kéz a kézben jár*”. Úgy véljük, hogy bár számos fejlesztés van a büntetés-végrehajtási intézetekben (pl. drogprevenációs körletek, szűrések, civil szervezetek munkája felé történő nyitás stb.), még sok a tennivaló, sok a feladat.

A tanulmányok, írások nem feltétlenül egységesek akár fogalomhasználat, akár szemlélet, akár műfaj tekintetében. Mi magunk, egymás között sem értünk egyet mindenben és mindenkor. Ennél sokkal fontosabb, hogy mindezeket túl együtt dolgozunk a mindennapokban, ismerjük és elismerjük egymás álláspontját, véleményét, munkáját. Ez talán az, amit együttműködésnek neveznek.

Fliegauf Gergely: Kábítószer-probléma a börtönben - rövid áttekintés

Jelen tanulmány inkább a problémakörhöz kapcsolódó gondolatok összefoglalása. A szándékom az, hogy az olvasó szélesebb látószögben érzékelje, hogy mit jelent a kábítószer-probléma a börtönben. Nem kifejezetten a magyar börtönökben, hanem az *elvi jelenségszintű* börtönrendszerben, ami minden társadalomban a szélesebb szokások, értelmezések, ábrázolások és egyezmények eredője is.

A szokások és az egyezmények azért jönnek létre egy társadalomban, hogy képesek legyünk egy bizonyos kérdést egységesen kezelni. Az értelmezések és az ábrázolások pedig általános értelemben a társadalmi jelenségek szociálpszichológiai értemben vett attribúciói.

Ez a gondolat azt jelenti, hogy a börtönbeli kábítószer-probléma (mint minden jogi értelemben szabályzott társadalmi jelenség) nem választható el a társadalmi vélekedésektől, és a kezelése nem feltétlenül a jobban körülírt jogi meghatározások szerint zajlik.

Ennek értelmében ebben a tanulmányban a következő kérdésköröket fogjuk megvizsgálni:

- vajon miben közös a drog és a börtön?
- miben áll a kapcsolat a börtönök, a drogok és a gengék között?
- hogyan közelíti meg a kritikai kriminológia a kérdést?
- hogyan lehet a kábítószer-problémát a fogvatartottak droghasználatának megfelelően kezelni?
- hogyan alakította át a börtönt a drog, és ennek milyen szervezésbeli következményei vannak?
- mi a különbség a kábítószer-probléma tekintetében a nyugat-európai és a kelet-európai börtönök között a vezetési stratégia szempontjából?

1. Közös elemek, amelyek összekötik a börtönt és a kábítószer-problémát

Kapocs a bűnöző életvitel: a börtönben bűnözők vannak elszállásolva, míg a droghasználók bűnözőkön keresztül jutnak a kábítószerhez

Sajátos társadalmi folyamatoknak és törvényszerűségeknek köszönhetően a börtönökben tartózkodó személyek, a fogvatartottak, nem akkor kezdik el a bűnöző életvitelt, amikor az első bűncselekményüket elkövetik. A bűncselekmény elkövetése jogi fogalom inkább, mintsem társadalomtudományi. A jog egyszerű, dichotóm kategóriákat ismer: valaki vagy elkövette a bűncselekményt, vagy nem. Ezzel szemben a társadalomtudomány a bűnözői magatartást

jelenség szinten, folyamatában vagy a funkcióját tekintve vizsgálja. Ilyen szempontból a bűnöző életvitel már a legenyhébb deviancia megjelenésekor elkezdődik. Abban a pillanatban, amikor valaki arra szánja magát, hogy az általa fogyasztott droggal kereskedni is fog, bűnöző életvitelt kezd, még akkor is, ha nem tölti be a büntethetőségi korhatárt. Ezeken a személyeken keresztül jut az egyszerű droghasználó a drogokhoz.

A drog ugyanakkor a bűnözés egyik oka is lehet számos szempontból: a szülők droghasználók, a drogos környezetből nehéz kiszabadulni, vagy: a kábítószer-szenvedély újabb bűncselekményt szül, ami rendszerint életellenes vagy lopás és rablás. Ezek a személyek gyakran be sem látják, nem fogják fel, hogy a drog milyen szerepet játszik az életükben, illetve abban, hogy börtönbe kerültek. A drogozás az ilyen személyek életében egyfajta tartozék. Ismerve a börtönbeli droghasználat adatait¹, ez a szellemiség áthatja a magyar börtönöket is.

Egységes nézetek: a börtönlakókat és a drogosokat a társadalom egyformán elítéli

Számos olyan jellegű beszámoló jelenik meg az újságokban, az interneten vagy a televízió képernyőjén, amely hiányosan vagy elítélően ábrázolja a drogosok világát vagy a börtönöket. Ezek a tendenciák a következőkben érhetők tetten:

Nagyon gyakran látható olyan riport a televízióban, amely a bűnözést egyoldalúan, a társadalomra való káros hatásán keresztül ábrázolja, de ezzel szemben megfelel a káros társadalmi folyamatokról. Ezt az egyoldalú interpretációt nagyon gyakran összekötik a drogokkal. Ez természetesen befolyásolja a közbeszédet és a közgondolkodást, aminek az a következménye, hogy a társadalom jelentős szegmense a drogosokat bűnözőknek tekinti. Holott lehetséges, hogy a kábítószer-fogyasztás betegség².

A nyugati médiában megjelenő börtönábrázolások a börtönöket embertelen és veszélyes helyeknek tüntetik fel, ahol szinte nincsen másra lehetőség csak a további bűncselekmények elkövetésére és az elkövetési tudás tökéletesítésére. Ennek több káros következménye van: egyrészt a néző még jobban elítéli a fogvatartottakat, másrészt a börtönök szabályrendszereinek szigorítását tartja hatékony kriminálprevenciónak.

A hétköznapi nevelés során a drogozás és a börtön egyfajta életviteli végállomás rémképe, ahonnan lejjebb már nem lehet csúszni. Ugyanakkor a közgondolkodás hajlamos elfelejtkezni egyes tabukról,

¹ Lásd: PAKSI Borbála – ARNOLD Petra: A jogerősen elítélt fogvatartottak droghasználata, Börtönügyi Szemle, 2010/3., és: CSÁKI Anikó – MÁRTON Andrea – MÉSZÁROS Mercedes: Fogvatartott drogfogyasztók főbb jellemzői. Kutatási összefoglaló, Váltó-sáv alapítvány, Budapest, 2009.

² WHO: The methadone fix, <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/3/08-010308/en/> [letöltve: 2011-05-09]

amelyeknek éppen a drogozás és a bűnözés lehet a következménye. Ilyenek a családon belüli erőszak, az iskolai kortárs erőszak, az oktatásban jelentkező etnikai szegregáció, az egyenlőtlen helyi szociálpolitika és sorolhatnánk.

A média elrettentő, nem megfelelő módon ábrázolja a börtönt és a drogproblémát, és a nézők a riportok tartalmát sajátosan értelmezik

Az előző pontban részletezetteken túl a média egyfajta példaképet is szolgáltat a fiatalok számára, a másik oldalon pedig elrettent. Kimutatható, hogy a nyugati, börtönökről szóló dokumentumfilmek milyen hatással vannak a magyar börtönlakókra: erősítik a gengstudatot, magyar fiatalok a börtönben mexikói és salvadori börtöngengekről vesznek példát³.

A hazai média igyekszik a börtönt kiegyensúlyozottan ábrázolni, azonban a riportok értelmezése indulatok formájában jelenik meg. Erre szemléltető példákkal szolgálhat a Kékfény című tévéműsor⁴ alá írt kommentek vizsgálata:

„Ezek nem emberek, hanem félállatok. Karibi nyaralásként fogják fel szemmel láthatóan a börtönt: ingyen kaja, fizetést kapnak a tanulásért, elbunyóztatnak, elfocizgatnak és még buzerálható egyén is mindig akad. A legdöbbenetesebb számomra a gyilkosságért, kínzásért és négyszeres nemi erőszakért kiosztott 20 év börtön volt, amit majd jó magaviseletért megfeleznak pár év múlva. Ilyen tettekért egy életen át történő vezeklés sem lenne elég.” (TorSalqvist)

Ezzel a gondolattal az a gond, hogy figyelmen kívül hagyja a börtön látszólagos „luxusa” mellett fellépő börtönártalmakat, illetve nem látja be, hogy a börtönártalmakért nem csupán a börtön felelős, hanem az egész társadalom. Ilyen alapon ez a gondolkodás nem vall felelősségteljes személyiségre, még akkor sem, ha morális elveket sorakoztat fel.

„Kemény kényszermunka. Az nagyobb elrettentő erővel bír a cigány számára mint a halálbüntetés.” (dtommy79)

Ebben a gondolatban tiszta bosszútudatot és rasszizmust fedezhetünk fel. A börtön jelenségét azonosítja a cigánybűnözés fogalmával. Azt gondolja, hogy a társadalmi igazságszolgáltatás morális bizonyítékot szolgáltat a nézeteire (ti. hogy arányaiban több roma kerül börtönbe). Kérdés, hogy nem

³ FLIEGAUF Gergely: A geng mint totális intézmény: börtönszabályok a börtön valódi falain kívül – falfirkák elemzése, Magyar Rendészet, 2008, 1-2., 77-97. o.

⁴ lásd: <http://www.youtube.com/watch?v=i0acWWZ3xsY> [letöltve: 2011-05-05]

lehetett-e volna körültekintőbb a riport készítője, avagy mennyire szolgálta akár akaratlanul is a társadalmi diszkriminációs igényt a tévéműsor?

„Őszintén!? Az ilyen férgek minek élnek?!” (Ati380)

Az ilyenfajta értelmezéseknek a véleményformálás csak az egyik oldala, a másik komponens az az, hogy bármennyire is jó szándékú a tévéműsor, sajnos nem éri el a célközönséget, és a riportot szélsőséges gondolkodású személyek fogják a saját céljaikra használni.

A közoktatási intézmények a nevelés által arra törekednek, hogy a gyermekek ne drogozzanak, ugyanezt teszi a börtön is a drogos rabokkal

A rendszerváltás előtt alig jelentkezett komolyabb kábítószer-bűnözés hazánkban⁵. A hirtelen megjelenő fogyasztás-növekedést a társadalmi szerkezetváltozás képtelen volt lekövetni. Ezért még a mai napig is azt látjuk, hogy az általános iskolákban a kábítószerügyi stratégia szinte csak a kereslet és a kínálatcsökkentésre terjed ki, több-kevesebb hatékonysággal. Stratégiai szempontból ez mégiscsak helyes, hiszen pár kivételtől⁶ eltekintve a gyermekek még nem szorulnak ártalomcsökkentésre.

Ugyanez történik ugyanakkor a börtönökben is: a rendszer kereslet- és kínálatcsökkentési fókusszal működik, holott szinte biztos, hogy a börtönökben - a fentebb részletezett tényezők miatt - nem csupán olyan személyek vannak, akiknek ne lenne szüksége az ártalomcsökkentésre. Ez utóbbi megállapításhoz hozzá kell fűzni: *„A büntetés-végrehajtás több alkalommal is vizsgálta a nemzetközi gyakorlatban, de főleg a fejlett országokban alkalmazott ártalomcsökkentő módszerek, az úgy nevezett alacsonyküszöbű szolgáltatások, ezek között is a tücsere program bevezetésének, fertőtlenítő prevenciók csomagok, óvszerek kiosztásának lehetőségét. A felzárkóztatási célú törekvések azonban törvényi és biztonsági korlátokba ütköztek, mivel a fogvatartotaknál tartható tárgyak limitje és egyéb, belső biztonsági előírások szabályrendszere összeférhetetlen volt az elképzelések megvalósításával.”*⁷

Az ártalomcsökkentés bevezetéséhez tehát adott struktúra változása is szükséges. Érdemes megjegyezni azt is, hogy ez nem csak Magyarországon van így, hanem más EU tagállamokban is.

⁵ LÉVAY Miklós: Kriminológiai kutatások a kábítószer-probléma és a bűnözés kapcsolatáról In: FARKAS Ákos – NAGY Anita – RÓTH Erika – SÁNTHA Ferenc – VÁRADI Erika (szerk.): Tanulmányok Dr. Dr. H.C. Horváth Tibor Professor Emeritus 80. születésnapja tiszteletére. Bűnügyi Tudományi Közlemények 8. Bíbor, Miskolc, 2007, 461–479. o.

⁶ CSORBA József – PATAKI Zoltán – PÉTERFI Anna: Kábítószerfüggő kismamák Budapesten. Kutatási beszámoló, H Reports Kft., 2009.

⁷ részlet a „Beszámoló a büntetés-végrehajtás kábítószer-ellenes stratégiájáról, a Kábítószerügyi Szakmai Bizottság működéséről” c. dokumentumból, 2010. április

Tűcsere szolgáltatás például egyre kevesebb országban működik, jelenleg csak Spanyolországban és Németországban⁸.

Tanulásméleti nézőpont: a bűnözés és a drogozás is társas tanulás eredménye

Edwin SUTHERLAND klasszikusnak mondható differenciált asszociációs elmélete szerint a bűnözői magatartás kialakulása éppen olyan tanulási folyamat eredménye, minthogy valaki például megtanul egy szakmát. A bűnöző életvitel mellett döntés is éppen úgy zajlik, mint amikor egy hétköznapi ember dönt. Az eredmény mögött mérlegelés, befolyásolás, csoportnyomás áll. Azaz a szociálpszichológiai jelenségek rímelnek a kriminológiai sajátosságokra. Ennek a megállapításnak az a lényege, hogy a bűnözés mellett kitartás elsősorban nem egy negatív moralitás következménye, hanem egy döntésekből álló láncolat egyensúlyának eredője. Ezt a gondolatmenetet valamivel könnyebb a drogokkal kapcsolatban megérteni: senki sem tudja egyből, hogy kell rágyújtani akár egy cigarettára, mert meg kell tanulni. Ugyanígy el kell sajátítani azt, hogy hogyan lehet nagyobb hatékonysággal fogyasztani bizonyos drogot (például, hogy a füves cigi füstjét hogyan kell lent tartani a tüdőben, vagy a börtönben hogyan kell elrejtetni a benzodiazepint az örök vigyázó szeme elől). Ez a tanulási folyamat egy bizonyos, tág kerettel bíró csoportban kezdődik el és működik, ahol mindig van többség és/vagy tekintély, ami az illegális magatartás fel sarkall. A devianciával való tudatos hasonlóságkeresés tehát nem a morális romlás jele, hanem inkább az engedelmesség vagy a kényszeré. A körök azonban egy idő után összeérnek. Például a drogfüggőség egy idő után annyira erős lesz, hogy ténylegesen felülír minden morális normát. Ekkor a drogos személy komolyabb bűncselekményt fog elkövetni. Ennek ellenére minden a tanulással kezdődik.

2. Tágabb nézőpont: börtönök/drogok/gengek

Nehéz megérteni a börtönök világát anélkül, hogy a csoportos bűnelkövetés alapvető sajátosságait ne vizsgálánánk meg. A börtönbeli kábítószer-kereskedelemhez ugyanis minden esetben a fogvatartottak közötti erős együttműködésre van szükség. Ez az együttműködés gyakran már a börtön előtt elkezdődik, és az utcán elsajátított technikák a börtönökben is alkalmazhatóak. Ugyanakkor a börtön egy olyan speciális világ, amihez a csoportoknak is alkalmazkodni kell.

A börtönben a fogvatartottak olyan kapcsolatokat építenek ki, amelyek meghatározzák a magatartásukat, hogy hogyan viszonyuljanak a többi fogvatartotthoz, a börtönhöz, a jövőjükhöz és a

⁸ EMCDDA: Kábítószer-probléma Európában: Éves jelentés 2009, 2009.

kinti világhoz. Mint a korábbiakban utaltam rá, a kábítószer-fogyasztás is tanulás eredménye. Ennek az egyik speciális esete a börtönbeli kábítószer-fogyasztás.

A fenti jelenséget három fókuszon keresztül próbáljuk leírni. Ezt a három megközelítési módot egymás nélkül nem lehet megérteni.

A börtön mint a kábítószer-szcéna egy speciális terepe

A világ összes börtönében rosszabbak az életkörülmények, mint a szabad világban, legalábbis egy átlagos fogvatartott számára. Ezért a fogvatartottak az ingerszegény környezetben élményt fognak keresni, a túl élménydús környezetben pedig nyugalmat próbálnak találni. A bűnözői személyiségre egyébként is jellemző az élménykeresés⁹. Az élménykeresés jellemző formái a börtönben a tiltott tevékenységek, mint a verekedés, a zárkán belüli edzés, a tetoválás, a drogfogyasztás, és így tovább. A börtönben jelenlévő drog tehát egyfajta szabadságot ad a fogvatartottaknak élményszinten.

A börtönök rossz állapota növeli a tiltott tárgyak elrejtésének és csempészésének lehetőségeit is. A rosszul kiépített börtönökbe könnyebben jut be a drog (például be lehet dobni a sétatudvarra), vagy a zárkán belül könnyebben lehet elrejtetni. Olyan börtönökben például, ahol a berendezési tárgyak helye vagy jellege rögzített, szinte rutinszerűen lehet tudni, hogy melyek a legjellembőbb elrejtési helyek, míg olyan börtönökben, ahol megengedik a saját bútor használatát, már jóval kevésbé.

A börtön személyzete, a fogvatartottakkal dolgozók személyi állománya a feladatához mérten rendelkezik kötelező és az elhivatottságtól függő ismeretekkel. Egy kábítószer-kereső kutyát vezető őr például több információval rendelkezik a drogokról, mint egy átlagos körletfelügyelő. De ugyanígy: egy börtönorvos is más információkkal bír. Ez a tudásanyag gyakran átfedi egymást, de mégis több helyen inkább hiányosság tapasztalható. A börtönök személyi állománya tehát nem kiképzett kábítószer-szakértő, azaz a drogproblémát nem képes átfogóan kezelni. Ebből számos gond adódhat. A hiányosságokat a fogvatartottak természetesen kihasználják.

Bűnözői körökben nem az a kép él a börtönökről, mint az állampolgárok vagy az ott dolgozók fejében. A legtöbb esetben a börtönök rettegést keltenek a fogvatartottakban és a hozzátartozóikban, vagy néhány esetben a rabok éppen úgy tekintenek a börtönre, mint egyfajta karrier-állomásra. Mind a kettő koncepció kedvez a drogproblémának. Például ha a rabok félnek a börtöntől, nyugtatószerekkel élhetnek vissza, vagy ha a bűnözés további terepének vélik a börtönt, akkor pedig éppen a nyugtatókkal fognak kereskedni.

⁹ ZUCKERMAN, Marvin: Behavioral Expressions and Biological Bases of Sensation Seeking, Cambridge University Press, New York, 1994.

Az európai börtönszabályok¹⁰ szerint nem lehet az emberi jogi sérelmeket a rossz anyagi körülményekkel magyarázni. Mégis a kellő anyagi háttér a börtön vezetésének nagyobb biztonságot és függetlenséget ad arra, hogy helyesen kezelje a problémákat, köztük a kábítószer kérdését.

A drogok funkciója a börtönben

Társadalomtudományi értelemben a funkció nem egyenlő az okkal, de nem egyezik teljesen az eredménnyel sem. A funkció azt jelenti, hogy egy bizonyos jelenség (pl. a börtönbeli kábítószer-probléma) miért áll fenn, miért képes túlélni.

Ha megértjük a drogok funkcióját a börtönben, tisztábban láthatjuk az okokat és a következményeket is.

A drogok elsődleges funkciója a börtönben az „átutazás”. A kábítószer hatásának köszönhetően a börtön könnyebben elviselhető. A börtönbeli rossz társaság, a hanyag, nem odafigyelő személyzet, a letartóztatási sokk tehát a lehet a drogfogyasztás oka. A drogfogyasztás eredménye a fertőző betegségek terjedése vagy a rosszabb reintegrációs esély lehet. Ezek azonban nem fedik le azt, hogy a drog szerepe a börtönben a „menekülés”. A zárt fizikai és társas közegből ezt a kiegészítést nem lehet kigyomlálni, hiszen minden rab elemi érdeke és célja, hogy kikerüljön a börtönből. Az átutazás-jelenség erősen indokolja a börtönbeli keresletcsökkentési stratégiákat.

A drog ugyanakkor az agresszió melegágya is. Zárt térben, ahonnan nem lehet elmenekülni, ahol nem lehet a támadás elől elbújni, más módszert kell találni a védekezésre vagy a támadásra. A drog esetleg beindítja az agressziót, aminek következtében tér keletkezik.

A börtön sok esetben ront a fogvatartottak addikcióján, ugyanis esetleg más drogra váltanak bent a börtönben, vagy olyan szereket próbálnak ki, amelyeket addig nem ismertek. A börtön környezete kitermeli a maga sajátos drogját. Ezek hazánkban korábban a szerves oldószeresek voltak, manapság pedig a könnyen hozzáférhető benzodiazepinek. Az utóbbiakhoz éppen olyan könnyű hozzászokni, mint az illegális drogokhoz.

A börtönbeli tiltott testépítés fontos eleme a nyugtatószer. A számtalan használatban lévő mesterséges hormonkészítmény mellé a fogvatartottak nyugtatószereket is használnak. Ezek a szerek „belassítják” őket. A drognak tehát egyensúlyi szerepe is van a börtönben. Addig, amíg a börtönben lesz illegális

¹⁰ EURÓPA TANÁCS MINISZTERI BIZOTTSÁGA: Recommendation Rec (2006) 2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules.

testépítés, addig ahhoz gyűrőszereket fognak használni a rabok, a gyűrőszerek mellékhatásának ellensúlyozása érdekében meg egyéb szerekhez.

A geng-jellegű bűnözés (bandabűnözés)

Az iskolai vagy az iskolán kívüli kortárs erőszak marginalizálja az áldozatokat és az elkövetőket is. Egy idő után a bullying elkövetői kikerülnek az iskolarendszereből (drop out), és az utcán próbálnak szerencsét. Az utca legjobb fizető eszköze pedig a drog. A kereskedelem révén a csoportok egyre több kapcsolatot építenek ki, és ennek következtében erősödik a geng-identitásuk.

Az iskolai erőszak elkövetői nem a legjobb módú fiatalok. Ezek a fiúk és lányok az iskolán kívül valahogy pénzhez kell jussanak, és erre a legegyszerűbb mód a bűnelkövetés. A közösen megélt konfliktuskeresés és kockázati magatartás szintén erősíti a gengtudatot.

A jelenség egyik gyökere a hiányos családi struktúra, aminek a dinamikáját a családon belüli erőszak szolgáltatja. Az otthon látott modellek az utcán is reprodukálódnak, illetve az otthon hiányzó biztonságérzet abszurd módon a gengben nyer kielégülést¹¹.

A geng mentalitásnak tehát a konfliktuskeresés a lényege, ez egyfajta túlélési stratégia, ami annyira beépül a személyiségbe, hogy rendkívül nehéz tőle elszakadni. Ezzel magyarázható, hogy a börtönben is folytatódik a gengesedés. Ahogy a körletfelügyelők mondják: „*Aki egy faluból érkezik, az már testvér*”, „*A földik bevédik egymást, kiállnak egymásért, és nem hagyják, hogy a testvérüket lehúzzák.*” A kereskedelem alapja az utcán kezdetben a lopott mobiltelefon, később a nagyobb értékek és a drog. Ezek az elemek a börtönben megmaradnak, nem szab nekik határt a börtön fala, a rács vagy maga a börtönőr sem. Ezzel magyarázható, hogy a drog bent van a börtönökben.

3. Kritikai kriminológia

- a börtön és a drog együttesen kirekeszt és bekebelez
- kis súlyú bűncselekmények miatt kerülnek börtönbe a drogosok
- a börtönben sok az emberi jogi visszaélés a drog miatt (pl. a motozások során)
- nehéz a törvényi és a társas normákat összeegyeztetni: a társas norma a drog
- a börtön kontraproduktív, a drog miatt újabb bűnözőket termelhet
- szocializáció: a drogot és a börtönt el kell kerülni

¹¹ BROTHERTON, David: Proceedings from the transnational street gang/organization seminar, Crime, Media, Culture 3/3., 2007. 372-381. o.

- a börtön és a drog fontos helyen áll a morális térképen, ezért a társadalom szövetét tartják össze, és egyben vetik szét
- másodlagos ártalmak: a drogosságból börtön lesz, a börtönben drogprobléma lesz (pl. fertőzésveszély)

Jock YOUNG brit szociológus és kriminológus részben ezt a témát járja körbe nevezetes cikkében,¹² amit a kritikai kriminológia újbóli kiáltványának nevezhetünk. YOUNG a cikkben tíz ironikus állítást fogalmaz meg, amelyek szerinte a jelenlegi kriminológia aktuális kérdései lehetnének, és nem szabad rájuk legyinteni, avagy szemet hunyni létezésük felett. Mind a tíz iróniát a börtön és kábítószer kapcsolatának szemszögéből fogjuk megmagyarázni.

1. A Robert K. MERTONTól¹³ kölcsönzött *önbeteljesítő jóslat tétele* szerint a bűnelkövetéssel kapcsolatos illúziók és sztereotípiák a következményeiket tekintve valóságosak lehetnek és beteljesedhetnek. Levi STRAUSS¹⁴ szerint a deviancia kezelése a késő modern társadalmakban az *antropofágiához*, azaz a deviáns személy bekebelezéséhez, vagy a deviáns személy *antropoemiájához*, azaz kiöklendezéséhez vezet. Ez a kriminológia nyelvezete szerint azt jelenti, hogy az átlagostól büntetőjogi értelemben eltérő magatartású személy vagy zártabb helyre kerül, mint ahol a cselekményét elkövette, vagy a társadalom peremére kerül. Egyik sem jelenti azt, hogy a személy társadalmi részvételét vagy részesedését fejlesztenék.¹⁵ A zártabb helyzetbe kerülés az intézetek és intézmények befogadóképességének vagy a jogrend közbenjárásának függvénye. A peremre kerülés, azaz a marginalizáció éppen ellentétes: a személy kikerül az intézményekből (pl. nem fejezi be az iskolát vagy munkanélküli), és ezek mellett vagy ennek következtében bizonyos mértékben jogfosztottá válik. A jogfosztottság végállomása a börtön vagy az elmeógyógyító intézet, azaz megint az inkorporáció. Ha a bekebelezés nem zajlik le, és a személy képes elmenekülni a hatóságok bűvköréből, önmagát izolálja, avagy intersticiális térbe kerül, ahogy azt THRASHER¹⁶ írta, olyan helyre, ahova interakciós szinten nem ér el a hatóságok keze. A kivetődés egyik leggyakoribb oka a kábítószer.

¹² YOUNG, Jock: Critical Criminology in the Twenty-First Century. Critique, Irony and the Always Unfinished. In: CARRINGTON, K. – HOGG, R. (szerk.) Critical Criminology. Issues Debates, Challenges, Cullompton, Willan, 2002.

¹³ MERTON, Robert King – SZTOMPKA, Piotr: On Social Structure and Science, The University of Chicago Press, Chicago, 1996, 183–202. o.

¹⁴ Idézi YOUNG, Jock: Cannibalism and Bulimia. Patterns of Social Control in Late Modernity, *Theoretical Criminology* 1999/3, 387 o.

¹⁵ KEREZSI Klára: Szegregáció, gyermekszegénység és esélyegyenlőség. In: BORBÍRÓ Andrea – KEREZSI Klára (szerk): A kriminálpolitika és a társadalmi bűnmegelőzés kézikönyve, I., 2009, Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium, Budapest, 2009, 280. o.

¹⁶ THRASHER, Frederic Milton: The Gang. A Study of 1313 Gangs in Chicago, Chicago, University of Chicago, 1927, 22–29. o.

A börtönnel kapcsolatos tévhitek (pl. a totalitásba vetett hit) és a droggal kapcsolatos sztereotípiák (pl. a kapudrogelmélet vagy a kábítószer-fogyasztás szigorú büntetése¹⁷) a fentebb említett folyamatokra nyomást gyakorolnak, és önmagukat igazolják.

2. A *komoly súly tétele* szerint a bűnelkövetés a társadalmi struktúrából eredően történik, és a hatalomgyakorlók által elkövetett bűncselekmények a következményeiket tekintve súlyosabbak, mint a szegények által elkövetett bűncselekmények. Ezzel kapcsolatban egy példát érdemes megemlíteni: a mexikói Ciudad Juárez városban elkövetett sorozatgyilkosságok¹⁸ csak nőket érintettek, és jelentős nemzetközi visszhangot váltottak ki. A jelenség mögött, feltételezhetően és a narratívumok szerint kimutathatóan, a kábítószer-bűnözés, az állami hatóságok tehetetlensége, az embercsempészet, az amerikai cégek által üzemeltetett *maquiladorák*, azaz modern rabszolgatelepek, és még számos más társadalmi jelenség áll. A város börtönében gyakoriak a droggartellek közötti véres összecsapások, amelyek után szinte forgatókönyvszerűen történik meg, hogy a börtön kerítésénél álló anyáknak és feleségeknek felolvassák a börtönlázadásban meghalt személyek neveit, és az érintett hozzátartozók sírva rognak össze. Ezek a kisemberek nem látják át annak a gazdasági erőnek a természetét, amely az illegális kábítószer-kereskedelem szálait mozgatja, de mégis ők a végpontjai: a „terv” legkisebb végrehajtói és szenvedő alanyai. Mégis ők állnak a börtönök kerítéseinél, és ők halnak meg a börtönökben.

3. A bűncselekmény *keletkezése különbözik a valóságtól*, még ugyanolyan tényállások is teljesen ellenkező előjellel értelmezhetők. A börtönben szolgálatot teljesítők a kábítószer megtalálása érdekében meztelenre vetkőztetik a fogvatartottakat. Erre a szituációra elképzelhető olyan forgatókönyv, amikor szemérem sértést követnek el, vagy olyan is, amikor a veszélyes drogot valóban elveszik a figyelmet érdemlő fogvatartottól. Ha a bűncselekmény valósul meg, akkor annak emberi jogi vonzatai vannak, hiszen a börtönben a testi integritáshoz való jog sérül, ha pedig egy rutinszerű eljárás keretében egy fogvatartottnál valóban drogot találnak, az örök a cselekményt sikernek könyvelhetik el. És valóban számos olyan helyzet adódhat a börtönben, amikor a *strip search* szakmailag teljes mértékben indokolt. Egy 2000-es brit állásfoglalás szerint¹⁹ a látogatások után csupán a fogvatartottak két százalékát szükséges meztelenre vetkőztetni annak érdekében, hogy a strip search eredményre vezessen, ugyanakkor nem szabad arról sem elfelejtkezni, hogy a hasonló módszerű motozásokkal nem csak drogot lehet találni, hanem például éles vagy hegyes, támadásra alkalmas tárgyakat is a veszélyesnek minősített fogvatartottnál. A valóságban azonban inkább az történik, hogy egészen másképpen ítélik meg a cselekményt, ha a személyzet megtalálja a drogot, mint

¹⁷ GRAY, James P.: Why Our Drug Laws Have Failed and What We Can Do About It. A Judicial Indictment of the War on Drugs, Temple University Press, 2001, 28. o.

¹⁸ VILA, Pablo: Border Identifications. Narratives of Religion, Gender and Class on the U.S., Mexico border, University of Texas Press, 2005, 13. o.

¹⁹ GRAVETT, Steve: Drugs in Prison. A Practitioner's Guide, Continuum, London, 2000, 143. o.

amikor nem; még akkor is, ha a fogvatartottnál esetleg tényleg volt drog. Ebben az esetben a valóságtól szinte független, hogy történik-e bűncselekmény, és az akcióban részt vevő személyek interakcióitól nagyban függ az esemény jogi értelmezése, azaz szinte csak az attribúción múlik, hogy a példabeli cselekmény jogi útra terelődik, és az is, hogy milyenre: büntetőjogi vagy emberi jogi vonalra. Az esetek többségében a hasonló események bármilyen *jogi értelmezés nélkül* történnek meg. Az előzetes jogi értelmezésre valamilyen okból nincsen idő, lehetőség vagy igény.

4. A *decentráló erő elve* szerint a bűnügyi igazságszolgáltatás nem a bűnözés elleni harc frontvonalán helyezkedik el, hanem a jóval tágabb társadalmi ellenőrzési rendszer kisebb része, és ezért ki van szolgáltatva a civil társadalom informális normáinak. Nem lehet tudni, hogy egy börtönben ki tesz többet a bűnözés elleni a harcban, az a nevelő, aki esetleg a munkaidején kívül meghallgatja a fogvatartottat, és valóban megismeri a kábítószerrel kapcsolatos problémáit, vagy az a biztonsági felügyelő, aki az éjszakai szolgálat során, rajtaütésszerűen próbál kábítószerrel találkozni a fogvatartott személyes tárgyai között. Mind a két metódus vezethet súlyos hibákhoz, de eredményesek is lehetnek, és kérdéses, hogy a két, börtönben szolgáló személy – ellenérdekelt lévén – mennyire becsüli meg a másik munkáját, azonban *mind a ketten* egy rendszer részei, a fizetésüket egy helyről kapják, és nagyjából egy szakmai nyelven beszélnek, bár mind a kettejük az egyéni előzetes beállítódásaik vezérlik.

A társadalmi kontroll eltérő értelmezésével kapcsolatban Pat CARLEN a börtönben jelenlévő drogok témájában érdekes interjúkat készített angol női börtönökben a nyolcvanas évek elején. Egy börtönorvos azt mondta neki, hogy teljes mértékben tudatában van annak, hogy egyes nyugtatószereket azért ír fel a raboknak, hogy a személyzet, azaz a kollégái érdekét is figyelembe vegye, és segítsen az igazán kiszámíthatatlan rabok kezelésében. Egy tiszthelyettesi beosztásban dolgozó börtönőr ugyanakkor azt mondta, hogy nem ért egyet a doktor álláspontjával, mert szerinte a rabokat csak bedrogozzák, és néha látni lehet, ahogyan fennakad a szemük. Egy másik őr sokkal határozottabban fogalmazott: „*Itt nincsen drogterápia, itt csak drogozás van.*”²⁰ A magyar fogvatartotti rajzokat és fogalmazásokat elemezve akár hasonló következtetésre is juthatunk majd a kutatásról szóló fejezetben.

5. A *szelektivitás elve* szerint a büntetőjog bármennyire is a formális egyenlőség nyelvén fogalmazódik meg, szelektív célokat szolgál, és ezért mindig egyenlőtlen. Felmerül a kérdés, hogy lehetséges-e egyáltalán egyedül kábítószer-fogyasztó életmódot élni, vagy egy kicsit tágabban fogalmazna a kérdés fókuszát, elképzelhető-e olyan élethelyzet, amikor valaki csak és kizárólag a saját hibájából kerül börtönbe. A kérdésre nem jogi, hanem kriminológiai értelemben válaszolva azt

²⁰ CARLEN, Pat: *Women's Imprisonment. A Study of Social Control*, Roudedge and Kegan Paul, London, 1983, 210. o.

mondhatjuk, hogy a bűnözés és a kábítószer-fogyasztás egyaránt deviancia, amely egy abból eredő tanulási folyamat, hogy a deviáns személyek többet érintkeznek deviáns személyekkel, mint a nem deviánsok, és az interakciók során sajátítják el a bűncselekmények elkövetését. Ez utóbbi a differenciált asszociációs elmélet, amelyet Edwin SUTHERLAND²¹ alkotott az elmúlt század 30-as éveiben. A csoportokba való sorolódás azonban társadalmi szelekció eredménye. A szegényebb sorsú embereknek sokkal nagyobb esélyük van a deviáns csoportba való besorolásra. Az oktatási rendszer is ezen a kategorizáción alapszik, és már az iskolapadban is²² ennek függvényeként zajlik a kommunikáció. Ezek után a büntetőjogi egyenlőség elve nem teljesülhet az emberek életében, hiszen időben jóval korábban elindultak azon az úton, amely az igazságszolgáltatás felé tereli őket. A későbbi büntetőjogi szankciók pedig megerősítik a már meglévő szelekciót. Senki sem akkor kezd rendelkezni a drokkarrier elemeivel, amikor a büntethetőségi életkorba lép, és ugyanígy: a bűnözői karrier is korábban kezdődik. Ez a szelektivitás, főleg a fiataloknál, masszív csoportidentitást szül. A börtönbe kerülés után ez az identitás tovább él, és beágyazódik a fogvatartotti informális társas rendszerbe.²³ A fogvatartottak a börtönben barátokra találnak, erősödik közöttük a szövetség és az összetartás. Ezt a jelenséget a szelekció úgy támogatja, mint a gyökerek a terebélyes almafát, míg a büntetőjog látszólag csak a férges gyümölcsökkel foglalkozik.

6. A **kontraproduktivitás elve** szerint a börtön és a büntető igazságszolgáltatás további bűnözőket termel, mintsem megmenekítené a társadalmat a bűnözéstől. A börtön képtelen megfelelni a rehabilitációs eszmének, mégis ez az a funkció, amely hatalmas szerepet kap a személyi állomány képzésében. Ez a velős és veretes kinyilatkoztatás talán a legnagyobb irónia Jock YOUNG rendszerében. A kontraproduktív éppúgy fellelhető a napjainkban egyre nagyobb teret betöltő bűnözés-ellenőrzési rendszerben (crime-control²⁴) is. Ennek a rendszernek három eleme van: a börtönbeli retribúció, azaz társadalmi és társas bosszútudat érvényesülése, a börtönbeli inkapacitáció, azaz a fogvatartottak foglalkoztatásának csökkenése, és a szituációs (azaz a privatizált) bűnmegelőzés. Jock YOUNG a *National Deviance Conference* (NDC) tagjaként már a hetvenes évektől²⁵ kritizálta a börtön kvázimedikális rehabilitációs modelljét is, amely a drogfüggők, majd később a szexuális bűnelkövetők kezelését jelenti. Jellemző, hogy hazánkban a kábítószerfüggők kezelése a börtönökben csak a kilencvenes évek végén jelentkezett igényként, a szexuális bűnelkövetők kezelésére pedig még csak civil kezdeményezések²⁶ vannak.

²¹ SUTHERLAND, Edwin Hardin – CRESSEY, Donald Ray – LUCKENBILL, David F.: *Principles of Criminology*, General Hall, Oxford, 1992, 91–102. o.

²² BOURDIEU, Pierre: A társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődése. *Tanulmányok*, General Press Kiadó, Budapest, 2008, 7–53. o.

²³ BONDESON, Ulla V.: *Prisoners in Prison Societies*, Transaction Publishers, New Brunswick, 1989, 45–66. o.

²⁴ GARLAND, David: *The Culture of Control. Crime and Social Order in Contemporary Society*, Oxford University Press, 2001, 166–192. o.

²⁵ YOUNG, Jock: *The Drugtakers*, Paladin, London, 1971.

²⁶ PREGUNNÉ PUSKÁS Gyöngyi: A szexuális bűnelkövetők kezelése, *Börtönügyi Szemle* 2009/1, 45–56. o.

7. A kritikai kriminológia *szocializációs elve* szerint a versenyszellem, az individualizmus, a hedonizmus és az anyagiasság közelebb állnak a bűnelkövetés motivációihoz, tehát a jól szocializált személyek sokkal hajlamosabbak a törvényszegésre, mint az alulszocializáltak. Azaz a társadalom maga olyan követelményeket támaszt a tagjai felé, ami nagyon hasonlít a bűnelkövetés pszichológiai okaihoz. Wayne MORRISON²⁷ szerint a kilencvenes évektől kezdve a legtöbb nyugati ember számára isten léte csupán egy emlék arról, hogy mit kell átadni a gyermekeinek, hogy azok higgyenek a szocializációban. Még a konzervatív irányultságú szülők sem riogatják a gyermekeiket a lángoló pokollal, ahol majdan elégnek, ha rossz dolgokat tesznek; hanem a szülők leginkább a drogosok veszedelmére és a börtönökre hivatkoznak, mint elkerülendő csapdákra. Ebből a szempontból az emberek már nem istennek tartoznak felelősséggel, hanem a törvénynek és az államnak, és ha valamin változtatni szeretnének, nem kell imádkozni, hanem a törvénykezéshez lehet fordulni, és a szavazatokkal egyes pártok képviselőit lehet a parlamentbe juttatni.

8. Az *ellentmondás elve* szerint a társadalmat összetartó és legitimizáló rendszer eszményképei ugyanazok, amelyek szétvetik a társadalmat; az ebből eredő frusztráció pedig látszólagos feszültséget okoz a rendszerben. A börtön és a kábítószer egyfajta végpont, mint azt az előző elvnel szemléltettük: a szocializáció során negatív példaként szolgálnak. Úgy tűnik azonban, hogy éppen ezek a negatív értékek tartják össze a társadalmat, ezek azok a céltáblák, ahová a morál nyilai szegeződnek. A rendszer működése tehát folyamatában nézve olyan, mintha tautológia lenne, azaz nem lehet tudni, hogy mi volt előbb: állam vagy igazságszolgáltatás, és hogy az egyik definiálja-e a másikat. A börtönprivatizációval kapcsolatban felvetődő egyik kritika²⁸ is érdekes ebből a szempontból: hogyan lehet a büntetésből anyagi értelemben hasznot húzni? Pedig a kérdésben benne van a válasz: a büntetés csak addig maradhat büntetés, amíg annak haszna van, ha nincs társadalmi haszna, akkor a büntetés rossz; ezért a büntetésből mindig hasznot lehet húzni. Érdekes, hogy ezek szerint, ha a kábítószer-bűncselekményekre kirótt letöltendő szabadságvesztés büntetésből haszon származik, akkor ez a haszon elvileg a börtönben jön létre. Azonban azt látjuk, hogy a börtönártalmak miatt a szabadult fogvatartottak mind kevésbé alkalmasak a szabad életre, azaz mégiscsak veszélyeztetik a létükkel a társadalom szövetét.

9. Mintha erről szólna a *funkciótézis* is: a bűnöző, a kívülálló vagy a más emberek fogalmi jelenléte nem szakítja szét a társadalom szövetét, hanem olyan sztereotípiákat generál, amelyek éppen ellenkezőleg, összetartják azt. Azaz a bűnözésnek van társadalom-összetartó, origó funkciója. Felmerül a kérdés, hogy vajon Jock YOUNG mond-e valamivel többet Emile DURKHEIM vagy R. K.

²⁷ MORRISON, Wayne: Theoretical Criminology. From Modernity to Post-modernism, Cavendish Publishing, London, 1995, 4–5. o.

²⁸ JAMES, Adrian L.: Privatizing Prisons. Rhetoric and Reality, SAGE Publications, 1997, 138. o.

MERTON korábbi elméleteinél?²⁹ Hiszen az anómia elve éppen arról szól, hogy a társadalom nem képes olyan eszközöket felkínálni, amelyekkel a saját maga által felállított célokat el lehetne érni. Ebben a tekintetben a bűnözés nem individuális, hanem szociokulturális okok eredője, valamint a társadalmi evolúcióhoz szükséges a bűnelkövetés, sőt a bűnelkövetés normális és hasznos. A börtönnel és a droggal kapcsolatban érdekes kérdések merülnek fel:

- Ha a börtön tényleg inkább bűnözőket termel, akkor durkheimi értelemben mégiscsak hasznos?
- Ha a kábítószer-probléma a bűnözés felé taszítja az individuális bűnelkövetőt, akkor ugyanezen okból, paradox módon, hasznos?
- Vajon a börtönbeli kábítószer-probléma egyfajta mertoni társadalmi „hiba” összegződése?

Ezen kérdések más szempontból való megvilágítására fogunk törekedni a következő fejezetekben.

10. A *másodlagos ártalom hipotézise* szerint az egyes társadalmi problémák által okozott elsődleges ártalom csekélyebb, mint az ellenőrzésére érvénybe léptetett másodlagos ártalom. Jock Young erre iskolapéldaként említi a kábítószer-használat represszív büntetőjogi szabályozását, és az annak végállomásában található börtönt, ahol a börtönártalmak terhét a kábítószer-fogyasztó fogvatartott kényszerül a hátára venni.

4. Kezelési kategóriák a kábítószer-probléma függvényében

A börtönbeli kábítószer-probléma kezelése szempontjából kiemelten fontos, hogy a problémával szembesülő fogvatartottakat a probléma szempontjából klasszifikáljuk. Az EMCDDA az alábbi négy fogvatartotti kategóriát vázolta fel a kábítószer-probléma szempontjából. Ehhez a CPT sztenderdekkel³⁰ összhangban ideális kezelési módszereket rendeltem az alábbiak szerint:

<i>Kategória</i>	<i>Probléma</i> ³¹	<i>Ideális kezelés</i>
1	A szenvedélybetegséghez még számos olyan más pszichoszociális probléma társul, ami miatt ezek a fogvatartottak kihívást jelentenek a börtönszemélyzet számára: fertőző betegségek, hajléktalanság,	Kábítószermentes körlet Rendszeres, véletlenszerű vizeletminta szolgáltatás Progresszív (átjárható) rezsim Munkáltatás, oktatás, képzés

²⁹ TIERNEY, John: Criminology: Theory and Context, Longman, London, 2006, 82., 94. o.

³⁰ CPT: The CPT Standards – "Substantive" Sections of the CPT's General Reports, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2006.

³¹ forrás: EMCDDA: Kábítószer-probléma Európában. Éves jelentés 2008, 36–37. o.

	aluliskolázottság, áldozattörténet, dependens személyiség. Ezek a személyek a börtönben lassan az átlagos fogvatartott szerepét kezdik játszani Európa börtöneiben. Alkalmoszerűen fogyasztanak kábítószerrel a börtönökben. (A börtönnéesség 30-90%-a)	Pártfogás
2	Ezek a személyek súlyos szenvedélybetegek, akik végső elkeseredésükben követték el az általában vagyoneelleni bűncselekményüket. Nem életvitelszerű bűnözők. Ők a börtönben nagy valószínűséggel fogyasztók maradnak, vagy szubsztitúciós kezelésre, detoxifikációra szorulnak. A börtönben ezek a személyek ki vannak szolgáltatva a többi fogvatartottnak. Nagy a veszélye annak, hogy a börtönökben rászoknak a benzodiazepinre. (10-45%)	Kábítószer-szubsztitúciós körlet Rendszeres orvosi ellátás Elkülönült, nyitott rezsim Terápiás foglalkozás Utógondozás
3	A kábítószer-bűncselekmények elkövetésének irányítói és szervezői. Befolyásos, nagy hatalmú bűnözők. A börtönben a kontraszelekció következtében kábítószer-problémás fogvatartottakként privilégiumokat élveznek. Mivel tehetséges fogvatartottak, képesek a személyzetet manipulálni, és korrupcióra készíteni. A börtönön belül nagyon ritkán fogyasztanak kábítószerrel. Inkább testépítő szerekkel élnek vissza az ítéletük során. (?%) ³²	Különleges-biztonságú körlet Kábítószer kínálatcsökkentési ellenőrzés Egyénre szabott, folyamatosan felülvizsgált rezsim Munkáltatás, agresszió-kezelés, kötelező kognitív terápia Kriminál-prevenációs szabadulás-előkészítés
4	Teljesen amorf, stratégiaileg egységesen nem kezelhető kategória. A fenti három csoport tagjaiból tevődik össze. (?%)	Kockázatelemzés Rezsimkialakítás Kezelésdifferenciálás

³² A kérdőjel azt jelenti, hogy a fenti táblázatban szereplő 3-as és 4-es kategóriák börtönpopuláció-béli arányait nem vizsgálták.

Röviden összefoglaljuk azokat az uniós terveket, amelyek a kábítószer-problémával foglalkoznak, és érintik a börtönt.

Az Európai Unió kábítószerügyi akcióterve (2000–2004)³³ új kihívásnak minősíti a növekvő börtönbeli kábítószer-használatot. Említi az alacsonyküszöb elvének szükségességét, valamint sérülékeny és kockázati csoportnak nyilvánítja azokat a személyeket, akik a börtönökben kábítószer-problémával szembesülnek. Ezért nagyobb hangsúlyt kell fordítani a börtönszemélyzet kábítószerügyi szakirányú továbbképzésére, de ügyelni kell a börtönön kívüli szervek és a civil szervezetek börtönbeli kábítószer-problémára irányuló érzékenységére is.

A stratégia szerint az eltúlzott igazságszolgáltatási intézkedések eredménye az lett, hogy a börtönökben megnövekedett a túltelítettség és egyre több olyan személy van a börtönökben, aki csupán kábítószer-fogyasztó, és nem tekinthető bűnöző életvitelű személynek.

Az Európai Unió kábítószerügyi akciótervének (2000–2004) középtávú vizsgálata³⁴ során a tagországok (15-ök) nagyon komolyan vették a börtönökben a kábítószermentes körletek és részlegek létesítését. Kiemelten fontos a börtönorvosok kábítószerügyi továbbképzése, valamint a fogvatartottak hepatitisz A- és B-oltása. A börtön utáni reintegráció szempontjából figyelmet kell fordítani a börtönökben a kezelés melletti vagy az azt kiegészítő munkáltatásra is.

Az Európai Unió kábítószerügyi akciótervének (2000–2004) végső vizsgálatáról³⁵ szóló összefoglaló úgy készült, hogy egy 2004 végén kiküldött EMCDDA-kérdőívre a tagországok válaszoltak, majd a kormányzati válaszokból készült egy nem teljes, és az alaposságot gyakran nélkülöző³⁶ jelentés (communication).

A jelentés kiemeli, hogy a fogvatartottak számára elérhető a börtönökben az egészségügyi szolgálat és az egyéb pszichoszociális szolgáltatás. A tagországok stratégiáiban a börtönbeli droghasználók magas kockázati csoportot képeznek, mint például az IVU-k, a szexmunkások, vagy a fertőző betegségek hordozói.

³³ Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the European Union action plan to combat drugs (2000–2004) COM/99/0239 final, 1999/05/26.

³⁴ Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on the Mid-term Evaluation of the EU Action Plan on Drugs (2000–2004) COM/2002/0599 final, 2002/11/04.

³⁵ A Bizottság közleménye a Tanács és az Európai Parlament részére az EU kábítószerrel kapcsolatos stratégiájának és cselekvési tervének (2000–2004) végső értékeléséről, COM/2004/0707 végleges, 2004/10/22.

³⁶ A hivatkozott jelentésben gyakran szerepelnek kipontozott részek, töredékes felsorolások, etc.-k, és a témánk szempontjából igen fontos pontok összevonásai.

Külön említendő a 3.4.3. pont. Itt szerepel, hogy a tagországok milyen intézkedéseket vezettek be a börtöneikben a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében:

- kockázatsökkentő programok,
- vakcináció (immunrendszererősítő preventív vagy terápiás kezelés, rendszerint oltás útján),
- tűcsere,
- kábítószermentes körletek,
- szubsztitúciós kezelés.

Egyes országokban máshol használt gyakorlati megfontolásokat (best practices) alkalmaztak.

Az Európai Unió kábítószerügyi stratégiája (2005–2012)³⁷ *egy helyen sem említi a börtönt.* A kábítószer-bűnözéssel kapcsolatban azonban kiemeli, hogy minden tagországnak (27-ek) fel kell állítani egy hatékony, ütőképes és tudásalapú reintegrációs stratégiát. Ennek értelemszerűen eleme a börtön.

Az Európai Unió kábítószerügyi akcióterve (2005–2008)³⁸ az előző stratégiát idézi, amikor ismételt kiemeli a reintegráció fontosságát. Az akcióterv 13. pontja foglalkozik a börtön és a kábítószer kapcsolatával, itt a szokásos módon a börtönt helyettesítő alternatív szankcióké a vezető szerep, majd a 13.2-es pontban olvashatjuk az ártalomcsökkentést, a reintegráció fontosságát, a szabadulás előkészítését és a börtönbeli kábítószer-használat monitorozásának módszertani fejlesztését.

Az akcióterv alapelvei között szerepel, hogy a fiatal generáció tradicionálisan hajlamosabb kábítószer-élvező életmódot folytatni. Ezen kérdés kezelése általában megjelenik a börtönök vonatkozásában is, mivel a fiatalok fogvatartottak személyisége jobban formálható. Érdekes, hogy ez a tétel nem szerepel az akciótervben.

Az Európai Unió kábítószerügyi akcióterve (2009–2012)³⁹ szerint a börtönökben a megelőzés, a kezelés, az ártalomcsökkentés,⁴⁰ a reintegráció, a szabadulás előkészítése és az utógondozás kábítószerügyi feladat a tagállamok számára. Külön pontban említik, hogy ezen indikátorok mentén a tagállamok az EMCDDA támogatásával minden évben jelentést készítenek.

³⁷ AZ EURÓPAI UNIÓ TANÁCSA: Az EU drogstratégiája (2005–2012), 15074/04, CORDROGUE 77, SAN 187, ENFOPOL 178, RELEX 564, 2004/11/22.

³⁸ AZ EURÓPAI UNIÓ TANÁCSA: EU Drugs Action Plan (2005–2008), 2005/c168/01, 2005/08/07.

³⁹ IP/08/1366, 2008/09/18

⁴⁰ A magyar változatban a *harm reduction* szó *egészségkárosodás mérséklésként* szerepel. Ez a fordítás nem megfelelő, mert az ártalomcsökkentésbe a fertőzések megelőzése (pl. tűcsere) is bele tartozik. A fertőzés bekövetkezése előtt nyilván nincs egészségkárosodás.

Az akciótervekkel és a stratégiákkal kapcsolatban megállapíthatjuk, hogy azok összességében nem foglalkoznak olyan részletesen a börtönbeli kábítószer-problémával, mint az EMCDDA éves jelentései. A stratégiákban és akciótervekben gyakran fordulnak elő *duplikációk*, és az egyes fogalmak könnyelmű értelmezése sem ritka. Hangsúlyozzuk, hogy csak a börtönökkel kapcsolatos pontokat vizsgáltuk, és az imént csak azokról mondtunk véleményt. Gyakorlati munkából eredően tudom, hogy rendkívül nehéz az EU kábítószerrel kapcsolatos irányelveinek adaptálása több szempontból is: egyrészt a magyar szervek hatáskörei gyakran metszik egymást (pl. kire tartozik a fogvatartottak szubsztitúciós metadonkezeléssel való ellátása), vagy egyes területek gyakran gazdátlanok (pl. ki felelős a kábítószer-problémával szembesülő fogvatartott reintegrációjáért), egyes célokat nagyon tágan lehet értelmezni (pl. a fogvatartottak felvilágosítása a kábítószer-problémáról), míg más célokat jogszabályi okok miatt nem lehet alkalmazni (pl. alacsony küszöb elve, túcsere). A szakmai vitákon a felek mindig a saját nézőpontjuk felől közelítik meg a börtönbeli kábítószer-problémát, mert nem alakult ki egy egységes fogalomrendszer. A börtönügyi szakértők nem értik az ártalomcsökkentés és a transzparencia alapelveit, míg a civil szervezetek nem képviselik hatékonyan a fogvatartottak jogait.

Mindezek ellenére láthatjuk, hogy az irányelvek léteznek, a követendő szabályokat leírták és elfogadták, azonban az alkalmazásuk akadályokba ütközik. A főbb *hátráltató tényezők* Ambros UCHTENHAGEN⁴¹ szerint a következők:

- A biztonsági megfontolások prioritása,
- Az egészségügyi szervek kizárása,
- Általános vélekedés, hogy a kábítószer-használatot szankcionálni kell, nem támogatni a speciális rezsimek bevezetése által,
- Nincs igény a tervek és az intézkedések felülvizsgálatára,
- Hiányos a személyi állomány képzése és létszáma,
- Az eredeti gond nagyobb súlyú, mint az eredményből várható haszon,
- Az intézkedéseket a magas rangú döntéshozók nem támogatják.

UCHTENHAGEN gondolataival egyet kell értenünk, azonban be kell látnunk, hogy a kábítószerügyi szakmapolitikák éppen olyan kimerült pozícióban vannak, mint a korábban elemzett EMCDDA-jelentések.

⁴¹ UCHTENHAGEN, Ambros: Ethics of Interventions in the Criminal Justice System, 2nd Connections European Conference, London June 24–25, 2010.

