

Huller Ervin

A fogvatartottak nyugtatószer-használata a pszichológus szemszögéből

A Budapesti Fegyház és Börtön négy pszichológusa egyéb pszichológiai tevékenységei között megközelítőleg évi háromezer konzultációs, illetve terápiás meghallgatást végez. A szituatív és leggyakrabban az alkalmazkodási zavarok körébe eső problémák mellett a jelzett tünetek többnyire a következők: alvászavar, átmeneti vagy tartós szorongásos állapot, hangulatzavar, az impulzivitás-kontroll zavara, krízisállapot, illetve öngyilkossági gondolatok, önkárosítás, pszichotikus tünetek, illetve jellegzetesen a börtöntűréshez szükséges megküzdési képességek kimerülésével és emocionális beszűküléssel járó pszichológiai leépülés. A kérelmek egy jelentős hányada a gyógyszeres terápiás igényt, pszichológusi javaslat kérését fogalmazza meg, a pszichológiai ellátás mellett vagy a nélkül, sokszor még mielőtt a tüneti kép a verbális és nem-verbális vagy egyéb csatornák információit tekintve kongruensen kirajzolódhatna.

A jelzett pszichés panaszok észlelése, azonosítása és újrafogalmazása mellett a megfelelő hozzáállás vagy javaslat kialakítása érdekében látni kell a jellegzetes és speciális szituációs környezetet, és a populációban gyakran jellegzetes és domináns alapvonásokat, vagy kombinálódásukat. Ezek: az aluliskolázottság (gyakran mentális retardációval) és/vagy mentális leépülés; az antiszociális-kriminális irányultság; a személyiséget érintő alapzavarok; szocializációs hiányosságok; a polimorf szerhasználat és dependenciák; alkoholos előtörténet; csavargás és/vagy hajléktalanság okozta defektusok; a börtönártalmak hosszú távú hatásai stb.

Feltehető, hogy ezek az alapvonások nagy átfedést mutatnak a civil életben függőségekkel kezelt páciensek karakterjellemzőivel, ami oda-vissza alapon egybevág a szerhasználat és kriminalitás kapcsolatában végzett felmérések adataival is. A börtönkörnyezetet ezek értelmében potenciális addiktológiai szakterületként értelmezem, ahol a szerhasználat a személyiség, élményhátér és életmódjellemzők elemei alapján várhatóak szerint is megjelenik. Ugyanígy, ez az a terület, ahol szeretnénk bízni az önszabályozási készségek fejlődésében, azonban a felsorolt „alapvonások” pontosan az önszabályozás zavarait definiálják, ezért az autonómia kudarcait eleve be kell kalkulálni. Ennek megfelelően az ilyen irányú egyedi gyógyszeres szakellátás felmerülése esetén fokozottan indokolt az addiktológiai nézőpontok és indikációk protokoll szerinti mérlegelése, szinte esettől függetlenül. Ebben a helyzet adta általános addiktológiai szemléletben egy, a büntetés-végrehajtás szem-

pontjából külső szakmai-szakértői kör által forszírozott koncepcióváltás megfontolásának idején jelezni kell, hogy bármely kémiai szernek a rendszerbe történő bevezetése is ugyanilyen speciális funkcionális szempontú mérlegelést igényel, melyet alapvetően a rendszer elemeinek és viszonyainak alapos és tapasztalati ismeretében lehet megtenni, és más modellek direkt adaptációja nehezen válik majd sikeressé.

