



B

BÖRTÖNÜGYI SZEMLE

2002. 3. szám
SZEPTEMBER



Z



BÖRTÖNÜGYI SZEMLE

Kiadja a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága

Megjelenik negyedévenként * Huszonegyedik évfolyam 3. szám

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG

Elnök:

DR. BÖKÖNYI ISTVÁN

Tagok:

DR. CSORDÁS SÁNDOR

DR. KABÓDI CSABA

DR. LŐRINCZ JÓZSEF

DR. MEZEY BARNA

DR. NAGY FERENC

DR. VÓKÓ GYÖRGY

Főszerkesztő:

YAZBEKNÉ SZABÓ KATALIN

Felelős szerkesztő:

SZABÓ ISTVÁN

Az előkészítés és a tördelés a BVOP Sajtó- és Kommunikációs Osztályán készül.

A nyomdai munkálatokat a Duna-Mix Nyomda végzi.

Felelős vezető: GARAMI ANTAL

ISSN 1417-4758

A szerkesztőség címe:

1054 Budapest V.,

Steindl Imre utca 8.

Telefon/fax: 332-4778

SZÁMUNK SZERZŐI

Dr. Barna Ildikó, főorvos, a Tököli Bv. Központi Kórház igazgató-helyettese, **Dr. Bárándy Péter**, igazságügy-miniszter, **Borgulya Zoltán**, bv. őrnagy, a Pálhalmi Országos Bv. Intézet pszichológusa, **Dr. Bökönyi István**, bv. vezérőrnagy, PhD., kandidátus, a BV Országos Parancsnoka, **Davidovics Krisztina**, az ELTE ÁJK III. éves hallgatója, **Deák Ferenc István**, bv. őrnagy, főmunkatárs, a BVOP szakkönyvtárosa, **Dr. Gerlei Zsuzsanna**, a budapesti Szent László Kórház főorvosa, **Dr. Heylmann Katalin**, bv. orvos ezredes, a BVOP Egészségügyi Főosztály főosztályvezetője, **Dr. Kalapos Miklós Péter**, adjunktus, az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet pszichiátere, **Király Klára**, az ELTE ÁJK V. éves hallgatója, **Dr. Kovács Dorottya**, a Legfőbb Ügyészség fogalmazója, **Dr. Lőrincz József**, az ELTE Büntető Eljárásjogi és Büntetés-végrehajtási jogi Tanszék docense, **Dr. Molnár Gyula**, c. egyetemi docens, az orvostudományi kandidátusa, pszichiáter, **Takács Albert**, az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa általános helyettese, **Dr. habil Vókó György**, a Legfőbb Ügyészség osztályvezető ügyésze.

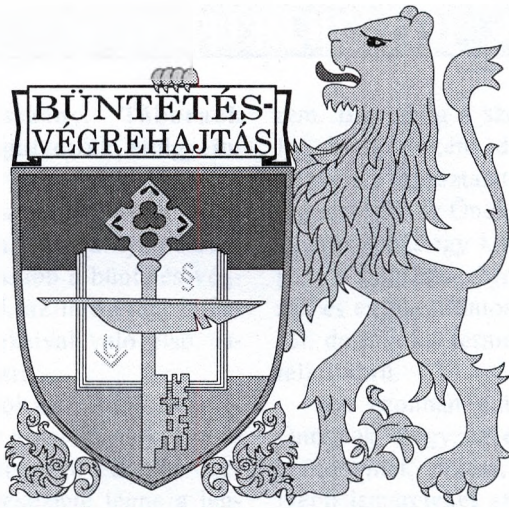
Közlési feltételek

Szerkesztőségünk olyan kéziratokat vár a szerzőktől, amelyek a társadalmi devianciákat, a büntetés-végrehajtásra vonatkozó joganyagot (különös tekintettel a jogtörténeti vonatkozásokra és az EU jogharmonizációs tematikára), a fogvatartás, a fogvatartotti népszerűség sajátosságait, problematikáját, a tudományos közvélemény által elfogadott tudományterületek (kriminológia, szociológia, pszichiátria, pszichológia, vezetélmélet, pedagógia, műszaki tudományok, stb.) szempontjából elemzik, értékelik. A kéziratot kérjük tüntessék fel nevüket, munkahelyüket, munkahelyüket, telefonszámukat, lakcímüket és – ha van – tudományos fokozatukat is. Ezen kívül a kéziratokat számítógépes adathordozón is szíveskedjenek megküldeni.

Szerkesztőségünk mindenkor fenntartja magának a jogot a kéziratok stilizálására!

Olyan kéziratokat, melyeket nem rendeltünk meg, illetve a szaklektorok nem tartottak közlésre alkalmasnak, nem küldünk vissza és nem őrzünk meg!

Lapzárta: a megjelenés előtti hónap 15. napja.



Börtönügyi Szemle

2002. III. szám

*A Büntetés-végrehajtási Szervezet
szakmai és tudományos folyóirata*

Tábornok Asszony, Tábornok Urak, Tisztelt Meghívottak, Hölgyeim és Uraim!

Hivatalba lépésem után rövid időn belül tájékoztam, hogy milyen fórum lenne a legalkalmasabb a büntetés-végrehajtás vezetőivel, az intézetek, intézmények parancsnokaival való első, ismerkedő találkozásra.

Munkatársaimtól azt az információt kaptam, hogy erre a parancsnokok és a vezetők – sorrendben következő – országos vezetői értekezlete lenne a legmegfelelőbb.

Természetesen a lehető legkorábbi időpontra terveztem a mai találkozót, de higgyék el azt, hogy a kormányváltás, valamint az időközben felmerült feladataink korábbi időpont kiválasztását nem tették lehetővé. Mindez nem a büntetés-végrehajtás területének elhanyagolását jelentette.

Tudomásom szerint a mai értekezlet programjában még legalább nyolc napirendi pont szerepel, így most a tájékoztatómban csak a legfontosabb kérdésekről, azaz

1. a Kormány és az igazságügyi tárca négy éves programjából a büntetés-végrehajtás területét is érintő céljainkról, ezekhez kapcsolódóan

2. az Önökre háruló közvetlen feladatokról, elvárásokról, valamint

3. a céljaink megvalósítása érdekében hozott személyi döntésekről kívánok szólni.

Annak ellenére, hogy egy új Kormány alig több mint egy hónapos minisztereként szólok Önökhöz, nem vagyunk teljesen idegenek egymás számára. Előző hivatásomból adódóan néhányukat, (sokukat) személyesen is ismerem.

Bár eddig a szervezettől viszonylag kívülállóként dolgoztam, számos közvetlen tapasztalatom van a börtönvilág életéről, az Önök munkájáról.

Van tehát egy kialakult szakmai képem a büntetés-végrehajtás működéséről, és egy-két fontos, sürgős tennivalóról, de mindez természetesen még nem teljes körű.

Azt azonban már most kijelentem Önöknek, hogy az egyik legsürgősebb teendőmnek érzem, hogy minél mélyebb ismereteket szerezzek a működő büntetés-végrehajtás teljes köréről, beleértve a személyes, helyszíni tapasztalatokat is.

Mindezekben számítok a minisztériumi munkatársaimon kívül a büntetés-végrehajtási vezetők együttműködésére is.

A minisztérium vezetésének átvételekor már részletes képet kaptam a büntetés-végrehajtás helyzetéről, az Önök eredményeiről és gondjairól. Ismertek előttem a munkájukat befolyásoló negatívumok:

- a fogvatartotti férőhelyek hiánya miatti zsúfoltság,
 - az állomány leterheltsége,
 - az intézetek állapota, a felújítások korábbi elmaradása, a költségvetési források elégtelensége,
 - az állomány korábbi, magas fluktuációjából eredő szakmai rutin hiánya,
 - a foglalkoztatás, munkáltatás körülményei, lehetőségeinek csökkenése,
 - az állomány (különösen a közalkalmazottak) nem megfelelő anyagi megbecsülése,
- és folytathatnám még a sort.

Megismertem azonban az Önök eredményeit is. Hiszen az előző időszakban:

- fegyelmezett és rendezett szakmai munka folyt a büntetés-végrehajtás területén,
- az intézeteknél beindultak a fogvatartotti férőhelybővítések, bizonyos helyeken eredményesen le is zártak,
- jelentős reálkereset-növekedés volt a hivatásos állománynál,
- nőtt a hivatásos állomány létszámkerete, valamint
- a fogvatartottak foglalkoztatására létrehozott gazdasági társaságok legutóbb összességében eredményes évet zártak.

Az elkövetkező időszakra szóló közös feladatainkat egyrészt az ismert gondok megoldása határozza meg, de ennél jóval többet is szeretnénk tenni a büntetés-végrehajtás területét illetően.

E tájékoztató időtartama nem ad elegendő lehetőséget arra, hogy az Igazságügyi Minisztérium saját jogalkotási körébe tartozó jelentősebb törvények, nagyobb kódexek kidolgozásával, módosításával kapcsolatos kérdésekről (pl. az új alkotmány, a lobbytörvény, az antidiszkriminációs törvény, a közbeszerzési törvény megújítása, stb.), egyáltalán a minisztérium elkövetkező markánsabb kodifikációs szerepéről részletesebben szóljak. Inkább a büntetés-végrehajtást közelebből érintő kérdésekre kívánok koncentrálni.

Elképzeléseimben egy olyan büntetés-végrehajtás szerepel, melyben a börtön célja nemcsak a fogvatartottak orzása, hanem megfelelő elhelyezésük-

nek, foglalkoztatásuknak, oktatásuknak, nevelésüknek a megteremtése, és a szabadulás utáni életre való felkészítés is. A civilizált büntetés-végrehajtás, az emberi jogok egyértelmű szavatolása, a személyiségi jogok védelme, alapvető európai követelmény.

Mindezek érdekében több területen (a jogalkotási munkában, az új szervezet létrehozásában, az intézetfejlesztési területen) komoly változásokat akarunk végrehajtani, és azok eredményeit az igazságszolgáltatás területén egymásba kapcsolt rendszerben működtetni.

Az egyes területekre vonatkozó céljaink a következők:

1. A jogalkotás területén

a) Elkötelezett híve vagyok egy belső egyensúlyt – a szankciórendszer harmóniáját tükröző –, a közösségi jogi normákat tartalmazó új, modern és egységes büntető törvénykönyv kidolgozásának.

A büntetés-végrehajtás helyzetének közvetett javulása várható azoktól a határozott elképzeléseinktől, melyeket a törvényre vonatkozóan megfogalmaztunk. Az új Büntető Törvénykönyv kodifikációs munkáit felgyorsítottuk annak érdekében, hogy a kormányzati ciklus végére az elkészülhessen.

E munka során nem a szigorításon, és nem az enyhítésen gondolkodunk, hanem azon, hogy az intézkedések elérjék az általunk kívánt hatást. Szempont az is, hogy lehetőleg ne növekedjenek a büntetés-végrehajtásra háruló feladatok. A törvény révén csökkenne a büntetés kiszabási gyakorlatban a végrehajtandó szabadságvesztés szinte meghatározó kizárólagossága.

A törvényben megjelenő alternatív büntetési nemek és megoldások, természetesen nem a súlyos bűncselekmények elkövetőit illetik majd meg, hanem azokat, akiknél nehezen tudjuk jelenleg is megtalálni a megfelelő büntetési formát.

b) Abból a felismerésből kiindulva, hogy a lakosság biztonságérzetének növelése nem elsődlegesen bűnüldözési feladat – hanem összefogást igénylő társadalmi cél –, már a ciklus elején indokoltnak tartjuk egy általános bűnmegelőzési törvény kidolgozását.

Igaz ugyan, hogy a bűnmegelőzés egy rendszer, amely igen sok szervezet együttes és egységes koncepciója. A kodifikációs munkában azonban mindenképp élenjáró szerepet kell vállalnia az igazságügyi tárának. Olyan törvényre van szükség, amely hatékonyan gondoskodik majd az áldozatvédelemről is.

c) E feladathoz szorosan kapcsolódik a következő. A bűncselekményt elkövető fogvatartottak szabad életbe való visszavezetése, illetve megtartása érdekében meg kell találni az eredményes szakmai technikákat.

Erre szolgálhat az új pártfogói felügyeleti rendszer, amely kidolgozása megkezdődött. Megszervezésének, létrehozásának személyi feltételeit a közeljövőben a minisztériumban megteremtjük. A kormányzati ciklus első felében sor kerülhet a Bűnmegelőzési Szolgálat működtetésére vonatkozó jogszabály kidolgozására, valamint az intézményrendszer kiépítésére.

Véleményem szerint a megújuló pártfogói rendszert a bíróságok felügyelete alól az igazságügyi tárcahoz kell rendelni. Ezt a minisztérium kiemelt

feladatának tekintem, melyben – bizonyos pontokon – a büntetés-végrehajtás is érintett.

A kormányprogram célként tüzi ki a büntetés-végrehajtási jog általános felülvizsgálatát. A jelenleg hatályos törvényerejű rendeletet felváltó büntetés-végrehajtási törvény megalkotására meghatározóan hat az új Büntető Törvénykönyv kodifikációja. Indokolt tehát a két törvény előkészítő munkáinak összehangolása.

Az új törvény elemei a jogharmonizációs kötelezettségek teljesítése, a civilizált, az emberi jogokat egyértelműen szabályozó, a személyiségi jogokat hatékonyan védő büntetés-végrehajtási gyakorlat megteremtése.

Az új jogszabályok önmagukban nem oldják meg a büntetés-végrehajtás működési hiányosságait. A legnyomasztóbb gondunk a fogvatartottak megfelelő elhelyezése.

2. A büntetés-végrehajtás férőhelybővítésére vonatkozó feladatok

Nyilvánvaló, hogy a büntetés-végrehajtási intézetek zsúfoltságát, az ebből eredő ellehetetlenülést jelentősen csökkenteni kell. A mostani zsúfoltság nem csak a fogvatartottakat, hanem a személyi állományt is sújtja.

A férőhelybővítés nyilvánvalóan büntetés-végrehajtási intézetek építésével képzelhető el. A bővítés területén célunk, hogy mielőbb érzékelhető eredményeket érjünk el.

Ennek érdekében megvizsgálunk minden olyan pénzügyi és finanszírozási megoldást, amely a célunkhoz közelebb vihet. Alapvetőnek és meghatározónak to-

vábbra is az állami költségvetés forrásait tekintjük. Ugyanakkor vizsgálni kell a költségvetésen kívüli források felhasználásának lehetőségeit is.

Ebbe a körbe tartozik az Európai Unió források igénybevétele, amelyre vonatkozóan a büntetés-végrehajtás egy új, fiatalos intézetének építéséhez készített és juttatott el pályázatot Brüsszelbe. Tudomásom szerint a pályázat elbírálása a nyár végén várható.

Szintén – rövidtávon – költségvetési forrást kímélő megoldás a „*magántőke bevonása*”. Miután ebben komoly érdeklődés tapasztalható kívülről, meg kell vizsgálnunk ezt a lehetőséget is. Magam részéről ezt nem zárom ki, az eredményes megoldásokon munkatársaim dolgoznak.

Röviden ez annyit jelent, hogy amennyiben az igazságügyi tárca és a büntetés-végrehajtás számára gazdaságos, úgy egy-egy intézet építésében – hangsúlyozom építésében – pénzügyi befektető társaságok, pénzintézetek is közreműködnének. Ez lehet a beruházás teljes finanszírozása, vagy a rendelkezésre álló költségvetési források kiegészítése.

Itt szeretném leszögezni azt, hogy a büntetés-végrehajtás privát működtetéséről – amely állami feladat volt és lesz – továbbra sem lehet szó.

Az igazságügyi tárca és a büntetés-végrehajtás szervezete közötti hierarchikus kapcsolatrendszerben működik egy olyan fórum, amelynek eredményesebb működtetése szükséges. Ez az érdekegyeztetés.

3. Az érdekegyeztetés területén tervezett célok

A közelmúltban találkoztam a Büntetés-végrehajtási Dolgozók Országos

Szakszervezeti Szövetségének (BV DOSZ) elnökével és vezetésével. Az elnök úrral megállapodtunk abban, hogy – mindkét fél jogainak tiszteletben tartása mellett – az érdekegyeztetés meglévő fórumaiban és szintjeiben egy, az eddiginél szorosabb rendszert működtetünk majd. Ez a folyamat más alapokra kerül, és nagyobb súlyt kap.

Ez vonatkozik a jogszabályok előkészítési folyamatára, az állományt érintő szociális, pénzügyi kérdések megoldási lehetőségeinek egyeztetéseire is.

A főbb céljaink meghatározása után a továbbiakban arról szeretnék beszélni, ami – úgy gondolom – talán a legjobban érdekli Önöket. Azaz mit gondol a Kormány, az Igazságügyi Minisztérium vezetése a büntetés-végrehajtás személyi állományának vezetéséről, munkájáról, és további feladatairól.

Tudomásomra jutottak szép számmal találgatások, (rém)hírek, de ezek, úgy gondolom, hogy a választások körüli politikai „*viharokkal*”, a kormányváltással, az azt követő „*izgalmakkal*” és az emberi természettel együtt járnak.

A szervezeti lépcsőfokokon végighaladva a következőket mondhatom.

Szeretném megnyugtanni Önöket, hogy nincs és nem is volt olyan szándék, hogy a büntetés-végrehajtás legfelső vezetőitől – akiket szakmai teljesítményük igazol – megvonja a minisztérium új vezetése a bizalmat.

Bökönyi vezérőrnagy úr és helyettesei – természetesen Önökkel együtt – jó munkát végeztek. Az intézeteket nyomtasztóan terhelő zsúfoltság ellenére alapvetően, biztonságosan, törvényesen és eredményesen működik a büntetés-végrehajtás.

Továbbra is számítok arra, hogy az elkövetkező időben egységes, jól koordinált és magas színvonalú szakmai teljesítményt fognak nyújtani a vezetők.

Az Európai Unióhoz való csatlakozás számos feladatát szem előtt tartva, szándékunkban áll a büntetés-végrehajtás vezetésének megerősítése annak érdekében, hogy ennek a folyamatnak a stratégiai feladatai, távlati elképzelései a szervezetre vonatkozóan mielőbb realizálódjanak.

Ugyanakkor meg kell teremteni, hogy az elvek a napi gyakorlatban megvalósuljanak. Az ehhez szükséges személyi feltételek a közeljövőben rendelkezésre állnak.

A minisztérium vezetése a büntetés-végrehajtás további vezetői posztjain – jelenleg – nem tervez változtatást. Az országos parancsnokság vezetői állománya, az intézetek, intézmények vezetői beosztásainak betöltésével kapcsolatban a mérce, a politikai megfontolásoktól függetlenül a szakmai alkalmasság, a napi fegyelmezett feladatellátás, valamint az emberi tisztesség lesz. A vezetőkkel szembeni elvárás mindezekben a maximális lesz.

Az Igazságügyi Minisztérium felügyeleti szerepével kapcsolatban sem kell további találgatásokba bonyolódni. Dr. Márki Zoltán, a büntetés-végrehajtást felügyelő főcsoportfőnök úr – saját elhatározásából – visszatér korábbi bírói hivatásához, és a Legfelsőbb Bíróságra távozik.

Ez úton is meg kell köszönnöm főcsoportfőnök úrnak azt a magas színvonalú munkát, amit a büntetés-végrehajtás felügyelete érdekében az elmúlt időszakban végzett.

Mára kialakult a minisztériumban az a szervezeti megoldás, amely a büntetés-végrehajtás – helyettes államtitkár szintű – felügyeletét számunkra megnyugtatóan rendezi. A minisztérium vezetőinek döntése alapján ezt a feladatot dr. Plankó Erika kabinetfőnök asszony látja el, megítélésünk szerint ezzel sikerült a legmegfelelőbb megoldást megtalálni.

A kabinetfőnök asszony ismeri a büntetés-végrehajtás helyzetét, a személyi állománnyal és a fogvatartottakkal kapcsolatos problémákat, és a fejlesztési lehetőségeket. Magas fokú szakértelme biztosíték arra, hogy jó kezekbe kerül ennek a területnek a minisztériumi felügyelete. Azt sem szabad elfelejteni, hogy, mint közvetlen munkatársamtól, napi, részletes képet kaphatok az Önök munkájáról, eredményeikről, gondjaikról.

A felügyeleti rendszer hivatali hierarchiáján kívül hasznosítani kívánjuk a büntetés-végrehajtás területén sok-sok éves tudást és tapasztalatot szerzett szakembernek, a szervezet korábbi, országos parancsnokának, dr. Tari Ferenc tábornok úrnak javaslatait is. A tábornok úr közvetlen tanácsadómként fog a minisztériumban dolgozni. Kérem, segítsék a munkáját.

Az újonnan beosztásba került, kinevezett kollégáknak, illetve a főcsoportfőnök úrnak beosztásukban sok sikert, eredményes munkát kívánok.

Beszédem bezárásaként azt kérem és várom el Önöktől, hogy az igazságszolgáltatás szerves részét képező egységek vezetőiként beosztottaiktól továbbra is fegyelmezett és magas színvonalú munkát, elhivatottságot követeljenek meg.



A büntetés-végrehajtás szervezete és állománya számára azt kell szem előtt tartani, hogy intézeten belüli munkájával – lehetőség szerint – ne szaporítsa, hanem csökkentse azok számát, akik a szabadulás után a társadalom számára életmódjukkal veszélyt jelentenek, ezáltal visszakérülhetnek az intézetekbe.

A korábban ismertetett jogszabályi és szervezeti változtatások iránya és kodifikációja (új Btk., a bűnmegelőzési törvény, a hatékonyabb pártfogói rendszer, stb.) jelenleg még nem érinti közvetlenül az intézetekben végzett napi munkát, a szolgálat ellátását, a fogvatartottakkal való előírás szerinti bánásmódot.

Nincs tehát ok a szakmai „*elbizonytalanodásra*”, a jogszabályokon alapuló gyakorlat más, „*új igények*”, „*új irányok*” szerinti változtatására és különösen nem a biztonsági terület bárminemű „*fellazulására*”.

Csak egy jól szervezett és biztonságosan működő büntetés-végrehajtás nyerheti el a társadalom megbecsülését, a Kormány elismerését, és teremtheti meg ez által számunkra a tervezett fejlesztések lehetőségeit, pénzügyi forrásait. Ennek biztosításában kérem valamennyiük együttműködését.

Köszönöm, hogy meghallgattak.

Dr. Bárándy Péter

A fogvatartottak alkotmányos jogai az ombudsman szemszögéből

1. Elvi alapok

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosáról szóló 1993. évi LIX. törvény (Obtv.) az országgyűlési biztosok feladatává teszi az alkotmányos jogokkal kapcsolatos visszasságok kivizsgálását és ezek orvoslása érdekében intézkedések kezdeményezését. Az alkotmányos jogokkal kapcsolatos rendellenesség különös fogalom a magyar jogrendszerben. Az Obtv. nem egyszerűen az Alkotmányban meghatározott alapvető jogok védelmének kötelezettségét írja elő, hanem azt, hogy az összes „közönséges” (bármilyen jogszabályban rögzített) jogot az Alkotmány mércéjére tekintettel kell érvényesülésük során védelemben részesíteni. Az ombudsmanok gyakorlata szerint valamely jogot – és a benne foglalt jogosultságot, vagy a hozzá kapcsolódó köteletséget – nem önmagában kell megítélni, hanem vissza kell vezetni az Alkotmányra. A „közönséges jog” és az alkotmányi háttér együtt alkotja az „alkotmányos jog” fogalmát.

Magyarázatot igényel az eltérés kategóriája is. A visszasság fogalma tágabb, mint a jogsértés. Következésképpen, ha valamely hatóság cselekvése nem közvetlenül jogsértő, ebből

még nem következik, hogy szabálytalanak sem minősülhet. A hiba akkor is megállapítható, ha a hatóság cselekvése „csak” célszerűtlen, hatástalan, késedelmes, antihumánus, kiszámíthatatlan: egyszerűen rossz. Vagyis nem szolgálja optimálisan a vele összefüggésbe hozható alkotmányi elv vagy szabály megvalósulását.

Az alkotmányos jogokkal kapcsolatos visszasság fogalmának most említett kettős különlegessége tág vizsgálati és kezdeményezési lehetőséget biztosít az ombudsmanok számára. Így van ez a büntetés végrehajtással kapcsolatos, a büntetés végrehajtás keretében érvényesülő jogok vonatkozásában is.

2. A vizsgálatokról általában

Az állampolgári jogok országgyűlési biztos, illetve általános helyettese mindig megkülönböztetett figyelemmel kísérte a fogvatartottak jogainak érvényesülését¹. 2000-ben és 2001-ben is valamivel száz fölött volt a lefolytatott vizsgálatok száma. Az ombudsmanok álláspontja szerint a bűncselekmények elkövetőit a bíróságok ítéletei csak egyes – törvényben meghatározott – jogaikban korlátozták, emellett azonban a büntetés végre-

¹ Az országgyűlési biztos és általános helyettese közötti feladatmegosztásnak megfelelően a fogvatartottak jogaival kapcsolatos visszasságok kivizsgálása az általános helyettesre tartozik. 1999 és 2001 között – amikor az általános helyettesi tisztség betöltetlen volt, a vizsgálatokat az országgyűlési biztos végezte.

hajtása nem jelenthet jogfosztottságot. A fogvatartást végrehajtó hatóságok kötelezettsége, hogy intézkedéseik megfeleljenek a jogállammal szemben támasztható elvárásoknak, valamint biztosítsák a fogvatartottakat is megillető alkotmányos jogok érvényesülését.

Egyedi panaszok alapján vagy hivatalból indított eljárásai során az ombudsman minden esetben vizsgálta, hogy a fogvatartási feltételek megfelelnek-e az alkotmányos jogoknak, különösen az emberi méltóság védelméhez, az adott körülmények között a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez szükséges alapvető követelményeknek.

A vizsgálatok többsége a büntetés-végrehajtási intézetekben fogvatartott elítéltek és letartóztatottak helyzetével összefüggésben indult, de a rendőrségi fogdáknak fogvatartottak is gyakran fordultak panasszal a biztosokhoz. A beadványok számában mutatkozó különbség megközelítően arányban állott a két csoport arányával. A panaszok hasonló jellegű valós, esetenként vélt sérelmek miatt keletkeztek, függetlenül a fogvatartottak jogi helyzetétől. A hasonlóság ellenére a rendőrségi fogdáknak fogvatartottak beadványaikban az elítélteknél hátrányosabb helyzetről számoltak be, egyes esetekben, az Alkotmányban rögzített emberi jogok súlyos sérelme is megállapítható volt.

Az egyéb panaszokat is kiváltó, alapvető gond a zsúfoltság, a fogvatartotti létszám és a börtönök, rendőrségi fogdák eredeti befogadóképessége között jelentős a különbség. A rossz elhe-

lyezési körülmények növelték a belső konfliktusok veszélyét, sértették a fogvatartásra vonatkozó jogszabályokat, nehezítették a fogvatartottak helyzetét és az őrszemélyzet munkáját. A férőhelyeket meghaladó fogvatartotti létszám miatt az örök túlterheltek, az átlomány fluktuációja és a létszámhiány jelzi, hogy a problémák nem csak a fogvatartottak jogait csorbitják. A büntetés-végrehajtási intézmények telítettségének összességében mintegy 160%-os, aminek a csökkentésére – kezdeményezéseinkkel összhangban – az igazságügyi tárca és az Országos Parancsnokság jelentős erőfeszítéseket tett. Több intézetet jelenleg is bővítenek, illetve a fővárosban egy korszerű előzetes-ház kezdte meg a működését.

3. Alkotmányos jogok a büntetés-végrehajtási intézetekben

A zsúfoltságot több panaszos kifogásolta, a panaszok megalapozottságát a helyszíni vizsgálatok rendre igazolták. A Baranya megyei Büntetés-végrehajtási Intézetben folytatott vizsgálat megállapította, hogy a telítettség a panaszolt időben jelentősen meghaladta a befogadható létszámot. Az országgyűlési biztos általános helyettese az Alkotmány 2.§(1) bekezdésében deklarált jogállamiságból eredő jogbiztonság sérelmének veszélye miatt ajánlást tett a büntetés-végrehajtás országos parancsnokának, amelyben kérte, hogy vizsgálja meg a zsúfoltság megszüntetésének, vagy enyhítésének lehetőségét. Az országos parancsnok válaszában jelezte, hogy a Kormány 2072/1998. (III.31.) sz. határozatában

döntött a büntetés-végrehajtás intézetrendszerének hosszú távú fejlesztéséről. A Baranya megyei Bv. Intézet 50 fős bővítésére 2005-2007 között kerül sor. Addig is az intézet vezetősége és az Országos Parancsnokság szakfőosztályai megtesznek mindent annak érdekében, hogy az intézetben elfogadható körülmények között tarthassák a fogvatartottakat.

Egy panaszos beadványában a Veszprém Megyei Büntetés-végrehajtási Intézetben lévő fogvatartási körülményeket sérelmezte. Leírta, hogy a napi szabad levegőn tartózkodás rendszerint elmarad, ha van is séta, a jogszabályban előírt időtartamot nem tartják be, a fogvatartottak számára a heti egyszeri fürdési lehetőséget sem biztosítják.

Az országgyűlési biztos a panasz alapján az Alkotmány 54.§(1) bekezdésében kihirdetett emberi méltósághoz, illetve a 70/D.§(1) bekezdésében deklarált lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való joggal összefüggő visszásság gyanúja miatt vizsgálatot indított, melynek során megállapította, hogy a bv. intézetben a zárkák a föld felszíne alatt vannak, így a természetes fény sem a hivatásos állomány, sem a fogvatartottak számára nem biztosított. A jogszabályban előírt normatíva szerint az intézet 55 fő fogva tartására alkalmas, valójában a fogvatartotti létszám a vizsgálat idején ennek négyszerese volt, így az egy fogvatartottra jutó szabad mozgástér a zárkákban csak 0,8 négyzetméter volt. A zsúfoltság miatt az intézet nem tudta teljesíteni a napi szabad levegőn tartózkodásra vonatkozó előírásokat sem.

Az országgyűlési biztos általános helyettese egyébként már 1997-ben javasolta az intézet bezárását. A javaslatnak megfelelően folyamatban van az új Veszprém megyei Büntetés-végrehajtási Intézet kivitelezése, amely várhatóan enyhíti az elítéltek zsúfolt elhelyezését.

A Pálhalmi Büntetés-végrehajtási Intézet sándorházai részlegében folytatott vizsgálat idején 868 férfit tartottak fogva. A telítettség 161%-os volt. A létszámtöbblet ellenére csak egyes körletekben – a befogadó, a felkészítő részlegekben – volt olyan mértékű a zsúfoltság, amely a fogvatartottak alkotmányos jogait sértette. Ezekben a zárkákban esetenként 25-30 fogvatartottat helyeztek el, és a harminc főre egy WC jutott. Az emeletes fekvőhelyek félméteres térközzel voltak elhelyezve, közöttük a szabad mozgásra nem volt lehetőség. A fogvatartottak személyes tárgyaikat a zárkán belül – szekrények hiányában – nem tudták elhelyezni, az alapvető higiénés feltételeket sem biztosították.

A felkészítő részlegben tapasztalt körülmények – az egy fogvatartottra jutó, a jogszabályban meghatározott mérték alatt maradó alapterületrész, illetve a harminc főre jutó egy mellék helyiség és a zárkafelszerelés hiányossága – az embertelen, megalázó bánásmód tilalmába ütköztek. Az ombudsman az orvoslásra ajánlotta az igazságügy-miniszternek, hogy amennyiben a felkészítő-befogadó részlegekben a szabadságvesztés és az előzetes letartóztatás végrehajtásának szabályairól szóló 6/1996. (VII.12.) IM rendelet fogvatartási előírásai nem biztosítha-

tók, abban az esetben korlátozza a felkészítési eljárás időtartamát. Az igazságügy-miniszter a jogszabály módosítását nem tartotta indokoltnak, de a körülmények javításának szükségességével egyetértett.

Hasonló a helyzet a körszállítások lebonyolításánál, ahol általában 40-50 személyt helyeznek el olyan zárkákban, amelyeknek a befogadóképessége 10-15 fő. A körszállításra váró elítélteket Budapesten a Budapesti Fegyház és Börtönben gyűjtik össze. Itt egy-egy szállítási napon átlagosan kb. 1000 fogvatartott várja a továbbszállítást. A zárkák, melyekben az elítéltek várakoznak zsúfoltak, bennük sem mosdó, sem mellékhelyiség nincs.

2000-ben zárult le a Nagyfai Országos Büntetés-végrehajtási Intézetben tartott átfogó vizsgálat, amelynek eredményeként az országgyűlési biztos megállapította, hogy az egészséges környezethez, a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való joggal ellentétes, valamint az élethez, az emberi méltósághoz való jog megsértésének közvetlen veszélyét is magában hordozza az, hogy az intézeti épületek és azok infrastruktúrája leromlott. Ez a helyzet az ott dolgozók alkotmányos jogai vonatkozásában is problémát okoz. Az ombudsman ajánlotta az igazságügy-miniszternek és a büntetés-végrehajtás országos parancsnokának a nagyfai bv. intézet bizonyos épületrészeinek teljes felújításig történő bezárását, illetve haladéktalan felújítását, a lakóegységek hiányzó felszerelési-berendezési tárgyainak pótlását, továbbá a büntetés-végrehajtás országos parancsnokának külön aján-

lást is tett a feltárt egyéb anomáliák mielőbbi megszüntetésére.

Az igazságügy-miniszter nem értett egyet a nagyfai bv. intézet I-es és II-es elhelyezési épületeinek, valamint az idegenrendészeti körlet egyes helyiségeinek büntetés-végrehajtási, továbbá ezzel összefüggésben bármilyen célra való alkalmatlanná nyilvánításával, mivel ez zavart okozott volna a büntetés-végrehajtás működésében. Az országgyűlési biztos azonban ajánlást fenntartotta. Mivel ajánlása nem irányult a szóban forgó intézet teljes, vagy részleges bezárására, hanem csak arra, hogy az épületeket újítsák fel úgy, hogy az ott szolgálatot teljesítő bv. dolgozók, valamint a fogvatartottak élethez, testi és lelki egészséghez, az egészséges környezethez való minimális jogai érvényesülhessenek. Végül a miniszter az ajánlást teljes egészében elfogadta, a nagyfai bv. intézet felújítási munkálataira ütemtervet készített, meghatározva a munkálatok befejezési időpontját is.

4. Alkotmányos jogok a rendőrségi fogdákbán

Több esetben érkeztek panaszok a rendőrségi fogdákbán elhelyezett fogvatartottaktól, akik közül sokan hónapokig élnek olyan zárkákban, ahol testi szükségleteik elvégzésére sincs lehetőségük. Különösen a fővárosi, központi fogdák állapota volt kifogásolható. Sajnálatos, hogy az itt észlelt lehetetlen állapotok orvoslását szolgáló ajánlásainkat a rendőri vezeték nem támogatta.

A BRFK Gyorskocsi utcai fogdájaiban fogvatartott panaszos sérelmezte,

hogy előzetes letartóztatása óta, a 120 nap alatt, mindössze 27 alkalommal – 10-15 perc időtartamban – biztosították számára a szabad levegőn való tartózkodás lehetőségét. A zárkákban rengeteg a csótány; a közös tisztálkodó helyiségek nagyon koszosak, a falakról mállik a vakolat.

A Gyorskocsi utcai fogdában 106 zárka és 222 fogvatartotti férőhely van, de néhány zárkát be kellett zárni, mert emberi tartózkodásra alkalmatlan volt. A vizsgálat idején a fogvatartotti létszám 191, a fogdaöri létszámhiány pedig 40 fő volt. A 6 szintes fogda mindegyik emeletén csak két fogdaőr teljesített szolgálatot. A 19/1995. (XII.13.) BM rendelet alapján a fogvatartottaknak joguk van napi egy órán át a szabad levegőn tartózkodni. A zárkákban a norma szerinti 4 m² mozgástér sem áll rendelkezésre, ezért a fogvatartottak igénye a napi sétára teljesen megalapozott, a személyesen meghallgatott fogvatartottak is leginkább ezt sérelmezték. A fogda parancsnokától kapott tájékoztatás szerint az objektumban fogvatartottak létszáma miatt naponta átlagosan csak 20-25 perc szabad levegőn tartózkodást tudnak biztosítani. A fogdában történő minden egyéb mozgás (fürdő, WC-használat) zárkaegységenként történik, ezért egy zárkára csak ennyi idő biztosítható. További nehézségeket jelent a napi-rendben előírtak betartásában a sétálóudvarok száma és a személyzet korlátozott létszáma. Annak ellenére, hogy a sétáltatás este 20 óráig folyamatosan történik.

A vizsgálat azt is megállapította, hogy a fogda állapota rendkívül le-

romlott. Az egyik közös fürdőhelyiséget használaton kívül kellett helyezni, mert életveszélyes volt. Tisztasági festés 1999 óta nem volt az épületben. A csótányirtás negyedévente történik, kevés sikerrel. A zárkákba alig jut természetes fény. Több zárkában nincs folyóvíz, WC pedig csak a folyosón van, ahová a fogvatartottak kopogással, kiáltozással kéredzkednek ki. A fogvatartottak birtokában tartható tárgyak tárolására nincs elegendő hely.

Az országgyűlési biztos megállapította, hogy nem biztosított – és az adott feltételek szerint nem biztosítható – a fogvatartottak számára naponta a szabad levegőn való tartózkodást. Ez ellentétben van a jogállamiság elvéből levezethető jogbiztonság követelményével és a fogvatartottak lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogával. A sétáltatás túlórában, a törvényes pihenőidő terhére történő megoldása pedig sérti a fogdaöröknek a pihenéshez és a szabadidőhöz való alkotmányos jogát.

Figyelemmel arra, hogy a fogda egyes részei nem, más részei pedig csak korlátozottan alkalmasak huzamos emberi tartózkodásra, a biztos ajánlást tett az országos rendőr-főkapitánynak, hogy tegye meg a szükséges intézkedéseket a fogda teljes felújítására, a zárkák megfelelő átalakítására (alapterület, folyóvízzel való ellátás, WC biztosítása, megvilágítás, szellőzés javítása). Az országos rendőr-főkapitány 2001 szeptemberében arról tájékoztatta az ombudsmant, hogy egy PHARE program keretében lehetőség nyílik a fogda korszerűsítésére. A biz-

tos általános-helyettese a választ elfogadta.

Az említett vizsgálat megállapításaival kapcsolatban a budapesti rendőr-főkapitány kifejtette, hogy a bűnüldözési és nyomozati érdekek maradéktalanul csak úgy biztosíthatók, ha – figyelembe véve a fogdaörök létszámát és a rendelkezésre álló sétaudvarok méretét is – a sétáltatást zárkánként végzik. Az országgyűlési biztos általános helyettese ezért felkérte a budapesti rendőr-főkapitányt, hogy kezdeményezését terjessze fel az ORFK-hoz. Az országos rendőr-főkapitány egyetértett a budapesti rendőr-főkapitánnyal és kifejtette, hogy a bűnüldözési és nyomozati érdekek primátusa miatt a kötelező elkülönítést a fogvatartottak szabad levegőn tartózkodása során is biztosítani szükséges. A sétaudvarok méretei pedig amúgy is maximum két zárkában elhelyezett fogvatartottak egy időben való szabad levegőn tartózkodását teszik lehetővé. Az országgyűlési biztos általános helyettese nem vonta kétségbe a kötelező elkülönítés jogosságát és szükségességét, ezért 2001 decemberében ajánlást tett a belügyminiszternek, hogy más módon teremtsen meg a 19/1995. (XII.13.) BM rendeletben foglaltak érvényesüléséhez szükséges feltételeket. A válaszadás határideje még nem telt le.

Egy másik panasz kapcsán az országgyűlési biztos megállapította, hogy az Alkotmány 54.§(1) bekezdésében deklarált emberi méltósághoz való joggal összefüggésben rendellenességet okoz, ha a rendőrségi fogda nem biztosítja a fogvatartott számára a jogszabályban előírt fekhelyet. A panasz-

ban foglaltak szerint a Jász-Nagykunszolnok Megyei Rendőr-főkapitányság fogdájában a fogvatartottak földre helyezett matracokon alszanak és a tisztálkodási lehetőség és a mellékhelyiségek használata is korlátozott. Az illetékes rendőrfőkapitány arról adott tájékoztatást, hogy a fogdában a fogvatartottak elhelyezésére 40 rögzített fekhely szolgál, átmenetileg azonban előfordul, hogy a fogvatartottak létszáma meghaladja a fekhelyek számát. Ilyen esetekben a zárka padlójára helyezett matracokon biztosítanak fekhelyet. Az ilyen elhelyezés időtartama nem haladja meg a két hetet. A mellékhelyiségek használatához – tekintettel arra, hogy a zárkákban nincs WC – az őrszemélyzet egyenként engedi ki a zárkából a fogvatartottakat. A mellékhelyiségre való kijutás a fogvatartott jelzéséhez képest késleltethető. A késedelem oka az őrszemélyzet alacsony létszáma.

Az ombudsmani vizsgálat megállapította, hogy a panaszos másfél hónapig matracon aludt. A rendőrségi fogdákról szóló BM. rendelet szerint a fogda zárkaiban csak a befogadóképességnek megfelelő számú fogvatartott helyezhető el. Abban az esetben, ha a fogdában nincs elég férőhely, a fogvatartottat más rendőrségi fogdába kell szállítani. A fogda parancsnokának mulasztása az Alkotmányban deklarált emberi méltósághoz való joggal összefüggésben nehézséget okozott. A zárkákban a WC hiánya szintén veszélyezteti az emberi méltósághoz való jogot.

A megállapított visszasságok megoldása érdekében az országgyűlési biz-

tos 2001 májusában felkérte a belügy-minisztert, hogy rendelje el a rendőrségi fogdák zárkáiban, elkülönített mellékhelyiség kialakítását. A panaszoséhoz hasonló eset megakadályozása érdekében az országgyűlési biztos ajánlásában felhívta a figyelmet a fogvatartottak jogszabályi előírásnak megfelelő elhelyezésére. Az érintettek ezt elfogadták.

5. Néhány érdekes eset

Sajátos problémája volt egy panaszosnak, aki sérelmezte, hogy a Budapesti Fegyház és Börtönben az intézet parancsnoka nem engedélyezte – intézetbeli házasságkötését követően – a fizikai együttlétet házastársával. Az előzetes letartóztatását töltő panaszos az ellene folyamatban lévő büntetőügyben hosszú időtartamú szabadságvesztésre számított, ezért kérte, hogy élettársával az intézetben házasságot kössön, továbbá, hogy az intézet biztosítsa a közös gyermek vállalásához szükséges fizikai együttlét feltételeit. A börtön parancsnoka úgy foglalt állást, hogy a házasságkötésnek nincs akadálya, a szükséges írásbeli nyilatkozat és a bíróság engedélye esetén a házasságkötéshez ő is hozzájárul, a gyermekvállalással kapcsolatos kérelmet azonban elutasította azzal az indokkal, hogy azt sem a jogszabályi, sem a tárgyi feltételek nem teszik lehetővé. Álláspontjával az igazságügy-miniszter is egyetértett. Kifejtette, hogy a hatályos jogszabályok szerint a bv. intézetben előzetes letartóztatását töltő személy és hozzátartozója, valamint más személy kapcsolattartási lehetősége csak a látogatásra, csomag-

küldésre és levelezésre terjed ki. A látogatást az arra kijelölt helyiségben, asztal mellett, ülve kell lebonyolítani. Rámutatott arra is, hogy ha a panaszos és élettársa a bv. intézetben házasságot köt, beszélgetést kérhetnek, melynek végrehajtása megegyezik a látogatásra vonatkozó szabályokkal. Az igazságügyi miniszter végül rögzítette, hogy az új büntetés-végrehajtási törvény kodifikációja során lehetőség lesz a szóban forgó kérdés esetleges szabályozására.

Az országgyűlési biztos megállapította, hogy nem sérültek a panaszos alkotmányos emberi jogai. Az emberi jogok és alapvető szabadságok védelméről szóló, Rómában, 1950. november 4-én kelt Egyezmény 8. cikke a család és a magánélethez fűződő jog tiszteletben tartását általánosságban, részletezés nélkül írja elő. A keretjogszabályt tartalommal kitöltő Emberi Jogok Európai Bizottságának és Bíróságának több döntése tartalmazza, hogy az elítélteket is megilleti a házasságkötés joga. A Bizottság szerint azonban nem minősül a hivatkozott 8. cikk sérelmének, ha a börtönhatóságok nem engedélyezik a házastársak felügyelet nélküli találkozását és házaseletük folytatását, és azt sem, ha a börtönhatóságok az elítéltek házastársai részére nem engedélyezik az ún. házastársi látogatást, amely a szexuális együttlét lehetőségét is biztosítaná. Az országgyűlési biztos megállapította, hogy az ügyben hozott parancsnoki döntés megfelelt a vonatkozó jogszabályoknak, ezért vizsgálatát ajánlás nélkül fejezte be. Tekintettel azonban arra, hogy az igazságügy-miniszter nem zárta ki, hogy az új bün-

tetés-végrehajtási törvény kodifikációja során a jogalkotó megfontolja a házastársi együttlét jogi szabályozásának lehetőségét, kérte, hogy a szóban forgó törvényalkotás során vegyék figyelembe a panaszos által felvetett problémát és törekedjenek annak megnyugtató megoldására.

Az új büntetés-végrehajtási törvényre vár azoknak a kérdéseknek a rendezése is, amelyeket az ombudsman vizsgálatai tártak fel egy terheség miatti büntetés-félbeszakítási kérelem elutasításával, illetve a börtönben született gyermekekkel való szülői kapcsolattartás szabályozatlanságával összefüggésben. A panaszos azt sérelmezte, hogy a Kalocsai Fegyház és Börtönben fogva tartott, 17 hetes terhes élettársa – az élelmezés hiányosságai miatt – sokat fogyott, ráadásul hideg vízben kellett mosdania, amitől felfázott és fertőzést kapott. Kérték a büntetés végrehajtásának egy évre történő félbeszakítását, valamint kegyelmi kérvényt nyújtottak be az igazságügy-miniszterhez. Az ombudsman az Alkotmány 66.§(2) bekezdésében biztosított jogánál fogva (az anyáknak a gyermek születése előtti és utáni védelme) élve a gyanúperrel vizsgálatot rendelt el.

A BVOP tájékoztatása szerint a fogvatartott mind Kalocsán, mind Tökölön a terhes nőket megillető ellátásban részesült. A fogvatartott több hetet töltött a Tököli Központi Kórházban, ahol szakorvosi vizsgálaton és kontrollon vett részt. A kórházi zárójelentések szerint terhesége normális volt, ezért panaszmentesen visszaküldték Kalocsára. A panaszos és élettársa

ezt követően kérelmezték a büntetés végrehajtásának egy évre történő félbeszakítását. Az engedély megadásáról – a jogszabályok szerint – az igazságügy-miniszter mérlegelési jogkörben dönt. A bv. intézet parancsnoka a főorvos, ill. a nevelő pozitív véleménye, továbbá az illetékes kerületi Rendőrkapitányságtól és az illetékes polgármesteri hivataltól beszerzett információk alapján – a fogvatartott személyiségét és családi körülményeit figyelembe véve – a büntetés félbeszakítását javasolta. A BVOP álláspontja szerint viszont orvosi szempontból – a fogvatartott normális terheségére tekintettel – nem indokolt a szüneteltetés. Az Igazságügyi Minisztérium közigazgatási államtitkára ennek alapján elutasította a kérelmet. Az elítélt büncselekményének súlyosságára és szabadulási idejére tekintettel nem engedélyezték a félbeszakítást.

