

Kovács Katalin

A kényszerítés kényszere

Az alkoholizmus kezelése Nagyfán és Nagyfa nélkül

1989 és 1990 fordulóján, hosszú haldoklás után kimúlt a Nagyfai Munkaterápiás Alkohollevonó Intézet. Megszüntetését politikai változások kényszerítették ki, mint ahogyan létrejötte is politikai okok következménye volt. 15 éves fennállása során, azonban, e hatalmas, 750 ágyas „alkoholelvonó-kombinát” fontos szerepre tett szert az alkohol-problémák ellátásának rendszerében, bizonyos szempontból pótolhatatlan funkciót töltve be abban. Annak megértéséhez, hogy mi volt ez a szerep, hogyan működik ma ez az ellátórendszer immár Nagyfa nélkül, s melyek perspektívái, 15 évnél régebben történt eseményeket is fel kell idézni.

I. Nagyfa létrehozásának okait keresve elsőként egy 1960-as KB-határozatot¹ kell megemlíteni. 1948 óta ez az első hivatalos dokumentum, amely az alkoholizmus kérdéskörével foglalkozik, s azt súlyos társadalmi és egészségügyi problémának nyilvánítja. A KB-határozat iránymutatásai alapján, a szociális problémaként való értelmezést háttérbe szorítva, egészen a nyolcvanas évekig ez a megközelítésmód uralta az alkoholproblémák tárgyalásmódját, a medicina (és az erkölcsöt közvetve felügyelő rendszert, igazgatás és igazságszolgáltatás) hatáskörébe utalva azt.

A KB-határozat szellemében így egészségügyi intézmények, illetve az ezek igénybevételét szabályozó jogintézmények megteremtése kezdődött meg. Az utóbbiak szemlélete és rendszere meghatározta az egészségügyi intézmények működésének alapfeltételeit, s ezeken keresztül végül is mindennapi életük és munkájuk részleteit is.

A hatvanas évek alkoholproblémákra vonatkozó törvénykezése elsősorban az alkoholelvonó kezelésre kényszeríthetőség módozatait tárgyalja. Az 1962-ben megalkotott első, e témájú rendeletcsomag² egyrészt a törvénytértés miatt börtönbe került alkoholbetegek, másrészt a nem törvénytértés, de „alkoholista életmódot” folytató személyek *kényszergyógyításának* feltételeit szabályozza. Az „alkoholisták elleni intézkedések”-ről szóló törvény nem rendelkezett viszont az *önkéntesen*

vállalható egészségügyi kezelés feltételeiről, holott erre mind az ekkor még jelentős tömegeket érintő fizetési kötelezettség szabályozása, mind pedig az alkoholizmus (mint betegség) orvostársadalom előtti törvényesítése szempontjából nagy szükség lett volna.

A „gondozás és elvonó kezelés az alkoholista kérelmére”³ — a kényszergyógykezelési forma fennmaradása mellett — 1966-tól vált lehetségessé.

Ettől kezdve az államigazgatási és egészségügyi szervek valamint az alkoholbetegek közötti viszony bonyolult szerepjátékká alakult, mely az önkéntesség és a kötelezettség különböző formáinak vállalása illetve elrendelése körül forgott.

Az 1972-es egészségügyi törvény és kiegészítő rendelkezései, valamint az 1978-as rendelkezések⁴ megpróbálták ugyan egymásnak keresztfeltételeiként szerepeltetve rendszerbe foglalni az önkéntes és kötelező gondozás különféle formáinak egymáshoz való viszonyát, megteremtve a közöttük való átjárás bonyodalmas feltételrendszerét is, de ez csupán a gyógyítást megelőző adminisztratív út megnyúlásához és az imént említett, a hatóságok és az „alkoholisták” között zajló játzmák bonyolultabbá válásához vezetett.

Ugyanekkor a hatvanas évek jogi rendelkezései lehetőséget nyújtottak, sőt, voltaképpen ösztönöztek a lehető legkülönbözőbb egzisztenciális, szociális, mentálhigiénés és erkölcsi problémák az „alkoholista kötelezése” útján való „megoldására”. A törvények az alkoholista kényszeríthetőségét (hasonlóan az elmebetegekre vonatkozó szabályokhoz) összefoglalóan az ön- és közveszélyesség esetén tették lehetővé, az utóbbiba beleértve, sőt, kiemelten kezelve a munkafegyelem kérdéseit is.

