

Lehoczki Ágnes

A magyar büntetés-végrehajtásban történt befejezett szuicidiumok elemzése

„Egy társ az éjszakában – akármilyen idegen is – az öngyilkosságtól mentheti meg az embert.”
(Erich Maria Remarque)

Előzmények

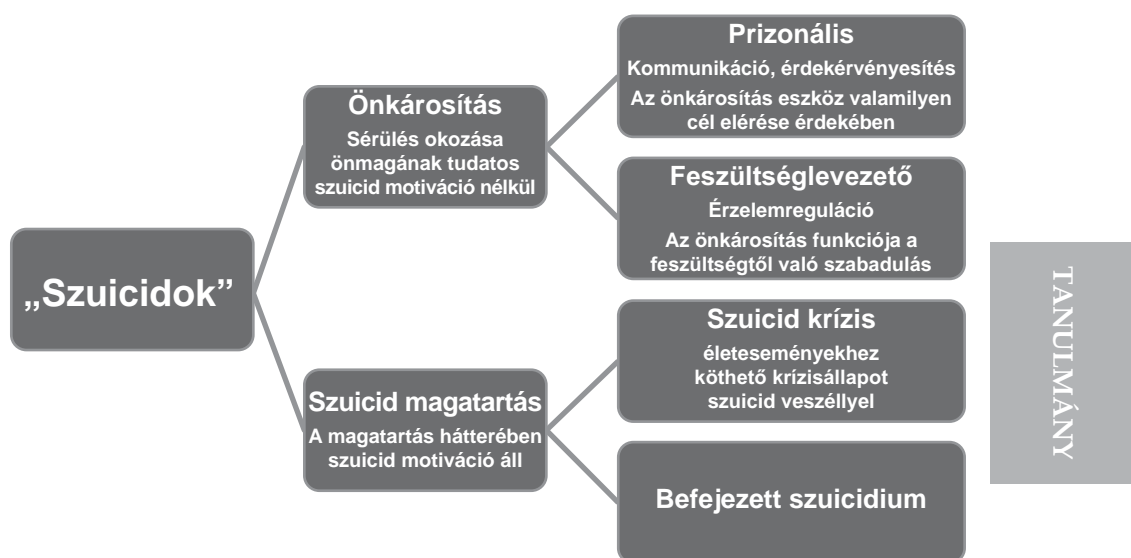
Az öngyilkosság és az önkárosítás témakörét ma a magyar büntetés-végrehajtás kiemelt fontosságú területként kezeli. A BVOP szervezésében 2013. és 2014. során több regionális szuicidprevenációs értekezlet került megrendezésre az ország különböző büntetés-végrehajtási intézeteiben. A rendezvénysorozatot egy egész napos, központi szuicidprevenációs konferencia zárta 2014. november 3-án.

A rendezvények egyik állandó eleme volt a befejezett öngyilkosságokat feldolgozó, az összesítésekből következtetéseket levonó előadás, melynek előzményei a *Felelősen, felkészülten* című belső pszichológus-továbbképzéseken zajló esetelemzésekig nyúlnak vissza. Jelen tanulmány tehát nem jöhetett volna létre a büntetés-végrehajtásban dolgozó pszichológusok közös munkája nélkül, valamint a BVOP illetékes főosztályainak adatszolgáltatása hiányában sem.

Bevezetés

Az önárthatalomról beszélve először is tisztázni kell, hogy az öngyilkosság és az önkárosítás – bár látszatra nagyon hasonlóak – valójában két lényegileg különböző jelenség (1. ábra).

Az önkárosítás olyan szándékos önsértés, melynek háttérében nem látható tudatos önpusztítási motiváció, meghalási szándék. Ennek ellenére nem bagatelizálható a jelentősége – és így a büntetés-végrehajtás fokozott figyelme indokolt –, mivel az önkárosítás „játék a tűzzel” abban az értelemben, hogy az önsértés akaratlanul is könnyen vezethet halálhoz. Alapvetően két típus sorolható fel a háttérben lévő motiváció alapján: az egyik a prizonális probléma, mely alapvetően kommunikatív, érdekérvényesítő célzatú, a másik pedig a feszültségvezető önkárosítás, mely elsősorban érzelemregulációs célokat szolgál (Kuritárné Szabó, 2008). Az inkarcerációban megjelenő önkárosításokról bővebben írtunk már (Lehoczki, 2012/a; Lehoczki, 2012/b), ezért itt ezzel a témával bővebben nem foglalkozunk.



