

AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉSE
ÚTMUTATÓ BÖRTÖNTISZTEK RÉSZÉRE

Mentális és Viselkedési Zavarok
Mentális Egészség Osztály
Egészségügyi Világszervezet (WHO)
Genf, 2000

Ez az anyag egyik eleme annak a kiadványsorozatnak, amelyik speciális társadalmi és szakmai csoportok számára készült, és témája elsősorban az öngyilkosság megelőzése.

Az útmutató a SUPRE, a WHO egész világra kiterjedő öngyilkosság-megelőző programjának a részeként készült.

Kulcsszavak: öngyilkosság, megelőzés, segédanyagok, börtönök, fogdák.

© World Health Organization, 2000

Információs anyagunk nem tartozik a WHO hivatalos kiadványai közé, nevezett szervezet mégis minden jogot fenntart. Ez alól kivételt képez – és szabadon engedélyezett – a másolás, a bírálat, a rövidítés, a fordítás és sokszorosítás, amennyiben ez nem kereskedelmi célokat szolgál.

A dokumentum nem a WHO hivatalos álláspontját tükrözi; hanem elsősorban a szerzőkét.

Fordította: Kovács-Molnár Judit és Dr. Mirnics Zsuzsa

Hungarian translation © Lélekben Otthon Közhasznú Alapítvány, 2010

A WHO szakembereknek szóló öngyilkosság-megelőzés útmutatói letölthetők
a Lélekben Otthon Közhasznú Alapítvány weboldaláról:
http://www.lelekbenotthon.hu/2011/07/who_supre_magyar

TARTALOM

ELŐSZÓ.....	4
ÁLTALÁNOS TÉNYEK AZ ÖNGYILKOSSÁGRÓL.....	5
A BENTLAKÓK MAGAS RIZIKÓFAKTORÚ CSOPORTOT KÉPEZNEK.....	6
ÖNGYILKOSSÁG-MEGELŐZÉS A BÜNTETŐ-JAVÍTÓ INTÉZMÉNYEKBE.....	6
AZ ÖNGYILKOSSÁGRA HAJLAMOS CSOPORTOK MEGHATÁROZÁSA.....	6
A FELVÉTELT KÖVETŐ SZŰRÉS.....	8
A FELVÉTELT KÖVETŐ MEGFIGYELÉS.....	9
A SZŰRÉST KÖVETŐ INTÉZKEDÉSEK.....	10
HA ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET TÖRTÉNIK.....	11
HA BEFEJEZETT ÖNGYILKOSSÁG TÖRTÉNIK.....	12
A LEGJOBB ELJÁRÁSOK ÖSSZEGZÉSE.....	12
HIVATKOZÁSOK.....	13

ELŐSZÓ

Az öngyilkosság komplex jelenség, amely századokon keresztül vonzotta a filozófusok, teológusok, orvosok, szociológusok és művészek érdeklődését. Albert Camus, francia filozófus *Sziszüphosz mítosza* című művében ezt tekinti az egyetlen fontos filozófiai problémának.

Az öngyilkosság-megelőzés az egészségügy fontos feladata, kiemelt figyelmet érdemel, mégsem mindig könnyű megelőzése és következményeinek kezelése. A legújabb kutatások szerint az öngyilkosság megelőzése, amennyiben egyáltalán megvalósítható, tevékenységek széles körét öleli fel: beleértve a lehető legjobb feltételek biztosítását a gyermekek és fiatalok neveléséhez, a lelki zavarok hatékony gyógyítását, illetve a kockázati tényezők ellenőrzését. Az információ megfelelő terjesztése és a tudatosság növelése alapfeltétele az öngyilkosságok megelőzésére irányuló programok sikerének.

1999-ben a WHO világméretű kezdeményezést indított, a SUPRE (Suicide Prevention) öngyilkosság-megelőzési programot. Ez az információs füzet a SUPRE keretében készült broszúrák egyike, amelyek olyan, különböző társadalmi és szakmai csoportokat szólítanak meg, amelyek különösen fontos szerephez jutnak az öngyilkosság megelőzésében. Ezáltal is kapcsolatot kíván építeni a sokféle különböző érintett szakember és szervezet, az egészségügyben dolgozók, oktatók, társadalmi szervezetek, kormányzati és törvényhozási szervek, mediátorok, jogalkalmazók, családok és közösségek közt.

Különösen hálásak vagyunk *Dr. Heather L. Stuartnak*, a *Közegészségügyi és Járványügyi Fakultásról (Queen University, Kingston, Ontario, Kanada)*, aki jelen útmutató korábbi verzióját készítette. Továbbá köszönetet mondunk a WHO ISP (International Network for Suicide Prevention: Öngyilkosság-Prevenációs Hálózat) alábbi tagjainak a lektorálásért:

Dr. Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, Új Zéland;

Dr. Olvind Ekeberg, Ullevål Hospital, University of Oslo, Norvégia;

Prof. Robert D. Goldney, University of Adelaide, Gilberton, Ausztrália;

Prof. Richard Ramsay, University of Calgary, Calgary, Kanada;

Prof. Lourens Schlebusch, University of Natal, Durban, Dél-Afrikai Köztársaság;

Dr. Airi Varnik, Tartu University, Tallinn, Észtország.

Hálánkat szeretnénk kifejezni *Prof. Julio Arboleda-Flóreznek (Queen University, Kingston, Ontario, Kanada)* aki hasznos megjegyzéseivel járult hozzá ehhez a segédanyaghoz.

Reméljük, hogy széles körben terjesztett információs anyagainkat az érdeklődők több nyelvre is lefordítják, és tartalmukat az adott célcsoportokhoz igazítják. Szívesen fogadjuk az adaptálásra vonatkozó kéréseket.

