

Lehoczki Ágnes

Öngyilkosság és önkárosítás a börtönvilágban

Az öngyilkosság és az önkárosítás témakörét ma a magyar büntetés-végrehajtás kiemelt fontosságú területként kezeli. A veszélyeztetett fogvatartottak ellátása elsődlegesen az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladata. Az itt dolgozó pszichológusok az évek során jelentős mennyiségű tudásanyagot halmoztak fel, amelyben sokat merítettek a vonatkozó hazai és külföldi szakirodalomból és a büntetés-végrehajtásban dolgozó pszichológusok belső továbbképzéseinek elhangzottakból is.

Az önkárosításról és öngyilkosságról általában

A vonatkozó irodalomban az önkárosítás és öngyilkosság megközelítésének két módja jelenik meg. Az egyik oldal szerint az öngyilkossági gondolatok, gesztusok, kísérletek, a bekövetkező halál egy kontinuumot képeznek, azaz minden ilyen jellegű magatartás hátterében ugyanazon motiváció áll, és a különböző stációk egyazon folyamat fokozatai (McArthur, Camilleri, Webb, 1999). Ez meglehetősen leegyszerűsítő szemléletnek tűnik, és – amint látni fogjuk – a másik elképzelés a börtönvilágban jóval alkalmazhatóbb, elfogadottabb, illetve igazolhatóbb. Eszerint az önkárosító, öngyilkos valamint manipulatív csoportok elkülöníthetők és megkülönböztethetők egymástól (Fulwiler et al, 1997).

Az *önkárosítás*, azaz a szándékos fizikai önsértés többnyire az életre kevésbé veszélyes fizikai önártalom, melynek során a személynek nem áll szándékában véget vetni az életének. Leggyakrabban a 18–45 év közötti személyek falcólása fordul elő. Jelentős többségük nem érez fizikai fájdalmat a cselekmény elkövetése során. Sokan rejteni igyekeznek szokásukat. Az előzményben igen gyakran súlyos fizikai és/vagy gyermekkori szexuális trauma, illetve elhanyagoltság van jelen. Ha már gyermekkorban elkezdődött az önkárosítás, akkor felnőttkorban szokásszerű, akár extrém gyakoriságú önsértéssel találkozunk, és ebben a csoportban találjuk a legsúlyosabb, leghosszabban tartó traumát vagy elhanyagolást az előzmények között (Kuritárné, 2008; Linehan, 2010).

A szándékos fizikai önártalom hátterében két fő motivációt találunk. Az egyik az érzelmi önszabályozás, azaz a feszültségtől való szabadulás. A második ok a cselekmény kommunikációs eszközként való alkalmazása (Kuritárné, 2008; Linehan, 2010).

Az első esetben, tehát a *feszültségcsökkentés* esetében – egyszerűen szólva – a személy pusztán jobban akarja érezni magát, a számára tolerálhatatlan érzelmi állapottól próbál önsértés útján megszabadulni. Ilyenkor bizonyos szabályozhatatlan és elviselhetetlen feszültséget él át, melyet az önmagának okozott fájdalomkózással igyekszik mérsékelni. Hol a fájdalom érzése, hol a kiserkenő vér látványa hozza az oldódást. Ezáltal egy inadekvát, azonban e személyek számára eredményes önszabályozás érhető el, valamint az önmaguk és saját érzelmeik, indulataik feletti kontroll érhető el, illetve szerezhető vissza (Kuritárné, 2008; Linehan, 2010). A fájdalom érzése továbbá csökkenti azt a belső ürességérzést és élettelenységérzést, amelyet a fogvatartottak a legrit-

kább esetben tudnak megfogalmazni. Jellemző, bár a legritkábban tudatos motiváció még az önbüntetés, ahol a büntudatot csökkenti a megérdemeltnek hitt szenvedés átélése (Boros, Csetneky, 2002). A személyen a cselekmény után ennek megfelelően általában megkönnyebbülés látható (Kuritárné, 2008; Linehan, 2010).

