

Mentálisan beteg fogvatartottak kezelése az Amerikai Egyesült Államokban, valamint néhány gondolat a magyarországi helyzetről

ROTTLER Violetta

Az Amerikai Egyesült Államokban a súlyos mentális betegségekkel küzdő fogvatartottak száma a büntetés-végrehajtási intézetekben tízszerese az állami pszichiátriai intézetekben kezelték számának. Ezen elítélteket korábban állami pszichiátriai kórházakban kezelték, azonban az 1960-as évektől megfigyelhető deinstitutionalizáció során ezek jelentős részét bezárták, és ez a folyamat a mai napig tart. A mentálisan beteg fogvatartottakat ugyanúgy megilleti az orvosi kezeléshez való jog, mint a szomatikus betegségekkel küzdő társaikat. A Harper-doktrína kiemelkedő jelentőségű a mentálisan betegek kezelése kapcsán. Hazánkban is megfigyelhetők a kórházbezárások negatív következményei.

A Treatment Advocacy Center¹ (a továbbiakban: TAC) egy olyan nemzeti nonprofit szervezet az Egyesült Államokban, amely a súlyos mentálisan betegek időben történő, hatékony kezeléséért száll síkra. Többféle tevékenységet végeznek, köztük jogszabályjavaslatokat készítenek, különböző kutatásokat végeznek, a súlyos és tartós pszichiátriai betegségek okait kutatják. A súlyos pszichiátriai betegség fogalma alatt a következők értendők: skizofrénia, skizoaffektív zavar, bipoláris zavar és súlyos depresszió pszichotikus vonásokkal. Sok esetben a betegek anozognóziában szenvednek, vagyis nincsenek tudatában saját betegségüknek, mert esetükben az agy önmagunkról való vélekedésért felelős részterülete sérült.

A mentálisan beteg fogvatartottakról 2014. április 8-án a TAC egy felmérést publikált, amely széles körű és hiánypótló volt, mert régóta nem született ilyen jellegű, nemzeti szintű tanulmány, amely kiterjedt az állami és megyei büntetés-végrehajtás szakembereire. A sheriffek és a börtönadminisztráció emberei, valamint más megkérdezettek is együttértésüket fejezték ki a mentálisan beteg fogvatartottakkal, és elmondásuk szerint frusztrálva érezték magukat a mentálhigiénés rendszer hiányosságai, működésének kudarcja miatt. A megkérdezett szakemberek egyetértettek három tényezőben:

- Nemcsak a mentálisan beteg fogvatartottak száma növekszik, hanem a mentális betegségek súlyossága is.
- Sok mentálisan beteg elítéltnak intenzív kezelésre van szüksége, és a börtön-tisztviselők úgy érzik, rá vannak kényszerítve arra, hogy kórházszintű kezelést nyújtsanak számukra.

¹ *The Treatment of Persons with Mental Illness in Prisons and Jails: A State Survey.*

- A probléma gyökere az állami pszichiátriák folyamatos bezárásában és az elbocsátott páciensek megfelelő mentálhigiénés utógondozásának elmulasztásában rejlik.

Történeti áttekintés

1770-től 1820-ig az USA-ban a mentálisan beteg személyeket rutinszerűen bebörtönözték. Mivel ezt a gyakorlatot embertelennek és problémásnak tekintették, ezt követően egészen 1970-ig ezen személyeket rutinszerűen kórházakba zárták. 1970-től visszatért a korábbi gyakorlat, és azóta ismét börtönbe zárják a mentálisan betegeket. 1773-ban, a Virginia állambeli Williamsburgben Francis Fauquier kormányzó létrehozta az első nemzeti pszichiátriai kórházat.²

1825-ben megalakult a Bostoni Börtönügyi Társaság (Boston Prison Discipline Society), alapítója Louis Dwight tiszteletes, egy Yale Egyetemet végzett miniszter volt, akit sokkolt a börtönökben lakó mentálisan betegek helyzete, amikor a börtönöket járva bibliákat osztogatott a fogvatartottaknak. A társaság célul tűzte ki a börtönök fejlesztését általában, emellett különös figyelmet fordított a mentális betegségeken szenvedőkre, hogy ezen személyek részére kórházak létesüljenek. Dwight tiszteletes nyomozásai rámutattak, hogy óriási számban ítélték el a körülmények figyelembevételének mellőzésével mentálisan beteg embereket.³

Dwight tevékenysége odáig vezetett, hogy felállt egy bizottság Massachusettsben, hogy megvizsgálja a fogvatartottak helyzetét az állami büntetés-végrehajtási intézetekben. A bizottság megdöbbentő jelentést tett a mentálisan betegek fogvatartási körülményeiről: „Kevesebb figyelem jut ezen emberek tisztaságára és komfortjára, mint a vásárban mutogatott vadállatoknak a ketrecekben”.⁴ A bizottság szerint a mentálisan betegek börtönbüntetésre ítéltése törvénytelen. Ennek hatására Massachusettsben, Worcesterben állami pszichiátriai kórház épült 120 férőhellyel és az addig mentálisan betegként fogvatartottaknak több mint a felét átszállították az intézménybe.

