

Hamula János – Uzonyi Adél¹

Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet csoportterápiás rendszerének bemutatása

Bevezetés

Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (IMEI) 170–180 kóros elmeállapotú, súlyos bűncselekményt elkövető pszichiátriai beteget lát el. Az ideiglenes kényszergyógykezelés, a kényszergyógykezelés olyan szabadságelvonás, amelyet a bíróság rendel el és a szükségesség idejéig tart (átlag 4 és fél év). A többéves pszichiátriai kezelés hosszú csoportterápiás folyamat megtervezésére ad lehetőséget. A beteg rehabilitációja, reintegrációja a személyzet valamennyi tagjának feladata. A csapatmunka részese a biztonsági felügyelő, az ápoló, a reintegrációs tisztt, a pszichológus, a pszichiáter és természetesen a főigazgató főorvos is. Az egyéni, a csoportterápia a teammunka részeként elsődlegesen a Klinikai Pszichológiai Osztály feladata.

2006-tól folyamatosan építjük az intézet csoportterápiás rendszerét, amely betegeinket intézeti tartózkodásuk minden fázisában végigkíséri, és reményeink szerint hozzájárul az elbocsátásra való felkészülésükhöz.

Tanulmányunkban 9 éve zajló munkánk alakulását ismertetjük, ugyanakkor hangsúlyozzuk, hogy csak érintőlegesen foglalkozunk az előzetes letartóztatottak és elítéltek pszichológiai ellátásával.

Történelem – a jelenben

Az IMEI 129 éve, 1896. november 1-én a Királyi Országos Gyűjtőfogház (ma Budapesti Fegyház és Börtön) területén kezdte meg működését. A 140 ágyas intézet lehetővé tette az elmebaj jeleit mutató fogvatartottak elkülönítését a többiekétől, valamint a kétes elmeállapotúak megfigyelését. A „téboldyák” háttérbe szorulásával a társadalom védelmében szükségessé vált a bűnelkövető elmebetegek zárt intézeti kezelésének megoldása, így létrejött a kényszergyógykezelés jogintézménye, amelynek végrehajtója az IMEI.

Az intézet zárt jellegénél fogva a külvilág számára és a büntetés-végrehajtáson belül is sokáig szinte teljesen rejtve maradt az IMEI-ben folyó munka. Bár az intézmény az elmúlt másfél-két évtizedben egyre nyitottabbá vált, napjainkban is sok a tévhit tevékenységét illetően.

1 A tanulmány további szerzői: Deli Éva c. bv. alezredes, mb. főosztályvezető-helyettes, BVOP Egészségügyi Főosztály; Gyollai Ágoston bv. főhadnagy, klinikaiszakpszichológus-jelölt, IMEI; Halmai Tamás, klinikai szakpszichológus, SE Kútvölgyi Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály; Lehoczi Ágnes bv. őrnagy, klinikai szakpszichológus, NKE RTK Bv. Tanszék; Lukács-Miszler Katalin, klinikai szakpszichológus, IMEI; Magyar Judit bv. százados, klinikai szakpszichológus, IMEI; Székely Mária, klinikai szakpszichológus, IMEI; Tóthné Kiss Klaudia, klinikaiszakpszichológus-jelölt, IMEI.

Jelenleg is sajátosan ötvöződik a pszichiátriai gyógykezelés a büntetés-végrehajtási tevékenységgel. Az intézet munkáját az egészségügyi előírások mellett büntetőjogi és büntetés-végrehajtási jogszabályok határozzák meg, a személyzet kettős szakmai szerepben van. A dolgozók egy része közalkalmazott, másik része hivatásos szolgálati viszonyban áll, az ápolók, illetve a pszichológusok egy része fehér köpenyt időnként egyenruhára cseréli. Ez már önmagában sajátos helyzetet teremt a terápiás kapcsolatban. A pavilonrendszerű épületek a XIX. században épültek, ebből adódóan struktúrájuk nem felel meg a modern pszichiátriai intézetekkel szemben támasztott építészeti elvárásoknak (Karlin, Zeiss 2006). A környezet barátságossá, kényelmessé alakítása, az intim szféra biztosítása, a közösségi rendezvények, csoportterápiás foglalkozások megszervezése jelentős erőfeszítések árán oldható meg.

A kényszergyógykezelés

A kényszergyógykezelt beteg esetében a bűncselekmény nem a jogkövető² magatartás tudatos elutasításából, hanem a pszichiátriai betegségből fakadó kóros elmeállapotból ered. Éppen ezért munkánk fókuszában a betegség kezelése áll.

A rehabilitáció célja az újabb kényszergyógykezelést megalapozó cselekmény elkövetési valószínűségének a lehető legalacsonyabb szintre szorítása, ez az intézetből való elbocsátás feltétele. A kényszergyógykezelés felülvizsgálatára félévente kerül sor. Az elbocsátásról a bíróság dönt az intézeti kezelőorvos, illetve két független szakértő által készített pszichiátriai szakvélemény alapján. Álláspontunk szerint a kényszergyógykezelés megszüntetése akkor lehetséges, ha a beteg tartósan kompenzált állapotban van, megfelelő betegségbelátással rendelkezik és ebből következően a további gyógykezeléssel tartós együttműködésre képes önkéntesen.

A célok elérése hosszú előkészítést igényel, amelyet már a bekerüléskor meg kell kezdeni. A pszichiátriai kezelés mellett fontos cél a beteget elfogadó biztonságos környezet megtalálása. A betegek egy része pszichiátriai betegek otthonában kerül elhelyezésre, más részüket a család fogadja vissza. A kényszergyógykezeltek adaptációs szabadsága elősegíti a rehabilitációs célok megvalósulását.

