

JUHÁSZ ZSUZSANNA

Szuicid cselekmények a fogvatartottak körében

A Világ Egészségügyi Szervezet 2000. évi Jelentése szerint földünkön a 15. vezető halálozási oknak az öngyilkosságokat tekinthetjük.¹ A helyzet súlyosságát mutatja, hogy a WHO becslései szerint a XXI. század elején minden harmadik másodpercben megkísérelt valaki véget vetni az életének és minden percre jutott egy sikeres, azaz befejezett öngyilkosság. Ezen aggasztó szám adatok nem hagynak kétséget afelől, hogy a szuicidumok megelőzése és csökkentése nemzetközi szinten alapvető közegészségügyi feladatként jelentkezik.

A büntetés-végrehajtási környezetre koncentrálna az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága által 2006 januárjában elfogadott, az 1987-es szabálygyűjteményt felváltó, azt korszerűsítő új Európai Börtönszabályok² elvi éllel fogalmazza meg, hogy azon börtönfeltételek, melyek megsértik a fogvatartottak emberi jogait az erőforrások hiányával nem igazolhatóak. A börtönügy számára zsinórmértékül szolgáló ajánlás új eleme a börtönhatóságok azon kötelezettségének megfogalmazása, mely szerint védeniük kell az őrizetükben lévő fogvatartottak egészségét. Az ajánlás felhívja a figyelmet arra, hogy a személyi szabadság elvonása, a végrehajtás feltételei igen komolyan befolyásolhatják a fogvatartottak lelki állapotát, ezért a büntetés-végrehajtási hatóságok feladata részint a végrehajtási feltételek javítását célozza, másrészt annak felismerését és kezelését, hogy mely fogvatartottak esetén lehet önkárosítástól vagy öngyilkosságtól tartani.

A legtöbb ország vonatkozásában elmondható, hogy a *legfőbb mentális egészségügyi problémát* a fogvatartottak szuicid cselekményei jelentik. A személyi szabadság elvonása, a családi kapcsolatok lazulása, rosszabb esetben azok megszűnése, az ismeretlentől, a jövőtől való félelem, a bizonytalanságérzet, az intézetben belüli konfliktusok, vagy akár az elkövetett bűncselekmény miatt támadt bűntudat egyaránt előidézhetik, elősegíthetik azt az idegi állapotot, amely

¹ World Health Organization. World Health Report. Geneva: WHO, 2000.

² Recommendation No. R (2006)2. European Prison Rules

a fogvatartott szuicid magatartásához vezet. Emellett az is leszögezhető, hogy a *végrehajtási intézetek lakói által elkövetett öngyilkosságok rátája jellemzően magasabb*, mint ugyanezen ráta a szabad lakosság körében. Egy Angliára és Walesre kiterjedő kutatás adatai³ alapján például az 1978-tól 2003-ig terjedő időszakban a férfi fogvatartottak a kor-specifikus összehasonlításban ötször gyakrabban követtek el öngyilkosságot, mint az átlag férfinépesség. A 15–17 éves fogvatartott fiúk körében ugyanakkor e jelenség tizenhatszszor volt gyakoribb, mint a társadalomban a hasonló életkorú fiatalok között. A kutatócsoportot vezető Fazel szerint e korosztály magasabb öngyilkossági mutatója a mentális rendellenességek magas rátáival magyarázható, illetve azzal a körülménnyel, hogy a sokaknál jelentkező drogproblémák orvoslására az érintettek nem kapják meg a szükséges detoxikációs kezelést.⁴

Hasonlóan nagyobb öngyilkossági ráták jellemzik az USA börtönnépességét is. Az e tárgykörben készített tanulmányok szerint⁵ a fogvatartottak által elkövetett szuicidumok mutatója háromszor–kilencszer magasabb, mint a lakosság körében. Az eltérő mutatók azzal magyarázhatók, hogy a fogvatartottak jellemzően gyakrabban követnek el öngyilkosságot a fogdáknak, mint a börtönökben. Emellett az öngyilkosság nagyobb kockázatát hordozzák magukban a kisebb fogdák, míg a nagyobbakban kevesebb öngyilkosság figyelhető meg.⁶ Ilyenformán az USA börtöneiben az öngyilkosság a harmadik, míg a fogdáknak a második vezető halálozási ok.⁷

A fenti tényezők mellett számos ország büntetés-végrehajtása számára az elmúlt évtizedek mind abszolút számokban, mind pedig az öngyilkossági rátát tekintve a *szuicid cselekmények növekedését* jelentették.⁸ A kivételek között említhető például Ausztrália, ahol az 1995. január elseje és a 2005. december 31-e közötti időszakot felölelő tanulmány szerint ebben a 10 éves periódusban a büntetés-végrehajtási intézetekben az öngyilkossági ráta csökkenése volt megfi-

³ FAZEL, S. – BENNING, R. – DANESH, J.: *Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978–2003*. Lancet, 2005. October. 1301–1302. pp.

⁴ E témáról bővebben: BBC NEWS: <http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-/2/hi/health/4245354>

⁵ Lásd például: HALL, B. – GABOR, P.: Peer suicide prevention in a prison. *Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2004, 5. 19–26. pp.; TARTARO, C. – LESTER, D.: *An application of Durkheim's theory of suicide to prison suicide rates in the United States*. *Death Studies* 2005, 29. 413–422. pp.; TRIPODI, S.J. – BENDER, K.: *Inmate Suicide: prevalence, assessment, and protocols*. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2007, 7. 40–54. pp.

⁶ TRIPODI, S.J. – BENDER, K.: i.m. 41. p.

⁷ DANIEL, A.E.: *Preventing suicide in prison: a collaborative responsibility of administrative, custodial, and clinical staff*. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2006/2. 165. p.

⁸ Bővebben például: JOUKAMAA, M.: *Prison suicide in Finland, 1969–1992*. *Forensic Science International* 1997, 89. 167–174. pp.; FRUEHWALD, S. – FROTTIER, P.: *Suicide in prison*. Published online: www.thelancet.com, September 15, 2005.; FRUEHWALD, S. – FROTTIER, P. – RITTER, K. – EHER, R. – GUTIERREZ, K.: *Impact of overcrowding and legislation change on the incidence of suicide in custody experiences in Austria, 1967–1996*. *International Journal of Law and Psychiatry* 2002, 25. 119–128. pp.

gyelhető. Fontos adalék azonban, hogy a szuicidumok mutatója a visszaesés ellenére hozzávetőlegesen továbbra is tízszerese volt a szabad társadalomban mért értékeknek, és a fogvatartottak körében a vezető halálozási okot az öngyilkos cselekmények szolgáltatták.⁹

A Központi Statisztikai Hivatal 2008. júniusi Hírlevele szerint hazánk az öngyilkosságok arányát tekintve világviszonylatban az első tíz ország közé tartozik. Közel két évtized viszonylatában ugyanakkor a jelenlegi helyzet javuló tendenciát mutat: 2006-ban 2460 személy vetett véget önkézüleg életének.¹⁰ A büntetés-végrehajtási intézeteinkben az elmúlt három év adatai ugyancsak kedvezőnek ítéelhetőek, tekintve, hogy fogvatartottaink 4, illetve 5–5 öngyilkosságot követtek el. Ez egyébként a fogvatartotti halálokok rangsorában mindhárom évben a harmadik helyet jelentette: a leggyakoribb halálokok hazánkban a szív- és keringési megbetegedés volt, ezt a daganatos alapbetegségek követték.¹¹