Dwight atya reformtörekvései nem olyan ismertek, mint utódjáié, Dorothea Dixé. Az akkor 39 éves tanárnő 1841-ben elvállalta a tanítást egy vasárnapi iskolában, a Cambridge nevű börtönben, Boston külvárosában. Dixet sokkolta a mentálisan betegek helyzete a börtönben, s ehhez járult érintettsége, ugyanis majdnem bizonyos, hogy édesapja úgynevezett „vallási fanatikusként” mentális betegségben szenvedett.⁵ A következő évben Dix az összes büntetés-végrehajtási intézetet meglátogatta Massachusetts államban, majd más államokban is. Publikálta tapasztalatait a súlyos mentális betegségeken szenvedő fogvatartottak kegyetlen életkörülményeiről. Beszédeiben sürgette az állami törvényhozást, hogy megfelelő összeget fordítson állami pszichiátriai kórházak építésére, hogy a betegek emberi körülmények között élhessenek. Megállapításai a mai börtönviszonyokra nézve is érvényesek. Dix szerint a mentálisan betege-

2 Deutsch (1937) 69–70.

3 Grob (1973) 97.

4 Grob (1966) 24.

5 Deutsch (1937) 159.

ket nem lehetséges jól kezelni a börtönökben, és a börtönszemélyzet nem rendelkezik az ehhez szükséges képzettséggel. A börtönőrök a jog erejével rá vannak kényszerítve arra, hogy különböző súlyosságú elmebetegeket és bolondokat őrizzenek.⁶ Dix összesen 300 megyei és 18 állami büntetés-végrehajtási intézetet látogatott meg. Munkája hozzájárult ahhoz, hogy 1880-ra 75 pszichiátriai kórháza volt az 50 milliós nemzetnek, és a mentálisan beteg rabok többségét átszállították kórházba. Ez kitűnik az 1880-as szövetségi népszámlálás eredményéből. Ekkor 397 fő mentálisan beteg fogvatartott volt mindössze, és ezzel szemben 58 609 fő egyéb fogvatartott. Soha ilyen jó arány nem volt tapasztalható az Egyesült Államokban – se előtte, se azóta. 1880-ban az amerikai fogvatartottak kevesebb mint 1 százaléka (0,7 százaléka) volt mentálisan beteg.⁷

1870-től 1970-ig széleskörűen elfogadott nézet volt Amerikában, hogy a mentálisan betegek nem börtönbe, hanem kórházba valók, ahol menedék és kezelés jár nekik. Ebből az időből a legtöbb tanulmány alacsony rátákat említ a mentálisan beteg fogvatartottak vonatkozásában. Például 1930-ban 10 000 letartóztatott személyből csak 1500 (15 százalék) volt pszichotikus a letartóztatásakor.⁸ Úgy tűnt, közel száz év alatt a probléma megoldódott, páciensként, kórházban, nem pedig bűnözőként, börtönben kezelték a mentálisan betegeket. A negatív változás az 1960-as években kezdődött az állami pszichiátriák bezárásával, és a folyamat napjainkban is tart.⁹

1972-ben Marc Abramson, egy fiatal pszichiáter Kalifornia államban, San Mateo megyében figyelmeztetett először arra a jelenségre, amelyet ő „a mentálisan rendellenes viselkedés kriminalizációjaként” emlegetett. Amikor Kalifornia kezdte kiüríteni az állami pszichiátriai kórházakat, Abramson a San Mateo megyei börtönben a mentálisan beteg fogvatartottak létszámának gyors növekedését észlelte, és erre a jelenségre hívta fel a figyelmet. Kalifornia állami büntetés-végrehajtási intézeteinek jelentései is hasonló növekedést írtak le.¹⁰

Jelenkori helyzet az USA-ban, avagy mennyi súlyos mentális betegségben szenvedő fogvatartott van ma Amerika büntetés-végrehajtási intézeteiben?

42 év telt el azóta, hogy Abramson közzétette megfigyeléseit. A TAC-felmérés kiderítette, hogy ez a trend miként alakult az eltelt időszakban az egyes államokban. 2011-ben 1 382 418 fogvatartott volt az állami büntetés-végrehajtási intézetekben. Ha 15 százalékkukat vesszük súlyosan mentálisan betegnek, akkor az eredmény megközelítőleg 207 000 fő. 2012-ben 744 524 fogvatartott volt a megyei és városi börtönökben. Ha 20 százalékkal számolunk, akkor hozzávetőlegesen 149 000 fő volt közülük mentálisan beteg. 2012-ben ezen kategória összlétszáma ebből kifolyólag megközelítőleg 356 000 fő. Ez a szám megegyezik egy akkora város lakosságával, mint például New Jersey.

6 „I come to present the strong claims of suffering humanity.” Lásd: Dix (1843) 3.