Amikor az önsértés *kommunikációs* aspektusa van előtérben, akkor az önkárosítás funkciója egy kimondhatatlan vagy meg nem hallgatott üzenet eljuttatása a környezet számára, valamint a környezet befolyásolása. A testi sérülés bizonyítja a fájdalmat mind az önsértő, mind a környezete számára. Másrészt szolgálhatja a nélkülözhetetlen támogatás, figyelem, gondoskodás megszerzését, ezzel voltaképpen a környezetet befolyásolva. Emiatt tűnhet sokszor manipulációnak az ilyen cselekmény. Sajnos az azonnali aggódó, segítségnyújtó, odafigyelő odafordulással ezt a viselkedést megerősítjük, és fennmaradásához járulunk hozzá (Kuritárné, 2008).

Mindkét esetben elmondható, hogy a cselekmény motivációja nem a halál, hanem a pszichés épség megőrzése, a személy megóvása egy súlyosabb állapottól, a tényleges öngyilkosságtól, esetleg a pszichotikus dekompenzációtól, illetve az ehhez szükséges segítség megszerzése. Ezért elmondható, hogy ezek nem öngyilkos, hanem éppen ellenkezőleg, *antiszucidális magatartásnak*, azaz az öngyilkossággal ellentétes viselkedésnek mondhatók (Fulwiler et al, 1997).

Míndezek háttérben bizonyos mélyebb pszichológiai folyamatok mellett az önkárosító személyek csökkent *megküzdő képessége* áll. Ezek a személyek, beleértve a fogvatartottakat is, kevesebb problémamegoldó módszert vagy aktív mentális megküzdő stratégiát tudnak alkalmazni a konfliktusok megoldására, valamint az átélt stressz csökkentésére. Az általuk alkalmazott stratégiák kevésbé hatékonyak, sőt a problémamegoldó módszereik sokszor csak rontják a helyzetüket. Ennek következtében az önkárosító személyek sokkal több konfliktust és stresszt élnek át, a dühük és önmaguk kontrollálása problémás, reménytelenebbnek érzik magukat, több az öngyilkossági gondolatuk, és hajlamosak a meggondolatlan indulatosságra (Dear, 1999).

Ahogy látni fogjuk, ez lényegében érvényes a prizonális kontextusban is.

Előfordulhat sajnos, hogy az önsértő személy nem jól méri fel a cselekmény veszélyességét, illetve saját megmentésének esélyeit, és az végül akaratlanul öngyilkosságban végződik, bár nem az volt az elkövető célja (Kuritárné, 2008; Linehan, 2010). A „valódi”, azaz meghalási szándéktól vezérelt *öngyilkossági kísérlet*¹ háttérben azonban kissé más folyamatok zajlanak, mint az önkárosítás esetében. A viszonylag stabil személyiségekben csak igen megterhelő, váratlan események vagy hirtelen fellángoló súlyos pszichiátriai állapotok okoznak öngyilkossági cselekményeket, különös tekintettel a depresszióra (Kuritárné, 2008).

Az öngyilkossági kísérlet előrejelzésében jól bevált a *Ringel-féle szuicid triász* elemeinek vizsgálata, mely igen jól megragadja az öngyilkossághoz vezető folyamatot. A *triász első pontja* a több területre kiterjedő beszűkülés. Egyrészt a személy úgy érzi, hogy a számára fenyegető helyzet szinte összenyomja, maga alá temeti, nincs belőle menekülés. Beszűkülést tapasztalunk a megoldási lehetőségek és eszközök területén is. Csökkennek az emberi kapcsolatok és interakciók; egyedüllét, magány, izo-

¹ A szuicidológia, azaz az öngyilkosság minden aspektusával foglalkozó tudományág igen kiterjedt, természetesen részletes ismertetésre ez a cikk nem alkalmas.

lálódás vagy legalábbis ennek szubjektív élménye következik be. Végül beszűkül az értékvilág is, egyre kisebb a kötődés az élethez; és az öngyilkosság, mint megoldás, felértékelődik. A *triász második pontja* az agresszió legátlása. A személy agresszív indulatokkal van teli, ám azokat nem képes külső személyen vagy tárgyon levezetni. A gátlásnak számos oka lehet, ám mindenképpen az agresszió – végül már nem fenntartható – halmozódásához vezet. A *triász harmadik pontját* az öngyilkossági fantáziák képezik, amelyek a futó gondolattól az öngyilkosság-halál-katasztrófa tematikájú álmokon át a konkrét tervekig terjedhetnek.