A szuicidumok számának emelkedése – a lehetséges okokról

A növekedés hátterét vizsgálva többféle magyarázattal találkozhatunk. Az angol börtönügy például elsődleges tényezőnek a végrehajtási intézetek *túlszűfoltságát* tekinti, amely 1994. óta minden évben jellemző ismérve a börtönrendszernek. Az Egyesült Államok példáját követve a szigetország ugyanis egyre több embert küld egyre hosszabb tartamú szabadságvesztéssel börtönbe, aminek egyik következménye az intézetek telítettsége, zsűfolttsága. Hiába épültek új intézetek, illetve több esetben végeztek jelentős újjáépítéseket, átalakításokat, a börtönök szinte pillanatok alatt megteltek. A végrehajtási közegben találóan a jelenséget ahhoz hasonlították, mint amikor egy elszabadult vonatot új vágányok lefektetésével próbálnának megfékezni. 2007 áprilisának végén például Anglia és Wales 141 végrehajtási intézetéből 86-ban volt túlszűfolttság, a legjelentősebb 186 %-os. Ezen túlszűfolt börtönökbe éves szinten több mint 132.000 ember befogadására kerül sor. Ezzel összefüggésben az utóbbi években egyre többször fogalmazódott meg az aggodalom, hogy kifogynak a férőhelyekből, ha csak kis számú őrizetes számára teszik lehetővé az óvadék ellenében történő szabadlábra helyezést. A fentiek nyomán a túlszűfolttság sajnálatos kísérőjelenségeként számoltak be a híradások a fogvatartottak öngyilkosságairól. 2006-ban például 67 halállal végződő önkárosítás történt, 2007. év elején pedig már önmagában 30 halálesetet regisztráltak. A növekvő számú öngyilkosság magyarázatát egyes szakértők abban látják, hogy a túlszűfolt börtönök miatt az újonnan elítélt fogvatartottak elhelyezésére a rendőrségi vagy még rosszabb esetben a

⁹ O'DRISCOLL, C. – SAMUELS, A. – ZACKA, M.: *Suicide in New South Wales Prisons, 1995–2005: towards a better understanding*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2007/6. 519–524. pp.

¹⁰ KSH: Statisztikai Tükör 2008/10.

¹¹ A Büntetés-végrehajtási Szervezet 2007. évi Évkönyve

bíróági cellákban kerül sor, ahol az érintettek a leginkább sebezhető és az öngyilkosság szempontjából legkritikusabb időszakban nem kapják meg a megfelelő lelki támogatást. További adalék, hogy a befejezett szuicid cselekmények közel 1/3-át az őrizetbe vételt követő 1 héten belül követték el.¹²

A kedvezőtlen öngyilkossági mutatók miatt Angliában 2002-ben Nemzeti Öngyilkosság Megelőzési Stratégiát dolgoztak ki és indítottak útjára azzal a céllal, hogy visszaszorítsák a lakosság és egyúttal a fogvatartottak körében is az öngyilkosságok számát. A 2007-es Éves Jelentés arról számolt be, hogy az adott évben egyrészt nőtt a külföldi állampolgárságú fogvatartottak, illetve az életfogytig tartó szabadságvesztésre ítélt személyek által elkövetett cselekmények száma és összességében az előző években tapasztalható csökkenő tendencia után (2004-ben 95, 2005-ben 78, 2006-ban 67 eset)¹³ ismét nőtt a fogvatartotti szuicidumok száma is. A 2007/2008-as költségvetési évben a börtönszolgálat 82 halálesetet regisztrált, ami az előző évhez viszonyítva 15 %-os emelkedést mutatott. A túlsúlyosság mellett a Jelentés a növekedés feltételezhető okai között említi azt a körülményt, hogy egyre több *mentálisan* sebezhető, *sérülékeny* egyén *bebörtönzésére* kerül sor, számolni kell továbbá a *drog-, és alkoholfüggőség* fokozott kockázatával, a *családi háttérrel*, a *kapcsolati problémákkal* éppúgy, mint az *izolációval*, vagy egy korábbi *szexuális, illetve testi erőszakkal*.¹⁴

Általánosságban elmondható, hogy többek között a túlsúlyosságnak, ebből következően pedig a leterhelt egészségügyi szolgáltató rendszernek betudhatóan, illetve az anyagi erőforrások korlátai miatt a betegségek és a fertőzések előfordulásának gyakorisága a külvilágban és a börtönökben jelentős különbségeket mutatnak. A túlsúlyosság negatívan befolyásolhatja az egészségügyi ellátás színvonalát, károsan hat a fogvatartottak egészségére, az általános életminőségre, táptalaja lehet a fertőző betegségek kialakulásának és terjedésének, továbbá szegényes higiénias feltételeket eredményezhet. Emellett többek között hátrányosan érinti a fogvatartottak és a végrehajtási állomány arányát, ezáltal a személyes ellenőrzést, a munkalehetőségek csökkenését, a hasznos elfoglaltság hiányát idézheti elő, ami pedig a fogvatartottak között feszültségeket szülhet. Elősegítheti továbbá a fogvatartottak közötti hierarchia kialakulását és az erőszak tényerését is, és nem utolsó sorban kockázati tényezőként vehető figyelembe az öngyilkosságok elkövetése szempontjából is. A *túlsúlyosság visszaszorítása* tehát a szuicidumok megelőzéséhez is elengedhetetlenül szükséges feladatként fogalmazható meg. A CPT 2. Éves Jelentésében¹⁵ e kérdéskörrel összefüggés-

¹² Prison Reform Trust: Bromley Briefings Prison Factfile. May 2007. 7–10. pp.

¹³ Ministry of Justice: Deaths in prison custody.

<http://www.justice.gov.uk/news/newsrelease010108a.htm>

¹⁴ National Institute for Mental Health in England. National Suicide Prevention Strategy for England. Annual Report 2007, 5. 12. pp.

¹⁵ 2. Éves Jelentés 46. pontja

ben annak a véleményének adott hangot, hogy a túlsúfoltság már önmagában is embertelen és megalázó bánásmódnak tekinthető.