7 Wines (1888)

8 Bromberg–Thompson (1937) 70–88.

9 Torrey (2002); (2013)

10 Abramson (1972) 101–105.

2012-ben 356 268 fő volt a súlyos mentális betegséggel élők száma a büntetés-végrehajtási intézetekben. Ugyanakkor mintegy 35 000 pácienszt kezeltek az állami pszichiátriai kórházakban. *Ezekből az adatokból következik, hogy 10-szer több súlyosan mentálisan beteg fogvatartott van büntetés-végrehajtási intézetekben Amerika-szerte, mint a megmaradt állami pszichiátriákon, és az államok folytatják a pszichiátriák bezárását.* Az állami pszichiátriák eredetileg ezen betegek védelmére és kezelésére épültek. Maximális férőhellyel 1955-ben működtek, ekkor összesen 558 922 főt kezeltek az állami kórházak.

A valós helyzet még ennél is rosszabb, mert a túlszűfolttság miatt néhány államban – ilyen Hawaii és Alaszka – elküldtek rabokat az államon kívüli privát börtönökbe. Ezeket az egyéneket a felmérés nem tartalmazza az állami börtönpopuláció körében. Ha az ötven tagállamot nézzük, akkor negyvenegyben, valamint Washingtonban bármely börtön vagy fegyház több súlyos mentális betegségben szenvedő fogvatartottat lát el, mint az adott állam legnagyobb, még funkcionáló állami pszichiátriája.

A mentálisan betegek bebörtönzésével összefüggésben felmerülő problémák

A büntetés-végrehajtási intézetek túlszűfolttsága azt eredményezi, hogy a mentálisan betegek hosszabb ideig maradnak rács mögött, mint a többi elítélt.

- A mentálisan betegek viselkedésükkel zavarják társaikat és a börtön személyzetet.
- Fizikai támadások is előfordulnak a börtön személyzet és más fogvatartottak ellen.
- Aránytalanul magas viktimizáció figyelhető meg körükben.
- A mentálisan beteg fogvatartottak pszichés kondíciója a büntetés-végrehajtási intézetben romlik, mert kezelés nélkül hagyják el a büntetés-végrehajtási intézetet.
- Aránytalanul gyakran alkalmazzák velük szemben a magánzárkába zárást, amely betegségük tüneteit súlyosbítja.
- Szintén aránytalanul magas körükben az öngyilkossági kísérletek száma.
- Az adófizetői terhek növekednek.
- Esetükben kimagasló a visszaesési ráta, úgynevezett „forgóajtó-jelenség” figyelhető meg. (Cirkulálnak a bűnügyi igazságszolgáltatás rendszerében, mivel szabadulásuk után nem kapnak utókezelést, és újra letartóztatják őket.) Egy tanulmány szerint például a Los Angeles-i megyei börtönben fogvatartott mentálisan betegek 88 százalékát már kezelték pszichiátrián, míg 95 százalékukat korábban is letartóztatták valamilyen okból.¹¹

Összefoglalva: közel kétszáz év tapasztalataiból leszűrhető, hogy a mentálisan betegek letöltendő szabadságvesztésre ítéltése embertelen és problémákkal terhes. A tény, miszerint az Egyesült Államokban az utóbbi években újra ez a gyakorlat, érthetetlen. A börtön személyzet felel a mentális betegségek vonatkozásában az ország legsúlyosabb eseteiért, holott ők nem erre a munkára jelentkeztek, nem ilyen képésben részesültek,

11 Lamb et al. (2007) 782–786.

s számos szigorú jogi előírással kell szembenézniük, amikor ezen betegeknek kezelést nyújtanak, és még annak a felelőssége is az ő vállukat nyomja, ha a dolgok rosszabbra fordulnak, ami elkerülhetetlen ilyen körülmények között.

Jogi háttér: „a nem vészhelyzeten alapuló nem beleegyezéses eljárás” megengedhető-e?

A nem veszélyhelyzet – amikor nincs közvetlen életveszély – tipikusan a preventív orális gyógyszerkezést jelenti, a vészhelyzet pedig tipikusan intramuszkuláris injekció beadását. A preventív gyógyszerelés azért is nagyon fontos, hogy a beteg állapota ne rosszabbodjon, ne alakuljanak ki például súlyos hallucinációk, amelyek több esetben a zárkatárs megöléséhez vezettek. A pszichotróp gyógyszereket két kategóriába soroljuk: antipszichotikus: hallucináció, érzéki csalódás, paranoia elleni szerek; nem pszichotikus: antidepresszánsok, szorongásoldók.

Két mértéket vesznek alapul: mit választana a beteg, ha képes lenne dönteni a gyógyszeres kezeléséről – ez az úgynevezett „helyettes döntés”; mi a beteg érdeke egyéb tényezők figyelembevételével (például hatékonyság, hogyan reagál az első kezelésre, lehetséges mellékhatások stb.).

