

Krámer Lili – Bacsák Dániel

BOLONDOK BÖRTÖNE

EGY ORSZÁG GYÓGYÍTÁSA

2020-08-13 | EGY ORSZÁG GYÓGYÍTÁSA, ESSZÉ



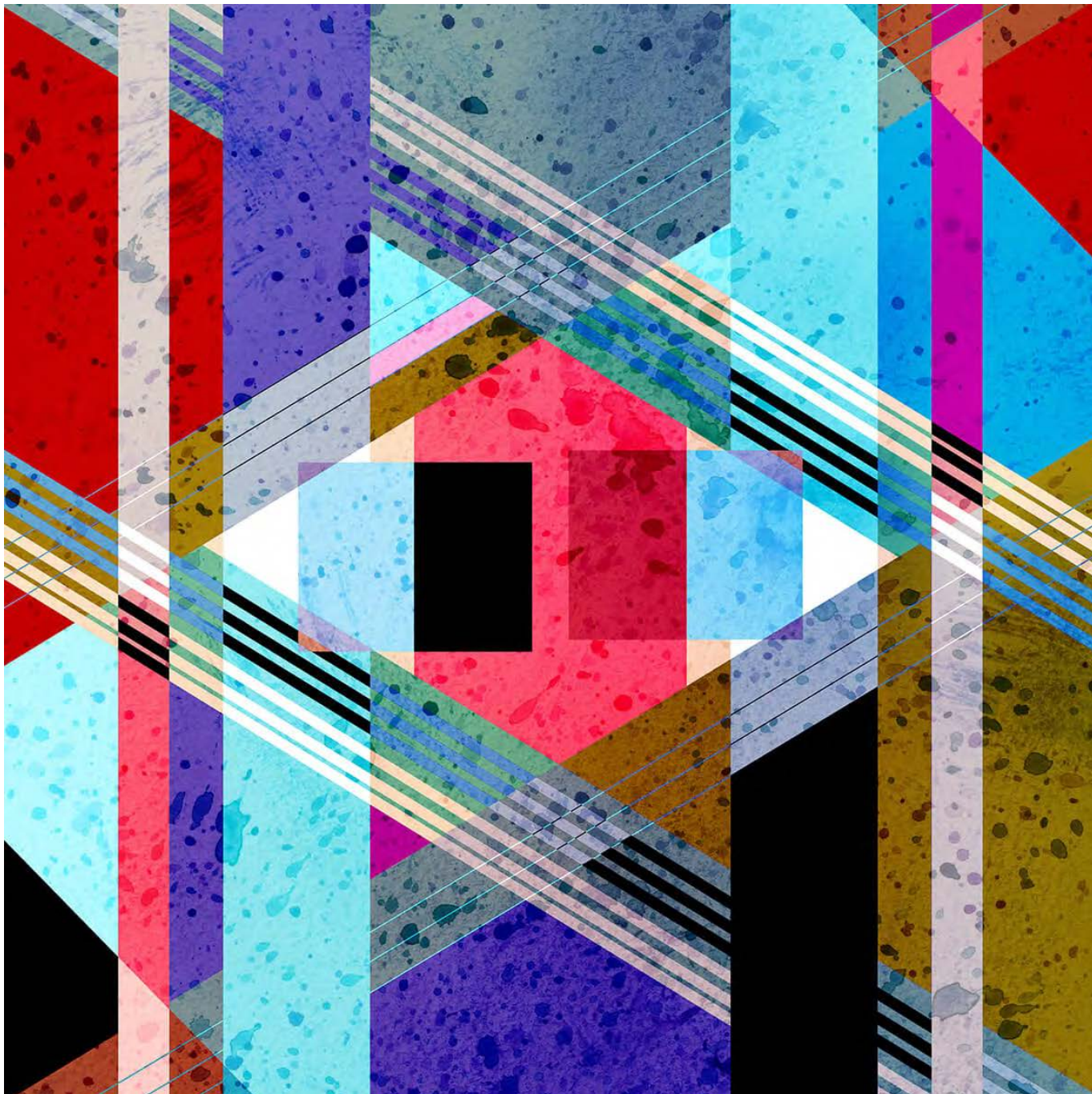
„Mi az indoka, hogy a kriminológia, illetve a büntetés-végrehajtás egy *teljesen félreeső* szegmensterületét vizsgálta?” Ezt a kérdést néhány évvel ezelőtt egy általunk kedvelt, nagyra becsült professzorunk tette fel egyikőnk kényszergyógykezelésről írt szakdolgozatát olvasva. A kérdést nem provokatív célzattal fogalmazta meg,

