

A prizonális helyzetben elkövetett önkárosítás pszichés hátteréről¹

Bevezetés

Az önkárosításról elmondható, hogy mindennapos esemény a börtönvilágban belül. Külföldi becslések szerint a börtönökben amíg egy öngyilkosság történik, addig 60 önkárosítás (McArthur – Camilleri – Webb 1999). Magyarországon 2007-ben 1.5 naponta² történt betegfelvétel az IMEI Neuropszichiátriai Osztályán önkárosítás, öngyilkossági kísérlet, vagy fenyegetőzés miatt. Ebből minden ötödik, tehát nyolcnaponta egy eset bizonyult valóban öngyilkossági krízisnek³, amely gyakoriság jelzi a populáció tényleges veszélyeztetettségét. Emellett, mivel a jövőbeli befejezett öngyilkosság egyik legerősebb bejósolója a korábbi öngyilkossági kísérlet, ezek az események indokoltan kapnak fokozott figyelmet a büntetés-végrehajtás munkájában. Azonban a motiváció azonosítása, és az ennek legjobban megfelelő kezelési mód alkalmazása – a káros pedagógiai hatások és más, nem kívánatos mellékhatások elkerülése érdekében – alapvetően lényeges.

Hazai tapasztalatok

Magyarországon az önkárosítást elkövető, vagy önkárosító, esetleg szuicid szándékát szóban kifejező fogvatartottak pszichiátriai ellátását az IMEI Neuropszichiátriai Osztálya végzi. Az alább következő statisztika és elemzés az itt dolgozó pszichológusok munkájának, véleményeinek eredménye.

A beutaltak érkezhetnek a járóbeteg-rendelés keretében, illetve sürgősségi beutalás kapcsán. A 2007-es adatok szerint az év során 237 „szuicid” jelzéssel beutalt felvétel történt az osztályon. A pszichológusok feladatai közé tartozik többek között minden olyan „szuicid” címkével, azaz öngyilkosság irányában veszélyeztető állapot gyanújával az osztályra felvett beutalt vizsgálata és ellátása, aki első alkalommal került felvételre, meghatározott idő óta nem történt pszichológiai vizsgálata, illetve veszélyeztető állapot valószínűsíthető. A 2007-ben felvett 237⁴ „szuicid” címkével beutalt közül a pszichológusok 180 személyt vizsgáltak meg. A fennmaradó 57 felvétel esetében már szerepelt az

¹ A Budapesti Fegyház és Börtön „Antiszocialitás, drogproblémák és bántalmazás a börtönben” című országos szakmai konferenciáján (Pataky Művelődési Központ, Budapest, 2009. május 14.) elhangzott előadás szerkesztett változata.

² 2007-ben 237 felvétel 365 nap alatt.

³ 2007-ben a felvételek 18%-a bizonyult szuicid krízisnek a vizsgálatok alapján.

⁴ Ez a szám nem jelenti azt, hogy összesen ennyi önsértés fordult elő, az önkárosítók ugyanis igen gyakran rejteni igyekeznek a nyomokat, és már csak ezért sem kerül minden önsértő fogvatartott beutalásra.

anyagban korábbi, egy éven belül születetett pszichológiai vizsgálat, vagy másmilyen ok miatt vált lehetetlenné, vagy ellenjavallttá a vizsgálat. A pszichológiai vizsgálat célja a „sziucid” címkével érkezők esetében az aktuális öngyilkossági veszélyeztetettség meglétének, illetve mértékének feltárása, szükség esetén krízisintervenciós beavatkozás alkalmazása, a magatartás háttérében álló motiváció feltérképezése, valamint az öngyilkosság rizikófaktorainak feltárása. A vizsgálatok során az exploráció után szükség esetén pszichodiagnosztikai tesztek (Szondi, HTP, Rorschach, Lüscher, esetleg Metamorfózisok, PFT, TAT, Tárgyvesztési próba) felvétele történik, melyek eredményeképpen születik meg a pszichológiai vélemény a fogvatartott pszichés állapotáról.

A felvételi adatok szerint a 2007-ben 237 „sziucid” címkével felvett személy 42%-a érkezett az öngyilkossági szándék verbális jelzése miatt, 42%-uk falcolás, 7% önakasztás kísérlete, 4% intoxikáció, 5% pedig kombinált önkárosítás miatt.

A 180 pszichológiai vizsgálat szerint az esetek 46%-ában az önkárosító magatartás háttérében *prizonális probléma* áll (első csoport), 36%-ban *impulzív feszültség-levezetésről* van szó (második csoport), és 18%-ban *krízishelyzet*, veszélyeztető állapot van jelen (harmadik csoport).