Az országgyűlési biztos – az Alkotmánybíróság 5/1992.(I.30.) határozatában foglaltakra is figyelemmel – megállapította, hogy az igazságügy-miniszter döntése elleni jogorvoslat lehetőségének hiánya ellentétben áll az alkotmányos joggal. Ajánlást tett az igazságügy-miniszternek, hogy intézkedjen a 6/1996.(VII.12.) IM rendelet megfelelő módosításáról. Az igazságügy-miniszter tájékoztatta a biztost, hogy a Bv. tvr. módosítása során kívánják megteremteni a jogorvoslat lehetőségét a miniszteri hatáskörbe tartozó büntetés-félbeszakítási kérelmek elbírálására, oly módon, hogy első fokon a közigazgatási államtitkár járja el. Az országgyűlési biztos általános helyettese egyetértett a fenti megoldási javaslat-

tal, ugyanakkor kiegészítő ajánlást tett. Jelen esetben ugyanis a döntés nemcsak az anyát, hanem gyermekét is érintette, a születendő gyermeknek pedig alapvető érdeke és alkotmányos joga, hogy csecsemőkorától kezdve lehetőleg családban nevelkedjen. Az 1991. évi LXIV. törvénnyel kihirdetett, a gyermek jogairól szóló nemzetközi egyezmény értelmében a hatóságoknak minden, a gyermeket érintő döntésükkel elsősorban a gyermek mindenképp álló érdekét veszik figyelembe. Mindezekre tekintettel az általános helyettes felkérte az igazságügy-minisztert, kezdeményezze a Bv. tvr. olyan irányú módosítását, hogy a terhesség alatt, vagy közvetlenül a szülés után kért büntetés-félbeszakítási kérelmek elbírálása során elsősorban a gyermek érdekeit vegyék figyelembe.

A fogvatartás céljaival összhangban álló jogi követelmény, hogy a büntetés-végrehajtás során meg kell akadályozni minden olyan cselekményt, amely akár a fogvatartottak, akár az őrszemélyzet részéről a kínzás, vagy az embertelen, megalázó bánásmód tilalmába ütközne, vagy sértené az emberi méltóságot. Az ombudsmanhoz érkező panaszok között csak kivételesen fordult elő ilyen beadvány.

A Borsod-Abaúj-Zemplén megyei Büntetés-végrehajtási Intézetben egy fogvatartott sérelmezte, hogy zárkatársai bántalmazták, személyes használati tárgyait elvették, és a bv. hivatásos állományja semmit sem tett ez ellen. A panaszos elhelyezését a vele kapcsolatban kialakult gyakori konfliktusok miatt, a befogadását követően 11 alkalommal változtatták meg. Három hó-

nap elteltével a panaszos egyik zárkatársa jelentette az egészségügyi szolgálat ápolójának, hogy a panaszos több napja fájlalja a fülét. A panaszost megvizsgálták, és megállapították, hogy dobhártyája berepedt. Az orvosi vizsgálaton a panaszos elmondta, hogy sérülése zárkatársa általi bántalmazás következménye. A fegyelmi eljárás megindulását követően a panaszos a vallomását, mely szerint sérülése bántalmazás következménye, visszavonta. Az intézet parancsnoka a fegyelmi eljárást megszüntette.

A fogvatartottak testi épségének, emberi méltóságának biztosítása az őrzés időtartama alatt a büntetés-végrehajtási intézet kötelessége. Tekintettel arra, hogy a megindított fegyelmi eljárást az ügy tényleges kivizsgálása nélkül megszüntették, az országgyűlési biztos megállapította, hogy az intézet eljárása az élethez és az emberi méltósággal összefüggésben problematikus. Felkérte a büntetés-végrehajtás országos parancsnokát, hogy vizsgálja meg az intézet parancsnokának a fogvatartotti bántalmazások elszaporodása miatti felelősségét.

6. Az úgynevezett kisebb ügyek

Az elmúlt évekhez hasonlóan a panaszbeadványok jelentős része kisebb jelentőségű sérelmek miatt érkezett. Többben panaszkodtak az élelmezés színvonala miatt, más – a hozzátartozók részére nehezebben megközelíthető – büntetés-végrehajtási intézetbe szállítás, illetve átszállítás iránti kérelem elutasítása miatt, a megszokott gyógyszerek hiányára, vagy az orvosi

kezeléssel összefüggő sérelmekről. A vizsgálatok ezekben az ügyekben általában nem tártak fel alkotmányos jogokkal összefüggő rendellenességeket. A vizsgálatok eredményeként megállapítható volt, hogy a büntetés-végrehajtás a rendelkezésére álló anyagi lehetőségek keretein belül biztosítja a fogvatartottak egészségi állapotához, végzett munkájához, vallási igényeihez igazodó ellátást. Nem igazolódtak az egészségügyi ellátásra vonatkozó panaszok sem. A gyógyszerek árának emelkedése ellenére a betegek gyógykezeléséhez szükséges gyógyszereket minden esetben biztosították. Az orvosi ellátás színvonala nem marad el a civil intézményektől, sőt a rendszeres orvosi vizsgálatok, szűrések eredményeként a fogvatartottak többségének

egészségi állapota a korábbi helyzetükhöz képest javult.

A fogvatartottakat is megillető alkotmányos emberi jogok sérelme általában nem volt megállapítható azokban a panaszokban, amelyeket a fogvatartással összefüggő magatartási szabályok megkövetelése, a korlátozott kapcsolattartási lehetőségek, a büntetés-végrehajtás keretében nem teljesíthető kérelmek elutasítása, valamint a biztonsági intézkedések és ellenőrzések váltottak ki. Alkotmányos jogsérellem hiányában az ilyen ügyekben a vizsgálatot ajánlás nélkül megszüntette az ombudsman.

Takács Albert

A depresszió és az öngyilkosság

Sokan tudják, hogy Magyarországon gyakori a magas vérnyomás betegség. Meglepő, de még kevesebben tudják, hogy gyakoribb a hangulati depresszió előfordulása. Hazánkban ma kb. egy millió depressziós beteg él, s közülük legalább nyolcszázezer kezelést igényelne. A legtöbb ember egyáltalán nincs tisztában a betegség lényegével. Néha még a közvéleményt formáló orvosi nézetek sem felelnek meg a korszerűség követelményeinek. A depressziósok egy része „*lábán hordja ki*” a betegségét.

Milyen panaszai vannak a depressziós betegnek? Az alvása romlik, de előfordulhat az ellenkezője is. Sokat alszik, reggel mégis fáradtabb, mint este. Feszült. Teljesítménye, minden igyekezete ellenére gyengül, ingerlékeny, étvágya csökken. Viselkedését környezete nehezen viseli el. Akaratgyengeséggel magyarázzák az indíték hiányát, esetleg jellemhiba miatt neheztelnek rá. Munkaképtelenségét lustasággal, szexuális érdeklődésének csökkenését, a saját neme iránti vonzódással magyarázzák.

Az ilyen betegek jelenetős részét idegkimerültségük miatt vitaminokkal tömik, jobb esetben szorongásoldó, nyugtató szereket és alatókat adnak. A javuló szakellátás mellett, depresszió elleni gyógyszert is kapnak, de többnyire kevesebbet és rövidebb ideig, mint amire szükségük lenne. Így nem csoda, ha öngyógyításra kényszerülnek. A mikor állapotuk nem javul, sokan közülük inni kezdenek, végül az ital rabjai lesz-

nek. Az ilyen ember hamarabb veszíti el állását. A válás, pl. tízszer gyakoribb a depressziósoknál és nem ritka a gyógyszerfüggőség sem. Következésképpen lehet a magas vérnyomás, a cukorbetegség, a szív- és érrendszeri betegség, a rokkantság és végül az öngyilkosság. Magyarországon évente 2000-2400 ember lesz hangulati depressziója miatt öngyilkos. 100000 emberből pár évvel ezelőtt még 34-38 felnőtt (beteg?) választotta az önkéntes halált. Görögországban ez a szám 5, Angliában 12. Az öngyilkosságot elkövetők 50-70%-a depressziós, míg az öngyilkosságot megkísérlőké 35-40%.

A körkép felismerése és megfelelő kezelése kulcsfontosságú lenne. A megoldás társadalompolitikai kérdés is, hiszen élete folyamán minden negyedik, ötödik ember legalább egyszer súlyos depressziós állapotba kerül. Az Egyesült Államokban az orvosoknál megforduló depressziósok közül minden második kap megfelelő kórismét, míg a betegek jó része nem kerül orvoshoz. A jelenlegi magyar helyzet még ennél is rosszabb. Nem hagyható figyelmen kívül a dolog gazdasági oldala sem. A felismert szakszerű kezeléssel, néhány hét alatt meggyógyított beteg sokkal „*olcsóbb*”, mint a fel nem ismert szakszerűtlenül kezelt sorstársa.

Ma Magyarországon kb. kétszer annyian hálnak meg májzsugorban, mint ahányan öngyilkosok lesznek. A problémát azonban nagy tévedés volna csupán az alkoholizmus kérdésén belül

vizsgálni. Az alkoholistáknak kb. a fele depresszióját, szorongását próbálja „*ki-inni*” magából. Nyilvánvaló, hogy nem a szesztilalom, vagy az alkohol áremelelése jelentheti a megoldást. A fals orvoslás (pl.: az írisz diagnosztika, a talpnyomogatás, a „*távgyógyítás*”), szintén nem megoldás, sőt rontja a gyógyítás esélyét.

Az alkoholizmus a lelki betegségek szakszerű gyógyításával előzhető meg. A felismerés alapjában véve nem nehéz. Legjellemzőbb a szomorú, örömtelen hangulat, az indíték hiány, a fáradékonyság, a gátoltság, az érdektelenség. Súlyosabb esetben feledékenység, döntés-képtelenség, büntudatérzés, szorongás, néha álmoság („*húzza az ágy*”) jellemző a napközbeni hangulati ingadozásra. A reggeli rossz közérzet, este felé enyhülhet. Az étvágytalanság a gyakoribb, de a téli depresszióban megnőhet az étvágy. Testi tünetek közül a fejfájás, a reumás fájdalmak, a nyaki panaszok, a gerincbántalmak, a zsibbadások jelentkeznek. Az érzelmi kiürülés, a szexuális érdeklődés csökkenése, az örömtelenség, halálvágyhoz vezethet, öngyilkossági gondolatok jelentkeznek.

Ennyi bevezető gondolat után lássuk részletesen a hangulati betegségek eredetét, gyökerét, okait, külső és belső tényezőit.

A legújabb osztályozásoknál kevésbé veszik figyelembe azt, hogy mi a biológiai gyökér, melyek a kiváltó okok. A külső megjelenési formák, ezek súlyossága, a teendők milyenségét határozzák meg, de orvosi kóreredetet az első elemzésekben már figyelembe kell venni. Mindenekelőtt számolnunk kell

azzal, hogy minden depresszióknak van biológiai alapja. Bizonyos esetekben örökletességgel és ezzel együtt pszichoszociális összetevőkkel is számolnunk kell. Ezek aránya a különböző depressziós formáknál változó. Vannak olyan esetek, amelyeknél bizonyított, hogy a biológiai eredet meghatározó jellegű, ezeket ún. belső okú, endogén, vagy primer depresszióknak nevezik. Van mikor a környezetben kereshetjük a depresszió magyarázatát (pl. súlyos alkalmazkodási zavarok mutathatók ki), más esetekben viszont a beteg személységéből vezethetjük le a hangulati betegséget. Tudnunk kell, hogy a különböző eredetük mellett, a depressziós betegségek tünetileg azonos, vagy hasonló képet mutatnak. Pl.: alkalmazkodási nehézség miatt jelentkezik ez a hangulati betegség, és elérheti az ún. „*major*” (nagyobb) depressziós mélységet, amely megfelelhet egy biológiai alappal rendelkező súlyos, testileg meghatározott kórnak.

Érdekes, hogy ezek tünettanilag hasonlíthatnak egymásra. Ha egy beteg konkrét kórisméjét elemezzük, akkor az egyedi elemzés dönti el, hogy a depresszió milyen formájáról van szó. Egyes esetekben a differenciálás viszonylag egyszerű, mert a beteg elmondja mit észlelt. Erre szoktuk mondani, hogy „*ön olyan mintaszerűen adta elő panaszait, hogy a diagnózis nem lehet kérdés*”. Mellékesen azért megjegyezzük, hogy előbb is eljöhett volna orvosához. Más esetekben egy hosszabb megfigyelésre és kiegészítő klinikai vizsgálatokra van szükség. Ilyen pl. a pszichológiai teszt módszerek alkalmazása. Tekintettel, arra hogy a ma-

gyarországi lakosság igen nagy arányban szenved különböző szomatikus betegségektől. Lássuk először, hogy milyen betegségek okozhatnak depressziót, és fordítva: milyen hangulati betegségekhez társulhatnak testi megbetegedések.

Számos ilyen betegséghez csatolkozhatnak depressziós állapotok. Már itt megemlíthetjük, hogy bizonyos gyógyszerek váltanak ki tartós hangulati depressziót. Egyes gyógyszerek inkább pozitív, mások inkább negatív hangulati eltolódást eredményeznek. Fontos az, hogy amikor a beteg tüneteit megismertük, részletesen elemezzük az addigi gyógyszeresedési szokásait. Mióta, milyen gyógyszereket szedett és milyen tapasztalatai vannak.

Jelenlegi ismereteink szerint a genetikailag meghatározható hangulati betegségek nem ritkák. Fontos eldönteni azt, hogy a kórképek hátterében a genetikai meghatározottság milyen úton vezet a hangulatzavarhoz. Az ún. ingerület átvivő anyagok rendszerének működése bizonyos okoknál fogva – itt elsősorban gondolhatunk öröklődési okokra – elégtelenné válik. Más esetekben a pozitív hangulati eltolódás inkább túlműködésből vezethető le. Nagy valószínűséggel, a kettő váltakozása, a hangulat pozitív és negatív eltolódása szintén genetikai szabályozás alatt áll. Ez a szabályozás irányítja, a fázikus, vagy ciklikus „*elhangolódásokat*”. A belső készítés, az ún. endogén depressziók hátterében fontos a tünetek felismerése akkor is, ha enyhék, és ha arra gondolunk, hogy valamilyen környezeti hatás enyhe depressziót váltott ki. Ugyanis az endogén megbetegedés mélyén kiszá-

míthatatlan folyamatok zajlanak és egy enyhe depresszív tünetekből súlyos veszélyeztető jellegű hangulati betegség alakulhat ki.

A beteg magatartása kevésbé megjósolható, különösen olyan depressziós folyamatok esetén, ahol a pszichológiai folyamatok bonyolultak, nehezen elemezhetők és a megérthetőség határain belül mozognak.

Az öngyilkosságok egy része megelőzhető lenne, ha az orvosok a depresszió hátterében az endogén mag felismerését meglehetősen korán regisztrálnák. Jó lenne különválasztani, és szisztemásan leírni az objektív és szubjektív tüneteket egyaránt. Mindkettő hozzátartozik a depresszió kórisméjéhez.

A depressziós mag tüneteinek felismerését a vegetatív, biológiai tünetegyüttes korai észlelése is elősegíti. Ilyen, pl.: az alvászavar típusos formája, a rohamszerű álomba zuhanás, ugyanakkor korai ébredés. A kényszer elalvás „*gyors szemmozgásokkal*” lerövidülése, jelezheti a depresszió kezdetét. A korai ébredés, az ágyban való forgolódás, az újra elalvási képtelenség az egyik legkínzóbb típusos tünet. Az étvágy, a testsúly, a libidó jelentős változása kifejezett lehet. Mint már említettük, a tünetek napszaki ingadozása is jellegzetes. Reggel a tünetek súlyosabbak, mint délután, vagy este felé.

Az időbeli dinamikából levezethető adatok szintén fontosak. Az elsődleges depresszió gyakran hirtelen kezdődik és gyorsan meg is szűnik. Még idült lefolyás esetén is előfordulnak hirtelen és váratlan változások, amelyek külső okokkal nem magyarázhatók.

Különlegesen indokolt rossz időszakokat, kifejezetten jó állapotok váltják fel. Ekkor az endogén betegség súlyosabb formájára a bipoláris, tehát kettős-pólusú depresszióra gondolhatunk. Ezek gyakorlatilag mindig elsődleges megbetegedések. Ugyancsak fontos jellegzetesség a téli és a tavaszi depresszió. Ezeket a jelenségeket a megelőzés szempontjából is figyelembe kell venni.

Az orvos a beteg kikérdezése után véleményt alkot arról, hogy milyen az érzelmi és a viselkedés tüneteinek csoportosulása, alakulása, változása. A neurotikus állapotoktól, a személyiségzavaroktól való elkülönítés, néha bonyolult, hosszadalmas megfigyelést igényel. Elsődleges depresszió mellett szól, ha egyértelmű a beteg szerint is, a hozzátartozó szerint is, az, hogy a beteg magatartása időben körülhatárolható módon megváltozott. A már említett koncentráció zavar ugyancsak amellettszól, hogy a kialakulóban lévő depresszió elsődleges, tehát belső gyökerű.

További fontos következtetést lehet levonni a „megismerési” változásokból, vagy fogalmazhatnánk úgy is, hogy az új tanulási képessége gátolt. A megismerési struktúra olyan rendszer az ideghálózatunkban, amelyet külön tudunk elemezni, amelynek a változása a hangulati életben is fontos lehet. Környezete rendszerint átéli azt, hogy a betegnek gondjai vannak a tanulással és olyanok a hangulati változásai, amelyeknél a megismerési szerkezet a személyiségben egy állandó zavar jelenlétét tételezi fel, annak szerves részét képezi.

Végül fontos az is, ha a beteg állapotát hosszasan követjük. A beteg gyógyulása, betegségstüneteinek válto-

zása, vagyis a terápiás válasz egy adott gyógyszerre (milyen gyors, vagy lassú, javulni kezd vagy nem) rendkívül fontos. Vagyis a gyógyszeres kezelés alapján következtetünk arra is, hogy milyen jellegű depresszív formáról van szó (gyorsan változó bipoláris, lassabban változó hosszú ciklusú, vagy krónikus formájú, elhúzódó, esetleg más betegségekkel társuló, hangulati betegséggel állunk szemben).

Nézzük azokat a formákat, amelyek esetében kimutathatók a külső okok. Ezek régebbi kifejezéssel – a reaktív depressziók. Ilyen esetekben kielemezhetők a súlyosabb életesemények, annak következményei, megállapítható a pszichés sérültség. Sérülékenység nélkül is kialakulhatnak függetlenül attól, hogy a külső okok mennyire viselték meg a beteget. Ilyenek a különböző traumák, katasztrófák. Minden hangulati zavart, enyhébb megjelenésben is, már az első alkalommal gondosan ki kell vizsgálni.

A kórismének legalább három szintje van:

1. A már említett tüneti elemzés, amelynek alapján az új betegségosztályozási rendszerben már megfelelő kategóriába sorolható.
2. Ugyanilyen fontos a körkép hosszmetzeti elemzése és a lefolyási típus meghatározása.
3. Végül a már említett differenciális kórisme szempontjából fontos oki, genetikai tényező feltárása.

Ennek külön elnevezése az ún. etiopatogenetikai diagnózis.

Fontos azonban, hogy a diagnózis pontosítása, annak elhúzódása a terápiát nem hátráltathatja. Mindenesre az

első találkozásnál célszerű meghatározni, hogy testi eredetű, vagyis organikus gyökerű hangulati betegségről van-e szó.

Meg kell határozni azt is, hogy nem belsőgyökerű, endogén, valószínűleg genetikai meghatározottságú betegség kezdődik. Vannak, átmeneti endogén kórképek, amelyek hasonlítanak a skizofréniához, ezért skizoaffektív kórképként diagnosztizáljuk. A már említett bipoláris és unipoláris kórképekre különítjük el a késői, régebbi kifejezés szerint involúciós depressziót. Régen sokat beszéltek ún. neurotikus alkatról, neurotikus személyiségfejlődésről. Az ideges alkatúaknál elég gyakran fellépnek hangulati változások, amelyeknek külön ismérve van és az ismérvek alapján dysthimia, vagyis lassú hangulati „váltások” ismerhetők fel. Ezek már betegség tüneteket mutatnak, és kezelésre szorulnak, de nem érik el a depresszió szintjét.

Megkülönböztetjük, régi kifejezéssel élve, de igen találóan, depressziós karaktert is. Ismerünk olyan embereket, akiknek a karakterében örök pesszimizmus, öngyötrő lemondás, keserűség, panaszkodás jellemző. Elég nehéz tartani bennük a lelket. Lehetnek jól dolgozók, szorgalmasak, jó, család szerető emberek, mégis általában pesszimiztikus a látásmódjuk és elég gyakran pár napra, vagy egy hétre is depressziós tünetekkel reagálnak bizonyos külső tényezőkre. Ezt hosszú idő át karakter depresszióknak diagnosztizálja az orvos. Ezeket összefoglaló néven a reaktív, vagy kiváltott depressziókkal, a lelki depressziók csoportjába soroljuk. Ezt a három formát régóta elfogadják. Egy

svájci kutató (Kielholz) szerint az új besorolási kategóriák korszerű jellege ellenére el kell fogadni az ún. szomatogén, valamint a pszihogén (lelki), hangulati betegségek csoportjait. Ezúttal az elkülönítő kórisme feladata áll a szakorvosok előtt. Az elsőnek említett belső organikus kórképek elsősorban gondos testi, neurológiai és belgyógyászati vizsgálatok alapján állapíthatók meg. Ezek szükségszerűen minden betegnél elvégezhetők, még akkor is, ha számos vizsgálatról úgy gondoljuk, hogy „negatív”. A testi tünetek és a depresszió együttes jelentkezése miatt el kell döntenünk, hogy milyen szervi elváltozások vannak a betegnél. Kiegészítő laboratóriumi vizsgálatok szükségesek, sőt, képalkotói eljárásokkal is fel kell tárnunk az organikus kórképek súlyosságát, pontos eredetét, és a szervi elváltozások és a hangulatzavarok szoros vagy távolabbi összefüggését.

A kedélybetegségek ősidők óta ismertek, főbb tüneteik már az ókori irodalomban is megtalálhatók. A tünetek leírása évszázadok során gyakorlatilag nem változott, azonban a besorolás, a klasszifikáció és elméleti háttér jelentősen megváltozott. A század elején a hangulatzavart még összevontan a mániás-depressziós pszichózis kategóriájába sorolták. Később, az 1960-as években már elkülönítették az unipoláris (egypólusú) és a bipoláris (kétpólusú) depressziót. Az elkülönítés alapja a hosszú távú betegség lefolyás során jelentkező epizódok jellege. Unipoláris esetben az élet folyamán csak depressziós epizódok vannak, míg bipoláris esetben felváltva jelentkeznek depressziós és mániás epizódok. A későbbiek

során az egyes epizódok vizsgálata alapján különítik el a kétpólusú egyes és kettes alcsoportokat. Ezek abban különböznek, hogy egyik periódus, pl.: a jó hangulati periódus, rövidebb ideig tart, vagy enyhébb. Ez az ún. kétpólusú kettes alcsoport. A ma használatos klasszifikációk mindegyike az érzelmekek zavarát és az aktivitást, a vitalitás általános megváltozását tekintik alapkritériumnak. A többi számos tünet másodlagos. Egyes epizódok lefolyása, ismétlődése alapján elkülönítik az egyszeri és a visszatérő major, vagy nagy depressziós zavart.

A lassú hangulati váltások, olyan, enyhébb, közérzési zavar, amely depresszióba hajló. Elkülönítik az „A” típusos zavart, valamint a ciklikusan visszatérő hangulatzavart, a cyclothimiát. Hangulatzavarokra mindig jellemző a testi funkciók és a pszichés társuló zavar, az egyénileg megélt kellemetlenség és a szociális, személyiségközi, interperszonális nehézségek. A diszfunkcióknak a hármasa kimutathatók. E három terület szoros kapcsolatban van egymással, a diagnózis felállításának kritériuma, hogy a tünetek eléggé intenzívek legyenek ahhoz, hogy a normál életvitel, a társadalmi szerepeket befolyásolják, és meghatározott ideig álljanak fenn. '97-ben a WHO felmérése szerint a világon 340 millió ember szenved hangulatzavarban. Az előfordulási arány túlnyomórészt a 14 és 24 éves kor között, tehát a fiatalok körében 16,8%. Ez egyes felmérésekben megegyezik a felnőtt populációban észlelt aránnyal. Vagyis a fiatalabb korcsoportban is jelentős mértékben fordulnak elő hangulatzavarok, depresszív betegségek.

Hazai felmérések azt mutatták, hogy ez az előfordulási arány a 24 és 34, valamint a 45 és 54 korcsoportban volt a legmagasabb. Napjainkban használt csoportosítási rendszerek mindegyike a lehangoltságot, valamint az öröm kapacitás és az érdeklődés elvesztését tekinteti a „nagy”, vagy major depressziós epizód alap tüneteinek. A kórisme felállításához elengedhetetlen további tényező az időtartam és a tünetek meghatározott száma. A nagy depressziós epizód „kritériumai” akkor teljesülnek, ha meghatározott számú tünet legalább két hétig folyamatosan fennáll.

Az orvosi irodalomban a szerzők által közölt adatok nehezen hasonlíthatók össze. A felmérés során használt módszerek befolyásolják a kapott eredményeket (pl.: a tüneti skálák járványtani vizsgálatait legtöbbször becsléseken alapulnak, miután azok a betegek is bekerülnek a depressziós csoportba, akiknél más pszichiátriai betegségek is fennállnak és a depresszió másodlagos).

Egyre több adat szól amellett, hogy a depresszió már a gyermekkorban sem ritka. 6-8 évvel készült felmérés szerint, gyermekkorban, serdülőkorban 0,4–8%-ig regisztrálható a depresszió előfordulása.

A legtöbb, hangulati zavarban szenvedő nem jut el szakorvosához.

Az alapellátásban megjelenők mintegy 10%-a depressziós. 1990-ben a negyedik helyen állt a depresszió társadalom és a beteg számára legnagyobb terhet jelentő betegségek listáján. Előre láthatólag 2020-ra az első helyre fog kerülni. A túlélési analízis arra utal, hogy az összegzett kockázat legalább

egy depressziós epizód kialakulására, hatvan éves korig a férfiaknál 18, a nőknél 32%-ban fordul elő. Más vizsgálatok szerint a férfiaknál 27, a nőknél 45%. Egy skandináv felmérés szerint ez alacsonyabb. A depresszió kezdete általában a 20-as, 30-as évekre tehető. Érdekes, hogy a II. világháború után született generációban gyakrabban fordul elő, és fiatalabb korban is kezdődik. Egy másik skandináv felmérés szerint 15 év elemzése során mindkét nemnél egyértelmű növekedést észleltek, mind az enyhe, mind a közepesen súlyos kategóriákban. A kockázati rizikó csaknem megkétszereződött az utóbbi évtizedekben. A magyarországi felmérést statisztikák szerint az első depressziós epizód átlagosan 32,4 éves kor körül következett be. Megjelenése a férfiaknál 33,7, a nőknél 31,8 év. A nemzetközi adatok hasonlóak.

A különböző csoportokban végzett analízis szerint, a depresszióra vonatkozó kérdések viszonylag gyakran fordultak elő olyan személyek körében is, akik nem kaptak megelőzőleg depressziós körismét, vagyis később derült ki az, hogy depresszív hangulatzavar, vagy annak egyik epizódjáról van szó. Ami a tüneti gyakoriságot illeti, természetesen leggyakoribb a lehangoltság. Érdekes, hogy második leggyakoribb tünet mintegy 92%-a nyugtalanság. Gyakoribb az alvászavar, ritkább az alvási túlsúly. Ezt követi gyakoriságban az energiahány, az érdeklődés csökkenés, a figyelemzavar.

Kutatók megfigyelése szerint, pl.: az öngyilkossági vizsgálatban a depresszió során a nők jelentősen gyakrabban számoltak be bűnösség érzésről, érzéket-

lenségről, csökkent szexualitás aktívításról, étvágyfokozódásról és hízásról, mint a férfiak. A férfiaknál valamivel gyakoribb volt a gátoltság, mint a nőknél, de különbség nem volt statisztikailag jellegzetes. Az energiavesztés, valamint a halállal való foglalkozás ugyan csak a nőknél volt gyakoribb a mintákban. A lelassultság és az irritabilitás viszont a férfiaknál volt gyakoribb. A többi tünetcsoport kb. azonos arányban fordult elő a férfiak és a nők körében.

Ezzel elérkeztünk a depresszió legfontosabb következményéhez: az öngyilkossághoz, vagy szuicidiumhoz.

A kultúrtörténeti vizsgálódás kimutatta, hogy amióta ember él a földön és a lelki betegségek ismertek, ezek az állapotok erősen hajlamosítanak az öngyilkosságra. Ez a jelenség teljesen, vagy csaknem függetlenül a társadalmi, gazdasági állapotoktól jelentkezik. A közvélemény hajlamos ugyanis az öngyilkosságot kizárólag társadalmi gyökerű betegségből adódó jelenséggént kezelni. Az egyedi bajok manifestációját alapvetően megszabja a társas létezés minősége.

Az utóbbi évtizedek kutatása szerint, az öngyilkosság még is csak az egyénre jellemző bajok következménye. Az egyik kínai filozófus írja: „*a féreg az ember szívében rág*”. A lelki bántalmak ugyanis egy részben, mint mondtuk, biológiai meghatározottságúak és társadalmi szerepük másodlagos. Ugyanis minden társadalomban – meglehetősen stabil százalékban – törvényszerű az öngyilkosság. Térben és időben, minden társadalomban, azonos szinten és módon jelentkeznek az önpusztító viselkedések.

Az is igaz, hogy egy adott társadalom felelős azért, hogy milyen légkört, közérzetet teremt, és milyen megelőzési hálózatot állít az öngyilkosság jelensége elé. Mennyire igyekeznek meggátolni az egyedi körben genetikusan lapangó betegség kifejeződését. A külső és laikus szemlélő számára derült égből villámcsapásként jelentkezik az öngyilkosság. Ezzel a társadalom nem tud mit kezdeni. Bizonyos, hogy a titkok egy részét feltárta a tudomány; a már említett depressziók hajlamosítanak öngyilkosságra.

Az igazi talány első vonatkozásban az, hogy vajon a II. világháború után, miért tartott tovább a magyar öngyilkosság magas aránya, amelyet az I. és a II. világháború között észleltünk és miért vált egyre intenzívebbé? 1941-ig, Ausztria, Csehország és Magyarország régióiban még azonos szintű volt az öngyilkossági ráta, sőt Ausztria még meg is előzte hazánkat. Ezt követően azonban hirtelen megemelkedett nálunk az öngyilkosságok száma, miközben az osztrák értékek fokozatosan csökkentek. A csehszlovákiai arányszámok is lényegesen alacsonyabbak. Betegség, öregség esetén, a magára hagyott ember, ha kegyelemkenyérre szorul, elkeseredett. A század elején, vidéken az agrár munkások körében kezdett emelkedni az öngyilkosságok száma. Ady idejében, az akkori Magyarországon, képtelenek voltak hinni Széchenyi intő szavának, a 9 millió hűséges paraszt sorsát illetően. A nemzet egyik lelkiismeretét Ady Endrét idézzük. Talán a legszebben fejezte ki nyelvünkön az öngyilkosságot, a „*meghívott halál*”-t. „*Ha akarom két óra múlva halott lesz*

*egy szüntelen elme és hódolattal lépi át
kűszöböm minden halálok fejedelme a
meghívott halál*”. „*rám hull a legszebb
trónnak fénye, de jaj, gyáva vagyok*”. Ezzel Ady mutat rá arra, hogy az öngyilkosságok aránya még nagyobb volna, de emberek, a betegek nem eléggé bátrak ahhoz, hogy öngyilkosok legyenek. Ezek szerint a magyarság körében több a bátor ember, hiszen az öngyilkosságok száma még mindig meglehetősen magas. A statisztikai felmérések pontosabbá váltak a hazai öngyilkosság helyzetéről.

Érdekes, hogy a háborúk, a katasztrófa helyzetek hadifogoly vagy koncentrációs táborok, a kemény diktatúrák, háborúk paradox módon csökkentik az ilyen destruktív cselekményeket. Ez nem speciálisan magyar jelenség. Ilyenkor a foggal-körömmel küzdés a sokszor teljesen kilátástalan helyzetből való menekülés a cél. Szinte hihetetlen a túlélési ösztön, a túlélési technikák rafinált praktikái, amelyeket ilyen helyzetben kidolgoztak az áldozatok. A szociológusok az egyedi személyiségekben lezajló történéseket vizsgálták. Egyik legnevesebb európai öngyilkosság kutató az okot abban látja, hogy a nemzeti érzés növekedése emeli a közösség integrációját. Ha egyszerűsödött, átláthatóbb, egyirányúbb a társas létezés, akkor a differenciáltabb probléma megoldására képtelen egyének dolga is könnyebbé válik. A békés korok bonyolultabb és több rétegű strukturált viszonyok között ez a réteg értetlen, nehezen tájékozódik, választási konfliktusok a gyorsabb megoldás felé sodorják. Könnyebben lép fel az öndestruktív szándék is. Ilyenkor az életviteli hely-

zetek csődjeiben az egyén önmagát okolja, önmagát teszi felelőssé a kudarcért, mert a külső erőszakot nem okolhatja. Azt tartjuk tehát, hogy minél demokratikusabb, nyíltabb egy társadalom, annál nagyobb valószínűsége van egy-egy személyes destruktív döntésnek. A demokratikus, a személyiség szuverinitásának nagyobb teret engedő társadalmakban az öngyilkosságok gyakoribbak. Ezért voltak magasak a görög, a latin kultúrákban a szuicid cselekmények és ezért volt alacsony a kereszténység kialakulásának kezdetén, vagy pl.: ma is az iszlám világban. Az az ellenvetés, hogy a primitív társadalmakban is előfordul az öngyilkosság, a tételt nem cáfolják. Egészen más, kulturális, rituális okokkal motiváltak és egy fajta szerződés produktumai. Az egyedi döntésnek nyoma sincs, szigorúan tradicionális törzsi értékrend érvényesül. Az elmúlt évtizedek vizsgálatai egyértelműen bizonyították, hogy a tömegkommunikációs eszközök révén a szenzációhajtás, az előadott öngyilkossági események romboló hatása érvényesül, és ezek az utánpótlás tömegeit vonzzák. Pl.: a szépségkirálynő emlékeztető öngyilkossága után az addig előforduló kivitelezési módszer jelentősen megszorodott hazánkban. Érdekes, hogy 1931-ben regisztrált, tehát a válság ideje alatt észlelt öngyilkosság mindössze 1 volt. 1932-ben 33. Foglalkozásuk nem utal arra, hogy a válság okozta volna önkezü halálukat.

Gyakran elhangzik a kérdés különböző konferenciákon, öngyilkos nép-e a magyar? Európa szerte az újságban olvashatjuk, hogy a magyar nép depresszív alkatú, nem bízik a jövőben, bo-

rúsan lát, és pesszimiztikusan ítél meg mindent. Pontos kimutatható néhány alapos elemzés kapcsán, hogy a magyar korántsem tartozott azon népek közé, akiknél szokás lett volna az önpusztító magatartás. Ez elmondható egészen a XIX. század közepéig. Feltehetjük azt a kérdést is, hogy vajon öngyilkos nép-e az angol vagy a francia. Valószínűleg erőlyesen tiltakoznának, hiszen ma már nem tartoznak Európa „élvonalához”, bár annak idején vezettek e szomorú statisztikában. A Monarchia területén a XIX. század utolsó harmadában erőteljesen kezd nőni az öngyilkosság gyakorisága. Részletes vizsgálódások kimutatták, hogy még Magyarországon belül is igen jelentős eltérések mutatkoznak egyes régiók szerint az öngyilkossági arányok tekintetében. Nem lehet tehát az egész magyar populációra kimondani a sommás véleményt, hogy öngyilkos indulat munkál bennünk, mint népi lélektani sajátosság. Úgy látszik, hogy a magyarság utóbbi hét évtizedben mutatott magas önpusztítási késztetésében egy ötszáz éves történelmi kudarc csapódott le és munkál. Ez várhatóan átmeneti jelenség. Azon a kijelentésen is csodálkozunk, hogy a magyar nép még most is „előítéletes”, pedig csodálatos alkotásokat, irodalmat hozott létre. Ma sincs semmi alapja a Herder-i jóslatnak. Meggyőződésünk, hogy a magyar a kulturált népek családjába jól illeszkedik. Nincs nyoma az identitás zavarnak. Befelé semmi önmeghatározási zavara nem volt. Sajnos az elektronikus és az írott sajtó többsége ma tovább sulykolja a kollektív büntudatot. Minden egészséges nemzeti mozgalmat, érzést, nacionalizmusnak, kirekesztésnek aposztrofál.

Az írástudók felelőssége talán soha nem volt ilyen súlyos, mint napjainkban. A legkönnyebb a devianciák elleni harcot az egészségügyre hárítani. Természetesen van tennivalója a mentálhigiénés ellátásnak is, mely teszi a dolgát folyamatosan. Kevésbé hiszünk abban, hogy a néplélektani sajátosságok genetikailag meghatározottak. A hazafiság, a közös sors egyfajta nemzeti karakter kialakulását elősegíti. Az összetartozás hat a társadalom tagjaira, egyedei nem is birtokolják külön-külön, mégis létezik, és adott esetben sajátos arculatot, néplélektani karaktert alakít ki.

Elemzők szerint a magyar jellemben van egy melankolikus hajlam. Hajlamosak a „*nekem úgy sem sikerül semmi*” típusú vélekedésre. Kisfaludy Sándor is úgy véli, hogy szomorú a magyar. A magyar táncnak többnyire kesergő a melódiája.

Valójában nem nemzet karakterű sajátságot látunk, hanem egy következetesen és folyamatosan megélt történelmi tapasztalat érzelmi tükröződését.

A melankóliát talán az „*árvaság*” érzet, az örökös védekezés ténye látszik meghatározni. Széchenyi is azt mondta, hogy „*egyedül vagyunk*”. Keresztúri szerint a magyarságnak egyik legmegrázóbb élménye az elhagyatottság, a testvértelenség, a magány. Úgy láthatjuk tehát, hogy ebben a karakterben több a sorsból következő és leszűrt tapasztalat, mint a genetikai adottság. Tehát ez nem különleges nemzeti jellem. Lehet benne ilyen összetevő is, de ezt pontosan föl kellene mérni összehasonlító jelleggel. Nem tudjuk, hogy nincs-e hasonló genetikai hajlam más népekben. Beszélnek, pl.: szláv mélabúról. A magas öngyilk-

kossági gyakoriság és a két évtized amióta a magyarság világszerte, túl kiccsi ahhoz, hogy messze menő következtetéseket levonjunk. Az elmúlt hét évben fokozatosan, de markánsan csökkenő tendenciát mutat a magyar öngyilkosságra. Visszatérve az öngyilkosságok valós jellemzésére, megállapíthatjuk, hogy az egy élettörténetbe ágyazott krízis állapot, s ebből a kiutat csak önmaga elpusztításával találja meg a beteg. Megkülönböztetünk aktív, passzív és bizonytalan öngyilkos magatartást. Passzív esetben az egyén valamely, az élethez nélkülözhetetlen tevékenységét elhanyagolja azáltal, hogy meghaljon, életmentő gyógyszereit nem veszi be, nem táplálkozik. Az önkárosító viselkedésnek sajnos sok formája van. Pl. a különböző kémiai szenvedélyek, evési kényszer, kockázat keresés, vakmerő közlekedés, veszélyes játékok, a munka és pihenés arányának torzulása. A legnehezebb megakadályozni a destruktív, antiszociális, értékromboló ideológiák követését. Nagyon jó tudni, hogy van egy megelőző, szuicid kísérlet. Ez a veszély legfontosabb előrejelzője. A kockázati tényező az előzetes kísérletek súlyosságától is függ. A kísérletezők 40%-ánál már korábban is volt próbálkozás. Növeli a veszélyt, ha öngyilkosság már fordult elő a családban. A kockázati tényezők összeadódnak. Minél több faktor található a vizsgálat során, annál nagyobb veszéllyel kell számolnunk. A kockázati sorrendet megállapíthatjuk a következő felsorolással:

- előzetes kísérletek,
- öngyilkosság a családban,
- a depresszió, mint betegség előzetes fennállása, kezelése, visszatérése,

- elmebetegségek, mint pl.: a skizofrénia,
- a szerfüggőség, az alkoholizmus,
- egyéb testi betegségek, különösen a gyógyíthatatlanok,
- további kockázati tényező az idősor, az egyedüllét, a negatív életesemények,
- valamint a személyiségzavarok (öncsonkítások, éles tárgyak lenyelése, zsaroló célú vérzések okozása).

A depresszió magyarázatánál említettük a biológiai meghatározottságot. Számos megfigyelés alátámasztja, hogy a családon belüli öngyilkosság kockázati halmozottságot jelent. Az öngyilkos beteg elsőfokú rokonai között az öngyilkosság kockázata nyolcszoros a kontroll csoporthoz viszonyítva. Többen feltételezik, hogy az erőszakos magatartás, az öngyilkossági kockázatot is közvetlenül befolyásolja. Ezek lehetnek genetikai hatások, nem csupán mentális külső okok.

Az öngyilkosság és a depresszió szoros kapcsolata egyben a megelőzés stratégiáját is kijelöli. Ha a családorvosok a „*mélabúval*” kapcsolatos ismeretei gyarapodnak, a depresszió iránti érzékenységük javul, ez esetben a betegek időben és megfelelő kezelésben részesülnek. Megfigyelések szerint a magas szintű szakképzések elősegítik egy adott régióban az öngyilkossági statisztika javulását.

Az öngyilkosságot magyarázó elméletek közül, meg kell említeni a Freud-féle halálösztön megnyilvánulását. A felnőttkori öngyilkossági cselekmények hátterében a gyermekkorból eredeztethető, gyakori fantáziálásokat is láthat-

juk. Gyermekpszichológusok szerint a gyerekek maguk elé képzelik, amint a családtagok büntudattól mardosva, zokogva veszik őket körül. Egyébként a gyermekkori fantáziavilág aktivizálódása különösen a hisztériás típusú személyiségeknél gyakori.

A már említett szociológiai magyarázatokat úgy summázhatjuk, hogy a mikroszociális környezet szerepe jelentős az öngyilkosságok megjelenésében (a család szerepe). Mindennapi nyelvhasználatunk tele van öngyilkosságra utaló kifejezésekkel. Pl.: „*felkötöm magam*”, „*főbe lövöm magam*”, „*a Dunának megyek*”, stb. Olyan családokban, ahol az öngyilkosság, mint megoldás, különösen gyakori, természetesen rossz mintát adhat, és nem kívánatos fantáziákat hívhat elő.

Már említettük, hogy a depresszió kezelése a legjobb stratégia abban a tekintetben, hogy ne vezessen öngyilkos magatartáshoz. Egyszerűen azt mondhatnánk, hogy a megelőzés lényegében időbeni krízis intervenció. Ennek szabályai szerint kell eljárunk, vagyis a krízis helyzetbe beavatkozva, minél intenzívebben, minél készségesebben, minél empátiasabban megpróbáljuk elejét venni a tragikus kimenetelnek.

A gyógyszeres kezelés mellett, a pszichoterápiás foglalkozások az elfogadottak. A beteggel szemben az empátiát, a feltétel nélküli elfogadást kell érvényesítenünk. Biztosítani kell, hogy az öngyilkos magatartást mutató személy érzelmi feszültségeit kibeszélhesse rögtön a terápia kezdetén és folyamán. Szükség esetén speciális kiépített szolgálatokhoz kell irányítanunk a beteget. Ilyenek a pszichiátriai gondozók,

szakambulanciák, esetleg a magán orvosi praxisok.

Ha elmebetegség tünetei lépnek fel, ilyen esetekben a sürgősségi, a kórházi beutalás szabályai szerint kell eljárunk. A beteget pszichiátriai osztályra irányítjuk. Törekedni kell arra, hogy a beteg beelgyezését megnyerjük, és ne kerüljön sor kényszerintézkedésekre. A vizsgálat, a beutalási eljárás, a szükséges döntések a hozzátartozó lehetőség szerinti bevonásával történjék. Az öngyilkossági veszély enyhébb eseteiben a telefonos lelki segély szolgáltatokat kell igénybe venni. Az esetek nagy részében elegendő a háziorvosi ellátás körében követni a betegeket. Az öngyilkossági kísérleten átesettek gondozásában számos önkéntes karitatív, egyházi

egyesületi szervezet is részt vesz. Ezek esetében azonban a pszichoterápia elveit kell érvényesíteni. A fennálló pszichiátriai betegséget szakszerűen kell gyógyítani, a beteget folyamatos gondozásban kell részesíteni. Rendkívül fontos megadni az újabb találkozás lehetőségét, lehetőleg fix időpontban, de lehetőséget kell adni arra is, hogy az orvos telefonon is elérhető legyen, de biztosítani kell a soron kívüli találkozás lehetőségét is. Ha a beteg nem jelenik meg, érdeklődünk utána. Számára az ilyen biztonsági kapaszkodók az öngyilkosság megelőzésében játszanak fontos szerepet.

Dr. Molnár Gyula

Felhasznált irodalom

Fekete Sándor—Vörös Viktor—Osváth Péter: *Diagnózis és pszichopathológia öngyilkos kísérletet elkövetőknél.* In: *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 2001/4, 166.

Perczel Forintos Dóra: *Az öngyilkos magatartás kognitív háttér tényezői.* In: *Hungarica*, 2001/6, 661.

Szádóczky Erika: *Kedélybetegségek és szorongásos zavarok.* Print-Tech Kiadó, 2001.

Tringer László: *A pszichiátria tankönyve.* Semmelweis Kiadó, 1999.

Szenvedélybetegségek és devianciák

A szenvedélybetegségek elnevezése széleskörű fogalmat takar. Általában az agy állapotát befolyásoló, hozzászokást eredményező anyagok túlzó, vagy tartós használatával kapcsolatosak.

Mi a szenvedély? Röviden szólva aktuális, rövidtávú késztetések vezérlik, tehát a kontrollált, specifikusan emberi magatartás fokozatos elvesztésével jár. A szenvedéllyel kapcsolatos értékek kerülnek előtérbe, a korábban jellemző magatartás rovására. Lélektani értelemben valamilyen szer fogyasztására irányuló ellenállhatatlan késztetés. A bevételre késztető belső hiány szinte állandó sóvárgást okoz. Tágabb értelemben a nem kémiai, szerekkel kapcsolatos késztetések is a szenvedélyek körébe sorolhatók, ilyen, pl.: a játékszenvedély. Pl. A család elhanyagolása, lelkiismeretes anyából szenvedélybeteg lesz. Ennek során a viselkedés veszít az egyéni sokszínűségéből. Az emberközi kapcsolatokat ún. interakciós sablonok uralják. („*emberi játézmák*”) Különösen az alkoholistákra jellemző, a kommunikáció során, hogy játék zajlik a beszélgető felek között (orvos és beteg).

A szenvedély általános pszichiátriai értelemben több sebezhetőségi tényezőt tartalmaz. Ez azt jelenti, hogy minden más mentális betegség iránt is fogékonyabbá válik a beteg. Érdekes, hogy a szenvedéllyel kapcsolatos magatartásokat az egyén a saját „*önző énjé*” mintájára választja. A szenvedélytől uralt személyiség bizonyos része nem hozzáférhető. Ezt a jelenséget „*szenvedély kapunak*” is nevezik. Az orvos számára az ilyen személy azt a gyanút kelti, hogy mellé beszél. Megnehezíti a munkánkat is, mert a kommunikáció során hamarosan rájövünk, hogy a szolgálta-

tott adatok egy része megbízhatatlan. Szenvedélybetegségek esetében meghatározhatók a személyiség zavarok egy köre. Ez a kör azonban, nem jellegzetes, tehát a személyiségjegyek alapján nem állapítható meg bizonyos szenvedélybetegségekre való hajlam, vagy az, hogy a szenvedélybetegség kialakulása, a személyiség jegyek egyikénél-másikánál releváns szerepet játszik. Mindenesetre a szenvedélyek szempontjából minden, a személyiség harmonikus fejlődését akadályozó tényező, kockázatnak számít. Ezek lehetnek az agy strukturális károsodásával kapcsolatosak, lehetnek szocializációs ártalmak, nagyon gyakran élet események által kiváltott reakciók. Lehetnek genetikusak, legalább is a hajlamokat tekintve. A szenvedélyek kialakulásában a közvetlen társas környezet is jelentős szerepet játszik. Jellemző, hogy a beteg nincs teljes belátással állapotára vonatkozóan. Nehezen működik együtt az orvossal és a kezelő személyzettel. A társadalmi beilleszkedési zavarok egy formája lehet, amely egyúttal, más jelentős zavaroknak is alapja lehet. Pl.: öngyilkosság, bűnözés. Nehéz meggyőzni a szenvedélybetegét arról, hogy veszélyben van. Ő ugyanis a pillanatnyi örömekre cseréli fel a hosszú távú céljait és törekvéseit. Az emberi értékeket hordozó anticipációs képessége „*leépül*”.

