

Játék a halállal

Önkárosító, önpusztító cselekmények a börtönben

Az önzező halál szomorú hazai statisztikája, s az általa okozott károk alig felbecsülhető mértéke közismert. A humán tudományok szinte mindegyike, ahogyan a közvélemény is, szüntelenül kutatja, s értelmezni próbálja e sokáig tabunak tekintett komplex jelenséget, annak minél hatékonyabb megelőzése, visszaszorítása érdekében. Mindenesetre a szerteágazó és korántsem lezárt kutatásokból leszűrhető egyöntetű vélemény, hogy az öngyilkosság a személyiség kóros fejlődésének folyamatát zárja le.

Abban is egyetértés mutatkozik, hogy e társadalmi integrációs zavar, mint folyamat, lényegét egyetlen okkal magyarázni képtelenség, míg a közvetlen kiváltó tényező olykor teljesen banális, esetleges is lehet. Ugyanakkor kulcsfogalomként – mint ahogy a devianciák esetében általában – a szocializációt jelölhetjük meg, mint olyan növekedési, érési, személyiségfejlődési folyamatot, amely a felnőtt (magán- és közéleti) szerepelvárásoknak megfelelni kész és képes ember megformálásában döntő jelentőségű.

A szocializáció alapvető fórumai a család, az iskola, a munkahely, a kortárs közösségek, referenciacsoportok, amelyek a felnövekvő egyén számára a legfogékonyabb életkorban alakítanak normákat, értékeket, viszonyulási sémákat, attitűdöket.

A tapasztalatok szerint e személyiségformáló műhelyek – mindenekelőtt a család, mint elsődleges mikroközösség – hiányosságai, működészavarai jelentik témánk szempontjából a legsúlyosabb kórosi tényezőket. A szakirodalom szerint ugyanis az öngyilkosságot elkövetők zömének személyisége már a korai gyermekkorban sérült az elszennvedett traumák, megfosztások, aránytélvesztések, alkalmatlan szülői-nevelői attitűdök következtében.

Így az érintettek énejlődésében visszamaradások, kóros rögzülések alakulnak ki, amelyek megakadályozzák az érett, autonóm, öröm- és munkaképes, azaz egészséges személyiség kibontakozását. Ugyanakkor a különböző devianciaformák közötti átfedésekre utal a szakirodalom azon megállapítása, hogy az öngyilkosság elkövetése minden devianciaformában gyakoribb, mint az átlagnépességben. E megállapítás a patogén gyermekkori szocializáció során kialakult úgynevezett atípusos személyiségzavar, mint sajátos prizma jelenlétére utal, amelynek, úgy tűnik, egyik lehetséges fénytörése a „meghívott halál”.

A fentiek alapján már érthetőbb, s a segítő foglalkozásúak előtt már régóta ismert az önkárosító magatartási formák jelenléte a börtönökben is. Az előbb vázolt személyiségdiszpozíciókon túl, a börtönhelyzet sajátosságai, a korlátozások, megfosztások, a tárgyi környezet adottságai, a zsúfoltságból, a fogvatartottak összetételéből adódó

konfliktusok, a külső kapcsolatok eróziója, a többnyire hosszú szabadságelvonás, mint súlyos „tárgyvesztés”, de mindenekelőtt az elítélttársak kényszerközösségével történő összeartság jelentik a börtönártalmak gerincét, s egyben az önkárosító magatartásformák lehetséges motívumait is.

E tekintetben, megítélésem szerint, alapvető törésvonal húzódik a tényleges meghalási szándék, és az egyéb okból elkövetett önkárosító cselekmények között.

Önkárosító imitációk

Ez utóbbi esetben valószínűsíthetjük a feltorlódott, levezetést nem találó indulati feszültségek én felé fordítását, a szorongáscsökkentést, az időstrukturálás ezen extrém ingerkereső formáját, a vélt vagy valós, megalapozott vagy megalapozatlan, teljesíthető vagy teljesíthetetlen kérelem, panasz „elintézésének” kikényszerítését, a szimulatív, manipulatív, játzsma jellegű magatartási stratégiát („ma nyelvünk, holnap megyünk... este falcolunk, reggel utazunk”), a konfliktuskezelő eszköztárát kimerített ember segítségkérését, továbbá a fogvatartott ügyében kompetens döntéshozóval történő azonnali kapcsolatfelvétel kiharcolását, de minden esetben figyelemfelhívó, törődést, odafordulást, gondoskodást kiprovokáló indítékokat.

