

keret-tényállást /máktermelés szabályainak megszegése/ ugyanolyan jogszabály rendelkezései töltenek meg egyértelmű tartalommal,

c/ s végül, de nem utolsó sorban az, hogy a törvény tehát a jelen tanácskozás alapkérdésében, a "büntetés vagy gyógyítás?" kérdésében egyértelműen a gyógyítás javára dönt, pontosabban lehetővé teszi egészségügyi, büntető és szociális intézkedések együttes, vagy szükség esetén egymást felváltó alkalmazását, amit másodiknak jelzett problémánk példaszerű megoldásával szemléltetnénk, egyúttal rövid ismertetésünket is zárva:

Ifjú kábítószerfüggő páciensünk a fenti szabályok szerint tehát betegnek /és nem bűnözőnek/ minősül, s így míg terápiája folyik ambulanciánkon - táppénzben részesülhet, s csak ha terápiánkkal végképp kudarcot vallunk, kerülhet börtönbe, ám ott is szakszerű egészségügyi ellátásban részesül.

Dr. Boda Livia /igazságügyi orvosszakértő,
Igazságügyi Orvosszakértői Intézet/:

Az igazságügyi orvosszakértő dilemmája

Az igazságügyi elmeorvosszakértő megyén áll a jogalkalmazás és a pszichiatria között. Alapvető feladata, hogy szakmai ténymegállapításával - és a hatályos jogszabályoknak megfelelő javaslataival - közreműködjön az ítékezésben.

Míg a klinikus "beteggel" áll szemben, aki a gyógyítást önmaga igényli, addig az igazságügyi elmeszakértő "bűnelkövetővel" találkozik, aki esetleg betegnek bizonyulhat, de vizsgálatát a bíróság, vagy más hatóság rendelte el. Toxiko- illetve narkomániások esetében a két kategória gyakran azonos személyeket takar, mivel a bűnelkövetés éppen a kóros szenvedéllyel függ össze. Hozzájuk a klinikusok, - sőt némely pszichiátriai intézmény is - felfogásuktól függetlenül határozottan elhárító, vagy ellenkezőleg, rendkívül protektív módon viszonyul; míg az igazságügyi szakértőnek a feltétlen objektivitást kell képviselnie. Nem befolyásolhatja véleményét negatív előítélet, vagy szimpátiáig fokozódó szánalom, netán személy szerinti egyet nem értés a vonatkozó jogszabályokkal, mert véleménye alapján döntheti el a bíróság a beszámíthatóságot, illetve a büntethetőséget, azok mértékét és hozhat - büntetés helyett, vagy amellet - u.n. "gyógyító intézkedés"-t.

Narkomániások esetében - akik hazánkban egyelőre főleg kábító hatású vegyi anyagokkal és gyógyszerekkel, illetve ezeknek egymással, plusz alkohollal való kombinálásával jutnak kóros élvezethez - három alapvető kérdésre kell a szakértőnek válaszolnia:

1./ Fennállott-e a vizsgálatkor, vagy a törvénybeütköző cselekmény elkövetésekor valamely kóros elmeállapot; ha igen, ez mennyiben vonta maga után az elkövetést? /Btk.24.§ /1/

és /2/ bek./

2./ Narkomániásnak tekinthető-e az elkövető?

3./ Szükséges és indokolt-e a kényszergyógyítás? /Btk.75.§./

Már az első kérdés megválaszolása is bonyolultabb, mint a szokványos szakértői esetekben. Narkotikumokhoz ugyanis eleve kiegyensúlyozatlan, tartásnélküli, esetleg kifejezetten kóros, - depresszióra hajlamos vagy súlyosan skizoid - személyiségek folyamodnak. Az emelkedő napi adagok gyorsan vezetnek az eredendően diszharmonikus személyiség degradációjához, kiégéséhez. Gyakran észlelünk emellett elmebetegségi szintű, vagy azt megközelítő u.n. "skiziform" /hasadásos elmezavarhoz hasonló tüneteket mutató/ állapotokat, amelyek kóros tisztázása ambulánsan lehetetlen. Nem dönthető el, hogy az adott kóros elmeállapot oka, vagy következménye-e a narkomániának. A bíróság viszont éppen erre a kérdésre vár határozott választ.

