

Speciális feladatkör

Ambuláns pszichiátriai ellátás az IMEI-ben

A pszichiátria az az orvosi szakma, amelynek talán a legnehezebb meghatározni a határterületi kompetenciáit. A deviancia, a parasuiciális állapotok, a tartós és átmeneti krízishelyzetek, a manipulatív magatartásmódok olyanok, amelyeket minden irányból szívesen ajánlanak – természetesen a vele járó etikai és jogi felelősséggel együtt – a pszichiáter működési körébe. A páciens számára azonban a pszichiátrializálódás gyakran kibúvót jelent helyzetének racionális megoldásából, ezért károssá válhat, más esetekben pedig a sürgős pszichiátriai beavatkozás döntő fontosságú, akár életfontosságú lehet.

A prizonális pszichiátriában – miként ez az IMEI-ben érzékelhető – e problémakör még nagyobb terjedelmű, arányai és megjelenési formái is módosulnak.

1. A valódi, tartós, ún. „nagy pszichiátriai kórképek” a beszámíthatóság előzetes mérlegelése következtében a börtönnépességből igen hatékonyan kiszűrődnek, ezt a büntetés idején az ún. átminősített kóros elmeállapotú jogállás rendkívül ritka előfordulása bizonyítja.

2. A deviáns (a társadalmi normáktól eltérő) személyiség, a személyiségzavar minősítésének előfordulási gyakorisága egy népességen belül nagyban függ e fogalmak körülírásától, de az nem vitatható, hogy a bűnelkövetőknél igen magas, talán a legmagasabb más csoportokhoz képest.

3. A börtönkörülmények lényege egy totalitárius, kényelmetlen érzést kiváltó helyzet, mely e populációban természetesen gyakran felerősíti az említett határterületi körbe tartó megnyilvánulásokat.

Az IMEI pszichiátriai járóbeteg-ellátásának e területen nagyobb kívánalmaknak kell megfelelnie, mint bármely polgári pszichiátriai rendelőintézeti-kórházi működési egységnek.

Az IMEI pszichiátriai járóbeteg-ellátásának általánosságban arról kell döntenie, hogy a vizsgálatra béküldött személy az adott helyzetben a pszichiátria illetékességi körébe tartozik-e és igényel-e kórházi kezelést (felvételt), vagy a pszichiátria kompetenciájába tartozik és további ambuláns (gyógyszeres, pszichoterápiás) kezelést igényel, ezért visszarendeli, illetve gondozásba veszi. Az is lehetséges, hogy a személy nem tartozik egyértelműen a pszichiátria körébe, de célszerű pszichiáter további közreműködése (pl. suicid prevenció, addikciók bizonyos formái, ösztönzavarok), ezért visszarendeli, gondozásba veszi.

Ha olyan alkatú, illetve állapotú, helyzetű a vizsgált, akit személyiségzavarral vagy más megjelöléssel gyógyító-nevelő csoportba helyezés kérdésével küldenek be, tehát eddigi körülményeinél támogatóbb környezetbe való helyezésről kell döntenie, a szabályok szerint a kórházszerű kivizsgálás kötelező. (KKMO)

Megtörténik, hogy az intézet elutasítja a pszichiátriai közreműködést, mint célszerűtlen, és a prizonális nevelési, őrzési, fegyelmezési hatáskörbe utalja a vizsgálat, esetenként függetlenül attól, hogy az előzőekben volt-e szükség a fentieknek megfelelő pszichiátriai kezelésre.

A döntéshozatal eszközei

Az *orvosi beutaló* az első, amivel a pszichiáter találkozik. A polgári pszichiátriához hasonlóan gyakran nehezíti ennek értékelését a következő. A beutaló orvos, arra hivatkozva, hogy nem pszichiáter, éppen pszichiátriai konklúzióval utal be, ahelyett, hogy azokat a tapasztalatait írja le, mely miatt pszichiátriai konzíliumot kér, vagy pszichiátriai veszélyeztető helyzettől tart. Sajátos, hogy ez az egyébként hatályos egészségügyi szabályozásból következő eljárás – hasonlóan a polgári ellátáshoz – oly nehezen érthető meg, illetve vihető keresztül.

Fontos az orvosi beutaló tartalma a személyiségzavar miatt gyógyító csoportba való helyezés kezdeményezésénél is. Dokumentálandó, hogy az indíték nem egyszerűen csak a szabadulást szolgálja a beilleszkedni képtelen fogvatartottól, illetve, közlíteni lehet a személyiségzavar bv-beli felfogását, illetve pszichiátriai megfogalmazását, mely tudvalevően különbözik az előzőtől.

