

Kalapos Miklós Péter

# Társadalmi dilemma: elmebeteg a börtönben?

## A jelen helyzet és a jövő kihívásai

A dolgozat a börtön, az elmekórház, az elmebetegség és a bűnelkövetés összefüggéseit vizsgálja. A büntetés-végrehajtási és a kórházi rezsimek összehasonlítása után a dolgozat leírja a börtönben lévő populáció nagysága és az elmeosztályos ágyszám közötti összefüggést, és epidemiológiai adatok segítségével bemutatja az elme- és addikciós betegségek, valamint a mentális zavarok börtönön belüli gyakoriságát. A kórházba vagy börtönbe kerülés ciklikus ismétlődésének megakadályozása kapcsán a dolgozat foglalkozik az egyéni és a rendszerben rejlő kockázati változók hatásával, és hangsúlyozza, hogy az elmebeteg bűnelkövetők esetében a preventációs munkát már a szabadságvesztés büntetés ideje alatt el kell kezdeni. A forenzikus pszichiátria nemzetközi kihívásokkal néz szembe, melyek részben morális és jogi, részben orvos-szakmai természetűek, ezért a dolgozatban a szerző felveti a magyarországi jogalkotás és –alkalmazás megváltoztatásának szükségességét, és szorgalmazza a magyar büntetés-végrehajtás keretén belüli forenzikus pszichiátriai kutatás lehetőségének kialakítását, annak személyi és finansziális feltételeinek megteremtését. Végül az adatokat elemezve a szerző arra a következtetésre jut, hogy a magyar büntetés-végrehajtás nem a pszichiátriai ellátó kapacitás hiányában, hanem szakemberhiányban szenved.

### Bevezetés

Az embercsoportok együttélését normák szabályozzák, mely normák megszegése szankciókkal jár. A történelmi fejlődés során a normák kodifikált és nem-kodifikált formában egyaránt megjelentek. A történelmileg változó tartalmú normaszegés szankcionálása mind morális ítélet, mind pedig törvényes joghátrány formájában megvalósulhat. A kodifikált normák megszegése esetében általánosságban úgy fogalmazhatunk, hogy annak következménye a szociálisan nem kívánatos személy valamiféle izolációja (száműzés, börtön, kivégzés) volt. Ez az izoláció a jogi értelemben vett normaszegések esetében kizárólag a normaszegés tényétől függött, és nem vizsgálták a normaszegő személy mentális állapotát (Kalapos, 2007). Ez a fajta társadalmi attitűd az elmebetegeket is börtönbe zárta, tehát a társadalom válasza a normaszegésre az elkövető elmeállapotától függetlenül a csodaiális megoldás volt.

A tudományos pszichiátria hajnalán – a XVIII-XIX. század fordulóján – a betegek láncoktól történő megfosztása, és nem sokkal ezután a Code Napoleon által már vizsgálni rendelt bűnelkövetői magatartás – nevezetesen az elkövetett cselekmény ésszerűségét vizsgálták (Snowden és Freeman, 1999) – ugyan a gondolkodás változását jelezték, azonban mindez nem jelentette az izolációs szemlélet háttérbe szorulását, mert ugyan a betegek a láncokat elvesztették, de az izoláció – az elmeegógyintézetbe zárás – megmaradt.

A bűnelkövetés a társadalom minden rétegében, jóllehet eltérő mértékben, előfordul. Így a mentálisan beteg emberek és az elmebetegek is elkövetnek a jog által szankcionálni rendelt cselekményeket. Jelen dolgozatban a börtön, az elmekórház és az elmebetegség kontextusát vizsgáljuk.

## Az intézmények – börtön és kórház

A börtön egyetemes intézmény, mert megköveteli, hogy az élet valamennyi aspektusa ugyanazon a helyen és az intézmény által meghatározott módon folyjék (Lukács, 1987). Vagyis az egyetemes intézetben belüli élet az élettér teljes bekerítettségével folyik. A börtön azonban olyan egyetemes intézmény, ahová nem önként kerülnek az odakerülők, hanem kényszerből, amely kényszer a társadalom azon igényét fejezi ki, hogy a bűnelkövetőket, vagy legalább is azok egy részét a társadalom többi tagjától izolálják.