Állhat a narkotizálás hátterében korábban indult elmebetegség, vagy határállapot, amelynél a narkotikum esetleg öngyógyító célt szolgált. Ez esetben a szakértő a beszámíthatóság kizárt voltát involváló véleményt ad. /Btk.24. §./1/ bek. értelmében./

Előidézhette a vizsgálatkor fennálló kór-állapotot a narkotikumok okozta idült mérgezés; hirtelen elvonás; esetleg a túladagolások és megvonások gyors változása. Ez annyit jelent, hogy a betegség a - vizsgálatot esetleg hónapokkal megelőző - cselekmény elkövetésekor még nem állott fenn, vagy legalábbis enyhébb fokú volt. Ha így van, a szakértő legfeljebb korlátozottságot állapíthat meg. /A Btk.24.§ /2/ bek. szerint/.

Ugyanígy lehetetlen olykor a narkománia aktuális fennállásának megállapítása, ami előfeltétele a kényszergyógyítás bírósági elrendelésének. A narkomániát - ha azt a páciens titkolja - csak az teszi vitathatatlaná, ha a vizsgálat időpontjában is narkotikumok hatása alatt áll,

vagy megvonásos tüneteket mutat, - ami leginkább örizetbevett személyeknél fordul elő. A szakértőnek általában csak az a "narkós" tárja fel őszintén a drogokhoz való viszonyát, narkotizálási szokásait, aki szeretne elvonókezelést kapni; ha ennek az ellenkezőjét kívánja, azt állítja, hogy már hónapokkal korábban leszokott a drogokról, készségesen elismerve, hogy azt megelőzően, mikor tehetette, szívesen "beharpott".

Ezért viszonylag gyakran kényszerül a szakértő kórházi pszichiátriai osztályon történő elmemegfigyelést kérni, a kórisme tisztázása és a narkománia aktuális fennállásának megállapítása vagy kizárása céljából. Saját gyakorlatunkban ez hozzávetőleg minden negyedik esetben szükséges.

Sajnos a megfigyelési eredmények nem mindig meggyőzőek, korántsem egységesek, nagyban függenek az adott pszichiátriai osztály szemléletétől, "narkósokkal" szembeni toleranciájától. Előfordul, hogy 8-10 napi "megfigyelés" után, - amelyben a felvétel és elbecsítés napja, valamint egy hétvége is foglaltatik - kapunk megfigyelési véleményt, ami kevesebb adatot tartalmaz saját ambuláns észleléseinknél.

Ezért különböző fórumokon javasoltuk már Dr. Szabó Árpáddal olyan polgári - de szigorúan zárt /!/ - intézet létesítését vagy kijelölését, ahol azonos szempontok szerint, lehetőleg azonos ideig végeznék a narkósok megfigyelését és kivizsgálását, hogy a szakértők kellően megalapozott és egyértelmű véleményt alkothassanak.

Végül, ha a szakértők a narkomániát megállapították, a törvényhely értelmében javaslatot kell tenniük a kényszergyógyításra.

Ezzel elérkeztünk ahhoz a fájó ponthoz, ami szakemberek és laikusok körében a legtöbb vitára ad alkalmat és a legtöbb kételyt ébreszt; nevezetesen a gyógyítás "kényszer" jellegéhez.

Mielőtt ezzel kapcsolatban saját véleményünkre térnék, emlékeztetnem kell arra a közismert tényre, hogy törvényeink a kötelező és

kényszer jellegű megelőző és gyógyító intézkedések egész sorát írják elő. A "kötelező" és "kényszer" közötti megkülönböztetés jelzi az egészségügyi jogszabályokkal szemben a büntetőjog fokozottabb szigorát, de nem feledhetjük, hogy a kötelező intézkedés nem teljesítése is bizonyos szankciót vonhat maga után.