A mindennapi tevékenységei során a pszichológus számára a legegyszerűbb és legtisztább helyzetet természetesen az adja, amikor a „fogvatartott páciens” igénye tisztán lélektani természetű. Azaz ez a terápiás légkör megteremtésére, kapcsolati veszteség, krízis feldolgozására, a fogvatartott társakkal kapcsolatos probléma megoldására, sérelem érzelmi ventilálására stb. irányul, és a jelzettek hátterében nem áll valamely fel nem vállalt, ki nem mondható szerfüggőségből, abuzív, esetleg egy másik fogvatartott szükségletéhez vagy érdekéhez kapcsolódó destruktív indíték. Azonban a helyzetek egy részében ez nem így van, és ezért a pszichológiai szakterület is kutatja a gyógyszeres igények lehetséges addiktológiai eredetű nyomását, és feladatként fel kell vállalnia ezek közvetett vagy közvetlen kezelését, akár a támogató javaslat visszautasítását. Az ilyen irányú megkeresések a fentiek értelmében – különösen abban az esetben, ha az intézetnek nincs saját alkalmazásban lévő pszichiátere, ami gyakori – számunkra is a gyógyszeres kezelések alkalmazásaira vonatkozó értékelések dilemmáját hozza magával. Érthető módon az egészségügyi személyzet – még ha ezt tudatosan nem is fogalmazza meg – alapvetően mély tapasztalati beidegződéseken alapuló addiktológiai szemlélettel reagál, hiszen a függőségi igény kielégítésének óhaja a fogvatartott oldaláról nem fogalmazható meg nyíltan. Viszont bármely megfogalmazás mellett a legtöbb esetben felmerülhet a kétely, hogy a terápiás igény (a verbálisan megfogalmazott panasz) valóságos volt-e, és a gyógyszer elrendelése nem lesz-e adott esetben a páciens számára jatrogénia, vagy valamely közösség vagy bizonyos fogvatartotti csoport akut vagy tartós abuzálásának eszköze. A verbálisan megfogalmazott panaszba vetett kétely nem feltétlenül előítélet működése, hanem annak megfogalmazása, hogy akár az antiszociális személyiségzavar, akár az addiktológiai zavar pszichológiai jellemzője a másik fél mentális állapotára és a valóságról létrehozott képére gyakorolt nyomás gyakorlása a személyes szükséglet elérésének érdekében.

Az is beszédesebb, hogy a gyógyszerben gondolkodó „fogvatartott páciens” a rendelkezésre álló gyógyszeres palettáról, ha konkrétan fogalmaznak, általában mit kérnek megnevezve. Minimum három fő mintázat jelenik meg ebben a kérdéskörben az alábbiakban részletezve.

Az antidepresszívumokat szinte egyáltalán nem említik, a fájdalomcsillapítókat ritkán. Altatót többször kérnek, az antipszichikumot általában a

dekompenzálódó, a terápiás hatásokat már ismerő súlyosabb patológiájú fogvatartottak kérik. Egyéb szorongásoldókat alig (helyi sajátságoktól is függhet), általánosan a Rivotril-t említik. Elmondható, hogy a legálisan is megszerezhető szerek iránt megfogalmazott igények erre a készítményre utalnak.

A hatóanyag objektív és pozitív terápiás hatásai alapján ez érthető is: mivel az antiszociális háttéren az intrapszichés konfliktus feszültsége gyakran dühként, illetve acting out megnyilvánulásként kanalizálódik, jól képes szabályozni az effajta feszültséget és az impulzív megnyilvánulásokat. Ez érthető, reális terápiás logika. A használat másik oldala (antiszociális háttéren), hogy a gyógyszer hatása az indulati élet egyensúlyát megtartó minimális önkontrollt is feloldja. A páciensek vakmerőek lesznek, és a dühüket a korábbiánál is nagyobb nyíltsággal engedik ki. Halmozottan igaz ez a rendszeres abúzusokkal élőkre. A szer veszélyei orvosi értelemben a nagyfokú toleranciában rejlenek (fogvatartotti beszámolók szerint – megfelelő tolerancia kialakulása mentén – a napi maximális adag tízszerese feletti mennyiség elfogyasztásáról is vannak beszámolók, de ennél jelentősen csekélyebb mennyiség is kivált tudatvesztéssel és az eseményre vonatkozó amnéziával társuló agresszív-kontrollálatlan cselekményeket). A szer vezethet önmérgezéshez, mások elbódításához vagy mérgezéséhez, ehhez társuló más bűncselekményekhez.