Ellenben a kórház nem egyetemes intézmény, tevékenysége nem terjed ki az élet minden aspektusára, és semmiképp sem izolált, illetve döntő részben – ha a jogszabály adta körülmények között alkalmazható kényszerítő eszközöktől eltekintünk – önkéntes alapon kerülnek az emberek kórházba. Tehát a kórház szándékában jóindulatú, továbbá mások a törvényei, mint a börtönöknek, mivel a börtön szándékoltan fenyítő, és ott büntetési tételről, nem pedig a terápiáról szól a történet. Így megállapíthatjuk, hogy a börtön természete más, és ebből adódóan nem, vagy kevéssé alkalmas a gyógyításra, mint a kórház.

## A pszichiátriai ágyszám és a börtönpopuláció nagysága közötti összefüggés – a Penrose-törvény

A múlt század harmincas éveiben az egyes európai országok bűnügyi és pszichiátriai statisztikáinak adatait vizsgálva Lionel S. Penrose brit pszichiáter megállapította, hogy a legszorosabb, inverz összefüggés a pszichiátriai ágyak száma és a börtönben lévő populáció létszáma között van (Penrose, 1939). A brit igazságügyi pszichiáterek a leírt jelenséget mind a mai napig Penrose-törvényként emlegetik. Penrose fenti állítását az ausztráliai viszonyokat vizsgáló D. Biles és G. Mulligan megerősítették (Biles és Mulligan, 1973). A pszichiátriai ágyszám és a börtönpopuláció létszáma közötti összefüggést az 1982 és 1997 közötti adatokra támaszkodó angliai és walesi vizsgálatok is alátámasztották (Gunn, 2000).

Az ezredforduló óta az európai országok statisztika adatai alapján több közleményben leírták a pszichiátriai ágyak száma és a börtönben lévő populáció létszáma között

fennáll, Penrose-törvény szerinti összefüggést (Priebe et al., 2005; Kelly, 2007). Hasonlóképpen, a magyarországi statisztikai adatok is alátámasztják, hogy a pszichiátriai ágyak száma és a börtönben lévő populáció létszáma között inverz összefüggés van (Kalapos, 2007).

## Az elmebetegségek és a mentális zavarok börtönön belüli gyakorisága

Mind a mai napig a legátfogóbb vizsgálat az Amerikai Egyesült Államokban elvégzett, több mint 20 000 ember interjúján és azok adatainak feldolgozásán alapuló Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program, melynek következtetései közül a témánkat érintő legfontosabb megállapítások az alábbiak: (i) az addiktív és a súlyos mentális zavarok együttes élettartam-prevalenciája (az élet során legalább egyszer szenvedett az illető a vizsgált betegségek valamelyikében) a börtönpopulációban a normál populációbeli előforduláshoz viszonyítva magasabb (82,1%, szemben a 32,7%-kal); (ii) a börtönben élők körében a pszichiátriai értelemben kódolható betegségek aránya magasabb, mint a normál populációban regisztrált arány: mentális betegségek esetében 55,7%, szemben a 22,5%-al, alkoholprobléma esetében 56,2%, szemben a 13,5%-al, míg a droprobléma esetében 53,7%, szemben a 6,1%-al; (iii) a specifikus betegségek kémiai szerhasználattal történő kombinált előfordulása jelentős, schizofrenia esetén a betegek 47%-a használt vagy alkoholt, vagy drogot vagy mindkettőt, míg antiszociális személyiségzavar esetén a kémiai szerhasználók aránya 83,6% (Regnier et al., 1990).

Egy Anglia és Wales összes börtönére, minden szabadságvesztés büntetését töltő elítéljtjére kiterjedő, 1997-ben végzett vizsgálat szerint a vizsgálatot megelőző egy évben (éves prevalencia) a férfi elítéltek 7%-a, míg a női elítéltek 14%-a szenvedett pszichotikus zavarban (döntő részben schizofreniában) (Birmingham, 2001). A feltételeken szabaddal élő férfiak esetében ez az arány 10% volt (Birmingham, 2001). Amikor az élettartam-prevalenciát vizsgálták, akkor azt találták: 10 elítélt közül több mint 7 elítéltnél fordult elő, hogy az élete során legalább egyszer szenvedett a vizsgált mentális vagy addiktív betegségek valamelyikében (Birmingham, 2001).

