



Fotó: BvOP Fotó - Apró Andrea

KÉNYSZERGYÓGYKEZELTEK UTÓGONDOZÁSA – JÓ GYA- KORLAT EGY BENTLAKÁSOS PSZICHIÁTRIAI INTÉZETBEN

Tanulmányomban amellet érvelek, hogy szükség lenne az utógondozás jogintézmények kiterjesztésére (differenciálására), hogy azt igénybe vehessék a kényszergyógykezelés alatt álló – és a törvény betűje szerint a társadalomba visszaintegrálni kívánt – pszichiátriai betegek is. Ez megállíthatná azt a szomorú tendenciát, hogy a kényszergyógykezelés megszüntetését követően egyre többen nem saját közösségükbe, saját családjukhoz térnek vissza, hanem épen maradt szociális háló hiányában a végleges elhelyezést jelentő elmeszociális otthonokba, azaz kirekesztettségük tartóssá és szinte visszafordíthatatlanná válik. Ilyen elmeszociális otthon működik Szentgotthárdon is, amely méretéből fakadóan jelenleg a legtöbb volt IMEI-s beteget ápolja-gondozza. Az elmúlt években éppen ezért ebben az intézményben saját erőből bevezettünk egy utógondozói rendszert, hogy egy utolsó lehetőséget kínáljunk fel a betegek számára a valódi reintegrációra, vagy legalább egy magasabb életminőség elérésére. A tanulmány középső harmada a szentgotthárdi intézmény sajátos struktúráját és gondozási szemléletét mutatja be, míg az utolsó harmadban az általunk kidolgozott utógondozói rendszer folyamatát, céljait és korlátait mutatom be bízva abban, hogy ezt a jó gyakorlatot a jövőben más hasonló intézményben is beemelik majd a szakmai programba.

In my paper I argue that it would be necessary to extend (differentiate) the legal institutions of the aftercare in the interest of prisoners under compulsory treatment, so that they could also be able to enlist, as according to the letter of the law these psychiatric patients are desired to be integrated back into society. This could stop that sad trend, that after the termination of the compulsory treatment more and more patients are not returning into their communities and to their families, but since the lack of intact social safety net they are placed into Social Caring Mind Institutions, where their exclusion from society becomes lasting and virtually irreversible. Such a Social Mind Institute functions at Szentgotthárd. Due to its size this Institute treats and cares for the most patients formerly under compulsory treatment released from the Forensic Psychiatric Mental Institution. Therefore thanks to our own efforts in this Institution during the last years we introduced an aftercare system in order to offer our patients a last chance for a real reintegration into society or at least for a higher quality of life. The second third of the study introduces the specific structure and caring approach of the Institute of Szentgotthárd. While in the last part of the study I describe the procedures, the goals and

Kényszergyógykezelés, felülvizsgálat – reintegráció?