Ez a három kritérium természetesen nem tökéletes előrejelző, hiszen az eseteknek csak egy részében zajlik le a tankönyvnek megfelelő formában az öngyilkosság előtti, azaz preszuicidális szakasz. Ám ismeretük igen jó támpontot nyújt a vizsgálónak, és a gyakorlatban már részleges (de nem töredékes) megjelenésük is igen jól hasznosítható a veszélyeztetett állapot felismerésében (Hárdi, 2000). Ezen túl – egyes magyar adatok szerint – igen jó bejósolója a veszélyeztetettséget az eutanáziával és a mások öngyilkosságával való egyetértés, azonosulás (Láng, Horváth, 2009).

A börtönbeli önsértések motivációs háttere

A fent leírt általános jellemzők lényegében érvényesek prizonális környezetben is, természetesen színezve a börtönkörnyezetből fakadó jellegzetességekkel.

Egy külföldi vizsgálat szerint a börtönben elkövetett önsértéseknek négy fő motivációja van: megkönnyebbülés a negatív pszichológiai stressztől, menekülés a körülményektől (ez esetben gyakran valós szuicid motiváció lehet jelen), elérni, hogy valaki meghallgassa vagy komolyan vegye a személyt és végül: a körülményeken való változtatások kikényszerítése. A legfőbb kiváltó tényezők a börtönön belüli események voltak, úgymint: konfliktus más fogvatartottakkal, a személyzettel, az elhelyezéssel való elégedetlenség, biztonsági szigorítások, stresszként megélt börtönrutinok (Dear, 1999).

A hazai tapasztalatokat korábban részleteztük jelen folyóirat hasábjain (Lehoczki, 2009), ezeket az ismereteket alább röviden összefoglalva, illetve az azóta szerzett tapasztalatok szerint módosítva adjuk közre.

A börtönbeli önsértések egyik fő motivációja a prizonális problémák megoldása. Ebben az esetben általában kevésbé súlyos önsértéseket láthatunk: étkezés-megtagadás, látványos kötélfonás, a tényleges sérülés kerülése. (A szuicidiummal való fenyegetőzést ugyanakkor nem szabad bagatellizálni, mivel ezek hátterében gyakrabban áll valós szuicid veszély, mint a falcolások és egyéb, már megtörtént önártalmak esetében.) A motivációt vizsgálva általában az elhelyezéssel kapcsolatos problémák rajzolódnak ki, valamilyen kedvezmény megszerzésére irányuló törekvések, a fogva tartott társakkal vagy akár a börtön személyzetével fennálló konfliktusok. Ezekben az esetekben az önártalom csupán a kommunikációra és a környezet befolyásolására alkalmazott eszköz (Lehoczki, 2009).

Boros János és Csetneky László ezt a jelenséget *célvezérelt önsértés* néven tárgyalja (Boros, Csetneky, 2002). A célvezérelt önsértést alkalmazó személyektől mi sem áll távolabb, mint a meghalás vágya. Épp ellenkezőleg: tetteikkel és szavaikkal a büntetés-végrehajtási szervezetet arra akarják rábírni, hogy számukra jobb

körülményeket biztosítson, vagy éppen a jelenlegi nem kívánatos körülményt szüntesse meg. Viselkedésük elsődleges mozgatója önmaguk megóvása. Habár helyzetüket érezhetik valóban veszélyesnek magukra nézvést, viselkedésük mindig kényszerítő jellegű. Boross és Csetneky szerint a magyar börtönökben messze ez a típus a leggyakoribb, az önkárosítók közötti előfordulásukat 80%-osra becsülik (Boros, Csetneky, 2002). Saját adataink szerint a beutalások 46%-a tartozott ebbe a csoportba. Kiemelendő, hogy ezen esetek 7%-ában a prizonális probléma komoly szuicid krízissé fokozódott (Lehoczki, 2009).

A börtönbeli önsértések másik fő motivációja az ún. *impulzív feszültség-levezetés*. Ebben az esetben a feszültségtől való azonnali szabadulás a cél. Az eszközválasztás kevésbé kommunikatív célú. A végrehajtás módját és intenzitását a racionalitás sokszor szinte egyáltalán nem fékezi, így ebben az esetben már igen súlyos önkárosításokkal találkozhatunk: a súlyos falcolástól kezdve egészen az öncsonkításokig, a megvalósított önakasztásokig. A cselekmény akaratlanul is vezethet halálhoz, illetve azt esetenként csak az azonnali és szakszerű beavatkozás akadályozza meg (Lehoczki, 2009).