1. ábra - Az önkárosítás típusai

Az autodestrukció másik formája a szuicid magatartás, amikor az önártalom vagy az ilyen szándék verbalizálása mögött önpusztítási, meghalási szándék áll. E jelenségkörben szerepel a szuicid krízis¹ öngyilkossági kísérlettel vagy csupán az öngyilkossági szándék/késztetés verbalizálásával (vagy esetenként anélkül). A krízisállapot szuicidium szempontjából gyakran veszélyeztető állapot, és általában valamely körülírható eseményre adott reakció. Ez az esemény olyan – objektív vagy szubjektív – történés, ami a fogvatartottat különösen megterheli, egyensúlyából súlyosan kibillenti, mert szokásos megküzdő eszközei aktuálisan hatástalanok. A tapasztalatok szerint az olyan időszakok jelentenek rizikót e tekintetben, mint például a bekerülés, az ítélethirdetés, illetve az ítélet jogerőre emelkedése, a családi kötelek lazulása (2. év és 5. év), az anya vagy a gyermek halála és a pszichotikus dekompenzáció (Lehoczki, 2012/a). A krízis azért jelent öngyilkossági veszélyt, mert akár a krízis tolerálhatatlan affektusaitól való szabadulásként, akár inadekvát megküzdési módként a személy a kilépésben látja az egyetlen kiutat helyzetéből. Ilyen esetben az időtényező különösen fontossá válik: a letális szuicidium gyakran azzal előzhető meg, hogy a válságállapot turbulens szakaszában megakadályozzuk a cselekményt, mivel a krízis idővel szükségszerűen csillapodik, és akkor már eltérbe kerülhetnek a realisabb döntési folyamatok.

¹ A legfőbb tünetek: szorongásos tünetek, alvászavar, étvágyzavar, izgatottság, mozgásviharok, vagy épp ellenkezőleg, teljes apátia és magába roskadás, indulatkitörések, a gondolkodás beszűkülése a problémára, figyelmi zavarok, intenzív emóciók: düh, harag, gyűlölet, kétségbeesés, szuicid késztetés. (Tringer, 2011)

Ez azonban nem mindig jár sikerrel: a szuicid jelenségkör e tanulmány számára releváns területe a befejezett szuicidium. A befejezett szuicidumokat általában megelőzi krízisállapot, de ezek hátterében sokszor nem annyira aktuál problémát látunk, hanem egzisztenciális válságot. Az öngyilkossághoz nem elegendő ok önmagában egy rizikót jelentő személyiségvonás, egy krízisindukáló életesemény vagy egy fennálló pszichiátriai zavar. Mindezek a tényezők összefognak, hatnak egymásra, beágyazódnak az életútba, melynek eredményeként gyakran látható a számos területen kudarcosnak és rendezhetatlannak mutatózó élet, az emiatt érzett reménytelenség és kilátástalanság. Mindez – a sérülékeny személyiség, a súlyos életesemény és az elégtelen megküzdési képesség – együttesen vezethet el egy olyan válságállapothoz, melyből az egyén a kiutat csupán saját elpusztításában látja (Pusztai & Bugán, 2011; Tringer, 2011).

Kiemelendő, hogy az alábbiakban olvasható adatok és következtetések csak a magyar büntetés-végrehajtásban bekövetkezett befejezett szuicidumokkal kapcsolatban értendők.