Magyarországon a hatályos jogszabályok szerint nem büntethető az a személy, aki cselekménye elkövetésekor kóros elmeállapotából fakadóan nem rendelkezett beszámítási képességgel. Amennyiben büntetendő cselekménye személy elleni erőszakos, vagy közveszélyt okozó cselekmény volt, beszámítási képesség megléte esetén pedig egy évnél súlyosabb szabadságvesztés-büntetést kapna a bíróságtól, akkor a felmentő ítélet mellett egyúttal elrendelik a határozatlan tartamú kényszergyógykezelését. Ezt Magyarország egyetlen forenzikus pszichiátriai intézményében, az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben (IMEI) hajtják végre. A kényszergyógykezelést felülvizsgáló tárgyalásokon a bűnisméltés veszélyének fennállása és a társadalom védelmének biztosítása a kulcskérdés, azaz kizárólag a kényszergyógykezelés azon kritériumát vizsgálják meg félévente újra és újra, mely az alapügy tárgyalásán a többi feltétel mellett (beszámíthatóság, cselekmény jellege, cselekmény súlyossága), mintegy vélelemként jelent csupán meg.¹ A bizonytalanság mértékét jelentősen növeli, hogy amennyiben már nem egy aktív patológiás állapotról van szó, azaz például egy paranoid skizofrén betegnél a kezelés hatására elhalványultak a téveseszmék és a hallucinációk, a személyiség ismét konzisztenssé vált, úgy aligha megjósolható teljes bizonyossággal, hogy az adott illető követhet-e el a jövőben újra büntetendő cselekményt, vagy sem. Hiszen megjósolható-e ez egy egészséges bűnelkövető kapcsán? A treatment-ideológián alapuló büntetőpolitika a XX. század közepén elsősorban az Egyesült Államokban kísérletet tett rá, ennek eredményeképpen pedig irreális mértékben elhúzódtak a határozatlan tartamú szabadságvesztés-büntetések és fenntarthatatlanul túlsúlyfolttá váltak a börtönök, ráadásul jelentősen romlottak a visszaesési mutatók is.² Meg tudja-e bárki mondani egy olyan emberről, aki korábban még sohasem került szembe a törvénnyel, hogy a jövőben sem lép a normaszegés útjára? A XIX. század pozitivistái, kiváltképpen Lombroso és tanítványai megkísérelték bűnelkövetőkre jellemző, atavisztikus stigmák (testi jegyek) alapján kiszűrni a potenciális elkövetőket, de – elsősorban a jogásztársadalom részéről – mindezt éles támadás érte, hiszen a klasszikus büntetőjogi alapelvek szerint mindaddig senki nem büntethető, míg nem követett el bűncselekményt.³ És vajon egy kóros elmeállapotú elkövetőről megjósolható-e, hogy a későbbiekben is veszélyt fog jelenteni a társadalomra? „Az általános közfelfogás szerint a pszichiátriai betegek – különösen a szkizofréniában szenvedők – veszélyesek. Ilyetén stigmatizációjukat a médiában róluk megjelenő, sajnálatosan egyoldalú, szenzációs »híresetek« is táplálják. Ezek a hírek legtöbbször olyan kirívóan brutális, olykor több ember sérelmére elkövetett erőszakos cselekményekről szólnak (pl. az oslói lövöldözés, családirtások), amelyek sokkolják a közvéleményt. Az ilyen esetek közlése nagymértékben hozzájárulhat annak a képnek a kialakulásához, hogy a szkizofréniában szenvedő személyek veszélyesek és gyakran követnek el bűncselekményeket. Eközben az utóbbi évtized tudományos kutatásai nem támasztották alá, hogy a szkizofréniában önmagában hajlamosítana erőszakos bűncselekmények elkövetésére” – írják Baran Brigitta és Gazdag Gábor közös tanul-

1 Bővebben lásd: Bacsák D. (2014)

2 Gönczöl K. (1991)

3 Korinek L. (2006)

mányukban,⁴ míg a közelmúltban végzett magyar kutatások egyértelműen kimutatták, hogy a skizofrének kriminalitása elmarad az átlagpopulációétól.⁵

A kényszergyógyekezelték célja tehát a bűnisméltés veszélyének elhárítása, megszüntetésére elvben kizárólag akkor kerül sor, ha ez a feltétel teljesül. Nem kitérve itt részletesebben az intézkedés, illetve a felülvizsgálati mechanizmus jogi, kriminológiai és orvosi (pszichiátriai) szempontból egyaránt aggályos mivoltára, csupán azt a tényt szeretném rögzíteni, hogy ma már az esetek többségében az IMEI-ből nem a társadalomba, hanem annak peremére, az 1950-es években létrehozott elmeszociális otthonokba vezet a kényszergyógyekezelt betegek útja.⁶ Ennek egyik oka a beteget körülvevő szociális hálóának a széthullása, mely ugyan gyakran előzménye is az elkövetett cselekménynek, de a kényszergyógyekezelték hazai jogintézménye a büntetés-végrehajtás szervezetrendszerébe tagolódva – az IMEI-ben dolgozó szakemberek nyilvánvaló törekvése ellenére – alkalmas arra, hogy adott esetben maga szüntesse meg a támogató-befogadó szociális háttérét. A kirekesztődés másik oka a kriminális útra lépett pszichiátriai betegektől való – az imént röviden felvázolt – társadalmi szintű félelem, mely már a tárgyalóteremben felolvasott szakértői vélemények állásfoglalásából is gyakran kiolvasható: sok esetben csak akkor látják biztosítottnak a bűnisméltés megakadályozását, ha a beteget zárt intézményi keretek között tartják élete további részében is. Talán érdemes itt is megemlíteni a közvélemény által nem, vagy csak kevésbé ismert statisztikai adatot: a kényszergyógyekezelték esetében a visszaesés aránya 4-5%, míg az egészséges börtönpopulációnál nagyságrenddel magasabb, 40-50%. A társadalomba való beilleszkedést segítő, egyúttal a félelmeket lebontani képes jogintézmények, például pártfogás vagy utógondozás nem áll a kényszergyógyekezelték rendelkezésére (a 2013-as új büntetés-végrehajtási törvény sem teremtette meg ennek a jogi háttérét), csupán az IMEI-ben eltöltött idő alatt igénybe vehető adaptációs szabadság jelenthet némi kontrollált átmenetet a kint és a bent között, de ennek gyakorisága évről évre csökken éppen a fogadókészség hiánya miatt. Azt láthatjuk tehát, hogy egyelőre nincsen jogalkotói szándék arra, hogy a kriminális cselekményt elkövető pszichiátriai betegek esetében is a büntetőeljárás megindulásától az utógondozás befejezéséig húzódjon az a folyamat, melynek célja az illető visszavezetése a társadalomba.