Nézzük először az ún. pszichoaktív zavarokat, amelyek lehetnek olyan szerek, amelyek serkentők, de lehetnek más agyi működéseket befolyásolók is (pl.: javul az alkotókedv, a művészeti aktivitás). Erre használják az addikció kifejezést, mely lekötélést, ragaszkodást jelent. Helyesebb és az általános orvosi gyakorlatban is ajánlható azonban a szerfüggőség okozta zavarok kifejezés.

Melyek a betegség kialakulásának mechanizmusai?

Tudnunk kell, hogy a szenvedély kialakulásának pszichológiai, biokémia és szociális összefüggései vannak. Beszélhetünk összetett a biokémiai befolyásolásról: ha egy adott anyag több receptor rendszerre, vagyis fogadó molekula rendszerre is hatással van. Pl.: az ópiátok, esetében a biológiai függőség kialakulásával szinte törvényszerűen számolnunk kell. Ha a szer stimulálja az agyat, vagyis az ún. jutalmazó struktúrákat érinti, akkor pszichológiai függőség jön létre. Ilyen, pl.: a kokainfüggőség. A fogyasztók először csak elsődleges következményeket szenvednek el. Ez a türés, vagy tolerancia szakasza. A baj az, hogy egyre intenzívebb a kompenzációs reakció, amely a negatív érzelmi állapot periódusában hamarosan sóvárgással társul. A sóvárgás pedig azzal a következménnyel jár, hogy a szer mindenáron való megszerzése elsődleges céllá válik. Ha az elsődleges hatás eufóriát okoz, az ismétlések során egyre nagyobb adagra van szükség, a hiánytünetek egyre kínzóbbá válnak. Ilyenkor már nem az eufória, az örömszerzés hajtja, hanem a még kínzóbb sóvárgás, a szer után. Alkohol vagy gyógyszer hatására a személyiségen belüli belső feszültségek oldódnak, a konfliktusok látszólag elviselhetőbbé válnak.

A beteg önképi itéletében az állandó szenvedést okozó torzulások elmosódnak. Az önképzavarral járó állapotok, mint a neurózisok, személyiség zavarok gyakran szövődnek szellemi betegségekkel. Gyakran észleljük az ún. éretlen pszichológiai elhárító mechanizmusokat, mint pl.: „*meg nem történtté hinni a valóságot*”. Az ún. megismerési sebezhetőség, vagyis kognitív volnerabilitás, ugyancsak hajlamosít a kóros szenvedélyek kialakulására. A közvélemény tájékoztatása szempontjából nagyon fontos tudni, hogy a betegség a

szocializáció harmonikus menetét, a személyiség zavartalan fejlődését gátolja. A különböző szociális hatások szintén befolyásolják, (siettetik vagy lassítják) a szenvedély betegségek kialakulását. Gyakrabban alakulnak ki ezek a betegségek a munkanélküli férfiaknál, ugyancsak gyakori a kisebbségi etnikumok között, sőt még az átlagnál gyakoribb az orvosok körében. Ezek a szociális külső tényezők önmagukban nem vezetnek szenvedély kialakulásához, de növelik ezek kockázatát. A szociális következmények szempontjából az a sajnálatos, hogy a szenvedélybetegségek előrehaladó jellege miatt átalakul a szociális kapcsolat rendszer. A kábítószer rabjai gyakran a szélsőséges szubkulturákhoz sodródnak. A magatartásuk sajátos, többnyire a deviáns magatartási formák veszik át az uralmat. Azért fontos, mert a „normaszerű” magatartás eltérésekben, gyakran súlyosabb lehet a probléma, mint a drog által előidézett közvetlen ártalom. (pl.: a cannabis származékok esetében.)

Az alkoholbetegek szociális kommunikációja beszűkül, a beteg leépül, egyénisége a kocsmai ivócimborák között teljesedik ki. Ez képezi számára a társas környezetet.

Ez egyik oka annak, hogy a szenvedélybetegek kezelésére a hagyományos orvosi intézményrendszer alig alkalmas, kivéve az akut sürgős állapotok ellátását.

Lássunk néhány népességi, előfordulási arányt (epidemiológia).

Sajnos a felmérések megbízhatósága az alkoholizmus határvonalai miatt (beismerés, önmegítélés, névvel vagy névtelenül) nagyon is kétséges. Az ilyen felmérések költségesek, ezért csak kisebb arányú felméréseket végeznek és ez nehezen vonatkoztatható egy betegpopulációra, egy ország népességére. Közvetett módon mégis két megközelítés lehetséges. Elsőként, pl. a májzsugorban elhaltak

számából következtethetünk az alkoholizmus mértékére. Második lehetőség a megközelítő arányokat mutató, az országos alkohol össz-fogyasztásának mennyiségi felmérése. Magyarországon jelenleg 12 liter/fő az abszolút alkoholfogyasztás mértéke. Az orvosilag minősített alkoholbetegek száma kb. fél millió, az ún. nagyivók száma további fél millióra tehető. Felmérések szerint vannak különösen veszélyeztetett régiók az országban. Ezek olyan területek, ahol a lakosságnak mintegy 20%-át teszik ki az alkoholisták. Egy kelet-magyarországi felmérés szerint, a fiatalkorúak alkohol fogyasztása is növekvő és jelentős. Sajnálatos, hogy a lakosságnak csak mintegy 10-15%-a tekinthető absztinensnek.

1996-ban 289 személy halt meg kábítószer túladagolás, vagy közvetlen drog hatása alatt elszenvedett baleset következtében (mára ez is emelkedett). Az elmúlt években az évi 20-30 személy halálózása is regisztrálható havi bontásban. Óvatos becslések szerint ötven ezer drog beteggel számolhatunk. Valószínű, hogy ennek háromszorosa is helytálló. Mindenesetre a növekvő tendencia megfigyelhető. Másik felmérés szerint a 18-30 év közötti korosztályban, a mintegy 12%-ban legalább egyszer kipróbáltak valamilyen kábítószer. A „*már próbált*” fiatalok 8%-a rendszeres fogyasztó lett.

Sajnos ezen túlmenően megállapítható, hogy 40%-uk dohányzik és ezen belül 80%-uk alkoholt is fogyaszt. Ha az egész országra kivetítjük az arányokat, akkor megállapítható, hogy a kábítószer legalább egyszer kipróbáló fiatalok száma legalább harmincezer.

Veszélyeztetettnek tartjuk azokat, akik drogfogyasztó társaságban már megfordultak. Ezek aránya kb. 28%. Feltűnő, hogy a kábítószer fogyasztók között milyen sokan dohányzanak. Ugyanakkor a nem dohányzók többsége soha nem fogyasztott kábítószer. Az

Egyesült Államokban a felnőtt lakosság 15%-át érinti a szenvedélybetegséggel kapcsolatos valamilyen probléma. Ebből 2/3-a alkoholt, 1/3-a kábítószer fogyaszt. Az alkohollal visszaélők az ún. abúzusok, valamint a függőség élethossz előfordulása (prevalenciája) 13,8%. A gyakoriság sorrendje: alkohol, cannabiszarmazékok, gyógyszerfüggőség, kokain, heroin. A sorrend a felmérés jellegétől is függ. Az utóbbi évek tendenciája a heroin kedvezményezett jellegét bizonyítja. Az alkoholizmus a várható élettartamot legalább 10 évvel rövidíti meg. Az öngyilkosság alkoholisták körében háromszor gyakoribb, mint az átlag népességben. Az alkoholizmus az esetek 60-70%-ban más elmeorvosászati betegséggel együtt fordul elő.

Leggyakoribb együttes előfordulás a szenvedélybetegség különböző személyiségzavarokkal. A személyiségi összetevők eltérő mintái alapján, elsősorban az önkép és a reális én közötti eltérésekre kell utalnunk. Ezt ún. kognitív disszonancia elnevezéssel illetik. Arról van szó, hogy minél nagyobb a várt és kapott információ eltérése, annál nagyobb a disszonancia, annál nagyobb mértékű az idegrendszeri feszültség, aminek feloldása csak lazítással lehetséges. A reális én és önkép, vagyis önismeret nagymértékű hiánya, következményes, aktivációnövekedéssel jár, ezek a kóros tünetek alapját képezik. A személyiség zavarok nagy része már elmeorvosi probléma, pszichiátriai kezelés a következménye.

Szóljunk inkább azokról a személyiségzavarokról, amelyek a társadalom személyiség görbéjén a deviancia vagy normálistól eltérő tartományba esnek. A személyiségzavar meghatározása feltételezi egy norma fogalmának ismeretét. A diagnózis nem csupán a nemcsak statisztikai, az átlagtól való eltérést veszi figyelembe.

Tekintettel van a társadalmi konvenció szempontjaira, és figyelembe veszi a személy saját norma rendszerét. Ha az elfogadott normákat megszegik, magatartásukat észleli. Ennek leggyakoribb megjelenési formája a társadalmi beilleszkedés zavarai. Egyes esetekben ezek elmebetegségek körébe sorolhatók (pszichózisok, szervi alapozottságú magatartászavarok). Másik része azonban, amely szintén külön tárgyalást igényelne, jogi természetű, tehát a bűnözéssel kapcsolatos. További csoportok pedagógia, pszichológiai forma körébe sorolhatók (pl.: az iskolai beilleszkedési zavarok). A magatartásmódok különböző formái feltételezik, hogy ritkán lehet egy-egy szakterület kizárólagos illetékességi körét megállapítani. Az sokrétűség jellegéből az következik, hogy egyszerre kell megítélni az orvosi, pszichológiai, jogi, pedagógiai kérdéseket. Az normaszegő magatartások ösztársadalmi kezelése ezért szakmai területen felülálló. Szociológiai elemzések szerint politikai és gazdasági szférát is érintő megjelenítésről van szó. Ebben a vonatkozásban fontosak a mentálhigiénés szempontok. (EÜ program)

Egyes magatartás zavarok nem tartoznak a deviancia körébe. Pl. neurózisok, gyermekek és a fiatalok beilleszkedési zavarai. Lehetnek azonban kedvezőtlen kimenetelek esetén deviancia következményei. Pl.: a neurózisok alkoholizmusba torkollnak, vagy gyógyszerfüggőség a következménye. Fiatalkori zavarok esetén esetleg kábítószer függőség alakul ki. Mindkét csoport öngyilkossági rátája magas. Ezeket korán föl kellene ismerni, mert a személyiségben megjelenő normáltól való eltéréseket predevianciának is nevezhetjük.

Ha személyiségzavarról beszélünk, általában negatív értelemben ítéljük el („*mímuszvariánsok*”). Tudnunk kell azonban, hogy egyes zavarok ellenére a személy értékes tag-

ja is lehet kisebb vagy nagyobb emberi közösségnek. Nemegyszer kiemelkedő személyiségek, akik a tudomány, a művészet, a vallási élet, a politika terén jelentőset alkottak. A történelmi nagyságok között is nyilvántartunk a személyiségzavar kategóriába sorolható egyéneket. A személyiségzavar egy részénél a genetikai tényezők is szerepet játszanak. Ismerőbb pathológia genetikai rendellenesség, a szex kromoszóma aberráció. Más esetben a személyiség zavar egy pszichiátriai probléma családon belüli halmozódására utal. Ilyenkor genetikai hajlam feltételezhető és felmerül a család elemzése a beteg megismerése során. Közismert, pl.: hogy a skizofrén betegek vérrokonai között, a skizofrénia mellett megjelennek a személyiségzavarok is. Az okok többsége mégis szocializációs folyamatban keresendő. Nagy biztonsággal állíthatjuk, hogy a szocializáció kisebb súlyú anomáliái inkább neurotikus jellegű személyiségzavarhoz vezetnek, de a súlyosabb ártalmak a magatartás összetett zavarát eredményezik. A genetikai okok, vagy a szocializáció során észlelt komplex magatartászavarokat (korai) elsődleges személyiségzavaroknak nevezzük. Ha valamilyen behatás következtében személyiségváltozás áll be, akkor a másodlagos személyiség zavar jelenségéről beszélünk. Másodlagos személyiség zavaroknak sokféle oka lehet. A fő csoportokat csak megemlítjük. Ilyenek az agykárosodásait követő személyiség tartós megváltozása, pl.: agyvelőgyulladás után, balesetet követően, keringési zavarral kapcsolatos személyiség változások. Az emberre jellemző ún. homloklebeny működése károsodása a frontál psziché torzulásához vezet. Ilyenkor, az érdeklődés beszűkül, és személy morális etikai szintje mindenki számára észrevehetően süllyed.

Az idegrendszert károsító szerek, amelyekről már szólottunk, az alkohol, a szerves

oldószerke mellett lehetnek nehéz fémsók és a kábítószerke, valamint a különböző gyógy-szerke túlzott adagolása szintén károsodást okoznak, amelyek érintik az alkalmazkodási folyamatokat és ezért feltűnő személyiség-változásokhoz vezethetnek. Az idült alkoholiszmus esetében például a személyiség jellegzetes változásait észlelhetjük. Igaz, ezek nem-ritkán évtizedek alatt bontakoznak ki. A ma már említett eltérésekre az alkohol miatt kialakult deviáns viselkedésre elég korán jellemző a magasabb szintű etikai normák elsekélyesedése. Az érték preferenciák alacsonyabb szintre csúsznak. A már említett szociális kapcsolatok beszűkülése, egy lecsúszott szubkultúrájú betegcsoportot alakít ki. Előfordulhat, hogy izolálódnak a betegek, ilyenek a magányos nagyivók. A kábítószerke közül elsősorban a kemény drogok okoznak lassú, de nemegyszer rohamos személyiségtorzulást. A könnyű vagy lágy drogok ilyen súlyos személyiség-változást közvetlenül nem okoznak, de éven keresztül a tartós rendszeres fogyasztás már károsodást okoznak. Ün. amotivációs szindróma jelenik meg, ez több okból is veszélyforrás. A lágy drogok fogyasztása ugyan- is törvényszerűen az élet stratégiák megváltozásával, a drogfogyasztó csoporthoz, egy szubkultúrához való csatlakozással jár együtt, és a drogfogyasztás az életforma részévé válik. Vagyis, deviáns magatartás drogfogyasztó magatartással definiálható.

Az elmegyógyászatban a hosszan tartó kezelések is lassan, lappangva okozhatnak személyiség változásokat. Felismerésük nem könnyű, mert maga a betegség is személyiség változást okoz, az alapbetegség következtében, a terápia során pedig további mellékhatás, krónikus károsodás következtében személyiség torzulások jelentkeznek másodlagosan. A személyiség rugalmatlanabbá válik. Súlyosabb esetben a személy rugalmassága

oly mértékben beszűkül, hogy joggal beszélhetünk a személyiség sklerotizálódásáról, a személyiség megmerevedéséről, „*megkeményedéséről*”. A hagyományos szerek ismeretebb következményei mellett sajátos hatásokkal is számolhatunk, amelyek a személyiséget globálisan érintik. Ennek a biokémiai magyarázata az, hogy az élettani pályák tartós gátlása révén az érzelmi reakciók intenzitása beszűkül. A gyakran használt nyugtatók csoportja, túlzott használata, elhúzódó szedése esetén a memória, a mozgás készség, a motivációk gátlása révén hatnak a személyiségre. Csökken a jutalom és a büntetés élettani hatékonysága. Végso soron a tanulás képessége károsodik. Az időzóna összezsugorodik, a hosszú távú célok és tervek hatékonyságának kivételése késik, gátolt vagy elmarad.

A devianciák nagy csoportját alkotják a droghasználók, a visszaélők és drogfüggők csoportja. Hogyan kezdődik a drogokhoz való hozzászokás, az addikciók jelensége? Megfigyelhetők, hogy rendszerint egy erős belső kényszer irányítja a viselkedést. Állatkísérletekben megállapítható volt, hogy a hozzájutás lehetőség biztosításával különböző drogok közül megkülönböztető hatásokat észlelnek és kiválasztják a nekik megfelelő szert, amely mellett a közérzetük jobb, amely legjobban megfelel igényeiknek. Pl.: ha kokain van a választékban, addig nyomogatja a kokainos gombot az állat, míg ki nem szárad és el nem pusztul. Emberi vonatkoztatásban többféle párhuzam megállapítható. Fontos fogalom a viselkedési toleranciának a feltárása, szubjektív belső ingerrel ellentétes hatás kifejlődése. Meghatározó fogalom az itt az ün. kondicionált elvonás és a kondicionált tolerancia. Ha elvonási tünetek jelentkeznek az a függőségi bizonyítéka. Későbbi, a tartós szerhasználat felfüggesztése esetén megjelenik a kondicionált helyzet. A régen átélt, elfelejtett elvonási

tüneteket felidéznek, ez lehet negatív motiváció és tartósítja a drogelkerülő magatartást.

Lássunk néhány fontos fogalmat a deviánsok alkohol és drogfogyasztás következtében megfigyelt pszichológiai jelenségekről.

A sóvárgás: a drogélmény vágya, abnormális vagy kóros vágy. Az egészséges ember nem érez sóvárgást, egyszerűen vágyik a drogokra, a sóvárgás már az addikció megjelenését feltételezi. Legalább kétféle sóvárgás indítja meg a drog keresését és a fogyasztás utáni késztetést. Az egyik pozitív megerősítéshez, a másik a negatív megerősítéshez vezet. Ha drogmentes időszak következik, akkor ezek a kedvező körülmények a környezettől függően hol az egyik, hol a másik típusú sóvárgást ismétlik, és ezért visszaeséshez vezet.

Következő fogalom a **kielégülés**. A sóvárgás nagyfokú izgalomba hozza a fogyasztót, ezért a serkentés állapotába kerül egészen a droghatás kezdetéig. Súlyos esetben teljesen beszűkül a beteg a drog beszerzésével és elfogyasztásával összefüggő életre. Más ingereket kirekeszt a tudatból. Amikor az elfogyasztott önadagolt droghatás izgalmi hatása bizonyos idő múlva megszűnik, kitágul a tudat horizontja, és nyugalmi állapotban úgy érzi a fogyasztó, hogy magatartása biztonságosabbá.

A kockázatkeresés

A drog betegek egy része tetézi drámai helyzetét, azzal, hogy keresik a veszélyt, kockáztatnak a szer megszerzéséért, a veszélyesebb szereket is megszerzik. A „kereső” kockázat és a szer fogyasztása együttesen vezérli a szenvedélybeteg életstílusát. Egy meggyógyult sziklamászó a rossz idő miatt abba hagyta a sportolást és ezután visszatért a drogra. A betegeknek sajnos csak egy kisebb része a félnék típus, noha kerülül az ártalmakat, mégis a drog áldozatává válik.

A helyettesítés

Az egyes drogok egymást helyettesítik: az egyik miatt előállt megvonási tüneteket egy másik drog csökkenti. A betegek jóformán ezt jobban ismerik, mint az orvos, mert cserélgetik portékáikat, kikapasztalják az egyedi hatás előnyöket. Az orvos ezen még ronthat is, mert a különböző, főleg nyugtatók egész sorával igyekszik gyógyítani a súlyosan károsító drogot. Sok helyen alkalmazott kezelési módszer a metadon kúra, amely a heroin, a kokain és morfin „*helyettesítésére*” ajánlott módszer az elvonásos kezelés céljára.

Kiegészítő és komplex hatások

Az összetett drog és gyógyszer használat elterjedt „*gyógyító kísérlet*” – valójában változatossá teszi a drog beteg menekülési törekvéseit. Sajnos a károsodás mértéke fokozódik és ehhez az orvos is hozzájárul. Pl. a kokain, az alkohollal sejtmérgező jellegű terméket képez, vagy a heroinizmus kórjósolata rosszabbodik, ha a heroint a Noxironnal kombinálják.

Multigenerációs jelleg

Családi halmozódást jelent. Az addikciós szokásokat az egymás mellett élés fokozza. Pl.: a fiatal lány heroinista anyjával él, a nagyanyja alkoholista, az újszülött gyermek heroin elvonási tünetekkel születik. A beteget kísérő barátnő lesbikus heroinista – orvosi ellenőrzés alatt állnak, de a helyzet megoldatlan (megoldhatatlan?).

Jelenleg nem lehet célunk a gyógyító lehetőségek taglalása, de a megelőzés fontosságára fel kell hívni a figyelmet.

Az általános iskolások 2-6%-a, a középiskolások több mint egytizede potenciális fogyasztónak tekinthető (ez a szám napjainkban emelkedő). A kipróbálás leggyakoribb motivációja a kíváncsiság: „...*hogymegtudjam milyen*”, „...*hogyténylegkívánom-e majd a következőt*”, „...*kíváncsivá tesz a tiltás*”.

Az okok természetesen összetettek: egyik vizsgálat szerint elsődleges törekvés a lelki problémák kezelése, napi nehézségek levezetése, és harmadik indító ok a kíváncsiság. A változatos okok között ilyenek is voltak: unalom, bátorságot ad, megszokás, többet akar tudni a sokat kárhozott anyagokról, stb.

A megelőző tapasztalatokból már kiderült, hogy a drámai hatású, teljes tiltás nem válik be (a drokkereskedők ellen igen).

Felmérések szerint az érettebb fiatalok felé haladva elfogadják a széleskörű információ áramlást (előadások, különböző szervezésű csoportos foglalkozások.). A betegség kialakulásának megértését kell szorgalmazni. Sajnos, a felvilágosításokat rendszerint előzi a drogagítatók aktivitása. Természetesen számos terápiás formával kísérleteznek, még felsorolásuk is igen terjedelmes lenne. A megelőző és gyógyító hálózat részben kiépült (drog ambulanciák, kórházi részlegek – kapacitásuk sajnos szűkös). A rehabilitációs lehetőségek még inkább elmaradtak a rohamosan szorító igények mellett. Igen sürgető lenne a szakemberek képzése és munkába állítása.

Az egyéb szenvedélyek tömegesebb megjelenésével is számolnunk kell.

Rövid, felsorolásban érzékeltetjük a problémakör növekvő jelentőségét. A gyakorisági és súlyossági sorrend megközelítőleg a következő:

1. az alkoholizmus a legelterjedtebb népbetegség a legsúlyosabb demográfiai következményekkel.

2. szenvedélynek tekintjük a dohányzást. Nehéz felvenni a küzdelmet az emberiség kialakulásával egyidős szenvedélyek ellen. Nem lehet véletlen, hogy „*az értelmes ember*” az egészséget féltő ösztönei ellenére ragaszkodik a „*nikotinfogyasztás*” szokásaihoz. Úgy látszik erős biológiai hatások tartják fenn ezt a szenvedélyt. A nikotin stimulálja a fi-

gyelmet, javítja a hangulatot, fokozza a memóriát, csökkenti a szorongás és az étvágyat. Az elvonási tünetek miatt, minden nikotín-vezőnek „*szervenés rendeltett*”, szintén biológiai okok miatt.

A súlyos nikotin abúzusok miatt sokan szorulnak orvosi segítségre. Az okozott ártalmak, jól ismertek. A kórházak felét be lehetne zárni, ha az alkohol és nikotin ártalmakat száműzhetnénk rövid emberi létünk során.

3. Viselkedési addikciók (magtartás szenvedélyek)

Kisebb az orvosi jelentőségük, de az egyének szempontjából súlyos tehertertelek. Ma egyre gyakrabban fordulnak orvoshoz, igen gyakran eredménytelenül. Leggyakoribb megjelenési formáik: kényszeresség, étvágytalanságra hivatkozással kóros koplalás, a koplalás ellentétéként evési szenvedélyek, hajtépés, körömrágás, kényszeres vásárlás, kleptománia, kóros játékszenvedély, munkamánia.

Ezek részletezésére nem térhetünk ki, külön orvosi kötetek foglalkoznak a témakörrel.

Ezek biológiai alapjainak megismerését több sikeresen kezelt beteg tanúsíthatja az egyes kezelési technikák eredményét

Végül az ösztön zavarokhoz sorolt szexuális devianciákat említjük.

Ma, a különböző társadalmi és lélektani szempontból előtérben álló „*pszichoszociális*” másság a **homoszexualitás**.

Jelenleg már az orvosi betegség kategóriák felsorolásában nem szerepel. Az ötvenes évek fordulóján számos országban a férfi homoszexuálisokat a rendőrség még nyilvántartásba vette és zaklatta. Érdekes, hogy a női lesbikus szerelem akkor sem volt üldözött. Az elmúlt évtized elfogadott felfogása, hogy az egynemű szerelem nem csupán szexuális orientáció és kialakult viselkedési gyakorlat, hanem sajátos identitás is. Demokratikus jogrendszerben olyan kisebbségnek tekintik,

amelyet a kisebbségeknek kijáró jogokkal ruháznak fel. (Jogilag a házasságot is elismerik a homoszexuálisok között)

A szexuális „személyiség és viselkedés zavarok” egyes csoportjait nem is tekintik az orvos hatáskörébe tartozó devianciának, ezt elnevezésük is tükrözi: a szexuális orientációk zavarai, vagy parafilák megnevezést kapnak. A parafilák egy része ma is bűncselekmény: ilyen a **pedofília**. A szabálysértések között tartják nyilván az **exhibicionizmust**. Szerencsére ritka, orvosi szempontból kisebb jelentőségű a horror filmekben kedvelt **mazochizmus** és **szadizmus**. A szadomazochizmust a pszichiátriai kórisme rendszer nyilvántartja, gyógyításukra szükség lehet. Szintén inkább a film és regény téma, a **voyeurizmus** (mások szexuális élete, intim pillanatai váltják ki a kielégülést). Szintén ritka a **frotteurizmus** (a szexuális kielégülést zsúfolt járműveken, nőkhöz való dörgölődés jelenti). Többnyire gyengeelméjük kielégülési módja a **zoofília** (állatokkal való közösülés). Egyes személyek az időséssel szembeni szexuális kapcsolata a **gerontofília**. Valószínűleg inkább csak film téma a **nekrofilia** (halottal való egyesülés).

A pszicho-szexuális identitászavarok közül megemlíthető még a **transz-szexualizmus**: a biológiai nemmel ellentétes pszichoszexuális azonosságtudat jellemzi. A férfi nőnek érzi magát és fordítva. Az utóbbi idő-

ben a média nyilvánosság aktivitása miatt, egyre több transzszexuális személy átalakító műtéteket követel. Oka ismeretlen: neveltetés, szocializáció, biológiai jellegű szexuális torzulás összetett szerepet játszanak. „*Ártatlannabb*” deviáns forma, a **transzvesztitizmus**: a transzvesztiták a másik nem szerepét veszik fel. Öltözködésben, foglalkozásban, a sportokat is tendenciózusan választják, anélkül, hogy valódi nemét meg akarná változtatni.

Összefoglalva a fent ismertetett devianciák ma már kevésbé tartoznak a pszichiáterek kötelező profiljába. Az iskola, a pszichoszociális beilleszkedést segítő szervezetek is foglalkozhatnak a krízishelyzetbe jutott deviánssokkal. A beilleszkedési zavarok pedig elsősorban a társadalmi és közösségi következmények miatt aktuálisak. A legkülönbözőbb orvosi terápiák közül kiemelhetők, a magatartásterápiák (behavior terápia). Párkapcsolati zavarok esetén csoport vagy pár terápiás módszereket dolgoztak ki. Különböző személyiség zavarokat sem érdemes gyógyszeresen kezelni, ehelyett felvilágosító programok, nevelő fejlesztő csoportfoglalkozások, önkéntes szerveződések, sportok, klub-terápiák ajánlhatók.

Dr. Molnár Gyula

Felhasznált irodalom

Federspiel Krista und mts.: *A lélek egészségkönyve*. Kossuth Kiadó, 1998.

Hárdi István (szerk.): *A depresszió világa. Az erőszak pszichiátriai és pszichológiai vonatkozásai*. V. Nemzeti Kongresszus, 2002

Molnár Gyula: *A konzultációs-kapcsolati pszichiátria* (Határterületek c. fejezet) In: A

Pszichiátria Magyar Kézikönyve, Szerk.: Füredi J., Medicina, 2001.

Németh Attila és Gerevich József: *Addikciók*. Medicina Könyvkiadó, 2000.

HIV/AIDS betegség 2002.

A HIV/AIDS betegség 1981-es megjelenése óta változatlan figyelmet követel, mind az egészségüggyel, mind a gazdasággal, mind a szociális kérdésekkel foglalkozó szakemberek körében. Az érdeklődés teljesen indokolt, hiszen *ma a világon az ismert HIV pozitív személyek száma 40 millió. A férfiak és nők aránya 1: 1, az új fertőzöttek a heteroszexuálisok és intravénás kábítószer élvezők közül kerül ki.* Ma már a HIV/AIDS betegség nem tekinthető a homoszexuálisok betegségének. Bár *Magyarországon az ismert 963 számú fertőzött 72%-a homo/biszexuális, azonban az elmúlt években jelentősen nőtt a nők és heteroszexuálisok aránya az új fertőzöttek között.*

A betegség megjelenésekor a gyógyíthatatlan, a kialakuló fertőzések, daganatok miatt szörnyű kínokat okozó kór, jelentős változáson ment keresztül. Ma már hatékony szerek sokasága áll rendelkezésre, melyek különböző kombinációival képesek vagyunk a vírus szaporodását megállítani, lelassítani, lehetőségét adva az immunrendszer különböző mértékű helyreállítására. Azonban azt is tudnunk kell, hogy a lehetséges kezelés nem áll mindenki rendelkezésére. A fertőzöttek nagy százaléka Ázsiában, Afrikában, Dél-Amerikában él, alapbetegsége, sőt a kialakuló opportunista fertőzések kezelése nélkül hal meg.

A fertőzés területi megoszlása

Földünkön a jelenleg becslések szerint 40 millió HIV fertőzött ember

él, többségük a fejlődő országokban, Szaharától délre Afrikában, Dél-Amerikában és Délkelet-Ázsiában. Az utóbbi években Kelet-Európában, elsősorban a volt Szovjetunió tagköztársaságaiban az intravénás kábítószer-élvezők között indult el egy nagyméretű HIV/AIDS járvány, melynek következtében a tőlünk keletre fekvő országokban néhány év múlva, több millió HIV fertőzöttel kell számolni. *Magyarországon viszonylag alacsony a HIV fertőzöttek száma.*

Magyarországi adatok

A 2002. májusi adatok szerint Magyarországon 963 volt az ismert HIV pozitívok száma. Közülük 398 személy volt AIDS stádiumban (362 férfi és 36 nő). 2002. május 12-ig 237 haltak meg AIDS-ben. A betegek rizikócsoport szerinti megoszlását tekintve homo/biszexuális 72%, heteroszexuális 13%, transzfúziótól fertőződött 3%, hemofiliás (vérzékenységben szenvedő) 5%, intravénás kábítószeres 0, 5%, anyáról gyermekre történő átvitel terhesség alatt 0, 5%, (ismeretlen 6%). Évente átlagban 25 új AIDS beteg kerül bejelentésre.

Érdekes az országban belüli megoszlás. A fertőzöttek 49%-a a fővárosban található.

A fertőzés átvitele

A fertőzés vérrel, ondóval, hüvelyváladékkal, anyatejjel terjed. Egyéb testnedvek, mint a nyál, könny, izzadt-

ság, vizelet, széklet nem tartalmaz fertőzőképes vírust, kivéve, ha vér is keveredik bele. Irodalmi adatok szerint a fertőzés átviteli kockázata heteroszexuális kapcsolat esetén 1/558-hoz. A világon az új fertőzöttek nagy része heteroszexuális úton és intravénás drog használat során fertőződik.

Annak ellenére, hogy az igazoltan, az egészségügyi ellátás során a fertőzött tüvel történő sérülés kapcsán létrejött megbetegedés irodalmi ritkaság (0, 3 %), a mindennapi gyakorlatban számolni kell a lehetséges veszéllyel, és minden óvórendszabályt be kell tartani és tartatni.

A hatékony gyógyszeres kezelés hiányában az anyáról gyermekre történő átvitel lehetősége terhesség alatt 30-50 % volt. Azokban az országokban, ahol a korszerű kezelési lehetőségek elérhetőek, a csecsemő esélye a megfertőződésére 8 %. Magyarországon ez ideig 10 HIV pozitív nő szült, közülük 5 állt a terhessége alatt gondozás, gyógyszeres kezelés alatt. 10 szülésből 10 csecsemő született, közülük 2 HIV pozitív. Az ő édesanyjuk nem szedett anti-retrovirális gyógyszereket a terhességük ideje alatt.

Diagnosztika

A HIV fertőzést a vérben, esetleg a nyálban megtalálható antitestek, kimutatásával lehet igazolni. Az úgynevezett szűrővizsgálatok (ELISA, IFA, gyorsteszt) pozitív eredményét valamennyi esetben megerősítő vizsgálatnak (Western blot, vagy egy másik ELISA, vagy IFA) kell követnie és csak ennek pozitivitása esetén, lehet a beteget HIV fertőzöttnek tekinteni. Ja-

vasolt a HIV szerológiai vizsgálat elvégzése előtt a beteget tájékoztatni a vizsgálatról, annak esetleges szükségességéről és lehetőség szerint a beteg írásos beleegyezését kérni. Ez utóbbi nélkül is elvégezhető a vizsgálat egészségügyi rendszabályaink szerint, diagnosztikus célból.

A HIV szerológiai vizsgálat után minden esetben meg kell beszélni a vizsgált személlyel a vizsgálat eredményét, a negatív eredmény pontos jelentését, az esetleges ismételt szűrővizsgálatokat. Pozitív eredmény esetén a tanácsadás rendkívüli fontossággal bír. A HIV fertőzött személlyel részletesen meg kell tárgyalni, hogy mit jelent a HIV fertőzés, milyen óvórendszabályok betartására van szükség a fertőzés továbbadásának elkerülésére. Ezen túl életviteli, életmódbeli tanácsokra, lelki segítségnyújtásra van szükség. Javasolt részletes immunológiai és virológiai vizsgálatok (CD4+ lymphocyták szám [fehérvérsejtek egy speciális csoportja] vírusszám /HIV-RNS/) végzése, hogy megállapítható legyen a HIV fertőzés stádiuma.

A betegség lefolyása

A HIV a retrovírusok csoportjába tartozó kórokozó, mely saját genetikai információját ribonukleinsav (RNS) láncban tárolja. A gazdaszervezetbe jutás után a vírus RNS-ét egy reverz transzkriptáz nevű enzim segítségével DNS-é alakítja, mely az integráz enzim közreműködésével képes beépülni az emberi sejtek genetikai állományába. A további vírusszaporodáshoz és újabb vírusok keletkezéséhez egy har-

madik, vírus eredetű, fehérjebontó enzim szükséges.

A fertőzés szakaszai:

- megfertőződés,
- akut tünetegyüttes,
 - tünetmentes HIV fertőzött,
 - tünetes HIV fertőzött,
 - AIDS (szerzett, immunhiányos tünetegyüttes),
- kifejezett AIDS.

Akut tünetegyüttes

Általában a fertőződés első-harmadik hetében jelentkezik, függetlenül attól, hogy szexuális úton, vagy tüsszelés kapcsán jött létre a fertőződés. Egy egészségügyi dolgozó tüsszelése kapcsán 10 hónapos ablak periódust is leírtak. Az akut, heveny HIV betegség a vírusfertőzést követően kialakuló szerokonverzió ideje. A tünetek leggyakrabban, mint „*mononucleosis-like*” szindrómák jelennek meg lázzal, nyirokcsomó megnagyobbodással, máj- és lép nagyobboldással, torokfájással, izomfájdalommal, bőrkiütéssel, hasmenéssel, fehérvérsejt-szám csökkenéssel, atypusos lymphocytákkal. Ritkán neurológiai tünetek is lehetnek, mint pl agyhártya- agyvelőgyulladás, pszichózis. *A leggyakoribb öt tünet: láz, nyirokcsomó megnagyobbodás és fájdalom, torokfájás, kiütés, izomfájdalom vagy izületi fájdalom.*

A lázas betegség általában 1-3 hétig tart, különösebb kezelés nélkül, magától meggyógyul („*self limited*”). A laboratóriumi eltérések közül a csökkent fehérvérsejt számot követő fehérvérsejt szám emelkedés és a mérsékelten növekvő májenzim értékek érdemelnek említést.

A szerológiai vizsgálatok a tünetek megjelenését követő második, harmadik héten válnak pozitívvá (ennyi idő szükséges az antitestek kialakulásához), ezért a korai vizsgálatok álnegatív eredményt adnak. A specifikus antigén vizsgálatok, mint a p24 antigén és HIV PCR vizsgálatok azonban már ilyenkor is pozitívak.

Pozitív kölcsönösséget találtak az akut tünetegyüttes megléte, súlyossága és a betegség előrehaladása között, ezért a korai diagnózis felállítása esetén az antiretrovirális kezelés beállítását javasolják.

Máig sem tisztázott, hogy milyen tényezők befolyásolják az akut tünetegyüttes hiányát, vagy meglétét, de biztosan befolyásolja a fertőzés módja, a HIV fertőzőképessége, mennyisége, gyógyszer rezisztenciája, a befogadó szervezett immunstátusza, egyéb fertőzések jelenléte.

Tünetmentes HIV fertőzött

Ez alatt a hosszú periódus alatt (átlagosan 10 év), a fertőzött, panasz- és tünetmentes, vagy generalizált nyirokcsomó megnagyobbodása van. Az akut tünetegyüttest követően klinikailag egy látszólagos egyensúlyi állapot alakul ki a vírus és a szervezet között, azonban az immunrendszer tartalékai lassan kimerülnek, ami a CD4+ sejt-szám csökkenésében (átlagban 40-60sejt/él évente), és a vírusszám emelkedésében nyilvánul meg. A beteg ebben a periódusban is fertőzőképes, ezért is nagyon fontos, hogy már ekkor tudjon fertőzőttségéről, ezáltal csökkentve a lehetőségét a betegség továbbadására és eshetőségét adva saját

magának a korszerű és hatékony gyógyszeres kezelésre.

Tünetes HIV fertőzött

A fertőzötteknek nem AIDS meghatározó betegségei vannak, hanem, amelyek a még működő, de csökkent reakcióképességű immunrendszer következményei, ami általában 2-3 évig tart. Leggyakrabban nyirokcsomó megnagyobbodással (nyirokcsomó megnagyobbodással járó betegségek kivizsgálása!) övsömörrel, (oral hairy leukoplakia-val OHL), a nyelv oldalán látható fehér, hajszerű nyálkahártya elváltozással, éjszakai izzadással, tartós hasmenéssel, fogyással találkozunk.

Különböző bőrelváltozások szinte mindig megjelennek. A klinikai kép az egyszerű, pontszerű gyulladástól a súlyos fekélyes elváltozásig terjedhet. A háttérben a Staphylococcus aureus nevű baktérium szerepel. Gyakori megjelenési forma még a seborrhoeas dermatitis, a fényérzékenység, a gyógyszeres kiütés, a pikkelysömör.

A szájüregi betegségek szinte minden esetben megtalálhatók, mint a fogíny- és fogágygyulladás, a szájpenész és az OHL. Ezek a szimptómák, fel kell, hogy hívják a fogorvosok, bőr-

gyógyászok figyelmét a fennálló immunhiányos állapotra, esetleges HIV pozitivitásra.

AIDS stádium (szerzett immunhiányos tünetegyüttes)

Az AIDS, a HIV vírus által közvetlenül okozott, illetve az immunológiai károsodás következményeként kialakuló komplex megbetegedés. Ebben, a fertőzés utolsó szakaszában jól meghatározott, úgynevezett indikátor betegségek jelentkeznek, ezek az opportunista fertőzések és daganatok.

Az opportunista betegségek az orvostudomány által régóta ismert kórokozók által jönnek létre, de a betegség megjelenése, súlyossága, lefolyása nem a megszokott formában zajlik. A kórokozók egy korábbi betegség újra feléledéséből (pl. CMV, toxoplasma, TBC) származnak, vagy a természetben gyakori előfordulásuk miatt hoznak létre fertőzést (pl. Pneumocystis carinii, Candida fajok, Cryptococcus neoformans, Mycobacterium avium complex). Bizonyos CD₄⁺ sejtszám mellé meghatározott opportunista fertőzés rendelhető. (1. tábla)

Ennek, azért van nagy jelentősége, mert ez által a fertőzések egy része az

1. sz. tábla

CD ₄ ⁺ lymphocytá szám	Opportunista fertőzések
400 sejt/μl	Herpes zoster
350 sejt/μl	Tuberculosis
300 sejt/μl	Oralis candidiasis
200 sejt/μl	PCP, candida oesophagitis, mucocutan herpes
100 sejt/μl	Toxoplasmosis, cryptococcosis, MAC, CMV
50 sejt/μl	Cryptosporidiasis, PML

időben alkalmazott profilaxissal (megelőző kezelés) megelőzhető, a sejt-szám ismerete segíti a gyors, pontos diagnózis felállítását, a terápia hatékonyságát.

A gyakrabban előforduló opportunista fertőzések:

Pneumocystis carinii pneumonia (PCP Pneumocystis carinii által létrehozott tüdőgyulladás).

Az AIDS járvány kialakulásának idejében a leggyakoribb opportunista fertőzések és a leggyakoribb halálok volt a HIV pozitívak között. A korai gondozásba vétel, az időben bevezetett profilaxis, a hatékony antiretrovirális terápia (ART: vírus ellenes kezelés) mellett nem kell számolni a megjelenésével.

Régebben a protozoonokhoz, most a gombákhoz sorolt kórokozó 200 sejt/él CD₄+ lymphocytá szám mellett okoz megbetegedést. Az esetek 95%-ában tüdőgyulladást okoz, de előfordul az egész szervezet fertőződése a csontvelőben, a lépben, a májban, a látóideghártyában és a bőrben.

A tüdőgyulladás klinikai képére a viszonylag lassú kialakulás, a súlyosbodó nehézlégzés, a száraz köhögés, a hőemelkedés és a láz a jellemző. Alacsony oxigén és közel normális széndioxid értékeket mérünk. RTG felvételen gyakran kétoldali, tejüvegszerű beszűrődés látható. Negatív mellkas felvétel esetén CT vizsgálat lehet segítségünkre.

A diagnózis a klinikai kép mellett a kórokozó BAL-ból (broncho-alveolaris lavage: bronchus mosó folyadék) történő direkt kimutatásával történik.

Igazán jellemző laboratóriumi eltérést nem találunk, gyakran csak a szérum laktát-dehidrogenáz érték emelkedett.

Toxoplasmosis

A *Toxoplasma gondii* egy protozoon, az AIDS betegek opportunista fertőzésének gyakori kórokozója. A macska, mint a legfontosabb vektor szerepel a terjesztésében, de a svábbogarak és a legyek szerepe sem elhanyagolható. Az ételek beszennyeződésével, a nem kellően megfőtt, megsült étel fogyasztásával kerül az emberi szervezetbe. A *Toxoplasma gondii* akut, lappangó és reaktív betegséget okoz. A felnőtt lakosság nagy százaléka élete során átvészelt egy toxoplasma fertőzést (a különböző földrészekben eltérő mértékben). Előrehaladott HIV betegségben, 100 sejt/él CD₄+ lymphocytá esetén gyakori a lappangó betegség újra kialakulása a HIV fertőzéskor létrejött immunhiány miatt. Gondozás és profilaxis alkalmazása esetén ez megelőzhető.

A leggyakoribb klinikai megjelenési formája (80%) a toxoplasma agytályog.

Megbetegedés alakulhat ki a látóideghártyában, tüdőgyulladás és szívizomgyulladás nagyon ritkán jön létre.

A toxoplasma agytályog néhány nap, vagy hét alatt alakul ki egy, vagy többgócú formában. A góccok nagyságától, számától, elhelyezkedésétől függően változatos klinikai tüneteket hoz létre az eszméletlenségtől a finom, alig észrevehető pszichés változásig, különböző göctünetekig. A betegek 50%-ának jelentkezik fejfájás, mely általában folyamatos, 40-50 %-ban fordul elő láz és 75 %-ban neurológiai göctünet.

A diagnózist lényegesen segíti az ismert HIV pozitivitás. A toxoplasma antitest vizsgálat a diagnózis felállítására nem használható, pozitivitása esetén újraéledést valószínűsíthetünk. A klinikai kép mellett a koponya CT, MRI döntő jelentőségű. A kontrasztos anyag CT felvételeken általában sokgócú, kettős gyűrűvel körülvett elváltozásokat lehet találni, nagyságát a környező jelentős duzzanat növeli. Az agyfolyadék (liquor) vizsgálati eredmények nem specifikusak, elvégzése az egyéb opportunist fertőzések kizárása miatt fontos.

Differenciál - diagnosztikai szempontból az elsődleges, központi idegrendszeri Non Hodgkin lymphoma (rosszindulatú nyirokrendszeri daganat) jön számításba. Megfelelő kezelés mellett az elváltozások száma és nagysága 10-15 nap alatt számottevően változik, igazolva ezzel a helyes diagnózist.

A betegség kimenetelét a gyors diagnózis és a megfelelő gyógykezelés mellett a terápiás válasz, a góccal elhelyezkedése, nagysága és száma befolyásolja. Gyakran minimális, vagy maradványtünetek nélkül gyógyul.

Candidiasis (sarjadzó gomba)

A mucocutan candidiasis gyakori opportunist fertőzése az AIDS betegeknek. Száj-és torok, nyelöcső és hüvely candidiasis formájában jelentkeznek.

A tünetes HIV fertőzött beteg szájpenésze progresszió esetén a nyelöcsőbe is betérjed, és fájdalmas, nyelési nehezítettséget, vagy képtelenséget okozva nyelöcsőgyulladást hoz létre. A hüvelyi candidiasis viszketést, nyál-

kahártya gyulladást, fluort, vizeletészterit, vizeletészterit okoz.

Nem jellemző a betegségnek az egész szervezetre történő szétterjedése.

A diagnózis a klinikai képből, a megfelelő helyről vett minta mikroszkópos vizsgálatával, tenyésztéssel felállítható. A terápia helyi és szisztémás kezeléssel áll.

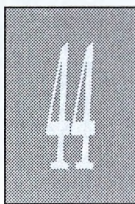
A jó kezelhetőség, az alacsony halálozási szám, a viszonylag könnyen felállítható diagnózis, a gombaellenes és az antiretrovirális szerek gyakori kölcsönhatása, a rezisztens törzsek kiválasztódása miatt sem az elsődleges, sem a másodlagos profilaxis nem javasolt.

Bakteriális fertőzések

A HIV fertőzöttek sokkal fogékonyabbak az általánosan előforduló bakteriális fertőzésekkel szemben, mely az immunhiánynak köszönhető. A bakteriális fertőzések jelentőségét misem bizonyítja jobban, mint a visszatérő, baktériumos tüdőgyulladások CDC (az USA-ban a hazai ÁNTSZ-nek megfelelő intézet) általi elfogadása, AIDS indikátor betegségként.

A bőr gyakori helye a bakteriális fertőzéseknek. Már a tünetes HIV fertőzés szakaszában előfordul a nyoma a folliculitistól a tályogig bezárólag. Speciálisan, a HIV fertőzéshez társul a bacillaris angiomas, melyet a Bartonella henselae (a macskakarmolás betegség kórokozója), vagy a Bartonella quintana okoz. Megjelenésében a Kaposi szarkómára emlékeztet, de a szövettani vizsgálat és az antibiotikum melletti gyógyulás alátámasztja a helyes diagnózist.

A gyakori heveny és visszatérő arcüreggyulladás tünetei azonosak a HIV



negatívak tüneteivel. A tenyésztéssel gyakran *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* kórokozó igazolódik.

A bakteriális tüdőgyulladásokhoz gyakran társul bacteraemia (baktériumok mutathatók ki a vérben) is, de a bacteraemiák leggyakoribb kórokozója mégis a *Salmonella*. A salmonellaemia gyomor-bélrendszeri tünetek nélkül, magas lázzal jelentkezik. A pozitív vértenyésztés a diagnózis alapja.