Milyen következményei voltak mindennek az egészségügyi intézmények működésére nézve? A hatvanas és hetvenes évek fordulóján éppen erőteljesen fokozódó igénybevételnek kitett egészségügy egyik leginkább háttérbe szorított területére, a pszichiátriára ezzel csupán újabb feladatok hárultak. A kényszeríthetőség feltételeinek széles skálája nagy tömegű kényszerelvonó elrendelését eredményezte, s tette egyben lefolytatását kötelezővé az egyre zsúfoltabbá váló pszichiátriai osztályok számára.⁵ E teher, s a kórházba áramló, szemmel láthatóan szociális fogantatású problémák száma és súlya az érintett orvosokat radikális, e rendbontó és számukra kezelhetetlen tömegtől megszabadító megoldások támogatása felé taszította.⁶ Ebben az időben kifejezetten alkoholbetegek kezelésére szolgáló kórházi ágyak csak Pomázon létesültek (1966-ban 100 ágy), míg a betegek túlnyomó részét továbbra is profilírozatlan pszichiátriai osztályok kezelték.

A törvénykezésben is megjelenő, az alkoholizmust elsősorban a munkafegyelem lazulásával, a munkaerkölcs lanyhulásával és munkakerüléssel egybekapcsoló ideológia szinte természetszerűen jutott arra a gondolatra, hogy az alkoholizmus kezeléséhez szükség van munkáltatáson alapuló, zárt rendszerű intézetre.

A munkaterápia alkalmazásával (az orvosi szemléletben az alkoholbetegséggel rokon területként megjelenő elmebetegségek kezelésében) ugyanekkor éppen a legnyitottabb szemléletű orvosok kísérleteztek — sikerrel. E módszertani útkeresést a szélesebb alapokon nyugvó, az „átnevelés” lehetőségében való hit emelte ki a szakma belügyei közül, s tette egy hatalmas intézmény s — végső soron — egy intézmény-

rendszer szervező eszméjévé. Az átnevelést — avagy amit ez alatt akortájt érteni lehetett: a fiatalok bűnözőkből felelősségteljes és erkölcsös ifjakat nevelő Makarenko módszereit — sajátos kétarcúsága (egyreszert a legkorszerűbb szociálpszichiátriai szemlélethez való illeszkedése, másrészt a szankcionáló-elkülönítő szemlélet számára való megfelelése) alkalmassá tette arra, hogy a marginalitás minden formájának kezelésére széles körben alkalmas eszköznek tekintésük.

Az alkoholizmus már kezdetektől szankciókra épülő kezelésmódjának következményeként a pszichiátriára nehezedő presszió, a társadalom általában vett munkacentrikus értékrendje és a mindennapok militáns szervezettsége mellett, Nagyfa létrejöttében egy nagyon is kézzelfogható minta követésének kényszere is jelentős szerepet játszott.

A Szovjetunióban ugyanis már a hetvenes évek elején is több, zárt rendszerű, belügyi-katonai irányítás alatt álló munkaterápiás intézet működött, kifejezetten az alkoholisták átnevelésének céljából. S bár a „Lebecsno—Trudnoj Profilaktorij”-okra, az LTP-kre, közkeletűbb nevükön a profilaktikumokra vonatkozó törvényt csak 1974 márciusában hozta meg az OSzFSzK Legfelsőbb Tanácsának Elnöksége, magyar pszichiáterek már 1970-ben beszámoltak ilyen oroszországi intézményekben tett tanulmányútjukról,⁷ melyről írásbeli referátum is készült. Ennek tartalmáról szóbeli közlések alapján annyi ismeretes, hogy a szakemberek a belügyi szervek által működtetett munkatáborokban lényegesen jobb egészségügyi feltételeket és életkörülményeket találtak, mint a Szovjetunióban szintén maradékelven működtetett egészségügy keretei közé tartozó gyógyintézményekben. Így a magyar pszichiáterek — a magyar egészségügy perspektíváit a szovjetével hasonlítva — a „profilaktikumok” magyarországi meghonosítását az alkoholbetegek érdekeit szem előtt tartva javasolták.

Az indulatok az alkoholizmus jelensége felé irányítása nyilvánvalóan számos más, társadalmi eredetű feszültség levezetésére is alkalmas volt. A Szovjetunióban 1972-ben megindított „alkoholizmus körüli társadalmi vita” hazai hullámverése hatékonyan segítette a sok család életét megnyomorító iszákosság által gerjesztett indulatok más indulatokkal való összekapcsolását és kizárólag az „alkoholisták” ellen való fordítását. Sok jel mutat arra, hogy ebből a „társadalmi méretű indulattáttételi játszmából” a tömegkommunikáció is jelentősen kivette részét.