Sokszor a gyógyszeres terápiás kérések nyelvezetének struktúrája a diagnosztikus értékű: amennyiben a gyógyszeres terápiára irányuló kéréssel együtt elhangzik a készítmény neve is, ez elbizonytalaníthatja a jelzett tünet súlyát a szimulatív dimenzió mentén, és defenzívre váltja a megítélést. Az a fogvatartott, aki azt fejezi ki, hogy ilyen javaslatot, illetve terápiát még véletlenül sem kér, gyakran a szűkebb elhelyezési közegének fogvatartotti közösségét diagnosztizálja: szeretné elkerülni a rossz megítélést, hárít minden gyanút, amit elhelyezése által már magán érez, és veszélyeztetve érzi magát.

A Rivotril terápiára már hosszabb ideje „építkező” fogvatartottak körében a gyógyszer alkalmazását kísérő néhány jellemző az első bekezdésekben leírtakat és azok konklúzióját látszik alátámasztani. A „minél több, annál jobb hozzáállás”, vagyis fogvatartotti oldalról általában a leggyakrabban nem behatárolandó a mérték felső határa (a felesleg nyilvánvaló érték); a túldozírozás, vagy az egyéb mellékhatások miatti aggodalom alig jelentkezik, ehhez kötődő félelmek, kételyek ritkán hallhatók; az orvosi protokoll szerinti dózis magasabb mértéke börtönkörülmények között hétköznapi mennyiségként tűnik fel; az elrendelt terápia a visszaélést jelző körülmények észlelése után is képes makacsul fennmaradni; gyakran kerül napirendre a terápiás adag emelésének kérdése; az olyan helyettesítő megoldások mint a pszichoterápia vagy relaxáció kevésbé versenyképesek, vagyis a tünet jelzésétől

egyenes út vezethet e terápia megválasztásához, ami kizárólagos lehetőségként fogalmazódik meg. Tehát gyakran (különösen az egészségügy túlterhelődése és/vagy a lélektani szituáció szükséges szintű explorációjának hiányában) homályban marad, hogy egy gyógyszeres irány (szorongásos) tünetet oldó, vagy (szerdependenciát) fenntartó szerepet játszik-e majd. A reális terápiás szükséglet keveredhet addiktív igényekkel.

A Rivotril terápiás területeken túl kihangsúlyozódó funkciója a gyógyszeréség csillapításán és bódító hatásán túl börtönviszonyok között abban rejlik, hogy az egyes szükségletek kielégítését – mint definiált értékű fizetőeszköz – elérhetővé teszi. És ez a probléma a „rendszerben” vagy a „terápiás térben” okozott, a negatív lecsapódásokhoz és az ezzel az okozott kárhoz mérten gyakorlatilag minimális szankciókkal voltaképpen optimalizálódik is. Ez egyrészt azért lehetséges, mivel jogi szabályozás szerint nem minősül kábítószernek, és emiatt a személyzet sem képes megfelelő hatékonysággal fellépni ellene. Másrészt bonyolítja a helyzetet, hogy legálisan is hozzáférhető, mely által a legalitás és az illegalitás határai összemoshatók, és az egyedi esetekben a származási útvonalak tisztázhatósága is gyakran kiúttalan vállalkozássá válik. A legálisan a „rendszerbe”, illetve „terápiás térbe” kerülő gyógyszermennyiség összevegyül a „terápiás térbe” illegálisan beáramló mennyiségekkel, pszichológiai síkon pedig a jelzett terápiás szükséglet az egyéb vitális igényekkel és érdekekkel. Az illegális felhasználás eredménye pedig – akár illegális, akár legális csatornából származott a gyógyszer – a szerhatás alatt elkövetett agresszió, a fogvatartott társ sanyargatása, bántalmazása, kényszerítése, önmérgeződés vagy egyéb bűncselekmény kivitelezése (melynek során az adott kontextusban nehezen kideríthető a sértett abúzusának előzménye és előidézője: ez önmaga vagy más).