A *nevelői véleménynek* általában a gyógyító-nevelő csoportba való helyezés igénye felmerülésekor van lényeges szerepe. Színvonalra változó, bár a nevelők éppen azokat a fogvatartottakat ismerik jól, akiknél a vélemény ilyen célra készült. Elvárható az orvosi beutalóhoz hasonlóan, hogy ne döntést erőszakoljon, szándékot közvetítsen, hanem tapasztalatokat írjon le, természetesen a szükséges bv. információk mellett (őrzési fokozat és ennek oka).

A *kórelőzmény pszichiátriai dokumentumai*. A fogva tartás előtti dokumentumok kétfélék. A büntetőeljárással időbeli kapcsolatban nem állók fontos információt tartalmazhatnak, de a szokásos nevezéktanban, főleg mint említettük, a személyiségzavar tekintetében lényeges eltérések vannak. (A polgári pszichiátriában pl. a szociopathia általában egészséges bűnözőt jelez, nem pedig a BNO 10-ben az általunk is használt disszociális személyiségzavart.) A büntetőeljárással időbeli kapcsolatban lévő dokumentumok, legyenek azok polgári intézményből származók vagy szakértői, nemritkán tartalmazhatnak manipulatív elemeket. A kényszergyógyításra későbbiekben kötelező, az alkoholizmust megállapító szakértői vélemények ritkán tartalmaznak releváns információt.

Az IMEI-ből származó pszichiátriai előzményi adatok, melyek a fogva tartás alatt készültek, ha vannak, döntőek szoktak lenni, elsősorban azért, mert a betegség, krízis és a manipulatív modus operandi jellegzetességeit világosan meg szokták mutatni.

A *pszichiátriai vizsgálat* időigényessége emelhető ki elsősorban. Ennek lényeges eleme az előzmények nyugodt és alapos áttekintése, de vonatkozik természetesen az explorációra is. Fontos ezért, hogy a valódi sürgősség és az ütemezhető vizsgálatok ne keveredjenek. A KKMÓ ambulanciára előjegyzésre küldött személyek anyagában szereplő veszélyeztető állapotra tett utalások – melyek nem ritkák – jelentősen zavarhatják ezt az egyensúlyt. Körszállítással érkező személyeknél az ilyen vonatkozások abszurdak és a beküldőre is felelősséget terhelhetnek.

Jellegzetes határjelenségek

1. *Öngyilkossági veszély felvetődése.* Ennek kezelése, illetve kivédése lehet a pszichiáter feladata, bár nem mindig és nem okvetlenül az, ha a háttérben nem pszichiátriailag értelmezhető állapot szerepel. Megállapítása nem alapulhat a nem pszichiáter képzettségű orvos, sem a személy pusztá kijelentő módú verbális közlésén, mint ahogy ezen az alapon tagadással sem zárható ki. A parasuicidiumnak nevezett jelenség lényege nem az, hogy a személy „nem akar igazán öngyilkos lenni”, hanem az, hogy megtanul bizonyos megnyilvánulással tetszőlegesen elindítani egy játszmat, melyet ő maga irányít. Ez korántsem börtönjelenség, de paradox módon a börtönlakó ezzel egyértelműbben kézben tudja tartani a környezetét, mint egy nyitottabb struktúrában élő. Ennek megfelelően a védekezésből eredő pszichiátrialis „mint kényszerpálya” és egyenmegoldás, kifejezetten ártalmas lehet, hasznos viszont az ilyen személyek rendszeres pszichiátriai utógondozása, mert bizonyos típusú parasuicidiumok igen gyakran végződnek befejezett suicidiummal.

2. *Idegentestnyelés.* A mechanizmus valószínűleg az előzőekkel azonos, és az orvosi, esetleg sebészi observatio elkerülhetetlen. Pszichiátriai vonatkozása azonban szinte soha nincs, és amennyiben suicid kísérletként értelmeznénk, nem pszichiátriai okú öngyilkossági kísérletnek minősül. A kényszerpályát pszichiátriai kezeléssel kibővíteni céltalan, a személy jövőjét tekintve a hibás tanulás miatt káros is.

3. *Falcolás.* Megítélésünk szerint az idegentest-nyeléssel egyenértékű önkárosító magatartás hasonló teendőkkel, illetve konzekvenciákkal.