Az **első csoportban**, vagyis a *prizonális probléma* esetén elsősorban öngyilkossági fenyegetőzéssel, felületes karcolásokkal, esetleg étkezésmegtagadással, esetenként látványos kötélfonással találkozunk. Ide sorolhatók bizonyos önsértések, melyek elsődlegesen kommunikatív célúak. Ilyen esetekben már az orvosi beutalóban is gyakran szerepelnek a „manipulatív”, „célvezérelt” jelzők. Az önkárosító magatartás háttérében általában az elhelyezéssel összefüggő konfliktusok állnak: zárkap problémák, speciális csoportba való bekerülés, vagy éppen az onnan való kikerülés elérése. A cél különféle kedvezmények, elhelyezésbeli változtatások kieszközlése; az önkárosítás, vagy az öngyilkossági, önkárosítási szándék verbalizálása csupán eszköz. A magatartás háttérében tehát nem pszichiátriai ok, vagy veszélyeztető állapot áll, hanem a fogvatartást végrehajtó büntetés-végrehajtási rezsimmel való konfliktus. A viselkedés a körülményekre adott reakció, ezért az mindenképpen helyi megoldást igényel, és nem pszichiátriai kezelést, mivel azzal nem oldható meg.

Igen fontos kiemelni az ilyesfajta manipuláció káros pedagógia hatásait. A jelen pillanatban érvényes gyakorlat szerint⁵ öngyilkossági veszély gyanúja, önkárosítás, illetve öngyilkossági szándék hangoztatása esetén a fogvatartottat az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetbe kell szállítani. A szolgáltatásban lévő felügyelet ezt természetesen nem bírálhatja felül. Ez azonban lehetővé teszi, sőt megkönnyíti a fogvatartotti manipulációt, mivel a fogvatartott a személyzet tagjait egymás ellenében kijátszhatja, a megfelelő időben, a megfe-

⁵ Az IRM készülő szakmai utasítása a fogvatartottak öngyilkossági kísérletei megelőzésének és kezelésének módszereiről a következőket írja: „amennyiben az öngyilkossági kísérletet elkövető fogvatartott – írásban tett nyilatkozattal vagy tanúk által dokumentáltan – öngyilkossági szándékáról nem mond le, az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetbe kell szállítani”.

lelő személyhez fordulva a korábbi tiltások ellenére különösebb nehézségek nélkül elérheti a céljait. Ez a működésmód a személyzet tagjainak tekintélyét nagyban rombolja, amely szükségszerűen megmutatkozik a fegyelmezés hatékonyságában is, és idővel akár biztonsági kérdéssé is válhat.

Megjegyzendő, hogy a populációnak ebből a 46%-ából 7%-ban a börtönkonfliktusok komoly krízissé, veszélyeztető állapotá válnak. A fogvatartottaktól nyert adatok alapján ez elsősorban a fogvatartott társak extrém mértékű „sanyargatásainak”, esetleg a felügyelet túlkapásainak az eredménye.

A **második csoportba** az *impulzív feszültség-levezetők* tartoznak. Ezekben az esetekben az önkárosítások különböző formái a feszültség szabályozását szolgálják, és rosszul rögzült megküzdési stratégiának tekinthetők. Ebben a csoportban önszabályozásai nehézségekkel, igen alacsony feszültség-toleranciával, valamint a megküzdési stratégiák súlyos hiányosságával találkozunk. A cél itt sem a halál, ám a feszültségtől való szabadulásnak egy módja van, ez pedig a közvetlen levezetés: többnyire falcolás, idegen tárgy lenyelése (nyelés) útján, ám ritkán megjelenhetnek önégetések, önamputációk, valamint bizarr, és igen súlyos önkárosítások is.

Az impulzív feszültség-levezetők négy alcsoportba oszthatók:

- A fogdások, avagy „nem bírom a fogdát”. A probléma, illetve a kezelhetetlen feszültség izolációs, például fogdahelyzetben jelentkezik. A fogvatartott semmiféle egyedüllétet nem képes tolerálni, börtönszituáción kívül mindent megtesz annak érdekében, hogy ne kerüljön izolációs helyzetbe. Az önkárosítás eszköz, egyrészt az izolációs helyzet megszüntetésére, másrészt a feszültség csökkentésére. Elképzelhető, hogy a háttérben az érzékenységgel, és könnyen bekövetkező fellazulásával, valamint szélsőséges ingerekkel és nagyfokú impulzivitással járó személyiségszerveződés áll⁶, ennél fogva izolációs helyzetben súlyos szorongás, extrém feszültség és halálfélelem következik be. Ilyen esetekben biztos lehet számítani a kontroll nélküli önkárosításra (Kuritárné 2008). Ezen személyek esetében ezért előnyösebb más jellel, az izolációt nélkülöző fenntartási módok alkalmazása.
- Az önbüntető, avagy „én csak így tudom levezetni az ideget – magamon”. Ezek a személyek többnyire nem csak a börtön falain belül mutatnak önkárosító magatartást, hanem a civil életükben is. Szinte minden feszült helyzetet, konfliktust, és elsősorban veszteségélményt így tudnak csak kezelni. A háttérben bántalmazó, vagy súlyosan elhanyagoló családi háttér, és infantilis személyiség fedezhető fel. (Egy speciális csoport tagjai, akiket itt említhetünk meg, elsősorban a családban történt haláleset kapcsán amennyiben nem vehetnek részt a családi szertartáson és közös gyászoláson, önsértéssel reagálnak. Ez nem jelent öngyilkossági veszélyeztetettséget, esetükben cselekményük adekvát, kultúrkörükben megfelelő gyászreakciónak tekinthető.)