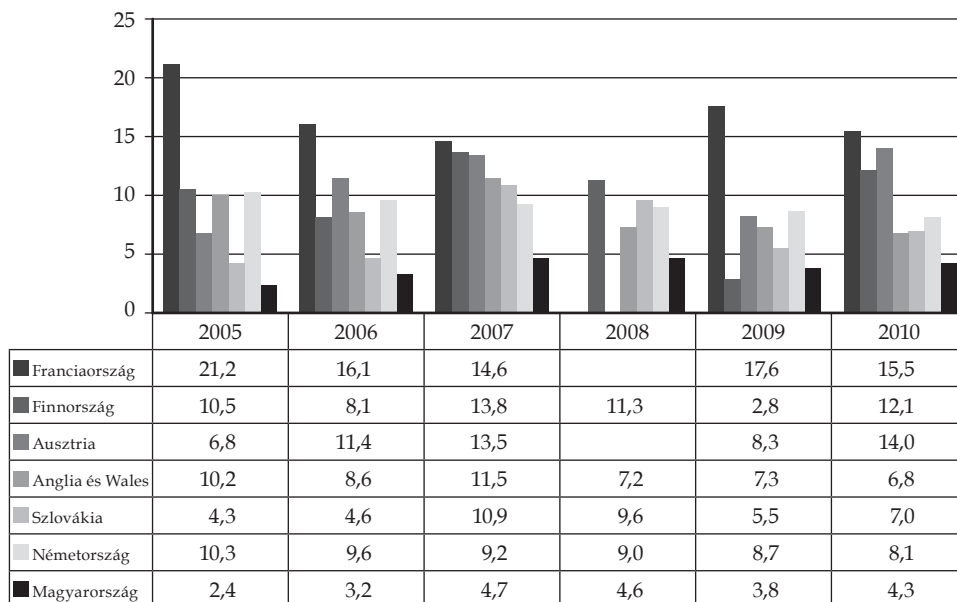
Kitekintés

A befejezett öngyilkosság tekintetében a fogvatartotti populáció különösen veszélyeztetett. A WHO adatai szerint az inkarceráció során nem ritkán a leggyakoribb halálozási ok az öngyilkosság. Az előzetes fogvatartás alatt a civil populációhoz képest 7,5-ször, letöltőházakban a civil populációhoz képest 6-szor nagyobb az öngyilkossági arány. Ugyan az inkarceráció önmagában is krízisindukáló életesemény lehet, a bűnelkövetői populáció inherensen hord magában komoly rizikótényezőket, amit az is mutat, hogy a fogvatartási időszakon kívül is magas a befejezett öngyilkosságok aránya közöttük (Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, 2007). Ez nem meglepő, ha a szuicidium rizikófaktoraikat vesszük szemügyre. A pszichiátriai szakirodalomban felsorolt rizikótényezők az alábbiak: pszichiátriai betegség, skizofrénia, alkohol- és gyógyszerabúzus, megelőző öngyilkossági kísérlet, szuicidium a családban, öngyilkossági szándék kommunikációja, komorbid szorongás, illetve szorongásos betegség; kora gyermekkori veszteségek, izoláció (válás, szeparáció), munkanélküliség, komoly anyagi problémák, súlyos negatív életesemények (pl. börtönbe kerülés), dohányzás (Rihmer, 2007). A WHO felmérése a következő rizikótényezőkre mutat rá: fiatal férfi (15–49 év), idős férfi, mentális betegség, drog- vagy alkoholabúzus, korábbi szuicid kísérlet, fogvatartás (Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, 2007). Mindkét felosztás olyan dimenziókat tartalmaz, amelyek a legtöbb fogvatartottnál felfedezhetőek, igen gyakran halmozott formában.

A kiugróan magas rizikó ellenére – vélhetően a prevencióra szánt fokozott figyelem eredményeként – Magyarországon a prizonális szuicidummal kapcsolatos mutatók igen jónak mondhatóak². Ahogyan az a 2. ábrán látható, a 10 000 fogvatartottra jutó befejezett öngyilkosságok számát tekintve a magyar büntetés-

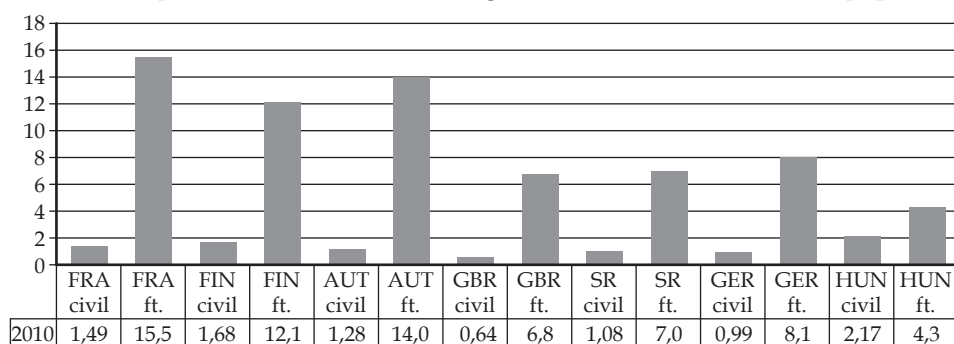
² Megjegyezve azt, hogy befejezett szuicidumból egyetlen is több, mint az ideális.

végrehajtás stabilan a legalacsonyabb számokat produkálja az európai mezőnyben (Aebi, Delgrande; 2013).



2. ábra - Befejezett szuicidiumok aránya európai országok büntetés-végrehajtásában (Aebi, Delgrande, 2013)

A civil rátával ugyan nehezen összehasonlítható a fogvatartotti arány, de ha mégis megnézzük, hogy ez a két szám hogyan viszonyul egymáshoz az európai országokban (3. ábra), akkor azt láthatjuk, hogy a fogvatartotti többnyire többszöröse a civil rátának, ám Magyarország a civil rátához szokatlanul közelítő fogvatartotti arányt mutat³ (Aebi, Marcelo F.; Delgrande, Natalia; 2013; Health at Glance: Europe, 2012). Sőt, 2005-ben a fogvatartotti szuicid ráta a civil populáció



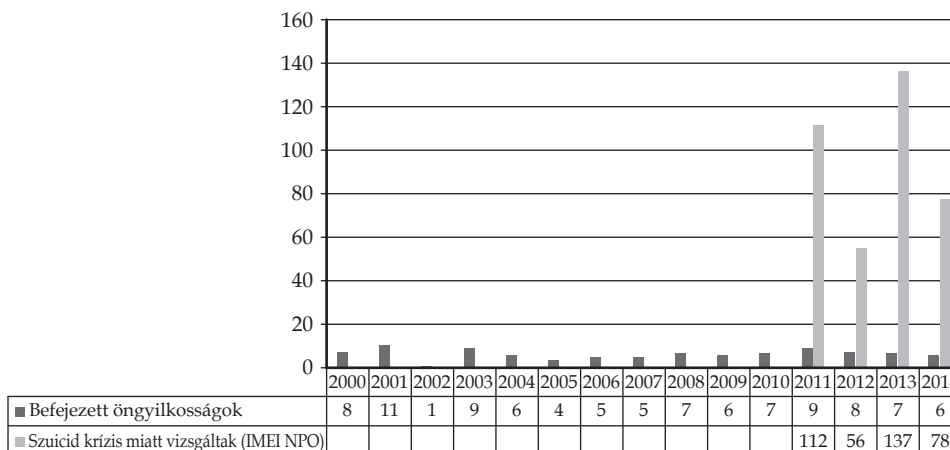
3. ábra - A civil és fogvatartotti szuicid ráta összehasonlítása európai országokban (Health at Glance: Europe, 2012)

3 Itt figyelembe kell venni azt is, hogy Magyarországon a civil szuicid ráta igen magasnak számít.

alatt volt, ami világviszonylatban is páratlan eredménynek mondható (Wikipedia, 2014). Különösen jelzi ezt a prevencióra irányuló erőfeszítéseink hatékonyságát akkor, ha számba vesszük azt is, hogy a fogvatartotti populációban sűrűsödnek a szuicidium rizikótényezői (Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, 2007; Rihmer, 2007).

