Alkoholista elítéltek kényszergyógykezelése Baracskán

A hazánkban végzett vizsgálatok egyértelműen azt mutatják, hogy szoros kapcsolat van az alkoholfogyasztás és a bűncselekmények számának emelkedése között. A bűncselekmények jelentős százalékát ugyanis alkoholos állapotban követik el, illetőleg a bűncselekmény végrehajtását az alkohol megszerzése motiválja. Számos szociológiai, statisztikai és kriminológiai tanulmány veti fel e problémák megoldásának szükségességét.

Magyarországon az alkoholisták gyógykezelésében egy sajátos lépcsőzetességet figyelhetünk meg. Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény és a végrehajtására kiadott 15/1972. (VIII. 5.) EüM. sz. rendelet az alkoholista kérelmére történő gondozást és gyógykezelést tekinti az első fázisnak. E terápiát a járóbeteg-ellátás keretében, vagy valamelyik kórház alkoholelvonó osztályán végzik. Minekutána a saját kérelemre történő gyógykezelés sok esetben nem hatékony, az egészségügyi jogszabályok rendelkeznek az alkoholisták kötelező gondozásáról és gyógykezeléséről is. Például 1983. január 1-jén lépett hatályba az 1982. évi 41. sz. törvényerejű rendelet az alkoholisták kötelező, intézeti gyógykezeléséről.

A korábbi jogszabállyal ellentétben ez nemcsak a polgári bíróság által elrendelt intézeti gyógykezelésre vonatkozik, hanem a Büntető Törvénykönyv 76. §-a alapján — az alkoholistával szemben, a büntetőeljárás során — elrendelt kényszergyógyításra is. A Btk. említett paragrafusa szerint a „Hat hónapot meg nem haladó szabadságvesztés, vagy ennél enyhébb büntetés helyett önálló intézkedésként, munkaterápiás intézeti kezelésre kötelezhető az elkövető, ha a bűncselekmény alkoholista életmódjával függ össze és az intézeti gyógykezelés feltételei fennállnak. Az intézeti gyógykezelés legfeljebb két évig tarthat". Mind a polgári, mind a büntető bíróság által elrendelt kötelező gyógykezelést Nagyfán hajtják végre, a Munkaterápiás Alkoholelvonó Intézetben.

A büntetésvégrehajtás szempontjából az 1978. évi IV. törvény a legfigyelemreméltóbb. Kiderül a 75. §-ban szabályozott kényszergyógyításról, hogy nem önálló intézkedés, csak azzal szemben rendelhető el, akinek bűncselekménye összefügg alkoholista életmódjával. A mai gyakorlat jobb megértése érdekében tennünk kell egy kitérőt és fel kell vázolnunk az alkoholizmussal kapcsolatos kriminológiai — szűkebben büntetésvégrehajtási — gondolkodás és cselekvés változásait.

Jogszabályi előzmények

Az 1878. évi V. törvény, az úgynevezett Csemegi kódex a beszámítást kizáró vagy enyhítő okként értékelte a részegséget, ha a tettes nem abból a célból ittasodott le, hogy bűncselekményt kövessen el. A büntetésvégrehajtási szabályozás is

toleráns volt annak idején az alkoholfogyasztással szemben. Például az államfogházba naponta egy liter bort lehetett behozatni. Évente kétszer fél liter bort pedig valamennyi büntetésvégrehajtási fokozatban kiosztottak az elítélteknek.

Az alkoholizmus és a bűnözés összefüggésének, valamint társadalmi veszélyességének felismerését tükrözi az 1948. évi 48. törvény. Ennek 14. §-a sui generis bűncselekményként kezeli az ittasságot, és egy évig terjedő börtönnel bünteti. Az 1954. évi igen szigorú büntetésvégrehajtási szabályzat viszont nem foglalkozott se a személyiségzavarban szenvedők gyógyításával, se az alkoholisták kényszergyógyításával.

Az 1961. évi V. törvény 21. §-a az elmebetegséget, a gyengeelméjűséget és a tudatzavart mint büntethetőséget kizáró okot emlegette. Ugyanakkor a törvényhozó az alkoholizmus kriminogén hatásának korlátozása érdekében a 22. §-ban a következőket mondta ki „a 21. § rendelkezései nem alkalmazhatók annak javára, aki a cselekményt önhibájából eredő ittas vagy bódult állapotban követte el".

