

Dr. Csiszér Nóra

# Szakértői vélemény a fogvatartottak szuicid cselekményeinek csökkentésére irányuló intézkedésekhez

## Az öngyilkosságról általában

### Epidemiológiai adatok

Az öngyilkosság tipikusan humán jelenség, és az emberi lét egyik legtragikusabb eseményének számít. Minden korban és kultúrában előfordul (Buda 1987, Zonda 1991), bár eltérő gyakorisággal.

Előfordulási gyakorisága Európában és Észak-Amerikában nagyobb, Közép-, Dél-Amerikában és Ázsiában relative kisebb, az arab világban rendkívül ritka.

1980 és 1986 között a százezer lakosra jutó éves szuicid mortalitás (szuicid ráta) Magyarországon volt a legmagasabb (45,3).

A magyarországi öngyilkossági ráta 1988-ban csökkenni kezdett, ez azt jelenti, hogy a hazai ráta jelenleg az 5-6 helyen áll az országok sorrendjében. A befejezett öngyilkosságok száma az utóbbi években a következőképpen alakult: 1990-ben 4133, 2000-ben 3269, 2001-ben 2979, 2002-ben 2843.

Az elmúlt évek adataiból több mint 20%-os csökkenés tűnik ki. A hazai öngyilkossági hajlandóság markáns csökkenése pontosan egybeesett az országot 1990-ben elérő, tektonikusnak mondható társadalmi, gazdasági, politikai változással.

Bár a jelenséget komplexen megközelítő vizsgálatok száma meglehetősen kevés, az bizonyos; hogy az 1988-90 körül megindult társadalmi mozgásokat az öngyilkossági hajlandóságok terén figyelmen kívül hagyni nem lehet, sőt fontos mozzanatként, okként kezelendők hazai viszonyok között is (Zonda 2002).

Az országoként, illetve földrészenként észlelhető eltérő gyakoriságban földrajzi (az egyenlítőhöz közel ritkább) és társadalmi (gazdasági, kulturális, vallási) tényezők egyaránt szerepet játszanak. A szuicid ráta ugyanakkor országoként is mutathat jelentős területi eltéréseket, még olyan kis országokban is, mint Magyarország, ahol a keleti, délkeleti megyék öngyilkossági halálozása 2,5-3-szorosa a nyugati, északnyugati régióénak (Buda és Füredi 1986. Ozsváth 1989).

Bár az öngyilkosság problémája mindig is élénken foglalkoztatta az emberiséget („szakembereket” és „laikusokat” egyaránt), a téma tudományos igényű megközelítése csak a századfordulón, a francia szociológus, Émil Durkheim munkásságával vette kezdetét (Durkheim 1966).

Durkheim a jelenséghez szociológiai módszerekkel közelítve **egoista**, **altruista** és **anómiás** öngyilkosságot különböztetett meg. Egoista öngyilkosságról akkor beszélt, ha az

egyén kiszabadul a társadalmi kontrollt jelentő csoportok (család, baráti kör, vallási, munkahelyi közösségek) kötelékéből, és oly mértékben izolálódik, hogy esetleges szuicid készletését ezek megakadályozni nem tudják. Altruista szuicidiumon az egyének a társadalom érdekében való önfeláldozást értette (ma: öngyilkos merényletek, önkéntes éhhalál, illetve éhségstrájk stb.). Az anómiás öngyilkosság Durkheim szerint akkor következik be, ha a társadalomban ellentét (feszültség) keletkezik az egyének előtt álló vágyak, igények, célok és a megvalósításukhoz vezető egyéni lehetőségek között. Ez a megoldhatatlannak tűnő feszültség vezet az önpusztító magatartáshoz (Durkheim 1966).

A modern szuicidológia természetesen nem veti el a társadalmi folyamatok jelentőségét, de emellett fontos szerepet tulajdonít az egyéni vulnerabilitásnak [sebezhetőségnek] is, különben sohasem lehetne megérteni, hogy az össztársadalmi szinten ható és például Magyarországon több millió embert érintő anómiás folyamatok miért „csak” ezres nagyságrendben „okoznak” szuicidumot.

A befejezett (halállal végződő) öngyilkosság mindenütt a világon jóval gyakoribb férfiak körében; az áldozatok 65-75%-a férfi (Diekstra 1989).

Hamar belátható, hogy – legalábbis Európában – az országok között megnyilvánuló, esetenként igen nagy eltérések nem magyarázhatók társadalmi-gazdasági különbségekkel, hiszen öt iparilag fejlett, gazdag ország (Ausztria, Dánia, Finnország, Belgium, Svájc) az első hét között foglal helyet, míg Bulgária, Jugoszlávia és Lengyelország öngyilkossági mortalitása Magyarországénak csupán a negyede-harmada.

A gazdasági tényezőktől bizonyos értelemben független, és inkább történelmi, tradicionális alapon álló vallásosság szerepe ugyanakkor kétségtelen, és főleg az adott valóság által sugallt direkt vagy indirekt tiltások (például az öngyilkosság elítélése, az alkohol fogyasztás tiltása), illetve a normák követelménye lehet (Lester 1987, Zonda 1991).

Szerencsére nem mindegyik öngyilkossági cselekmény végződik halállal. Szemben a befejezett öngyilkossággal, a kísérlet a nők körében sokkal gyakoribb (Diekstra 1989).

Bár a szuicid kísérletek pontos regisztrálása rendkívül problematikus és kevésbé megbízható, az öngyilkossági kísérletek „élettartam”-prevalenciája a nyugat-európai országokban 1,1-5,0 % között mozog, és a kísérlet: befejezett szuicidiumarány becslött értéke a kutatók szerint általában 10-15:1 körüli (Buda és Füredi 1986, Diekstra 1989). Ez részben annak is a következménye, hogy a férfiak öngyilkossági kísérletükhöz gyakrabban választanak violens (drasztikus) módszert (akasztás, lőfegyver, magasból való leugrás stb.), amelyek letalitása [halálozási aránya] értelemszerűen nagyobb.

Fontos annak tudatosítása is, hogy az öngyilkossági kísérlet nem jelenti a szándék komolytalanságát, és nem igaz az sem, hogy aki beszél az öngyilkosságról, az úgysem teszi meg. A befejezett öngyilkosságot elkövetők 16-32%-ában szerepel ugyanis szuicid kísérlet az anamnézisben (Barraclough és mtsai 1974, Arató és mtsai 1988), és az öngyilkosok 15-50%-a direkt vagy indirekt módon közli környezetével (családtagjával, orvosával) halálvágyát, vagy szuicid szándékát (Hawton 1987, Rihmer 1996).

Nem helytálló az a nézet, amely szerint a kísérletezők (többségükben fiatal nők) és az öngyilkosságban meghaltak (többségükben középkorú férfiak) külön populációt ké-

peznek: a két csoport között – mint láhattuk – jelentős átfedés van. A szuicid kísérleten átesett egyén tehát fokozottan veszélyeztetettnak számít, mivel az első kísérlet után a befejezett szuicidium rizikója 50-100-szorosra nő (Hawton 1987, Rihmer 1996).

### **A szuicid magatartás „okai” – öngyilkossági rizikófaktorok és protektív tényezők**

Bár a szuicidium komplex, multikauzális jelenség, mégis körvonalazható több olyan tényező, amelyek fennállta esetén az öngyilkosság kockázata igen nagy.

Az ilyen öngyilkossági rizikófaktorok klinikai előrejelző értéke igen különböző. Míg a befejezett öngyilkosságot elkövetők 60-75%-a férfi (Diekstra 1989), és közel kétharmaduk kezeletlen depresszió során követi el tettét, csupán az a tény, hogy valaki férfi, csak igen kis mértékben fokozza a szuicidium rizikóját, a kezeletlen depresszió viszont 50-100-szorosára növeli azt (Hawton 1987, Goodwin és Jamison 1990, Rihmer 1996).

#### **Elsődleges rizikófaktorok:**

- pszichiátriai betegség (Skizofréniában 10%-kal magasabb, major depressziónál 15%-kal magasabb a befejezett öngyilkosságok előfordulása, mint a nem érintett személyeknél.)
- megelőző öngyilkossági kísérlet
- a szuicid szándék verbalizációja
- alacsony központi idegrendszeri szerotoninaktivitás

Közös jellemzőjük, hogy „normális” körülmények között nincsenek jelen, és (az utolsó kivételével) jól körvonalazható időintervallumhoz kötöttek, az adott egyénre aktuálisan jellemzők, az egészségügyi ellátás kompetenciájába tartoznak, és annak keretében befolyásolhatók.

#### **Másodlagos rizikófaktorok:**

- kora gyermekkori veszteségek
- izoláció
- munkanélküliség
- komoly anyagi problémák
- súlyos negatív életesemények

Fentiek kívül esnek a hagyományos értelemben vett betegségi kategóriákon, és annak ellenére, hogy ideális esetben nincsenek jelen, sajnos gyakori velejárói a mindennapi életnek. Az egészségügyi ellátás keretén belül sajnos csak korlátozott mértékben befolyásolhatók, ugyanakkor az öngyilkossági rizikó felmérésében (főleg, ha az elsődleges rizikófaktorok közül egy vagy több jelen van) segítségünkre lehetnek.