Európa legnagyobb bentlakásos pszichiátriai intézete: Szentgotthárd

Magyarország – és egyben az Európai Unió – legnagyobb bentlakásos pszichiátriai intézménye az osztrák-magyar határon fekvő, Szentgotthárdi Szakosított Otthon (korábbi nevén Pszichiátriai Betegek Otthona Szentgotthárd) a maga 734 lakójával, akiknek a kórképei között az egészen enyhe mentális zavaroktól kezdve a demencián keresztül a súlyos pszichózisokig minden megtalálható – aligha van még egy olyan

4 Baran B., Gazdag G. (2011) p. 259.

5 Trixler M. (2011)

6 Bacsák D. (2014)

pszichiátriai betegeket ellátó intézmény Magyarországon, amely ilyen széles spektrumot foglalna magába. Ennek megfelelően a lakókat két viszonylag jó állapotú épületben helyezjük el: az „A” épületben – mely korábban dohánygyár volt – a középsúlyos és súlyos betegeket látjuk el, többek között egy férfi és egy női zárt (demens) osztályon, míg egy korábbi magtárból az 1980-as évek közepén átalakított „BC” épületben azok élnek mindennapjaikat, akik állapotuknál fogva nagyobb szabadságot élveznek (például a délutáni kimenő rendszerességét és hosszát illetően), valamint a nemrég kialakított rehabilitációra felkészítő osztály is itt működik. A szobák jellemzően 4-6-10 ágyasak, de vannak együttélni kívánó pároknak kialakított szobák is.

329 kilométer – ennyi választja el a szentgotthárdi otthont a fővárostól.⁷ Ez a távolság tökéletesen lehetővé teszi, hogy a (2013-as államosítás után is több mint 98%-ban eredetileg fővárosi) lakókat valószínűleg elszakítsa korábbi életüktől és kapcsolataiktól: vonattal 4-6 óra hosszú az út Szentgotthárd és Budapest között, a vonatjegy ára oda és vissza meghaladja a 10 ezer forintot, melyet kevés hozzátartozó engedhet meg magának. Az a kevés kapcsolat, mely az intézetben töltött hosszú évek alatt képes fennmaradni, jobbra telefonhívásokban merül ki, esetleg félévente, évente egy-egy látogatásban. A távolság nem csupán a lakókkal való kapcsolattartást nehezíti meg, hanem az otthon szabad státuszainak feltöltését is – rendkívül nehéz helyben olyan munkaeőt találni, amely megfelelő tapasztalattal bírna ennyi ember szakszerű ellátásához. Mindez gátolja a teljes létszámú – és csak kismértékben fluktuáló – szakmáértéket kialakítását, valamint jelentősen megnehezíti azoknak a szakmai elképzeléseknek a megvalósítását, melyek megfelelnek a modern pszichiátriai gondozás elveinek. Tringer László A pszichiátria tankönyve c. munkájában írja az elmeszociális otthonokról: *„Az orvosi-pszichiátriai ellátás többnyire elégtelen, azonban a betegek körülményei egyes intézetekben jobbak, mint egy átlagos kórházban. Egyes felmérések szerint az ápoltak jelentős százaléka megfelelő intézményben rehabilitálható lenne”*.⁸ A körülmények ugyan Szentgotthárdon alapvetően jók és emberhez méltóak,⁹ a szakellátás pedig rendkívül széles spektrumú, azonban olyan tényleges, széles körben eredményes rehabilitációra, mely a pszichiátriai betegek társadalomba való visszailleszkedését lehetővé tenné, aligha alkalmasak.