Az alkoholizmus itt már mint betegség jelenik meg. A 62. § intézkedik a kényszerelvonó-kezelésről, melynek célja határozottan kettős: a betegség gyógyítása és a társadalom megóvása az újabb bűnelkövetéstől. Az elsődleges természetesen a gyógyítási cél. Ezt az is bizonyítja, hogy a végrehajtási szabályok kidolgozásával az 1962. évi 10. törvényerejű rendelet az egészségügyi minisztert hatalmazta fel.

A 110/1957. IM. sz. utasítás a kényszerelvonó kezelés szabályait két paragrafusban foglalta össze. A 159. § magáról a kezelésről azt állítja, hogy „... a szabadságvesztés végrehajtása alatt kell foganatosítani. Ebből a célból az elítéltet a várható szabadulása előtt két hónappal a kijelölt büntetésvégrehajtási intézetbe kell átszállítani". A 160. § szerint pedig „A kényszerelvonó kezelés alatt álló elítélteket közös körletben a többi elítélttől elkülönítve kell elhelyezni, és velük szemben a fokozatuknak megfelelő büntetésvégrehajtási szabályokat kell alkalmazni. A kényszerelvonó kezelésre beutaltat a kezelés megkezdése előtt a szükséges klinikai és laboratóriumi vizsgálatnak is alá kell vetni".

Visszatekintve ez a szabályozás és a rajta alapuló végrehajtás meglehetősen kezdetlegesnek tűnik. Az elítéltet szabadulása előtt átszállították a Budapesti Fegyházba, mert helyileg ott az IMEI, és csak annak apparátusa tudta magát a kezelést elvégezni. A gyógyítás undorkeltésen alapuló averzív terápia volt. Két hónap alatt többet tenni nem lehetett. Nem vizsgálták az alkoholizmus kialakulásának társadalmi, lélektani okait. Nem került sor — a hosszú, esetenként 5—10 éves szabadságvesztés-büntetés ideje alatt sem — pszichoterápiás módszerek alkalmazására. Ennek mind tárgyi, mind személyi feltételei hiányoztak.

A hosszú idő alatt felhalmozódott tapasztalatok, a büntetésvégrehajtás személyi feltételeiben bekövetkezett javulás, a szocialista törvényesség és humánum fejlődése lehetővé tette, hogy az 1978. évi IV. törvény és az ennek végrehajtása tárgyában kiadott Büntetésvégrehajtási Szabályzat már más, minőségileg magasabb színvonalon közeledjék az alkoholisták kényszergyógykezeléséhez.

A gyógyító-nevelő csoportokat a jelenleg hatályban lévő büntetésvégrehajtási szabályok hívták életre. Felmerült, hogy ha a Btk. 24. §-a büntethetőséget kizáró okként, enyhítő körülményként kezeli az elmebetegséget, gyengeelméjűséget, szellemi leépülést, tudat- és személyiségzavart, akkor a büntetésvégrehajtási intézeteken belül is szükség van olyan támogató környezetre, amely ugyanezen emberek számára elviselhetővé teszi a szabályok betartását. Hisz ezek a börtönrezsim elvárásait is csak korlátozottan képesek felismerni.

A gyógyító-nevelő csoportok felállításának és eredményes működtetésének elsősorban a személyi feltételeit kell megteremteni. Olyan szakemberekre van szükség, akik akkor is eredményt tudnak elérni, amikor a nevelés pedagógiai esz-

köztára már teljesen kimerült. Pszichopaták esetében pszichológusra, értelmi fogyatékosoknál gyógypedagógusra, elmebetegeknél pszichiáterre van szükség.

A büntetésvégrehajtás különösen az utóbbi időben nagy erőfeszítéseket tett annak érdekében, hogy személyi állományát megfelelő szakemberrel feltöltse, és ezzel megteremtse a gyógyító-nevelő csoportok működésének előfeltételeit. A kóros elmeállapotú elítélteknél csak speciális képzettségű szakemberek teammunkájától remélhető az a személyiségkorrekció, melynek hatására a fogvatartott szabadulása után tartózkodni fog újabb bűncselekmények elkövetésétől.