Vajon mi lehet ennek a kimerültségnek az oka? Az európai sztenderdek nem érvényesülhetnek ugyanolyan szinten a tagállamokban, azaz nem csak arról van szó, hogy az adatok összehasonlíthatatlanok, hanem *az elvek érvényesülése is eltérő szintű.*

Alex STEVENS⁴² ezt a problémát a következő érvekkel támasztja alá:

- a kiegyenlítődés felé már számos lépést megtettek a tagországok,
- de még számos EMCDDA-alapelv nem teljesül mindenütt (tűcsere, szubsztitúció, pszichoszociális támogatás),
- kevés a kutatásra és a minőségbiztosításra szánt pénzösszeg,
- a börtönbeli kábítószerügyi stratégiák még nem illeszkedtek bele a drogszakmába, illetve a börtönrendszerekbe.

▪

Az imént idézett szerzőkkel – UCHTENHAGENnel és STEVENSszel – magam is találkoztam személyesen a konferencián Londonban, és szembetűnő volt, hogy a kelet-európai delegáltak inkább figyeltek, míg a nyugat-európaiak előadásokat tartottak. Felmerül a kérdés, hogy vajon a nyugati elvek fognak továbbra is dominálni az európai börtönök kábítószerügyében, vagy a nyugati stratégiák végre tudomásul vesznek egy-két jelentős keleti gondot és észrevételt, például a már nyugaton is jelentkező benzodiazepin-problémát. Nem lehet ugyanis ugyanolyan eszközökkel harcolni illegális és legális drogok ellen a börtönökben. A problémát felvettem a konferencián, és a válaszok döntő többsége a következőkről szólt:

- nagyobb gondot jelent az injektált kábítószer jelenléte a börtönökben,
- a személyzetet kell képezni, és figyelni kell a nyugat-európai példákra, többek közt, hogy Portugáliában működik egy antiben-zodiazepin-program egy börtönben.

5. A drog újradefiniálja a börtönt

A börtönbeli kábítószer-probléma természete nem egyenlő azzal a ténnyel, hogy a drogok jelen vannak és gondot okoznak a fegyintézetekben. Megállapíthatjuk, hogy a kábítószer az euroatlanti börtönvilágot újradefiniálta. Ennek az a következménye, hogy fel kell térképezni a börtön kábítószer-problémáját ahhoz, hogy a börtön maga érhetővé váljon. Ez minden fegyintézetre vonatkozik külön-külön, és egyértelműen a nemzeti börtönrendszerek sajátja is. Érdekes és figyelemre méltó, hogy a hasonló történelmi háttér egymásra emlékeztető jelenségeket generál (pl. droghasználat miatti HIV-fertőzöttség a balti államok börtöneiben). Az elméleti bevezetőben már említett Adrian L. JAMES⁴³

⁴² STEVENS, Alex – MILNE-SKILLMAN, Karen – BRENTARI, Cinzia: European Good Practices in the Criminal Justice System, 2nd Connections European Conference, London June 24–25, 2010.

⁴³ JAMES, Adrian L.: Privatizing Prisons. Rhetoric and Reality, SAGE Publications, 1997, 120. o.

szerint a kábítószer számos változást hozott a börtönrendszerben, amelyek nem csak az erőszakhoz, a bullyinghez, a tiltott kereskedelemhez, a behajtásokhoz és a kényszerítésekhez fűződnek. A börtönökben létre kellett hozni a kábítószerügyi prevenciós stratégiákat, ezek áthatották az egész börtön szervezetét. Közvetlenül a kábítószer-problémából eredően és szinte észrevétlenül változott meg a beszélők és a csomagok fogadásának rendje, és ezáltal a fogvatartottak külvilággal való kapcsolattartási jogának értelmezése és érvényessége. A börtönök rendőrségi specialisták segítségét igényelték a drogok felderítésében, a szolgálati kutyákat nem csak kísérésre és őrzésre lehet ezután igénybe venni. Két gyökeres változás állt be a motozás terén is: egyre gyakrabban kell a testüregre is kiterjedő személyi motozást vagy *strip search*-öt alkalmazni; továbbá az öröket is gyakrabban kell megmotozni. Ilyen szempontból a rabok és az örök között – a nyolcvanas évekhez képest – eltűnt az egyfajta intimitási határ, valamint a személyzet motozást végző tagjai és a megmotozott ör között gyakran hatósági jellegű viszony alakult ki. További lényegi elem a szintén a bevezetőben említett börtönbeli izolációcsökkenés. A kábítószer-probléma bizalmi kérdéseket vet fel, ezért a börtönbe egyre több civil személy érkezik, akik a kábítószer-problémával a személyzetnél hatékonyabban tudják felvenni a harcot. Egy olyan *idegen test* jelent meg a börtönben, amelyet a börtön nem képes eliminálni, hanem magába kell építenie.

Véleményem szerint a fentiek kiegészítéseként rendkívül fontos megállapításokkal szolgált a brit börtönrendszerben végzett PRICEWATERHOUSECOOPERS-kutatás⁴⁴.

A börtönbeli droghasználat jelentős kockázati tényező a társadalmi kohézió tekintetében is. A drogos rabok helyzete és egészségügyi állapota nem romolhat le a börtönökben, mert a szabadulás után a kábítószer-élvező személy kezelése sokkal többre fog kerülni.

A brit börtönrendszerben 2000-től nem lehetett eldönteni, hogy a kábítószer-problémát milyen fókuszú stratégiával próbálják kezelni: pszichoszociális eszközökkel, vagy klinikai úton. Ezért 2007 októberétől életbe léptették az integrált drogkezelési rendszert (IDTS), amelynek keretében a drogfüggő fogvatartottak letartóztatásának első 28 napjában megpróbálták felderíteni, hogy az adott személy a bekerülése előtt milyen környezetben élt, és milyen kezelést kapott. Tették ezt annak érdekében, hogy a börtönökben a kezelés ne szakadjon meg, és kiegyensúlyozott legyen (kontinuitás és kongruitás). Ez a rendszer azonban még 2007-ben befűlt a költségvetési megvonások miatt.

Ekkor kérték fel a PWC-t az auditálásra.

⁴⁴ PRICEWATERHOUSECOOPERS: Report to the Department of Health and Ministry of Justice Review of Prison-Based Drug Treatment Funding Final Report, December 2007 (Published March 2008), 2008, PwC.

A könyvvizsgáló cég a következők mentén kezdte meg a munkáját.

A börtönökben meg kell vizsgálni, hogy

- milyen kábítószerügyi szolgáltatások működnek, amelyek valóban csökkentik a visszaesést, mind a drogok, mind pedig a bűnelkövetés terén,
- milyen lehetőségek vannak arra, hogy ezeket a módszereket az összes többi börtönben alkalmazzák,
- mi a kábítószer és a börtön kapcsolatának realitása,
- mekkora költségvetés kell ehhez,
- és, hogy milyen tennivalók vannak annak érdekében, hogy a módszereket alkalmazzák, illetve, hogy azokhoz civil partnereket találjanak regionális és országos szinten.

Ehhez fel kell mérni, hogy

- jelenleg mi az, ami teljesíti a szakemberek által megfogalmazott kezelési célt (kontinuitás és kongruitás),
- mi veszteséges jelenleg, és mi lesz a jövőben kevésbé kívánatos,
- mi működik a legjobban a költséghatékonyság és a minőség szempontjából,
- kell-e többletköltségvetés, és ehhez milyen ajánlások adhatók,
- mik az optimális intézkedések, és az ezeket támogató tennivalók,
- és, hogy kábítószerügyben hogyan lehet a börtön és a külvilág között a kapcsolatot tartani.

A PWC szakemberei azonosították azokat a faktorokat, amelyek a brit börtönökben meghatározzák a kábítószer-probléma kezelését. Ezek pusztán felsorolása elegendő ahhoz, benyomást szerezzünk a jelenség összetettségéről, és akár a hazai viszonyokat illetően is tanulságokat vonhassunk le.

Stratégiai problémák

- nem világos, hogy mi a cél: a drogos fogvatartottak egészségének megőrzése, vagy a visszaesés csökkentése,
- ennek értelmében nem világos, hogy mi a küldetés,
- ezért több egymással ellentétes nézet uralkodik a börtönbeli drogproblémával kapcsolatban.

A szervezés kivitelezése

- egyes intézkedéseknek nem látható az eredménye,
- nem lehet megállapítani, hogy ki felelős az egyes feladatok végrehajtásáért,
- a kimeneti oldal adatai nem lettek feldolgozva.

A börtön mint szervezet

- a drogprobléma elleni küzdelem széttöredezett finanszírozása,
- a felelősség elaprózódása és megosztottsága,
- sok szerv működik közre minden szinten,
- a börtön működésének céljai inkonzisztensek,
- nehéz a civil szervezeteket és a börtönt együttesen koordinálni,
- az anyagi támogatás helye nem áll kapcsolatban a hatás helyével,
- egyes földrajzi egyenlőtlenségeket nem lehet kiküszöbölni.

Technikai jellegű kérdések

- a civil szervezetek és a börtönrendszer informatikai adatforgalma nem összehangolt, sőt nincs kapcsolat köztük.

Környezeti tényezők

- túltelítettség,
- a drog elérhetősége a börtönben.

Eljárási kérdések

- adatgyűjtési duplikációk,
- tervezési hibák átalakulása és áttolódása vertikális irányba,
- a kezelés kontinuitása nem megoldott,
- az előzetesen fogvatartottak elvesznek a rendszerben, beláthatatlan a szabadulás előtti és utáni kábítószer-függőségük.

Rések a szolgáltatások között

- egyes szolgáltatások nem érhetők el mindenhol,
- az alkoholprobléma figyelmen kívül hagyása.

6. Menedzsment és HR

A börtöngépezet-modell egy olyan, táblázat formátumú gondolati séma,⁴⁵ amelynek mentén a börtön elemei ábrázolhatók. A börtön rendszerét hasonló kontinuumtáblázatban ábrázolta Barry C. FELD⁴⁶ egy, a fiatalok börtöngengéről szóló cikkében. A cikkben a börtönöket két változó mentén ábrázolta: egyéni vagy csoportos fogvatartási *módszer* (1), és izolációs vagy rehabilitációs fogvatartási *cél* (2).

Az itt következő elemzés az EU 27 országának börtöneiben tapasztalható kábítószerügyi kihívásokat rendszerezi. Hazánk szempontjából ez azért lényeges, mert Magyarország is egy nagyobb rendszer - az EU - része, és elkerülhetetlen, hogy az alábbiak során megállapított tényezők valahogyan ne hassanak a hazai viszonyokra, mind pozitív, mind negatív értelemben.

A börtöngépezet-modell

A táblázat két változó mentén osztályozza a börtön elemeit a börtön rendszerében. A módszert több alkalommal kipróbáltam a hallgatóimmal a Rendőrtiszti Főiskolán, illetve börtönökben tartott fókuszcsoporthoz alkalmával is sikeresen alkalmaztam. Az alábbi ábrán két kontinuumtengely látható: Emberi–Gépi, illetve Független–Függő. A vízszintes tengelyen arról kell dönteni, hogy a problémát emberi vagy mesterséges tényező okozza *inkább*, a függőlegesről, hogy függ a kérdéses elem a vezetés döntésétől, vagy sem. Természetesen nem könnyű dönteni, de ha az adott elemet elhelyezzük a táblázatban, megkapjuk, hogy milyen a probléma *természete*. Munkám során ugyanis rájöttem, hogy a „Független–Emberi” mezőbe a személyi állományt érintő kérdések kerülnek, hiszen azok függenek az intézet vezetőjének döntéseitől, ugyanakkor emberi tényezők. A „Függő–Gépi” mezőbe a rezsimszabályai kerülnek, amelyek nem egyenlőek a jogszabályokkal, hanem inkább azok alkalmazásának felelnek meg: mesterségesek és függenek a parancsnok döntésétől. A „Független–Emberi” mezőbe a rabokkal kapcsolatos tényezők kerülnek, hiszen a parancsnok rendkívül nehezen tudja befolyásolni, hogy milyen fogvatartotti állomány kerül az intézetébe. Ugyanennyire független a vezető döntésétől az épület: ezt is nehéz megváltoztatni, és mesterséges, ezért az ilyen természetű elemek a „Független–Gépi” mezőbe kerülnek.

Függ	Személyi állomány (SZ)	Rezsimszabályok (R)
Független	Fogvatartotti (F)	Épület (É)
	Emberi	Gépi

⁴⁵ Lásd részletesen: FLIEGAUF Gergely – RÁNKI Sára: Fogva tartott gondolatok, L'Harmattan, Budapest, 2008, 52–53. o.

⁴⁶ FELD, B. C.: A Comparative Analysis of Organizational Structure and Inmate Subcultures in Institutions for Juvenile Offenders, *Crime & Delinquency* 1981/27., 336. o.

A modellben való elhelyezést most egyetlen helyen alkalmazzuk: a kelet- és nyugat-európai stratégiák és problémák összemérésénél, azzal a céllal, hogy *karakterisztikus* különbségeket próbáljunk feltárni. Hasonló módszerrel élt RUZSONYI Péter⁴⁷ és CZENCZER Orsolya⁴⁸ is a fiatalkorúak büntetés-végrehajtásának elemzésénél.

<i>A probléma jellege (faktorai)</i>	<i>Kelet-Európa (rosszul finanszírozott)</i>	<i>Nyugat-Európa (jól finanszírozott)</i>
Személyi állomány (Függ–Emberi)	Felírt gyógyszerek, Személyi állomány hiánya, Alulinformált személyzet, Szakszemélyzet hiánya	Felírt gyógyszerek, Személyi állomány hiánya
Fogvatartott (Független–Emberi)	Rabhierarchia, Fogvatartotti erőszak (bullying), Börtönszex, HIV járvány, Nemzetiségek, Fiatalkorú fogvatartottak	Külföldi fogvatartottak, Body packerek, Fertőző betegségek, Gengék, Börtönnel kapcsolatos droghalál, Hosszúítéletesek, Előzetesek
Épület (Független–Gépi)	Régi börtönök	
Rezsim (Függ–Gépi)	Centralizáció, Formális kábítószerügyi ellátás/kezelés, Túltelítettség, Adminisztrációs leterheltség, Nevelők szerepkonfliktusa, Alulfinanszírozottság	Rászokás a börtönben, Túltelítettség, Elérhető drog, DFU válság, Tücsere válság, Nincs HIV szűrés

Kelet- és Nyugat-Európa börtönrendszerek *működési elvei között* nincsenek alapvető különbségek. Igaz, hogy a keleti térség igyekszik felzárkózni a nyugathoz, azonban az alapvető emberi jogi elvek, gazdasági stratégiák, társadalomtudományi kutatások, kábítószerügyi szakmapolitikák lényegében

⁴⁷ RUZSONYI Péter: A fiatalkorú bűnelkövetők zárt intézeti kezelésének nemzetközi tendenciái, *Belügyi Szemle* 50/2–3., 2002. 115–133. o.

⁴⁸ CZENCZER Orsolya: Külföldi minták – honi tennivalók a fiatalkorúak büntetés-végrehajtásában, *Börtönügyi Szemle* 2009/1., 5–15.o.

azonosak. *Eltérőek azonban* egyes epidemiológiai, demográfiai, gazdasági adatok, amelyek összességükben nagy különbségnek tűnhetnek, de ezek alapján akár észak-dél különbségekről is beszélhetnénk. A börtönök *vezetési eszközei*, és a szervezeti kultúra némi eltérést mutat. Ezek között két jelentősebbnek mondható különbség van:

- keleten a börtönegészségügy nem független a büntetés-végrehajtástól,
- keleten a börtönbeli kábítószer-probléma a végrehajtás szintjén túlsúlyosan biztonsági jellegű probléma.

A fenti két kisebb különbségből ered az, hogy nyugaton többféle szolgáltatás érhető el effektíven a börtönökben, mint keleten, és talán diagnosztikusabb értékű az a különbség, hogy keleten kevésbé ismerik el a kábítószer-probléma természetét. A fenti két eltérésből ered az is, hogy keleten inkább jogi monitorozó civil szervezetek vizsgálják a börtönbeli kábítószer-problémát és a rehabilitációs szolgáltatások inkább a börtönön kívülre szorulnak. Ez Nyugat-Európában fordítva van.

Az ilyen kisebb különbségek összegződése okozza azt, hogy a két rendszer egymástól *látszólag* gyökeresen eltér.

Az EU 27 tagországában több mint hatszázezer fogvatartott van, ezen állomány éves mozgása eléri a 860 ezer főt évente.⁴⁹ A tagállamokban a rabok 10–30%-a kábítószer-bűncselekményért van fogva tartva. Ebből a két adatból azt a következtetést vonhatjuk le, hogy legalább 86 ezer, és legfeljebb negyedmillió ember azért kerül az EU börtöneibe, mert kábítószerrel használt, vagy valamilyen szinten érintkezett a kábítószerrel. Hatalmas számadat ez, vakmerőségnek tűnik felette szemet hunyni.

Mik azok a tanulságok, amelyek egységesen összefoglalják az európai helyzetet?

1. Stratégiai szinten el kell dönteni, hogy a börtönbeli kábítószerügyi kezelés célja az egészség fenntartása, a börtön biztonsága, vagy a visszaesés csökkentése.
2. A megfogalmazott cél után harmonizálni kell a börtönbeli kínálat-, kereslet- és ártalomcsökkentést. Kifejezetten börtönmenedzselési kérdés, hogy kábítószerügyben a börtön biztonságát, egészségügyi rendszerét és a kezelési elveket (nevelés, adminisztráció) is össze kell hangolni.

⁴⁹ STÖVER, Heino: Reduction of Drug-related Crime in Prison. The Impact of Opioid Substitution Treatment on the Manageability of Opioid Dependent Prisoners, 2008 BISDRO, University of Bremen WIAD – Scientific Institute of the German Medical Association, Bonn, 2008, 12. o.

3. A börtönbeli kábítószer-problémát a demográfiai mutatók, a bűnözés és a közegészségügy együttesen befolyásolják. Ezek a börtönön kívüli tényezők, míg a börtönön belüli kérdések az 1. és 2. pontban találhatók.
4. Jogszabályi változások is eredményezhetnek jelentős struktúraváltást a börtönben úgy, hogy a börtönt érintő jogszabályok nem, vagy csak később változnak. (Pl. a kábítószer-bűncselekmény szankcionálásának részletei.)
5. Fontos a börtön személyzet képzése és továbbképzése kábítószerügyben.
6. A civil szervezetek bevonása az alacsony küszöbű szolgáltatások⁵⁰ esetében elkerülhetetlen.
7. Nincsen „arany középút” jellegű kezelési módszer, de a kezelés alkalmazása minden szempontból hatékonyabb, mint a kezelés megtagadása vagy elhanyagolása.
8. Kiemelten fontos a fogvatartottak utógondozása, és a megkezdett kezelés folytatása.
9. Etnikai és gender jellegű különbségekre is kell figyelni a drogügyi stratégia kidolgozásánál a börtönökben.

7. *Megvitatás*

Mindenképpen el kell gondolkodni azon, hogy mi áll a mögött, hogy a börtön és a drogprobléma között egyes személyek körben járnak. Azaz a kábítószerügyi beavatkozás nem eléggé hatékony, és ennek következtében börtönbe kerülnek, és a börtön stratégiái (kereslet-, kínálat-, és ahol elérhető ártalomcsökkentés) kudarcot vallanak, hiszen szabadulás után az egykori fogvatartott újra a drogok után nyúl.

A börtönök és a kábítószer-problémával foglalkozó szervezetek kliensei és tevékenysége között nagy a metszet és a duplikáció (amennyiben elfogultak vagyunk a börtönök iránt, és a probléma egyik szegmensének tekintjük). Meg kellene fontolni, hogy az átfedéseket hogyan lehet a leghatékonyabban lecsökkenteni.

Átfogó kábítószerügyi kutatást nem lehet a börtönök vizsgálata nélkül lefolytatni. Ezt minden kutatónak és a döntéshozónak meg kellene fontolnia.

Egy további, a cikkben nem részletezett kérdés lehet még továbbá, hogy mi a börtönbeli *kémiai immobilizáció*⁵¹ funkciója, és ez vajon beletartozik-e az általános problémába. Elfogadható, hogy a biztonsági kockázatot jelentő fogvatartottat a börtön egészség keretein belül túlgyógyszerezik annak

⁵⁰ Általában drogambulációkon működő összetett, szociális és egészségügyi ellátás. A kliens nem azonosítja magát személyes adataival, hanem kódot vagy egy rövidebb nevet választ magának. A rendszer működésének az a feltétele, hogy a kliens teljes mértékben együttműködik az ellátó rendszerrel.

⁵¹ Lásd: CPT: 16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006, Strasbourg, 16 October 2006, forrás: <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-16.htm> [letöltve: 2011-05-09]

érdekében, hogy ne okozzon gondot? A rövid válasz az, hogy nem, de ennek kifejtése egy másik tanulmány feladata lehetne.

Irodalomjegyzék

- BONDESON Ulla V.: Prisoners in Prison Societies, Transaction Publishers, New Brunswick, 1989, 45–66. o.
- BOURDIEU Pierre: A társadalmi egyenlőtlenségek újatermelődése. Tanulmányok, General Press Kiadó, Budapest, 2008, 7–53. o.
- BROTHERTON David: Proceedings from the transnational street gang/organization seminar, Crime, Media, Culture 3/3., 2007. 372-381. o.
- CARLEN Pat: Women's Imprisonment. A Study of Social Control, Roudedge and Kegan Paul, London, 1983, 210. o.
- CZENCZER Orsolya: Külföldi minták – honi tennivalók a fiatalok büntetés-végrehajtásában, Börtönügyi Szemle 2009/1., 5–15.o.
- CSÁKI Anikó, MÁRTON Andrea, MÉSZÁROS Mercedes: Fogvatartott drogfogyasztók főbb jellemzői. Kutatási összefoglaló, Váltó-sáv alapítvány, Budapest, 2009.
- CSORBA József, PATAKI Zoltán, PÉTERFI Anna: Kábítószerfüggő kismamák Budapesten. Kutatási beszámoló, H Reports Kft., 2009.
- FELD Barry C.: A Comparative Analysis of Organizational Structure and Inmate Subcultures in Institutions for Juvenile Offenders, Crime & Delinquency 1981/27., 336. o.
- FLIEGAUF Gergely: A geng mint totális intézmény: börtön szabályok a börtön valódi falain kívül – falfirkák elemzése, Magyar Rendészet, 2008, 1-2., 77-97. o.
- FLIEGAUF Gergely, RÁNKI Sára: Fogva tartott gondolatok, L'Harmattan, Budapest, 2008, 52–53. o.
- GARLAND David: The Culture of Control. Crime and Social Order in Contemporary Society, Oxford University Press, 2001, 166–192. o.
- GRAVETT Steve: Drugs in Prison. A Practitioner's Guide, Continuum, London, 2000, 143. o.
- GRAY James P.: Why Our Drug Laws Have Failed and What We Can Do About It. A Judicial Indictment of the War on Drugs, Temple University Press, 2001, 28. o.
- JAMES Adrian L.: Privatizing Prisons. Rhetoric and Reality, SAGE Publications, 1997, 120. o. 138. o.
- KEREZSI Klára: Szegregáció, gyermekszegénység és esélyegyenlőség. In: BORBÍRÓ Andrea – KEREZSI Klára (szerk): A kriminálpolitika és a társadalmi bűnmegelőzés kézikönyve, I., 2009, Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium, Budapest, 2009, 280. o.
- LÉVAY Miklós: Kriminológiai kutatások a kábítószer-probléma és a bűnözés kapcsolatáról In: FARKAS Ákos, NAGY Anita, RÓTH Erika, SÁNTHA Ferenc, VÁRADI Erika (szerk.): Tanulmányok Dr. Dr. H.C. Horváth Tibor Professor Emeritus 80. születésnapja tiszteletére. Bűnügyi Tudományi Közlemények 8. Bóbor, Miskolc, 2007, 461–479. o.

MERTON Robert King, SZTOMPKA Piotr: On Social Structure and Science, The University of Chicago Press, Chicago, 1996, 183–202. o.

MORRISON Wayne: Theoretical Criminology. From Modernity to Post-modernism, Cavendish Publishing, London, 1995, 4–5. o.

PAKSI Borbála, ARNOLD Petra: A jogerősen elítélt fogvatartottak droghasználata, Börtönügyi Szemle, 2010/3.

PREGUNNÉ PUSKÁS Gyöngyi: A szexuális bűnelkövetők kezelése, Börtönügyi Szemle 2009/1, 45–56. o.

PRINCEWATERHOUSECOOPERS: Report to the Department of Health and Ministry of Justice Review of Prison-Based Drug Treatment Funding Final Report, December 2007 (Published March 2008), 2008, PwC.

RUZSONYI Péter: A fiataikorú bűnelkövetők zárt intézeti kezelésének nemzetközi tendenciái, Belügyi Szemle 50/2–3., 2002. 115–133. o.

STEVENS Alex, MILNE-SKILLMAN Karen, BRENTARI Cinzia: European Good Practices in the Criminal Justice System, 2nd Connections European Conference, London June 24–25, 2010.

STÖVER Heino: Reduction of Drug-related Crime in Prison. The Impact of Opioid Substitution Treatment on the Manageability of Opioid Dependent Prisoners, 2008 BISDRO, University of Bremen WIAD – Scientific Institute of the German Medical Association, Bonn, 2008, 12. o.

SUTHERLAND Edwin Hardin, CRESSEY Donald Ray, LUCKENBILL David F.: Principles of Criminology, General Hall, Oxford, 1992, 91–102. o.

THRASHER Frederic Milton: The Gang. A Study of 1313 Gangs in Chicago, Chicago, University of Chicago, 1927, 22–29. o.

TIERNEY John: Criminology: Theory and Context, Longman, London, 2006, 82., 94. o.

UCHTENHAGEN Ambros: Ethics of Interventions in the Criminal Justice System, 2nd Connections European Conference, London June 24–25, 2010.

VILA Pablo: Border Identifications. Narratives of Religion, Gender and Class on the U.S., Mexico border, University of Texas Press, 2005, 13. o.

YOUNG Jock: Cannibalism and Bulimia. Patterns of Social Control in Late Modernity, Theoretical Criminology 1999/3, 387 o.

YOUNG Jock: Critical Criminology in the Twenty-First Century. Critique, Irony and the Always Unfinished. In: Carrington, K. – Hogg, R. (szerk.) Critical Criminology. Issues Debates, Challenges, Cullompton, Willan, 2002.

YOUNG Jock: The Drugtakers, Paladin, London, 1971.

ZUCKERMAN Marvin: Behavioral Expressions and Biological Bases of Sensation Seeking, Cambridge University Press, New York, 1994.

Közösségi szakirodalom

Az EU Bizottság közleménye a Tanács és az Európai Parlament részére az EU kábítószerekkel kapcsolatos stratégiájának és cselekvési tervének (2000–2004) végső értékeléséről, COM/2004/0707 végleges, 2004/10/22.

Az Európai Unió Tanácsa: Az EU drogstratégiája (2005–2012), 15074/04, CORDROGUE 77, SAN 187, ENFOPOL 178, RELEX 564, 2004/11/22.

Az Európai Unió Tanácsa: EU Drugs Action Plan (2005–2008), 2005/c168/01, 2005/08/07.

Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on the Mid-term Evaluation of the EU Action Plan on Drugs (2000–2004) COM/2002/0599 final, 2002/11/04.

Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the European Union action plan to combat drugs (2000–2004) COM/99/0239 final, 1999/05/26.

CPT: 16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006, Strasbourg, 16 October 2006, forrás: <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-16.htm> [letöltve: 2011-05-09]

CPT: The CPT Standards –"Substantive" Sections of the CPT's General Reports, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2006.

EMCDDA: Kábítószer-probléma Európában. Éves jelentés 2008, 36–37. o.

EMCDDA: Kábítószer-probléma Európában: Éves jelentés 2009, 2009.

EURÓPA TANÁCS MINISZTERI BIZOTTSÁGA: Recommendation Rec (2006) 2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules.

WHO: The methadone fix, <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/3/08-010308/en/> [letöltve: 2011-05-09]

Fiáth Titanilla: Addiktológiai problémák kezelése a börtönben – terápiás lehetőségek

T. Zoltán, aki előzetes letartóztatása óta két-háromheti rendszerességgel iratkozik fel „*pszichológusi meghallgatásokra*” – elsősorban a hozzátartozói egészségi állapota miatti fokozott aggodalommal és egyéb szorongásos panaszokkal kapcsolatban kér segítséget –, zaklatottan érkezik az irodámba. Telefonon közölték vele a hírt, hogy szívbeteg édesapja hajnalban elhalálozott. Láthatóan megviselték a hallottak, sír, és megkér, hogy kísérjem el az orvosi rendelőbe, illetve javaslom, hogy a következő hetekben nyugtatót kaphasson. A tragédiát tetézi, hogy néhány hónappal később, röviddel az előírt gyógyszeres kezelés lejárta előtt, a nővére és annak kislánya ugyancsak elhaláloznak H1N1 vírusfertőzés következtében. A farmakoterápia mellett heti rendszerességgel fogadom a gyászreakciókat célzó szupportív terápiás üléseken is – bár egyre inkább feltűnik, hogy az elhunyt hozzátartozókról alig esik szó. Hogy mennyire rosszul határoztam meg a terápiás célt és a problémát, akkor derül ki, amikor Zoltán édesapja nagy meglepetésünkre megjelenik az egyik látogatófogadáson (amelyen, mivel a „halálát” követően törölték az engedélyezett kapcsolattartók közül, természetesen nem vehet részt).

A kábítószer-használatot kezelő más ellátás csoport az elmúlt hónapokban egyre dinamikusabbá és jobb hangulatúvá vált. Drámajátékkal kezdünk, majd a későbbi hozzászólásokhoz – a látottakhoz kapcsolódó megjegyzésekhez, kritikákhoz – ugyancsak kitalálunk egy-egy újabb helyzetet a csoporttal, amelyet azok adnak elő, akik az ötleteket felvetették. H. Miklós és társai éppen a drogtörvénnyel kapcsolatos javaslatokon gondolkoznak, azt terjesztenék elő az „államtitkár irodájában”, a színpadon, amikor egy új csoporttag közli, hogy ő nem hajlandó részt venni efféle gyerekes hülyeségekben, hiszen az egész merő bohóckodás. Miklós, aki jelentős tekintéllyel bíró elítélt, fenyegetően ugrik hozzá: „*Engem nézel papagájnak? Kit nevezel bohócnak, te köcsög?*” Kis híján verekedéssé fajul az incidens. Sikerül lecsillapítanom az indulatokat, de ahhoz minden további igyekezetem kevés, hogy bárkinek kedve legyen színpadra állni a következő foglalkozások alkalmával.

A „feltámadt apa” esete és a csoporton elszabaduló indulatok két kiragadott példa csupán abból a rendkívül sokrétű problémahalmazból, amellyel a droghasználatot börtönkörülmények között kezelni próbáló személyzetnek szembe kell néznie. Az alábbi, elsősorban a keresletcsökkentésre fókuszáló írásban arra keresem a választ, hogy átalakíthatók-e a civilben börtönfalakon kívül – sikeresen alkalmazott terápiás technikák a zárt intézeti körülmények követelményeinek megfelelően, illetve milyen új módszereket volna érdemes kidolgoznunk annak érdekében, hogy eredményesebbé tegyük a szerhasználó fogvatartottakkal végzett segítő tevékenységet.

Droghasználók a börtönben:

a populáció jellegzetességei a kezelési lehetőségek szempontjából

Annak ellenére, hogy a drogfogyasztó fogvatartotti populáció nagyságának megállapítása komoly módszertani kihívás elé állítja a kutatókat, az egyes országok óvatos becslésekkel igyekeznek meghatározni a börtönbe kerülő szerhasználók arányát. Egy, a '90-es években 22 amerikai nagyvárost érintő vizsgálatban a letartóztatottak 60%-ának vizelettesztje jelzett előzetes drogfogyasztást (LEUKEFELD, TIMS, 1993). Az Egyesült Államokban a vonatkozó kutatások szisztematikus áttekintése a drogérített fogvatartottak számát 22% és 60% között határozta meg (GILLESPIE, 2005). Nagy-Britanniában a fogvatartottak körülbelül fele tekinthető drogfüggőnek (NEALE és mtsai., 2005). A 2000 és 2007 között az EMCDDA számára készült országjelentésekben szereplő kutatások adatai szerint az Európai Unió országaiban átlagosan a fogvatartotti populáció több mint fele fogyasztott már a letartóztatást megelőzően valamilyen illegális drogot (PAKSI, ARNOLD, 2009). Noha sokszor nem egyértelmű, hogy az *alkalmi fogyasztás* vagy elsősorban a pszichiátriai kritériumrendszer alkalmazásával diagnosztizálható *drogdependencia* előfordulásának gyakoriságát próbálták-e megbecsülni a kutatók, az adatokból világosan kiolvasható, hogy a Nyugat-Európában és Amerikában fogva tartott személyek csaknem fele kapcsolatba került már tiltott kábítószerrel, és az arányuk növekvő tendenciát mutat. A börtönpopuláció drogérítetttsége a bekerülést megelőzően jelentősen meghaladja a társadalomban általánosan jellemző érintettséget, azaz a büntetés-végrehajtási intézetekben jóval nagyobb arányban vannak jelen szerhasználók, mint az általános népességben. Esetükben nem egyszerűen a kábítószerekkel való kapcsolatba kerülés kockázata nagyobb, hanem a folyamatos fogyasztás aránya is (PAKSI, ARNOLD, 2010).

PAKSI Borbála és munkatársai 2008-as reprezentatív börtönvizsgálatainak eredményei (PAKSI, ARNOLD, 2010) szerint a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben jogerősen fogva tartott populáció 43,8%-a próbált már ki valamilyen tiltott drogot a bekerülése előtt. Minden ötödik-hatodik személy életében előfordult olyan periódus, amikor legalább heti rendszerességgel élt valamilyen illegális szerrel. A legnépszerűbbek a marihuána, a hasis, az ecstasy, az amfetamin, a kokain, az LSD és a ketamin (ebből a szempontból a hazai minta különbözik például a nagy-britanniaitól, ahol a heroin és egyéb opiátok a legkedveltebbek). A fogvatartottak 14,3%-a, a bekerülés előtt valaha drogot fogyasztók nagyjából egyharmada, a rendszeres használóknak pedig körülbelül a fele állítja, hogy használt tiltott drogot a fogva tartási időszak alatt is (a civil fogyasztás mintázatához hasonlóan többségük a marihuánát, az ecstasyt és az amfetamint nevezte meg). A börtön legkedveltebb, egyben a legtöbb visszaélésre okot adó, nyugtató hatású gyógyszerének, a Rivotrilnak a használatát minden tizedik elítélt ismerte be.

A számadatok vázlatos ismertetését egy, elsősorban a *terápiás lehetőségekre* koncentrááló tanulmányban a *reális célkitűzések* meghatározásának szempontjából tartottam fontosnak. PAKSI Borbálának eredményeit és a hazai börtönpopuláció nagyságát figyelembe véve Magyarországon legalább 7–8000 drogérített személyt tartanak fogva. Az egyes intézetekben átlagosan 20–30 fővel működő – a továbbiakban részletesen ismertetett – drogprevenciós körletektől, a hat hónapos „drogelterelés” foglalkozásoktól, illetve az egyéni, pszichoterápiás jellegű esetvezetésektől aligha remélhetjük, hogy *valamennyi*, a droghasználat szempontjából veszélyeztetett személyt képesek legyenek elérni és kezelésbe vonni. Mindezzel csupán jelezni kívántam, hogy annak érdekében, hogy a keresletcsökkentést célzó treatment programok az érintettek nagyobb hányada számára reális alternatívát jelenthessenek, civil szakmai szervezetek bevonása éppúgy szükségessé válik majd, mint a bv. személyzet továbbképzése (például a nevelők fontosabb terápiás módszereket érintő, illetve addiktológiai ismereteinek bővítése annak érdekében, hogy a nevelési csoportjaikban önálló foglalkozásokat tarthassanak).

A börtönökben fogva tartott szerhasználók számos szociológiai mutató és személyiségvonás, valamint a személyiség alakulását és működését érintő dimenzió mentén különböznek a civil droghasználóktól, illetve a kábítószerrel nem élő fogvatartott társaiktól is. Egy kanadai vizsgálatban (BROCHU, 1999, idézi NEALE és mtsai., 2005) a közösségi rehabilitációs programokat igénybe vevő kábítószeresek jellegzetességeit hasonlították össze bebörtönzött drogfüggőkével. A fogvatartottak a civil drogdependensekhez képest fiatalabbak voltak – korábban kezdték a szerfogyasztást, fiatalabb életkorban váltak függővé –; gyakrabban kerültek összeütközésbe a törvénnyel; alacsonyabb iskolai végzettséggel, kevésbé stabil munkakörülményekkel és alacsonyabb jövedelemmel rendelkeztek; kevésbé integrálódtak a társadalomba, rosszabb szociális alkalmazkodás és az antiszociális viselkedés nagyobb aránya jellemezte őket. MCINTOSH és SAVILLE (2006) skóciai kutatása a drogérített fogvatartottakat a kábítószer nem használó *elitéltekkel* hasonlította össze. A drogfogyasztók körében gyakoribbak voltak a lakhatási és állásproblémák; konfliktusokkal terhelt gyerekkorról, több pszichiátriai betegségről, nagyobb emocionális érzékenységről, sebezhetőségről és a támogatás iránti intenzívebb igényről számoltak be. A Váltó-sáv Alapítvány munkatársainak a Budapesti Fegyház és Börtönben végzett vizsgálata (CSÁKI és mtsai., 2010) hasonló eredményekkel zárult: a szerhasználó fogvatartottak szociálisan hátrányos helyzetűek; droghasználatuk kezdete igen korai élet évekre tehető; esetükben gyakori a politoxikomán – többféle kémiai anyagot érintő – fogyasztás. Igénylik a támogatást és a segítséget, ugyanakkor gyenge önérvényesítő képességeik és elégtelen társas kompetenciáik nem teszik lehetővé, hogy – az amúgy is szűkösen rendelkezésükre álló – forrásokat hatékonyan kutassák fel és vegyék igénybe.

A szerhasználók jellegzetességeit – a számarányokhoz hasonlóan – nem hagyhatjuk figyelmen kívül a célkitűzések meghatározásakor, illetve a terápiás módszerek kiválasztásakor. Az iskolázottsággal,

foglalkoztatottsággal, lakás- és egyéb életkörülményekkel kapcsolatos „kemény” mutatók arra hívják fel a figyelmet, hogy a droghasználó fogvatartottak problémáinak jelentős részét képtelenség a büntetés-végrehajtás keretein belül, pusztán az attitűdök és a viselkedés megváltoztatását célzó programokkal orvosolni. A korábban már említett civil szervezetek, szociális munkások, pártfogók bevonásán túl a hosszabb távú siker feltétele a *szabadulást követő* utógondozás és segítségnyújtás is. Mindez összecseng a börtönbeli droghasználat magyarázatára kidolgozott, integratív modellel is (GILLESPIE, 2005). A szerző a börtönbeli kábítószer-fogyasztást leginkább a kipróbálás–abúzus–dependencia kontinuum segítségével véli értelmezhetőnek. Ha a szerhasználatot mint folyamatot az *életút egészének kontextusában* vizsgáljuk, nyilvánvalóvá válik, hogy a börtönfalakon belüli használat az esetek nagyobb hányadában a bekerülést megelőző, illetve a szabadulás után folytatódó drogfogyasztást tükrözi. A zárt intézet egyszerűen egy, a korábitól eltérő kontextus, ahol a fogvatartottnak erőteljesebben kell monitoroznia vagy kontrollálnia a fogyasztását. A GILLESPIE-modell érvényességét támasztják részben alá azok az eredmények is, amelyek szerint a random módon bevetett, rendszeres vizeletesztek alkalmazása ellenére is akadt egy „makacs fogyasztói réteg”, akik a negatív következmények ellenére sem mondtak le az illegális drogról (PRENDERGAST és mtsai., 2004). Amennyiben elfogadjuk, hogy a börtönbeli szerhasználat a teljes életút felől nézve interpretálható – azaz nem egyszerűen a börtön mint deprivációkkal terhelt, totális intézet által kitermelt deviancia –, újra kell gondolnunk a beavatkozás támadáspontjait is. Mivel a fogva tartás ideje a „drogoskarrier” egyik állomása csupán, az utánkövetés és a kezelés kiterjesztése elengedhetetlen akkor, amikor a célkitűzéseink sem egyszerűen a zárt intézetek világát – „Drogmentes börtönt!” –, hanem a társadalom civil terét is érintik (vagyis a bűnelkövető a szabadulása után is gyakoroljon kontrollt a szenvedélybetegsége felett).

A *társult pszichés zavarok* kérdésköre a következő lényeges szempont a hatékony terápiás programok kidolgozásakor. Drogfogyasztók esetében fontos elkülönítenünk, hogy melyek azok a tünetek, amelyek a *megvonás* következtében álltak elő (pl. átmeneti ingerlékenység és depresszió a börtönbe kerülést követően); melyek azok, amelyek az *aktív szerhasználat* következményei (pl. felfokozott agresszivitás és dühroham nagy mennyiségű Rivotril beszedésének eredményeképpen), illetve mik azok a jellegzetességek, amelyek a szerhasználatról viszonylag függetlennek tekinthetők (noha ezekkel a drogfogyasztás kölcsönhatásba léphet, mint pl. annak a fogvatartottnak az esetében, aki képtelen volt megbirkózni az édesanyja elvesztésével, és a negatív hangulat javítása érdekében napi rendszerességgel fogyasztott kokaint – a letartóztatását követően nem csupán a késleltetett gyász tünetei jelentek meg: a depresszióját súlyosbította a droghasználat, az „*elvesztegetett évek*” és a „*tönkretett élet*” miatti önvád is). A társult zavarok figyelembe vétele azért különösen fontos, mert a szerfüggőség és valamilyen mentális betegség együttes fennállásakor mindkét zavar sokkal súlyosabb, tartósabb, és jobban ellenáll a terápiának, mint a „tisztá” diagnózisokkal rendelkező páciensek esetében (KESSLER, idézi GEREVICH és mtsai., 2009).

A droghasználó fogvatartottak személyiségének jellegzetességeiről szóló, korábban már említett vizsgálati eredményeket a saját kérdőíves kutatásaim is alátámasztják. A Baracscai Országos Bv. Intézet drogprevenációs körletén elhelyezettek a kábítószer nem használó elítéltekhez képest hajlamosabbak voltak szorongásra, depresszióra és egyéb pszichés megbetegedésekre. Esetükben gyakoribb volt a gyermekkori hiperaktivitás és figyelemzavar is (ami lényegesen befolyásolta az iskolai előmenetelüket, hiszen a figyelmetlenség, az impulzivitás és a mozgékonyág „rosszaságként” való címkézése szorosan együtt járt a tanulmányaik félbeszakításával, az iskolából való korai kimaradással, valamint a kábítószeres önmedikalizációs használatával). A megküzdési képességeket mérő Pszichológiai Immunrendszer kérdőív megerősítette CSÁKI és mtsai. (2010) állításait arról, hogy a droghasználó fogvatartottak elítéltsaiknál gyengébb társas kompetenciával rendelkeznek. Az életüket kevésbé tartják értelmesnek, jelentéstelnek. Az önértékelésük alacsonyabb, az énképük sok esetben erősen negatív színezetű. Többnyire pesszimisták: nem hisznek abban, hogy képesek kézben tartani és irányítani életük eseményeit. Rugalmatlanok: a környezet változó kihívásaira ritkán képesek adekvát módon reagálni. Problémáik adódnak az önirányítással: érzelmi és indulati kontrolljuk elégtelen. Mindezzel szoros összefüggésben kevésbé kitartóak: egyfelől nem is bíznak abban, hogy képesek befolyásolni a helyzetüket, másfelől pedig minden apróbb kudarcélmény megerősíti őket a negatív vélekedéseikben – „*Gyenge vagyok, nekem ez úgysem sikerülhet!*” –, ami miatt hamarabb fel is adják a küzdelmet.

A hatékony beavatkozás tervezésekor nem tekinthetünk el attól sem, hogy a börtönökben fogva tartottak kb. 60–70%-a teljesíti az antiszociális személyiségzavar kritériumait (SIMS, 2005). A pszichiátriai diagnózisalkotás során használt DSM–IV–TR (Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve) az antiszociális személyiségzavart mint az élmény és a viselkedés tartós, rugalmatlan, a személyes és szociális helyzeteket széles körben átható mintázatát az alábbi kritériumok mentén határozza meg:

15 éves kortól megnyilvánuló általános sajátosság, mások jogainak semmibe vételére és megsértésére, azaz három vagy több az alábbiakból:

1. képtelen a törvények betartásával a szociális normákhoz alkalmazkodni, így ismételtelen olyan cselekményeket követ el, amelyekért letartóztatják;
2. csalási hajlam; ismétlődő hazudozással, álnevek használatával, személyes előny vagy öröm érdekében mások becsapása;
3. impulzivitás vagy a tervezés, előrelátás hiánya;
4. ismétlődő verekedést, támadást eredményező ingerlékenység és agresszivitás;
5. a saját vagy mások biztonságának vakmerő semmibe vétele;

6. ismétlődő hibákhoz vezető makacs felelőtlenség, ami a folyamatos munkavégzés vagy a pénzügyi kötelezettségek megszegésével jár;

7. a lelkiismeret-furdalás hiánya, emiatt indifferens vagy jogos számára mások bántalmazása, becsapása vagy meglopása.

A szerhasználat és az antiszociális személyiségzavar, illetve bűnözés kapcsolatáról számos, egymásnak időnként ellentmondó teória látott napvilágot (vö. GILLESPIE, 2005). Egyes vélekedések szerint a drogfogyasztás az antiszociális személyiség jellegzetességeiből – a rövid távú célok előnyben részesítéséből, a késleltetésre való képtelenségből, a meggondolatlanságból, vakmerőségből, a jutalmakra fordított, szelektív figyelemből és a káros következmények semmibe vételéből – szinte természetesen következik. Mások szerint inkább a függőség kialakulása vezet bűncselekmények elkövetéséhez (a korai szerhasználat pedig antiszociális személyiség kialakulásához). GILLESPIE kiemeli ugyanakkor, hogy a drogfogyasztás nem egyszerűen előidéz, sokkal inkább intenzifikálja és tartóssá teszi a bűnözői életformát. Valószínűleg a legcélszerűbb a szerfüggőség és a bűnelkövetés, illetve a személyiség antiszociális strukturálódása között kölcsönös egymásra hatást, illetve a párhuzamokat figyelembe véve *közös eredetet* feltételeznünk. („Párhuzamok” alatt az alábbi egyezésekre gondolok: a *biológiai alapok* hasonlósága – a jutalmazó rendszer csökkent működése, illetve a hiperaktivitás, figyelemzavar, impulzivitás és a gyermekkori magatartászavarok idegrendszeri háttere –; hasonló *pszichológiai jellemzők* – extraverzió, fokozott élménykeresés, gyenge coping stratégiák, az érzelemfókuszú megküzdés, illetve az „érzelemkiürítés”, a negatív emócióktól való azonnali szabadulás mint inadekvát technikák használata, impulzivitás, gyenge kontrollfunkciók, alacsony önbecsülés, negatív énkép –; azonos *személyiségfejlődési és szocializációs előzmények* – elégtelen kötődés, gyenge családi és társas/társadalmi kapcsolatok, traumatizáció, alacsony színvonalú szociális készségek).

Összefoglalva a társult pszichés zavarokról mondottakat: a börtönökben hatékony beavatkozások kidolgozásakor az egyéb kontextusokban sikeresen működő programok módosításokra szorulnak. A fogvatartotti populáció esetében figyelembe kell vennünk és kezelnünk kell a fokozott pszichés sérülékenységet, a gyenge megküzdőkapacitást és az antiszociális személyiségzavart is.

A börtön mint terápiás tér

„*Ha nem bukok be, már rég halott vagyok!*”; „*Anyámék hívták rám a rendőröket. Fél évig nem beszéltem velük, aztán megértettem, hogy nem szemétségből dobtak fel. Nekik még az is jobb, ha a sítten vagyok, csak maradjak életben*” – az idézetek a Budapesti Fegyház és Börtön drogprevenációs körletén elhelyezett állításai. Gondolatainkban kiválóan tükröződik az az ösztársadalmi vélekedés és igény, amely szerint a bv. intézet biztosítja – és biztosítania is kell! – a drogmentes környezetet. A

függőség által felülírt önkontrollfunkciók szerepét és az egyéni felelősséget a naiv elmélet értelmében a falak között zajló tevékenységeket maximálisan ellenőrző intézet veszi át. A „drogmentes börtön” illúzióját remélhetőleg már a PAKSI Borbála vezette kutatásból származó szerhasználati adatokkal sikerült eloszlatnom. A terápiás lehetőségek szempontjából felmerülő kérdés tehát nem az, hogy képes-e megteremteni a büntetés-végrehajtás az intézetek teljes terét felölelő „tisztaságot” – nem képes –, hanem hogy kialakíthatóak-e speciális, a terápia céljait jobban szolgáló körletrészek – ún. *drug free unit*ok – az intézetben, illetve hogy a drogmentes rezsimeken kívüli „veszélyzónákban” élők milyen terápiás technikákkal közelíthetők meg.

Mivel a drogprevenációs körletrészeknek – ahol a fogvatartottak a többi elítélttől elkülönítve töltik a büntetésüket, illetve ahol a szermentességet rendszeres vizeletteszt-ellenőrzéssel biztosítják – tanulmányomban külön fejezetet szentelek, az alábbiakban a börtön egészét mint az egyes, egyéni vagy csoportos terápiákat felölelő teret vizsgálom. MCINTOSH és SAVILLE (2006) skóciai börtönkutatásai rámutattak, hogy a drogprevenációs programok sikeréért leginkább felelős tényezők a börtönkörnyezet, a személyzetnek a droggal és a használókkal kapcsolatos attitűdjei, illetve a felügyelők és az elítéltek közötti viszony. Azokban a „szigorú intézetekben”, amelyekben a kínálatcsökkentést, azaz a biztonságos környezet kialakítását tűzték ki elsődleges célként, a terápiás eredmények fenntartása meglehetősen csekély volt (az elítéltek a jóval szabadabb, számos lehetőséget biztosító terápiás téréből rendszerint visszatértek a túlkontrollált, az egyéni felelősséget a minimumra szorító klasszikus börtönkörnyezetbe – a civilek által tartott programok helyszínéről a saját zárkáikba –, ahol az ott kialakított szabály- és normarendszerek szerint folytatták tovább a mindennapi életüket).

MCINTOSHék vizsgálatai alapján felmerül a kérdés, hogy érdemes-e bármilyen programmal próbálkozni a mind a droghasználat, mind az agresszív fogvatartotti szubkultúrák befolyása szempontjából kevésbé „fertőzött” drogprevenációs rezsimeken kívül, az ún. normál körleteken elhelyezettekénél. Saját tapasztalataim alapján egyértelmű igennel válaszolhatok. A drogprevenációs körlet azáltal, hogy részben valóra váltja a társadalmi illúziókat a börtön drogmentességével kapcsolatban, lényegében egy mesterséges világot hoz létre. Úgy is fogalmazhatunk, hogy az előnyei egyben a hátrányait is magukban foglalják. Kérdéses ugyanis, hogy a börtönfalakon túl működőképesek maradnak-e a prevenációs körleten bevált stratégiák. Vajon létrejön-e a transzfer a civil élet és a prevenációs zárkák világa között akkor, amikor a védett környezetben a fogvatartott önszabályozását az azonnali, igen szigorú büntetés kilátásba helyezése helyettesíti (akinek pozitív a vizelettesztje, kikerül az egyébként számos előnyt biztosító rezsimből)? Magyarán: a civil élet „kísértései”, az ott sokszor elemi erővel tapasztalható sóvárgás a drogprevenációs körlettel szemben a normál börtönkörleteken jelenik meg – ebből a szempontból tehát a normál körletrészek a börtönön kívüli életterek pontosabb modellkörnyezetét nyújtják.

A fentiekből következik, hogy a drogprevenációs csoportfoglalkozásokon kevésbé nyílik lehetőség az „itt és mostban” jelentkező, a sóvárgással vagy a szerhasználattal összefüggő problémák kezelésére. Mivel a drog közelsége miatti heves vágyakozás, a drogkereső viselkedésformák, a visszaesés, a bűntudat, a „tiszta maradás” újbóli elhatározása kevésbé jellemzőek, a programvezető vagy a terapeuta elsősorban retrospektív beszámolókra, illetve jövőbeli, hipotetikus helyzetekre építhet az ülések során. (Ahelyett tehát, hogy aktuális problémákat dolgoznának fel, és a páciens a jelenben tapasztalhatná meg a konzulense által javasolt megküzdési stratégiák működőképességét, vagy a múlttal, vagy egy olyan, elképzelt jövővel foglalkoznak, ahol a segítő személy már nem lesz elérhető.) A normál börtönkörlet ezzel szemben számos olyan konfliktussal szembesít, amellyel a szabadulás után is találkozhat az elítélt (pl.: Mi a teendő fokozott érzelmi igénybevétel, unalom vagy bármilyen stresszhelyzet esetén, ha a drog mint azonnali örömforrás elérhető? Hogyan küzdhetünk meg a kábítószer-élvező társaktól származó nyomással, ha tiszták szeretnénk maradni? Hogy értelmezzük és értékeljük a visszaesést egy hosszabb ideig tartó szermentes periódust követően?).

A fentiekből – és jelen kötet korábbi tanulmányai alapján – látható, hogy a börtönkörnyezet az addiktológiai munka speciális terepe. Bizonyos körülmények között elvileg biztosítja a személyiség újjáépítésének, új viselkedésformák kialakításának védett terét: egy drogoktól mentes környezetet (drogprevenációs zárkák). Noha a drogprevenációs részlegektől eltérően a normál rezsimek részben képesek modellálni a civil társadalmi környezetet, a börtönfalakon kívül működő rehabilitációs és egyéb, terápiás programokhoz képest rengeteg hiányossággal is számolnunk kell. Az addiktológia szakirodalmában közhely, hogy a drogfüggő kezelése a detoxikációnál, illetve a problémaviselkedés – a szerhasználat – feladásánál nem ér véget (BODROGI, 2005). A kezelés második fázisa a visszaesés megelőzését célozza (ide sorolható a drogfogyasztás szempontjából magas kockázatú helyzetek felismerése és kezelése; az alternatív életstílus(ok) kialakítása; az örömteli tevékenységek felfedezése; a sikeres életvitelhez nélkülözhetetlen készségek megtanulása és így tovább). A büntetés-végrehajtási intézetek ebből a szempontból a „kinti társadalom” meglehetősen szegényes másai. Amíg a civil droghasználó a kísértés mellett a „tiszta élet” megvalósításának számos lehetőségével is találkozhat annak érdekében, hogy a kezelés második fázisában előtérbe kerülő alternatív életstílust kidolgozza, addig a bv. intézetek kapacitása erre definíció szerint is korlátozott (a „szabadságvesztés” büntetés töltése közben szinte alig nyílik lehetőség az egyéni felelősségvállalásra, döntéshozatalra, újfajta szabadidős programok kipróbálására stb.). Az alternatívák felsorakoztatása így sok esetben hipotetikus marad. „Nem fogok szívni többé. Most azt tervezem, hogy egzotikus országokba utazom inkább: Indiába, Egyiptomba” – állítja az egyik páciensem, miközben nincs alkalmunk arra, hogy az interneten utánanézzünk, vajon reálisak-e a tervei, mennyibe kerül egy repülőjegy, vagy hogyan kell szállást foglalni. Hasonlóképpen: ajánlhatunk a drogprevenációs programokon mozilátogatást, színházba járást, vagy beszélgethetünk arról, hogy lehetséges-e stimuláns drogok használata nélkül reggelig táncolni egy technópartin, ha a „valóságvizsgálatra” csak a program végeztével, a börtönfalakon kívül kerül sor

(ahol könnyen elképzelhető, hogy kisebb kudarcok hatására érvénytelenné válnak az egyébként védhető, korábban elhangzott állítások). Mindezzel arra kívánok utalni, hogy a civilben működő segítő központokkal és rehabilitációs házakkal ellentétben a börtönben az alternatív életstílus megvalósítására némiképp eltérő eszközökkel kell felkészíteni a klienseket.