Az elsődleges és másodlagos öngyilkossági rizikófaktorok sokszor átfedést, sőt bizonyos esetekben ok-okozati összefüggést is mutatnak, hiszen például a kora gyermekkori veszteségek (szülő halála, válás stb.) izoláció, munkanélküliség a már fennálló pszichiátriai betegség következményei is lehetnek, bár nem törvényszerűen azok.

Pszichiátriai betegség maga is gyakran vezethet negatív életeseményekhez (válás, munkahely elvesztése stb.), amely azután jelentősen visszahat a páciens életének alakulására, illetve lefolyására, és az „utolsó csepp” modell alapján az öngyilkosságot közvetlenül provokáló tényezővé is válhat.

**Protektív tényezők:**

A számos – és esetenként igen eltérő prediktív értékű – szuicid rizikófaktor mellett csupán kevés, az öngyilkossággal szemben védelmet nyújtó protektív tényezőt ismerünk:

- jó szociális és családi háttér
- terhesség
- szülést követő első év
- nagyobb gyermekszám
- gyakorló (nem formális) vallásosság

Fentiek bizonyultak olyan tényezőknek, amelyek fennállta esetén a szuicidium esélye az átlagosnál kisebb (Lester 1987).

**„Cry for help” és preszuicidális szindróma**

Bár az öngyilkosok relative kis hányada közli konkrétan szándékát, részletes vizsgálatok a (tudatos és nem tudatos) indirekt jelzések egész skáláját tarták fel (halálvágy verbalizálása, búcsúlevél, végrendeletkezés, gyógyszerek gyűjtögetése, fegyver vásárlása stb.), amelyeket az öngyilkosjelölt közvetlen környezetének lead (Barraclough és mtsai 1974, Kézdy 1986). Ez a „cry for help”-nek nevezett jelenség az öngyilkossági szándékhoz való ambivalens viszonyulást fejezi ki, és ha a segélykiáltást a környezet nem érzékeli vagy arra nem reagál, a folyamat a preszuicidális szindróma irányában halad tovább.

A preszuicidális szindrómát Ringel bécsi pszichiáter írta le 1949-ben, melyet a következők jellemeznek:

- a gondolkodás és a magatartás beszűkülése
  - rigid gondolkodás
  - érzelmi beszűkülés
  - fokozott agresszióátlás
  - az emberi kapcsolatok beszűkülése
  - az egyéni értékrend devalválódása
- gátolt, saját maga ellen fordított agresszió
  - a harag a saját személye ellen irányul
  - az agresszió kifelé fordításának (kisülésének) elégtelensége
  - az esetleg kifelé fordítható agresszió tárgyának hiánya (izoláció miatt)
- öngyilkossági fantáziák
  - a módszer körvonalazódása, illetve kiválasztása
  - a cselekmény végrehajtásának terve
  - a rokonok, barátok viselkedésének elképzelése az öngyilkosság után

A tünetcsoport az alapszemélyiségtől, illetve a megelőző pszichopatológiai állapottól független, nagymértékben uniformizálódott, „specifikus”. A szindróma bármilyen eredetű (azaz különböző okokra visszavezethető) öngyilkosságok és kísérletek közvetlen előzményeként jelenik meg. Nem oka, nem is magyarázata a szuicidiumnak, csupán a hozzá vezető út végső állomása (Kézdy 1986). Felismerése rendkívül fontos mind az akut szuicid veszély elhárítása, mind a krízisben lévő egyén további sorsának alakulása szempontjából.

Mindezeken túlmenően hangsúlyoznunk kell, hogy bizonyos közös jellemzők mellett az egyes emberek szuicid motivációja messzemenően egyedi jellegű. Az adott egyén öngyilkossági szándéka a szocializáció, a személyiségfejlődés, az életkeretet adó társas kapcsolatok feltárása, azaz a társadalomlélektani tényezők elemzése és megértése nélkül nem megelőzhető, nem befolyásolható.

### **Az öngyilkossági kísérleten átesettek utógondozása**

Mivel az első szuicid kísérlet jelentősen megnöveli a további kísérletek, illetve a befejezett szuicidium esélyét (Hawton 1987), a kísérletet elkövetők utógondozása feltétlenül ajánlott és hatékony módszer.

### **Öngyilkosság-megelőző stratégiák az egészségügyi ellátás keretén belül**

1, Az akut szuicid veszély elhárítása, korai felismerés

- sürgősségi ellátás
- pszichiátriai osztály
- krízis intervenciók osztály
- krízisambulancia
- S.O.S.-telefonszolgálat

2. Veszélyeztetett csoportok gondozása

- szuicid kísérletet elkövetők
- pszichiátriai betegek (depresszió, alkohol, drog)
- serdülők
- idős emberek
- öngyilkosságban meghaltak rokonai, családtagjai (különösen a tragédiát követő hetekben, hónapokban)

3, Egészségügyi felvilágosítás

- nagyközönség (tv, rádió, napi sajtó, népszerűsítő könyvek, brosúrák)
- speciális csoportok képzése (tanárok, lelkeszek, laikus segítők, stb)

## **A fogvatartottak öngyilkosságai**

### **Bevezetés**

A közvélemény és a média általában nagy érdeklődést mutat a büntetés-végrehajtási intézmények, börtönök iránt. Viszonylag nagy publicitást kapnak az intézményeken belüli körülmények, a rendkívüli események, így a börtönbeli öngyilkosságok is. Ezeket a történeteket mintegy barométernek tekintik, amely érzékeny és finom jelzője a büntetés-végrehajtási rendszer működésének.

Miért van ez így? Míg a börtönön kívüli társadalomban az öngyilkosság mint egyfajta egyéni elhatározás, tragikus cselekmény jelenik meg, amelyért maga az egyén tartozik felelősséggel, a börtönöngyilkosságok megítélése egészen más.

Itt az állam – azáltal, hogy bizonyos állampolgárokat fogva tart, autonómiájukban és alapvető jogaikban korlátoz – látszólag kizárólagosan felelős a fogvatartottak életéért. Te-

hát a börtönbeli öngyilkosság azt a képzetet kelti, mintha ez valahogy sokkal inkább az állam, pontosabban a büntetés-végrehajtási rendszer „hibája” lenne, semmint az öngyilkosságot elkövető egyén szuverén döntése.

A fogvatartott öngyilkossága a közvélemény szemében valami fajta menekülés egy elviselhetetlen nyomás alól és a börtön kontextusában az állam mulasztásaként képeződik le.

Ugyanakkor a lakosság erősen ambivalens a tekintetben, hogy a fogvatartottak milyen életminőséget „várhatnak el”, mennyi a közvélemény által elfogadható ráfordítás költségekben, energiában, prevenció programokban stb. A média attitűdje híven tükrözi a közvélemény ambivalenciáját.

### Statisztikai adatok

Az öngyilkosságra vonatkozó általános statisztikai adatok kapcsán – különösen, amelyek az öngyilkossági kísérleteket tükrözik – gyakran felmerül a hitelesség kérdése.

Az öngyilkosságnak minősített rendkívüli halálesetek egy részénél a halálok megállapítása morális és anyagi következményekkel járhat. (Például életbiztosítási ügyekben, temetői szertartás vonatkozásában stb.) Ezek a tényezők bizonyos mértékig torzítják az adatokat, hiszen érvényesülhet az eltitkolási szándék.

A büntetés-végrehajtási intézetekben viszont ezek a torzító tényezők nem játszanak szerepet. Amikor tehát azt vizsgáljuk, hogy hogyan viszonyulnak egymáshoz egy adott ország átlagpopulációjában és a fogvatartottak körében előforduló öngyilkosságok, gondolnunk kell arra, hogy a torzítás a büntetés-végrehajtási intézeteket tüntetheti fel kedvezőtlenebb színben. Amint az előzőekben láttuk, a szuicid ráta a magyarországi átlagpopulációban az utóbbi másfél évtizedben lényegesen csökkent, az adatok szerint azonban ezt a csökkenést nem látjuk a fogvatartottak körében elkövetett öngyilkosságoknál.

Nézzük a nemzetközi adatokat! A fogvatartottak körében az öngyilkossági arányszám mindenütt a világban magasabb, mint az átlagpopulációban. Az európai és az ausztráliai börtönrendszerben az öngyilkossági ráta háromszorosa, illetve tizenegyszerese az átlagpopulációénak. Néhány példa:

Görögországban a börtönrendszerben az elmúlt 20 évben az öngyilkossági ráta jelentősen magasabb, mint az átlagpopulációban. A görög börtönökben az öngyilkosság a vezető halálok. (112 százezrelék az átlagos öngyilkossági arányszám, de az évenkénti fluktuáció, illetve a „szórás” igen nagy) (Calliope 1997).