Ilyen előzmények után minden mérvadó csoport támogatta a Minisztertanács — a megfelelő szovjet döntést mindössze néhány hónappal követő — 1974 decemberi, a munkaterápiás intézet létrehozását elrendelő döntését.⁸

Árulkodó, a korabeli szemléletet jellemző tény, hogy az új intézmény tervezett befogadóképessége (500—650 ágy)⁹ közelítőleg annyi volt, mint a rendelkezésre álló összes kórházi alkoholológiai ágy ebben az időben.¹⁰ A beilleszkedésre legkevésbé alkalmas, s ekkor még a leg súlyosabb alkoholistának is tekintett réteg kezelésére szánták tehát a kapacitások közel felét. Ez arányaiban akkor is túlzott (és a preventív szemlélet hiányát jelzi), ha figyelembe vesszük az átlagos kórházi ágyakon a betegek hozzávetőleg tízszer gyakoribb cserélődését, és az ambuláns gondozás nyújtotta lehetőségeket is. (A hetvenes évek máso-

dik felében azután — nem elsősorban Nagyfa súlyának mérséklésére, hanem az aktuális szakmapolitikai irányzat,¹¹ a kórházi ellátás fejlesztése jegyében — hirtelen megnő az alkoholológiai kórházi ágyak száma is.)

Létrejött tehát a munkaterápiás alkoholelvonó intézetről szóló törvény, az intézet felállításának konkrét terepül pedig a nagyfai, akkor köztörvényes elítéltekkel teli börtönt jelölték ki. A rabokat 1975-ben nem költöztették ki, hanem szabadulásuk után helyükre folyamatosan utaltak be alkoholbetegeket. Ennek következtében az alkoholbetegekkel való bánásmód és körülményeik nem sokban különböztek a köztörvényes elítéltektől. Az első, hamarosan botrányba torkolló tiltakozásokat ez, valamint a leromlott, barakkszerű épületekben való elhelyezés, és az orvosi ellátás hiánya váltotta ki. Ezt követően Nagyfan az életfeltételek jelentősen javultak.

A kötelezés és a kényszerítés cizellált formáiban gondolkodó jogalkotás azonban nemsokára újabb nemkívánatos jelenségekre figyelt fel. A „családját, kiskorú gyermekének fejlődését, a környezete biztonságát” vagy a „közrendet, munkahelyén a munkát, illetőleg a munkafelegyelmet” „súlyosan zavaró alkoholista” ugyanis az 1974-es törvény értelmében bírósági nem peres eljárás segítségével 2 évre beutalható volt Nagyfára. Ez volt a bekerülés úgynevezett „polgári” útja, melyen évente 2—300 beteg érkezett, míg azt, aki emellett kisebb lopásba is keveredett, csupán a büntetőbíróság néhány hónapos szabadságvesztésre szóló (s emellett esetleg közben végrehajtandó kényszerelvonást előíró) ítélete sújtotta. Ezen ellentmondás feloldására 1978-ban törvény született a hat hónapot meg nem haladó börtönbüntetések „alkoholista” esetében nagyfai beutalásra való átválthatóságáról.¹² Ez lett a Nagyfára kerülés „BTK-s”, azaz büntetőbíróságokon keresztül vezető útja, melyet minden évben 80—100 beteg járt meg.

Ez az intézkedés szinte aláaknázza Nagyfa amúgy sem különösebben szilárd alapokon nyugvó legitimációs rendszerét, hiszen a beutaltak között ezután — a lassan szabaduló „köztörvényesek” szerepét átveve — természetszerűen nagy számban jelentek meg visszaeső, marginális életmódra és a totális intézmények szerepjátékaira már jól szocializált csoportok is, tovább fokozva a „polgári” úton bekerültek megbélyegzettség-érzését és intézettel szembeni ellenállását. A „polgári úton” érkezettek beutalásánál ugyanis a fő kritérium — az önmaguk vagy környezetük „veszélyeztetésének” már említett, s törvényben sem részletezett feltétele mellett — több, sikertelennek minősíthető alkoholelvonó-kúrán való részvételük, és további kezelésük negatív prognózisa volt. Ezen feltételek fennállása ritkán jelentett egyben törvénytörést is, az ezek miatt beutaltak viszont ugyanolyan — börtönszerű — feltételek között éltek, mint a törvényt megsértők, akik jelenléte a börtönfeltételek fenntartását legitímálta.

Az első időkben azonban még nem volt kibékíthetetlen ellentmondás a „Ha jól dolgozol és rendesen élsz, boldogulsz!”-nak az intézet által demonstrált tantétele és a valóság között (még ha sok beutalt számára nem volt is releváns e tanítás), hiszen ezekben az időkben e két évig tartó, kötelező életforma-kísérlet alatt a beutaltak még nem éltek kivrívóan rosszul, utána pedig akkor nem jelentéktelen összegű megta-
karított pénzzel távozhattak.

II. Az intézet legitimációs bázisát képező elvek és a realitás ellentmondásai, az intézmény börtön-szisztémába való integrálódása, grandiózus méretei, és az alkoholproblémák ellátásában betöltött funkciói mindvégig feloldhatatlan feszültségek forrásai voltak.

