

Kábítószerfélék

Mit tehet a börtönpszichológus?

E kérdéskörben az egyik legelterjedtebb legális drog, az alkohol fogyasztásához kapcsolódóan van tapasztalatunk, mivel 1984-től intézetünkben alkoholkivizsgáló decentrum működik, önálló szabályozás mellett, a gyógyító-nevelői csoport körletén. Itt az egyéb személyiségzavarban szenvedőktől lehetőség szerint elkülönítve történik a bíróság által elrendelt kényszergyógyítás végrehajtása, általában hat hónapos időtartamban, nevelő, orvos, pszichiáter szakorvos, pszichológus közreműködésével.

A kivizsgálási blokk pszichológiai részében a beutalt részletes kikérdezésére, intelligencia- és személyiségvizsgálatára kerül sor. Az ez alapján elkészült pszichológiai vélemény a kivizsgálási zárójelentés része, támpontként szolgálva a fogvatartottal kapcsolatos későbbi döntések előkészítéséhez, a szakmailag megalapozottabb kezeléséhez; az elhelyezés, foglalkoztatás, a külső-belső kapcsolattartás, az egészségügyi-mentálhigiéné területén egyaránt.

A pszichológiai vizsgálat minden esetben kiegészül életvezetési börtönadaptációs tanácsadással, a meglevő eszközök, lehetőségek, oktató-fejlesztő programokon való részvétel ajánlásával, a vizsgálatnál feltárt, a konstruktív beilleszkedést segítő, szellemi kapacitásra, szükséges személyiségjegyekre utaló támpontok ismertetésével is.

Az alkoholista személyiségprofilja többnyire igen lehangoló. Általában súlyosan és több irányban traumatizáló szülői, illetve saját családi szocializációs környezet jellemzi, gyakori marginalizálódással, integrációra való képtelenséggel.

Az alkoholista személyisége legtöbbször kialakulatlan, infantilis, önállótlan. Leginkább orális örömforrásokhoz kötődik, nem, vagy alig képes szükségletkielégítésének késleltetésére. Érzelmileg-indulatilag labilis, zavart, a szexus, az agresszivitás, az énrők, társas kapcsolatok általában primitív szerveződésűek.

Alapvető éngyengeségét ugyan érzi, de annak elfogadhatatlansága miatt az alkohol révén a mindenhatósági érzésbe menekül. A bármilyen eredetű belső feszültségei „kezelésére” többnyire más legális drogokkal (nikotinnal, koffeinnal, gyógyszerekkel, nyugtatókkal, altatókkal, fájdalomcsillapítókkal) együtt alkoholt fogyaszt, majd az ennek révén továbbmélyülő rossz közérzetet ismét alkohollal igyekszik „gyógyítani”, ezzel kialakítva az önpusztító kört. E folyamat során pszichoszomatikus állapotában, kapcsolataiban, társadalmi funkcióiban súlyos zavarok, konfliktusok lépnek fel.

Gyakori tapasztalat, hogy a kezdetben társasági vagy problémaívó, a fokozódó alkoholtolerancia révén, habituális nagyivóvá, végül dependens alkoholistává válik.

E regresszív folyamatba tartozik az ittas állapotban elkövetett, büntetőjogilag szankcionált, többnyire erőszakos, életellenes bűncselekmény is. Esetükben tehát az alkohelizáló életmód közvetlen összefüggésbe hozható a delictum elkövetésével.

A kóroki háttér ezúttal is többtényezős. Szociológiai, szociálpszichológiai, kulturális, antropológiai, biológiai elemeket egyaránt hordoz, de úgy tűnik, meghatározó a korai gyerekkori szocializáció zavara, a családpatológia.

Az érintettek az ivást (amennyiben nem negálják vagy bagatellizálják) búfelejtéssel, szenvedélyes hozzászokással, családi, házassági, partnerkapcsolati krízissel, a magánytól való meneküléssel, bűntudatoldással, a felnőttkori felelősség vállalhatatlanságával, a munkavégzéshez, illetve csoporthoz tartozással, mint motivációval indokolják.