A motiváció és a motivációs interjú

Barbara SIMS, a fogva tartott kábítószer-élvezők számára kidolgozott terápiás programokról összeállított kötet szerkesztője (SIMS, 2005) szerint a megfelelő kezelés kiválasztásának/kidolgozásának első lépcsőfoka annak felmérése, hogy mekkora a kliens *változás iránti elkötelezettsége*. A motiváció feltérképezése – az arról való tudásunk, hogy lát-e, és ha igen, miben lát problémát a szerhasználó, illetve hogy hajlandó-e változtatni, és hogyan értékeli a változásra való képességét – elengedhetetlen akkor, amikor eldöntjük, melyik terápiás technika illeszkedne leginkább a páciens igényeihez és lehetőségeihez.

A fogvatartott-populáció vizsgálatokor nem egyszerűen a változás szándékának hiányát, a „motivátlanságot” említik problémaként a kutatók (SHEARER, 2005). Az esetek többségében nehéz eldönteni, hogy kényszerű együttműködésről vagy belsővé vált, internalizált értékek követéséről, a jól felfogott érdekek miatti konformitásról vagy „valódi önkéntességről”, röviden: külső vagy belső motivációról beszélhetünk-e a fogvatartottak különféle drogprevenciós programokon való részvétele kapcsán. Köztudott, hogy a különböző foglalkozásokon való részvétel számos előnyhöz juttatja a fogvatartottakat: a drogprevenciós körleteken – intézetektől függően – jobb színvonalúak az elhelyezés körülményei; pluszcsomagot kaphatnak a résztvevők, és többször nyílik lehetőségük látogatófogadásra is. A hat hónapos „drogelterelés-programot” választók elkerülhetik a pénzbüntetést, a közmunkát vagy a börtönbüntetést is akár, amit a drogfogyasztás miatt szabhatna ki rájuk a bíróság. A civil szervezetek foglalkozásaira jelentkezők élvezik, hogy nem a börtön személyzetéhez tartozó segítőkkel beszélgethetnek, illetve hogy legalább rövid időre kiszakadhatnak a börtön nyomasztó, olykor unalmas, olykor fenyegető világából. Az egyéb előnyöket szem előtt tartó fogvatartottak könnyen megtanulják a csoportfoglalkozások íratlan szabályaihoz való alkalmazkodást: érdeklődők, együttműködők, aktívak lehetnek anélkül, hogy valóban elköteleződnenek a drogfogyasztási szokásaik megváltoztatása mellett. Mindezzel kapcsolatban találónak érzem DICLEMENTE megállapítását: *„Különbséget kell tennünk a kezelésen való részvétel iránti motiváció és a viselkedés megváltoztatására irányuló belső motiváció között”* (DICLEMENTE, 1999, idézi SHEARER, 2005).

SATEL (2000, idézi SHEARER, 2005) más nézőpontból közelített a motiváció problémájához. Vizsgálatai bizonyítékokat szolgáltatottak az olyan programokon való részvétel hasznossága mellett is, amelyek esetében kérdéses volt a fogvatartottak „önkéntessége”: „Az eredményességhez nincs

szükség arra, hogy a drogfüggők már a kezelés kezdetén belsőleg motiváltak legyenek.” DELEON (1994, idézi SHEARER, 2005) hasonlóképpen arra a következtetésre jutott, hogy a szerhasználói magatartás megváltoztatásának első állomásán többnyire a terápiás közösség vagy csoport szabályaihoz való konform alkalmazkodással találkozunk (ekkor a szabályokat pusztán a negatív következmények elkerülése érdekében tartják be a résztvevők, pl. a drogprevenciós csoport tagja amiatt utasítja vissza a felkínált Rivotril tablettát, hogy ne bukjon meg a vizeletteszten, és ne kerüljön vissza a normál körletre). A következő lépcsőfok, amikor a csoporttagok mások rosszállásának elkerülése érdekében változtatnak a viselkedésükön (pl. a „drogelterelés-program” harmadik ülésén már nem azért együttműködőbb a fogvatartott, mert tart a tiszteletlen magatartás miatti fegyelmi laptól, hanem mert azt tapasztalja, hogy a régebbi csoporttagok képesek jó hangulatú vagy őszinte beszélgetést folytatni a csoportvezetővel. A tőlük érkező elutasítás elkerülése érdekében maga is aktívabb lesz, illetve a nyílt ellenállás kifejeződése ritkábban jelenik meg). A harmadik szakaszban fejlődhet ki a destruktív viselkedés megváltoztatásának szándéka és az új magatartásformák megtanulása és alkalmazása iránti őszinte elköteleződés.

A fentiekből világossá válhatott, hogy a korábban szitokszónak számító „konformitásra” vagy „külső motivációra” érdemes a terápiás folyamat során kiaknázható lehetőségekként, erőforrásokként tekintenünk. Mindezzel összecseng PROCHASKA és DICLEMENTE viselkedésváltozással kapcsolatos, „transzteoretikus modellje” (PROCHASKA és mtsai., 2009). Vizsgálataik szerint minden változás egymást követő szakaszokra bontható, ciklikus folyamat. Az addiktív viselkedés és a segítségkérés öt fázisa a következő:

1. **Prekontemplatív fázis:** a fontolgtás előtti szakasz. A személy nem érzékeli, hogy az addiktív viselkedés problémát jelentene számára.
2. **Kontemplatív fázis:** a fontolgtás időszaka. A személyben felmerül a változás gondolata, de egyelőre ambivalens ezzel kapcsolatban. Még nem képes elköteleződni a változás mellett.
3. **Preparációs fázis:** a felkészülés ideje. A személy egyre többet gondolkozik a lehetséges megoldásokon. Jövőorientálttá válik, végül megszületik a döntés: előkészületeket tesz a változás érdekében.
4. **Demonstratív fázis:** a cselekvés időszaka. A változás megjelenik (pl. a személy abbahagyja a droghasználatot). A cselekvés a legsűrűbb periódus, amikor a személynek leginkább szüksége van elköteleződésre, energiára – és természetesen támogatásra is.

5. **Fenntartási fázis:** az elért eredmények megszilárdítása. Az elköteleződés fenntartása továbbra is szükséges, máskülönben nehéz megőrizni a nehezen kivívott, „tiszta állapotot”. Problémát jelenthet itt a cselekvés emberpróbáló fázisának eredményességét követő önjutalmazás, amikor a jutalom éppen a megváltoztatni kívánt cselekvés (azaz a személy, aki kibírta négy hónapig Rivotril nélkül a börtönben, a születésnapját egy nagy adag nyugtatóval ünnepli meg, mondván, hogy már képes kontrollálni a szerhasználatot). Ideális esetben a személy átlép a *befejező szakaszba*, amelyet a visszaeséstől való félelem hiánya és a töretlen önbizalom jellemez. A *visszaesés* vagy *relapszus* ugyanakkor a fontolgtatás előtti vagy a kontemplatív fázisig veti vissza a személy. Ebben az esetben a ciklus újratekődik.

A PROCHASKA–DICLEMENTE-modellből következik, hogy a szenvedélybetegek kezelésének nincs határideje: a visszaesések természetes részét képezik a gyógyulás felé vezető útnak (GEREVICH, 2000). A terápia célja nem egyszerűen az absztinencia elérése – a cselekvési és fenntartási szakaszokig való eljutás –, hanem az addiktív ciklusból való teljes kilépés. A befejezés szakaszának elérése, azaz az optimális életminőség biztosítása, amikor a személynek már nincs szüksége folyamatos erőlködésre az eredmények fenntartása érdekében.

A motivációhoz visszatérve: ha nem csupán a börtönbeli szerhasználatot, hanem az életút egészét vesszük figyelembe, a drogérített fogvatartottak jelentős részének problémaérzékenysége a prekontemplatív és a kontemplatív szakaszokhoz köthető. (Azért tartom fontosnak az életút egészének szem előtt tartását, mert sokan, akik stratégiai okokból nem fogyasztanak drogot a börtönben – félnek a lebukást követő retorzióktól, vigyáznak a kedvezményükre, nem rendelkeznek jövedelemmel, és nem szeretnék a társaiknak kiszolgáltatottá válni stb. –, voltaképp egyáltalán nem tartják problémásnak a saját szerhasználatukat. Annak ellenére, hogy látszólag a „fenntartás fázisában” vannak, voltaképp „stratégiai visszavonulók”, akik sohasem próbáltak meg elgondolkozni a drogfogyasztás és a negatív életesemények – pl. a börtönbe kerülés – összefüggésin.)

Amikor a páciens a prekomplementációs fázisból a fontolgtatás felé mozdul, egyre erősebben tudatosul benne a szerhasználattal kapcsolatos ambivalenciája (PERCZEL FORINTOS, 2005). Az *ambivalencia* az a pszichés állapot, amikor az egyén együttesen fennálló, de egymással ellentétes érzéseket él át ugyanarra a dologra vonatkozóan (ami lényegében a közeledés-elkerülés konfliktusa). A *motivációs interjú* az a technika, amelynek használatával segítünk a pácienseknek problémáik felismerésében és kezelésben akkor, amikor elutasítják a változást, vagy legalábbis ambivalensek azzal kapcsolatban. URBÁN összefoglalója szerint (2009) a motivációs interjú lényege egy sajátos szemlélet: a terapeuta konfrontatív vagy tekintélyelvű stílusának mellőzése, valamint az elfogadó, a változást elsegít pozitív atmoszféra megteremtése (amikor a személynek szabadságában áll a tanácsok elfogadása vagy elutasítása, illetve a viselkedés megváltoztatása vagy fenntartása a negatív következmények ellenére is).

A motivációs interjú öt klinikai alapelve Miller és Rollnick szerint (1991, idézi URBÁN, 2009, valamint PERCZEL FORINTOS, 2005):

1. **Az empátia kifejezése és az aktív hallgatás:** a kliens elfogadása elősegíti, a „győzködés” viszont gátolja a változás iránti vágyat, ezért a reflektív hallgatás alapvető a beszélgetés során. Az empátia kifejezésének fontos eszközei a kliens mondanivalójának megisméltése, újrafogalmazása, illetve az érzések visszatükrözése, és a hallottak emocionális összetevőire való reagálás annak érdekében, hogy a páciens átélje: figyelnek rá, és megértik, amit közölni szeretne.

2. **Diszkrepancia előidézése** az aktuális, káros következményekkel járó viselkedés és a fontos életcélok között (pl. a napi rendszerességű amfetaminfogyasztáshoz való ragaszkodás ütközik a megbízható szülővé válás vágyával). Ide tartozik a következmények tudatosítása is oly módon, hogy a páciens, és ne a terapeuta érveljen a változás érdekében. Az ülés során felhasználható eszközök közé sorolható a költség/haszon elemzés a függőség előnyeiről és hátrányairól (például ezzel kapcsolatos táblázatok megrajzolása, amelyeket a pácienssel közösen készít el a konzulens).

3. **A vita és a nyílt konfrontáció kerülése**, mivel ezek inkább intenzifikálják a védekezést és a háritást. Amikor a személy úgy érzi, hogy a szabadságát valami igazságtalanul fenyegeti, felerősödhet benne a motiváció, hogy visszanyerje a személyes kontroll érzését azzal, hogy nem engedelmeskedik. Épp emiatt az erőszakos rábeszélés és vitatkozás inkább blokkolja, mintsem elősegíti a változás folyamatát.

4. **Az ellenállás** (amikor a páciens vitatkozik, félbeszakít, nyíltan szembeszegül, vagy tudomást sem vesz az általunk javasoltakról) kezelése új perspektívák megemlítésével, információnyújtással és a választási lehetőségek felkínálásával történhet. MILLER és ROLLNICK számos hasznos példát és technikát említenek a páciensek háritásainak kezelésére (idézi PERCZEL FORINTOS, 2005):

- *Egyszerű reflexió, nyugtázás:* „Úgy tűnik, Ön szerint voltaképp nem a Rivotril-szedés a probléma.”
- *Felerősített reflexió:* „Ha jól értem, az a véleménye, hogy a verekedésnek és a fegyelmi lapnak semmi köze ahhoz, hogy előző este tizenöt szem gyógyszert vett be.”
- *Kétoldalú reflexió:* „Nem szereti, ha »rivós köcsögnek« nevezik, ugyanakkor azt sem bánja, ha a felesége sírva távozik a beszélőről, mert észrevette, hogy Ön bódult állapotban érkezett.”
- *Fókuszváltás* (pl. amikor a kliens közli, hogy pontosan tudja, hogy a terapeuta azt szeretné, ha abbahagyná a káros szenvedélyét): „Pillanat, előbb szeretném megérteni, mi van a háttérben!”
- *Egyetértés a fordulattal, amikor a kliens mégsem akar változtatni:* „Miért nem az apám ül itt?” – „Igazán van, nem lehet kiragadni mindent az összefüggéseiből.”

- *A személyes kontroll és döntés hangsúlyozása:* a terapeuta utalhat arra, hogy valójában a páciens életéről van szó, neki kell döntést hoznia és változtatnia: ezt senki sem teheti meg helyette.
- *Átkeretezés:* Amikor a kliens megpróbálja például a kokainhasználat problémáját úgy beállítani, mint aki teljesen jól tolerálja a szert, nem csúszott le, „nem lett csöves”, és fölösleges aggódnunk. Ekkor a terapeuta rámutathat arra, hogy talán éppen az a baj, hogy nem működik a vészjelző rendszer, és emiatt nem árt az óvatosság.

5. Az énhatékonyság érzésének támogatása és az önbizalom erősítése. Az énhatékonyság a változás sikeres véghezvitelére vetett személyes hit. A motivációs interjú célja, hogy megerősítse a páciens önmagával kapcsolatos vélekedéseit arra vonatkozóan, hogy képes megküzdeni a nehézségekkel, és sikeres lesz a viselkedés megváltoztatásában. A terapeuta „varázserejével” összefüggő, irreális elvárások felerősítése helyett a cél inkább annak elfogadtatása, hogy a páciens *személyesen felelős* a változásért.

A motivációs interjú kezdetén főleg személyközpontú stratégiákat használunk az ambivalencia explorálásához. Gyakrabban teszünk fel nyitott kérdéseket, hogy az elfogadás és a bizalom légkörét megteremthessük. (Annak érdekében például, hogy elkerüljük a kérdés-felelet csapdát, amikor a beszélgetés rutinszerűvé és unalmassá válik, a „Mikor kezdett el drogot fogyasztani?”, „Milyen szert használt?”, „Mennyit?” típusú kérdések helyett célszerűbb nyitott kérdések formájában fogalmazni: „Szeretném megérteni, miért kezdett el kábítószerrel használni. Meséljen arról az időszakról, amikor először próbálta ki a heroint.”) A nyitott kérdésekhez soroljuk az ún. *önmotivációs állításokat kiváltó kérdéseket* is, amelyekre a változásra ösztönző válaszokkal lehet felelni. Ezeket ROLLNICK és mtsai. (2008, idézi URBÁN, 2009) a következőképpen csoportosították:

1. *A vágy megfogalmazása:* „Mit szeretne?” „Miért akar ezen változtatni?”
2. *A képességre vonatkozó kérdések:* „Ha elhatározta, hogy változtat ezen, hogyan tudná ezt megtenni?” „Mit gondol, mi az, amire képes?”
3. *Az okokkal kapcsolatos kérdések:* „Mi lenne a konkrét előnye a változtatásnak?” „Milyen veszélyeket szeretne csökkenteni vagy elkerülni?”
4. *A szükségleteket érintő kérdések:* „Mennyire fontos, hogy változtasson ezen?” „Mi mindent érintene a változás az életében?”
5. *Az elkötelezettségre vonatkozó kérdések:* „Mit gondol, mit fog tenni?” „Kik támogatnák Önt a további lépések megtételében?”
6. *A konkrét lépések megtételével összefüggő kérdések:* „Mit tesz már most, hogy elérje a változást?” „Mik a soron következő lépések és tervek?”

Az ambivalencia kialakítását, a változásra irányuló szándék és a képességekbe vetett hit erősítését, majd az ellenállás leszerelését követően a motivációs interjú befejező része a változás melletti elköteleződés megszilárdítása és konkrét lépések megbeszélése. Ebben a fázisban a *változással kapcsolatos terv* kidolgozása történik (URBÁN, 2009 alapján):

1. **Célok felállítása:** A motiváció a személyes célok és az aktuális állapot között feszülő távolság. A változáshoz világos, elfogadható és reálisan elérhető célok megfogalmazására van szükség.
2. **A lehetőségek figyelembevétele:** A célok tisztázását követően a módszerek mérlegelése szükséges. Ebben a fázisban különböző eljárások és technikák széles körét ajánlhatjuk fel, amelyekből a kliens választ.
3. **A terv megvalósítása:** Akár írásban rögzített terv készítése, amely tartalmazza, hogy a kliens miért szeretne változtatni, mik a céljai, milyen lépéseket kell megtennie, milyen sorrendben, milyen következményeket vár el, kik támogathatják, milyen pozitív eredményekhez vezet majd a cselekvés, és hogyan birkózik meg az esetlegesen előálló negatív következményekkel (pl. a drogról való leszokást követően az unalommal, a negatív hangulattal vagy akár azzal, hogy a régi barátai elfordulnak tőle). A terv elkészültekor fontos rákérdeznünk, hogy valóban ezek volnának-e azok a lépések és célok, amelyeket a kliens teljesíteni és elérni szeretne (az „igen” kimondásával lényegében az elköteleződést erősítjük meg). A jövőre vonatkozó szándékok határozott, nyílt kifejezése azok közé a nyelvi kódok közé tartozik, amelyet B. ERDŐS Márta és mtsai. (2006) a rehabilitációs programot *sikeresen befejezők* záróbeszédeiben azonosítottak. Velük ellentétben a visszaesőkre a jövődimenzió szinte teljes negligálása volt jellemző.

Ami működik: terápiás közösségek és kognitív viselkedésterápia

Az előző fejezetben ismertetett motivációs interjú nem egyszerűen a rapport kiépítését és a kliens változtatási szándékának erősítését szolgáló technika. Sokkal inkább egy olyan átfogó, személyközpontú szemlélet, amely az – akár egyéni, akár csoportos formában végzett – kezelés folyamatának *egészét* áthatja és meghatározza. A terápia bármely szakaszában fontos szem előtt tartanunk, hogy a függőségből való felépülés ritkán *lineáris folyamat* (PROCHASKA és mtsai., 2009). A szerhasználók többnyire inkább ingadoznak a fontolgatás, a felkészülés és a cselekvés között – ezzel párhuzamosan pedig változik annak mértéke is, hogy mennyire látják problémásnak a drogfogyasztást és az ahhoz kötődő életmódjukat.

A motivációs interjú kliensközpontúságának – mint átfogó, az egyes programokat keretező szemléletnek – a hangsúlyozása mellett a továbbiakban azokat a börtönökben végzett, a szerhasználattal kapcsolatos konkrét terápiás programokat ismertetem, amelyek működőképesnek és eredményesnek bizonyultak a visszaesés/visszaszakadás megelőzésében. PRENDERGAST és WEXLER

2004-ben átfogó tanulmányt készítettek az Egyesült Államokban működő kezelések történetéről. Amerikában a drogterápiás programok számára a '70-es évek közepe jelentett fordulópontot – és egyben kihívást: MARTINSON 1974-ben megjelent összefoglaló cikkében (idézi PRENDERGAST, WEXLER, 2004) azt állította, hogy néhány elszigetelt kivételtől eltekintve a rehabilitációt célzó erőfeszítéseknek nincs jelentős hatása a visszaesésre. Az '50-es, '60-as évek „kezelésmámorát” ezt követően súlyosbodó ítéletek, hosszabb büntetések és keményebb drogpolitika váltotta fel. Az eredmények az idő múlásával ugyanakkor egyre kérdésesebbekké váltak: a '80-as, '90-es években olyan mértékben duzzadt fel az amerikai börtönpopuláció, hogy sürgetővé vált a treatment elvek felülvizsgálata, valamint újabb, a korábbinál eredményesebb módszerek kidolgozása a visszaesés visszaszorításának érdekében.

A '90-es években kialakított, átfogó REFORM és RECOVERY programok az alábbi technikai tanácsokkal látták el a droghasználatot kezelő terápiás módszerek kidolgozóit:

1. A kezelés filozófiájának világosnak, érthetőnek és konzisztensnek kell lennie.
2. Empatikus, biztonságos légkörben kell zajlaniuk a foglalkozásoknak.
3. Egyértelmű magatartási szabályokat kell meghatározni a program résztvevői számára.
4. Az elkötelezett, megfelelően képzett személyzet alapvető feltétel.
5. Szükség van arra is, hogy volt bűnözők és korábbi, gyógyult kábítószerfüggők mint szerepmoდეllek vegyenek részt a team munkájában.
6. Kortárs csoportokban érdemes a programot tartani. (Amint arra Sims (2005) is rámutat, a kortársak jelenléte amiatt kívánatos, mert fokozottan érzékeny és éberré teszi az egyes résztvevőket azokra a viselkedésmintákra és attitűdökre, amelyeket önmagukban is meg kell változtatniuk.)
7. Hangsúlyt kell fektetni a visszaesés megelőzésére, a relapszusprevencióra.
8. A kezelés folytonosságát biztosítani kell a szabadulás után is. A közösségi utógondozás nélkülözhetetlen a sikerhez.
9. A programokat hatékonyságvizsgálatnak kell alávetni.
10. A kezelés önállóságát, egységességét, ugyanakkor nyitottságát és rugalmasságát mindvégig fenn kell tartani.

A PRENDERGAST-féle összefoglaló (2004) két, bizonyítottan hatékony kezelési formát említ: a *terápiás közösséget* és a *kognitív viselkedésterápiát*, amelyek amellet, hogy a fenti elveknek megfelelnek, tudományos kutatásokkal is alátámasztott eredményeket képesek felmutatni.

A *terápiás közösség* (a továbbiakban: TK) koncepciójának háttérében az a vélekedés áll, hogy a pszichés zavar a társas kapcsolatokban alakul ki, azok zavarát (is) jelenti – emiatt viszont a korrekciója is a társas kapcsolatok közegében történhet (SZŐNYI, 2000). 1991-ben a Terápiás Közösségek

Európai Szövetsége a következőképpen határozta meg az absztinenciaorientált TK-et: „*A terápiás közösség egy olyan drogmentes környezet, amelyen belül a szenvedélybetegségekkel (vagy más problémákkal) élő emberek szervezett és strukturált módon élnek együtt annak érdekében, hogy támogassák a változást, és lehetővé tegyék a drogmentes életet a külső társadalomban. A terápiás közösség egy kicsinyített társadalmat formál meg, melyben a bennlakók és munkatársak mint facilitátorok meghatározott szerepeket töltenek be, és egyértelmű szabályokat tartanak be, melyek mind a lakó megváltozásának folyamatát hivatottak elősegíteni*” (idézi TOPOLÁNSZKY, 2009). A TK bevezetését a börtönökbe az az addiktológiai tapasztalat is indokolta, hogy a szerhasználat elsősorban a problémákkal küzdő *személyiség* egyik tünetének látszott. A személyiség *egészét* viszont képtelenség volt néhány üléses konzultációkkal befolyásolni: ahhoz, hogy lényeges, átfogó változásokat érjenek el, a korábbinál jóval intenzívebb terápiára volt szükség.

A Kaliforniában kialakított TK-eket a börtönön belül elválasztott, védett körletek jelentették, ahol nagy hangsúlyt fektettek az absztinencia megtartására, az antiszociális tevékenységek – pl. verbális és fizikai agresszió, tiltott tárgyak birtoklása és a velük való kereskedés stb. – visszaszorítására. Ezzel párhuzamosan támogatták a proszociális viselkedésformák és értékek kialakítását, és segítették a társas készségek fejlesztését is. Lényeges terápiás elemként határozták meg az „úgy cselekedni, mintha” gyakorlatát. Ennek során a lakó és a munkatárs sokkal inkább olyan személyekként viselkednek, amilyenekké válni szeretnének, és nem olyanként, amilyenek voltak. Mindenkitől elvárják, hogy olyan magatartást kövessen, amely kifejezi és visszatükrözi a közösség értékeit (TOPOLÁNSZKY, 2009). A TK tagjai nem egyszerűen a speciális programok alkalmával találkoztak: az együttélés hozzájárult ahhoz, hogy elsajátítsák a viselkedésük, az indulataik, az érzelmeik feletti kontrollt. Őszintébbekké váltak önmagukkal és a társaikkal is, fejlődött az önbizalmuk, így egyre inkább képesek voltak felelősséget vállalni a tetteikért. A célkitűzésekből és az eredményekből látható az is, hogy a TK-ekben zajló egyéni pszichoterápiák, konzultációk, kis- és nagycsoportos foglalkozások nem egyszerűen a szerhasználatot kívánták befolyásolni, hanem a drogfogyasztás és a bűnözői magatartás eliminálásával párhuzamosan igyekeztek egy új világkép és életstílus alapjait lefektetni. A TK *holisztikus megközelítésű* programjai azokban az esetekben voltak – hatékonyságvizsgálatokkal, mérésekkel igazolhatóan – sikeresek, ha a szabadulást követő utógondozással egészültek ki.

A *kognitív viselkedésterápiás programok* a TK-ekben zajló egyéni és csoportos foglalkozásokon éppúgy felhasználhatók, mint a „normál körleteken” elhelyezettek esetében. Előnyük, hogy viszonylag egyszerű bevezetni őket, nem szükséges a résztvevők együttélése sem – ily módon viszont nagyszámú fogvatartott érhető el és vonható be a kezelésbe.

A kognitív terápia elmélete egyfelől BECK *információfeldolgozási* paradigmájára épül (PERCZEL FORINTOS, 2005). BECK szerint az érzelmeink és a viselkedésünk a gondolataink és a képzeleteink

alapján érthető meg. A viselkedésünket elsősorban nem az adott szituáció határozza meg, hanem az annak tulajdonított *jelentés*. (Hogy érthetőbbé tegyem egy példa segítségével: az az előadó, aki a hallgatósággal szembe kerülve arra gondol, hogy mindenki nevetségesnek és unalmasnak tartja majd – vagyis a helyzetet *fenyegetőként* értékeli –, aggodalmat és szorongást érezhet. Másvalaki azonban, akinek az jut eszébe, hogy a szereplés remek alkalom arra, hogy begyűjtsön egy csomó, a szónoki képességeit illető dicséretet – azaz *kihívásként* tekint a prezentáció megtartására –, pozitív érzelmeket és kellemes izgalmat élhet át).

A kognitív terápia célja, hogy azonosítsa a – sokszor automatikus, nehezen megfogható – helyzetértelmezéseket, és segítse a pácienseket abban, hogy kritikusan szemléljék, illetve változtassák meg a számukra fenyegető szituációkról alkotott koncepciójukat. (Az említett lámpalázás előadó esetében például a kognitív módszert használó terapeuta első lépésben tudatosítja, hogy a páciens automatikusan *veszélyesként* interpretálja a helyzetet. Közösen megvizsgálják azokat a torzításokat, amelyekkel a páciens él annak érdekében, hogy a vélekedéseit fenntarthassa – pl. csak azokra a hallgatókra figyel, akik látványosan unatkoznak, ugyanakkor észre sem veszi az érdeklődő többséget. A továbbiakban a terapeuta abban segít a kliensnek, hogy a negatív érzések megjelenéséhez vezető, torzított helyzetértelmezéseit felülvizsgálja, és adaptívabbakra cserélje le, pl.: „*Talán néhány hallgató nem találja majd érdekesnek, amit mondok, de képtelenség mindenkinek tetszeni, és nincs is szükségem erre!*”)

Az *addikció kognitív modellje* (BODROGI, 2005) szerint a függőség kifejlődése során arról szóló *hiedelmek* alakulnak ki, hogy az egyén könnyebben el tudja viselni a mindennapi élet frusztrációit, ha drogokat használ. Az addiktív hiedelmek bizonyos szituációkban – pl. unalom, visszautasítottság, magány, szorongás stb. – aktiválódnak, és erős sóvárgáshoz, majd droggereső viselkedéshez és fogyasztáshoz vezetnek. A függőség kialakulásával és elmélyülésével párhuzamosan a hiedelmek meghatározott sorrend szerint aktiválódnak. Kezdetben az *anticipátoros* – elsősorban kíváncsiságorientált – vélekedések jellemzőek: „*Izgalmas lesz kipróbálni a hasist!*” Később a droghatással kapcsolatos *romanticizált elképzelések* kerülnek előtérbe: „*Vidám leszek, ha beveszek egy ecstasyt*”, vagy a *megnövekedett hatékonyságot* jelző hiedelmek jelentkeznek: „*Szórakoztatóbb leszek, ha fűvet szívok.*” Az addikció elmélyülésekor a *szükségletorientált* hiedelmek kerülnek előtérbe: „*Drog nélkül mindenre képtelen vagyok.*” Ide tartoznak azok a gondolatok is, amelyek a szerhasználat abbahagyásával függenek össze: „*Nem tudom elviselni majd a fájdalmat, ha lemondok a heroinról*” (azaz részben a megvonástól való félelem nagyjátja fel a tüneteket). A hiedelmek természetesen egy idő után önbeteljesítő jóslatokká válnak: minél „igazabbnak” fogadja el a kliens a diszfunkcionális vélekedései tartalmát, annál kevésbé tesz erőfeszítéseket arra, hogy kábítószer nélkül próbáljon szembenézni a nehézségeivel. A környezettel való egyre gyakoribb konfliktusok során fejlesztik ki a drogdependens személyek a *megengedő hiedelmeket*: „*Most nehéz helyzetben vagyok, ezért*

anyagozhatok.” Mivel az addiktív hiedelmek és a szerhasználat negatív következményeiről szóló vélekedések akár ugyanabban az időben is aktiválódhatnak, a gondolatok relatív egyensúlya fogja meghatározni, hogy a beteg szert használ-e vagy sem.

A kognitív terápia folyamatában az első lépés a *konceptualizálás*, azaz a páciens egyéni problémáinak a kognitív modellben való értelmezése, amely magában foglalja a problémaviselkedés, az előidéző tényezők, a személyiségfejlődés eseményeinek és különösen a *jelentésadási technikáknak* az ismeretét. A cél a korábban mondottakkal összefüggésben a drogokkal és az énnel összefüggő torz, diszfunkcionális hiedelmek azonosítása és módosítása, illetve adaptívabb, funkcionálisabb hiedelmekkel történő helyettesítése. A hiedelmek vizsgálata az üléseken történik interjútechnikával vagy kérdőívek segítségével (Szerhasználat-hiedelem Kérdőív; Visszaesés-előrejelző Skála, Sóvárgás-hiedelem Kérdőív). A leggyakrabban alkalmazott kognitív technikák a következők:

1. *Előny-hátrány analízis*: Az elemzés hozzásegíti a beteget ahhoz, hogy úgy döntsön: a rövid távú helyett a hosszabb távú előny kerüljön előtérbe.

2. *Az addiktív hiedelmek azonosítása és módosítása*: A terapeuta elmagyarázza az addikció kognitív modelljét, együtt meghatározzák a hiedelmeket, gondolatokat, érzéseket és az alapsémákat. Megkeresik az összefüggéseket az addiktív hiedelmek és a folyamatos szerhasználat között.

3. *A felelősség újraértékelése*: a terápia során a fókusz a külső tényezőkről fokozatosan a belsőkre helyeződik át: a páciens egyre nagyobb felelősséget vállal a szerhasználatáért.

4. *Napi gondolatnapló* (amely az egyes helyzetek leírását, a szituációhoz fűzött automatikus gondolatokat és jelentéseket, a megjelenő érzelmeket, illetve a kliens által végiggondolt új helyzetértékeléseket tartalmazza): használatával az addiktív hiedelmek érvényességének rendszeres és tárgyilagos vizsgálata történhet meg.

A gondolatokra, hiedelmekre – vagyis a *kogníciókra* – fókuszáló kognitív terápiát a hatékonyság és az eredményesség növelése érdekében *viselkedésterápiás* elemekkel egészítik ki. A viselkedésterápia elmélete a *tanulási modellre* épít: feltételezhető, hogy az addiktív viselkedés a gyermekkori családi vagy a tágabb társadalmi környezet (barátok, ismerősök, sztárok mint szerepmoделlek stb.) szerfogyasztó-mintáinak *elsajátításával* és ennek a viselkedésének a folyamatos *megerősítésével* alakul ki és válik tartóssá. A pozitív megerősítés a vágyott, kellemes állapot elérése a szerhatás következményeképpen. Negatív megerősítésnek nevezzük, amikor a drog megszüntet valamilyen kellemetlen állapotot (pl. a szorongást, unalmat stb.).

A függőség fennmaradásában a szer fogyasztásával összefüggő ingerek is nagy szerepet játszanak. Az ún. *elsőfokú trigger*ek olyan ingerek, amelyek az addiktív életforma lényegét jelentik (pl. egy heroinistának a tú látványa). A kezelés kezdetétől fogva elkerülhetők és kerülendők. A *másodfokú trigger*ek ezzel szemben olyan belső ingerek – pl. szomorúság, düh, aggodalom –, amelyek elkerülhetetlenek a mindennapi életben. A cél az ezekkel való megbirkózás elsajátítása. A *harmadfokú trigger*ek a konvencionális élet lényeges elemei: olyan tevékenységek, amelyek az élettörténet során a drogfogyasztással (is) összekapcsolódtak (pl. egyes szórakozóhelyek, szabadidős tevékenységek vagy éppen a szexualitás). A cél egy újfajta viselkedésrepertoár kialakítása, amellyel ezekben a helyzetekben a fogyasztás elkerülhető (pl. a személy megtanulja a kezelés során, hogy hogyan szabadulhat fel társaságban droghasználat nélkül is, vagy hogy a szex szerhatástól függetlenül is élvezetes lehet).

A viselkedésterápia során a szerhasználatot problémaviselkedésnek tekintjük, és a *viselkedésváltozást* tűzzük ki célul. A leggyakrabban alkalmazott technikák a következők:

1. A *kioltás* során az első lépés a droghasználat abbahagyása. Ha a páciens a droggal összefüggő ingerekkel találkozik (pl. azon az utcán közlekedik, amelyiken a dealeréhez szokott menni), de ezeket nem erősíti meg droghatás, akkor a hozzájuk kapcsolódó, kondicionált válaszok kioltódnak (egy idő után már nem fog remegni az utcán, amikor arra jár). Az absztinencia kialakításakor a legfontosabb feltétel az elsőfokú triggerek kerülése (pl. környezetváltozás segítségével, a kábítószerfüggő ismerősökkel való kapcsolat megszakításával stb.).

2. A kezelés második fázisa a *visszaesés-megelőzés* és az *absztinencia fenntartása*. Számos módszer tartozik ide, amelyek énhatékonyság-növelő technikákat, adaptív viselkedésformák elsajátítását, szociális hatékonysági tréningeket foglalnak magukba. Például: *alternatív életstílus* kialakítása; *életviteli készségek* megtanítása (a problémamegoldás lépései, a nemet mondani tudás, hatékony, nem agresszív önérvényesítés stb.); az *elkötelező lépések technikája* (a probléma kisebb egységekre történő felbontása, az egyes lépések meghatározása, majd kis lépésekkel haladás a kitűzött cél felé); *aktivitásnapló*, *örömnapló* íratása; *ingerkontroll* (összegyűjtjük a szerhasználatához vezető triggeret/magas kockázatú helyzeteket, és adekvát stratégiákat dolgozunk ki velük szemben, például ha a páciens számára az unalom állapota jelenti a legnagyobb rizikót a droghoz fordulás szempontjából, terveket alakíthatunk ki arról, hogy mi a teendő, amikor úgy érzi, semmi sem képes lekötni az érdeklődését).

A börtönvilágra adaptált kognitív viselkedésterápiás programokkal kapcsolatban RAWSON és mtsai. (1993, idézi SIMS, 2005) fogalmazták meg az alábbi alapelveket:

1. Hangsúlyt kell fektetni a pszichoedukációs komponensre is: a programnak tartalmaznia kell a szerhasználattal összefüggő negatív következményekről szóló felvilágosítást, illetve fokozni kell a résztvevők problémaérzékenységét és éberségét.

2. Azonosítani kell a magas kockázatú helyzeteket (a korábban említett első-, másod- és harmadfokú triggereket és azokat a szituációkat, amelyekben ezek megjelenhetnek), illetve a visszaesést bevezető jeleket és tüneteket a gyors beavatkozás/relapszusprevenció érdekében.

3. Hatékony megküzdési technikákat kell kidolgozni. (A szerfüggők elsősorban a negatív érzelmektől való *azonnali* megszabadulás stratégiájával élnek, amikor drogokhoz nyúlnak. A terápia során ösztönözni kell a problémafókuszú megküzdési módokat – az adott helyzetre történő összpontosítást és a probléma megfelelő kezelését –, illetve a társas támogatás keresését és elfogadását.)

4. Új, mások érdekeit is figyelembe vevő, a kölcsönös tiszteletre és elfogadásra épülő életstílus(ok) kialakítását kell elősegíteni.

5. Az énhatékonyság növelése elengedhetetlen a program sikeréhez (pl. a motivációs interjú és a diszfunkcionális hiedelmek módosításának segítségével a kliens egyre inkább képessé válik arra, hogy önmagát hatékony, a képességeit reálisan észlelő és használni tudó személyként értékelje).

6. A visszaesést azonnal kezelni kell, ha a program során előfordul.

7. A drog- és alkoholhasználat szoros monitorozásának és kontrolljának a program szerves részét kell képeznie.

A drogérintett fogvatartottak számára kidolgozott kezelési programok összehasonlító vizsgálatai, illetve a hatástanulmányok egyértelműen a terápiás közösségek bevezetésének és a kognitív viselkedésterápiás technikák alkalmazásának eredményességét mutatták ki (a kezelésben nem részesülők visszaesési mutatóival szemben, illetve más módszerekkel dolgozó programokon résztvevők adataival összevetve). A továbbiakban igyekszem bemutatni, hogy a hazai büntetés-végrehajtási intézetekben milyen lehetőségek nyíltak, illetve milyen megoldások születtek a szerhasználók terápiás szükségleteinek kielégítésével kapcsolatban.

Csoportos kezelési lehetőségek a hazai büntetés-végrehajtási intézetekben: az „elterelés” program és a drogrevenációs körlet

A magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben a drogértétt fogvatartottak számára biztosított leggyakoribb csoportos kezelési formák az ún. „drogelterelés” foglalkozások, illetve a drogrevenációs körletrészekben zajló terápiás programok. Amint azt a korábbi fejezetekben többször hangsúlyoztam, a civil szervezetek által működtetett programok jelenlétére jóval nagyobb szükség volna, mint amekkora igényt a jelenben kielégítenek. Egyes hazai intézetekben a „drogelterelés” csoportot külső munkatársak vezeték; a Budapesti Fegyház és Börtönben havi rendszerességgel zajlanak NA-ülések (Narcotics Anonymus: Névtelen Anyagosok); olykor találkozhatunk civilek által vezetett, néhány hónapos strukturált programokkal is, azonban a kábítószer-élvező fogvatartottak arányához viszonyítva ezek száma elenyésző. A továbbiak azokkal a csoportterápiás lehetőségekkel foglalkozom, amelyek működtetésében addiktológiai szakpszichológusként magam is részt veszek.

I. A fogvatartottak kábítószer-függőséget gyógyító kezelésén, kábítószer-használatot kezelő más ellátáson vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételének lehetőségei: az ún. „elterelés” program működése

A büntetőeljárásról szóló törvény több lehetőséget is kínál az eljáró szerveknek a kábítószer-élvező elkövetőkkel szemben, amelyek – a súlyosabb büntetőjogi szankciók elkerülésével párhuzamosan – az érintettek kezelését/gyógyítását szolgálják. A folyamat során az ügyész⁵² határozattal függeszti fel a nyomozást, ha a kábítószer-élvező gyanúsított önként alávetette magát a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésén, kábítószer-használatot kezelő más ellátáson vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételnek, és az a büntethetőség megszűnését eredményezheti, feltéve, hogy további nyomozási cselekmény elvégzése nem szükséges (1998. évi XIX. tv. 188. § (1) bek. h.) pontja).

Az ügyész vádemelés helyett a háromévi szabadságvesztésnél nem súlyosabb büntetéssel büntetendő bűncselekmények esetében – a bűncselekmény súlyára és a rendkívüli enyhítő körülményekre tekintettel – a vádemelést egy évtől két évig terjedő időre határozattal elhalaszthatja, ha ennek a gyanúsított jövőbeli magatartásában mutatkozó, kedvező hatása feltételezhető. Az eljárást folytatni kell, ha a felfüggesztéstől számított egy éven belül a vádlott nem igazolja, hogy legalább hat hónapig tartó, folyamatos, kábítószer-függőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vett részt, illetőleg ha az ügyész a

⁵² Egy 2006-os módosítás alapján az egyén már a rendőrségi szakaszban megkezdheti az elterelést. (1978. évi IV. törv. BTK, 1998. XIX. tv. BE., 42/2008 (XI.14.) EM-SZMM Együttes rendelet)

vádlott ellen kábítószerrel visszaélés miatt újabb vádiratot nyújtott be (1998. évi XIX. tv. 266. § (1), (6), (7) bek.).

Mivel az egyéb bűncselekmények miatt elítélt és börtönbe került fogvatartottak is rendelkezhetnek kábítószerrel való visszaélés cselekményük miatt a vádemelést elhalasztó határozattal, a bv. intézetek egyik fontos feladata az „elterelés” programokon való részvétel biztosítása. A kábítószer-függőséget gyógyító kezelést Magyarországon az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet munkatársai végzik, a kábítószer-használatot kezelő más ellátás program lebonyolításáért pedig a Budapesti Fegyház és Börtön szakpszichológusai felelősek. A kábítószer-függőséget gyógyító kezelést, valamint a kábítószer-használatot kezelő más ellátást felnőtt korú, női fogvatartottak esetében a Kalocsai Fegyház és Börtön, fiatalkorú férfi fogvatartottak esetében a Fiatalkorúak Bv. Intézete (Tököl), anyagyermek részlegen, gyermekkel együtt elhelyezett anyák esetében a Bács-Kiskun Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet, fiatalkorú női és fiatalkorú férfi fogvatartottak esetében a Fiatalkorúak Regionális Bv. Intézete (Kecskemét), az előzetes letartóztatásban lévő nők esetében pedig a Fővárosi Bv. Intézet hajtja végre. A Fővárosi Bv. Intézet biztosítja az ott elhelyezett, előzetes letartóztatásban lévő fogvatartottak kábítószer-használatot kezelő más ellátását. A fogvatartottak számára a kábítószer használatot megelőző-felvilágosító szolgáltatás biztosítására a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet által meghatározott, területi ellátási kötelezettséggel működő szolgáltatóval kötött együttműködési szerződéssel rendelkező bv. intézetek kötelesek (1-1/14/2009. (V. 13.) OP intézkedés, 7., 8., 9. 10. pont).

A „drogelterelés” csoportokon zajló szakmai tevékenység több szempontból is ellentmondásos. Érdemes végiggondolnunk dr. RÁCZ József addiktológus észrevételeit és ajánlásait a hazai „elterelési” gyakorlat kezelési programjával kapcsolatban (RÁCZ, 2005):

- A háromféle „elterelés” (a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, a kábítószer-használatot kezelő más ellátás, illetve a megelőző-felvilágosító szolgáltatás) nem elég differenciált a célcsoportokhoz képest.
- Az „elterelés” folyamata – többnyire késői állapotfelmérés, késői kezelésbe kerülés – hosszú, és a kliensek számára nehezen átlátható.
- Az „elterelés” időbeli szabályozása – hat hónap, kéthetente minimum két óra – rigid: a terápiás szempontok rugalmas figyelembevételét nem teszi lehetővé. Az állapotfelmérésnek – esetleg az ügyéssel, bíróval történő konzultációval kiegészülve – a kliensek igényeihez kellene igazodnia a megjelenések számát és a kezelés időtartamát illetően. Előfordulhat, hogy esetenként néhány „motivációfokozó” foglalkozás is elégséges, máskor viszont intenzívebb terápiás beavatkozásra lehet szükség.
- A klienskövetés az „elterelés” eredményességének, hatékonyságának is egyik mutatója lehet.

- A kliens/elkövető számára átláthatóvá, érezhetővé és észlelhetővé kell tenni, hogy miben és mikor dönt, illetve hogy ennek milyen előnyei és hátrányai vannak. A döntést össze kell kapcsolni a motiváció és a kliens autonómiájának kérdésével – akkor is, ha részben büntető-igazságszolgáltatási rendszerről van szó.

Kisebb megszakításokkal 2007 óta tartok rendszeres csoportfoglalkozásokat a kábítószer-használatot kezelő más ellátás program keretében a Budapesti Fegyház és Börtönben. RÁCZ József észrevételeit az alábbi tapasztalatokkal egészíteném ki (amelyek egyidejűleg szükségessé tették az „elterelés” börtönviszonyokhoz történő adaptálását is):

- A kábítószer-használatot kezelő más ellátás program résztvevői – annak ellenére, hogy a *pszichoaktív-szer-dependenciával* diagnosztizálhatóknak definíció szerint a kábítószer-függőséget gyógyító kezelésre kellene járniuk – meglehetősen *heterogén* csoport. Kollégáimmal, Kovács Ferenc és Nemszilaj Anita pszichológusokkal 2008-ban felmértük a „nem drogfüggőként” bekerült csoporttagokat. A DSM–IV. kritériumrendszerére kidolgozott SCID–I., strukturált diagnosztikai interjúval készített vizsgálatunk során az alábbi eredmények születtek: a 19 csoporttagból 16 fő, azaz 84% kapta meg a *kábítószerfüggő* diagnózist (12 fő: amfetamindependencia; 2 fő: opiátdependencia; 1 fő: kannabiszdependencia; 1 fő: kokaindependencia). Úgy tűnt, hogy a szakértői vélemények sok esetben nem veszik figyelembe, hogy a vizsgált személy már hónapok óta előzetes letartóztatásban van, és emiatt nem produkálja azokat a tüneteket, amelyeket a függőség megállapításához nélkülözhetetlennek tartanak. A drogfüggők bekerülése egy olyan csoportba, amely alapvetően nem a dependencia gyógyítására alakult, nem egyszerűen a heterogenitás miatt problematikus. Azok a kábítószerfüggők, akiket a szakértők „biztosítanak” afelől, hogy voltaképp „alkalmi fogyasztók”, kevésbé problémaérzékenyek, és nehezebben motiválhatók a változásra, mint azok, akiknél a diagnózis adekvát módon tükrözi a fennálló szerhasználati és életvezetési problémákat.
- Fontos tisztázni a *csoportba kerülés motívumait* is. Természetesen mindenki szeretné elkerülni a vádemelést, azonban annak érdekében, hogy a résztvevők tudatosítsák magukban, hogy nem kényszer, hanem a *saját döntésük* eredményeképp vesznek részt a foglalkozásokon, az új tagokkal rendszeresen folytatunk tisztázó, a szándékaikat és az elvárásaikat feltérképező beszélgetéseket. A cél annak elérése, hogy a kezdeti passzivitást vagy konform együttműködést felváltsa egy, a csoportfoglalkozásokon zajló tevékenységért felelős aktív magatartás.
- Az „elterelés” program *nyitott csoportrendszerben* működik: hétről hétre érkeznek újabb tagok, illetve fejezik be a kezelést a régebbiek. Mindezek miatt lehetetlen a kognitív viselkedésterápiák ülésekre bontott, strukturált kézikönyvei, az ún. terápiás manuálok alapján

- Mivel a fogvatartottak különböző szerhasználói előtörténettel rendelkeznek, más-más drogokat fogyasztottak, esetükben eltérő az addikció súlyossága és az a motivációs fázis is, amelyben a szándékaik alapján helyet foglalnak, fontos, hogy a célkitűzések egyénre szabottan fogalmazódhassanak meg. Az új tagok általában erős ellenállással érkeznek: az első alkalommal közlik, hogy nem céljuk a leszokás, sem az, hogy a szerhasználatuk gyakoriságán változtassanak. A motivációs interjú már említett technikái ezekben az esetekben jól alkalmazhatók. Az ellenállás kezelhető, ha megengedjük a résztvevőknek, hogy saját maguk fogalmazzák meg a céljaikat. Amennyiben nincs igényük a változásra, élhetünk a *fókuszváltás* eszközével (pl. információt nyújthatunk az alacsony küszöbű, ártalomcsökkentő szolgáltatásokról; közösen meghatározhatunk olyan problémákat, amelyekkel a drogfogyasztással kapcsolatos céloktól függetlenül szívesen foglalkozna a csoport, mint például a stresszkezelés). Amint azt DeLeon megjegyezte (1994, idézi Sims, 2005), a kezdeti konformitás a csoportfolyamatok előrehaladásával átadhatja a helyét a változás iránti őszinte elköteleződésnek. Ebből a szempontból az „elterelés” a későbbi, intenzívebb programok „előszobájának” tekinthető. Azok a fogvatartottak, akik az elutasítás szakaszából a fontolgatás szakaszába lépnek, a későbbiekben gyakran jelentkeznek egyéni, terápiás jellegű ülésekre a drogproblémáikkal kapcsolatban, illetve kérelmezik a drogprevenciós körletre történő felvételt is.
- Minden, a börtönben zajló csoportfoglalkozás során számolnunk kell az elítéltek közötti dominanciaviszonyokkal, azaz az *informális rabhierarchiával* és a szubkultúra jellegzetességeivel. Az „elterelésen” a terápiás közösséggel ellentétben más-más körleteken élők kerülnek azonos csoportba. Mivel a börtön világában eleve nagyfokú bizalmatlanság, rejtőzködés uralkodik, illetve, mivel a maskulinitás uralkodó normája alapvetően tiltja az érzékenység megjelenítését, nem érdemes a civil pszichodrámacsoportok intenzív önfeltáró aktusait erőltetni. A fogvatartottaknak maguknak kell eldönteniük, meddig engedik közel magukhoz a többi börtönlakót, és hol húzódnak a veszélyes zóna, a másokkal megosztani nem kívánt intimitás határai (emiatt is fontos, hogy biztosítsuk az egyéni foglalkozások lehetőségét, hiszen elképzelhető, hogy az elítélt szeretné megbeszélni valakivel az éppen a csoportfoglalkozás hatására tudatközelbe került tartalmakat, élményeket, érzéseket). Óvatosságot igényel a dominanciahatárok megsértése is. Az egyébként a kommunikációs készségek és az asszertivitás fejlesztése szempontjából bátorítható viták során folyamatosan résen kell lennünk. Nem érdemes például nyíltan állást foglalnunk egy-egy vélemény mellett, vagy megdicsérni valakit egy másik résztvevő hozzászólásával szemben. Előfordul, hogy a fogvatartottak presztízsversengésként élik meg, amikor a csoportvezető egyes véleményeket támogat, másokkal szemben viszont kritikusabb (ilyenkor a dominanciaharcokat a terápiás

A vázolt nehézségek után röviden felsorolnék néhány olyan lehetőséget és technikát, amelyek a börtönben tartott „elterelés” programokon sikeresen alkalmazhatók:

- *Kérdőívkitöltés és megbeszélés:* az addikciók kognitív megközelítésének ismertetése személyközelibbé és érthetőbbé tehető, ha a foglalkozást kérdőívek kitöltésével kezdjük (jól használható, egyszerű és gyorsan áttekinthető például a *Sóvárgás Kérdőív* vagy a *Visszaesést Előrejelző Skála*). Ezt követően megbeszélhetjük a résztvevőkkel, hogy milyen összefüggés áll fenn a vélekedéseik, hiedelmeik, a sóvárgás erőssége és a kábítószer-használat vagy a visszaesés valószínűsége között. Az önismeret elősegítése érdekében használhatók egyéb mérőeszközök is (pl. a célok és motívumok feltérképezésére az *Aspirációk Kérdőív*, az érzelmi intelligencia jelentőségének megbeszélése előtt az *Ekman-féle Arc kifejezés-felismerés Teszt* stb.).
- *Kreatív csoportok, alkotómunka:* mérhető/könnyen visszajelezhető eredményeket nyújt – és többnyire igen jó hangulatú foglalkozásokat eredményez – a *Kreativitás Tesztbatteria* feladatainak megoldása. A festés, rajzolás, szobrászkodás szintén beilleszthetők a „drogelterelés” csoport munkájába. Az elsődleges, másodlagos és harmadlagos triggererek elméletének ismertetése előtt például rajzoltathatunk szubjektív várostérképeket, ahol a résztvevőknek egyre sötétebb színekkel kell jelölniük a számukra veszélyes – éppen ezért a szabadulásukat követően egy ideig kerülendő – zónákat. Készítettünk már gyurmaszobrokat is, amelyeket a fogvatartottak annak megfelelően alakítottak át, ahogyan a testük az évek óta tartó szerhasználat, majd a börtönbüntetés eredményeképpen változott (méretbeli különbségek, sérülések, sebek stb.). Népszerű volt az a foglalkozás is, amikor a résztvevők egy-egy kihajtható mappát kaptak (amelybe később a személyes irataikat, leveleiket összegyűjthették). A feladat az volt, hogy az általam behozott színes magazinokból vágjanak ki képeket, és ragasszák az irattartókra úgy, hogy az egyik oldal a múltjukat, egy másik a jelent, egy harmadik pedig a jövőjüket jelenítse meg. A kreatív tevékenység alkalmat adott arra, hogy az irreális és a lehetőségekhez képest megvalósítható jövőbeli célkitűzésekről beszéljünk. A csoportdinamikát előmozdíthatják a közösen végzett kreatív feladatok is. (Például amikor három-négy fős csoportok egy nagyméretű papírra saját világot terveznek/rajzolnak, majd annak szabályait ismertetik a többiekkel is. A megbeszélést

- *Filmnézés:* a kultúrteremben vetített filmek megtekintését követő csoportfoglalkozáson a látottakat rendszeresen meg is vitatjuk. A legkedveltebb alkotások a börtönben: *Rekviem egy álomért, A por, Alfa dog, Traffic, Félelem és reszketés Las Vegasban, Betépve, Az utolsó belövés, Egy kosaras naplója, Candy*. A filmelemzés lehetőséget biztosít arra, hogy a résztvevők anélkül beszéljenek a saját élményeikről, gondolataikról és érzéseikről – a szereplők sorsát értékelve –, hogy túlságosan feltárulkoznának a többiek előtt.
- *Irodalmi alkotások* – versek, novellák, regényrészletek – *felolvasása és megbeszélése:* kedveltek és terápiásan jól használhatók a Villon-versek, Franz Kafka *A törvény kapujában* című rövid elbeszélése, James Frey *Millió apró darabban* című regényének részletei, illetve volt kábítószeresek visszaemlékezései (pl. Sinkáné Sinka Rita: *Kővirág. A drogpokol hétköznapjai*).
- *Zenehallgatás:* a csoporttagok összeírják a kedvenc zeneszámaikat, amelyeket a csoportvezető a következő foglalkozásra összegyűjt egy cédén, és közösen meghallgatják őket. A foglalkozás több célt is szolgálhat: egyfelől erősíti az egymás iránti toleranciát (pl. a cigányzene kedvelőjének meg kell értetnie a death metal rajongóval, hogy mit nyújt számára a zene, miért találja vonzónak/szórakoztatónak az adott műfajt, és viszont). A zenés program lehetőséget nyújt a kedvelt szabadidős programokról való beszélgetésre is: annak megvitatására, hogy vajon pszichoaktív szerek nélkül elképzelhető-e a kikapcsolódás. A józanság állapotához vajon feltétlenül negatív tartalmakat kell-e kapcsolnunk („*Mostantól csak a családommal törődöm, sehová sem megyek. Inkább éljek egy dögunalmas életet, mint hogy ide hozzon vissza a pörgés!*”), vagy kialakítható egy szermentes, ugyanakkor élhető és izgalmas élet is. A „normalitáshoz” kapcsolt negatív konnotációk leépítésében nagy jelentőségre tehetnek szert különböző szerepmodellek (pl. megkérhetjük a résztvevőket arra, hogy írjanak le részletesen olyasvalakit, akinek szimpatikus az életstílusa, viszont nem kábítószerfüggő, és nem bűnözésből él).
- *Az asszertivitást fejlesztő, illetve dramatikus csoportok:* az alárendelődő, az agresszív és az önérvényesítő magatartásformák eljátszása a fogvatartottak által problematikusként azonosított helyzetekben (a drámajátékok során fontos, hogy a megjelenített szituációt elsősorban a résztvevők javasolják). A játékot követően megvitatjuk, melyik magatartásforma volt a legeredményesebb, melyik szolgálta leginkább a felek érdekeit. Az asszertivitás elméletének ismertetése követheti a megbeszélést (az önérvényesítő viselkedés alapelemeiről tartott rövid előadás, illetve az ezeket gyakoroltató, a fogvatartottak életkörülményeihez illesztett játék). Az egyik legkedveltebb drámajátéktípus, amikor a szabály szerint fogvatartottak egyike sem alakíthat kábítószer-használót. Az egyetlen drogfüggő a színpadon maga a csoportvezető lehet. Néhány mesélő szükséges a játékhoz, akik meghatározzák az

- *Szabadinterakciós csoportok*: megadott vagy szabadon választott, a csoporttagokat aktuálisan foglalkoztató témákról kezdeményezett kötetlen beszélgetés. Amikor lehetséges, érdemes a pszichoedukáció, a felvilágosítás és az ismeretátadás szempontjait is érvényesíteni/beépíteni a társalgásba. Az információnyújtáson túl a beszélgetések a kommunikációs és társas készségek fejlesztését is szolgálják, különösen azokban az esetekben, amikor a résztvevőknek meg kell tanulniuk a vitás kérdések rendezését, illetve azoknak a helyzeteknek a kezelését, amikor álláspontjuk nem egyezik a többiekével.