A rendszeres munkára nevelni kívánó alapelvek nemigen illeszkedtek ahhoz az időközben egyre nyilvánvalóbbá váló gyakorlathoz, hogy az intézetbe nagyrészt nem „munkakerülőket” utaltak be. Egy 1985-ben végzett keresztmetszeti vizsgálat¹³ szerint munkaviszony és munkavállalás nélkül az aktuálisan az intézetben tartózkodó beutaltaknak évek óta mindössze 12⁰/₀-a élt, 27⁰/₀-uk pedig alkalmi munkavállaló volt. A lányokat, asszonyokat is beleszámítva, a beutaltak 2/3-a tehát többé-kevésbé stabil munkahellyel rendelkező Nagyfára kerülése előtt. Munkakerülővé és bűnözővé nyilvánításukon túl, a beutaltak elkeseredését az intézetben belüli életfeltételek fokozták tovább.

Ezek közül a legfontosabb az volt, hogy alkoholbetegnek minősítve, egyszersmind „BV-lakókká” válva, nem voltak táppénzjogosultak, sőt, betegségük esetén is ki kellett fizetniük étkezésük és szállásuk napi költségeit. „Terápiás” munkavégzésük pedig napi 8 (utazással együtt 10—11) órát tett ki, így rendszeres orvosi ellátást igénybevenni nem maradt idejük.

A nyolcvanas évek második felében kereseti lehetőségeik is romlottak. A környékbeli munkapiac szűkösnek bizonyult a kényszerűen különleges igényekkel is fellépő, ekkor már 6—700 embert befogadó, periférikus fekvésű mamutintézmény számára, a betegek munkabérére is érvényes BV-szabályozók pedig drasztikusan csökkentették a keresetek reálértékét.¹⁴ A büntetésvégrehajtás (BV) által az államháztartásnak fizetett adó és az intézmény számára szintén a BV csatornáin keresztül visszajuttatott költségvetési támogatás nagyságrendje pedig (1985-ben: 20—40 millió Ft)^{15, 16} megegyezett. A betegek tehát munkájukkal eltartották orvosait, őreiket. Hétfévenként viszont gémkáztak, hiszen enélkül még visszailleszkedésük megkönnyítését célzó hazautazásaik költségeit sem tudták volna fedezni.

Egyre nyilvánvalóbbá vált az is, hogy Nagyfa az ország minden szegletéből érkező, majd oda visszatérő betegek utógondozására nem, csupán — hatósági segítséggel bonyolított — „követésére” alkalmas. A két év után hazaérkezőknek pedig — a néhány száz forintot kitevő segélytől eltekintve — minden segítség nélkül kellett változatlan (vagy beutalásuk előttihez képest rosszabb) egzisztenciális helyzetben, emberi kapcsolataik romjain „új életük” felépítéséhez hozzákezdeniük.

S hiába vált mindez (legalábbis a szakemberek körében) köztudottá a nyolcvanas évek elejére, Nagyfa változatlanul, s korántsem csupán ideológiai okokból, tovább működött. A beutalásokat kezdeményező családtagokat és egészségügyi szerveket, az ezekben partnerséget vállaló szakorvosokat, a beutalási javaslatokat végül előterjesztő ügyészségeket és a döntéseket végül kimondó bíróságokat különféle kényszerek továbbra is a kényszerbeutalások gyakorlatának folytatására ösztönözték. Ezek a kényszerek — sematikusán — két csoportba sorolhatók.

Kényszerítő erőt fejtett ki egyfelől a hiány, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés nehézsége, lehetetlensége. A medicina keretein belül létrehozott (a hatvanas évek elejétől állandóan, ámde szeszélyesen

növekedő) ellátó rendszer szerkezete ugyanis még a nyolcvanas években is markáns területi egyenlőtlenségeket mutatott.

A szakellátás két fő formájává az ambuláns ellátást nyújtó alkoholgondozó és a fekvőbeteg-ellátásra szolgáló alkoholológiai (pszichiátriai) osztály vált, melyet néhány, koncentráltan telepített, egészségügyi keretek között működő (tehát nem Nagyfa-típusú) munkaterápiás intézet s hozzájuk szorosan kapcsolódó átmeneti szállás egészített ki.

A kórházi ágyak eleve koncentrált és egyenetlen telepítéséből adódó egyenlőtlenségeket az ambuláns hálózat nem ellensúlyozhatta, hiszen az első ambulanciák éppen ott létesültek, ahol kórházi osztály is volt, a hálózat későbbi fejlődése során pedig változatlanul ezek a gondozók maradtak a legintenzívebb centrumok. Így az előbbi megoldás, számos előnye mellett, végül egy koncentrált, kevésbé szétterülő ambuláns hálózat kialakulásához vezetett.