Kanadában az öngyilkosságok négyszer gyakoribbak a börtönben, mint az átlagpopulációban. Ausztriában kb. nyolcszorosa a börtönbeli szuicid ráta, mint az átlagpopulációban. Hollandiában nyolcszorosa az átlagpopulációban. USA-ban az országos átlag háromszorosa.

Halálok szerint tekintve: például az USA-ban az öngyilkosság csak a tizedik az átlagpopuláció halálloki sorában, ugyanakkor az öngyilkosság a börtönökben vezető halálok.

Fogvatartottak öngyilkossági rátája százezrelékben	
Ausztrália	90-180
Ausztria	56-106
Belgium	60
Kanada	120
Anglia és Wales	56
Franciaország	43-169
Görögország	112
USA	107

(Liebling 1992)

A hirtelen halálokok között a büntetés-végrehajtási intézetekben bekövetkezett öngyilkosságok sokkal alacsonyabb számot mutatnak, mint például a közlekedési balesetekből, vagy gyilkosságból bekövetkezett elhalálozás.

Az elkövetés módszere szerint (nemzetközi adatok): 99%-ban önakasztás fordul elő. Az elkövetés időpontja és helyszíne szerint: az öngyilkosság-cselekmények 77%-a este 8 és reggel 8 óra között fordul elő, és többnyire a cellában történik (Spinellis 1997).

Az öngyilkossági kísérleteket és a befejezett (halálos végű) öngyilkossági cselekményeket tekintve (irodalmi összesítés szerint): minden tizedik öngyilkossági kísérlet végződik halállal.

A szakirodalomban megjelenő előrejelzések szerint a jövőben a következő összefüggés várható a fogvatartottak száma és a börtönöngyilkosságok között: Minél magasabb lenne a fogvatartottak száma, annál alacsonyabb börtön-öngyilkossági ráta becsülhető; és fordítva; minél alacsonyabb lesz a fogvatartottak száma, annál magasabb öngyilkossági ráta becsülhető.

Az összefüggés a törvényi változásokat tükrözi, ami a börtönbe kerülő egyének sajátos csoportösszetételét is módosítja. Ha a jog csak az erőszakosabb és veszélyesebb bűncselekmények esetében rendel el fogvatartást, akkor a fogvatartottak az elkövetők violens csoportjából kerülnek ki, akiknél – mint ismeretes – az öngyilkosság rizikója szignifikánsan magasabb.

### A fogvatartottak öngyilkosságának háttértényezői

A kóroki tényezők vizsgálatakor a következő alapkérdésekkel kell szembesülnünk:

A büntetés-végrehajtási intézmény „csak” terepe az öngyilkosságnak, vagy előidéző szerepe van?

A büntetés-végrehajtás helyszíne önmagában szuicidogén környezet, vagy a fogvatartottak egy olyan sajátos csoport, melynek magas a szuicid veszélyeztetettsége?

A kérdéseknek kifejezetten gyakorlati jelentőségük van, mert meghatározóak abból a szempontból, hogy a prevenció erőfeszítések mire tegyék a hangsúlyt:

az egyén megsegítésére, individuális szempontokra,  
vagy a közösségre, az egyént körülvevő mentálhigiénés környezetre.

#### Motivációs faktorok:

– családi problémák 29%

A fogvatartott és családja közti kapcsolatban felmerülő probléma (például válási szándék bejelentése, elítélő attitűd)

Családon belül felmerülő nehézség (családtag megbetegedése, anyagi nehézségek a családban)

– valamely jogi eljárási esemény 26%

(például kihallgatások, tárgyalások, ítélethirdetés, fellebbezés elutasítása, az ítélet jogerőre emelkedése, szabadulás előtti pánik szorongás, felelősség vállalás önmagáért stb.)

Kiemelésre érdemes adat, hogy a legtöbb öngyilkossági kísérletet elkövető ügyében még nem született ítélet, valamint az előzetes letartóztatásban lévőek körében a legmagasabb az előfordulás.

- problémák a fogvatartottak csoportján belül, vagy a személyzettel 24%,
- mentális egyézségi problémák 13-17%. (Laishs 1997, Kerkhof – Bernasco 1990).

### Az öngyilkos populáció sajátosságai

Magasabb az öngyilkossági előfordulás

- a tíz évnél hosszabb szabadságvesztésre ítélték körében,
- az ítélet előtt álló fogvatartottak körében: vizsgálati fogságban, előzetes letartóztatás alatt
- a gyilkosságot elkövetők között
- a rablást elkövetők között
- a drogterjesztők között
- a rossz családi háttérűek vagy egyedül állók körében (az elkövetők 97%-ára igaz! Ezen belül 51%-ban nem éltek házasságban)
- a fiatalabb fogvatartottak körében (átlagéletkor 31,6 év),
- a korábban munkanélküliek körében 47%-ban
- az etnikailag valamely kisebbséghez tartozók körében 47%-ban (Blaauw 1997)
- pszichiátriai betegségben szenvedők körében
- az intézményen belüli súlyos konfliktusokba bevonódó fogvatartottak körében
- azon fogvatartottak körében, akiket egyik büntetés-végrehajtási intézményből a másikba helyeznek át.

### A mentális betegségek és a fogvatartottak öngyilkosságai

Szakirodalmi becslések szerint az összes börtönben került személy 13%-17%-a szenved mentális megbetegedésben, és bír nagyobb sebezhetőséggel az öngyilkosság szempontjából.

A mentális betegségeken belül a *személyiségzavar felülreprezentált*. Ezen fogvatartottak körében fordulnak elő leggyakrabban önsértések (falcolások, öncsonkítások), melyek figyelmeztető jelnek, prekürzornak tekinthetők a későbbi súlyosabb, akár végzetes öngyilkossági cselekmény szempontjából. Az önsértések 60-70%-a a fogvatartás első 6 hónapjában fordul elő (Liebling 1992, Hayes 1995, Eyland 1997).

Legjellemzőbb az impulzív, a diszociális, antiszociális, hisztrionikus, narcisztikus személyiségzavar.

Különösen az erőszakos bűncselekményeket elkövetők körében a személyiséget az agresszió szabályozásának zavara, és fokozott impulzivitás jellemzi. A fogvatartás során a „heves, robbanékony természet” mutató egyéneknél az agresszió önmaguk ellen fordítása valószínűsíthető (Simon 2001).

### Alkoholbetegek és drogfüggő betegek

Előfordulásuk a fogvatartottak körében gyakoribb, mint az átlagpopulációban, különösen az ópiátfüggők alkotnak jelentős csoportot. Ez a megállapítás visszatér a nemzetközi irodalomban, és nincs okunk feltételezni, hogy Magyarország ez alól kivétel lenne, bár összefoglaló adat nem ismeretes.



Az öngyilkosság-megelőzési stratégiáknak külön figyelmet kell fordítaniuk erre a fokozottan veszélyeztetett csoportra, különös tekintettel a kedvezőtlen trendekre.

### A társas és tárgyi környezet szerepe

A fogvatartási szituáció szinte kivétel nélkül stresszelő hatású a bekerülő személyre, amely nem ritkán szinte sokszerű pszichés állapotot, lelki krízist indukál.

A kritikus lelkiállapot összetevői: kétségbeesés a korábbi támogató kapcsolatok megszakadása miatt, szorongás a várható további fejleményektől, önmaga ellen és külső személyek ellen irányuló indulatok, reménytelenségérzés. A környezeti stresszek azonban önmagukban nem vezetnek öngyilkos viselkedéshez, kivéve azokat az egyéneket, akiknek megküzdési stratégiája gyengébb (Johnson 1999).

A fogvatartás körülményeinek, különösen a társas közegben elszenvedett frusztrációknak és traumáknak provokáló ereje lehet. Az egyén lelki egyensúlyának elvesztésében jelentős szerepet játszhatnak a következők.

#### – sanyargatás

Összefoglaló szakirodalmi adatok szerint az öngyilkossági cselekményt elkövető fogvatartottaknak több mint egynegyede vált sanyargatás áldozatává!

#### – kiszolgáltatottság, „csicskáztatás”, szexuális erőszak

Holland börtönadatok szerint az öngyilkossági cselekményt elkövetett börtönlakók 37%-a élt át megerőszakolási traumát a börtönben, szemben a nem öngyilkos börtönlakók kontrollcsoportjával, ahol a szexuális erőszak „csak” 6%-ban fordult elő. A kiszolgáltatottság fokát alapvetően a rabhierarchiában elfoglalt hely határozza meg, de például a fogvatartottak egymás közötti eladósodása is befolyásolhatja.

#### – tárgyi környezet

Meglehetősen szoros összefüggés mutatkozik a börtönök zsúfoltsága és a szuicidiumok száma között. A zsúfoltság erőszakot szül, gyakoribbak a stresszhelyzetek, frusztrációk, melyek a gyengébb megküzdési stratégiájú egyéneknél öngyilkossági cselekményhez vezethetnek. Nemzetközi adatok szerint a túlzású zsúfoltság az egyik legjelentősebb összetevője a magas öngyilkossági arányszámnak (Liebling 1992).