Célirányosan az önkárosító cselekményekre vonatkozó számítógépes egészségügyi nyilvántartás hiányában szegedi viszonylatban az alábbi becslült adatokkal számolhatunk, amelyek a legcsekélyebb szándékos önsértést is tartalmazzák. Éves, illetve havi bontásban ez így alakul.

Étel- és italvesztés (étel és víz): 1-3 eset/év

Csak étel- és italvesztés: körülbelül 2/hó, 20-25/év

Nyelés: 2-3/hó, 20-25/év

Orvosi tájékoztatás szerint a nyelések száma az utóbbi időben jelentősen lecsökkent, a megtörtént esetek többsége az életet nem veszélyezteti.

Falcolás: 5-10/hó, 60-120/év

Az adatszolgáltató szerint az esetek többsége nem veszélyeztet életet, a cselekmény többnyire a végtagokra irányul, s a nyaki területen jóval felszínesebb az okozott önsébzés.

Gyógyszerrel történő visszaélés: 0,5/hó, 7-8/év

A tájékoztatás szerint számuk csökkenő tendenciát mutat, de ugyanakkor az egyik legkomolyabb elkövetési szándékra utal.

Az elkövetők leggyakoribb magyarázatai: „nem beszélhettem a nevelővel, parancsnokkal, biztonsági tiszttel, elszállították a barátomat, nem vittek spejzolni, nem, vagy nem a kívánt módon intézkedtek az ügyemben”.

A helyi tapasztalatok szerint az összes esetszám mintegy felét 50-60 fogvatartott követi el. E fogvatartotti kör börtönszociológiai jellemzői a következők. Fiatal felnőttkorú, legfeljebb negyvenes éveiben járó; többnyire primitív, kevéssé iskolázott; általában nem nagy ítéletekkel rendelkező, inkább börtönkategória; személyiségzavar feltételezhető; krónikus (belgyógyászati, mozgásszervi) beteg; általában nem dolgozó, illetve kevéssé foglalkoztatott.

Gyakori tapasztalat, hogy az okozott sérüléssel nem arányos, extrém érzelmi-indulati magatartástünetek követik az önsebzést, intenzív félelmek, pánik lép fel a lehetséges következmények miatt.

A jellemző elkövetési helyszínek a következők: egyedüli elhelyezésben, fenyítési elkülönítésben, népes zárkában, kórházi elhelyezésben. A legtöbb esetben vélhető a szociál-pszichológiai nyereség, a zárkatársak, a segítő foglalkozásúak figyelmének kivívása.

A nyelést elkövetők jellemző motívuma a Tökölre, illetve másik bv. intézetbe szállítás, valamint az adott fogvatartottal való találkozás reménye.

A gyógyszerrel visszaélők motívuma a külkórházba kerülés, ott a hozzátartozóval történő találkozás reménye.

Az étkezésmegtagadók többnyire valamelyik döntéshozóval történő azonnali kapcsolatfelvételt igyekeznek kiprovokálni.

A tapasztalatok szerint azonban ebben az elkövetői körben is történhet haláleset. Esetleg a személy nem megfelelően adagolja, tempózza a gyógyszert, netán egyéb önkárosítást követ el, s bár előzőleg kijelez, jelzését a felügyelet esetleg nem észleli, s így a cselekmény végzetes kimenetelűvé válhat.

Befejezett öngyilkosságok

Ezek után a legsúlyosabb önkárosító kategóriát, a befejezett öngyilkosságot elemezzük.