Mycobacteriosis

A tuberkulózis a fejlődő országokban a legfontosabb, leggyakoribb opportunista fertőzés, mely nemcsak a HIV pozitív betegeket érinti. A WHO 1990-es jelentése szerint *a világon minden harmadik ember klinikai tünetek nélkül hordozta a tuberkulózis bacilust*. A fertőzöttek többsége Ázsiában, Afrikában a Szaharától délre és Latin-Amerikában él. A HIV előfordulása is hasonló területi megoszlást mutat. A sejt-immunitás csökkenésével párhuzamosan nő a tuberkulózis kialakulásának lehetősége. Leggyakrabban újra éledésről van szó, ritka a bizonyított elsődleges fertőzés.

A diagnózis a kórokozó tenyésztésével, PCR vizsgálattal, szövettannal állítható fel a jellegzetes klinikai kép mellett. A HIV fertőzöttség bármelyik szakaszában előfordulhat, de a HIV betegség progressziójával az atypusos formák előfordulása gyakoribb. Világszerte nő a gyógyszer-rezisztens törzsek száma.

A kezelése a szokásos, kombinált, tuberkulózis elleni terápiából áll. Megfelelő terápiás feyelem mellett a tu-

berkulózis a jól kezelhető opportunista fertőzés közé tartozik.

A betegség előrehaladásával egyes arányban nő az atypusos mycobacteriumok előfordulásának az esélye (50 sejt/él CD₄⁺ lymphocyták szám alatti betegek 50%-a *Mycobacterium avium complex*-szel fertőzöttek). A klinikai képre a hőemelkedés, a láz, a gyengeség, az étvágytalanság, valamint emelkedett ALP és γ GT, valamint a vérszegénység a jellemző.

CMV betegség (Cytomegalovirus)

A herpesz vírus családba tartozó cytomegalovírus gyakori kórokozója a HIV fertőzötteknek, főleg alacsony CD₄⁺ lymphocyták szám esetén. Általában ebben az esetben is a lappangó fertőzés reaktivációról van szó. Klinikai megjelenése elsősorban CMV látóideghártya-gyulladás, de lehet nyelőcső-, vastagbél-, ideggyök-, agyvelő-, tüdő-, mellékvesevelő-, hasnyálmirigy-gyulladás is.

A CMV látóideghártya-gyulladás a betegnél látótérkiesést okoz, de előfordul, hogy a gyulladással góc elhelyezkedése miatt nem okoz látásromlást. Ez is indokolja a rendszeres szemészeti ellenőrző vizsgálatot alacsony, 50 sejt/él CD₄⁺ lymphocyták/ml esetén. Látóideghártya-gyulladás előfordulásakor a diagnózis felállítása alapos szemészeti vizsgálattal történik és a kezelés hatékonyságát is ellenőrizhetjük. Az elváltozás általában egyoldali, de súlyos esetben teljes vaktságot is okozhat.

Gyomor-bélrendszeri megjelenés tüneteinek nyelőcsőgyulladás esetén szegycsont mögötti fájdalom, nyelési nehezítettség, vastagbélgyulladásban

fájdalmas hasi görcsökkel járó, véres hasmenés. Endoszkópos vizsgálat során gyulladás, fekély látható. Szövet-tani vizsgálata esetén a CMV a jellemző „bagolyszem” sejtek láthatók.

Cryptococcosis

A cryptococcus neoformans a talajban előforduló, inhalációval fertőző gomba, ami az előrehaladott HIV fertőzöttekben subacut agyhártya-agyvelőgyulladást okoz lázzal, fejfájással, gyengeséggel, valamint nyomott hangulattal kísért személyiség változást is előidéz. Előfordulási gyakorisága földrészenként változik. Általában az AIDS stádiumú betegek 5-8%-ában alakulnak ki a tünetek. Az általános liquor vizsgálat során a nem jellemző cukor- és fehérjeértékek mellett az üledékben speciális festéssel megtalálható a kórokozó. A könnyen elvégezhető kicsapódásos szérum - antigén vizsgálat, magas érzékenységgel és specificitással, így egyértelművé teszi a diagnózist. A liquorból, a szérumból a kórokozó kitenyészhető.

Kaposi szarkóma (KS)

A fejlett országokban a KS 2000-szer gyakrabban fordul elő a HIV fertőzöttek között, mint az átlag populációban. A gyakorisága a betegség progressziójával nő.

A legújabb kutatások szerint a gamma herpes vírus családba tartozó humán herpeszvírus-8 (HHV-8) szerepe a daganat kialakulásában vitathatatlan.

Klinikailag a bőrön és/vagy a nyirokcsomókban, és/vagy a belső szervekben jelenik meg. A központi idegrendszerben nem alakul ki.

A bőrön kékes, kissé kiemelkedő elváltozásnak látszik. Elkülönítő diagnosztikai szempontból a bacillaris angiomas-

tisztól kell megkülönböztetni. A biztos diagnózist szövettani vizsgálattal kell felállítani. Nyirokcsomó beszűródés esetén gyakran fordul elő lymphoedema a végtagokon, az arcon. A szájban a fogínyen, a lágyszájpadon az esetek 35%-ában megtalálható.

Azoknál a betegeknél, akiknek a bőrén KS van, a gyomor- és bélrendszerük is 50%-ban érintett. A tüdőben a megjelenése gyakori, ezen kívül nehézlégzés, láz, mellkasi fájdalom, véres köpet, mellkasi folyadék jellemzi.

A kezelés egyik alappillére a hatékony antiretrovirális kezelés. Az immunrendszer működésükesebbé válásával a KS javulása érhető el. Bőrön való megjelenésnél lehetőség van a helyi sugárterápiára.

Non-Hodgkin lymphoma (NHL)

A HIV fertőzöttek 3-10%-ában fejlődik ki NHL. A boncolási jegyzőkönyvek adatai szerint a gyakoriság 20% feletti. Az átlag populációhoz képest 100-szor gyakrabban fordul elő NHL a HIV pozitívokban. Megjelenésének gyakorisága összefüggésbe hozható az immunkárosodás mértékével.

A klinikai képre a láz, az éjszakai izzadás, a testsúly 10%-át meghaladó fogyás a jellemző. Gyakran a diagnózis felállításakor már a nyirokcsomón kívül, a máj, a gyomor- és bélrendszer, a csontvelő, és a központi idegrendszer is érintett.

A pontos diagnosztizálás szövettani vizsgálattal lehetséges, elkülönítése az opportunista fertőzésektől nagyon fontos.

Ideális terápia jelenleg nem áll rendelkezésünkre. A prognózis nem túl jó,

az átlagos túlélés 4-6 hónaptól 15-20 hónapig terjed.

Antiretrovirális terápia

Csökkenő CD4+ lymphocyta szám, és/vagy magas szérum vírus koncentráció esetén, valamint opportunista megbetegedés, vagy daganat kialakulásakor meg kell kezdeni az antiretrovirális kezelést. Napjainkban ez legalább két, de legtöbbször három, négy, vagy több vírusellenes gyógyszer kombinációját jelentheti. A gyógyszeres kezelés csökkenti a vérben a vírusok szaporodását, emeli a CD4+ lymphocyták számát, lehetővé teszi adva ezzel az immunrendszer regenerálódására.

Minden mostanáig jóváhagyott antiretrovirális gyógyszer a sejten belüli vírusszaporodást kísérli megakadályozni, vagy a HIV-vírus reverz transzkriptázának, vagy a HIV proteáz enzimének blokkolása révén. Napjainkban csak a HIV fertőzés kombinációs kezelése mondható korszerűnek. Az antiretrovirális gyógyszerek együttes használata több szempontból is ésszerű. Ha valamelyik szer képtelen blok-

kolni a szaporodást, egy másik, vagy harmadik betöltheti szerepét. Továbbá, a HIV előbb-utóbb elkerülhetetlenül rezisztenssé válik olyan gyógyszerekre, melyek nem tudják maximálisan visszaszorítani a vírusszaporodást. Mivel önmagában jelenleg egyetlen gyógyszer sem képes a vírusszaporodás ilyen mértékű elnyomására, előbb-utóbb bármilyen, önmagában adott hatóanyag használhatatlanná válik, néha már heteken belül. Ráadásul, ha egy HIV törzs rezisztenssé válik egy gyógyszerre nézve, gyakori a keresztrezisztencia jelensége.

Kombinált hatékony aktív antiretroviralis terápia (HAART)

A kombinált ART célja, hogy maximális vírus-replikáció gátlást érjünk el a terápia bevezetését követő 4-6 hónapon belül, ezáltal lehetőséget biztosítva az immunrendszer restaurációjára. Hasonlóképpen más betegségek kezeléséhez (pl: tuberkulózis), az antiretrovirális terápiához is két-három vagy több vírusellenes szert kell kombinálni, ellenkező esetben rendkívül gyorsan fejlődik ki gyógyszer iránti érzéketlenség.

2. sz. tábla

Az ART bevezetésének sémája

Klinikai kategória	CD ₄ + lymphocyta szám	Vírus mennyiség	Kezelési javaslat
Tünetmentes	> 350/μl	< 30.000 kópia/μl	obszerváció
Tünetmentes	> 350/μl	> 30.000 kópia/μl	elkezdhető
Tünetmentes	200/μl – 350/μl	bármilyen érték	javasolt
Tünetmentes AIDS	≤ 200/μl	bármilyen érték	szükséges
Tünetes AIDS	bármilyen érték	bármilyen érték	szükséges

Nagyon fontos kérdés, hogy mikor és milyen kombinációt alkalmazzunk, hatástalanság esetén milyen gyógyszer összeállításra váltsunk. Nemzetközileg is elfogadott irányelvek jöttek létre, melyek az új ismeretek tükrében, az új készítmények megjelenésével folyamatosan változhatnak. (2. ábra)

Nem elhanyagolható kérdés, hogy a terápiát csak annál a betegnél lehet elkezdni, aki a felvilágosítást követően (mellékhatások, kezelés célja, várható eredménye, időtartama) felkészült a

gyógyszerszedésre. Nem megfelelő együttműködés a kezelés hatástalanságához vezethet.

Ma már a rendelkezésre álló ismeretek, hatékony gyógyszerek mellett a még néhány évvel ezelőtt kezelhetetlen, krónikus kór időben elkezdett terápiával, egy viszonylag jól kezelhető és egyensúlyban tartható betegséggé vált.

Dr. Gerlei Zsuzsanna

Felhasznált irodalom

D. Armstrong, J. Cohen: *Infectious Diseases* 1999.

D. C. Princeton: *Manual of HIV/AIDS Therapy* 2003

J. G. Bartlett: *Medical Management of HIV Infection* 1998.

The Sanford Guide to HIV/AIDS Therapy 2002.

J. G. Bartlett: *2002 Guide to Medical Care of Patients with HIV Infection*

A fogvatartottak egészségügyi helyzete a büntetés-végrehajtási intézetekben

Az elítéltek egészségi állapota, egészségük védelme, megfelelő gyógykezelésük, gondozásuk kiemelt hangsúlyt kap a nemzetközi szabályokban. A fogvatartottat sújthatja az adott állam büntető politikája szabadságvesztéssel, jogai korlátozásával, de az ítéletben nincs és nem is lehet szó az egészségkárosodás minimális kockázatáról sem.

Hovatovább a börtön-tűrőképesség vizsgálata, megítélése is világszerte egyre több helyen merül fel, alapadatként hozzájárulva a büntetési nemek, tételek differenciálásához is. Közismert tény, hogy a különböző betegségek, az enyhébb lefolyásúaktól a súlyosakig, alapvetően befolyásolják az egyén tűrőképességét. Magyarországon a bíróságok egészségügyi indokkal a szabadságvesztés végrehajtásának halasztását is engedélyezhetik. Természetesen erre akkor kerülhet sor, ha a megbetegedés ezt alátámasztja és a bűncselekmény súlya sem zárja ki. Például, ha valaki szívműtetre vár, annak elvégzésére és az azt követő rehabilitáció időtartamára jogos igénye lehet, hogy büntetésének letöltését elhalasszák, még akkor is, ha a bv. keretek között mód van a kivizsgáló és gyógyító eljárások végrehajtására vagy megszerzésére. Az ésszerűség és a méltányosság is ezt diktálja, akárcsak a gyógyíthatatlan, daganatos megbetegedések esetében. Hasonló módszerrel zajlik, már a

bv. rezsimben a büntetésfélbeszakítási kérelmek elbírálása.

Tudomásul kell venni azt a tényt is, hogy a fogvatartottak többségénél, helyzetükből fakadóan és pszichoszomatikus alapon, általában több egészségügyi problémával kell számolni, mint az átlag populáció esetében.

Emögött nem mindig érzékelhetőek releváns morbiditási statisztikák, de vannak bizonyos betegforgalmi, illetve betegségi mutatók, amelyek az elítélteknél szignifikáns eltérést mutatnak.

A hazai és nemzetközi tapasztalatok azt is igazolják, hogy a betegségtudat jócskán felerősödik börtönkörülmények között. Centrális kérdéssé válik a betegségek hangoztatása, a gyakori orvoshoz fordulás, melyet nem kevésszer a rezsimből való kibúvás szándéka vagy egyszerűen csak az idő múlása vezérel.

Az egészségügyi tárgyú panaszbeadványokban visszatérő motívum az egészséghez való jog kiemelése. Minden fogvatartott tisztában van azzal, hogy e tekintetben hátrány nem érheti. Éppen ezért, bármely állam büntetés-végrehajtása humánusának, színvonalának igen fontos fokmérője a börtönön belüli egészségügyi szolgáltatások minősége, hatékonysága, valamint a külső ellátó rendszerek közreműködése, elérhetősége.

Európában, az USA-ban, a börtönökben az egészségügyi ellátás számos szervezeti formában létezik, de a klasztrikus demokráciák előnyben részesítik az egészségügy függetlenségét. Általában elvárják, hogy az orvos és az ápoló személyzet, ne legyen tagja a bv. szervezetnek, ily módon is megőrizve a pártatlanságát és befolyásolhatatlanságát. A vélekedésektől függetlenül alapvető norma az, hogy az egészségügyi szakember személyzet felelős az elítéltek egészségének megővéseért, az egészségkárosodás megelőzéséért, a betegségek lehetséges legjobb gyógykezeléséért és a gondozásért.

A Magyar Köztársaság Alkotmánya 70/D §. (1) bekezdése rögzíti, hogy a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog minden személyre vonatkozik, aki a Magyar Köztársaság területén él. Ez a fogvatartottakra is igaz.

Hazai szabályozásunkban az elítéltek egészségvédelmét törvényi előírások is garantálják. A büntetések és intézkedések végrehajtásáról szóló bv.-kódex, az új európai normákat is tükröző 1997. évi egészségügyi törvény, továbbá a végrehajtásukra kiadott kormány és miniszteri rendeletek, utóbbiak közül is kiemelten a fogvatartottak egészségügyi ellátásáról szóló 5/1998. (III. 6.) IM rendelet közösen teremti meg a jogszabályi hátteret.

A bv.-kódex – az egészségügyi törvényben foglaltakkal összhangban – azt határozza meg, hogy az elítélt egészségügyi ellátása az általános egészségügyi jogszabályoknak megfelelően történik, speciális, elsősorban az igénybevétel lehetőségét érintő eltérésekkel. A speciá-

lis, zárt intézeti körülményekből fakad, hogy pl. a szabad orvosválasztás, illetve az ellátás visszautasításának joga csak bizonyos korlátok között érvényesül. Egyes orvosi vizsgálatok, kezelések végrehajtása a fogvatartottra nézve kötelező érvényű. E rendelkezést az indokolja, hogy az elítélt betegségének megállapítása, a gyógykezeléséhez szükséges eljárás alkalmazása, a fertőző vagy járványgyanús állapotú beteg izolálása, a munkavégzéshez az egészségi alkalmaság megállapítása, a testi vagy lelki fogyatékoságok feltárása többek közt az elítéltek összeartsága, kényszerközössége miatt is elkerülhetetlen.

A hazai szabályozás – analóg módon a legtöbb állam idevonatkozó előírásaival – megtiltja az elítélten végezhető orvosi kísérletet, a gyógyszerkészítmények kipróbálását is.

Az elítéltek egészségvédelme a büntetés-végrehajtási szervezeten belül kialakított egészségügyi szolgálat feladata, amelynek három fő működési területe a gyógyító-megelőző ellátás, a közegészségügyi-járványügyi munka, az egészségügyi anyag- és gyógyszerellátás.

A gyógyító-megelőző tevékenységhez tartozik az elítélt befogadásától kezdve a munkába állítása előtti orvosi vizsgálaton keresztül a gondozásig és a szakorvosi gyógykezelések speciális formáig minden, ami a megelőzést, a betegségek felkutatását, korai felismerését és szakszerű kezelését célozza. Az elítélt egészségügyi alapellátását a bv. intézet orvosa végzi, aki az egészségi állapot függvényében intézkedik a gyógykezelés, illetve a további vizsgálatok elvégzése érdekében, elsősorban a bv. in-

tézetben belül. A speciális szakfeladatok (például szemészet, bőrgyógyászat, röntgen, fül-orr-gégészet) konziliáriusként foglalkoztatott orvosok és asszisztensek végzik. A helyben meg nem oldható, vagy sürgősségi eseteknél a bv. intézet székhelye szerint illetékes egészségügyi intézmény is igénybe vehető.

A fekvőbeteg-ellátás tekintetében is az az elv érvényesül, hogy a gyógykezelésekre, műtétekre, kivizsgálásokra elsősorban a büntetés-végrehajtás egészségügyi intézményeiben (Bv. Központi Kórház, Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet, Nagyfai Bv. Intézet Krónikus Utókezelő Részlege) kerüljön sor.

Ha a szükséges beavatkozás ezeken a helyeken nem biztosítható, akkor azt országos szakintézményekben végzik el, ahol a progresszív betegellátás legmagasabb szintje is biztosított.

A Büntetés-végrehajtás Központi Kórháza szokványos fekvőbeteg-ellátásra szakosodott intézmény.

Az IMEI végzi a kényszergyógykezelést, az elmemegfigyelést, a beutalt betegek ideg-elmegyógyászati ellátását, munkaterápiás rehabilitációját.

Nagyfán a 80 ágyas krónikus utókezelő részlegen tartózkodnak a krónikus, degeneratív megbetegedésben szenvedők, továbbá mozgáskorlátozottak, tehát mindazok, akik rehabilitációra, állandó orvosi ellenőrzésre, felügyeletre szorulnak.

Az elítéltek fogászati, szájsebészeti ellátása is a bv. intézetben, illetve a bv. egészségügyi intézményeiben, sürgős esetben a területi szakorvosi rendelőben történik. Az elítélt a fogpótlásért és a műfogak javításáért térítési díjat fizet,

kivéve, ha ezek munkabalesete vagy a fogvatartás ideje alatt keletkezett foglalkozási, vagy a végrehajtással kapcsolatos ártalom miatt szükségesek. Ugyanez vonatkozik a gyógyászati segédeszköz ellátásra is.

A büntetés-végrehajtás közegészségügyi-járványügyi feladatai során különösen fontos az intézetek higiénés állapotának állandó ellenőrzése, javítása, mert a közös elhelyezés ugrásszerűen növeli a fertőzésveszélyt. A fertőző betegek kiszűrése, az esetleges fertőzések felszámolása széleskörű program végrehajtását követeli.

A program a fogvatartott befogadásaikor kezdődik, amikor részletes orvosi és ápolói vizsgálaton esik át. Ezek keretében az anamnézis felvétele után az egyént megvizsgálják rühesség és tetvesség, vagy egyéb fertőzöttség kiderítésére irányulóan, majd az érvényes jogszabályok alapján megtörténik a mintavételezés a HIV szűréshez. A HIV-vizsgálatokat az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat kijelölt laboratóriumai végzik.

Az esetleges HIV-pozitív személyek elhelyezésére (jelenleg a kb. 17500 fogvatartottból 12 fő) egy meghatározott börtönben kialakított, minden igényt kielégítő, speciális körlet szolgál. Az elkülönítésre nem járványügyi érdekből, hanem saját biztonságuk érdekében kerül sor. Magyarország az alacsonyan fertőzött országok közé tartozik és ez a börtönlakók fertőzöttségi arányában is megmutatkozik.

A HIV-fertőzöttség börtönbeli elterjedése ellen eddig tett intézkedések sikeresek voltak, a módszer helyességét igazolták.

A tbc-s megbetegedések feltárása érdekében minden bv. intézetben évente egy alkalommal a területileg illetékes tüdőgondozók mozgó ernyő-képszűrő állomásai tüdősűrítést végeznek, az egyik fővárosi objektumban pedig saját telepítési szűrőállomás működik.

A hepatitis-szűrések a rendszeresen szervezett véradások alkalmával, valamint a megbetegedettek környezetének szűrővizsgálatai kapcsán történnek.

A fogvatartott nők szintén évente, kötelező jellegű onkológiai szűrővizsgálaton vesznek részt.

Mindenki számára előírt kötelezettség az éves fogászati szűrés is.

A bv. intézetekben rendszeresek a felvilágosító, oktató programok a Magyar Vöröskereszttel és a Nemzeti Egészségvédelmi Intézettel együttműködésben (drog, alkohol- és dohányzásellenes, szuicid prevenciók stb.).

A közösségi és a személyi higiénés előírások érvényesítése érdekében a bv. intézet köteles megteremteni a tisztálkodáshoz szükséges feltételeket. Ugyanakkor az elítéltek is kötelesek betartani az egészségügyi követelményeknek megfelelő előírásokat, így környezetük (épület, zárkák, folyosók, udvar stb.) rendszeres tisztántartását, személyes tárgyaik előírás szerinti tárolását is.

Gondosan és részletesen kimunkált megelőző és védőintézkedések óvják az elítélteket a fertőző betegségek elterjedésétől. Az egészségügyi szolgálat megkülönböztetett figyelmet fordít az élelmezéssel kapcsolatos egészségügyi teendők végzésére is.

Egyebek mellett az ipari és mezőgazdasági termelőegységek munka-egészségügyi felügyeletét is a bv. egészség-

ügyi szolgálat a tisztiorvosi szolgálattal együttműködve végzi.

Az elítélt sajátos helyzetéből következően, hogy a gyógyszert és az önhibáján kívül nem dolgozó elítéltnak a gyógyászati segédeszközt térítés nélkül biztosítja a büntetés-végrehajtás.

Az elítéltek gyógyításához szükséges gyógyszert a bv. orvos írja fel, és gondoskodik arról, hogy azt a beteg a rendelkezése szerint kapja meg.

Csak gyógyszerári forgalomból beszerezhető, hazai forgalomba-hozatali engedéllyel rendelkező gyógyszer, tápszert vagy gyógyhatású készítmény rendelhető. Az elítéltek gyógyszerekkel való visszaélését csak speciális szabályok bevezetésével lehet korlátozni.

A börtön-egészségügyi szolgálat felkészült arra, hogy gyógyító tevékenységét sajátos környezetben, különleges betegeken folytassa, és jelentős segítséget nyújt más szakterületnek – a nevelőknek, a biztonsági szakembereknek – a megelőzés területén. A beteg együttérzést igényel gondozójától, és ez a börtönben sincs másként. A börtönorvos, az ápoló türelemmel, bölcs tanáccsal, a helyzet tárgyilagos megvilágításával az esetek jó részében többet használ, mint bármiféle gyógyszerrel, kezeléssel, vagy akár fegyvelmező intézkedéssel.

A magyar egészségügy helyzete minden jobbitó szándék dacára fokozatosan romlott az elmúlt évtizedekben. Miközben az ellátó hálózat milliárdokat emésztett fel, riasztó morbiditási és mortalitási statisztikák jelentek meg.

Sürgető szükség volt a struktúra és szemléletváltásra, amelynek kezdő lépéseit jelen egészségügyi kormányzat tette meg a 10 évre szóló Egészséges Nemze-

tért Népegészségügyi Program meghirdetésével, a külső források bevonását célzó törvénytervezet megalkotásával, illetve egyéb intézkedésekkel.

Magyarországon ma háromszor anynyi ember hal meg szívinfarktusban, mint az Európai Unió államaiban. Hasonló arányok tapasztalhatóak a szélütés (stroke) és a rosszindulatú daganatos megbetegedések tekintetében is. Ez börtönkörülmények között is jellemző.

Noha a korábban már említett rosszabb szociális háttér, a pszichoszomatikus kórképek, a depresszió hatásai markánsabban érzékelhetők a fogvatartottakra vonatkozóan, mint a magyar lakosság más szférájában, mégsem mutatkozik lényegi eltérés.

A teljes BNO kódrendszer szerinti adathalmaz kevésbé tenné áttekinthető-

vé a fogvatartottak állapot mutatói, valamint a járó és fekvőbeteg forgalom alakulását, ezért öt év (1996–2000-ig) statisztikájából a mellékelt táblázatok érdekesebb kiemelése. (1–4. tábla)

Ezek is elsősorban a hazai lakossághoz igazodó trendeket igazolják. A grafikonok egyértelműen tükrözik a börtönegészségügyi szolgálat fokozott mérvű igénybevételét, amelyhez hozzájárul, hogy a zsúfolt elhelyezés, esetleg a foglalkoztatás nélküliség által kiváltott és egyéb agressziókat is sokszor csak az egészségügyi szak személyzet közreműködésével lehet megfékezni. A fogvatartott közérzetének meghatározó eleme, hogy milyen egészségügyi szolgáltatásban részesül, feszültségét, szorongását mennyire humánus eszközökkel képesek oldani.

1. sz. tábla

A fogvatartottak betegforgalmi adatai (1996–2000)

	1996	1997	1998	1999	2000
Járóbeteg-ellátás az intézetben	91 160	90 915	99 231	103 719	97 902
Járóbeteg-ellátás nem bv. eü. intézményben	6 354	6 805	6 805	6 211	7 105
Fekvőbeteg-ellátás az intézetben	5 110	3 604	3 275	4 488	4 456
Fekvőbeteg-ellátás bv. eü. intézményben	5 215	5 377	5 958	6 089	6 374
Fekvőbeteg-ellátás nem bv. eü. intézményben	339	264	322	328	286

2. sz. tábla

Járóbeteg-ellátás az intézetben (1996–2000)

	1996	1997	1998	1999	2000
Daganatok	262	154	283	221	305
Elme	5 541	5 642	5 710	6 587	7 002
Keringési	10 228	8 834	8 504	8 835	8 467
Mozgásszervi	12 389	11 357	12 215	11 448	11 301



3. sz. tábla

Fekvőbeteg-ellátás bv. egészségügyi intézményben (1996–2000)

	1996	1997	1998	1999	2000
Daganatok	89	86	124	223	116
Elme	698	436	466	577	656
Keringési	702	828	968	940	936
Mozgásszervi	413	459	435	603	591

4. sz. tábla

Fogvatartotti halálokok megoszlása (1996–2000)

	1996	1997	1998	1999	2000
Rosszindulatú daganatos megbetegedések	6	11	5	10	15
Szív- és keringésrendszeri megbetegedések	18	13	17	17	30
Légzőszervi megbetegedések	0	0	4	5	1
Emésztőrendszeri megbetegedések	3	0	0	0	0
Öngyilkosság	4	5	11	10	8
Baleset	0	0	0	1	0

Az egészségügyi események többsége a járóbeteg-ellátásban jelenik meg. A tendenciában összességében minimális emelkedés, illetve stagnálás mutatkozik. A betegségecsoportokból kiragadott típusos kórképekre nézve hasonló megállapítást tehetünk.

A magas arányt képviselő mozgásszervi panaszok orvoslására többnyire nem kórháziilag kerül sor, de egyre több esetben sikerül megoldani a pár hétig tartó komplex fizioterápiás kezelést is. E területen, a felmérések szerint olyan nagy az igény, hogy a meglévő rehabilitációs programokat tovább kell bővíteni.

A fekvőbeteg-ellátásban a szív- és keringésrendszert érintő megbetegedések gyógykezelése adja a legmagasabb száza-

lékot, enyhén emelkedő trend mellett. A pszichiátria területén jelentkező kórképek számában az utóbbi négy évben ismét növekedés tapasztalható.

A mortalitási adatok – a 2000. évben mintegy kétszeres értékben – ugyancsak a szív- és keringésrendszeri megbetegedések kiugró arányát mutatják. A rosszindulatú daganatos kóriszmék miatt bekövetkezett halálesetek növekvő tendenciája szintén az utóbbi három évre tehető. A baleseti eredetű halálozás elhanyagolható, de változatlanul magas – a nemzetközileg is az egyik legfontosabbnak tartott mutatóknál – az öngyilkosság miatt bekövetkezett halálesetek száma. Az öngyilkosságok tekintetében további aggodalomra ad okot az autoagresszivitás keményebb változa-

tainak jelentkezése. A befejezett suicidiumok elkövetői férfiak, a módszer pedig szinte mindig stranguláció (önakasztás), amelynél az életben maradás esélye minimális, még időben észlelés esetén is.

Ugyanakkor az önkárosító cselekmények közül majdnem teljesen eltűntek a régebben használatos technikák, mint az idegentest nyelés, a gázolaj befűvése a különböző testrészekbe, a tintaceruzapor szembe juttatása, a vénás kivéreztetés golyóstoll-betéttel. Ezek elhagyása a börtönpopuláció műveltségi szintjének emelkedésével is magyarázható.

Még mindig kedvelt metódus az önkezően ejtett metszések, vágások (falcolás) alkalmazása és az étkezés megtagadás.

Ezekkel a fogvatartottak inkább a büntetés, a büntetési súlya elleni tiltakozásokat fejezik ki, vagy sok esetben magánéleti problémájuk teátrális, látványos kivétítésére törekszenek.

Be kell látni, hogy az eltökélt szándékkal végrehajtott öngyilkossággal szemben csaknem tehetetlenek vagyunk, míg a ffordorlatos, figyelemfelhívó kísérletek többnyire veszélytelennek bizonyulnak.

A beavatkozás, a probléma kezelése, ily módon elsősorban a meghatározott céllal végrehajtott öngyilkosságok megelőzésére kell, hogy irányuljon.

A sajátmaga ellen forduló magatartási formák bármilyen megnyilvánulásakor az orvos dönt a helyi kezelésről, illetve a kórházba szállításról, a fogvatartottak állapotától függően.

A meglévő eszköztár (felvilágosítás, oktatás, csoport terápia, a személyzet képzése, konferenciák szervezése, az egészségügyi dolgozók felkészítése a veszélyeztetettek kiszűréseire és gondozására) mellé a 2001-ben létesített Börtönlelkészi

Szolgálat közreműködése is hatékony segítség, de a fejlesztést más irányban is meg kell valósítani: pl. a rizikó csoportok szakszerűbb felderítésével, a módszertani lehetőségek kihasználásával, külső szakemberek bevonása mellett.

Végül, de nem utolsósorban egy szintén tartóoszlopként elfogadott jelző adatról kell szót ejteni, nevezetesen a droggérdésről.

A fogvatartottak körében is felbukkantak a kábítószerfüggők és a több drogot, vagy gyógyszert együttesen fogyasztók, amely arra sarkalta a hazai börtönügyet, hogy az aktuális helyzet feltérképezése mellett megtegye a szükséges intézkedéseket mind a kereslet, a kínálat és az ártalomcsökkentés irányában.

A büntetés-végrehajtás már 1995-ben megkezdte – a drogpolitikai irányelveknek megfelelően – a kábítószer-ellenes stratégia feltételeinek biztosítását elsőként a drogfelismerés oktatását, majd a behozatal és a terjesztés megakadályozását (csomagvizsgáló berendezések rendszerbe állításával, egyéb biztonsági intézkedésekkel). Módszertani útmutatók kiadása mellett a személyzet alapkiképzésében tantárgyszerűen kapott helyet a drogprobléma oktatása. Két éves kutatási program zajlott le a börtönben lévő veszélyeztetett csoportok feltárására.

Megkezdődtek a fogvatartottaknál a kábítószer-függőséget gyógyító kezelések.

A jogszabályi háttér megteremtését követően jelentős előrelépést hozhat a drogmegelőző részlegek kialakítása, amelyekkel a már működő kezelési programok tovább szélesíthetők.

A feladatok végrajtásában fontos szerepet tölt be az egészségügyi szolgálat. Az

5. sz. tábla

Kábítószerrel kapcsolatos adatok (1996–2000)

	1996	1997	1998	1999	2000
Fogyasztók száma (nyilatkozat alapján)	190	425	752	1134	908
Eü. intézményben kezelésbe vettek száma	95	273	325	546	203

Kiemelt kategóriák:

1996	1997	1998	1999	2000
heroin (66) hallucinogének (19) nyugtatók (94)	heroin (22)	heroin (23) szerves oldószer (12)	heroin (84) amfetamin (93) nyugtatók (102)	heroin (56) kannabisz (29) amfetamin (24)

egészségügyi szakszemélyzet folyamatosan, minden befogadáskor interjú-módszerrel és vizsgálattal deríti fel a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos körelőzményt, illetve függőségi állapotot.

Bármilyen kezelés indokoltsága esetén megteszik a szükséges intézkedéseket. A vonatkozó statisztikát az 5. számú táblázat tartalmazza.

Az öt éves időszak kezdeti emelkedő tendenciájában kiugró csökkenést hozott a 2000. év, amikor is az előzőleg drog-, nyugtató- és altatófogyasztók száma a nyilatkozat alapján 20%-kal, a kezelésre szorulóknak száma pedig több mint 50%-kal kevesebb volt. Ezen adatok megerősítéséhez korrekt szűrővizsgálati eljárások bevezetése is szükséges, de összességében mégis a szigorú, kö-

vetkezetes drog-politika eredményességét látszanak igazolni.

Zárógondolatként ide kívánczik az a paradoxon, hogy a börtön-populáció számára mindazon szolgáltatások, ellátási formák rendelkezésre állnak, amelyeket a jogszabály bármely más magyar állampolgárnak is lehetővé tesz, de könnyebben hozzáférhető módon, a megelőző szűrések egy részében kötelező jelleggel, a gyógyszerjuttatások tekintetében pedig térítésmentesen.

Ily módon a bv. egészségügyi szolgálata egyfajta küldetést is teljesít, amellyel hozzájárul a hazai lakosság egészségvédelméhez.

Dr. Heylmann Katalin

A tbc ismét a figyelem középpontjában

Napjainkban egyre többet olvassuk a sajtóban, szaklapokban, halljuk a rádióban, televízióban, hogy a szegények betegsége ismét hódít, melyet a múlt század elején Morbus Hungaricusként emlegettek. Ez a betegség nem más, mint a tuberkulózis.

A tuberkulózis már az ókori Görögországban sem volt ismeretlen. A figyelmes orvosok pontosan leírták a lázat, a hidegrázást, a bő izzadást és a végtagok fázékonyságát, a fogyást, az étvágytalanságot és a jellegzetes köhögést és köpetet. Az ilyen betegeknek – írják – „*fényes a szemük, sima bőrük sápadt vagy rózsaszínben játszó, lapockacsontjuk elálló*”.

A római orvostudomány tovább bővítette a görögöktől szerzett ismereteket. Ismerték és pontosan leírták a tuberkulózist. Felismerték, hogy a zsúfoltságban élő tömegek, amelyeknek egészségét a kemény munka aláásta, könnyen áldozatul estek a baktériumoknak, és a betegség átterjedhet egyik emberről a másikra.

A Renaissance időszakában nagymértékben elszaporodott a gümőkóros megbetegedés.

Különösen nagy gondot fordítottak a betegség terjedésére, mivel úgyszólván akadálytalanul pusztította az emberek sokaságát. Fracastoro olasz orvos és természetkutató a XVI. században felismerte, hogy milyen nehéz ezzel a betegséggel megbirkózni.

A következőképpen nyilatkozott: „*Ha maró hatású szerek segítségével el lehetne pusztítani (a kór okozóit a tüdőben), ez lenne a legjobb orvosság, mivel azonban ilyen*

módszert nem lehet alkalmazni anélkül, hogy ne veszélyeztetnénk a tüdőt, a tüdővel határos szervek útján kell végezni a kezelést”. Az orvosoknak nem sikerült a kór okát kideríteni, de a tapasztalat már rávezette az embereket arra, hogy megfelelő óvatossággal sikeresen meg lehet védeni másokat attól, hogy a betegséget elkapják. A ruházatot és az ágyneműt megfűstöltték, a köpetet fertőtlenítették, és a betegeket e célra épült kórházakban elkülönítve kezelték.

A tuberkulózis volt az a betegség, amely a legtöbb áldozatot szedte a rosszul táplált, nehéz fizikai munkát végző, nappal és éjszaka egyaránt összezsúfoltan élő emberek között. Annyira elterjedt a tüdőbaj, hogy a Viktória-korabeli regényíróknak is kedvelt témája lett, amellyel bármikor könnyekre fakaszthatták az olvasókat. Ha a törekeny sorvadó hösnőről sejtették, hogy „*tüdőveszes*”, máris érdekesnek számított. A regények azonban ritkán tárták fel a zord valóságot, amelyben a finom bánattal átszőtt történet érzelemmentes, emberi tragédiává durvult. Az 1871. évi jelentések szerint a tuberkulózis világhódító baktériuma 70000 halálesetet okozott.

Robert Koch Nobel díjas német orvos, a modern bakteriológia egyik megalapítója, 1882-ben felfedezte a tuberkulózis bacilusát, amely mérföldkövet jelentett a tudomány számára. Ugyancsak az ő nevéhez fűződik a kolera és a lépfene kórokozójának felismerése. 1890-ben a Nemzetközi Orvos Kongresszus megnyitóján Koch nagy tetszéssel fogadott előadásán bejelentette, hogy megta-

lálta azt az anyagot, amely állati szervezetben is képes megakadályozni a bacillus növekedését, és ez tuberkulin néven vált ismertté az egész világon.

1924-ben két francia bakteriológus, Albert Calmette és Camille Guérin kifejlesztett egy hatékony oltóanyagot a BCG-t, mely csökkentett fertőző képességű tuberkulózis bacillus. Ezt az anyagot a gümőkór megelőzésére használják. Sajnos azonban drámai esemény történt 1930-ban, Lübeckben. 250 gyerek valószínűleg, olyan BCG anyagot kapott, amely virulens törzseket tartalmazott és a gyermekek halálával végződött a jó szándékú megelőzés.

A betegség kezeléséhez szükséges gyógyszerek felfedezése viszonylag lassú ütemben történt és a mai napig a gyógyszerpalettán kevés az a gümőkór ellenes szer, ami a betegség gyógyításához kiválasztható.

Magyarországon a 70-es évek elején a gümőkór ellenes nemzeti programoknak köszönhetően a megbetegedések száma látványosan csökkent. A 80-as évek végétől viszont az esetek számának ismételt emelkedése regisztrálható. Az elmúlt évek során a tbc-ben szenvedők száma jelentősen emelkedett. Az epidemiológiai helyzet romlásában a gyógyszer rezisztens törzsek terjedése is szerepet játszik.

A tuberkulózis a legelterjedtebb fertőző betegség. Az emberiség egyharmada tekinthető fertőzöttnek. Ezek túlnyomó többsége a fejlődő országokban él. Évente 8-10 millió megbetegedést és 3 millió halálesetet regisztrálnak. A fejlett országokban, így Magyarországon is az elmúlt években emelkedett a frissen felfedezett, köztük súlyos megbetegedések száma. A járványügyi helyzet kedvezőtlen alakulását a magas rizikójú csoportok (HIV pozitívak) megbetegedésével, a

gyógyszerek ellenálló kórokozók terjedésével hozzák összefüggésbe.

Mind Európában, mind az Egyesült Államokban kisebb járványokat igazoltak, amit egy-egy fel nem ismert fertőző forrás környezetében jelentkező új fertőzés halmozódása okozta.

Ezek a kis járványok elsősorban szociális intézményekben, börtönökben jelentkezhetnek. Magyarországon amellet, hogy a lakosság szűrési fegyelme meglazult, az alkoholizmus, a romló szociális helyzet, a munkanélküliség, az alultápláltság jelentős szerepet játszik a megbetegedések számának emelkedésében. A gümőkóros megbetegedések kialakulásában, mind a külső, mind a belső eredetű okok az elsődlegesek.

Külső eredetű fertőzést igazol, hogy a betegek 25%-nál a családban már volt tbc-s beteg, vagy közvetlen környezetében él, vagy élt tbc-s beteg, aki fertőző forrásként szerepelhet, ugyanakkor életmódjukból adódóan családjukon kívül is kapcsolatba kerülhetnek beteg emberekkel.

A belső eredetű megbetegedést magyarázza a leromlott fizikai állapot, az alkoholizmus, a drog, a HIV fertőzés. Gyakran tapasztaljuk napi munkánk során, hogy az egészségügyi felvilágosító munka mennyire szervesetlen. Nemcsak a laikus, de még az egészségügyben dolgozók is félnek a külső eredetű fertőzés lehetőségétől.

A fertőzés egyetlen módja a cseppfertőzés, de függ a baktériumtörzs virulenciájától és az egyén szervezetének immunállapotától.

A beteg ember köhögéssel a levegőbe juttat parányi cseppeket, mely zsúfolva van baktériumokkal, ennek folyamatos belélegzése betegíthet meg. Zárt, szellőzetlen helyiségben a cseppek sokáig lebeghetnek, inhalációval az egészséges ember szervezetébe

juthatnak. Miután több millióra szaporodott a szervezetben (ez kb. egy-másfél hónap), a tüdőben gyulladásoz reakciót okoz. Ez a gyulladás meszesedéssel gyógyulhat, de kezeletlenül a betegség súlyosabb formájába megy át. A baktériumok a szervezetben „alvó állapotba” is kerülhetnek, nem pusztulnak el és évek, évtizedek múlva a szervezet immunállapotának függvényében mintegy újra éledve, felélesztik a betegséget.

Maga a kórokozó (*Mycobacterium*) igen szívós, de a fényre, az ultraviola sugarakra igen érzékeny. Tehát sötétben, nedves közegben, hidegben ellenálló. Ez a magyarázata, hogy a rossz higiénés és lakásviszonyok között, zárt közösségekben (börtönök, kollégiumok, szociális otthonok) igen magas a fertőzés lehetősége. A gyakori lakás-, ruha-, ágynemű-szellőztetés, napon való szárítás néhány nap alatt elpusztítja a baktériumot. A klór tartalmú fertőtlenítő és mosószerek igen hatékonyak a kórokozó ellen.

A büntetés-végrehajtási intézetekben változatlanul magas a régi tbc-s betegek száma, de a friss megbetegedések számában is növekvő tendencia van. Tapasztaljuk, hogy a friss megbetegedések súlyosabb kórfórmában jelentkeznek és egyre több a gyógyszer rezisztens törzsekkel fertőzöttek száma. A mi beteganyagunkban az életkori szóródás is elég nagy a 20 és 50 év között. Férfiak és nők közötti megoszlásban sincs meghatározó különbség. Tüdőosztályunkon vizsgált és kezelt fogvatartottaknál egyértelműen bizonyítható, hogy az alkoholizmus, a hajléktalanság, a bünözö életmód a legfőbb kórokozó tényező.

Magyarországon igazságügy-miniszteri rendelet szabályozza a fogvatartottak egészségügyi ellátását.

E rendelet és módszertani útmutató írja elő a gümőkór kiszűrésével, gyógykezelésével

és utógondozásával összefüggő eljárásokat. A fogvatartottaknak részt kell venniük a szűrővizsgálaton, de nem kényszeríthetők. A büntetés-végrehajtási letöltö intézetek évente egy alkalommal szerveznek a megyei mozgó szűrőállomások intézetbeli kitelepülésével tüdőszűrö vizsgálatokat. Több megyei intézetben már a befogadásnál a helyi tüdőgondozókban elvégeztetik a vizsgálatokat. Ez azonban koránt sem jelenti azt, hogy minden tbc-s, vagy daganatos beteg kiszűrhető.

A fogvatartottak részvételi aránya ezeken a szűréseken megközelíti a 80%-ot. A kiesö 20% az idöközbeni szabadulás, ideiglenes távollét, bírósági eljárás vagy egyéb okok, illetve más intézetbe való átszállítás miatt hiányzik. Így fordulhat elő, hogy egy fertözö beteg akár több hetet is eltölthet zárt közösségben anélkül, hogy tudná, mennyire fertözi társait. A tüdőszűrések elvégzésének ellenörzését, a betegség gyanúja miatt kiemelt fogvatartottakkal kapcsolatos teendőket a Bv. Központi Kórház szakmailag felügyeli.

A Bv. Központi Kórház Tüdőosztályának feladata, hogy a tüdőszűrésen kiemelt gümökóros betegeket ismételt vizsgálatok után, ha szükséges, osztályára felvegye, kivizsgálja, gyógykezelje, és utógondozásáról gondoskadjon. A kivizsgálás során amennyiben bebizonyosodik, hogy fertözö betegről, vagy frissen felfedezett, de bacilust nem ürítöröl van szó, írásban értesíti a beutalö intézet egészségügyi szolgálatát a lehetséges kontaktok felkutatása érdekében, egyben a kiemelt betegek lakhely szerint illetékes tüdőgondozóját is írásban tájékoztatja.

A kórházi kivizsgálás és gyógykezelés hatékonysága érdekében a lakhely szerinti illetékes tüdőgondozóból írásban megkéri az

összes fellelhető orvosi dokumentációt (lásd: az előző évek szűrőképeit).

A kórházi kezelés addig tart, amíg a fertőzőképesség meg nem szűnik, illetve tökéletesen bizonyítható a kezelés hatásszája. Ezután kerülnek vissza a közösségbe – a büntetés-végrehajtási intézetekbe –, ahol a zárójelentésen megjelölt gyógyszeres kezelést előírás szerint folytatják az alapellátó orvos felügyeletével. A börtönbüntetés időszakában rendszeresen kontroll vizsgálatokra visszajárnak a Bv. Központi Kórház tüdőosztályára. Sajnos a fogvatartott tüdőbetegek nagy számánál a kezelések hatékonysága csak a fogvatartás időszaka alatt mérhető reálisan.

A betegség gyógyszeres gyógyítása természetesen orvosi feladat, de a gyógyszerek bevételének ellenőrzését az ápolók végzik. Gyakran tapasztaljuk, hogy miután a betegség kifejezett fájdalommal nem jár, a betegeknek nincs betegség tudatuk, megpróbálják a számukra előírt, valóban sok tablettá, kapszula bevételét mellőzni, ezzel hátráltatva gyógyulásukat. Sokkal szívesebben fogadják el az általuk is jól ismert vitamin készítményeket, mint a napi 15–20 szemből álló gyógyszeradagot. Sok türelmet és időt igényel felvilágosításuk, hogy mindezt gyógyulásuk érdekében, de kellő szigorral tesszük. A legnagyobb ellenállást és visszatartást éppen azok a betegek tanúsítják, akiknek a betegségük a legelhanyagoltabb stádiumban van és közvetlen fertőző forrásként is szerepelnek, ezért osztályunkról el sem tudjuk bocsátani, de közösségbe sem engedhetjük őket.

Ápolásukat illetően elsősorban meg kell ismertetni velük a legalapvetőbb higiénés ismereteket, fel kell hívni figyelmüket saját környezetük tisztántartására és beteg társaikkal szembeni magatartásra, mint pl.: köhög-

géskor és köpetürítéskor papírzsebkendő, papírvatta, köpöcsésze használata.

Amennyiben a fogvatartott szabadulásának ideje ismert, a lakhelye szerint illetékes tüdőgondozót tájékoztatjuk, és a szükséges orvosi dokumentációt megküldjük, hogy a rendszeres ellenőrzés és folyamatos gyógyszerellátás biztosítva legyen. Nagyon sok esetben tapasztaljuk, hogy szabadulás után nem jelentkeznek a tüdőgondozókban, így az ellenőrzési rendszerből kiesnek. Hangsúlyozom, hogy a tüdőgyógyász hálózatban függetlenül attól, hogy polgári vagy büntetés-végrehajtási intézményről van szó, szoros szakmai kapcsolat alakult ki az évtizedek során, éppen azért, hogy a tuberkulózisos betegek egy folyamatos ellenőrzési rendszerben legyenek.

Azoknak a beteg fogvatartottaknak, akik szabadulás után még kórházi kezelésre szorulnak, azoknak megszervezzük polgári gyógyintézetbe való elhelyezését és átszállítását. Összefoglalva: a büntetés-végrehajtási intézetekben a szabadságvesztésüket töltő fogvatartottak tüdőszűrése, tuberkulózisos kivizsgálása és gyógykezelése, valamint gondozása évtizedek óta jól szervezett.

A tuberkulózis újraeredése nagy kihívás mindenki számára, főleg az alapellátásban és a rizikó csoportokkal foglalkozó szakemberek számára. A betegség továbbra is a hátrányos szociális helyzetűek növekvő populációjára koncentrálódik.