A kényszergyógykezelés gyakorlata

A pszichiátriai osztályokhoz képest intézetünkben szinte kizárólag pszichotikus állapottal járó kórképek fordulnak elő. Betegeink zöme szkizofréniában, hasadásos elmezavarban, szenved. A pszichotikus betegek esetében a gyógyszeres keze-

2 Személy elleni erőszakos vagy közveszélyt okozó büntetendő cselekmény elkövetőjének kényszergyógykezelését kell elrendelni, ha elméműködésének kóros állapota miatt nem büntethető, és tartani kell attól, hogy hasonló cselekményt fog elkövetni, feltéve, hogy büntethetősége esetén egyévi szabadságvesztésnél súlyosabb büntetést kellene kiszabni." (A büntető törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 78. §. (1) és (2) bekezdés).

lés és a pszichoterápia megfelelő kombinációja a leginkább hatékony és elfogadott kezelési mód, mely szocioterápiás foglalkozásokkal is kiegészül.

A pszichotikus beteg a gyógyszer hatására válik elérhetővé a pszichoterápia számára. A korszerű gyógyszer a tüneteket úgy szünteti meg, hogy a beteg aktivitása, teljesítőképessége megmarad, vagy javul, nincsenek az együttműködést rontó mellékhatások (aluszékonyság, izommerevség, nyálfolyás stb.)

Az IMEI-ben az egyes kórképek gyógykezelésére kiadott szakmai protokollnak megfelelően folyik a gyógyszeres kezelés, ugyanakkor számos egyéb körülményt (előzetesen szedett készítmények, egyéb betegségek stb.) is mérlegelve alakítják ki, illetve szükség esetén módosítják a beállított terápiát.

A reintegrációs szakemberek által vezetett intézeti csoportos foglalkozások szocioterápiás kezelésnek tekinthetők, ami a társadalmi jelenségek (munka, művészet, közösség) gyógyító célú felhasználását jelenti, és a munkaterápia, foglalkozás- és közösségi terápiák formájában kerülnek alkalmazásra (Irinyi 2000). Ennek hangsúlyos része betegeink egyéni ösztönzése annak érdekében, hogy elkerüljük beszűkülésüket, befelé fordulásukat, strukturáljuk, tartalommal töltjük meg szabadidejüket. A motiváltság felkeltése és fenntartása, valamint a közös tevékenység az együttműködési készségre is hat, mely a betegek állapotjavulásának fontos összetevője.

A pszichoterápiás tevékenységről később részletesen beszámolunk.

A teammunka

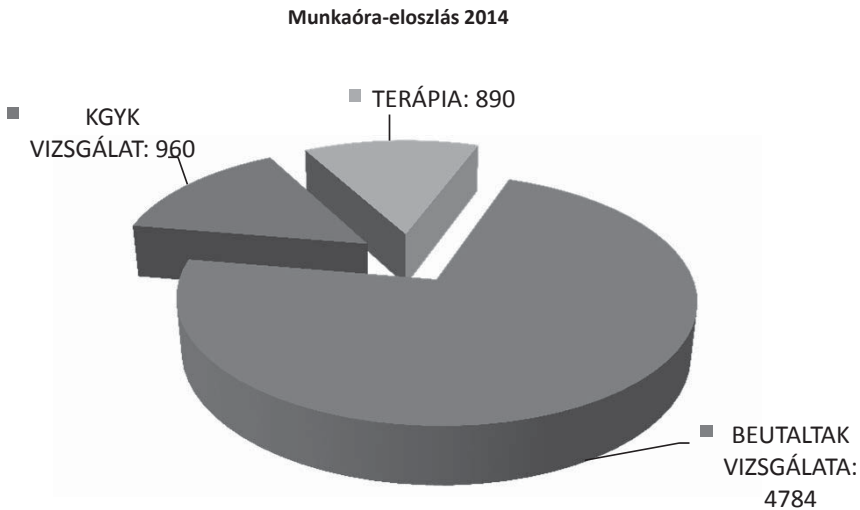
A gyakorlatban a fenti követelményeknek megfelelő, korszerű kezelés a személyzet összehangolt munkája (teammunka) révén kell, hogy megvalósuljon. Az orvosi, pszichológiai, pszicho-pedagógiai (reintegrációs), ápolói és szociális gondozói tevékenység egyaránt arra irányul, hogy a betegek rehabilitációja minél hatékonyabb legyen és az elbocsájtást követően a társadalmi visszailleszkedésük (reintegráció) sikeresen menjen végbe.

A teammunka vezetője az osztályvezető főorvos, aki az intézet főigazgató főorvosa által jóváhagyott szakmai koncepciónak megfelelően irányítja, összefogja a betegekkel kapcsolatos terápiás munkát. A teammunka összehangolása érdekében az utóbbi egy évben új kezdeményezésként a főigazgató főorvos vezetésével ún. "Esetkonferencia" megbeszélések kerültek bevezetésre.

Ez a fórum a lehetőséget teremt a betegek egyéni kezelési tervének megvitatására. A fent említett különböző szakterületek képviselőinek – az adott betegre irányuló – feladatait egy táblázatba foglalva áttekinthetővé válik, hogy a kezelés folyamatában kinek milyen szerepe, tennivalója van. A pszichológiai terület például véleményezi a beteg intelligenciaszintje, személyiségképe alapján a pszichoterápiára való alkalmasságát, annak javasolt formáját (egyéni, csoport), a családi terápiás konzultáció szükségességét, a reintegrációs szakterület rögzíti a beteg kapcsolattartását, szocioterápiás aktivitását stb.

A Klinikai Pszichológiai Osztály tevékenysége

A teammunka egyik résztvevője a Klinikai Pszichológiai Osztály (KPO), amely 3 főállású, 5 részmunkaidős pszichológus tevékenységét koordinálja. Az osztály „beszövi” az egész intézetet, a munkatársaink nem egy betegellátó osztályon dolgoznak. Az egyéni – és csoportterápiás munkában minden kolléga részt vesz. Jelentős teher a kiemelten kezelt szuicid prevencióhoz kapcsolódó diagnosztikai tevékenység, amely bizonyos mértékig korlátozza a pszichoterápiás tevékenységre fordítható időt. A statisztikai mutatók szerint az látszik, hogy 2009. óta az ilyen irányú pszichodiagnosztikai tevékenység megkétszereződött. A börtönpszichiátriai és a kényszergyógykezelt populációra irányuló pszichológiai tevékenységekre fordított munkaórák megoszlását a 1. ábra mutatja.