A két intézményhálózat egymást erősítő egyenetlenségeiből adódó egyenlőtlenségeket a munkaterápiás intézetek koncentrált elhelyezkedése tovább növelte. Az ellátás területi egyenlőtlenségei — bizonyos korrekciók figyelembevételével — szoros összefüggést mutatnak a nagyfai beutalások számának alakulásával. A kapacitások szűkössége inspirálóan hatott a nagyfai beutalások arányainak növekedésére és fordítva. Mindezt jól példázza, hogy a legalacsonyabb beutalási arányszámokat éppen a nagyobb munkaterápiás intézetek (Pomáz, Intapuszta, Szekszárd) körzetéhez tartozó települések (Budapest) és megyék (Pest, Borsod és Tolna) produkálták.¹⁷ Nagyfa tehát kapacitásainak jó részét az ellátási rendszer hiányosságainak pótlására, következésképpen ezen hiányosságok elfedésére fordította.

A beutalásokat motiváló kényszerek másik típusát az egészségügyi ellátás működésmódja termelte ki.

A szakrendelőként dolgozó alkoholgondozókban, melyek az alkoholbeteg-ellátásban egyben az alapellátás szerepét is betöltötték, a két ellátási szint hátrányai ötvöződtek.

Az egymásba fonódó problémák sokaságával megjelenő klienseket egy olyan, a pszichiátria időigényes szakterületére specializált intézményhálózat fogadta, amelyben az egy betegre jutó orvosi munkaidő (a hetvenes és a nyolcvanas évek adatai alapján) megjelenésenként 14—26, évente pedig 66—103 perc volt.¹⁸ A szakrendelő így — néhány kivételtől eltekintve — adminisztratív, munkáját gyógyszerosztásra korlátozó (ál)intézménnyé vált, amely a kínálózó két fő szakmai irány — intenzív pszichoterápiás vagy szociális segítő szolgálat — egyikéhez sem tudott csatlakozni.

Különösen nehéz helyzetet teremtett az alkoholgondozókban a kötelezettek kezelési kötelezettsége. Az igénybevehető kényszerítő eszközök (pl. rendőri elővezettetés) itt lényegében alkalmazhatatlanok. A nehezebb eseteket így a gondozók a kórházi osztályok felé terelték.

A kórházak a kliensek környezetétől még inkább elszigetelt közegében pedig csak nyilvánvalóbbá vált az eleve féloldalas, a szociális problémákat kezelni egyáltalán nem tudó gyógyító metódus inadekvát-sága. Az elvonó kezelések ezért a szükségesnél jóval nagyobb arányban, tömegesen bizonyultak sikertelennek, az intézményrendszer tehát nem volt hatékony. S mivel az érintettek körében ez közismertté vált, a minimális vagy látszólagos hatékonyság érdekében is kényszeres elemek alkalmazása volt szükséges. A kényszerek alkalmazásával a hatékony-

ság általában tovább romlott. A nem hatékony működés szembeötlő példáit (s szenvedő alanyait egyben) viszont el lehetett küldeni Nagyfára, hiszen az oda való beutalhatóság feltételei között az ön- és közveszélyesség már tárgyalt feltétele mellett az egyik legfontosabb a beutalandó több — sikertelennek minősíthető — elvonókúrán való részvétele, illetve a további kezelések negatív prognózisa volt. Az (egy-mást rendszerint követő) önkéntesen vállalt és kötelezettként megélt elvonókúrának így kölcsönzött némi hatékonyságot a betegek „Nagyfára küldendő” és „Nagyfára nem küldendő” csoportosíthatósága. Ily módon Nagyfa döntő szerepet játszott abban, hogy a rendszer működésének alapvető hiányosságaira hosszú időn keresztül ne derüljön fény. Másrészt pedig a kötelezéstől — s az azt esetleg követő nagyfai beutalástól — tartó érintettek körében növelte az elvonókúrák önkéntes vállalására való hajlandóságot, az önkéntesen vállalt gyógykezelést azonban — a rendszer sajátosságaiból adódóan — keveseknek sikerült „gyógyintézeti karrierjük” utolsó állomásává tenni.

Nagyfa létére természetesen nem csak, s nem is elsősorban az alkoholproblémák ellátására kialakult intézményrendszernek volt szüksége, hanem annak az államnak, amely nem vállalhatta, hogy polgárainak jelentős csoportjait szociális problémák (és az ezekhez természetes módon társuló mentálhigiénés zavarok) általa kezelhetetlen mértékben sújtják, s amely nem vehette tudomásul, hogy az általa vezérelt társadalmi folyamatok olyannyira perspektívátlan élethelyzeteket termeltek ki, melyekben az önpusztítás sem számíthat önsorsrontásnak. Nagyfa azt az állampolgárok mindennapjainak békéje felett örökös állami gondoskodást testesítette meg, amely, valódi segítséget nyújtani nem tudván, egyes állampolgárokat büntet, hogy ezáltal másokat, a többséget, felmentse a saját problémáival való szembenézés kényszere alól.