A Harper-ügy¹²

A fogvatartottnak joga van a pszichotropikus gyógyszeres kezelés visszautasítására. Ezen joga az Amerikai Egyesült Államok szövetségi alkotmányán alapul. Az államok kormányzata nem sértheti meg ezt a jogot anélkül, hogy a 14. alkotmánykiegészítésbe foglalt „jogszerű eljáráshoz való jog” minimális követelményeit ne valósítaná meg. Walter Harper 1976 óta volt Washingtonban fogvatartott. Ha nem kapott megfelelő antipszichotikus pszichotróp gyógyszerkezést, akkor hallucinációi lettek. Két alkalommal szállították át egy egészségügyi intézménybe, ahol akarata ellenére kezelték antipszichotikus pszichotróp gyógyszerekkel. A fogvatartott a kezelést sérelmezte, és az ügyvédje, William L. Williams által az állam bíróságához fordult azzal, hogy a jogszerű eljáráshoz való jogát megsértették, mert nem tartottak a kezelése előtt egy bírói meghallgatást. Az eljáró bíróság elutasította a férfi panaszát, majd a felsőbb bíróság helyt adott neki. Ügyvédje a 14. alkotmánykiegészítésre hivatkozott érvelésében, miszerint a szövetségi alkotmányban lefektetett jogokat az államok kötelesek garantálni polgárainak. Végül az Amerikai Egyesült Államok Legfelsőbb Bírósága (Supreme Court of the United States) elé került az ügy, amely kimondta, hogy joga van ugyan bírói meghallgatáshoz, de bizonyos keretek között, és egy háromtagú bizottság felállítását rendelte el, amely két orvosból és egy bírósági referensből állt. Ebben a precedensben az ún. „lesser standard” elv érvényesült, a bíróság úgy döntött, hogy az orvosszakmai döntést kell preferálni az állampolgár jogszerű eljáráshoz való jogához képest, azaz az utóbbi jogot szűken értelmezte.

¹² Washington v. Harper, 494 U.S. 210 (1990)

A szövetségi államok csoportosítása aszerint, hogy az államok mennyire segítik elő vagy gátolják a „nem vészhelyzetben alapuló nem beleegyezéses kezelési eljárást”

1. csoport

Az állami büntetés-végrehajtási intézetekben a kezelést az akadályok ellenére 31 tagállamban kezeléssel felügyelő bizottságok alkalmazásával elvégzik. Ilyen bizottságot eredetileg a legfelsőbb bíróság a *Washington v. Harper* ügyben állított fel 1990-ben, és fenn is tartotta, azonban ez a kezelési mechanizmus gyakran kiaknázatlan lehetőség marad. A Harper-féle bizottságok felállításának lehetősége alkotmányos szintre emelkedett, nem kell az adott államnak külön autorizálni. Ezen államok a következők: *Alabama, Alaszka, Arizona, Colorado, Connecticut, Delaware, Georgia, Idaho, Illinois, Indiana, Kansas, Kentucky, Michigan, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Jersey, Észak-Kalifornia, Észak-Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Dél-Dakota, Tennessee, Texas, Utah, Washington, Nyugat-Virginia, Wyoming*. Arkansas állam megtagadta a felmérésben való tevékeny közreműködést, de publikus adatai alapján idesorolható.

A Harper-ügyben megjegyezte a bíróság, hogy nem lehet figyelmen kívül hagyni azt a tényt, hogy a bírói meghallgatás követelménye el fogja téríteni azt a kevés forrást – pénzt és a személyzet idejét –, amely az állami büntetés-végrehajtási intézetek rendelkezésére áll.

2. csoport

A másik 18 tagállamban és Washingtonban nem autorizálták a Harper-bizottságokat, itt az állami büntetés-végrehajtási intézetekben kötelező bírói meghallgatást tartani annak eldöntésére, hogy a fogvatartott megfelel-e a „nem beleegyezéses eljárás” kritériumainak. Ezek a következők: *Kalifornia, Washington D.C., Florida, Hawaii, Iowa, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Minnesota, New Hampshire, Új-Mexikó, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Dél-Kalifornia, Vermont, Virginia, Wisconsin*.

3. csoport

Öt állam és Washington D.C. nem engedi meg a nem vészhelyzetben alapuló nem beleegyezéses kezelést, ehelyett megköveteli, hogy egy állami pszichiátriára szállítsák át a beteget kezelés végett. Ez a kezelés kivitelezését még inkább megnehezíti. A 3. csoportba tartozik: *Iowa, Maryland, New York, Pennsylvania, Dél-Kalifornia*.

A kritériumok államonként eltérőek lehetnek, de a közös standardok a Harper-ügy fogalmain alapulnak: „súlyosan fogyatékos” és „súlyos sérülés valószínűsége áll fenn”. Csak hat államban (*Hawaii, Louisiana, Massachusetts, Minnesota, Új-Mexikó, Vermont*) követelmény annak megállapítása, hogy a fogvatartott belátási képessége hiányzik-e arra vonatkozóan, hogy a kezeléssel döntsön – ez a standard is a Harper-érvelésen alapuló

alkotmányos követelmény. Új-Mexikó államban a döntés a kezeléstről egy – a bíróság által kijelölt – gyám feladata. A megyei és városi büntetés-végrehajtási intézetekben a súlyos mentális betegségekkel küzdők kezelési eljárása változatosabb és kevésbé átlátható. Dél-Dakota összes megyéje, valamint néhány más tagállambeli megye alkalmaz egy kezelésfelügyelő bizottságot, hasonló, mint az állami büntetés-végrehajtási intézetekben. Ezt az eljárást több büntetés-végrehajtási intézet is tudná alkalmazni, ha akarná. Sok megye megköveteli a mentálisan betegek átszállítását az állami pszichiátriai kórházakba, azonban amióta ezek szinte tele vannak, a kezelés a legtöbb esetben nem valósul meg. Sokszor hetekig kezeletlenül marad a beteg a büntetés-végrehajtási intézetben, miközben állapota rosszabbodik.