A szakemberek körében máig nincs egyetértés abban, hogy itt azonos, vagy a kísérletezőkhöz képest teljesen más pszichodinamikájú jelenségről van-e szó. Intézetünkben a vizsgált 1998-99-es időszakban a bűnügyi nyilvántartó adatszolgáltatása alapján négy ilyen haláleset történt. Az adatokból, háttérinformációkból megállapítható, hogy az elkövetők mindegyike súlyos életellenes bűncselekményt követett el, s szinte kivétel nélkül valamennyien előzetes, nem jogerősként, életfogytig tartó szabadságvesztéssel fenyegetett személyek voltak. Az elkövetés módja valamennyi esetben önakasztás, egyedüli elhelyezési körülmények között.

Ennek alapján úgy tűnik, hogy a legkomolyabb, valós meghalási szándékra utaló elkövetési mód börtönkörülmények között az önakasztás. Az ilyen típusú kísérlet a leginkább veszélyes a későbbiekben is.

Az elkövetők életkori megoszlása 24-41 év között volt.

A pszichoszociális státusukban hasonlóságok fedezhetők fel. Rendezetlen idegállapotúak, érzelmi-hangulati labilitás jellemzi őket, alacsony a frusztrációs toleranciájuk, megzavart agresszió-háztartás tapasztalható. Támpont még a korábbi alkoholista életvezetés, a korlátozott, felszínes, bizonytalan kapcsolatrendszer. Három esetben diagnosztizált volt a személyiségzavar. További jellemzőik a merev, sztereotip alkalmazkodási sémák, aszocialitás, érzelmi kiüresedés, a túlzott gátoltság és lobbanékonyág ketőssége. Hiányzó vagy hiányos az elaborációs eszköztárak. Két esetben megelőző komoly kísérlet, illetve annak kommunikálása jelezte a várható cselekményt. Az esetek többségének pszichopatológiai bázisát a depresszív tünetképződés alkotja.

A bv. intézetekben a lehetséges megelőzési, kezelési programok alapját a pedagógiai, egészségügyi, őrzésbiztonsági teendők összehangolt és következetes végrehajtása alkothatja. Kétségtelen, hogy a rendszer érzékenyebbé tehető a differenciált észlelésben, s ha

tékonyabbá a szakszerű kezelésben. Részben ezt szolgálja a mellékelt segédanyag (tünetlista), amely a végrehajtó állomány teljes körének biztosíthatja a szakszerű esettalálói, illetve esetkezelői attitűd érvényesítését. A kérdéses jelenség visszaszorításában alapvetőnek tűnik az intézmény pszichoszociális atmoszférája, a mind a fogvatartottakra, mind a személyzetre irányuló lelki egészségvédelem jelentősége. Különösen fontos a veszélyeztetett csoporttal kapcsolatos bánásmód. Adott esetben a megfelelő bánásmód lehetőleg nem fenyegető, nem kioktató vagy utasító kommunikáció. Inkább megértő, együttérző, toleráns. Ilyenkor közös cél a depresszív hangulati állapot javítása mellett a megmaradt értékek, tartalékok, erőforrások, segítő kapcsolatok beláttatása a rászorulóval annak érdekében, hogy az érintett felismerje önkorrekciós lehetőségeit, vagyis azt, hogy a környezeti eseményekre arányosan reagáljon, lehetőleg a képességeihez mért célokat tűzzön ki, éljen a meglévő eszközökkel, lehetőségekkel, kössön kompromisszumokat.

Az esetleg szükségessé váló gyógyszeres kezelés mellett az érintett elhelyezése, foglalkoztatása, külső-belső kapcsolattartása, pszichohigiénés vezetése kívánhat összehangolt tevékenységet. Egységes feladat lehet még, hogy az egyént ellenállóbbá, a környezetet toleránsabbá, megértőbbé, elfogadóbbá tegyék a krízis megszüntetése érdekében.

A kezelést, megelőzést tekintve sokat tehet a fogvatartotti közösség is, amely a legállandóbb szociális közeget jelenti a rászoruló számára. Miután a házirend lehetővé teszi öntevékeny szervezetek működését, így önsegítő csoportok (zárközösségek) célirányos működtetése, preferálása jelenthet a későbbiekben többirányú nyereséget (empatia, karitás) a bévé céljainak érvényesítésekor.