Az Egészségügyi Világszervezet is felfigyelt a tbc újbóli terjedésére, és új nemzeti programok kidolgozását sürgeti, melynek célja, hogy 2004-ig lényegesen csökkenjen az ebben a betegségben elhunytak száma.

Dr. Barna Ildikó

A fogvatartottaknak az egészségügyi ellátással kapcsolatos panaszainak törvényességi vizsgálatáról

A büntetés-végrehajtási törvényességi felügyeleti és jogvédelmi ügyészek (a továbbiakban: bv. felügyeleti ügyészek) minden évben és szükség esetén akár többször is, megvizsgálják többek között a végrehajtás rendje körében, a fogvatartottak egészségügyi ellátásának törvényességét, a vonatkozó törvényi és rendeleti előírások betartását, a fogvatartottak érdekeinek megsértése miatti panaszait. Amikor ezekről dönteniük kell és a panaszt elbírálni, akkor egészségügyi, orvosi képzettségű személy közreműködését veszik igénybe, mégpedig több esetben is. Szintén kétszámjegyű az az eset, amikor igazságügyi orvosszakértői véleményre van szükségük. Az Európa Tanács Ellenőrző Bizottságának (CPT) legutóbbi (1999. évi) és soron következő (2003) látogatásának is témája volt és lesz is a fogvatartottak egészségügyi ellátása. A felkészülés érdekében az ügyészi vizsgálati tapasztalatokról, azok kiegészítése érdekében végzett külön vizsgálatokról a tájékoztodás éppen ezért hasznos lehet.

Az emberi és állampolgári jogok biztosítása iránti minden igény ott a legerősebb, ahol az állam a legsúlyosabban korlátozhatja ezeket a büntetőjogi felelősségre vonás során. Ha a végrehajtási tevékenység nem törvényes, akkor nem váltja ki az állam törvényei iránti tiszteletet és természetesen nem felel meg az jogállamiság követelményeinek sem. Az igaz-

ságszolgáltatásban – beleértve a büntetés- vagy szankció-végrehajtást is, ami nélkül az előbbi parttalan maradna – nincs súlyosabb követelmény, nagyobb érték, mint a törvényesség megtartása. *Ez kifejezésre jut a büntetések és az intézkedések végrehajtásáról szóló, többször módosított 1979. évi 11. számú törvényerejű rendelet (továbbiakban: Bv. tvr.) 1. §-ának (1) bekezdésében is, amely szerint büntetés és intézkedés csak a jogszabályban meghatározott módon hajtható végre. A Bv. tvr. 2. §-a alapján „az elítélttel szemben csak az ítéletben és a törvényben meghatározott joghátrányok alkalmazhatók.”* Jogállamban a büntető felelősségre vonás hatálya alatt álló személyt illetően is, tiszteletben kell tartani az emberi méltóságot és mindazokat a jogokat, amelyeket a törvény, illetve büntető ítélet nem korlátoz. A fogvatartott jogainak elismerése; sine qua non előfeltétele, mintegy kiinduló pontja minden olyan akciónak, amely megkísérli a társadalomba való visszavezetésének előérését. A jogok biztosításának és hatékonyságának szükséges mértékű, differenciált, következetes megkövetelésével lehet tökéletes összhang a büntetés-végrehajtási rendszer tartalmi jellegzetességeit tükröző, az elítéltek jogi helyzetére vonatkozó rendelkezések, valamint a büntetési célok között. Az Alkotmány 64. §-a alapján „mindenkinek joga van arra, hogy egyedül vagy másokkal együttesen irás-

ban kérelmet vagy panaszt terjesszen az illetékes állami szerv felé.” A fogvatartotti panasz intézésével kapcsolatos eljárást, hatásköröket és határidőket, a jogorvoslatot biztosító Bv. tvr. 2. §-ának (4) bekezdésén alapuló részletes végrehajtási szabályozást tartalmazó miniszteri rendeletek írják elő, (így többek között a szabadságvesztés és az előzetes letartóztatás végrehajtásának szabályairól szóló 6/1996. (VI. 12.) IM rendelet (továbbiakban: Bv. Szabályzat) 6. §-a). A Magyar Köztársaság ügyészségéről szóló, többször módosított 1972. évi V. törvény 11. §-ának d. pontja szerint az ügyész „meghallgathatja a fogvatartottakat, illetve felülvizsgálhatja a büntetőügyben hozott határozatok végrehajtásával kapcsolatos panaszokat.” A Bv. Szabályzat 7. §-ának a) pontja is biztosítja, hogy a fogvatartott az egyéb lehetőségein kívül és felül forduljon a bv. felügyeleti ügyészhez, kérve az általa történő meghallgatását. A fogvatartottakat megillető – és a büntetés-végrehajtási szerveknél, továbbá az ügyésznél is előterjeszhető – panaszról, a szabadságvesztést töltő elítélt esetében a Bv. tvr. módosított 36. §-a (1) bekezdésének g) pontja is rendelkezik. Ennek értelmében az elítélt jogosult a bv. intézetben a büntetés-végrehajtási szervektől független szervnél közérdekű bejelentés, panasz, kérelem és jognyilatkozat előterjesztésére. A panaszok egy része a bv. intézetben belül kerül előterjesztésre és rendezésre, azok a külső törvényességi kontroll szerepét betöltő ügyészhez el sem jutnak. Az ügyész úgy szerez tudomást ezekről, ha a törvényességi vizsgálat tárgyául jelöli. Lehetőség van arra is, hogy a fogvatartott panaszával közvetlenül az ügyészhez forduljon, vagy a bv. intézetben előterjesz-

tett panaszának elbírálását kérelmezze nála.

Az első esetben az ügyész a panaszt maga vizsgálja ki és teszi meg a szükséges intézkedést, illetőleg eljuttatja azt az elbírálásra illetékeshez. A második esetben a panasz további elbírálásával kapcsolatos eljárás törvényességét ellenőrzi, mintegy további kontrollt gyakorolva. Amikor az ügyész a panaszt érdemben megvizsgálja, orvosolja is azt. Ez abban is különbözik a klasszikus értelemben vett processzuális jogorvoslattól, hogy nem tekinthető járulékosnak. Ha ugyanis a panaszban foglaltakkal kapcsolatban az ügyész jogszabálysértést állapít meg, akkor is köteles eljárni a törvényesség érdekében, ha az előterjesztő azt már nem kívánja. Az ügyészhez fordulás lehetősége természetesen nem érinti a panaszosnak azt a jogát, hogy emellett sérelmével a jogszabályban meghatározott más fórumokhoz is forduljon.

A legutóbbi ügyészi vizsgálat célja annak megállapítása is volt, hogy a fogvatartottak részéről az egészségügyi ellátással kapcsolatban tett panaszok miként alakultak, mi volt ezeknek a tárgya, kiváltó oka.

A vizsgálat kiterjedt valamennyi, így a bv. intézetekben, rendőrségi fogdákbán, idegenrendészeti fogdákbán fogvatartottakra, az előállító helyiségekben elhelyezettekre, továbbá a határőrségi közösségi szálláson lévőkre is.

I. Általános megállapítások

A vizsgálat megállapította, hogy az egészségügyi ellátással kapcsolatos panaszok száma az elmúlt években előterjesztettekhez képest hasonlóan alakult szinte minden megyében, és a panaszok többsége alaptalannak bizonyult.

Számos esetben a problémákat a fogvatartottak tájékoztatásával meg lehetett oldani és nem volt szükség külön ügyészi, parancsnoki intézkedésre.

A büntetés-végrehajtási intézetekben és rendőrségi fogdáknak is a legnagyobb gondot a személyi, tárgyi és anyagi feltételek hiánya jelentette és ebből adódtak az egészségügyi ellátással kapcsolatos nehézségek is.

A megyék túlnyomó részében egyébként sem elegendő a kórházi személyzet, nincs mindenhol állandó orvos, aki rendelt tartana. Van, ahol nem megoldott az intézetben belül a fogorvosi ellátás sem, így azt rendelőtintézetekben kell biztosítani. Ezen kívül hiány mutatkozik szakképzett ápolókban is.

A másik alapvető probléma az anyagi háttér szűkös volta, ami az utóbbi időben megnövekedett fogvatartotti létszám miatt tovább nehezítette a megfelelő egészségügyi ellátást. Ennek következtében fordulhatott elő, hogy a beteg nem kapta meg időben a gyógyszerét, vagy nem azt a gyógyszert adták ki, amelyet felírtak számára, mivel nem állt módjában ezeknek beszerzése az intézetnek pénzügyi okokból. Ezért a megyei főügyészségek javasolták a költségkeret emelését, hogy az egészségügyi ellátás alapjai a magasabb számú megbetegedés mellett is biztosítva legyenek.

A vizsgálat megállapította továbbá, hogy a büntetés-végrehajtási intézetekben és a rendőrségi fogdáknak nyújtott egészségügyi ellátás jelentősen nem tér el, és a sérelmek is hasonló jellegűek.

A bűnügyi, idegenrendészeti őrizetben lévők, elzárásukat töltők, a közösségi szálláson, illetőleg az előállító helyiségben elhelyezettek részéről egészségügyi tárgyú panasz egyik megyében sem volt.

A panaszok gyakorisága és a sérelmek szerint a következő csoportosításban adunk helyzetképet:

II. 1. A gyógyszerellátás körében felmerült panaszok

a) A fogvatartottak panaszai elsősorban a gyógyszerellátás hiányosságait emelték ki, és ezen belül arra irányultak, hogy a szükséges gyógyszereket nem kapták meg.

Ezek a problémák majdnem minden megyében felmerültek, de a legtöbb esetben alaptalanok voltak, ezért kevesebb alkalommal volt szükség ügyészi intézkedésre. Valamennyi büntető, vagy igazgatási felelősségre vonás hatálya alatt álló személy egészségügyi ellátásának szabályozása a legnagyobb számú fogvatartotti kategóriának, az elítélteknek az egészségügyi ellátásához hasonlít. *Az elítéltek egészségügyi ellátásának alapja a Bv. tvr. 36. § (1) bekezdés a) pontjának rendelkezése, amely azt az elítélt jogaként jelöli meg. Az elítélt egészségének védelmére és ellátására az egészségügyi jogszabályok az irányadók. Az elítéltet a gyógyszerellátás térítés nélkül illeti meg (Bv. tvr. 47. § (2) bek.). A fogvatartottak egészségügyi ellátásáról szóló 5/1998. (III. 6.) IM rendelet 36. §-a szerint a gyógyszerellátást, az orvos utasítása alapján, a büntetés-végrehajtási intézet biztosítja.*

Például az egyik bv. intézetben az elítélt kifogásolta, hogy az orvos 4 napra írt fel gyógyszert számára, és az utolsó napi adagja elmaradt. A másik bv. intézetben pedig azért panaszkodott egy fogvatartott, mert nem azt a gyógyszert kapta, amit ő kért. Egy rendőrkapitányság fogdáján három fogvatartott azt sérelmezte, hogy nem adtak neki fájdalomcsillapítót. Az elmara-

dás oka a gyógyszer hiánya volt. Másik rendőrkapitányságon két fogvatartott a bv. felügyeleti ügyésztől kért altatót és nyugtatót. Az ügyész szóbeli jelzésére, az orvosi vizsgálatot követően megkapták a gyógyszereket.

Az egyik országos bv. intézetben az elítélt azt sérelmezte, hogy nem kap gyógyszert. Állította ezt annak ellenére, hogy az orvosság átvételét korábban már aláírta. Elmondása szerint a fogvatartott fájdalomcsillapítót kért, de az ápoló azt ártalmasnak találta, ezért injekciót javasolt a számára. A panaszos továbbra is ragaszkodott a gyógyszerhez, mivel látta, hogy van belőle a készletben. Előadta továbbá az őt, kérelmére meghallgató bv. felügyeleti ügyésznek, hogy vérző orrát nem kezelte az ápoló, holott azt az orvos korábban ellátta. Az orvosi kezeléssel feljegyzés viszont nem áll rendelkezésre, így ennek hátterét megállapítani nem lehetett, de a beteg végül megkapta a fájdalomcsillapítót.

A másik országos bv. intézetben fogvatartott azt panaszolta, hogy a gyógyszerét annak ellenére éhgyomorra kellett bevennie, hogy azt nem szabad, és a felügyelő őt erre kötelezte. Az ápoló ezt az eljárást hallgatásával jóváhagyta. Valójában nem írták elő, hogy a gyógyszert evés után kell bevenni. A fogvatartott a kórtérben szeretne volna a gyógyszert beszedni, de ez a házirendbe ütközött, ezért azt az elosztóhelyen kellett az ápolószemélyzet előtt lenyelnie.

A megyei bv. intézetben fogvatartott ügyési meghallgatásán előadta, hogy a házi orvos által felírt gyógyszerhez nem jutott hozzá, de a bv. orvos vizsgálatát követően ezt pótolta.

A szomszédos megyei rendőr-főkapitányság fogdáján szintén felmerült két pa-

nasz. Az egyiket oly módon oldották meg, hogy a hiányzó orvosságokat pótolták. A másik esetben a fogvatartott öngyilkossági szándéka miatt felírt gyógyszerét nem kapta meg és ezt sérelmezte. Mivel a gyógyszert csak elmeorvos szakorvos írhatja fel, ezért a bv. felügyeleti ügyész – a főorvossal konzultált és soron kívül intézkedett a beteg kórházi szakrendelésre szállításáról.

Egy másik megyében működő rendőr-főkapitányság fogdájában fogvatartott ügyében, - miután sérelmezte, hogy kábítószer-elvonási tüneteire nem kap gyógyszert – a bv. felügyeleti ügyész szintén megtette a szükséges intézkedéseket orvosi vizsgálatra szállítása érdekében.

A bv. intézetben fogvatartott szerint a nővér nem adott neki gyógyszert. Az ügyési vizsgálat tisztázta, hogy az orvos által felírtakat rendszerben megkapta, de ő a szükséges mennyiségnél mindig többet kért. Másik fogvatartott azt nehezményezte, hogy a fogorvos által felírt gyógyszert a bv. orvos nem rendelte meg, de utóbb elismerte, hogy nem szedte be, illetve összegyűjtötte a tablettákat. Tehát megállapítható volt, hogy a bv. orvos mulasztást nem követett el. Harmadik fogvatartott ugyanabban a bv. intézetben azzal a panasszal fordult az ügyészhez, hogy az általa szedett nyugtatóktól kábult, és nem akarja azokat a továbbiakban szedni. E kéréséről a bv. felügyeleti ügyész a bv. intézet parancsnokát és a nevelőt tájékoztatta, aki elmondta, hogy már korábban közölte a fogvatartottal, hogy forduljon a bv. orvoshoz. Továbbá arról is tájékoztatta a beteget, hogy írásbeli nyilatkozattal le is mondhat a nyugtatók szedéséről.

Az egyik rendőrkapitányság fogdájában négy fogvatartott adta elő, hogy a

gyógyszereket nem jól adagolták, illetve azokat késedelmesen kapták meg. Két fogvatartott szerint az orvos nem a korábban szedett orvosságokat írta fel.

Másik rendőrkapitányság fogdájában három fogvatartott azt hozta fel, hogy az orvos nem írt fel számukra nyugtatót. A negyedik fogvatartott azt sérelmezte, hogy az orvos által felírt gyógyszereket nem kapta meg. A panasz alapos volt, mivel gyógyszerhiány miatt valóban, többször előfordult, hogy nem jutott hozzá. Egy fogvatartott előadta, hogy kábítószer-elvonási tünetei vannak, és a fogda személyzete nem mutatta meg neki, hogy az orvos milyen gyógyszereket írt fel számára. Az eljáró ügyész intézkedett a fogvatartott azonali orvosi vizsgálata érdekében.

Az ettől jóval távolabb lévő megyeszékhelyen működő bv. intézetben pedig az a kifogás merült fel a fogvatartottak részéről, hogy nem azt a gyógyszert írta fel a bv. orvos, mint amit korábban kaptak. Ennek anyagi okai voltak, mivel olcsóbb, de azonos hatóanyagú gyógyszert biztosítottak részükre és erről megfelelően tájékoztatták őket. Másutt a gyógyszerkiosztást nem szakképzett személyek végezték.

A megyei rendőr-főkapitányság fogdáján egy fogvatartott valóban nem kapta meg a gyógyszereit, ezért a bv. felügyeleti ügyész a kapitányság vezetője felé rendelkezéssel élt.

A javítóintézetek közül csak egynél jelentettek gyógyszer ellátással kapcsolatos és alaposnak talált panaszt.

b) A gyógyszerellátás körében felmerült kifogások másik csoportja a késedelmes gyógyszerkiadásokkal állt összefüggésben.

Az egyik rendőrkapitányságon két fogvatartott élt panasszal e tárgyban. Egyi-

kük esetében, aki a felírást követően egy hét múlva sem kapta meg a gyógyszert, a főügyész átiratot intézett a fogda vezetőjéhez. Megállapították, hogy a recept a gazdasági előadóhoz került, aki a főkapitány számára készítette el az év végi elszámolást, ezért nem állt rendelkezésre a kiváltásához szükséges készpénz. A vezető intézkedett annak érdekében, hogy a jövőben ne forduljon elő hasonló jellegű készpénzhiány. Ebben a megyében egy másik rendőrkapitányság fogdájában is adódott olyan ellátási probléma, amelyet a bv. felügyeleti ügyész vizsgálata során észlelt. Az altató elfogyott, a fogvatartott 5 napig nem jutott hozzá. A hiányt utóbb pótolták.

Késedelmes gyógyszerkiadás az egyik megyei bv. intézetben is előfordult. A bv. felügyeleti ügyész tisztázta a helyzetet. A gyógyszer szedését az IMEI írta elő és az intézetnek a gyógyszert külön kellett beszereznie.

II. 2. Az orvosi kezeléssel kapcsolatos panaszok

A panaszok számának nagysága szempontjából a második helyre kerültek az orvosi kezelések miatti panaszok. Az ezekkel kapcsolatos észrevételek elemzésénél a kiindulópont a Bv. tvr. 36. §-a (1) bekezdése a) pontja volt, amely szerint az elítélt jogosult az egészségügyi ellátásra, és a 33. § (1) bekezdése f) pontja alapján köteles alávétetni magát a szükséges orvosi vizsgálatoknak és gyógykezelésnek.

a) Az orvosi kezelések kérdéskörében a legtöbb panasz arra irányult, hogy az orvos a fogvatartottak kérése ellenére nem kezelte őket. Ezek a panaszok általában megalapozatlannak bizonyultak.

Az egyik elítélt sérelmezte, hogy a fogorvos nem fogadta, de utóbb kiderült,

hogyan nem is jelentkezett vizsgálatra. A fő-
 ügyészség átiratot küldött annak érdeké-
 ben, hogy megfelelő nyilvántartást veze-
 senek a jelentkezőkről. A megyei bv. inté-
 zetben egyik fogvatartott öngyilkosságot
 kísérelt meg, de akkor orvos nem vizsgál-
 ta meg, csak az egészségügyi ápoló, aki
 aláíratott vele egy nyilatkozatot, amely-
 ben további öngyilkossági szándékáról le-
 mond. Az 5/1998. (III.6.) IM rendelet 31.
 §-ának (1) bekezdése alapján az orvosnak
 kell döntenie az öngyilkosságot megkísé-
 relt fogvatartott egészségügyi ellátásáról
 és arról, hogy helyi ellátásban kell része-
 síteni, vagy kórházba kell szállítani. Ezért
 a főügyész átiratot küldött a megyei bv. in-
 tétet parancsnokának.

A rendőrkapitányság fogdájában a bv.
 felügyeleti ügyész a fogvatartottat kérel-
 mére meghallgatta, aki elmondta, hogy
 már reggel orvosi vizsgálatot kért, de erre
 csak délután került sor. A dokumentáció-
 ból annyit lehetett kiszűrni, hogy a biz-
 tonsági tiszt az elvárhatónál később érte-
 sítette az orvost, mint ahogy a kérésről ér-
 tesült.

Másutt a fogvatartott azt panaszolta,
 hogy nem szállították ki időben az ideg-
 gyógyászatra. Az iratokból kiderült, hogy
 szakrendelésre csak későbbi időpontot ka-
 pott, és a kivizsgálás is akkor volt esedé-
 kes.

A rendőrségi fogdában a fogvatartott
 azt kifogásolta, hogy befogadásakor az el-
 helyezése csak az orvosi vizsgálatot köve-
 tően lehetséges. Az orvosnak ilyenkor
 írásban kell rögzítenie, hogy egészségügyi
 állapotára figyelemmel elhelyezhető-e a
 fogdán.

A megyei rendőr-főkapitányságon je-
 lezte egy fogvatartott, hogy orvosi vizsgá-
 latra jelentkezett, de nem fogadták. A fog-

da jelentette, hogy ők nem követték el mu-
 lasztást, mivel a nyomozó hatóságnál nem
 állt rendelkezésre a vizsgálathoz szüksé-
 ges tolmács. Belső szabályozást igényel,
 hogy a fogdának, vagy a nyomozó ható-
 ságnak kell-e ilyen esetben a tolmácsot
 biztosítani.

Az egyik megyei bv. intézetben a fog-
 vatartott mondta el, hogy az orvos nem
 kezelte és rosszulletteit pszichés eredetű-
 nek véleményezte, ezért pszichológiai
 vizsgálatot kért. A bv. felügyeleti ügyész
 ezt jelezte a bv. intézet vezetőjének, és a
 problémát külkórházba szállítással orvo-
 solták.

A rendőrkapitányság fogdájában az
 egyik fogvatartott azt sérelmezte, hogy az
 elfogása során a vele szemben intézkedő
 rendőrök eltörték a karját, és ezt a befo-
 gadása során az orvos vette észre. Be-
 utalta a sebészetre, de csak három nap el-
 teltével szállították kórházba. A bv. fel-
 ügyeleti ügyészt a megbízott fogdapa-
 rancsnok arról tájékoztatta, hogy az or-
 vosi könyvet nem szokta ellenőrizni, és a
 fogvatartott neki nem panaszkodott. Az
 ügyész feljegyzését megküldte a rendőr-
 kapitányság vezetőjének és a későbbiek-
 ben a fogdaparancsnok személyében vál-
 tozás történt. Ugyancsak itt egy másik
 fogvatartott elmondta, hogy kórházban
 kezelték és innen került a fogdára. Keze-
 lőorvosa kérése ellenére sem részesítették
 további ellátásban, varratait is a zárka-
 társai szedték ki. A főügyészséget arról
 tájékoztatta válaszában a rendőrkapitá-
 nyság vezetője, hogy a befogadást vég-
 ző orvos a fogvatartottnál mindent rend-
 ben talált és a fogvatartott nem jelente-
 zett kezelésre.

Egy másik rendőrkapitányság fogdá-
 jában két fogvatartott azt adta elő, hogy

kérésük ellenére nem jutnak el az orvoshoz. A sérelmet, az ügyészi meghallgatást követően megszüntették. Egy fogvatartott pedig az ügyész kérdésére elmondta, hogy térde erősen feldagadt. A bv. felügyeleti ügyész a fogvatartott haladéktalan orvosi vizsgálatát kezdeményezte.

Az egyik megyei bv. intézetben két alkalommal is intézkedni kellett, mivel ez a kifogások alapján szükségesnek bizonyult. Az első esetben a fogvatartottat többszöri kérelmére sem szállították fogorvosi vizsgálatra, ezért az ügyész rendelkezett, hogy haladéktalanul gondoskodjanak a kezeléséről. A másik fogvatartott csak az ügyéssel közölte, hogy újra EKG vizsgálatot szeretne. Mivel a kéréséről más tudomást nem szerzett, így nem állt módjukban teljesíteni a fogvatartott igényét. A bv. felügyeleti ügyész a fogvatartottat az egészségügyi szolgálathoz utasította.

A javítóintézetből megszökött fiatalok kérése ellenére sem történt meg elfogását követően, részletes orvosi vizsgálata. Az orvos külsérelmi nyomok hiányában sértetlennek találta, de a fiatalok az állította, hogy a rendőrök bántalmazták. Az ügyész kivizsgálta a panaszt és alaposnak találta. Ezért utasította az intézet igazgatóját, hogy a részletes orvosi vizsgálatot folytassák le.

b.) Az orvosi kezeléssel kapcsolatos fogvatartotti sérelmek másik csoportja a nem megfelelően tartott kezeléssel összefüggésben merült fel.

A megyei bv. intézetben egy fogvatartott nem volt megelégedve az orvosi ellátással, és kérte a szakorvos általi műtét elvégzését. Az illetőt elszállították műtetre, de annak elvégzésébe végül nem egyezett bele. A másik fogvatartottnak a védője szintén kifogásolta az orvosi ellátást, va-

lamint a szakorvosi kezelést, és műtétet kezdeményezett. Megállapítást nyert, hogy ez esetben is megfelelő volt az ellátás, mivel a fogvatartottat szakorvos kezelte, és a műtét szükségességéről csak egy későbbi időpontban lehetett dönten.

Egyik országos bv. intézetben fogvatartott is kifejezetten az orvosi ellátást sérelmezte. Kifogásolta, hogy a fizioterápiás kezelés nem alkalmas betegségének gyógyítására. A vizsgálat megállapította, hogy a kezelés az orvosi előírásoknak megfelel és újabb szakorvosi beavatkozást nem igényel.

HIV fertőzött külföldi állampolgárságú fogvatartottak azt hozták fel sérelemként, hogy a Szent László Kórházban nem részesülnek ugyanolyan magas szintű ellátásban, mint a magyar állampolgárok. A főügyészség átirattal élt az intézet igazgatójához, aki ezt felterjesztette a BVOP Egészségügyi Főosztályára. Az esetet kivizsgálták és megállapították, hogy a külföldiek azonos orvosi ellátásban részesültek.

Több fogvatartott is élt panasszal az ápolók eljárása miatt. Egyik fogvatartott azt sérelmezte, hogy ujját csontig megvágta és a nővér nem kezelte. Utóbb azonban kiderült, hogy a sérület az orvos rendben ellátta. Több fogvatartott kifogásolta, hogy a gyógyszerelosztó ápoló döntötte el, hogy azonnal orvoshoz kerüljön-e a beteg, vagy ő maga látja el, vagy ad-e részére gyógyszert; vagy megállapítja, hogy semmi baja. A bv. felügyeleti ügyész a konkrét ügyben megállapította, hogy az intézet nem biztosította a legközelebbi orvosi rendelésre történő előállítását, ezt a főügyészség jelezte az intézetnek. Ennek eredményeképpen az intézet parancsnoka elrendelte, hogy az egészségügyi vizsgál-

latra a körletfelügyelőnél kell jelentkezni és ennek alapján az utóvizsgálat igazolta, hogy a jelentkezőkről listát készítettek. Ennek ellenére előfordult, hogy a fogvatartottak a gyógyszerelosztó nővérhez fordultak, de erről nem készítettek nyilván tartást, ami megnehezítette az esetleges panaszok kivizsgálását is.

A megyei bv. intézetben fogvatartott előadta, hogy szakszerűtlenül kezelték. A bv. felügyeleti ügyész tájékoztatta, hogy műhibára csak abban az esetben hivatkozhat, ha ezt az újabb vizsgálat alátámasztja. A fogvatartott ezt tudomásul vette. A későbbi vizsgálatok pedig kimutatták, hogy meggyógyult. Egy másik fogvatartott a bv. orvossal szemben több panaszt is elő terjesztett. Egyrészt azt nehezményezte, hogy az orvos nem kezdeményezte műtétje felülvizsgálatát, és hogy daganata miatt sem küldték szakrendelésre. A beteget kivizsgálták, és egészségesnek találták. Előadta továbbá, hogy az egészségügyi iratait sem adták ki számára. Ezért értesítették, hogy az iratokat kérelmére kiadják, mivel az 5/1998. (III.6.) IM rendelet 4. §-ának (2) bekezdése alapján a fogvatartottnak biztosítani kell, hogy a fogvatartása alatt keletkezett egészségügyi adatait megismerje.

3. A műtéti eljárással kapcsolatosan előterjesztett fogvatartotti panaszok

Műtéti beavatkozás – a közvetlen életveszély elhárítását szolgáló műtét kivételével – csak a beteg előzetes hozzájárulásával történhet. E tekintetben az egészségügyi jogszabályok az irányadók.

Az egyik országos bv. intézetben fogvatartott nehezményezte, hogy az orvos nem intézkedett orrműtétje érdekében. Az elutasítás orvosilag megalapozott volt,

mivel sérülését csak később lehetett műteni, és ezért gyógyulása szövődmények nélkül várható volt.

Egy megyei intézetben fogvatartott személy sérelmezte, hogy a Bv. Központi Kórházban megműtötték, amelynek során egy magyar nyelvű nyilatkozatot irattak vele alá, amelyet, - mivel a nyelvet nem ismerte – nem értett. Az eset vizsgálata során kiderült, hogy a kórházban nem került sor műtetre, csupán kivizsgálták a fogvatartottat. A beteget utóbb ismét a kórházba szállították, de sem a megfigyelésébe, sem a kivizsgálásába nem egyezett bele. A nyilatkozatot egyébként lefordították számára német nyelvre.

A Bv. Központi Kórházában az egyik fogvatartott előadta, hogy műtétje nem sikerült jól, ezért külkórházban szeretne korrekciós műtétet végeztetni, de nem engedélyezték. A bv. felügyeleti ügyész megkereste a kórházat, és a kórház ezt követően hozzájárult, hogy a bv. szervezeten kívül kezeljék.

4. Fogvatartotti panaszok a kórházba utalással kapcsolatban

A gyógyító-megelőző ellátást a fogvatartott elsősorban az őt fogvatartó bv. intézetben, illetve a büntetés-végrehajtás egészségügyi intézményeiben (Bv. Központi Kórháza, annak a Nagyfai Országos Büntetés-végrehajtási Intézetben működő Krónikus Utókezelő Részlege, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet) vehet igénybe. Szükség esetén a büntetés-végrehajtás gondoskodik arról, hogy az elítélt a bv. keretein kívül részesüljön kezelésben.

A fogvatartottak negyedik, legnagyobb számú sérelme az volt, hogy nem „civil kórházban” történik, történt a kezelésük.

Ezeknek a sérelmeknek a nagy része nem volt kellőképpen megalapozott.

Az egyik országos bv. intézetben fogvatartott polgári intézeti gyógykezelését kérte, amelyre a Budapesti Szent István Kórházban került sor az ügyészi intézkedés alapján. Másik fogvatartott pedig civil kórházi kezelése miatt más bv. intézetbe történő szállítását kezdeményezte, amelynek szintén eleget is tettek.

Ugyanebben a megyében működő másik bv. intézet epilepsziás fogvatartottja kérte az áthelyezését a szomszédos bv. intézetbe, de ezt elutasították kérelmének megalapozatlansága miatt. Egy elítélt gerincsérülésére hivatkozott és ennek vizsgálatára két alkalommal is átszállították más megyébe gyógykezelésre. Volt olyan fogvatartott, aki gégepolip műtétjét polgári kórházban szeretne volna elvégeztetni. Az intézet a Bv. Központi Kórházba utalta, itt azonban a műtét elvégzéséhez nem járult hozzá.

A fegyházban büntetését töltő elítélt kifogásolta, hogy a kezelések nem megfelelőek és betegségére hivatkozással büntetése félbeszakítását kérte. A büntetés végrehajtásának félbeszakítására a Bv. tvr. 22. §-ának (1) és (2) bekezdése alapján lehetősége van egészségügyi állapota miatt is, de a Bv. Szabályzat 181. §-a rögzíti, hogy ez akkor lehetséges, ha az elítélt súlyos betegségben szenved. A panasz nem volt indokolt, mivel ellátása a bv. keretein belül is lehetséges volt. Egy fogvatartott azt nehezményezte, hogy nem szállítják a Tököli Bv. Központi Kórházba, pedig oda szeretne kerülni. Az IMEI vizsgálata alapján kórházi elhelyezése nem volt megalapozott.

Sajnos még mindig volt olyan rendőrkapitányság, amelynek fogdjában az

egyik fogvatartott joggal panaszkodhatna, hogy állapota egyre rosszabbodik. Ezért a fogdát felügyelő orvos kórházba utalta, de előadója nem járult hozzá az átszállításhoz. A bv. felügyeleti ügyészt ismételt kérésére tájékoztatta a bünyügyi osztály vezetője, hogy a fogvatartottat TAJ-kártya hiányában nem lehetett átszállítani. A főügyészség a rendőrkapitányság eljárása miatt jelzéssel élt.

5. Panaszok a gyógyító-nevelő csoportba helyezéssel kapcsolatban

A szabadságvesztés végrehajtási rendszerének javára írható az is, hogy gondot és figyelmet fordít azokra, akiknél az elmeállapot kóros működése korlátozta cselekményük következményeinek felismerését, illetve akik személyiségzavarban szenvednek. Ezek, valamint a kényszergyógyításra kötelezett alkoholisták számára hozták létre a gyógyító-nevelő csoport intézményét.

Az 5/1998. (III. 6.) IM rendelet 25. §-ában, és a Bv. Szabályzat 173. §-ában foglaltak alapján került sor két panasz elutasítására. Kérelmeket a gyógyító-nevelő csoportba való elhelyezés iránt, két fogvatartott terjesztett elő. Egyik sem bizonyult megalapozottnak és egészségügyileg indokoltnak, mivel a rendeletekben előírt feltételek nem álltak fenn.

Egy fiatalkorú viszont azt sérelmezte, hogy a gyógyító-nevelő csoportba helyezték és társai ezért kigúnyolták. A panasz kivizsgálása során az eljáró ügyészség megállapította, hogy az intézet gyakorlata jogszabályt sért, mivel a fogvatartottakat orvosi javaslat nélkül helyezték ideiglenes jelleggel gyógyító-nevelő csoportba és ennek időtartama

több esetben is meghaladta az előirt harminc napot. Az intézet igazgatója ígéretet tett a megfelelő gyakorlat helyreállítására. A gyógyító-nevelő csoportban elhelyezett elítéltek külön házirend és napirend szerint élnek, részükre az állapotuknak megfelelő jellegű és idejű foglalkoztatást, oktatást, pszichoterápiás kezelést biztosítanak.

6. A nemdohányzók védelmének érvényesüléséről

Az 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelmében előírja, hogy a dohányzó és a nemdohányzó fogvatartottakat el kell különíteni egymástól, és külön zárkában kell elhelyezni. Az elhelyezés a túlzásfolttság miatt nehezen megoldható, ezért még ebből is problémák adódtak.

E körben több bv. intézetben nyújtottak be panaszt. A főügyészek intézkedtek külön zárkák kijelölése érdekében. A Bv. Központi Kórházában is több fogvatartott jelezte, hogy a közös betegszoba problémákat okoz. A főügyész jelzéssel élt a kórház felé, és a kórház a szükséges intézkedéseket megtette.

A dohányzással kapcsolatban azt sérelmezte a fogvatartott, hogy az egyik megyei bv. intézetben 8 napig dohányzó zárkában volt, amely egészségügyi állapotát károsan befolyásolta. A fogvatartottnál elvégezték az allergiavizsgálatot és felírták számára a szükséges gyógyszert. Megállapították, hogy egészségügyi állapotának romlása nem állt összefüggésben a dohányzó zárkában történő elhelyezésével. Felmerült ilyen panasz országos bv. intézetben és rendőrségi fogdában is, melyet azzal indokoltak, hogy átmeneti helyhiány alakult ki.

7. Egyéb eseti panaszok

Az egészségügyi ellátással kapcsolatban az eddig említett csoportokba nem sorolható, egyéb kifogásokkal is éltek a fogvatartottak.

A megyei bv. intézetben lévő fogvatartott azt nehezményezte, hogy az orvos által előirt diétát nem tudja betartani rajta kívülálló okokból. Megállapították, hogy diétát számára nem is irtak elő. Az 5/1998. (III. 6.) IM rendelet 7. §-ának (2) bekezdése szerint, a bv. orvos írásbeli javaslata alapján kell a fogvatartottat diétás étellemezésben részesíteni, amelyet a Bv. Szabályzat 147. §-ának (4) bekezdése is rögzít. A Fogdarendelet szerint az orvos javaslatára kell a fogvatartottak részére diétás étellemezést biztosítani.

Az egyik elítélt arra hivatkozott, hogy egészségügyi okokból nem dolgozik. A bv. orvos szerint egészségügyi szempontból alkalmas a munkavégzésre, ezért fegyelmi fenytést kapott. A Bv. Központi Kórházában tartott kivizsgálás alapján is munkaképesnek tartották, de a II. fokon történő elbírálás érdekében szakrendelésre szállították.

Az egyik megyében, a rendőrkapitányság fogdájában, két esetben fordult elő, hogy a fogdaőr elvette a fogvatartottak szemüvegét. A vizsgálat megállapította, hogy a fogvatartottak szemüvegét az ügy előadójának utasítására, a letéti tárgyak közé helyezték, de a bv. felügyeleti ügyész rendelkezésére kiadták a fogvatartottaknak. Másik fogvatartott esetében a szemüveget bűnjelként kezelték, ezért a bv. felügyeleti ügyész intézkedett a szemorvosi vizsgálat lefolytatása iránt.

A megyei bv. intézetből egy fogvatartottat „külkórházba” szállítottak vizsgálatra és a bilincsben levő fogvatartottat

ott a nevéen szólították be vizsgálatra, amit ő joggal sérelmezett. A bv. intézet parancsnoka és a kórház igazgatója közötti levélváltás eredményeként megállapodtak abban, hogy ezután nem név szerint szólítják a fogvatartott betegeket, mert az a személyhez fűződő jogait sértené, amely a Bv. tvr. 2. §-ának a) pontjába is ütközik.

Az egyik fogvatartott azt sérelmezte, hogy a kórház szájmaszkkal állította elő tárgyalásra. A bírónő a fogvatartott tbc betegsége miatt nem volt hajlandó e nélkül megtartani a tárgyalást. A bv. felügyeleti ügyész tájékoztatta a panaszcsoport elnökét.

Több fogvatartott nő adta elő, hogy a fogvatartásuk idején a kórházban született és vele együtt elhelyezett egyévesnél fiatalabb gyermekét csak etetéskor láthatja, nem fürdetheti és csak kapcsolattartási rend szerint, láthatják a gyerekeket. Az ügyész nem tudott intézkedni az ügyben, mivel az 5/1998. (III. 6.) IM rendelet előírja az együttes elhelyezést, de annak részletes szabályait, a körülményeket a jogszabály nem tartalmazza.

A rendőrségi fogdán a női fogvatartottak sérelmezték, hogy csak naponta háromszor engedi ki őket a felügyelő a WC-re. Az egyik fogvatartottnak nemrégiben elvégzett műtétje miatt a rendszeres vizeletvisszatartástól alhasi görcsei keletkeztek. A főügyészség a rendőrkapitányságnak megküldte a panaszokat, amelyeknek a rendőrkapitány helyt adott.

Egyetlen megyében jelentkezett gondként, a Határőrsegről, hogy a fogvatartottak egészségügyi bajaikat – nyelvi okokból – nem tudták elmondani, és a tolmács sem értette ezeket a szakkifejezéseket, amelyek szintén a fogvatartottak alapvető jogait veszélyeztették.

A Bv. tvr. 36. §-a (1) bekezdésének a) pontja alapján az elítélt jogosult egészségi állapotának és a szabadságvesztés végrehajtása alatti tevékenységének megfelelő élelmezésre.

Az egyik megyei intézetben a fogvatartottak egyrészt azt kifogásolták, hogy a diétás ételek valójában nem kalóriaszegények, de vitamindús ételeket nem lehet kapni, és a vásárlásukat, valamint az ilyen tartalmú csomag átvételét nem engedélyezték. Az élelmezéssel kapcsolatban előadták, hogy előfordult, amikor csak heti két alkalommal volt meleg vacsora; továbbá, hogy az „ételek sokszor gusztustalanok és ehetetlenek”. A meleg vacsora hiánya csak átmeneti jellegű volt, és a 6/1996. IM rendelet 147. §-ának (1) bekezdése a napi három étkezéssel belül legalább egyszeri meleg étkezést ír elő. Az ügyész felhívta az intézetek figyelmét, hogy fokozottan ellenőrizzék az élelmezés minőségét.

A fogvatartottak szerint higiénias szempontból is mutatkoztak hiányosságok: mégpedig, hogy a bőr- és nemibeteg gondozottak számára nem biztosítanak heti kettőnél több melegvízes fürdőt, és a dolgozó fogvatartottak sem fürödhetnek minden nap munka után. A melegvízes fürdés időtartama egyébként is túl rövid és a törülközők cseréjének gyakorisága sem felel meg az előírtaknak. A Bv. Szabályzat 151. §-ának (1) bekezdése szerint a szennyező munkaterületen dolgozó fogvatartottak számára lehetővé kell tenni a naponkénti munka utáni fürdést.

Javaslatok a jogi szabályozásra

A vizsgálat tapasztalatai alapján több megyében is megfogalmazódott, hogy a hatályos jogszabályi rendelkezések nem

adnak egyértelmű eligazítást az előállító helyiségben lévő személyek egészségügyi ellátásával kapcsolatban. *Az előállítottakat nyilatkoztatni kell sérüléseikről, és a sérülteket orvosi ellátásban kell részesíteni (5/1998. (III. 6.) IM rendelet 45. §-ának (3) bekezdése, a 66/1997. (III. 10.) BM rendelet 39. §-ának (3) bekezdése). Emellett a Rendőrség és a Határőrség körözési tevékenységéről szóló 20/2001. (X. 11.) BM rendelet 11. §-ának (2) bekezdése a körözött és előállított személy haladéktalan orvosi vizsgálatát írja elő annak megállapítására, hogy vannak-e a fogvatartotton külsérelmi nyomok. Mindezekből következően az előállított személyeknél csak akkor van szükség orvosi vizsgálatra, ha külsérelmi nyomokat találtak a testükön.*

Felmerült továbbá, hogy az 5/1998. (III. 6.) IM rendelethez hasonlóképpen, a fogdáknban fogvatartottak egészségügyi ellátására vonatkozóan is, részletesebb végrehajtási szabályokat kellene kidolgozni.

Összességében megállapítható, hogy a fogvatartó intézmények – így több mint 30 bv. intézet, több mint 100 rendőrségi fogda, több mint 20 határőrségi idegenrendészeti fogda és közösségi szállás, 4 javítóintézet (nem számít ide, de szintén vizsgált, több száz előállító helyiség) az egy-egy napon összesen több, mint húsz-

ezer fogvatartott személynek – a jogszabályi előírásoknak megfelelően biztosítják az egészségügyi ellátást. A törvényesség érvényesülését a továbbiakban a költségvetési korlátok és az egészségügyi személyzet hiánya korlátozzák.

Általánosnak mondható, hogy a fogvatartottak a valóságosnál súlyosabban fogják fel egészségi állapotukat, erre is visszavehető részint a számos alaptalan, esetenként félrevezető panasz. Egy-egy bv. intézetben azonban még az őrszemélyzet sem tulajdonít mindig kellő jelentőséget a sérelmeknek, ami nem kevés esetben késedelmes ellátáshoz vezetett. Nem lehet elhanyagolható kérdés sem az őrszemélyzet képzsében, sem az egészségügyi panaszok esetén követendő eljárás, melynek fontosságát alátámasztja az elvonási tünetek miatti állapot felismerése is. A bv. felügyeleti ügyészek által lefolytatott vizsgálatok szerint az alapos panaszok esetében a fogvatartó intézmények megtették a szükséges intézkedéseket és a fogvatartottakat az esetleges hiányosságokból kifolyólag orvosolhatatlan sérelem nem érte. Az alaptalannak bizonyult panaszokat is megfelelően kivizsgálták.

*Dr. habil. Vókó György—
Dr. Kovács Dorottya*

Szabadulás után, drog nélkül

„Senki sem lehet szabad,
aki szenvedélyek rabja.”

(Püthagorasz)

A kábítószer korunk nagy kihívása. Évek óta jelen van a magyar társadalomban. Ez a kíméletlenül pusztító ellenség könyörtelenül elérte hazánkat is. Tranzit országból, fogyasztó országgá lettünk. Szinte naponta hallunk arról, hogy országunk határain a rendőrség, sikeres akcióval, kisebb-nagyobb mennyiségű kábítószerrel foglalt le. A különféle írott és elektronikus média állandóan arról közöl híreket, hogy a világban – sajnos egyre gyakrabban Magyarországon is – fiatalok és még szinte gyermekek halnak meg drog túladagolás következtében. Az ilyen tragédiákon túl, azonban még nagyobb a száma azoknak, akik a kábítószernek fogyasztása miatt maradandó lelki és testi károsodást szenvednek. Ez pedig nemcsak az ő életüket rombolja szét, de szűkebb környezetük, kiváltképp a családjuk életét is megnyomorítja. Ez az állítás még abban az esetben is igaz, ha tudjuk, hogy az „*anyaghoz*” való menekülés sok esetben a fiatalok lázadása a széthulló, védelmet nem nyújtó családdal szemben.

Nincsenek pontos adataink, de az tény, hogy a rendszeresen droggal élők száma az utóbbi években megnőtt. Míg 1995-ben, hazánkban 3553 kezelésben részesülő kábítószer fogyasztót tartottak nyilván az egészségügyi és a mentálhigiénés intézmények, addig 2000-ben már 12 789 volt a számuk. /*Forrás: Alternatív drogstratégia, Animula, 2000/* Ennek

ellenére mindannyiunk számára nyilvánvaló, hogy jóval nagyobb azoknak a száma, akik rendszeresen élnek ajzószerrel, akár „*csak*” a hétvégi szórakozások alkalmával az ún. diszko drogokkal, akár naponta az injekciós módszerrel. A probléma tehát óriási. Fokozza a veszélyt az a tény is, hogy Magyarországon egyre több a lelki problémával küzdő ember.

A szenvedélybetegségek-és betegek köre egyre tágul. A betegellátó rendszer hiányosságai, a megelőző modellek részlegességei egyaránt szerepet játszanak abban, hogy ezt a területet nagyon nehéz egységesen áttekinteni és hatékony preventív eredményekről, beszámolni hazai viszonyok között.

A krízishelyzetbe korán beavatkozni azért fontos, mert ez biztosítja a mielőbbi gyógyulást, ellenkező esetben szövődésként a drogos, narkomán esetleg alkoholistá, még súlyosabb esetben pszichopata, vagy öngyilkos lesz.

Ez feltétlenül cselekvésre kell, hogy ösztönözzön bennünket. Ez egyértelműen jelzi, a megelőző intézkedésnek minél korábban kell eljutnia a célcsoporthoz. A fogyasztók száma azonban - ha nem is ijesztő mértékben - az erőfeszítések ellenére is egyre növekszik. Ez a tény rendkívül nagy felelősséget ró a felnőttek társadalmára, a pedagógusok, a szakemberek különböző csoportjára, de a büntetés-végrehajtásban dolgozóakra is.

A Pálhalmi Országos Büntetés-végrehajtási Intézetben Antal Zsuzsanna gyógypedagógus és Borgulya Zoltán pszichológus vezetésével olyan terápiás

csoport működik az elmúlt év – 2001. – szeptemberétől, melynek tagjai a börtön keretei között magától értetődően „*anyaghoz*” nem jutnak, a leszokás fizikai, fiziológiai tendenciáján túl vannak, elvonási tüneteik már nincsenek, azonban személyiségükben kell olyan pozitív változásokat, viselkedési modelleket kialakítanunk, minek következtében a szabadulásukat követően gondjaik, problémáik megoldására nem a szereket hívják segítségül. Sokkal inkább a realitások talaján állva a megküzdési stratégiákat alkalmazzuk.

A kábítószer-élvezet, a fogyasztás, destruktív, önpusztító szenvedélye véleményünk szerint nemcsak megelőzhető és nemcsak gyógyítható, de a mentálhigiéné, valamint a pszichoterápia eszköztárában következetes alkalmazásával meg is lehet „*szelídíteni*”.

Valamennyi szenvedélynek közös, személyeségi gyökerei vannak, melyek zömmel az iskoláskorban alakulnak ki. Ha ekkor nem teszünk semmit (a család és a pedagógus társadalom), akkor válnak az egyént, a társadalmat szétromboló patológias folyamatá.