A fentiekhez hasonló nagyságú magyarországi vizsgálatról jelen dolgozat szerzője nem tud. A pszichiátria hatókörébe tartozó betegségeknek, jelenségeknek a magyar börtönpopuláció visszaeső tagjai körében észlelhető előfordulási gyakoriságáról azonban Vigh József egy 1997-ben közölt dolgozatában beszámolt (Vigh, 1997). A magyar börtönpopuláció visszaeső tagjai körében a fent említett betegségek köré tartozó állapotok előfordulási gyakorisága magasabb, mint a civilek körében (Vigh, 1997). A konkrét előfordulási gyakoriság öngyilkossági kísérlet esetében 43%, alkohol-, illetve droprobléma esetében 51%, illetve 3%, továbbá „idegbetegség”, illetve alkoholmegvonás miatt 14%, illetve 13% részesült kezelésben (Vigh, 1997). Feltehetően ezek az arányok ma már, különösen a drog vonatkozásában, mások lennének, de a probléma nagyságát ezek a számok ennek ellenére jól jelzik.

## A visszaesést elősegítő, illetve gátló tényezők

Bár a modern pszichiátria egyik fő törekvése, hogy a mentális rendellenességekben és az elmebetegségekben szenvedő egyéneket a forenzikus pszichiátriai rendszer helyett minél inkább a kórházak és a megfelelő közösségi ellátás irányába eltérítse (Birmingham, 2001), a fenti összefüggések alapján úgy tűnik, hogy többségében mégis csak ugyanazon populáció tagjaival találkozhatunk mindkét rezsimben, és a pszichiátriai terápia, illetve és gondolkodás utóbbi időben észlelhető fejlődése dacára a fegyintézetek és a kórházi elmeosztályok a szegregáció tekintetében egymást kiegészítő módon működnek. Így mind a börtönt, mind pedig az elmeosztályos kezelést felfoghatjuk a társadalom egy adott jelenségre adott válaszáként.

A fentiek alapján joggal merül fel a kérdés, hogy mit is értsünk a visszaesés fogalma alatt egy elmebeteg esetében? Véleményünk szerint a visszaesés fogalmát csak komplex módon lehet értelmezni, és ezen populáció esetében a kriminalitásban történő visszaesést a betegségben történő visszaeséstől élesen elválasztani nem szabad, sőt hiba (!), a kettőt egységesen kell kezelni, és prevencióis tevékenységünknek mindkét területre egyaránt irányulnia kell. Az egységes szemléletű megelőzési tevékenység iránti igényt alátámasztja az úgynevezett iniciális deliktum jelensége is. Ez esetben a súlyos psychosis (olyan állapot, amikor az egyén és a külvilág közötti kapcsolat, a realitás érzékelése súlyosan sérül, esetleg megszakad) első tünete egy erőszakos cselekmény elkövetése (Stransky, 1950; Foley et al., 2007). A magyarországi kényszergyógykezelt betegek körében az iniciális deliktum lehetősége a betegek akár harmada esetében felmerülhet (Kalapos, 2003). Mindezen túl a psychosis, különösen annak pozitív tünetekkel (a környezet és a testséma megváltozottságának érzésével, hallucinációval, a gondolkodás zavarai) jellemzett fajtája a kriminalitás szempontjából kockázati tényező (Lamberti, 2007).