A túlsúfoltság kezelésére a helyzet megoldásaként két hosszú távú lehetőség kínálkozik: egyrészt a börtönrendszerek kapacitásának növelése, másrészt pedig a börtönépesség redukálása. Az elsőként említett módozat hosszú távon ritkán eredményes, ehelyett jóval hatásosabb lehet a büntetőeljárás és az ítélkezési gyakorlat megváltoztatás, ezáltal a szabadságelvonás hatálya alá kerülők számának csökkentése. Rövid távú megoldásként amnesztiák és egyéb idő előtti szabadítások is alkalmazhatók, emellett a rendelkezésre álló férőhely optimalisabb kihasználása és az életfeltételek javítása is számbavehető.¹⁶

A végrehajtási intézetek túlsúfoltságának és az egyre növekvő börtönépességnek a tényét rögzítette R (99)22. számú ajánlásában¹⁷ az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága is. A dokumentumban többek között megfogalmazásra került a személyi szabadság elvonásának ultima ratio jellege. Ugyancsak kivételes intézkedésként szól az ajánlás börtönök bővítéséről, amely a túlsúfoltság enyhítésére tartós megoldást nem ad. Azokban az esetekben pedig, amikor a férőhelyek elegendőek, de kihasználtságuk nem igazodik a helyi körülményekhez, a dokumentum alapján a hatékonyabb kihasználásra kellene törekedni. Az ajánlás emellett a tagállamok figyelmébe ajánlja bizonyos bűncselekmény-típusok dekriminalizálását, illetve újraosztályozását is.¹⁸

A fentiek tükrében joggal lenne elvárható, hogy a túlsúfoltság, mint kockázati tényező visszaszorítása pozitívan befolyásolja az öngyilkosságok számának alakulását. Egy osztrák kutatás kifejezetten ilyen indíttatással a túlsúfoltság, illetve a büntetőjogi reformok szuicidumokra gyakorolt hatását vizsgálta az 1967-től 1996-ig terjedő időszakra vonatkozóan. Az előzmények közül kiemelendő, hogy az 1975-ös igazságügyi reformok egyik fő célkitűzése Ausztriában a börtönépesség redukálása volt, amelyet olyan lépésekkel értek el, mint az ítéleti tartam csökkentése, bizonyos bűncselekmények dekriminalizálása, a próbára bocsátások és a felfüggesztett szabadságvesztések, pénzbüntetések fokozott alkalmazása. A reform egyúttal azzal a hatással is járt, hogy kevesebb olyan személy bebörtönzésére került sor, akik erőszakkal nem járó, vagy kevésbé erőszakos bűncselekményt követtek el. A végrehajtott reformok nyomán a fogvatartotti népesség szignifikáns csökkenése következett be: az átlagos napi börtönépesség 1967 és 1976 között még 8805 fő volt, ez 1977 és 1986 között 8281-re csökkent, illetve az 1987-től 1996-ig terjedő időszakban tovább mérséklődött 6759 fogvatartottra. Ezzel párhuzamosan a kutatás arra a megállapításra jutott, hogy a fenti időintervallumokban a túlsúfoltság egyértelmű vissza-

¹⁶ (King's College London – International Centre for Prison Studies): Dealing with Prisons overcrowding. 2004. Guidance Note 4. 1–7. pp.

¹⁷ Recommendation No. R (99) 22. concerning prison overcrowding and prison population inflation

¹⁸ Bővebben: JUHÁSZ ZSUZSANNA: Az Európa Tanács két börtönügyi tárgyú ajánlásáról. Börtönügyi Szemle 2002/4. 85–94. pp.

szorítása ellenére fokozatosan nőtt az elkövetett öngyilkosságok száma (1967–1976 5.7 eset évente, 1977–1986 8.6, 1987–1996 között éves szinten 10.8 szuicidum).

Általánosan elterjedt nézet, hogy az erőszakos bűncselekmények elkövetésével vádolt, illetve ilyen bűncselekmények miatt elítélt személyek felülreprezentáltak az öngyilkosok között. Ilyenformán a keresztülvitt büntetőjogi reform elérte, hogy a kevésbé erőszakos bűncselekmények elkövetőinek bebörtönzése elmaradjon, de a zárt végrehajtási közegben mintegy összpontosultak a szuicid cselekmények szempontjából veszélyeztetett személyek, ami az öngyilkosságok számának növekedését magyarázhatja. Ugyancsak előidézője lehetett e jelenségnek az a körülmény, hogy a megváltozott végrehajtási körülmények kedveztek az egyszemélyes elhelyezés alkalmazásának, ami azonban az izolált környezet miatt az öngyilkosságok szempontjából negatív tényezőként vehető figyelembe. A kutatás végül rámutatott arra, hogy a büntetőjogi reformok következményeként javult ugyan a fogvatartottak egészségügyi ellátása is, de ismeretesen ez nem járt együtt az öngyilkosságok csökkenésével, hanem éppen ellenkezőleg a szignifikáns növekedés mutatkozott. A miértek után kutatva a kutatást végzők abból indultak ki, hogy a végrehajtási személyzet a fogvatartottakkal való 24 órás kapcsolat miatt gyakorta több öngyilkosságot lenne képes megelőzni, mint az egészségügyi dolgozók, azaz megfelelő együttműködésre lenne szükség a két oldal között. Véleményük szerint itt különösen arra kellene a hangsúlyt helyezni, hogy hogyan, milyen jellemzők, jegyek alapján ismerhető fel az öngyilkosságra hajlamos személy, illetve adott szituációban hogyan kell helyesen cselekedni. A fentiek alapján a szuicidumok számának emelkedéséből a kutatók azt a következtetést vonták le, hogy a végrehajtási és az egészségügyi személyzet között a vizsgált időszakban nem volt jól kiépített, illetve megfelelően, hatékonyan működő kapcsolat, így önmagában a túlszűfoeltság enyhítése nem feltétlenül idézi elő és vonja maga után az öngyilkosságok számának csökkenését is.¹⁹

Fruehwald és Frottier²⁰ egy másik munkájukban arra hívták fel a figyelmet, hogy a végrehajtási intézetekben napjainkban *több pszichiátriai beteg* elhelyezésére kerül sor, mint két-három évtizeddel korábban. Ezen betegek kezelése, gondozása tekintetében a korábbi pszichiátriai kórházakat felváltották a közösségi alapú szolgálatok. Ehhez a helyzethez, illetve megváltozott környezethez azonban sok beteg nem tudott alkalmazkodni és végrehajtási intézetekbe kerültek. A súlyos mentális betegségekkel küzdők végrehajtási közegbe kerülése ilyenformán ugyancsak magyarázatul szolgálhat az öngyilkossági ráták emelkedésére. Az alapvető probléma azonban, ahogy arra a szerzők is rámutatnak, hogy a mentálisan beteg fogvatartottak magas létszáma ellenére a büntetés-végrehajtási intézetek az ő megfelelő kezelésüket csak ritkán tudják biztosíta-

¹⁹ FRUEHWALD, S. – FROTTIER, P. – RITTER, K. – EHER, R. – GUTIERREZ, K.: i.m. 119–128. pp.

²⁰ FRUEHWALD, S. – FROTTIER, P.: i.m. 1242–1244. pp.

ni.²¹ Nem nehéz belátni, hogy ha az egészségügyi politikában pozitív irányú változás e tekintetben nem következik be, akkor a fogvatartottak körében a szuicidumok számának további növekedése várható.