A börtöntisztviselőknek kevés lehetőségük van. Habár sem eszközökkel nincsenek ellátva, sem a megfelelő képzést nem kapták meg, elvárják tőlük, hogy mentálisan beteg emberek százezreivel foglalkozzanak. Sok esetben képtelenek ellátni őket pszichiátriai gyógyszerekkel. A másik lehetőségük a magánzárka vagy a korlátozó eszközök alkalmazása, amely néha elkerülhetetlen, holott a beteg állapotának rosszabbodásához vezet. Ezután, ha a dolgok – óhatatlanul – rosszabbra fordulnak, a büntetés-végrehajtás személyzetét hibáztatják. A jelen helyzet mindkét oldal számára igazságtalan és tarthatatlan. A végső megoldás erre a problémára egy működőképes mentál-közegészségügyi rendszer fenntartása, hogy a mentálisan betegek ne a büntetés-végrehajtási intézetekben kössenek ki. Ehhez szükséges:

- A mentális betegségek kezelésének jogát és gyakorlatát megreformálni, megszüntetni az egyének kezelésének korlátait, felismerni a betegségüket, és hogy szükségük van segítségre, s azt meg is kapják, mielőtt olyan betegek lesznek, hogy olyan cselekményeket követnek el, amelyek miatt letartóztatják őket.
- A büntetés-végrehajtási intézetekben az orvosi ellátáshoz való jogot megreformálni, hogy a mentálisan beteg fogvatartottak ugyanúgy *megfelelő és szükséges* kezelést kapjanak, mint ahogyan a többi beteg fogvatartott is. (Egy diabéteszes vagy tuberkulózisos betegnél nyilvánvaló ennek jelentéstartalma, de a mentálisan betegek esetében ez korántsem mondható el.)
- Bíróság által elrendelt járóbeteg-kezelést alkalmazni (AOT = assisted outpatient treatment). Az AOT megadja a támogatást a veszélyeztetett egyéneknek ahhoz, hogy biztonságban éljenek, és sikeresen boldoguljanak a közösségben.
- Ösztönözni költségelemző tanulmányok készítését, amelyek összehasonlítják a mentálisan betegek börtönben tartásának költségét a büntetés-végrehajtási intézeten kívüli elhelyezés költségével (megfelelő kezeléssel ellátva a közösségben).
- Gondos felvételi osztályozást létrehozni, hogy azonosítsák, az adott egyének milyen gyógyszerre van szüksége, van-e öngyilkossági hajlama, vagy fennáll-e egyéb rizikófaktor a betegségével összefüggésben.
- Intézményi felhatalmazás biztosítása közösségi támogatási és ápolási terv kibocsátására.
- Ellátni megfelelő kezeléssel a súlyos pszichiátriai betegeket.

A felmérő szervezet egy jogi modellt javasol, amely országszerte felhatalmazná a városi és megyei büntetés-végrehajtási intézeteket, hogy a kezelés szükségessége tárgyában döntsenek a mentálisan beteg fogvatartottak gyógyszerezéséről, abban az esetben, amikor nincs vészhelyzet, és a beteg megtagadja a gyógyszereszt.

Kalifornia állam

Külön kiemelem Kalifornia államot, ezen keresztül bemutatom a második csoportba sorolt államok „nem vészhelyzeten alapuló nem beleegyezéses eljárását”. Statisztikai adatok: egy állam 58 millió lakossal, minden nyolcadik amerikai Kaliforniában él. Szinte egyáltalán nincs kórházi férőhely a súlyos mentális betegségekkel élők számára. Tény, hogy az 58 megyéből 26-ban semmilyen (se állami, se magán) pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás nincs. A hiányra való tekintettel nem meglepő, hogy ezek a betegek előbb-utóbb a megyei és állami büntetés-végrehajtási intézetekben kötnek ki. Los Angeles megyei börtöne de facto a legnagyobb „mentálintézmény”, és afelé halad, hogy „a nemzet legnagyobb pszichiátriai intézménye” kétes értékű címet elnyerje.

Fresno megyében a fogvatartottak 16 százalékának van szüksége antipszichotikus drogokra, Santa Barbara megyében 25-30 százalék a pszichotropikus gyógyszereket szedők aránya. Az öngyilkossági ráta a kaliforniai büntetés-végrehajtási intézetekben kétszerese a nemzeti átlagnak. Emellett Kaliforniában a mentálisan betegek számának növekedése tapasztalható: míg 2007-ben a fogvatartottak 19 százaléka volt mentálisan beteg, addig 2012-re már 25 százalékuk (a kaliforniai büntetés-végrehajtási részleg 2012. májusi adatai alapján). Közel 11 ezer fogvatartottat¹³ elkülönítve tartanak. A legfelsőbb bíróság megállapítása szerint a mentálisan beteg fogvatartottak kezelése Kalifornia büntetés-végrehajtási intézeteiben kegyetlen és az átlagostól eltérő. A San Quentin Állami Fegyház ezen körletébe csak védőruhában és teljes maszkban lehet belépni, megelőzendő a testnedvek esetleges nyakba öntését.