Kötelező pl. az elmebetegek kezelése, különösen ha betegségüknél fogva veszélyt jelenthetnek magukra, vagy a környezetükre. /Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény./ "Kényszer" válik azonban a kezelés, mielőtt az esetlegességből tény lesz és a beteg kóros tüneteiből adódóan valamely agresszív, vagy közveszélyt okozó cselekményt követ el. Ez esetben kezeléséről már a büntetőjog intézkedik. /Btk. 74.§ /1/ és /2/ bek./ Hasonlóan kötelező az alkoholisták elvonókezelése, ha nem tartják be a társadalmi együttélés szabályait, veszélyeztetik családjukat és a belátás hiánya miatt önmagukat nem kezelik. Ez a kezelés is "kényszer" jellegűt ölt, ha az alkoholista iszákos életmódjával összefüggésben már büncselekményt is elkövetett. /Btk. 75.§/ A hivatkozott 1972. évi II. törvény a narkomániások kötelező elvonókezelését is előírja. Napjainkig ez utóbbinak szerzett legkevésbé érvényt az államigazgatás, amiben szerepe lehetett a pszichiáterek és pszichiatriai osztályok narkósokkal szembeni averziójának is. Az 1987-ben módosított Btk. 75.§. az alkoholisták kényszergyógyításával azonosan indokolva előírta a narkomániások kényszergyógyítását. Ugy tűnik, hogy ezáltal az egészségügy - illetve a kórházi pszichiatriai osztályok - menteeülnek a narkomániások kötelező kezelésének a súlyától. Ellentétben ugyanis az alkoholistákkal, a narkomániások többnyire már a narkotikum megszerzésével büncselekményt követnek el, így esetükben gyakorlatilag csak a kényszergyógyítás jöhet szóba, aminek egyelőre még aligha biztosítottak a feltételei. Munkaterápiás intézeti kezelést a törvény egyelőre csak az alkoholistáknak ír elő. /Btk. 76.§./ A magunk részéről a problémát nem a gyógyítás

"kényszer" jellegében, hanem annak - vagy a gyógyítás egyéb módjainak - gyakorlatilag hiányzó feltételeiben látjuk. Ugy gondoljuk, hogy a degradálódó életvitelű, egyre inkább kriminális irányba tolódó, olykor már súlyosan károsodott személyiségű betegeknel - vagy azoknál, akiknél ez a veszély fenyeget - vállalunk kell a "kényszer" és "zárt osztály" peoratív kicsengését.

Nem tartjuk elvárhatónak akarategyenge, sodródó, - olykor már beteg - többnyire fiatal, családi támasszal nem bíró emberektől, hogy ne vegyék be a szert, ha ahhoz - esetleg látogatóik jóvoltából a nyitott pszichiatriai osztályon is - hozzájutnak. Miért lennének ilyenfokú önuralomra inkább képesek, mint az érettebb korú, ép személyiségű, kedvező körülmények között élő dohányosok, vagy szokványos ivók, akik szintén tisztában vannak a dohányzás vagy az alkohol káros hatásaival?

Nem feledhetjük el, hogy a pszichés függőség az egyéb megvonásos tünetek lezajlása után, még hosszú hónapokig fennállhat. Az Egészségügyi Világszervezet a narkómánia egyik tüneteként azt emelte ki, hogy: "Az egyén akkor sem tud lemondani a toxon folytatólagos beviteléről, ha annak szükségességét belátja."

Maguk az érintettek is tudják ezt, saját tapasztalataikból. Éppen ezért nem ritka, hogy azok a "narkósok", akik - esetleg körülményeik kedvező alakulása miatt - komolyan motiválttá váltak; a szakértői vizsgálatnál maguk kérik a "szigorú" körülmények között folytatandó elvonást, illetve hosszú ideig tartó munkaterápiás intézeti kezelést.

Dr. Szabó Árpáddal 1984-ben közölt tanulmányunkban 127 olyan esetünk feldolgozásának tapasztalatairól számoltunk be, akik valamilyen narkomániával szorosan összefüggő cselekményeket követtek el. /Recept-hamisítások, gyógyszerári betörések, stb./ Ezek közül 27 részesült korábban egy vagy több önkéntes /1/ kórházi elvonókezelésben; és 26-an kérték, hogy Nagyfára kerülhessenek. Erre azonban nem volt

és jelenleg sincs lehetőség. Alig akadt a 127 vizsgált között olyan, aki ne panaszkolt volna, hogy szeretne leszokni, de nem képes rá.

