Zeitschrift: Kriminologisches Bulletin = Bulletin de criminologie
Herausgeber: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie
Band: 4 (1978)
Heft: 2

Artikel: Désintoxication des toxicomanes en prison
Autor: Folter, R.
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1047001

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Désintoxication des toxicomanes en prison *

Dr. R. Folter, Médecin-chef, Riksanstalten Oesteraker,Stockholm

La première et la plus importante enquête sur les toxicomanes de narcotiques intravèneuses dans la région de Stockholm a été effectué par mon collègue et ami Nils Bejeroth, membre du Conseil de Recherches Médicales de l'Etat de Suède.Celui-ci a commencé en 1965 de faire un examen poursuivi sur la présence des traces d'injections sur les bras de tous les prévenus à Stockholm et la même année il a démontré qu'un homme sur cinq prévenu pour délit à Stockholm était toxicomane de narcotiques intravèneuses. L'année suivante un sur quatre et 1967 un sur trois prévenus était à classer dans cette catégorie.Ensuite l'accroissement concernant cette clientèle a cessé,en partie dû à l'offensive de la police contre les organisations des trafiquants de 1969 à 1970.

En 1971 quand je suis entré en fonction comme médecin-chef dans le plus grand établissement pénitentiaire fermé de la région de Stockholm, Oesteracker,j'ai dû en premier lieu me concentrer sur des mesures d'urgence de désintoxication. Au commencement, j'ai rencontré un assez grand nombre de personnes soumises au traitement pour les alcooliques de Stockholm .En traitant ces malades je me suis servi d'à peu près des mêmes stratégies que pendant mes six ans comme adjoint médecin-chef à Mariapoliklinikken à Stockholm, centre Anti-Poisons de la Ville de Stockholm. Ces stratégies ne diffèrent pas beaucoup de la thérapie couramment utilisée en Europe de l'Ouest, avec l'exception peut-être que le produit suédois Clomethiazol (Hemineurin) est donné dans tous les cas de syndrome B et C (états de prédélir).Ceci combiné d'un traitement anticonvulsif empêche en général le développement de délirium tremens. Les alcooliques en état aigu (arrive le plus souvent lors d'une évasion) ont été traité au service psychiatrique d'Oesteracker et pour les soins postérieurs placés dans un des services généraux de l'institution où ils sont suivis de psychologues et d'assistants sociaux et par la suite placés dans des établissements auxiliaires.Ceci sous contrôle d'un psychiatre et avec ordination d'un traitement au Disulfiram (Antabus).

Dès le début la désintoxication des alcooliques a été compliqué dû à une tendance assez forte chez des nombreux détenus à un abus parallèl des barbituriques. Par des dépistages toxicolo-

---

* Conférence donnée lors du Premier Congrès Mondial de Médecine Pénitentiaire, 23 au 25 novembre 1978,Dijon

giques j'ai pu démontrer aussi la présence dans le sang ou dans l'urine de stupéfiants "légales" tels que les méprobamates, méthaqualones et autres substances dont l'usage à la longue créent la dépendance. Ainsi le programme de désintoxication a aussi compris une diminuation de barbituriques et traitement aux différentes sortes de phéntiazines. L'ordination en général très peu élevée de ce groupe de produits a rencontré une grande résistance chez certains détenus eux-mêmes ayant rapport aux tendances dans la société suédoise de mettre en question le traitement psychiatrique conventionel.

Les cas d'alcoolisme purs se sont peu à peu posés en arrière plan et lors d'une mise au point commencée en 1974 sur le dessin de l'abus de stupéfiants chez la population de détenus qui n'a été confié que 18% seulement étaient à classer dans cette catégorie.

A cette époque la part des abus des stupéfiants type amphétamines (usage intravèneux) était déjà plus grande que l'abus d'alcool. Les victimes de l'amphétamine étaient en cas de récidive pour la plupart soignées en policlinique étant donné que l'interruption d'une période d'abus ne cause pas de symptomes d'abstinence physique. Ces détenus restaient donc le plus souvent dans les services généraux d'Oesteracker, où ils recevaient des remèdes légèrement sédatifs. Après quelques jours de repos ils pouvaient retourner au travail ou aux études. Si l'abus avait provoqué des troubles d'état psychotique (relativement rares de longue durée) les malades étaient dans le service psychiatrique de l'institution.