Ugyancsak negatív irányú folyamat a büntetés-végrehajtási környezetben az alkohol- és kábítószerfüggő személyek mind nagyobb arányú bebörtönzése is. Az európai fogvatartottak közel kétharmada például már a börtönbe kerülés előtt alkohol és drogproblémával küzd.²² Számos tanulmány,²³ és az Európai Drogmonitorozó Központ (EMCDDA)²⁴ jelentései is leszögezik, hogy a szabadságvesztés alternatívái ellenére egyre több drogfogyasztó kerül börtönbe, így az elítélti populációban a kábítószer használók túlreprezentáltak. Általánosságban az is elmondható, hogy azok a fogvatartottak, akik a szabadságelvonást megelőzően már fogyasztottak kábítószer, gyakorta a börtön falai között is folytatják e tevékenységet. De arra is igen szép számban akad példa, hogy ebben a környezetben kezdődik a drogfogyasztói magatartás. Ebben a helyzetben mind az egészségügyi személyzetnek, mint pedig a biztonsági feladatokat ellátó végrehajtási alkalmazottaknak szembe kell nézniük a fogvatartottak drogfogyasztásának következményeivel. A napi börtönrutin során ugyanis sorra jelentkeznek a kábítószerekkel összefüggő problémák. A túladagolásból származó halálesetek, illetve a drogok által okozott sürgősségi esetek például a rossz minőségű, kétes tisztaságú szerfogyasztásból, az injektló drogfogyasztás esetén az eszközök többek általi közös használatából adódóan, a fertőző betegségek (leginkább a HIV, illetve a hepatitis) megjelenése, terjedése okán és nem utolsósorban azért, mert az elvonási tünetek gyakorta társulnak önkárosító magatartásokkal, illetve öngyilkossági kísérletekkel. A Way és kollégái által végzett vizsgálat²⁵ szerint például az öngyilkosságot elkövető fogvatartottak 95 %-ának volt drogfogyasztói múltja. A börtönök vezetése számára ezért számos országban jelentős gondot okoz ezen igen összetett probléma kezelése, másrésztől egyre nagyobb társadalmi nyomással találják szembe magukat, ami azt célozza, hogy a végrehajtási környezet drogmentes legyen.

²¹ A megfelelő kezelés, illetve rehabilitáció hiányára figyelmeztet a szerzőpáros *Death behind bars* című munkájában is. Elérhető: CMAJ 2002/10. 1127–1128. pp.

²² FLIEGAUF GERGELY: *Az európai büntetés-végrehajtási rendszerek kábítószerügyi stratégiái*. Börtönügyi Szemle 2005/1. 107. p.

²³ Lásd például STOEVER, H.: *Drug substitution treatment and needle exchange programs in German and European prisons*. Journal of Drug Issues, 2002/34. 573–596. pp; DOLAN, K. et al. *Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries*. London, 2004. FLIEGAUF: Börtönügyi Szemle 2005/1., MACDONALD, M.: *A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe*. London. Cranstoun Drug Services, 2004.

²⁴ Az elnevezés a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontját takarja.

²⁵ Way, B.B. et al.: Factors related to suicide in New York state prisons. International Journal of Law and Psychiatry 2005, 28. 215. p.

A szuicidumok szempontjából kiemelt rizikójú csoportok és kockázati tényezők

Az öngyilkosságok megelőzése szempontjából kiemelkedően fontos egyrésről azon személyek kiszűrése, akik a szuicidumok nagy kockázatának vannak kitéve, másrésről az elkövetés szempontjából különösen kritikus időszaknak, és körülményeknek a meghatározása. Ezt követően kerülhet csak sor a hatékony beavatkozásra.

A WHO 2007-ben megjelent kiadványa²⁶ szerint az átlaghoz képest gyakrabban követnek el öngyilkosságot, azaz a kockázati csoportba tartoznak többek között a korábban már öngyilkosságot megkísérlők, a 15–49 év közötti férfiak, illetve az idősebb korosztály, közülük is elsősorban a férfiak, a mentálisan beteg, valamint alkohol- és/vagy kábítószerfüggő személyek és a fogvatartottak. Itt jegyezném meg, hogy bár a felsorolás alapján elsősorban férfi öngyilkosokban, illetőleg férfi fogvatartottakban gondolkozhatunk, de a női fogvatartottak ugyancsak kockázatnak vannak kitéve. A különféle kutatások elsősorban a férfi fogvatartottakra koncentrálnak, aminek magyarázata abban keresendő, hogy a börtönnépesség szignifikáns hányadát ők teszik ki. A vizsgálatok alapján az előzetes letartóztatásban lévő nők azonban nagyobb arányban kísérelnek meg öngyilkosságot, mint társaik a szabad társadalomban. Ausztriában 1975 és 1997 között a női fogvatartottak öngyilkossági rátája hétszer volt magasabb, mint az átlag női populációban.²⁷ Egy Angliára és Walesre vonatkozó kutatás e kérdéskörrel összefüggésben pedig arra hívta fel a figyelmet, hogy a rövid tartamú ítéletek és a női fogvatartottak nagyarányú, folyamatos fluktuációja miatt egyre kevesebb idő jut a nők egészségügyi szükségleteinek kielégítésére.²⁸ Emellett az e tárgyban végzett kutatások azt is mutatják, hogy a fogvatartás alatti öngyilkosság nemcsak a férfiak, hanem a nők esetében is vezető halálozási oknak tekinthető.²⁹

A később bemutatásra kerülő kockázati tényezők többsége releváns az öngyilkosságot elkövetők teljes körére, néhány azonban csak a fogvatartottakra jellemző. Így például az elkövetett bűncselekmények alapján Way és kollégái³⁰ rámutattak, hogy az öngyilkosságot elkövetők 71 %-a erőszakos bűncselekmény miatt töltötte büntetését. Jellemző továbbá a szuicid magatartás a hosszú tartamú szabadságvesztésre ítélt személyek körében. Fruenwald és munkatársai³¹ további három olyan jellemvonást tártak fel, mely megkülönböztető ismérve lehet

²⁶ WHO-IASP: Preventing suicide in jails and prisons. Geneva, 2007.

²⁷Bővebben: FRUENWALD, S. – FROTTIER, P. – EHER, R. ET AL.: *Prison suicides in Austria, 1975–1997. Suicide Life Threat Behaviour*. 2000, 30. 360–369. pp.

²⁸ HARRIS, F. – HEK, G. – CONDON, L.: *Health needs of prisoners in England and Wales: the implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity*. *Health and Social Care in Community* 2006/15 (1). 59. p.

²⁹ HEATHER, S.: *Suicide behind bars*. *Current Opinion in Psychiatry*. 2003/5. 559–564. pp.

³⁰ WAY, B.B. et al.: i.m. 217.p.

³¹ FRUEHWALD, S. – MATSCHNIG, T. – KOENIG, F. – BAUER, P. – FROTTIER, P.: *Suicide in custody. Case-control study*. *British Journal of Psychiatry*. 2004, 185. 494–498. pp.

az öngyilkosságot elkövető fogvatartottaknak. Az osztrák végrehajtási intézetekben 1975 és 1999 között fogvatartottakra kiterjedő vizsgálat alapján döntő tényező volt a korábbi öngyilkossági kísérlet, az elmeorvosi diagnózis, a szabadságelvonás tartama alatt felírt pszichotrop gyógyszer, illetve környezeti tényezőként az egyszemélyes elhelyezés.