A szentgotthárdi betegotthon szakmai működésének jelenlegi szemlélete, miszerint az elhelyezés valószínű véglegességétől függetlenül elsősorban nem az állapot pusztá megőrzésére, hanem annak lehetséges mértékű javítására is törekedni kell, csupán néhány éve alakult ki. Az intézet korábbi vezetője egy emberöltőn keresztül, több mint harminc évig volt pozíciójában, és bár az ápolási színvonal ez idő alatt is az akkori körülményekhez és a többi hasonló intézményhez képest kimondottan magas volt, nem folyt olyan komplex, több szakmacsoport szervezett, tudatos együttműködésén alapuló és kinyilvánítottan rehabilitációs, „felépülés” orientációjú tevékenység, amely legalább minimális esélyt adott volna a lakók társadalomba való visszaillesz-

7 Melynek irányítása alatt állt egészen 2013. január 1-ig, azóta – az államosítás eredményeképpen – irányító szerve az Emberi Erőforrások Minisztériuma, fenntartó szerve pedig a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság.

8 Tringer L. (2010) p. 534.

9 Az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala az AJB-4464/2014. számú Jelentésében így fogalmazott: *„Összességében látható, hogy az Intézmény vezetője és munkatársai törekednek annak a szellemiségnek a megvalósítására, amely szükséges a kitagolási lépések megkezdéséhez.”*

kedésére. A korábbi izolációs szemléletet tehát felváltotta az integrációs és rehabilitációs esélyek megteremtésének szándéka, még ha az intézményrendszeri sajátosságok, valamint a forráshiány miatt az aktuális lehetőségek jelentősen korlátozottak is ezen a területen.¹⁰

Méretéből fakadóan az IMEI-ből „szabadult” kényszergyógyekezelték jelentős részét nálunk helyezik el – jelenleg kb. 45 ilyen háttérű lakó éli mindennapjait Szentgotthárdon. Éppúgy van közöttük (bár természetesen kisebbségben) diplomás, élő családi és baráti kapcsolatokkal bíró, az önálló élethez szükséges egzisztenciális feltételekkel rendelkező, mint kapcsolathálóját elvesztő, minimális jövedelemmel gazdálkodó, alacsony iskolai végzettségű lakó. Általános tapasztalat, hogy többségük zökkenőmentesen alkalmazkodik az IMEI-nél jóval szabadabb, az emberhez méltó élethez alkalmasabb környezetet biztosító Otthon mindennapjaihoz, és csak ritkán kötődik a nevük valamilyen intézeten belüli normaszegő cselekvéshez (pl. túlzott mértékű alkoholfogyasztáshoz, alkoholbehozatalhoz, lopáshoz, agresszióhoz stb.). Mindössze néhány főre tehető azoknak a volt IMEI-seknek a száma, akik mentális betegségükből, szenvedélybetegségükből vagy személyiségükből fakadóan okoznak rendszeresen problémákat lakótársaiknak és a személyzetnek. Már ebből a rövid összefoglalóból is kitűnik, hogy korántsem egy homogén, hanem egy nagyon is heterogén csoportról beszélünk, azaz nem szükségszerű, hogy mindegyikük ugyanazt a társadalomból kivezető utat járja be, melyet a kényszergyógyekezelték és az elmeszociális otthonok akarataikon kívül is kijelölnek számukra. Egy több száz fős elmeszociális otthonban, ahol az alacsony (és sajnos folyamatosan csökkenő) létszámú, ebből fakadóan erősen túlterhelt személyzet szinte minden ereje az ápolási-gondozási feladatok maradéktalan teljesítésére megy el, az újonnan bekerült lakó hamar eltűnik a látókörből, és hacsak nem tehetséges művész, súlyos állapotban lévő beteg, vagy látványosan antiszociális viselkedésű, „rejtve” is marad, akár éveken keresztül. Valóságos „embergyárak” ezek az otthonok önhibájukon kívül, ahol az egyénre szabott, individualizált terápiára, foglalkoztatásra, gondozásra alig, vagy csak részben van mód – igaz, Szentgotthárdon 2011 és 2016 között igyekeztünk a lehető legjobban kitégítani a lehetőségek horizontját.

Az intézmény engedélyezett személyzeti létszámkerete korábban 375 fő volt, ezt azonban a megyén belüli újraelosztásra és a tartósan betöltetlen státusaink magas számára hivatkozva egy központi döntéssel 2015-ben 365-re csökkentették. Természetesen a személyzet nagyobb részét az ápolási-gondozási csoport tagjai és a technikai dolgozók teszik ki. Az intézet szakmai szervezetét az elmúlt években egy funkcionális, mátrix szerkezetű struktúrává alakítottuk át, és így az ápolási-gondozási csoport mellett – a törvényi minimum-előírásokat jelentősen túl- és meghaladva – három szakmacsoportra tagolódik: a terápiás, a foglalkoztatási és a mentálhigiénés csoportra. Ez a felosztás jól tükrözi az intézet komplex egészségügyi rehabilitációs szemléletét, melynek pillérei a szakorvosi ellátás (általános orvosi, pszichiátriai és pszichológusi), a terápiás foglalkozások (művészetterápia, szocioterápia és addiktológia), a munkaterápia (szociális foglalkoztatás) és a szabadidő aktív eltöltése (mentálhigiénés gondozás).