Dr. J. M. Bertolote, koordinátor

Mentális és Viselkedési Zavarok

Mentális Egészség Osztály

Egészségügyi Világszervezet (WHO)

AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉSE ÚTMUTATÓ BÖRTÖNTISZTEK RÉSZÉRE

A büntető-javító intézményekben az öngyilkosság sokszor a leggyakoribb halálok. A fogdák és börtönök felelősek a bentlakók egészségéért és biztonságáért, és ha ezt elmulasztják, annak jogi következményei lehetnek. Ha egy büntető-javító intézményben történt öngyilkosság, az a média érdeklődését is magára vonja, és könnyen politikai botránnyá is fajulhat. Ezért a megfelelő öngyilkosság-megelőzés és a beavatkozás lehetőségének biztosítása, mind az előzetes letartóztatásban lévő foglyoknak, mind pedig annak az intézménynek előnyös lehet, ahol ezeket alkalmazzák. A büntető-javító intézmények világszerte ebben a kontextusban küzdenek azzal a problémával amit a bentlakók öngyilkosságának megelőzése jelent.

A büntető-javító intézmények különböznek abban, hogyan bánnak a bentlakókkal, és milyenek a helyi feltételek: a bentlakók rövid időre őrizetbe vett bűnözők, vagy tárgyalás előtt állnak, vagy már elítélték őket; a börtönben szigorú feltételek vannak-e; van-e túlzásfoltosság; milyenek az egészségügyi feltételek és a tágabb, szocio-kulturális adottságok, milyen a HIV/AIDS elterjedtsége, valamint az alapvető egészségügyi és mentál-egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutás lehetősége.

E tényezők mindegyike különbözőképpen befolyásolhatja az öngyilkossági rátát. Mindazonáltal, mégis lehetséges csökkenteni az öngyilkosságok számát a fogda- és börtönkörülmények között, azzal, hogy következetesen ragaszkodunk bizonyos alapelvekhez és eljárásokhoz¹.

Ez a dokumentum azokat a büntető-javító intézményben dolgozó tisztviselőket célozza meg, akik a mentál-egészségügyi programok kialakításáért és alkalmazásáért felelősek, valamint azokat a tisztteket, akik az öngyilkosságra hajlamos bentlakók biztonságáért és őrzéséért felelősek. A segédanyag általános információt ad az öngyilkosságról és rámutat számos olyan, alapvető tevékenységre, amelyeket egy átfogó öngyilkosság-megelőző program részeként lehet felhasználni abból a célból, hogy csökkentsük az öngyilkosságok számát a büntető-javító intézményekben.

ÁLTALÁNOS TÉNYEZŐK AZ ÖNGYILKOSSÁGRÓL

Az öngyilkosság komoly egészségügyi probléma. A WHO úgy véli, hogy körülbelül minden harmadik másodpercben egy öngyilkossági kísérlet, és minden percben egy befejezett öngyilkosság történik. Ez azt jelenti, hogy több ember hal meg öngyilkosságban, mint fegyveres konfliktusban. Következésképpen, az öngyilkosságok számának csökkentése fontos nemzetközi egészségügyi törekvéssé vált².

Az öngyilkosság okai nagyon összetettek³. Bizonyos egyének különösen hajlamosak az öngyilkosságra, amikor egy nehéz életseménnyel vagy sok stresszel szembesülnek. Az öngyilkosság-megelőzés kihívása azt jelenti, hogy meg kell találni azokat az embereket, akik a legveszélyeztetettebbek, meg kell ismerni a körülményeiket, és hatékonyan közbe kell lépni. Ennek megvalósítása érdekében a kutatók számos olyan tényezőt tártak fel, amelyek az egyént egy magasabb kockázatot jelentő helyzetbe sodorják. Ezek a tényezők lehetnek szocio-kulturális, pszichiátriai tényezők, biológia, genetikai okok, és társadalmi feszültségek. Az a mód, ahogy ezek a tényezők együttesen hatnak, és öngyilkossághoz ill. az öngyilkosságra hajlamos személyiség kialakulásához vezetnek, igen összetettek, és nem igazán érthetőek. Mindazonáltal, különböző módokon felhasználták őket, hogy meghatározzanak bizonyos magas kockázatú csoportokat, olyan különleges odafigyelést igénylő populációt, ahol az átlagnál magasabb arányban és gyakrabban követnek el öngyilkosságot:

- ≈ fiatal férfiak (15–49 évesek);
- ≈ idős emberek, különösen a férfiak;
- ≈ őshonos lakosok;
- ≈ mentális betegségben szenvedők;

- ≈ alkohol- és/vagy drogfüggők;
- ≈ akik már próbálkoztak öngyilkossággal;
- ≈ az előzetes letartóztatásban lévők.

A BENTLAKÓK MAGAS RIZIKÓFAKTORÚ CSOPORTOT KÉPEZNEK

A bentlakók, mint csoport, magasabb kockázati tényezőt jelentenek, mint közösségük szabadon élő tagjai.

Például az olyan intézményekben, ahol a tárgyalást megelőzően rövid időre helyeznek el embereket, az öngyilkossági ráta tízszer nagyobb, mint a kinti közösségben. Azokban az intézményekben, ahol hivatalosan elítéltek vannak, az öngyilkossági ráta háromszor olyan nagy, mint a kinti közösségben. Emellett, minden befejezett öngyilkosságra az öngyilkossági kísérletek többszöröse jut⁴.

A következő tényezők bármilyen kombinációja a büntető-javító intézményekben magas öngyilkossági rátához vezethet:

- ≈ A fogdák és börtönök gyűjtőhelyet jelentenek olyan társadalmi csoportok számára, amelyek egyébként hagyományosan a legmagasabb öngyilkossági rátával rendelkeznek, mint például a fiatal férfiak, az elmebetegek, a társadalomban a szavazati joguktól megfosztottak, az elszigeteltek, a droghasználók, vagy olyanok, akik korábban öngyilkosságot kíséreltek meg.