A gyógyító-nevelő csoportban elhelyezett fogvatartottak nevelésére, oktatására a jogszabály komplex terápiát ír elő. Ilyen terápiás programot pedig csak szakértőkből álló munkacsoport tud kidolgozni. Intézetünkben, a Baracskai Fogházban rendelkezésre állnak a szükséges szakemberek. Van gyógypedagógusunk, pszichológusunk és pszichiáterünk.

Amikor a kijelölt országos jellegű bv. intézetekben létrejöttek a gyógyító-nevelő csoportok, megteremtődött a lehetőség a Btk. 75. §-ának végrehajtására. A bírói gyakorlat egyre gyakrabban rendelte el az alkoholisták kényszergyógyítását. A 8/1979. IM. rendelet 111. §-a kimondta, hogy az elítéltet, kinek kényszergyógyítását elrendelték, el kell szállítani kivizsgálásra kijelölt intézetbe. Az egy hónapos kivizsgálás után pedig a fokozatának megfelelő intézetbe kell vinni, s ott a gyógyító-nevelő csoportba helyezni, ahol is foglalkoztatását csökkent munkaidőben, munkaterápiás jelleggel kell megoldani. Napirendjüket is a terápiás szempontok figyelembevételével kell összeállítani.

Az IM. Bv. Országos Parancsnokság módszertani útmutatót adott ki a gyógyító-nevelő csoportok működéséhez. Ez az útmutató a Baracskai Fogházat is besorolta azon intézetek közé, melyek kivizsgálják a kényszergyógyításra ítélt alkoholistákat. Noha intézetünk az IMEI szakfelügyelete és a megyei főügyészség ellenőrzése mellett már második éve hajtja végre ezt a feladatot, törvénysértés, illetőleg súlyosabb szakmai probléma még nem merült fel.

Egy szociológiai felmérés tanulságai

Mielőtt a Baracskai Fogházban működő gyógyító-nevelő csoport tevékenységét vázolnám, ismertetnék egy alkoholistáink körében végzett felmérést. Előre elkészített teszt alapján ötven embert kérdeztünk meg. Ismeretes, hogy a deviáns magatartás hátterében egy sajátos mikro-, illetve makroterápiás környezet áll. Kérdéseink azokat a szociális színtereket célozták meg, amelyeknek véleményünk szerint meghatározó szerepe van az egyén—társadalom kapcsolatrendszerben. Rákérdeztünk tehát a családi, baráti, munkahelyi körre, a társadalmi munkamegosztásban elfoglalt helyre, az iskolázottság fokára, a követendő életmintára, továbbá az anyagi helyzetre.

A kérdezettek *kormegoszlása* nagy szóródást mutat. A többség gyermekkora már a felszabadulást követő időkre tehető. 50%-uk 30-40 éves. A kérdezettek 45%-a vidéki városban, 55%-a faluhelyen lakik. Születésükkor ez az arány a falu és a tanyavilág felé hajlott. Ami pedig *a lakások tulajdonjogát* illeti, faluhelyen a családi ház, városon a tanácsi bérlakás jellemzi a mintát. *A lakásban tartózkodás minősége* már differenciáltabb. Családi házat a kérdezettek több mint a fele családtagként, negyede pedig tulajdonosként lakja.

Közös háztartásban él a megkérdezettek 80%-a. Az esetek többségében nagyszülőnél, közvetlen rokonnál, kisebb arányban valamelyik szülőnél. Házastárssal és gyerekkel csupán nyolcan élnek. Egyszemélyes háztartást tízen vezetnek. A háztartásokban meglepően alacsony *az egy főre jutó havi jövedelem,* van

ahol a kétezer forintot sem éri el. A kérdezettek 30%-ánál ez az összeg 3500—4000 Ft között, 20%-ánál pedig 4500—5000 Ft között mozog.

A *családi állapota* 25 elítéltnek elvált. Négyen külön élő házasok, ketten élettársi kapcsolatot tartanak fenn. Törvényes házasságban mindössze nyolcan élnek. Az elváltak többsége gyermektartásdíj fizetésére kötelezett. A házasságból származó *gyermekek száma* az elítéltek felénél 1-1, 20%-nál 3 vagy annál több. Házasságon kívül három fogvatartottnak, állami gondozásban egy elítéltnek vannak gyermekei.