¹⁰ Kapócs G., Bacsák D. (2016)

A Mentálhigiénés Csoport elsődleges feladata a lakók szabadidejének megtöltése tartalommal, hogy az ne szűküljön be a televíziózásra, a kávézásra és a dohányzásra, ezzel is javítva az életminőségüket. Számos program színesíti a lakók mindennapjait (a teljesség igénye nélkül): közös városi séta, sportrendezvények látogatása, aktív részvétel a város kulturális- és sportprogramjaiban, színjátszás, rendszeres edzési lehetőség az intézet tornatermében, minden hónap utolsó szerdáján a születésnapok közös megünneplése, az ünnepek alkalmával műsor készítése, filmklub, túrázás a közeli gyönyörű kirándulóhelyekre, biciklitúra, vagy éppen nyaralás a Balatonnál. A pszichiátriai beteggondozás legmodernebb szemléletének megfelelően művészetterápia is zajlik Szentgotthárdon, két szakképzett művészetterapeuta tart sok egyéb mellett csoportos irodalmi terápiát, rajzterápiát, zeneterápiát¹¹ – a zárt osztálytól a rehabilitációra felkészítő osztályig bezárólag minden speciális betegcsoport részére. A rehabilitáció fontos eleme a szociális foglalkoztatás, melynek keretében egyrészt kézműves vagy kertészeti foglalkozásokon vehetnek részt a lakók, másrészt a műszaki és konyhai dolgozóknak segíthetnek munkadíj ellenében, maximum heti 30 órában (munkarehabilitáció). Az otthon védett munkahelyet is biztosít a lakók számára, akik munkabér ellenében meghatározott munkaidőben, maximum heti 40 órában az intézet területén végeznek kereső tevékenységet (fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás). Akik koruknál vagy egészségi állapotuknál fogva nem alkalmasak a rendszeres munkavégzésre, maximum heti 20 órában ún. munkajutalmas tevékenységekben vehetnek részt (szocioterápiás foglalkoztatás).^{12, 13}

Szentgotthárdon 2014 őszén lehetőség nyílt továbbá egy kriminológus foglalkoztatására – jelen tanulmány szerzője így kerülhetett szociológusi és kriminológusi végzettséggel, pályakezdőként egy pszichiátriai intézetbe. A Terápiás Csoport tagjaként a konfliktusok kezelését és megelőzését célzó feladataim mellett az IMEI-ből hozzánk került lakók utógondozását végzem, melynek biztosítása nem törvényi kötelezettsége, de még csak nem is „felkínált” lehetősége az intézetnek, teljes mértékben önálló kezdeményezés, ami saját erőforrásból igyekszik pótolni a kényszergyógykezeltek (beteg)karrierjének egyik kulcsfontosságú állomását.

Az utógondozás eredeti – és a büntetés-végrehajtási törvényben rögzített – formájában a szabadságvesztés-büntetésüket letöltő személyek társadalomba való visszailleszkedését és az ehhez szükséges szociális feltételek megteremtését segíti elő, a pártfogó felügyelettel ellentétben önkéntes, represszív elemeket (pl. a magatartási szabályok megszegése esetén a megfelelő hatósághoz fordulást) pedig nem tartalmaz, azaz kizárólag segítségnyújtást jelent.¹⁴ Ahogy az új Bv. Törvény 191. § (2) bekezdése fogalmaz, „a szabadságvesztésből szabadult elítélt segítséget és támogatást kérhet, kü-

11 Évek óta működik egy intézeti zenekar, amely slágereket és saját szerzeményeket egyaránt játszik. 2012-ben például a Sziget Fesztiválon léptek fel, 2014-ben első CD-jük felvétele is megtörtént, mely 2015 karácsonyára meg is jelent. Szintén megemlítenéd – és ez is a művészetterapeuták munkájához kötődik –, hogy kiemelt hangsúlyt fektetnek a festeni vagy írni vágyók támogatására. Az intézetben készült festményekből számos kiállítást rendeztek már Szentgotthárdon, más hasonló intézményben, vagy éppen a fővárosban. A képekből és a költeményekből 2012-ben egy-egy könyv is készült.