jóindulatúan érdeklődött, elvégre egy frissen végzett kriminológus annyi minden másról is írhatta volna diplomamunkáját, akár a büntetés-végrehajtás témakörében is, s nem egy néhány száz főt érintő csoportról. A marginalitás, ami a pszichiátriai betegséggel diagnosztizáltak mindennapi tapasztalata, kiváltképpen pedig azoké, akik kriminális cselekményt követtek el, így válik a velük foglalkozó szakemberek számára is valósággá.

holisztikus megközelítés

Az említett kérdést ugyan ma már inkább anekdotaként idézzük magunk között, de nem állíthatjuk, hogy ne fogalmazódna meg időről időre bennünk is. Legutóbb éppen a

Levendel László születésének 100. évfordulóját ünneplő konferencia előtt: kételkedtünk, vajon érdekelheti-e a közönséget egy ennyire speciális terület. De éppen a közíró-tüdőgyógyász 1991-ben a Társadalmi Szemlében publikált írása (és teljes életműve) a bizonyíték, hogy társadalmunk állapotáról adhat orvosi pontosságú láttelepet, ha megvizsgáljuk, miképpen bánunk a legelesettebb, legkirekesztettebb társadalmi csoportokkal. Levendel László szövegei megvilágítják, miért kapta a „humanista tudőgyógyász” állandó jelzőjét. A *Börtönjárt betegek* című írásban közreadott beteg-életutak közlésmódja ugyan orvosi-pszichológusi szöveg, de módszeresen, empatikusan és érzékenyen vegyíti az egyes ember betegségeinek (alkoholizmus, tbc) kialakulási okait az egyéni psziché feltérképezésétől a viselkedés értelmezésén keresztül a mögöttes családi és társadalmi traumák felismeréséig, majd az egyén számára leginkább megfelelő segítség megtalálásáig, vagy annak igényéig. Ezt mai, divatos kifejezéssel lehet bio-pszicho-szociális, holisztikus megközelítésnek nevezni – Levendel László írásait olvasva nyilvánvalóvá válik, hogy pályájának céljává, egyszersmind magával szemben állított mércéjévé az ember méltóságát a legteljesebb mértékben tiszteletben tartó segítségnyújtást tette.



A börtönt is megjárt, alkoholbetegséggel és tüdőbetegséggel egyaránt küzdő emberek élettörténeteinek bemutatását követően levonta a tanulságot: „Ma még nem rendelkezünk a komplett megközelítés szemléleti feltételeivel és szükséges eszközrendszerével. Gyengeségünkön csak az összefogás és egy jobban működő társadalom kialakulása segíthet.” Megelőlegezve szomorú konklúzióinkat: megfelelő szemléletről és az ahhoz szükséges eszközökről, hovatovább összefogásról és egy jobban működő társadalomról továbbra is csak feltételes módban írhatunk, annyi különbséggel, hogy harminc esztendővel a rendszerváltás után már reményre is

kevesebb okunk maradt. Mi is „börtönjárt betegek” sorsát mutatjuk be: ezúttal azokat a kriminális cselekményt elkövető pszichiátriai betegeket, akiknél beszámítási képességük hiányában kényszergyógykezelést rendelt el a bíróság.