Tevékenységünk alapja a nemzeti drogstratégiára épül: elsősorban a büntetésüket töltők felvilágosítása és az ezzel kapcsolatos megelőző, elhárító intézkedés. A programunkkal azokat a fogvatartottakat vettük górcső alá, akik bűncselekményük elkövetése idején kábítószer fogyasztók voltak, vagy esetleg a kábítószer-visszaélés bűncselekményét követték el.

Alacsony küszöbű programunk meghirdetését, illetve megkezdését az elítélt társadalom azon része, aki a „*civil*” élet-

ben már kapcsolatba lépett az anyaggal, és megtapasztalta a függőség (dependencia) minden testi és lelki kínját – nyugodt szívvel állíthatjuk – lelkesedéssel fogadta. Bevalljuk, ezt a visszafogottság nélküli örömet mi magunk is meglepetten tapasztaltuk, hiszen azt vártuk, illetve gondoltuk, hogy sokan nem szívesen vallják be „*gyengeségüket*”, az első lépésben kívárnak, és csak később, az első, bátrabb jelentkezők után csatlakoznak köztük.

Meg kell mondanunk őszintén, tartotunk a büntetőjogi kategóriától való féltelműktől is, de szerencsére csalódnunk kellett. Jelentkező, érdeklődő szép számmal volt és van. Egyelőre az igények kielégítése okoz gondot, hiszen egy-egy csoport létszámát az eredményes, sikeres munka érdekében limitálnunk kellett.

Tapasztalataink szerint tehát a fogvatartotti populáció körében a drográpiánkban érintettek száma folyamatosan bővül, valamint az intézet jellegéből fakadóan – országos letöltő intézet – igen jelentős a fluktuáció, s az újonnan érkezettek között is nagy az érdeklődés a program iránt.

Az ún. *alacsony küszöbű programok* azok, amelyek tömegellátásra rendezkednek be. Ez esetben nem várhatjuk és nem is várjuk el az elítéltől azt, hogy absztinenciát vállaljon. Elfogadjuk, hogy ő drogfogyasztó és ezen még egy ideig nem akar változtatni. A mi esetünkben nem is tudja a páciens, hogy szabad környezetben is képes volna-e a teljes megvonásra, az abszolút leszokásra. Az a célunk, hogy a fogyasztással összefüggő káros hatásokat csökkentsük, melyhez a tájékoztató jellegű, a megelőző célú, valamint a konzultációs programokat is fel-

használjuk. Elsősorban a drogfogyasztás következtében fellépő ártalmak csökkentésével foglalkozunk. Pl. ha a bekerült személy „*odakint*” intravénás használó volt, akkor a cél az, hogy ne ezt a „*módszert*” kövesse, azaz ha heroint „*fogyasztott*”, akkor azt a későbbiekben ne ezen a módon tegye. Ha ez megtörténik, akkor ezt már eredményként könyvelhetjük el. A fokozatosság elvének betartását fontosnak tartjuk, mert véleményünk szerint ezeknél a személyeknél ez a fajta magatartás, tevékenység személyiségük egy meghatározó pillérévé vált, tulajdonképpen beléjük ágyazódva, életformává alakult. A szer nemcsak egyszerűen örömforrás, „*élvezeti cikk*”, hanem minden esetben valamilyen hiányt pótol, vagy mint már a korábbiakban említettem, egy hibásan rögzült probléma-megoldási mechanizmus.

Éppen ezért ezt a mélyen beágyazódott, hibásan megtanult magatartásformát, megváltoztatni nem lehet, csak a fokozatosság elvének betartásával. Mindig csak egy lépésre próbáljuk rávenni a páciens, és ha nem tud továbbhaladni, azt is elfogadjuk, viszont, mint ahogy azt már leszögeztem, a legfontosabb célunk az ártalmak csökkentése.

Természetesen a környezet jellegéből fakadóan kell, hogy legyenek és vannak is speciális céljaink. Fontosnak tartom megjegyezni, hogy a drogfüggő személy – véleményem szerint – nem bűnöző, hanem potenciális bűnelkövető.

Milyen módon lehet a kábítószeres bűncselekmények részesévé válni?

Kétféleképpen: lehet elkövető és áldozat, vagy mindkettő.

A kábítószer kipróbáló személyek nagy többségének fogalma sincs arról,

hogyan egy olyan „*vállalkozásba*” kezd, amelynek a következményeiről nincsenek pontos ismeretei.

A kábítószeres bűnelkövetővé válás potenciális veszélye fennáll attól a pillanattól kezdve, hogy a fiatal első alkalommal jut droghoz, majd ezt elfogyasztja. Lehet, hogy már ekkor megvalósította a Btk-ban is megfogalmazott bűncselekményt, a visszaélés kábítószerrel vétségi vagy büntetési alakzatát, de a szabálysértési formáját mindenképpen elkövette. A fogyasztó a kezdet-kezdetén még bizonyosan nem is tudja, milyen drága „*hobbit*” választott. Mikorra ez kiderül, addigra már késő, többnyire kialakult a pszichés, lelki függés, hogy nem tud mit tenni, mert *már meg kell vennie – bármi áron* – a következő adagot. Innentől kezdődően elindul, pontosabban felgyorsul a társadalmi lecsúszás folyamata, a *deviálódás*. Többnyire a kezdeti időszakban a drogvásárláshoz rendelkezik a személy kellő anyagi fedezettel, majd egyre kevesebb lesz az a pénz, amit legálisan felhasználhat e célra. Ekkor jön az ún. *pénzzavar* ideje, amit a gyakori kölcsönkéregetések, majd később a különféle kisebb-nagyobb bűncselekmények – lopás, rablás, terjesztés, stb. – követnek.

Fontosnak tartjuk, hogy a terápiában résztvevőknek felhívjuk a figyelmét a kábítószeres számtalan káros hatására (AIDS, személyiségstruktúra változás stb.), valamint ezen túlmenően a járulékos és súlyos veszélyre is, amely szintén súlyos társadalmi veszélyekkel jár. Káros hatásait nemcsak az elkövető viseli, hanem a családtagjaik, valamint azok is, akiknek sérelmére a bűncselekményt elkövették.

Célunk tehát kettős: egyrészt szabaddulásokat követően lehetőleg őrizzék

meg absztinenciájukat, illetőleg a fogyasztással összefüggő káros hatásokat csökkentsék, valamint egyidejűleg célunk, hogy tartózkodjanak az anyaghoz jutáshoz kapcsolódó járulékos bűncselekmények elkövetésétől, és ez által növeljük a társadalom biztonságát a kábítószerekkel kapcsolatos bűnözéssel szemben.

Megbízható adatok nem állnak rendelkezésünkre arról, hogy a fogvatartottak között, milyen arányban van jelen a drogprobléma. A büntetés-végrehajtási intézetekben 1997 tavaszán az elítéltek 1000 fős reprezentatív mintáján kérdőíves vizsgálatot hajtottak végre a droghelyzet megismerése végett. A vizsgálat eredményeképpen kitűnt, hogy a tiltott szerek élvezete a fogvatartottak között magasabb, mint a normál lakosság körében /*Forrás: Veér András, Nádori Gergely, Erőss László: Alternatív drogstratégia!*.

A börtönökben végzett felvilágosító, megelőző munka, valamint a terápiás tevékenység, időszerűségét ez a vizsgálat is egyértelműen alátámasztotta.

Az illegális drogok fogyasztása Magyarországon jogi szempontból bűncselekmény, de nem az, emberi és orvosi vonatkozásában. Ezért a törvény lehetőséget ad arra, hogy ha a fogyasztónál talált drogok mennyisége csekély, büntetését gyógykezelésre váltsa az ún. *elterelés* intézményén keresztül. Ez a jogi mechanizmus megadja a drogbetegek számára a kezelés, a gyógyulás esélyét, az ehhez való jogukat. A betegnek az első fokú ítélet meghozataláig okirattal kell igazolnia, hogy legalább hat hónapig folyamatosan kezelésben részesült.

A programunk megvalósításához használt szakmai módszerek, eszközök

széles körű repertoárja áll rendelkezésünkre, melyek közül a következőket hívjuk segítségül:

- önismereti foglalkozások,
- meditációs tréning,
- ismeretterjesztő előadások, filmvetítések,
- erősítő tréning,
- az encounter csoport,
- mentálpedagógiai, rehabilitációs módszerek (irodalomcsoport, kreatív terápia)

Mit értünk terápián? A terápia mindig célzott, sikerrel kecsegtető és ellenőrizhető eljárás, valamely betegség leküzdésére. De vajon milyen terápiát alkalmazhatunk drogfüggőség esetén? Az eljárás alapja a drogmentesség tétele kell, hogy legyen. Célja viszont azoknak a változóknak elérése a személyiségben, amely által képessé válik a kliens a szociális önállóságra és a felelősségteljes, önálló életvitel visszanyerésére, melynek segítségével sikeresen tud visszailleszkedni a társadalomba.

Az *önsegítő csoportok* a kölcsönös segítségre és egy speciális cél elérésére alakult önkéntes kiscsoport-struktúrák. Rendszerint azonos élethelyzetű emberek hozzák létre őket, egymás kölcsönös segítésére. Ez esetben a bv. intézetben a mi dolgunk csak a koordinálás, a szervező tevékenység volt. A cél az, hogy a drogos személyiségét „megsemmisítsék” és egy új személyiséget, építsenek fel („átprogramozás”).

A *terápiás beszélgetések* esetében a cél az, hogy a csoporthoz tartozó egyének megosszák egymással tapasztalataikat, erejüket és azon reményüket, hogy megoldhassák közös problémájukat, valamint segíthessenek másoknak a függő-

ségből a gyógyulás útjára lépni. A beszélgetéseket, terápiás foglalkozásokat indirekt módon irányítjuk, vezetjük (p.: téma felvetéssel).

A terápiás foglalkozásaink közül különösen nagy érdeklődéssel fogadták a résztvevők az *encounter csoportok* munkáját, tevékenységét, melynek révén a találkozás önmagunkkal, másokkal, illetve helyzetekkel történik, amelynek átélése, a keletkezett érzelmek, élmények kifejezése, megosztása és megértése, valamint a csoporttagoktól kapott reakciók, visszajelzések egy mélyebb szintű önismeretet eredményeznek. Az *encounter* csoport legfontosabb tényezője: a pszichoterápiás gyógyító munka és a személyiségfejlesztés. Elsősorban a személyiség fejlesztésére, az önismeret és a társas létezés tökéletesítésére, az önkifejezés felszabadítására, az alkotói kibontakozásra irányuló módszer.

Ebben a csoportlétkörben az egytlétek középpontjába a találkozások kerülnek, az önmagunkkal találkozás éppúgy, mint a másokkal való. A szavak mellett így a mozgásoknak („*járj úgy, mint én*”), a gesztusoknak, a testtartásnak, a mimikának, az érintéseknek („*bizalomjátékok*”) és az együttes, vagy az egyéni rajzolásnak, ábrázolásnak („*élet-úttérkép*”) is kiemelt szerep jut.

Az *encounter* csoportok az addiktív problémák kezelésében - egyéb pszichoterápiák mellett, illetve azok kiegészítéseként - azért is tűnnek különösen alkalmasnak, mert a drogfogyasztók egyik leggyakoribb problémája éppen érzelmeik szabályozásával, azok pontos felismerésével és mások számára érthető módon való kifejezésével, illetve kommunikációba vonásával függ össze.

A résztvevők számára a csoport igen intenzív együttes élmények átélését biztosítja.

A foglalkozások során a cél: a nyílt, őszinte, álarc nélküli emberi kapcsolatok kialakítása. A találkozások tükröket állítanak, ám a kliensek személyiségfejlődésében mégsem ez, hanem a tükörbe nézés hajlandósága a legfontosabb.

Az *asszertivitás* olyan szemlélet- és viselkedésmód, amelynek birtokában az egyén oly módon tudja jogait érvényesíteni, hogy közben tekintettel van mások jogaira is. A megvalósítás eszköze a kommunikáció: úgy tudjuk elérni céljainkat, érvényesíteni elgondolásainkat, megvédeni jogainkat, hogy megfelelő közlést teszünk a rendelkezésünkre álló tényekről, gondolatainkról, érzéseinkről és szándékainkról. Az egyén szintjén az erősítő tréning elsődleges célja a megfelelő viselkedés szemléletének, valamint eszközrendszerének begyakorlata, s ezen keresztül nyíltabb érdekérvényesítő, problémamegoldó, konfliktuskezelő és együttműködő stratégiák kialakítása, illetve fejlesztése. Jelen esetben ez a viselkedési mód, érdekérvényesítő magatartás, konfliktuskezelés az anyagról való leszokás fázisán túl a szabadulás utáni reszocializációban, a „*civil*” életben való érdekérvényesítés pozitív eszköztárának kialakításához is jelentős segítséget nyújt a fogvatartottak számára.

A csoportos *irodalomterápia*, a biblioterápiás gyakorlat legmodernebb és leghatékonyabb formája. Szerencsésen egyesíti magában mind a biblioterápia, mind a csoportpszichoterápia hatásait és előnyeit. A csoport munkája a csoportvezető, illetve a csoporttagok által kiválasztott anyagok (novella, vers, stb.) fel-

olvasásán, közös meghallgatásán keresztül halad a megbeszélés, a feldolgozás, a saját, egyéni problémameglátás és a megoldáskeresés útján.

Témaköreink:

- reális önismereten és önképvisel-
ten nyugvó kommunikáció,
- őszinteség, nyíltság, érzelmi függő-
ség, intimitás az emberi kapcsola-
tokban,
- konfliktusok felismerése és interak-
ciós megoldása.

A csoportra a behozott mű leginkább a katalizátor szerepét játssza, csupán kiindulópontja a felolvasást követő beszélgetésnek. Célunk a személyes élettörté-
netből merített emlékek, asszociációk, indulatok és érzések megosztása.

A kezelésben óriási szerepe van a kommunikációs módszereknek, de ki-
váltképpen a csoporttechnikáknak.

Tapasztalataink szerint a *csoportmód-
szerek* komplex alkalmazása nélkül ma
nincs korszerű drogrehabilitáció. A szemé-
lyiségváltozás dimenziójában a nem
specifikus kiscsoport hatásoknak, moti-
váció-szabályozó foglalkoztató csoport-
toknak és referencia csoportszerűen ható,
katarzusra és újratanulásra, szerepgya-
korlásra irányuló intenzív csoportoknak
együtt kell szerepelniük.

Intézetünkben *fiatalkorú női bűnel-
követők* is töltenek szabadságvesztés
büntetést, akik közül néhányan bekerülé-
süket megelőzően kipróbálták már, sőt
éltek a szerrel. Tényként kezelhetjük azt
is, hogy esetenként tettüket is kábítószer-
es befolyás alatt követték el. Bár esetük-
ben a fogyasztás, a kábítószerrel való
élés motivációs hátterében rendszerint
más okok húzódnak meg, mint a felnőtt-

tek, az idősebbek esetében. Azt azonban
tudnunk kell, hogy gyakorlatilag 14-18
éves lányokról van szó, tulajdonképpen
pubertáskorú gyerekekről beszélhetünk.

Testileg a fő jellemzője a kornak a
gyors testi fejlődés, a nemi érés.

Lélektanilag viszont ez a korszak át-
menet a gyermek és felnőttkor között,
amely azt jelenti, hogy a gyermeki és fel-
nőtt magatartásmódok egymást válthat-
ják. A magatartást a gátlásosság és gát-
lástalanság vegyülete, a hangulatok csa-
pongása a viharos jókedv és a kétség-
beesett szomorúság közt, valamint az ér-
zelmi labilitás jellemzi. Az érzelmi élet-
ben a családon kívüli kapcsolatok a gyer-
mekkorhoz képest jóval nagyobb szerep-
hez jutnak, méghozzá kezdetben az ifjú-
sági csoport-, és később a párkapcsola-
tok.

A serdülők, fiatalkorúak életének jó-
formán minden sarkalatos problémája a
családdal és az új (társadalmi és szexuá-
lis) „*identitás*”-sal kapcsolatos.

A szülő, aki együtt él gyermekével
nem képes észrevenni, hogy gyermeke
hirtelen felnőtté vált. Más lett, önálló jo-
gokat követel magának. Ráadásul a szemé-
lyiségének nem minden összetevője
fejlődik párhuzamosan.

Mivel a fiatalok egy része rosszul ér-
zi magát a bőrében, szabadulni akar ettől
a rossz érzéstől. Ehhez olyan utakat ke-
res elsősorban, amelyek gyors kilépéshez
vezetnek, gyors kielégüléssel járnak.
Ilyen lehet a kényszeres, habzsoló evés,
az „*édesség mánia*”, de hasonló a „*vá-
sárlási mánia*”, illetve a játéktérkép
szenvédélyes látogatása is.

Hasonlóan rövid idő alatt segít felol-
dani a feszültséget az ital vagy különbö-
ző szerek (pl.: a drog), amelyek a tudat-

állapotot megváltoztatva oldják a „*kinlódást*”, szorongást. A leggyorsabban ható szer az az anyag, amelyet az érbe adnak, vagy a nyálkahártyán keresztül szívódik fel.

A szerek használatával a törvények, konvenciók általi tiltása, ebben a korosztályban kevésbé hat elrettentően, sokkal inkább dacreakciót vált ki. Inkább csábítja a fiatalot a deviancia felé.

A devianciák közé sorolhatjuk a fiatalok, fiatal felnőttek droghasználatát, kábítószeresét, de ilyen cselekedetek között említhetjük mindenképpen a fiatalok bűnözését, akár anyagi haszonszerzésre irányulnak, akár a szerhasználattal összefüggésben következnek be (pl.: a bűncselekmény a drog megvásárlásához szükséges anyagiak megteremtése érdekében történik).

Megalapozott az a vélemény, hogy az utóbbi időben a fiatalok, sokszor a gyermekkorúak igen *eldurvultak*. Nagyon sok bűncselekményt követnek el oly módon, hogy a sértettre irányuló cselekedetük – a tett durvasága – messze meghaladja a megszerzendő tárgy elvétele érdekében szükséges mértéket. Pontosabban, a már gyakorlatilag megfélemlített, magatehetetlen, esetleg már a földre került sértettet tovább bántalmazták, rugdossák, holott esetenként a várható haszon anyagi ellenértéke jelentéktelen.

Pontos felmérések nem készültek arra vonatkozóan, hogy a fent említett elkövetési tendenciák, eldurvult módszerek okai mire vezethetők vissza, esetleg kapcsolatba hozhatók-e a bódultságot, beszűkült tudatállapotot okozó pszichoaktív szerek használatával, de mindenképpen valószínűsíthető, hogy az anyag hatása alatt elkövetett bűncsele-

mények indokolatlan durvasága, brutalitása kapcsolatba hozható ezeknek az „*élvezeti szereknek*” használatával.

A fiatalok elkövetők körében már több évtizede magasban vezetnek a fiúk, ha a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményeket, deviáns viselkedési módokat vesszük figyelembe. Ez a különbség az utóbbi években egyre kiegyenlítetté válik.

Ennek okaként említhetjük az egyre inkább tért hódító diszkódrogok terjedését, melynek világában, e helyszíneken a nemek megjelenésének aránya kiegyenlített s a fogyasztási, használati szokásokra is a társasági formák jellemzők. A 19 év alatti korosztályokban az elmúlt évek alatt ugrásszerűen megnőtt a kábítószerprobléma miatt kezelt fiatalok száma. Különösen érintettek a 15-19 éves fiúk és lányok, a kezelt betegek száma a fiúknál több mint 7-szeresére, a lányoknál csaknem 6-szorosára nőtt 1995 és 2000 között. A növekedés mértéke sokkal erőteljesebb ennél a korosztálynál, mint a felnőtteknél.

Egy fiataloknál azonban nem számíthatunk stabil terápiás motivációra, még akkor sem, ha önként jelentkezett kezelésre. Természetesen ez azonban nem jelenti azt, hogy nem lehet őket aktivizálni vagy a kezelés eredményességének lehetőségét kisebb eséllyel prognosztizálhatjuk, mint a felnőttek esetében. Úgy érezzük, ez az aktivitás hozzásegítheti a résztvevőket – a fiatalokat, avagy a felnőtteket egyaránt – ahhoz, hogy a terápia segítségével érzelmeiket képesek legyenek szabályozni, illetve azok pontos felismerésével és mások számára érthető módon való kifejezésével – ezáltal a kommunikáció fej-

lesztésével, hozzájárulhassunk ahhoz a kitűzött célunkhoz, hogy szabadulásukat követően tartózkodjanak ezeknek szereknek használatától, és problémáik kezelésére, megoldására ne a drogot hívják segítségül, támaszul.

Zárógondolatként:

A kábítószer fogyasztóknál az identitás, az „én-azonosság” sérül, elveszítik az önbecsülésüket, a személyiség centrumot üresség vagy zűrzavar uralja. Akkor tud valaki egészségesen élni, teljes egyiségben és harmóniában a világgal, ha lelki működésének összes rétegével kapcsolatba tud kerülni, átlátja azokat.

A fent említett általános stratégiánkon kívül - mivel bv. intézetben belül, fogvatartottak rehabilitációját tűztük ki cé-

lul, ugyancsak fontosnak ítéljük meg a prevenció szempontjából:

- csökkenteni a kábítószerrel kapcsolatos bűnözés előfordulását,
- növelni a közösségek biztonságát a kábítószerrel kapcsolatos, bűnözéssel szemben.

A jelen prevenció még eléggé mostohagyerek ahhoz, hogy elegendő tapasztalattal és jó eredményekkel dicsekedhessen. Szeretnénk elősegíteni munkánkkal azt a folyamatot, hogy az ezen a területen végzett tevékenység módszerei tisztulhassanak, és ez által a megelőzés kultúrája stabilizálódhasson, és így hatékonyabbá válhasson.

Borgulya Zoltán

Felhasznált irodalom

Bayer István: *A kábítószer.* Gondolat, Budapest, 1989.

Kovács Imre—Maár Márton—Szabadka Péter: *Ifjú-kór.* OKKER

Németh A.—Gerevich J. (szerk): *Addikciók.* Medicina, Budapest, 2000.

Rácz J.: *A drogfogyasztó magatartás* Budapest, 1988

Dr. Takách Gáspár: *A drog.* Sub-Rosa Kiadó, 1998.

Karl-Ludwig Taschner: *Kemény drogok, lágy drogok.* Medicina, 2000.

Veér András—Nádori Gergely—Eröss László: *Alternatív drogsztratégia.* Animula, 2000.

A tuberkulózis terjedésének és kezelésének nemzetközi kérdései

A nemzetközi statisztikai adatok ismeretében megállapítható, hogy a börtönpopuláció jellemzően a 15-44 év közötti fogvatartottakból tevődik össze. A büntetés-végrehajtási intézeteken belüli életkörülmények sok államban megdöbbentőek. Az elítélteket sok esetben túlsúlyosított létesítményekben helyezik el, ahol nem megfelelő a szellőzés, a higiénia. Az egészségügyi szolgáltatások gyengék, vagy hiányoznak, az élelem pedig gyakran alacsony tápértékű. A börtönök falai között az alkohol- és a kábítószer fogyasztás, a szexuális kapcsolatok kialakítása (beleegyezéssel vagy a nélkül) teljesen ellenőrizhetetlenek. Az említett problémákkal terhelt környezet kedvez az olyan betegségek terjedésének, mint például a HIV és a tbc.

A szerencsejátékok, a drog vagy más cikkekkel való kereskedelem, a prostitúció, és az erőszak – szerte a világon – sok börtönben reálisnak számít, és a belső rendszer részét alkotják. Az előbb említett körülményekből kifolyólag és az elzárás természetéből adódóan nem meglepő, hogy a börtönökön belül sajátos – vallási, etnikai, vagy más szempontok mentén – szubkultúrák jönnek létre.

A büntetés-végrehajtási intézeteken belül, az elítéltek között kialakuló hierarchiában elfoglalt pozíció határozza meg, hogy a fogvatartott hozzáfér-e az alapvető szükségleti cikkekhez és az erőszaktól mentes védelemhez. Az elítéltek gyakran nagyon elutasítóak a társadalommal szemben, és kevés tiszteletet mutatnak azok irányában, akik ezt reprezentálják. Ez a büntetés-végrehajtási intézetek egészségügyi személyzetére is vonatkozik. Az állam felelőssége, annak biztosítása, hogy a bebörtönözöttek olyan körülmények között éljenek, ami összeegyeztethető az egészségük megőrzésével. A túlsúlyosság az egyik legnagyobb probléma, amelynek megoldása az életkörülmények jelentős javulását eredményezné.

Ami összeegyeztethető az egészségük megőrzésével. A túlsúlyosság az egyik legnagyobb probléma, amelynek megoldása az életkörülmények jelentős javulását eredményezné.

Tuberkulózis a büntetés-végrehajtási intézetekben

A szakértők úgy tekintenek a büntetés-végrehajtási intézetekre, mint a tbc lehetséges gyújtómedencéire. Az adatok e betegségre nézve, korlátozott számban állnak rendelkezésre. Az 1-2. táblázat azt mutatja, hogy a fogvatartottak között sokkal magasabb arányban fordul elő a tbc, mint a lakosság körében.

A tbc-s megbetegedések magas számának okait az alábbiak szerint foglalhatjuk össze:

- az elítéltek aránytalanul nagy száma kerül ki olyan társadalmi csoportokból, akiknél egyébként is nagy a tbc fertőzés kockázata (pl.: alkohol, vagy drog-függők, hajléktalanok, mentálisan beteg elítéltek),
- a büntetés-végrehajtási intézetek fokozzák a tbc fertőzés átadásának esélyét azáltal, hogy az elítéltek hosszú ideig vannak kitéve a Mycobacterium tuberculosis-nak, hiszen:
 - a büntetés-végrehajtási intézetek túlsúlyosítottak,
 - az elítélteket gyakran szállítják át egyik büntetés-végrehajtási intézetből a másikba,
 - sok elítélt a szabadlábra kerülését követő rövid időn belül újabb bűncselekményt követ el és visszakérül valamelyik börtönbe,
 - rossz a szellőzés a zárkákban,

1. sz. tábla

A tbc-s esetek száma, a lakosság körében, 100 ezer főre vetítve

Ország	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Brazília	n.a.	48	57	54	51	57	47	47
Grúzia	69	n.a.	30	66	159	119	91	84
Irán	33	21	25	22	19	17	17	17
Malawi Köztársaság	174	197	191	202	198	212	221	209
Ruanda	n.a.	n.a.	61	68	82	95	91	80
Spanyolország	24	n.a.	22	21	23	22	21	20
Kína	27	29	30	42	38	34	36	36
Amerikai Egyesült Államok	10	9	9	8	6	7	6	6

n.a.: nincs adat

2. sz. tábla

A tbc-s esetek száma, az elítéltek körében, 100 ezer főre vetítve

Ország	Év	Elítéltek száma
Brazília	1992–3	5 714
Grúzia	1997–8	5 995
Irán	n.a.	122
Malawi Köztársaság	1996	5 142
Ruanda	1996–8	3 363
Spanyolország	1993–4	2 283
Kína	1997–8	259
Amerikai Egyesült Államok	1991	156,2

n.a.: nincs adat

- a fogvatartottak körében nagy a kockázata annak, hogy a fertőzésből gyorsan kifejlődik a betegség, vagy reaktiválódik a lappangó fertőzés, azáltal hogy:

- a táplálkozás nem megfelelő,
- testi/lelki stresszben állapotban élnek,
- más fertőző betegségektől is szenvednek (pl. HIV vírussal fertőzött a szervezetük).

A kockázati tényezők ilyen koncentrációja elindíthat egy olyan tbc járványt, amely nem

korlátozódik a büntetés-végrehajtási intézetek falain belülre.

Az MDR- tbc megjelenése

Az mdr-tbc, azaz a többféle gyógyszerkészítménynek ellenálló tbc elterjedése a lakosság körében, leginkább, a Szovjetunió utódállamaiban figyelhető meg. Az Mrd-tbc elterjedését a következő körülmények is fokozzák:

- a büntetés-végrehajtási intézeteken belüli alacsonyabb szintű egészségügyi

ellátás hibás, vagy nem megfelelő gyógyszeres kezeléshez vezet,

- a tbc kezeléséhez használt gyógyszerekhez hozzáférés kontrollálatlan a börtön feketepiacán, a személyzetten és a látogatókon keresztül,
- az elítéltek gazdasági, fizikai, kulturális korlátok miatt nem férnek hozzá az egészségügyi szolgáltatásokhoz,
- a kezelési program befejezése nem biztosított, mivel az elítélteket gyakran szállítják át az egyik büntetés-végrehajtási intézetből a másikba,
- más elítéltektől való félelem hatása alatt a beteg fogvatartottak nem tesznek eleget az orvosi utasításoknak,
- a tbc-s elítéltek jobb körülmények között élnek, mint egészséges társaik, így a gyors gyógyulásra nem éreznek motivációt.

A tuberkulózis és a HIV

A szakértők véleménye szerint a HIV fertőzött fogvatartottak könnyebben kapják el a tbc vírust. Egy Braziliában készült tanulmány szerint az aktív tbc előfordulási aránya a bebörtönözött és HIV fertőzött nők között 9, 9/100 fő/év volt, ellentétben a 0,7/100 fő/év aránnyal azok között, akik nem voltak HIV vírussal fertőzöttek.

HIV fertőzést a világ sok büntetés-végrehajtási intézetéből jelentenek, bár kevés adat áll rendelkezésre, aminek számos oka lehet például:

- a diszkriminációtól való félelem,
- a börtönvezetés gyakran tagadja a HIV fertőzéseket és azok kockázati tényezőit.

Mindazonáltal, ahol összehasonlították a civil és börtönpopulációban előforduló HIV fertőzések arányát, akár hetvenötszörös növekedést is jelentettek a büntetés-végrehajtási intézetek viszonylatában. (3-4. tábla)

3. sz. tábla

A HIV-fertőzött fogvatartottak aránya a büntetés-végrehajtási intézetekben (%)

Ország	Év	Fogvatartottak aránya (%)
Brazília	1995	14,4
Etiópia	1988	6,0
India	n.a.	1,2
Skócia	1994	0,9
Amerikai Egyesült Államok	1988-9	4,1

n.a.: nincs adat

4. sz. tábla

A HIV-fertőzött fogvatartottak között a tbc-sek aránya a büntetés-végrehajtási intézetekben (%)

Ország	Év	A tbc-sek aránya (%)
Brazília	1998	16,6
Elefántcsontpart	1992	30,0
Spanyolország	1994	84,0
Amerikai Egyesült Államok	1991	95,0

A táblázatok eltérő módszerek felhasználásával gyűjtött adatokat tartalmaznak, ezért azokat nem lehet összehasonlítani, ugyanakkor illusztrálják a HIV fertőzések nagy számát. A börtönökben megnő a HIV vírus szervezetbe jutásának kockázati tényezője, amelyeknek okai az alábbiakban foglalhatók össze:

- az elítéltek aránytalanul nagy számban jönnek olyan környezetből és térbe vissza, ahol a HIV fertőzés gyakorisága magas,
- más szexuális úton terjedő betegségek (pl. szifilisz) is gyakoriak,
- kockázattal járó viselkedések, mint például az intravénás kábítószer fogyasztás és a nem biztonságos szex (beleegyezéssel, vagy anélkül), a nem steril eszközökkel végzett tetoválás, gyakran fordulnak elő,
- az előbb említetteket a börtönvezetés gyakran titkolja, vagy még a börtönökben való előfordulásukat sem ismerik el hivatalosan,
- a HIV fertőzés kockázatának csökkentésére nincsenek hatékony, elismert eszközök.

A tbc kezelése

A tbc kezelésekor, több szempontot kell a büntetés-végrehajtási intézetek igazgatóságának szem előtt tartania:

- meg kell előzni az *Mrd-tbc* kifejlődését,
- a beteg elítélteket el kell különíteni az egészséges társaiktól,
- a tbc korai felismerése megkönnyíti a kezelést,
- az orvosi utasítások betartását biztosítani kell,
- a büntetés-végrehajtási intézetek fogvatartási körülményei, meg kell, hogy jelenjenek a beteg egészségi állapotának.

Az előbb leírt kezelési programpontok teljesítése azonban számos nehézségbe ütközik, hiszen az egészségügyi ellátás gyakran alacsony színvonalú. A magas börtönpopuláció, a korrupció és az erőszak megnehezítik a problé-

ma kezelését. A büntetés-végrehajtási intézetek túlszűfolttsága mellett gondot okoz a börtönpopuláció mobilitása, hiszen biztonsági okok miatt, gyakori a fogvatartottak átszállítása. Az elítéltek viselkedésétől függően változik a biztonsági státuszuk, ami azt eredményezi, hogy alacsonyabb, vagy magasabb biztonsági szintű végrehajtási intézetbe szállítják át őket. A tbc jelenléte az egyes szinteken változó. Az aktív tbc betegség felismerése attól függ, hogy a tbc szolgálat működése mennyire hatékony az adott helyen. A betegek átszállítása nagy kockázatot jelent a gyógyulásukra nézve, a befejezetlen kezelés pedig a lakosságra nézve veszélyes. Az átszállítások, a szabadon bocsátások miatt nehéz nyomon követni a volt tbc-s fogvatartottak sorsát.

A kérdés megoldását az jelentené, ha az egészségügyi személyzet pontos nyilvántartást tudna vezetni az érintettekéről. Ezen kívül szükséges lenne a tbc szolgálatok jelenléte minden bírósági szint mellett. E szolgálatoknak rendszeres kapcsolatot kellene fenntartaniuk a civil szervezetekkel. A büntetés-végrehajtási intézeteknek a civil szervezetekkel együttműködve kellene felügyelni a beteg elítéltek átszállítását. A fent említetteken kívül tudatosítani kellene a fogvatartottakban azt, hogy nem elég a kezelés megkezdése, hanem azt be is kell fejezni.

Korrupció és erőszak

A büntetés-végrehajtási intézetek többségében a fogvatartás kísérő jelensége a korrupció, ami a börtönlakók életét minden szinten áthajtja. Az általános romlottság sajnálatos módon beférkőzte magát az egészségügyi ellátás és a gyógyítás területére is. Az elítéltek számos esetben azért, hogy jobb körülmények közé kerüljenek, megvesztegetik az egészségügyi személyzetet, vagy hamis eredményt produkálnak a tbc teszt során. A tbc-s betegek ugyanis a többiektől elzárva, kedvezőbb feltételek között töltik le a

büntetésüket. Előfordul az is, hogy a beteg, a tbc kezelésére szolgáló gyógyszert elcseréli más, a szükségletei ellátásához szükséges termékért, a börtön feketepiacán.

Ha az egészségügyi személyzet lelkiismeretlen, vagy alacsony életszínvonalon él, akkor az ápolást végzők elvárják, hogy az elítélt hálapénzt adjon a vizsgálatokért és a kezelésért.

Ha a fogvatartott nem tud eleget tenni ezeknek az elvárásoknak, csökkenhetnek az esélyei a gyógyulásra. A kedvezőtlen körülmények sok beteget kényszerítenek öngyógyításra, a börtön feketepiacán vagy a látogatóktól beszerezhető készítmények segítségével.

A korrupció mellett másik fontos probléma a végrehajtási intézeteken belül megjelenő erőszak. A börtönön belüli hierarchiában elfoglalt hely befolyásolhatja az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást is. A hierarchia alsóbb fokán álló elítéltek nehezebben jutnak ápoláshoz, esetleg mások kényszerítésére lemondanak róla. A börtön hatalmi struktúrájában magasabb szinten álló elítéltek gyakran erőszakkal szereznek köpet mintát, a tbc-vel fertőzött társaiktól azért, hogy tüdőbetegségeire hivatkozva, később a feketepiacon értékesíthető gyógyszerekhez jussanak, vagy így érik el a kedvezőbb helyre történő átköltöztetést. Erőszak az elítéltet nemcsak a társaitól, hanem a börtön személyzet részéről is érheti. Számos büntetés-végrehajtási intézetben a rendbontó elítélttel szemben alkalmazott fenyegetési eszköz a tbc-s betegek közé való helyezés. Ez utóbbi probléma megoldását jelenti annak tudatosítása, hogy tilos a büntetések végrehajtása során a kínzás, embertelen vagy megalázó büntetés vagy bánásmód.

Emellett az egészségügyi személyzetnek ismernie kellene az elítéltek hierarchiáját azért, hogy biztosítani tudják a gyógyszerekhez való hozzáférést a leggyengébb fogvatartottaknak is. Ezen kívül tájékoztatás útján fel kellene hívni az elítéltek figyelmét arra, hogy

a tbc-t korai stádiumában, milyen tünetek alapján lehet felismerni.

Minden államban a büntetés-végrehajtás szabályozásának olyan tevékenységekre, és eljárásokra kellene koncentrálnia, amelyek összeegyeztethetők a közegészségüggyel, védik az egyéneket a diszkriminációtól és megfelelnek a nemzetközi emberi jogi kötelezettségeknek. Sok országban a büntetés-végrehajtási intézeteken belül működő és a civil egészségügyi szolgálatok egymástól függetlenül tevékenykednek. Sajnos nem elég intenzív köztűnt az együttműködés. A börtönigazgatóságok a büntetés-végrehajtási intézetre vonatkozó egészségügyi adatokat ritkán jelentik a közegészségügyért felelős szervezeteknek. Így, a civil tbc szolgálatok gyakran nem tudnak a kezelés alatt álló elítéltek szabadon bocsátásáról. Ennek ellenkezője is igaz. Ritkán értesítik a börtön egészségügyi hatóságokat, ha egy a civil szervek kezelése alatt álló beteget letartóztattak. Bár vitatott kérdés, de a legtöbben úgy vélik, hogy a civil egészségügyi szervezeteknek aktívan részt kellene venniük a börtön egészségügy irányításában. Az Európa Tanács miniszteri bizottsága a következő ajánlást fogalmazza meg: *„A büntetés-végrehajtási intézetek egészségpolitikáját integrálni kellene a nemzeti egészségpolitikába, és kompatibilisnek kellene lennie azzal.”*

A fent említettek ismeretében elmondhatjuk, hogy a civil szolgálatok részvétele a tbc megfékezésében nagyon fontos lenne. A börtönökben kitörő járvány ugyanis veszélyt jelenthet a lakosságra is. 1972-1977 között Arkansásban, a 16-61 év közötti férfiak körében diagnosztizált 800 tbc-s eset közül, 9,5% töltött hosszabb, vagy rövidebb időt büntetés-végrehajtási intézetben. Oroszországban évente kb. 13000 tbc-s beteget engednek szabadon a börtönökből. E két példa is azt támasztja alá, hogy a börtönvezetéseknek a tbc kontroll során a civil szolgálatok tapasztalatát fel kellene használni-

niuk. A szabad lakosság körében bevált programokat, vizsgálatokat kellene alkalmazniuk a büntetés-végrehajtási intézeteken belül is. Mindez csökkenthetné a kiadásokat és ösztönözné az ellátás egységesítését is. Ezen kívül azt is érdemes szem előtt tartani, hogy a kezelés alatt álló elítéltek számára a szabadulását követően biztosítani kellene a kúra befejezését.

Megvalósítható-e az elítéltek egészségéért felelős tbc szolgálatok integrációja?

Léteznek olyan államok, ahol az országos tuberkulózis program magában foglalja a büntetés-végrehajtási intézetek tbc felügyeletét is. Sok országból származó jelentés azonban arról tanúskodik, hogy nehézséget jelent az integrált tbc szolgálatok kialakítása. Elméletileg ugyanakkor a szervnek kellene felügyeletet gyakorolnia mind a szabad társadalomban, mind pedig a fogvatartottak körében kialakuló tbc-s megbetegedések felett. E szervnek az egész államra kiterjedő tbc programot kellene működtetnie. Az országos tbc programban résztvevő személyzetnek teljesen függetlennek kellene

maradnia a fogvatartói szerepkörtől. Norvégiában például nagyon hatékonyan működik az a megoldás, hogy a civil egészségügyi szervezetek tették felelőssé a büntetés-végrehajtási intézetek egészségügyéért is. A statisztikai adatok szerint e lépés jelentős mértékben hozzájárult az egészségügyi szolgáltatások javulásához és a fogvatartottak emberi jogainak tiszteltetéséhez.

Számos államban az illetékesek ellenzik az országos tbc program bevezetését. Ezeknek az országoknak a szakértői szerint egy civil egészségügyi szerv a prioritási lista utolsó helyére rakná a büntetés-végrehajtási intézetek tbc felügyeletét. Az országos tbc program mellett érvelők úgy gondolják, hogy az egész államra nézve egységes program azért tekinthető példamértékűnek, mivel mindenkire kiterjedő modellt nyújt a tbc kezelésére. Ezen kívül segít azonosítani azokat a főbb kötelezettségeket, amelyeket el kell látni mind a börtön, mind pedig a civil szektorhoz tartozó területeken.

Fordította: Király Klára

Felhasznált irodalom

Angi Bone, Ann Aerts, Malgosia Grzemska, Michael Kimerling, Hans Kluge, Michael Levy: *Tuberculosis control in prisons*, WHO, 2000.

Bleed D., Watt C., Dey C.: *Global Tuberculosis Control*, WHO report, 2000.

Levy M.: *Prison health services*. British Medical Journal, 1997.

Nyangulu DS., Harries AD., Kang'ombe C.: *Tuberculosis in a prison population in Malawi*. Lancet, 1997.

Souza MMM., Costa MJM., Toledo AS: *The profile of TB in the penitentiary*

system of Rio de Janeiro, Brazil. In: *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1999.

Tuberculosis outbreaks in prison housing units for HIV infected inmates, California, 1995-1996. MMWR, 1999.

TB a crossroad. WHO Report on the Global Tuberculosis Epidemic. Geneva, WHO, 1998.

Pio A., Chaulet P.: *Tuberculosis Handbook*, Geneva, WHO, 1998.

Global Tuberculosis Control, WHO report, 2002.

Hírek a börtönvilágból

Jane Paltron:

Anglia és Wales büntetés-végrehajtási intézeteiben az egészségügyi ellátás javításának kérdései

A 2002-es felmérések szerint Anglia és Wales büntetés-végrehajtási intézeteibe kerülők 90 %-a küszködik mentális egészségügyi problémákkal, illetve kábítószer fogyasztó. A kormány álláspontja szerint a fogvatartottakat olyan magasabb szintű egészségügyi ellátáshoz kellene juttatni, ami csökkentené az egészségi állapotból származó egyenlőtlenségeket és az ismételt elkövetés esélyét.

A Börtönszolgálat (Prison Service) tervei szerint az elkövetkezendő három évben több, mint 58 millió fontot fognak az egészségügyi szolgáltatásokba invesztálni, az angol és a walesi börtönökben. Az illetékesek célul tűzték ki az egészségügyi központok és a drog-detoxikáló szolgáltatások fejlesztését, a fertőző betegségek kezelését és az egészségügyi ellátásban dolgozók létszámának növelését. Az elképzelések szerint 2004-re háromszázzal lesz több azoknak az alkalmazottak száma, akik a büntetés-végrehajtási intézetekben, a mentálisan beteg elítéltekkel foglalkoznak majd.

A walesi Nemzetgyűlés és a Börtön Egészségügyi Munkacsoport (Prison Health Task Force) is olyan programok indításában működnek együtt, amelyek célja az, hogy növeljék az egészségügyi ellátás színvonalát a walesi büntetés-végrehajtási intézetekben. A Börtönszolgálat és a Nemzeti Egészségbiztosító (National Health Service) tevékenységével összhangban a Börtön Egészségpolitikai Egység és Munkacsoport (Prison Health Policy Unit and Task Force) továbbra is a fogvatartottak egészségi állapotának javításán fognak fáradozni.

Michael Bone:

AIDS a Dél-afrikai Köztársaság börtöneiben

A Dél-afrikai Köztársaság büntetés-végrehajtási intézeteiben a HIV/AIDS következtében bekövetkezett halálos esetek száma tovább emelkedik. Johannes Fogan büntetés-végrehajtási bírószerint 2001-ben 1169 halálos esetet regisztráltak, és a helyzet súlyosbodására kell számítani. A statisztikai adatok szerint nemcsak a szabadságvesztés büntetésüket töltő elítéltek, hanem az előzetesen fogvatartottak között is nagy számban pusztít ez a betegség. Fogan a büntetés-végrehajtási törvény megváltoztatását javasolja, mivel szükségesnek tartaná olyan szabályok rögzítését, amelyek minden fogvatartott számára lehetővé tennék, hogy a betegség végső stádiumában méltósággal haljanak meg otthonukban.

A HIV/AIDS miatt bekövetkező halálesetek száma bizonyos mértékig a túlszűfolttségnek köszönhető, de főként a büntetés-végrehajtási intézeteken kívüli országos járváynak visszatükröződése. A börtönökön belüli rossz állapotok: a friss levegő, a mozgás hiánya, és a stressz megnehezítik a beteg elítéltek életét. A jelenleg kb. 120000 fogvatartott elhelyezése a Dél-afrikai Köztársaság büntetés-végrehajtási intézeteiben komoly nehézséget jelent az illetékesek számára. A szakértők azt vallják, hogy nem több börtönre van szükség, hanem kevesebb fogvatartottnak kellene lennie. E gondolat eredményeképpen került sor az óvadék és a vádalku bevezetésére.

Christopher Krobs :

Megnyíltak az első szupermarketek Kína börtöneiben

A Tiankelong (Group) Co kft. megnyitotta saját szupermarketét – amely élelmiszer és egyéb árucikket kínál – a pekingi Qianjin büntetés-végrehajtási intézetben, Ninghe megyében. A főváros tizenegy büntetés-végrehajtási intézetében ez az első ilyen jellegű létesítmény. Xu Xiuchang, a pekingi Börtönigazgatás szóvivője szerint már nagyon nagy szükség volt egy olyan üzletre, amely viszonylag olcsón képes élelmiszerhez és egyéb szükségleti cikkekhez juttatni a fogvatartottakat.

2002. második felében – a tervek szerint – öt másik büntetés-végrehajtási intézetben is sor kerülhet hasonló jellegű üzletek megnyitására. A börtönigazgatás támogatja az élelmiszerek, a könyvek és a papíráruk forgalmazását, de a kések, az alkohol, a cigaretta és az üvegbe töltött ételek árusítása szigorúan tilos. Az áruház mellett étterem működik, ahol az elítéltek és a látogatók együtt ebédelhetnek. A vendéglő működését a „*család egyesítő*” program keretében engedélyezték.

Lu Guoxing a Quianjin büntetés-végrehajtási intézet egyik vezetője felhívta a figyelmet arra, hogy a szupermarketekben csak speciális hitelkártyák használatával lehet fizetni. A családtagok számára lehetőség nyílik arra, hogy havonta pénzzel töltsék fel a kártyákat. Ugyanígyen börtönbeli szupermarketek nyíltak a kelet-kínai Jian-szu tartományban és Shanghai közigazgatási területen.

Allen Hal:

Neonácik a német büntetés-végrehajtási intézetekben

Az elmúlt öt évben több ezer neonácit börtönöztek be, annak eredményeként, hogy a kormány nagy erővel lépett fel a bevándorlók ellen irányuló erőszak megfékezésére. Ennek következtében a börtönpopuláció jellege megváltozott, és bizonyos büntetés-végrehajtási intézeteket szélsőjobboldali csoportok tartanak rettegés-

ben. A német kormányhivatalnokok szerint a neonácik saját kiképzőtáborukként kezelik ezeket a börtönöket. A Saxony skinheadek – akik félkatonai szervezetbe tömörültek, és nagy mennyiségű fegyverrel és lőszerrel rendelkeznek – ellenőrzés alatt tartják a brandenburgi, a szász és szász-anhalt tartomány számos büntetés-végrehajtási intézetét. E helyeken a színes bőrű fogvatartottak szélsőséges testi és lelki kínzásnak vannak kitéve.

A szakértők szerint a neonáci bandatevékenység egyre intenzívebb lesz. E csoportok illegális SS tetoválásokat viselnek, becsempészik a börtönökbe Hitler Mein Kampf-ját, és barátaikon keresztül gyűlölettel teli üzeneteket juttatnak ki a börtönökből. Brandenburgban az elítéltek 44%-a áll kapcsolatban a neonáci hálózattal. Már több szociológus és politikus felhívta a figyelmet arra, hogy ha e folyamatnak nem szabnak gátat a büntetés-végrehajtási intézetek a szélsőjobboldal eszméinek fészkévé válnak. Ina Franck ügyvéd – aki azért küzd, hogy a neonáci bandák hatalmát megtöriék – figyelmeztetett arra, hogy a börtönökben a hatalmi struktúra olyan mértékben átalakult, hogy a bandák diktálják a feltételeket. A rendelkezésre álló adatok szerint azokat az elítélteket is megfertőzi a szélsőjobboldali tevékenység, akik addig sohasem politizáltak.