A mindennapi gyakorlati és egyedi adott problémákhoz visszatérve: elnagyoltabb motivációs körök is azonosíthatók, bár ismét nem célozom statisztikai pontossággal azonosítani az elkülönített kategóriákat. Alapvető, de itt nem térnek ki részletesen a gyógyszereket nagyobb léptékben és üzletszerűen forgalmazó fogvatartottakra, akiknek legális útjai időnként keresztezik a személyzet legális vonalait akár a velük való közvetlen vagy másokon keresztül közvetett megkeresések útján, de alapvetően mégis szeparálódnak ezektől. Az adekvációk esetében az exploratív beszélgetéseken, tesztvizsgálatokon keresztül relatíve könnyebben bemérhető, és az utóregzéseken érzékelhető, hogy a megfogalmazás mögött reális terápiás igény húzódott-e, vagy egyfajta játszma jellegű, függőséget szolgáló kísérlet.

A már orvosi előzményeikben is dokumentált, fogvatartásuk előtt akár komolyan függő, de érettebb, magasabb intellektusú fogvatartottak gyakrabban kérik, hogy a sóvárgás vagy a megélt szenvedéseik mértéke szerint (vagy afölött is) az ezt csillapító gyógyszerhez juthassanak. Ennek akár nyo-

matékat is adnak, de ez egy reális szinten, a függőség leépítésének perspektivikus célját konszenzuálisan megfogalmazó megállapodással beállítható, amellel kialakítható az, hogy a pszichológiai átdolgozás terén megindult lélektani munkával ez a továbbiakban ne kerüljön interferáló kapcsolatba, és a pszichológusban ne a függőségi igények eléréséhez szükséges célszemélyt lássák. Ezért alkalmazkodásuk kiegyensúlyozottá válhat, akár speciális drog-prevenációs program keretében, akár normál elhelyezésben.

A „nehéz eseteket” (a Rivotrillal összefüggésben) a személyzet számára jellegzetesen az alacsonyan iskolázott, többnyire mentálisan jelentősen retardált és gyakran a speciális terápiás csoportokban elhelyezett, a börtönülethez – többszörös visszaesőként – hosszú évek során már túladaptálódott, sokszor perspektívátlan, az emberi kapcsolataikban elérhető lehetőségeket tévesen észlelő, de a bizonytalan kötődés mellett a személyzettel való kapcsolatot erősen kereső, sok projektív identifikációs mechanizmust mozgósító (a másik emberrel való kapcsolatot rendkívüli mértékben igénybe vevő) fogvatartottak jelentik. Rendszerint előtérben vannak. Érezhető igyekezetük, hogy monitorozzák személyzeti kapcsolataikat, miközben általában – mint funkcionálásukban is jelentős tulajdonság – belső meggyőződésük valamely pszichés zavar megléte (személyiségükben valóban mélyen sérültek, bár lehet, hogy másképpen, mint ahogyan mi látjuk), mely alapján a speciális bánásmód (nyugtatók) iránti szükségletük igazolódik is számukra. Ez egyben az alternatív szakellátás direkt elérését célzó önkárosítás lehetőségének hangoztatása. Nyugtatókhoz való hozzászokásukat lelepleződéskor sem ismerik be, csökkent „decentrációs képességüket” mintegy védőpajzsot tartják maguk előtt, és használják. Általában plusz nyereségekhez jutnak a cserekereskedelemben, de ez a mindennapi szükségleteiket rendszerint nem haladja meg, nagyobb léptékű tranzakciókba kevésbé bonyolódnak. Harmonikusabban funkcionálnak az egészségügyi ellátással való jó kapcsolatból kiszámítható módon származó, napi szinten biztosított mennyiséggel. Gyakran élnek panasszal, feljelentéssel, társaikat, akár a segítő személyzetet sem kímélik ebben. Éretlenségüket jelzi, hogy közvetlen helyzetekben a személyzet jelenléte elbizonytalanítja hovatartozásukat, és „mindig újra ismétlődik velük minden”. Esetükben a gyógyszer mint vitális szükséglet tűnik fel, élve annak szinte minden, fent említett konvertív lehetőségével. Ezért, bár nem csak elsődleges tulajdonságai szerint használják, ahogyan ezt kommunikálják, megélt betegségeikre hivatkozva, gyógyszer nélkül szinte nem is léteznének. A gyógyszerrel való manipulációk (csere, kereskedelem, rejtegetés, a helyzet tesztelése, a szakszeméllyel való játszmák, az orvosi kezelésekre való készülődések stb.) alapvetően strukturálják a mindennapjaikat. Szabad életükben a tényleges droghasználat esetükben kevésbé jellemző. Intenzíven dohányoznak, sok kávét fogyasztanak. A frusztrációkra, az effajta élet- és moz-