Fontos annak hangsúlyozása is, hogy bizonyos egyéni és környezeti tényezők együttes előfordulása magában hordozza az átlagnépességhez viszonyítva magasabb öngyilkossági rátákat. A végrehajtási intézetek ugyanis gyakorta gyűjtőhelyei a szuicidumok elkövetése szempontjából veszélyeztetett személyeknek: egyre nagyobb számban találunk a fogvatartottak között például mentális problémákkal küzdőket, alkohol és/vagy drogfüggőket. Számukra elengedhetetlenül fontos lenne a megfelelő mentális egészségügyi programok, függőséggel összefüggő szolgáltatások elérhetőségének biztosítása. A végrehajtási közegben azonban az ilyen jellegű programok, kezelések gyakorta csak korlátozottan, vagy egyáltalán nem állnak rendelkezésre. A börtönökre jellemző túlszűfolttság, az izolált környezet a pszichésen sérült személyek számára ugyancsak ösztönzőleg hat az öngyilkosság elkövetésére. Egyre gyakoribb továbbá, hogy fiatalok bebörtönzésére kerül sor, akik különösen azokban az esetekben vannak az öngyilkosság kockázatának kitéve, ha felnőttkorúakkal együtt helyezik el őket. Ezzel összefüggésben egy amerikai vizsgálat³² megállapította, hogy a felnőttkorúakkal közösen elhelyezett fiatalok esetén az öngyilkossági ráta nyolcszor nagyobb volt, szemben azokkal, akiket fiatalok büntetés-végrehajtási intézetében helyeztek el.

A potenciálisan nagy kockázatnak kitett csoportok meghatározásánál segítséget nyújthat az úgynevezett öngyilkos profilok felállítása. Mivel azonban azok idővel változhatnak, további szűrők alkalmazása (lehet) indokolt. Az előzetes letartóztatásban lévő és öngyilkosságot elkövetők a profil szerint például általában 20–25 év közötti férfiak, akiket kisebb tárgyi súlyú, gyakorta kábítószerrel összefüggő bűncselekmény miatt vettek őrizetbe. Az elítéltek a profil szerint általában idősebb, a 30–35 év közötti korosztályba tartozó személyek, akik erőszakos bűncselekményt követtek el.

Az elkövetés ideje szempontjából az előzeteseknek az őrizetbe vételt követő néhány óra lehet egyrészt kritikus, amikor a szabadságelvonás ténye, a hirtelen izoláció, az információhiány, a bizonytalan jövő miatt gyakrabban követnek el öngyilkosságot. A másik kockázatos időszak számukra a bírósági tárgyalást közvetlenül megelőző ítélet, ami különösen akkor jelenthet idegi megterhelést, ha valószínűsíthető az elítélés, illetve a súlyos büntetés. Az elítélési kategóriánál magas rizikójú periódusnak a befogadást követő időszak tekinthető. A Shaw és

³² FLAHERTY, M.G.: *An assessment of the national incidence of juvenile suicide in adult jails, lockups and juvenile detention centres*. Community Research forum, prepared for the U.S. Department of Justice. Urbana-Champaign, IL: University of Illinois, 1980. Idézi Daniel, A.E.: i.m.: 166. p.

kollégái által Angliára és Walesre kiterjedő nemzeti vizsgálat³³ például rámutatott arra, hogy a vizsgált 2 éves periódusban az összes öngyilkosság (172 eset) 1/3-ad részét a befogadást követő 7 napon belül követték el. Kanadára vonatkozó adatok szerint³⁴ a legkritikusabb a fogvatartást követő három hónap, illetve az összes öngyilkosság körülbelül felét a bebörtönzést követő 6 hónapon belül követik el.

Általánosságban elmondható továbbá, hogy a bebörtönzött fogvatartottak közül a hosszú tartamú szabadságvesztésre ítélték vannak nagyobb kockázatnak kitéve, mivel a fogvatartás tartamának kitolódásával esetükben párhuzamosan nő az öngyilkosság veszélye. Kiemelt rizikó figyelhető meg az életfogytig tartó szabadságvesztésre ítéltéknél, különösen akkor, ha kizárt a feltételes szabadon bocsátás lehetősége, azaz a szabadságelvonás ténylegesen a fogvatartott élete végéig tart.

A hatékony megelőzés érdekében mindkét fogvatartotti kategóriánál bizonyos *szituációs, illetve pszichoszociális tényezők* figyelembevétele indokolt. A *szituációs faktorok* közül nagy veszélyt rejt magában a fogvatartottak elszigetelt elhelyezése, az egyszemélyes elhelyezés, vagy a magánzárka alkalmazása. A szuicid hajlamú személyek esetén ezért a más fogvatartottakkal való közös elhelyezés, adott esetben fogvatartottak bevonásával történő tanácsadás fontos elem lehet az öngyilkosságok, illetőleg az erőszakos magatartások megelőzése terén is. Jellemző, hogy a szuicid jeleket mutató, illetve erőszakos fogvatartottakat elkülönítik mindaddig, amíg a megfelelő egészségügyi ellátást nem kapják meg. Ez az intézkedés azonban nem oldja meg a problémát, sőt gyakorta megnöveli, fokozza az elszigeteltség, depresszió érzését. Azokban az esetekben, amikor az önkárosító cselekményekre az esti órákban, vagy hétvégén kerül sor, az izoláció elhúzódhat. Ilyenkor a képzett fogvatartottak, mint tanácsadók segíthetnek társaiknak az egészségügyi személyzet munkába lépéséig. Kanadában, Ontario államban a kingstoni női börtönben például 11 fogvatartottat képeztek ki tanácsadónak, akik 24 órás szolgálatot teljesítenek. A program kedvező megítélését mutatja, hogy a fogvatartottak 81 %-a elismerően szólt a kezdeményezésről, még akkor is, ha azt ténylegesen nem vette igénybe. Angliában és Walesben hozzávetőleg 100 intézetben alkalmaznak fogvatartottakat arra a feladatra, hogy meghallgassák társaik problémáit. Ez a program lehetőséget teremt az érintett fogvatartottak igénybevételére a börtön bármely részén és a nap minden órájában, illetve különleges esetekben mód van az éjszakai órákban a közös elhelyezésre is.³⁵

³³ SHAW, J. – BAKER, D. – HUNT, I.M. – MOLONEY, A. – APPLEBY, L.: *Suicide by prisoners. National clinical survey.* British Journal of Psychiatry. 2004, 184. 266. p.

³⁴ Task Force on Suicide in Canada: *Suicide in Canada: Update of the report of the task force on suicide in Canada.* Ottawa: Ministry of National Health and Welfare. 1994. 27. p.

³⁵ DEVILLY, G.J. – SORBELLO, L. – ECCLESTON, L. – WARD, T.: *Prison-based peer-education schemes. Aggression and Violent Behavior.* 2005/10. 219–240. pp.

A kutatások arra is rámutatnak, hogy a fogvatartottak gyakorta olyankor próbálnak meg véget vetni életüknek, amikor kevésbé kell tartaniuk az őrség közbelépésétől. A felügyelet, illetve az ellenőrzés jellemzően éjszakánként, illetve hétvégeken gyengébb és ez szolgál(hat) alkalmat a szuicid cselekmény elkövetésére. Daniel szerint³⁶ az általános vélekedéssel ellentétben nem fordul elő több öngyilkosság kifejezetten a hétvégeken, a vallási ünnepeken vagy a nyári szabadságok idején, az időtényező helyett az ellenőrzések gyengülése lehet a magyarázat a gyakoribb elkövetésre.

A *pszichoszociális tényezők* sorában többek között olyan körülményekre kell figyelni, mint egy korábbi öngyilkossági kísérlet, illetve a családban előforduló szuicid cselekmények, depressziós tünetek, a fogvatartott számára fontos személy, így különösen közeli hozzátartozó elvesztése. Daniel szerint³⁷ például a különböző kutatások adatai alapján a szuicid cselekményt elkövető fogvatartottak 45–63 %-ának már volt korábban öngyilkossági kísérlete. Way és kollégái³⁸ az általuk 1993 és 2001 között végzett kutatásban 52 %-ban jelölték meg a korábbi öngyilkossági kísérletek arányát.