Különösen megindító volt az a 23 éves, poly-toxikomániás férfi, aki 16 éves kora óta 13-szor volt kórházban önkéntes /1/ elvonókúrán és 5,5 évet töltött büntető intézetekben recepthamisítások miatt. Könörgött, intézzük el számára, hogy Nagyfára kerülhessen legalább két évre. Ugy érzi, ennyi időre lenne szüksége a gyógyuláshoz. Természetesen nem tudtuk elintézni!

Eseteink zöme 18-25 év közötti fiatal felnőtt volt, iskolai végzettsége egyiknek sem maradt 8 általános alatt. Többségük középiskolát végzett, vagy szakmát tanult. Valamennyinek a pályája félbetört, lefelé ivelt.

Ezen tapasztalatok alapján sürgettük, hogy létesítsenek megfelelő gyógyintézeteket önkéntes és kötelező elvonókezelés céljára narkomániásoknak.

Javasoltuk, hogy létesüljön Nagyfához hasonló jellegű intézet is "narkósek" befogadására, vagy Nagyfán létesítsenek külön részleget számukra. Ilyen intézmény létrehozását változatlanul szükségesnek tartjuk, mert a jelenlegi jogi szabályozás - a Btk.75.§ szerint - nem biztat több eredménnyel, mint az alkoholisták BV intézetekben történő kényszergyógyítása.

Vitathatatlanak tartjuk, hogy az emberi méltóságot kevésbé sértő önkéntes kezelés - ami a szigorú szintén nem nélkülözheti - több sikerrel kecsegtetne, mint a kényszerkezelés. Addig azonban, míg nincs elegendő erre alkalmas és ezt vállaló egészségügyi intézményünk, a kényszergyógyítás is hiányt pótolhat, ha sikerül megfelelő terápiás közeget teremteni. A hiba egyelőre éppen az ilyen terápiás feltételek hiányában van, legyen bár a kezelés kötelező vagy önkéntes.

Ne feledjük el azt sem, hogy az "önkéntes" kezelések mögött többnyire latens "kényszer" lapul. /Pl. munkahelyi fegyelmi vagy elbocsátás kockázata; a házasság felbomlásának veszélye,

stb./.

Még a sekunk által leginkább kényszerűnek tartott alternatív megoldás sem mentes bizonyos kényszerűségtől. "Önkéntes" választás a büntetés vagy gyógyítás, illetve kórház vagy börtön között valójában csak "kényszerszülte önkéntesség".

Ha sikerül a kényszergyógyítás folyamán szilárd motiváció, jövőre irányultság kialakítása; elveszti jelentőségét, hogy a kezelés "kényszerrel" kezdődött. Másfelől: ha nem sikerül az önkéntes jelentkezőknél megőrizni és megerősíteni a kezdeti motiváltságot, hiába volt a kezelés "önkéntes".

Az örvendetesen szaporodó, humanitárius célokért küzdő társadalmi - köztük vallási - egyesülések sokat tehetnek annak megelőzése érdekében is, hogy a célt tévesztett, többé-kevésbé talajtvesztett, többnyire fiatal, sérült személyiségű narkomániások, ne váljanak "bűnelkövetőkké", így ha kezelésük szükséges, az ne "kényszergyógyítás" legyen. Nem kisebb feladat lehet az is számukra - ha vállalni tudják - hogy a direkt elvonás befejezése, a biológiai megvonásos tünetek lezajlása után saját eszközeikkel segítsenek az utókezelésben és rehabilitációban.

Célunk - a lassanként ifjúsági népbetegséggé váló toxiko-narkómia felszámolása - azonos; legfeljebb a hozzá vezető utat látjuk eltérő tapasztalatainkból és feladatainkból adódóan egymástól eltérően.