A fent említett probléma a női fogvatartottak között is létezik. Nemrégiben a chemnitzi női büntetés-végrehajtási intézetben néhány neonáci elítélt leforrázott egy fekete nőt azzal a céllal, hogy horogkeresztet rajzoljanak a fejére.

A kormány tehetetlennek érzi magát a fennálló problémával szemben. A börtönökben jelen levő válságos helyzet mellett, aggasztó a szervezetből kiutat kereső neonácik számára létrehozott „*kimenekítő programok*” kudarca is. A felajánlott segítség – új lakás és esetleg másik személyazonosság – csak néhány száz szélsőségesnek tudott lehetőséget adni, hogy új életet kezdjen.

David Smith:

Chip a börtönökben

A Virginia államban (USA) működő Applied Digital Solutions rt. ID elnevezésű, bőr alá ültethető, és adatok tárolására alkalmas chipek forgalmazását szorgalmazza, amelyek segítségével egészségügyi adatokat, vagy biztonsági kódokat lehet tárolni. Az Applied Digital Solutions Rt. még nem kezdte meg az értékesítést, mivel vitában áll az FDA-val (Élelmiszer és Gyógyszerkészítmények Felügyelete) abban a kérdésben, hogy a chip alkalmas-e arra, hogy egészségügyi segédeszközként funkcionáljon. A jelenlegi álláspont szerint az FDA engedélyére akkor nem lenne szükség, ha a chipet kizárólag azonosításra alkalmaznák.

Az ID – a szakértők szerint – továbbfejleszthető olyan nyomkövetővé, amelyet akár a büntetés-végrehajtási intézetben levő fogvatartottak szemmel tartására, vagy bármely más célra lehetne alkalmazni.

Helen Rumbelon:

Börtönhajó

Nagy-Britanniában büntetés-végrehajtási intézet működik a portlandi kikötőben horgonyzó, 1979-ben épített hajó fedélzetén. A HMP Weare 1997-ben nyílt meg azzal a céllal, hogy felkészítse a fogvatartottakat a szabad életre. A Weare egy lapos fenekű uszályhajó, amelyen öt szintet hoztak létre az elítéltek elhelyezésére. A 25 év feletti fogvatartottak a szabadságvesztés büntetésük utolsó kilenc hónapját töltik ezen a helyen. Az első két hétben, az alsó fedélzeten vannak elszállásolva, majd onnan kerülnek át a felső három szint valamelyikére. A hajó legtöbb lakója jobbnak tartja ezt a helyet, mint a szárazföldi büntetés-végrehajtási intézeteket, annak ellenére, hogy a kabinokból kialakított zárkák kicsik, az ablakok nem nyithatók és a légkondicionáló rendszer is akadozva működik. A kétszemélyes zárkák fele a hajó közepe felé, a másik fele a tengerre néz.

Sok elítélt, napi eltávozás mellett kap munkalehetőséget a parton. Mivel a hajón nem folyik ipari vagy egyéb tevékenység, azok, akiknek nincs munkájuk, kötelesek napi oktatáson részt venni. Azoknak a fogvatartottaknak, akik nem hagyhatják el a hajót, tornatermet alakítottak ki a felső fedélzeten. Emellett szabadidős, vagy sporttevékenység folytatására a dokk felőli elkerített területen is van lehetőség.

A börtönlakók a rehabilitációjuk szempontjából kulcsfontosságú helynek tartják a börtönhajót. Elmondásuk szerint kevesebb a feszültség, az erőszak és az elítéltek felszabadultabbak a Wearen, mint más büntetés-végrehajtási intézetben. A börtön felügyelőségek is dicsérik az elítéltek számára a börtönhajón biztosított hasznos tevékenység mennyiségét.

Don Thompson:

Kaliforniai drogmegelőzési program

Tíz évvel ezelőtt drogmegelőzési program indult Kalifornia államban (USA) azzal a céllal, hogy csökkentsek a kábítószer-fogyasztást a fogvatartottak körében. A statisztikák tanulsága szerint azok, akik részt vettek a programban, kisebb valószínűséggel váltak visszaesővé. A kísérlet eredményességét a mintegy 3000 főt vizsgáló tanulmány támasztotta alá, akik 34 megéből kerültek ki.

Az elemzésben résztvevő személyek 70%-a jelentette, hogy több, mint öt éve, 40% pedig már több, mint 10 éve volt kábítószer fogyasztó, amikor bekapcsolódott a programba. A célcsoport kicsivel több, mint a fele végezte el a középiskolát és 13%-a járt főiskolára. A tanulmány készítői szerint míg az elítéltek 64%-a volt munkanélküli, a programba való bekapcsolódásuk idején, mire azt befejezték 70%-nak lett munkája. A drogmegelőzési programban résztvevő anyák gyermekeinek 35%-a született kábítószer hatásától mentesen és a résztvevők 95%-ának drogtesztje lett negatív a segítségnyújtás

ideje alatt. A programmal együttműködők 28%-a nyerte vissza gyermekének felügyeleti jogát és 7%-a nyert látogatási jogot. A 2002 májusában, Sacramentóban tartott tanácskozáson értékelt drog-megelőzési program, a szakértők szerint hatékonynak bizonyult a kábítószer problémák kezelésére.

Mike Demler:

A higiénia teljes hiánya Botswanában

A botswanai börtönökben élő elítéltek helyzete igen válságos. A gazdasági problémákkal küszködő ország a büntetés-végrehajtási intézetek karbantartására egyáltalán nem tud figyelmet fordítani. A fogvatartottak rossz egészségi állapotban vannak és általában valamilyen fertőző betegségtől is szenvednek. Emellett a helyiségek tisztán tartása sem biztosított kellőképpen és az akadozó élelmiszer ellátás mellett, a víz hiánya is megnehezíti a börtönlakók sorsát. Nemesyszer előfordult már, hogy a fogvatartottak a WC kagylóból ittak, vagy összetűztek egymással az élelemért. Emellett még a Gaboronében működő központi büntetés-végrehajtási intézetben sincs lehetőség arra, hogy a fertőző betegségekben szenvedőket elkülönítsék a cellatársaiktól.

Alan Straw:

Tuberkulózis-felmérés Indiana államban

Indiana államban (USA) 2002. májusában végzett felmérés szerint 33 új tuberkulózisos betegről számoltak be a statisztikák. A növekvő számok arra készítetik az egészségügyi és a börtöntisztviselőket, hogy szemmel tartsák az egykor halálos betegséget. Évente általában 150 főre tehető a tuberkulózisban szenvedők száma. Az új esetek közül kilencet Marion megyéből jelentettek, Putnam megyében pedig – amelynek népessége 36000 fő –, két akut eset volt.

Az illetékesek azt fontolgatják, hogy újra bevezessék a tbc szűrést, amelyet az 1970-es, 80-as évekig az egész országban kötelező volt. Mivel a tüdőbetegség száma rohamosan csökkent, feleslegesnek tartották az ellenőrzést. A tbc teszt csak a büntetés-végrehajtási intézetekben maradt a kötelező egészségügyi vizsgálatok része. A 2002 tavaszán az Indiana állambeli büntetés-végrehajtási intézetben, Pendletonban tartott orvosi ellenőrzés során 1267 elítéltekből 6 főnek, 525 alkalmazottból 2 főnek a tesztje lett pozitív.

A Szövetségi Betegség Ellenőrző és Megelőző Központ statisztikája szerint Indiana állam a tuberkulózisos esetek számát tekintve, az országos listán a 36. helyen áll. Az utolsó nagyobb járvány 1998-ben volt La Porte megyében, ahonnan az adott évben az állam 188 esete közül 22-t jelentettek. A betegek hosszabb távon gyógyíthatók voltak antibiotikummal.

Alicia Henriksen:

A mentálisan sérült elítéltek problémája Kansas államban

A Kansas államban (USA) működő Országos Szövetség az Elmebetegekért szervezet vezetője, Elizabeth Adams szerint, az utóbbi öt évben megnőtt a mentálisan sérült elítéltek száma. A Szövetség tagjai úgy vélekednek, hogy a legnagyobb problémát bizonyos kórházak bezárása okozza, hiszen helyhiány miatt azok az elítéltek, akiknek segísre lenne szükségük nem kerülnek át a megfelelő helyre.

A büntetés-végrehajtási intézetekben is sor kerül a pszichiáterek által előírt gyógyszeres kezelésre, de sok esetben az elítélt előbb szabadul, mint ahogy az orvosok megtalálják a megfelelő gyógykezelést. A legtöbb fogvatartott a szabadulást követően nem tudja megfizetni a felírt készítményeket és gyógyszer hiányában ismét elkövetővé válhat.

A 2001-es adatok szerint, a 12684 fogvatartott közül, 10% jelentette, hogy mentálisan beteg, ami egybevág az országos átlaggal. A Börtön Egészségügyi Szolgálat szerint, a winfieldi és topekai állami kórházak bezárása jelentősen megnehezíti a mentálisan sérült elítéltek ellátását. Emellett a statisztikai adatok azt mutatják, hogy a mentálisan beteg fogvatartottak számának növekedése közel húsz évvel ezelőtt már megkezdődött, de csak a 90-es évek elejétől vált igazán súlyossá a probléma.

Stella Ronner:

Szerb-német együttműködés a szerb büntetés-végrehajtási intézetek reformjéért

Hat főből álló szerb delegáció tett látogatást a németországi Hannoverben, 2002. májusában azért, hogy terveket készítsenek a szerb büntetés-végrehajtási intézetek reformjáról. A Dél-Kelet Európai Stabilizációs Program keretében került sor a tárgyalásokra, az OSCE és a Német Alapítvány a Nemzetközi Jogi Együttműködésért szervezetek irányításával. Tizenkét év után ez az első kongresszus, ahol a szerb illetékesek a büntetés-végrehajtás helyzetéről tárgyaltak. A szerb küldöttség számára lehetőség nyílt arra, hogy szakmai megbeszélést folytassanak a német kollégákkal általános és konkrét kérdésekről. A látogatás célja az volt, hogy olyan nemzetközi kapcsolatokat építsenek ki, amelyek a büntetés-végrehajtás fejlesztésének javát szolgálják.

A szerb küldöttség azzal a céllal tett látogatást Hannover, Celle és Vechta büntetés-végrehajtási intézeteiben, hogy jobban átlássák a német büntetés-végrehajtási rendszer működését, és iránymutatást kapjanak a változtatások véghezviteléhez.

Fordította: Király Klára

A hitélet és nevelés története a büntetés-végrehajtási intézetekben a XIX. században¹

A büntetőjog, a büntetés-végrehajtási jog, a jogtudomány és a joggyakorlat egyik jelentős részét képezte a fogházakban, börtönökben, fegyházakban zajló „javítás” és nevelés. Az erkölcsi jobbítás, mint a büntetés-végrehajtás egyik célja, több évszázados múltra tekint vissza, és eredetileg alapvetően a lelkészek tevékenységéhez kapcsolódott. Tudományos szintű tanulmányozása, elméleti kidolgozása a „modern”, polgári szabadságvesztés-büntetés végrehajtására szolgáló intézetek megjelenésével kezdődött.

Ennek ellenére a laikusok és a szakma egy része még manapság is azon a véleményen van, hogy a nevelés csupán a modern börtönök túlzottan humánus „tartozéka”, vagyis felesleges pénzkiadás. Ezt a vélekedést főként a „javítás” eszközeiként funkcionáló oktatási, ismereterjesztő és szórakozási lehetőségek (könyvtár, újság, rádió, videó, mozi) váltották ki. E nézetek képviselői, azonban megfélemedtek arról, hogy a büntetés-végrehajtási intézetekbe nem csak „hétpótlás, többszörös gyilkosok”, azaz megrogzított és javíthatatlan bűnözők kerülnek. Az elítéltek jelentős hányada ugyanis alkalmi elkövető, menthető okból bűnöző, vagy éppen az elhanyagolt nevelés „áldozata”.

E miatt van jelentősége a büntetés-végrehajtási intézetekben folyó nevelő munka és az ehhez szorosan kapcsolódó hitélet történeti vonatkozásai tanulmányozásának, fejlesztésének.

A nevelés gondolatának megjelenése a polgári büntetőjogban

A XIX. században a büntető teóriában bekövetkezett változás teremtette meg a nevelés tudományos-elméleti kidolgozásának a lehetőségét. A korábbi („középkori, ... arisztotelészi elveken nyugvó, az egyház ideológiával erősen átítatott”) abszolút elméleteknek legfontosabb eleme a megtorlás, és bár a nevelés (vallási-erkölcsi jobbítás) létezett, mégis a „perifériára szorult” a büntetőjogban.² Ezzel szemben a felvilágosodás eszméi magukkal hozták az emberi, vagy legalább is az emberibb büntetés-végrehajtás követelményét. Így jelentek meg a relatív elméletek, melyek „közös vonása, hogy a büntetés célját általában a büntetés hasznosságában; az újabb bűncselekmények megelőzésében jelölték meg.” Tehát egyrészt a nevelési eszme előtérbe kerülése, másrészt pedig a szabadságvesztés-büntetés szinte kizárólagossá válása a büntetések körében, elvezetett ahhoz, hogy a tudomány – ahogy a praxis is – egyre nagyobb jelentőséget tulajdonított a nevelésnek.

Pál László szerint a polgári büntetőjog képviselői közül a „nevelés – konkrétan az erkölcsi javítás – koncepciója Benthamnál jelent meg először a legkövetkezősebben.”³ **Bentham** az *Értekezés a polgári és a büntető törvényhozásról* című művében „a büntetések tulajdonságait 12 pont-

ban foglalta össze”. Koncepciójában fontos helyet foglalt el ezek között az a tulajdonság, amelyet 'erkölcsi javításra törekvés' -nek nevezett. Nézetei szerint minden büntetésnek kisebb-nagyobb mértékben van elrettentő hatása. „*Ha csak az elrettentés, a félelem érvényesül, s csak ez által fékezik a bűnözést, nem várható a büntetés megjavulása*”. **Bentham** úgy vélte, hogy a „*megelőzés feltétele a bűnelkövetők erkölcsi javítása. Ez az erkölcsi szokások kialakítása, fejlesztése és a jellem jó irányba megváltoztatása által lehetséges. Az erkölcsi javítás folyamatában kétirányú hatást kell gyakorolni az elítéltekre: egyrészt a 'bűnre csábító motívumokat' gyengíteni és megszüntetni kell, másrészt a 'védő motívumokat' erősíteni, fejleszteni kell. ... A motívumok a cselekvésnek okai, tehát az erkölcsi javításban a bűnre csábító motívumokat célzottan kell korrigálni. ... Az erkölcsi javítás érdekében a kis mértékben, és a súlyosan veszélyes bűnözők kategóriáit külön kell választani és a kategória sajátosságai szerint differenciáltan kell kezelni.*”

Bentham nagyon pontosan látta a nevelés nélkülözhetetlen voltát, a differenciált kezelés és a fogvatartottak bizonyos szintű elkülönítésének szükségességét. Az angol büntetőjogász a büntetés-végrehajtás egyik sarkalatos problémáját is megfogalmazta, miszerint „*a börtönökre jellemző, hogy az elítéltek tétlenül töltik szabadságvesztés büntetésüket..., probléma, hogy... a »börtönök a gonoszság nyilvános iskolái«... Így az erkölcsi javulás helyett a bűnözők egymásnak átadják tapasztalataikat, megőrzik bűnöző szokásaikat.*”⁴

A polgári büntetőjog tudomány másik kiemelkedő alakja **Franz Holtzendorff**.

A német tudós kiinduló tétele, hogy a büntetés-végrehajtás két alapvető tényezője: „*egy külsőleg ható kényszerítő*” erő és „*egy belső aktivizáló*” hatás. Az előbbi az állami hatalom kifejeződését foglalta magában, mely biztosítja a börtönben a rendet, fegyelmet, tehát a rendeltetésszerű működést. Az utóbbi pedig „*olyan mozgósító erő, amely beláttatja, megérteti az elítéltekkel, hogy a kényszerintézkedések a belőlük származó hátrányok ellenére szükségszerűek, és... a rendszabályok betartásában önkéntességre*” ösztönözte őket. Ennek a két tényezőnek kellett mindenképpen érvényesülnie, hogy a javítás eredményes legyen. **Holtzendorff** szerint ezen kívül a nevelésnek minden szempontból (célok, feladatok, eszközök, módszerek stb.) kidolgozottnak, áttekinthetőnek kellett lennie. A témával kapcsolatos legfontosabb – ma is alapvető tételnek számító – megállapítása, bár a nevelés legfontosabb feladatainak ellátója mindezek előtt a tanító és a lelkész, de nemcsak nekik, „*hanem mindenkinek, aki a büntetés-végrehajtási feladatok végrehajtásában együttműködik, szükséges pedagógiai képzettséggel rendelkeznie*”.

A hazai polgári gondolkodók közül kiemelkedő **Finkey Ferenc**⁶ e témabeli munkássága. A büntetőjogi szakíró a büntetés tartalmának három fontos elemét határozta meg. Az első a büntetésből fakadó „rossz”, amely a „*fizikailag érzékelhető kellemetlenségekben és az erkölcsi rosszszállásban*” nyilvánult meg. A második tényező az „*elítelt lelki felemelése*”, miszerint a büntetésnek a rab javát is szolgálnia kellett. **Finkey** szerint ugyanis „*Az a büntetés, amely csak súlyt, csak fájdalmat okoz, amely megsemmisíti, tönkreteszi az elítéltet, nem tökéletes büntetés*”. A

harmadik elem pedig a „*bűnbánatra indítás, az elítélt igazságérzetének felkeltése, azaz megnyugvás*”. A büntetés célja szerint pedig kétféle lehet: generális (általános) és speciális (különös). Az előbbi a megelőzést és az elégtételt, az utóbbi az ártalmatlanná tételt és a javítást is magába foglalta.

A javítás-nevelés kérdésével kapcsolatban **Finkey** nagy jelentőséget tulajdonított a két fogalom közötti különbségtételnek. „*A 'javítás' szűkebb, a 'nevelés' tágabb körű hatásmechanizmus. A 'javítás' -ról kizárólag a romlás, züllés útján levők, vagy a már erkölcsileg romlottak esetében beszélhetünk, tehát javításra szorulnak a súlyos bűncselekményt elkövetett és hosszú szabadságvesztés-büntetésre ítélték. (...) A 'nevelés' viszont olyan kategória, amely az összes szabadságvesztési nemekre ítéltre nézve közvetlenül érvényesülhet; általános végrehajtási célnak tekinthető.*” A nevelésnek három területét – a testit, az értelmet és az erkölcsit – határozta meg munkájában **Finkey**. Figyelemre méltó, ahogy a szerző az erkölcsi nevelést még további három mozzanatra bontotta. Az első lépés: „*a figyelmeztetés, a felhívás a helyes (erkölcsös) viselkedésre, a helytelen (erkölcstelen), jogtalan vagy éppen büntetendő cselekménytől való tartózkodásra*”. Ezt követi „*a helytelen szokások, az erkölcsi hibák elhagyására való rendszeres figyelmeztetés*”. Végül következett „*a jó, igaz és a szép szeretetére, mások megbecsülésére, az erkölcsi kötelességek önként, lelki szükségéből való teljesítésére*” történő ránevelés.

A fentiekben – természetesen a teljesség igénye nélkül – vázolt teóriákkal kapcsolatban azonban mindenképpen szükséges volt annak hangsúlyozása, hogy ezek

„*csak*” elméletek, így sajnos sem a reformkor börtöneiben, sem a mai büntetés-végrehajtási intézetekben nem valósultak – valósulnak – valósulhattak meg teljes mértékben a – valljuk be néha kissé szentimentálisnak tűnő – követelmények. Természetesen ez még nem jelenti azt, hogy az ilyen jellegű elméleti munkák feleslegesek lennének, hiszen a gyakorlat ezekre is épül, ezekből is merített.

Lelki és szellemi nevelés históriája Magyarországon

A nevelés és a javítás „*eszméje*” már a korai feudalizmus idejétől kezdődően megjelent a büntetés-végrehajtásban. **Mezey Barna** véleménye szerint „*A nevelhetőség gondolata nem egyszerűen lappangó eleme volt a büntetés-végrehajtásnak, hanem kifejezett célja, deklarált teóriája.*”

Emellett „*... az egyház erős befolyása soha nem engedte kiölni a büntetőjogból a javíthatóság eszméjét. Ez a hatás megjelenik úgy direkt (pl. papi nevelés, böjtölés), mint indirekt formában (fokozatos büntetés, asylum)*”. Mindezek után szinte magától értetődő, hogy miután a polgári korokban megjelentek – a klasszikus teóriákat háttérbe szorítva – a javítási elméletek, a börtönügy tudománya, de hazánkban az 1843. évi nevezetes börtönügyi javaslat tárgyalásakor a diéta is fontosnak tartotta a nevelés kérdését. „*Természetesen ez idő tájt a nevelés leginkább a lelki gyakorlatok biztosításában fogalmazódott meg... Az állam kötelezettségei között ismerte el a lelki gondozás biztosítását.*”⁷⁷. Az 1843. évi tervezetben megfogalmazott szakaszok a következők: „*A fogházi intézet falai között, rendelt időben tartani szokott isteni tiszteletben, a betegek egyedül*

kivételével, az elzárt vádlottak is a megálla-
pított módon részt venni tartoznak... (12.
§) A börtön épületiben vasárnapokon, s il-
letőleg ünnepeken tartani szokott isteni
tiszteletben a rabok, ki-ki maga vallása
szerént, a fogház rendszeréhez alkalma-
zott módon részt... (62. §) vehetnek". A
törvényjavaslatnak ezt a részét – pénzügyi
okok miatt – már a tárgyalások során el-
vetették.

A következő jogszabály, amelyben a
nevelés kérdése felmerült, az 1878. évi V.
tc.. A nevelésben továbbra is elsődleges
szerep jutott a lelkésznek, és gyakorlatilag
ez hazánkban 1949-ig nem változott.

A lelkész a börtönben

Ahogy az már a fentiekből is kiderült,
a büntetés-végrehajtási nevelésnek három
fő területe volt: az erkölcsi, a szellemi és
a testi. Az ezekkel a feladatokkal kapcsola-
tos kötelezettségek az intézeti lelkészre
és a tanítóra hárultak. A javítás folyamatá-
ban azonban a XIX. században a lelké-
szeknek szinte kizárólagos volt a szere-
pük. Ennek oka részben abban a tényben
keresendő, – a tudományos élet gondolko-
dóinak egy része is azt az álláspontot kép-
viselte – hogy a büntetés csak akkor volt
eredményes, ha bűnbánatra, lényegi, bel-
ső változásra készítette az elítélteket, és er-
kölcsei javulást eredményezett. Ez az ered-
mény pedig nézetük szerint csak a vallás
és ennek közvetítője, a lelkész révén volt
elérhető. Ezt a gondolatot hangsúlyozta
többek között **Tóth Mór** is: „A rabnak
morális megjavulását magányos elzárás,
munka s hallgatás még nem eszközölheti;
a társaság büntethet, visszajeszthet a
rossztól, meggátolhatja a gonoszok egy-
más közti megromlását: de jobbítani csak
a vallás feladata!”¹². **Eötvös József** azt a

gondolatot, hogy „csak egy jobbíthat iga-
zán s örökre, a hit”, kiegészítette még egy
nagyon fontos, és sajnos csak ritkán hang-
súlyozott tétellel: a valódi és végleges ja-
vuláshoz szükséges, hogy az elítéltet a
szabadulást követően a társadalom vissza-
fogadja. Ahogy a szerző megfogalmazta:
„szükség, hogy a vallásosság ... a kien-
gesztelt társaságot megbocsátani tanít-
sa”.¹³ Mindezek alapján elmondható,
hogy komoly teendők, nagy felelősség és
még nagyobb elvárások kapcsolódtak az
intézeti lelkész munkájához. Így egyálta-
lán nem tűnt túlzásnak **Tóth Lőrinc** véle-
ménye: „...nem ismerek szebb hivatást,
nemesebb feladatot, mint a fegyházi lelké-
szé, s nem ismerek nagyobb érdemet, mint
Istennek e szolgáljái, ha kötelességeit vi-
lágosan felismeri és híven teljesíti.”¹⁴

A lelkészek konkrét feladatainak meg-
határozásával a XIX. század közepétől
kezdett el foglalkozni a büntetőjogi tudomá-
ny. **Szemere Bertalan** egy vagy két pap
jelenlétét tartotta szükségesnek, akiknek
kötelességük „...kamarábul kamarába
járni, ...magyarázván a vallás s erkölcs
parancsait; oktatóván kötelességeire Isten,
Haza és önmaga iránt...és szinte vezesse
a megjavulás kútfejéhez.”¹⁵ **Szemere** a
tömlőcépületben kívánt szállást adni a re-
formátus és a katolikus papnak, a többi fe-
lekezet tekintetében pedig kivitelezhető-
nek tartotta a lelkészek „bejárását”. **Tóth
Lőrinc** néhány évtizeddel később már kis-
sé részletesebben és pontosabban határoz-
ta meg az elvárásokat.

Szerinte a lelkész feladata nem egy-
szerűen az istentiszteletek megtartásából
és közös imádkozásokból állt, hanem
ezekhez szorosan kapcsolódtak a követke-
ző kötelezettségek is: a fogvatartottakkal
„... minél több időt töltsön, hozzájuk sze-

reteteljesen közeledjék, egyéni sajátosságait tanulmányozza...”, hogy aztán „... komoly magukba szállásra, bűnbánatra, ... törvénytiszteletre, ember-szeretetre, ... munkakedvre, s Istenben való bizalomra bírja.”¹⁶ Ezen kívül a lelkész tisztje a hitoktatás is. **Megyeri István** az intézeti lelkészek fő teendőjének a magánzárkák látogatását, a beszállítottak lelki gondozását és bűnbánat felébresztését tekintette. A felekezet szerint a pap feladata volt még a gyóntatás és áldoztatás, továbbá az utolsó kenettel feladása a haldoklókra.¹⁷

A legteljesebb meghatározás **Szöllősi Oszkár** könyvében¹⁸ olvasható. A szerző az ezzel a témával kapcsolatos 1870. évi Házaszabályok és az 1880-ban kiadott fegyház-, börtön- és fogházrendtartások egyes szakaszai alapján mutatta be a börtönlelkész kötelességeit.¹⁹ A pap további feladata a napi kétszeri mise megtartása volt, melyen a részvétel az elítéltek számára kötelező volt. Ezen kívül „*Kötelességek hetenként többször meglátogatni a magánzárkában, munkatermekben és kórházban lévőket.*” A szabályok szerint a lelkész az erkölcsi-lelki javulás érdekében akár saját hivatali helyiségében is beszélgethetett a fogvatartottal. Viszont a térítés és az áttérés nem volt megengedett. Külön szabályozás alá tartoztak a betegek és a haldoklók, akiket „*a nap és az éj bármely órájában*”, ha ezt kérték, „*résztesíteni kell vallási vigasztalásban.*” Komoly veszély esetén a letartóztatott számára a végrendelkezés és a házasságkötés feltételeit is biztosítani kellett.

Végül a hitoktatás is a lelkész feladatai közé tartozott. Gyakorlatilag a papok helyzete és kötelességei 1945-ig nem változtak. A lelkész által végzett erkölcsi ja-

vítás átfogó jellegét bizonyítja a nevelési metodika.²⁰ Eszerint a papnak munkája során a fogvatartott gondolkodásmódját lépésekben kellett formálnia. Először is a bűnelkövetéstől való tartózkodás három legfőbb indoka mindenki számára az, hogy ő ember, polgár és végül, hogy keresztény. A lelkésznek a nevelés során rá kellett mutatnia a polgári és az isteni büntetések közötti különbség lényegére, világossá kellett tennie az elítélt számára azt, hogy milyen módon tudta „*rabságának*” idejét saját erkölcsi javulására fordítani. Mindezekről a papnak nem csak általánosan kellett beszélnie, hanem az egyes bűncselekményekre lebontva is be kellett mutatnia azt. Ezáltal egyfajta kiutat, jövőbeli reménységet nyújthatott a rabok számára.

A lelkészi munkáról összességében elmondható, hogy mind a szabályozás, mind a gyakorlat emberfeletti teljesítményt követelt a papoktól. Személyükben és munkájukban pszichológusi, szociológusi, pedagógusi és természetesen misszionáriusi ismereteket, „*szaktudást*” kellett egyesíteniük. Nem véletlenül merült fel a büntetőjogi irodalomban – ahogy az a fentiekből is kiderült –, hogy a javító munka sikerességéhez szükséges, hogy mindazoknak, akik az elítélttel kapcsolatba kerültek, pedagógiai képzettséggel kellett rendelkezniük.

A lelkész helye a büntetés-végrehajtás intézményrendszerében

A lelkészi munka intézményi befogadásáról hiteles képet a fogházak működését, felépítését, összetételét leíró, az igazságügy minisztérium által kiadott ún. jelentések adtak. Ezen „*állapotfelmérések*” alapján 1867-től kezdődően folyamatosan

feltérképezhetővé, ellenőrizhetővé, megfoghatóvá vált a büntetés-végrehajtás menete. Az 1867. évi jelentés „*az első volt a magyar börtönügy történetében, mely a fegyházügy állását a nyilvánosság elé tárta.*”²² A dokumentum az intézetek működésének, személyzeti összetételének bemutatásán túl részletesen, egyes intézményekre lebontva mutatta be az azokban megvalósuló „*jobbító-nevelő*” munka menetét, hatékonyságát. A jelentés készítőinek megállapítása szerint a tényleges jobbításnak minimális feltétele az elítéltek bizonyos szintű osztályozása. Ez azonban a legtöbb fegyintézetben nem (ahogy ez Szamosújváron tapasztalható) vagy pedig csak részlegesen – nappali szétválasztás, illetve etnikai jellegű elkülönítés formájában – valósult meg. (Az előbbi a nagyenyedi intézetre, az utóbbi pedig a márianosztrai fegyházra jellemző.) Ami a lelki gondozást illeti, a jelentés szerint sokkal inkább a lelkiismeretes papok munkálkodásának, mintsem az intézményi szervezetségnek tudhatók be az e téren elért eredmények. A legsikeresebbnek Márianosztra tekinthető, hiszen a katolikusok számára minden nap istentiszteletet tartottak, és a pap révén oktatásban is részesültek az elítéltek. (Ennek a rendszernek egyetlen hátránya, hogy a nem katolikus vallásúak háttérbe szorultak.) Ezzel szemben Nagyenyeden egyáltalán nem teltetett vallásoktatásra, a szertartásokat 'bejáró' papok tartották meg. Megoldatlan volt a helyzet Vácott is, ahol ugyan csak nem alkalmaztak külön fegyintézeti lelkészt. A fentiekhez hasonlóan „*kis háttásfokkal*” működött a lelki nevelés Munkácson, ahol egyetlen katolikus pap tevékenykedett, és ő is csak, mint bejáró. A jelentés szerint még ennél is elkeserítőbb

volt a helyzet Szamosújváron, ahol a lelkész hiánya miatt még az istentiszteletek megtartása sem volt mindig lehetséges. Az illavai intézet már fel tudott mutatni bizonyos eredményeket. Lehetőséget biztosítottak miselátogatásra minden szombaton és vasárnap a római és a görög katolikusoknak, évente nyolc-tíz alkalommal az evangélikusoknak és évente kétszer a zsidóknak. A lelki nevelés terén a legnagyobb szervezettséget a lipótvári fegyintézetben tapasztalta a jelentést készítő bizottság. Itt ugyanis a „*lelkész teljes mozgásszabadságot élvezett, a rabok pedig bármikor magukhoz hívhatták. Heti három alkalommal német, szlovák és magyar nyelvű erkölcsi tanításokat szerveztek. Két római katolikus, egy görög egyesült, egy evangélikus lelkészt alkalmaztak, továbbá egy rabbit és egy izraelita előimádkozót.*”²³ Összességében e csekély eredményektől eltekintve a lelki nevelésre és oktatásra, s ez által a javítási cél elérésére a magyarországi fegyintézetek ez idő tájt a személyi feltételek hiánya miatt (költségvetési okok) alkalmatlanok, és így ez a feladat nagyrészt megoldatlan maradt.

1867 után még számos jelentést adott ki az igazságügy minisztérium saját működéséről és a magyarországi igazságügy állapotáról, melyekben az intézetek működését is érintette. A következő „*intézmény-specifikus*” beszámoló azonban csak 1890-re datálható.

Ez a *Jelentés* az országos letartóztatási intézetek 1890. évi állapotáról szólva a vallásos és az elemi oktatás feladataként jelölte meg, hogy az elítéltek ezeket az ismereteket legalább minimális szinten elsajátítsák. További tanulási lehetőséget biztosított a jelentés szerint minden inté-

zet tanfolyamok formájában „*azok részére, akik már előrehaladottabb ismeretekkel bírván ezeket ismétlés és gyakorlat által tovább fejleszteni önkénynt kívánják.*”

Ezek a foglalkozásokon minden fogvatartottnak kötelezően részt kellett vennie. Ami az egyes intézetekben tevékenykedő lelkészek számát illeti nézzük a következő statisztikát: Illaván egy római katolikus, egy görögkeleti, egy református és egy izraelita lelkész látta el a fenti feladatokat. Lipótváron és Sopronban a két római katolikus pap mellett mindössze egy református és egy izraelita tevékenykedett. Munkácson már a római katolikus, az evangélikus és az izraelita lelkész mellett egy görög katolikust, valamint egy reformátust is alkalmaztak. A váci intézetben egy római katolikus, egy görögkeleti, egy református és egy izraelita lelkész látta el a lelki neveléssel kapcsolatos teendőket. Márianosztrán és Szegeden egy római katolikus, egy görögkeleti, egy evangélikus, egy református és egy izraelita pap munkálkodott. A legkiegyenlítettebb képet a szamosújvári intézet mutatta, ahol egyaránt megtalálhatók a római katolikus, a görögkeleti, a görög katolikus, az evangélikus, a református, az unitárius és az izraelita vallás képviselői. Hasonló a helyzet Nagyenyeden is, ahol a fentiek közül csak a görög katolikus papot nem sorolta fel a jelentés. Mindehhez hozzá kell tenni, azonban azt, hogy a lelkészek alkalmazását – általában a római és a görög katolikusokat kivéve – főként úgy oldották meg, hogy őket nem rendes javadalmazással, hanem csak tiszteletdíjjal jutalmazott bejáróként foglalkoztatták. A leírt szerkezet a papok és munkájuk intézményrendszerbeli elhelyezését tekintve a második világháború végéig gyakorlatilag

alapvetően nem változott. Ezt követően az „új nézeteknek” megfelelő, új börtönrendszerből fokozatosan kiszorultak a lelkészek.

Márianosztra különleges helyzete

Külön említést érdemel az erkölcsi nevelés feladatainak ellátása szempontjából a Márianosztrai Fegyház és Börtön. Az épületet Nagy Lajos 1352-es alapításától II. József uralkodásáig – aki 1786-ban eltörölte a szerzetesrendet – pálosok birtokolták és kolostorként funkcionált. A rend működésének beszüntetését követően Márianosztrán „*az új »földesúr« a szerzetesek vagyonából létesített Vallás- és Tanulmányi Alap lett*”²⁴. A kolostor hasznosításának gondolata ezt követően csak az abszolutizmus idején merült fel. 1855 és 1858 között épült országos börtönként Illava, Munkács, Lipótvár, Vác és Márianosztra. Nosztrán a régi kolostorépületek felhasználásával alakították ki az első olyan női börtönt, amely az akkori nézetek figyelembevételével modernnek számított. Az említett fegyintézetekre azért volt szükség, mert a polgári korszak idején alapvetően megváltozott a büntetés-végrehajtás. Így a büntetési nemek között a korábban gyakran alkalmazott „*halálbüntetés és a testi fenytetés jelentőségükből, s fő büntetéssé a szabadságvesztés vált.*”

Ennek az átalakulásnak a részeként lett Márianosztra az erre kijelölt Szent Vince-rend vezetésével 1858-tól női elítéltek fegyintézetévé. „*A hajdani kolostor ettől kezdve a világi vezeklés színtere lett.*” A fegyház vezetését a rend és az állam között létrejött szerződés határozta meg. Az apácák a bérbe kapott bünte-

tőintézet igazgatását szigorú vallás-erkölcsi alapon szervezték meg. A fegyencnök szerintük nem csupán csak bűncselekmény követtek el, hanem vallási értelemben véve is bűnösök voltak, lehetővé kellett tehát számukra tenni, hogy kibéküljenek Istennel. Márianosztra különlegességét tehát az adta, hogy nemcsak az erkölcsi nevelés, a lelki élet ápolása, hanem a letartóztatottak élelmezése, a munka vezetése, a felügyelet gyakorlása stb., vagyis minden olyan feladat, amely az intézet fenntartását szolgálta, az „egyház” kezébe került. A kiegészítést követő időszakban az intézet állapotról, működéséről a **Tauffer Emil** és **Csillagh László** nevéhez fűződő *Jelentés* adott hiteles képet. Márianosztrán a lelki nevelés az istentiszteletek megtartása mellett magában foglalt még magyar és német nyelvű erkölcsi oktatást, ill. egyéb nevelő szándékú foglalkozásokat is. Így a körülményeket figyelembe véve és a felekezeti kérdésektől eltekintve ez a fegyrintézet biztosította leginkább az erkölcsi javítás megvalósításának lehetőségét. A márianosztrai intézet működésének ez a formája 1948-ig tartott. Ekkor ugyanis „ismét visszaállították a szigorított dologházat, és fogházat rendeztek be fiatalkorú elítélteknek. Az őrség kettészakadt, külön parancsnoka volt a férfi őrségnek és külön a női őrségnek, az igazgató főnöknő és az apácák tekintélye meggingott’. Felszólították őket, hogy lépjenek állami szolgálatba, erre azonban nem voltak hajlandók.” Így 1948 áprilisában döntés született a Márianosztrai Fegyház és Börtön állami tulajdonba vételéről. Ezt követően 1949 májusában az állam átvette az igazgatást a Szent Vince-rendtől. Majd „rövidesen

az is eldőlt, hogy az intézményt az Államvédelmi Hatóság veszi át férfi foglyok őrzésére: az ezzel összefüggő építési és átalakítási munkák”²⁵ 1950 májusában kezdődtek meg.

Bár hazánkban csak Márianosztrán alkalmazták ezt a rendszert – tehát csak női elítéltek esetében –, mégis a szakemberek heves tiltakozását váltotta ki az, hogy úgymond laikusok kezébe került a büntetés-végrehajtás. Általánosak voltak a **Balogh Jenő**hez hasonló dühös véleménynyilvánítások: „a szabadságvesztés büntetés tartalma ma nem merül ki, sem a sokat imádkozásban, sem egynéhány kézi munkanem megtanításában”²⁶. Bár a felháborodás nem volt teljesen alaptalan, hiszen ez a rendszer bizonyos szinten valóban a vezetés „szakmai kézből való kivételét” jelentette, de ezt a megközelítést mégis fenntartásokkal kellett kezelni. Ez a forma ugyanis (az osztrák börtönüggyel ellentétben) hazánkban csak a márianosztrai női intézetben működött, és ott is különleges feltételek mellett. Emellett pedig ez az irányítás nem egyfajta önhatalmú vezetés, hanem a mindenkori szerződésnek szigorúan megfelelő, és a felsőbb utasításoknak eleget tevő igazgatás volt. Végül pedig mi sem bizonyítja jobban a szerződéses rendszer létjogosultságát, mint az, hogy egészen 1950-ig ezzel a szisztémával működött az intézet.

Börtönmisszió – patronage

A javítási elméletek képviselői egyértelműen megállapították, hogy csak az az ember képes a bűnöző életmód csábításainak ellenállni, aki erős morális alapokkal rendelkezik. Éppen ezért tekintették a rabok erkölcsi nevelését a bünte-

tés-végrehajtás egyik fontos céljának. **Engelberg** szerint „*Elutasíthatatlan követelmény hát, hogy annak, ki a lejtőre jutott vagy éppen ... elbukott, megmutassák azt az utat, mely egyedül üdvös és áldásos. Ezt a feladatot tűzte maga elé az elbocsátott rabok segélyezésének intézménye, a patronage.*”²⁷ Rabsegélyezés, patronage alatt tágabb értelemben a bűncselekmény minden mutatkozó csirájának elfojtását, szűkebb értelmezésben pedig a társadalomba való visszavezetést ért a szerző. A rabsegélyezés alapvetően a fiatalkorúakkal kapcsolatban merült fel a büntető jogtudományban. Célja, hogy a szabadulás előtt álló elítélteket segítse a börtönön kívüli életbe való beilleszkedésben. Gyakorlatban ez a rabot rendszeresen látogató, képzett pártfogó tevékenységében valósult meg. Ezek azok az ismérvek, melyek a patronage-t a börtönmisszióhoz kötötték, és amelyek alapján ez utóbbi – a javítás szerves részét képező – tevékenység tartalma, sajátosságai körvonalazhatók. Elhatárolásuk, a különbségeket alapul véve, a következő szempontok szerint lehetséges. Míg a patronage elsősorban a fiatalkorúakhoz kapcsolódott, addig ilyen „*rétég-specializáció*” a börtönmisszió esetében elképzelhetetlen. Az előbbi hivatásos pártfogó végezte, aki első sorban „*oly eseteket kezel, melyekkel sem a szülő, sem a lelkész, sem az iskola nem bír*”²⁸, az utóbbiból eredő feladatokat pedig alapvetően az egyház szellemében működő szervezetek „*szociális munkásai*” látták el. Végül rabsegélyezés „*módszere*” egy általános, a mindennapi életre való felkészülést/felkészítést foglalt magába, míg a börtönmisszió elsődleges, az aktív vallásgya-

korláson, hitéleten alapuló erkölcsi nevelést (ezért is kapcsolódhatott szorosan a lelkész munkájához).

Mindezek nyomán meg sem lehet kérdőjelezni, hogy büntetés-végrehajtási intézetekben folyó erkölcsi nevelésnek feltétlenül része a börtönmisszió. A fogalom találó meghatározása olvasható **Finkey Ferenc** írásában: „*a börtönbe került hitsorosaiknak vallási vigaszban részesítése s a hitetlen vagy cinikus lelkületű raboknak a vallás fegyvereivel való megtérítését és a javulás útjára vezetését*”²⁹ jelentette. Ez a gyakorlatban felügyelet alatti beszélgetést és előadások formájában történő oktatást jelentett. A misszió tagjai feladatuknak tekintették a fogvatartottak lelki terhének oldását, vigasz nyújtását, egymáshoz és a családhoz való viszony javítását, a bosszúvágy helyett megbocsátásra ösztönzést, börtönártalmak csökkentését, remény és támasz nyújtását. Ezek a célok és teendők csaknem lefedték a lelkész kötelezettségeit, tehát egy jól működő börtönmissziós tevékenység hasznos kiegészítője, megerősítője a pap munkájának. A különböző, többnyire a hivatalos egyházon kívül, de az egyház szellemében működő missziótársulatok kötelességüknek tekintették nemcsak az intézetekben való munkálkodást, hanem a szociális munka folytonosságának érdekében megfelelő képzés biztosítását is.

Ezt oktató szemináriumok, nyilvános lelkigyakorlatok, előadások, tanfolyamok, tanulmányi utazások szervezésével valósították meg. Az így kiképzettek azonban nemcsak büntetés-végrehajtási intézetekben, hanem többek között otthonokban, egyesületeknél és kórházakban is végeztek karitatív tevékenységet.

Ezek a szervezetek általában szigorú szabályzattal rendelkeztek. *Farkas Edit* a Szociális Missziótársulatról írt munkája jellemző képet festett a működésükről. A legfontosabb szabályok a következők. Mindenek előtt alapvető követelmény az elhivatottság és a képzettség. Ezt egészítették ki a külsőségekkel, főként a ruházattal kapcsolatos előírások. A szervezeti felépítésben különbséget tettek bel-, kül- és pártfogó tagok között. Ennek alapján határolhatók el egymástól a kiképzett „*nővérek*”, a betagok közeli ismerősei és a működéshez anyagi támogatással hozzájárulók, pártolók.¹⁰

Az ilyen és ehhez hasonló börtönmissziós társulatok egyházi és állami jóváhagyással, támogatással 1949-ig gyakorlatilag zavartalanul működtek.

A lelkészek, miként láthattuk, gyakorlatilag a kezdetektől fogva résztvevői

valamilyen formában a büntetések végrehajtásának. A kezdeti viszonylag „*képlékeny*” feladatkör fokozatosan körvonalazódott az évszázadok során, és a szabadságvesztés-büntetés térhódításával párhuzamosan vált az intézményi rendszerbe is betagozódt „*munkakörre*”. Ez a hagyományos lelkesítő tevékenységeken (az utolsó szentség kiadásán, házasságkötés, temetés levezetésén stb.) túl már alapvetően a fogvatartottak erkölcsi jobbitását és nevelését foglalta magában. A relatív (a prevenciót és a nevelést elsődlegesnek tekintő) elméletek megjelenésétől intézményesült a büntetés-végrehajtásban a papok ilyen irányú tevékenysége, melynek szerves fejlődése az 1945 utáni politikai változásokkal tört meg Magyarországon.

Davidovics Krisztina

Jegyzetek

¹ Készült az ELTE Magyar állam- és jogtörténeti Tanszékének Börtönügyi szemináriumában.

² Mezey B.: A magyar polgári börtönügy kezdetei; Budapest, 1995. 18. p

³ Pál L.: Nevelés a büntetés-végrehajtásban; Budapest, 1976. 270-75. p

⁴ Pál L.: i.m. 270-75. p

⁵ Franz Holtzendorff-Eugen Jagemann: Handbuch des Gefängniswesens; Hamburg, 1888. 14-16. p

⁶ Finkey F.: Büntetés és nevelés; Budapest, 1917. 41-83. p

⁷ Mezey B.: i.m.1990. 14. p

⁸ Legelőször a letartóztatottak levezetésének ellenőrzésétől tiltották el a lelkészeket a 123 840/1948. IM VI. számú utasítással.

⁹ Gläser I.: A szabadságvesztés-büntetés végrehajtása, történeti áttekintés; Budapest, 1975. 270-71. p

¹⁰ Vö.: 1967. évi Bv. Szabályzat VI. fejezet

¹¹ Igaz, a Szovjetunióban még ezt az is súlyosbította, hogy a rabokra a köztörvényes bűnözők „felügyeltek”.

¹² Tóth M: Tanulmányok a börtönügy terén; Eger, 1874. 67. p

¹³ Eötvös J: Vélemény a fogházjavítás ügyében ns. Borsod vármegye ebbeli küldöttségéhez; Pest, 1838. 48. p

¹⁴ Tóth L: Fegyházi tanulmányok, Az Illavai Fegyház; Budapest, 1895. 16. p

¹⁵ Szemere B: Terve egy építendő fogháznak a magányrendszer elvei szerint; Kassa, 1838. 49. p

¹⁶ Tóth L: i.m. 17-18. p

¹⁷ Megyeri I: A magyar börtönügy és az országos letartóztatási intézetek; Budapest, 1905. 334. p

¹⁸ Szöllösi O: A magyar börtönügy; Budapest, 1930. 23-25. p

¹⁹ Vö.: 1870. június 10-én kelt rendelet: házszabályok és szolgálati utasítások a m. kir. fegyintézetek számára; Fogházrendtartás: 2106/1880. I. M. E. sz. r. II. melléklete; Börtönrendtartás: 2106/1880. I. M. E. sz. r. IV. melléklete; Fogházrendtartás: 2106/1880. I. M. E. sz. r. V. melléklete és 696/7874. I. M. sz. r. III. része

²⁰ E módszertan főbb pontjainak meghatározása olvasható többek között

az Erkölcsei keresztény oktatások különösen a fenytető házakban raboskodóknak remélhető jobbításokra című alko-tásban. K. Lyceum 1819.