*

Magyarországon már az 1878. évi Csemegi-kódex (az első modern magyar büntető törvénykönyv) rendelkezett arról, hogy akik öntudatlan állapotuk vagy „elmebetegségük zavara” okán nem bírtak szabad elhatározási képességgel, nem büntethetőek, ezért őket a továbbiakban zárt kórházi osztályon kellett kezelni. Ez a rendszer egészen 1948-ig működött: ekkor hozták létre a biztonsági őrizet jogintézményét, mely a korabeli jogi szóhasználat szerint „az elmebeteg bűnözők ártalmatlanná tételét” célozta, végrehajtási helyéül pedig az 1896-ban megnyitott Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetet (IMEI) jelölték ki. Az intézkedés 1961-ben kapta a kényszergyógykezelés elnevezést, a lényegében ma is érvényes feltételrendszerét pedig 1978-ban határozták meg. A 2012-ben hatályba lépett új büntető törvénykönyv szerint a bíróság kényszergyógykezelést rendel el, ha négy kritérium mindegyike teljesül. Büntethetőséget kizáró (1) „kóros elmeállapot” mellett a kényszergyógykezelés elrendeléséhez (2) személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó büntetendő (tényállásszerű) cselekménynek kell megvalósulnia, a meghatározott cselekményi kör mellett pedig további jogi feltétel, hogy (3) büntethetőség esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni. Az igazságügyi pszichiáter szakértőnek végül arról is véleményt kell formálnia a beszámíthatóság kérdése mellett, hogy a jövőben (4) tartani kell-e hasonló cselekmény elkövetésétől a vádlott részéről.

visszafordíthatatlanul

Ez a négy törvényben rögzített kritérium egyenként is több jogi és pszichiátriai kérdést felvet, melyek közül ezúttal egyet emelnénk ki – azt, amely szükségtelenül és

visszafordíthatatlanul képes életutakat megtörni. A személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó cselekmények, melynek körét szintén a Btk. határozza meg, nem csupán az emberölést és a testi sértést foglalják magukban, ahogy azt elsőre

gondolnánk. Jelenleg is több olyan személy áll kényszergyógykezelés alatt, aki például pszichotikus állapotban agresszíven viselkedett a kiérkező mentősökkel (közfeladatot ellátó személy elleni erőszak), vagy ezzel összefüggésben ellenállt a rendőri intézkedésnek (hivatalos személy elleni erőszak), de számottevőbb személyi sérülés okozása nélkül. Szintén találhatunk olyan betegeket az IMEI falai között, akik mentálisan zavart állapotban – akár időskori demenciában – idéztek elő személyi sérüléssel nem, de jelentős anyagi kárral járó balesetet, például lakástüzet vagy gázrobbanást (közveszély okozás). Ezek olyan cselekmények, amik beszámítási képesség megléte esetén megrovást, pénzbüntetést, felfüggesztett vagy legfeljebb rövid ideig tartó szabadságvesztést vonnának maguk után, kényszergyógykezelés esetén azonban akár évtizedekig tartó elkülönítést is eredményezhetnek, holott megfelelően működő egészségügyi és szociális ellátórendszer mellett jó eséllyel elkerülhetők lennének. Márpedig ezzel a sorsfordító eseménnyel, ahogy Levendel fogalmazott, „az eredendően hátrányos helyzet [...] tovább mélyül, hiszen a betegség, a büntetett előélet, az ezt követő társadalmi előítélet [...] további, többszörös hátrányt jelentenek”, a társadalom szemében bűnössé vált beteg stigmája megkettőződik.