- ≈ A letartóztatás és a bebörtönzés, vagy a börtönéletből fakadó mindennapos stressz kikezdheti az érzékeny egyének túlélőképességét.

- ≈ Nincs hivatalos stratégia és gyakorlat arra, hogy felismerjék és kezeljék az öngyilkosságra hajlamos egyéneket.

- ≈ Még akkor is, ha létezik megfelelő stratégia és gyakorlat, előfordul, hogy a túlmunkát végző, vagy képzetlen személyzet nem veszi észre az öngyilkossági készítésre utaló korai jeleket.

- ≈ A büntető-javító intézménynek nincs kapcsolata a helyi közösségi mentál-egészségügyi lehetőségekkel, azaz, nincs vagy csak szegényes a kapcsolatuk a megfelelő szakemberekkel, és nem férnek hozzá a kezeléseikhez.

ÖNGYILKOSSÁG-MEGELŐZÉS A BÜNTETŐ-JAVÍTÓ INTÉZMÉNYEKBE

Számos fogda és börtön átfogó öngyilkosság-megelőző programot alkalmaz, és egyes országokban az egész országra kiterjedő, öngyilkosság-megelőzést szolgáló normarendszert és útmutatókat vezettek be a büntető-javító intézményekben. Azok a jelentések, amelyek ezekből a régiókból származnak, azt mutatják, hogy amint átfogó megelőző programokat alkalmaznak, jelentős csökkenés következik be az öngyilkosságok és az öngyilkossági kísérletek számában¹.

Miközben e programok sajátosságai – a helyi erőforrásokra és a bentlakók igényeire tekintettel – különbözőek, ugyanakkor számos tevékenység és elem közös bennük. Ezek képezhetik az alapját a legjobb gyakorlatnak (best practice) ezen a területen.

AZ ÖNGYILKOSSÁGRA HAJLAMOS CSOPORTOK MEGHATÁROZÁSA

A bentlakók öngyilkossági rátájának csökkentése érdekében az első lépés, hogy meghatározzuk az öngyilkosságra hajlamos csoportokat, ezt a meghatározást aztán fel lehet használni magas kockázatú csoportok és szituációk felismerésében. Például, a kutatások azt mutatják, hogy a tárgyalás előtti őrizetesek különböznek a hivatalosan elítéltektől, különösen bizonyos alapvető, öngyilkosságra hajlamosító rizikófaktorok tekintetében. Mindazonáltal, egyes helyeken az a népesség, amely ezekben a csoportokban megjelenik, egyetlen intézményen belül is keveredhet⁵.

Tárgyalás előtt álló őrizeteselek

Azok a tárgyalás előtt álló őrizeteselek, akik öngyilkosságot követnek el a rendőrségi zárakban vagy a börtönökben, általában férfiak, fiatalok (20–25 évesek) nőtlenek, és először követnek el bűncselekményt, és általában egy kisebb, jellemzően droggal kapcsolatos bűntény miatt tartóztatták le őket. Gyakran drog hatása alatt állnak a letartóztatás pillanatában, és miután őrizetbe vették őket, az első 24 órában – de gyakran az első néhány órában – követik el az öngyilkosságot. A tárgyalás előtt álló őrizeteselek számára a második kockázatos időszak a bíróság előtti megjelenés idejére esik, különösen akkor, ha a vádlottat bűnösnek fogják kimondani, és szigorú büntetés várható.

Hivatalosan elítéltek

Összehasonlítva a tárgyalás előtt álló őrizeteselekkel, itt azok, akik öngyilkosságot követnek el a börtönben, általában idősebbek (30–35 évesek). Ők olyan erőszakos bűncselekmények elkövetői, akik az öngyilkosságot meglehetősen hosszú fogság után követik el (gyakran négy vagy öt év után). Öngyilkosságukat megelőzheti egy konfliktus az intézménnyel, a többi bentlakóval vagy az igazgatással; vagy családi konfliktus, szétesés; vagy egy negatív jogi intézkedés, mint például egy fellebbezés visszautasítása vagy a feltételes szabadlábra helyezés megtagadása.

A bebörtönzés jelentheti a szabadság, a család, a baráti segítség elvesztését, félelmet az ismeretlentől, a fizikai és szexuális erőszaktól, bizonytalanságtól és a jövőtől, zavarodottságot és büntudatot a bűntény miatt, valamint félelmet vagy idegességet a szegényes környezeti adottságok miatt. Idővel a bebörtönzés további feszültséget eredményez, mint például konfliktusokat az intézményen belül, megaláztatást, jogi kiszolgáltatottságot, és fizikai és érzelmi összeomlást.

A fogdákra és a börtönökre jellemző rizikófaktorok

A fentiekben definiált speciális csoportok mellett, mind a fogdában mind pedig a börtönökben az öngyilkosságra hajlamos bentlakók számos közös tulajdonságjeggyel bírnak, amelyek útmutatóul szolgálhatnak az öngyilkosság-megelőző tevékenységek során.

Szituációs tényezők

Mind a fogdában, mind pedig a börtönökben az öngyilkosságokat általában akasztás formájában követik el, amikor az áldozatok elkülönítő cellában vannak és akkor, amikor a legkevesebb a kiszolgáló személyzet, mint például éjszaka vagy a hétvégeken.