4. *Személyiségzavarra utaló magatartás.* Ez a minősítés jelenti a börtönnépességben a legkomolyabb mérlegelési feladatot és döntési felelősséget. Mint említettük, a nomenklátúra ellentmondásos. Az IMEI ambulanciája három formában találkozhat e diagnózissal.

– A gyógyító-nevelő csoportokat létrehozó rendelkezés, amikor a hatályos BNO még pszichopátiát említett, személyiségzavar alatt egy keresztszociális képet értett. Olyan személyt, aki börtönkörülmények között a többiekhez képest másképpen viselkedik, de a másság fegyelmi eszközökkel nem közelíthető meg, vagy nem volt rendezhető. E személyek között bőven akad olyan, akinél egyszerűen az intellektus alacsony volta határozza meg, hogy adaptálódják a börtönkörülményekhez, gyakran a fogva tartott társakhoz.

– Pszichiátriai betegségen átesett személyek (zömmel az ún. postprocessualisok) a büntetés kiszabásánál részlegesen vagy teljesen beszámíthatók lehetnek, míg börtönkörülmények között magatartásuk változhat, nem válnak pszichotikussá, de régi tüneteiket tanult börtönpraktikákkal együtt képesek előhívni. Ezek száma nem nagy, de kezelésük komoly feladat.

– *A jelenlegi BNO 10 (polgári pszichiátriai) értelemben vett személyiségzavarok.* Ezek esetében a teendők mérlegelése az előzőekben már említett okok miatt nagyon komoly pszichiátriai és börtöntapasztalatot kíván meg az IMEI járóbeteg-ellátását végző orvosoktól. Tulajdonképpen az a feladat, hogy egy nagy számban disszociális, affektlabil, vagy dependens személyiségzavarban szenvedő börtönpopulációban kell megtalálni azokat, akik valamilyen jellegű, mélységű vagy gyakoriságú pszichiátriai beavatkozásra szorulnak és merni kell elutasítani azokat, akiknél ez általában vagy az adott időben célszerűtlen volna.

5. *Drogfüggők.* Több okból (törvényes következmények, preventív gyógyszerek biztosítása) a nyerhető autoanamnesisek teljesen értékelhetetlenek és sajátágosan egyfor-

mák. Sajnos egyre kevésbé lehet abból kiindulni, hogy az elzárás ideje a drogmentességet is jelzi. A testi vizsgálat nyújthat támpontot, de ambuláner dönteni egy farmakológiai elvonás kirobbanásáról aligha lehet.

Terápiás lehetőségek

Gyógyszerek: Szinte csak a depot neuroleptikus szerek jöhetnek szóba. Börtönkörülmények között ugyanis aligha várható el, hogy a rendelt tablettákat olyan szakember adja be, aki meg tudja akadályozni azok összegyűjtését. Ennek hiányában a tabletták öngyilkossági szándék vagy kereskedelem céljából való összegyűjtése elkerülhetetlen. Az érthetetlen idegenkedés a depot neuroleptikumok alkalmazásától a nem pszichotikus állapotokban szerencsére megszűnőben van.

Verbális kontaktus-pszichoterápia: Az IMEI ambulancián ez nem könnyű. A körszállítás során mozgatott személyek, hacsak nem a BFB-ből kerülnek át, fáradtak, feszültek szoktak lenni. Néhány szavas megerősítésen kívül másra alig van mód. Többre csak az osztályos felvétel adhat lehetőséget. Nem szabad azonban elfelejteni, hogy a fogvatartottira az egészségügyi törvény ugyanúgy vonatkozik, tehát ha állapota közvetlen pszichiátriai veszélyeztetettségre nem utal, csak beleegyezéssel vehető fel. Ez a probléma a KKMO-ra való felvétellel hidalható át, mert az nem minősül pszichiátriai osztálynak.

Összességében elmondható, hogy az IMEI pszichiátriai ambulanciája speciális feladatkörű működési egység. Nem egyszerűen azért, mert prizonális pszichiátriával is foglalkozik, hanem nagyrészt azért, mert a vizsgáltakat (gondozottakat) nem a saját környezetükben ítéli meg és látja el. Ez az oka annak, hogy a beutaló orvosok és az ambulancia orvosai között folyamatos élő kapcsolatot célszerű és szükséges tartani.

Benke Bálint—Antal Albert—Krausz Sándor