1. ábra

Az ábrán látható, hogy a rendelkezésre álló munkaidő 72%-át a börtönpszichiátriai tevékenység teszi ki, a kényszergyógykezelték diagnosztikájára 14%, a pszichoterápiára 13% marad, ami az átlag 180 fő beteget tekintve nem ideális.

A pszichoterápiás munka kiindulópontja

A terápiás folyamat megtervezésének első lépései közé tartozik annak szám-bavétele, hogy milyen motivációs bázisra építhetünk. A személyes motiváció a pszichoterápiában való részvételre alapvető a terápiás kapcsolat kialakításában, és meghatározó szerepet játszik annak hatékonyságában is. A hiányos realitás-funkció, az önkép töredezettsége, az önvezéreltség és a betegségbelátás jelentős hiányosságai miatt pszichotikus betegeknél gyakran különösen nehéz a pszichoterápiára irányuló személyes motivációra építeni.

Kényszergyógykezelés esetén a pszichotikus állapot jellegzetességein túl további speciális tényezőkkel kell számolnunk: a kezelésre a beteg nem önszántából jelentkezik, a terapeuta gyógyító szándéka mellett is legtöbbször büntetésként éli meg kezelését.

Fontosnak tartottuk azt a kérdést, hogy milyen egyéni motivációval bírnak a betegek és hogyan alakul ez a kezelés során. Kérdőíves vizsgálatot végeztünk (Halmai és mtsai 2010), amelynek az volt eredménye, hogy a kezelésüket csak nemrég megkezdett páciensek kisebb arányban tartották magukat pszichiátriai szempontból betegnek, mint a hosszabb ideje kezelték. Nyilvánvaló, hogy betegségbelátás hiányában a motivációra náluk nem építhetünk, ezért első lépésként a betegségbelátás kialakítását kell megcéloznunk. A régebbi betegek viszont a betegségbelátás erősödésével párhuzamosan kevesebb egyéni motivációt fogalmaztak meg, mint az újak. A beteg mintha átvinné a kezelőorvosától és a személyzettől hallott elvárt célokat.

A pszichiátriai gyakorlatban a motiváció a gyógyulásra, a kompenzált állapot elérésére, fenntartására irányul. A kényszergyógykezelteknél a helyzet összetettebb. Erőszakos bűncselekményt követett el, ennek felelőssége alól a betegségére való tekintettel a bíróság (az „állam”, a „világ”) jogilag felmentette. Gyakorlatilag azonban a betegek a bűnösség-betegség, illetve a büntetés-gyógyítás kettősségében viszik tovább az életüket. Betegeink egy része a büntetés kérdéséhez úgy viszonyul, hogy cselekményét kizárólag a betegségből eredezteti, és mivel azt én-idegennek éli meg, nehezen készíthető saját szerepének feldolgozására. Más részüket pedig épp a súlyos büntetés akadályozza meg a cselekmény megértésében. Fontos megjegyeznünk, hogy bár a visszaesési rizikó csökkentésében lényegesnek tartjuk a cselekmény megértését, a terápia során ez a téma próbára teszi a kezelők lélektani teherbíró képességét is, így nem minden esetben sikerül megközelíteni ezt a problémát.

További ellentmondás feszül a büntetés-gyógyítás kettősségében. Alapvetően nehéz a szabadság elvonását nem büntetésként megélni. Ameddig azonban a beteg a kényszergyógykezelést csupán büntetésnek éli meg, nem lehet a motivációját a gyógyulásban való aktív részvételére felkelteni.

A gyógyítás-büntetés kettőssége a mi szerepünkre is rávetül, hiszen a pszichológus a beteget „fogva tartó” rezsim része. A helyzetet tovább bonyolítja, hogy sokszor nem kerülhet el, hogy az elbocsátást befolyásoló vizsgálatokat és a terápiás munkát ugyanaz a személy végezze. Mindez ellenállást, bizalmatlanságot és rejtőzködést szül, miközben a szkizofrén betegek patológiájából adódóan eleve problémás terület a bizalom (Smith 1999). Míg a diagnosztikai munkában objektív attitűdünkkel a beteg állapotáról, tüneteiről, potenciális veszélyességéről igyekszünk a lehető legpontosabb képet nyerni, a terápiás munkában a bizalmon alapuló, megértő, elfogadó és támogató hozzáállásra van szükség. A pszichotikus betegekkel végzett forenzikus (csoport)terápiás munka egyébként is több szempontból nehéz, sokszor a kohezív csoport létrehozása is túl magas cél lehet. Számos destruktív folyamat zajlik a közösségben, és igen erősek lehetnek a viszontátvételi érzések (Smith 1999; Gordon és mtsai 2005). A feladat tehát a beteg megnyerése a terápiás kapcsolatnak és munkának a pszichológus szerepkonfliktusai mellett.

A pszichoterápiás tevékenység célja

A kényszergyógykezelés célja a kriminális rizikó csökkentése. A pszichoterápiás munka két fő pillérét a pszichoedukáció és az önismereti munka jelenti. A pszichoedukációs foglalkozások célja, hogy a beteg lássa be a betegségét, ismerje meg annak tüneteit, belső meggyőződésből működjön együtt a kezeléssel annak érdekében, hogy az elbocsátást követően a terápia melletti kitartás (adherencia) megnyugtatóan fenntartható legyen.