12 Az elkészült termékeket és az előállított élelmiszereket a városban értékesítik (ugyanakkor állandó problémát jelent az üzlethelyiség bérlése-fenntartása, valamint a hatékony marketingtevékenység), vagy az intézetben használják fel.

13 Jelenleg mintegy 220 lakó rendszeres foglalkoztatása megoldott.

14 Kerecsi K. (2016)

lönösen a munkába álláshoz, a letelepedéshez, a szállás biztosításához, a megkezdett tanulmányai folytatásához, gyógykezeléséhez és gyógyító eljáráshoz.¹⁵ A továbbiakban – egyfajta jó gyakorlatként – a szentgotthárdi betegotthonban bevezetett utógondozás folyamatát és céljait mutatom be.

Az utógondozás folyamata, céljai, korlátai

Az utógondozás alapvető eszköze a személyes kapcsolattartás, amire intézeti környezetben napi rendszerességgel van lehetőség. Az első interjú során az utógondozott meséli el az életének azon aspektusait, melyeket fontosnak tart megemlíteni: itt az utógondozónak ügyelnie kell arra, hogy ne kényszerítsen ki semmit az utógondozottjából, hiszen az első interjú feladata nem csupán a megismerés, hanem a bizalom alapuló partneri kapcsolat kialakítása is. Arra kell fókuszálni, mi érdekli az utógondozottat, miben leli örömét, mi az, ami cselekvésre képes ösztönözni őt – mivel utógondozói tevékenységem vezérfonalául az egyéni erőforrásokon alapuló modellt választottam, mely az utógondozott aktivitását és a folyamat iránti elkötelezettségét kívánja meg, ehhez pedig motivációra van szükség.¹⁶ Fontos a folyamat legelején a személyes kötődés megteremtése is, hogy a későbbiekben az utógondozó hatékonyan tudja támogatni utógondozottját az én- és léteérhatárai újbóli meghúzásában, mely különösen nem könnyű feladat egy olyan skizofrén beteg számára, aki hosszú évet töltött büntetés-végrehajtási intézetben. Akkor sikeres egy utógondozói kapcsolat ebben a sajátos környezetben, ha az utógondozott számára az utógondozó biztos vonatkoztatási pont, támasz, kapocs a terápiás segítők felé, és aki elől nem rejti el személyiségének valós működését védekezőképpen. Fontos megjegyezni, hogy az intézetben kezelt pszichiátriai betegek többségének gyerekkorát traumák, és ebből fakadó kötődési zavarok jellemzik, ezért erre az utógondozónak különösen érzékenynek kell lennie. A személyes kapcsolattartás mellett az utógondozó számára fontos plusz információkat nyújthat az IMEI-vel történő szakmai konzultáció, a különböző, büntetőeljárással összefüggő dokumentumok megismerése (amennyiben azokat a kórrajzhoz csatolva elküldik, ami nem minden esetben valósul meg), valamint a gondnokkal és az esetlegesen elérhető (együttal párbeszédre nyitott) hozzátartozókkal való beszélgetés.

A mi intézeti kereteink között természetesen részben mások az utógondozás céljai, mint a büntetés-végrehajtás területén. Első helyen itt is az utógondozott közösségbe integrálását kell megemlíteni, ami tulajdonképpen párhuzamba állítható a lakhatás és a munkahely megszervezésével. Egyfelől folyamatosan figyelemmel kell kísérni az utógondozott beilleszkedését a szűkebb (szoba/osztály) és a tágabb (intézet/város) értelemben vett közösségbe, így még időben megelőzhetőek az esetleges konfliktusok. Másfelől a lehető leghamarabb be kell vonni az intézetben működő munkafoglal-

15 Az utógondozás jogintézményének részletes jogi háttéréről, történeti előzményeiről, valamint szakmai indokoltságáról bővebben lásd Vókó (2014). A szerző továbbá maga is kifejti azon álláspontját, miszerint szükség lenne egy differenciált, többek között a kényszergyógykezelés alatt álló betegekre is kiterjedő utógondozásra.

16 Kása K. (2009)

koztatás valamely formájába (munkajutalmas tevékenység, munkarehabilitáció, fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás) az utógondozottat, mert ez egyszerre strukturálja az idejét, növeli az egyébként meglehetősen alacsony (általában havi 5.700 Ft-os) jövedelmét, valamint – és talán ez a legfontosabb – kialakítja, vagy kiegészíti a motivációs bázisát. A motivációs bázis további eleme lehet a művészeti tevékenység, az önképzés, vagy az aktív sportolás. Erre a motivációs bázisra építve dolgozhat ki később az utógondozó és az utógondozott közösen egy rövid, majd középtávú tervet, mely a lakó céljait és a célok megvalósításához szükséges eszközöket határozza meg.