⁶ Vö. Kernberg, Otto F.: Borderline szindróma és patológiás narcizmus. Animula, Budapest, 2004.

- Az úriemberek, avagy „nem akartam mást bántani, inkább behúztam”. Az indulati feldolgozás itt is elégtelen, az impulzus mindenképpen levezetést igényel. Van azonban annyi önkontroll, hogy tárgyat tudjon változtatni a racionális megfontolás jegyében.
- Az igazságkeresők, avagy „kibírom én a fogdát, de engem most igazságtalanul tettek le”. A fogvatartott az önkárosítással az igazát, sérelmeinek valódiságát próbálja bizonyítani. Némi átfedés tapasztalható az első csoport jellemzőivel, hiszen itt szintén elsősorban az önsértés kommunikatív aspektusa érvényesül, amennyiben a testi sérülés bizonyítja a fájdalmat mind az önsértő, mind a környezete számára. Elsősorban igazságtalannak érzett büntetések esetén fordul elő, de oka lehet a megalázonak érzett bánásmód is. Az itt elkövetett önsebzések felületesek, és gyakori az étkezésmegtagadás.

Amint kiderült, a második csoportban sem a halál az önkárosító magatartás célja, hanem a személyiségből fakadó megküzdési elégtelenség, amely a kritikus helyzetben előre bejósolható módon érvényesülni fog. Ám az ebbe a csoportba tartozó fogvatartottak figyelmet igényelnek, mivel önkárosításuk veszélyességét sokszor nem mérik fel, illetve számítanak arra, hogy „rajtakapják”, majd ellátják őket (Kuritárné 2008). Fokozott figyelmet, és azonnali pszichológusi, esetleg pszichiátriai beavatkozást igényelnek, amennyiben az önkárosítások gyakorisága és/vagy intenzitása nő, ha eszközváltás figyelhető meg egy életre veszélyesebb eszköz irányában, illetve ha potenciálisan traumatikus vagy megterhelő életeseményről, vagy a korábbi legsúlyosabb öngyilkossági kísérletet kiváltó eseményhez hasonló történésről kapunk információt. A veszély nem csak az öngyilkosság, hanem az igen éretlen személyiségek esetében a pszichotikus dekompenzáció irányában is fennáll.

Látható, hogy a fent leírt két csoport esetében az önkárosítás, vagy az önkárosítással, illetve öngyilkossággal való fenyegetőzés célja a pszichés épség megőrzése, a súlyosabb állapot, akár a tényleges öngyilkossági krízis elkerülése, vagy a szükséges segítség megszerzése. Ezért igazolhatjuk azt az irodalomban már leírt nézetet, miszerint ezek nem szuicid, hanem éppen ellenkezőleg, *antiszuicidális magatartásnak* (Fulwiler et al 1997), azaz az öngyilkossággal ellentétes viselkedésnek minősülnek.

A **harmadik csoportban** *krízissel, veszélyeztető állapottal* találkozunk. Bár az öngyilkossági szándék a korábbi típusoknál is gyakran elhangzik, a motiváció változatos lehet, ezért a megítélésnél segítségünkre lehet a Ringel-féle szuicid triász elemeinek vizsgálata, mely igen jól megragadja az öngyilkossághoz vezető folyamatot (Hárdi 2000). 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, izolálódás, vagy legalábbis ennek szubjektív élménye következik be. Végül beszűkül az értékvilág is, egyre kisebb a kötődés az élethez, és az öngyilkosság, mint megoldás, felértékelő-

dik. A *triász második pontja* az agresszió legátlása. A személy agresszív indulatokkal eltöltött, ám azokat nem képes külső személy vagy tárgy irányában 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 a tankönyveknek megfelelő formában az öngyilkosság előtti, azaz preszuicidális szakasz. Ismeretük azonban igen jó támpontot nyújt a vizsgálónak, és a gyakorlatban már részleges (de nem töredékes) megjelenésük is igen jól hasznosítható a veszélyeztető állapot felismerésében (Hárdi 2000).