A másik fő pillér az önismereti munka. Ebben egyrészt fontosnak tartjuk, hogy a beteg ismerje meg a személyiségében rejlő okokat, melyek a cselekmény elkövetéséhez hozzájárulhattak, illetve mérlegelje hogyan lehetett volna, illetve lehet a jövőben azt elkerülni. Azt gondoljuk, ha a cselekmény és a kényszergyógykezelés időszaka integrálódni tud az élettörténetbe, az szintén hozzájárul a visszaesési kockázat csökkentéséhez.

A saját személyiség működésére való rálátás és megértés fokozásával, a tudatosság növelésével a beteg számára a különböző nehéz életesemények kevésbé lesznek megterhelőek, a pszichés egyensúly könnyebben megőrizhető. Ha felismeri és tudatosítja a beteg az érzéseit, szándékait, gondolatait, akkor egyrészt azokkal könnyebb megbirkóznia, másrészt a beteg a viselkedését is jobban tudja kontrollálni. Nagyobb fokú tudatosság esetén a lelki tartalmak könnyebben szavakba önthetőek lesznek, egy másik személlyel megoszthatóvá is válhatnak. Ez azért is fontos, mert magát a cselekményt tekinthetjük egy kommunikációs aktusnak is, a beteg szavak helyett cselekedettel mondott el valamit. A tudattalan tudatosításával, a verbalizálás erősítésével a cselekedetek helyett a szavakban való kommunikálást erősítjük.

A fent megfogalmazott célokat csoportos terápiák egymásra épülő folyamatában törekszünk elérni, amit szükség és kapacitás szerint egyéni terápiás ülésekkel egészítünk ki. Az intézeti csoportterápiás rendszerünket az intézetben bejárt betegkarrier köré szerveztük, követjük a különböző stációkban felmerülő szükségleteket (2. ábra). Ezek közül néhányat az alábbiakban ismertetünk.



2. ábra

Az IMEI Csoportterápiás Rendszere

A beilleszkedést segítő csoport - az ideiglenes kényszergyógykezelés (IKGYK)³ terápiás sajátosságai

Az ideiglenes kényszergyógykezelés az első fázis, ahol elkezdődik az a terápiás folyamat, ami a betegséget és a betegnek ahhoz való személyes viszonyulását célozza. Az intézetbe kerülés körülményei jelentősen befolyásolják a terápiás hozzáférhetőséget. Aki már hosszabb időt töltött az IMEI-ben mint előzetes letartóztatott, annak az ott megélt bezártság után felszabadítóbb az IKGYK nyitottabb légköre. Emellett az intézeti napirendhez is könnyebben alkalmazkodik, valamint – jó esetben – a betegségelátása is kialakulófélben van. Ezzel szemben azt, aki közvetlenül kerül az osztályra, jobban megterheli a zárt intézet speciális szabályaihoz, a betegtársakhoz, valamint az orvosi kezeléshez való alkalmazkodás.

Erre a kezdeti nehéz fázisra nagy figyelmet fordítunk, a beilleszkedést segítő csoport tematikája mindig a betegek aktuális problémáit célozza meg. A csoportba az kerülhet be, akinek az állapota annyira kompenzált, hogy képes a közös munka kereteit tartani. Elsőként azokat a kérdéseket érintjük, amik a betegek számára a legsürgetőbbek, vagyis a bekerüléssel, a betegséggel és a lehetséges elbocsátáshoz vezető úttal kapcsolatosak. A feszítő kérdések megbeszélése az első lépés afelé, hogy a betegek érezzék, helyzetüket megértjük és az azzal kapcsolatos szorongásaikat komolyan vesszük. A csoportban szóba kerülnek továbbá azok a nehézségek is, amik a napirenddel, a személyzettel, a gyógyszerekkel és a nehezen viselhető betegtársakkal kapcsolatosak, valamint felmerül az egyik legnehezebb kérdés is: „Beteg vagyok-e vagy bűnöző?”.

A betegtársakhoz való ambivalens viszonyulás külön figyelmet igényel. A beteg számára egyrészt megkönnyebbülést okoz, hogy más is hasonló helyzetben van, mint ő. Másrészt azonban a többieket jobban megismerve előfordulhat, hogy azok bűncselekménye vagy esetleges pszichotikus dekompenzálódása félelemmel tölti el, esetleg úgy érzi, mindenki más beteg, csak ő nem. Ilyenkor személyes beszélgetéseken keresztül is lehetőséget adunk a félelmek oldására, a kérdések tisztázására.

Mivel a betegek hetente fogadhatnak látogatókat, a csoportban vagy az egyéni terápiákban gyakran szóba kerül a családdal való kapcsolat. A bűncselekmény és a betegség okozta szégyennél általában erősebb a vágy a hozzátartozók elfogadó, megbocsátó támogatása iránt, ennek kialakulása azonban sokszor hosszú és fájdalmas folyamat. A családi kapcsolatok helyreállításában a legkisebb siker (pl. a levelezés) is sorsfordító lehet a beteg számára, ezért fontos már a kezelés kezdetén ennek facilitálása.

³ Az ideiglenes kényszergyógykezelés a kóros elmeállapotú terhelt személyi szabadságának bírói elvonása jogerős ítélet nélkül. Ideiglenes kényszergyógykezelésnek akkor van helye, ha megalapozottan lehet következtetni arra, hogy a terhelt kényszergyógykezelését kell elrendelni. Az ideiglenes kényszergyógykezelés elrendelésére az előzetes letartóztatás elrendelésére vonatkozó szabályok irányadók.” (1998. évi törvény a büntető eljárásról 107. §)

A kényszergyógyekezelték és hozzátartozóik pszichoedukációs csoportja

Az intézetben először 2011-ben indult ilyen csoport. Utólag nagy feyvertényként tekintünk erre a vállalkozásra, mivel korábban a hozzátartozók szerepe a kezelésben háttérbe szorult, csak a heti látogatáskor nyertek bebocsájtást az intézetbe és havonta egy alkalommal beszélhettek a kezelőorvossal. Célunk a reintegráció elősegítése volt azáltal, hogy a résztvevők jobban megértik a pszichiátriai betegség jellemzőit és annak hatását az életminőségükre.