A kényszergyógyezelést a büntetés-végrehajtás rendszerébe tagozódó IMEI-ben hajtják végre – ez az egyetlen olyan büntetőjogi szankció, amit egyrészt felmentő ítélet előz meg, mégis a legsúlyosabb joghátrányt, a szabadság elvesztését idézi elő, másrészt abban is unikális, hogy nincsen alternatívája a szankciórendszerben, emellett felfüggesztésére sincsen mód. Az IMEI a Budapesti Fegyház és Börtön területén helyezkedik el, ugyanazzal a bástyafallal és pengeéles dróttal körbevéve, egy erősen leromlott állapotú, sokkal inkább börtönhöz, semmint kórházhoz hasonlító épületkomplexumban. Itt kellene „a társadalom védelmén túl, a kényszergyógyezelt

számára megfelelő kezelést és gondozást biztosítani” a 2013-ban elfogadott büntetés-végrehajtási kódex szerint. Egy 2014-es minisztériumi rendelet alapján pedig az IMEI „fekvőbeteg gyógyintézetként a kényszergyógykezelt betegek pszichiátriai kezelését és rehabilitációját” hajtja végre. De hogyan lehetséges a gyógykezelés és rehabilitáció megvalósítása a kényszerítés eszközével egy börtönhöz számos külső-belső jellemzőjében rendkívül hasonló intézményben? Levendel csaknem három évtizedes megállapításaival nem tudunk vitatkozni. Ahogyan azt sok hazai és nemzetközi kriminológiai kutatás, valamint a gyakorlat is bizonyítja, szerinte is alkalmatlan a börtöncentrikus büntetés-végrehajtási rendszer a traumák feloldására, a „sérült személyiség korrekciójára”; sőt, a számtalan börtönártalom révén inkább fokozza a bűnelkövetői karrier kialakulásának, folytatásának esélyét. Ezen felül azzal a konklúziójával is egyet kell értenünk, hogy a börtönbüntetés valódi funkciója a „társadalom önvédelmét, a bűnelkövető elszigetelését”, nem pedig reszocializációját szolgálja. Szerinte a bűnelkövetésre adekvát és közösségi választ kellene keresni, ahol megfelelő szakmai teret kell biztosítani a szakszerű pszicho- és szociodiagnosztikának.

A fenti megállapítások a kényszergyógykezelés végrehajtásával kapcsolatosan még fájóbban igazak, hiszen a jogrendszerünk szerint nem büntethető emberek határozatlan időre olyan intézménybe kerülnek, amit a gyakorlatban jórészt a büntetés-végrehajtás logikája, a rehabilitáción évek óta messze felülkerekedő biztonságközpontú szemlélet, a mentális betegségekre és agresszióra adható közösségi megoldásokat nem pártoló, rendkívül zárt szervezetrendszer irányít. A kényszergyógykezelés végrehajtásában mozgástér éppen csak az egyéni szükségletekhez igazodó rehabilitációs-reszocializációs szemléletnek nem marad: a büntetés-végrehajtásban többé-kevésbé használt reintegrációs programok (oktatás, szakképzés, munkáltatás, családi kapcsolatok erősítése stb.) jórészt azért nem alkalmazhatóak, mert az IMEI-t fekvőbeteg-gyógyintézetként adminisztrálták: munkáltatásra például azért nincs lehetőség, mert az ott ápoltak jogi értelemben nem tekinthetők munkaképesnek. Ezzel ellentétben az egyre szigorodó kapcsolattartási szabályok szinte ugyanúgy vonatkoznak a kényszergyógykezeltre, mint bárkire, aki a szabadságvesztését tölti: 2019 tavasza óta tiltott a látogatáskori testi kontaktus,

valamint hozzátartozó és ápolott egymástól plexifallal elválasztott a látogatószobában – így téve még inkább fizikaivá a betegek elkülönítését a társadalomtól. Ráadásul amíg a jó magaviseletű, rövid tartamú szabadságvesztést töltő elítélteknek legalább van lehetősége rövid idejű eltávozásra, kimaradásra, reintegrációs őrizetre, részvételre a társadalmi kötődés-programban, erre egy kényszergyógykezeltnek mind nincs – a (gyógy)kezelés időtartama alatt tehát teljes az izoláció.