Természetesen a lakó beilleszkedése utógondozás nélkül is megvalósulna, ahogy a másik mintegy 700 lakó esetében meg is valósul(t), de lerövidíti a folyamat hosszát, az utógondozó közvetítése révén hatékonyabbá teszi a lakó és a személyzet közötti kommunikációt, és jobban igazodik a lakó egyéni igényeihez. Ez azért kiemelten fontos a korábban kényszergyógykezelés alatt álló betegeknel, mert büntetendő cselekményeik mögött leggyakrabban a szupportív környezet és a kontrolláló figyelem hiánya állt, ami az ő esetükben a gyógyszerek elhagyásához, a tudatmódosító szerek használatához, valamint (ezek egyenes következményeként) a büntetendő cselekményt előidéző hallucinációkhoz, téveseszmékhez, hangulatingadozásokhoz vezetett. Egy praxisomból vett példával illusztrálva: a jelentős mennyiségű alkohol fogyasztása természetesen minden pszichiátriai beteg gyógyszeres terápiáját megzavarja, de akinél adott esetben a nehezen beállított antipszichotikum szinte az egyetlen eszköz, ami a beteget „megvédi az agresszív énjétől” (az egyik utógondozott kliensem saját megfogalmazása), mely az élettörténetből kiolvashatóan súlyos életellenes cselekmények elkövetését eredményezheti, akkor különösen fontos, hogy egy kölcsönös bizalmon alapuló kapcsolat révén minimálisra tudjuk szorítani az alkoholfogyasztást.

Az utógondozás további céljai között kell említeni a folyamatos visszajelzést az utógondozott felé. Ez tulajdonképpen nem jelent mást, minthogy az utógondozó egyfajta jelzőként funkcionál. Egyrészt az utógondozottnak jelzi vissza folyamatosan, hogy betartja-e az intézet írott és íratlan szabályait, vagy megfelelő úton jár-e kitűzött céljai elérése felé – erre azért is szükség van, mert az IMEI ezt büntetés-végrehajtási intézményként funkciójából fakadóan is megtette korábban, a kliens ehhez szokott hozzá. Másrészt a személyzet számára képes időben jelezni az utógondozott állapotában, törekvéseiben, személyiségének működésmódjában bekövetkező pozitív vagy negatív irányú változásokat, amire az érintett szakemberek (osztályos nővér, pszichiáter, pszichológus, mentálhigiénés ápoló) fokozott figyelemmel, gyógyszer-módosítással, pszichoterápiával, szabadidő-szervezéssel stb. reagálhatnak.

Végül, de nem utolsósorban az utógondozás célja az utógondozott valódi reintegrációja, azaz hazaköltözése is lehet. Erre sajnos a dolgozat elején vázlatosan bemutatott okok miatt ritkán adódik reális lehetőség, az elmeszociális otthonok pedig a jelenlegi pszichiátriai ellátórendszerben éppen ellenkező szerepet töltenek be, azaz – a legjobb szándékaik ellenére is – hospitalizálnak és életük végéig „elkísérik” a lakókat (lásd az 1. táblázat).¹⁷

17 Szentgotthárdon például hiába van egy rehabilitációra felkészítő osztályunk közel 70 fős létszámkerettel, valamint egy 14 főt befogadni képes lakóotthonunk, valójában – néhány kivétellel – a nyugdíjkorhatár betöltése után mindenki visszatér az anyaintézmény valamelyik normál ápolási osztályára.

1. táblázat

	Távozóék száma	Elhunytak száma
2010	5	66
2011	4	58
2012	5	52
2013	11	61
2014	11	61
2015	12	41