Hat hónapon át zárt csoport formában a betegekkel hetente, a hozzátartozókkal havonta találkoztunk, voltak közös alkalmak is. Az edukáció során a meglévő ismeretek, attitűdök, kérdőíves felmérésének eredményeire építettük az ismeretek átadását pedagógiai módszerek alkalmazásával, de interaktív módon. Ezt a maximum 20 fős létszám lehetővé is tette. A csoport zárásakor ismét mértük az eredményeket.

Kezdetben a hozzátartozók motivációja arra irányult, hogy a beteg minél hamarabb kerüljön ki az IMEI-ből, ezért minden téren törekedtek a személyzettel való együttműködésre és „lelkesen” vágta bele a pszichoedukációs foglalkozásokba is. Egyik fél sem rendelkezett releváns információkkal a pszichiátriai kórképekről és arról, hogy a betegségükkel egy egész életen át együtt kell majd élni. A betegek valódi betegségbelátása nem alakult még ki, az sokkal inkább sablonokból épült fel. Azt gondolták, hogy a kényszergyógyekezelték megszűnésével a betegség is elmúlik, és élhetik tovább korábbi megszokott életüket. Kezdetben ambivalens módon vagy ellenséges attitűddel tekintettek a gyógyszeres kezelésre is, főként a kellemetlen mellékhatások miatt. Legtöbbször felkészületlenül, „villámcsapásszerűen” érte őket a betegség és a bűncselekmény megvalósulása (a cselekmények többségét az első shub alatt követték el). A csoportülések során fontos felismerésekhez jutottak a résztvevők pl. a betegség öröklődésével kapcsolatban. A hozzátartozókban az eleinte jellemző magabiztosságot a jövőtől való reális szorongás váltotta fel, amikor megértették a betegség krónikus jellegét. A korábban felszínre került büntudatuk enyhült, gondolataik a múltból a jövő felé irányultak. A családtagok közötti kapcsolat saját elmondásuk szerint elmélyült, a hozzátartozók korábbi overprotektív attitűdjét felváltotta a valós nehézségek megbeszélése. Megfogalmazódtak fontos alapelvek, minthogy a betegség tüneteit időben jelezni kell. Ezt erősítették meg korábban elbocsájtásra került betegek is, akik meghívott vendégként számoltak be az otthoni környezetbe való visszailleszkedésről és a pszichoedukáció megtapasztalt hasznosságáról.

Tematikus csoportok bemutatása – Bennünk élő istennők-istenek

A mítoszok az emberi fejlődés, a jungi értelemben vett individuáció szimbolikus ábrázolásai. Kapcsolódnak a konkrét individuális fejlődés jelentős eseményeihez, élményeihez, ezáltal kompenzatorikus személyiség- vagy interakciós modellként szolgálhatnak (Süle 1996).

Mivel a szkizofrén betegek számára a nemi szerep kimunkálása gyakran problémás, illetve betegeink életútjában, cselekményében fellelhetők a családi kapcsolatok alakulásának zavarai, a csoportmunka ezeknek a nehézségeknek a megértésére, rendezésére tett kísérletet a mitológiai történetek felhasználásával.

A csoportok két szakaszban (istennők-istenek) 12-12 ülésben zajlottak, koedukált és nem koedukált összetételű zárt formában.

A tematika Jean Shinoda Bolen könyvei nyomán (Bolen 2007, Bolen 2008) közélítette meg, hogyan működnek a görög istennők, istenek által megformált férfi-női archetípusok a pszichotikus betegek belső világában. Módszerünk az volt, hogy az isten/istennő képi ábrázolását, attribútumait szemlélve – kapcsolódó mitológiai történetek megbeszélésével – azok jelentését kibontottuk. Megfogalmaztuk az archetípus jellemzőit a gyerekkor, a felnőttkor, a párkapcsolat, az anyaság, a foglalkozásválasztás vonatkozásában. Ezt követte a pszichés veszélyek, egyoldalúságok kiemelése majd a kapcsolódó személyes asszociációk, felismerések.

Szóba került a nőies, férfias tulajdonságok ötvöződése, a saját nemükhöz való viszony, beszéltünk a vágyott és elutasított törekvésekről.

Eredményként értékeltük, hogy a csoporttagok lehetőséget kaptak arra, hogy új szempontok mentén gondolkodjanak magukról. Személyiségük alakulását a különböző életszakaszokban aktíváló archetípusokban felismerni vélték, a belső ellentmondások elfogadhatóbbá váltak számukra és előtérbe került azok integrálásának igénye.

Bizonyos archetípusok (Árész, Hádész) elutasítása kapcsán az agresszió, a meg nem értettség és a kirekesztettség témája felszínre kerülhetett, ezáltal szimbolikus és személyes szinten átélhetővé, átdolgozhatóvá vált.

Fontosnak tartottuk azt, hogy megfogalmazódott: az IMEI lehet „a változás helye” is, a korábbi egyoldalú „Hádész, az alvilág, ahonnan szabadulni kell” gondolat helyett. A Hádész mint hely összetett szimbolikája (ide kerülni sorsszerűség, a tudattalan birodalma, izolál a külvilágtól, félnek tőle még az istenek is), az elmebetegséggel kapcsolatos párhuzamok lehetőséget adtak arra, hogy szóba kerüljön a kényszergyógykezelés „értelme”, valamint a külvilághoz való viszony.