Le plus difficile à soigner était la catégorie grandissante des détenus qui abusaient non seulement d'alcool mais aussi des drogues légaux et illégaux. Ils souffraient souvent de l'insomnie tenace mais avaient une grande tolérance croisée pour les hypnotiques, souvent par suite d'abus intravèneux de barbituriques. Cette clientèle pouvait en principe se servir de n'importe quel stupéfiant (cannabioles et autres "soft drugs" quand les narcotiques lourds sur le moment étaient inaccessibles, quelquesfois LSD, souvent diazepan en quantités énormes et de plus en plus des opioides). Cette catégorie était en 1974 - 1976 40% des premières visites chez mes collègues et moi à Oesteracker. La prise en charge avait lieu à cause des hépatites et des accidents septiques souvent dans les services somatiques de l'établissement. Pour être en mesure de procéder aux traitements de désintoxications nécessaires dans ce service,nous étions pendant de longues périodes obligés d'isoler les détenus de toutes les activités d'hors du service,par exemple de l'atelier thérapeutique qui au départ devait desservir le service de psychiatrie et les services somatiques. Malgré un grand nombre de mesures de sécurité la patrouille de visitation a maintes fois trouvé des séringues à injections apportées en fronde.

Des expériences de la clinique proche pour toxicomanes ont

montré que la suppression collective des privilèges était la seule voie possible pour en arriver au bout de tels abus. Dans ce service en dehors du cadre du traitement pénitentiaire on applique depuis longtemps un contrôle chimique (analyses d'urine de tous les malades 2 ou 3 fois par semaine avec des intervalles irréguliers). Environ 25% de tous les analyses contenaient de la narcotique - malgré les malades en général sont hospitalisés volontairement - tant que la surveillance était effectué par le personnel seulement. A la suppression individuelle de permissions des malades rangés se retrouvaient devant l'obligation de fournir des narcotiques au service par solidarité. Suppression collective de permission quand les analyses d'urine étaient positives créait une opposition dominée par le groupe contre l'approvisionnement illégal ! Par la suite nous avons pu noter que l'effectivité de la surveillance réciproque des malades a mené à une baisse considérable en ce qui concerne l'abus des stupéfiants dans le service. Ces méthodes n'ont cependant développés dans mon propre service puisque la loi sur le traitement pénal ne permet pas une suppression collective de permission.

Les toxicomanes utilisant en premier lieu des opioides étaient jusqu'à environ 1973 pris en charge par les établissements fermés d'une façon sporadique seulement.Ceci dû au fait que dans cette catégorie relativement nouvelle de toxicomanes intravèneux la plupart avait environ 20 ans. Les tribunaux suédois sont en général cléments vis à vis des jeunes délinquants. La liberté surveillée prévoyait un contact avec le psychiatre qui a été une conséquence courante pour ces jeunes qui ont fréquenté aussi dans une grande mesure les cliniques pour soins aux toxicomanes. Les contacts avec les unités pour soins aux narcomanes (cliniques, bureaux de conseil et d'autres organes de service principalement pour ceux qui viennent de leur propre initiative) ont malheureusement chez la plus grande partie de cette clientèle seulement abouti à une coupure passagère dans l'abus des narcotiques. Les autorités ont découvert beaucoup trop tard que la liberté surveillée se donne souvent seulement l'air de traitement. L'abus de l'héroine - dominant depuis env.1975 - entraine des frais journaliers d'environ 2000 couronnes ! Les héroinistes qui ont été pris en main à Oesteracker ces dernières années ont vécu en "liberté surveillée" depuis 3 à 6 ans - en général sous forme de "toxicomanie protégée". En moyenne un abus d'opioides est connu depuis 5 ans chez la majorité des jeunes ! Cette catégorie était en 1976 15% et en 1977 30% des premières visites!

Dans des cas aigus ces malades ont souvent dû être soignés dans le service de psychiatrie à Oesteracker, où ils ont eu la possibilité d'avoir une semaine de diminution lente avec Méthadone par la voie buccale,c'est à dire que le Méthadone est dissolu dans du jus de fruit. La difficulté quand le malade doit être traité est de savoir quelle est sa tolérance pour la morphine. Il est donc souhaitable de déterminer la quantité de morphine qui a été prise avant le traitement. A la prise de 100 mg de

morphine pure il faut 20 mg de Méthadone une ou deux fois par jour pour éliminer les troubles d'abstinence. Avant de donner le Méthadone nous attendons que le malade ait développé un syndrome végétatif. On peut alors se guider par l'échelle suivante pour le traitement.