Vélhetően a szocializációból, személyiségdiszpozícióból eredő belső és a környezeti hatások, a stressz kiváltotta külső tényezők egymást erősítő köre mélyíti tovább a folyamatot. E rossz köröket igyekszik semlegesíteni, háttérbe szorítani a gyógyító-nevelői csoport, amely ideális esetben terápiás közösségként funkcionál. Ennek óvó-védő-ösztönző személyi, tárgyi környezete, működési feltételei alapvetően a rehabilitációt szolgálnák. Itt egyéni, kis-, nagycsoportos foglalkozások, terápiás munkáltatás, AE-klubterápia, a személyzet napi esetmegbeszélései, konzultációk, a folyamatos elérhetőség pszichés biztonsága mutat a fenti cél irányába.

Minél inkább sikerül pozitív irányba hangolni a külső-belső kapcsolattartást, a munkához való viszonyt, minél pontosabban sikerül megfogalmazni az adaptációs célt és annak megvalósítási módjait, minél hangsúlyosabb a fogvatartott részvétele a közösségi munkában, minél gyakoribb az alkotó jellegű szabadidős tevékenység, olvasás, a kulturális és sportprogramok látogatottsága, vélhetően annál kevésbé jelentkezik az alkohol vagy más bódítószert iránti igény, s konstruktívabb lesz a beilleszkedés.

Az előbb vázolt alkoholista, politoxikomán, szenvedélybeteg fogvatartotti kör megismerése azért is fontos lehet, mivel a legális drogok úgynevezett kapueffektussal rendelkeznek, azaz fogyasztóik a későbbiekben valószínűbben válnak illegális szerek alkalmi vagy rendszeres fogyasztóivá. Az illegális drogok terjedése egyébként új típusú – jóllehet, kompetenciáján alapvetően kivüleső – kihívást jelent a büntetés-végrehajtás számára is.

E témakör szempontjából a kritikus területek szakemberei viszonylag kis számú illegális drogfogyasztó fogvatartottról számoltak be. A felszínre került esetek az utóbbi negyedévben (a szezonálisan nagyobb gyakoriságot jelentő nyári hónapokban) sem haladták meg a tízes nagyságrendet. Közöttük eddig egy súlyosabb drogfüggő akadt, aki kórházi kezelés alatt áll.

A megismerő foglalkozások tapasztalatai szerint ők zömében fiatal felnőttkorú (az átlagéletkor 23 év alatti) fogvatartottak. Jellemző bűncselekményük a csalás, a lopás, az autófeltörés, az orgazdaság. Így zömében kisítéletesek, 3 évig többnyire börtön-, fogházkategóriába tartoznak. Általában alkalmi és úgynevezett light- vagy diszkódrogfogyasztók, akik családjuk átlagos vagy jobb anyagi körülményei miatt alkalmi fogyasztásuk anyagi feltételeit bármikor előteremthetik. Jellemzően használt drog a speed, az extasy és a marihuána. Többnyire italba keverve, közösen, társaságban fogyasztva használják. Valamennyien dohányoznak.

Tipikus családi-szocializációs feltétel a csonka család; az elvált szülők, a válási trauma döntően a pubertás ideje alatt; erős, domináns anyakép; a képességektől függet-

len, hanyatló iskolai teljesítmény, a megtört, be nem fejezett iskolai pályakép. Börtönhelyzetben általában szabálykövetők, visszahúzódók, bár a bezártságot igen rosszul viselik. Egymással nem, inkább kinti referenciacsoportjaikkal tartanak kapcsolatot, akik akár szüleiken keresztül is, anyagi támogatást nyújtanak a számukra. Ebből adódik egyik speciális beilleszkedési nehézségük, tudniillik rosszabb anyagi helyzetű, agresszívabb társaik gyakran eltulajdonítják értékeiket.