Pszichoszociális tényezők

Az öngyilkosságra hajlamosító viselkedést megelőző gyenge közösségi vagy családi támogatás – különösen az öngyilkosságot megelőző 1-2 évben –, illetve pszichiátriai betegség és érzelmi zavarok mind előfordulnak a bentlakók öngyilkosságainál. Bármilyenek is az egyéni stressz-tényezők és sebezhető pontok, a végső közös okok, amelyek az öngyilkossághoz vezetnek, a következők: a reménytelenség érzése, a jövőre vonatkozó lehetőségek beszűkülése és a küzdelemhez szükséges lehetőségek elvesztése. Az öngyilkosságot úgy tekintik, mint az egyetlen kivezető utat egy reménytelen és kétségbeesett helyzetből. Ezért azokat az egyéneket, akik hangot adnak reménytelen érzéseiknek, vagy bevallják öngyilkossági szándékukat vagy terüküket, úgy kell tekinteni, mint akik nagy valószínűséggel elkövetik azt.

Nők

Jóllehet azon öngyilkosságok nagy többségét, amelyek a büntető-javító intézményekben történnek, férfiak követik el, a bebörtönzött nők szintén nagy eséllyel követhetnek el öngyilkosságot. A női foglyok ötször több alkalommal kísérelnek meg öngyilkosságot, mint női sorstársaik a kinti társadalomban^[6] és kétszer annyian, mint bebörtönzött férfitársaik⁷. Közöttük is magas arányban fordulnak elő mentális betegségben szenvedők. Mivel a tárgyalás előtt álló őrizetesek és a hivatalosan elítélt nők csoportjai kockázati szempontból nincsenek definiálva, azokat a nőket kell megcélozni, akiknek az öngyilkossági hajlam kialakulása előtt gyenge volt a közösségi és családi támogatottsága, pszichiátriai betegségben szenvedtek és érzelmi problémáik voltak.

Fiatalkorúak

A bebörtönzés különösen nehéz lehet a fiatalkorú bűnözők esetében, akik el vannak választva a családjuktól és barátaiktól. Azok a fiatalok, akiket felnőttek büntető-javító intézményében helyeztek el, különösen ki vannak téve annak, hogy nagyobb arányban követnek el öngyilkosságot⁸.

A csoportok idővel megváltozhatnak

A csoportosítás hasznos lehet abban, hogy meghatározzuk azokat a magas kockázatú csoportokat, amelyek további szűrést és beavatkozást igényelnek. Amint egy sikeres öngyilkosság-megelőző programot alkalmaznak, a magas kockázatú csoportok idővel megváltozhatnak⁹. Ehhez hasonlóan, bizonyos helyi tényezők megváltoztathatják a bentlakók magas kockázatú csoportját bármilyen egyedi büntető-javító intézményben. Emiatt, a csoport-besorolásokat csak útmutatóként lehet használni ahhoz, hogy meghatározzuk a valószínűsíthető magas kockázatú csoportokat és helyzeteket. Amikor lehetséges, ezeket a besorolásokat tovább kell fejleszteni, hogy tükrözzék a helyi körülményeket, és rendszeresen meg kell őket újítani abból a célból, hogy a lehetséges változásokat is magukban foglalják.

A FELVÉTELT KÖVETŐ SZŰRÉS

Ha a büntető-javító intézmény alkalmazottait már felkészítették, és ismerik az öngyilkosság rizikófaktorait, akkor a következő lépés az, hogy a frissen felvett bentlakók között egy hivatalos öngyilkossági szűrést kell alkalmazni¹⁰. Mivel a fogdáknak az öngyilkosság a letartóztatás és az őrizetbe vétel első néhány órájában következik be, az öngyilkossági szűrést szinte azonnal az intézetbe való kerülés után kell alkalmazni, hogy hatékony legyen. A hatékonyság javítása érdekében, minden egyes bentlakót meg kell szűrni a felvételtkor és később is, ha a körülmények és a feltételek megváltoznak. Előfordulhat, hogy az olyan büntető-javító intézményekben, ahol sok fogoly fordul meg, és korlátozottak az erőforrások, az összes felvett bentlakó öngyilkossági szűrése nem valósítható meg. A gyakorlati megoldás az lehet, ha azokat a bentlakókat célozzuk meg a szűrésnél, akik beleesnek a magas kockázatú csoportokba, és akiknél az öngyilkosságra való szándék jeleit lehet megfigyelni.

Ha az erőforrások lehetővé teszik, akkor az öngyilkossági szűrést a felvételtkor megtörténő általános orvosi vizsgálat során kell a helyi egészségügyi személyzet segítségével elvégezni. Amennyiben a büntető-javító intézmény őrző személyzetének kell ezt megcsinálni, megfelelően fel kell őket készíteni erre¹¹, és el kell látni őket az öngyilkossági hajlamot felmérő, előrenyomtatott válaszokkal (suicide checklist)^{12, 13}. Például, a büntető-javító intézményben az értékelés során az alábbi előrenyomtatott állításokat kell felhasználni, ahhoz, hogy jelezzük, nagy lehetősége van az öngyilkosságnak, és szükség van a további beavatkozásra:

- ☞ A bentlakó alkoholos állapotban van, vagy drogot használ.
 - ☞ A bentlakó a normálistól eltérő mértékben mutatja a szégyen, a büntudat és az aggodás jeleit a letartóztatás és a bebörtönzés miatt.
 - ☞ A bentlakó reménytelenséget vagy félelmet mutat a jövőt illetően, vagy a depresszió jelei, mint például sírás, érzelmi hiány, a verbális kifejezés hiánya figyelhető meg rajta.
 - ☞ A bentlakó bevallja, hogy az adott pillanatban vannak öngyilkossági gondolatai.
 - ☞ A bentlakó előzőleg már kapott kezelést mentális problémák miatt.
 - ☞ A bentlakó jelenleg pszichiátriai betegségben szenved, vagy szokatlan és bizarr módon viselkedik, például nehezen tud figyelni, magában beszél, hallucinál.
 - ☞ A bentlakónak előzőleg már voltak öngyilkossági kísérletei, és/vagy bevallja, hogy az öngyilkosság jelenleg elfogadható megoldás a számára.
 - ☞ A bentlakó bevallja, hogy jelenleg vannak öngyilkossági tervei.
 - ☞ A bentlakó elmondja, vagy kiderül róla, hogy kevés belső és/vagy külső segítő kapcsolata van.
- Az öngyilkossági hajlamot kimutató előnyomatott válaszok számos szempontból fontos részét képezik egy átfogó öngyilkosság-megelőző programnak:
- ☞ A felvételt végző tisztek számára strukturált kérdéseket adnak azokról az érintett területekről, amelyekkel foglalkozni kell.
 - ☞ Amikor kevés idő áll rendelkezésre, hogy a szűrést végrehajtsuk, akkor az előnyomatott válaszok emlékeztetőként szolgálhatnak az elfoglalt, felvételt végző személyzet számára.
 - ☞ Megkönnyítik a kommunikációt a hivatalnokok és a helyszínek között az intézményen belül.
 - ☞ Jogi dokumentációként szolgálhatnak arra nézve, hogy az intézménybe való felvételkor, és a körülmények változásakor is megszürték a bentlakót az öngyilkossági rizikó szempontjából.
- Még akkor is, ha az általános orvosi vizsgálatokat az intézmény egészségügyi személyzete végzi, a fenti okok miatt fontos marad, hogy strukturált, előnyomatott válaszokat használjanak. Amint kiderül, hogy megnövekedett az öngyilkosság veszélye, be kell vezetni az egyén személyi dossziéjába, abból a célból, hogy az információ eljusson a következő műszak személyzetéhez, vagy egy másik szervezet vagy intézmény személyzetéhez.
- Végül, az öngyilkossági hajlamot kimutató, előnyomatott válaszokat nem csak a felvételnél lehet használni, mivel nem csak a kockázatfelmérés eszközei. Bármikor fel lehet őket használni a bentlakó büntetésének letöltése során abból a célból, hogy az öngyilkosság lehetőségét felmérjük, illetve arra, hogy milyen beavatkozásra van szükség a büntető-javító intézmény különböző, megfelelően kiképzett, őrző személyzetének részéről.

A FELVÉTELT KÖVETŐ MEGFIGYELÉS

Mivel nagyon sok fogdában és börtönben az öngyilkosság a bebörtönzést követő első időszakban következik be – csak néhány következik be évek múlva –, nem elegendő a bentlakókat csak a felvételkor megszűrni, hanem ezt rendszeres időközönként meg kell ismételni. Ahhoz, hogy hatékony legyen az öngyilkosság-megelőzés, ennek folyamatos megfigyeléssel kell párosulnia. A személyzetet fel kell készíteni arra, hogy éber legyen a bentlakó fogságának egész ideje alatt. Ennek elérése érdekében a személyzetnek a következő tevékenységek révén információkat kell gyűjtenie a bentlakó öngyilkossági késztetésére utaló jelekről:

- ☞ A rendszeresen végzett biztonsági ellenőrzések során meg kell figyelni, vannak-e jelei az öngyilkossági szándéknak, vagy mentális betegségnek, mint például sírás, álmatlanság, tétlenség, szélsőséges nyugtalan-ság vagy élénkség, lehangoltság, hirtelen hangulatváltozás, változás az evési vagy alvási szokásokban, elbúcsúzásra utaló jelek, mint például a személyes holmik szétosztogatása, az érdeklődés elvesztése a cselekvés és a kapcsolatok iránt, a gyógyszerbevitel visszautasítása, vagy megemelt dóziszú gyógyszer kérése.
- ☞ Az ítélethozatal folyamata alatt vagy más kritikus időszakokban (családtag halála, válás stb.) beszélgetni kell a bentlakóval, hogy megismerjük érzéseit a reménytelenségre vagy az öngyilkossági késztetésre vonatkozóan.

☞ A családdal vagy barátokkal történő találkozásokat figyelemmel kell kísérni, hogy felismerjük a vitákat, problémákat, amelyek a látogatás során felmerülnek. A családokat bátorítani kell arra, hogy értesítsék a tiszteket, ha attól tartanak, hogy a rokonuk öngyilkossági vágyat táplál magában.

A SZŰRÉST KÖVETŐ INTÉZKEDÉSEK

A szűrést követően megfelelő és alkalmas megfigyelésre van szükség. Ezért egy eljárási folyamatot kell kidolgozni, világosan meghatározott teendőkkel és folyamatokkal, kijelölve a felelősségi köröket az elhelyezésre, a folyamatos szupervízióra és a mentál-egészségügyi beavatkozásra azoknál a bentlakóknál, akiknél magas az öngyilkosság kockázata.

Megfigyelés

Az öngyilkosságra hajlamos bentlakó megfigyelése alapvető fontosságú, különösen az éjszakai műszak alatt, amikor kicsi a személyzet, és olyan helyeken, ahol a személyzet nem tud állandóan ugyanazon a helyen tartózkodni, mint például a rendőrségi zárkák.

A megfigyelés szintjének alkalmazkodnia kell a kockázat szintjéhez. Azoknak a bentlakóknak, akiknél aktivizálódhat az öngyilkossági hajlam, állandó felügyeletre van szükségük. Azokat a bentlakókat, akik felkeltették a személyzet gyanúját, de nem vallják be nyíltan, hogy öngyilkosságra készülnek, minden 10–15 percben rendszeres meg kell figyelni.