Observations des malades avec des symptômes d'abstinence de morphine

Contrôle tous les 4 heures, exception faite quand le malade dort.

1. Rien
2. Un peu
3. Beaucoup

Pouls
P. s. Sont notés sur une courbe spéciale.
Temp.

Date...../.....197

l'heure									
Tremblements									
Nez coulant,oreilles coulantes									
Sueurs									
Vomissements									
Diarrhé									
Crampes									
Nervosité (agitation moteur									

Rapport direct du malade (à noter 1 à 3 fois par jour)

Inquiétude avec angoisse, oppression,dyspné									
Agitation du coeur,battement du coeur									
Malaise									
Douleurs musculaires									
Douleurs des articulations									
Sueurs,impression de chaleur									
Sensibilité à la lumière									
Démangeaisons									
Paraesthesia									
Douleurs d'estomac									

Quand le malade a développé ce syndrome végétatif nous administrons en général 15 mg de Méthadone et veillons à ce que les symptômes d'abstinence végétatifs reviennent et la dose est renouvelée. Pour des cas de l'abus de morphine graves il faut parfois administrer 4 doses, c'est à dire 60 mg de Méthadone par 24 heures. Quand on est arrivé à voir quelle est la dose dont le malade a besoin pour ne pas ressentir les symptômes d'abstinence il faut établir un plan pour la désintoxication, en général une diminution abrupte au début suivi d'une diminution en courbe doucement éffacée. J'essaye de prévenir le malade d'avance du jour qu'il aura sa dernière dose. Le traitement peut être combiné avec un analgétique avec des effets relaxants pour les muscles ainsi que des produits du groupe tiaxante comme le Truxal en petites doses.

Les soins postérieurs pour le plus grand nombre de narcomanes de différentes catégories a eu lieu en 1977/78 pour la région de Stockholm dans les services généraux d/Oesteracker avec un ensemble de 150 places. Ceci dû au fait que les 3 services pour malades dans l'institution n'ont pu accepter qu'une cinquantaine de malades. Deux psychologues employés à plein temps et une douzaine d'assistants sociaux ayant reçu diverses formations professionnelles ont ces dernières années été chargés des soins postérieurs dans les services généraux et ils ont essayé d'établir un traitement suivi comprenant aussi les institutions auxiliaires les plus proches, en général ouvertes et les ressources des soins libres ainsi que les institutions et les organisations de secours qui en dehors des Organes de Traitement Criminel s'occupent de soigner les narcomanes.L'on a réussi à établir une collaboration importante avec différentes maisons de traitement pour les narcomanes sous la direction de la commune dans la région de Stockholm et on est arrivé à une meilleure intégration de la plupart des ressources disponibles. Par exemple un très grand nombre de membres des organisations de secours ont pu être intéressé à participer activement dans le travail de motivation mené à Oesteracker.

A l'institution d'Oesteracker l'on a essayé de trouver des modèles propres à motiver les narcomanes en partant entre autre du fait qu'une grande partie de la clientèle a manqué des connaissances et sentiments pour différentes alternatives d'action dans des situations problématiques sociales. Une grande importance a été attachée à l'apprentissage de nouvelles réponses prosociales à des stimuli de situation qui dans les cas ordinaires mènent à la passivité ou à une conduite évasive. Par exemple on a par des programmes de Vidéo essayé de provoquer l'apprentissage de modèles sociaux. On a aussi sous la forme de distribution des rôles appliqués et exercés des conduites adéquates dans des situations psychologiques et angoissantes. On a en plus - avec un certain succès - tenté de repousser les fonctions du personnel du service de l'exécutif à surtout soutenant et par la suite des plus grandes éxigences sur les ma-

lades, par exemple concernant leurs propres préparations pour la libération. La liberté d'action qu'une grande partie des détenus à Oesteracker jouissent (même les non-toxicomanes) dans le cadre de formes du travail collectif a naturellement aussi amené un certain nombre d'inconvénients. Le contact grandissant avec la société qui a marqué le traitement suivi déjà mentionné n'a pas eu dans beaucoup de cas le contenu que l'on aurait souhaité, en premier lieu dû à l'alimentation de narcotiques au moment de l'entrainement social en dehors de l'institution.