A mozgási lehetőségek korlátozott volta, az elhelyezés körülményei (egyszemélyes vagy többszemélyes, az alkalmazkodást túlzottan igénybe vevő cella) mind-mind befolyásolhatják a fogvatartottak lelki közérzetét és stressztűrő képességét.

Az intézmények tárgyi adottságai, a vizuális hatások, a színek, a fogvatartottak mentális állapotát pro- és kontra egyaránt befolyásolhatják.

Sokan döntő szerepet tulajdonítanak az öngyilkosság elkövetésére alkalmas eszközök elérhetőségének, ezért erősen törekednek arra, hogy lehetőleg minél kevésbé legyenek olyan tárgyak, berendezési eszközök a foglyok környezetében, amelyeket az öngyilkos cselekmény kapcsán felhasználhatnak. Bár az alkalmas eszköz könnyű elérhetősége kétségtelenül hozzájárulhat az öngyilkossági szándék kivitelezéséhez, de az öngyilkosság prevenciójában a *készletés* mérséklése, vagy megszüntetése a döntő. Tehát bizonyos, szinte felhívó jellegű eszközök (csövek, kampók, stb.) elérhetetlenné tétele fontos, de nem elégséges feltétel!

Külföldi tapasztalatok egyébként azt mutatják, hogy nincs szoros összefüggés az intézmény biztonsági foka és az öngyilkosságok száma között.

### Kritikus pontok az öngyilkosság megelőzésében (Hayes 1995)

1. A személyzet egyes tagjainak szerepe és felelőssége nem egyértelmű.
2. A lelki egészséget szolgáló programok és akciók nem illeszkednek az intézmény egészének programjába.
3. Nincsenek módszerek az öngyilkossági hajlam kiszűrésére.
4. Nem megfelelő, vagy nem hozzáférhető a pszichológiai ellátás a fogvatartás kezdetekor és a későbbi fogvatartás során sem.
5. Kommunikációs zavarok a személyzet körében. (Nem megfelelő kommunikáció a letartóztatást és foglyszállítást végző team és a börtön team között. Nem megfelelő kommunikáció a lelki egészségügyi szolgálat és az orvosi team között.)
6. Paraszucidiumok. Az önsértő cselekmények egy része valójában nem jelent életveszélyt az elkövető számára. Ezekben az esetekben a választott eszköz vagy módszer nem alkalmas az élet kioltására, illetve az elkövetőt sem a meghalás szándéka vezérli. Az önsértő cselekménnyel a fogvatartott a környezet figyelmét kívánja felhívni, valamilyen változási, változtatási igényt fejez ki ezen a közvetett módon. Ezek a cselekmények lényegében tehát az adott pillanatban nem jelentenek akut életveszélyt. Hosszabb távon azonban ezeknél az egyéneknél nagyobb arányban fordul elő súlyosabb, esetleg halállal végződő önsértő cselekmény. Komoly és elmélyült mérlegelést kíván, hogy ezekre az úgynevezett *paraszucidiumokra* hogyan reagáljon a börtön személyzete. Ha az elkövetőt „túljutalmazzuk” azzal, hogy az általa kívánt, számára pozitív változás bekövetkezik, bizonyos igényét teljesítjük stb., ezzel megerősítjük ezt a típusú magatartást. Így a pozitív feedback révén az egyén problémamegoldó repertoárjába ez a megoldás vésődik be, és egyre gyakrabban fog élni vele. A fogvatartott társakra vonatkoztatva is követendő példaként mutatkozhat az önsértő cselekmény, melynek révén bizonyos előnyökre lehet szert tenni. Ajánlatos tehát ezeknek az eseteknek a gondos elemzése, az elkövető egyén mentálhigiénés állapotának felmérése, ez azonban nem jelentheti automatikusan az előnyhöz jutást.
7. A személyzet tréningje, a szupervízió, az öngyilkosság megelőzésére tett erőfeszítések hiányosak.
8. A személyzet negatív attitűdje alapvető akadályát képezheti a szuicid prevenciók program hatékonyságának.
9. Hiányosságok a sürgősségi ellátásban. Kanadában a halállal végződő öngyilkossági esetek egyharmadában tártak fel problémákat a sürgősségi ellátásban, például nem volt megfelelő eszköz, vagy nem volt megfelelően gyakorlott a személyzet. Magyarországon nincs erre vonatkozóan adat.

### Szuicid prevenciók programok alapelemei, összetevői

- A közösségi elven alapuló megelőzési stratégiák kulcsszavai a következők:
- kommunikáció
  - esélyteremtés

Ez egyszerűen annyit jelent, hogy lehetőség szerint csökkenteni kell a fogvatartottakban a bizonytalanság-érzést, mely az előttük álló periódusra, a börtönéletre stb. vonatkozik. Tehát a kommunikáció lényege az, hogy kellő információt adjunk a rá váró körülményekről.

A börtönlakó - reménytelennek tűnő helyzetében - a börtönben esetlegesen elszenvedett sérelmeket is mint kivédhetlent, megváltoztatatlant éli meg, nem remélve segítséget. Ezekben az esetekben a börtön maga környezeti provokatív ágensnek minősíthető a szuicid cselekményben. Ilyen körülmények között az öngyilkosság mintegy tiltakozást és menekülést fejez ki az adott szituációból. A börtönön belüli lehetséges lelki segélyforrások ismerete és ezek elérhetősége markáns preventív erőt jelenthet. Ez tehát a megfelelő kommunikáció értéke. A fogvatartott számára érzékelhetővé válik, hogy milyen lehetőségeket kaphat, ha lelki egyensúlya megingana.

### Sikeres szuicid prevenció programok feltételei

1. Elvi szinten tisztázottak a feladatkörök a börtönökben, a rendőrségi zárcákban és a lelki egészségügyi szolgálatban. A szuicid prevenció sikere érdekében meg kell határozni a különféle szolgálati ágakhoz tartozó dolgozók eseti és időszakos együttműködésének rendjét, illetékesség, felelősség, intézkedési jog és kötelesség tekintetében (Magyarné Zsombor J. 2000).

2. A fogvatartottak szűrése: szemi strukturált interjú alkalmazása a szűréshez.

3. Szupervízió.

4. Veszélyeztetett személyek speciális megfigyelési lehetősége.

5. Komplex kezelés (gyógyszeres kezelés, esetkövetés).

6. Krízisintervenció (külső segítő bevonása, telefonszolgálatok igénybevétele). Pszichiátriai, pszichológiai erőforrások elérhetősége.

7. Belső és külső segítőrendszerek összekapcsolása. (NGO-k bevonása, például szamaritanusok, külső kórházi elhelyezés akár civil kórházba is megfelelő őrizet mellett, lelkészi szolgálat igénybevétele).

8. Tréning az intézmények személyzete számára. Mentálhigiénés képzés (felkészültség, probléma iránti érzékenység, szemléletformálás). A dolgozó állomány szűrése, a nevelők alkalmasságának vizsgálata, az ebben a körben előforduló öngyilkosságok feldolgozása, kiegészítő elleni programok. A prevenció hatékonysága a közreműködők motiváltságán és szemléletén múlik. Az őrszemélyzetnek kulcsfontosságú észlelő és kezdeményező szerepe van, hiszen sem a nevelő, sem az orvos, sem a pszichológus nincs a fogvatartottakkal a nap 24 órájában. A fogvatartottak viselkedésének és hangulati változásának legtöbb esetben ők az első észlelői.

9. A kommunikáció fenntartása a börtönön kívüli világgal. A prevenció programokban egyre nagyobb hangsúlyt kap és a büntetés-végrehajtási intézetekben alkalmazható krízisintervenció egyik legígéretesebb és jelenleg kellően ki nem használt terepe a külvilággal való kapcsolattartás rendszerének megváltoztatása, a lehetőségek kibővítése. Krízishelyzetben a családdal való kapcsolattartás lehetővé tételének, illetve megkönnyítésének jelentős öngyilkosság megelőző ereje van. Ugyanígy igen kedvező hatása a *lelki elsősegély te-*

*lefonszolgálatok bevonása a szuicid prevenciók munkába. A segítségnyújtás ezen módja Magyarországon jelenleg nem hozzáférhető, a speciális környezetekre vonatkozó szabályok kidolgozása még várat magára. Ugyanilyen fontos, hogy a telefonszolgálat képviselői hatékony, kétirányú kapcsolatban legyenek a börtönök személyzetével.*

10. Az öngyilkossági esetek kivizsgálása és monitorizálása. A vizsgálatnak nem csak az esemény tárgyszerű megismerésére kell törekedni, hanem a pszichológiai háttér maximális feltárására is. Ez sok helyütt hiányzik a jelenlegi gyakorlatból. Az így szerzett megfigyelések egyébként eredményesen használhatóak a képzésben, tréningek során is. A kanadai büntetés-végrehajtási intézményekben minden öngyilkossági esemény kivizsgálásra kerül, de nem csak a felelősség szempontjából, hanem egy szakértőkből álló bizottság próbálja feltárni azokat a pszichológia és környezeti tényezőket, amelyek szerepet játszhattak a cselekményben. *Magyarországon jelenleg ez a típusú feltáró és az egyes esetekből tapasztalatokat levonó munka hiányzik.*

11. A személyzet mentálhigiénés megerősítése. A büntetés-végrehajtási intézetek személyzete a munka jellegénél fogva eleve fokozottabb pszichés megterhelésnek van kitéve. A rendkívüli események, így a börtönben bekövetkezett öngyilkosságok traumatikusan hathatnak a személyzetre, mely miatt megfelelő segítségre, támogatásra szorul. (Megjegyzendő, hogy ma Magyarországon a nevelők és egyéb mentálhigiénés szakemberek a legrosszabbul fizetett büntetés-végrehajtási alkalmazottak!)