Lehangoló képet mutat a szülőkkel kapcsolatos állapot. 14 elítélt már árva, 23 már félárva (többnyire az apa hunyt el). 5 elítéltnek elváltak a szülei, és törvényes házasságban csupán 8 fogvatartott felmenői élnek. (Az apa általában segédmunkás, az anya általában háztartásbeli.) Meglepően magas az átlagnépességhez képest *a testvérek száma*. A megkérdezettek felének 4 vagy több testvére van, 5 elítélt 8-10 testvérrel rendelkezik.

Az iskolai végzettségük szintje: alacsony. Az 50 elítéltből egy analfabéta, tíz pedig még a nyolc osztályt sem végezte el. A megkérdezettek fele csak általános iskolát végzett, szakmát 13 fogvatartott tanult, érettségivel 3-an rendelkeznek. *A munkamegosztásban elfoglalt hely* megfelel az iskolázottsági foknak. A szakmával rendelkezők kivételével valamennyien segéd- vagy betanított munkakörben dolgoznak. A kérdezettek fele az átlagosnál jóval többször változtat munkahelyet.

A kérdezettek *baráti, társasági köre* hasonló tudati-öntudati szinten áll. Csupán öten barátkoznak náluk magasabb egzisztenciájú emberekkel. Szabadidejük eltöltését sivár sablonosság jellemzi. Munka után a presszó vagy a kocsma következik. Néhányan kirándulásra, sportversenyre, gyermeksétáltatásra hivatkoznak, ám kiderül, hogy ezek a programok is gyakran italozásba torkollanak.

Reggel munkakezdés előtt már megisznak egy-két deci pálinkát. Munka után pedig sör, bor — hozzá rövidital. A sörösök naponta 6-8 korsót, a borosok 1,5-2 liter bort isznak. Ezt mindkét tábor 3-4 féldeci rummal vagy pálinkával egészíti ki. Csak látásból ismernek olyan embereket, akik nem isznak. Ennek ellenére se magukat, se családtagjaikat nem nevezik alkoholistáknak.

11 elítélt családjában van büntetett előéletű személy. A megkérdezettek fele elsőbűntényes, a másik fele már többször is volt büntetve. *A bűncselekmények* 20%-át a gyermektartási kötelezettség elmulasztása teszi ki, közel fele garázdaság, a fennmaradó 30% megoszlik vagyon elleni bűncselekmény, illetőleg a közveszélyes munkakerülés között.

A megkérdezettek családi, szociális körülményei szembetűnően rosszabbak az országos átlagnál. Életvezetésük a társadalom perifériájára sodorta őket. Házasságuk elromlott, gyerekeiktől elszakadtak, iskolázatlanságuk miatt kilátástalannak látszik számukra a jövő, a céltalanság, a feleslegesség érzése pusztítóan hat erkölcseikre.

Hogy életük így alakult, azt tanulatlanságuknak, önmagukkal szembeni igénytelenségüknek, gyenge emberi tartásuknak köszönhetik. De objektív körülményeik se kényeztették el őket. Apjuk a háború előtt földműves vagy proletár, anyjuk munkanélküli vagy legfeljebb cseléd. A bő gyermekáldás ezekben a családokban erkölcsi és anyagi tehertétel volt, a gyerekeket szinte félfeudális szellemben nevelték.

Az elítéltek, akik megelégedtek a nyolc osztály elvégzésével (vannak akik kevesebbel is beérték!), idővel rájönnek, hogy a társadalom se anyagilag, se erkölcsileg nem becsüli meg őket. Hisz a technika fejlődése, a termelés korszerűsödése jól képzett szakembereket kíván. Kiderül, hogy legszerényebb igényeik kielégítése is komoly akadályokba ütközik, mert a képzetlen munkaerő értéke minimális.