Az elmebetegek esetében a hatékony kriminológiai prevenció érdekében egyrészt meg kell érteni a kriminalitáshoz vezető okokat a faktorok – kockázat – dinamikai igény mentén, másrészt pedig biztosítani kell a megfelelő pszichiátriai ellátást. A kriminalitás újra előfordulása szempontjából meghatározó faktorok az antiszociális személyiségstruktúra (viselkedés, kogníció, attitűdök), a szociális/családi háttér, a szabadidő eltöltése és rekreáció, az iskolai és munkahelyi elfoglaltság, valamint a kémiai szerek használata (Lamberti, 2007). Ennek megfelelően a prevencióis aktivitásnak a személyiség fejlesztésére, a családi konfliktusok csökkentésére, a megfelelő kontroll kialakítására és a pozitív kapcsolatok kiépítésére, a munka és egyéb teljesítmények, eredmények elismerésére és jutalmazására, valamint az aktivitás kifejtésének az ösztönzésére kell irányulnia a kémiai szerek használatának csökkentése és a drogos kapcsolatok felszámolása mellett (Lamberti, 2007). Ezek mind az egyéni kockázati változók, mind a rendszerben rejlő kockázati változók hatását csökkentik, és ezáltal elősegítik a kezelésben maradást, így megszakítva a kórházba vagy börtönbe kerülés ciklikus ismétlődését. Mindehhez természetesen az is szükséges, hogy a kezelés elérhető és szakszerű legyen.

A fent leírtakból következik, hogy a prevenció munkának már a szabadságvesztés büntetés ideje alatt el kellene kezdődnie! A visszaeső, nem elmebeteg bűnelkövetők nagy száma mindenképp rámutat a prevenció tevékenység kriminológiai szempontból vett hiányosságaira, ám a kérdés témánk szempontjából valójában az, hogy a büntetés-végrehajtás keretén belül ki legyen a prevenció munka gazdája az elmebeteg bűnelkövetők esetében? Továbbá, rendelkezik-e a büntetés-végrehajtás és a magyar pszichiátriai ellátás megfelelő kapacitással ahhoz, hogy ezt a tevékenységet hatékonyan elvégezze? Egyáltalán létezik-e valamiféle együttműködés a civil és a büntetés-végrehajtás keretén belül működő pszichiátriai ellátás között? Persze alapjában véve a kérdés úgy merül fel, melyek is a jövő kihívásai? A feltett kérdésekre a következő fejezetben próbálunk meg választ adni.

### Mik a teendők? És mindezt hol kellene tenni?

A válaszokat kezdjük az utolsó kérdés megválaszolásával. A jövő kihívásai a forenzikus pszichiátria számára nem nemzeti, hanem nemzetközi kihívások. Ezek egy része morális és jogi természetű, míg más része tudományos kihívás. A morális és jogi természetű dilemmák egymástól nem elválaszthatók, és abban ragadhatók meg, hogy miként is viszonyuljon a társadalom és a jogrend az elmebeteg normaszegőkhöz. A felvilágosodás kora óta ez a kérdés megválaszolást nyert: az igazságszolgáltatás nem bánhat az elmebeteg bűnelkövetőkkel a nem elmebeteg bűnelkövetőkhöz hasonlóan. Ennek megfelelően a civilizált világban mindenhol, jóllehet eltérő struktúrában és tartalommal, de ismert az úgynevezett kényszergyógykezelés intézménye. Magyarországon a kényszergyógykezelést a Btk-ban meghatározott feltételek fennállása esetén a törvény rendelkezéseinek megfelelően fogatosítják, ennek helye az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet. Láthatjuk, hogy tulajdonképpen Magyarországon a kényszergyógykezeléssel (tehát a már bekövetkezett kriminális cselekmény utáni intervencióval) nincs is baj, a kérdés megoldott, még ha a rendszer korszerűsítése időszerűnek látszik is. Azonban az, hogy miként lehetne a forenzikus rendszer felől az egészségügyi rendszer felé terelni ezeket a betegeket, az már kérdéses. Vannak országok, például ilyen az Egyesült Királyság vagy az Amerikai Egyesült Államok, ahol speciális bíróságok – Mental Health Courts, Drug Courts – foglalkoznak az elmebetegekkel, illetve a kábítószerfüggőkkel (Birmingham, 2001; McNeil és Binder, 2007; Sherin és Mahoney, 1996). Lehetséges, hogy Magyarországon is ebbe az irányba kellene elmozdulnia a jogalkotásnak és –alkalmazásnak? Emellé fel kell sorakoztatni, szeretjük vagy sem (!), a kezelés jogi kényszerét a civil életben is! S erre a ma hatályos egészségügyi törvény lehetőséget is biztosít. Ez csökkentheti a kezelésből való kikerülés arányát, ami egy nagy átfogó tanulmány {C(linical) A(ntipsychotic) T(rials) of I(ntervention) E(ffectiveness)} szerint 74% (Lamberti, 2007).