Mentálhigiénés megközelítés

A hosszúidős fogvatartotti kör egészségügyi ellátásában a korszerű háziorvosi elveknek kell érvényesülniük, ahol már az első orvos-beteg találkozás is kiemelt jelentőségű, mivel az alapállapot regisztrálásán túl a segítő foglalkozásúakhoz fűződő viszonyt, s a későbbi börtönadaptációt is befolyásolhatja. Ennek során a részletes anamnézis, fizikális vizsgálat, előzetes egészségügyi dokumentációk rögzítése, a későbbi börtönáltalmak beazonosítását, s így a segítő beavatkozások irányát is kijelölheti. Ugyanakkor a későbbiekben a folyamatos és színvonalas orvosi, szakorvosi (ezen belül pszichiátriai) ellátás, az egészségügyi munkaalkalmassági vizsgálatok, a rendszeres fogászati és egyéb szűrővizsgálatok, adott feltételek mellett a fizikoterápia, a gyógytorna, valamint az egészségmegőrzést célzó ismeretterjesztő-felvilágosító előadások kapnak fontos szerepet.

Mindenekelőtt a hosszan tartó, stressztelített, deprimáló, ingerszegény környezet okozta személyiségkárosodások lehetőség szerinti megelőzése, kezelése, utógondozása során. Orvosi tapasztalatok szerint a szervi (szív- és érrendszeri, mozgásszervi, légzőszervi stb.) megbetegedéssel egészségügyi ellátást igénybe vevő fogvatartottak között leggyakoribb az alapvetően stressz indukálta gyomorpanaszokkal (fekélybetegség) jelentkezők száma. Emellett, mintegy 50 százalékban túlprezentált, a döntően pszichés intoleranciából, szocializációs zavarokból adódó (szervi alap nélküli), funkcionális panaszarádattal orvoshoz fordulóknak száma is. Megfigyelések szerint e panaszok a fogva

tartás időtartamával arányosan növekednek, és valamennyi szervrendszert, illetve életfunkciót érintenek. Kezelésük jelentős pszichológiai, szociológiai támogatást igényel.

Új típusú epidemiológiai problémaként jelentkezik a kábítószerfüggés, HIV, HCV, HBV megjelenése és lehetőség szerinti kezelése a bv. keretei között, a kapcsolódó pszichohigiénés betegellátással egyidejűleg.

Már az előbbiekből is kitűnt, hogy a konstruktív börtönadaptáció, valamint a sikeres társadalmi beilleszkedés és bűnmegelőzés egyik alapfeltétele a mentálhigiénia, a lelki egészségvédelem megszervezése az intézetekben.

A mentálhigiénia fogalma tartalmazza mindazon ismereteket, szükséges intézkedéseket, amelyek arra irányulnak, hogy megelőzzék a lelki rendellenességek kialakulását, javítsák az egyén pszichés beilleszkedését a közösségbe, fejlesszék azon képességeit, amelyekkel harmonikus társas kapcsolatokat alakíthat ki.

Éz oktatást, az érintettek célirányos tájékoztatását, egyéni-csoportos fejlesztő programokba történő bevonását jelenti. Ugyanakkor az eredményességhez elengedhetetlen az anyagi, pénzügyi eszközök, a személyi, tárgyi, intézményi működési feltételek biztosítása is. Kiegészülve olyan megkerülhetetlen akadályok leküzdésével, mint a zsúfoltság, a motiválatlanság, a jelentős napi adminisztráció, a halaszthatatlan intézkedések, a fokozott és állandósult stressz, a tervezett időpontok tarthatatlansága.

A témakör javaslatai általában egységesek abban, hogy a lelki egészségvédelem terén egyfajta érdekközösség áll fenn a fogvatartottak és a személyzet között. Így a változások azonos előjellel következnek be mindkét oldalon. Ennek megfelelően a kezelőszemélyzet fizikai, mentálhigiénés fejlesztése (például rendszeres rekreáció, autogén tréning, önismereti-kommunikációs-konfliktuskezelő tréningcsoportok adaptálása) külső szakemberek bevonása a rehabilitációba, a gyógyító-nevelő teamekhez hasonló munkacsoport alkalmazása az egyéniesített és egymásra épülő programok mentén, lényegében ezek jelenthetik az előrelépés egyik irányát.