Nem érdektelen azt sem megvizsgálni, hogy hány potenciális öngyilkosságot sikerül megelőznünk. A magyar büntetés-végrehajtásban évente 5–9 befejezett szuicidium történik. A 4. ábra 2011-ig visszamenően mutatja, hogy az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet Neuropszichiátriai Osztályának pszichológiai vizsgálatai hány esetben állapítottak meg súlyos szuicid veszéllyel járó krízist. Ahogy látható, a 3 év átlagát tekintve 12–13, az öngyilkosság veszélyét potenciálisan magában hordozó krízissel találkozunk, míg egy befejezett öngyilkosság bekövetkezik.

Azonban 2000. és 2014. között így is 98 fogvatartott vetett önkezelést véget életének az intézeteinkben⁴.



4. ábra - Befejezett szuicidiumok és szuicid krízisek aránya a magyar büntetés-végrehajtásban (BVOP és IMEI adatai alapján, 2014. 12. 17-i adatok)

Módszer

Vizsgálatunkban a 2007. és 2014. közötti befejezett szuicidiumokat elemeztük. 40 eset volt hozzáférhető. Az alacsony elemszám miatt csupán leíró adatelemzésre és a kiugró tendenciákra való reflektálásra volt lehetőségünk. Az elemzéshez a demográfiai adatokat, a fogvatartási adatokat, a kapcsolattartásra vonatkozó ismereteket, továbbá a fogvatartott pszichiátriai és szuicid előzményére vonatkozó információkat használtuk fel.

⁴ A BVOP adatai alapján.

A minta

A mintában 40 eset szerepelt. Ebből 39 férfi és 1 nő volt. Az átlagéletkor 38,6 év (SD 10,2), a legfiatalabb szuicidáló 22, a legidősebb 58 éves volt a mintában. Végzettség tekintetében a 4–8 általános közötti volt a leggyakoribb (n=19; 67,9%), majd 4 osztálynál kevesebb (n=4; 14,3%), illetve az érettségi (n=3; 10,7%), végül a szakmunkás végzettség vagy valamilyen szakma birtoklása (n=2; 7,1%). Megjegyzendő, hogy 12 esetben nem állt rendelkezésünkre adat, így az arányok torzulhattak.

Az adatok a többi változó esetében sem álltak minden esetről rendelkezésre.

Eredmények

A kriminalitást vizsgálva markáns tendenciának látszik az, hogy míg 11 (27,5%) esetben nem erőszakos cselekmény miatt volt a fogvatartott elzárva, addig 30 (72,5%), tehát közel háromszor annyi esetben erőszakos cselekmény miatt. Az erőszakos cselekményeken belül 14 esetben (35%) rablás, testi sértés, garázdaság, illetve 3 esetben (7,5%) szexuális jellegű, míg 13 esetben (32,5%) emberölés vagy annak kísérlete volt látható. Megjegyzendő, hogy a teljes fogvatartotti állomány 25,66%-a van büntetés-végrehajtási intézetben erőszakos bűncselekmény miatt⁵, a szuicidáltak között az arány ennek majdnem a háromszorosa, ami jelentősnek tekinthető.

10 személy (30,3%) volt első büntényes, amely elmarad a teljes fogvatartotti populációban látható aránytól (45,68%). Ezzel szemben 23 (69,7%), tehát több mint a kétszerese visszaeső, ami a teljes populációban látható arányhoz (40,99%) képest jelentősen magasabb.

16 fő (40%) volt előzetes, vagy jogerős ítélettel nem rendelkező, ami a teljes fogvatartotti populációban meglévő 24,01%-os arányhoz képest jelentősen magasabb⁶.

14 fő (35%) volt fegyház fokozatú, ami a teljes fogvatartotti populációban meglévő 21,19%-os arányhoz képest magasabb. Ebből 3 fő (7,5%) volt HSR-körleten elhelyezett. 9 fő (22,5%) volt börtön fokozatú, ami a teljes fogvatartotti populációban jelenlévő 43,05%-os aránynak körülbelül a fele. 1 fő volt elzárásos (2,5%), ami nagyjából megegyezik a teljes fogvatartotti populációban látható 1,17%-os aránnyal⁷.

16 esetben (40%) nem lehetett tudni, hogy mikor szabadul a fogvatartott, 3 esetben (7,5%) 1 éven belül, 10 esetben (25%) 1–3 éven belül, 7 esetben (17,5%) 4–10 éven belül, 1 esetben (2,5%) 10 év fölött volt várható, 3 esetben (7,5%) pedig a szabadulás lehetőségét is kizárták az ítélelhirdetéskor (TÉSZ).