A drogban érintett kör motivációiban alapvető a könnyű, gyors meggazdagodás, a luxuskörülmények megteremtése, drog, diszkó, márkás autók, öltözködés, nők stb., de általában a tárgyi környezet külsőségeire irányulóan. Mindez azonban az alacsony munkabérből vagy alkalmi munkák jövedelméből nem finanszírozható, s ez állandósítja frusztrációikat. Az alkalmi drogosoknál vagy nincs, vagy alig van munkahely (különösen 15 százalékban), amennyiben van, az többnyire családi vállalkozás.

Tünetlista-kiegészítés

Lehetséges droghasználatra utaló jelek

Különös tárgyak

cigarettdoboz letépett ezüstpapírja hasist, marihuánát feltételez, égett, kormozott kiskanál (intravénás) heroin használatára utal, égett alufólia (inhalálva) heroinhoz, hengerszerűen összezsavart papír az orrba szívott kokain lehetséges eszköze.

Szokatlan kifejezések

X (iksz)	extasy (MDMA)
speed	amfetamin
koksz	kokain
lecsó	LSD
csoki	hasis (gyanta)
methadon	heroinisták gyógyszere

Magatartástünetek

Észlelésükkor orvost kell hívni
közöny, levertség, indokolatlan fáradtság, aluszékonyság,
sápadt, beteges bőr, orrszivárgás,
ingerlékeny, nyugtalan, ideges fogvatartott,
émelygés, hasmenés, természetellenes verejtékezés, véres-vizenyős szemek,
a pupillák nagyon tágak vagy szűkek, a fényerőváltozásra nem reagálnak,
a mozgás, gesztikuláció rendezetlen, esetleges szúrásnyomok a végtagokon.

TAPASZTALATCSERE

A bévében inkább a gyógyszeres kezelést igénylik a fizikai megvonási tünetek enyhítésére, esetenként egyéni pszichológiai meghallgatásra jelentkeznek. Kezelésükben elsődleges feladat az absztinencia elérése, a méregtelenítés, a lehetséges elvonási tünetek gyógyszeres eliminálása, valamint a börtönhelyzetben elérhető, helyettesítő tudatmódosító anyagok (a szinýó, a narkotikum, az addikciót kiváltó gyógyszerek, az erjesztett gyümölcs stb.) lehetőség szerinti kiiktatása. A fizikai függés, az elvonási tünetek megszüntetése azonban korántsem jelenti a probléma megoldását. Bizonyos szintű kontrollra, valamilyen támogató, segítő szerepvállalásra is szükség van. Ezeknek a kapcsolattartás áthangolására, a drogos számára devalválódott hagyományos célok, a hozzájuk vezető legális utak újraértékelésére, elérhető célok, válaszok megtalálására kell irányulnia. Kóros addikciók helyett egészséges örömforrások (munka, zene, sport, relaxáció), a drogos látszatközösség helyett esetleg önségítő csoportok kialakítása, működtetése jelenthet előrelépést.

Ez utóbbi az egység, érzelmi biztonság, a valahova, valakihez tartozás élményét alakíthatja ki az érintettekben. Így a függést immár szociálpozitív értékekhez igazíthatja. Ilyen közegben legalább remény kínálkozhat a drogos gondolatrendszere alap-hiedelmének, a „senki sem szeret, semmire sem vagyok alkalmas” gondolkodásmód áthangolására.

Mivel a drogos státus legfeljebb informális tekintélyt jelent, illetve annak „hivatalos” vállalása, a lehetséges jogi szankciók, illetve börtönbeli többletkorlátozódás veszélye miatt kevésbé valószínű, így az ismertetett esetszámon túl, bizonyos látenciával is számolnunk kell.

Különös gondot kell fordítani az alkohol és az illegális drogok bv. intézetbe kerülésének megelőzésére (csomagban, levélben, beszélőn, intézetelhagyások alkalmával), valamint célszerű kerülni olyan gyógyszerek alkalmazását, amelyek tudatmódosulást, függést, hozzászokást alakíthatnak ki, illetve amelyekkel végzetes visszaélés történhet.

Kovács Zsolt