Tünetlista

Amennyiben az alábbi magatartástünetek közül legalább hármat észlel bármelyik fogvatartottnál, haladéktalanul értesítse annak nevelőjét. A nevelő az intézet orvosát, pszichológusát tájékoztassa.

Feltűnő visszahúzódás, izoláció, beszűkültség.

Tartósan rossz hangulat, szomorúság, elesettség.

Túlzott gátoltság vagy nyugtalanság.

Étvágytalanság vagy fokozott étvágy.

Már reggel, illetve munkakezdekör is fáradtság, energiátlanság, aluszékonyosság.

Súlyos bűntudat, önelutasítás, önvádások hangoztatása.

Feltűnő gondolkodási, koncentrációs nehézségek (meglassulás, döntésképtelenség).

Addig szokatlan ingerlékenység, dührohamok.

Gyakori sírás, könnyezés.

A halál, öngyilkosság visszatérő hangoztatása.

Ugyanakkor a fogvatartotti körben alapvető, hogy a jogok biztosítása és a kötelezettségek érvényesítése lehetőleg az egységes bánásmód keretein belül érvényesüljön. Az ajánlott viszonyulásmód érzelmi-indulati szélsőségektől mentes, tartózkodik az előítéletektől, folyamatos kommunikációt tart fenn, egyszerre jogszerű és emberséges, tehát szakszerű kezelést gyakorol, tettarányosan szankcionál, miközben proszociális fejlesztő programok iránt alakít ki motivációt és érdekeltséget. Azt az elvet igyekszik érvényesíteni, hogy legyen minden megkülönböztetés oka ismert és legitim a fogvatartottak előtt, vagyis egy áttekinthető előmeneteli rendszerben a fogvatartott pontosan ismerje, mit tehet, és mit kell kerülnie annak érdekében, hogy jobb helyzetbe kerüljön (anyagi, egzisztenciális, komfort stb. tekintetében egyaránt). Megítélésünk szerint ez a beállítódás a bv. intézet légkörét, pszichés klímáját, s ezzel a pszichohigiénia esélyeit is alapvetően meghatározza.

Így a hosszú börtönévek történései jórészt behatárolhatóvá és befolyásolhatóvá, ennek révén kevésbé szorongáskeltővé válnak, különösen, ha adaptív stresszmegküzdő magatartásformák elsajátításával egészülnek ki. Megelőzhető lehetne az integritás elvesztése, a személyiség súlyos leépülése, s a szabadulás legalább az egészséghez közelítő mentális státusban történhetne.

A javaslatok szerint mindehhez elengedhetetlen a fogvatartotti önbecsülés, felelősségérzet fenntartása, fejlesztése, a hosszú időtartam szakaszolása, strukturálása az alábbiak szerint: folyamatos piacorientált, versenyképes munkáltatás, általános iskolai oktatás, szakképzések, egészségnevelő ismeretterjesztés, sport, kulturális programok, valósággyakorlás, pszichopedagógiai egyéni és csoportos foglalkozások, speciális személyiségfejlesztés (például jóga), beszűkülést, elszigetelődést oldó, szociálpozitív irányba ható, külső kapcsolattartási formák támogatása, a konstruktív öntevékenység ösztönzése, időszakos fórumok biztosítása a vélemények megjelenítésére, hierarchiaképzés, az agresszió levezetésének szocializált formái szellemi és fizikai téren egyaránt.

Megítélésünk szerint az ösztönző személyi, tárgyi környezet, a megfelelő működési feltételek tudatos kialakítása révén a fogvatartott kezelhetőbb, saját reszocializációjában együttműködőbb lesz, s vélhetően jogkövetőbb, adaptívabb a szabad társadalomban is.

Kovács Zsolt

A Börtönügyi Szelme 1999/2. számában a Tapasztalatcsere rovatban *Rendszeresség (A hivatásos pártfogók utógondozói tevékenysége)* címmel megjelent írás szerzőjeként tévesen a Kecskeméti dolgozó pártfogó, *Illés Tiborné* nevét tüntetjük fel, holott az írás szerzője *Tóth Erika*, a Fővárosi Bíróság hivatásos pártfogója. Mindkettőjüktől ezúton kér elnézést

a szerkesztőség