Az elhelyezést illetően leggyakrabban, 18 esetben (45%) nem volt egyedül az öngyilkosság elkövetésekor a zárkában a fogvatartott. 10 esetben (25%) nem volt ugyan egyedül elhelyezve, de a társak távol voltak, amikor az öngyilkosság bekö-

⁵ A BVOP 2015. január 29-i adatai alapján.

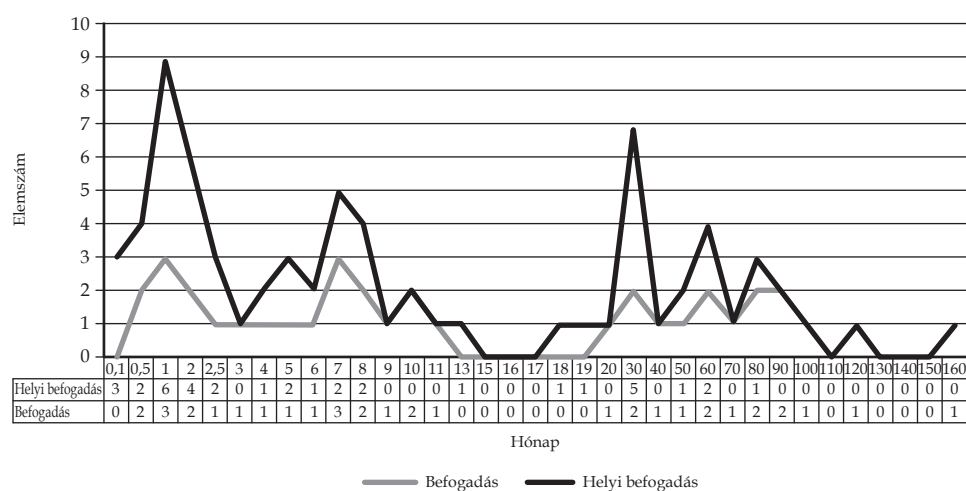
⁶ Ua.

⁷ Ua.

vetkezett. 7 esetben (17,5%) magánelzárásban vagy elkülönítésben volt a fogvatartott, és 5 esetben (12,5%) egyedül volt elhelyezve.

Dolgozott vagy tanult, tehát rendszeres, értelmes napi elfoglaltsággal rendelkezett 8 fő (20,5%), nem dolgozott vagy tanult 31 fő (79,5%), tehát több mint a foglalkoztatottak háromszorosa. A teljes fogvatartotti állomány 56,16%-a nem dolgozik és nem is tanul⁸, a szuicidálók között tehát jelentősen magasabb azok aránya, akik produktív elfoglaltság nélkül töltik a napjaikat.

Az időtényezőnél vizsgáltuk azt, hogy a fogvatartott mikor került befogadásra és azt, hogy mikor került arra a helyre, ahol végül az öngyilkosságot elkövette. A befogadás óta átlagosan 33,2 hónap (SD=41,24) telt el. A legfrissebben befogadott fogvatartott 0,5 hónapja, a legrégebben befogadott 163 hónapja (13,6 éve) volt elzárva. Az adott helyen átlagosan 14,3 hónapja (SD=20,85) voltak, a legrövidebb adott helyen töltött idő 0,1 hónap volt, a leghosszabb 87 hónap (7,25 év). Ez utóbbi esetben megjegyzendő, hogy az esetek majdnem fele (n=17; 45,9%) a helyi befogadás után 2,5 hónapon belül történt (5. ábra). A büntetés-végrehajtásba történő befogadás óta eltelt, tehát aktuálisan inkarcerációban eltöltött idő esetében az első évre sűrűsödik az esetek fele (n=20; 52,6%).



5. ábra - Az öngyilkosság helyén eltöltött idő (hónapban)

20 esetben (50%) a fogvatartottnak stabil kapcsolattartása volt, 8 esetben (20%) laza. 8 esetben (20%) nem volt kapcsolattartás, 4 esetben (10%) pedig folyamatban volt a kapcsolattartás rendezése.

12 esetben (30,8%) hagyott a fogvatartott búcsúlevelet, ám 27 esetben (69,2%), tehát az esetek közel háromnegyedében nem.

Vizsgáltuk, hogy a fogvatartott bármilyen jelzést adott-e az öngyilkosság előtt, esetleg a *cry for help* feltárható-e retrospektíve. A kapcsolattartó felé 3 eset-

8 Ua.

ben (8,3%) jelezte a személy a szándékát valamilyen módon, 33 esetben (91,7%) nem tudtunk ilyen előzményt kimutatni. A büntetés-végrehajtás személyi állománya felé 4 esetben (10,3%) volt jelzés, 35 esetben (89,7%) nem. A zárkatárs felé szintén 4 esetben (13,3%) volt valamilyen jelzés, 26 esetben (86,7%) volt információ arról, hogy a zárkatárs nem számolt be szuicid jelzésről az öngyilkosságot megelőzően. 11 esetben (28,9%) jelzett a fogvatartott valami egyéb problémát (zárlapprobléma, elszállítási követelések stb.), 27 esetben (71,1%) semmilyen probléma nem volt a fogvatartott körül.