#### **Az öngyilkosság megelőzési programok fázisai**

1. A magasabb öngyilkossági rizikójú fogvatartottak **azonosítása, szűrése**. Az öngyilkossági veszély szűrésére vonatkozó általánosan elfogadott és használt standard eszköz nincs. Különböző pszichológia tesztekkel és tünetlistákkal, kérdőívekkel való próbálkozásokkal találkoztunk a szakirodalomban, ezek megbízhatósága azonban kétséges, az utánkövetéses vizsgálatok ezek érvényességét nem igazolják (Kerkhof and Bernasco 1990). Igen sok a fals pozitív és a fals negatív eset, olyannyira, hogy például egy írországi kutatás azt mutatja, hogy 97 börtönöngyilkosságból 83-at nem jelzett az alkalmazott teszt, tehát az esetek 87%-ában az öngyilkossági veszélyt nem mutatták ki. Az áldozatok 59%-ánál nem észleltek preszuicidális jelet, de ahol ilyen jelzés volt, ott is jellemzően ezeket a jelzéseket sokkal inkább a fogolytársak észlelték, mint a személyzet. (15% szemben a 8%-kal). Az áldozatok 44%-ánál nem volt korábban öngyilkossági kísérlete (Laihs 1997). Az öngyilkossági veszély becslése azért is bizonytalan, mert egy dinamikus folyamatról van szó, amely változó, ily módon a tesztek érvényessége egy bizonyos perióduson túl kérdésessé válik (Motto 1990). Sokkal fontosabbnak és hatásosabbnak tűnik a fogvatartottak megfelelő kikérdezése. Helyes, ha elvetjük azt a tabunak tekintett tételt, mely szerint az öngyilkosságra vonatkozó direkt témafelvetés túlságosan konfrontatív és kerülendő. Helyesebb és célravezetőbb a téma nyíltabb és feltáróbb jellegű kezelése. *A kockázat megütelésében segítségünkre lehet, ha tisztázzuk azokat a paramétereket amelyek általában növelik a szuicid magatartás valószínűségét. Ezek a következők: pozitív családi anamnézis, korábbi öngyilkossági kísérletek, a közösségi támogatás hiánya, korábbi fogvatartás az előzményben, közeli hozzátartozó elvesztése, igen zaklatott érzelmi állapot, korábbi alkohol, illetve drogproblémák. Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a fogvatartottak körében a*

*kockázati tényezők többszörösen, halmozottan vannak jelen. Ebből a sajátosságból adódóan már természetszerűleg magasabb az öngyilkosság előfordulása a börtönökben, mint átlagos körülmények között, az átlagpopulációban.*

2. **Szucid személyek szoros monitorozása.** A fogvatartottak és különösen az öngyilkossági szempontból veszélyeztetettek monitorozását tekintve ellenmondásos véleményekkel találkozunk. A megfigyelés gyakoriságát általában nem csak a személyzeti létszám befolyásolja, hanem számos egyéb tényező is. Például sok helyen tekintettel vannak arra, hogy a képernyős megfigyelés a fogvatartottak közérzetére összetett hatású: feszültséget, azaz paradox hatást kelthet, másfelől azt az érzetet is keltheti a fogvatartottnak, hogy vigyáznak rá, óvják őt. Az öngyilkossági kísérletek szempontjából a minél gyakoribb megfigyelés segíthet annak elkerülésében, hogy egy öngyilkossági kísérlet végzetessé váljék. A gyakorlatban különféle büntetés-végrehajtási intézményekben eltérő monitorozási rendszerekkel találkozunk. Legáltalánosabb az éjszakai monitorozás, illetve akut öngyilkossági veszélyben lévő fogvatartottakat minden félórán ellenőrzik. Néhány intézetben folyamatos cella kamerás megfigyelés van. Mint láttuk, a fogvatartás kezdetekor a mentálhigiénés előzmények feltárása igen fontos. Az exploráció kiterjed a korábbi esetleges öngyilkossági kísérletekre, öngyilkossági gondolatokra. A későbbiek során figyelemmel kell kísérni a fogvatartottra jellemző probléma-megoldási módokat, kellő jelentőséget kell tulajdonítani a felmerülő öngyilkossági késztetéseknek, az öngyilkossági terveknek. Azon fogvatartottak esetén, akiknél már bekerüléskor az explorációs anyag alapján nagyobb a veszélye a szucid cselekménynek, különösen pontos, folyamatos adatelemzésre van szükség. Az információk összesítése alapján detektálni lehet és kell az önsértés fokozott veszélyét az adott egyénnél általában és aktuálisan. Az utóbbi esetben a fogvatartottat nem szabad egyedül hagyni a cellában.

3. **Öngyilkosságra alkalmas eszközök minimalizálása, a tárgyi környezet biztonságossá tétele.** Ha egy fogvatartottat öngyilkosság szempontjából veszélyeztetettnak tekintenek, a cella veszélytelenítése általános, elengedhetetlen intézkedés a legtöbb intézményben. Mindemellett legalább egy, szigorú megfigyelésre alkalmas **biztonsági cella** kialakítása is szükséges, amelyben a fogvatartott állandó megfigyelésére lehetőség van, a mosdó és toalet roszdamentes acélból készül, a csövek rejtettek, az ágy a padlóhoz rögzített, az elítélt megfelelő ruházatban van stb. Egész napos kamerás megfigyelés indokolt. Elengedhetetlen a cellában elhelyezett személlyel való rendszeres kommunikáció. Az elítélt 48 óránál tovább nem tartható a cellában. A fogvatartottról készült dokumentációban figyelmeztetőleg kell jelezni az önsértésekre vonatkozó információkat, előzményeket, különösen, ha a fogvatartott egy másik intézménybe kerül áthelyezésre.

4. **A szucid veszélyeztetettek pszichológiai támogatása.** A pszichológiai támogatás iránti szükséglet legmarkánsabban a fogvatartás első időszakában jelentkezik, ezt az is mutatja, hogy az öngyilkosságok nagy része a fogvatartás első napjaiban, első heteiben fordul elő. Az öngyilkossági veszélyben lévő fogvatartottak pszichológiai támogatása alapelveiben nem különbözik a börtönön kívül alkalmazott módszerektől. A leghatékonyabb preventív stratégia az, ha szoros, személyes kontaktust hozunk létre a segítő személy és a fogvatartott között. A kapcsolat a megértési szándékon és azon a lehetőségen alapul, hogy a veszélyeztetett személy megoszthassa az érzelmeit és lelki problémáit valakivel, aki iránt

bizalmat érez. Az öngyilkossági veszélyben lévő fogvatartottak támogatása nem könnyű feladat: segítenünk kell az érzelmek megfogalmazásában, a halálvágy háttérének tisztázásában, az alternatív megoldások megtalálásában. A pszichésen sebezhetőbb, öngyilkosság szempontjából veszélyeztetettebb elítéltek mellé sok helyen egy úgynevezett „mentort”, vagy „listenert” rendelnek, aki rendszerint egy idősebb, együttműködő elítélt. Ő alkalmas azoknak a finom jelzéseknek az észrevételére, amelyek segíthetnek a fogolytárs lelkiállapotának, esetleges szuicid szándékának megítélésében. A listening és mentor rendszer nem csak a problémának a személyzet felé történő jelzésére alkalmas, hanem érdemi, közvetlen segítséget is jelenthet a krízisben lévő számára. Az azonos élethelyzet fogékonyabbá teszi a veszélyeztetett egyént a pozitív gesztusok elfogadására. **Külső segítő rendszerek**, például alapítványok, önkéntes segítők igénybevétele messzemenően ajánlatos.