A közösség segítő ereje

A bentlakók a büntető-javító intézményekbe bizonyos szintű öngyilkossági hajlammal érkeznek. Ez párosulva a bebörtönzés krízisével és a börtönélet folyamatos stresszt okozó tényezőivel egy érzelmi és szociális összeomlásban kulminálódhatnak, amely a végén öngyilkossághoz vezethet. Ezért az öngyilkosság-megelőzésben a büntető-javító intézményekben fontos elem az értelmes közösségi párbeszéd.

A büntető-javító intézményekben az öngyilkosságok többsége akkor történik, amikor a bentlakó el van szigetelve a személyzettől és a többi börtönlakótól. Éppen ezért, még a valós okokból történő, magánzárkában való elhelyezés is növelheti az öngyilkosság kockázatát. A feltételezhetően öngyilkossági késztetéssel bíró bentlakó elhelyezése közös hálóteremben, vagy olyan cellában, ahol többen vannak, nagymértékben csökkentheti az öngyilkosság kockázatát, különösen akkor, ha az illető szimpatikus cellatársakkal van együtt. Egyes intézményekben közösségi segítséget nyújtanak azok a „haverok”, akiket erre speciálisan felkészítettek. A családi látogatások szintén felhasználhatók közösségi segítségként, emellett információforrásként is szolgálhatnak a bentlakó öngyilkossági hajlamait illetően.

Mindazonáltal, fontos megjegyezni, hogy a figyelmen kívül alkalmazott vagy rosszul ellenőrzött közösségi segítség szintén növelheti a kockázatot. Például olyan bentlakók, akiknél nagy az öngyilkosság kockázata, és közös cellákban vannak elhelyezve, könnyebben hozzájuthatnak halált okozó eszközökhöz. A nem együttérző cellatársak lehetséges, hogy nem értesítik az őrző személyzetet, ha öngyilkossági kísérlet történik. Éppen ezért az öngyilkosságra készülő bentlakó elhelyezése egy közös cellába nem helyettesítheti a felkészült, helyi személyzet alapos megfigyeléssel párosuló közösségi segítségét¹⁴.

A fizikai és építészeti környezet

A legtöbb bentlakó öngyilkos akasztással vet véget életének, és valamilyen ruhadarabot használ föl erre (harisnya, alsónemű, öv, cipőfűző, ingek), vagy lepedőket és törölközőket vesznek igénybe. Az öngyilkosság lehetőségét kizáró környezet olyan cella vagy hálóterem, ahol nincs, vagy alig található olyan pont, amelyre fel lehet akasztani valamit, valamint felügyelet nélkül nem lehet hozzáférni halált okozó eszközökhöz.

Azon bentlakók esetében, akik aktívan törekednek az öngyilkosság végrehajtására, szükség lehet védőöltözetre vagy egyéb korlátozásra. Mivel a korlátozásoknak ellentmondásos a természetük, világos stratégiát és eljárásokat kell lefektetni arra az esetre, ha használni kell őket. Ezeknek körül kell írniuk a szituációt, amelyben a korlátozások alkalmazhatók és amelyben nem; meg kell jelölni a módszereket, biztosítandó, hogy elsőként a legkevésbé szigorú korlátozásokat kell használni; szólni kell a biztonsági szabályokról és határidőkről; meg kell jelölni a megfigyelés és a felügyelet szükségességének okait, és ameddig a korlátozások fennállnak; és meg kell jelölni a mentál-egészségügyi szakemberek elérhetőségét.

Egyes intézményekben az aktívan öngyilkosságra készülők felügyeletében a technológia fejlődésével a személyzet általi személyes megfigyelés helyébe a kamerával történő megfigyelés lépett. Azonban a kamera nem tud minden pontot megfigyelni, valamint a kamerát kezelők elfoglaltsága problémákhoz vezethet. Ezért a kamerával történő felügyeletet rendszeresen személyes megfigyeléssel kell párosítani, minden 10–15 percben.

Mentál-egészségügyi kezelés

Amint egy bentlakónál felismerik az öngyilkosság elkövetésének magas kockázatát, mentál-egészségügyi személyzet által végzendő további értékelés és kezelés javasolható. Mindazonáltal, nagyon sok büntető-végrehajtó intézményben a szakemberek elérése bonyolult, azon oknál fogva, hogy nagyon kevés belső szakember van, emellett nincs vagy nagyon kicsi a lehetőség a helyi egészségügyi és mentál-egészségügyi intézményekbe való eljutásra, amelyre pedig mindenképpen szüksége lenne a beutalt bentlakóknak.

Nem valószínű, hogy a büntető-javító intézmények valaha is elegendő forrással fognak rendelkezni ahhoz, hogy a bentlakók összes egészségügyi és mentális problémáját fel tudják vállalni. Az sem praktikus ezeknek az intézményeknek az esetében, hogy saját szakembergárdát hozzanak létre, hiszen elsődleges kötelességük az őrzés és az ellenőrzés. Így, azért, hogy a bentlakók egészségügyi és mentál-egészségügyi szükségleteit ki-
elégítsék, a büntető-javító intézményeknek szoros kapcsolatokat kell kiépíteniük a helyi közösségi lehetőségekkel. Ez azt jelenti, hogy a büntetőbíró-ságoknak, a mentál-egészségügyi és egészségügyi intézményeknek együtt kell működniük a büntető-javító intézményekben történő öngyilkosság-megelőzésben. A helyszíntől függően, ez intézményközi kooperációs megegyezést tehet szükségessé a közkórházak, az ambuláns szervek, a pszichiátriai intézmények, a helyi mentál-egészségügyi programok és az alkohol- és kábítószerfüggőkkel kapcsolatos projektek bevonásával.