II. A drogrevenziós körlet mint terápiás közösség

A szabadságvesztés és az előzetes letartóztatás végrehajtásának szabályairól szóló 6/1996. (VII. 12.) IM rendelet vonatkozó szakaszai értelmében az önként jelentkező elítéltek számára a kábítószer-fogyasztás és -terjesztés megelőzése érdekében drogrevenziós részleg létesíthető, ahol a fogvatartottak végrehajtási fokozatuktól függetlenül együtt is elhelyezhetők. A prevenziós részlegre az az elítélt kerülhet, aki írásban nyilatkozik arról, hogy a kábítószer-mentesség ellenőrzése érdekében rendszeres vizsgálatoknak veti alá magát, és azokhoz testvadászkot szolgáltat. A behelyezésről a nevelő javaslatára a befogadási bizottság dönt. A prevenziós részleg elhelyezettek számára a kapcsolattartás gyakorisága növelhető. Az intézetnek fokozott figyelmet kell fordítania az elítéltek foglalkoztatására és prevenziós programjaik megszervezésére.

Az elítélt prevenziós részleg történő elhelyezésének megszüntetését kell kezdeményezni, ha

- a.) a kábítószer-mentesség ellenőrzésére szolgáló vizsgálat eredménye pozitív (az elítélt szervezetében kábítószer mutatott ki);
- b.) az elítélt az intézetben vagy azon kívül súlyos fegyelemsértést, illetve bűncselekményt követett el (6/1996. (VII. 12.) IM rendelet a szabadságvesztés és az előzetes letartóztatás végrehajtásainak szabályairól 76–76/C.§.).

2010-ben 22 bv. intézetben 372 férőhellyel működtek drogrevenziós részlegek Magyarországon (SZALAI, 2010). Létesítésük háttérében részben az a felismerés állt, hogy eredménytelen a bűnelkövetők elszigetelten alkalmazott pszichoterápiás módszerekkel történő reszocializációja (Mikolay és mtsai., 2010). A drogrevenziós részleg természetesen „önmagától” nem válik terápiás

közösséggé (TK): a rendszeres foglalkozásoknak a páciensek és a stábtagnak tartós, különböző formájú – egyéni és csoportos – *közös* munkáján és kapcsolatain kell alapulniuk. A továbbiakban a Közép-dunántúli Országos Büntetés-végrehajtási Intézetben folyó drogprevenációs tevékenység példáján keresztül próbálom meg bemutatni a TK zárt intézetben történő megvalósításának lehetőségét (Mikolay és mtsai., 2010 alapján).

A TK-ben a különböző csoportfoglalkozások helyszíne és az élettér integrálódik, vagyis a zárkák, közösségi helyiségek és a szabadidő eltöltésére alkalmas terek egyaránt a terápia részét képezik. A TK-ek működésében az egész közösség együttes élményére kerül a hangsúly: arra, hogy mindenki értesülhessen minderről, és kifejezhesse a véleményét. Ennek megvalósításában nagy szerep jut a csoportfoglalkozásoknak (kiscsoport, nagycsoport, egyéb közösségi fórumok). A drogprevenációs program során tehát nemcsak a stáb és a csoportvezetők befolyásolják a pácienseiket, hanem *közösség egésze* fejt ki a komplex hatást.

A csoportba kerülést követően a csoportvezetők írásos jelenléti íveket vezetnek, és a tapasztalataikról kéthavonta beszámolnak az egyes fogvatartottak egyéni kezelőinek. Az egyéni esetkezelők havonta rövid véleményt írnak, amelyet ismertetnek az érintettel is. A feladatok megfogalmazását követően a programban részt vevők pontosan tudják, hogy melyik napon milyen foglalkozáson, illetve melyik csoporton kell részt venniük. A puszta megjelenésen túl az aktivitást és az ehhez kapcsolódó konkrét feladatokat is meghatározzák az egyéni kezelési tervben.

A Közép-dunántúli Országos Büntetés-végrehajtási Intézetben öt alapvető módszerrel/eszközzel dolgoznak:

1. Szakemberek által vezetett terápiák (egyéni foglalkozások, illetve kis- és nagycsoportok):

a.) Egyéni foglalkozás, vezetés-támogatás, kezelés:

A stáb tagjaihoz – a pszichológusokhoz és a nevelőkhöz – a létszámnak megfelelően 3–6 személy tartozik. A „kezelők” folyamatosan és rendszeresen folytatnak segítő-támogató beszélgetéseket a klienseikkel. A csoportvezetők véleményét bekérve havonta írnak véleményt a kezeltek aktivitásáról, haladásáról, és a meghatározott feladatokról.

b.) Pszichológiai/pszichoterápiás kiscsoport:

A pszichológus által rendszeresen megtartott, interaktív terápiás kiscsoport.

2. Kiegészítő, hordozó vagy közegterápiák:

a.) A szocializációt előkészítő és fejlesztő zárkacsoport a nevelő irányításával zajlik heti egy alkalommal.

b.) A színjátszó csoportot ugyancsak a nevelő vezeti heti egy alkalommal.

c.) A terápiás birkózócsoportot, amelynek az agressziókezelésben, a feszültség levezetésében és az indulatok kontrolljának elsajátításában van jelentősége, pszichoterapeuta és kiképzett oktató vezeti heti két alkalommal.

d.) A horgászszakkör – amellet, hogy a szabadidő hasznos eltöltését szolgálja – amiatt különösen fontos, mert a tagoknak *csoportos kimaradásra* is lehetőségük nyílik az állami horgászvizsga teljesítését követően. Így a drogprevenációsok számára a bv. intézet és a civil élet közötti határ elmosódik: a fogvatartottak a csoport „mesterséges” közegében tanultakat végre a civil életben is kipróbálhatják (ami kedvez a terápiás ismeretek szabad életbe történő átültetésnek, a transzferhatás megjelenésének).

e.) Önkéntes munkavégzés a közösség szolgálatában:

A programban részt vevők nagy érdeklődést tanúsítanak az ellenszolgáltatás nélküli, önkéntes munkavégzés iránt. A helyi önkormányzattal folyamatban van az egyeztetés a közösségi használatban lévő sportpálya, valamint az óvodaudvar karbantartási munkálatairól.

3. Üzemeltetés:

a.) Vezetői értekezlet: rendszeres reggeli stábtalálkozó, az aktuális feladatok megbeszélése.

b.) Nevelői esetmegbeszélő csoport: a szupervízió szabályozott tanulási folyamat, amelynek célja, hogy a résztvevők szakmai tudását és személyes hatékonyságát gyarapítsa a szupervízióba vitt eset megvitatásán keresztül.

4. Reflexiós fórumok:

a.) Nagycsoport: a stáb és a fogvatartottak együttes részvételével megvalósuló „közösségi összejövetel”, amely lehetőséget nyújt a csoport előtti problémafelvetésre, illetve a konfliktusos ügyek közös rendezésére. Pszichológus vezetésével zajlik hetente egyszer, 30 perc időtartamban.

b.) Személyzeti csoport: a stáb tagjainak reflexiós lehetőséget adó fórum. Pszichológus vezeti a nagycsoportot követően, hetente ugyancsak 30 perc időtartamban.

c.) Stábértekezlet: a gyógyító-nevelő csoport stábjával közösen havonta egy alkalommal történik.

5. Élettér (zárka, társalgó, közösségi élet stb. színterei): az együttélés, valamint a terápiás, reflektív és üzemeltetési elemek közötti közvetítés a *Házirendben* testesül meg. A szabályok betartása a terápiás rendszer működésének kitüntetett része (ugyanakkor konfliktusok kirobbanására és rendezésére szolgáló vitaalap is egyben).

A TK-ben zajló közösségi foglalkozások – a kezelés és az élettér integritása, a kedvezőtlen börtönhatások visszaszorítása, illetve a terápiás atmoszféra kialakítása következtében – nagyobb mértékben segítik elő a csoportterápiák nonspecifikus hatótényezőinek működését az önismeret elmélyítésének, a motiváció erősítésének és a viselkedés megváltoztatásának a szolgálatában. A hatótényezők, amelyek módszertől függetlenül valamennyi csoportterápiában jelen lehetnek, a következők (SZÖNYI, 2000):

- *Oldottság: „Nyugodtan lehetek őszinte, mert ha úgy döntök, hosszabb távon nem lesz közöm a többiek életéhez.”*
- *A „különtség” érzésének gyengülése: „Kiderül, hogy mások is küzdenek hasonló nehézségekkel, mint én.”*
- *Az énhatékonyság erősödése: „Kiderül, hogy tudok másoknak is segíteni, felváltva lehetek terapeuta és beteg.”*
- *A nézőpontváltásra való képesség fejlődése: „Egyszerre kaphatok sokféle szempontot, sokan figyelnek rám.”*
- *Biztonság az új viselkedésformák kipróbálásakor, illetve önfeltáráskor: „Kitapasztalhatom, hogy különféle emberek hogyan reagálnak a dolgaimra.”*
- *A védettség és a támasz érzése: „Nem kell mindent elmondanom, mert mások elmondják helyettem.” „Megerősítést kapok.” „Nagy biztonságot ad, hogy ennyi emberre támaszkodhatok.”*
- *Alaposabb megértés: „A dolgok jobban a helyükre kerülnek.”*

Saját – a Baracskai Országos Büntetés-végrehajtási Intézetben, illetve a Budapesti Fegyház és Börtönben a drogprevenációs körleteken elhelyezettekkel szerzett – tapasztalataim is alátámasztják a fentieket. Az általam többé-kevésbé eredményesen alkalmazott technikák voltaképp nem térnek el a „drogelterelés” foglalkozásokon használtaktól (ld. az előző fejezetben ismertetett módszereket). A különbség nem az egyes technikák alkalmazásában, hanem a terápiás eszköz által megszólított kliens reakcióiban érhető tetten. Az „elterelés” csoportokhoz képest a drogprevención könnyebben kialakítható a bizalom és az intimitás légköre. A megbeszélte élmények és témák személyesebbek, az egoinvolváltság – az „énbevonódás” – mértéke nagyobb. Információnyújtás és a motiváció erősítése mellett lehetőség nyílik a személyiség mélyebb rétegeinek elérésére és átstrukturálására is. Többször kerül sor az „itt és mostban” előálló, valós konfliktusok megvitatására (pl. veszekedések, vagy az együttélésből adódó egyet nem értekek kapcsán). Mindez lehetőséget nyújt – a civil életben is előforduló – konfliktusok kezelését segítő kommunikációs és társas készségek fejlesztésére – amelyeknek kipróbálása és értékelése a közösség mindennapi működésében rögtön meg is valósulhat

(így voltaképp azonnali visszajelzésre is lehetőség van a tanult technikák hasznosságával kapcsolatban, amelyek a további együtt gondolkodás során módosíthatók és újból bevethetők).

Annak ellenére, hogy a drogrevenziós részleg a változást elősegítő terápiás légkör jóval erőteljesebben van jelen, mint az átmeneti jelleggel összeverbuválódott kiscsoportokban – pl. a „drogelterelés” programon –, nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy a börtönbeli szubkultúrák normarendszere itt sem tűnik el teljesen (a domináns maszkulinitás, a hierarchiaviszonyok működtetése, a „túlzott érzékenység” tilalma stb.). Mivel a személyes élettörténet érzékenyebb elemei, illetve a hagyományos férfiképpel nehezen összeegyeztethető érzelmek – pl. szomorúság, szorongás, aggodalom stb. – ritkán kerülnek felszínre a közösség előtt, a csoportfoglalkozások mellett mind a drogrevenziós körleteken elhelyezettek, mind a börtön többi körletén élők részére – a személyzet kapacitásától függően – szükségesnek tartom az egyéni konzultációk biztosítását is.

Egyéni esetkezelések

Mint azt korábban már említettem, a csoportos módszerek – amellet, hogy *költséghatékonyak*, hiszen viszonylag rövid idő alatt több kliens elérését is lehetővé teszik, illetve a gyógyulás folyamata során építhetünk a *jótevény csoporthatásokra* is – számos hátránnyal járnak zárt intézeti körülmények között. A droghasználó páciensek több olyan problémával küzdenek – ezek részben a szerhasználat kiindulópontjául szolgáltak, de előállhattak a drogfogyasztás *következményeképp* is –, amelyek megbeszélésére és kezelésére *egyéni konzultáció* válik szükségessé. Eredményeink tartóssá tétele, illetve a társult pszichés zavarok enyhítése/gyógyítása érdekében időnként nélkülözhetetlen a személyiség mélyrétegeinek elérése és befolyásolása a gondolatok, hiedelmek és a viselkedés megváltoztatása mellett. Az alábbiakban vázlatosan áttekintem a droghasználattal összefüggő fontosabb pszichoanalitikus és rendszerszemléletű – a család működését a középpontba állító – teóriákat, majd röviden összefoglalom azokat a terápiás technikákat, amelyeket az egyéni esetkezelések során a börtönökben – akár konzultánsként, akár pszichológusként – használhatunk.

A drogfüggőségről kialakított modellek közül a pszichoanalitikus irodalom elsősorban az *önmedikalizáció* elméletét fogadta el. Az elképzelés szerint a függő páciens valójában *lelki beteg*, aki fájdalmas tüneteit csillapítja spontán, ösztönös módon a szerrel. A másodlagosnak vagy „tünetértékűnek” tekintett drogfogyasztás hátterében tehát egyéb, pszichés eredetű feszültség húzódik: a probléma feltárásakor/kezelésekor elsősorban ezt a mögöttes dinamikát kell célba vennünk. A modern analitikus elméletek felé mutató elgondolásokat elsőként RADO fogalmazta meg (idézi DEMETROVICS, 2007). Véleménye szerint a kábítószer – destruktív jellege mellett – egyben képessé teheti az egyént a negatív érzelmi állapotokkal való *megküzdésre* is. GLOVER (idézi DEMETROVICS, 2007) ugyancsak az addikciók *elhárító mechanizmus* jellegű működésére helyezi a

hangsúlyt. A korábbi teóriákkal ellentétben, amelyek a *problémák előli menekülést* emelték ki a drogfogyasztás kapcsán, a kortárs elméletalkotóknál megjelenik a pszichoaktív szer pozitív, „coping mechanizmus” funkciója is.

A neoanalitikus WURMSER és KHANTZIAN elméletének közös pontja (WURMSER, 1980; KHANTZIAN, 1980), hogy a destruktív hatások helyett az *adaptív használatot* hangsúlyozzák (erre utal WURMSER írásának címe is: *A droghasználat mint védő rendszer*). WURMSER teóriája elsősorban a negatív érzelmektől való megszabadulásra épít: a drog szerepe a kontrollálhatatlan érzelmi viharok, a tehetetlen személyt elárasztó erős emóciók megelőzésében és enyhítésében áll. Mivel a sérülékeny személyiség szerkezettel és az érzelemszabályozásra való képtelenséggel jellemezhető fogyasztók nem tudják szavakba önteni homályos érzéseiket, a kábítószer eleinte adekvát megoldásnak tűnhet a nehézségekkel való megbirkózás során. (A használatot a fogyasztók gyakran a *pszichés normalitás* állapotával jellemzik, vagyis kizárólag a drogozás során érzik magukat működőképesnek. A megvonás alatt kialakuló negatív élmények valószínűsíthetően nem új keletűek, hanem a szerhasználat előtt is meglévő fenyegető érzések, tünetek térnek ily módon vissza.) Mindez jól összeeseng HAVILAND kutatásaival, aki a droghasználók felére találta jellemzőnek az *alexitímiát*, azaz az érzelmek megkülönböztetésének, megnevezésének, megosztásának és a testérzésektől – például a szervi fájdalomtól – való elkülönítésének képtelenségét (idézi FORTINO, 2002).

KHANTZIAN *önmedikalizációs modellje* szerint a másodlagosnak tekintett drogfogyasztás célja az elsődleges idegrendszeri és fejlődés-lélektani hiányosságok kompenzálása (KHANTZIAN, 1980; DEMETROVICS, 2007). Az addikció voltaképp az öngyógyításra való tudattalan törekvés. A fogyasztás kezdete és a használt szer típusa egy tudattalan választási és döntési folyamat eredményei, amelyben a személy azon törekvése tükröződik, hogy a számára megoldatlannak tűnő konfliktusokat kezelni tudja. Az opiáthasználatban kiemelkedő jelentőséget tulajdonít a fájdalom, a rossz közérzet és a stressz kezelésén túl az *agresszióellenes* hatásnak (a heroinfoogyasztók ezek szerint az intenzív indulati feszültségektől védik magukat a szer segítségével). Az opiátok így direkt módon szolgálják az önszabályozást és a kontrollfunkciók megerősítését – tudattalan önpusztítás helyett ezért inkább az *öngondoskodás nem megfelelő eszközéről* beszélhetünk.

A pszichoaktív szer-függőség kialakulása és fennmaradása tekintetében a *családi tényezők* kiemelt fontosságúak, hiszen a patológiás családi rendszer nemcsak a drogfüggőség megjelenésében játszik szerepet, de – amennyiben a rosszul működő viszonyok érintetlenek maradnak – az absztinencia elérése és fennmaradása is veszélyeztetett lehet (HOYER, TREMKÓ, 2002). Kábítószer-élvezők családjait vizsgálva – különösen heroinfofüggők esetében – a *szeparáció* és az *individuáció* konfliktusának feloldatlanságát, azaz a családtól való *elszakadás vágyát*, és az arra való egyidejű *képtelenséget* hangsúlyozzák leginkább a szakemberek. A legegységesebben kibontakozó kép

ezekben az esetekben a túlvédő/engedékeny, a gyermekével szimbiotikus viszonyt kialakító – ám ezáltal kontrolláló, manipulatív – anya, valamint az emocionálisan vagy ténylegesen távollévő, érzelmileg elérhetetlen apa kettőse. Jellemző továbbá a család működésképtelensége, a generációkon átívelő szövetségek kialakulása, és a családi rendszer torzult észlelése is (DEMETROVICS, 2007).

HOYER Mária az alábbi jellemzőket találta relevánsnak opiátfüggők családjának leírásakor (HOYER, 2009):

- idejétmúlt érintkezési formák a családon belül;
- állandó negatív minősítések, amelyek aláássák a „megcímkézett” önbizalmát;
- kettős kötés a drogos és az ellenkező nemű szülő között – a gyerek képtelen az anyától független, autonóm személlyé válni, ugyanakkor emiatt dühös is rá, és ambivalens kapcsolatban marad vele;
- ezzel párhuzamosan paradox kapcsolat az ellenkező nemű szülővel;
- örömtelenség vagy beszűkült örömforrások a családi életben, illetve a halállal való gyakori foglalkozás.

Mindezek mellett a szerhasználat kialakulásában, illetve a függőség és a sóvárgás fennmaradásában további szerep jut a szülők „modellhelyzetének”, alkohol- és droghasználatának, a családi traumáknak, pl.

- a szeretett személy halála, válás, elhúzódó betegség, intézetben nevelkedés, családon belüli erőszak, szexuális és fizikai abúzus, az apai jelenlét hiánya, az apa érzelmi távolságtartása stb. –, és a szülők érzelmi élete egyéb zavarainak is.

Drogfüggők családjának alapvető jellegzetessége a *problematikus üzenetközvetítés* is. TEXTOR (1987, idézi DEMETROVICS, 2007) összefoglalóan a következő jellemzőkkel írja le a szerhasználók családjában uralkodó kommunikációs mintázatokat: homályos üzenetek közvetítése, a direkt kommunikáció hiánya, a szemkontaktus kerülése, a másik gyakori félbeszakítása, valamint a másik érdekében, illetve a másik *helyett* történő beszéd. Az érzelmek kifejezése ritka és indirekt, az ellenséges indulatok kifejezése pedig sok esetben nem elfogadott, mert félelmet és büntudatot vált ki. Különösen opiátfüggők családi kapcsolataiban jelentkezik a düh kifejezésének tiltása (elsősorban a gyerek részére): ebben az olvasatban a heroin az indulat elnyomásához vagy a gátlásoldó hatáson keresztül annak könnyebb kifejeződéséhez járulhat hozzá (SCHWARTZMAN, idézi DEMETROVICS, 2009).

A valóban csupán érintőleges összefoglaló alapján is nyilvánvalóvá kellett válnia, hogy az egyéni esetkezelés során, illetve az állapotfelméréskor a drog- és alkoholhasználat jellemzői mellett a családi háttérrel, a pszichiátriai előtörténetet, a drogfogyasztás személyes motívumait és az egyéni élettörténetben játszott szerepét is fel kell tárunk. A konzultáció középső szakaszában – az állapotfelmérés, a motivációs interjú és a célok kitűzése után, illetve a konzultáció lezárása és az utánkötés előtt (RÁCZ, 2007) – számos terápiás technika közül választhatunk. Szem előtt kell tartanunk azonban, hogy szenvedélybetegek esetében a terápia részben a problémás *viselkedés* befolyásolására, részben a *mögöttes pszichés problémák* gyógyítására, azaz lényegében a *teljes személyiség* és a szélesebb értelemben vett magatartás átfogó kezelésére irányul. Az addiktológia épp emiatt *holisztikus szemléletet*, a különböző módszerek szakszerű kombinációját, valamint egy multidiszciplináris team felállítását – amelynek tagjai között orvosokat, pszichológusokat, szociális munkásokat, kortárs segítőket találhatunk – követeli meg (BUDA, 2009).

A korábban már részletezett *kognitív viselkedésterápia* egyéni formában is kiválóan használható a zárt intézetekben. Négyszemközti helyzetben – a terapeuta iránti bizalom kialakítását követően – a fogvatartottak a csoportos közegnél jóval őszintébben és hitelesebben tárják fel az addiktív hiedelmek kialakulásához vezető egyéni élettörténetüket, családi háttérüket, valamint a hiedelmekhez kapcsolódó érzelmeiket is. Az elítéltek a civil klienseknél többnyire motiváltabbak az írásbeli házi feladatok elkészítésére (előfordult, hogy néhány nap alatt 40–50 oldalas önéletrajzokat írtak a pácienseim, amelyekben a fő hangsúly a problémás szerhasználatra esett). A különböző szituációkhoz kapcsolódó automatikus gondolatok, illetve az ezekkel együtt járó érzelmi reakciók *naplómódszerrel* történő rögzítése szintén kiválóan működik. Börtönkörnyezetben természetesen viszonylag ritka, amikor illegális szerhasználatról számol be valaki, a módszer segítségével ugyanakkor jól monitorozhatók a *negatív érzelmi állapotok* – pl. mikor, milyen szituációban gurult dühbe valaki, mikor érezte szinte kontrollálhatatlanul haragosnak magát, mikor szorongott stb. A kognitív gondolatnapló használatával egyfelől célba vehetők és kezelhetők azok az emocionális állapotok, amelyek során a páciens korábban kábítószerkehez nyúlt (az ún. másodlagos triggerek). Másfelől a módszer begyakorlásával a páciens megtanulhatja azt is, hogy később, amikor a drogok a jelenleginél elérhetőbbé válnak számára, ebben a keretben gondolkodjon a sóvárgásról és a drokkereső viselkedéséről is (ilyen értelemben a kognitív terápia számos pszichoedukatív komponenst is tartalmaz).

Az addiktológiai kezelés során nélkülözhetetlen a terapeuta empátiás, elfogadó, az érzelmeket visszatükröző attitűdje (azaz a ROGERS-féle *személyközpontúság*, ld. BUDA, 2009). Mindennek nem egyszerűen a rapport kialakításában és a bizalom megteremtésében van nélkülözhetetlen szerepe. Drogfüggő bűnözőkkel való munkám során feltűnő egyes páciensek képtelensége arra, hogy az érzelmeiket adekvát módon megnevezzék és átéljék. A legkülönbözőbb helyzetekben – szülő halála, megcsalás, a gyermek betegsége stb. – a szituációnak megfelelő érzelem – pl. aggodalom,

szomorúság, fájdalom, félelem stb. – helyett szinte kizárólag a *harag* jelenik meg (amiben a *hipermaszkulinitás* érzelm kifejezést gátló, kizárólag a dühöt és a hozzá kapcsolódó agresszivitást engedélyező normája is szerepet játszhat az alexitímia mellett). Az érzelmek terápiás tükrözésének az adott emóció felismerésének és átélésének gyakorlásában, később pedig az azzal való adekvát megküzdési módszerek kidolgozásában van jelentős szerepe.

A hibás/diszfunkcionális kapcsolati sémák feltárására használhatjuk a *rövid dinamikus terápia* technikáit is (ld. MALAN, 1990). A módszer alkalmazása során párhuzamokat keresünk a szülőkhöz fűződő, korai kapcsolatok, a jelenben releváns viszonyok (pl. a feleséggel, zárvatársakkal vagy a személyzettel való kapcsolat), illetve a terapeuta személyére adott reakciók között. Sok esetben előfordul például, hogy a bebörtönzött kliensekkel dolgozó szakembernek az az érzése, hogy minden egyes alkalommal előről kell kezdenie az „építkezést”. Az a páciens, aki az előző ülésen megnyílt, és olyan titkokat árult el magáról, amelyeket korábban még soha, egy héttel később közönyös, elutasító, esetenként durva lesz. Kézenfekvőnek tűnik az összefüggés valamilyen korábbi, pszichés sérüléssel (például feltételezhető, hogy valamelyik szülő visszaélt a gyerek bizalmával, bántotta, kigúnyolta stb.). Annak érdekében, hogy a kliens elfogadja a tőlünk hallottakat, és motivált legyen az együttműködésre – például a kognitív terápia eszköztárából származó gondolatnapló vezetésére –, időnként fel kell tárnunk az elfogadásunk és elutasításunk mögött húzódó mintázatot is. Hasonlóképpen: a drogproblémákkal küzdő páciensek jelentős része konfliktusos emberi kapcsolatokról számol be. Ugyan az ülések során szóba kerülő személyek (szülők, élettársak, gyermekek) jelentős része a börtönfalakon belül nem elérhető, de a terapeutával való viszony minősége rávilágíthat számos, a civil kapcsolatokban előforduló problémára is. (Egyik kliensem például minden alkalommal hosszasan szidalmazott az ülések elején: durván kétségbe vonta a szakmai jártasságomat és a képességeimet. Miután feltártuk, hogy mi az ellenem irányuló támadások háttere és funkciója, képes volt rendezni a konfliktusát az édesanyjával is, aki később eljött a látogatófogadásra, és szabadulása után visszafogadta a fiát az otthonába.)

A rosszul működő családi kapcsolatok javítása/helyrehozása zárt intézeti körülmények között természetesen komoly nehézségekbe ütközik – az egyéni terápiát ugyanakkor felfoghatjuk a külső családi kapcsolatok átalakításának katalizátoraként is. A kezelő és a kliens viszonyában jelentkező változások pozitív módon hathatnak vissza a hozzátartozókkal való kapcsolatokra. (Megemlíteném például azt a szélsőségesen agresszív, politoxikomán férfi kliensem, akivel a gyermekelhelyezési tárgyalásra való idézésének kézhezvételét követően ismerkedtem meg. Kezdetben a pert indító, volt élettárs lakásához akarta küldeni a barátait, hogy fenyegezzék meg és bántalmazzák a nőt. Néhány héttel később azonban hajlandó volt a segítséggel megírni egy levelet az asszonynak, amelyben elismerte a saját felelősségét a kialakult helyzetben. A „levélírási tanácsok” részben stilisztikai természetűek voltak: minden támadó/provokatív hangvételű mondatot oly módon fogalmaztunk át,

hogy vádaskodás helyett inkább a kliens érzelmeit tükrözze, pl.: „*Egy utolsó szemét vagy, mert meg akarod akadályozni, hogy lássam a fiamat!*” helyett: „*Nagyon fájna, ha nem találkozhatnék többé a gyerekeimmel, és azt hiszem, ez talán neki sem tenne jót.*” Több mint két év telt el az első beszélgetésünk óta – a kisfiú jelenleg minden beszélőre eljön, és a volt élettárssal is sikerült a kölcsönös tiszteleten alapuló, konfliktusmentes viszonyt fenntartani.)

A családi kapcsolatok indirekt befolyásolása mellett a bv. intézet lehetőséget biztosíthat ún. családterápiás beszélők lebonyolítására is. Ezeken a pszichológus mellett egy-egy nevelő vagy pártfogó vesz részt, a fogvatartott oldaláról pedig az a családtag/családtagok, akikkel meg szeretné oldani a konfliktusait. A Budapesti Fegyház és Börtönben az egyik legsikeresebb családterápiás beszélőt Katona Csilla pártfogó szervezte meg, amelynek során egy alkohol- és gyógyszerproblémákkal küzdő fogvatartott rendezte a feleségével való kapcsolatát. (A férfi időközben szabadult, rendszeresen jár a pártfogóhoz, a feleségével továbbra is együtt él, dolgozik, és megőrizte az absztinenciáját is.) A családterápiás beszélő – amelyet hosszas előmunkálatok: számos, a pártfogóval és a pszichológussal zajló egyéni foglalkozás előz meg – lényegében a korábban tanultak kipróbálásának első, a szakemberek segítő jelenlétével még támogatott terepe, amely megteremtheti a folytonosságot a börtön világa és a civil élet valósága között.

Speciális populációk kezelési igényei: fiatalkorúak, nők és romák terápiája

„Nyilvánvaló, hogy ami felnőtt korú, férfi bűnelkövetőknél működik, nem feltétlenül válik be fiatalkorú fogvatartottaknál. Hasonlóképpen: férfiak igényeire kidolgozott terápiás programok többnyire nem csengenek össze a női elítéltek igényeivel” – állítja SIMS (2005). A büntetés-végrehajtási intézetekbe bevezethető, hatékony programok feltétele a gondos tervezés: a speciális populációk kezelési igényeinek minél alaposabb felmérése és az azoknak megfelelő eljárások kidolgozása. A továbbiakban a fiatalkorúak, a női fogvatartottak és a cigány kisebbséghez tartozók droghasználati jellegzetességeit foglalom röviden össze annak érdekében, hogy képesek legyünk rugalmas, a páciensek elvárásaihoz szorosabban illeszkedő programok kialakítására Magyarországon is.

Fiatalkorú szerhasználók kezelése

A 2003-as felmérések szerint hazánkban a középiskolás életkori csoporthoz tartozók mintegy harmada próbált már ki illegális kábítószeret. A legnépszerűbbek a kannabiszszármazékok és a szintetikus partidrogok (PAKSI, 2007). Míg a 16 éves diákok körében átlagosan minden hatodik élt már valamilyen tiltott droggal, addig a – bűnelkövetés szempontjából is veszélyeztetett – azonos korú, gyermekotthonokban élő fiatalok között a kipróbálók aránya 30,8% (PAKSI, ARNOLD, 2009). SANJUAN és LANGENBUCHER (1999, idézi GLASER és COHEN, 2005) megállapítják, hogy

célszerű különbséget tennünk a fiatalkori *alkalmi* droghasználat és a *visszaélés* között. A kísérletezés kamaszkorban teljesen általánosnak tekinthető: sokan próbálnak ki pszichoaktív anyagokat anélkül, hogy komoly problémáik támadnának a későbbiekben. Fontos tehát, hogy azonosítani tudjuk azokat a rizikófaktorokat, amelyek a serdülőkori próbálkozásokkal ellentétben függőséghez és komoly életvezetési nehézségekhez vezetnek.

A problémássá váló szerhasználat hátterében azonosítható faktorok: a drogfogyasztás korai életévekre tehető kezdete, iskolai problémák, serdülőkori bűnelkövetés, családi és kapcsolati nehézségek, illetve pszichiátriai problémák, például hiperaktivitás, figyelemzavar, gyenge megküzdő kapacitás, elégtelen társas készségek, valamint az agresszív impulzusok kezelésének képtelensége (GLASER, COHEN, 2005). A hatékony terápiás programoknak az absztinencia támogatása mellett az említett problémákra is hangsúlyt kell fektetniük. Amerikában leggyakrabban az ún. JCAP (Juvenile Counseling and Assessment Program) modellt használják fiatalokéknak. A program alapelvei és -elemei a következők:

- A *bizalom* megteremtése fiatalokéknak különösen nehéz. Erős csoportvezetés szükséges ahhoz, hogy megelőzzük az intim információkkal való visszaélést (elsősorban a csoporttagok között). A terapeutának arra is ügyelnie kell, hogy a fiatalok ne „devianciatréningre” használják az üléseket (azaz, hogy ne azokban a magatartásformákban erősítsék meg egymást, amelyeket szándékaink szerint visszaszorítani szeretnénk).
- A didaktikus, osztályteremszerű „információnyújtó csoport” fiatalok esetében nem hatékony. Tobler vizsgálatai is rámutattak már, hogy a középiskolai prevenció programok szinte teljesen eredménytelenek, ha nem interakcióra, vagyis a tinédzserek bevonására és aktivizálására épülnek (RÁCZ, 2007). A bűnelkövető fiatalokéknak jelentős hányada ráadásul figyelemzavarral és tanulási nehézségekkel diagnosztizálható. A hatékony programok éppen ezért *készségalapúak*, és a személyes részvételt bátorítják.
- A terápiás kontroll fenntartása érdekében a csoport mérete ne legyen 7-8 főnél nagyobb; 8 fiatalokéknak mellé lehetőleg két képzett csoportvezető jelenlétét szükséges biztosítani.
- Bár időigényesnek tűnhet, a csoport kezdete előtt érdemes ún. „előtréninget” szervezni, amelynek során a későbbi szabályokat megbeszélik, illetve az alapvető részvételi készségeket felméri és gyakorolják a tagok (pl. kommunikációs játékok segítségével).
- A *célok* pontos meghatározása a résztvevők figyelmének fenntartása, irányítása és a csoportkohézió megteremtése miatt is fontos. Gyakran előfordul, hogy a fiatalok által kitűzött célok ütköznek a társadalom által kívánatosnak tartottakkal. HOLLIN és HENDERSON megállapítják például (idézi GLASER, COHEN, 2005), hogy a pszichológiai alkalmazkodás és a szociális készségek színvonala a foglalkozások hatására anélkül is javulhat, hogy számottevő változás jelentkezne a visszaesés és a későbbi bűnelkövetés tekintetében. A

A programot érdemes *modulokra* bontani. Ezek a jól kidolgozott, kisebb lépésekre épülő egységek különböző sorrendben is teljesíthetők, azonban valamennyi lényeges a viselkedésváltozás elérése és fenntartása szempontjából:

1. **Családi problémák megvitatása és kezelése** (lehetőség szerint akár a hozzátartozók bevonásával): pl. a szülők drogokkal kapcsolatos attitűdjei, szerhasználat a családban, otthoni konfliktusok, ezek szerepe a fiatal drogfogyasztásában stb.
2. **Azoknak a kontextusoknak az elemzése, amelyek hozzájárulnak a drogfogyasztáshoz:** a barátok/kortársak szerhasználata, a kábítószerhez való hozzáférések vélelmezett okai (az addiktív hiedelmek és a triggererek analízise), a drogfogyasztás „ára”, a szerhasználat előnyei és hátrányai: költség-haszon elemzés.
3. **Konfliktusmenedzselés és a harag/agresszivitás kezelése** (elsősorban drámajáték-technika segítségével).
4. **Életvezetési készségek, hatékony kommunikációs és társas „skillek” elsajátítása és gyakorlása:** asszertivitástréning; a döntéshozatal elősegítése; feszült, problémás interperszonális kapcsolatok kezelésének gyakorlása; sport- és egyéb szabadidős programok; a hatékony tanulást segítő programok (tanulási technikák elsajátítása; a hiperaktivitás és figyelemzavar kezelésére kidolgozott terápiák stb.).
5. **A visszaeséssel szembeni ellenállás fejlesztése:** a megváltozott kortárskapcsolatok kezelése (annak elsajátítása, hogy hogyan reagáljon a kliens, amikor a társai drogfogyasztásra buzdítják, illetve hogyan kezelje a közösség vele szemben támasztott elvárásait); védőfaktorok felállítása: pl. egyénre szabott „józanásgterv” kidolgozása, amelyben már az a pártfogó is részt vesz, akivel a fiatalkorú a továbbiakban kapcsolatot tart majd; a saját cselekedetek jogi következményeinek elfogadása: a felelősségvállalás iránti hajlandóság erősítése.

A JCAP-modulokat megfelelő *beiskolázással* és a megélhetést biztosító *szakmák* tanításával kell kiegészíteni.

Drogfogyasztó nők terápiája

A '90-es években egyre hangsúlyosabbá vált az ún. *gender szempontok* figyelembevétele a pszichoterápia során. A gender, vagyis a társadalmilag meghatározott *nemek* kutatói arra keresik a választ, hogy melyek azok a viselkedéssel kapcsolatos elvárások és normák, amelyeket a kultúra férfiak és nők számára előír. A pszichoaktív szer-használat területén számos különbséget találhatunk a két nem között (HOYER, 2009):

- A férfiak több alkoholt, marihuánát, heroint és kokaint használnak, míg a nők több „legális” drogot: elsősorban az orvos által felírt, nyugtató hatású gyógyszereket. A kedvelt szerek terén észlelhető különbségek jól tükrözik, hogy a nőkkel szembeni elvárások a nyugodtságot, alárendelődést és passzivitást hangsúlyozzák (azaz a nők leggyakrabban olyan drogokat fogyasztanak, amelyek lehetővé teszik számukra a „normális”, tehát visszafogott és szófogadó nő ideáljához való igazodást).
- A szerhasználat férfiaknál gyakrabban jár együtt a figyelemösszpontosítás zavarával, hiperaktivitással, antiszociális személyiségzavarral és a késztetések kontrollálásának nehézségeivel. Drogfüggő nőknél ezzel szemben a depresszió, a pánikbetegség, az étkezési zavarok és a borderline személyiségzavar a legsűrűbben előforduló diagnózisok.
- Szerhasználó nők gyakrabban számolnak be érzelmi, fizikai és szexuális abúzsokról is. A kábítószerhasználat ebből a szempontból a poszttraumás stressz zavar tüneteinek csillapítására tett kísérletként is felfogható.
- A fertőző betegségek szempontjából a nők a férfiaknál veszélyeztetettebbek. Drogfüggő nők gyakran prostituálódnak, és esetükben gyakoribb a közös tűhasználat is.

A bv. intézetekben fogva tartottak számára kidolgozott programoknak nem egyszerűen a kábítószerfüggő nők fent összefoglalt sajátosságait kell figyelembe venniük, hanem a speciális programokra adott reakcióikat is (BALETKA, SHEARER, 2005):

- *A direkt konfrontáció* – amelyet a hazai közönség leginkább dr. CSERNUS Imre, pszichiáter intenzív szembesítő technikája alapján ismerhet – nők esetében kevésbé hatékony. A testi és szexuális bántalmazás következményeképp (is) a női szerhasználók sérülékenyebbek, azaz a kemény szembesítés után megalázzottnak és értéktelennek érezhetik magukat (ennek következtében vagy elzárkóznak a további kezelés elől, vagy valódi bevonódás nélkül igyekeznek eleget tenni a terapeuta elvárásainak). Eredményeket elsősorban támogató, empátiás, az érzelmek tükrözésén és a fájdalmas múltbeli események feltárásán alapuló terápiás módszerekkel érhetünk el.

- A gyakori traumatikus előtörténet miatt a csoportmódszereket nők esetében mindenképp ki kell egészítenünk *egyéni ülésekkel* is. Ugyanezen okból kifolyólag a családon belüli konfliktusok rendezését érdemes családterápiás ülésekkel, a hozzátartozók bevonásával is megpróbálnunk.
- Férficsoportok leggyakoribb kiegészítő módszere a harag és az agresszivitás kezelését célzó tréning. Mivel a nőknek többnyire épp a harag és az ellenállás kifejezésével akad problémájuk, a terápiába inkább a hatékony *önérvényesítés/asszertivitas* programját érdemes beépítenünk.
- A „drogfüggő nő” címke a „férfi szerhasználó”-nál több megvetést foglal magában. A hagyományos női szerepek háttérbe szorítása a társadalom intenzív rosszallását vonja maga után (rossz anya, megbízhatatlan partner, prostituált, a gyermekéről nem megfelelőképpen gondoskodó anya stb.). A sikeres terápia a *kisebrendűség érzésének* és a *túlzott önvádnak* a csökkentésére, illetve az *éntudatosság* és az *önbizalom* fejlesztésére törekszik.
- A nők – részben a hagyományos nemiszerep-elvárásokhoz való igazodás vágya miatt – fogékonyabbak a *szülői készségek* megtanítását célzó csoportmódszerekre. A szülőszerep elfogadását, illetve annak örömforrásként való átélését segítő technikáknak különösen a felépülő függők esetében van jelentősége. Mindez kiegészíthető a női szerepvállalással kapcsolatos konzultációkkal – pl. naplóíratással és annak megbeszélésével – is (egészségügyi kérdések és szexuális problémák megvitatása; a hagyományosan előírt „női alárendelődés” megkérdőjelezése stb. témakörökben).
- A nők önállóságát – pl. a szerfüggő/erőszakos partnertől vagy a családtól való függetlenedését – elősegítő, képzést, szakmák elsajátítását célzó programok különösen hatékonyak tűnnek a kutatások alapján.

Droghasználó roma fogvatartottakkal végzett terápiás munka

Egy roma szerhasználókkal foglalkozó kutatási tervem kapcsán egy cigány ismerősöm korábban erős kételyeinek és aggodalmainak adott hangot: „*Mi szükség van arra, hogy a roma drogfüggőket a nem romáktól elkülönülten vizsgáljuk?*”, kérdezte. „*Ha bemegyek egy ambulanciára, azt szeretném, ha ugyanúgy ellátnának, mint a nem cigányokat.*” Annak ellenére, hogy igyekeztem megérteni a barátom félelmeit – „*Egy újabb indok arra, hogy megbélyegezzék a cigányokat: most már a »drogos« címkét is megkapják!*” –, nem tudok egyetérteni vele. Amennyiben az odafigyelést és a maximális segítségnyújtást kérjük számon a segítő központokon, indokolt az „ugyanolyan ellátás” igénye. Másrészről azonban figyelembe kell vennünk a romák alább részletezett sajátosságait is, azaz a programnak megítélésem szerint nem „ugyanolyannak”, hanem a kezelni kívánt személyek speciális igényeihez illeszkedőnek kell lennie.

A roma fogvatartottak számarányáról nem állnak rendelkezésünkre pontos adatok. HUSZÁR László 1997-ben megjelent tanulmányában a következőket írja: *„Elmondható, hogy a romaság példátlan mértékben felülreprezentált a börtönnépességben, bár a köztudatban (a szakmaiban is) élő becslések (60–80%) túlzónak bizonyultak. Elfogadva KEMÉNY István nemrégiben publikált becslését, miszerint a magyar lakosság kb. 4,5%-a roma, ehhez képest a börtönlakó cigányok aránya (adataink alapján) minimálisan is több mint hatszoros (30%), reálisan nyolcszoros (40% körül) az országos arányhoz képest.”* A nagyarányú roma fogvatartott jelenléte a hazai börtönökben alighanem önmagában is indokolja a cigány szerhasználók témakörével való kiemelt foglalkozást.

Egy, a közép-kelet-európai romák kábítószer-használatát feltérképező tanulmány (GRUND és mtsai., 2007) szerint az intravénás droghasználat rendkívül elterjedt a cigányok körében. Míg a '90-es éveket megelőzően a romák elsősorban alkoholt, gyógyszereket és szerves oldószereket fogyasztottak, addig a rendszerváltást követően a cigány közösségek – különösen a nagyvárosokban élők – megtapasztalhatták a nyugati típusú „heroinjárványt” is. A fiatal roma generáció opiátérintettségét a nem romákénál magasabbra becsülhetjük, a heroin mellett ugyanakkor népszerűek a kannabiszszármazékok és a szintetikus partidrogok is. A kutatásban szereplő cigány fiatalok igen korán kezdtek el dohányozni, illetve drogokat és szerves oldószereket használni („szipuzni”); gyakran már a kipróbálás szakaszában kemény drogokkal kísérleteztek, ami a függőség kialakulásának kockázatát növeli. A problémás droghasználatot előrejelző fontosabb tényezők továbbá az iskolai lemorzsolódás, a munkaerő-piaci hátrányos megkülönböztetés és a munkanélküliség. A lehetőségek hiányának következtében a romák könnyebben kerülnek kapcsolatba a feketegazdasággal – pl. a prostitúcióval és a drogkereskedelemmel –, amelyek ugyancsak elősegítik a problémás szerhasználat kifejlődését. A romák nehezebben jutnak hozzá a terápiás lehetőségekhez – felvilágosításhoz, gyógykezeléshez – és az ártalomcsökkentő szolgáltatásokhoz – pl. steril tűkhöz – is.

A nem romákkal ellentétben a romák inkább *csoportos kábítószer-használatra* hajlamosak, ami „valószínűleg a roma közösség szorosabb jellegével függ össze” (GRUND és mtsai., 2007). A rokonság és a közösség fontosságát a saját tapasztalataim is alátámasztják. Egy 26 éves heroinfüggő fiatalember mesélte a következőket: *„A bátyám heroinfüggő, én is az vagyok már 11 éve. Miután szabadultam, rövid ideig nem csináltuk a testvéremmel, de aztán ő visszaesett, én meg úgy éreztem, nem hagyhatom magára. Nem engedhetem, hogy egyedül járjon dealerekhez meg boltozni. Én sem maradtam tiszta.”* Függetlenül attól, hogy mit gondolunk a visszaeséshez vezető egyéb tényezőkről, fontos megértenünk, hogy *maga a páciens* nagy jelentőséget tulajdonít a családi kapcsolatok erősségének a helyzet interpretálásakor. Hasonló témákról ír egy 32 éves férfi páciensem: *„Én is oláh cigány vagyok, és tudom, hogy nálunk elég nagy szegény, ha az ember drogozik, olyannyira, hogy én a mai napig nem merek rágyújtani az édesapám előtt, aki meglehetősen hagyománytisztelő ember.”*

Nem azért, mert tartok az apai szigortól, hanem egyszerűen szégyeltem magam. Akkor hogy mernék az apám szeme elé kerülni heroinosan, amikor taknya-nyála egybefolyik az embernek? Á, soha!”

A kezelési lehetőségekre rátérve: GRUND és mtsai. kutatásaiban (2007) a legtöbb válaszadó egyetértett abban, hogy *roma aktivistáknak* kellene részt venniük a prevencióban és a kezelési eljárások kidolgozásában. Maguk az aktivisták hangsúlyozták, hogy a droghasználat visszaszorítását célzó programok szerves részévé kellene tenni a *roma kulturális identitás erősítését*. Ez egyfelől jelentheti azt is, hogy a vallásos hitre és a családi/közösségi kapcsolatokra mint *erőforrásokra* lehetne építeni a gyógyulási folyamat elősegítése során. Kiváló példáját nyújtja mindennek a már említett férfi kliensem írásának egy részlete: *„Gyerekkori jó barátom heroinfüggő volt, és az lett a vége, hogy belehalt. Nálunk, cigányoknál, ha valaki meghal, akkor a temetése napjáig virrasztunk. Elmentem én is, és mint a legjobb barátját, megkértem a rokonai, hogy beszéljek a többi fiatallal, hogy adják ki azt a gyereket, aki a halála előtt vele volt, és hogy szóljak rájuk, hogy fejezzék be a kábítószereszt. Persze felálltam a sok cigány előtt 17 éves fejjel, és kihirdettem a virrasztáson jelen lévőknek, hogy onnantól kezdve bárkit meglátok bedrogozva, azt pofon fogom verni. A szüleiknek is kijelentettem, hogy nem szólhatnak semmit értük, mert inkább mi verjük meg őket, mint hogy meghaljanak.”* Természetesen nem gondolom, hogy a „pofon verés” önmagában működőképes módszer – a részlet azonban a pozitív célok érdekében mozgósítható közösségi összefogásra mindenképp jó példa.

A romaidentitás támogatása másfelől a pozitív önazonosság felépítését és a büszkeség erősítését jelenti. (Ami meglehetősen nehéz feladat a börtönökben, ahol a bűnelkövető cigányok egy része egyetért a romákra vonatkozó negatív sztereotípiákkal, és önmagára vonatkoztatva beigazolódni látja azokat. *„A cigányoknak a vérükben van a bűnözés, én is ezért vagyok itt!”* – vélik egyesek. Ezekben az esetekben a hiedelmek vizsgálatának kognitív módszerét használhatjuk a pozitív romaidentitás újjáépítésére, és a „véremben van” típusú gondolatok helyett az egyéni felelősségvállalás átgondolására.) A bizalom kiépítése, egymás kölcsönös tiszteletben tartása és a pozitív romakép megteremtése érdekében hasznos lehet – bár számos buktatót is magában hordoz –, ha a csoportvezető vagy az egyéni esetkezelő akár néhány mondatot megtanul lovári nyelven (részletesen ld. Fiáth, 2011). A nők és a fiatalok programjaihoz hasonlóan a romákkal való terápiás munka is akkor lehet igazán eredményes, ha a továbbtanulást célzó iskolai, illetve a munkaerőpiacon való elhelyezkedést elősegítő felvilágosító és egyéb programokkal egészül ki (pl. információnyújtás pályázatokról, tanulási lehetőségekről, lakhatási támogatásokról stb.).

Kitekintés

Hazai és külföldi kutatások alapján nyilvánvaló, hogy a fogvatartottak körülbelül fele kapcsolatba került már illegális drogokkal. A büntetés-végrehajtás feladata nem szűkíthető le arra a – jobbára

teljesíthetetlen – tevékenységre, hogy az intézetek falain belül biztosítsa a drogmentes környezetet. Az illegális kábítószer terjedése mellett napjainkban óriási problémát jelent a Rivotril nevű nyugtatószer használata (ld. FLIEGAUF, 2008), illetve a testtömegnövelőkkel való visszaélés is (ld. FIÁTH és mtsai., 2010). Illúzió lenne azt gondolnunk, hogy az egyes intézetekben kialakított, 10–20 fővel működő drogprevenciós körletek átfogó megoldást kínálhatnak akár a börtönön belüli, akár a szabadulást követő szerhasználat problematikájára.

Tanulmányomban amellet igyekeztem érvelni, hogy a hatékony segítségnyújtásnak mind a kezelésbe vontak számának növelését, mind a programokat biztosító szakszemélyzet kiszélesítését érintenie kell. Drogmentes körletek és terápiás közösségek létesítése, az elterelés program lebonyolítása és az egyéni esetvezetések biztosítása mellett a büntetés-végrehajtásnak törekednie kell arra is, hogy a fennmaradó, nagy létszámú, drogérített fogvatartotti populáció minél több tagját megszólíthassák a programok. Ennek érdekében egyfelől érdemes a célkitűzéseinket bővíteni (azaz a büntetés-végrehajtás ne egyszerűen a „drogmentes börtön” koncepciójában, hanem a kábítószer-probléma szélesebb társadalmi kezelésében is váljon érdekeltté). A hatékonyság szempontjából rendkívül fontos, hogy a speciális csoportok – fiatalok, nők, a többségi társadalomtól eltérő etnikumokhoz tartozók, külföldiek – igényeinek kielégítése mellett vegyük figyelembe a szolgáltatás *folytonosságát* is. Amennyiben a szabadulás utáni életminőség javítását és a beilleszkedést is célul tűzzük ki, elengedhetlenné válik azokkal a civil szervezetekkel való együttműködés, akik a *híd* szerepét tölthetik be a börtönökben zajló terápiás programok és a civil élet nyújtotta lehetőségek között.

Külső munkatársak alkalmazásával nemcsak nagyobb fogvatartotti csoportokat vonhatunk be a drogprogramokba – amelyek elérésére az intézeteknek nincs humánerőforrás-kapacitása –, hanem biztosíthatjuk az eredmények fenntartását is. A Váltó-sáv Alapítvány vagy a Névtelen Drogosok börtönökben rendezett csoportfoglalkozásain való részvétel például folytatódhat, ha a fogvatartott civilben is ellátogat a megadott címekre, és részt vesz az üléseken, vagy él az irodák által felkínált segítséggel. Néhány esetben előfordult már – és támogatandónak tartom a kezdeményezést –, hogy egy-egy fogvatartott a szabadulása után további egyéves rehabilitációt vállalt (a ráckeresztúri Kallódó Ifjúságot Mentő Missziónál vagy a budapesti Emberbarát Alapítvány otthonában): ezekben a központokban nemcsak a lakhatási problémákra kínálnak azonnali megoldást, de a további személyiségfejlesztéssel, illetve a tanulási és munkába állási lehetőségek felkínálásával a tartós józanságot és szociálpozitív célok követését is biztosítják.

A börtönökben a kábítószer-problémát kezelő programok olyan emberekhez is eljuttathatók, akik a zárt intézeteken kívül „láthatatlanok”, vagy nagyon nehezen elérhetőek (bűnözők, hajléktalanok stb.). A bv. intézeteknek tehát óriási lehetőségei vannak abban, hogy a józan(abb) életvitelt és a proszociális értékeket/normákat a drogérítették számára vonzóvá és követendővé tegyék. Ugyanakkor – amint azt

ebben az írásban többször hangsúlyoztam már – az addikció nemcsak a teljes személyiség, hanem a *társadalom egészének* problémája is. Közösségi összefogás és egyértelmű szándék nélkül a börtönökben elért eredmények nehezen lesznek fenntarthatóak a szabadlábra bocsátást követően – az ezzel kapcsolatos felelősséget pedig már hiba volna kizárólag a büntetés-végrehajtásra hárítani.