gástér beszűkítésére heves reakciók jelentkeznek körükben: előfordul, hogy tárgyakat nyelnek; önkárosító cselekményeket helyeznek kilátásba, vagy meg is teszik ezeket; súlyosabb esetben – körülményeiben nehezen tisztázható – felhívó jellegű önakasztást kísérelhetnek meg, gyújtogatnak. A cselekmények háttérében alapvetően a követelő igény húzódik meg, és a cselekmények legnagyobb veszélyét nem annyira a valódi cél elérése, inkább a benne rejlő óhatatlan kockázat lehetősége adja.

Egy kis kitérő a krízis dinamikájához: Az intrapszichés konfliktus bármely esetben mély lehet, azonban a kiváltó főkomponenst leggyakrabban nem ez adja, hanem egy szituatív konfliktus, vagy fentiek esetében pl. a pszichés egyensúlyt fenntartó megszokott (gyógyszerekkel is kapcsolatos) mozgástér beszűkülése. A zárt térben megélt krízisek feloldása esetenként igényel gyógyszeres terápiákat, de sokszor nem feltétlenül, és ez meg sem oldaná a helyzetet. Ilyenkor a szituáció feloldásának lehetőségi köre beszűkül. Kilátástalanság jelentkezik. A probléma prezentációja hevesen zajlik. Sürgetés és beszűkültség jelenik meg. Az elérhető személyzeti taggal való kapcsolat intenzitása felfokozódik, aminek helyes értelmezése központi kérdéssé válik, hiszen ezt az „elehető szalmaszállal” való kapcsolat fokozza fel (cry for help). A krízis végleges és egyedüli „megoldássá” válik, amikor a helyzet keretei bezárulnak. Ezért ezek a krízisek vehemenciájuk ellenére a szükséges jelzés vételével és kapcsolati tér átrendezésével rendszerint veszítenek erejükből. A kiáltó felett való teljes kontroll kialakítása pedig időzítheti a rendkívüli eseményt.

Végül szeretném összegezni, hogy ebben a sok összetevőjű játéktérben mégis mik a két jellegzetes, egymással kapcsolatban álló terület alapvető szándékai. Az egyik oldalon a fogvatartott szeretne egyrészt a szükséges és a problémának megfelelő kezelést kapni az egészségi állapotának megfelelően, az egészséghez és az egészségügyi ellátáshoz való jogai alapján. Másrészt szeretné legálisabb mederbe terelni dependenciáit; szeretné megfelelően strukturálni az idejét; kielégíteni alapvető vagy felépült szükségleteit; megadni adósságát (mivel konvertálva megadhatja); szeretne eleget tenni más fogvatartottak rá gyakorolt nyomásának stb. A szakszemélyzet pedig egyrészt törekszik „megfelelő”, a saját belső és külső szakmai elvárásainak megfelelő ellátást nyújtani. Másrészt el akarja kerülni a jatrogéniákat; szeretné, ha a pszichés feszültségek szintje optimálisan alacsony maradna, ha ezek nem torkollanának acting out megnyilvánulásokba; illetve helyre kívánja állítani azokat a kontrollfunkciókat, melyek a fogvatartott személyiségéből (a dependencia vonatkozásában is) hiányoznak; és végül nem óhajt semmifajta olyan szerepet betölteni, ahol tevékenysége mintegy a szabadságvesztés-büntetés fájdalomtapaszává válna. Egy ilyen (óhatatlanul/kényszerűen pszicho)terápiás térben könnyebb játszma jellegű megoldásokba sodródni, mint

mindig (újból és újból) reálisan felmérni a problémát és a szükséges kezelés mértékét. Ezért az addiktológiai vs. anxiolitikus terápiás igények közlése és ezek kielégítése – eltekintve attól is, hogy ennek megvalósulása vagy meg-
hiúsulása esetére milyen lépés (autodestrukció, jogi úton való kikényszerítés stb.) kilátásba helyezésével jár a másik oldalon – alku tárgyává válik. Egy játszma-jellegű körbe lépünk, ami az egész intézet adott időszakot meghatározó egyensúlyát érinti, és gyakran túlmutat az egyedi fogvatartott ügyén.