²¹ Fehérváry I: Börtönvilág Magyarországon 1945-56; Budapest, 1978. 146-47. p

²² Mezey B: i.m. 1995. 93. p

²³ Mezey B: 1995. 104. p

²⁴ Tamáska P: Márianosztrai panoptikum; Budapest, 1988. 16-19. p

²⁵ Tamáska P: i.m. 96-97. p

²⁶ Balogh Jenő: Börtönügyi viszonyaink reformjához; Budapest, 1887. 29. p

²⁷ v. Engelberg: A büntetendő cselekmények megelőzése – különös tekintettel a patronage-ra; Budapest, 1909. 71. p

²⁸ Farkas E: A hivatásos pártfogó; Budapest, 1911. 25. p

²⁹ Finkey F: Büntetéstani problémák; Budapest, 1933. 144. p

³⁰ Farkas E: Szociális Missziótársulat rövid ismertetése; Budapest, 1911.

Felhasznált irodalom

Balogh Jenő: *Börtönügyi viszonyainak reformjához*, Budapest, 1887. 29. p.

Deák Ferenc: *Alapítva: 140 éve – Márianosztra tegnap és ma*, Börtönügyi Szemle, 1998. 3. sz. 122–126. p.

Eötvös J.: *Vélemény fogházjavítás ügyében ns. Borsod vm. ebbeli küldöttségéhez*, Pest 1838. 48.p.

Farkas E.: *A hivatásos pártfogó*, Budapest, 1911. 25. p.

Farkas E.: *Szociális Missziótársulat rövid ismertetése*, Budapest, 1911.

Fehérváry I.: *Börtönvilág Magyarországon 1945-56*. Budapest, 1978. 146–147. p.

Finkey F.: *Büntetés és nevelés*, Budapest, 1917. 41–83. p.

Finkey F.: *Büntetéstani problémák*, Budapest, 1933. 144. p.

Franz Holtendorff-Eugen Jagemann: *Handbuch des Gefangniswesens*, Hamburg, 1888. 14–16. p

Gläser I.: *A szabadságvesztés-büntetés végrehajtása, történeti áttekintés*, Budapest, 1975. 270–271. p.

Jelentés az országos letartóztatási intézetek 1890. évi állapotáról 81. p.

Megyeri I.: *A magyar börtönügy és az országos letartóztatási intézetek*, Budapest, 1905. 334. p.

Mezey B.: *A büntetőjogi felelőségre vonás intézményi hátterének kialakítása a 18-19. sz.-ban. Az önálló magyar büntetés-végrehajtás jogi és szervezeti kereteinek kiépítése*. Budapest, 1990. 14. p.

Mezey B.: *A magyar polgári börtönügy kezdetei*. Budapest, 1995. 18–19, 93, 104. p.

Pál L.: *Nevelés a büntetés-végrehajtásban*. Budapest, 1976. 270–275. p.

Szemere B.: *Terve egy építendő fogháznak a magányrendszer elvei szerint*, Kassa, 1838. 49. p.

Szóllósi O.: *A magyar börtönügy*, Budapest, 1930. 23–25. p.

Tamáská P.: *Márianosztrai panoptikum*, Budapest, 1988. 16–19, 96–97. p.

Tóth L.: *Fegyházi tanulmányok, Az Illavai Fegyház*, Budapest, 1895. 16–18. p.

Tóth M.: *Tanulmányok a börtönügy terén*, Eger, 1874. 67. p.

v. Engelberg: *A büntetendő cselekmények megelőzése – különös tekintettel a patronage-ra*, Budapest, 1909. 71. p.

Hollandiai tapasztalatok

A Holland Helsinki Bizottság elnökének meghívására a magyar büntetés-végrehajtási szervezet háromfős delegációja meglátogatta a MATRA program keretében két hetes képzésen, Boxmeer városában tartózkodó 17 fős magyar csoportot. A látogatás alkalmával a delegáció megtekintett három büntetés-végrehajtási intézetet, és megbeszélést folytatott a Holland Büntetés-végrehajtás főigazgatójával.

A delegációt **dr. Bökönyi István** bv. vezérőrnagy, a bv. országos parancsnoka vezette. A delegáció tagjai **Boglyasovszky Csaba** bv. ezredes és **Dr. Kalapos Miklós** orvos, tolmács voltak.

A holland büntetés-végrehajtás intézmény-rendszere, szervezetiének felépítése, feladatai.

A holland büntetés-végrehajtás szervezetének 4 régiójába 40 intézet és több kiszolgáló intézmény tartozik, élén az országos főigazgatóval. Az Igazságügyi Minisztérium irányítása alá tartozó büntetés-végrehajtás központi főigazgatóságának székhelye Hágában van, ahol mintegy 300 munkatárs dolgozik.

A holland büntetés-végrehajtás létszáma több mint 17000 fő. A létszámot még növeli a külső vállalkozók száma (pl. étellemezési ellátás). A heti 36 órás munkarend hivatali naponként 9–17 óráig terjed, melyben 30 perc munkaközi szünet van.

A központi feladatot ellátó szervezetek közvetlenül a főigazgatóhoz tartoznak. Ezek közül érdemes kiemelni a központi szállítási osztályt, valamint a rendkívüli események felszámolására szerve-

zett, központi büntetés-végrehajtási speciális, biztonsági csoportot.

Itt kell megjegyezni, hogy a fogvatartottak intézetekhez közeli, külső mozgását, az intézetek esetleges külső védelmét a rendőrség hajtja végre, de nagyobb külső támadás, vagy fogolyzandulás, kitörési kísérlet esetén a hadsereg is bevonható.

Az objektumok bátyafallal, vagy kerítéssel vannak körülkerítve. A magyarországi értelmezés szerinti fegyveres külső őrzés nincs (pl. a büntetés-végrehajtásnál egyáltalán nincs rendszeresítve fegyver).

A fogvatartottaknak két csoportja van: az elítéltek és az előzetesen letartóztatottak. Az előzetesen letartóztatottak az ott alkalmazott „*legszigorúbb*” zárt körülmények között vannak, amely a mi gyakorlatunk fegyház fokozata rezsimszabályainak felel meg.

A bíró ítéletében csak a – magyarországihoz képest évekkel rövidebb – büntetési tételek időtartamát határozza meg, annak fokozatai nincsenek. A intézetekben ennek megfelelően különböző szabályok szerint kerülnek elhelyezésre a fogvatartottak.

Az intézetekben és intézményekben 13.000 férőhelyen, jelenleg 13.000 fogvatartott van elhelyezve. Az elítélteket büntetésük letöltésére, előjegyzés alapján hívják be.

A börtönökben az érvényben lévő rezsimszabályokat az alábbiak szerint lehet megkülönböztetni:

1. nagybiztonságú,
2. zárt,
3. standard,

4. félig nyitott,
5. nyitott körletrész.

A fogvatartottnak, fő szabályként, ítéletének 2/3-ad részét kell letöltenie és az ítéletbe történő befogadásakor a zárt körletrészre kerül. A ítélet letöltött idejének csökkenése figyelembe vételével helyezik át a standard, félig nyitott, illetve nyitott körletrészre. Ezek a változtatások az intézet javaslatára, az ügyész egyetértésével történnek. A nyitott körletre az elítéltek a szabadulás előtti utolsó 6 hónapban kerülhetnek, intézeten kívüli munkát végezhetnek és a hétvégeket otthon tölthetik.

Nagymértékben számítanak a fogvatartottak együttműködő készségére, felelősségérzetére, amelynek megnyilvánulási formája, hogy az esti zárás és a reggeli nyitás között a zárkába vannak bezárva, és a felügyelő személyzet még az épületben sincs velük.

Az intézetekben széles körben programokat szerveznek. Ezek: szakköri tevékenység, tanulás és heti 20 órás kötelező munkavégzés.

Az elítéltek civil ruhájukat viselhetik. Tisztántartásukról az intézet által biztosított eszközökkel, saját mosószerükkel – kötelezően – maguk gondoskodnak. A napi 5 eurós étkezési költségből egy meleg és két hideg étkezésben részesülnek, amelyben figyelembe veszik a különböző egészségügyi és vallási előírásokat is. Az előre csomagolt hideg, illetve meleg ételt adagolva biztosítják, a reggelit a vacsorával együtt kapják meg. Ez lehetővé teszi a személyzet számára a speciális szolgálatszervezést (nappal szinte a teljes személyzet, éjjel csak a legszükségesebb létszám van bent).

Minden fogvatartott egyszemélyes zárkákban van elhelyezve. Ezek berendezése tipizált és célszerű. Egyes szolgáltatásokért – mint pl. a tv, a hűtő, a számítógép – a

fogvatartottnak fizetni kell. A zárkák különbségei csak a vandálbiztosságban vannak, az egyes rezsimek között. Minden helyiségben füstjelző, automata tűzoltó berendezés és légkondicionálás van.

Az intézetlátogatások tapasztalatai

Két nap alatt három büntetés-végrehajtási intézetben járt a delegáció. A Vught-i az ország egyik legnagyobb és legösszetettebb feladatokat ellátó intézete. Az intézet vezetőjét munkájában két fő, rezsimeket felügyelő helyettes és egy fő „*hivatal-személyzeti vezető*” segíti helyettesként. Ők a hozzájuk tartozó területek irányítását látják el. A 600 fő fogvatartottal 650 fős személyzet foglalkozik. Az intézeten keresztül gyakorlatilag az egész holland büntetés-végrehajtás bemutatható, hiszen 13 különböző rezsime-típus majdnem teljesen önálló rendszerben működik (a külső bástyafalon belül, körülkerítve, különálló épületekben, udvarokkal és személyzettel). Egyforma funkció csak a beléptetésben, a látogatók fogadásában, és az ellátásban van.

A beléptetés és az intézeten belüli mozgás lehetősége több körben differenciált, így az objektum közepén elhelyezkedő nagybiztonságú körletrészre csak háromszoros, egyre szigorodó ellenőrzés után lehet bejutni.

Az épületek kétszintesek, lakóház jellegűek (pl. nincsenek mászásgátlók). A belül tágas, jól elkülönített funkcionális helyiségekre szinte teljes rálátási lehetősége van a személyzetnek. Több helyen a falakat, a folyosókat, az ajtókat színekkel különböztetik meg.

Az eddig leírt, általánosnak mondható körülményeken túl, a nagy biztonságú körletrészre az alábbiak jellemzők:

A külön bástyafallal körülkerített, öntött betonból, rozsdamentes acélból, golyós és ütésálló üvegből épített kétszintes épületben összesen 24 fogvatartott elhelyezésére van lehetőség. Az építmény félkör alakú, a palást ívelt oldalán vannak a zárkák, az egyenes oldal irányában pedig a sétaudvarok, a szolgálati és a kiszolgáló helyiségek. A négy, egymástól elkülönített, 6-6 fogvatartott elhelyezésére szolgáló egység az épületen belül szinte önállóan működik.

Minden hatos egységhez, ráccsal fedett, zárt sétaudvar, kondicionálóterem, közös helyiség, lakóelőtér tartozik, amelyeket egymástól teljes egészében ütésálló üveggel választottak el.

Két-két egységhez tartozik egy-egy körlet-ügyelet, és az egészet egy központi teremből ellenőrzik.

Minden ügyeleti helyiségből közvetlenül látható a többi, illetve az alárendeltségbe tartozó összes terület. Az itt alkalmazott belső szabályok a legminimálisabba csökkentik a különleges események bekövetkezésének lehetőségét.

A másik megtekintett rezsim a magyar terminológia szerinti gyógyító-nevelő csoport funkciójához hasonlítható a legjobban. Az itt elhelyezettek számára célszerűen kialakított négy szintes épületben nagy létszámú, szakképzett személyzet foglalkozik a fogvatartottakkal. Egyéni és kiscsoportos terápiás foglalkozások keretében jól felszerelt helyiségekben a fogvatartottak érdeklődésének megfelelően tudnak a segítségükre lenni. Ebben a részlegben elhelyezettek az általános havi egy alkalommal szemben, hetente fogadhatnak látogatót, és a pszichológus véleményét is figyelembe véve töltik itt a büntetésük egy részét.

Ugyanakkor meg kell említeni, hogy a magyarországi gyakorlattal ellentétben itt

még alkalmazzák a dühöngő fogvatartott, speciális ágyhoz történő leszűrését. Az ön- és közveszélyes magatartás hatásainak csökkentésére speciális zárkákat alakítottak ki, amelyekben nincs berendezés, a fogvatartott a földön, vászonzfekhelyen felehet. Az itt elhelyezettek számára a napi egyórás, szabadlevegőn tartózkodás, két részletben történik, zárt és félig fedett helyen.

Megtekintette a delegáció a standard körletrészt is, ahol „*családias légkörben*” él együtt a személyzet és a fogvatartottak. Az épület 12 fős, egyforma lakóegységekből áll. Az ajtókra kiírják a zárkában elhelyezett fogvatartott nevét és legfontosabb adatait. Minden zárkából lehetőség van – oda-visszabeszélő berendezésen keresztül – kapcsolatot teremteni a központi ügyelettel. Ebben a körletben található az intézet drog-kimutató laboratóriuma, ahol a vett minták elemzését, értékelését végzik.

Megtekintettük a fogvatartottak foglalkoztatására szolgáló részt is, ahol a nem profit-orientált foglalkoztatás történik. A teljes foglalkoztatás keretében fém-, fa- és papíripari termelés folyik saját eszközökkel, megrendelésre, illetve bér munkában. A napi munkaidő 8 órakor kezdődik, több váltásban, teljes napra elosztva úgy, hogy a heti 20 órát nem haladhatja meg. A munkavégzésért bér nem jár, de egy bizonyos, alacsony összeget vásárlásra fordíthatnak.

A munkavégzéssel együtt képzésre is van lehetőség, amelynek eredményeire alapozva hatékonyan tudják támogatni a fogvatartottak szabadulás utáni elhelyezkedését.

A második nap egy fiatalos és egy női intézetet tekintett meg a delegáció. A Stevenbeek-i fiatalos intézetet J.G.A. van den Brand területi igazgató úr mutatta be.

A fiataikorúak intézetében a már korábban jelzett standard körlethez képest még színesebb és még kevésbé börtönre emlékeztető körülmények találhatóak. Az oktatás, a képzés és a szabadidős programok számos lehetősége biztosított a 12-18 év közötti fiatalok fogvatartottak számára.

Az intézethez tartozó, de attól mintegy 25 km-re lévő, 235 fős telephelyen felnőtt nők vannak elhelyezve, illetve ott egy anya-gyermek körlet is van. A volt kolostorból kialakított börtönben ideális elhelyezési körülmények között töltik büntetésüket az elítéltek. Az egészre a standard elhelyezési körülmények a jellemzők, melyekben természetesen a zárt, félig nyitott és nyitott rezsimszabályokat is alkalmazzák.

A kapcsolattartás keretében lehetőség van arra, hogy a „hosszú idősök” „intimszobában” látogatót fogadjanak. E lehetőségre házasság esetén, az azonos neműeknek is van módjuk. A körletrészen elhelyezett nők mintegy 60%-a drogfüggő, zömmel heroinos.

A delegáció külön kérésére az anya-gyermek körletet mutatták be alaposabban, ahol jelenleg öt anyát helyeztek el gyermekével. A közös elhelyezésére a gyermek négy éves koráig van lehetőség. Erre még egy esetben sem került sor, mert minden esetben az anyák büntetésüket letöltve korábban szabadultak. Az anyák napközben dolgoznak, és a gyermekek ezen idő alatt a közelben lévő település bölcsődéjében vannak.

A körletrészen található:

- egy nagy közösségi helyiség konyhapulttal, étkező- és pihenő asztalokkal, ülögarnitúrával, gyermekjárókakkal,
- mosókonyha,
- tároló,
- három helyiséges lakóegységek (anyának nappali és az abból nyíló gyerekszoba és fürdőszoba),

– napozó és játszótér.

Látogatásra az intézetben van lehetőség, illetve az anya hétvégén hazaviheti a gyermekét. A gyermekek ellátásának költségét teljes egészében az állam viseli.

A körletrészen összesen három büntetés-végrehajtási alkalmazott teljesít szolgálatot. Egyikük óránként járőrözik, a másik kettő pedig az ott elhelyezett felügyeletét látja el. Egészségügyi, illetve más személyzet nem áll rendelkezésre.

Hasonlóan a korábban, több intézetben és körletrészen éjjel a fogvatartottak egyedül vannak a zárkaikban.

Az intézetekben tett látogatás egyik általános tapasztalata, hogy a holland büntetés-végrehajtást jellemző általános „jólét”-ből adódó személyzeti és anyagi források lehetőségeit hasznosítva kiemelt figyelmet fordítanak a személyi állomány racionális szolgálatsszervezésére is.

A házirendet, és ezen belül a napirendet, úgy alakították ki, hogy a fogvatartottak este 9 órától, reggel 7.30-ig a lezárt zárkaikban tartózkodnak. Ez idő alatt az intézetben csak a minimálisan szükséges létszám (3-9 fő) van, a központi, ügyeleti helyiségben. A körletrészekben a személyzet ebben az időben nem teljesít szolgálatot. A börtön területének ellenőrzését óránként indított 1-2 fős járőrszolgálat látja el. A váltás 7.30, 13 és 21 órakor történik. Ezzel a személyi állomány a fogvatartottakkal kapcsolatos feladatok ellátására, nappali, rövidebb szolgálati időt teljesít. Éjszaka, amikor a személyzet a fogvatartottakkal nem találkozik, és velük kapcsolatban, alapvetően semmilyen konkrét tevékenysége nincs, hosszabb idejű szolgálati időt tölt az intézetben. Az esetleges éjszakai, nagyobb létszámszükséglet biztosítására lakáson,

intézetenként, mintegy 10 fő, készenléti szolgálatot lát el.

A nappali időszakban zajlik minden olyan tevékenység, amely a fogvatartottak zárkán kívüli tartózkodásával van összefüggésben. Minden programot megfelelő létszámú személyzet biztosít.

A delegáció látogatása során az egészségügyi alrendszerrel is szerezhettek benyomásokat. E tekintetben kiemelésre méltó, hogy speciális programok hatják át a holland rendszert. Különösen nagy hangsúlyt fektetnek a drog-rehabilitációs programokra. Ennek érdekében az általunk meglátogatott Vught-i intézetben egy külön kábítószeres kimutatására alkalmas laboratóriumot hoztak létre, ahol a legmodernebb technika igénybevétele mellett diplomás és szakképzett dolgozók végzik el a biológiai minták vizsgálatát. Ez a fajta laboratóriumi háttér alapvető a megfelelő drog-rehabilitációs programok szempontjából. Ugyancsak elgondolkodtató volt a Vught-i intézmény ún. „*dühöngő*” részlege. Alapvető a lényegi különbség a holland és a magyar rendszer között, hogy

szemben a magyarországi helyzettel, a hollandok nem igyekeznek ezeket az eseteket pszichiátriai síkra terelni, vagyis a nevelési és rezsimplémák pszichiátrizálása elmarad. Ez orvosi szempontból, de büntetés-végrehajtási szempontból is, fontos attitűdbeli különbséget mutat a két ország büntetés-végrehajtási rendszerei között. A magukat megsebesítőket sebészeti szempontból civil kórház látja el, de a pszichiátriára bekerülés ritkább, mint hazánkban.

A MATRA képzésben résztvevő csoport meglátogatása

A látogatás első napjának estéjén, Boxmeer városában a delegáció találkozott a Holland Helsinki Bizottság által szervezett és finanszírozott képzési programban résztvevő magyar büntetés-végrehajtási csoporttal, ugyanekkor találkozott J.H.R.D. van Roijen úrral, LLM nagykövettel, a bizottság elnökével, aki szintén felkereste a programban résztvevőket.

A magyar csoport az eltelt első heti képzés alapján pozitív benyomásairól adott

A holland Matra Projektről: A MATRA szó egy holland nyelvű rövidítés, amely a közép- és kelet-európai országok demokratikus fejlődését elősegítő program neve. A MATRA támogatásokat (support) a Holland Külügyminisztérium felügyeli, és ezekhez az összegekhez pályázat útján lehet hozzájutni. *A magyar büntetés-végrehajtás professzionalizálása* címmel a Holland Helsinki Bizottság (NHC) pályázott a támogatásra, és elnyert mintegy 150 millió forintot a hároméves lefutású programra.

A holland és a magyar bv. intézeteknek már korábban is voltak kapcsolatai. Ezeket a partnerkapcsolatokat *twinning*nek neve-

zik. A *twinning* azt jelenti, hogy két intézet önállóan, a felettes szerv beavatkozása nélkül, tapasztalatcseréken és tanulmányutakon alapuló kapcsolatot létesít. *Twinning* leggyakrabban az EU tagállamok és a csatlakozni kívánó országok intézetei között áll fenn.

A kilencvenes évek elején holland küldöttség járt egy magyar bv. intézetben. A résztvevők között volt az NHC egyik tagja is, akiben a látottak kapcsán felmerült az, hogy érdemes lenne a magyar bv. rendszerét támogatni. Hosszas, kétoldalú, vezetői szintű tárgyalások után a Matra Projekt 2001 szeptemberében indult el.

hangot, melyek az előadások összeállítására, mind azok tartalmára, illetve az intézeti bemutatásokra is vonatkoztak. Lehetőségük nyílt oktató-módszertani, büntetés-végrehajtási speciális kezelési programokról előadásokat hallgatni, és több intézetben ezek gyakorlatát nyomon követni, megvalósításáról tapasztalatokat szerezni. Jelentős eredményként könyvelték el, hogy – bár tolmács is segíti tevékenységüket – az angol nyelvű előadások nyelvismeretük szintjének emelését is szolgálta.

Van Roijen úrral történt tárgyalás során az elnök úr meglegedettségét fejezte ki a csoport előmenetelével kapcsolatban. Tekintettel a nyelvi előképzettségükre, felajánlotta annak lehetőségét, hogy mintegy 10 fős csoport vehet részt a Holland Helsinki Bizottság szervezésében ukrainai, grúzai és moldávai vizsgálatokban.

Látogatás a holland büntetés-végrehajtás főigazgatójánál

Az út második napjának záró programjaként a küldöttség látogatást tett Hágában,

a holland büntetés-végrehajtás központjában, ahol Dr. P. F. M. Jagers főigazgató úr és munkatársai fogadták őket. A holland főigazgató és magyar országos parancsnok kölcsönösen tájékoztatták egymást büntetés-végrehajtási szervezeteik helyzetéről, aktuális kérdésekről. Külön is szó esett a MATRA program által nyújtott lehetőségekről, a holland büntetés-végrehajtás európai uniós tapasztalatainak átvételéről, és van den Brandt úr régió-igazgató ezen a területen nyújtott kiemelkedő szerepéről.

A vezetők megállapodtak abban, hogy a továbbiakban évente, levélben adnak egymásnak tájékoztatást a javasolt közös feladatokról, és mindkét fél egyetértése esetén tervszerűen végzik az együttműködési tevékenységet, különös tekintettel a magyar Büntetés-végrehajtási Szervezet felkészítésére az Európa Unióhoz történő csatlakozásra.

*Dr. Bökönyi István—
Dr. Kalapos Miklós Péter*

A büntetés-végrehajtási jog új tankönyvéről

A budapesti, illetve pécsi székhelyű Dialóg Campus Kiadó „*Jogi Szakvizsga Segédkönyvek*” sorozatában nemrégiben jelentette meg Dr. Vókó György „*Büntetés-végrehajtási jog*” című könyvét.

A kötet – a sorozat címéből adódóan – a jogi szakvizsgára felkészüléshez kíván segítséget nyújtani, de a benne található ismeretek a büntetés-végrehajtási jog mélyebb megismeréséhez is hozzásegítik az olvasót. A neves szerző az ismeretközlés olyan módszerét választotta, amely nagy súlyt helyez a jogalkalmazási alapismeretekre és tapasztalatokra, a gyakorlati követelmények figyelembevételére. A segédkönyv Vókó Györgynek az 1996-ban e címen, majd az 1999-ben „*Magyar büntetés-végrehajtási jog*” címen kiadott tankönyveinek alapján készült az azóta történt jogszabály-változtatások, valamint a bírói gyakorlat figyelembevételével.

A könyv anyaga tíz fejezetre oszlik. Az első fejezet az alapvető rendelkezéseket és a büntetés-végrehajtási rendszert mutatja be. A második anyagrészt a büntetés-végrehajtást övező jogállami biztosítérendszer egyes elemeit (büntetés-végrehajtási bíró, fokozatváltás, enyhébb végrehajtási szabályok stb.) írja le. A harmadik fejezet a szabadságvesztés végrehajtásának célját, feladatait, teljesítésének biztosítékait, tartalmát és tartamát állítja középpontba. A következő gondolati egység a szabadságvesztés végrehajtás rendjét tárgyal-

ja. Az ötödik fejezet a nem szabadságvesztéssel járó büntetések végrehajtásáról szól. A következő két anyagrészt a büntetőjogi intézkedések végrehajtásával, az elítéltek utógondozásával, illetve a személyes szabadságot érintő büntetőeljárás-jogi intézkedések végrehajtásával foglalkozik. A nyolcadik fejezet a járulékos büntetés-végrehajtási feladatokat mutatja be. A kötethez terjedelmes iratminta-tár kapcsolódik, továbbá a könyv végén a jogi szakvizsga követelményeivel ismerkedhet meg az olvasó.

A szerző hangsúlyozza, hogy nem lezárt ismeretanyagot tárgyal könyvében. „*A büntetés-végrehajtási jog elemzésekor mindig egy adott időpontban fennálló helyzetről kaphatunk képet, a következő nap esetleg már új gyakorlati kérdést, tudományos eredményt vagy jogalkotói szempontot hozhat felszínre, amelyre ugyanúgy, mint az egész összefüggérendszerre, nyomban oda kell figyelniünk*” – írja Vókó György.

Habár a büntetés-végrehajtási jog korántsem szűkíthető a „*börtönügyre*”, ezzel a kitűnő, lényegre törő összefoglalással a büntetés-végrehajtás gyakorló szakembereinek is érdemes megismerkedniük, a kiadvány a képzésben és a továbbképzésben is jól hasznosítható.

Deák Ferenc István

Könyvespolc

Farkas Ákos: *Büntetőjogi együttműködés az Európai Unióban.* Budapest, Osiris Kiadó, 2001. 120 oldal, 1280 Ft (Magyarország az Európai Unióban. Zsebkönyvtár)

A szerző szerint az Európai Unió létrejöttével a büntetőjogi együttműködés területén is egy dinamikus folyamat vette kezdetét, amelyek eredményeképpen lassan formálódni látszik egy egységes igazságszolgáltatási térség, intézményrendszer és kriminálpolitika.

1997-ben megalkották a Corpus Jurist, az ezredfordulón kiegészült az EK Szerződés a büntetőjogi eszközök megengedhetőségére vonatkozó rendelkezésekkel, elkészült az Európai Ügyészi Szolgálat megteremtésének terve, megalakult az OLAF, az Európai Csalás Elleni Hivatal. Eközben a III. pillér területén a büntetőjogi együttműködés hagyományos tárgyától, a jogsegélyről áttevődött a hangsúlya tagállamok hatóságai közötti közvetlen, érdemi koordinációra.

Ez a csekély terjedelmű, de rendkívül információgazdag kiadvány bemutatja az Európai Unió büntetőjogát befolyásoló tényezőket, annak sajátosságait, s végezetül felvázolja Magyarország perspektíváit is az ún. III. pillér – vagyis belügyi-igazságügyi együttműködés – területén.

Az Európai Unióhoz történő csatlakozásunkig bizonyára még számos fontos problémát kell meg megoldanunk, de Farkas Ákos könyve szerint a rendőrségi és igazságügyi együttműködés területén már nincsenek akadályok.

* * *

Gönczöl Katalin—Kóthy Judit: *Ombudsman 1995-2001.* Budapest, Helikon Kiadó, 2002. 246 oldal, 2980 Ft

Gönczöl Katalin hat évig volt az állampolgári jogok országgyűlési biztosa, e közben az egyik legismertebb közéleti személyiséggé vált Magyarországon.

A kötet gerincét Kóthy Judit interjút adják, amelyeket Gönczöl Katalinnal készített. Ugyanakkor a könyvben szóhoz jutnak mások is, még olyan is, aki nem értett egyet a hivatal némely döntésével. A fényképekkel illusztrált kiadvány magát az ombudsmani intézményt is bemutatja.

A könyv tartalma öt részre tagolódik. Az első rész riportjai az ombudsman intézményének létrejöttét, működésének általános tapasztalatait idézik fel. A második rész nemzetközi kitekintést ad. A harmadik rész az általános biztos működésének hat évét hozza közelebb az olvasóhoz. A negyedik részben Gönczöl Katalin a riporter magánéleti kérdéseire is válaszol. A terjedelmes Függelék tartalmazza – többek között – a hivatal alapításáról szóló törvényt, válogatást ad az átfogó vizsgálatokról, az Alkotmánybíróságnak írott indítványokból, illetve szemelvényeket közül az ombudsman-váltás sajtóvisszhangjáról.

A kiadvány lapjairól kiviláglik, hogy az állampolgári jogok országgyűlési biztosainak munkája egy élhetőbb, emberibb állam környezet munkáját segítette elő eddig Magyarországon. Remélhető, hogy az ombudsman intézménye közéletünk fontos és hatékony tényezője marad a jövőben is.

Görgényi Ilona: *A viktimológia alapkérdései.* Budapest, Osiris Kiadó, 2001. 289 oldal, 1680 Ft

A XX. század közepétől felerősödött az az igény, hogy a bűncselekmények elkövetőin túl azok elszenvetőire is szükséges koncentrálni. Az áldozat-orientált elméleti és gyakorlati törekvéseknek köszönhetően kialakult a viktimológia.

A könyv foglalkozik e tudományos ismeretrendszer helyével, nemzetközi és hazai fogalmi megközelítésével. Bemutatja az egyes speciális áldozatok és bűncselekmények viktimológiáját, továbbá egy nemzetközi viktimizációs felmérés tapasztalatait. Néhány európai áldozatsegítő szervezet ismertetésével a szerző célja annak hangsúlyozása, hogy a bűncselekmények áldozatai nemcsak együttérzésre, hanem támogatásra is szorulnak. A személy elleni erőszakos bűncselekményekhez kapcsolódóan a kötet elemzi az állam általi kártalanítás (kárenyhítés) nemzetközi megoldásait. Végül a bűncselekmények következtében elszenvedett kár, sérelem helyreállításának érdekében összefoglalja az ún. restoratív igazságszolgáltatás jellemzőit.

A könyv a téma első hazai összefoglalását nyújtja, s nem csak azok számára ajánlható, akik a kriminológia, s ezen belül a viktimológia kérdéseivel foglalkoznak.

* * *

Kettős mérce. Börtönviszonyok Magyarországon. Szerk. **Kádár András Kristóf, Kószeg Ferenc.** Budapest, Magyar Helsinki Bizottság, 2002. 198 oldal, 2000 Ft

A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságával kötött együttműködési megállapodás alapján a Magyar Helsinki Bizottság 2000 áprilisa és 2001 januárja között kilenc büntetés-végrehajtási intézetben vizsgálta az elítéltek jogainak érvényesülését.

A kötet címe – Kettős mérce – a szerkesztők szerint alapvetően arra vonatkozik, hogy „*sajátos kettőség mutatkozik az írott normák és a tényleges megvalósulások tekintetében. A magyar büntetés-végrehajtás jogi szabályozása papíron európai: legtöbb részletében megfelel a nemzetközi normáknak, az ENSZ és az Európa Tanács vonatkozó ajánlásainak. A valóság azonban gyakran egészen más.*”

A könyv tartalma négy részre oszlik. Az első rész a büntetés- végrehajtás problémáit fogalmazza meg a látogatások alapján. A második rész a börtönmegfigyelő program egészségügyi tapasztalatait tartalmazza. A harmadik gondolati egység az elítéltek társadalmi háttérét, életesélyeit vizsgálja. A negyedik fejezet tárgya a büntetés- végrehajtási gazdálkodás és az elítéltek foglalkoztatása. A mellékletek tartalmazzák a BVOP és a Magyar Helsinki Bizottság között létrejött együttműködési megállapodás szövegét, a program során használt kérdőívet, továbbá a program résztvevőinek névsorát. A könyvhöz dr. Bökönyi István bv. vezetőmagy, a büntetés-végrehajtás országos parancsnoka írt utószót. A kiadvány tartalmával a személyi állomány minél szélesebb körének ajánlatos volna megismerkednie.

* * *

Korinek László: *Irányzatok a kriminológiai gondolkodás fejlődésében.* Budapest, BM Kiadó, 2001. 139. oldal, 999 Ft

A kriminológia tudományának kialakulása a XVIII. század végére tehető, amikor is több mozgalom kétségbe vonta az olyan büntetés emberségességét és hatásosságát, amely csupán csak a megtor-

lásra épül. A neves szerző arra vállalkozott, hogy rövid, tömör formában, közérthető stílusban foglalja össze a kriminológiai gondolkozás legfőbb állomásait.

A mű két fő részre osztható. Az első rész a kriminológia történetének szakaszait mutatja be a XIX. század végéig. A második, a könyv túlnyomó hányadát kitevő rész pedig a XX. század kriminológiai elméleteit ismerteti. Ezek sorrendben a következők: a biológiai-tesztilelki adottságokat vizsgáló teóriák, a személyiséggel összefüggő elméletek, a szociológiai bűnözéseméletek, a bűnelkövetés elméletei, a társadalmi struktúrával összefüggő elméletek, az intézményelmélet, valamint az ún. többfaktor-megközelítés.

A könyvből megismerhető például Cohen „klasszikus” szubkultúra elmélete, amelyet eredetileg fiatalkori személyekre, s később a társadalmilag marginalizálódott egyéb csoportokra (drogfüggők, beilleszkedési nehézségekkel küzdők) is alkalmaztak.

Korinek László könyve – értékeinél fogva – jegyzetül használható azokon az egyetemeken, főiskolákon, ahol a kriminológia tantárgyként szerepel.

* * *

Zinner Tibor: *A kádári megtorlás rendszere.* Budapest, Hamvas Béla Kulturakutató Intézet, 2001. 449 oldal, 2900 Ft (Arc és álarc sorozat)

A szerző arra tett kísérletet, hogy minél több, kommentárt alig igénylő dokumentum segítségével bemutassa azt a jogi, politikai, jogpolitikai környezetet, amelyben a korabeli büntetőjogi rendszert kialakították. Azt a legfelsőbb pártkörök által vezérelt politikai döntéshozói mechanizmust óhajítja bemutatni, amely az osztálypolitika szempontjai alapján már a letartóztatások előtt eleve meghatározta az egyes üldözöttek sorsát.

E kötet célja, hogy a legkülönbözőbb források közzétételével, azokat magyarázatokkal kiegészítve, nyilvánvalóvá tegye: a korabeli jogi szabályozást helyreállított politikai rendszer egyik legmeghatározóbb elemeként működtek. A könyv tartalmazza, hogy a szovjet közreműködés miként határozta meg a büntető joggyakorlatot. Feltárja az erőszak politikájának meghirdetését, s adalékokkal érzékelteti a karhatalom és a rendőrség szerepét. Átláthatóvá teszi azt is, hogy miként születtek meg a törvényeket pótló jogszabályok, az ún. törvényerejű rendeletek. A kötet elemzi a büntetőeljárás leegyszerűsödésének folyamatát, a rögtönbíráskodást, illetve utóbb a katonai bíráskodást, végül a népbíráskodást keretbe foglaló rendeleteket. Adatokkal támasztja alá az ítélkezés irányítottágát. Érzékelteti az osztályhelyzet és a megtorlás hátterét, kapcsolódási pontjait, a politikai kívánalmak megvalósítását. A könyvet statisztikai táblázatok, névmutató egészítik ki.

Zinner Tibor véleménye szerint „a kádári megtorlás nem volt más, mint a Rákosi-féle rendszerű retorziók rémséges restaurálása”.

Deák Ferenc István

Válogatás a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokság
Szakkönyvtára szerzeményeiből.

Búcsú Vincze Tamástól

A közelmúltban búcsúztattuk el szakmánk elmúlt évtizedeinek egyik arculatformálóját, a büntetés-végrehaj-tási pszichológia és pedagógia meghonosításában és fejlesztésében kiemelkedő szakmai, szervezői, vezetői tevékenységet végző kollégánkat.

Nem ugyanolyannak láttuk Öt, hiszen nem ismer-tünk mindent, ami benne élt, ami azzá tette, ami volt, csak annyit tudunk róla, amit a hozzá fűződő viszony látni engedett. Megismerhettük Öt munkatársként, veze-tőként, barátként, mások talán még több oldaláról, de eb-ben a minőségében mindig önmaga maradt: a TAMÁS.

Mert mindenben és mindenütt ugyanolyannak tu-dott maradni: szerénynek, halk szavúnak, példamutóan becsületesnek, szeretetreméltónak, segítő-késznek, szeretteiért, munkatársaiért, neveltjeiért felelősséget érzőnek és mindig humánusnak.

Tehetsége és emberi tulajdonságai szinte arra predesztinálták, hogy másokon segítsen. 20 éves korában a szerencsés véletlen a deviáns fiatalokúak, közé irányította, és ettől kezdve egész életét az erkölcsi fogyatékoság elleni küzdelemnek áldozta. 28 éves volt, amikor sorsát a büntetés-végrehaj-táshoz kötötte. Éppen jókor érkezett. Mert tanúja lehetett az osztályharcos páncélatól éppen meg-szabaduló szervezet gyötrődő, szakmai átalakulásának és ezután csaknem 30 éven át gyógyítható gyermekbetegségeit, analizálhatta serdülőkori rendellenességeit. Így tehát ott volt a bv. minden lé-legzetvételénél.

Elsősorban kivételes szakértelmét, aztán egyre inkább, feltétel nélkül elismert egyéniségét is nagyra becsültük. Ő volt az, aki egyforma odaadással segítette a fogvatartottakat és a testület tagja-it problémáiknak megoldásában, de Ő volt az is, aki okos, tárgyilagos tapintatával csillapította, ke-zelte az állandósulni látszó, szakmai válsághelyzetben lévő, frusztrált személyzet hangulatát, és Ő volt az, aki ösztönözte a szekértáborokra szakadtak párbeszédét az újrakezdéshez. A nyugalom, az okos béke, a kiegyensúlyozottság, a fontolva-haladás, az optimális lehetőségek, a csendes kompro-misszumok szelíd szolgája volt Ő, aki utolsó nagy békéjét a halállal kötötte. A sokszor rettenetes, a százcárú, kiszámíthatatlan halál is megszéledülve vette karjaiba, mert Tamás vele is szót tudott érte-ni. Talán egy más planétáról érkezett, ahol mindez már megvalósult. És az is lehet, hogy most csu-pán visszatért oda, ahonnan jött, az örök béke és nyugalom birodalmába.

Közösségi ember volt, közösséget teremtő és hordozó, barátságot, megértést kovácsoló. Termé-szete volt a szolgálat másokért. Könnyű volt vele, mellette élni és dolgozni, mert szolgáló szelleme átvállalta a terheket. Sugárzóan tiszta ember volt. Ezért marad és maradt számunkra kísértésektől terhes világunkban a szakmai, emberi tisztesség világitótornya.

Búcsúzzunk a NEVELŐTŐL, a szakma nagy fiától.

Nyugodjék békében!



Megrendelőlap

Megrendelem a *Börtönügyi Szemle* c.
folyóiratot példányban,

.... egy évre,
.... fél évre,
.... negyed évre.

Megrendelő neve:

címe:

telefonszáma:

.....
(cégszerű) aláírás

A megrendelőlapot, kérjük, hogy nyomtatott betűvel töltsék ki!
A megrendelőlap aláírás nélkül érvénytelen!

Előfizetési díj:

egy évre:	1200 Ft
fél évre:	600 Ft
negyed évre:	300 Ft

A folyóirat előfizethető a bv. előirányzat-felhasználási
keretszámláján (10023002-01393008-00000000)
és a szerkesztőségben kapható készpénzátutalási utalványon.

A kitöltött megrendelőlapot kérjük szerkesztőségünk címére
(1054 Budapest, Steindl Imre u. 8. 413. sz.) eljuttatni,
vagy a 332-4778-as faxszámra elküldeni.



CONTENTS

- 3 Ministerial speech

STUDY

9 Albert Takács: Constitutional rights of inmates from Ombudsman's point of view

19 Dr. Gyula Molnár: Depression and suicide

31 Dr. Gyula Molnár: Addictions and deviancies

39 Dr. Zsuzsanna Gerlei: Diseases of HIV/AIDS, 2002

49 Dr. Katalin Heylmann: Health care situation of inmates in prison establishments

57 Dr. Ildikó Barna: TBC in the focus of attention again

61 Dr. habil. György Vókó-Dr. Dorottya Kovács: About the legal investigations of inmates' complaints concerning health care provision

WORKSHOP

73 Zoltán Borgulya: After release free from drugs

ABROAD

81 International experience on the spread and treatment of TBC, translated by Klára Király

87 News on prison life, translated by Klára Király

THE PAST

93 Krisztina Davidovics: The history of religious life and social care in prison establishments in the 19th century

EXCHANGE OF EXPERIENCE

105 Dr. István Bökönyi-Dr. Miklós Kalapos: Experience from the Netherlands

BOOKSHELF

111 Ferenc Deák: Bibliography inscription

NECROLOGY

115 Dr. József Lőrincz: Last honours to Tamás Vince

INHALT

3 Ministerialrede

STUDIE

9 Albert Takács: Die verfassungsmässig gewährleisteten Rechte der Gefangenen - Gesichtspunkt vom Ombudsman

19 Gyula Molnár: Die Depression und der Selbstmord

31 Gyula Molnár: Suchtkrankheiten und Deviantien

39 Dr. Zsuzsanna Gerlei: Die HIV-Krankheit 2002.

49 Dr. Katalin Heylmann: Die gesundheitliche Situation der Gefangenen in den Justizvollzugsanstalten

57 Dr. Ildikó Barna: Die Tuberkulose wieder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit

61 Dr. habil. György Vókó-Dr. Dorottya Kovács: Über die Prüfung der Einhaltung der Gesetzlichkeit bezüglich der Beschwerden der Gefangenen, die mit der gesundheitlichen Versorgung in Zusammenhang sind

WERKSTATT

73 Zoltán Borgulya: Nach der Entlassung, ohne Drogen

AUSLAND

81 Die internationalen Erfahrungen der Verbreitung und Behandlung der Tuberkulose. Übersetzerin: Klára Király

87 Nachrichten aus der „Gefängniswelt“. Übersetzerin: Klára Király

VERGANGENHEIT

93 Krisztina Davidovics: Die Geschichte der Religionsausübung und der Erziehung in den Justizvollzugsanstalten im XIX-ten Jahrhundert

ERFAHRUNGS- AUSTAUSCH

105 Dr. István Bökönyi - Dr. Miklós Kalapos: Niederländische Erfahrungen

BIBLIOTHEK

111 István Ferenc Deák: Empfehlung

NEKROLOG

115 Dr. József Lőrincz: Abschied von Herrn Tamás Vince

TARTALOM

3 Miniszteri beszéd

TANULMÁNY

9 Takács Albert: A fogvatartottak alkotmányos jogai az ombudsman szemszögéből

19 Dr. Molnár Gyula: A depresszió és az öngyilkosság

31 Dr. Molnár Gyula: Szenvedélybetegségek és devianciák

39 Dr. Gerlei Zsuzsanna: HIV/AIDS betegség 2002.

49 Dr. Heylmann Katalin: A fogvatartottak egészségügyi helyzete a büntetés-végrehajtási intézetekben

57 Dr. Barna Ildikó: A tbc ismét a figyelem középpontjában

61 Dr. habil. Vókó György—Dr. Kovács Dorottya: A fogvatartottak egészségügyi ellátásával kapcsolatos panaszok törvényességi vizsgálatáról

MŰHELY

73 Borgulya Zoltán: Szabadulás után, drog nélkül

KÜLFÖLD

81 A tbc terjedésének és kezelésének nemzetközi tapasztalatai, fordította Király Klára

87 Hírek a börtönvilágból, fordította Király Klára

MŰLT

93 Davidovics Krisztina: A hitélet és nevelés története a bv. intézetekben

TAPASZTALAT- CSERE

105 Dr. Bökönyi István—Dr. Kalapos Miklós: Hollandiai tapasztalatok

KÖNYVESPOLC

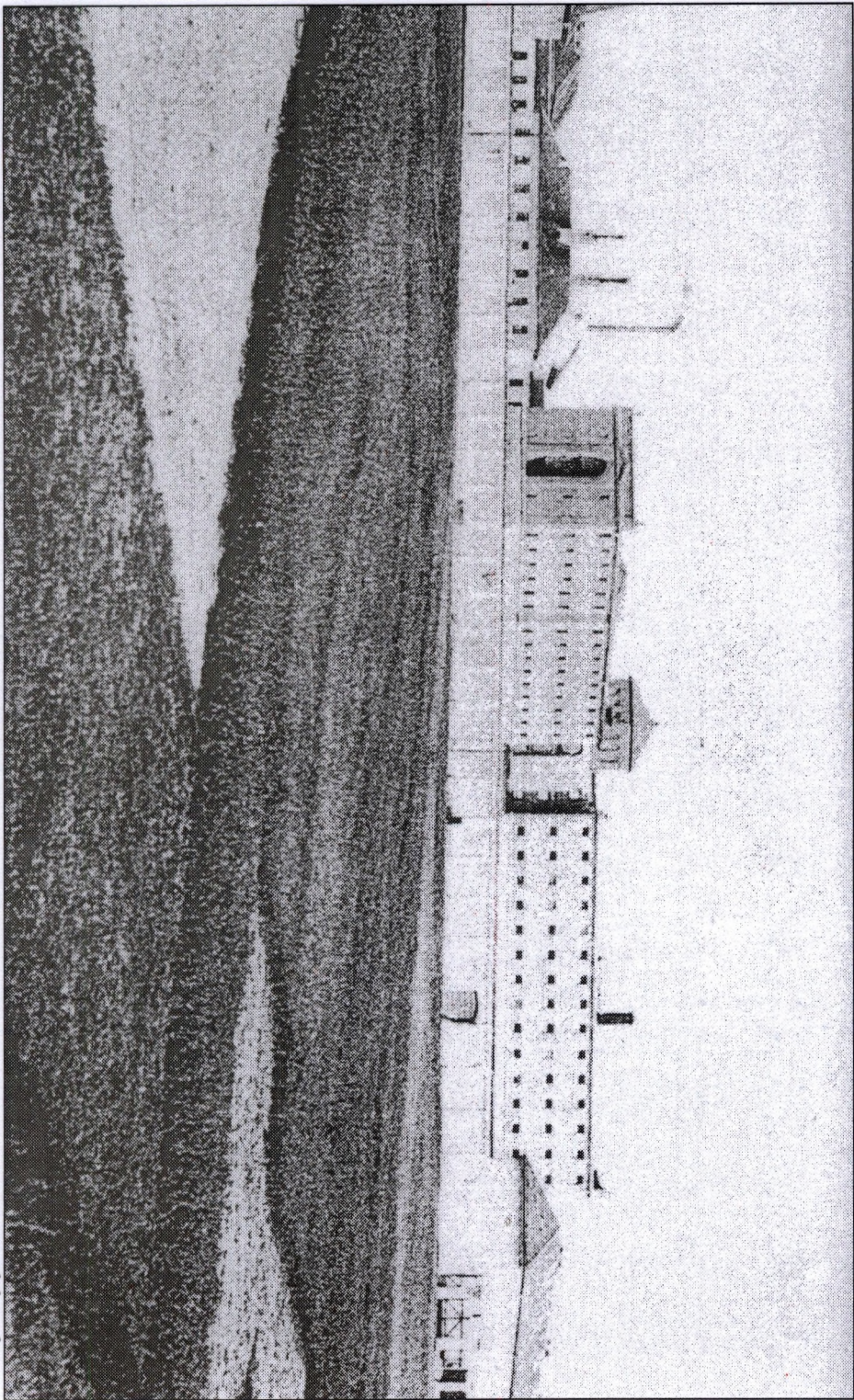
111 Deák Ferenc István: Ajánló

NEKROLÓG

115 Dr. Lőrincz József: Búcsú Vincze Tamástól

Ára: 300 forint

*Budapesti kir. gyűjtőfogház
Maison centrale de Budapest*



*Látkép
Vue générale*

Erdélyi fotogr.