Az impulzív feszültség-levezetés leggyakoribb típusa az ún. „fogdafalc”. A fogvatartott – általában borderline személyiség szerkezete miatt – képtelen az izolációs helyzetet tolerálni. Ez jellemző rá a börtönön kívül is, civil életében mindent megtesz az egyedüllét elkerülésének érdekében. Maga az agresszív kiélés, valamint az önsértés okozta fájdalom alkalmas arra, hogy az izoláció okozta, igen nagy mértékű szorongással, megsemmisülési érzésekkel együtt járó tolerálhatatlan állapotot enyhítse. Egy másik gyakori típus az önbüntető, aki mindenféle konfliktusra, veszteségre autoagresszív affektusokkal és esetleg önártalommal reagál, mert „Én csak így tudom levezetni az ideget, magamon”. Az ilyen működésmód előzménye a súlyos fizikai abúzus gyermekkorban, mely az önsértés okozta fájdalomérzést is befolyásolja. Egy sajátos, csak bizonyos kultúrkörökre jellemző önsértés az, amely gyász esetén történik. Amennyiben a fogvatartott nem tud megjelenni a családtag temetésén és részt venni a gyászolási rítusban, szinte elvárás is tőle, hogy önsértéssel jelet hagyjon magán, mennyire szenvedett szerettének elvesztésétől. A negyedik típus, amely a prizonális okokból elkövetett önsértéssel átfedésben van, amikor az indulatok olyan mértékben felgyülemlenek, hogy a fogvatartott képtelen azokat agresszív megnyilvánulások nélkül kezelni, ám nem akarja agresszióját más felé irányítani, ezért inkább magán vezeti le azt (Lehoczki, 2009).

A börtönbeli önsértések fő eredői

Boros János és Csetneky László meglátása szerint a börtönbeli önsértések elsősorban az alacsony testi és lelki teherbírásnak, az ennek köszönhető tartós frusztrációnak és a feszültséget okozó helyzetből való kilépés vágyának tudhatók be (Boros, Csetneky, 2002).

Az első és talán legfontosabb ok, amely miatt a fogvatartottak önkárosítanak, a megküzdési képességek és kapacitás sok esetben igen korlátozott volta. Sokszor arról számolnak be az önkárosítók, hogy eszükbe sem jutott, hogy az adott helyzetben mit lehetett volna tenni pl. egy falcoláson kívül, de a vizsgálati helyzetben, immár

megnyugodva sem jut eszükbe semmiféle alternatíva. Ehhez kapcsolódik az, hogy az önérvényesítési módszerek repertoárja is szegényes, sok esetben még az alapvető érzések beazonosítása, megfogalmazása, verbalizálása is elégtelen, ami kedvez a konfliktusos vagy súlyosan frusztráló helyzetek kialakulásának (Lehoczki, 2011a).

A helyzetet súlyosbítja, hogy a gyenge megküzdő kapacitással szemben sokszor igen magas feszültség, nagy indulati telítettség, szinte tolerálhatatlan szintű szorongás áll, amelyet kritikus helyzetben a fogvatartott nem képes kezelni, fékezni, adekvát formában enyhíteni. Azonnal és a következmények ignorálásával akar szabadulni ettől az állapottól. Ahogy láttuk, erre igen alkalmas az önkárosítás, és ezért sajnos könnyen válhat szokássá.

Az önkárosítások létrejöttét tovább segíti a – sokszor felületes szemlélődés során fel sem tűnő – negatív önkép, mellyel sok fogvatartott rendelkezik, mivel ez megkönnyíti az agresszív impulzusok önmaguk ellen fordítását (Lehoczki, 2011a).

Amikor az önkárosítás „túl jól” sikerül

Ahogy említettük korábban: az önkárosítás külső megjelenésében igen nagy átfedésben van az öngyilkossággal, a háttértényezőkben azonban jelentős különbségek vannak. A lényegi különbségek és az önkárosítás esetén hiányzó tudatos meghalási szándék ellenére az önkárosítás is könnyen vezethet halálhoz. E tekintetben különösen a racionális szabályozás labilitása a veszélyeztető tényező.