A már megkísérelt öngyilkosságok figyelmeztető jelként is értékelhetők, de fontos rizikótényezők a fogvatartottak manipulatív, a környezet befolyásolására, figyelemfelkeltésre irányuló önkárosító magatartásai is.³⁹ Palmer és Connelly⁴⁰ például szignifikáns eltérést talált a múltban önsértést elkövető, illetve öngyilkosságot megkísérlő és azon fogvatartottak között, akik ilyen cselekményeket nem realizáltak. A két egyenként 24–24 fős fogvatartotti csoport összehasonlítása során ugyanis szembetűnően nagyobb volt a reményvesztettség, a depresszió, valamint az öngyilkos gondolatok aránya a már korábban önsértést elkövetők körében. Roose és kollégái⁴¹ arra mutattak rá, hogy a hallucinációkkal küzdő depressziós fogvatartottak ötször gyakrabban követnek el öngyilkosságot, mint a nem hallucináló depressziós elítéltek. Tripodi és Bender⁴² az öngyilkosságok szempontjából fontos tényezőnek tekinti a fogvatartottak krónikus betegségeit is. Többek között Tatarelli és munkatársainak⁴³ azon olaszországi kutatására hivatkoznak, melyet HIV pozitív fogvatartottak körében végeztek. A vizs-

³⁶ DANIEL, A.E.: i.m. 168. p.

³⁷ DANIEL, A. E.: i.m. 166. p.

³⁸ WAY, B.B. et al.: i.m. 216. p.

³⁹ E témáról lásd: FÁBIÁN ZOLTÁN: *Öngyilkosság és önkárosítás a magyarországi büntetés-végrehajtási intézetekben komparatív megközelítésben*. Büntetés-végrehajtási Szakkönyvtár 1998/1.

⁴⁰ PALMER, E.J. – CONNELLY, R.: *Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners*. Criminal Behaviour and Mental Health. 2005/15. 164–170. pp.

⁴¹ ROOSE, S.P. – GLASSMAN, A.H. – WALSH, B.T. – WOODRING, S. – VITAL-HERNE, J.: *Depression, Delusions, and suicide*. American Journal of Psychiatry. 1983, 140. 1159–1162. Idézi TRIPODI, S.J. – BENDER, K.: i.m. 43. p.

⁴² TRIPODI, S.J. – BENDER, K.: i.m. 44. p.

⁴³ TATARELLI, R. – MANCINELLI, I. TAGGI, F. – POLIDORI, G.: *Suicide in Italian prisons in 1996 and 1997: A descriptive epidemiological study*. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 1999, 43. 438–447. pp.

gálat rámutatott, hogy a fertőzött személyek körében különösen a diagnosztizálást követően nőtt meg az öngyilkos cselekmények száma. Salive és kollégái⁴⁴ az AIDS-beteg férfi fogvatartottak körében számoltak be hasonló jelenségről.

Szuicidumok a szabadulást követően

A fentiek alapján leszögezhető, hogy a fogvatartottak számára a börtönkörnyezet már önmagában kockázati tényezőként vehető figyelembe az öngyilkosságok elkövetése szempontjából. Egyre több olyan tanulmány lát azonban napvilágot, amely a végrehajtási intézetből szabadult személyek körében vizsgálja a szuicid magatartások előfordulását. Egy a finnországi helyzetet elemző tanulmány⁴⁵ például arról számolt be, hogy az öngyilkossági ráta a szabadulást követő 1 éven belül háromszorosa volt a finn férfilakosság körében mért mutatónak. Angliában és Walesben 1996 és 1997 között végeztek hasonló jellegű vizsgálatot, amelyben a szabadulást követően közösségi felügyelet alá vont személyek, illetve közérdekű munkára ítélték vettek részt. A vizsgálat legfőbb megállapítása, hogy az érintett férfiak legalább tízszer többen követtek el öngyilkosságot, mint az átlagnépesség.⁴⁶

Ugyancsak az angliai helyzet elemzése volt a tárgya annak a tanulmánynak, amely Anglia és Wales börtöneiből szabadult valamennyi egykori fogvatartott vizsgálatára tért ki a 2000. január elseje és 2002. december 31. közötti időszakra vonatkozóan. A szabadulást követő 1 éven belül a vizsgálat alapján az érintettek (244988 fő) közül 382-en követtek el öngyilkosságot. Többségük, szám szerint 348 személy volt férfi, a nők száma 34. Az adatok alapján a kutatást végzők megállapították, hogy valamennyi korcsoportban nagyobb volt a korábban szabadultak öngyilkossági rátája, mint az átlagnépesség körében. További fontos körülmény, hogy 79 személy (az öngyilkosságot elkövetők hozzávetőlegesen ötöde) a szabadulást követő 28 napon belül követte el cselekményét, illetve az első 4 hónapon belülre volt tehető 195 személy halálesete (51 %). A szabadulást követő rövid időn belül realizált cselekmények arra hívták fel a figyelmet, hogy a szabadulást közvetlenül követő időszak az öngyilkosságok szempontjából különösen veszélyes lehet, ezért fokozott odafigyelést igényel. Magyarázatul szolgálhatnak a szabadulást követően megvalósult szuicid cselekmények nagy számára a szociális problémák (például a családi kapcsolatok megszakadása, a lakás, munkahely hiánya), a különféle mentális egészségügyi rendellenességek, illetőleg ez utóbbiakhoz kapcsolódóan a megfelelő ellátás, kezelés hiá-

⁴⁴ SALIVE, M.E. – SMITH, G.S. – BREWER, T.F.: *Death in prison: changing mortality patterns among male prisoners in Maryland, 1979–1987*. American Journal of Public Health 1990, 80, 1479–80. pp.

⁴⁵ JOUKAMAA, M.: *The mortality of released Finnish prisoners, a 7 year follow-up study of the WATTU project*. Forensic Science International 1998, 96. 11–19. pp.

⁴⁶ SATTAR, G.: *The death of offenders in England and Wales*. Crisis 2003, 24. 17–23. pp.

nya. 2002-ben például hozzávetőlegesen a szabadulók harmadának nem volt szállása, 50 %-ukkal a családjuk megszakította a kapcsolatot. Az öngyilkosságok megelőzése ennek megfelelően igényli a külvilággal való kapcsolattartás szorosabbá tételét, a szociális és egészségügyi szolgálatok támogatását, aktív szerepvállalását.⁴⁷