Az Egyesült Királyságban például a 80-as évek óta szamaritánus önkéntesek nyújtanak érzelmi támogatást a fogvatartottak számára a börtönökben. Ők tartják azokat a kiképző tréningeket is, amelyekben egyes fogvatartottakat képeznek ki arra, hogy támogassa az öngyilkosság-megelőzési munkát a fogolytársak körében. Az elítéltek köréből és a külső környezetből jövő önkéntesek összehangolt munkát végeznek. Minden újonnan bekerülő elítélttel foglalkoznak, heti tájékoztatásokat tartanak, és lehetőség szerint felkészítik őket a börtönbeli életre. Erősítik bennük azt az érzést, hogy nincsenek magukra hagyva, és itt is vannak olyan emberek, akik gondoskodnak róluk, vigyáznak rájuk. Ha egy fogvatartott kritikus lelkiállapotban van, a szamaritánusok akár 24 órás támogató jelenlétet is biztosítanak (Schlosar 1994). **Külső segítők**, akár civil szervezetek kellően felkészült mentálhigiénés szakembereinek *bevonása* a fogvatartó intézmények munkájába Magyarországon nem jellemző, nincsenek hagyományai. Pedig komoly erőforrást jelenthetnének a fogvatartó intézményekre jellemző mentálhigiénés állapot javításában. Jelenleg az egyházak részéről mutatkozik szórva ilyen tevékenység, ez azonban pusztán egy speciális spektrumot jelent, és önmagában nem elegendő. **Biztosítani kellene a mindenfajta ideológiától mentes segélyforrást a rászorultak számára.** Ha a szuicid krízis a büntetés-végrehajtási intézet belső személyzete által nem menedzselhető, a fogvatartottat speciális ellátó helyre kell áthelyezni.

5. Az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett személyek **áthelyezése** speciális intézménybe, ahol a velük való foglalkozásra nagyobb lehetőség van. Az áthelyezés általában azokra a fogvatartottakra korlátozódik, akiknél súlyos és komplex problémáról van szó, melyet a büntetés-végrehajtási intézet stábjja nem tud kezelni. Ideális esetben a szuicid veszélyben lévő fogvatartott ellátása az általános pszichiátriai ellátás keretében kellene, hogy megvalósuljon. Mindazonáltal mindenütt a világon azt látjuk, hogy a pszichiátriai ellátóhelyek a feladattól elzárkóznak, ezeknek a betegeknek az ellátását nem vállalják. Így aztán rendszerint valamely, az igazságügy keretén belül működő ellátóhely marad a rendszerben. Ezeknek a hatékonysága részben szemléletük, részben az ott kezelt betegcsoport heterogenitása miatt is kérdéses. A megoldás többnyire átmeneti, mert ezek az intézmények is a lehető legkorábbi időpontban visszaküldik a betegeket az őket fogvatartó intézményekbe, anélkül hogy mélyrehatóbb pszichológiai ellátást, segítséget kaptak volna. Magyarországon az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett fogvatartott személyek kezelése az IMEI-ben történik. Ezen intézményben jelenleg sem a tárgyi, sem a személyi feltételek

nem biztosítottak kellő színvonalon a szuicid betegek kezelése és utógondozása szempontjából. Mind az intézményen belüli terápiás lehetőségek szempontjából, mind pedig a beküldő intézmények és az IMEI együttműködése szempontjából fejlesztésekre, előrelépésre van szükség (részletesen lásd a függelékben). A szuicid betegek *utógondozása* a jelen rendszerben lényegében megoldatlan. A feladatot megosztva célszerű ellátni az IMEI, illetve a beküldő intézmény belső mentálhigiénés szolgáltatása keretében.

6. A személyzet megfelelő **képzése**; tréningeken való részvétel. A prevenciós programok hatékonysága döntően a személyzet megfelelő képzettségén, felkészültségén múlik. A képzés során a következőkre kell kitérni:

- elméleti információk az öngyilkos viselkedésről (definíció, okok, rizikófaktorok, kritikus pillanatok)
- öngyilkosság megelőzés gyakorlati eszközei (a veszélyeztetettek kiszűrése, a monitorozási folyamat, veszélyeztető tárgyi eszközök ismerete, az öngyilkossági veszély felismerése, figyelmeztető jelek és tünetek, speciális segítők bevonása stb.)
- nem specifikus, de a prevenció szempontjából elengedhetetlen témák (fogvatartottak iránti attitűd, munkatársak kapcsolatrendszere, a jó pszichoszociális klíma megteremtésének eszközei).

A tréningyszerű képzéseken túl fontos a folyamatos szupervízió, az esetek elemzése. Hollandiában például minden fogvatartó intézményben olyan csoportokat hoztak létre, amelyekben orvos, nővér, szociális gondozó, pszichológus és pszichiáter dolgozik. A büntetés-végrehajtás személyzete ehhez a csoporthoz fordul, amennyiben valamelyik fogvatartottnál öngyilkossági veszélyt tételeznek fel. A továbbiakban ennek a csoportnak a feladata a probléma menedzselése. A képzés, a tréningek nem lehetnek kampányszerűek, hanem ezeket rendszeressé, folyamatossá kell tenni. A fogvatartó intézményekben valamennyi olyan dolgozót, aki a fogvatartottakkal közvetlenül érintkezik, célszerű *kötelező alapképzésben* részesíteni, illetve az egészségügyi személyzetet, valamint a fogvatartottak pszichológiai, pszichiátriai ellátásában résztvevő egyéb személyzetet speciális, magasabb szintű továbbképzésben kell részesíteni. Az utóbbiakat alkalmassá kell tenni arra, hogy a későbbiekben maguk is képesse váljanak alapszintű tréningek tartására.

## Összefoglalás

Az öngyilkosság a büntetés-végrehajtási intézetekben éppúgy, mint a külvilágban multikauzális jelenség, amelyben együttesen játszik szerepet a személyiség, az aktuális lelkiállapot, a szociális és tárgyi környezet és egy, vagy több aktuális esemény.

Ebből következően a zárt intézményekben is csak azok a stratégiák lehetnek sikeresek az öngyilkosság megelőzésében, amelyekben a stáb kellően gyakorlott és képzett a fogvatartottak magatartásának megfigyelésében, az öngyilkossági veszély észlelésében, és gyorsan megvalósul az egészségügyi sürgősségi csoporttal való kapcsolatfelvétel, azaz gyors és hatékony intervenció történik.

Mindez jó kommunikációt tételez fel a személyzet különböző csoportjai között, de folyamatos interakcióban kell lenni a fogvatartottakkal is, mert különösen azok, akik izoláltak és magányosságukat intenzívebben élik meg, igénylik ezt a fajta törődést.

Az eredményes öngyilkossági megelőzés kulcsa a stáb problémaérzékenysége és motivációja.

A szuicid prevenciók programok várható eredménye természetesen nem jelentkezik azonnal, a hatékonyság csak hosszabb távon mérhető.

Habár belátható időn belül a szuicidumok 100%-os biztonsággal nem előzhető meg, a rendelkezésre álló tudományos ismeretanyag és számos hatékony (krízisintervenció, pszichoterápiás, gyógyszeres) gyógymód révén az öngyilkosságok jelentős hányada ma már elkerülhető.

Minden társadalomnak az adott időszakban meghatározott hajlama van az öngyilkosságra; ezek a trendek jelennek meg a statisztikai adatokban.

Mint láttuk, Magyarországon az utóbbi években ezek az adatok kedvezően alakultak.

A magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben bekövetkezett öngyilkosságok előfordulási aránya nemzetközi összehasonlításban is átlagosnak tekinthető és pontosan megfelel a nemzetközi trendeknek: az öngyilkossági ráta magasabb ugyan az átlagpopulációban észlelnél, ez azonban elsősorban az érintett populáció sajátosságaiból adódik.

Irreális lenne azt a célt kitűzni, hogy a magyar zárt intézményekben teljes mértékben megelőzzük az öngyilkossági cselekményeket. Meg kell elégednünk azzal, hogy a problémát minimalizáljuk, és kellő szakszerűséggel kezeljük.

Ehhez nyújthatnak segítséget azok a sikeres külföldi szuicid prevenciók programok, melyek jelen tanulmányban felvázolásra kerültek, és amelyeknek megismerését és bevezetését ajánlom.

## Függelék I

### Az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben történt látogatás tapasztalatai

#### Felvételi kritériumok

Az előzetes letartóztatásban lévők és az elítélt személyek közül az öngyilkossági kísérlet elkövetőket, illetve azokat veszik fel, akiknél szuicid fenyegetettség észlelhető, vagy maga az érintett direkt jelzi az öngyilkosság szándékát.

A befejezett öngyilkossági eseteket vizsgálva kiderül, hogy az IMEI-ben csak 30-40%-uk fordult meg. A büntetés-végrehajtás orvosa dönt arról, hogy az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetbe átkerül-e a fogvatartott. Évente 140-150 személy kerül felvételre öngyilkossági veszély miatt, a felvételi szám évente növekszik.

#### Kezelés

A betegek az IMEI neuropszichiátriai osztályára kerülnek, ahol 64 szervezett ágy van, melyből 54 működik. A betegek kezelése magába foglalja a pszichológia vizsgálatot, a célzott explorációt, illetve a pszichológiai tesztek (Benton teszt, kétprofilú



Szondy teszt az autoagresszió megítélésére, Rorschach teszt szükség esetén), valamint gyógyszeres kezelést.

Elvileg krízis intervenció a legjellemzőbben a következő esetekben történik: tárgyvesztéses helyzetekben, például haláleset a családban, első büntényeseknél letartóztatási traumák miatt, vagy szabadulási traumák. Gyakorlatban azonban a szűkös terápiás kapacitás miatt ezek megvalósulása is erősen korlátozott.