A büntetés-végrehajtáson kívül pszichiátriai előzménye 14 fogvatartottnak (38,9%) volt, és 22-nak (61,1%) nem. 18 fő (46,2%) járt az IMEI-ben, és 21 fő (53,8%) nem. 20 főnek (55,6%) volt öngyilkossági kísérlete, illetve 16 főnek (44,4%) nem. Nem öngyilkossági célú önsértés jelenlétére az előzményben 13 esetben (37,1%) volt információnk, és 22 esetben (62,9%) annak hiánya állt fent. Közvetlenül, vagy rövid időn belül az öngyilkosság előtt 34 esetben (85%) nem volt öngyilkossági kísérlet vagy önsértés, és 6 esetben (15%) volt.

A szuicidium motivációját sok esetben (n=22; 55%) nem volt módunk megállapítani. 6 esetben (15%) párkapcsolati probléma, 4 esetben (10%) a kilátástalanság, 3 esetben (7,5%) az ítélet, 2 esetben (5%) a büntetőügyben bekövetkező fejlemény és családi problémák együttesen, 1 esetben (2,5%) fegyelmi vagy bűnvádi eljárás, 2 esetben (5%) pedig a büntudat volt okként feltételezhető.

A szuicidium módja 32 esetben (80%) önakasztás volt, 5 esetben (12,5%) érmetszés, 1 esetben (2,5%) önakasztás és érmetszés együtt. 1 esetben (2,5%) nejlonzacs-kót használt a személy, 1 esetben (2,5%) egyéb eszközt (szalagfűrészt).

Diszkusszió

Az elmúlt évek befejezett szuicidiumait vizsgálva, elemelve az alábbiakat tapasztaltuk.

Szinte minden esetben férfi szuicidált. A demográfiai adatokban nincs kiugró, vagy számunkra jelentőséggel bíró eltérés.

Túlnyomórészt erőszakos elkövetőket találtunk a mintában, és a szuicidáltak között a teljes fogvatartotti populációhoz képest háromszoros az erőszakos elkövetők aránya. Ez reflektál a fokozott agressziós készletetés szuicidiumban betöltött szerepére, amely megnyilvánul mind a bűncselekményben, mind a szuicidium intenzitásában és módjában is. A *violens* szuicidiumot elkövetők körében jelentkező fokozott agresszív tendenciák jelenlétére már agykimutatások is rámutattak (Tringer, 2011).

Igen magas, és a teljes fogvatartotti populációban látható arányhoz képest is jelentősen emelkedett a visszaesők aránya is, ami rámutat arra, hogy az első inkarcerációval együtt járó morális sokknál jóval nagyobb probléma lehet a krónikus reménytelenség (Boros & Csetneky, 2002), melyet jól példáz a 6. *ábrán* olvasható búcsúvéglírás. Az inkarceráció és az új körülmények jelentős pszichés terhet jelzi azonban az, hogy az esetek körülbelül kétharmada a büntetés-végre-

hajtásba való befogadást követő egy évben, illetve több mint fele a helyi befogadás után 2,5 hónapon belül történt.

A vizsgáltak háromnegyede előzetes vagy fegyház fokozatú, tehát a legköztöttebb rezsimben volt és nem dolgozott (vagy tanult), mindezen jellemzők jelentősen gyakoribbak a szuicidálók között, mint a teljes fogvatartotti populációban. Az előzetesek nagy aránya magyarázza azt az eredményt is, miszerint az esetek majdnem felében nem lehetett tudni az öngyilkosság elkövetésekor, hogy a fogvatartott mikor szabadulhat, amely bizonytalanság a fogvatartottak stressztűrő kapacitásának jelentős hányadát leköti. Ezen kívül azonban az 1–3 éven belül várható szabadulás volt a leggyakoribb, és kevesebb volt a hamarosan, vagy nagyon sokára, esetleg soha sem szabaduló szuicidáló. Az esetek több mint felében a fogvatartott egyedül volt az öngyilkosság idején, vagy az eleve egyszemélyes elhelyezés vagy időleges helyzet miatt. Ugyanakkor az esetek szinte fele nem volt egyedül a helységben, ahol az öngyilkosságot elkövette. Mindez azt mutatja, hogy a fogvatartottak vélhetően igyekeznek megteremteni maguknak az egyszemélyes helyzetet, ám amennyiben erre nincs lehetőségük, ez nem tartja vissza őket a szuicidium végrehajtásától.