Après mon étude approfondi sur l'abus et les soins chez 200 personnes choisies au hasard qui ont passé à l'institution d'Oesteracker pendant une période de 2 ans après l'application de la réforme du traitement pénal suédois (1974-1976) il a été tout à fait évident que la plus grande batterie de méthodes de soins déjà mentionnées sont mises en cause par le manque de coordination et d'un contrôle scientifique serré, ainsi que par des oppositions concernant les idéologies des soins. Dans les maisons de traitement pour les toxicomanes dirigées par la commune on comptait beaucoup trop sur la confiance et un certain nombre de ces unités avait une tolérance remarquablement élevée concernant la présence des narcotiques.

La Direction des Organes de Traitement Criminel a suivi ce développement avec la plus grande inquiétude et installait au printemps 1976 le premier service spécial pour détenus toxicomanes en utilisant les ressources d/Oesteracker. Je supervisais le service pendant 1½ ans. Pendant cette période le traitement a été intensifié vers les méthodes déjà mentionnées de la psychologie de conduite et le "covert extinction" a été utilisé. Le service spécialisé était plus fermé que les services généraux d'Oesteracker mais quand-même dirigé vers les contacts avec la société. Une collaboration intense entre le personnel et les détenus a été encouragée par la fusion des deux catégories dans un groupe avec un niveau d'activité très élevé du matin au soir. Des repas en commun, des excursions et des activités sportives ont fait partie de la routine de tous les jours dans laquelle les projets sociales en groupe ont pris une place importante. Des absteniences - sans importance su dû à un syndrome posttoxique végétatif (plutôt rares étant donné que la plupart des détenus ont d'abord fait l'objet d'un traitement de désintoxication) ou envie psychique - devaient être surmontés sans aide de médicaments,ainsi que des troubles d'angoisse et d'insomnie. Pour arriver à réaliser ces grandes ambitions le service disposait de deux fois plus de personnel par individu que l'institution par ailleurs, c'est à dire pour 10 places du service on disposait de 20 gardiens, l'assistant social et le psychologue, tous employés à plein temps.

Et quand-même cette concentration de ressources remarquables n'a pas donné des résultats eetraordinaires. La motivation des toxicomanes était tellement faible que pendant ces 1½ ans le

service n'a eu qu'une moyenne de 5 à 7 détenus. L'inscription dans ce service spécial était volontaire et chacun était libre de quitter le service quand il trouvait le programme dépourvu de sens.

Une dizaine de toxicomanes sont restés dans le service pendant une période assez longue,c'est à dire environ 9 mois et ont été suivis jusqu'à ce jour. Seulement deux de ces derniers,et il s'agit de détenus seléctionnés de plus d'un point de vue, sont jusqu'à maintenant retombés dans l'abus de narcotiques. Mais le matériel est trop limité pour qu'on puisse se permettre de tirer des conclusions. Les soins intensifs dans le service spécialisé ont indéniablement été très chers mais nous avons fait cet investissement dans l'éspoir de trouver des chemins pour arrêter des tragédies humaines et d'intervenir dans les réactions à la chaine épidémiologique des toxicomanes établis.

Depuis 2½ ans je suis membre d'un groupe consultatif à la Direction des Organes de Traitement Criminel spécialisé dans des questions en rapport aux narcotiques. Nous avons essayé de trouver une concéption de l'importance des problèmes et de trouver les ressources pour les mesures à prendre. Malgré les discussions publiques que l'invalidité définitive des jeunes toxicomanes entraine des frais énormes de soins et des frais pour les retraites il n'a pas été facile d'obtenir des fonds pour des soins dans le cadre du Traitement Criminel.Selon une évolution antérieure un jeune qui devient narcomane est définitivement éliminé de la vie productive, serait une perte pour la société de l'ordre de 3½ millions de couronnes (y compris la perte de la production). Le compte-rendu de la situation de l'abus de stupéfiants dans les institutions pénitentiaires suédoises que nous avons reçu - entre autre du côté de la surveillance - est navrant. La présence de stupéfiants a aussi été rapporté d'un grand nombre de petites institutions de différentes parties du pays loin des régions des grandes villes. Une enquête menée par mon collègue, le docteur Bjerver, de l'équipe des soins des narcomanes à Stockholm, sur les personnes prévenus a donné le même résultat que l'enquête que j'ai fait à l'institution nationale d'Oesteracker sur le dessin de l'abus (les deux enquêtes ont été menées indépendamment l'une de l'autre) : Environ 2/3 sont à classer dans la catégorie de narcomanes graves (abus intravèneux de longue durée). Si l'abus de l'alcool est inclus la fréquence de la toxicomanie s'élève à plus de 90% des cas ! Dans notre groupe il y a eu une impression d'impuissance devant le réseau de transactions de stupéfiants et de l'argent qui pour beaucoup de détenus mène à des pressions et des dettes. Il nous a souvent prouvé que des jeunes qui auparavant n'avaient pas de problèmes avec les stupéfiants sont devenus des narcomanes pendant leur séjour en prison. Pour les toxicomanes déjà établis le séjour, surtout dans les grandes institutions, entraine souvent un enlisement encore plus profond dans les bras prisoniers du monde des narcotiques. Il y en a beaucoup qui