Mindezen körülmények tovagyűrűző hatása eléri a harmadik generációt is, vizsgált elítéltjeink gyermekeit. Az iskolai feladatok, a kor követelményei egyre

nehezebbek. A szülők nem tudnak segíteni gyermekeiknek. Sikerélmény hiányában a gyerek „nem tanul, csavarog" tipikus helyzete áll elő. A nélkülözések, a családi élet zavarai bomlasztóan hatnak. Ingerültebbek lesznek a házasfelek, a légkör egyre mérgesedik. Az apa kilátástalanságában inni kezd, és még a maszekolásból szerzett pénzt is szenvedélye kielégítésére költi. Az anyának sok ennyi keserűség, a jog fegyverével elűzi az iszákos apát. Mindenki hibás, mindenki ellenség. Elszabadulnak az indulatok, teret kap az agresszivitás, a munkakerülés, a lopás, a gyermektartásdíj csak azért sem fizetése. Nem nehéz belátni, hogy milyen nehéz dolguk van a gyógyító-nevelő csoport tagjainak, ha meg akarják találni azt a módszert, amely alkalmas arra, hogy ezeket az embereket visszavezesse a társadalomba.

A gyógyító-nevelő csoportok

Az ismertetett vizsgálat jól reprezentálja az intézetünkben lévő kényszergyógykezeltek összetételét. Ez nagymértékben befolyásolja a velük való foglalkozás gyakorlatát is. Az elítélt befogadása után a kivizsgálást haladéktalanul megkezdjük, hogy az előírt 30 napon belül be tudjuk fejezni. Munkacsoportunk igyekszik már az elítélt érdekében is minél rövidebb idő alatt befejezni a kivizsgálást, egyrészt, hogy az elítélt mihamarább munkába állhasson, másrészt, hogy a minimális gyógyítás időtartamát, a négy hónapot be lehessen tartani.

Az intézet orvosa által elrendelt laboratóriumi vizsgálatokat a székesfehérvári rendelőintézet végzi el. Ezek alapján írja fel az intézeti orvos a fogvatartottak számára szükséges gyógyszereket. A kivizsgálás során a team többi tagja (pszichiáter, pszichológus, nevelő) is foglalkozik az elítélttel, és a személyiségre szabott terápiás programokat közösen határozzák meg. A pszichiátriai kezelés eredményessége érdekében a pszichiáter együttműködik az intézet orvosával, felíratja a kemoterápiához szükséges gyógyszereket.

A gyógyító-nevelő csoport számára külön napirendet dolgoztunk ki, úgynevezett terápiás napokat állapítottunk meg. Ilyenkor az elítéltek nem dolgoznak, van mód megtartani a nagy- és kiscsoportos foglalkozásokat. A terápiás munka eleinte sok problémát vetett fel. A gyógyító-nevelő csoportba tartozókat a munkahelyek nem szívesen fogadták. Ma már nem viseltetnek előítélettel ezekkel a fogvatartottakkal szemben, de készségeiknek, képességeiknek megfelelő munkát nem mindig tudnak biztosítani. Különösen nehézkes a csökkent munkaképességűek foglalkoztatása. Erőfeszítéseink ellenére se tudunk kifejezetten terápiás munkahelyet kialakítani.

Azok számára, akik nem végezték el az általános iskolát, ha ítéleti idejük lehetővé teszi, megoldottuk az iskolai oktatást. Sőt miután gyógypedagógusunk is van, az arra rászorulóknál gyógypedagógiai módszerekkel érjük el, hogy legalább az írást, olvasást és az elemi számolási műveleteket elsajátítsák. Legjelentősebb eredményeink a szocioterápiához köthetők. A Baracskai Fogház öntevékeny szervezetébe teljes mértékben sikerült a gyógyító-nevelő csoportokat beilleszteni. Az önkormányzati rendszerben a kényszergyógykezelt fogvatartottak is megtanulják tevékenységüket a közösséghez igazítani, részt vesznek bizonyos társadalmi munkákban.