A végrehajtási intézetekből történő szabadulást követő első két hétben rejlő fokozott kockázatra hívta fel a figyelmet többek között egy amerikai tanulmány⁴⁸ is. A vizsgálatban a Washington Állam börtöneiből 1999. július elseje és 2003. december 31-e között szabadult személyek vettek részt, a végső minta 30.237 főt jelentett. A kutatás tartama alatt összesen 443 haláleset történt, ami 3,5-szer nagyobb halálozási rátát mutatott az egykori fogvatartottak esetében, mint az átlagnépesség körében. A szabadulást követő 1 éven belül 253 személy halt meg, harmincnyolcan közvetlenül a szabadulást követő 2 héten belül. Ez utóbbi adat alapján a kutatók a végrehajtási közegből szabadult személyek körében a halálozás kockázatát e 14 napos időtartamban az átlagnépességgel összehasonlítva 12,7-szer nagyobb értékben határozták meg. A vizsgálat külön kitért a halálokok feltárására is. A legelső helyen, azaz leggyakrabban a túladagolás szerepelt és a fentebb hivatkozott harmincnyolc haláleset közül huszonhétnél is ez játszott szerepet. A halálokok között másodikként említi a tanulmány a szívbetegséget (56 fő), amelynek ilyen mérvű előfordulása szoros kapcsolatban lehet a börtönkörnyezetben, mind pedig azon kívül a dohányzás gyakoriságával, elterjedtségével. 54 esetben emberölés sértettjei lettek az egykori fogvatartottak. A negyediként meghatározott, és témánk szempontjából legnagyobb jelentőséggel bíró ok az érintettek által elkövetett öngyilkosság összesen 40 esetben fordult elő. A tanulmány a lehetséges okokat keresve a mentális betegségek nagy arányát, illetve a társadalomba történő visszailleszkedéssel járó stresszt emelte ki.

A legelső helyen ragsorolt halálozási okra visszatérve leszögezhető, hogy gyakori jelenség a frissen szabaduló drogfogyasztók esetén a visszaesés és a túladagolás kockázata is rendkívül magas. A legtöbb fogvatartott számára a szabadulást követő első 2 hét jelenti a legnagyobb veszélyt. Egy angliai vizsgálat szerint⁴⁹ például a HIV-fertőzött injektáló drogfogyasztók körében a túladagolás kockázata a hivatkozott 2 hétben harmincnégyszer nagyobb volt, mint a szabadulást követő bármely más időszakban. Ugyancsak a kábítószerrel összefüggő halálozások vizsgálata volt a tárgya annak a tanulmánynak is, mely a skóciai férfiakat fogva tartó börtönökből, illetve fiatalokból intézetéből szaba-

⁴⁷ PRATT, D. – PIPER, M. – APPLEBY, L. – WEBB, R. – SHAW, J.: *Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study*. Lancet 2006, 368. 119–123. pp.

⁴⁸ BINSWANGER et. al: *Release from prison – A high risk of death for former inmates*. The New England Journal of Medicine 2007/2. 157–165. pp.

⁴⁹ SEAMAN, S.R. – BRETTE, R.P. – GORE, S.M.: *Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study*. British Medical Journal 1998, 316 426–428. pp.

dultakra terjedt ki az 1996 júliusa és 1999 decembere közötti időszakban. A tanulmány leszögezi, hogy a szabadulást követő 2 hétben hétszer nagyobb volt a túladagolás miatti halálozás, mint a szabadulás bármely más időszakában. Egyúttal arra is rávilágít, hogy a drogfogyasztással összefüggő halálesetek száma a 15–35 év közötti férfiaknál a börtönbeli öngyilkosságokhoz viszonyítva is 2.8-szor nagyobb volt.⁵⁰

Jellemző továbbá, hogy minél hosszabb a bebörtönzés tartama, annál nehezebb az egyén számára a hétköznapi életbe történő visszaszokás. Mivel sokan nehezen tudnak alkalmazkodni a megváltozott környezethez, gyakorta visszatérnek régi szokásaikhoz, így a drogfogyasztáshoz is, mégpedig hasonló mennyiséget és minőséget alkalmazva, mint a szabadságelvonást megelőzően. Ez pedig rendkívüli kockázattal jár még azokban az esetekben is, amikor a fogvatartás rövid tartamú volt, mivel ilyenkor a kis adag is életveszélyes lehet. Ez a körülmény a szabadulók körében tapasztalt nagyszámú közlekedési baleset, illetve a sérelmükre elkövetett emberölések miatt arra a megállapításra vezette a kutatókat, hogy a halál kockázata élesen magasabb a szabadulás után, mint a szabadságelvonás tartama alatt.

Az öngyilkosságok megelőzése⁵¹

Ahogy arra korábban már utalás történt az öngyilkosságok megelőzésének első lépése az *öngyilkosságra hajlamos csoportok meghatározása*. Ehelyütt ismételtten hangsúlyoznám, hogy e csoport-besorolások idővel változhatnak, ezért azokat időről időre felül kell vizsgálni és a megváltozott körülményekhez kell igazítani.

A prevenció további igen lényeges eleme, hogy megfelelően kiképzett, *felkészített végrehajtási személyzet* álljon rendelkezésre. Ők ugyanis, szemben az egészségügyi állománnyal, a nap 24 órájában elérhetőek, így nagyobb szerepet tudnak vállalni a szuicidumok megakadályozásában. Ehhez azonban olyan prevenciós tréningeken való részvételük szükséges, melyben megtanulják kiszűrni a nagy kockázatnak kitett fogvatartottakat, felismerni és kezelni az öngyilkossági szándéokra utaló tüneteket és jeleket. Egy USA-ban végzett vizsgálat⁵² szerint például az öngyilkosságot elkövető fogvatartottak hozzávetőlegesen 60 %-a verbálisan, vagy nonverbálisan, de kimutatja az öngyilkosságra irányuló szándékát, annak megértése azonban sokak számára nehézséget jelenthet. Ennek a kommunikációs nyelvezetnek a megtanulása így ugyancsak fontos szegmense a személyzet képzésének. Mindemellett a fogvatartottakkal közvetlen napi kapcsolatban lévő őrszemélyzet esetén elsősegély-nyújtási tanfolyam elvégzése is

⁵⁰ BIRD, S.M. – HUTCHINSON, S.J.: *Male drugs-related deaths in the fortnight after release from prison: Scotland, 1996–99*. *Addiction* 2003/2. 185–190. pp.

⁵¹ E fejezethez lásd WHO-IASP: i.m. 9–23. pp.

⁵² DANIEL, A.E.: i.m. 171. p.

indokolt lehet. E képzéseket a hatékonyság növelése érdekében évente célszerű megismételni. Természetesen azonban a különböző tréningeken és az oktatási programokon való részvétel nemcsak az őrszemélyzet, hanem általában az egészségügyi, illetve a mentál-egészségügyi személyzet számára is alapvető jelentőséggel bírhat.

A megelőzés következő lépcsőfoka az öngyilkosságra hajlamos fogvatartottak *kiszűrése*. Erre közvetlenül a befogadást követően kellene sort keríteni, hiszen a befogadást közvetlenül követő időszak, akár előzetes letartóztatásban lévők, akár elítéltek esetén különösen nagy veszélyt rejt magában. Amennyiben a korlátozott erőforrások miatt nem kerülne sor valamennyi újonnan érkező fogvatartott szűrésére, úgy azokat kellene megcélozni, akik az öngyilkosság szempontjából nagy kockázatnak vannak/lehetnek kitéve. Figyelmeztető jel lehet például, ha a fogvatartott a normálistól eltérő fokban mutat megbánást, aggodást, depressziós tünetek figyelhetők meg nála (például sírás, verbális kommunikáció hiánya), mentális problémák miatt már kezelték, esetleg jelenleg is pszichiátriai beteg, korábban már követett el öngyilkosságot, alkohol és/vagy kábítószerfüggő. A WHO a végrehajtási személyzet számára kifejezetten javasolja, hogy a kiszűréshez használjanak előnyomtatott válaszokat tartalmazó ellenőrző listát, amely később is felhasználható, az esetleges állapotváltozás ilyenformán nyomon követhető és egyúttal írásos dokumentációként információkat szolgáltat a személyi állomány többi tagja számára is.⁵³ Amennyiben a szűrés pozitív eredménnyel zárulna, elengedhetetlenül szükséges, hogy a fogvatartott mielőbb az egészségügyi szakszemélyzet gondozásában részesüljön.