Különösen fontos az aktuális, és a korábbi legsúlyosabb öngyilkossági kísérlet hátterében álló tényezők részletes feltárása ((Kuritárné 2008). Magyar tapasztalatok szerint az eutanáziával és mások öngyilkosságával kapcsolatos nézeteket érdemes feltérképezni, mivel az azokhoz való pozitív viszonyulás, vagy az azokkal való azonosulás igen nagy bejósoló értékkel bír a későbbi öngyilkosság tekintetében (Láng, Horváth 2009). A tapasztalataink szerint a börtönkörülmények között a leginkább aggodalomra és fokozott odafigyelésre okot adó tényezők az alábbiak:

- Súlyos pszichiátriai betegség, illetve annak romlása;
- Hosszú, vagy váratlan ítélet;
- A fogvatartott számára fontos kapcsolatot, személyt, vagy értéket elvesztése,
- különös tekintettel a kapcsolattartás megszűnésére;
- Extrém bántalmazás elszenvedése a börtönben;
- A korábbi legsúlyosabb öngyilkossági kísérlet kiváltó okához hasonló esemény (Kuritárné 2008).

Konklúzió

Hazai adatok alapján a börtönkörülmények között elkövetett önkárosítások, öngyilkossági fenyegetőzések igen kis hányadában (18%) van jelen valós krízis és öngyilkossági veszély. Az öngyilkossági krízist nagyrészt a börtönkörülményektől független tényezők váltják ki. Az ilyen esetekben elsősorban a fogvatartás körülményeivel nem összefüggő, vagy az által nem befolyásolható tényezők, hanem más, a fogvatartottat érzékenyen érintő egyéb életesemények állnak a háttérben. Ezért valószínűsíthető, hogy a börtönök és a fogvatartás minősége az öngyilkosságok számával nem áll szoros kapcsolatban. A fennmaradó esetekben (82%) az önkárosító magatartás a fogvatartott börtönbeli helyzetének javítására szolgáló eszköz, *tehát az önsértő magatartás hátterében elsősorban a fogvatartás körülményeivel, szakmai, személyi és tárgyi színvonalával közvetlenül összefüggő tényezők állnak. A börtönkörülmények és a fogvatartás szakmai, személyi és tárgyi színvonalát tehát az öngyilkosságok száma valószínűleg nem, az önkárosítások mennyisége azonban szoros összefüggésben jelzi.*

Ez utóbbit, tehát az önkárosítások számát, illetve az azzal való manipulációt képesek vagyunk, és felelősségünk is lényeges mértékben befolyásolni, amely csakis az elhelyezés körülményeinek megválasztásával, a személyzettel való jobb kommunikáció kialakításával, továbbá az egyértelmű és következetes útmutatásokkal⁷, valamint az ezeknek megfelelő reakciókkal lehetséges. Ez szolgálja mind a fogvatartottak, mind a munkájukat fogvatartottakkal végző kollégák, mind pedig a büntetés-végrehajtási szervezet érdekeit.

Bibliográfia

1. <http://bvpszichologia22.blogspot.com>
2. McArthur, M. – Camilleri, P. – Webb, H. (1999): *Strategies for managing suicide and self-harm in prisons*. Trends & Issues in Crime and Criminal Justice, 1999. No. 125.
3. Weekes, J. R. – Morison, S. J. (1992): *Self-directed violence: Differentiating between suicidal, malingering and self-sutilating behaviours*. Prison Violence and Inmate Suicide and Self-Injury, 1992. Vol. 4. No 3.
4. Kuritárné Szabó I. (2008): *A borderline szuicidalitás jellegzetességei*. Psychiatria Hungarica, 2008. 23. 1. 22-33.
5. *Prison and jail suicide*. (1999) John Howard Society of Alberta.
6. 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 Correstions for Indigenous People.
7. Boross J. – Csetneky L. (2000): *Börtönpszichológia*. Rejtjel Kiadó, Budapest.
8. Hárdi I. szerk. (2000): *Az agresszió világa*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
9. Fulwiler, C. et al (1997): *Self mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners*. Journal Am. Acad. Psychiatry Law, 25. 1.
10. Láng K. – Horváth A. (2009): *Kényszerközösségben lévő személyek öngyilkossági attitűdje, személyiségszerkezete a Cloningeri tipológia alapján*. Magyar Pszichiátriai Társaság XV. Vándorgyűlése (Debrecen, 2009. január 29.)

⁷ Amelyeket a büntetés-végrehajtás országos parancsnokának 1-1/60/2005. (IK Bv. Mell. 7.) OP intézkedése és annak melléklete tartalmaz.