Nem bízhatjuk magunkat a kapcsolatok protektív szerepére sem, mivel az esetek felében a fogvatartottnak stabil kapcsolattartása volt, csupán az esetek ötödében volt megállapítható a kapcsolattartás teljes hiánya. Ennek ellenére csak az esetek harmadában hagyott a szuicidáló búcsúlevelet, és csupán elvétve volt feltárható bármilyen jelzés a szándékait illetően akár a kapcsolattartó, akár a személyzet, akár a zárkatárs felé. Önsértő vagy szuicid megnyilvánulás közvetlenül az öngyilkosság előtt alig akadt. Az esetek harmadában azonban valamilyen más probléma jelentkezett a fogvatartott körül a szuicidium előtt: zárkap probléma, elszállítási kérelem stb. A jelzés és a búcsúlevél ilyen mértékű hiányának hátterében két mechanizmust feltételezhetünk. Az egyik az, hogy a fogvatartott a cselekmény előtt hosszabb ideje már meghozta döntését a szuicidiumot illetően, azt gondosan eltervezte, szándékait elrejtette, kívárta a megfelelő alkalmat, és végrehajtotta a tervet. A másik lehetséges ok pedig az, hogy az öngyilkosság egy impulzív cselekvés eredménye, és a jelzés, magyarázat azért maradt el, mert az impulzust azonnal követte a cselekmény, a következmények átgondolása nélkül. Mindenesetre az előzetes jelzés és a búcsúlevél hiánya rendkívül megnehezíti a szuicidium hátterében álló motiváció feltárását, ahogy azt az esetek felében itt sem lehetett megállapítani. Ahol mégis kikövetkeztethető volt, ott leggyakrabban a párkapcsolati probléma állt a háttérben, de felmerült a büntetőügy kedvezőtlen alakulása és a büntetés is. A büntetés megjelent a bűncselekmény kapcsán, illetve a családdal szemben amiatt, hogy a fogvatartott a börtönbe kerüléssel meglátása szerint cserbenhagyta a családot, amiért magát hibáztatta.

Bár többször csupán implicit módon jelent meg, igen jelentős elemnek gondoljuk a kilátástalanságot és a reménytelenséget. A reménytelenség a jövőre vonatkozó negatív szemléletmód vagy negatív attitűdök készlete, olyan elvárások jelzik, mint hogy „nekem nem fog sikerülni semmi”, „rám már semmi jó nem vár”, és a kutatások általában a szuicidiummal legszorosabban összefüggő pszichológi-

ai tényezőként azonosítják (Perczel Forintos, Sallai, Rózsa; 2001). A szabadságvesztés-büntetés és – ahogy láttuk – az előzetes letartóztatás végrehajtása olyan helyzetet teremtenek, melynek során különösen alkalmasak a reménytelenség kiváltására és súlyosbítására bizonyos tényezők. Ilyen faktorok a visszaesés, azaz a kriminális életpálya elhagyására irányuló kísérletek sorozatos kudarca, és az ezzel járó életkilátások tudatosulása, vagy például a büntetés-végrehajtáson belül és azon kívül együttesen megélt nincstelenség.

Fontos elemek továbbá a korábban már említett büntudat a cselekmény miatt, vagy a családdal szemben, továbbá a társadalom, a család vagy akár a fogvatartotti szubkultúra által megtapasztalt kizártság. Ezen dimenziók mentén rekonstruálható az a pszichológiai állapot, melyben a fogvatartott az életét kilátástalannak, elhibázottnak, helyrehozhatatlannak, a szenvedéseit véget nem érőnek látja, melyből az egyetlen kiútnak az öngyilkosság látszik a számára. Ezt az állapotot jól szemlélteti a 6. ábrán látható búcsúlevél részlete.

Bár a szakirodalom alapján azt várnánk, hogy gyakori a pszichiátriai kezelés és a szuicid epizód az előzményben, meglepő módon itt ez nem igazolódott. Pszichiátriai előzményt az esetek kétharmadánál nem találtunk, és az IMEI-ben is csak a fogvatartottak fele járt. Szuicid epizód csupán az esetek kicsit több mint felében, önsértés pedig csak az esetek harmadában volt feltárható az anamnézisben.

A szuicidiumok vezető módszere az önakasztás, melyet az érmetszés követ, vagy ez a kettő együttesen fordul elő. Felmerültek még olyan módszerek, mint a nejlonzacskó, illetve a szalagfűrészes használata. Bár az öngyilkosság eleve erőszakos cselekmény, de feltűnő, hogy ezek a módszerek az öngyilkosságon belül is a violens módokat közé tartoznak. Utalunk itt ismét arra, hogy a szuicidáló fogvatartottak nagy része eleve erőszakos bűncselekmény, sok esetben emberölés miatt volt elzárva, amely már önmagában rámutat a fokozott agressziós készletre. Ennek nagy szerepe van az öngyilkossághoz vezető folyamatokban és – úgy tűnik, hogy – végül az eszközválasztásban is.

Belefáradtam a küzdelembe, ebből nincs kiút, újra tárgyalhatnák, de a végeredmény ugyanaz lenne, csak időhúzás, részemről önkínzás. Az ítéletet se őrizgessétek, ne azt olvassátok, nem alaptalan, nem azért teszem, amit teszek, hanem mert nem tudtam elviselni a szerencsétlenségemet, a hülyeségemet, a tehetetlenségemet, a kiszolgáltatottságomat."