A témához kapcsolódik egy, az elektronikus médiában viszonylag részletebben közölt eset, amely jól szemlélteti az ilyen jellegű játszma működésének mechanizmusát.

*„B. Z. vadállatbefogó fenyegető telefont kapott, miután pénteken hajnalban befo-
gott egy tenyérnyi méretű madárpókot a Boráros téri játszótéren. A madárpók tulaj-
donosa nem fedte fel kiletét, de a szökött állatot vissza akarja kapni. A tenyérnyi
nagyságú, egy centiméteres csáprágójú madárpókot péntek hajnalban egy szórakozó-
helyről hazafelé tartó társaság tagjai találták Budapesten a IX. kerületben, a Boráros
téri játszótéren. A vadállatbefogó elmondta, hogy egy ismeretlen, aki azt állította,
hogy övé a madárpók, felhívta őt telefonon és kérte, adja vissza neki az állatot. A te-
lefonáló azt a magyarázatot adta, hogy fényképezni vitte le a pókot, közben azonban
telefonhívása volt, ezalatt tűnt el a pók. Ő közölte az ismeretlennel, hogy nem adja
vissza neki a pókot, mert minden biztonsági előírást megszegett azzal, hogy közterü-
letre vitt fényképezni egy méreggel ölő állatot. Erre a telefonáló lopással vádolta meg
a vadállatbefogót, és meg is fenyegette. Azt mondta, tudja, hogy van családja, autója,
és ha az utcán megy, mindig nézzen a háta mögé. Az állatbefogó kifejtette, nem el-
lopta a pókot, hanem a rendőrség kérésére közterületen fogta be. Hozzátette, ha az ál-
lat életben marad, egy állatkertnek vagy egy vadasparknak adja, ahol biztonságos kö-
rülmények között őrizhetik. A fenyegetés ügyében a vadállatbefogó egyelőre nem
akar a rendőrséghez fordulni” (Fotózni vitték a madárpókot a játszótérre – in-
dex.hu internetes hírújság 2008. november 15.).*

Elsőként – saját értelmezésemben – a vadállatbefogó fontos döntést hozott: nem adta vissza a madárpókot. A helyzethez pedagógiai érzékkel közelített. Másodszor megmagyarázta, hogy miért nem adja vissza. Valaki az együttélési szabályok megsértése miatt veszített el valamit, ami – annak ellenére, hogy ő ezt követeli – nem jár vissza neki. Ezután újra elmagyarázta az álláspontját. Harmadszor higgadtságot tanúsított: nem engedett, nem volt kibillenthető az igazságából. Negyedszer kivárt, és átengedte a lépéslehetőséget a másik fél számára. Ha úgy látja, talán még vissza is adhatja, bár erre nem lenne érdemes fogadni. Ami pedig – ötödször – a mi szempon-
tunkból szintén nagyon fontos: részt vett a helyzet strukturálásában (ami zajlott, anélkül, hogy élesen eldőlt volna, de nyílt kommunikációjával meg-
akadályozta az inadekvát helyzetmegoldások kialakulását). És ez alatt telt az idő is.

Mit tehetünk mi? Receptet kiállítani nem lehetséges. Pszichológusként el is háríthatjuk magunktól ezeket a kéréseket, de a kérések rendszerint szituációkba ágyazottak, és az idő strukturálásában is nagy szerepet játszó kommunikációs felületek kezelése, melyek az interperszonális kapcsolódásokban rejlő megoldások játékterét is felkínálják, kifejezett területünk. A speciális csoportokban elhelyezett „fogvatartott páciensekkel” egyébként is mindennapos a kapcsolatunk. Gyakran velük történnek visszhangot keltő események. Reagálnunk kell a jelzéseikre is. A vadállatbefogó reakciójánál, ha sikerült problémánkat az ő példájával érzékeltetnem, gyakran én sem tudok jobbat.