Mivel sok esetben az öngyilkos cselekményre nem közvetlenül a befogadást követően, hanem akár évekkel később kerül sor, önmagában a befogadást követő szűrés nem lehet hatékony prevenció eszköz. Szükséges ezért egyrészt, hogy rendszeres időközönként *további szűrésekre* kerüljön sor, másrészt a szűréseket *folyamatos megfigyelésekkel* kell kiegészíteni. Ez utóbbi tevékenység során bizonyos gyanújelekre kell összpontosítani, amelyek lehetnek például álmatlanság, sírás, hangulatingadozások, az étel, gyógyszer visszautasítása, vagy adott esetben emelt adagú gyógyszer igénylése. Napjainkban sok helyen elterjedtek a fogvatartottak ellenőrzését végző audiovizuális eszközök, ugyanakkor a többségi vélemény szerint a megfigyeléseket a személyes kontaktus miatt leghatékonyabban az őrszemélyzet tudja ellátni, illetőleg e kettő kombinációja lehet elfogadható.

A megfigyeléseknek emellett alkalmazkodniuk kell a kockázat szintjéhez. Amennyiben például egyértelmű jelek utalnak az öngyilkosságra az egyén állandó felügyelete indokolt, míg gyanú esetén folyamatos 10–15 percnkénti ellenőrzés lehet szükséges. Tekintettel azonban arra, hogy a leginkább elterjedt és a fogvatartottak által is preferált akasztásnál az agykárosodáshoz 3 perc is ele-

⁵³ WHO: Preventing suicide. A resource for prison officers. Geneva, 2000. 1–13. pp.

gendő, a 10–15 percenkénti ellenőrzés nem feltétlenül elégséges. Ide kapcsolódóan lehet célravezető olyan építészeti környezet kialakítása, amelyben vagy egyáltalán nincsenek, vagy csak minimálisan található az akasztáshoz szükséges függeszkedési pontok. Itt jegyezném meg, hogy az Amerikai Börtönügyi Társaság (American Correctional Association) az öngyilkosságok megelőzése szempontjából 4 szintet különített el. Így azokban az esetekben, ha a fogvatartott már megkísérelt véget vetni az életének, akkor a prevenciós program szerint egy biztonságos helyen kell elhelyezni és az ellenőrzésre minden 5–10 percben sort kell keríteni, még akkor is, ha a fogvatartott alszik. Amennyiben feltételezhető az öngyilkosság elkövetésének nagy kockázata, úgy ébrenlét esetén minden 5 percben, alvás esetén pedig minden 10 percben szükséges a vizuális ellenőrzés. A harmadik szintnél, amikor a veszélyeztetettség közepesnek mondható, az ellenőrzési időintervallumok 10, illetve 30 percre tolódnak ki. Végül, ha a kockázati szint elenyésző, a félóránkénti ellenőrzést tarják indokoltnak.⁵⁴

A Kínzás és az Embertelen vagy Megalázó Bánásmód vagy Büntetések Megelőzésére Létrehozott Európai Bizottság (CPT) tevékenységéről készített 3. Általános Jelentésében⁵⁵ kimondja, hogy a börtön-egészségügyi szolgáltatnak biztosítania kellene mindazon egészségügyi ellátást, kezeléseket, megfelelő diétát, pszichoterápiát, rehabilitációt és minden más szükséges lehetőséget, melyet a betegek élveznek a kinti társadalomban. Az összefoglaló jelentés külön kitér az öngyilkosságok megelőzésének kérdésére és hangsúlyozza, hogy az öngyilkossági előjeleket mutató személyeket nem szabad olyan tárgyak (ablakrács, törött üveg, övek, nyakkendő, stb.) közelébe engedni, amelyek lehetővé teszik a szuicid cselekmény elkövetését.

A megelőzés további fontos eleme, hogy a fogvatartottak egészségügyi és mentál-egészségügyi gondozása érdekében *megfelelő és jól működő együttműködés* jöjjön létre a börtönügy, illetve a helyi közösségek, valamint az egészségügyi és mentál-egészségügyi szolgáltatók között, ezzel elősegítve többek között az információáramlást.⁵⁶ Ez utóbbi azonban nemcsak a külvilággal való kapcsolatok erősítését szolgálja, hanem szükséges eleme a végrehajtási intézeteken belüli, illetve az egyes intézetek közötti kapcsolattartásnak is a potenciálisan veszélyeztetett személyek megfigyelése és az öngyilkosságok megelőzése érdekében.

Végezetül, de nem utolsó sorban valamennyi végrehajtási intézménynek rendelkeznie kellene egy átfogó prevenciós politikával, mely tartalmazná mind-

⁵⁴ TRIPODI, S.J. – BENDER, K.: i.m. 46. p.

⁵⁵ (Council of Europe) CPT/Inf (93)12. és The CPT standards. „Substantive” sections of the CPT’s General Reports. CPT/Inf/E (2002) 1-Rev. 2006, illetve VÓKÓ GYÖRGY: *Európai büntetés-végrehajtási jog*. Dialóg Campus. Budapest – Pécs, 2006. 315–323. pp.

⁵⁶ E témához lásd még: SHAW, J. – APPLEBY, L. – BAKER, D.: *Safer prisons. A national study of prison suicides 1999–2000 by the National Confidential Inquiry into Suicides and Homicides by People with Mental Illness*. 2003. 58–59. pp.

azon stratégiákat,⁵⁷ programokat, képzéseket, eljárásokat, melyek nélkülözhetetlenek a potenciálisan veszélyeztetett fogvatartottak kiszűréséhez, megfigyeléséhez, ellenőrzéséhez, gondozásához, a kommunikációs csatornák működéséhez, az információáramláshoz.

ZSUZSANNA JUHÁSZ

SUICIDAL BEHAVIOUR AMONG INMATES

(Summary)

The World Health Organization estimates that one suicide attempt occurs approximately every three seconds, and one completed suicide every minute. Suicide is often the most common cause of death in correctional settings, because inmates often feel overwhelmed and hopeless, leading some of them to choose suicide. Suicides more commonly among prisoners than in the general population.

The number of suicides in prison has increased in recent years in many countries. This means that suicide is a serious health problem, inmates are a high-risk group, and reducing suicide has become an important health goal. This article describes the prevalence of suicide for incarcerated adults in correctional settings, factors associated with suicide risk, methods for assessing suicide risk in this vulnerable population and the current prevention programs.

⁵⁷ Az öngyilkosságot megelőző stratégiákra lásd még: VÓKÓ GYÖRGY: *Az öngyilkos magatartás megelőzése a börtönkörnyezetben*. Belügyi Szemle 2004/6. 121–124. pp.