Az önkárosítás ezen kívül jelezheti krízis kialakulását, súlyosbodását is, és ezért fokozott figyelmet igényel a fogvatartott, ha az önkárosításainak gyakorisága nő, az önkárosítások súlyossága fokozódik, különösen akkor, ha mindez valamilyen potenciálisan krízisindukáló életesemény után jelentkezik (Lehoczki, 2009, 2011a).

A börtönbeli öngyilkosság

Boros és Csetneky szerint bár a börtönpopuláció nagy része több szinten és több szempontból² veszélyeztetett, valamint ki van téve a börtönlét okozta megterhelések sokaságának, a börtönökben az öngyilkossági veszély két típusa fordul elő leggyakrabban. Az első esetben morális sokk következik be. Itt általában rendezett családi háttérrel rendelkező, első büntényes, általában emberölést vagy publikált nemi erkölcs elleni cselekményt elkövetők esnek ebbe a csoportba, és közvetlenül bekerülés után kerülnek krízisbe. A másik csoportban krónikus reménytelenség a kiváltó ok. Itt már ítéletet kapott személyekről van szó, akik átestek a család, és a kinti kapcsolatok és értékek elvesztésén, és öngyilkosságuk voltaképpen menekülés a reménytelenségtől (Boros, Csetneky, 2002). Az ilyen személyek azonban többnyire egy hosszantartó folyamat eredményeképpen jutnak el az öngyilkosságig (Kuritárné, 2008).

² Az elsődleges, tehát a leginkább veszélyeztető faktorok közé tartoznak a pszichiátriai betegségek, a korábbi öngyilkossági kísérlet, a szuicid szándék közlése és az alacsony szerotonin szint. Másodlagos szintű rizikófaktorok a kora gyermekkori veszteségek, az izoláció, a munkanélküliség, a komoly anyagi problémák, a súlyos, negatív életesemények és a dohányzás. További, azaz harmadlagos tényezők a férfi nem, a serdülő életkor, nőknél az idősebb kor és bizonyos vulnérabilis időszakok (Fliegau, 2012).

Emellett az IMEI Neuropszichiátriai Osztályán folyó munkánk során azt tapasztaltuk, hogy *elsősorban* az alábbi tényezők azok, amelyek a közvetlen öngyilkossági veszéllyel járó krízisek hátterében feltűnnek:

- Súlyos pszichiátriai betegség, illetve annak romlása;
- Hosszú vagy váratlan ítélet;
- A fogvatartott számára fontos kapcsolat, személy vagy érték elvesztése, különös tekintettel a kapcsolattartás megszűnésére;
- Extrém bántalmazás elszívódása a börtönben;
- A korábbi legsúlyosabb öngyilkossági kísérlet kiváltó okához hasonló esemény (Kuritárné, 2008, idézi Lehoczki, 2009).

Ez a felsorolás olyan vizsgálatok adataiból származik, ahol nem került sor befejezett öngyilkosságra, de kezeletlenül hagyva igen könnyen vezethettek volna szuicidiumhoz (Lehoczki, 2009). Emellett az elmúlt években a büntetés-végrehajtásban dolgozó pszichológusok a „Felelősen, felkészülten” című belső továbbképzésük során feldolgozták az elmúlt években befejezett szuicidiummal végződött börtönbeli eseteket is.

A közös munka során azt állapítottuk meg, hogy befejezett öngyilkosság nem csak menekülésként jelent meg, hanem tiltakozásként is. Az esetek többségében nem volt előzetes segélykérés rekonstruálható, ugyanakkor a hatékony rejtőzködés szinte minden esetben tetten érhető volt. Sajnos a vizsgált esetek legtöbbszörében jelen lévő stabil és támogató kapcsolattartás sem bizonyult hatásos védőfaktorának. Ahogyan az sem, ha a fogvatartott már több évet vagy akár több büntetést töltött le konfliktusmentesen. Elsősorban a reménytelenség, a kilátástalanság, a csapdába esettség érzése, valamint pszichotikus megbetegedés vagy állapot kialakulása, illetve rosszabbodása eredményezte. Az esetek nagy részében erőszakos cselekményért történt az elzárás, ami a magasabb agresszivitás-szint jelzője is lehet (Lehoczki, 2011b).