III. A munkakerülőnek minősített, romló egzisztenciájú és kilátástalan betegek elkeseredése egyre nőtt, az intézet hangulata — a nyolcvanas évek végére kiterjedő, a benti életlehetőségek szinte minden mozzanatát érintő humanizációs lépések ellenére — egyre romlott. Az intézet vezetősége 1989 tavaszától ezért több átalakítási, átszervezési javaslatot is megfogalmazott.¹⁹

Az intézet belső életének végső szétzilálódása a „kmk” eltörlésével kezdődött meg. Az ilyen indokkal beutalt 23 beteg távozása 1989 májusában olyan reményeket ébresztett a beutaltakban, hogy más, s talán Nagyfára is vonatkozó törvények felülvizsgálatára is hamarosan sor kerülhet. A hiábavaló várakozásban a nyár folyamán a feszültség egyre nőtt, amiben közrejátzott, hogy akkortájt a szegedi alternatív sajtó helyet adott két, beutaltak által írt cikknek,²⁰ melyek a közölt tényekkel és az intézeten belül használt zsargon idéző stílusukkal nagy feltűnést keltettek. Emberi jogaikra hivatkozva lázadni kezdtek a betegek, egyre agresszívabbá váltak az örök, az egészségügyi személyzet pedig mindinkább a helyzet tehetetlen szemlélőjévé vált. A Nagyfa sorsát érintő tárgyalások csak ekkor, ezek után kezdődtek el.

Kezdetben az a javaslat merült fel, hogy Nagyfa kerüljön ki az Igazságügyi Minisztérium hatásköréből, s szervezzék egészségügyi keretek között működő, a többihez (Pomáz, Intapuszta stb.) hasonló munkaterápiás intézetté. Ezt a megoldást elsősorban az az alkoholológiai szakmai csoport támogatta, amely, sajátos szemléleti okokból, biztos volt abban, hogy a kötelezés enyhébb, de viszonylag sokakat érintő formáira fel-

tétlenül szükség van, másrészt a kórházi ágyakért hosszú éveken keresztül folytatott harc kialakította reflexek hatása alatt semmiképpen nem kívánt lemondani 750, ekkorra már — egészségügyi szempontból — igen jól felszerelt kórházi ágyról; akkor sem, ha azok további működtetésére semmiféle biztosítékot nem lehetett találni.

A várhatóan újabb költségeket jelentő terv nem nyerte el az Egészségügyi Minisztérium tetszését, erőteljesen támogatta viszont (annak ellenére, hogy számára ez a megoldás tetemes anyagi veszteséggel járt volna) az igazságügyi tárca, hiszen az épületekre nem volt szüksége, a tárca népszerűsége törekvő stratégiájába viszont jól illeszkedett a népszerűtlen alkoholügyben játszott népszerűtlen szerep feladása.

December végéig úgy tűnt, hogy ez a javaslat valósul majd meg, s hatalmas kórházkomplexum bontakozhat majd ki a nagyfai tanyák szomszédságában. Az Egészségügyi Minisztérium azonban — több, mint fél éven keresztül tartó egyezkedés után — visszalépett. 1990-re világgossá vált ugyanis, hogy az egészségügy nem fordít, nem fordíthat több pénzt az alkoholügyre.²¹ Az országgyűlés napirendjére felkerült az 1974. évi 10. sz. törvényerejű rendelet eltörlése. Az intézet felszámolásának anyagi hozadékát az alkoholbetegek ellátására kell fordítani.

IV. Azok az okok, amelyek Nagyfa létrejöttéhez vezettek, jórészt megszűntek. Az állam nem hirdeti többé, hogy a rendszeres munkavégzés és az erre alapozott életvitel biztosíték a boldogulásra, de nem állíthatja azt sem, hogy képes az állampolgárokat sújtó gondokat magára vállalni s azokat (akár állampolgárai szabadságjogainak korlátozása útján) meg is oldani.

A legitimációs bázisként szolgáló ideológia összeomlott, a szovjet minta követésének kényszere megszűnt, a társadalom indulatai sem fordulnak már olyan könnyen egyetlen irányba. Változóban van az érintett tanácsai szervek és az érdekelt kórházi osztályok kényszerbeutalásokhoz való viszonya. Csupán a kényszeríthetőségre vonatkozó jogintézmények, melyek az egészségügyi hálózat működésének kereteit adják, maradtak fenn. A keretek azonban mára kiürültek. Az osztályokon csökken a zsúfoltság, helyenként még télen — az otthonlanok beköltözésének szokásos szezonjában — is vannak már üres ágyak.²²

A rendszer strukturális hibáit álcázó „végállomás” megszűnt, a kényszerítés gyakorlatára kötelezett egészségügyi ellátás hibái ma már tisztán láthatóak. Az érintettek ma inkább arra összpontosítják erőfeszítéseiket, hogy kötelezésekre ne kerüljön sor. (Egyes vélemények szerint változott e tekintetben a családok anyagi érdekeltisége is — a munkahely elvesztésétől való félelem vagy a táppénz és a kereset különbségéből származó anyagi gondok is visszatartják ma a hozzátartozókat családtagjuk elvonókúrára való kényszerítésétől.)²³ A kötelezett betegek számának csökkenése pedig az ismertetett szisztémában rövid időn belül az önkéntes betegek számának apadásához vezet.