„Elbuktam! Nem gondoltam, hogy még egyszer visszakerülhetek, se arra, hogy ezt már nem bírom ki idegileg, lelkileg. Minden erőlködés hiábavaló! Próbára tett az élet, volt pénzem, de eszem nem, nem gondolkoztam, csak mentem ész nélkül, most meg itt vagyok, ahol a part szakad. Ne emészd magad, ez van megírva, ezt hozta a sors, de nem tudom elviselni a hülyeségem, minden nap ezzel kelni, feküdni, napi 16 órát ezen gondolkozni. Jobb ez így nekem, hidd el!"

6. ábra - részlet egy befejezett öngyilkosságot elkövetett fogvatartott búcsúleveléből

Konklúzió

Eredményeink rámutatnak arra, hogy a befejezett szuicidium szempontjából elsősorban az erőszakos bűncselekményért büntetés-végrehajtásban lévő férfi fogvatartottak veszélyeztetettek. Jelentős rizikófaktornak tűnik a szigorú rezsim és a rendszeres produktív tennivaló, például a munka vagy a tanulás hiánya, valamint az előzetes letartóztatással járó bizonytalanság és a visszaesés. A bekerülés után az első év, új helyre kerülés után az első 2,5 hónap a legrizikósabb időszak. Úgy tűnik, hogy a fogvatartottak elhelyezése (egyszemélyes vagy többszemélyes) nem jelentős befolyásoló tényező, nem biztosíték a szuicidium ellen az állandó többszemélyes szituáció sem. Ahogy nem bízhatjuk magunkat a kapcsolattartás megtartó erejére, vagy a pszichiátriai, szuicid vagy önsértő előzmény iránymutatására sem.

A civil pszichiátriában már ismert jelenség, hogy az öngyilkosság soha nem „egytényezős” történés, önmagában nem elegendő oka egy rizikót jelentő személyiségvonás, egy krízisindukáló életesemény vagy egy fennálló pszichiátriai zavar. E tényezők összefonódása, egymásra hatása, az ebből születő döntések vezetnek el ahhoz a szituációhoz, melyben az egyén az életútját számos területen kudarcosnak, rendezhetatlannak, reménytelennek és kilátástalannak véli, és ahhoz az egzisztenciális krízishez, melyből az egyén a kiutat csupán saját elpusztításában látja. Ez rámutat a krízisintervenció fontosságára, ezen belül is a krízis-állapotok felismerésének elsődleges prioritására. A felismerés és az intervenció sokszor épp azzal ment életet, hogy időt ad a krízis enyhülésére, a feszültség csillapodására, amely aztán a racionális gondolkodás és döntéshozás számára enged utat. Emellett természetesen a rizikót jelentő sérülékeny személyiség az adott körülmények között lehetséges korrigálása, valamint a megküzdési képességek és a döntéshozási mechanizmusok fejlesztése járhat jelentős előnyökkel – nemcsak a szuicidium-prevenció terén.

Idézett forrásmunkák

- Aebi, Marcelo F.; Delgrande, Natalia; 2013. *Council of Europe Annual Penal Statistics, SPACE I - 2011*. Strasbourg: PC-CP.
- Boros, J. & Csetneky, L., 2002. *Börtönpszichológia*. Budapest: Rejtjel Kiadó.
- Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, 2007. *Preventing suicide in jails and prisons*. Switzerland: WHO Press.
- Health at Glance: Europe, 2012. *Suicide*. [Online]
Available at: <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/01/07/index.html?contentType=&itemId=%2Fcontent%2Fchapter%2F9789264183896-10-en&mimeType=text%2Fhtml&containerItemId=%2Fcontent%2Fserial%2F23056088&accessItemIds=%2Fcontent%2Fbook%2F9789264183896-en>
[Hozzáférés dátuma: 16. 12. 2014.].
- Kuritárné Szabó, I., 2008. A borderline szuicidalitás jellegzetességei : szakirodalmi áttekintés. *Psychiatria Hungarica*, 23(1), pp. 42-55.

- Lehoczki, Á., 2012/a. A prizonális helyzetben elkövetett önkárosítás pszichés hátteréről. In: V. Kiss, szerk. *Kriminológiai Közlemények 71. szám: Kontroll és jogkövetés, a Magyar Kriminológiai Társaság és az ELTE ÁJK Kriminológia Tanszéke 2012. május 11-i közös konferenciájának előadásai*. Budapest: Magyar Kriminológiai Társaság, pp. 287-291.
- Lehoczki, Á., 2012/b. Öngyilkosság és önkárosítás a börtönvilágban. *Börtönügyi Szemle*, 3. kötet, pp. 33-40.
- Perczel Forintos, D., Sallai, J. & Rózsa, S., 2001. A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16(6), pp. 632-643.
- Pusztai, A. & Bugán, A., 2011. Szuicid típusok meghatározása befejezett öngyilkosságot elkövetők búcsúleveleinek tartalomelemzése alapján. *Psychiatria Hungarica*, 26(2), pp. 87-101.
- Rihmer, Z., 2007. Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), pp. 17-22.
- Tringer, L., 2011. *A pszichiátria tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Wikipedia, 2014. *List of countries by suicide rate*. [Online]
Available at: http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_suicide_rate
[Hozzáférés dátuma: 16. 12. 2014.].