pendant leur séjour en prison accumulent des dettes considérables,qui supposent des activités criminelles pour être reglées ce qui à son tour détruit les très grandes possibilités à la réhabilitation qui existent pour le traitement criminel en Suède. Le commerce avec les narcotiques dans les prisons estmarqué par la violence. A cause de cela il y a un grand nombre de détenus qui ont demandé à être complètement séparés des autres. Le flot de narcotiques dans les institutions a aussi diminué les résultats du travail et la participation dans les activités aux heures libres.

Les intentions du groupe consultatif ont été concentrées sur des mesures préventives,de contrôle et de la thérapie. J'ai par écrit esquissé la demande de la Direction des Organes de Traitement Criminel pour ces mesures. Les ressources pour ce qu'on appelle le "Projet d'Oesteracker" sont déjà disponibles.

Le but du projet : D'offrir aux détenus qui désirent se débarasser de leur abus un traitement adéquat dans un milieu sans drogues. Pour bien mener ce projet on a dès la fin de l'année 1977 transformé la moitié des services généraux d'Oesteracker à une clinique spécialisée avec 74 places qui constitue la base d'une nouvelle chaine de traitement. L'équipe des soins aux narcomanes est responsable pour la coordination des mesures et établit un contact avec le toxicomane déjà à la Maison d'Arrêt de Stockholm.Après un accord sur contrat genre "civil commitment" où le toxicomane choisit s'il veut donner des échantillons d'urine 2 à 3 fois par semaine (contrôle conforme à la méthode RIA) il est transféré à la clinique spécialisé.Dans le service d'introduction de la clinique on commence à organiser un programme individuel. Ensuite on propose pendant au moins 9 mois des activités thérapeutiques. Le traitement est principalement fermé. Si le traitement est suivi,on peut -dans la phase finale - travailler sur le marché ouvert. Le contrôle de l'urine a lieu aussi pendant cette dernière phase à un proche annexe à Oesteracker avec des bonnes communications avec Stockholm. En cas d'une rechute le détenu ne peut plus continuer son programme.

Les activités ont eu lieu pendant une période encore trop limitée pour que je puisse donner un compte-rendu du résultat. Plusieurs fois les analyses d'urine (par radioactivité on peut déterminer aussi des petites quantités des amphétamines et des opioides; une analyse coûte par personne et occasion environ 30 couronnes) contenaient de la narcotique. Dans ces cas on a sans délai transféré ces toxicomanes à l'établissement de Kumla où les règles sont très restrictives.

Des expériences d'autres pays ont démontré qu'un traitement basé sur "civil commitment" peut améliorer la situation de certains toxicomanes mais la plupart d'entre nous doit être d'accord que les apports psychologiques et éducatifs souvent ne suffisent pas pour le traitement des toxicomanes. Personnelle-

ment je ne connais aucun cas où l'on a utilisé une extinction psychologique combinée avec un bloquage d'opioides . Cela n'est pas pratiqué en Suède mais les rapports dans la littérature spéciale semblent en partie promettants. Par le voisinage de la clinique de la clinique de recherche à l'hôpital d'Ulleraker (Uppsala),j'ai eu la possibilité de suivre le traitement avec Naloxone (Nalone) en état aigu.J'ai aussi eu l'occasion de suivre pendant alles long temps un certain nombre de ces 100 cas qui,sous un contrôle très strict,recoivent un traitement de soutient avec des doses de Méthadone individuelles. En même temps ils participent à une psychothérapie (après quelques mois d'hospitalisation sous formes policliniques) de longue vue.J'ai bien l'impression que ce traitement combiné a donné des résultats remarquables jusqu'ici malgré le programme d'Ulleraker est une question très controversielle en Suède.