Készségfejlesztő csoportok

A kommunikációs készségeket és az asszertivitást fejlesztő tréning illeszkedik azokhoz a csoportfoglalkozásokhoz, amelyek intézetünk terápiás rendszerében működnek. A kommunikációs tréning célja, hogy a betegeknek olyan alapvető eszköztárat nyújtson, amely elősegíti az intézeten belül és szabadulás után, a civil életben a kapcsolatok hatékony kezelését, a megfelelő alkalmazkodást és a beilleszkedő, normakövető magatartásformákat. A szervezés során figyelembe vettük, hogy a csoporttagok – betegségükből adódóan – markáns kommunikációs deficittel rendelkeznek. A tematika azon törekvésünket tükrözi, hogy a kommunikáció alapjaitól indulva építkezzünk az egyre összetettebb kommunikációs helyzetek irányába. Az asszertivitás fejlesztése az önérvényesítő magatartás kialakítását célozza, segíti betegeinket abban, hogy oly módon érvényesíthessék

jogaikat és érthessék el céljaikat, hogy saját érzéseik, gondolatait kifejezése mellett figyelembe tudják venni mások szükségleteit, érzéseit és jogait is. Az asszertív kommunikáció módszerének megismerésével lehetővé válik, hogy a korábbi, kevésbé adaptív konfliktuskezelési stratégiákat az önmaguk és mások érdekeit egyaránt szem előtt tartó megoldási módok váltsák fel, hozzájárulva a szociális hatékonyság eléréséhez.

Az intézeti kereteknek köszönhetően koedukált csoportokat tudtunk kialakítani, ami igen szerencsésnek bizonyult, mert lehetőséget teremtett a férfi-női kommunikációs folyamatok eltéréseinek megvitatására, szemléltetésére.

A csoportokat két fő vezette, egyenlő arányban megosztva egymás között a vezetési feladatokat. A speciális intézményi keretek megkívánták a csoport egyedi működési szabályainak szigorú lefektetését és következetes betartatását. Az egyes ülések tartalma előre kidolgozott, tematikus forgatókönyv alapján épült fel, de a csoport igényeinek, érdeklődésének teret biztosítva lehetőség volt az attól való eltérésre, bizonyos témakörök mélyebb megvitatására. Az ülések során elhangzó rövid, fókuszált ismeretközlés után minden alkalommal szituációs és önismereti játékok formájában gyakoroltuk az aktuális tudásanyagot, elsajátítandó készségeket. A játékok során törekedtünk minden csoporttag azonos mértékű bevonására és motiválására. A játékok lezárása során csoportos és egyéni visszajelzéseket kaptak a résztvevők, illetve lehetőséget biztosítottunk arra is, hogy a tagok megfogalmazzák saját reflexióikat is. Az egyes ülések végén házi feladatokat adtunk; ennek célja az üléseken elhangzottak további elmélyítése volt. Az utolsó ülésen egy olyan lezáró játékot választottunk, amely tartalmazta az összes elsajátított készséget. A játékot követően a csoporttagoknak lehetőségük volt az egész, 10 hetes csoportfolyamattal kapcsolatos gondolataikat, érzéseiket átgondolni és közölni. A tagok egybehangzóan megfogalmazták, hogy a jövőben is olyan foglalkozást igényelnének, ami lehetővé teszi az interaktív készségfejlesztést, a játékos tanulási formákat és az egyéni visszajelzéseket.

A tréning hatásának értékelése céljából a csoportmunka kezdete és lezárása során a kommunikációs tréning esetében a Szociális Kogníció Kérdőívet (Wells 1997 In: Perczel-Forintos, Kiss, Ajtay 2005) alkalmaztuk, amely a társas helyzetben mutatkozó negatív elvárások felmérését teszi lehetővé. Az asszertivitást fejlesztő foglalkozások hatékonyságának mérését a Rathaus-féle Asszertivitás Kérdőívvel (Rathaus 1973 In: Perczel-Forintos, Kiss, Ajtay 2005) végeztük, mely az interperszonális helyzetekben mutatott asszertív viselkedésformák és szociális készségek mérésére szolgál. A részletes statisztikai elemzést nem mutatjuk be, de az eredmények javuló tendenciát jeleztek.

Az intézeti rehabilitációs csoport

Az intézeti rehabilitációs csoport a terápiás rendszer utolsó állomásának tekinthető. Feltételezzük, hogy ha a kényszergyógykezelés integrálódik a beteg élettörténetébe – ami által maga az élettörténet is komplexebb lesz, a személyiség érik, differenciálódik –, az hozzájárul a bűnelkövetési rizikó csökkentéséhez, segíti a

viSSza- vagy beilleszkedést a szabadulás utáni környezetbe. Ezért célul az élettörténet és a fontos kapcsolatok történetének árnyalását, a kényszergyógykezelésnek az élettörténet szövedékébe való részletgazdagabb beillesztését, valamint a jövőre vonatkozó gyakran idealizált és sematikus elképzelések megdolgozását jelöltük meg.

Ebben a hosszú, zárt, strukturált csoportban tartósan jó állapotban lévő betegek vesznek részt. A tagok kiválasztásában fő szempont a többé-kevésbé megfelelő realitásérzék és a motivált részvétel. A munkamódra jellemző, hogy verbális és nonverbális feladatokkal és ezek megbeszélésével közelítjük meg, dolgozzuk fel a csoportvezetők által felkínált témákat, illetve illeszkedünk a csoportülések során felmerült tartalmakhoz.

Eddigi tapasztalataink szerint jellemzően differenciálatlanul jó, idealizált képet jelenítenek meg a betegek a múltjukról, a kapcsolataikról. Törekedtünk arra, hogy ez a kép árnyalódjon, hogy a pozitív élmények mellett a nehezebb, fájdalmasabb emlékek is helyet kaphassanak az elbeszélhető történetekben. A csoportfolyamat előrehaladtával megoszthatóvá váltak emlékek a mentálisan beteg vagy éppen elhanyagoló, esetleg szuicidáló szülőről. Egy volt betegtársuk öngyilkosságáról érkező hír kapcsán megjelentek a szabadulással kapcsolatos félelmek, kétségek is. A csoportülések során több érzelm kifejezéssel és felismeréssel kapcsolatos, valamint mentalizációs gyakorlatot csináltunk, melyek a csoportvezetők és a csoporttagok számára egyaránt szolgáltak meglepő tapasztalatokkal.