Felhasznált irodalom

- B. ERDŐS Márta., BRETTNER Zsuzsanna, MIHALDINECZ Csaba, KELEMEN Gábor.: "Az eltűnt idő nyomában" –A drogfüggőség és a felépülés időélménye. *Addiktológia*. 2006; (5)4: 300–318.
- BALETKA Dawn Marie, SHEARER Robert A.: Assessing Program Needs of Female Offenders Who Abuse Substances. In.: Sims, B. (ed.) *Substance Abuse Treatment with Correctional Clients*. New York: The Haworth Press, 2005.
- BODROGI Andrea: Az addikciók viselkedésterápiája. In: MÓROTZ Kenéz, PERCZEL FORINTOS Dóra. (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest: Medicina Kiadó, 2005.
- BUDA Béla.: Az addikciók pszichoterápiája. In: DEMETROVICS Zsolt (szerk.): *Az addiktológia alapjai III*. Budapest: Eötvös Kiadó, 2009.
- CSÁKI Anikó, MÁRTON Andrea, MÉSZÁROS Mercedes.: A fogva tartott drogfogyasztók főbb jellemzői. *Börtönügyi szemle*. 2010; (29)2: 31–52.
- DEMETROVICS Zsolt: A drogfüggőség pszichodinamikus megközelítése. In: DEMETROVICS Zsolt (szerk.): *Az addiktológia alapjai I*. Budapest: Eötvös Kiadó, 2007.
- DSM-IV Text Revision: A DSM-IV módosított szövege*. Budapest: Animula Kiadó, 2001.
- FIÁTH Titanilla: Avri sim idegileg. Lovári nyelv a börtönben. *Élet és irodalom*. 2011; (55)6: 13.
- FIÁTH Titanilla, NEMSZILAJ Anita, SEBESTYÉN Krisztina, RÓZSA Sándor: Testképzavar, testedzésfüggőség és szteroidhasználat a börtönvilágban. *Börtönügyi Szemle*, 2010; (29)2. 59–68.
- FLIEGAUF Gergely: A fogvatartottak illegitim nyugtatószer-használata: Rivotril-probléma a magyar börtönökben. *Börtönügyi Szemle* 2008; (27)4. 43–57.
- FORTINO, D.: *Affect Regulation, Emotional Intelligence and Addiction: A Five-Factor Personality Model and Neuropsychological Study to Assess Treatment Outcome and Efficacy in Heroin Users*. Dissertation, 2002.
- GEREVICH, József: Kémiai függőségek pszichoterápiája. In.: SZÓNYI Gábor, FÜREDI János. (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest: Medicina, 2000.
- GEREVICH József, MATUSZKA Balázs, MOLNÁR Orsolya: A drogfüggőség pszichiátriai komorbiditása. In: DEMETROVICS Zsolt (szerk.): *Az addiktológia alapjai III*.. Budapest: Eötvös Kiadó, 2009.
- GILLESPIE, Wayne: A Multilevel Model of Drug Abuse Inside Prison. *The Prison Journal*. 2005; (85)2: 223–246.

- GLASER Bian. A., COHEN Peter J.: Treating Juvenile Substance Abuse in the Institutional Setting. In.: SIMS, B. (ed.) *Substance Abuse Treatment with Correctional Clients*. New York: The Haworth Press, 2005.
- GRUND Jean-Paul, ÖFNER Paul, VERBRAECK, Hans T.: *Marel o Del, kas kamel, le romes duvar. Droghasználat és HIV-kockázat a romák körében*. Budapest: L'Harmattan Kiadó, 2007.
- HOYER, M.: A nem szerepe az addikciók terápiájában. In: DEMETROVICS, Zs (szerk.): *Az addiktológia alapjai III*. Budapest: Eötvös Kiadó, 2009.
- HOYER Mária: A sóvárgás szerepe az addikcióban: mélylélektani szempontok. In: DEMETROVICS Zsolt (szerk.): *Az addiktológia alapjai III*. Budapest: Eötvös Kiadó, 2009.
- HOYER Mária, Tremkó Mariann: Az ópiátfüggők klinikai pszichodiagnosztikája. *Pszichoterápia*. 2002; 11(1): 28–33. p.
- HUSZÁR László: Romák, börtönök, statisztikák. *Amaro Drom*. 1997; (7)8.
- KHANTZIAN Edward J.: An Ego/Self Theory of Substance Dependence: A Contemporary Psychoanalytic Perspective. In: Lettieri, D. J., Sayers, M. (eds): *Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives*. Maryland: NIDA, 1980.
- LEUKEFELD Carl. G., TIMS Frank R.: Drug Abuse Treatment in Prisons and Jails. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1993; 10: 77–84.
- MALAN David H.: *Egyéni dinamikus pszichoterápia*. Budapest: Animula Kiadó, 1990.
- MCINTOSH James, SAVILLE Esther: The Challenges Associated with Drug Treatment in Prison. *Probation Journal*. 2006; (53)3: 230–247.
- MIKOLAY Sándor, SZEIDL Tamás, BÁRSONY Erika, MIHÓCZA Csaba: Terápiás közösség kialakítására tett kísérlet a Közép-dunántúli Országos Bv. Intézet drogprevenciós csoportjában. *Börtönügyi Szemle*. 2010; (29)4: 59–72.
- NEALE Joanne, ROBERTSON Michele, SAVILLE Esther: Understanding the Treatment Needs of Drug Users in Prison. *Probation Journal*. 2005; (52)3: 243–257.
- PAKSI Borbála: A magyar társadalom drogérintettsége. In: DEMETROVICS Zsolt (szerk.): *Az addiktológia alapjai I*. Budapest: Eötvös Kiadó, 2007.
- Paksi Borbála, Arnold, P.: Speciális populációk drogérintettsége. In: Demetrovics Zsolt (szerk.): *Az addiktológia alapjai III*. Budapest: Eötvös Kiadó, 2009.
- PAKSI Borbála, ARNOLD Petra: A jogerősen elítélt fogvatartottak droghasználata. *Börtönügyi szemle*. 2010; (29)1: 1–23.
- PERCZEL FORINTOS Dóra: A kognitív szemlélet alapvonalai. In.: MÓROTZ, PERCZEL FORINTOS, D. (szerk.) *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest: Medicina Kiadó, 2005.
- PERCZEL FORINTOS, D.: A motivációs interjú. In.: MÓROTZ Kenéz, PERCZEL FORINTOS Dóra (szerk.) *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest: Medicina Kiadó, 2005.

- PRENDERGAST, Michael, CAMPOS Michael David, FARABEE David, EVANS, William, MARTINEZ Julian: Reducing Substance Use in Prison: The California Department of Corrections Drug Reduction Strategy Project. *The Prison Journal*. 2004; (84)2: 265–280.
- PRENDERGAST Michael, WEXLER Harry K.: Correctional Substance Abuse Treatment Programs in California: a Historical Perspective. *The Prison Journal*. 2004; (84)1: 8–35.
- PROCHASKA James O., NORCROSS John C., DICLEMENTE Carlo C.: *Valódi újrakezdés*. Budapest: Ursus Libris, 2009.
- RÁCZ, J.: A droghasználat megelőzése – prevenciós modellek és programok. In: Demetrovics, Zs (szerk.): *Az addiktológia alapjai I*. Budapest: Eötvös Kiadó, 2007.
- RÁCZ, J.: Konzultáció. In: DEMETROVICS, Zs (szerk.): *Az addiktológia alapjai III*. Budapest: Eötvös Kiadó, 2009.
- RÁCZ József: Az „elterelésről”. Szakirodalmi összegzés. *Addiktológia*. 2005; (4)1.: 89–102.
- SHEARER Robert A.: Treatment Motivation Characteristics of Offenders Who Abuse Substances. In.: SIMS, B. (ed.) *Substance Abuse Treatment with Correctional Clients*. New York: The Haworth Press, 2005.
- SIMS Barbara: Treating the Substance-Addicted Offender: Theory and Practice. In.: SIMS Barbara (ed.) *Substance Abuse Treatment with Correctional Clients*. New York: The Haworth Press, 2005.
- SZALAI Tímea (szerk.) *A Büntetés-végrehajtási Szervezet Évkönyve*. Budapest: Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága, Sajtó Iroda, 2010.
- SZŐNYI Gábor: A pszichoterápiák bentlakásos intézményi alkalmazása. In.: SZŐNYI Gábor, FÜREDI János (szerk.) *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 2000.
- SZŐNYI Gábor: A pszichoterápiák osztályozása. In.: SZŐNYI Gábor, FÜREDI János (szerk.) *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 2000.
- TOPOLÁNSZKY Ákos: A terápiás közösségek új generációi. In: DEMETROVICS Zsolt (szerk.): *Az addiktológia alapjai III*. Budapest: Eötvös Kiadó, 2009.
- URBÁN Róbert: A motivációs interjú. In: DEMETROVICS Zsolt (szerk.): *Az addiktológia alapjai III*. Budapest: Eötvös Kiadó, 2009.
- WURMSER Leon: Drug Use as a Protective System. In: LETTIERI Dan J., SAYERS Mollie (eds): *Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives*. Maryland: NIDA, 1980.

Csáki Anikó-Mészáros Mercedes: „Oázis a sivatagban...” Reszocializációs programok büntetés-végrehajtási intézetekben és szabadulás után: a jó gyakorlatok tapasztalatai

„Jó dolognak tartom a Váltó-sáv kezdeményezését, jót tesz a benti embereknek. Heti egyszeri alkalom, elkülönítés a többiektől, változatos téma, vélemények kifejtése, elbeszélgetések, mindenképpen pozitív hatással vannak a benti fogvatartottakra.”

„Nagyon jó hangulatú, légköri találkozók voltak. Ezen körülmények között oázis a sivatagban. Kint is folytatható lenne...”

„A feladatok megoldása és kitöltése átmozgatta a gondolkodásomat. Szeretném, ha ezt lehetne folytatni.”

Mi az, ami segítette, és mi az, ami akadályozta aktív részvételedet?

„Jó témák és beszélgetések voltak. Jól éreztem magam. Köszönöm, hogy részt vehettem ezeken a foglalkozásokon. Sok mindent másképpen látok és másképpen is értékelek bizonyos dolgokat.”

„Segített az a tény, hogy valószínűleg jól fogom érezni magam. Ezáltal kikapcsoltam a rossz gondolataimat. Akadályozta: nem teljesen gördülékeny lejutás a foglalkozásokra (értsd: bv. intézetben).”

„Engem az segített, hogy bíztattak folyamatosan, mondták, hogy nyugodtan lehetek aktívabb, nem kell ilyen visszahúzódnak lennem úgy általában sem. Nem akadályozott semmi.”

„Segítette a sok biztatás, az érdekes feladatok és a bizalmatok felénk. Akadályozta: néha ingerült voltam, fáradt, de ez, szerencsére, ritkán fordult elő.”

Kérjük, írd le, mit hiányoltál a képzésből!

„Nincs bennem hiányérzet, mert már 5 év 8 hónapja bent vagyok, és ez idő alatt nem éreztem ilyen jól magam, mint ezen a 20 alkalmon.”

A képzésen különösen tetszett *„a hozzáállásokat és a megértéseket (értsd: csoportvezetőké, segítőké)”*

A képzésen különösen tetszett, *„hogy jó hangulatot tudtak teremteni a csoportvezetők, akármilyen letargiában is volt valaki.”*

A képzésen különösen tetszett, *„hogy a csoportvezetők segítőkészek, humorosak, és jókedvet hoznak. Meg az A., mert azért gyúrok⁵³, hogy olyan legyek, mint ő!”*

A képzésen különösen tetszett, *„a csoportvezetők. Zs.: teljes bedobással, kiváló szakember. H.: megértő, nem erőszakos, tisztelettudó, normális. D.: kedves szintén, mint a másik két kollégája, hasonló módszerekkel közelíti meg a munkáját és az embereket.”*

A képzésen különösen tetszett, *„hogy mindig valami kis újat csináltunk.”*

⁵³ Testépítés, testedzés.

A képzésen különösen tetszett „a csoportvezetők, akik körültekintőek, türelmesek.”

Véleményed szerint hasznos egy ilyen csoport? Miért igen, és miért nem?

„Igen, mert sok dolgot meg lehet beszélni a szabadulásról és az elképzelt életéről. És azért, mert így tudok magam elé célt kitűzni, és azt is tudom, hogy ezeket a célokat elérhetem.”

„Igen, hasznos, mert a résztvevők a sok érdekes dolog mellett foglalkoznak valóban fontos témákkal is, azaz magukkal, az életükkel.”

„Igen, hasznos, mert most már kezdem tudni, hogy még talpra tudok állni a civil életben, és ezt Ti mutatták meg.”

(Részletek fogvatartott klienseink értékeléseiből)

A Váltó-sáv Alapítvány mint országosan működő civil szervezet **célja és feladata** a fogvatartottak és a szabadultak társadalmi és munkaerő-piaci beilleszkedésének támogatása, azaz a büntető eljárásban terheltnek minősülők megkeresése, gondozása, képzése, mentálhigiénés ellátása, reszocializációja/(re)integrációja/rehabilitációja.

Tevékenységünk lényege a **folyamatos (utó)gondozás** (a kliensekkel történő kapcsolatfelvétel már a büntetés-végrehajtási intézetben megkezdődik, majd folytatódik a szabadulás előtti, alatti és utáni krízisben, majd szabadulás után), ill. a **civil támogató rendszer (= mentorrendszer)**. Hitünk és tapasztalataink szerint a biztonságos emberi/segítői/civil kapcsolat kiépítése már a büntetés-végrehajtási intézeten belül, a bizalom elnyerése és megszilárdulása, a folyamatos érzelmi biztonság megteremtése, az elfogadó közösség segítségnyújtása a szabadulás krízisének csökkentését, valamint a visszaesés megelőzés alappilléreit jelentik.

Programunk 1997-ben indult egy másik szervezet keretein belül, majd 2002 augusztusában önálló szervezeti keretek között kezdtük meg működésünket. Az Alapítvány bejegyzésének dátuma: 2002. 09. 24.

Fő tevékenységeink:

- bűnmegelőzés (primer, szekunder, terciér) – felvilágosító, megelőző beszélgetések szervezése, lebonyolítása;
- a visszaesés megelőzése (tercier kriminálprevenció);
- folyamatos (utó)gondozás biztosítása, civil támogató rendszer (= mentorrendszer) működtetése, ill. szocializáció-reszocializáció; a börtönszocializáció megszüntetésének/megszűnésének támogatása;
- életvezetési segítségnyújtás, a szociokulturális hátrányok leküzdésének segítése;

- kriminális és szenvedélybeteg fiatalok rehabilitációjának, reszocializációjának, reintegrációjának támogatása;
- egészségfejlesztés, egészségnevelés;
- szociális információs szolgáltatás biztosítása a klienscsoport és hozzátartozóik számára;
- személyes problémák pszichoszociális kezelése, gondozása; mentálhigiénés ellátás;
- probléma- és konfliktuskezelési készség javítása, segítése;
- oktatási/képzési programok biztosítása ill. ilyen jellegű programokba való bekapcsolódás támogatása - különös tekintettel a középiskolai tanulmányok és az érettségi vizsgára való felkészítés/felkészülés segítése, ill. ehhez kapcsolódóan speciális, személyközpontú tanulási/tanítási programok és gondozás megszervezése és végzése;
- a társadalomba való be- ill. visszailleszkedést segítő, speciális segítő-problémafeltáró csoportok szervezése, működésének támogatása, biztosítása;
- ex-kriminális életvezetésű fiatalok bevonása a gondozói munkába, segítő munkára való képzésük támogatása;
- családgondozás;
- előítélet csökkentés;
- szakmai találkozók szervezése, módszercserék koordinálása, ill. módszertani- és kutatómunka végzése a deviancia illetve annak kezelési formáit illetően, különös tekintettel a kriminális életvezetés tekintetében
- összességében: szociális/segítő munka megvalósítása a büntető eljárásban terhelt, bűnelkövető fiatalok esetében.

A Váltó-sáv Alapítvány **közhasznú tevékenységként** a következő cél szerinti tevékenységeket végzi:

- hátrányos helyzetű – kiemelten a büntető eljárásban terhelt és kriminális életvezetés – csoportok társadalmi esélyegyenlőségének elősegítése,
- rehabilitáció, reszocializáció, (re)integráció,
- munkaerő-piacon hátrányos helyzetű csoportok képzésének, foglalkoztatásának elősegítése és a kapcsolódó szolgáltatások,
- gyermek- és ifjúságvédelem,
- nevelés, oktatás, képességfejlesztés, ismeretterjesztés,
- információnyújtás, tanácsadás,
- tudományos tevékenység, kutatás,
- kulturális tevékenység.

Az Alapítvány megalakulása óta foglalkoztat szabadságvesztéses fogvatartásból szabadultakat (egyszerre 2-5 főt) különböző munkakörökben: irodai munka, gépkocsivezetés (sofőr), asszisztens, segítő munkatárs. Jelenleg 2 fő tapasztalati munkatársunk van (mindkettő heti 30 órában). Szervezetünkönél közérdekű munka büntetést is lehet tölteni.

A Váltó-sáv Alapítvány projektjei:

Büntetés-végrehajtási intézetben:

- Szabadulásra felkészítés (Fókuszban a szabadság: felkészülés/felkészítés a szabadulásra)
- Kortárs/sorstárs segítő képzése

Büntetés-végrehajtási intézetben és szabadulás után:

- Váltó Program (középiskolai tanulmányok és segítő/reszocializációs munka egysége fogvatartottak és szabadultak számára)
- Szociális munka a büntetés-végrehajtásban és szabadulás után
- Kompetencia fejlesztés
- Váltó-sáv Információs Bázis (a célcsoport, a hozzátartozók és a szakemberek számára releváns információk gyűjtése, tárolása, megosztása)
- Hozzátartozó Csoport (minden hónap utolsó péntekén)
- Egészségfejlesztés

Szabadulás után:

- „Job coaching” – szabadultak foglalkoztatása, munkába helyezése és ott-tartása
- Félutas lakás program (lakhatási /komplex/ segítségnyújtás)
- Diszkrimináció elleni küzdelem

Számadataink: 2010-ben legalább egy személyes találkozón résztvevők száma: 431 fő. Ebből 81 fő szabadult, 350 fő fogvatartott volt. A kliensek közül 43 fő volt nő (közel 10 %), míg 388 fő volt férfi. A Váltó Programban 25 fő vesz részt.

Munkatársak: jelenleg 12 fő dolgozik az Alapítványnál, ebből 2 fő önkéntes, 2 fő pedig tapasztalati munkatárs. Képzettség szerinti megoszlás: szociális munkás, pszichológus, középiskolai tanár, bölcész, felsőfokú narkológiai szakember, ifjúságsegítő, kereskedelmi üzemgazdász, könyvelő.

Finanszírozás: működésünk kezdete óta a megvalósításhoz szükséges forrást legnagyobb részt pályázatokból szerezzük, azaz fix bevételünk, állami normatívánk nincs.

A Váltó-sáv Alapítvány tagja a Munkáltatói Esélyegyenlőségi Fórumnak (MEF), valamint a Magyar Drogprevenációs és Ártalomcsökkentő Szervezetek Szövetségének (MADÁSZSZ).

Célcsoportunk: fogvatartottak és szabadultak

B. J. 29 éves fiatalember, szülei elváltak, édesanyja prostituált volt. Amikor J. kb. 14-15 éves volt, édesanyja elhagyta az országot, és azóta is külföldön él. J. néha beszél vele telefonon, ennél mélyebb kapcsolatuk nincs. J. tehát 14-15 éves korától élt egyedül; édesapjával hosszú ideig nem találkozott, csak néhány éve vette fel vele a kapcsolatot. Édesapja azóta újra megházasodott, abból a házasságából 10 gyermeke született. J. már 13-14 éves korában javítóintézetbe került, tizenéves korától az életútját az anyagozás (= kábítószer-fogyasztás) és a bűnözés határozta meg. Kb. 10 éven keresztül használt elsősorban heroint. Nagyon sok, elhúzódó büntetőügye volt és van. Egy hosszú rehabilitációs intézet programjából kikerülve munkát és tanulási lehetőséget keresett.

O. Zs. 29 éves roma férfi, 8 évet töltött börtönben. O. kicsi korától állami gondozott, szüleit egyáltalán nem ismeri. Kezdetben nevelőszülőknél élt, majd 5 éves korában nevelőotthonba került, ahová nem tudott beilleszkedni, mert hiányoztak neki nevelőszülei, ezért többször szökéssel próbálkozott. Mivel a nevelőotthon szabályait több alkalommal is megsértette, 14 évesen a z.-i javítóintézetbe helyezték. Ebben az időben szenvedett motorbalesetet, lába súlyosan megsérült, fájdalmait hosszú időn keresztül fájdalomcsillapítókkal enyhítették. Ekkor szokott rá a kábítószerekre is, melyeket ezután 6 éven keresztül rendszeresen fogyasztott. 15 éves korában fejezte be az általános iskolát, majd egy könyvkötő szakmunkásképzőt is elvégzett. 17-18 éves korában kikerült az állami gondoskodás intézményrendszeréből, és egy társaság, „banda” tagjává vált, melynek központi értékeit a pénz, a motorozás és a kábítószer-fogyasztás jelentette. O. több éven keresztül kábítószer-terjesztésből és csempészésből tartotta fenn magát. Először 18 éves korában került bíróság elé, garázdaság vádjával. Szabadulása után munkát keresett és továbbtanult.

G. M. 29 éves férfi, csoportos rablás miatt 4,5 évet töltött büntetés-végrehajtási intézetben. M. 18 éves kora óta bűnözött, dealer volt (= kábítószert árult) és bűncselekményeit is ezzel összefüggésben követte el. Szabadulása után M. korábbi lakóhelyére, O.-ra tért vissza. Tervezte, hogy munkába áll, ugyanakkor azt is gondolta, hogy 70.000 Ft-os fizetésért nem kíván dolgozni, és a biztosabb megélhetés miatt a későbbiekben inkább majd külföldön vállal munkát. Szabadulása után gyorsan, 2 héten belül szobafestő-mázoló-tapétázó munkakörben sikerült elhelyezkednie. Munkaadójával őszintén megosztotta, hogy az elmúlt éveket börtönben töltötte, aki ezzel együtt, vagy ennek ellenére is alkalmazta őt (a fiatal, egyéni vállalkozó édesapja is volt már büntetve). Ugyanakkor munkaszerződést nem kötött M.-mel, a munkáltatásra feketén került sor. G.M. 2 éve az idegenlégióban van.

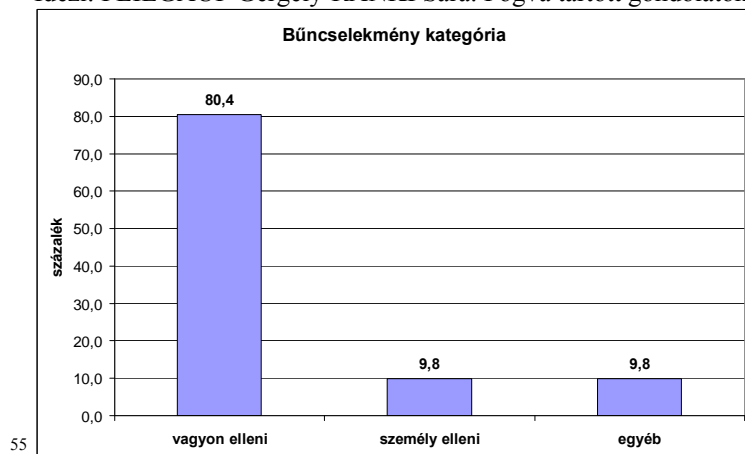
Célcsoportunk fogvatartottak és szabadultak, elsősorban fiatalok, akikre a demográfiai mutatók közül az alacsony iskolai végzettség és jövedelem, a rossz szociális és gyenge munkaerő-piaci státusz, a szakképzettség hiánya, a szenvedélybetegség stb. a jellemző. A célcsoport esetében a nagy kockázatú magatartásminták rögzülhetnek, a totálisan zárt világban (börtön) a társadalmi, gazdasági részvétel lehetőségétől leginkább elzártak, hátrányaik széles spektrumúak, tudás-, ismeret- és készségdeficit jellemzi őket. Többen bekerülésük előtt alkalmi szerhasználók voltak, vagy szenvedélybetegek. A visszaesők vizsgálatánál azt tapasztaltuk, hogy a fiatalkori bűnözés megnöveli a „kARRIERBŰNÖZŐVÉ”

válás esélyét: az életkor emelkedésével egyre magasabb a visszaesők aránya. Kutatási eredményeink alapján a visszaesés megelőzésének négy jelentős eleme a munkalehetőség, a képzettség/tanulási lehetőség, a biztos lakhatási körülmények, valamint a tartós emberi kapcsolatok megléte. A börtönvilág speciális érték- és normarendszere a személyiséget károsíthatja. A legégetőbb hiány az érzelmi kielégületlenség — a kívülről érkező, társas, emberi kapcsolatok hiánya -, mely a lelki egyensúly fenntartásában, és a visszailleszkedés szempontjából fontos. A depriváció és a frusztráció következményei az introvertálódás, a hosztilitás, az agresszió, az institucionalizálódás, a dependencia, az infantilizálódás és döntésképtelenség, valamint az önértékelés csökkenése. Alapvető szükségletük a társadalmi integráció szubjektív és objektív feltételeinek megteremtése.

Kutatások szerint (TITTLE és MEIER, 1991.)⁵⁴ összefüggés van a **SES** (szocio-ökonómiai státusz), a csoportheterogenitás, az urbanizáció, a csoportstabilitás, a magas bűnözési mutató és a faji összetétel között a fiatalok utcai csoportjainál. Nyilvánvaló kapcsolat van a gazdasági tevékenység és a társadalmi élet között. Ilyen módon a gazdasági magatartás és a társadalmi státusz között is kapcsolat van. A leggyakrabban elkövetett bűncselekmények vagyon elleniek⁵⁵. Ez annak a következménye, hogy a gazdasági szempontból lecsúszott, szorosabb társas csoportok (családok, gengsek) számára a társadalom nem kínál fel legitim érvényesülési lehetőséget. A fogvatartott gazdasági potenciálja a börtönbe kerüléskor közel a nullával lesz egyenlő – a szakirodalom az alacsony SES-t hozott börtönártalomként definiálja.

Az izoláció elkülönítettséget jelent, vagy azt, hogy ez tudatossá válik. A szabadságvesztés-büntetés alapideológiája abban áll, hogy a fogvatartott magatartása káros a társadalomra, ezért a személyt ki kell vonni a szabad életből, falak és rácsok mögé kell zárni, mert a társadalom nem kíváncsi rá, és nem akar vele érintkezni. Az izoláció tehát szociális elkülönítettség, továbbá információhiányt is jelent.

⁵⁴ Idézi: FLIEGAUF Gergely-RÁNKI Sára: Fogva tartott gondolatok. Bp., 2007. L'Harmattan



⁵⁵ 2008-as kutatásunk esetében a minta (58 fő 11 bv. intézetből, 18-30 éves között) több mint 80 százaléka vagyon elleni bűncselekmény elkövetője volt.

Nem coping stratégiáról van szó, hanem a többségi társadalom deviancia-definíciójának való kényszerű engedelmisségről. De:

- 1) A fogvatartott mint állampolgár a társadalom gépezetének alkatrésze (akár a rendőr, a bíró, aki a börtönőr, és még sokan mások).
- 2) A fogvatartott mint ember a társadalom része, nem vonta ki magát, és nem is akarja kivonni magát. A fogvatartott börtönbe zárása legalább egy ember méltóságának megcsorbításával jár.
- 3) A fogvatartott mint családtag, barát, kedves – azaz társas szereppel rendelkező személy – részét képezi több kisebb csoportnak, amik szintén a társadalom részét képezik. Ezek a csoportok nem kívánnak megszabadulni a fogvatartottól. Az ő érdekeiket nem szolgálja az izoláció, hanem éppen ellenérdekelték.
- 4) A fogvatartott izolációja ezen csoport tagjainak további marginalizációját eredményezheti (pl. családfenntartó apa kerül börtönbe). Az ilyen csoportok nagyobb gyakorisággal figyelhetők meg az egyébként is rosszabb szocio-ökonómiai státuszú társadalmi rétegekben. Ezek a közösségek általában szegregálódhatnak a társadalomban.

A fogvatartott fiatalok **külső és belső erőforrásaik** szűkösek, vagy teljesen összeomlottak. Ez az **interperszonális szint** esetében azt jelenti, hogy hiányoznak az alapvető támaszt és szeretetet nyújtó kapcsolatok, vagy ezek a kapcsolatok destruktívvá válnak. Az érzelmi kötődés, ami a biztonság és odatartozás érzését nyújtja, hiányos. A fogvatartottak vonatkozásában ez azt jelenti, hogy a kapcsolatrendszer nagyban befolyásolja az egyén életútját, döntéseit. Amikor megpróbálkozik ezek felszámolásával, megriad attól, hogy egyedül marad a korábbi kapcsolatai nélkül, és ez akkor is riasztó számára, ha már felismeri azok visszahúzó hatásait.

„Furcsa a kapcsolatunk. 17 évesen kiraktak a szüleim, azaz vettek nekem egy lakást, és azt az ultimátumot kaptam, hogy addig ne is menjek haza, amíg meg nem változom. Csak a magatartásommal volt probléma, 4 általános iskolába jártam, mindenhol magatartási problémák miatt rúgtak ki. Többször megverték, anyacsavaron térdéltettek. De nem tudtak rám sehogyan sem hatni... Azért apámon láttam egyszer a büszkeséget, amikor egy szórakozóhelyen találkoztunk, és előálltam az új kocsimmal. Nekem mindig jó autóim vannak. Láttam a büszkeséget a szemében.” (A5)

„Anyámmal jó a kapcsolatom, bár alkoholista, rendszeresen iszik. Apám nem iszik, a testvéreim sem. Szerettem a szüleimmel élni, független attól, hogy gyakoriak voltak a balhék, verekedések. (B14)

„Szerintem nem jó nevelést kaptam. Nagyon elengedett (ti. anya), és azt hitte, az a jó. Mindent magam csináltam, 8. osztály után végérvényesen magam döntöttem a sorsomról, a szüleim jó korán elváltak, tulajdonképpen így nem foglalkoztak velem. Tanultatni kellett volna nekik a 8. osztály után. (A10)⁵⁶

⁵⁶ Az interjúrésztleteket különböző kutatásainkból mellékeljük.

A család és más kiscsoportok vonatkozásában: interjúink és a kérdőívek arról tesznek tanúbizonyságot, hogy a fogvatartottak családi kapcsolatai instabilak, a családban igen gyakoriak (voltak) a konfliktusok. Gyakori az egyszülős modell, valamint felülreprezentált a családon belüli erőszak ill. az alkoholbetegség (kiemelten apa vonatkozásában). A fogvatartottak körében elterjedtek az élettársi kapcsolatok, akár nagyon fiatal kortól. A gyerekek felneveléséhez gyakran a nagyszülők is segítséget adnak. Előfordul, hogy a gyerekek intézetbe kerülnek. A családi kapcsolatok ziláltságának okai lehetnek az alkoholfogyasztás miatt kialakult konfliktusok, valamint ezek anyagi vetületei is. Nehézséget jelent, hogy nincs lehetőségük (lakáskörülmények, anyagi helyzet) független életet élni, elvonulni, intimitási igényük csak korlátozottan kielégített. A fogvatartottak jelentős hányada nem saját tulajdonú, hanem valamelyik családtagja lakásában vagy bérelt ingatlanban él.

„Szüleim 1 éves koromban elváltak. Apámhoz kerültem, ahol nemsokára lett nevelőanyám, akivel nem volt jó a viszonyom. Apám állandóan vert. Így anyámhoz kerültem, de ott meg nevelőapám lett, akivel szintén nem volt jó a viszonyom. 11 éves koromtól – a rendszeres szitkok, szidások és verések hatására – állandóan szökdöstem otthonról. Megmondtam, hogy míg el nem raknak otthonról, szökdösni fogok. Aztán nevelőotthonba kerültem, ahol némiképp lenyugodtam.” (SÁ2)

„Nem kaptam szeretetet sem anyámtól, sem apámtól. Rengeteg veszekedés volt, miattam is sok. Apám, ha tehette, vert, de nem nagyon mert, mert a nagyapám megvédett. Anyám is adott pofonokat. Nem véletlen, hogy több idegösszeroppanást kaptam, voltam ideggondozóban is, most is járok pszichiáterhez, szedek gyógyszereket is.” (SÁ1)

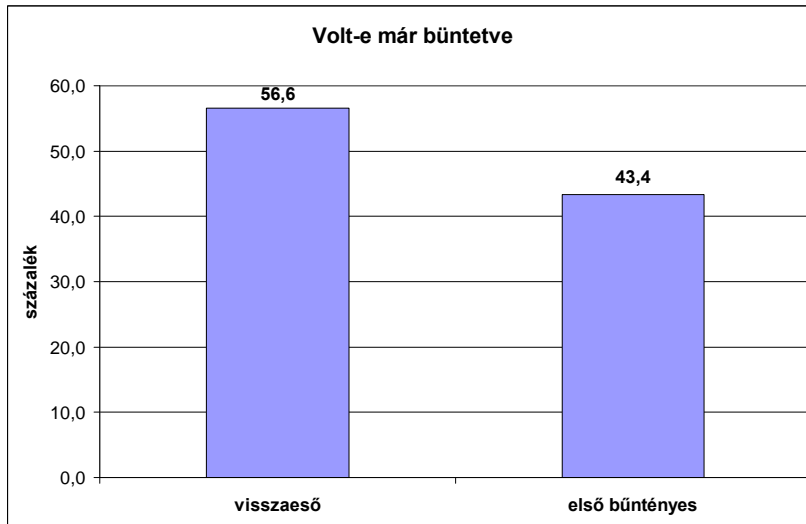
„Amíg apám ivott, addig sok volt a feszültség. Ütötte anyámat. Amióta meghalt, azóta ilyen problémák nincsenek.” (SZE5)

Helyi közösség szintjén felmerülő problémák: a börtönből szabadult gyakran úgy tér vissza otthonába, hogy a közösség tagjai nyugtalansággal és gyanakvással fogadják, hiszen semmi sem történt a bűncselekmény elkövetése után, a büntetés végrehajtásának időszakában annak érdekében, hogy az egyénre ragasztott stigmák megsemmisüljenek. A kirekesztett, kiközösített személy – mihamarabb érezni kezdi a körülötte élők viselkedését, elzárkózását és a mindenki számára életfontosságú személyi kapcsolatok gyengülését – saját maga igyekszik olyan közösséget találni, amely befogadja. Ezekre a közösségekre nem az a jellemző, hogy a legális munkavállalás lehetőségéhez segítenék hozzá a frissen szabadultat. Továbbá a börtönök világa sajátos érték- és normarendszerrel működik, a börtönök belső társadalmának értékrendje merőben eltér, legtöbbször ellentétes a hivatalos hatalom (törvények, büntetés-végrehajtás) által elvárt normarendszertől. A deviancia megfékezésére létrehozott intézetek – börtönök is – így állandósítják/állandósíthatják a deviáns viselkedést.

„Ezt-azt csináltam, nekem nem jött be a munka. 100-150 ezer forintért egész hónapban gürcölni nem éri meg. Nem kifizetődő. A bűnözés jobban kifizetődő, mint a munka. Minden embernek van egy saját életfelfogása, és nekem az nem fér bele, hogy 60 éves koromig dolgozok 3 műszakban, és 65 évesen elmehetek nyugdíjba, és ha szerencsém van, akkor még élek két évet és annyi. Ezt hagyjuk, inkább

egyszer becsúszik a börtön. Valaki ezt fel tudja fogni, valaki nem, valaki úgy van ezzel, hogy így látja helyesnek, de amikor bekerül a börtönben, akkor már nem bírja. Ha egy lóra tettem, akkor nem szállok rá másokra.” (A3)

„A könnyen jött pénzek elvették az eszemet, és fel sem merült bennem, hogy dolgoznom kellene. Ez a könnyű pénz megszerzése megrészesíti az embert, és ezt keresi, kutatja az ember.” (A7)



(2008-as kutatás)

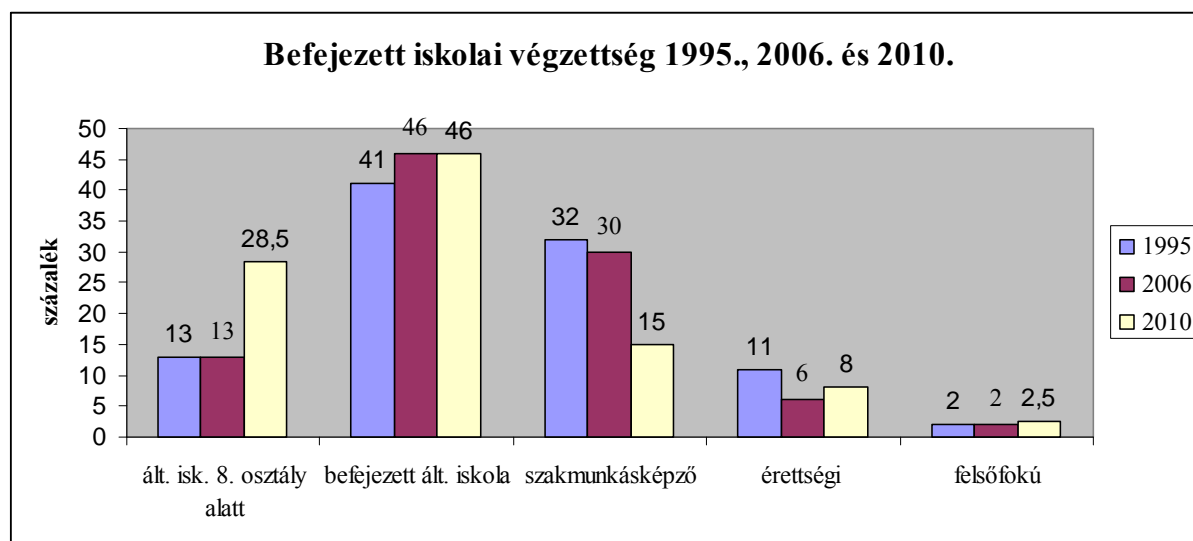
Kulturális szint: a börtönökre jellemző a sajátos kultúra/szubkultúra. A totális intézménybe való belépéssel megkezdődik egy folyamat, melyben kénytelen részt venni az újonnan érkező. Megkezdődik egy másfajta nyelv használata is.

„Reggeli hírműsorral kezdődik a nap. (Ez mit jelent?) A tévét nézzük. Mindennapos a Hír TV és a reggeli hír műsorok. 6-fél 7 fele már indulnak ezek. Utána egy kis kávézás a zárkatársakkal, felkelés, egy kis mosakodás. (A kávé hogyan oldjátok meg?) Van vízforralónk, és általában közösen szoktunk venni a kávé. Nem teszünk különbséget, mert jóban vagyunk. Utána megvárjuk a reggelit. A reggeli után talán játszunk egy sakkot is, és utána meg mehet a séta. Egy óras a sétánk, amin vagy körbe járunk, vagy napozunk egy kicsit, illetve amennyit csak lehet, ha süt a nap. (Hány óra körül van ez a séta?) Fél 10 felé. A séta után megint iszunk egy kávé, hogy teljen az idő. Bekapcsoljuk a tv-t, hátha van benne egy jó műsor, vagy sakkozunk megint egy pár partit. Aztán némelyikünk lefekszik, némelyikünk rejtvényezik, mint én. Most vettem ki a könyvtárból egy-két könyvet, és most azokat tanulmányozom. (Milyen könyvet vettél ki?) Igazságügyi kórtant és még egy hasonló könyvet. Igazából a pszichológia érdekelne, de olyan könyv nem volt található lent, ezért ez egy kicsit hasonló.” (A4)

„Az embernek megvan a napirendje. Felkel, megborotválkozik, megissza a kávéját, tévézik, reggelizik, sétál az udvaron egy órát, kártyázik a zárkatársakkal, olvas, rejtvényt fejt, ritkán beszélgetnek egymással stb. De ez már olyan dolog, hogy egy idő után elfogy a beszédtema, nincs miről beszélni. Nagyjából így néz ki egy nap. (Jársz valamilyen foglalkozásra?) Könyvtárba szoktam járni.” (A6)

„Ha az embernek esze van, akkor betáplálja a napjait. Reggel felkelek – 6 személyes zárkában vagyok –, 3 ember dolgozni megy kora reggel. A többiekkel ezek után kezdjük a tisztálkodást, majd kávézás, szemle, reggeli, utána videócsatornák nézése. Betápláljuk magunkat egész napra.” (B15)

Iskolai végzettség:



A táblázatból elsősorban az tűnik ki, hogy a helyzet nemhogy stagnál, hanem romlik: egyre alacsonyabb képzettségű és státuszú emberek kerülnek börtönbe. A fogvatartottak helyzete alig változott az elmúlt időszakban, annak ellenére, hogy az általános iskolai képzés mellett a középiskolai és – az utóbbi időszakban – a szakképzés is jelen van a büntetés-végrehajtási intézetekben.

Az elmúlt, majdnem 10 év oktatási adatai a büntetés-végrehajtási intézetekben:⁵⁷

Tanév	Általános iskola	Középiskola	Szakképzés	Összesen
2001/2002	811	137	1.238	2.186
2002/2003	904	190	1.191	2.285
2003/2004	991	240	889	2.120
2004/2005	889	383	1.350	2.622
2005/2006	878	457	648	1.983
2006/2007	789	497	950	2.236
2007/2008	908	451	651	2.010
2008/2009	974	781	495	2.250
2009/2010	896	933	404	2.233

⁵⁷ A két táblázat adatainak forrása: Kőszegi Szilvia: A fogvatartottak oktatása és képzése. Börtönügyi Szemle 2010/3.

Ha a táblázatban szereplő adatokat összevetjük a teljes fogvatartotti populáció létszámával, akkor azt tapasztaljuk, hogy a 2009/2010-es tanévben mindössze a fogvatartottak 13,7 %-a vett részt formális iskolai képzésben (általános iskolai képzésben 5 %, középiskolai képzésben: 6 %, szakképzésben pedig mindössze 2 %). Ezen adatok alapján leszögezhetjük, hogy ez a részvételi arány nyilvánvalóan nem elegendő, hogy az iskolai végzettség tekintetében elszenvedett hátrányait ledolgozzák.

Az intézetekben 2009/2010-ben indított szakképzések:

Képzés	Intézet	Fő
ECDL	Tiszalöki Országos bv. Intézet	15
Élelmiszer-eladó	Váci Fegyház és Börtön	24
Emelőgép-kezelő	Tiszalöki Országos Bv. Intézet	12
Gyorséttermi eladó	Kalocsai Fegyház és Börtön	18
	Pálhalmai Országos Bv. Intézet	70
Hegesztő	Szegedi Fegyház és Börtön	16
Parkgondozó	Állampusztai Országos Bv. Intézet	18
	Szegedi Fegyház és Börtön (Nagyfa)	16
Raktárkezelő	Győr-Moson-Sopron Megyei Bv. Intézet	40
	Váci Fegyház és Börtön	25
Szalmafónó	Tiszalöki Országos Bv. Intézet	15
Számítógép-kezelő	Szegedi Fegyház és Börtön (Nagyfa)	15
Szobafestő	Sátoraljaújhelyi Fegyház és Börtön	16
	Szegedi Fegyház és Börtön	16
Takarító	Szegedi Fegyház és Börtön (Nagyfa)	16
Település-karbantartó	Baranya Megyei Bv. Intézet	12
Térburkoló	Pálhalmai Országos Bv. Intézet	60

Összességében elmondható, hogy a büntetés-végrehajtási intézetekben a 2009/2010-es tanévben 21 tanfolyam indult 404 fogvatartott részvételével. Azonban ez az adat a korábbi évekhez képest nagyfokú visszaesést jelent, mely az anyagi források hiányával magyarázható.

Meglátásunk szerint a képzések között vannak olyanok (pl. szalmafónó, takarító), melynek munkaerő-piaci értéke minimális. A fogvatartás alatt befejezett általános iskola ugyan komoly előrelépés lehet a személy életében, alapvetően munkaerő-piaci szempontból hatása roppant kevés: komolyabb álláseséllyel csak azok bírnak, akik szakmával, de még inkább érettségijéhez kötött szakmával

rendelkeznek. Ennek hiányában marad számukra a munkaerő-piac alsó, alapvetően alulfizetett fizikai munkát kínáló szegmense.

Szenvedélybetegség: a fogvatartottak drogérintettségére vonatkozóan nemcsak hazánkban, de az Európai Unió más tagállamaiban is rendkívül nehéz az adatgyűjtés. PAKSI Borbála és munkatársai három szakaszban vizsgálták a büntetés-végrehajtási intézetekben a fogvatartottak drogérintettségét (1997, 2004, 2008). A vizsgálat önbevallásos volt, ami fontos szempont, hiszen ha valakinek sikerül bent tiltott szerhez jutnia, az titkolja, nem szívesen beszél róla. A reprezentatív mintával készült kutatás és módszertana alkalmas arra, hogy trendeket vázoljon fel.

Összességében leszögezhető, hogy a tiltott szerek használata az elítéltek körében a bekerülésük előtt magasabb volt, mint a normál populációban. A benti fogyasztásra vonatkozóan már mások az adatok: a kintihez képest alacsonyabbak a számok. A kilépési arány igen alacsony, annak ellenére, hogy a kinti szerfogyasztók fele a bekerülésnél jelezte a problémát. A bekerültek egynegyede a börtönbe kerülés előtt kezelésben volt, ami a szabadságvesztéses státusszal megszűnt.

A Váltó-sáv Alapítvány 2009-es kutatásának⁵⁸ eredményei szintén azt támasztották alá, hogy a drog jelen van a börtönben, a fogvatartottak hétköznapjaiban. A kutatás fontos tapasztalata, hogy a célcsoport számára sem a börtönben, sem szabadulás után nem áll rendelkezésre elegendő és megfelelő segítségforrás. Ezen túl a szolgáltatások, kezelések és ellátások „kint” és „bent” elkülönülnek, vagyis a benti kezelés/szolgáltatás nem folytatódik szabadulás után, vagy a bekerüléskor megszűnik a kinti kezelés. Hiányzik a folyamatosság, a folytonosság, a folyamatos beavatkozási csomag és annak lépései, eljárása, szolgáltatásai.

A kutatásunkban megkérdezett 201 főből 194 válaszolt arra a kérdésre, hogy bekerülése előtt fogyasztott-e kábítószerrel. A válaszadók közül **58,2 százalék** válasza igen volt a kérdésre.

A 30 interjúalanyból kizárólag 4 fő volt az, aki bekerülés előtt még a kipróbálás szintjén sem került kapcsolatba semmiféle kábítószerrel (13 százalék), **87 százalék** azonban igen. Az interjúalanyok 1/3-a intravénás droghasználó volt.

⁵⁸ CSÁKI Anikó, MÁRTON Andrea, MÉSZÁROS Mercedes: Fogvatartott drogfogyasztók jellemzői. Kutatási összefoglaló. Bp., 2009. Kézirat. www.szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=21764. 201 fő kérdőív lekérdezése, 30 fővel interjú készítése a Budapesti Fegyház és Börtönben.

Az interjúalanyok szerkipróbálása jellemzően a 15-18 éves kor közé esik (35 százalék), de magas a 9-14 éves kor között kipróbálók aránya is (15 százalék). A kipróbálás és rendszeresség között eltelt időt nehéz az interjúkból nyomon követni, de nagyon különböző életutak, esetek merülnek fel:

„9 évesen kezdtem ragasztóval és csavarlazítóval, de szívtam én mindenféle higítót, acetont is. 10 évesen már gyakorlatilag nem tudtam meglenni nélküle, napi szinten nyomtam valamit rendszeresen, hétköznap és persze hétvégén is. Mindenféle drogot próbáltam én: fű, hasis, heroin, speed, party drogok, kokain, crack. Ezeket szúrtam, ez jött be.” (A11)

„Bélyeggel kezdtem, akkor még nem volt, csak bélyeg és marihuána, utána hozták be a speedet, az extázis tablettákat. És akkor így össze-vissza. 14-15 évesen bélyeget a diszkóban. Bélyeggel kezdődött, utána mentem az amfetaminra, heti 3 LSD bélyeg. Sok pénz ment el. Erre ment el a pénzem.” (B2)

„14 évesen már használtam rendszeresen, naponta, és minden formában bevitettem a szervezetembe.” (B7)

„Napi szinten használtam, 14-15 éves korom óta. Mindent kipróbáltam: speed, extasy, fű, kokain, majd a végén heroin. Ez utóbbi jött be leginkább, a végén (4-5 év) már csak ezt nyomtam intravénásan. Korábban főliáztam, felszívtam, cigibe csavartam, de az első szúrás akkora élményt okozott, hogy aztán így is csináltam.” (B15)

A fogvatartotti csoport politoxikomán, gyakori a pszichés komorbiditás is (bár erre nincs „kemény” adatunk). A szabadulás utáni időszak első hónapjában (kiemelten első két hét) magas a halálozási arány.

Továbbá jellemző a klienscsoportra, hogy az **egészség gondozási** lehetőségekkel ritkán élnek szabadlában, fontosságot nem tulajdonítanak ennek, sokszor nem is ismertek egyébként előttük a lehetőségek. Általános, hogy a kötelező szűrővizsgálatokon nem jelennek meg, gyakran ennek oka az iratok (személyazonosító, TAJ-kártya stb.) hiányossága. A magyar népesség egészségügyi állapota eleve rossz, ezen belül a fogvatartottaké még rosszabb. Befogadáskor (börtönbe kerüléskor) általános orvosi vizsgálaton vesznek részt, a fogvatartás ideje alatt pedig ingyenes orvosi ellátásban részesülnek. A rendszer számor problémát vet fel: a fogvatartottak nem elégedettek az orvosi ellátás színvonalával (egyébként a nemzetközi, átfogó vizsgálatokban – pl. CONNECTIONS-project – a világon sehol sem elégedettek a börtönben lévők az orvosi ellátással), nincsenek is tisztában a gyógyszerek árával, az egészségügyi ellátások költségeivel. Szabadulás után az ingyenesség megszűnik, ami sokuk számára elérhetetlen, de általában érthetetlen, így a TAJ-kártya és a biztosítás rendszere is.

Tipikus szocializációs életutak, minták, a deviancia háttérében húzódó mélystruktúrák

A klienscsoport szociálisan kirekesztett, marginalizált, halmozott és kapcsolt problémákkal. 2008-as kutatásunkból⁵⁹ összegezve általánosságban elmondható, hogy a deviancia felé fordulás alapját a szükségletek kielégítetlensége okozta interjúalanyainknál. Az agresszív bűncselekmények mögött korán elszenvedett érzelmi defektusok állnak, melynek gyökereit a családban érdemes keresni. Olyan hiányok, kötődési problémák merülnek fel, amelyek folytonos dühöt, elfordulást váltanak ki az egyénből. Folytonos frusztrációt élnek meg, melyek táplálják agressziójukat. A bekerülés előtt a szociális ellátórendszerből kikerültek, az intézményes szocializáció nem tudta a hiányokat pótolni, kezelni.

Általában gyermekkorukban bántalmazó szülők gyermekei, vagy a családban az erőszak, agresszió állandóan jelen volt. Az interjúalanyok egy része szégyelli szülei tettét, bagatellizálja vagy kauzális magyarázatot keres, mások megbocsátottak szüleiknek, vagy egyáltalán nem hibáztatják őket – és itt is megjelenik az okszerűség. Általában jellemző, hogy a család mitikus magasságokba emelkedik, a gyermekkori „szép emlékek” interjúalanyainknál még inkább megszépülnek, igen jelentősekké válnak. Összességében leszögezhető, hogy az erőszak látványa, a testi fenyítés hétköznapi jelenség a megjelenő családokban. Tipikus a sokgyermekes család (3-8 gyerek), a szegénység (sőt mélyszegénység), a komfort nélküli, kis alapterületű, igen nehéz körülmények között élő több generáció együtt lakása. A családokban az alkoholizmus és a többi/más családtagok büntetett előélete általános. Interjúalanyaink felügyelet hiányában vagy eltiltás ellenére igen fiatalon kezdtek csavarogni, amit általában testi fenyítéssel „jutalmaztak”, de az elfoglaltság hiánya, a rendszeresség, a következetesség és a pozitív minta, biztonságos felnőtt kapcsolat a megfélemlítést – testi fenyítés – nem tudta ellensúlyozni.

A „mérgező család” általános jelenség: gyakori, hogy a felmagasztalt család eszméje kizárólag a családon belül ismer el szeretetet és kötődést, és az ezen kívül élők részvétlenségre, figyelmetlenségre, sőt kegyetlenségre számíthatnak. Általános szemlélet, hogy a család az egyedüli érték, a családon kívül nincs más lényeges az életben, kötelesség és szeretet egymás iránt csak a családban élhető át/élhető meg. A többi ember nem számít, „eltaposható”, a fájdalomokozás elfogadható esetükben. Ez a szemlélet azért döntő, mert azt mutatja, hogy általában az emberek között családon kívül nem lehet/nem létezhet igazi emberi kapcsolat, azaz ez a barátságra, partnerkapcsolatokra is kihat. Ezért a barátság megítélése nagyon kritikus: többségükben úgy vélik, hogy igen kevés az igazi barát, a „barátok is csak a rosszba visznek”. Összességében a „mérgező családban” az egyén nem motivált az

⁵⁹ Mészáros Mercedes: Fogvatartásból szabadult fiatalok és fiatal felnőttek társadalmi és munkaerő-piaci (re)integrációs lehetőségeinek vizsgálata. Készült az Oktatásért Közalapítvány támogatásával. Bp., 2008. Kézirat

igazi változásra/változtatásra, hiszen a családi minták és kötelékek az elsődlegesek, és ezeket nem lehet felülről.

Interjúalanyaink között több roma, mélyszegénységben élő is megtalálható volt. Igazi cigánytelepeken jártunk a követő interjúk során, ahol a nyomor meghatározó, ahol sokan, több generáció él együtt, ahol intim tér egyáltalán nincs. Ez a követő interjúk felvételénél is tapasztalható volt: az egész család részt vett, félrevonulásról szó sem lehetett, gyakran IA nem is tudott válaszolni, mert a család megtette azt helyette. Ezek a fiatalok sajátos érzelmi keverékkel (bűntudat, szorongás, szégyen, fájdalom, kitörés megfogalmazása, ám annak lehetetlensége, bizonytalanság, ravaszság stb.) igen fiatalon igen nagy nehézségekkel és kilátástalansággal néznek/nézhetnek szembe, és tkp. semmiféle segítő kapcsolat és szociális ellátórendszer nem / ill. nem tud(ott) enyhíteni gondjaikon. Ugyanoda kerülnek vissza, ahonnan eljöttek börtönbe kerülésük előtt, szinte semmi sem változott otthon, és újabb „kitörési lehetőséget” gyakorlatilag egy újabb bűncselekmény elkövetése jelenthet csak számukra, még akkor is, ha valami miatt a változás igénye esetleg megfogalmazódott bennük.

Összegezve: családi háttér, értékrend, jövedelmi viszonyok, életstílus és életmód tekintetében:

- alacsony iskolai végzettség a családban és személy szerint is,
- kisebbségi származás (romák),
- kulturális és mentalitásbeli különbségek,
- deprivált helyzetűek (szociális, társadalmi, gazdasági, érdekérvényesítési dimenziókban),
- zavaros családi háttér,
- szocializációs hiányosságok, defektusok,
- kóros személyiségfejlődés (pszichés defektusok),
- szenvedélybetegség (a családban is),
- deviancia a családban,
- társadalmi előítéletek negatív hatásai.

Szabadulás után:

- nagyfokú visszaesés (különböző adatok, akár 70% is lehet),
- ún. erkölcsi bizonyítvány hiánya („priusz”),
- szabadulás után: létfenntartás, képzésbe nem tudnak bekapcsolódni, marad alacsony munkaerő-piaci státuszuk),
- a börtönben korlátozott szakmai képzések (kevés, biztonsági szempontok az elsődlegesek, kevésbé piacképes szakmák és tanfolyamok),

- a börtönben végzett munka nem látja el a fogvatartottakat piacképes szakmai képzettséggel és további, a szabadulás után más területen is hasznosítható készséggel,
- nincs munkaszocializáció.