Számos megválaszolásra váró tudományos kérdés is felmerül. Ezek közül néhányat megemlítünk. A kockázat becslése, az erőszak epidemiológiája és összefüggése a nagy pszichotikus kórképekkel, alapvetően a schizophreniával {az Igazságügyi

Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben kezelt kényszergyógykezelt betegek több mint fele schizophreniában szenved (Kalapos, 2003)}, a kezelés eredményességének vizsgálata, a különböző elkövető típusok jellemzőinek vizsgálata és a forenzikus ellátás minőségének javítása komoly vizsgálatokat igényelne (Mullen, 2000; Van Marle és Van der Kroft, 2007)! Láttuk, hogy a börtön és a kórház attitűdje és rezsímje más, így terápiás szempontból talán a legalapvetőbb kérdés, melynek tisztázása nem elkerülhető, tulajdonképpen milyen körülmények között működjön egy, a büntetés-végrehajtás rendszerébe integrált elme-kórház? A kérdést nemzetközi viszonylatban is vizsgálják, és fontos szakmai és morális kérdések merülnek fel. Csak egyet hogy említsünk, a kezelés megtagadásának lehetőségét.

Jóllehet az, hogy Magyarországon létrehozható-e egy ilyen kérdésekkel foglalkozó kutatóbázis az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet bezárása után, kérdéses, ám a nemzetközi kollaboráció lehetősége az Európa Unió keretein belül adott lehet, vagy kimunkálható. Ennek személyi és pénzügyi feltételei szándék esetén viszonylag rövid időn belül megteremthetők.

A fentieknél praktikusabb kérdés, hogy a magyar büntetés-végrehajtás rendelkezik-e azzal a szakszemélyzettel, amely a megfelelő terápiás és prevenciós feladatok ellátására alkalmas. Egy, az európai büntetés-végrehajtás rendszerét áttekintő tanulmány a magyarországi fegyintézetek 126%-os telítettségéről számolt be, amely a vizsgált országok közül kimagaslóan a legmagasabb zsúfoltságot jelentette (Blaauw et al., 2000). Mindemellett a tanulmány az egy, pszichiátriai képzettséggel rendelkező, büntetés-végrehajtásban foglalkoztatott egészségügyi dolgozóra jutó elítéltek számát Magyarország esetében 201-ben adta meg, amelynél rosszabb egészségügyi dolgozó – elítélt arányt csak a volt Szovjetunió tagköztársaságaiban, illetve Görögországban és Írországban találtak (Blaauw et al., 2000). Magyarországon, szemben a vizsgált országokkal (egyetlen kivétel Görögország), a börtönbe vonuláskor mentális betegségekre vonatkozó szűrés nem történik, viszont az ágyszám Lengyelországot leszámítva a legmagasabb volt (Blaauw et al., 2000). Még ha az kérdés lehet is, hogy vajon ugyanazt értik-e az egyes országokban a börtönben rendelkezésre álló speciális pszichiátriai ágy (férőhely) fogalma alatt, az adatokat elemezve nyilvánvaló: a magyar büntetés-végrehajtás döntően nem kapacitás, hanem szakemberhiánnyal szenved.

A büntetés-végrehajtás keretén belül működő pszichiátriai ellátás és a civil pszichiátriai ellátás Magyarországon korántsem oly módon szervezett, mint mondjuk Finnországban vagy Ausztriában, ahol a forenzikus pszichiátriát művelők nem elhanyagolható hányada egyetemi kórházakhoz tartozik, így a tudományos, személyi és szervezeti kapcsolat természetes és magától értetődő (Eronen et al., 2000; Schanda et al., 2000). A két rendszer közötti viszonyt azonban érdemes pénzügyi oldalról is megvizsgálni! Amerikai vizsgálatok szerint a betegirányítás a biztosított betegek ellátásának indirekt költségei tekintetében az egyes rendszerek közötti anyagi erőforrás átcsoportosításához vezetett, nevezetesen növekedett a börtönbe, fogdába kerültek száma, miközben az elmebetegeket ellátó szakrendeléseken csökkent a betegfor-

galom (Domino et al., 2004). Jóllehet az amerikai adatok nem extrapolálhatók Magyarországra, de ilyen költség-áttolódásra/áttolásra nálunk is számítani kell, amikor a büntetés-végrehajtáson belüli elmeegészségügy szervezetének fejlesztésén és annak finansziális hátterének megteremtésén gondolkodunk.