Il faut espérer que les recherches d'endorfines en cours va ouvrir d'autres et des meilleurs chemins pour le traitement de la dépendance des opioides mais jusqu'à là nous devons peser avec précaution lequel ou lesquels des traitements disponibles maintenant nous devons donner la priorité tant au point de vue éthique que d'effectivité. Je le vois comme une des tâches principales du Conseil International des Services Médicaux Pénitentiaires de prendre position pour le traitement des victimes des narcotiques.

Ueber die Suchtgiftsituation im schwedischen Kriminalwesen

Der Grundstein zur Erfassung rauschgiftsüchtiger Krimineller in Schweden wurde durch Univ.-Dozent Dr.Nils Bejeroth gelegt, der seit 1965 sämtliche Arrestanten (schwedischer Nationalität, Männer) der sogenannten Einstichbegurachtung unterzogen hat. N.B.wies u.a. ein Ansteigen des intravenösen Suchtgiftmissbrauches von 19,4% (1965) auf 38,3% (1968) bei der genannten Population nach.

1976 wurde im schwedischen Kriminalwesen eim reichsumfassendes Ansteigen des Suchtgiftmissbrauchs offenbar und im Zusammenhang damit eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen,in deren Rahmen ich für die Region Stockholm das Vorkommen von intravenöser Toxicomanie in 2 von 3 Fällen nachwies. Gleichzeitig wurde die Arrestantenpopulation in Stockholm durch Univ.-Dozent Dr.Kjell Bjerver einer Interview-Untersuchung unterzogen,die Narkoticamissbrauch bei rund 61% und Suchtgiftmissbrauch unter Einschluss von Alkohol bei über 90% der Fälle ergab.

Bei 45 von 200 Gefangenen, die 1976 und 1977 Gegenstand psychiatrischer Intervention an der Reichsanstalt Oesteracker waren,lag eine mehrjährige,durch Krankengeschichten von freist-ehenden Kliniken und Ambulanzen erhärtete Opiatanamnese vor. Es handelte

sich bei diesen Patienten durchgehend um intravenöse Heroinisten, die zu Folge ihrer Jugend (Durchschnittsalter 20 - 23 Jahre) meist erst neulich in den geschlossenen Strafvollzug gekommen waren. Die grosse Mehrzahl dieser Fälle war seit langem aktenkundig, insbesonders bei den sozialen Behörden, zu deren Aufgabenkreis die Betreuung von Süchtigen zählt,wie auch bei den Gerichten. Hinsichtlich der sich um zweitausend Schwedenkronen pro Tag bewegenden Kosten für die illegale Anschaffung von Heroin wurden übereinstimmende Angaben gemacht.
Vorgenannte Arbeitsgruppe stellte fest, dass viele schwedische Gefangene, auch solche in kleineren,fern den Grosstädten gelegenen Vollzugseinheiten, unter der Strafzeit teure Suchtgifte konsumieren, was zu einer intensiven Verschuldung führt. Die Abdeckung letzterer resultiert in weiterer krimineller Aktivität nach der Entlassung. Es kommt weiters vor, dass junge Häftlinge unter der Strafzeit in die Fangarme des Rauschgifthandels geraten. Die Drogensituation in den grossen Anstalten bringt sehr häufig Auseinandersetzungen zwischen den Gefangenen und ernste, persönliche Bedrohungen mit sich, aus welchem Grunde zahlreiche Häftlinge Versetzung in Isolierungsabteilungen begehren.
Das schwedische Kriminalwesen hat sich daher genötigt gesehen, eine Reihe von Gegenmassnahmen zu treffen, die neben erhöhter, konventioneller Ueberwachung auch chemische Narcotica-Kontrolle (routinemässige Urinuntersuchungen) vorsehen. Letztere geschieht auf der Basis eines "civil committment",dessen Einhalten den Häftlingen die Möglichkeit zur Teilnahme am sogenannten Oesteracker-Projekt bietet. Das Projekt sieht eine lange Reihe von therapeutischen Aktivitäten im Rahmen eines hauptsächlich geschlossenen Behandlungsblockes vor.

Adresse des Verfassers: Roman Folter,överläkare,specialist
i allmän psykiatri
Maria Prästgardsg.11 III
S-116 52 Stockholm