utólagos életlehetőségek

Ahogy Levendel esetelemzéseiben, úgy a kényszergyógykezelés ápoltajainak élettörténetében is gyakran találunk halmozódó családi traumát, sőt, jelentős

részük családtag sérelmére követte el cselekményét, ezért azok esetében, ahol a hozzátartozók bevonhatók, kiemelten fontos lenne a bekerüléstől kezdődően a családi kapcsolatok újraépítését és erősítését célzó terápiás munka. Az IMEI saját közlése szerint átlagosan 4-6 évet töltenek bent az ápoltak, de saját kutatásaink és tapasztalataink alapján a kényszergyógykezelésben töltött idő nem ritkán eléri, vagy túllépi az egy, akár két évtizedet is – a félévente felülvizsgált szankció hosszának ugyanis nincsen felső határa. Ennyi időt szakmailag teljesen indokolatlan csupán „az emberkép szimplifikáló, redukcionista szemléletén” alapuló farmakoterápiával eltölteni. Annál is inkább, mert a családhoz-közösséghez-társadalomhoz való viszonynak az intézkedés megszüntethetőségére, majd az utólagos életlehetőségekre is rendkívül nagy hatása van, a börtönökből szabadultakkal ellentétben ugyanis az IMEI-ből senki nem bocsájtható el, ha az utcára kerülne. Az az ápolott, aki olyan állapotban van, hogy megszüntethető lenne a kényszergyógykezelése (azaz a szakértők és a bíróság szerint már nem áll fenn annak a veszélye, hogy újabb büntetendő cselekményt fog elkövetni), de nincsen működő-támogató családi kapcsolata, addig nem tud kikerülni az intézményből, ameddig nem szabadul fel szociális otthoni férőhely számára. Évről évre egyre több olyan esetről tudunk, amikor a szükségesnél évekkel hosszabb kényszergyógykezelést eredményez a szociális otthoni férőhely hiánya, hiszen a pszichiátriai bentlakásos intézmények reménytelenül túltelítettek, és az ott dolgozók-élők maguk is sokszor előítéllettel viseltetnek az IMEI-ből szabadultakkal szemben. Ezek az esetek vastag vonallal húzzák

alá, mennyire súlyos hatással lehetnek az egyénre az egészségügyi-szociális ellátásban kialakult tétovázó hézagok. Levendel szavai az ellátórendszer mai hiányosságaira gondolva sajnos időtlenül érvényesek: „a be nem ismert, fel nem tárt, a betegre áthárított sikertelenségek, kudarcok, azok kimagyarázása nem segít. Inkább lefegyvereznek, a hiábavaló erőfeszítés érzését keltik a közös munka résztvevőiben. A szűkebb és tágabb társadalmi környezetben pedig a regresszív, elutasító, autoriter-adminisztratív tendenciákat erősíti.”

*

A koronavírus-járvány miatt hozott korlátozó intézkedések a büntetés-végrehajtást még messzebb sodorták a már eddig is igen távolinak tetsző reintegrációs-reszocializációs szemlélettől. A nagy állami fenntartású intézményrendszerek közül (legalábbis a hivatalos közlések szerint) kizárólag a büntetés-végrehajtásban nem betegedett meg egyetlen fogvatartott és dolgozó sem, mégis egyedül ezekben az intézetekben tartják fenn mai napig is a legsúlyosabb korlátozó intézkedéseket, például a látogatók fogadásának tilalmát. A kényszergyógykezelt betegek ráadásul már a mihamarabbi szabadulásban is kevésbé bízhatnak, hiszen a szociális intézmények egy része jelenleg nem vehet fel új ellátottakat.



Félő, ha a járvány egyszer el is múlik, a korlátozások akkor is velünk maradnak – az IMEI-ben például már elkezdtek felszerelni a padlótól plafonig érő, vírus- és rehabilitációbiztos plexifalakat.

A 2020. március 18-ra tervezett és járvány miatt elmaradt konferencia-előadások írásos változatait folyamatosan közöljük.

kép | adobe.com