A szükségletek megfogalmazása - a célcsoport véleménye

2006-ban⁶⁰ több mint 50 fő adott választ arra a kérdésre, hogyan is lehetne segítséget, támogatást nyújtani számukra, és ez mit is jelentene értelmezésükben. Mindannyian megemlékeztek **a szociális körülmények javítását**, ezen belül is különös hangsúlyt fektetve a következőkre: **munka biztosítása ill. a munka lehetősége, lakhatás támogatása és lehetősége, tanulás/képzés biztosítása, ill. a megfelelő anyagi háttér – pénz – megléte**. Felmerült az **erkölcsi bizonyítvány** mint akadályozó tényező, ennek eltörlése vagy csak bizonyos munkakörökben történő megjelenése. Emellett azonban megjelentek olyan, „nem megfogható” tényezők, mint pl.

- rehabilitáció, csoportterápiák,
- mentális felkészítése a szabadulóknak,
- szabadulás utáni lehetőségek feltárása,
- beszélgetések biztosítása már a börtönön belül,
- ezáltal (is) a gondolkodásmód megváltoztatása,
- bizalom, megértés, elfogadás, nyíltság, őszinteség, előítélet mentesség, kölcsönös alkalmazkodás,
- személyre szabott ill. személy- és élethelyzet függő segítségnyújtás,
- mentálhigiénés foglalkozások biztosítása,
- folyamatos inspiráció a változásra,
- apróbb életfeladatok gyakoroltatása,
- társadalmi szemléletváltás elindítása.

Néhány részlet az interjúkból még plasztikusabbá teheti a megfogalmazott szükségleteket, igényeket:

„Már bent el kellene kezdeni a segítséget, támogatást.” (BP3)

„Csakis személyre szabottan.” (GY3)

⁶⁰ CSÁKI Anikó, KOVÁCS Klaudia, MÉSZÁROS Mercedes, SPONGA István: Fogvatartásból szabadult fiatal felnőttek társadalmi (re)integrációjának lehetőségei. Kutatási összefoglaló. Bp., 2006. www.valtosav.hu / Kutatási összegzés megjelent a Börtönügyi Szemle 2007/1. számában

„Szerintem úgy lehetne segíteni, hogy akik akarnak valamit, valami mást, apróbb feladatot adnék nekik, hogy gyakoroljanak. Nem tudom, hogy mik lennének ezek a feladatok, de érzem, hogy ezt kellene tenni.” (MN6)

„1. Ne ítéljenek meg első látásra.

2. Fogadják el az embert olyannak, amilyen.

3. Legyen nyíltság és őszinteség az emberek között.

4. Ne ítéljék el az embert beállítottsága miatt. Ne húzódjanak el tőle az emberek, mert ő is olyan ember, mint a többi. Nagy a hely, elférünk egymás mellett, szóval mindenki adja magát, és mindenki illeszkedjen a másikhoz.” (SÁ1)

„A pénz önmagában biztos, hogy nem segítség. Nem old meg semmit. Mindenkinek másra van szüksége. Ez teljesen személy- és élethelyzet függő.” (SZ2)

„Lehetőséget kell biztosítani számukra a változásra. Ennek több kritériuma van: szükség van a törvénymódosításra: a büntetett előélettel szinte semmire nincs lehetőség, nem tud legálisan elhelyezkedni. Fontos a szemléletváltozás: nincs komoly állami támogatói rendszer, nem foglalkoznak azzal, hogy más esélyt biztosítsanak az életben. Így egyenes az út a visszaeséshez. Külföldön pl. van a szabadultak számára védett munkahely. Ez kezdetben nagyon nagy segítség lehet. Ezzel a bűnözést is nagyon vissza lehetne szorítani, elképesztően magas a visszaeső bűnözők aránya.” (SZ3)

„Szerintem nagyon fontosak a mentálhigiénés foglalkozások, a közös problémafeltárás, így könnyebb a változás. Látjuk, hogy foglalkoznak velünk, számíthatunk valakire.” (SZ8)

„Most azt kéne mondanom, hogy több kedvezményt adjon, legyen leírás, meggyás. De nem ezt mondom, mert több nézőpontból kell a dolgokat nézni, reálisan. Segítség lenne, ha bent létük alatt több inspirációt, lehetőséget, utakat mutatnának ill. kapnának, ami később elkíséri őket. Mindannyian, első büntényesként sokat kapunk, a nagy ítélet egyre beljebb visz. Fontos lenne, hogy az első büntényes ne kerüljön össze visszaesővel, mert akkor oda a pozitív inspirációnak... igen, a folyamatos inspiráció lenne a lényeg... (Köszönöm a beszélgetést, remélem, nem volt túl kellemetlen...) Dehogy, én köszönöm... sok olyan kérdés hangzott el, ami engem is foglalkoztat. 3-an vagyunk a zárkában első büntényesek... Sokat beszélgetünk, de elsősorban a hiányosságokról, és nem a megoldási lehetőségekről.” (SK5)

„Megnézni, hogy az illető mi felé érdeklődik, abban támogatni, ha annak van értelme. Ha az első hónapban nincs támogatás, akkor nincs meg az esélye annak, hogy morálisan visszailleszkedjen az ember. A visszaesésnek is van egy lélektana: ha nincs siker, biztos a visszaesés. Mindenki akar tartani egy szintet. Az emberek lenni akarnak.” (SÁ2)

„Nem is tudom igazából. Effektív nincsen, mert nekem csak nyugalomra lenne szükségem, az itt meg nehéz. Néha meg a jó beszélgetések hiányoznak. A benti beszélgetések csak felületesek, tehát vannak komoly dolgok, amiket nem osztanék meg senkivel. (Azokat miért nem osztanád meg?) Nem bízok meg annyira a többekben, másrészt vannak olyan dolgok, amiket más nem értene meg, és nekem nem arra van szükségem, hogy más kioktasson, hanem inkább, hogy meghallgassanak.” (A4)

„Igazából megoldok minden problémát magam, de nem tudom. Segítség? Tudod, mi a legrosszabb idebent? Az, hogy nem tudok igazán értelmes emberekkel beszélni. Igazi segítség, ha tudok igazán értelmes emberekkel beszélni.” (B6)

„A legfontosabb segítség a külső kapcsolattartás támogatása lenne.” (A12)

„Normális programra lenne szükség, aminek van értelme. Csak azért rivoznak⁶¹, hogy túléljék a programokat.” (A3)

„Szerintem sokkal több foglalkozás kellene, ahol le lehetne foglalni a rabokat, lásd szakkörök, OKJ-s képzések, sport, nem lennének ennyire feszültek. Feszültek, mindig megverik egymást, szedik a gyógyszereket, nem bírják. Ha lekötnék magukat, akkor nem lenne ekkora feszültség. Ha az embertől mindent elvesznek, akkor az a legveszélyesebb, mert nincs mit veszítenie. ... Attól hogyan változzon meg az ember, ha nem csinálhat semmit, és csak etetik és itatják. Ezért miért változzak meg? Ezt mindenki kibírja. Ezen kell változtatni. Ha nem is képzésekkel, akkor szakkörökkel. Vannak szakkörök, de nem veszik őket komolyan, nem koordinálja őket senki.” (B6)

„Most már nem lesz szükségem segítségre. Eddig keveset ültem, nem tanultam az esetekből. Jó társaság volt, bementem, leültem, elhülyéskedtünk, kimentem. Aztán kezdődött előlről minden. Ez az ítélet azonban megváltoztatott... 7,5 év, Úristen! Ja, plusz még lesz egy tárgyalásom, de összbüntetést várok, talán kicsivel kevesebb lesz, de akkor is... Magamba szálltam, megtörtem... Mondtam is fent a fiúknak: bennem megtört valami, öregembernek érzem magam... Nem nagyon értették, csak néztek. Semmit nem tudok az életről, pl. mennyibe kerül egy kg hús? Még sakkozni sem tudok... Most érzem, ez a börtön megváltoztatott. Itt ez a szép nyár, kint emberek jönnek-mennek, én meg bent vagyok... és semmit sem tudok a kinti életről.” (B11)

A későbbi (2008-as, 2009-es és 2010-es) kutatásokból az derült ki, hogy a célcsoport **igen nehezen fogalmazta meg szükségleteit, igényeit**, valamint **a segítségkérés igen ritka**, talán azért, mert ez távol áll a „mindenki törődjön a saját dolgával!” maximától. A magyarázat az lehet, hogy a börtön macho világára, az erőhöz kapcsolódó függetlenség érzésével nem összeegyeztethető, ha valaki segítséget kér, hiszen ehhez szükséges az alázat, ami a gyengeséget jelenti számukra. Vagyis az erőből származó büszkeség nem engedi a segítség megfogalmazását, ill. a szükséges segítség elfogadását.

Ugyanakkor mégis vannak adataink a témára vonatkozóan. A 2009-es kutatásban a 201 kérdőívben megkérdezett majdnem háromnegyede igényelne segítséget a börtönben, 27 százalék a szabadulás előtti kérdések megbeszélésében, a további 13,5 százalék pedig a szabadulásra való felkészítésen túli egyéb segítséget is kérne. A tanulmányai befejezésével kapcsolatban a válaszolók 9,5 százaléka, ill. további 2 százalék igényelne a tanulmányok befejezésén túl további segítséget is. A lelki problémák kezelésében 7 százalék kér segítséget, és további 2,5 százaléka a megkérdezetteknek a lelki problémákon túl további segítséget is igényelne. Indulati hullámzásainak kezelésére 8,5 százalék vár segítséget, ezen túl még 7 százalékban jelezték, hogy más esetekben is szükségük lenne támogatásra.

⁶¹ Benzodiazepin tartalmú gyógyszer, melyet szorongásos állapot és ezekhez kapcsolódó tünetek kezelésére alkalmaznak. A dozimetria növelésével a kábítószerhez hasonló hatás érhető el, és miután legálisan is elérhető, a börtönökben nagy a népszerűsége.

Szükségletek leírása – ahogy mi látjuk

2008-ban, említett kutatásunkban 20 szakemberrel (büntetés-végrehajtási, pártfogó felügyelő, szociális szakember, civil szervezet képviselője stb.) interjúztunk a célesoporról, munkájáról, szakmai gondolatairól. A következő megállapítások születtek:

- Nagy zavar és keveredés, pontatlan feladat meghatározás figyelhető meg a tekintetben, hogy kinek a feladata a reszocializáció ill. a reintegráció. Jellemzően magukra vállalják a büntetés-végrehajtás szakemberei, miután azonban az adminisztrációs és a fogvatartás biztonságából adódó feladataik már eleve túlnőnek rajtuk, nem képesek ezt ellátni. Ezért vagy büntudatuk van, vagy hártják ezt a típusú munkát („a pártfogók és a civilek feladata”).
- A büntetés-végrehajtás szakembereinek szinte egyöntetű álláspontja, hogy a börtön nem készít fel a szabadulásra érdemben („*Mivel a bv-ben az életük itt csak 'szabály – szabály - szabály', – így önállóságra nem nagyon tanít. Éppen emiatt a rendszer miatt a szabadulásra való felkészülést nem képes ténylegesen elősegíteni.*” (BV6)
- Módszertani szempontból problémásnak ítélik meg, hogy kevésbé tudnak az egyénre figyelni az egyes intézetekben: „*Masszával dolgozunk, és még mindig kevésé tudunk az egyénre koncentrálni.*”(BV2)
- A civilekkel szemben általában két típusú megítélést találtunk: az egyik, hogy bár a civilek feladata lenne ténylegesen a szabadulásra történő felkészítés, valamint a beilleszkedés támogatása, a civilek megítélése nem túl pozitív: alacsony a szabálytartásuk, állandóan „kikapukat” keresnek, amelyek a büntetés-végrehajtás életét bonyolítják, továbbá nem alkalmazkodnak a büntetés-végrehajtási intézet életéhez, rutinjához vagy szemléletéhez. Egyrészt elvárás a büntetés-végrehajtás szakembereitől a civilek felé, hogy más attitűdöt képviseljenek, mint ők maguk, hiszen ettől lenne/lehetne sikeres a fogvatartottakkal való foglalkozás, másrészt felróják ezt a „más attitűdöt” (pl. fogvatartottak megszólítása). A civilekkel kapcsolatban még problémaként merült fel, hogy „csak fellángolnak”, majd a nehézségeket látva hamar abbahagyják a munkát. Előfordulhat, hogy érintettek, és ha ez az érintettség megszűnik, szintén hamar beszüntetik a folyamatosnak ígért foglalkozásokat. További probléma, hogy sok civil – bár lelkesek, és lehet, hogy szakmailag is jók lennének –, képtelenek tényszerűen, a bv.-nek megfelelően és megnyugtatóan elmondani/leírni/felvázolni, hogy mit is akarnak tenni a fogvatartottakkal, hogy is kívánják segíteni őket stb.
- Több büntetés-végrehajtási szakember ugyanakkor nagyon világosan megfogalmazza, hogy mi is lenne a cél és a feladat a szabadulásra történő felkészítés és általában a fogvatartottak sikeresebb beilleszkedésének támogatásában: „*A konfliktuskezelésüket és a*

- Általános a szakemberek között a dilemma: mi lesz a motiválatlanokkal? Azaz mi történik azokkal, akik nem akarnak (nem tudnak) változni/változtatni? („*A fogvatartottnak nem az az érdekes, hogy mi lesz szabadulás után, hanem túlélni a börtönt.*” (BV3))
- Minden szakember kiemeli, hogy a jelenleg működő rendszer rendkívül drága, költséges, ugyanakkor kevésbé hatékony. Megfogalmazódnak alternatívák, de alapvetően gyökeres változtatásokra lenne szükség.

"A börtön a holtak háza" - írja Dosztojevszkij. Akik odakerülnek, azokról általában mindenki lemond, erkölcsi halottnak tekinthetők, s közülük csak igen keveseknek sikerül a "visszatérés". A mély előítéletek és intoleráns magatartás szabadulás után fokozódhat: a visszailleszkedés gyötrelmes, a társadalom nehezen fogadja vissza – a büntetett előítélet miatti „megítéltetés” miatt – a szabadságvesztéses büntetésüket letöltőket. Állás- és munkahelykeresésnél olyan feltételekbe és előítéletekbe ütköznek, amelyek szinte lehetetlenné teszik reintegrációs törekvésüket. A szabadultak a munkaerő-piacon nehéz helyzetben találják magukat – gyakorlatilag alig tudnak elhelyezkedni büntetett előélettel, legális, bejelentett munkát vállalni –, és ez a kirekesztést jelentő szituációk halmozódásához vezethet. A bizalmatlanság – a kommunikáció hiánya és a tájékozatlanság miatt - mindkét részről óriási.

Összességében leszögezhető: a börtönbüntetés negatívan hat a fogvatartottak társadalmi kapcsolataira. A totálisan zárt intézmény – börtön – lényege, hogy elveszi tagjai idejét, és cserébe egy művi világot nyújt nekik. A totális intézmények jellemzője, hogy társadalmi kölcsönhatásuk korlátozott. A fogvatartott reszocializációjának lényege, hogy elszigetelődik a külvilágtól, új rendszabályokat és követelményeket állítanak elé. Megismeri a zárt intézeti beilleszkedés sajátos érték- és normavilágát, a börtöntársadalom működését, és folytonos alkalmazkodásra kényszerül, melyet egy speciális tudás elsajátítása tesz számára lehetővé. A zárt közösség ingerszegény, „gondolatköre” és problémái specifikusak, szűk körben mozognak. A hétköznapok ugyanolyanok, szürkék és rendkívül unalmasak, ám ez egyfajta biztonságot is jelent. A döntésmegvonás fájdalmas, de egyben felelősségmentes is. Megfosztják az autonómiától, de kiszolgálják, a döntéseket helyette és nélküle hozzák, ami számos esetben rendkívül kényelmes, és nincs felelősség. Legfontosabb „tevékenység” az idő múlásának várása. Depriváció és frusztráció fenyegeti a fogvatartottak személyiségét, a fogvatartásnak demoralizáló hatása van. A börtönműtől járó stigmatizáció következtében reintegrációs törekvéseiket

idegenkedve fogadják, ami további önértékelés csökkenést és esélytelenség érzést vált ki a szabadulóban. A többségi társadalom távolságtartása a bűnelkövetőkkel szemben igen erőteljes. Ez nagyrészt információhiányból fakad. Az elutasítás szimbolikusan a börtönt körülvevő fallal is kifejeződik, azaz a bezárás egyben kirekesztés is. A börtönök működésének természetét elemző vizsgálatok alapján leszögezhető, hogy a totális intézetben való tartós kirekesztettség gyengíti a fogvatartottak önértékelését, önbecsülését, önálló életvitelre való képességét, kommunikatív és egyéb szociális készségeit. A külső kapcsolatok kiüresedése következtében romlanak lakás- és munkahelyszerzési esélyeik, korábbi családi, baráti kapcsolataik meggyengülnek vagy felbomlanak. Ezért nélkülözhetetlen szociál- és oktatáspolitikai feladat a döntéshozatal, a problémamegoldás, a kommunikációs készség, az önértékelés, a stressz-kezelés, az érdekérvényesítés készségeinek, kompetenciáinak fejlesztése a büntetés hatálya alatt állók és az utógondozottak számára,⁶² azaz a büntetés-végrehajtási intézményekből szabadulók társadalmi integrációja szubjektív feltételeinek megteremtése. Ezzel párhuzamosan az integráció objektív feltételeire is fókuszálni kell (lakhelyteremtés, munkalehetőségek, képzések stb.). Valamint a bűnözéssel kapcsolatos irreális félelmek, előítéletek csökkentése érdekében a lakosság folyamatos és valós információkon alapuló tájékoztatása is nélkülözhetetlen.

A bűnelkövetők, a hosszabb-rövidebb ideig tartó szabadságvesztéses büntetésre ítélték, szinte teljes egészében „kiesnek” a szociális támogatottak rendszeréből, ami további életvezetésükre és újbóli kriminalizálódásukra nagymértékben kihat. Emellett a különböző változási-átalakulási folyamat során gazdasági-szociális és/vagy politikai marginalizációjuk tovább mélyül, így szinte esélyük sincs a (re)integrációra. A célcsoport tagjai nemcsak joghátránnyal rendelkeznek, gyakran kisebbségek tagjai, kallódók, intézményi és informális kapcsolataik instabilak, és deviáns karrierjük, kriminalizálódásuk általában együtt jár a hajléktalanság, munkanélküliség és szenvedélybetegség problematikájával. Jelenleg Magyarországon a gyakorlatban nincs jelen a börtönökben szociális munkás, a gondozást a büntetés-végrehajtási intézetekben a nevelő, az utógondozást szabadulás után a hivatásos pártfogó folytatja. Éles, elkülönült határ húzódik a gondozás és az utógondozás között, továbbá szakmai dilemmák is felmerülnek, hiszen a nevelő nem feltétlenül szociális munkás végzettségű, hasonlóan a pártfogóhoz. Természetesen, mindkét szereplőben lehet azonban megfelelő érzékenység ill. segíteni akarás és tudás, azonban a nevelő – mint a büntetés-végrehajtás alkalmazottja – feladata elsősorban a börtönben lévő megfelelő magatartás kialakítása – leegyszerűsítve a börtönszocializáció támogatása -, a pártfogó pedig felügyeletet, kontrollt gyakorol szabadulás után, azaz hivatalos személy. Összefoglalva tehát ma, Magyarországon szinte teljesen hiányzik a szociális tevékenységek közül a fogvatartottak/szabadultak gondozását célzó szociális munka, amelynek része a célzott prevenció is, azaz a kábítószer-problémával küzdők kezelése is.

⁶² Társadalmi Bűnmegelőzés Nemzeti Stratégiája, 2003. Letölthető pdf file-ben: www.irm.hu

A Váltó-sáv Alapítvány és az egészségfejlesztés-drogprevenció

2003-2011 között a következő, kifejezetten e témakörben lebonyolított projektjünk (a teljesség igénye nélkül) a következők:

1. Fővárosi Közgyűlés Egészségügyi Bizottság: Deviáns fiatalok egészségnevelése és prevenciója.

Eredmény, tapasztalat: az egészségfejlesztés fogalomkörének megjelenése és bevezetése a deviáns/kriminális fiatalok iskolarendszerű és iskolarendszeren kívüli nevelésébe/szocializációjába (a Belvárosi Tanoda Alapítványi Gimnázium és Szakközépiskolával közös projekt).

2. Fővárosi Közgyűlés Egészségügyi Bizottság: Lelki egészség a börtönben.

Eredmény, tapasztalat: mentálhigiénés gondozás kialakítása és fejlesztése a büntetés-végrehajtási intézetekben.

3. KAB-RE-04-F: Fogvatartás utáni reintegráció és reszocializáció.

Eredmény, tapasztalat: védett munkahelyek kialakítása (infrastrukturális és szakmai).

4. KAB-RE-05: Fogvatartás utáni munkába állás segítése.

Eredmény, tapasztalat: ex-kriminális és szabadult fiatalok foglalkoztatása, „job coaching” program.

5. KAB-KP-05: Kortárssegítők képzése a börtönben és szabadulás után.

Eredmény, tapasztalat: kortárssegítők képzésével szociális kompetencia-fejlesztés, attitűdváltoztatás, drogprobléma kezelése és erőszakcsökkentés, a segítő munka alapjainak elsajátítása.

6. KAB-INF-05-AB: Alacsonyküszöbű szolgáltatás a börtönben és utána.

Eredmény, tapasztalat: a célcsoport elérésének fejlesztése, kapcsolatfelvétel és -kialakítás, alacsonyküszöbű szolgáltatás fejlesztése.

7. KAB-RE-06-C: Középiskolai tanulmányok a börtönben.

Eredmény, tapasztalat: a Váltó Program – középiskolai tanulmányok és segítő/reszocializációs munka egysége fogvatartott és szabadult fiatalok számára – működtetése büntetés-végrehajtási intézetben.

8. KAB-KP-06-B: Kortárssegítők képzése a börtönben.

Eredmény, tapasztalat: kortárssegítők képzése a Fővárosi Büntetés-végrehajtási Intézet 3-as objektumában (előzetes ház) és a Váci Fegyház és Börtönben (letöltő ház).

9. KAB-PR-07-A: Segítő munka/segítő kapcsolat börtönben.

Eredmény, tapasztalat: _kapcsolatfelvétel a célcsoporttal, a továbbiakban közülük több eljuttatása más szolgáltatásokba, ill. további folyamatos gondozásuk.

10. KAB-KP-07-A: Kortárssegítők a börtönben.

Eredmény, tapasztalat: kortárssegítők képzése fiatalokúaknál – Fiatalokúak Regionális Büntetés-végrehajtási Intézete, Kecskemét – és fiatal felnőtteknél letöltő házban – Váci Fegyház és Börtönben (összesen 29 fő).

11. IFJ-GY-KM-07: Állampolgári kompetenciák fejlesztése a börtönben.

Eredmény, tapasztalat: _Fiatalokúak Regionális Büntetés-végrehajtási Intézete, Kecskemét – először bonyolítottunk le fiatalokú lányoknak programot börtönben, melynek fő tapasztalata az volt, hogy a lányok/nők rendkívül elhanyagoltak szociális és segítő szempontból a totálisan zárt intézetben.

12. KAB-PR-07-B: Fókuszban a szabadság, a szabadulás.

Eredmény, tapasztalat: 2 csoport működtetése 3 hónapon át, heti egy alkalommal 2 órában a Váci Fegyház és Börtön drogprevenációs és átmeneti körletén; szabadulásra felkészítés.

13. KAB-HAT-08: Fogvatartottak és szabadultak prevenciós modellprojektje.

Eredmény, tapasztalat: 2 csoport működtetése 3-3 hónapon át (Kalocsai Fegyház és Börtön, Somogy Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet), valamint egyéni gondozás, segítség szabadulás után, Váltó Program.

14. KAB-KP-08: Kortárssegítők képzése a Börtönben.

Eredmény, tapasztalat: a Budapesti Fegyház és Börtönben (1 csoport), valamint a Fiatalokúak Regionális Büntetés-végrehajtási Intézetében (2 fiú és 2 lány csoport) kortárssegítő képzés lebonyolítása.

15. KAB-KT-08: Fogvatartott drogfogyasztók főbb jellemzői.

Eredmény, tapasztalat: kutatás a Budapesti Fegyház és Börtönben (200 fő: kérdőívvezés, 30 fő: interjúzás).

16. KAB-PR-08-A: Prevenációs program börtönben lévő fiatalok számára és lányoknak.
Eredmény, tapasztalat: a program lebonyolításának helyszíne a Fiatalok Regionális Büntetés-végrehajtási Intézete, Kecskemét. 1 csoport: Megtanulok tanulni! (tanulásmódszertani kompetenciák fejlesztése), 1 csoport: Alkoss velünk! (lányok, kézműveskedés).

17. KAB-IPP-08: Egészségfejlesztés a Janikovszkyban.

Eredmény, tapasztalat: drog- és kriminálprevenációs órák a Janikovszky Éva Általános Iskolában, 5.-8. osztályban, a 7. kerületben.

18. KAB-PR-08-C: Komplex program fogvatartottaknak szervezetek együttműködésével.

Eredmény, tapasztalat: a Katolikus Karitasz Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat és a Váltó-sáv Alapítvány közös prevenációs programja a Budapesti Fegyház és Börtönben, elsősorban fogvatartottaknak, de büntetés-végrehajtásban dolgozó munkatársaknak is.

19. CONNECTIONS-project: A gondozás irányában az EU büntető igazságszolgáltatási rendszerében – az elítéltek szükségleteinek felmérése 4 országban (Észtország, Magyarország, Litvánia, Lengyelország).

Eredmény, tapasztalat: szervezetünk segítette a magyarországi lebonyolítást, felvette a kérdőíveket, összegezte a tapasztalatokat a fogvatartottak egészségügyi, és azon belül a kábítószer kezelési gyakorlatban.

20. KAB-AL-09-B: Alacsonyküszöbű szolgáltatások megjelenése és biztosítása a Budapesti Fegyház és Börtönben.

Eredmény, tapasztalat: a Budapesti Fegyház és Börtön mindkét objektumában, heti 1-1 nap, 3 ill. 1,5 órában proaktív segítő jelenlétével információ biztosítása, konzultációs lehetőség életvezetési kérdésekben, klubszerű működés megszervezése. A programban cca. 100 fő vett részt.

21. KAB-KP-09-A: Kortárssegítők képzése a börtönben, 2009.

Eredmény, tapasztalat: kortárssegítők képzése a Váci, valamint a Balassagyarmati Fegyház és Börtönben. A programot 2003 óta valósítja meg az Alapítvány.

22. KAB-PR-09-B: „8 hónap, 8 börtön” – dropprevenció a büntetés-végrehajtási intézetekben.

Eredmény, tapasztalat: intézetenként 3 alkalomból álló egészségfejlesztő/drogprevenációs csoportok előzetes letartóztatásban lévők, ill. ítéletüket töltők esetében, az ország különböző pontján működő büntetés-végrehajtási intézetekben: Fővárosi Büntetés-végrehajtási Intézet 3-as objektum, Somogy Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet, Békés Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet, Kalocsai Fegyház és Börtön, Pálhalmai Országos Büntetés-végrehajtási Intézet.

23. KAB-RE-09-C: Váltó Program: középiskolai tanulmányok és segítő munka egysége fogvatartás alatt és szabadulás után.

Eredmény, tapasztalat: az Alapítvány kezdő és folyamatosan működő gimnáziumi tanulmányokat és reszocializációs munkát összekapcsoló projektje, ahol a tanulás a segítő munka része.

24. Fővárosi Közgyűlés: Alacsonyküszöbű szolgáltatás biztosítása szabadulás után.

Eredmény, tapasztalat: szabadulás után gyakran nehéz helyzetbe kerülnek azok, akiknek nincsen külső kapcsolata, támogatása, többek között a lakhatás, a munka, valamint a szenvedélybetegség tekintetében. Számukra biztosítjuk azon szolgáltatásunkat, hogy hozzánk a hét 5 napján, 09.00-18.00-ig bármikor, bármilyen állapotban „be lehet esni”, és lehetőség van a problémák megfogalmazására, a megoldás megtalálásának segítésére, beszélgetésre, vagy egyszerű ücsörgésre. Az Alapítványnál van száraz étel, konzerv, télen pedig teázásra is nyílik lehetőség.

25. Fővárosi Közgyűlés Egészségügyi és Szociálpolitikai Bizottsága (fővárosi drogfogyasztás visszaszorítása): Félutas Váltó-sáv program.

Eredmény, tapasztalat:a félutas program célja és feladata olyan komplex szolgáltatás biztosítása fogvatartásból szabadult, elsősorban szenvedélybetegek számára, melyben a 4 alappillér (lakhatás, emberi kapcsolatok, munkaerő-piaci szolgáltatások, képzés/tanulás) együtt, szinergikusan jelentkezik, és amelyben a pszichoszociális támogatás/reszocializáció/reintegráció és a gondozás hangsúlyos szerepet kap.

26. Fővárosi Közgyűlés Egészségügyi és Szociálpolitikai Bizottsága (egészségügyi és szociális célú bizottsági keret): A Váltó-sáv Alapítvány félutas lakás programja.

Eredmény, tapasztalat: a félutas program célja és feladata olyan komplex szolgáltatás biztosítása fogvatartásból szabadult, elsősorban szenvedélybetegek számára, melyben a 4 alappillér (lakhatás, emberi kapcsolatok, munkaerő-piaci szolgáltatások,

képzés/tanulás) együtt, szinergikusan jelentkezik, és amelyben a pszichoszociális támogatás/reszocializáció/reintegráció és a gondozás hangsúlyos szerepet kap.

27. KAB-EL-10-RE: Váltó Program, Váltó Klub és egyebek... Eredmény, tapasztalat: Váltó Program, klubszerű működés, angol nyelvoktatás, szabadult foglalkoztatása.

28. KAB-ME-10-BV: A Váltó-sáv Alapítvány programjai a börtönben.

Eredmény, tapasztalat: __drogprevenációs csoportok 3 büntetés-végrehajtási intézetben (Fiatalkorúak Regionális Büntetés-végrehajtási Intézete, Szirmabesenyő, Békés Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet, Kalocsai Fegyház és Börtön), 20 alkalmas kortárssegítő képzés a Balassagyarmati Fegyház és Börtönben, valamint kapcsolódó szolgáltatások (segítő kapcsolat/egyéni gondozás igény szerint, Váltó-sáv Információs Bázis)Hozzá tartozó Csoport minden hónap utolsó pénteki napján; műhelymunka büntetés-végrehajtás szakembereinek.

29. KAB-FE-10: A Váltó-sáv Alapítvány félutas lakásának infrastrukturális fejlesztése.

Eredmény, tapasztalat: a félutas program célja és feladata olyan komplex szolgáltatás biztosítása fogvatartásból szabadult, elsősorban szenvedélybetegek számára, melyben a 4 alappillér (lakhatás, emberi kapcsolatok, munkaerő-piaci szolgáltatások, képzés/tanulás) együtt, szinergikusan jelentkezik, és amelyben a pszichoszociális támogatás/reszocializáció/reintegráció és a gondozás hangsúlyos szerepet kap. A pályázat a berendezéshez szükséges eszközök beszerzését célozza.

30. TÁMOP 6.1.2.: Egészségnevelés és –fejlesztés, szemléletformálás a börtönben.

Eredmény, tapasztalat: a projekt célja az egészséges életmódhoz szükséges tudás és készségek megszerzésének támogatása egy speciális rizikócsoport (fogvatartottak és szabadultak) esetében, speciális szintéren (börtön), civil program megvalósításával. Főbb tevékenységek: egészségfejlesztési terv készítése, Fókuszban az egészség: csoport a börtönben (4 KMR börtönben 4 csoport a projektidő alatt), tájékoztató anyag/kiadvány összeállítása (2 fajta, példányszám: 200 db), segítő kapcsolat a célcsoporttal, eredmények mérése, összegző, zárótanulmány készítése. A projektbe 60 főt vonunk be, 80 %-uk eredményesen vesz részt, de az elérték száma jóval több lesz a kiadványok példányszáma és terjesztése miatt, valamint a „beporzás” módszerével. Kiemelten kezeljük a partnerségi együttműködést és a tágabb kapcsolatok (szubkulturális társak, család) elérését is. A program során a következő kerülnek a fókuszba:

- dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás megelőzése
- a lelki egészség védelme és megőrzése

- életvezetési kompetenciák, öngondoskodás képességének fejlesztése
- családi életre való felkészítés
- biztonságos szexuális életre való nevelés

A módszer

A segítő munka középpontjában az egyén és a környezete közötti interakciók állnak. A segítő kapcsolat lehetőséget biztosít a kliens számára, hogy életfeladataival megbirkózzon, azaz a problémamegoldó és „coping” kapacitás fejlesztése a cél.

Tevékenységünkre jellemző, hogy nem egy módszert részesítünk előnyben, hanem széles módszertani repertoárral dolgozunk a felmerülő igényeknek megfelelően és a személyközpontúság jegyében: egyéni gondozás, csoportmunka, tanulás/képzések, állandó, folyamatos kommunikáció, „nyitott ajtó, nyitott ház” módszere, tréning, „beporzás”, az önsegítés képességének kialakítása és egyéb konfliktuskezelési technikák (pl. Szemtől Szembe, mediáció stb.).

Továbbá alapelveink a következők: személyiségközpontúság, minden személy/ember önmagában érték, önmagunk vállalása, egymásra figyelés, elfogadás, bizalom, nyitottság, őszinteség, szeretet; az önálló, életképes személyiség kialakulásának segítése. A támogatás az egyes személyekből kiindulva valósul meg. Célunk önálló életprojektek, élettervek kidolgozásának segítése a szupportív és edukatív elemek szinergiájával. Ésszerű, tudatos és felnőtt érzelmi léttel és emberi kapcsolatokkal rendelkező személyiség kialakításának segítése a cél.

Szervezetünk munkájában meghatározó az alulról építkezés, a célcsoport igényeire történő reagálás, a személyközpontúság, megfelelő légkör biztosítása, mely alkalmas a problémák megfogalmazására és kezelésére. **Alapfaktorai:** partneri (mellérendelő), emberi viszony és kommunikáció a kliensek és a velük foglalkozó szakemberek között; nem-büntető megközelítés és attitűd; világos célok és elvárások a kliensek és a velük foglalkozó szakemberek között. **A munkatársak gyakorlata - faktorok:** a meghallgatás képessége; az elfogadás képessége; felismerni és méltányolni a kliensek tapasztalatait; hitelesség; nem-büntető attitűd; tudás és ismeret a börtön, a kisebbségi és a szubkultúrák világában; előítélet és előfeltevés nélküli munka; a munkatársak önismerete, saját személyiségük állandó és tudatos fejlesztése.

Módszereink részletezve:

Folyamatos (utó)gondozás („throughcare”=átgondozás): lényege, hogy a kapcsolat klienseinkkel – optimális esetben – már a büntetés-végrehajtási intézetben megkezdődik. A szemlélet/módszer a zárt intézetben a szabadulásra való felkészülésre/felkészítésre helyezi a hangsúlyt, azaz a segítő tevékenység a szabadulás előtti és utáni kontinuitás megteremtését tekinti döntőnek. Szervezetünk

linket képez a kinti és a benti világ között, a bent létrejött segítő kapcsolatra, ismertségre/elismertségre építve próbálja segíteni/támogatni klienseit, és - szükség szerint – eljuttatni őket a további segítő erőforrásokhoz, segítő szervezetekhez. Úgy véljük, hogy a segítővel, segítő szervezettel való folytonosság biztosítása megtartó erejű, és a változás/változtatás megvalósítását jelentheti. A folyamatos (utó)gondozás az eredményesség záloga ezen a területen. Tapasztalataink szerint a fogvatartottak reszocializációjának első lépése a folyamatos érzelmi támogatás és biztonság, melyhez hozzájárul civil, a büntetés-végrehajtástól eltérő attitűdünk, szemléletünk és státuszunk.

Civil támogató rendszer (= mentorrendszer), egyéni gondozás, esetkezelés, segítő kapcsolat: a formális mentor, segítő – támogató kapcsolat – eddigi tapasztalataink alapján rendkívül erős protektív faktort jelent. A segítő/mentor nyitottsága, bizalma, odafordulása egyrészt minta, másrészt egy tanulási folyamat része, melynek végső célja az önsegítés készségének a fejlesztése, annak elsajátítása, hogy az életproblémával küzdő kliens megtanuljon támogatást és segítséget szerezni másoktól, erőforrásait fel tudja térképezni, ki tudja aknázni. A segítő (mentor) értékes információkat közvetít a pozitív énkép kialakításához, az erősségek feltárásához, és általában az emberi kapcsolatok kialakításához/működtetéséhez. Lehetőséget ad az érzelmek megéléséhez, visszajelez és –tükröz, aktív megoldási stratégiákat facilizál és támogat. Biztosítja azt az élményt, hogy képesek vagyunk befolyást gyakorolni az életünkre, valamint azt, hogy az egyik ember hatással van a másikra. Segít a célok megfogalmazásában, az ehhez szükséges lépések felvázolásában, és szükség esetén „jelen van”, elérhető.

Civil támogató (=mentor) feladatai (egyéni esetkezelés) részletezve:

személyes problémák pszichoszociális kezelése, gondozása; mentálhigiénés ellátás; lelki gondozás;
a fiatal fejlődésének, változásának tudatos támogatása;
biztos támasz a krízisekben;
információ-áramoltatás a külvilágból, melynek célja a szabadulásra való felkészítés;
a személyiségfejlődés és a tanulmányi/képzési munka folyamatos, közös értékelése;
érdekképviselés az Alapítvány felé;
segítség a problémák megfogalmazásában, feltárásában és feldolgozásában;
saját képességek és tudás felismerése és alkalmazása;
önismereti kérdések feldolgozása;
visszajelzés az aktuális állapotra;
a változással kapcsolatos motiváció erősítése, fenntartása, folyamatos stimulálása;
megerősítés a döntésekben, pozitív megerősítések;
kapcsolattartás, együttműködés a szülőkkel, családtagokkal, nevelővel, pártfogó felügyelővel, ügyvéddel stb.;

hozzátartozók gondozása;
a fogvatartottal kapcsolatos adminisztratív teendők ellátása;
szociális ügyintézés (szálláslehetőségek, munkahelyek stb. felkutatása);
beszélgetések jövőbeli - reális – tervekről (tervezés);
a többségi társadalom normarendszerével megegyező önálló életvitel kialakításának támogatása.

Pszichoszociális rehabilitáció: a klienscsoport helyzete bonyolult, mert többfajta „ellátórendszer” is érint jelenlegi/jövőbeni státuszuk: igazságügyi, szociális, oktatási/nevelési, egészségügyi, foglalkoztatási stb. A klienscsoport komplex problémákkal küzd, melyek hosszú távon nagy költséget, kihívást és választ jelentenek az ellátórendszer számára. Ezért komplex, szinergikus beavatkozásra van szükség. Ennek lépései a következők:

1. Célok megfogalmazása
2. Vágyak és lehetőségek közelítése
3. Lépések a célok eléréséhez (step-by-step)
4. Cél(ok) elérése – új célok megfogalmazása – a továbblépés lehetőségei.

A munka és a feladat nem egy szakmás, hanem multidiszciplináris: a büntetés-végrehajtás nevelőjének, pszichológusnak, egyéb oktatóknak/tanároknak, civil és/vagy egyházi szervezetek munkatársainak, pártfogónak az együttműködésére kell(ene) épülnie, amelyet a szociális munkás/munkavállalási tanácsadó is kiegészít(ene) – pszichoszociális rehabilitáció. Bár a módszer elsősorban az egészségügyben, pszichés betegségek kezelésénél alkalmazott, mégis indokolt célcsoportunknál is, ui. a személyiség és a szociális környezet együtt kerül a segítség középpontjába, valamint a klienscsoportnak a visszailleszkedéshez gyakorlatilag “gyógyulásra” van szüksége (=rehabilitáció). A módszer középpontjában a segítő személy, annak hitelesség, átláthatósága (transzparencia) jelenik meg. A segítő és a kliens közötti kapcsolat, bizalom kiépítése/kiépülése, valamint az olyan légkör, atmoszféra biztosítása, mely a problémák megfogalmazására ad lehetőséget, döntő jelentőségű. Az edukatív és szupportív elemek egységének kell biztosítottak lennie a reszocializációs munkában. A gondozás-utógondozás mesterséges szétválasztásának megszüntetése lehetőséget biztosít a szabadulás utáni helyzetre történő fókuszálásra (vagyis csak utógondozás van, ami már a büntetés-végrehajtási intézetben megkezdődik – kapcsolat és szinergia a folyamatos utógondozási modellel).

A csoportmunka, melynek céljai a következők:

- a speciális helyzetben való lét lelki "megtámogatása" ("azért nem vagyok teljesen egyedül"), azaz az összetartozás élménye a szociális biztonságot, empátiát növeli, a résztvevők egymást sikeresen el tudják fogadni, támogatni (kompetenciaélmény átélése, saját erőforrások mozgósítása);
- ezzel párhuzamosan a „kítaszítottág” érzésének csökkentése, „a csak én vagyok ilyen nehéz helyzetben”, „csak nekem vannak ilyen nehéz problémáim” helyett az aha-élmény, vagyis „másoknak is nehéz”, „nem vagyok egyedül” – ez az elfogadást, a marginalitás kezelését, a társadalmi befogadás növelését jelentheti;
- a csoport lehetőséget ad a mellérendelt kapcsolatok modellálására, ugyanakkor a csoportdinamika leképezheti a valós szociális helyzeteket;
- a krízishelyzetben felmerülő lelki események és gondolatok rendezésének segítése;
- a bent lévők (büntetés-végrehajtási intézet) és a kikerültek "állapotfelmérése", ennek megfelelően további segítségek és lehetőségek közös feltérképezése;
- a jövőre vonatkozó beszélgetések indukálása ("mi lesz velem, ha visszakerülök? mi lesz velem szabadon?");
- együttgondolkodás az életvezetéssel kapcsolatos változtatási lehetőségekről és stratégiákról;
- a változtatási kísérletek felmerülésének támogatása;
- odafigyelés a személyre mint alakítható és formálható egészre, akiben benne van a változás lehetősége;
- beszélgetés a továbblépési lehetőségekről.

Nem mellékes szempont, hogy a csoportok működtetése az **egyik legköltséghatékonyabb módszer**. További előnye, hogy biztonsági szempontból a büntetés-végrehajtási intézeten belül a legmegnyugtatóbb a büntetés-végrehajtási szakemberek számára, sok embert mozgósít, így nagyobb kiterjedésben lehet élni a „beporzás” lehetőségével (amikor az információkat egyik fogvatartott eljutattja egy olyanak, aki nem tud velünk kapcsolatba kerülni). A csoport megmutatja, hogy „mindenki más, mindenki egyforma”, alkalmas a magatartásformálásra, valamint a szociális készségek fejlesztésére. A csoportos módszerek és az egyéni esetkezelés „vegyítése”, szinergiája a pozitív változások valódi lehetőségeit biztosítja a segítő munkában.

Képzés, tanulás: a célcsoport számára **valódi életesély növelést jelentenek a különböző képzési-tanulási programok**. A tanulás egyébként is sokféle készség elsajátítását teszi lehetővé, tudatos, koncepciózus munkát igényel, időpontok betartásával, beszámolással stb. jár együtt. Ennek során fejlődnek és tudatosulnak a készségek és képességek, az önismeret, mely a jövő terveinek megformálásában játszik szerepet. **A tanulás a munkaszocializáció alapját is jelenti**. További előnye, hogy csökkenti a prizonizációs ártalmakat, valamint az inkapacitációt, konkrét

életesélynövelő, a valódi piacképes szakmák elsajátítását jelenti, valamint a belátás/gondolkodás/kompetencia fejlesztés alapja. Összességében az önismeret, az önfejlesztés, valamint a változás sarokköve.

További módszerek:

Állandó, folyamatos kommunikáció: a folyamatos gondozási modell állandó, intenzív, a lehetőségekhez képest a legőszintébb, bizalmas kommunikációt, figyelmet, empátiát igényel. Ez érzelmi és emberi biztonságot jelent, azaz segítő erőforrást.

„Nyitott ajtó, nyitott ház” módszere: akár a büntetés-végrehajtási intézeten belül is, hacsak lehet, az andragógiából ismert **„nyitott ajtó”** módszerét célszerű alkalmazni: **azaz az odafordulás, a lehetőség, hogy megszólítsák a szakembereket, hogy a fogvatartottak megfogalmazzák problémáikat**, ily módon kifejezésre kerül. Szabadulás után drop in színtérünkön, közösségi terünkön használjuk a módszert.

Tréning: néhány csoport a **tréning** módszerével él, melynek lényege, hogy **a már meglévő tudást és képességet, készséget „mozgósítja”**, ill. erre építve, a csoport aktív részvételével, a csoport tagjai közösen fogalmazzák meg/hozzák létre a közös tudás alapján az „új” ismeretanyagot. A saját felismerés mindig jobban megragad, rögzül, nagyobb biztonságot ad.

„Beporzás”: tapasztalat a segítő munkában, hogy ha a segítő szakemberek hitelesek és ezt megérzi a klienscsoport, ha bizalmat szavaznak, ha modellszemélynek (követendő mintának) tekinthetők, az érintettek továbbviszik, informálisan „szórják” szűkebb-tágabb társadalmi környezetükben az információkat, szemléletet, sőt attitűdöt; ami a sikeresebb beilleszkedéshez fontos.

Az önsegítés képességének kialakítása: a legfontosabb **az egyén rávezetése önmaga megsegítésére**, melynek alapjai a reális önismeret és önértékelés, a változni/változtatás szándéka/akarata, valamint a megfelelő önbizalom kialakítása.

Konfliktuskezelési technikák: a **„Real Justice”** (= Szemtől Szembe módszer) olyan jóvátételi modell, mely segítségével **az érintettek megbeszélhetik és tisztázhatják a felmerült problémákat**. A megbeszélés olyan fórum, amely az érintetteknek lehetőséget ad arra, hogy a velük megesett sérelemmel vagy az általuk okozott kárral foglalkozzanak. Valamennyi résztvevő kifejezheti érzéseit, és mindenki beeszo lhat a megbeszélést lezáró egyezség kimunkálásába. A megbeszélések (= konferenciák) demokratikus légkörben zajlanak, ahol azok, akiket leginkább érintett a probléma, érzéseik és késztetéseik szerint reagálhatnak a velük történetekre.

A **mediáció** olyan konfliktuskezelési technika, amely **asszisztált kétoldalú tárgyalásként értelmezhető**. A mediáció a felek érdekeinek kölcsönös megértését helyezi a középpontba, és egyben keresi a vitás ügynek a felek által elfogadható megoldását.

Mindkét konfliktuskezelési technika alkalmazható és tanítható fogvatartottak és szabadultak esetében is.

„Drop in”

A Váltó-sáv Alapítvány működési helye „drop in” központ, vagyis akár megbeszélte időpont és bármilyen referencia nélkül „beeshet” (= *drop in*) a kliens. A jelentkezés önkéntes, biztosított az alacsonyküszöbű szolgáltatás. Működési helyünk szabadultaknak, azok hozzátartozóinak, a velük foglalkozó szakembereknek és rászorultaknak olyan speciális szolgáltatásokat működtet – egyéni és csoportos formában –, valamint segítő kapcsolatokat, információkat, adatbázisokat és lehetőséget azok hozzáférésehez, melyek a speciális célcsoport számára relevánsak, és kifejezetten segítő erőforrásként használhatók. Közösségi teret is nyújtunk, továbbá olyan lehetőséget, mely sem tartalmában, sem módszerében, sem elhelyezkedésében nem támaszt teljesíthetetlen elvárásokat a kliensekkel szemben.

A „drop in” kifejezetten a szabadulás utáni életre fókuszál. A szabadult – hozzájutva a drop in működésének, helyszínének, szolgáltatásainak stb. információjához – „becsöppen” („drop in”) az intézménybe. A büntetés-végrehajtási intézetek, a pártfogó felügyelők, a szociális ellátórendszer, Klienseink egyéb szakemberek, informális kapcsolatok – ismerősök, barátok, „szubkulturális társak” –, sőt szórólapok és egyéb információs anyagok, valamint más szolgáltatásinkban való részvétel útján kerülhet kapcsolatba velünk és intézményünkkel.

A drop in-ba betérőt a **„repción”** regisztráljuk, fogadjuk, az esetleges várakozás közben már megkezdődik a beavatkozás, alacsonyküszöbű szolgáltatás (pl. folyadékkal kínálás, mosdó stb.). A recepció után az **„ügyeleteshoz”** kerül a betérő, akinek feladata a következő:

- probléma azonosítás,
- diagnózis felállítása, első beszélgetés/első interjú lebonyolítása,
- beavatkozás megkezdése/folytatása,
- egyéb szolgáltatások biztosítása (amennyiben szükséges),
- további tájékoztatás, információk biztosítása.

Elképzelhető, hogy a szabadult pl. munkahelykeresés miatt keres fel bennünket, szeretne hozzáférni azokhoz az adatbázisokhoz, melyek az aktuális állások listáját tartalmazzák, mert az általa elérhetőek (pl. Expressz újság) már nem megfelelőek a probléma – álláskeresés – megoldására (szűk adatbázis, gyakori ismétlődés, betöltött állások, már nincs pénze megvenni stb.). Ebben az esetben lehetséges, hogy a megfelelő adatbázisok feltárása után, valamint néhány telefonbeszélgetés lebonyolítása után a kliens távozik néhány címmel/telefonszámmal/időponttal, melyek az állásinterjúkat jelölik. Elvileg az is elképzelhető, hogy a közös munka ezzel be is fejeződik, mert sikeres volt az egyik állásinterjú, és már csak a visszacsatolás – tájékoztatás miatt jön vissza/hívja fel az intézményt a szolgáltatás igénybe vevője.

A célcsoport problémái azonban többnyire összetettebbek, azaz nemcsak egy információs bázishoz való hozzáférés az igény. A munka keresése, a szabadulás, a jelenlegi állástalanság stb. mind-mind kapcsolódó problémákat is jelentenek, amelyek szintén megoldásra szorulnak. Általában nem egy-egy találkozás az, ami ezekre a kérdésekre választ ad, a hosszú távú gondolkodás pedig **több beszélgetést, többszöri találkozást és hosszabb ideig tartó segítő munkát, segítő kapcsolatot igényel**. Ilyen esetekben az „ügyeletes” **esetgazda** bevonását kezdeményezi. Elvi szinten természetesen ő is válhat esetgazdává.

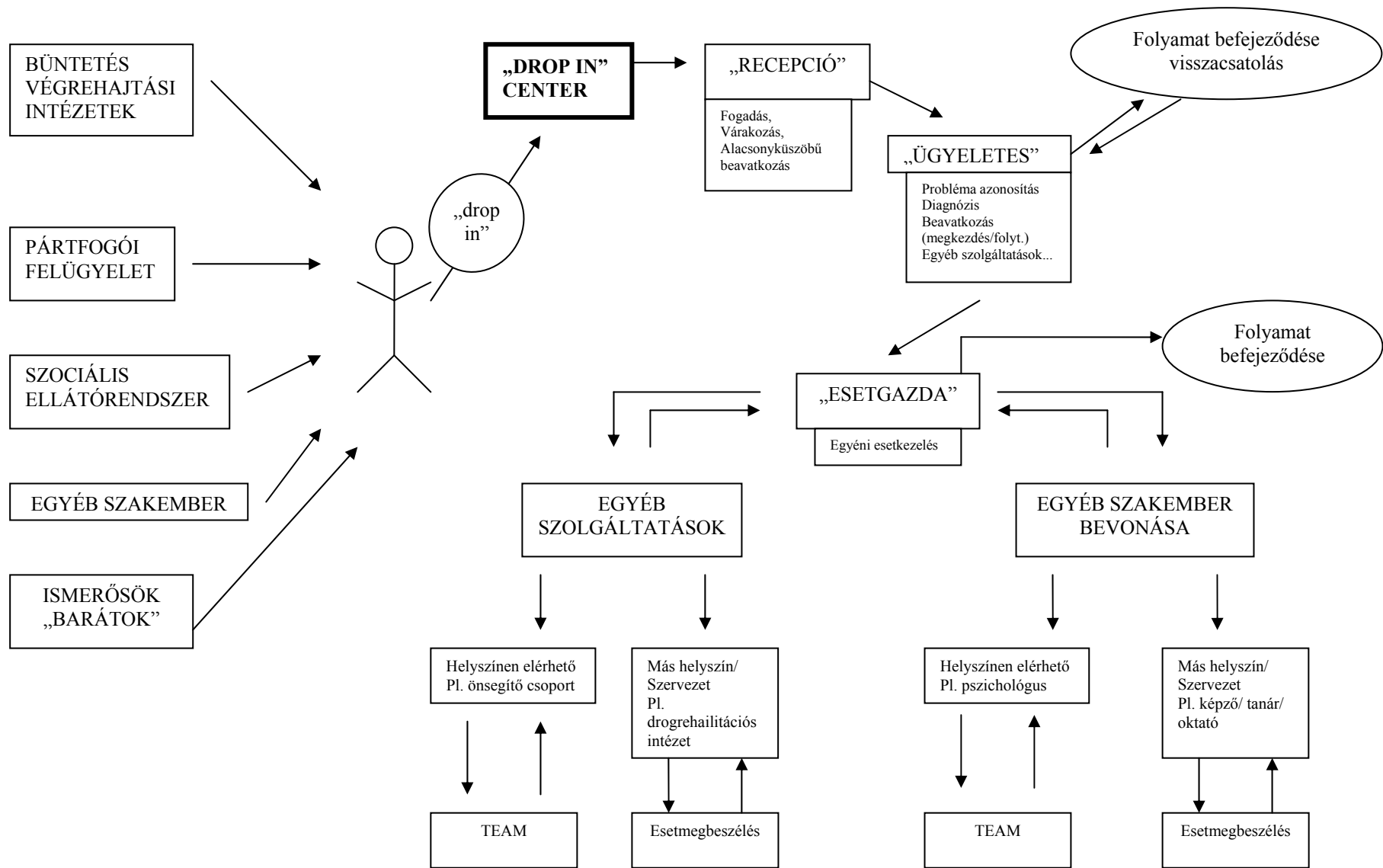
Az esetgazda az, aki a továbbiakban a segítő munkát folytatja. Mélyebben és részletesebben feltérképezi, majd szűkíti a problémát/problémákat, egyéni fejlesztési tervet készít a klienssel közösen, ehhez határidőket rendel stb. Az esetgazda az, aki – a kliens után – legjobban ismeri a szükségleteket, igényeket, megoldandó feladatokat és célokat a kliens jelenlegi élethelyzetében, ennek megfelelően ajánl egyéb szolgáltatások ill. egyéb szakemberek bevonását, amennyiben az szükséges. Az egyéb szolgáltatások egy része a helyszínen – drop in center – elérhető (pl. önszegítő csoport), más része azonban más helyszínen vagy szervezet munkáját feltételezi (pl. bentlakásos drogrehabilitációs intézet). A szakemberek esetében is vannak olyanok, akik dolgoznak az adott drop in centerben (pl. pszichológus, esetleg jogász), más esetben más helyszínre kell elfáradni a kliensnek (pl. képzések esetén oktató/képző/tanár iránti igény). Az egyéb szolgáltatások, szakemberek ismerete, megszervezése az esetgazda feladata.

Mind a helyszínen elérhető, mind pedig a más helyszínen zajló szolgáltatások esetében szükséges a **visszacsatolás**. Ez egyrészt „érkezhet” a klientsztől (pl. mesél róla, elégedett/nem elégedett vele stb.), másrészt fontos, hogy az esetgazda kapcsolatba kerüljön – amennyiben ez indokolt – ezen tevékenységek szakembereivel. Ennek egyik keretét a drop in centerben zajló **team megbeszélések** adják. A más helyszínen zajló szolgáltatások/szakemberek esetében az **informális tájékozódások** mellett szükség lehet **esetmegbeszélésekre**, amit az esetgazda az érintett szakemberekkel folytat. Az esetmegbeszélések alkalmait egy-egy kliens vagy probléma nagysága, bonyolultsága határozza meg,

azaz nem az a lényeg, hogy állandóan formális módon érintkezzenek a szakemberek, függetlenül attól, hogy jelentős változás az előzőekhez képest nem történt, hanem az, hogy a tartalmi elmozdulás, lényegi fordulat jelentkezése esetén minden érintett szakember értesüljön erről.