A csoportmunka eredményességére vonatkozó méréseket nem végeztünk. Pozitívumnak tartjuk, hogy a megvalósult 31 ülés alatt sikerült egy kohezív csoportot létrehozni, a betegek motivált és aktív részvételével. Az első csoport 12 résztvevőjéből a csoport utáni évben 9 fő kényszergyógykezelése megszüntethetővé vált. Kérdésként merül fel, hogy miként lehet fókuszáltabban, a csoporttagok és csoportvezetők ellenállását is leküzdve dolgozni csoportban a cselekménnyel.

Adaptációs szabadság, a kényszergyógykezelés vége

A kényszergyógykezelt beteg az intézetből az otthonába történő végleges elbocsátása előtt a vonatkozó jogszabályban leírt feltételek fennállása esetén adaptációs szabadságra bocsátható⁴. Erről a főigazgató főorvos az intézeti Adaptációs Bizottság szakmai álláspontját figyelembe véve dönt. Az adaptációs szabadság 30 napra szól, és amennyiben a feltételei fennállnak, újabb 30 nappal meghosszabbítható. A gyakorlat az, hogy több hónapnyi sikeres adaptációs szabadság esetén a kényszergyógykezelés megszüntethető.

Az adaptációs szabadság egyik feltétele, hogy egy természetes személy vállalja a beteg 24 órás felügyeletét, tehát csak az ő kíséretében közlekedhet, jelenhet meg bárhol a beteg. Részben ezért is az adaptáció sajátos lélektani körülménye-

⁴ A kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól szóló 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet 10–11. §.

ket teremt a beteg és családja számára, tulajdonképpen egy „mintha szabadság” állapotát jelenti. Kontrollvizsgálatra érkező betegeink gyakran megfogalmazzák pozitív élményeik mellett a kiszolgáltatottság és a nem várt autonómiavesztés érzését is, valamint annak szorongató élményét, hogy egy esetleges állapotrosszabbodás esetén az adaptációs szabadságuk véget ér, és kezelésük az intézetben folyik tovább. Mindemellett a „kvázi próbaidő” alatt lehetővé válik a beteg fokozatos alkalmazkodása az otthoni szűkebb-tágabb környezethez, és a hozzátartozó is reálisan felmérheti, hogy valóban képes-e biztosítani a beteg folyamatos gondozását.

Az adaptáció alatt a beteg szűkebb környezetének (szomszédok, barátok, ismerősök) reakciója is detektálható, ugyanis előfordulhat, hogy a végleges elbocsátásra készülő beteg körül ellenséges légkör alakul ki már az elbocsátás tervének hírére vagy akár az adaptációs szabadság alatt. Amennyiben család a beteggel együtt nem képes-e ezt a szituációt rendezni, akkor többnyire lakóhely-változtatásra kényszerülnek.

A családi terápiás konzultáció

A hozzátartozóknak szervezett pszichoedukációs csoport munkájának során tapasztalatuk az igényt a családtagokat feszítő kérdések, kétségek és félelmek feloldására, valamint az ebből fakadó extrém ventilációs igény kanalizálására. Ezért szükségét láttuk olyan alkalmak megteremtésnek is, ahol a családtagok egymást közt, a két csoportvezető pszichológus támogatásával megfogalmazhatják a betegség és a cselekmény történetét és kifejezhetik az azokból fakadó frusztrációjukat, feszültségeiket. Így az utóbbi egy évben családi terápiás konzultációkat vezettünk be, mely főigazgató főorvosi utasításként az adaptációra bocsájtás feltételei közé is bekerült.

Eddigi tapasztalataink alapján a konzultációk tartalma és lezajlása minden betegnél egyéni volt a különböző élethelyzetek és betegségstörténetek miatt, de olykor kirajzolódtak hasonlóságok is. A legmarkánsabb közös nevező a hozzátartozókban felhalmozódott frusztrációk és feszültségek hosszú ventilálása volt. A családtagjuk betegsége miatti zavarodottság, szégyen és gyakran félelem, a bűntudat, hogy nem vették észre, hogy valami baj van, valamint a jövőt illető tanácstalanság kerültek elsősorban előtérbe. Ezek az első konzultációk a felfokozott érzelmek miatt mind a betegeket, mind a hozzátartozókat megviselték, azonban az, hogy ezekről szabadon beszélhettek és hogy a kérdéseikre, kétségeikre válaszokat kaptak, belső feszültségeiket nagyban csökkentette. Ezek további feldolgozásának érdekében javasoltuk a hozzátartozóknak, hogy külső szakemberek segítségét is vegyék igénybe.

A hozzátartozók gyakran panaszoik, hogy a betegek sokszor már jóval a bűncselekmény előtt felkeresték a lakóhelyükhöz közeli pszichiátriát, azonban vagy túl késői időpontot kaptak, vagy nem jól állították be a gyógyszereiket, vagy nem ismerték fel pszichotikus állapotukat. A beszélgetésekben megpróbáltunk rávilágítani arra, hogy a probléma mennyire függ össze az ő együttműködésük

kel, hogyan próbálták meg kommunikálni a tüneteket, és milyen utakat jártak be ahhoz, hogy megfelelő segítséget kapjanak.

Szintén gyakran felmerülő téma volt a betegségbelátás kérdése. A családtagok szüntelen keresték azokat az okokat, amik szerintük a hozzátartozójuknál a betegséget kiválthatták, és emellett a reményüknek is hangot adtak, hogy ha a kiváltó ok megszűnik, akkor a betegség ténye is megkérdőjeleződik. Az is előfordult, hogy inkább a szekunder betegség került előtérbe, mert úgy érezték, hogy könnyebb elfogadni pl. az alkoholizmust, mint a szkizofréniát. Ezek a reménykedő, újra és újra a kiváltó okokat és felelősöket kereső gondolatmenetek, időnként a beteget is jelentősen befolyásolták a már kialakulóban lévő betegségbelátásukban.