Noha tisztában vagyunk a családterápia jelentőségével, tevékenységünknek mégis ez a leggyengébb pontja. Bűnelkövetőink családi élete még a kényszergyógyítás elrendelése előtt szétzilálódott. Nem rajtunk, a családokon múlik, hogy meghívásunk ellenére sem jöttek el az intézetbe. Sok olyan elítéltünk van, aki nem tud kivel kapcsolatot tartani. Ebben a kérdésben társadalmi segítségre lenne szükség. Úgy tervezzük, hogy a közeljövőben kapcsolatba lépünk tanácsokkal,

szocialista brigádokkal, antialkoholista klubokkal, és megpróbálunk kényszergyógykezeltjeink számára olyan viszonyokat, emberi kötelékeket kialakítani, amelyek némiképp pótolhatják a felbomlott családot, kitölthetik a válás okozta érzelmi űrt.

A szocioterápia keretében felhasználjuk kulturális lehetőségeinket. Valamennyi gyógyító-nevelő zárkában van televízó, a műsorok nézését nem korlátozzuk. Vezetékes rádiónk helyi adásokat sugároz az öntevékeny szervezet szerkesztésében. Külön könyvtár áll a fogvatartottak rendelkezésére, igyekszünk érdeklődési körüknek megfelelő olvasmányokat beszerezni.

Természetesen gondjaink is vannak. Az elmúlt években arra a megállapításra jutottunk az alkoholisták kényszergyógyítása során, hogy sok közöttük az értelmi fogyatékos. Egy részük gyengeelméjű, mások meg részben szociokulturális okokból, részben az alkohol miatt szellemileg leépültek. Ezek az emberek pszichoterápiás módszerekkel megközelíthetetlenek, gyógyító munkánk velük szemben hatástalan, mégis komoly energiákat köt le. Intézetünkben nem folyik se averziós kezelés, se implantáció. Tudomásom szerint ma már az IMEI-ben sem végeznek implantációt. Jó lenne, ha a bíróság orvosszakértők bevonásával megvizsgálná ezeket a körülményeket, és nem a büntetés végrehajtása során írná elő a kényszergyógyítást, hanem azt követően rendelné el a zárt intézeti kezelést. Vagy a fent említett esetekben, mint amúgy is hatástalant, mellőzné a kényszergyógyítás kimondását.

A másik nehézséget furcsa módon a 103-as kollégiumi állásfoglalás okozza. Ez azt mondja: „Ha a kényszergyógyítás eredményes végrehajtására a feltételes szabadságra bocsátás lehetséges időpontjáig kitöltött szabadságvesztés nem elégséges, a büntetésvégrehajtási bíró nem bocsátja az elítéltet feltételes szabadságra, mivel az intézkedés csupán részleges végrehajtása miatt a büntetés célja a további szabadságelvonás nélkül nem érhető el." Miután semmilyen terápia, még a kényszergyógyítás sem lehet eredményes a gyógyítás alá vontak együttműködése nélkül, a kedvezmény elutasítása nemcsak az érintett elítéltből, hanem a csoport egészéből is elutasítást vált ki.

Bár a gyakorlatban a bv. bírók nemigen élnek ezzel a lehetőséggel, mi mégis arra kényszerültünk, hogy a gyógyító-nevelő csoportok módszertani útmutatójában az alábbiakat fogalmazzuk meg. „Amennyiben a kényszergyógyítás ideje alatt esedékes az elítélt feltételes szabadságra bocsátása, az előterjesztést el kell készíteni a szabályoknak megfelelő időben és formában. Az előterjesztésben le kell írni, fel kell hívni a bv. bíró figyelmét arra, hogy a feltételes szabadságra bocsátás esedékessége idején az elítélt kényszergyógyítása még nem fejeződik be. Mind ez a tény azonban a nevelő álláspontját a feltételes szabadságra bocsátási javaslatot illetően nem befolyásolhatja." Megítélésünk szerint a kollégiumi állásfoglalás megváltoztatása célszerűnek tűnik.

Végül meg kell említeni, hogy a kényszergyógykezelt alkoholisták utógondozása nincs kielégítően megoldva. Dr. Kelemen András, pszichiáter konziliárussal — aki a jól működő Székesfehérvári Antialkoholista Klub szervezője és pártfogója — megállapodtunk abban, hogy szabaduló elítéltjeink közül a székesfehérvári lakosokat bekapcsoljuk a klub életébe. Ez idő tájt ennyit tudunk tenni az utógondozás fejlesztése érdekében.

Dr. Vörös Ferenc