A kezelésben a pszichofarmakológiai kezelés dominál. Látogatásomkor a betegek erősen szedált állapotban voltak, kifejezetten neuroleptikus gyógyszerhatás alatt.

Csoportterápia nincs, a krízisterápia korlátozottan valósul meg.

A feladatot 3 főállású orvos és 1 részmunkaidős orvos látja el, közülük 3 rendelkezik pszichiátriai szakvizsgával. A pszichológiai tesztek és a célzott explorációt az intézet másik osztályán dolgozó pszichológus veszi fel.

A betegek átlagban 4-5 napot vannak az osztályon, maximális ápolási idő 10 nap. Egy időben 2-6 szuicid beteget kezelnek.

A börtönbe való visszaküldés előtt a betegekkel lemondó nyilatkozatot íratnak alá, melyben a beteg kinyilvánítja, hogy öngyilkossági szándékáról lemond. Sajátos jelenség, hogy a börtönben is írásban nyilatkozik az elítélt, hogy öngyilkossági szándéka van. Ezt követően kerül az IMEI-be.

Az utógondozás rendszer lényegében depo neuroleptikum 4 hetente történő beadását jelenti, egyéb mentálhigiénés jellegű utógondozás nincs.

A betegek egy része ismételten fordul meg az osztályon (ingajelenség), ezt többnyire manipulatív szándéknak minősítik.

### Tárgyi környezet

Az osztály ajtaja zárva van. A kórtermek ajtajai is zárva vannak. A felszerelés előregedett, elhasználódott, szegényes. Az ágynemű hiányos. A betegek a kórtermekbe bezárva tartózkodnak, az ápoló személyzettől elkülönítve.

A biztonsági és terápiás szempontok egyenrangúsága nem látszik biztosítottnak, ebben az épületszerkezetben és a jelenlegi szemlélet mellett a biztonsági szempontok dominálnak.

Az osztályon létezik a fokozottabb obszervációt lehetővé tevő kamerázott kórterem, a folyamatos monitorozásra azonban a személyzeti ellátottsági problémák miatt nincs mód.

Egészeiben véve a tárgyi környezet lehangoló, a pszichoterápiás munka számára a feltételek kedvezőtlenek.

### Összefoglalás

Az ápoló személyzet körében – részben az előnytelen munka körülményekből, részben a túlterheltségből adódó – negativisztikus szemlélet és attitűd, illetve kiégettség jelei mutatkoznak.

A túlterheltségre jellemző, hogy a betegek között voltak olyanok, akik már több napja ott tartózkodtak az osztályon, de az érdemi pszichoterápiás munka megkezdésére még nem volt mód.

Bár megfogalmazódott az a készség, hogy az IMEI vállalná a büntetés-végrehajtási intézményekben dolgozó személyzet mentálhigiénés képzését, illetve szuicid prevenciók tréningek tartását, a jelenlegi személyzeti ellátottság mellett ez irreálisnak tűnik.

Tapasztalatom szerint jelen feltételek mellett a napi klinikai szakfeladatok ellátása sem valósul meg az elvárható mértékben.

## Függelék II

### A Budapesti Fegyház és Börtönben történt látogatás tapasztalatai

Az intézményben az öngyilkossági problematikát igen fontos kérdésként kezelik, amely nem csak a jelentési kötelezettségből, hanem pozitív szemléletükből, a mentálhigiénés szempontok figyelembevételéből adódik.

#### Tárgyi környezet

Az épület két részből áll. Az „A” objektumban eredetileg 1 személyes zárcák voltak, vannak, melyeken jelenleg 2-3 fő kerül elhelyezésre. A „B” objektumban 8-10 fős zárcák vannak, amelyből a személyzet szerint sok konfliktus, feszültség, probléma adódik.

A börtön telítettsége 140-150%-os, amely az elhelyezés szempontjait meghatározza. Az elítéltek természetesen szeretnének kisebb zárcákba kerülni, amelynek egyik „módja” az öngyilkossági szándék hangoztatása (amely bizonyos mérlegelés után meg is valósulhat).

Nyugtalan, önveszélyes állapotban levő fogvatartott elhelyezésére egy speciális helyiség áll rendelkezésre, amelyben az önsértés lehetősége minimalizált („gumiszoba”).

#### Személyzeti ellátottság

Minden szinten egy **felügyelő** van, aki 100-120 személyre figyel. Felügyelői körben az alkalmazás feltétele minimum a szakmunkás képzettség (tehát az érettségi már nem feltétel). Képzésükben az öngyilkosság megelőzési témakör nem szerepel, és általában a mentálhigiénés szempontok a képzésben nem jelennek meg.

A két objektumban összesen 24 **nevelő** dolgozik, miközben átlagban 1400-1500 a fogvatartottak létszáma. A nevelők felsőfokú végzettségű személyek, diplomájuk azonban nem feltétlenül humán képzettséget jelent, hanem sokan közülük például műszaki értelmiségiek, akik másutt nem bírtak elhelyezkedni.

Nem hivatalos megítélés szerint 90%-uk kényszerpályán van, és csak kb. 10%-uk valóban motivált erre a munkára. A nevelők egy része hivatásos, más része közalkalmazotti státuszban van, köztük fizetésbeli különbség adódik.

A nevelői létszámot a börtön vezetése alacsonynak itéli. Ideális esetben 20-30 fogvatartott tartozna egy nevelőhöz, a valóságban jelenleg ez több mint 60 személy.

A nevelők túlterheltek, feladatkörükben nem csak a fogvatartottakkal való foglalkozás szerepel, hanem ellenőrizniük kell a tárgyi környezetet a zárcákban, a megfelelő rendet stb.

A fogvatartottakkal való foglalkozás a befogadó beszélgetéssel indul, melyet a nevelő kezdeményez, és amelynek során lényegében a börtön szabályok ismertetésére kerül sor. A fogvatartott anamnézisééről csak azok az adatok állnak rendelkezésre, amelyek a büntetés-végrehajtási rendszer keretén belül keletkeztek.

A börtönbe kerülés előtti időszakról megbízható anamnesztikus adat nem áll rendelkezésre, bizonyos esetekben kérésre a rendőrségtől kapnak információt. Így tehát a fogvatartott esetleges előzetes öngyilkossági kísérleteiről sincs tudomása a nevelőnek. A potenciális öngyilkossági veszély előre jelzésére vonatkozó semmiféle szűrés jelenleg nincs. Zárójelben jegyzem meg, hogy a fogvatartott kiszabadulása után a pártfogó sem kap adatokat a börtönbeli történésekről, például a megtörtént öngyilkossági kísérletről sem.

Az információ áramlása tehát akadozott, részleges, hiányos és esetleges. A későbbiekben általában a fogvatartott kezdeményezi a kapcsolatfelvételt a nevelővel.

A börtönben 3 **pszichológus** és 1 **lelkész** dolgozik. A pszichológus feladata a személyi állomány pszichés problémáinak kezelése és – kérésre – a fogvatartottak meghallgatása különböző pszichológiai problémák kapcsán.

Abban az esetben, ha a fogvatartott szuicid kijelentést tesz, első fokon a nevelő foglalkozik vele és megpróbálja a szándékától eltéríteni. Amennyiben ez nem sikerül, az előljáró rendeletére mozgáskorlátozó eszközt alkalmaznak a szuicid kísérlet megakadályozására, azaz a fogvatartottra kéz és lábbilincs kerül. Ezen a szinten már a szuicid veszély elhárítására bevonják a pszichológust, az orvost és esetleg a lelkészt is.

Az orvosi ellátást egy osztályvezető és öt szakorvos biztosítja. Ügyeleti időben szakápoló van jelen, az orvos otthoni készenlétben van, telefonon elérhető.

### **Mentálhigiénés lehetőségek az intézményen belül**

A börtönben speciális csoportok léteznek, úgymint gyógyító-nevelő csoport, átmeneti csoport, drogrevenációs körlet, dolgozó-, illetve nem dolgozó csoport, munkakörlet szerinti csoportok (például asztalosműhely), egészségügyi körlet.

Kiemelést érdemel a gyógyító-nevelő csoport. Ebbe a csoportba kerülnek azok a fogvatartottak, akik nem elmebeteg, de különféle fogyatékkal vagy személyiségzavarral bírnak, illetve szuicidium szempontjából veszélyeztetettek. A csoport átmeneti jelleget képez az általános fogvatartotti pozíció és az IMEI kezelés között.

Ezek a fogvatartottak zárt körletrészen, a többiektől elkülönítve élnek, társaikkal nem érintkeznek. Itt kevesebb ember jut egy nevelőre, így intenzívebb foglalkozásra, fokozottabb kontrollra is lehetőség van. Napi elfoglaltságuk is különbözik a többiektől, például csoportfoglalkozásokon vesznek részt, általában a mentálhigiénés szempontok nagyobb hangsúlyt kapnak.

### **Jellegzetes helyzetek a börtönben elkövetett öngyilkossági esetekben**

Jellemzően az esti és éjszakai órákban történnek az öngyilkossági cselekmények, mert ekkor kevésbé kontrollálhatók a fogvatartottak.