Nagyfa megszüntetése tehát az eddig egészségügyi keretek közé szorított ellátás igénybevételének csökkenésével és a kényszerítés gyakorlatának összeomlásával járt együtt.

A kötelezés lehetőségét az illetékes szakmai grémium még ma sem utasította el egyértelműen. Állást foglalt azonban a közigazgatási tisztviselők kompetenciájának megvonásáról, párhuzamosan az orvosi — és

csak orvosi — kompetencia kiterjesztése mellett.²⁴ Az új elképzelések szerint jelentősen szűkülne a kötelezettek köre, nem változna azonban az ellátás struktúrája, azaz a medicina és a szociális ellátás közötti választóvonalak fennmaradnának.

Az alkoholizmus kezelésének szinte minden problémája megjelenik a Nagyfa felszámolása kapcsán az Igazságügyi Minisztérium által „átadott” költségvetési támogatás sorsának tükrében. Ebből az összegből a minisztériumok és a szakmai testületek megegyezése szerint az „antiszociális” alkoholisták ellátását kellene megoldani. A beérkezett pályázatok alapján az Alkoholológiai Szakmai Kollégium „nappali-éjszakai szanatóriumok, védett munkahelyek és védett szállások, illetve munkaterápiás (foglalkoztató) műhelyek szervezését” támogatta,²⁵ olyan megyékben, ahonnan ilyen jellegű pályázat érkezett. A támogatott intézménytípusok köre egyrészt örvendetes szemléleti változást jelez, amely a szociális problémák bizonyos típusainak megoldására kísérletet tesz, másrészt azonban ismét teret enged az ötletszerűségnek és az egyenlőtlenségek kialakulásának.

Aggudalomra adhat okot az alkoholproblémák enyhítésére szánt pénzösszeg kizárólagosan egészségügyi kompetencia alá rendelése, ami — az egészségügy finanszírozási rendszerének átalakulása okán — egyben e pénzösszeg társadalombiztosítási költségvetésen való átfutását jelenti. A biztosítói preferenciákat ma átláthatatlan erők, általában pedig nyomásgyakorló csoportok és a közvélemény alakítják. Az alkoholproblémák által érintettek érdekérvényesítési lehetősége minden bizonnyal kicsi lesz, a közvélemény pedig, általában és most is, ellenséges az alkoholizmussal szemben, és nem helyesli, hogy közpénzeket fordítsanak az alkoholizmus kezelésére. Egyre nagyobb teret látszik nyerni az a nézet, amely a munkafegyelem helyett most a népegészségügyi helyzet romlásáért való felelősséget kívánja kizárólag az alkoholizmus számlájára írni.

Az alkoholizmussal okságilag meghatározhatatlan viszonyban álló, de magyarországi természetrajzában szervesen hozzátartozó jelenségek (hajléktalanság, életformaváltási zavarok, adaptációs nehézségek, beilleszkedési zavarok a munkahelyeken, a családi szerepek labilitása, a családi kapcsolatok válságai) azonban sürgetik egy olyan új ellátási rendszer kiépítését, amely szemléletében, kompetenciáit illetően és elveiben is más, mint az eddig működő. A kórházi ellátás lehetőségének fenntartása és az ambuláns hálózat szakmai színvonalának emelése mellett megoldást leginkább az a Nagy-Britanniában a hetvenes években meghonosodott modell nyújthatna, amely az alkoholizmus kezelésének rendszerét átmenti otthonok hálózatára alapozza. Ezek a — megfelelően kicsi — átmeneti szállások egyben egy kiterjedtebb szociális és mentálhigiénés segítő szolgálat, valamint egy területi, a helyi közösség attitűdjeit befolyásolni kívánó tevékenység bázisai. A hálózat létrehozhatóságát illetően reményre adhat okot, hogy ez a hálózat Nagy-Britanniában a pénzügyi restriktió ideje alatt épülhetett ki.²⁶

Jegyzetek

1. Az MSZMP KB 1960. nov. 18-i határozata.
2. 1961. évi V. törvény a Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyvéről. 62. §. A kényszerelvönő kezeléséről; 1962. évi 10. sz. tvr. a BTK hatálybalépéséről, végrehajtásáról és egyes szabálysértésekről; 1962. évi 18. sz. tvr. az alkoholisták elleni intézkedésekről; 6/1962. (XI. 16.) Eü. M. sz. rendelet az alkoholisták kényszerelvönő kezeléséről.