Előnye, hogy nyitott intézmény, ezért könnyen elérhető a kliensek számára, bármilyen pszichés-mentális állapotban, élethelyzetben vannak. További előnye, hogy egy esetgazda felelős a szervezeti-szakmaközi kapcsolatok megvalósításáért, azaz nem problémászeletekre válaszolnak az egyes intézmények/szakemberek – ami között ping-pong labdaszerűen „pattog” a kliens -, hanem egy intézmény/szakember (esetgazda) fogja ezt össze, miközben intézményi háttérrel is rendelkezik. Költségigénye optimális.

Hátránya lehet, hogy a büntető igazságszolgáltatástól független fenntartó által valósulhat meg, mert a kontroll funkcióra nincs tér az „drop in” szemléletében és attitűdjében. Ez a résztvevő felektől, intézményektől és szakmai szereplőktől mindenképpen **szemléletváltozást** igényel, azaz azt, hogy a reintegrációs folyamat nemcsak a pártfogók, esetleg néhány más állami intézmény – munkaügyi központ stb. – dolga.



„Drop-in szolgáltatási modell, Váltó-sáv Alapítvány

A Váltó-sáv Alapítvány értelmezésében a visszaesés megelőzésnek (az újbóli börtönbe kerülés) a következő területekre kell fókuszálnia, már a börtönben megkezdett eszményedzselés/segítő munka, segítő kapcsolat során:

1. (kliens, fogvatartott) biztos lakhatási körülményeinek megteremtése,
2. állás- és munkavállalás körülményeinek megteremtése,
3. oktatás/képzés/tanulás körülményeinek megteremtése,
4. biztos, tartós, támogató emberi kapcsolatok/kapcsolati háló kialakítása.

Ezeket a feladatokat csak szakmaközi együttműködéssel lehet megvalósítani. Az Alapítvány tapasztalata, hogy valódi és tartós sikert akkor értünk el, amikor több szervezet közös munkája eredményeképpen kapott ellátást/szolgáltatást az adott kliens, hiszen a szervezetek mindegyikének van egy-egy „erősebb” szakmai segítségforrása, valamilyen ellátásra való „szakosodása”. A következő intézmények és szervezetek együttműködése szükséges a jelen feladat végrehajtásához:

- büntető igazságszolgáltatás (büntetés-végrehajtás, börtönök személyzete)
- büntető igazságszolgáltatás (pártfogó felügyelet)
- foglalkoztatási (munkaügyi központok)
- oktatási (képző/oktató intézmények)
- szociális (szociális ellátórendszer)
- non-profit, nem állami (civil szervezetek).

Eddigi ágazatközi együttműködéseink:

sorszám	ágazat	szervezet	Együttműködési megállapodás
1.	büntető igazságszolgáltatás – büntetés-végrehajtás	Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága Egyes büntetés-végrehajtási intézetek, a KMR-ban minden bv. intézet	Van keret megállapodás határozatlan időre, továbbá projektekre vonatkozóan külön is, valamint egyes intézetekkel külön is.
2.	büntető igazságszolgáltatás – pártfogó felügyelői szolgálat	Belügyminisztérium – Központi Igazságügyi Hivatal Fővárosi és Pest Megyei Igazságügyi Hivatal	Nincs. Közös fórumok, kerekasztalok, eszménybeszélések vannak.
3.	foglalkoztatási	Közép-magyarországi Munkaügyi Központ	Együttműködési megállapodás van.

4.	oktatási	Belvárosi Tanoda Alapítványi Gimnázium és Szakközépiskola	Együtműködési megállapodás van.
5.	Szociális (drogprevenció)	Katolikus Karitás – Rév Szenvedélybeteg-segítő Szolgálat	Együtműködési megállapodás van. Közös projekteket is megvalósítottunk (pl. KAB-PR-07-C), ill. megvalósítunk (KAB-EL-10-RE).
	Szociális (drogprevenció)	Válaszút Misszió Drogkonzultációs Központ	Nincs. Közös kliensek, esetmegbeszélések vannak.
	Szociális (drogprevenció)	Megálló Csoport Alapítvány Szenvedélybetegekért	Konzorciumi együtműködési megállapodás van, közös projektkidolgozások, megvalósítás előtt (TÁMOP 5.6.1.).

„Ne csak tűzoltásszerűen működjön...” További civil szervezetek a büntetés-végrehajtásban és szabadulás után – jó gyakorlatok

A következőkben hat szervezettel készítettünk interjút – beszélgettünk velük strukturáltan – büntetés-végrehajtási intézetben folyó munkájukról, nehézségeikről, eredményeikről, javaslataikról. Szinte minden beszélgetésben előkerült a programok folytonosságának, folyamatosságának a fontossága. A programok leginkább a pályázati támogatásoktól függően tudnak megvalósulni, ezért a folytonos működés nem tud létrejönni. A szervezetek munkája és módszerei hasonlítanak, ám sokban különböznek is egymástól. Minden szervezetnek más és más a profilja, ezért az interjúkat nem összegezve, hanem teljességében közöljük. Úgy véljük, igazán így informatívak.

1. Magyar Református Egyház, Válaszút Misszió Drogkonzultációs Iroda

(1122 Budapest, Krisztina krt. 5.- Csaba u. 3. sarok)

Kérjük, mutassa be a szervezet büntetés-végrehajtási intézetben folytatott drogprevenációs munkáját/programját!

1. Ki a program célcsoportja? Hány ember kerül bevonásra a programba?

A célcsoportunk a drogprevenációs körleten lévő fogvatartottak. *(Hány fő vesz részt egy programban?)* Vácott⁶³ több mint tíz emberrel kívántuk kezdeni a csoportot, ebből folyamatosan jelen volt kb. hét ember. Ez nem feltétlenül ugyanazt a hét embert jelentette, de egyszerre általában hét ember vett részt a csoporton. Azt gondolom, az összes tizennégy fő résztvevővel nem is találkoztunk, mert előfordulhat, hogy valaki, valamilyen okoknál fogva nem jut el a foglalkozásokra. A Markóban a program ideje alatt kb. 10-11 nővel találkoztunk, de általában ott is az egyszerre jelen lévők száma 6-7 fő volt. Egy előzetes házban sok egyéb más is előfordulhat, pl. szállítás, tárgyalás, emiatt megtörténhet, hogy valaki nem tud részt venni a csoporton. Baracskán nagyjából állandó a létszám, 14-16 fő, ebből az egy foglalkozáson részt vevők száma tizenkettő fő általában.

2. Hol, melyik intézetben folyik a projekt? Mióta működik a projekt?

A Váci Fegyház és Börtönben, a Fővárosi Büntetés-végrehajtási Intézet 1-es objektumában (Markó) és a Közép-dunántúli Országos Büntetés-végrehajtási Intézetben (Baracska). *(Mióta*

⁶³ Vác: Váci Fegyház és Börtön. Markó: Fővárosi Büntetés-végrehajtási Intézet, 1-es objektum. Baracska: Közép-dunántúli Országos Büntetés-végrehajtási Intézet, Baracska objektum. Előzetes ház: jogerős ítélet nélkül, előzetes letartóztatásban lévő fogvatartottak büntetés-végrehajtási intézete.

dolgoztok a büntetés-végrehajtásban?) 2003-ban indult Baracskán a drogrevenziós körlet, és annak a létrehozásában, kialakításában felkértek engem, mint szakembert. Akkor még nem a Válaszút Missziónál dolgoztam, hanem Ráckeresztúron a drogterápiás otthonban. Tehát én 2003 októberétől végzem ezt a munkát, a Válaszút Misszió 2005-2006-tól dolgozik a büntetés-végrehajtásban. 2005-ben indult az elterelés, majd 2006-2007-ben egy olyan prevenciós programot kezdtünk a Fővárosi Büntetés-végrehajtási Intézet 3-as objektumában, amit a büntetés-végrehajtás hirdetett meg. És, ha jól emlékszem, azok a KAB-os pályázatok, amiket most is csinálunk az intézetekben, 2007-től vannak. Ez a 3. vagy 4. pályázati szezon, amit most végigcsináltunk. Egyébként én 1995 óta járok börtönökbe, korábban hitéleti eseményeket tartottam, istentisztelet, bibliaóra, később volt egy időszak, amikor Ráckeresztúrról jártunk ki, egy volt kliensünket látogattuk Tökölön⁶⁴, ill. a Gyűjtőben.

3. Milyen tevékenységeket folytatnak? Milyen módszerekkel dolgoznak?

Rehabilitációs tréningnek hívjuk ezeket a foglalkozásokat. Azonban ez egy nagyon felszínes meghatározás, mivel nagyon heterogén a csoportok összetétele, hiszen a drogrevenziós körleten vannak olyan emberek is, akik nem szerhasználók, hanem veszélyeztetettek olyan tekintetben, hogy ha kikerülnek, valószínűsíthetően olyan környezetbe kerülnek, hogy tudatmódosító szereket használhatnak. És vannak olyanok, akik súlyos függőséggel küszködnek, terápiás otthonból is ismerjük egymást. Alapvetően a szermentességet, az újrakezdést megcélzó, azt segítő, kompetenciafejlesztő programokat tartunk. Nem feltétlenül csak szerhasználati kérdésekkel foglalkozunk, mivel sok embernek nem ez a kérdése. Előfordulhat, hogy valaki nem is érintett ebben. Ugyanakkor természetesen van olyan, akinek ez a súlyos kérdése, és akkor érintjük ezeket a dolgokat is, de nagyon sokszor nem konkrétan ezekkel a témákkal foglalkozunk, hanem például olyan témákkal, mint pénzkezelés, munkábaállás. Tehát a reszocializáció, ill. az azzal kapcsolatos, összefüggő témák is megjelennek a csoportokon. És e mellett a visszaesés megelőzés olyan témái, mint pl.: a visszaesésre figyelmeztető jelek beazonosítása, mit jelent egy felépülési program, mit jelentenek a támogató kapcsolatok, stb. Tehát elég heterogén a programunk. *(Milyen módszerrel dolgoztok?)* Ez is elég változó, egyrészt alapvetően csoportban dolgozunk. Előfordul, hogy beszélgetés formájában zajlik, klubjelleggel kezdünk el beszélgetni. Ugyanakkor időnként megjelennek aktuális problémák, melyek felülírják a forgatókönyvet. A csoportnak van egy tematikája, de hiába van tematika, ha van egy aktuális probléma. A csoport elején mindenki „bejelentkezik”, és ha a bejelentkező körnél olyan hangzik el, amiről úgy érzem, hogy ez most nem megkerülhető, akkor inkább azzal a témával foglalkozunk. Pl.

⁶⁴ Tököl: Fiatalokorúak Büntetés-végrehajtási Intézete, Tököl. Gyűjtő: Budapesti Fegyház és Börtön.

valaki néhány nap vagy egy hét múlva szabadul, és ez a kérdés nagyon foglalkoztatja őt. E mellett előfordult az is, hogy pszichoedukációs üléseket tartottunk, interaktív módon dolgoztunk fel különböző témákat. És vannak témacentrikus ülések is, amikor egy-egy témát járunk körbe, irányított kérdések mentén - interaktív módon. Felmerült az is, hogy csináljunk szerepjátékokat, szerephelyzeteket. Ez abból a szempontból nehézkes, hogy a foglalkozások helyszíne, a körülmények nem mindig a legideálisabbak erre. Hiába merül fel, hogy 2 hét múlva jó lenne pl. a munkavállalásról beszélni, hogy hogyan kell megírni az önéletrajzomat, hogyan viszonyulok a munkához, hogyan tudok elmenni egy állásinterjúra. Hiába beszéljük meg, hogy 2 hét múlva innen folytatjuk, ezek lesznek a témák, ha nem azok vannak jelen, akik korábban voltak, akiknek korábban azt mondtuk, hogy a felsoroltakat fogjuk csinálni. Ekkor felülíródik az eredeti terv. Készülök a foglalkozásokra, de az előzetes tervezés mellett spontán kell dolgozni. Legalábbis nekem ez a tapasztalatom. 2003-ban volt egy tréningelképzelésem, akkor foglalkozásra lebontva megvolt az eszköz, a téma, hogy milyen módon dolgozunk. Azonban akkor azt láttam, hogy a csoport nem tud úgy haladni, számos dolog számukra teljesen idegen. Hiába állítok fel egy tematikát, hogy honnan hova jutunk el az alkalmakon, ha az túl feszes, akkor egyszerűen felborul az egész. Ha meg túl laza, akkor az a gond. Mindig aktualizálni kell az előzetes terveket. Ez egy olyan helyszín, ami nem klasszikus, nem egy ideális csoporthelyzet a körülmények miatt, ki-be mászkálás van, zaj van, a csoportszoba visszhangos és nem hallom, hogy velem szemben mit mondanak. *(Kéthetente van a csoport?)* Most kéthetente, de korábban hetente volt. De mivel elég sok problémát jelent a mozgatás, a csoport megszervezése, ideálisabbnak tünnek a kétheti találkozások. Jelenleg azon gondolkodunk, hogy ezen változtassunk-e, hogy esetleg inkább egy intenzív hét legyen, egy héten keresztül minden nap találkozunk, tréning jelleggel. De nyilván ehhez kell az intézet, a fogvatartottakat ehhez ki kellene venni a munkából. Ha szeretnénk valamit, azt le kell egyeztetni az intézettel. És a büntetés-végrehajtás nehezen mozdul. *(Mennyi ideig tart egy csoport?)* Szakaszokból áll, de idén még ki sem írták a pályázatot. A megvalósításhoz források szükségesek, és nyertes pályázat esetén kötünk szerződést a büntetés-végrehajtási intézettel - a pályázati időszakra vonatkozóan. Eddig legalább az megvolt, hogy ha lejárt egy szerződés, akkor már ki volt írva az újabb pályázat, és tudtuk, hogy már beadtuk és vártuk az eredményt. Így is elhúzódott nagyon sokszor a szerződéskötés. Egyrészt a pályázatok miatt szakaszosak a csoportok, szeptembertől májusig tartanak, a nyári időszakban pedig szünet van. Másrészt pedig vannak átfedések, Vácon például nagyobb ítéleteket töltenek az emberek, van, aki már a 3. szezomban van ott. Tehát nem lehet ugyanazokkal a témákkal foglalkozni. *(Tehát van, aki folyamatosan jár éveken keresztül a csoportokra?)* Igen, ő 2008 óta ott tölti a büntetését a drogprevenciós körleten, és már 3 éve jár a csoportokra. És nem egy ilyen ember van. Így nem lehet azt megtenni, hogy minden évben ugyanazt csináljuk. Most indult be egy kezdeményezés: a baracskai drogprevenciós körletről 1 napra kivettek 8-10 embert a

Ráckeresztúri Drogherapiás Otthonba. És a fogvatartottak részt vettek csoportokon és egyéb programokon. Felmerült, és írtam is egy kérelmet, hogy a programba jó lenne bevinni önszervező elemeket, hogy maguk az elítéltek tartsanak foglalkozásokat egymás számára. Néhányan bejönnének a rehabilitációs otthonból a fegyintézetbe, és ott végigcsinálnának egy kvázi terápiás napot. Így megtapasztalnák a fogvatartottak, hogy milyen egy terápiás nap, mit jelent az, hogy van reggeli találkozás, reggeli csoport, mikkel lehet megtölteni egy napot. Tehát jó lenne, ha 5-6 ember az otthonból be tudna menni az intézetbe, ha foci tudnánk szervezni, majd egy fél évvel később a fogvatartottak jönnének ki, és megnéznék, hogy mit jelent egy terápiás otthon. Mert többen vannak Ráckeresztúron, akik korábban Baracsán voltak, majd szabadulás után rögtön felvételiztek, és mentek át az Otthonba. Ők adott esetben érzik, hogy a fegyintézetben eltöltött x év nem azt jelenti, hogy absztinenciát is tudnak tartani. Pillanatnyilag szermentesek, de ugyanakkor mindenféle készségük és képességük hiányzik a „tisztán maradáshoz”. Régebben próbálkoztunk kreatív dolgokkal, foglalkozásokkal is. Ezek mindig attól függenek, hogy milyen a társaság felvevő-képessége, érzékeny-e ilyesmire vagy esetleg maximálisan elutasítja-e, illetve hogy az adott helyszín, környezet mennyire adja meg erre a lehetőséget. Egy kultúrhelyiségben, ahol ki-be mászkálnak az emberek, ahol egyfolytában zúg egy mosógép, ott nem lehet bizonyos dolgokkal foglalkozni.

4. Hány munkatárs dolgozik a programban/a szervezetben?

Korábban többen voltunk, de most, jelen pillanatban az összes csoportot (a büntetés-végrehajtási intézetekben) én látom el. Az elterelést is, és a 4 intézetben az összes pályázati csoportot.

5. Milyen problémákkal keresi meg Önöket a célcsoport?

Képzésekben szeretnének részt venni, olyan képzésekben, melyek olyan képesítést nyújtanak, amikkel szabadulás után munkát tudnak vállalni. E mellett szükséges számukra olyan információk biztosítása, melyek a munkához jutásban segítik őket. Harmadrészt pedig igény van a támogató közösségre - ami működik nálunk -, a függő csoportra, amely az absztinencia tartásában nyújt támogatást.

6. Tudnak-e nekik ezekben segítséget nyújtani? Amennyiben nem: Milyen egyéb segítségre lenne szükségük?

Azt kell mondanom, hogy csak részben. Egyrészt van támogató közösségünk, ez az utógondozó csoport. Ugyanakkor azért csak részben, mert állásaink nincsenek, nincs egy

olyan füzetünk, amiben állások lennének feltüntetve, nincsenek olyan kapcsolataink, amelyek arról biztosítanának minket, hogy azon a munkahelyen bármikor fogadnak felépült szenvedélybetegeket vagy büntetett előéletű szerhasználót. Mi az internethasználatot tudjuk számukra szabadulás után biztosítani, lehet nálunk ingyen internetezni, lehet telefonálni, a kollégák segítenek az önéletrajz összeállításában, megírásában, és abban, hogy az illető utána elkezdjen állást keresni. A nagyon ideális az lenne, ha lenne olyan védett munkahely, vagy lennének olyan kapcsolatok, amik, ha nem is védett munkahelyek, de ezzel a felvevőképességgel bírnának, akik ilyen feltételekkel is tudnának alkalmazni embereket, kellő figyelemmel, velünk együttműködve. De ilyen sajnos nincsen.

7. Mik a program erősségei?

Egyrészt az elfogadó szeretet, és valamilyen szinten a sorstársközösség. Most már szakemberként foglalkozom ezzel, de valamikor fiatalkoromban én is próbáltam tudatmódosító szereket, én is voltam büntetve. Ez egyfajta viszonyulást feltételez. Másrészt ott vannak a régi gyerekkori barátaim. Akár a programon belül, vagy az intézetben. Tehát ha találkozunk, akkor tudják, hogy XY ismer engem, mert annakidején egy lakótelepen éltünk. *(A viszonyulást hogy érted?)* Partneri, nagyon partneri viszonyulásra gondolok, ami egyszerre partneri és egyszerre valamilyen szinten sorstárs is. De ezt azért óvatosan mondom, mert azért mégis szakmai is. Ezeken a pilléreken áll a kapcsolat. Könnyű rólam feltételezni empátiát, mert én is voltam hasonló helyzetben korábban. És ismernek, mondjuk úgy, hogy a börtönben én ismerősként jelenek meg, egy olyan emberként, aki valamilyen utat megjárt, bejárt, és van tapasztalata. Aztán az is a viszonyuláshoz tartozik, hogy a kapcsolat a szereteten alapul, az elfogadó szereteten, a Krisztusi szereteten, hogy keresztyén emberként végzem ezt a munkát. És én azt gondolom, hogy ez fontos. *(A csoportokon a hit szóba kerül, van valamilyen szerepe?)* Igen, szokott. Most már nem tartok hitéleti alkalmakat, de folyamatosan szóba kerül, mert tudják, hogy lelkész vagyok, hogy keresztyén ember vagyok, és vannak olyan kérdések, amikor egyszerűen nincs más magyarázat. És óhatatlanul előjönnek ezek, hogy ez hogy van, te azt hogy gondold. Jó néhányszor úgy jön elő, hogy azt kérdezik, hogy én hogy szálltam ki ebből a történetből. Mivel én egy gyülekezetbe kerültem be. Előjönnek ezek a dolgok, de ezek nem erőltetettek.

8. Ütköznek-e nehézségbe a projekt megvalósítása során? Ha igen, melyek azok?

A túlszervezett büntetés-végrehajtási intézetben – nagyon sokszor – csinálni valamit nagyon nehézkes. Mert se hely, se idő, se más nincsen rá. És nem az a szemlélet, hogy azzal kell foglalkozni, amivel mi foglalkozunk. Vannak nehézségeink, de mi azokat elfogadjuk, nekünk

azokkal meg kell birkózni, ez egy ilyen helyzet, ilyen körülmény, ezek a körülmények adóttak, és ebből próbáljuk meg a legjobbat kihozni. Ez így van az elítéltek felől is, és így van a büntetés-végrehajtás felől is. Mert a nehézségeink ugye többrétűek, van egyrészt az intézet felől, és vannak a fogvatartottakkal kapcsolatosak. Bár a drogprenvenációs körleten többnyire, 80-90 %-ban együttműködő srácok vannak. De itt is van olyan, akit nem a drogprenvenációs foglalkozás tartalma érdekel, hanem a drogprenvenációs körleten az ítélet töltésének minősége az, ami vonzó. Némely helyen van bent hűtőszekrény, szőnyeg, szimpla ágyak vannak stb. Régen volt olyan, hogy pluszcsomagot kaphatott az, aki a drogprenvenációs körleten volt. Nyilvánvalóan ezek egy elítélt szemében ösztönző tényezők. De amikor arról van szó, hogy hogyan akarsz egy szermentes, absztinens életet megcélozni, ezzel kapcsolatban milyen nehézségeid vannak, akkor azt mondja, hogy nekem semmilyen, én nem akarom ezt megcélozni. Ez egyfajta nehézség, ilyenkor ezzel kell dolgoznunk. Bár azt kell, hogy mondjam, hogy ez a kisebb nehézség. A nagyobb az az, hogy nincsenek csoportszobák, a túlszervezettség, az, hogy nincs egy állandó csoportlétszám. Időnként azt az időt, amikor megyünk, nem tudják biztosítani. Ezért van az, hogy most már inkább 2 hetente megyünk. Tehát vannak nehézségek, de ezekkel meg kell birkózni, el kell fogadni. És talán ez lesz az, ami által a munka elmozdul egy jobb irányba, egy hatékonyabb irányba. És még egy nehézség: Magyarországon kialakulóban van még a drogprenvenáció a büntetés-végrehajtásban, és még nagyon sok dolog nem feltétlenül úgy történik, ahogy történnie kellene. Tehát pl. egy drogprenvenációs programban való részvétel esetén nem feltétlenül jó, ha valaki az ítélete elején van. Az lenne célszerű, ha valaki az ítélete vége felé venne részt a programban, mert akkor nem írná felül az ítélete további része az ott látottakat. Intenzívebb program kellene, terápiásabb, ha mondhatom így, vagy közösségibb, vagy közösségre inkább hasonlító környezetben, mert akkor az jobban megmaradna, mint így. Mert találkoztam már olyannal, akinek volt egy 10 éves ítélete, a 2. évét töltötte, amikor bekerült a drogprenvenációs körletre, majd egy év múlva kikerült onnan, és onnantól kezdve még eltöltött 7 évet a börtönben. Ebben az esetben a fogvatartott a következő 7 évben nem fejleszti azokat a készségeit, az a 7 év nem arról fog szólni, hogy ő szermentesen éljen. A börtön nem arról szól, az nem egy terápiás közeg.

9. Kikkel működnek együtt a megvalósítás során? Hogyan jellemeznéd ezeket az együttműködéseket?

Elsősorban a büntetés-végrehajtással, a rehabilitációs otthonnal, korábban mondtam, hogy terveink szerint megvalósul majd egy ide-oda látogatás, az otthon és az intézet között. Másokkal nem. *(Hogyan jellemeznéd ezeket az együttműködéseket?)* Ez változó. A büntetés-végrehajtással való együttműködésünk arról szól, hogy nekik jó, ha megyünk, nekünk van ez a

szándékunk, igényünk, a fogvatartottaknak is jó valamilyen szinten, mert történik velük valami. A külső együttműködés Ráckeresztúrral az természetes, az egyébként is egy működő, meglévő együttműködés.

10. Összességében eredményesnek látja-e a program/szervezet munkáját? Ha egy ötfokú skálán kellene jeleznie az eredményességet, hányast adna (1: legkevésbé eredményes, 5 nagyon eredményes)?

1 2 3 4 5

Miben és mennyire? Mit tekint eredménynek?

Eredményesnek tekintem a programot akkor, ha megfelelően határozom meg a célt. Ha azt a célt határoznám meg, amit egy terápiás otthon esetében, hogy a programban résztvevők jelentős százaléka szermentes életet alakítson ki stb., az eleve irreális lenne. Előfordul, hogy valaki a drogprevenációs körleten van, majd utána még eltölt 3-4-5 évet a börtönben. Viszont ha azt a célt határozom meg, hogy megfelelő információkhoz jusson a szerhasználati problémáját illetően, vagy a szerhasználatát kezelését illetően, hogy kapcsolatok alakuljanak ki, akkor azt gondolom, hogy betölti a funkcióját. Ezek az információk eljutnak hozzájuk, kapcsolatok alakulnak, adott esetben felkeresnek bennünket szabadulás után. A kérdést még azzal egészíteném ki, és az is egy fontos kérdés, hogy vajon ez az eredmény, ez a hatékonyság mennyiben marad meg a későbbiekben? A foglalkozások során a fogvatartottak kapnak bizonyos információkat, kapnak bizonyos eszközöket, fejlődnek a készségeik, de az a kérdés, hogy ez mennyire marad meg később, amikor már nem vesznek részt a programban? Mert a börtönkörülmeny nem alkalmas arra, nem arról szól, hogy ezeket erősítse. *(Tudsz egy számot mondani, hogy mennyire tartod eredményesnek a programot?)* 4-esre értékelem. De ilyen értelemben akkor lejjebb tettük a léctet, mert nem azt fogalmaztuk meg, hogy a programban résztvevők X %-a szermentesen éljen. Van, akiben csak megerősödik a gondolat, van, aki csak információkhoz jut. Van, aki később keres meg minket. Úgy szoktam fogalmazni, hogy magvetés történik, aminek nem biztos, hogy ott és akkor lesz meg az eredménye. *(Mi kellene hozzá, hogy 5-re értékeld a programot?)* Kanadában láttam egy mintát, úgy hívják, hogy nyitott börtön. Az egy terápiás közeg, nincs felügyelet, az egy farmszerű intézmény. Amikor beléptem oda, azt hittem, hogy egy rehabon vagyok. Később mondták, hogy az nem egy rehab, hanem mindenki elítélt. Az ítéletének az utolsó évét töltik ott a fogvatartottak, ők választják, hogy ott akarnak lenni. Hogy bekerüljenek a programba, nagyon szigorú szűréseken keresztül. Ott nincs felügyelet, nincsenek őrök. Ha végigcsinálják, támogatják őket a reintegrációjukban, utógondozói csoportba vagy önszolgáltató csoportba kerülnek. A lényeg, hogy

az tényleg arról szól, hogy már nem börtönkörnyezetben, már nem elítéltként vannak ott jelen. Nem az erőszak az eszköz, a kezelési mód. Nem azok az értékek vannak, amelyek a börtönben, hanem az egy terápiás közeg, segítőkkel, szociális munkásokkal, saját élményű felépült emberekkel, akik ott a programban állnak le. Természetesen megszökhetnek, mert nincs felügyelet, de akkor visszakerülnek a börtönbe. Azonban onnan elég nehéz megszökni, elég nagy távolságok vannak. És nem is ez a jellemző, hanem inkább az, hogy értékelik, hogy kapnak egy ilyen lehetőséget. Itt terápiás program van, és minden a terápiáról szól. Nem csak pontokban van elhelyezve egy-egy terápiás elem. Én azt szeretném, ha ez Magyarországon is meg tudna valósulni. Bennünk van egy ilyen szándék, a ráckeresztúri otthonnal, ill. annak a vezetőjével, aki most már a Válaszútnak is a vezetője. Nyilván ez sok-sok döntést igényel, de én azt gondolom, hogy ez lenne a jó. Mert egy dogprevenációs tréning az nem olyan, mint egy tantárgy, amit meg lehet tanulni, és amiből aztán le lehet vizsgázni. Hogy belülről megtörténjen egy váltás az emberekben, ahhoz - azt gondolom - egy ilyen környezet kell.

11. Miből, hogyan finanszírozzák a programot?

Pályázati forrásokból. Ezen kívül nincs más forrásunk.

12. Az Ön tudása/ismerete, valamint megítélése szerint milyen ellátásban/kezelésben részesülnek a kábítószer-fogyasztók a büntetés-végrehajtási intézetekben? (Ha említ hiányokat): mire lenne szükség?

Kapnak gyógyszert, és időnként túl sokat is. Alkalmanként nem megfelelően, tehát összevissza. Nem gondolom, hogy a büntetés-végrehajtási intézetben túl jó lenne az ellátás, de azt se gondolom, hogy a börtönbe kellene metadon-program és túcsere. Vannak, akik azt képviselik Magyarországon, hogy metadon és túcsere kell, én azt gondolom, hogy Magyarországon nem olyan a helyzet a börtönökben. Erről fogvatartottakkal és elítéltekkel beszélgettem, adott esetben olyanokkal, akik bent használtak kábítószer. Akik bent is használtak, de nem intravénásan. Intravénás szerhasználóról bent nem is nagyon tudunk. *(Mi kellene szerinted, mire lenne szükség?)* Egyrészt azt gondolom, hogy olyan képzések, amik alkalmassá teszik őket, képessé teszik olyan munkák vállalására, amiből szabadulás megélhetnek. A kilépésük legyen adott esetben segítve, nyilván annak, aki ebben együttműködő. Ez az ítélettől is függ, hogy mennyit ült, hogy mik azok, amiket meg kell, vagy újra meg kell tanulnia. Olyan házak kellenének, olyan félutas házak, amikor már kint élnek, de még bizonyos kontroll mellett. Ezek segítik a beilleszkedést. És olyan közösségek, akik felkarolják őket szabadulás után. Ezek lennének, amik segítenének, és a börtönben is adott

esetben. Azzal talán nem mondok újat, ha azt mondom, hogy sok-sok pénz kellene. A börtön környezetét, a felügyeletet is képezni kellene valahogyan. Nem mindegy, hogy ki az, aki foglalkozik a fogvatartottakkal, vagy őrzi az elítélteket.

13. Mi lenne a javaslata a fogvatartottak/szabadultak társadalmi beilleszkedését segítőként? Milyen javaslata van a szenvedélybeteg fogvatartottak ellátását/kezelését illetően?

Olyan álláslehetőségeket kellene összegyűjteni, vállalkozókat, gyárakat, cégeket, akik azt mondják, hogy nálunk dolgozhatnak szabadultak, biztosítunk számukra munkalehetőséget, megélhetőséget, azzal együtt, hogy tudjuk, hogy ők bűnözők. És előítélet-mentesen, óvatosan mondom, hogy előítélet-mentesen, de abban az értelemben mindenképp előítélet-mentesen, hogy nem hátrányos megkülönböztetéssel bánva velük (pl. kevesebb bérért, rosszabb körülmények között foglalkoztatni őket). Képzések legyenek nekik. Ugyanakkor nem tudom, milyen módon, mert eleve megfogalmazódhat valakiben, hogy miért kell őket jobban támogatni, mint másokat. Olyan képzések kellenének, aminek például a költségét később visszafizetik, mint a diákhitel esetében. Talán ezek lennének, amik segítenének nekik. És ezek ne csak kipipált dolgok legyenek, és ne csak tűzoltásszerűen működjön. Most ezt látom, hogy ez van.

2. Főegyházmegyei Karitászi Központ

(3300 Eger, Széchenyi u. 5.)

Kérjük, mutassa be a szervezet büntetés-végrehajtási intézetben folytatott drogprevenációs munkáját/programját!

1. Ki a program célcsoportja? Hány ember kerül bevonásra a programba?

A célcsoportunk az egri büntetés-végrehajtási intézet⁶⁵ összes fogvatartottja, így köztük a női elítéltek, a fiatalok előzetesben lévők (férfiak) és a szintén előzetesben lévő felnőtt férfiak. A női csoportban a résztvevők száma maximum 10 fő, a másik két előzetes csoportban 6-6 fő. A csoportok mellett lehetőség van arra is, hogy egyéni segítő beszélgetést kérjenek a fogvatartottak. Teljesen változó, hogy ezt hány fő igényli. A fogvatartottak ezt kérelmi lapon jelzik, a nevelő vagy a börtönparancsnok (vagy ahogy a hierarchia ezt megkívánja) engedélyezi, majd utána a fogvatartottak felveszik velünk a kapcsolatot, és mi előre egyeztetett időpontra megyünk be, és találkozunk velük egyénileg.

⁶⁵ Egri büntetés-végrehajtási intézet: Heves Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet (Eger).

2. Hol, melyik intézetben folyik a projekt? Mióta működik a projekt?

Az egri büntetés-végrehajtási intézetben, máshová nem járunk. 4-5 éve működik a projekt, 2006-2007 körül, talán inkább 2007-ben kezdtünk el az intézettel együttműködni.

3. Milyen tevékenységeket folytatnak? Milyen módszerekkel dolgoznak?

A női csoport kifejezetten drogprevenációs csoport. Próbálunk önismereti elemeket beletenni: mint például készségfejlesztés, nemet mondás, de a börtönártalmak csökkentése is ugyanúgy a csoport része, hiába drogprevenációs ez a csoport. Van olyan, aki amióta indult a csoport, azóta az intézetben van, és jár a csoportra. Neki már nagyon nehéz újat mondani, de mindig próbáljuk az igényeiknek megfelelően vinni a csoportot. Hogy tényleg az legyen, hogy ha már kijönnek arra az egy-másfél órára, akkor úgy tudják eltölteni azt az időt, hogy fel tudjanak tölteni, hogy azokról a témákról legyen szó, ami őket is érinti és érdekli. Próbálunk olyan elemeket belevinni, ami önismereti és a drogokkal kapcsolatos. A fiataloknál a csoport kicsit lazább, játékokat is viszünk be, pingpongozni is lehet és így, ezen keresztül próbáljuk a fiatalokat elérni, és ebből kialakítani egyfajta beszélgetést. Nekem az a tapasztalatom, hogy a női csoportba nem lehet ezeket az elemeket bevinni, ők azt mondják, hogy azért mégse játszunk, inkább komolyabb dolgokat szeretnének, még a férfiak is. Ők azt igénylik, hogy inkább beszéljünk, azt szeretik. Ez jellemző a csoportokra. Az egyéni beszélgetés pedig segítő beszélgetés.

4. Hány munkatárs dolgozik a programban/a szervezetben?

5 fő jár az intézetbe. A csoportok heti rendszerességgel zajlanak, minden csoportot ugyanaz a két ember visz, egy férfi és egy nő. Hétfőn a fiatalokéknak, kedden a férfiakéknak, szerdán a nőknek van csoportjuk.

5. Milyen problémákkal keresi meg Önöket a célcsoport?

A női csoport drogprevenációs csoport, próbáljuk ezt a vonalat képviselni. Ill. hozzánk kerülnek első körben azok az emberek is, akiknek valamilyen problémája van, mint például zárkakonfliktus, vagy valami olyan dolog, amit nem tud egyedül megoldani. Vagy a kinti életben történik olyan, amit nem tud feldolgozni és segítséget kér. Mivel többnyire a nevelők ezekben nem tudnak segíteni, és pszichológus és pszichiáter nem jár be a börtönbe, így elsőként ezek az emberek hozzánk kerülnek. Akkor is hozzánk kerül valaki elsőként, ha frissen bekerültként drogprobléma merül fel az esetében,

kint drogozott például. Ilyenkor mi tehetünk javaslatot arra vonatkozóan, hogy milyen irányba haladjon tovább az esetkezelés: szükséges, hogy lássa pszichiáter, vagy az IMEI-be⁶⁶ kell mennie, vagy pedig mi tudunk neki segíteni úgy, hogy hetente egyszer segítő beszélgetést folytatunk vele. Előfordul, hogy valaki a szabadulás előtt kér egyéni segítséget, mert nagyon fél, hogy mi lesz vele, ha kimegy. Ilyen esetben is szokták kérni a fogvatartottak az egyéni segítséget, hogy a szabadulásra felkészüljenek, hogy milyen nehézségek várhatóak kinn, és, hogy mit tehet ezek leküzdésében. Az egyéni beszélgetést kérheti a fogvatartott és a nevelő is. Azt tapasztaljuk, hogy ha bekerül egy szenvedélybeteg, akkor a nevelő már automatikusan szól, hogy nézzük meg, beszéljünk vele. És mi próbálunk segíteni.

6. Tudnak-e nekik ezekben segítséget nyújtani? Amennyiben nem: Milyen egyéb segítségre lenne szükségük?

Van olyan probléma, amit úgy ítélünk meg, hogy nem a mi kompetenciánk, de ha ezt jelezzük a nevelő felé, akkor már történt valami. Volt olyan eset, hogy szólt a munkatársam, hogy az fontos, hogy ő bejár és segítő beszélgetést folytat a fogvatartottal, de olyan trauma érte őt, amit így nem tud feldolgozni, szükséges lenne számára egy pszichiáter segítsége is. Ilyen esetben a fogvatartottaknak leggyakrabban az IMEI-be kell menniük, nem olyan egyszerű, hogy kimenjenek az egri pszichiátriára.

7. Mik a program erősségei?

A rendszeresség. Nincs olyan nap, hogy valamelyik munkatársam ne lenne bent a börtönben. A folyamatos jelenlét szerintem nagyon fontos dolog. Erősség lehet még, hogy egyházi intézmény vagyunk, a Karitászhoz tartozunk, úgyhogy tudunk pluszt beletenni. Például van egy megállapodásunk, hogy ha valakinek valóban nincs külső kapcsolattartója, akkor lehet az intézmény az. És ennek révén a Karitászon keresztül tudunk ruhaadományt adni, vagy volt olyan is, hogy vasalót vittünk be a börtönbe. Erősség tehát a szervezeti háttér is.

8. Ütköznek-e nehézségbe a projekt megvalósítása során? Ha igen, melyek azok?

Az a rendszer, ami ott működik, az maga a nehézség. Hiába próbálnánk meg szépíteni ezt a dolgot. Mert gyakran előfordul például, hogy ott állok egy negyed órát a kapuban, mire beengednek. A bv-sek közül sokan nem nagyon értik ezt a munkát, megesik, hogy kérdezik az őrk, mi ez az egész, mire is jó. Ebből fakadnak különböző kisebb konfliktusok, de ezt már tudjuk kezelni. Néha úgy érzem, hogy a

⁶⁶ IMEI. Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet.

munkánk a személyzetnek pluszmunkát jelent, például hogy nem közlekedhetünk egyedül, csak kísérvél. A belépésünk adminisztrálása szintén pluszmunka számukra, de most már talán elfogadták ezeket a dolgokat.

9. Kikkel működnek együtt a megvalósítás során? Hogyan jellemezné ezeket az együttműködéseket?

Az egri büntetés-végrehajtási intézettel határozatlan határidejű együttműködési megállapodásunk van, más börtönbe nem járunk. Nagyon jó az együttműködés, segítőkészek, a négy év, amióta bejárunk, megkönnyítette ezt. A börtönparancsnokkal is nagyon jó a kapcsolatunk, azért is, mert amit mondunk, azt meghallgatják és odafigyelnek rá, illetve ha van valami probléma, akkor azt ők is jelzik felénk. Most már a nevelőkkel is jó a kapcsolatunk. Persze nem akarom ezt nagyon „fényezni”, vannak azért kisebb nehézségek, például ha elmarad a csoport, nem mindig szólnak előre nekünk, elfelejtik, de a szakmai munka szerintem sokat javult. *(Van ennek valami időbeli változása?)* Igen, azt gondolom, látják azt, hogy van értele annak, hogy bejárunk, ők is azt tapasztalják, hogy nem csak azért megyünk, mert éppen nincs máshová mennünk, az elítéltek szeretik a csoportokat, mindig túljelentkezés van a csoportokra, mindig többen akarnak jönni, mint ahány hely van. És ugyanez igaz az egyéni segítő beszélgetésre is. Pozitív visszajelzés van az elítéltek részéről, és most már a nevelők is látják, hogy nekik is könnyebb, ha bejárunk és foglalkozunk a fogvatartottakkal.

10. Összességében eredményesnek látja-e a program/szervezet munkáját? Ha egy ötfokú skálán kellene jeleznie az eredményességet, hányast adna (1: legkevésbé eredményes, 5 nagyon eredményes)?

1 2 3 4 5

Miben és mennyire? Mit tekint eredménynek?

A szenvedélybeteg-ellátásban utálom ezt, mert szerintem ezt nem lehet mérni. *(Mi számít szerinted eredménynek?)* Azt vizsgálni, hogy milyen eredménnyel dolgozunk, nagyon nehéz. Mert nem tudok mihez viszonyítani, nem tudom, hogy ha szabadul, mi lesz vele, nem tudok utánamenni ezeknek a kérdéseknek. Mindezzel együtt azt gondolom, hogy eredmény az, hogy működik a csoport, és szeretnek arra járni a fogvatartottak, hogy úgy mennek ki csoport után, hogy jövő héten is szívesen jönnek, és meg tudjuk beszélni azokat a dolgokat, amik számukra fontosak. Vagy a visszajelzések, hogy hányan kérik az egyéni beszélgetéseket. Hogy szabadulás után mi lesz vele, hogy drogozik-e vagy nem drogozik, azt nem tudom. Ilyen szempontból nem tudom, mennyire eredményes a program.

Legyen 4-es, 4-esre értékelem a munkánkat. Ekkor nem az egyes emberekhez kapcsolódó eredményességet nézem, hanem azt, hogy az egész rendszer hogyan működik.

11. Miből, hogyan finanszírozzák a programot?

A résztvevők egy részét a közösségi ellátásból tudjuk finanszírozni. Van egy együttműködési megállapodásunk a büntetés-végrehajtási intézettel és végzünk elterelést is. Mindez az alaptevékenységünk része, az intézet nem fizet ezért. Amikor elindult a program, pályázatból finanszíroztuk, de az kifejezetten kreatív csoport volt a nőknek, a férfiaknak pedig önismereti. Ez átalakult azóta, jelenleg nincsenek pályázatok.

12. Az Ön tudása/ismerete, valamint megítélése szerint milyen ellátásban/kezelésben részesülnek a kábítószer-fogyasztók a büntetés-végrehajtási intézetekben? (Ha említ hiányokat): mire lenne szükség?

Az intézetben elsősorban tőlünk kapnak ellátást. Az egri intézetbe az orvos csak bejár, valamint vannak nővérek, akik segítenek neki. A szenvedélybetegek persze megkapják a kiírt gyógyszereket, de ez édeskevés. Úgy gondolom, sokkal fontosabbak a segítő beszélgetések. Ha ezeket valaki kéri, akkor megkaphatja a börtönben. Sőt, szerintem így még sokkal könnyebben „hozzájut”, mintha kint lenne, mert a börtönbe hetente bejárunk, folyamatosan. Ez a tevékenység rajtunk keresztül van lefedve.

13. Mi lenne a javaslata a fogvatartottak/szabadultak társadalmi beilleszkedését segítően? Milyen javaslata van a szenvedélybeteg fogvatartottak ellátását/kezelését illetően?

Jó lenne, ha kiépülne egy olyan rendszer, amelynek elemei egymásra épülnek. Nagyjából, amit a Váltó-sáv Alapítvány is csinál, az egy jó rendszer. Elkezdni a munkát bent a börtönben, és nem abbahagyni ott, ahol mi abbahagyjuk, a szabadulás után, hanem legyen folytatás, vagyis folyamatos nyomonkövetés. Szabadulás után kellene igazán ott lenni mellettük, amikor az első lépéseket megteszik, amikor 5-10 év után kilépnek a „nagy semmibe”. Arra kellene felkészíteni őket, hogy mire számíthatnak, mi várja őket szabadulás után. A szenvedélybeteg fogvatartottak ellátását/kezelését illetően pedig előnyösnek tartanám, ha pszichológus vagy pszichiáter járna be a fogvatartottakhoz a büntetés-végrehajtási intézetbe és nyújtana számukra segítséget.

3. Főplébániai Karitászi Alapítvány

(6000 Kecskemét, Kossuth tér 2.)

Kérjük, mutassa be a szervezet büntetés-végrehajtási intézetben folytatott drogrevenenciós munkáját/programját!

1. Ki a program célcsoportja? Hány ember kerül bevonásra a programba?

A TÁMOP 5.2.5.-ös program 2009 áprilisától 2010 szeptemberéig működött a Fiatalok Regionális Büntetés-végrehajtási Intézetében (Kecskemét) és a Bács-Kiskun Megyei Büntetés-végrehajtási Intézetben a felnőttkorúak számára. Kétheti rendszerességgel, alkalmanként 2 órában, összesen 50 órás csoport valósult meg. A csoportok kidolgozott tematika alapján működtek. A pályázati tartalma szerint 14-24 éves fiatalokat lehetett bevonni a programba, az a büntetés-végrehajtási intézet típusától függött, hogy hány évesek kerültek a csoportba. A felnőtteknél 18 éves kortól lehetett bekapcsolódni, a másik csoportban fiatalabbak is részt vettek. A csoportok 8-10 fősek voltak.

Programjainkra a jelentkezés önkéntes, a korcsoportot, ha pályázat keretében valósul meg a program, mi mondjuk meg, ha pályázaton kívül megy a program, akkor nem szabunk meg ilyen kritériumot. A büntetés-végrehajtási intézet belső rendje szabályozza, hogy kiket enged a csoportra, ebbe mi nem tudunk és nem is akarunk beleszólni.

2. Hol, melyik intézetben folyik a projekt? Mióta működik a projekt?

Több programunk volt, 2000-tól több KAB-os pályázat keretében megvalósított börtönprogramunk is volt. Köztük Kecskeméten a Fiatalok Regionális Börtönében 30-40-50-60 órás kortárssegítő képzés keretében ágyazott készségfejlesztő, kompetenciafejlesztő, önismereti, személyiségfejlesztő csoportokat tartottunk. Kb. 5-6 ilyen programunk volt az elmúlt években. Az elmúlt két-másfél évben zajlott egy TÁMOP-os prevenciós programunk 8-10-12 helyszínen, abból 1 helyszín volt a Fiatalok Regionális Börtöne, Kecskemét. Ez volt az egyik nagy programunk. Ezen kívül vannak nem pályázattal finanszírozott, folyamatos programjaink is, pl. a felnőttkorúak börtönében, ahol közösségi ellátás keretében igény szerint egyéni és csoportos foglalkozásokat tartunk, elterelünk. Ha az elterelés után az ügyfél igényli, akkor egyéni vagy csoportos munka folyik mind a két börtönben.

3. Milyen tevékenységeket folytatnak? Milyen módszerekkel dolgoznak?

Mindig van egy tematika, melynek van célja, és a tematikát egy gondolategységre fűzzük fel, pl. önismeret vagy valamilyen készségterület, a szabadulás utáni készségek fejlesztése. Ez a gondolatmenet meghatározza az egész csoport menetét. Ezen belül a szociális csoportfoglalkozás

kereteivel, eszközeivel dolgozunk. A csoportok elemei: csoportformálás, önismereti készségfejlesztés, asszertív készségek fejlesztése, társas kapcsolatok, párkapcsolatok, mi történik szabadulás után, erőforrások feltérképezése, pszichoedukáció, érzések, gondolatok, tervek, célok megfogalmazása. A csoportok kettős vezetésű tematikus csoportokként indulnak. De mindig megadjuk a lehetőséget, hogy szabad interakciós csoportokká váljanak, ha olyan irányba indul el a csoportfolyamat. A tematika egy vezérfonal, nem akarjuk azt mindenáron végigvinni és megvalósítani. A csoportok során igyekszünk nagyon érzékenyen reagálni a jelenlevők aktuális problémáira, az éppen aktuális hangulatukra, vagyis a behozott problémáikhoz igazítjuk az előre elkészített tematikát. Nagyon fontosnak tartjuk a közösségépítést, még akkor is, ha csak pár tíz órás programról van szó. Tehát nem sajnáljuk az időt az ismerkedésre, a csoportképzeteknek a felszínre hozására, csoportképzetek tematizálására, játékosságra, közösségteremtő, csoportkohéziós játékokra. Mindig ugyanaz a két ember tart egy csoportot, ezt fontos szempontnak gondoljuk. Ugyanakkor a fiatalkorúaknál kötetlenebb a csoport. Mivel nagyon kötött életet élnek, nekik nagyon jó, ha abban a pár órában egy kicsit nagyobb a mozgásterük. Az egyéni munka módszere: terápia, konzultáció, szociális segítség. Az egyéni munkát kevésbé tekintem terápiának, inkább támogató, szupportív kapcsolatnak gondolom. Éppen ezért nem szabunk előre kereteket, óraszámot, ameddig az ellátott igényli, hasznosnak tartja, addig tart a segítő kapcsolat, illetve a szabadulásáig. És van néhány esetünk, amikor szabadulás után is folytatódik a kapcsolattartás. Az egyéni módszereknél nem nagyon szabunk kereteket, hanem a „hozott anyagból” dolgozunk. Mindenki más élethelyzetben van, másként éli meg azt, amibe került, más irányban akar kijönni belőle. Nehezebb a dolgunk akkor, amikor még csak előzetesben van valaki, mint amikor már ítéletet kapott. Ez a munkánkat is erőteljesen meghatározza. Az előzetes fogvatartásban lévők türelmetlenebbek, tanácstalanabbak, nem tudják, mi lesz velük. Ez a bizonytalan helyzet megbolygatja a világukat. Mikor megvan az ítélet, jön a beletörődés, a belenyugvás.

4. Hány munkatárs dolgozik a programban/a szervezetben?

Jelenleg 11 munkatársunk foglalkozik közvetlenül szenvedélybetegekkel, közülük a büntetés-végrehajtási intézetbe 6 fő jár.

5. Milyen problémákkal keresi meg Önöket a célcsoport?

Komoly probléma a fogvatartottak számára a bezártság, a megváltozott élethelyzet, a benti élet elviselése, a kommunikációs veszélyek, hogyan legyenek asszertívek, az agresszióval való munka, azok az érzések, hogy otthon hagyott egy világot (szülők, gyerekek, család), ennek az elviselése, magával a büntetőüggyel kapcsolatos problémák, de inkább az e körül lévő érzésekkel foglalkozunk. És mindig az aktualitás az, amivel foglalkoznunk kell. Egyfajta realitáskontroll, az elítéltetéssel kapcsolatos munka rendre előjön. Ezt nagyon fontosnak tartjuk, mert sokat segít a fogvatartottaknak,

ha támogatjuk őket abban, hogy reálisan lássák az életútjukat, az elkövetett cselekményeiket, a büntetésüket. A büntetés első negyedében jó ezen túlesni, kialakítani, erősíteni a realitáskontrollt, szembesíteni a múltjával, jelenével, jövőjével, mert amíg ez nem történik meg, addig nincs jövőtervezés. És persze folyamatos a deprivációs ártalmak kezelése. A fiatalkorúaknál nagyon fontos területe a segítő tevékenységnek a hosszú ítéletek feldolgozása, itt hosszú ítéletesek vannak (5-6-8-10 éves büntetések), és egy fiatalnál még komolyabb segítséget igényel egy hosszú büntetés utáni jövőtervezés.

6. Tudnak-e nekik ezekben segítséget nyújtani? Amennyiben nem: Milyen egyéb segítségre lenne szükségük?

Nem csináltunk még olyan szükségletfelmérést, hogy mire lenne még a fogvatartottaknak szükségük. De azt gondoljuk, hogy ha sok pénzünk lenne és sok szakemberünk, és nem tudnánk mit kezdeni a lehetőségeinkkel, nagyon fontos lenne az elítéltek hozzátartozói kapcsolatainak a javításán dolgozni, főként szabadulás előtt. Pl. családi konzultációt, mediációt tartani. Az elítélt számára is könnyebb lenne, ha rendezett kapcsolatokat hagyta kint, rehabilitációjának esélyét növelné, és a kint lévőknek is segítséget jelentene. Ha a börtönügyben dolgoznék, és hatékony pénzköltési lehetőségem lenne, akkor én a meglévő külső kapcsolatok segítésére fókuszálnék, ami most jobb esetben a beszélőre koncentrálódik. Hogy a börtön milyen pszichológiai segítséget nyújt a fogvatartottak számára, nem tudom, de biztos vagyok benne, hogy szükséges lenne.

7. Mik a program erősségei?

A programok erőssége, hogy ilyen sérült, indikált célcsoportot a szabad életben nem nagyon tudunk összehozni folyamatos, nagy óraszámú programban. Erőssége, hogy a fogvatartás körülményeiből adódóan azok kerülnek be a programba, akiknek nagyon nagy szükségük van rá, és a külső keretek lehetővé teszik, biztosítják, hogy végig is csinálják. A szabad életben is össze lehetne szedni ennyire sérült csoportot, de végigvinni és összetartani, azt gondolom, elég nagy művészet lenne. Ami hátránya is egyrészt – hogy egy zárt intézményben valósul meg – az az előnye is, hogy megvalósulhat egyáltalán. Erőssége azt gondolom a szakembereink sokoldalú felkészültsége. Szociális szakemberekkel dolgozunk, de nagyon sok munkatársunknak egyéb végzettsége is van, pedagógus, addiktológiai konzultáns, szociálpolitikus. Általában több szakirányú végzettséggel rendelkező munkatárssal dolgozunk. A munkatársak több területen dolgoznak, az általános prevenciótól kezdve a célzott indukált prevencióig, tapasztalataikat egyik helyről viszik a másikba. A munkatársak tapasztalatot szereznek és hoznak a terápiából, az általános prevencióból, a családokkal, szülőkkel való munkából, súlyos függőkkel való munkából. Összefoglalva a program legnagyobb erőssége, hogy komplex ellátó intézmény áll a prevenció munká mögött.

8. Ütköznek-e nehézségbe a projekt megvalósítása során? Ha igen, melyek azok?

Mint az előbb is mondtam, ami előny az egyben hátrány is: a bezártság, ezzel kell dolgozni, valamint a csoport heterogenitása, például különböző bűncselekményeket elkövetők, különböző hosszúságú ítéletekkel vannak együtt a csoportban – ezek a tényezők olyan helyzeteket eredményezhetnek, melyeket kezelniük kell. A legutóbbi csoportunkban nem volt ítéletes, hanem mindenki előzetes fogvatartásban volt még, tehát mindenki abban – az előzetes helyzettel járó - felfokozott állapotban volt, ami eleve konfliktusforrás. Minden egyes alkalom nagyon nagyfokú alkalmazkodó-készséget kíván: ha a kolléga bemegy, sosem tudja, kiket talál ott. Mert lehet, hogy büntetésben van az, akire számított, új valaki jött, stb. Minden egyes csoport egy meglepetés. A másik, hogy minden egyes alkalommal meglepetés lehet a csoport hangulata, közérzete. Mert éppen előtte kapott valaki egy nagy ítéletet, vagy mérhetetlen igazságtalanság történt vele, vagy valaki megkapta a váratlan szabadulásának a hírért, akkor nyilván máshogy zsong az egész, más a hangulata. Gyöngéje még talán, hogy a büntetés-végrehajtás hierarchikus rendje miatt a lemorzsolódásra nem lehet felkészülni, a kiválóknál nem tudjuk a folyamat lezárását véghezvinni. Nem az történik, hogy tudjuk, hogy ő már csak három alkalommal tud itt lenni, hanem azzal szembesülünk, hogy a következőn nincs ott. Ezt egy gyöngéjének tartom, hogy egy csoportfolyamat közben csak úgy elviszik a fogvatartottat, és se összegezni nem tudunk, se lezárni, se a folytatást kitalálni vele, vagy további szükségleteit feltárni, őt megerősíteni.