A fogvatartottak körében előforduló kínzások, szexuális abúzusok, sanyargatások egy része a személynét előtt rejtve marad. Ha ezek az esetek felszínre kerülnek és bebizonyo-

sodnak, akkor a cselekményt hivatalból üldözendőnek tekintik, és megteszik a megfelelő jogi lépéseket, illetve a társaival szemben erőszakosan viselkedő fogvatartottat elkülönítik, magánzárkába rakják, minden módon szeparálják a többiekől.

A fogvatartottak közti erőszakos cselekmények megelőzésére, illetve az előfordulási gyakoriság csökkentésére igen alkalmasak azok a programok, melyek a fogvatartottak számára a strukturált időtöltést biztosítják: sportprogramok, egészségmegőrző szakkörök stb.

Azokban az esetekben, amikor intézetben belüli eszközökkel az öngyilkossági veszély elhárítása nem sikerül, a fogvatartottat az IMEI-be utalják át.

### **A szuicid cselekményekkel kapcsolatos felelősség kérdése**

Az esetekkel kapcsolatban jelentési kötelezettség áll fenn. Amennyiben az eset kivizsgálása során kötelességzegés, mulasztás merül fel (elsősorban a nevelő ellen), vagy azt alapítják meg, hogy nem kellő alapossggal járt el a személyzet, akkor a dolgozó alacsonyabb beosztásba is kerülhet.

### **Öngyilkosság a személyzet körében**

Három éven belül két, fegyverrel elkövetett öngyilkosság fordult elő a személyzet körében. A személyzet felvételekor az egészségügyi alkalmasságot a BM kórház megfelelő osztálya végzi. A felvételre jelentkezők közül csak kb. 10% bizonyul az állás betöltésére alkalmasnak. Mindemellett az alkalmasság megítélésekor az öngyilkossági vulnerabilitásra [sebezhetőségre] vonatkozó speciális szempont nem szerepel.

**Összefoglalóan** megállapítható, hogy a fent felsorolt problémák és nehézségek mellett a börtön vezetése és személyzete általában az öngyilkossággal kapcsolatosan az elvárható gondossággal és szakértelemmel jár el. Szemléletüket tekintve az önkárosító magatartások kezelésében megfelelő empátiával, rugalmassággal és az adott környezetben lehetséges segítő attitűddel bírnak. Mind a tárgyi környezet, mind a fogvatartottakkal való bánásmód tekintetében a rendezettség, az igényesség, az intramorális konfliktusok szakszerű kezelése jellemző.

A mentálhigiénés szemlélet, és az öngyilkosság prevenciójának fokozottabb megvalósulása érdekében szuicid prevenciók képzés, illetve tréningek beindítása javasolt.

## Felhasznált irodalom

- Angst, J. – Clayton, P.:** Personality, smoking and suicide: A prospective study. *J. Affect Disord.* 51:55, 1998.
- Arató, M. – Demeter, E. – Rihmer, Z., – Somogyi, E.:** Retrospective psychiatric Assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiat. Scand.* 77:454, 1988.
- Barracough, B. – Bunch, J. – Nelson, B. – Sainsbury, P.:** A hundred case of suicide. *Brit. J. Psychiat.* 125:355, 1974.
- Bánki M. Cs.:** Vannak-e az öngyilkosság-hajlamnak biológiai tényezői? *Orvosi Hetilap* 124: 3045, 1983.
- Blaauw, E.:** Prevention of suicides in penal institutions in the Netherlands crisis. 18/4, 1997.
- Buda B.:** Esettanulmányok az öngyilkosság kutatásban. In: Buda B., Füredi J. (szerk.): *Az öngyilkosság pszichés háttere.* Medicina, Budapest, 1987.
- Buda B. – Füredi J. (szerk.):** Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 1986.
- Cheng, A. T. A.:** Mental illness and suicide. *Arch. Gen. Psychiat.* 52:594, 1995.
- Chynoweth, R. – Tonge, J. I. – Armstrong, J.:** Suicide in Brisbane – a retrospective psychosocial study. *Aust. NZ J. Psychiatry.* 14:37, 1980.
- Conwell, Y. – Duberstein, P. R. – Cox, C. – Herrmann, J. H. – Forbes, N. T. – Caine, E.:** Relationship of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *Amer. J. Psychiat.* 153: 1001, 1996.
- Coppen, A. – Farmer, R.:** Suicide mortality in patients on lithium maintenance therapy. *J. Affect Disord.* 50:261, 1998.
- Diekstra, R. F. W.:** Suicide and attempted suicide: An international perspective. *Acta Psychiat. Scand.* 80 (Suppl. 354):1, 1989.
- Durkheim, E.:** Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet. Szociológiai tanulmány. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest, 1966.
- Fekete S. – Schmidtke A.:** Szuicidium – modellkövetés – család. *Psychiat. Hung.* 10:131, 1995.
- Gallerani, M. – Avato, F. M. – dal-Monte, D. – Caracciolo, S. – Fersini, C. – Manfredini, R.:** The time of suicide. *Psychol. Med.* 26:867, 1996.
- Goldstein, R. B. – Black, D. W. – Nasrallah, A. – Winokur, G.:** The prediction of suicide. *Arch. Gen. Psychiat.* 48:418, 1991.
- Goodwin, F. K. – Jamison, K. R.:** Manic-depressive illness. Oxford University Press, New York, 1990.
- Hawton, K.:** Assessment of suicide risk. *Brit. J. Psychiat.* 150:145, 1987.
- Henriksson, M. M. – Aro, H., – Marttunen, M. J. et al.:** Mental disorders and co-morbidity in suicide. *Am. J. Psychiat.* 150:935, 1993.
- Johnson, W. B.:** The role of objective personality inventories in suicide risk assessment: An evaluation and proposals. *Suic. Life-Threat. Behav.* 29/2 Summer, 1999.
- Keleti J.:** Esettanulmány – társadalomlélektani megközelítésben. In: Buda B. – Füredi J. (szerk.): *Az öngyilkosság pszichés háttere.* Medicina, Budapest, 1987.
- Kézdy B.:** Pszichológiai és pszichopatológiai szabályszerűségek az öngyilkossági folyamatban. In: Buda B. – Füredi J. (sz-

erk.): Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 1986.

**Kóczán Gy.** : Az öngyilkosság komplex vizsgálata Baranya megyében, 1984-1988. Kandidátusi értekezés, Pécsi Orvostudományi Egyetem, 1994.

**Laishs, J.** : Inmate suicide in the Correctional Service of Canada. *Crisis* 8/4, 1997.

**Lester, D.** : Religion, suicide and homicide. *Social Psychiat.* 22:99, 1987.

**Lester, D.** : The effectiveness of suicide prevention centers. *Suic. Life-Threat. Behav.* 23: 263, 1993.

**Maes, M. – Coyus, P. – Meltzer, H. Y. et al.**: Seasonality in violent but not in non-violent suicide. *Am. J. Psychiat.* 150:1380, 1993.

**Magyarné, Zsombor J.** : Szuicid rizikó csökkentés esélyei a fogvatartás alatt. Előadás. 2000. Pilisszentkereszt.

**Motto, J. A.** : Empirical indicators of near-term suicide risk. *Crisis* 11/1, 1990.

**Ozsváth K.** : Az öngyilkos magatartás. In: Magyar I. (szerk.): *Pszichiátria*. SOTE, Budapest, 1989.

**Rich, C. L. – Ricketts, J. E. – Fowler, R. C. – Young, D.**: Some differences between men and woman who commit suicide. *Am. J. Psychiat.* 145:718, 1988.

**Rihmer Z.** : A pszichiátria magyar kézikönyve. 2001. 721-727 old.

**Rihmer Z. – Belső N. – Barsi J. – György S.**: Depresszió és öngyilkosság. Irodalmi áttekintés és hazai vizsgálatok. *LAM* 5:1074, 1995.

**Rihmer, Z. – Rutz, W. – Philgren, H. – Pestality, P.**: Decreasing tendency of seasonality in suicide may indicate lowering rate of depressive suicides in the population. *Psychiat. Res.* 81:233, 1998.

**Rutz W. – Walinder, J. – Knorrning, von L. – Rihmer, Z. – Pihlgren, H.**: Prevention of depression and suicide by education and medication: Impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *Int. J. Psychiat. in Clinical Practice* 1:39, 1997.

**Simon, T. R.**: Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suic. Life-Threat. Behav.* Vol. 32/2001.

Schlosar, H.: Befriending in Prisons. *Crisis* 18/4, 1994.

**Spinellis, C. D.**: Suicide in Greek Prisons 1997 to 1996. *Crisis* 18/4, 1997.

**Temesváry B.**: Orvosok/orvostanhallgatók öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjének empirikus vizsgálata. *Psychiat. Hung.* 11:7, 1996.

**Zonda T.**: Az öngyilkosság kultúrtörténete. Végeken Alapítvány, Budapest, 1991.

**Zonda T.**: Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon 1970-2000. *Psychiat. Hung.* 17/4. 2002.