HA ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLET TÖRTÉNIK

Ha öngyilkossági kísérlet történik, a személyzetnek megfelelően felkészültnek kell lennie arra, hogy biztosítsa a helyszínt, és elsősegélyt nyújtson a bentlakónak, mialatt az intézményi vagy külsős sürgősségi szolgálat megérkezésére várakoznak. A személyzet felkészítése az elsősegélynyújtásra kulcsfontosságú eleme az öngyilkosság-megelőzésnek. Valójában a helyszínen, a személyzet által nyújtott elsősegélynek a hivatalosan kialakított standard végrehajtási protokoll részének kell lennie. A késések elkerülése végett, az egészségügyi személyzettel és a sürgősségi ellátással való kommunikáció hatékony csatornáinak kiépítését már előre meg kell tervezni az esemény előtt. A sürgősségi mentésre szolgáló felszerelést készenlétben kell tartani, rendszeresen kell ellenőrizni, és a helyszínen hozzáférhetővé kell tenni. A rendszeres gyakorlatozás célja pedig az legyen, hogy az intézmény személyzete és a sürgősségi ellátást biztosító személyzet az optimális ellátást tudja nyújtani¹⁵.

Manipulatív kísérletek

Bizonyos esetekben a bentlakót, aki öngyilkosságra utaló gesztusokat tesz, vagy megkísérli azt, manipulatívnak tekintik. Talán öngyilkossági kísérleteiket ők maguk úgy tekintik, mint annak eszközét, hogy hatalmat próbáljanak szerezni környezetük fölött, hogy kórházba vigyék, vagy egy kevésbé korlátozó környezetbe

helyezzék el őket^{16, 17}. A szökést előkészítő öngyilkossági kísérlet színpadszerű megrendezésének lehetősége állandó aggodalom forrása lehet a biztonságra koncentráló börtöntisztéknek, különösen azoknak, akik maximálisan, vagy különlegesen biztosított területen dolgoznak. Azok a bebörtönzött emberek, akik antiszociális vagy szociopátiás személyiséggel rendelkeznek, hajlamosabbak a manipulatív kísérletekre, mivel valószínűleg nehézségeik vannak a börtönélet túlkontrollált, közösségi rendszabályaival. A bebörtönzött nőknél a rendszeresen megismételt öncsonkítás – mint például az öNSEBZÉS ÉS -ÉGETÉS – lehetséges válaszformák lehetnek arra a feszültségre, amit a bezártság és a börtönkultúra okoz.

Amikor a személyzet úgy gondolja, hogy bizonyos bentlakók öncsonkító magatartással fogják megkísérelni a kontrollálást, vagy manipulálni próbálják a környezetüket, a tendencia az, hogy az öngyilkosságra utaló gesztusokat nem veszik komolyan azért, hogy ne dőljenek be a manipulációnak. Ez különösen így van, ha egy bentlakó múltjában szabály- vagy törvénysértés szerepel. Azonban az öngyilkossági kísérletek, bármilyen motiváció is áll mögöttük, halállal végződhetnek, még akkor is, ha nem ez volt az eredeti szándék. Az önromboló magatartással szembeni figyelmetlenség, vagy az önromboló bentlakók megbüntetése elkülönítéssel, rosszabbíthatja a problémát, mert kiváltja a bentlakóban, hogy növekvő mértékben még nagyobb kockázatot vállaljon. Így a potenciálisan önvészélyes bentlakók leszerelése miatt alapvető fontosságúak olyan programok is, amelyek támogatják a szigorú megfigyelést, a közösségi segítséget és a pszichoszociális segítséghez való hozzáférést.

HA BEFEJEZETT ÖNGYILKOSSÁG TÖRTÉNIK

Ha befejezett öngyilkosság történik, rendelkezésre kell állni egy olyan eljárásnak a helyszínen, amely hivatalosan dokumentálja és jelenti az eseményt, valamint biztosít egy konstruktív visszajelzést, amely ahhoz szükséges, hogy fejlesszék a jövőbeli öngyilkosság-megelőző tevékenységet. Így a személyzetnek és az egészségügyieknek minden esetet jelenteni kell, a következőkre figyelve:

- ∞ Rekonstruálni kell az öngyilkossághoz vezető eseményeket.
- ∞ Be kell azonosítani azokat a tényezőket, amelyek valószínűleg a bentlakó halálához vezettek, amelyeket elhanyagoltak vagy nem megfelelően kezeltek.
- ∞ Értékelni kell, hogy a sürgősségi ellátás a helyzetnek megfelelő volt-e.
- ∞ Fel kell vázolni minden stratégiai következtetést, hogy a jövőre vonatkozó megelőzési törekvéseket segítsék.

Emellett, az őrszemélyzet és az intézményben dolgozó egyéb személyzet, amelyik saját felügyelete alatt élte meg egy bentlakó öngyilkosságát, lehet, hogy különböző érzéseket él meg ezzel kapcsolatban a haragtól és nehezteléstől kezdve a büntudatig és a szomorúságig. Ezeknek az egyéneknek hasznos lehet egy részletes kikérdezés, vagy hivatalosan megszervezett öngyilkos csoport, vagy egy külső szakember tanácsadása.

A börtönök maguk hozzák létre azt a környezetet, amelyben az öngyilkosságra ösztönző faktorok összeállnak. Ezen öngyilkosságra hajlamos börtönlakókat érintő faktorok vizsgálata azt sugallja, hogy az egymást követő öngyilkosságok kockázata növekszik az első öngyilkosságot követő négy héten belül, és úgy tűnik, hogy csökken az ezt követő időszakban. A börtön személyzetének tudatában kell lennie ennek a magas kockázatú időszaknak. Azok a stratégiák, amelyeknek célja, hogy csökkentsék a járványos öngyilkosságra hajlamos viselkedést, tartalmazzák egy biztonságos pszichiátriai ellátás biztosítását a pszichiátriai betegségben szenvedő börtönlakóknak, valamint azok elköltöztetését vagy kezelését, akik különösen fogékonyak erre, továbbá a hatóság részéről a megtörtént öngyilkosság hírének körültekintő kezelését.