A büntetés-végrehajtás helyzete az államban – úgy tűnik – rosszabbodik. Az állami börtönök fogvatartottainak számát a bíróságok rendelkezései által lecsökkentik, fogvatartottak ezreit szállítják át a megyei börtönökbe, ahol nincs megfelelő személyzet a mentálisan betegek kezelésére. Ezt figyelembe véve valószínűleg nem véletlen egybeesés, hogy míg a vagyon elleni bűncselekmények és az erőszakos bűncselekmények száma 2012-ben Kaliforniában növekedett, addig Amerika-szerte csökkentek ugyan-ezen ráták. Javítaná a helyzetet, ha széles körben elterjedne az AOT, amely jelentősen csökkentené a börtönbe kerülő mentálisan betegek számát. Egy kísérleti programban Nevada megyében az AOT 97 százalékkal csökkentette a mentálisan beteg egyének börtönben töltött napjainak számát.

¹³ Másféppen: az összfogvatartotti létszám 9 százaléka.

Jogszabályi környezet Kaliforniában

Kalifornia állam a második csoportba tartozik. Az állam joga megengedi a büntetés-végrehajtási részleg számára a beteg beleegyezése nélküli gyógyszererezést vészhelyzet esetének fennállása nélkül is, ha a beteg 1. súlyosan fogyatékos, hiányzik a belátási képessége a pszichiátriai gyógyszerezésbe való beleegyezéshez vagy elutasításhoz, vagy 2. ön vagy közveszélyes. Az állami büntetés-végrehajtási intézetek esetén kötelező egy meghallgatást tartani egyesbíró előtt, akinek a bizonyítékokat tisztának és meggyőzőnek kell tartania arra vonatkozóan, hogy a fogvatartott megfelel az előző jogszabályi kritériumoknak. 2012-ben a kormányzó aláírt egy jogszabályt (AB1907), amely kiegészíti a törvényt. A jogszabály tartalmazza a büntetés-végrehajtás felfüggesztésének eljárásjogi követelményeit, és tisztázza az ön és közveszélyesség kritériumait, és ezzel összefüggésben nem követeli meg a belátási képesség hiányát a kezelés elutasítására vonatkozóan. (Tehát ha egy fogvatartott veszélyforrást jelent magára és másokra nézve, nem biztos, hogy egyúttal a kezelés elutasítására vonatkozó belátási képessége is hiányzik.)

Az állami jog megengedi a megyéknek is, hogy kezdeményezzenek nem vészhelyzeten alapuló beleegyezés nélküli gyógyszerelési eljárást, ha az előző két feltétel közül valamelyik fennáll. Ekkor a meghallgatáson egy felsőbb bírósági tag és egy bíróság által kijelölt megbízott vagy referens/tisztviselő jelenléte szükséges a két orvos mellett, akik világosnak és meggyőzőnek tartják az arra vonatkozó bizonyítékokat, hogy a fogvatartott megfelel a nem vészhelyzeten alapuló beleegyezés nélküli gyógyszerelés kritériumainak.

Az idézett AB1907 jogszabály tehát kiterjeszti a megyei büntetés-végrehajtási intézetekre is ezt az eljárást, s talán élnek is majd ezzel a lehetőséggel. Továbbá a jogszabály szerint a fogvatartottat a nem vészhelyzeten alapuló beleegyezés nélküli orvosi kezelésre nem szükséges megyei pszichiátriai létesítménybe szállítani, csak akkor, ha ez másképpen orvosilag indokolt.

A TAC-felmérés nem említi Contra Costa megye sikerét, amelyet a Jerry Brown kormányzó által aláírt, 2011-es, büntetés-végrehajtást átszervező AB109 jogszabály alkalmazásával összefüggésben tartanak számon. Itt előtte is hagyományos volt a produktív együttműködés az igazságszolgáltatás szereplői között, és ebben a megyében az egyik legmagasabb a „split sentencing” (osztott ítéletek kiszabása) alkalmazásának aránya az AB109-es elítéltekre (nem szexuális, nem erőszakos, nem súlyos bűncselekményt elkövetők).¹⁴

14 Nelson (2014)

Magyarországi helyzet

Hazánk szintén átvette az ún. „Harper-standardokat” – bár nem ily módon nevesítve – az európai börtön szabályok által.¹⁵ Az új Bv. Kódex 330. § (2) bekezdése szerint a beteg a bíróság határozata szerinti, az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben (IMEI) történő kezelést nem utasíthatja vissza. Az egészségügyi ellátás visszautasításának joga csak a *kezelés módozatai*, az ennek során alkalmazni kívánt beavatkozások tekintetében illeti meg. A beteg joga az ellátást végző orvos megválasztása kapcsán az IMEI keretei között korlátozott. Önrendelkezéséhez való jogára egyebekben az egészségügyről szóló törvényben foglalt rendelkezéseket kell értelemszerűen alkalmazni.¹⁶