Az ellátás sajátosságai

A büntetés-végrehajtás személyi állománya igen nehéz helyzetben van akkor, amikor a veszélyeztetettek körét kell meghatározni. A körülbelül 17.000 fogvatartottból ugyanis nagyjából ugyanennyi tekinthető veszélyeztetettnek a szakirodalmi ajánlások szerint, hiszen a prizonizáció már önmagában rizikófaktor.

Tovább nehezíti az ellátást a fogvatartottak és a személyi állomány – a helyzet sajátosságából adódóan és szükségszerűen – ambivalens viszonya. A felügyelettel, pszichológussal, nevelővel bizalmasnak lenni könnyen „vamzerséggé” válhat, amennyiben az információ nincs kellő érzékenységgel kezelve, aminek aztán súlyos következményei vannak az árulóvá vált fogvatartottra nézve. Ez gátolja a kommunikációt a két oldal között, és ezzel elősegíti a problémák gyülemmlését egészen addig, amíg a fogvatartott nem látván más kiutat a számára tolerálhatatlan helyzetből, önkárosításhoz vagy öngyilkossághoz folyamodik.

További nehézség, hogy az önkárosítás zsarolási potenciálja – éppen a jelenség-re fordított kiemelt figyelem miatt – a magyar büntetés-végrehajtásban igen magas. Amennyiben a fogvatartott az önkárosítással eléri céljait, és az mint hatékony érdekérvényesítő eszköz jelenik meg ő és a többi fogvatartott előtt, annak igen káros kö-

vetkezményei lehetnek, és vannak (rátanulás, a személyzet tekintélyének rombolása). Ugyanakkor, ha ennek mentén helytelenül bagatellizáljuk az önkárosításokat, és nem fordítunk erre megfelelő figyelmet, annak a valós problémák elsikkadása és a befejezett szuicidiumok szaporodása lehet az eredménye. Ennek egyetlen hatékony ellenszere a rendelkezésre álló erőforrásokhoz mérten a lehető legalaposabb szűrés.

Az akut reakció

Az öngyilkosság és különösen az önkárosítás ellátásában fontosak az arra adott első reakciók. A helyes eljárás az empatikus viszonyulás: mindenképpen kerülendő a kiabálás, a fenyegetőzés, a vádaskodás, az olyan témák feszegetése, melyek a sérült számára szemmel láthatóan kínosak. Kerülendő az elkövető lebeszélése, rábeszélése, a harag és a szorongás kimutatása, illetve kerülendő az önkárosító személy felmentése a felelősség alól. A legjobb, amit az akut ellátásban részt vevő személy tehet, hogy ítélkezés nélkül (de nem közömbösen) végighallgatja a fogvatartott mondanivalóját, a sérülést pedig ellátja úgy, mint bármilyen más sérülést.

Az átfogó reakció

Legfontosabb alapelveként az jelölhető meg, hogy az önkárosításra és öngyilkosságra a büntetés-végrehajtás által adott válasznak az adekvát felmérést követő differenciált reakción kell alapulnia. Ez azt jelenti, hogy az eset hátterét alaposan megvizsgálva születik döntés az arra adott intézeti választ illetően. Ez nem könnyű feladat, mivel a zsarolási potenciál redukciója és a kiváltó problémával való foglalkozás közötti egyensúly megteremtése nagy odafigyelést és érzékenységet igényel.

Ennek messzemenő figyelembe vételével az önkárosító fogvatartottak számára a megküzdő és önérvényesítő képességeket fejlesztő csoportfoglalkozások szervezése javasolt, illetve terápiás beavatkozások is alkalmazhatók, de ez utóbbi a fogvatartottat személyesen ismerő pszichológus kompetenciája. Az öngyilkossági krízisek esetén intenzív krízisintervenció alkalmazása szükséges. Amennyiben a krízisfolyamat csúcspontjára lecseng, a személyiség működése más, adaptívabb irányba haladhat (Lehoczky 2011b), amiben többnyire szintén szükséges segítséget nyújtani. Mindez szintén a pszichológus feladata, azonban tudni kell azt, hogy az ilyen páciensekkel való munka a szakember számára igen megterhelő, így csak korlátozott számban vállalható. Szükséges továbbá a következők esetek csoportos feldolgozása a fogvatartott-társakkal, tekintettel különösen a modellhatás megelőzésére. Fontos kiemelni azt, hogy a leírtak hatékony megvalósulása csak csapatmunka keretében képzelhető el (Lehoczky 2011b).