9. Kikkel működnek együtt a megvalósítás során? Hogyan jellemezné ezeket az együttműködéseket?

A kecskeméti börtönnel való együttműködés folyamatos. A RÉV és a börtön együttműködésének gyümölcse egy-egy csoport vagy egyéni terápia. Amikor van egy pályázat, akkor a pályázat kereteibe próbáljuk beilleszteni a programot, de utána sem szakad meg a kapcsolat a börtönökkel, a pályázati projekt lezárulta után is bejárunk az intézetbe, egyénileg és csoportban is foglalkozunk a fogvatartottakkal. Ez egy nagyon speciális helyzet, egyedülálló az országban a helyi börtön vezetőségével való együttműködés, mert nagyon jól állnak az ilyen jellegű programokhoz, a civil szervezeteknek teret engednek, én úgy érzem, nagyon nyitottak. Az együttműködés nem a korábban említett TÁMOP-os programmal kezdődött, már korábban megvolt. *(Mindig ez a nyitottság volt jellemző rájuk?)* Kecskeméten a 20 éves működésünk alatt mindkét börtön mindig nagyon nyitott volt az együttműködésre. Néha túl nyitottnak éltük meg őket. Ami azt jelenti, hogy elvártak tőlünk programokat, például egy-egy program folytatását, ami meg is terhelt bennünk, de igyekeztünk teljesíteni. Nyilván a börtönnek mindig is célja volt, hogy minőségi, jó programokat vigyen az intézetbe, ennek mi igyekeztünk megfelelni.

10. Összességében eredményesnek látja-e a program/szervezet munkáját? Ha egy ötfokú skálán kellene jeleznie az eredményességet, hányast adna (1: legkevésbé eredményes, 5 nagyon eredményes)?

1 2 3 4 5

Miben és mennyire? Mit tekint eredménynek?

5-ösre értékelem a munkánkat. *(Véleményed szerint mi számít eredménynek?)* Az egyik kritériumnak a személyes visszajelzést gondolom. Akkor eredményes egy csoport, ha a csoportvezetők úgy ítélik meg a személyes visszajelzésekből, hogy az eredményes, értelmes, hasznos, jó hangulatú program volt. Igazából valódi visszajelzésnek a személyes visszajelzést tartom, ezek 90 vagy 100%-ban tényleg jók. Nem találkozunk olyannal, hogy „na végigültem, köszönöm, kenjétek a hajatokra a programotokat”. Ugyanakkor pedig volt már olyan élményünk, hogy a fogvatartott úgy jött be egy foglalkozásra, hogy minek ez egyáltalán, aztán úgy ment el, hogy jön máskor is. Ez egy eredmény. Hozzáadt a csoporthoz, érdeklődött, figyelmét mutatta, elmondta esetleg egy érzését, vagy ha játékos feladat volt, abban részt vett, és utána jó érzéssel távozott. Véleményem szerint ebben lehet az eredményességet megfogni. E mellett az intézet vezetése is fontos visszajelzést nyújt számunkra. Ha nem is mondják a szemünkbe, hogy elégedettek, de sok szempontból értékelik egy-egy programnak a hatékonyságát, és abból, hogy hívnak/visszahívnak bennünket, azt gondolom, az egy fontos visszajelzés az egész programra vonatkozóan. Ők is kapnak visszajelzéseket az elítéltektől, a személyzettől, tehát a vezetőség véleménye sok tényezőtől tevődik össze, és ha ennek az az eredménye, hogy visszahívnak bennünket, akkor az egy nagyon jó jelzés.

11. Miből, hogyan finanszírozzák a programot?

Hazai pályázatokból, uniós pályázatokból finanszírozott programjaink vannak, melyek a pályázat lezárulta után beépülnek a szolgáltató alaptevékenységébe, és a fenntartó finanszírozza tovább azokat. Ezek pályázati feltételek is, a fenntarthatóságról is kell nyilatkozni a pályázatban, és azt igyekszünk is komolyan venni.

12. Az Ön tudása/ismerete, valamint megítélése szerint milyen ellátásban/kezelésben részesülnek a kábítószer-fogyasztók a büntetés-végrehajtási intézetekben? (Ha említ hiányokat): mire lenne szükség?

Az intézetek ezekkel a csoportokkal próbálják lefedni az ellátást, a büntetés-végrehajtás a mi részvételünkkel igyekszik kezelni ezt a problémát. Ugyanakkor azt gondolom, hogy a probléma kezeléséig mi nem jutunk el. A kecskeméti börtönökben a belső droghasználat rejtett még előttünk is. Egyikben sincs drogmentes körlet (dohányzásmentes zárka van). A fogvatartottak segítségkérése általában a börtönkarrier előtti időszaknak a drogfogyasztására, annak a feldolgozására, a járulékos ártalmak csökkentésére irányul és nem a börtönben folyó droghasználatra.

12. Mi lenne a javaslata a fogvatartottak/szabadultak társadalmi beilleszkedését segítőként? Milyen javaslata van a szenvedélybeteg fogvatartottak ellátását/kezelését illetően?

A fogvatartottak/szabadultak társadalmi beilleszkedését segítőként fontos lenne minél több gyakorlati dolog megtanítása számukra (pl. levélfeladás a postán), e mellett az önismeret fejlesztése, készségfejlesztés, megmutatni, hogy melyek a hétköznapi életben azok a források, amikhez nyúlhatunk lehet, vagy egyáltalán kitől és hogyan lehet segítséget kérni. Ugyanakkor azt gondolom, hogy nagyon kevés a rehabilitációs hely még Magyarországon, mint például a félutas házak vagy reszocializációs bentlakásos támogató környezet, védett környezet. Mindebből nagyon kevés van, védett munkahelyről nem is beszélünk. Pedig egy hosszú ítéletes (10-12 éves börtönbüntetésből szabadult) nem fog tudni úgy talpra állni, hogy csak kiengedjük a börtönből segítség nélkül. A szenvedélybeteg fogvatartottak ellátását/kezelését illetően pedig a drogmentes körlet programot jónak tartanám, mert abba kellő motivációs rendszer van beépítve - amennyire én ismerem. A hozzánk hasonló civil szervezetek tevékenységét tekintve előnyös lenne, ha a jól működő programok további finanszírozására is gondolna a mindenkori pályázató. Az is igaz, hogy igyekszünk saját finanszírozásból folytatni a programokat, de azért volt olyan keserű tapasztalatom (főleg a 90-es évek vége felé), hogy a több éven keresztül jól működő program egyszer csak nem nyert, holott hoztuk az eredményeket. Előnyös lenne, ha a pályázatók jobban odafigyelnének a jól működő börtönprevenációs programok fenntarthatóságára. A bevált és jól működő programoknak ne kelljen évente megküzdeni a fennmaradásért vagy a folytatásért.

4. Humán Harmónia Alapítvány

(Szombathely)

Kérjük, mutassa be a szervezet büntetés-végrehajtási intézetben folytatott drogprevenációs munkáját/programját!

1. Ki a program célcsoportja? Hány ember kerül bevonásra a programba?

A célcsoport mindig elsősorban az, aki kábítószerrel való visszaélés, kábítószer-fogyasztás miatt van bent. Aztán őket kiegészítik azok, akiknek bevallottan volt valamilyen kábítószeres múltjuk, de nem emiatt kerültek börtönbe. Illetve azokkal lehet még feltölteni a csoportot, akik a drogokat esetleg soha nem is próbálták, vagy csak egyszer, de érdeklő őket a téma, szeretnék csoportban részt venni, szeretnék hasznosan eltölteni a benti időt, szeretnék fejlődni vagy a társakkal egy kedvező közösséget kialakítani. Az a tapasztalatunk, hogy nem „repdesnek” annyira a fogvatartottak, hogy ilyen programokban vegyenek részt, de nagyon jó az együttműködésünk az intézettel, így az intézet kiválogatja nekünk azokat a fogvatartottakat, akik nyitottabbak a programra, akikkel együtt lehet működni, akik intellektuálisan is megfelelő szinten vannak. Aztán persze ebből is vannak lemorzsolódások. Próbáltunk egy max. 12 fős csoportot kialakítani, annál többet nem szerettünk volna, akkor inkább új csoportot indítunk. Ez a létszám mindig is megvolt, mert nagyon sokan kezdtünk mindig és ebből többen lemorzsolódnak, ami azt gondolom, természetes és jó is, mert akkor valóban csak az a mag marad, aki szeretne dolgozni, aki szeretne játszani, aki szeretne fejlődni.

2. Hol, melyik intézetben folyik a projekt? Mióta működik a projekt?

2005-től végzünk börtönmunkát, a Humán Harmónia Alapítványt 2008-ban hoztuk létre. A szombathelyi, a sopronkőhidai és a győri büntetés-végrehajtási intézetben⁶⁷ folyt és folyik ma is a projekt.

3. Milyen tevékenységeket folytatnak? Milyen módszerekkel dolgoznak?

Az első börtönprogramnak az volt a célja, amit most a Váltó-sáv Alapítvány is csinál. Tehát az intézetben mentális gondozás kezdődik, egy ún. konfliktuskezelési tréningen kötelező jelleggel való részvétel, szociális segítség, hozzátartozók bevonása és az ő segítségük, megélhetési, lakhatási támogatások ügyintézése és munkába állítás. (Magának a pályázati programnak is az volt a feltétele és a célja, hogy x főt helyezünk el a munkaerő-piacon.) Mióta börtönprogramot végzünk, programjaink elsődleges célja a drogpreevenció. A célcsoport számára konfliktuskezelési csoportot, önismereti csoportot, személyiségfejlesztő csoportot szerveztünk. Emellett mindig voltak egyéni segítő beszélgetések, kivéve az utolsó programban, mert arra már nem kaptunk támogatást. Az egyéni segítő beszélgetések előtt voltak tesztfelvételek is, melyek nagy segítségünkre szolgáltak, hiszen megnézhattük, hogy azok az emberek, akik a börtön falain belül tartózkodnak – akár jögerősen akár előzetben – milyen személyiséggel rendelkeznek, vagy épp nem rendelkeznek, tehát melyik módszer

⁶⁷ Szombathelyi Országos Büntetés-végrehajtási Intézet, Sopronkőhidai Fegyház és Börtön, Győr-Sopron Megyei Büntetés-végrehajtási Intézet.

lenne a számukra megfelelő, mit válasszunk. Három módszert tudunk nekik ajánlani, az egyik a konfliktuskezelés, az ún. AVP-módszer volt. Az AVP módszer (Alternatívák az erőszakkal szemben) egy kötöttebb módszer, mely a következő területeket érinti: ismerkedés, megerősítés, közösségteremtés, együttműködés kialakítása, aktív konfliktuskezelés, kommunikáció, mely területek egymásra épülnek. A másik módszer, amit használunk, az a szociálterápiás szerepjáték módszere, ez egy személyiségfejlesztő, önismereti módszer, ami főleg játékos momentumokra épít. Vannak, amik direkt a képzeletet hívják elő, lehetőséget adva arra, hogy az egyén kívülről is megfigyelhesse önmagát, különböző csoportjátékokba kerül bevonásra, illetve a tudattalan tartalmakkal tud foglalkozni. Valamint a művészetterápiás módszer volt a harmadik, amit csoportmódszerként bevetettünk. Ennek a lényege a rajzolás, festés, az alkotás művészetének a megélése, és aztán annak megbeszélése, hogy saját maga számára mit jelent, amit rajzolt, és a társak mit tudnak ebből a rajzból visszatükrözni felé. Ezek átjárható csoportok, ami annyit jelent, hogy akik jelentkeztek a programunkra, azok választhattak, hogy melyik csoporton szeretnének részt venni. Tehát nem vontunk össze többféle módszert egybe. Volt olyan, aki több csoportot is látogatott egyszerre, volt, aki csak egyet, mert neki csak az az egy tetszett, vagy úgy gondolta, csak annyi fér bele az idejébe. Győrben az AVP-csoport és a művészetterápiás csoport működik nagyon jól. Úgy tűnik, hogy erre jobban fogékonyak a fogvatartottak. A szombathelyi és a győri intézet mellett még Sopronkőhidán is volt csoport. Ott kifejezetten a drogprevenációs részleg fogvatartottaival dolgoztunk. A drogprevenációs körletre azok kerülhetnek, akik kábítószeres múlttal rendelkeznek, vagy valamiféle függőséget állapított meg az ottani pszichológus. Olyan sikeres volt az ott folytatott munkánk, hogy megjelent a fogvatartottakban az a késztetés, hogy a program lezárultával is fenntartsák a csoportokat, és saját maguknak heti rendszerességgel segítő csoportot hozzanak létre. Jegyzőkönyvet vezettek róla, kifestették a klubszobát, szabályrendszert készítettek maguknak, volt csoportfelelős; és ez már nem a mi irányításunk alatt történt. Elindítottunk valamit, és azt gondolom, ez az igazi eredmény, amikor létrejön egy olyan mag, aki ezt tovább tudja vinni. Igyekszünk azt a pályázati összeget, amit megkapunk, a legköltséghatékonyabban felhasználni: tehát nem mindenkinek tájékoztatást tartani, mert az nekünk is óraszám, nem erre szeretnénk szánni a pénzt. A büntetés-végrehajtással már a harmadik ilyen programot bonyolítottuk le, ők tudják, miről van szó, szórólapunk mindig van, azt ki tudják függeszteni, szét tudják osztani a fogvatartottak között. Sokan vannak, akik a program közben szeretnének beszállni. Ilyenkor fel kell mérniük a csoportvezetőknek, hogy milyen szinten áll a csoport, be tudják-e fogadni az új tagot. Ha van olyan csoporttag, aki a csoportba nem tesz szinte semmit, nem oszt meg belső tartalmat a csoporttal, a többiek pedig olyan dolgokat hoznak be, amik már nagyon mélyek, mindenkit megérint, akkor én úgy gondolom, figyelni kell arra is, hogy aki megnyílt, az ne sérüljön. *(Tehát a csoport zárt vagy félig zárt?)* Igen. De ez attól függ, milyen csoportmódszert alkalmazunk, mert azért a szabad interakció-csoportba, az AVP-elemekkel dolgozó tréningbe könnyebben be tud lépni egy új tag, míg a szociálterápiás csoport sokkal zártabban működik.

Az első 3-4 találkozó után már nehezen fogad be a csoport bárkit is kívülről. A csoportok heti rendszerességűek, mind a jogerősen elítélteknek, mind az előzeteseknek.

4. Hány munkatárs dolgozik a programban/a szervezetben?

A nagy börtönben (Szombathely) öt-hat munkatárs, a kisebbekben négyen. Van egy kolléganő, aki csak itt kint, az irodában dolgozik, ő tart nekünk esetmegbeszélést, szupervíziót, hárman vagyunk, akik bejárunk a börtönbe. Az Alapítványnak főállású munkatársa nincs, a munkatársak egyéni vállalkozóként dolgoznak a programokba.

5. Milyen problémákkal keresi meg Önöket a célcsoport?

Az egyéni segítő beszélgetéseket tekintve (pl. OFA-programokban) nagyon sokféle szolgáltatást tudunk számukra nyújtani. Volt, aki inkább azt kérte, a hozzátartozóira figyeljünk oda, volt, aki a munkahelykeresésben vagy lelki problémák megoldásában, kezelésében kért segítséget. Ez utóbbinál nagyon figyelni kell, hiszen nem tudunk minden nap, csak heti kétszer az intézetbe menni, és a sok bevont emberrel körforgásszerűen kellett foglalkozni, nem szabadott olyan mélyen feltárni őket. Mert ha nagyon megnyílik, később védtelen, sérülékenyebb ember lesz. Vigyázni kellett, hogy nagyon mély témákat ne érintsünk, erre inkább szabadulás után adjunk lehetőséget. Most leginkább életvezetési kérdésekre hívjuk fel a figyelmet, az önismerettel foglalkozunk. Gyakori probléma még a szerelmi bánat feldolgozása, vagy ha a családtagokkal, gyerekekkel megszakad a kapcsolat, vagy esetleg ruhára, élelmiszerre lenne szükségük az otthon maradtoknak. Erre sajnos viszont a KAB-os pályázatok nem nyújtanak támogatást.

6. Tudnak-e nekik ezekben segítséget nyújtani? Amennyiben nem: Milyen egyéb segítségre lenne szükségük?

Szervezetünk például ruhát nem tud biztosítani, de azok a szervezetek, akikkel együttműködünk, ők igen. De a csoporton nem jellemző, hogy ilyen jellegű dolgok felmerüljenek. Inkább a belső tartalmak vannak előtérben, életvezetéssel, értékrenddel kapcsolatos kérdésekkel foglalkozunk.

7. Mik a program erősségei?

A csoportok. E mellett fontosnak találtuk a tesztek is, mert a fogvatartottak is nagyon kíváncsiak rá. Általában projektív vagy félprojektív tesztek használunk (pl. CPI, Coping teszt, Munka-érték kérdőív), és ezek alapján a pszichológus kollégánk mindig készít egy jellemzést, és ezt mindig meg

is beszéljük esetmegbeszélésen. Tehát ez nekünk is nagyon fontos, és a fogvatartottak is nagyon kíváncsiak és fogékonyak rá.

8. Ütköznek-e nehézségbe a projekt megvalósítása során? Ha igen, melyek azok?

Azt gondolom, a büntetés-végrehajtás mindig megadta a programokhoz azt, amit lehetett. Ilyen szempontból nem voltak nehézségek. A nehézség mindig az anyagiakon múlik, hogy mit tudunk belevinni egy programba. Például Győrben már nem tudunk szociálterápiás szerepjátékot tartani, vagy a pályázat az utazást, a várakozási időt nem finanszírozza. Ez sok feszültséget is szül.

9. Kikkel működnek együtt a megvalósítás során? Hogyan jellemezné ezeket az együttműködéseket?

A Szombathelyi RÉV Szenvedélybeteg-segítő Szolgálattal működünk együtt, hiszen vannak olyan fogvatartottak, akik hamarosan szabadulnak, és egyénileg már nem volt lehetőség a velük való foglalkozásra, ugyanakkor ez fontos lenne. Velük ők foglalkoznak, vagy az olyan szenvedélybetegekkel, akik már korábbról ismerik a RÉV-et. Együttműködünk a Hársfa Házzal, amely szintén a Karitász körébe tartozik, ahol esetleg szabadulás után el lehet szállásolni a fogvatartottakat, de csak akkor, ha munkájuk is van már. Együttműködünk a hajléktalanszállóval és a munkaügyi központtal. Voltak olyan nagyobb programjaink, melynek keretében munkavállalási tanácsadót tudtunk foglalkoztatni, aki a munkaügyi kirendeltség munkatársaként mellékállásban járt be az intézetbe. Vállalatokkal is volt együttműködésünk, akik foglalkoztatták a szabadultakat. Együttműködő partnerek még: a Változó Világért Alapítvány, akikkel korábban együtt bonyolítottuk le a börtönprogramot. A Humán Civil Ház, ahol a börtönön kívüli munkákat tudjuk bonyolítani, ők biztosítanak nekünk termet, irodát, mint civil szervezet ide tudtunk „betelepülni”. Ezekkel a szervezetekkel jók az együttműködések. A büntetés-végrehajtási intézetekkel 2005 óta működünk együtt. A régi parancsnokkal is nagyon jó kapcsolatot tudtunk kialakítani, ez egy újszerű dolog volt akkor az intézetben, ilyen programok korábban nem voltak. Természetes, hogy az elején nekünk kellett inkább alkalmazkodni, hiszen az intézetben kötött szabályrendszer van. Minket, civileket, sokkal nagyobb odafigyeléssel kezeltek, fontos volt, hogy biztonságban legyünk, megkaptuk a felkészítést, hogy mit kell csinálni, hogyan kell viselkedni, mibe jöjjünk, hogy jöjjünk, kialakítottunk egy rendszert, milyen napokon tudunk jönni, ők hogyan tudnak ahhoz őrséget biztosítani stb. Ezt a rendszert vittük át a nagybörtönbe, ahol közben parancsnokváltás történt, mert a korábbi parancsnok nyugdíjba vonult. A korábban kiépített kapcsolati tőkének köszönhetően elegendő volt egy találkozás az új parancsnok úrral, és ugyanúgy folytatódhatott a munka tovább. Győrben pedig, egy konferencia során - ahol egy előadást tartottam - a Parancsnok úr jelentkezett, az előadás után jött oda, hogy szeretnének részt venni ebben a programban (amelyben akkor Szombathely és Sopronkőhida már

résztevő volt). Kértük a program módosítását, és így bekerült Győr is az intézetek közé 2007-ben. Azóta töretlen az együttműködés, a Parancsnok úr nagyon nyitott, rugalmas ember, vele könnyű együtt dolgozni. Az első program még Szombathely és Sopronkőhida bevonásával valósult meg.

10. Összességében eredményesnek látja-e a program/szervezet munkáját? Ha egy ötfokú skálán kellene jeleznie az eredményességet, hányast adna (1: legkevésbé eredményes, 5 nagyon eredményes)?

1 2 3 4 5

Miben és mennyire? Mit tekint eredménynek?

Jóval eredményesebb lehetne, ha a programok hosszabbak és folyamatosabbak lehetnének. Hogy érzékeltessem: az első az egy 9 hónapos program volt, a következőre megint 9 hónapot kaptunk, majd megpróbáltunk egy egyéveset lebonyolítani, amiből aztán 4 hónap lett, csak annyi támogatást kaptunk rá. Aztán mire megkaptuk a pályázati pénzt, aláírtuk a szerződést, addigra már ott tartottunk, hogy csak 3 hónapos programra maradt idő. Ez így nagyon nehéz. *(Mit tekintesz eredménynek?)* Mi nem azt várjuk, hogy aki részt vesz a csoportjainkon, az teljesen megváltozik, „kezesbárány” lesz és „megtér”. Mi azt a célt tűzzük ki, hogy elindítsunk a fogvatartottakban egyfajta változást, felkeltsük a motivációjukat arra, hogy változzanak. Amikor már ez elindul, például kijelenti valaki, hogy ezt csináltam és ez nem jó, nem szeretném tovább folytatni, ha szabadulok, ez egy nagy eredmény. Ha eljut arra, hogy látom magam, látom azt, hogy mit csináltam, és hogy nem szeretném ezt így csinálni a későbbiekben. Vagy az értékrendszerében megindult a változás, és már nem biztos, hogy a pénz szerepel az első helyen, én ezeket nagyon nagy eredménynek tartom. A börtönmunkát mindenképpen jelesre értékelem. Minden alkalommal csinálunk egy értékelést, az utolsó alkalommal megbeszéljük, hogy kinek, melyik játék hozott a legtöbbet, miért pont az a játék, illetve a társaktól is kapnak (név nélkül) visszajelzést (pl. mit köszönök neked, mit tisztelek benned). Ha azt az eredményt nézem, amit végigviszünk a fogvatartottnál, az ötös, a tőlük kapott visszajelzések mindig pozitívak. Ha a pályázati feltételeket nézem, akkor – ha a legutóbbi pályázatra gondolok – azt kell mondanom, hogy csak közepes. Mert nagyon kevés időt tudtunk bent tölteni, és nem folyamatos a program. És az egészhez hozzátartozik, hogy már hatodik éve ugyanazért az órabérért dolgozunk.

11. Miből, hogyan finanszírozzák a programot?

Hazai pályázatokból, KAB-os pályázatokból. EU-s pályázatokban nem tudtunk még részt venni, mert a kiírás alapján 2008. január 1-je előtt bejegyzett szervezetek vehetnek részt azokban, és mi június vagy július hónapban lettünk bejegyezve, így sok lehetőségtől elestünk. Ami számunkra ugyanakkor

nagyon jó visszajelzés, hogy több alkalommal a börtön vette fel velünk a kapcsolatot, hogy van egy pályázat és szeretnének indulni, és sokszor azt kellett mondanunk, hogy nem tudunk részt benne venni. Ezt így nagy fájdalmas kimondani. De mindig megerősítenek minket, hogy számítanak ránk.

12. Az Ön tudása/ismerete, valamint megítélése szerint milyen ellátásban/kezelésben részesülnek a kábítószer-fogyasztók a büntetés-végrehajtási intézetekben? (Ha említ hiányokat): mire lenne szükség?

Pszichológus kollégák minden börtönben vannak. Az, hogy egy pszichológus kollégára hány fogvatartott esik, nehéz megbecsülni. A mi programjaink nagyon fontos része, hogy tehermentesítik az intézet munkatársait. Az általunk megvalósított projektek kiegészítő, hiánypótló programok, amiket a büntetés-végrehajtás már nem tud felvállalni, nem tud megadni. Az intézetben a pszichológussal folytatott beszélgetések, illetve szabadidős tevékenységek azok, amik rendelkezésre állnak egy kábítószer-fogyasztó számára. Itt, a nagy börtönben van zenefakultáció, kézműves és barkács csoport - ha jól emlékszem -, van irodalmi, valamint színjátszó csoport, lehet pingpongozni, csocsózni, van konditerem, ahol edzhetnek a fogvatartottak. Mi teljesen más jellegű szolgáltatást próbálunk számukra nyújtani, és úgy, hogy az más programokkal ne ütközzön, hogy a fogvatartottak számára minél több helyről jöjjön olyan inger, amely a szabadulásuk után pozitív irányba tereli őket.

13. Mi lenne a javaslata a fogvatartottak/szabadultak társadalmi beilleszkedését segítőként? Milyen javaslata van a szenvedélybeteg fogvatartottak ellátását/kezelését illetően?

Legyen folyamatos program, aminek keretében valóban fel tudjuk készíteni a fogvatartottakat a szabadulás utáni helyzetre. Aki járt már börtönben az tudja, hogy a legnehezebb időszak a szabadulás előtti időszak. Sok frusztrációval, agresszióval vannak teli, a bizonytalanság miatt, hogy mi lesz velük, ha kimennek, mi történik szabadulás után. Mert a börtönben kialakítottak maguknak egy életteret, tudják a szabályokat, mások hozzák helyettük a döntéseket; mondhatom úgy, hogy bent gyerekek, kint ismét felnőttként fognak működni, a fejükre „olvassák” majd, hogy mi a teendő. Ezzel sokat kell/kellett dolgoznunk, ezeket az érzéseket nehezen is vallják be, hiszen ennek örülni kell, hogy valaki nemsokára szabadul. Tehát kell egy folyamatosság bent mind a csoportot, mind az egyéni beszélgetéseket tekintve. Akár civilként, akár az intézet munkatársaként több időt kellene fordítani a szabadulás előtt állókra. Azt gondolom, hogy fontosak a civil szakemberek is, mert az elítéltek mást mondanak el egy benti dolgozónak és mást egy civil dolgozónak. Nagyon fontosnak tartom, hogy a munkaügyi központ is képviseltesse magát az intézetben, hogy már a börtönben ki tudjuk szűrni, kinek milyen munka felel meg, fel tudjuk venni a kapcsolatot azzal a kollégával, aki a másik megyében tud

számára segítséget nyújtani. Olyan programok legyenek, melyek kint is biztosítják azt, hogy gond, probléma esetén tudjon valakihez fordulni a szabadult. Mentális gondozás nem csak a fogvatartottnak, de a hozzátartozóknak is szükséges lenne. Az is könnyítés lenne, ha nem lenne ilyen szigorúan megszabva, hogy mikortól lehet pályázni. A szenvedélybeteg fogvatartottak ellátását/kezelését illetően pedig azt gondolom, hogy mindenképpen fontos a pszichés függőséghez szakembert biztosítani. Ebben a kérdésben a drogrevenziós részleget jónak tartom azok számára, akik valóban ilyen függőségben szenvednek. Nem mindenki számára, mert ez egy „könnyített” részleg (állandóan nyitva van a zárka, bármikor pingpongozhatnak, egyszemélyes zárkák annak stb.), ez valamilyen szempontból kiváltságos helyzet. Csak azoknak kellene ott lenni, akiknek ez indokolt. Majd később vissza lehet helyezni őket a „normál” zárkába, ami egy nehezebb kérdés, mert mindenki maradna inkább a drogrevenziós körleten, hiszen ott jobb. Abban biztos vagyok, hogy több pszichológus kellene a börtönön belül.

6. Egészségvirág Egyesület

(1111 Budapest, Repülőtéri út 6.)

Kérjük, mutassa be a szervezet büntetés-végrehajtási intézetben folytatott drogrevenziós munkáját/programját!

1. Ki a program célcsoportja? Hány ember kerül bevonásra a programba?

Az egyesület bűnmegelőzési pályázatokat valósít meg 2004 óta pedagógusok, egészségügyi szakemberek és bűnmegelőzéssel foglalkozó szakemberek részére. A másik pályázatunk két magánbörtönt célzott meg, az erre megírt pályázatok célcsoportja egyrészt a fogvatartottak, másrészt a börtönben dolgozó szakemberek voltak.

2. Hol, melyik intézetben folyik a projekt? Mióta működik a projekt?

A büntetés-végrehajtási intézetre megírt pályázat két magánbörtönt, köztük a szombathelyit célozta meg, amely azonban nem nyert. Ezt 2009-ben nyújtottuk be, de nem nyertünk. Korábban, körülbelül 6 éve pedig meghívással a Markó utcában (Fővárosi Büntetés-végrehajtási Intézet) foglalkozásokat vezettem fogvatartottak (előzetes fogvatartásban lévő nők) részére 20 fős csoportokban. Ez a program a fogvatartottakat célzó képzés része volt.

3. Milyen tevékenységeket folytatnak? Milyen módszerekkel dolgoznak?

Célunk a színházi nevelés, a magánbörtönbe tervezett programunk része egy színházi előadás megtartása volt, majd a színházi élmény kiscsoportos feldolgozása drámapedagógiai elemekkel. A börtönben dolgozó szakemberek számára módszertani képzést terveztünk, célunk a személyközpontú szemlélet átadása volt. A bűnmegelőzési programokkal célunk annak elérése, hogy ne váljon áldozattá, a módszerünk pedig élethelyzetek kivetítése, megjelenítése, és ezzel kapcsolatban jönnek a játékos feladatok. Színházi előadásokat tartunk a Kolibri Gyermek és Ifjúsági Színházban, az iskolákban pedig osztályszínházat valósítunk meg, amikor két színész ott helyben, díszletek nélkül a színészi játékuk révén közvetíti a színházi élményt. Alapvetően az élménypedagógia módszerével dolgozunk, célunk minden fogvatartott egyéni megszólítása, annak felismertetése, hogy mindig lehet jól dönteni. Törekszünk az interaktivitásra és a kooperatív technikák megerősítésére. Eszközeink a filmbejátszások, esetbefejezés, amikor a színészek lejátszanak egy jelenetet és a csoporttagoknak kell befejezni azt. Ezt a börtönben úgy gondoltuk megvalósítani, hogy egy rendőrségi szakember elmondja az előzményeket, és a csoporttagoknak kell a folytatást kigondolnia (ilyen helyzetek például: kocsilopás, drogcsempészés, nincs pénzem, de valaki fölajánl egy összeget, ha cserébe megteszek valami „apróságot”). Fontos szempont, hogy a csoporttagoknak nem kötelező föltárulkozni, az játssza el a történetet, aki vállalkozik rá, ez egy lehetőség. Általában azt tapasztalom, hogy a bűnmegelőzési programok esetén a külsős szakemberek (pl. nevelők, rendőrök) nagyon szeretnek játszani, a börtönben ezt nem igazán jellemző. A börtönhangulatban nagyon nehéz oldott hangulatot teremteni, ott egyszerűbb játékok működnek jobban, a szerepjátékok kevésbé.

4. Hány munkatárs dolgozik a programban/a szervezetben?

Az egyesületnek kevesebb, mint 20 tagja van, a program oszlopos tagjai, akik a képzők képzését is szervezik – mert van egy akkreditált alapképzésünk is – három fő, egy drámapedagógus, egy egészségfejlesztő és egy pedagógus szakember.

5. Milyen problémákkal keresi meg Önöket a célcsoport?

A leghangsúlyosabb probléma az erőszak, az agresszió, az ezzel kapcsolatos viselkedés. Fontos arra rávilágítani a foglalkozások során, hogy az agresszióknak milyen előjelei vannak, erősíteni a problémaérzékenységüket, a konfliktuskezelést, hogy megakadályozható legyen az erőszakos viselkedés. Ehhez jó eszköz a humor, az elterelés, az alternatívák összegyűjtése.

6. Tudnak-e nekik ezekben segítséget nyújtani? Amennyiben nem: Milyen egyéb segítségre lenne szükségük?

Sokkal hatékonyabb megelőzésre lenne szükség, hogy tudják, kihez fordulhatnak segítségért. Mikor a börtönben tartottam csoportokat, több esetben is előfordult, hogy a fogvatartott többször kért segítséget, de nem kapott. Szinte mindenhol felmerült az, hogy szólt a rendőrségnek, mégsem történt lényeges változás. Leginkább a családon belüli erőszak és a drogfogyasztás problémájával találkoztam munkám során.

7. Mik a program erősségei?

A szintérbővítés, a színház bevonása a prevenció munkába. Az, hogy ennek során a fogvatartott van a középpontban. A játékokban erő van, ő úgy érzi, hogy játszik, miközben az, ahogy ő benne van a csoportban, ahogy megnyilvánul és becsatlakozik a közös munkába, mind nagyon informatív a csoportvezető számára és közvetve saját maga számára is. Ez a módszer önfeledt élményt nyújt, nem tipikus módszer, hanem valami más, nem megszokott. Ezen a területen, az információátadó előadások kevésbé működnek, a csoportos foglalkozások hatékonyabbak.

8. Ütköznek-e nehézségbe a projekt megvalósítása során? Ha igen, melyek azok?

Nehézség, hogy nem nyertünk a pályázatokon. A csoportmunkában nehézséget jelent, amikor az egyik (vagy több) csoporttag közömbös; a fásultság, a kiégés, a játszani nem tudás, amelyet nehéz kezelni, de 99%-ban sikerül. A tanfolyamokon mindez ritkán, de azért jelentkezik. A börtönben nehézséget jelentett a csoportok heterogenitása például képzettség tekintetében, a csoporttagok 1/3-a nem tudott írni, olvasni, így már a jelenléti aláírása is problémát jelentett, és ezt nem lehet előre tudni.

9. Kikkel működnek együtt a megvalósítás során? Hogyan jellemezné ezeket az együttműködéseket?

A programban együttműködő partnerünk lett volna (a pályázatot közösen írtuk) a NATEA (Nemzetközi Kábítószer- és Terrorellenes Tisztek Szövetsége), ők tartották volna az esetmegbeszélést, és a csoportvezetésben is részt vettek volna az egyesület két másik szakembere mellett. Velük a pályázat ismételt elutasítása óta megszakadt a kapcsolatunk, és – mivel nem került rá sor – a velük való közös munkáról sincsen tapasztalatom. Ezen kívül együttműködünk a kerületi rendőrkapitánysággal, azon belül is az ott dolgozó ifjúságvédelmi felelőssel, akivel nagyon jó az együttműködésünk, rendszeresen közös programokon veszünk részt. Minden programunkat a Kolibri Színházzal együttműködve valósítjuk meg. Ezek tartós, több éves együttműködések.

10. Összességében eredményesnek látja-e a program/szervezet munkáját? Ha egy ötfokú skálán kellene jeleznie az eredményességet, hányast adna (1: legkevésbé eredményes, 5 nagyon eredményes)?

1 2 3 4 5

Miben és mennyire? Mit tekint eredménynek?

Nehéz megmondani, mert nincs kontrollcsoport, nem tudjuk, hogy ha nincs ez a csoport, elköveti-e a bűncselekményt vagy sem. Ennek a munkának hosszabb távon lehet eredménye. Én azt tartom eredménynek, hogy konkrét kérdésekkel fordulnak hozzánk a csoport után akár még évekkkel is. A hangulat és a pozitív visszajelzések jelentik számomra az eredményt. Ha például a csoport után meg tud oldani egy olyan helyzetet, amit korábban nem tudott kezelni, ha tudja, mikor és hogyan kérhet segítséget.

11. Miből, hogyan finanszírozzák a programot?

Programjainkat pályázati forrásból finanszírozzuk. Elsősorban hazai pályázatokat valósítunk meg, így például az Igazságügyi Minisztérium, az Oktatási Minisztérium vagy majd most a NEFMI kiírásában.

12. Az Ön tudása/ismerete, valamint megítélése szerint milyen ellátásban/kezelésben részesülnek a kábítószer-fogyasztók a büntetés-végrehajtási intézetekben? (Ha említ hiányokat): mire lenne szükség?

Az elterelést nagyon hatékonynak tartom, ha az a jogszabályi előírásoknak megfelelően működik.

13. Mi lenne a javaslata a fogvatartottak/szabadultak társadalmi beilleszkedését segítőként? Milyen javaslata van a szenvedélybeteg fogvatartottak ellátását/kezelését illetően?

A fogvatartottak/szabadultak társadalmi beilleszkedését segítőként: fontos lenne a munkavállalás lehetőségének biztosítása; ne neki kelljen elkezdenie munkát keresnie, hanem kapjon azonnali segítséget. Szembesüljön vele, hogy itt egy lehetőség, amivel ha élek, egyről a kettőre juthatok, ha viszont nem, akkor az az én felelősségem.

A szenvedélybeteg fogvatartottak ellátását/kezelését illetően: kapjanak megfelelő addiktológiai segítséget, bent legyen olyan szakember, aki segíteni tud.

MI-ÉRTÜNK Prevenációs és Segítő Egyesület

(5600 Békéscsaba, Kazinczy u. 6/1.)

Kérjük, mutassa be a szervezet büntetés-végrehajtási intézetben folytatott drogprevenációs munkáját/programját!

A Mi-Értünk Egyesületnek, mint fenntartónak két alacsonyküszöbű szolgáltatása van, az egyik a Mi-Értünk Konzultációs Központ Békéscsabán, a másik a Mi-Értünk Kontaktpont, Orosházán. Ezen kívül több projektünk van, elsősorban prevenációs programokat, illetve egészségmegőrző, egészséges életre nevelő komplex programokat valósítunk meg, például büntetés-végrehajtási intézetben is. És mindemellett van egy több éve tartó munkahelyi megelőző programunk is.

1. Ki a program célcsoportja? Hány ember kerül bevonásra a programba?

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium támogatásával 2010. szeptembertől 2011. június 15-ig most egy 10 hónapos komplex program valósult meg a Békés Megyei Büntetés-végrehajtási Intézetben, Gyulán. A program célcsoportja ebben a projektben az intézetben előzetes letartóztatásban lévő, ill. az ítéletüket töltő fogvatartottak, az ott dolgozó szakemberek, valamint a fogvatartottak családtagjai voltak. Összesen 70 ember került bevonásra a programba. Azt fontos tudni a Békés Megyei Büntetés-végrehajtási Intézetről, hogy megyei ház, és hogy inkább előzetes letartóztatásban lévők vannak itt, azok között, akik az ítéletüket töltik (általában max. 3 éves ítélet jellemző a gyulai intézetben), a többiek másik büntetés-végrehajtási intézetbe kerülnek át. A fogvatartottak között nagy a mozgás, ez egy viszonylag kisebb intézet, 80 főre van berendezkedve, de kb. 150%-osan működik, most kb. 120-130 fő a létszám. Ebből a 130 főből pedig 50-60 főt értünk el.

2. Hol, melyik intézetben folyik a projekt? Mióta működik a projekt?

2006 óta vagyunk jelen a Békés Megyei Büntetés-végrehajtási Intézetben, Gyulán. Azóta járunk az intézetbe folyamatosan, akkor egy három hónapos komplex programot valósítottunk meg kisebb támogatásból, 2007-ben és 2008-ban pedig egy-egy 40-40 órás komplex programot működtettünk. Ezek a programok elsősorban csoportok voltak. 2009-ben egy 20 órás speciális megelőző program valósult meg fiatalok számára, illetve az elmúlt egy évben működött az előbb említett komplex programunk.

3. Milyen tevékenységeket folytatnak? Milyen módszerekkel dolgoznak?

Komplex programot valósítottunk meg, a fogvatartottak (előzetes letartóztatásban lévők ill. ítéletüket töltők) részére: egy harminc órás csoportos foglalkozást. Hosszabb időszakra terveztünk, de kevesebb támogatást kaptunk, mint amennyire pályáztunk, így módosítanunk kellett a programidőt. Indokoltnak tartanám a nagyobb óraszámot, illetve a folyamatos programot. Az összesen 30 órás csoportfoglalkozásból 10 óra pszichoedukáció volt, 20 óra pedig mentálhigiénés készségfejlesztő, félig strukturált, interaktív csoport. Egyéni, 4 alkalmas konzultációt 10 fő fogvatartott számára tudunk biztosítani (összesen 40 óra). Volt az intézetben dolgozó szakemberek számára egy 15 órás tréning, melyben vegyesen voltak örök, nevelők, egészségügyi dolgozók. Tartottunk még pályaorientációs tanácsadást 10 fő részére, ezt egy pszichológus szakember végezte, egyénileg foglalkozott a fogvatartottakkal. Működtettünk hozzátartozók számára hozzátartozói csoportot, ez a Mi-értünk Konzultációs Központban volt. A fogvatartottakon és a nevelőkön keresztül próbáltuk elérni a hozzátartozókat, ill. az intézet beszélő helyiségében helyeztük el a szóróanyagainkat. A hozzátartozói csoportra kevesebben jártak, inkább jellemző volt az egyéni, ill. a telefonon kért tanácsadás. A hozzátartozók számára idegen még az önsegítő csoport. A komplex program része volt még az utánkövetés is, az utánkövetés azokra irányult, akik az egyéni konzultációkon vettek részt. Nagy részük szabadulás előtt állt, a szabadulásuk után utánkövetést biztosítottunk számukra, szintén 10 órában. Ezek a programok a nevelők révén lettek felkínálva a fogvatartottaknak, akik önként vettek részt a programokon. Folyamatosan kapcsolatban állunk és állunk most is az intézettel, rendszeresen tájékoztatjuk őket induló programjainkról. Mi nem válogattunk a jelentkezők között, egy eset volt, amikor már működött a csoport (félig nyitott csoportok ezek), és egy pszichiátriai beteg fogvatartott szeretett volna jönni, és mi jeleztük, hogy nem gondoljuk, hogy alkalmas lenne erre. Mindössze ennyi volt a mi válogatásunk, amúgy mindenki szabadon eldönthette, jön-e. Mivel 2010 októberétől folyamatosan nőtt a női fogvatartottak száma (nagy részük előzetes letartóztatásban lévő), ezért indítottunk egy külön női csoportot is. *(Hány fős csoportokban dolgoztatok?)* Változó volt, hogy mikor melyikben hányan voltak, jellemzően 10-12 fős csoportok voltak ezek, és volt két nagyobb, 16 fős csoportunk is.

4. Hány munkatárs dolgozik a programban/a szervezetben?

A program megvalósításában külső szakemberek is részt vettek, összesen 5 fő valósította meg a programot. A szervezetben most 12 fő dolgozik.

5. Milyen problémákkal keresi meg Önöket a célcsoport?

A benti probléma alapvetően az, hogy a nap 24 órájából 23-at a zárkában van az előzetes letartóztatásban lévő fogvatartott, egy órát sétálhat, ha akar. De sokan sétálni sem mennek, ők napi 24

órát töltenek a zárkában, és a probléma az, hogy mivel is töltsék az idejüket? A foglalkozásokra azokat az érzelmi, lelki dolgokat hozták alapvetően, amiket ott bent, illetve amiket az ügyük miatt megélnék, valamint a családtagjaikkal, az ügyükkel kapcsolatos bizonytalanság az előzetes fogvatartásban lévőknél gyakran előfordult. Előkerültek zárkatársakkal kapcsolatos konfliktusok is, de ez volt a kevesebb. Illetve szabadulás után a visszailleszkedés volt az alapvető és elsődleges, amivel foglalkoztunk, hogy azt hogyan kezelje, hogyan van ő abban a helyzetben, a szégyen kérdése, a családdal való kapcsolat folytatása, tehát az alap szociális illetve társas problémák, kérdések merültek fel. *(A hozzátartozók esetében milyen problémák voltak a jellemzők?)* Az ő esetükben a kapcsolattartásról volt szó, a haragszom/nem haragszom, a szégyellem/nem szégyellem kérdéskörökről, ill. a változásról, hogy kapcsolatot tartanak a fogvatartottal, de mindketten megváltoztak. Tehát alapvetően a kapcsolatok kerültek előtérbe, illetve még az anyagi kérdések felmerülése volt gyakori, hiszen például ha a fogvatartott férfi, és az élettárs maradt kint gyerekkel, akkor az jelentős anyagi terheket ró rá, akár eladósodáshoz is vezethet a helyzet. *(Az Egyesület nyújt anyagi támogatást, vagy közvetítő szerepet tölt be, azaz információt nyújt arról, hogy a rászoruló hol juthatnak anyagi támogatáshoz?)* Közvetítő szerepet töltünk be, ilyen lehetőségünk sajnálatos módon nincs, szolgáltatásainkat viszont ingyenesen nyújtjuk mindenki számára. *(A szakemberek milyen problémákat „hoztak” a foglalkozásokra?)* A csoportokon a következő témákkal foglalkoztunk: egymás közötti kommunikáció megvalósulása, stresszkezelés, kiégés/nem kiégés, szabályozás/nem szabályozás. Nagyon személyes problémát nem hozott be senki, de nem is ez volt a tréning célja. A kompetenciák közül az együttműködés és a kommunikáció volt a hangsúlyos.

6. Tudnak-e nekik ezekben segítséget nyújtani? Amennyiben nem: Milyen egyéb segítségre lenne szükségük?

Nagyon jó lenne a jól működő programokat – megvizsgálva, hogy valóban jól működnek-e – folyamatosan biztosítani. Nagyon jó lenne, ha az egyéni konzultációk lehetőségét, az órák számát növelni lehetne, mert négy- vagy ötszörös túljelentkezés volt az egyéni konzultációra. Az is nagyon jó lenne, ha lennének a börtönben szociális munkások. Nem nevelők, nevelő szerepben, hanem szociális munkás szerepben lévő szakemberek biztosítása nagyon-nagyon fontos lenne, akik vagy külső szakemberekkel vagy a nélkül tréningeket és egyebeket szerveznének a fogvatartottak számára. A nevelők is teszik ezt, csak annyi egyéb más dolguk van - főleg dokumentáció -, hogy az ilyen ellátásokra már kevesebb idejük jut.

7. Mik a program erősségei?

Az mindenképpen erősség volt, hogy volt egy nagyon jó együttműködés. Továbbá az, hogy a programokra – az egyénire és a csoportokra egyaránt – a fogvatartottak szívesen és önkéntesen jöttek,

ahogy a pályorientációs tanácsadásra is. Erősség az is, hogy mi mint felkészült szakemberek mentünk oda és dolgoztunk az intézetben.

8. Ütköznek-e nehézségbe a projekt megvalósítása során? Ha igen, melyek azok?

Nem tudok olyat említeni, amit nehézségként fognék fel. Az sajnálatos, hogy ezeket a programokat pályázati forrásból tudjuk megvalósítani, és emiatt határozott idejűek. Most, hogy lezárult a projekt, meg is állapodtunk, hogy együttműködési megállapodást kötünk attól függetlenül, hogy a pályázati programnak vége. Ketten azért járnánk továbbra is, legalább havi egyszer vagy kétszer bemennénk az intézetbe, és folytatnánk a programot önkéntesként tovább. És itt jön a nehézség, hogy akkor például az utazási költséget és az egyebeket is saját költségünkből kell finanszírozni. Tehát nehézségnek tartom, hogy a projektek egy adott időponttól tartanak valameddig, és hogy nem feltétlenül kiszámíthatóak ezek a programok.

9. Kikkel működnek együtt a megvalósítás során? Hogyan jellemezné ezeket az együttműködéseket?

A gyulai büntetés-végrehajtási intézeten kívül a pártfogói felügyelő szolgálattal működünk még együtt. A büntetés-végrehajtási intézettel, azt gondolom, hogy nagyon jó az együttműködésünk. Nagyon jó volt velük dolgozni, az intézetben lenni a program ideje alatt. A kezdetektől egy nagyon jó együttműködés volt közöttünk, és az évek még inkább erősítették ezt. És ugyanezt tapasztalom a másik oldalról is.

10. Összességében eredményesnek látja-e a program/szervezet munkáját? Ha egy ötfokú skálán kellene jeleznie az eredményességet, hányast adna (1: legkevésbé eredményes, 5 nagyon eredményes)?

1 2 3 4 5

Miben és mennyire? Mit tekint eredménynek?

Ötösre értékelem a munkánkat. És amit mindenképpen eredménynek tartok az az, hogy kaptunk írásos visszajelzéseket a programban résztvevőktől és egyet a kapcsolattartónktól, az egyik bv.őrnagytól is, aki leírja, hogy abban az időszakban, amikor a program futott, a belső fegyelmi ügyek száma csökkent, a házirendet kevesebben szegték meg, viselkedésükre pozitívan hatott a program. Nyilván levettünk róluk egy csomó stresszt. „A személyi állománnyal történt beszélgetések során is hasonló tapasztalatokat szereztem [írja ő], így a foglalkozások folytatását rendkívül fontosnak tartanám mind a fogvatartottak, mind a személyi állomány körében. Foglalkozásuk témáját a zárkákban a fogvatartottak

előadták és a feladatokról sokat meséltek. A résztvevők közül mindannyian jelezték, hogy a jövőben induló foglalkozásokra is szeretnének jelentkezni.”

11. Miből, hogyan finanszírozzák a programot?

Állami pályázatokból, az egyik támogató a Nemzeti Erőforrás Minisztérium volt, illetve az elmúlt évek során 2 OBMB-s pályázatot is lebonyolítottunk. Persze az is előfordult, hogy pályáztam és nem nyertem. Viszont remélem, hogy mindig lesz lehetőség pályázatokat benyújtani, és azt is, hogy sikeres pályázatokat készítek, hogy folyamatosak legyenek a programok.

12. Az Ön tudása/ismerete, valamint megítélése szerint milyen ellátásban/kezelésben részesülnek a kábítószer-fogyasztók a büntetés-végrehajtási intézetekben? (Ha említ hiányokat): mire lenne szükség?

A kábítószer-fogyasztók ellátásának része, hogy van az intézetben orvos, és akinek szüksége van rá, az kaphat gyógyszert - nyugtatónak mondanám -, ami enyhíti a tüneteit. Illetve az IMEI-be vagy Tökölre szállítják a fogvatartottat és ott állapítják meg, hogy melyek azok a szerek, és azokat milyen mennyiségben javasolja az ottani szakember, hogy a függőséget, az elvonást kezeljék. Tücsere nem volt, de igény sem, és szerintem lehetőség sem lenne rá. De nem is merült az fel, hogy lenne bent intravénás szerhasználat, ill. úgy általában a benti illegális szerhasználat kérdésének felmerülése sem jellemző ebben a kicsi intézetben. Olyanról tudunk, hogy absztinens valaki, illetve gyógyszereket, pl. Rivotril-t szed, amit felírt neki az orvos, de kábítószer-használatról nem. De több olyan fogvatartottal találkozunk, akik kábítószer miatt vannak bent, illetve kábítószer hatása alatt követtek el bűncselekményt. Célszerű lenne, ha folyamatosan lennének olyan programok, amik akár a megelőzéssel, akár a probléma kezelésével foglalkoznak, illetve ami még jó lenne: ha megkaphánák azokat az egészségügyi ellátásokat, amire szükségük van. Ez most úgy oldódik meg, hogy vagy a gyulai pszichiátriára, vagy az IMEI-be vagy a tököli kórházba viszik el a fogvatartottat és ott kap egy javaslatot, hogy mi az, ami enyhíthet az ő szerhasználati problémáján, elvonásán. Többen elkezdnek alkalmasszerűen nyugtatókat, altatókat használni, ezt úgy biztosítják, hogy felírják az orvossal. De nem mindig kérik, néha akkor sem, amikor az szakmailag indokolt lenne (pl. szorongás oldására), mert akkor az intézetből elszállítják X hétre, és ezt a fogvatartott nem feltétlenül szeretné. Az lenne a jó, ha itt is lenne egy szakember, ha itt Gyulán lenne egy közvetlen kontakt, mert most központilag írják ki nekik ezeket a gyógyszereket. *(A benti orvos erre nem jogosult?)* Nem, ő fájdalomcsillapítót ad. Ha valakinek pszichiátriai gyógyszer kell, ahhoz szakorvosi vélemény szükséges.

13. Mi lenne a javaslata a fogvatartottak/szabadultak társadalmi beilleszkedését segítőként? Milyen javaslata van a szenvedélybeteg fogvatartottak ellátását/kezelését illetően?

A szenvedélybeteg fogvatartottak ellátását/kezelését illetően azt gondolom, hogy fontos lenne, hogy legyenek - lehetőleg folyamatosan - olyan programok (csoportos foglalkozások, egyéni konzultációk), amelyeken részt tud venni a fogvatartott. Nagyon fontos lenne az önértékelés kultúráját megismertetni velük, önértékelő csoportokat megvalósítani. A fogvatartottak/szabadultak társadalmi beilleszkedését segítőként pedig a beilleszkedés szempontjából nagyon fontosak az előbb elmondottak, mert ezek a programok nagyon sokat tudnak változtatni. A pályáorientációs tanácsadást is nagyon fontosnak tartom. Jó lenne, ha a fogvatartottnak lehetősége lenne szabadulás után felvenni egy olyan segítő szervezettel a kapcsolatot, ahol további segítséget kaphat. Akinek nincs hová hazamennie, annak fontos lenne a szállás és a munka biztosítása. Ezeket a pártfogó (akinek van) intézi, de sokan utcára kerülnek, mert szabadulás után nincs hová menniük. Ezeket a szociális dolgokat mindenképpen finanszírozni, támogatni kellene, e mellé rendelve a szociális munkát és a munkába állás támogatását. Most folyamatban van egy TÁMOP-os pályázatunk, aminek – ha nyer – épp a munkába való visszailleszkedés segítése lesz a célja, képzéssel egybekötve.

Felhasznált irodalom

Büntetés-végrehajtási jog. Szerk.: Dr. HORVÁTH Tibor. Bp., 2003. Rejtjel

CHRISTIE Nils: Büntetésipar. Bp., 2004. Osiris

CSÁKI Anikó, KOVÁCS Klaudia, MÉSZÁROS Mercedes, SPONGA István: Fogvatartásból szabadult fiatal felnőttek társadalmi (re)integrációjának lehetőségei. Kutatási összefoglaló. Bp., 2006.
www.valtosav.hu / Kutatási összegzés megjelent a Börtönügyi Szemle 2007/1. számában

CSÁKI Anikó, MÁRTON Andrea, MÉSZÁROS Mercedes: Fogvatartott drogfogyasztók jellemzői. Kutatási összefoglaló. Bp., 2009. Kézirat.
www.szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=21764. 201 fő kérdőíves lekérdezése, 30 fővel interjú készítése a Budapesti Fegyház és Börtönben.

CSÁKI Anikó, MÉSZÁROS Mercedes (szerk.): Megvalósítási terv ún. félutas ház létrehozására fogvatartásból szabadultak számára. Bp., 2006.
http://www.valtosav.hu/szakmai_anyagok/feasibility_study_magyar.pdf. A 2006-os magyarországi intézménylátogatást 2009-ben megismételtük.

HERCZOG Mária, SZÁVAI Ilona (szerk.).Család, Gyermek, Ifjúság. Bp., 1998/5. Pont Kiadó

Kutatási projekt az előzetes letartóztatás, a fogvatartás és a szabadulást követő beilleszkedés során elszenvedett diszkrimináció leküzdésére. A Váltó-sáv Alapítvány kutatása, 2010. Kutatási összegzés folyamatban

MÉSZÁROS Mercedes: Fogvatartásból szabadult fiatalkorúak és fiatal felnőttek társadalmi és munkaerő-piaci (re)integrációs lehetőségeinek vizsgálata. Készült az Oktatásért Közalapítvány támogatásával. Bp., 2008. Kézirat