Magyarországon az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) 2007-es bezárásával hasonló jelenség figyelhető meg, mint az USA-ban. Több száz mentálisan beteg ember került utcára, az OPNI feladatát a Semmelweis-terv keretében az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI) vette át, azonban míg az OPNI 840 kórházi férőhellyel üzemelt, a Nyíró Gyula Kórházban létrejött új országos központ mindössze 350-nel rendelkezik. A társadalom és egyes szakemberek félelme a közbiztonság jelentős romlását illetően nem igazolódott, de tény, hogy több ezer családot érint mentálisan beteg hozzátartozójuk kezelésének problémája. Az 1896 óta a Budapesti Fegyház és Börtön területén működő IMEI-ben kb. 250 főt kezelnek, 10–19 férőhelyes kórtermekben. Mintegy 15–18 személy szabadul évente. A kikerülteknek mindössze kb. 4 százaléka visszaeső, és ők sem erőszakos bűncselekmények miatt kerülnek újra eljárás alá.

Történtek próbálkozások a jogalkotó részéről a kényszergyógykezelés tartamának pontos meghatározására vonatkozóan. A 2010. május 1-jétől hatályba lépett módosítás szerint a kényszergyógykezelés ideje maximum a bűncselekmény büntetési tételének felső határa lehet, életfogytig tartó szabadságvesztéssel büntethető cselekmény esetén pedig húsz év. Társadalmi nyomásra az új Btk. visszatért az 1978. évi IV. tv. szabályozásához, és a maximáló rendelkezéseket hatályon kívül helyezte, így – Tóth Mihály szavaival élve – a kényszergyógykezelés ismét „visszasüllyedt a relatív határozatlanság bizonytalan ködébe”.¹⁷

Az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának ajánlása szerint azokat a személyeket, akikről megállapítják, hogy elmebetegek, fegyházban, börtönben, fogházban és semmilyen más büntetés-végrehajtási intézetben nem lehet fogva tartani, hanem nyomban intézkedni kell arról, hogy a lehető legrövidebb időn belül elszállítsák őket a betegségüknek megfelelő, egészségügyi irányítás alatt álló pszichiátriai intézetbe.¹⁸

Az Európai Emberi Jogi Bíróság szerint a pszichiátriai kórházakban elhelyezett betegek jellemző alárendeltségi és tehetetlenségi állapot miatt különösen kell ügyelni

15 Az Európai Unió Miniszteri Bizottsága ajánlása a tagállamok számára az európai büntetés-végrehajtási szabályokról (a Miniszteri Bizottság elfogadta 2006. január 11-én, a Miniszteri Megbizottak 952. ülésén)

16 2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról, XXVI. fejezet: A kényszergyógykezelés végrehajtása

17 Tóth (2013) 525–534.

18 Európa Tanács Miniszteri Bizottsága R/87/3. sz. ajánlása, 100. cikk 1. pont

az Emberi jogok európai egyezménye betartásának ellenőrzésére.¹⁹ Az Európai Emberi Jogi Bíróság gyakorlatából egy példa a Herczegfalvy István (magyar nemzetiségű menekült) ügye.²⁰ A panaszost büntetőeljárás során elítélték, és egy pszichiátriai intézetben tartották fogva. Panaszai a következők voltak:

- Az egyezmény 5. cikk (4) bekezdésének sérelme: a fogva tartás törvényességét felülvizsgáló bírósági határozatokat nem kellő gyorsasággal hozták meg. A panaszos fogva tartására vonatkozó három bírósági határozat tizenöt hónapos, két-éves és kilenc hónapos időközök elteltével született meg.
- A 3. cikk sérelme: szükségtelenül és akarata ellenére nyugtatókat adtak be neki, erőszakkal tették, és heteken keresztül a kórházi ágyhoz bilincseltek.
- A 8. cikk sérelme: a kórház kényszerrel alkalmazva pszichiátriai kezelésnek vetette alá, és megtagadta leveleinek elküldését.

Az ítélet szerint a határozatok nem ésszerű időközök elteltével születtek, különösen azért, mert számos, szabadon bocsátása tárgyában beadott kérelmére választ sem kapott. A 3. cikk esetén nincs sérelem. A bíróság véleménye szerint az alárendeltség és tehetetlenség ama állapota, amely a pszichiátriai intézetekben fogva tartott személyeket jellemzi, fokozott figyelem mellett megengedi azt, hogy az orvostudomány elismert szabályai alapján az egészségügyi hatóságok eldöntsék, mely terápiás módszereket alkalmaznak – szükség esetén kényszer útján – azon páciensek testi és mentális egészségének megőrzése érdekében, akik teljes mértékben képtelenek saját maguk ügyében döntést hozni, és akikért következésképpen a hatóságok felelősek, e páciensek azonban továbbra is a derogációt tiltó 3. cikk védelme alatt állnak. Főszabályként az az intézkedés, amely terápiás célból szükségesnek minősül, nem tekinthető embertelennek vagy megalázónak.