További közös nevező volt a szabadulás utáni élet témája, kiemelten a félelem a tágabb környezet esetleges megbélyegző, kirekesztő reakciója miatt. A hozzátartozókban a szégyen és a stigmatizáció miatti aggodalom komoly feszültséget okozott. Úgy érezték, hogy mások rosszindulatával szemben védtelenek és a betegség is újra fellángolhat egy-egy ilyen stresszhelyzet után. Ezeket a szituációkat részletesen átbeszéltük, azzal a tudattal, hogy minden frusztráló élethelyzettel szemben nem lehet felkészíteni sem a beteget, sem a családot.

Az első családterápiás konzultációt követően igény szerint lehetőséget adtunk további konzultációkra. A második találkozók lényeges különbséget mutatottak az első ülésekhez képest. A hozzátartozók jóval kiegyensúlyozottabban kommunikáltak, a betegek befogadóbbak voltak. Kevesebb kimondatlan dolog maradt, ami az egymáshoz való viszonyukat jelentősen javította. Így a második, esetenként a harmadik családterápiás konzultációban inkább a család diszfunkcionális működésének kiemelése, régebbi sérelmek tisztázása, a kapcsolatok erősítése került előtérbe, gyakran a jövő közös tervezése mellett.

Összegzés

A bemutatott terápiás munkánkat folyamatosan építkező jellegűnek éljük meg. A 2010-ben kialakított csoportterápiás rendszer hatékonynak bizonyul arra vonatkozóan, hogy a kényszergyógykezelés során a betegek aktuális állapotához igazodóan nyújtson terápiás támogatást. Palettánk azonban még korántsem teljes, jelenleg hiányként mutatkozik a például művészetterápiás megközelítés. A terápiás munkánk további fejlesztési lehetősége tehát a csoportterápiás rendszer nonverbális módszerekkel történő kibővítése.

A pszichoterápia hatékonyságának igazi mércéje, hogy a betegek állapota milyen hosszú ideig kompenzált, illetve milyen gyakoriak a visszaesések, az ún. shubok. A büntetés-végrehajtási pszichológiai munka azonban e szempontból is sajátos, mivel az intézetből elbocsátott betegek utánkövetésére a személyiségi jogok miatt nincs lehetőség. A további gondozás és gyógykezelés a polgári pszichiátriai intézmények, gondozók vagy szociális otthonok feladata. Így csak szórványosan értesülhetünk néhány volt betegünk hollylétéről szakmai berkekből, vagy ha ők keresik meg intézetünket, kollegáinkat, illetve felveszik a kapcsolatot betegtársaikkal látogatás, levelezés útján.

Hivatkozott irodalom

1998. évi XIX. törvény a büntető eljárásról 107. §.
- A büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról szóló 2013. évi CCXL. törvény
- A büntető törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 78. §. (1) és (2) bekezdés
- A kényszergyógykezelés és az ideiglenes kényszergyógykezelés végrehajtásáról, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet feladatairól szóló 13/2014. (XII. 16.) IM rendelet
- Bolen, J. S. (2007): *Bennünk élő istenek*. Budapest, Pilis-Print Kiadó.
- Bolen, J. S. (2008): *Bennünk élő istennők*. Budapest, Pilis-Print Kiadó.
- Bódog Gy., Blága G., Szentesi P., Zalka Zs. (2000): Pszichotikusok terápiája. In: Szőnyi G., Füredi J. (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 471–486. o.
- Goffman, E. (1961): *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental patients and Other Inmates*.
- Gordon, J., Harding, S., Miller, C., Xenitidis, K. (2005): X-treme group analysis: On the countertransference edge in inpatient work with forensic patients. *Group Analysis*, 38 (3): 409–426.
- Halmai T., Miszler K., Székely M., Uzonyi A.: *Motiváció és kényszergyógykezelés*. Előadás a Magyar Pszichiátriai Társaság VII. Nemzeti Kongresszusán, Budapest, 2010. január 27–30.
- Herold, R. (2004): *Mentalizációs deficit szkizofréniában*. Doktori (PhD) értekezés. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Pécs.
- Herold, R. (2006): Kognitív megközelítés a szkizofrénia terápiájában. In: Trixler M., Tényi T. (szerk.): *A szkizofrénia pszichoterápiája*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt. 183–221. o.
- Hoffmann, K., Kluttig, T. (2006): *Group Analysis*. The Group Analytic Society (London), Vol. 39 (1): 9–23.
- Irinyl T. (2000): *Pszichiátriai szakápolástan*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
- Karlin, B. E., Zeiss, R. A. (2006): Environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: Toward best practices. *Psychiatric Services*, 57 (10): 1376–1378.
- McGlashan, T., Levy, S., Carpenter, W. Jr. (1975): Integration and sealing over. Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32 (10): 1269–1272.
- Rathaus, A. A. (1973): Assertiveness Questionnaire. In: Perczel-Forintos, Kiss, Ajtay (szerk.): *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet. 33–35. o.
- Smith, J. (1999): Five questions about group therapy in long-term schizophrenia. *Group Analysis*, 32 (4): 515–524.
- Süle F. (1996): *A jungi mélylélektan napjainkban*. Szokolya, Gyúró Technik Kiadó.
- Tényi T., Trixler M. (2006): A pszichodinamikus pszichoterápia helye a szkizofrén pszichózisok kezelésében. In: Trixler M., Tényi T. (szerk.): *A szkizofrénia pszichoterápiája*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt, 51–97. o.
- Yakele, J., Adshead, G. (2013): Lock, Keys, and Security of Mind: Psychodynamic Approaches to Forensic Psychiatry. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, (41): 38–45.
- Wells, A. (1997): Social Cognitions Questionnaire. In: Perczel-Forintos, Kiss, Ajtay (szerk.): *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet. 27–29. o.