3. 1966. évi 27. sz. tvr.; 6/1966. (X. 4.) Eü. M. sz. rendelet; 8/1966. (X. 4.) IM. sz. rendelet.
4. 1972. évi II. törvény; 15/1972. (VII. 5.) Eü. M. sz. rendelet; 3/1978. (VI. 3.) Eü. M. sz. rendelet; 30.290./1979. (E.M. K. 3.) sz. irányelv.
5. dr. Kardos Gy. és dr. Balázs-Piri T.: A kényszerelvönő kezelés jelenlegi formáiról és kilátásairól. *Alkohológia*, 1970/1—2.
6. dr. Kardos Gy.: A kötelező alkoholelvönő kezelés két formájáról: arról, ami van és arról, ami lehetne. *Alkohológia*, 1975/2.
7. Rövid hírek. *Alkohológia*, 1970/1—2.
8. 1974. évi 10. sz. törvényerejű rendelet az alkoholisták kötelező intézeti gyógykezeléséről; 13/1974. (XII. 28.) IM—EüM. sz. együttes rendelet az 1974. évi 10. sz. tvr. végrehajtásáról; 14/1974. (XII. 28.) IM. sz. rendelet az intézetben kezelt alkoholisták jogairól és kötelezeteiről.
9. dr. Banka Lajos: Az új Munkaterápiás Alkoholelvönő Intézet. *Alkohológia*, 1976/1.
10. dr. Símek Zsófia: Minimális akcióprogram, mint vitaanyag az alkoholizmus elleni küzdelem egészségügyi vonatkozású adatainak elemzése alapján. *Alkohológia*, 1976/2.
11. Szalai Julia: Az egészségügy betegségei. KJK. 1986. Budapest
12. 3/1978. (VI. 3.) EüM. sz. rendelet a gyógyító-megelőző eljárásról szóló 15/1972. (VIII. 5.) Eü. M. sz. rendelet módosításáról; 5/1978. (VI. 3.) IM—EüM. sz. együttes rendelet az alkoholisták kötelező intézeti kezeléséről szóló 1974. évi 10. sz. tvr. végrehajtásáról; 1979. évi 11. sz. tvr. a büntetések és intézkedések végrehajtásáról, 86. §. a munkaterápiás intézeti kezeléséről.
13. dr. Raska László: A Szeged-Nagyfa Munkaterápiás Alkoholelvönő Intézet betegeinek vizsgálata. TBZ Bulletin VII. Budapest, 1986.
14. Nagyfa mint gazdálkodási egység az Országos Büntetés-végrehajtás egyik vállalatként működött, s a nagyfai beutaltak ugyanolyan jogviszonyban álltak vele, mint a börtönökben élő elítéltek. Mint „vállalati alkalmazottnak”, bérezésük belső vállalati szabályozók, azaz egységes BV-szabályozók által történt.
15. Az összeg azért nem állapítható meg pontosan, mert Nagyfa nem önálló vállalatként, hanem egy nagyobb büntőgazdaság részegységként gazdálkodott, így az e gazdaságon belüli pénzáramlásokat is figyelembe kellett volna venni. A gazdálkodást részletesebben „Gyógyítás és gazdaság alkoholelvönő munkaterápiás intézetekben” c. írásomban (TBZ Bulletin XII., Bp. 1988.) részletesen elemzem.
16. dr. Raska László: A munkaterápiás foglalkoztatás helyzete, különös tekintettel a Nagyfa Munkaterápiás Alkoholelvönő Intézetre. Előterjesztés az Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság részére. Szeged-Nagyfa, 1989. június.
17. A Nagyfai Munkaterápiás Alkoholelvönő Intézet statisztikai adatai alapján.
18. Az Egészségügyi Minisztérium Evkönyve, 1972—1985. adatai alapján.
19. Lásd 16. lábjegyzet.
20. Szabó Endre: Tiszta szívvel betörök — levél Nagyfáról. *Déli Napló*, 1989. július 14.; Danis László — Szabó Endre: Nagyfan innen, Nagyfan túl — széljegyzetek a söntéspuit melől. *Déli Napló*, 1989. július 21.
21. Kertész Péter: Újra suhognak a gumibotok — Nagyfa mégsem kell az egészségügynek. *Magyar Nemzet*, 1990. január 10.
22. Daubner Béla — Kertész Erzsébet: Javaslat a Pomázi Munkaterápiás Intézet működésének fejlesztésére, különös tekintettel a rehabilitációs tevékenységre és az utógondozásra. *Alkohológia*, 1989/3.
23. Lásd 22. lábjegyzet.
24. Az Alkoholológiai Szakmai Kollégium állásfoglalása az „OTE Igazgatói Körlevél a megyei alkohológus szakfőorvosok és intézetvezetők számára”. (Bp. 1990. április 4.) c. irat alapján.
25. Lásd 24. lábjegyzet.
26. J. Orford — G. Edwards: Alkoholizmus — Kezelés vagy tanácsadás? Budapest, Medicina, 1984.