Az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala 2011. november 5-én jelentést²¹ adott ki, miszerint Szabó Máté az alkotmányos jogokkal összefüggő visszasság orvoslása és jövőbeni megelőzése érdekében felkérte a nemzetierőforrás-minisztert, hogy

- „a./ a személyi és tárgyi feltételek egyidejű meghatározásával dolgozza ki a súlyosan violens pszichiátriai betegek tartós intézeti elhelyezésének jogszabályi kereteit, valamint – az egységes jogalkalmazás érdekében – pontosítsa a kötelező intézeti gyógykezelést érintő jogszabályi rendelkezéseket; [...]
- b./ tegyen határozott lépéseket a súlyosan violens pszichiátriai betegek tartós bentlakását biztosító olyan intézetek létrehozására, amelyek speciális működési feltételeik révén biztosítani tudják a betegek megfelelő egészségügyi ellátását.”

Tehát megkezdődött az olyan speciális intézetek létrehozásának tervezése, amelyek az erőszakos magatartást tanúsító mentálisan betegek tartós kezelésére szolgálnak. A jogállam tisztességének fokmérőjét jelenti az, ahogy a – bármely címen szabadságában korlátozott – fogvatartottakkal bánik.

19 Vókó (2006) 233.

20 Herczegfalvy v. Austria, ECHR, A/244, 10533/83 (1992)

21 Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának az AJB 672/2011. számú jelentése a fogyatékossgal élők és a pszichiátriai betegek egészségügyi ellátásának és szociális gondozásának alapjogi kontrolljáról

IRODALOMJEGYZÉK

Felhasznált szakirodalom:

- Abramson, Marc F. (1972): The criminalization of mentally disordered behavior: possible side-effect of a new mental health law. In: *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 23. No. 4. 101–105.
- Bromberg, Walter – Thompson, Charles B. (1937): The relation of psychosis, mental defect and personality types to crime. In: *Journal of Criminal Law and Criminology*, Vol. 28. No. 1. 70–88.
- Deutsch, Albert (1937): *The Mentally Ill in America*. New York, Doubleday, Doran and Co.
- Dix, Dorothea Lynden (1843): *Memorial to the Legislature of Massachusetts*. Forrás: www.archive.org/stream/memorialtolegisl00dixd#page/2/mode/1up
- Grob, Gerald N. (1966): *The State and the Mentally Ill*. Chapel Hill, University of North Carolina Press.
- Grob, Gerald N. (1973): *Mental Institutions in America*. New York, Free Press.
- Lamb, H. Richard – Weinberger, Linda E. – Marsh, Jeffrey S. – Gross, Bruce H. (2007): Treatment prospects for persons with severe mental illness in an urban county jail. In: *Psychiatric Services*, Vol. 58. No. 6. 782–786.
- Nelson, Christopher (2014): *Contra Costa County shines bright as example of AB 109 success*. Forrás: www.cafwd.org/reporting/entry/contra-costa-county-shines-bright-as-example-of-ab-109-success (2014. 12. 1.)
- Torrey, E. Fuller (2002): *The Insanity Offense*. New York, W. W. Norton.
- Torrey, E. Fuller (2013): *American Psychosis*. New York, Oxford University Press.
- Tóth Mihály (2013): Az új Btk. bölcsőjénél. In: *Magyar Jog*, 60. évf. 9. sz. 525–534.
- Vókó György (2006): *Európai büntetés-végrehajtási jog*. Budapest–Pécs, Dialóg Campus.
- Wines, Frederick Howard (1888): *Report on the Defective, Dependent and Delinquent Classes of the Population of the United States*. Washington D.C., Government Printing Office.

Egyéb felhasznált források:

2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról (XXVI. fejezet: A kényszergyógykezelés végrehajtása)
- Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának az A JB 672/2011. számú jelentése a fogyatékkal élők és a pszichiátriai betegek egészségügyi ellátásának és szociális gondozásának alapjogi kontrolljáról
- Az Európai Unió Miniszteri Bizottsága ajánlása a tagállamok számára az európai büntetés-végrehajtási szabályokról (a Miniszteri Bizottság elfogadta 2006. január 11-én, a Miniszteri Megbízottak 952. ülésén)
- Európa Tanács Miniszteri Bizottsága R/87/3. sz. ajánlása
- Herczegfalvy v. Austria, ECHR, A/244, 10533/83 (1992)
- The Treatment of Persons with Mental Illness in Prisons and Jails: A State Survey*. Forrás: www.tacreports.org/treatment-behind-bars (2014. 12. 2.)
- Washington v. Harper, 494 U.S. 210 (1990)

SUMMARY

The Treatment of Persons with Mental Illness in Prisons and Jails in the USA and Some Features of the Hungarian Situation

ROTTLER Violetta

The number of individuals with serious mental illness in prisons and jails now exceeds the number of state psychiatric hospitals tenfold. Most of these inmates would have been treated in state psychiatric hospitals before the deinstitutionalization process, which led to the closing of the hospitals. The inmates have a right to receive medical care. This right has been affirmed by the U.S. Supreme Court. The importance of the case of Harper v. Washington. Deinstitutionalization in Hungary. Work in the Psychiatric Observer Medical Institute (the Hungarian "IMEI").