Láttuk, hogy a Penrose-törvény szerint inverz összefüggés van a pszichiátriai ágyak száma és a börtönben lévő populáció nagysága között. Ez az összefüggés Magyarországra is igaz. Így a fentebb leírtak alapján, a pszichiátriai ágyak számának csökkenése miatt a magyarországi forenzikus pszichiátriai ellátás terhelésének közeljövőbeli növekedésére számítani lehet, ami maga után kellene hogy vonja a büntetés-végrehajtás keretén belüli pszichiátriai szakellátás fejlesztését.

## Irodalom

- Biles, D., Mulligan, G.** (1973): Mad or bad? The enduring dilemma. *British Journal of Criminology*, 13:275-279.
- Birmingham, L.** (2001): Diversion from custody. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7:198-207.
- Blaauw, E., Roesch, R., Kerkhof, A.** (2000): Mental disorders in European prison system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23:649-663.
- Domino, M. E. et al.** (2004): Cost shifting to jails after a change to managed mental health care. *Health Services Research*, 39:1379-1401.
- Eronen, M. et al.** (2000): Forensic psychiatric organization in Finland. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23:541-546.
- Foley, S. R. et al.** (2007): Is violence at presentation by patients with first-episode psychosis associated with duration of untreated psychosis? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42:606-610.
- Gunn, J.** (2000): Future directions for treatment in forensic psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 176:332-338.
- Kalapos M. P.** (2003): A kényszergyógykezelésben részesülő elmebetegek néhány epidemiológiai adata. *Orvosi Hetilap*, 144:335-339.
- Kalapos M. P.** (2007): Társadalmi dilemmánk: börtön vagy elmekórház? Érvényes-e Penrose tézise az ezredforduló Magyarországon? *Orvosi Hetilap*, 148:1895-1898.
- Kelly, B.** (2007): Penrose's law in Ireland. An ecological analysis of psychiatric inpatients and prisoners. *Irish Medical Journal*, 100:373-374.
- Lamberti, J. S.** (2007): Understanding and preventing criminal recidivism among adults with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 58:773-781.
- Lukács T.** (1987): Szervezett dilemmánk: a börtön. Magvető, Budapest.
- McNiel, D. E., Binder, R. L.** (2007): Effectiveness of a Mental Health Court in reducing criminal recidivism and violence. *American Journal of Psychiatry*, 164:1395-1403.
- Mullen, P. E.** (2000): Forensic mental health. *British Journal of Psychiatry*, 176:307-311.
- Penrose, L. S.** (1939): Mental disease and crime: Outline of a comparative study of European statistics. *British Journal of Medical Psychology*, 8:1-15.

- Priebe, S. et al.** (2005): Reinstitutionalization in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal*, 330:123-126.
- Regnier, D. A. et al.** (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of American Medical Association*, 264:2511-2518.
- Schanda, H. et al.** (2000): The situation of forensic psychiatry in Austria. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23:481-492.
- Sherin, K. M., Mahoney, B.** (1996): Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Treatment Drug Courts: Integrating substance abuse treatment with legal case processing. Treatment Improvement Protocols (TIP) Series, Volume 23., U.S. Department of Health and Human Services
- Snowden, S., Freeman, H.** (1999): Forensic psychiatry. In: A century of psychiatry. Ed. by Freeman, H. Mosby-Wolfe Medical Communications, London, 265-270.
- Stransky, E.** (1950): Das Initialdelikt. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift Neurologie*, 8:395-413.
- Van Marle, H., Van der Kroft, P.** (2007): Research issues in forensic psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, 20:511-515.
- Vígh J.** (1997): Visszaeső bűnelkövetők főbb adatai. *Börtönügyi Szemle*, 15:1-12.