Forrás: Pszichiátriai Betegek Otthona Szentgotthárd, 2015

Az utógondozottak heterogenitásából fakadóan azonban vannak olyanok, ha nem is nagy számban, akiknél az intézményi jogviszony megszüntetéséhez és a hazaköltözéshez szükséges feltételek legalább részben adottak, így nem csupán az intézeti életbe történő beilleszkedés, hanem a még hiányzó feltételek elérése is (a kapcsolatháló újraépítése, a betegség tudat erősítése, az önállóságához elengedhetetlen képességek – például az önálló gyógyszeresedés – elsajátítása) célul tűzhető ki. További speciális, de a saját praxisomban meglévő eset, hogy a kliensem nem áll gondnokság alatt, így bármikor elhagyhatja önként az intézetet, de a kinti élettől való félelme, és/vagy a személyzet szaktudásába és tapasztalatába vetett bizalma visszatartja az azonnali távozástól, amely egyébként a visszaesés kockázatát rejtene magában. Ebben a kapcsolatban is elengedhetetlen a bizalom: el kell hinnie a kliensnek, hogy utógondozóként nem megakadályozni akarom a hazaköltözését, hanem támogatni, viszont ehhez közösen kell kidolgoznunk az ehhez szükséges, egymásra épülő lépéseket. Mindkét előbb vázolt esetben egyfajta esetmenedzser szerepet tölt be az utógondozó, aki a hazaköltözés feltételeinek megteremtéséhez szükséges belső és külső segítők bevonását, koordinálását látja el.

Az utógondozói folyamat körülbelül egy évet ölel fel, ezt természetesen jelentősen kitolhatja, ha sikerül az utógondozottnak visszatérnie saját lakókörnyezetébe – ebben az esetben egy újabb, „második” utógondozás veszi kezdetét. Az elengedés azonban előbb vagy utóbb mindenképpen bekövetkezik, ami itt, a hagyományos utógondozáshoz képest szorosabb kötelék miatt érzelmileg megterhelőbb feladat mindkét fél számára.

* * *

A kriminális cselekményt elkövető pszichiátriai betegek intézeti keretek közötti utógondozása akár az elmeszociális otthoni életéhez alkalmazkodást, akár a társadalomba való visszailleszkedést tűzi ki célul, fontos hiánypótlása a kényszergyógyekezelték életútjának, mely – felmentő ítélet ide vagy oda – előbb egy fegyház területén működő, végletekig zárt pszichiátria falai közé, majd onnan egyre inkább a többnyire végleges elhelyezést jelentő bentlakásos intézetekbe vezet. Az utógondozó rajta kívül álló okokból nem tudja ezt az utat gyökeres mértékben befolyásolni, egymaga nem képes lebontani a pszichiátriai betegekkel, még inkább a „bűnös betegekkel” szembeni előítéleteket, nem képes a hosszú évek alatt lerombolódott egzisztenciális és szociális háttérrel újraépíteni, de hozzájárulhat egy emberhez méltóbb élet kialakításához, vagy legjobb esetben segítő kezet nyújthat az utolsó szalmaszál megragadásához.

Felhasznált irodalom

- Bacsák Dániel (2014): Kényszergyógykezeltek a határsávban. In: *Kötetlen – Az ELTE Angelusz Róbert Társadalomtudományi Szakkollégium Tanulmánykötete*, 8-20., Budapest: ELTE ARTSZ.
- Baran Brigitta – Gazdag Gábor (2011): A szkizofrénia és a bűnelkövetés kapcsolata. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2011/4. 257-261.
- Gönczöl Katalin (1991): *Bűnös szegények* Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Kapócs Gábor – Bacsák Dániel (2016): *Pszichiátria a határon – „Mit kérünk? Kicsit több szabadságot!”* (megjelenés alatt)
- Kása Karolina (2009): Börtönpártfogolás és utógondozás. In: Borbíró – Kiss – Velez – Garami (szerk.): *A kriminálpolitika és a társadalmi bűnmegelőzés kézikönyve II.* 241-250. Budapest.
- Kerezsi Klára (2016): Alternatív szankciók és közösségben végrehajtott büntetések. In: Borbíró – Gönczöl – Kerezsi – Lévy (szerk.): *Kriminológia.* 910-929. Budapest: Wolters Kluwer.
- Korinek László (2006): A kriminológia tudományának létrejötte. In: Gönczöl – Kerezsi – Korinek – Lévy (szerk.): *Kriminológia – Szakkriminológia.* 45-68. Budapest: Complex Kiadó.
- Tringer László (2010): *A pszichiátria tankönyve.* Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió.
- Trixler Mátyás (2011): Szkizofréniák. In: Kuncz Elemér (szerk.): *Igazságügyi pszichiátria.* 100-121. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Vókó György (2014): Az utógondozás jelentősége. In: Borbíró – Inzelt – Kerezsi – Lévy – Podoletz (szerk.) *A büntető hatalom korlátainak megtartása: a büntetés mint végső eszköz – Tanulmányok Gönczöl Katalin tiszteletére.* 483-493. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.