Egy másik rendkívül fontos, és sajnos nem eléggé előtérben lévő terület a személyzet képzése az önkárosítás és öngyilkosság kezelésének témakörében, lehetőleg már az alapképzés során. Szükséges volna útmutatók kidolgozása a fogvatartottal közvetlenül kapcsolatban álló személyzet számára, amelyek megnyugtatóan eligazítanak a szóban forgó helyzetekben.

Végül, de a legkevésbé sem utolsó sorban pedig a személyi állomány mentálhigiénés ellátása az, amely az eddigieknél mindenképpen több odafigyelést ér-

demel. Ezek a munkakörök emelkedett stressz-szinttel járnak együtt, ami rövid időn belül kiégéshez vezethet, akadályozva a kolléga megfelelő munkavégzését. A nem megfelelő viszonyulás a konfliktusok szaporodásához, a feszültség növekedéséhez vezet, ami egyrészt tovább növeli a személyi állományra nehezedő stressz terhelést, másrészt a fogvatartotti állományban megnőhet a különleges események száma. Emellett a fogvatartottal közvetlen kapcsolatban lévő személyzet esetenként traumatikus élményekkel szembesül (pl. egy igen sok vérrel járó falcolást ellátni, egy önakasztottat leszedni a kötélről, stb.), melyek feldolgozásában és a poszttraumás szindróma kialakulásának megelőzésében a megfelelő tapintat mellett szakmai segítségre lehet szüksége.

Végszó

Nem szabad szem elől tévesztenünk azt, hogy a prizonális helyzet egy hosszan fennálló és megoldhatatlan stresszhelyzet a fogvatartottak jelentős hányada számára, ami az önkárosítások és az öngyilkosságok lehetőségét mindig magában hordozza. Így számuk minden erőfeszítésünk ellenére sem csökkenthető nullára. Ez azonban nem jelenti azt, hogy ne kellene törekednünk minden ilyen esemény megakadályozására.

Irodalomjegyzék

- Boros J. – Csetneky L. (2002): *Börtönpszichológia*. Budapest, Rejtjel Kiadó.
- Dear, G. (1999): *Preventing self-harm in prison: Do we need different strategies for indigenous and non-indigenous prisoners?* Conference of Best Practice Interventions in Corrections for Indigenous People. Adelaide.
- Fliegau G. (2012): *Büntetés-végrehajtási Pszichológia 4.* – <http://bvpszichologia22.blogspot.com>. [Letöltés: 2012. Július 22.]
- Fulwiler, C. et al (1997): *Self mutilation and suicide attempt: ditinguishing features in prisoners.* Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 25, 69-77.
- Hárdi I.(2000): *Az agresszió világa*. Budapest, Medicina Könyvkiadó.
- Kuritárné Szabó I. (2008): *A borderline szuicidalitás jellegzetességei.* Psychiatria Hungarica, 23, 1. 22-33.
- Láng K. – Horváth A. (2009): *Kényszerközösségben lévő személyek öngyilkossági attitűdje, személyiség szerkezete a Cloningeri tipológia alapján.* Debrecen, Magyar Pszichiátriai Társaság XV. Vándorgyűlése.
- Lehoczki Á. (2009): *A prizonális helyzetben elkövetett önkárosítás pszichés hátteréről.* Börtönügyi Szemle, 2009. 3. 101-106.
- Lehoczki Á. (2011a): *A börtönben elkövetett önkárosítások jellemzői és terápiás lehetőségei.* Budapest, Magyar Pszichológiai Társaság Naggyűlése.
- Lehoczki Á. (2011b): *A 2010. évi befejezett prizonális szuicídiumok ismertetése.* Budapest, Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet Tudományos Ülése.
- Linehan, M. M. (2010): *A borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája.* Budapest, Medicina Könyvkiadó.
- McArthur, M. – Camilleri, P. – Webb, H. (1999): *Strategies for managing suicide and self-harm in prisons.* Trends and Issues Crime and Criminal Justice, 125, 1-6.