A LEGJOBB ELJÁRÁSOK ÖSSZEGZÉSE

A fogdáknak és börtönökben alkalmazandó legjobb eljárások (best practices) egy olyan átfogó, öngyilkosság-megelőző program kifejlesztésén és dokumentációján alapulnak, amely a következő elemekből áll össze:

∞ Képzési program az őrszemélyzet számára azért, hogy segítsünk nekik felismerni az öngyilkosságra hajlamos bentlakókat, és hogy megfelelően tudjanak viselkedni velük öngyilkossági krízishelyzetben.

∞ Létre kell hozni olyan eljárási folyamatokat, amelyek segítségével szisztematikusan szűrni lehet a bentlakókat az intézménybe való érkezésükkor, valamint a bent tartózkodásuk alatt, abból a célból, hogy megállapítsuk, kinél magas az elkövetés kockázata.

∞ Ki kell építeni egy olyan mechanizmust, amelynek révén fenn lehet tartani a kommunikációt a személyzet tagjai között a veszélyeztetett bentlakókat illetően.

∞ Le kell írni azokat az eljárásokat, amelyek körvonalazzák azokat a minimális követelményeket, amelyek a magas kockázatú bentlakók elhelyezésére, közösségi kapcsolatok biztosítására, rendszeres vizuális ellenőrzésre, illetve komolyabb esetekben állandó megfigyelésre és a korlátozások ésszerű alkalmazására vonatkoznak.

∞ Ki kell fejleszteni az elégséges belső forrásokat, vagy kapcsolatokat kell építeni a külső, helyi közösségre épülő mentál-egészségügyi szolgáltatásokkal abból a célból, hogy lehetővé tegyünk a mentál-egészségügyi szakemberek elérését, amennyiben szükség van további értékelésre és kezelésre.

∞ Ki kell alakítani egy stratégiát a kikérdezésre az öngyilkosság megtörténte után, azért, hogy fejlesszük azokat a módszereket, amelyekkel az öngyilkosság észlelését, a megfigyelést valamint a szituáció kezelését fejleszteni lehet.

HIVATKOZÁSOK

¹ Felthous, A. R.: Preventing jailhouse suicides. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1994, 22(4):477–488.

² World Health Organization: *Figures and Facts about suicide*. Geneva, 1999.

³ Task force on Suicide in Canada. *Suicide in Canada*. Minister of National Health and Welfare, Ottawa, 1994.

⁴ Danto, B.: The role of forensic psychiatrist in jail and prison suicide litigation. In: Rosner, R., Harmon, R. B.: *Correctional psychiatry*. New York, Plenum Press, 1989, 61–88.

⁵ Bonner, R. L.: Isolation, seclusion and psychosocial vulnerability as risk factors for suicide behind bars. In: Maris, R. W., Berman, A. L., Maltsberger, J. T., Yufit, R. I.: *Assessment and Prediction of Suicide*. New York, The Guilford Press, 1992, 398–419.

⁶ Holley, H. L., Arboleda-Flórez, J., Love, E.: Lifetime prevalence of prior suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness. *International Journal of offender therapy and comparative criminology*, 1995, 39(3):190–209.

⁷ Fryers, T., Brugha, T., Grounds, A., Melzer, D.: Severe mental illness in prisoners. *British Medical Journal*, 1998, 317:1025–1026.

⁸ Winkler, G. E.: Assessing and responding to suicidal jail inmates. *Community mental health journal*, 1992, 28(4):317–326.

⁹ Farmer, K. A., Felthous, A. R., Holzer, C. E.: Medically serious suicide attempts in a jail with a suicide prevention program. *Journal of forensic sciences*, 1996, 41(2):240–246.

¹⁰ Landsberg, G., Cox, J. F., McCarthy, D. W., Parawati, M. P.: The New York State Model of Suicide Prevention and Crisis Intervention with local jails and police lockups. In: Rosner, R., Harmon, R. B.: *Correctional psychiatry*. New York, Plenum Press, 1989, 89–108.

¹¹ Farrell, G., Mainprize, B.: Update on suicide prevention training. *Correctional Service of Canada. Communications and Corporate Development, Program and Information Analysis*, Ottawa, Canada, 1990.

¹² Arboleda-Flórez, J., Holley, H. L.: Development of a suicide screening instrument for use in a Remand Centre setting. *Canadian journal of psychiatry*, 1998, 33:595–598.

¹³ Landsberg, G.: Issues in the prevention and detection of suicide potential in correctional facilities. In: Rosner, R.: *Principles and practice of forensic psychiatry*. New York, Chapman and Hall, 1994, 393–397.

- ¹⁴ Danto, B. L.: Suicide litigation as an agent of change in jail and prison: an initial report. *Behavioral sciences and the law*, 1997, 15:415–425.
- ¹⁵ Hayes, L. M.: From chaos to calm: one jail system's struggle with suicide prevention. *Behavioral sciences and the law*, 1997, 15:399–413.
- ¹⁶ Fulwiler, C., Forbes, C., Santagelo, S. L., Folstein, M.: Self-mutilation and suicide attempt: Distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1997, 25(1):69–77.
- ¹⁷ Holley, H. L., Arboleda-Flórez, J.: Hypernomia and self-destructiveness in penal settings. *International journal of law and psychiatry*, 1998, 22:167–178.
- ¹⁸ O'Carroll P.W., Mercy, J. A.: Suicide contagion and the reporting of suicide. Recommendations from a national workshop. *Morbidity and mortality weekly report*, 1988, 43(No. RR-6):1–9.
- ¹⁹ Cox, B., Stegg, K.: Contagious suicide in prisons and police cells. *Journal of epidemiology and community health*, 1993, 47:69–72.